



1 9 1 9 ■ ■ 2 0 1 9



REDAKCJA NAUKOWA

Radostaw ZWARA
Dariusz SKALSKI
Janusz GIERSEWSKI
Jadwiga ZWARA

Zdrowie, ratownictwo, kultura fizyczna i bezpieczeństwo

Wybrane aspekty pierwszej pomocy

Gdańsk 2019



**Zdrowie, ratownictwo,
kultura fizyczna i bezpieczeństwo**

Wybrane aspekty pierwszej pomocy



**Zdrowie, ratownictwo,
kultura fizyczna i bezpieczeństwo**

Wybrane aspekty pierwszej pomocy

Redakcja naukowa

Radosław Zwara
Dariusz Skalski
Janusz Gierszewski
Jadwiga Zwara

Gdańsk 2019

**Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego
w Gdańsku**

Recenzja

Natalia Nesterchuk
Igor Grygus

Sekretarz redakcji

Radosław Zwara

Korekta, skład i łamanie

Radosław Zwara

Okładka

Dariusz Skalski

Zdjęcie na okładce

Opracowanie przez Polski Czerwony Krzyż, w związku z jubileuszem 100-lecia PCK
w 2019 roku, którego honorowy patronat sprawuje Małżonka Prezydenta RP Agata Kornhauser-Duda

Zawartość tej monografii jest objęta Creative Commons 4.0 BY NC ND.
Niniejsza monografia została opublikowana w wersji cyfrowej na <https://zenodo.org/>

Liczba znaków ze spacjami: 328 444
Liczba grafik: 97 x 1 000 znaków (ryczałt) = 97 000 znaków
Razem: 425 444 znaków
10,636 arkusza wydawniczego

Copyright © by Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku, Gdańsk 2019

WYDAWNICTWO UCZELNIANE
Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego
ul. Kazimierza Górskiego 1, 80-336 Gdańsk
tel. +4858 554 71 61
wydawnictwo@awf.gda.pl

ISBN 978-83-62390-78-6

Spis treści

Od redaktorów naukowych	8
Wstęp	9
Część 1. Zdrowie i ratownictwo	11
<i>1.1. Profilaktyka pierwotna i wtórna nowotworów jelita grubego na przestrzeni ostatnich 20 lat</i>	<i>12</i>
Ewa Zieliński, Katarzyna Sas, Adriana Wielgus, Jakub Dreliszak	
<i>1.2. Ocena skuteczności kompleksowej terapii przeciwobrzękowej w leczeniu limfatyczno-tłuszczowych i tłuszczowo-limfatycznych kończyn dolnych.....</i>	<i>23</i>
Emilia Walecka, Stanisław Krajewski, Magda Kucharczuk, Karolina Juraszek	
<i>1.3. Aktywność fizyczna, zawodowa i społeczna pacjentów z kolostomią i urostomią.....</i>	<i>39</i>
Dariusz Dyrda, Stanisław Krajewski, Magda Kucharczuk, Karolina Juraszek	
<i>1.4. Występowanie ran przewlekłych – wybrane zagadnienia</i>	<i>55</i>
Alina Kołodziejka, Jakub Dreliszak, Adriana Wielgus, Katarzyna Sas, Ewa Zieliński	
Część 2. Kultura fizyczna i bezpieczeństwo	73
<i>2.1. Sportowa emerytura – odchodzenie ze sportu a edukacja zdrowotna</i>	<i>74</i>
Dariusz Skalski, Radosław Zwara, Alicja Pęczak-Graczyk, Piotr Makar, Oksana Zabolotna, Arkadiusz Stanuła	
<i>2.2. Rodzina polska a kultura fizyczna w kontekście edukacji zdrowotnej.....</i>	<i>86</i>
Dariusz Skalski, Radosław Zwara, Alicja Pęczak-Graczyk, Piotr Makar, Oksana Zabolotna, Arkadiusz Stanuła	
<i>2.3. Socjologia kultury fizycznej w Polsce a edukacja zdrowotna</i>	<i>97</i>
Dariusz Skalski, Radosław Zwara, Alicja Pęczak-Graczyk, Piotr Makar, Oksana Zabolotna, Arkadiusz Stanuła	
<i>2.4. Organizacje pozarządowe w systemie zarządzania kryzysowego na przykładzie 100-letniej działalności Polskiego Czerwonego Krzyża</i>	<i>110</i>
Jadwiga Zwara, Dariusz Skalski, Radosław Zwara, Dawid Czernecki, Zdzisława Kalisz	

2.5. Rola i znaczenie Stałej Wystawy Polskiego Czerwonego Krzyża w Kościerzynie w kształtowaniu świadomości ruchu czerwonokrzyżowego i bezpieczeństwa humanitarnego	139
Jadwiga Zwara, Radosław Zwara, Dariusz Skalski, Janusz Gierszewski	
Notki biograficzne autorów	166

Od redaktorów naukowych

Szanowni Państwo!

Mamy zaszczyt zaprosić Państwa do zapoznania się z monografią pt. *Zdrowie, ratownictwo, kultura fizyczna i bezpieczeństwo. Wybrane aspekty pierwszej pomocy*.

Oddajemy w Państwa ręce publikację, która ukazuje, jak szeroko przenikają się nawzajem obszary będące pomostem między różnymi dziedzinami nauki – medycyną, kulturą fizyczną, bezpieczeństwem i zarządzaniem, stanowiącymi kwintesencję nauki i realnie oddziałującymi na najistotniejsze obszary życia współczesnego człowieka, zapewniając realizację najważniejszych potrzeb każdego członka społeczeństwa.

Interdyscyplinarność niniejszej monografii i zaangażowanie wielu znamienitych osób w ramach międzyuczelnianej współpracy zaowocowały w bogaty przekaz naukowy – dzięki pasji i zaangażowaniu wielu osób, zarówno kadry dydaktycznej Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku, jak i pracowników innych uczelni i doktorantów, rozpoczynających dopiero działalność naukową. Ten wspólny naukowy projekt o dużych walorach praktycznych i teoretycznych, zainspirowany zwiększającą się świadomością społeczeństwa w kwestiach zachowania zdrowia i sprawności fizycznej oraz bezpieczeństwa, a także ratowania życia, zachęcił nas do poszukiwania nowych problemów badawczych.

Niniejsza monografia powstała przy okazji jubileuszu 100-lecia Polskiego Czerwonego Krzyża. W monografii zaprezentowano ratowniczą funkcję PCK dla zapewniania coraz lepszej ochrony zdrowia w Polsce na przestrzeni lat. Dodatkowo przedstawiono aspekt pierwszej pomocy w Polskim Czerwonym Krzyżu.

Publikacja została także poświęcona bardzo istotnym obszarom szeroko rozumianej kultury fizycznej, będącej podwaliną do rozwoju każdego człowieka w wychowaniu fizycznym i edukacji zdrowotnej. W dobie współczesnych zagrożeń niezachwiane zdrowie, zarówno fizyczne, jak i psychiczne, którego gwarantem jest sport i sprawność fizyczna, jest ściśle związane z bezpieczeństwem, zarówno w aspekcie ogólnym, ale również ze szczególnym uwzględnieniem niebezpieczeństw w sferze zdrowotnej każdego człowieka.

Dowodem na olbrzymi wkład wiedzy o zdrowiu w życiu społeczeństwa jest działalność czerwonokrzyżka w Polsce i na świecie, z jasno postawionymi celami swojej humanitarnej działalności. Wszystko to zachęciło nas do poszukiwania nowych problemów badawczych w XXI wieku.

W monografii zaprezentowano prace naukowe powstałe z naciskiem na zdrowie – również w aspekcie edukacji zdrowotnej i wychowania fizycznego – które jest najważniejszą wartością dla człowieka. Publikacja ta, niewątpliwie potrzebna na rynku i długo wyczekiwana, łączy w sobie zagadnienia będące inspiracją do dalszej działalności naukowej i stanowi cenne źródło informacji dla wszystkich badaczy, naukowców oraz studentów.

Zapraszamy Państwa do lektury.

Redaktorzy naukowci

Wstęp

Bardzo istotny obszar szeroko rozumiany jako **zdrowie i ratownictwo** stanowi podwaliny najważniejszych wartości człowieka akceptowalne przez środowisko społeczne. W dzisiejszym świecie coraz częściej powstaje problem ochrony zdrowia ludzkiego, począwszy od wieku dziecięcego. Mimo upływu lat i ewoluowania działań ratowniczych i ochrony zdrowia do XXI wieku, oczekiwania społeczne nie są spełnione. Wraz z pogłębiającą się edukacją zdrowotną i prowadzenia pierwszej pomocy wśród społeczności Polskiej, wzrasta świadomość nt. roli zdrowia w życiu człowieka. Właściwie zapewniony proces dydaktyczno-wychowawczy od najmłodszych lat, pozwala na zapewnienie edukacji zdrowotnej, a także **kultury fizycznej** przez całe życie. Podkreśla to znaczenie właściwej organizacji edukacji fizycznej w szkołach, ponieważ właśnie edukacja i wychowanie fizyczna ma na celu zachowanie i wzmocnienie zdrowia młodego pokolenia, często postrzegane jako edukacja zdrowotna czy bezpieczeństwo zdrowotne. Prawidłowe wychowanie fizyczne, realizowane także w rodzinie, pozwala zachować równowagę życia społecznego, a także własnych oczekiwań. W dobie współczesnych zagrożeń niezachwiane zdrowie, zarówno fizyczne, jak i psychiczne, którego gwarantem jest sport i sprawność fizyczna są ściśle związane z bezpieczeństwem, zarówno w aspekcie ogólnym, ale również ze szczególnym uwzględnieniem niebezpieczeństw w sferze zdrowotnej każdego człowieka.

Prezentowana **kultura fizyczna** to element kultury społecznej związany z wszelkiego rodzaju aktywnością fizyczną, dbałością o zdrowie, odnoszący się do siły fizycznej, wytrzymałości i wydolności fizycznej, stanowiących podwalinę do rozwoju każdego człowieka. Kultura fizyczna jest to ogół zachowań przebiegających według przyjętych w danym środowisku społecznym reguł i norm postępowania. Wyróżnia się następujące formy uczestnictwa w kulturze fizycznej: wychowanie fizyczne, sport, rekreację, rehabilitację medyczną i turystykę. Działanie przez ruch jest czynnikiem niezbędnym w naszym życiu i to w dużej mierze właśnie od niego zależy nasze zdrowie psychiczne i fizyczne. Aktywność fizyczna przyczynia się do prawidłowej pracy układu krążenia, dzięki czemu serce staje się silniejsze, a ciśnienie tętnicze opada, co poprawia nasz stan zdrowia w perspektywie dalszego życia. Systematyczny ruch pozwala nam na zachowanie sprawności fizycznej, zdrowia i bezpieczeństwa.

Termin **bezpieczeństwo** obejmuje wiele zagadnień, m.in. trwałość państwa i narodu, suwerenność, jakość życia, przetrwanie, prawa człowieka, wolność, tożsamość czy rozwój. W zapewnieniu bezpieczeństwa każdy aspekt życia odgrywa rolę. Dlatego też przedstawione powyżej tematy niniejszej pracy ściśle harmonizują ze sobą. Pierwsza pomoc, ratownictwo, zdrowie czy kultura fizyczna, wszystkie odgrywają znaczącą rolę w zapewnieniu bezpieczeństwa społeczeństwu. Podobną rolę w swojej 100-letniej działalności zaprezentował się Polski Czerowony Krzyż, który mając międzynarodowe korzenie czerwonokrzyskiego ruchu humanitarnego, dalej zapewnia bezpieczeństwo przez organizowanie humanitarnych akcji, których

nadrzędnym celem winno być ratowanie zdrowia i istnień ludzkich. Celem i posłannictwem czerwono krzyskiego ruchu jest zapobieganie ludzkim cierpieniom i ich łagodzenie wszędzie, gdzie one występują, ochrona życia i zdrowia oraz działanie na rzecz poszanowania istoty ludzkiej, zwłaszcza w czasie konfliktu zbrojnego i innych sytuacjach zagrożenia, praca na rzecz zapobiegania chorobom i podnoszenia zdrowotności oraz opieki społecznej, popieranie dobrowolnego niesienia pomocy, jak również stała gotowość członków Ruchu do niesienia pomocy w powszechnym poczuciu solidarności z tymi, którzy potrzebują pomocy i ochrony. Obecnie dostrzegalne działania społeczne, prowadzone przez ruch czerwono krzyski w ramach poprawy bezpieczeństwa w Polsce, to szeroko pojęta ochrona zdrowia, ratownictwo i pierwsza pomoc, a także edukacja w ramach międzynarodowego prawa humanitarnego i akcje humanitarne.

Część 1.
ZDROWIE I RATOWNICTWO

1.1. Profilaktyka pierwotna i wtórna nowotworów jelita grubego na przestrzeni ostatnich 20 lat

Ewa Zieliński¹, Katarzyna Sas², Adriana Wielgus², Jakub Dreliszak³

¹ Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu; Katedra Medycyny Ratunkowej i Medycyny Katastrof Collegium Medicum w Bydgoszczy

² Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu; Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej Collegium Medicum w Bydgoszczy

³ Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu; Zakład Podstaw Prawa Medycznego Collegium Medicum w Bydgoszczy

Liczba znaków: 18 919 (ze streszczeniami).

Liczba zdjęć: 6 x 1 000 znaków (ryczałt) = 6 000 znaków.

Łącznie: Liczba znaków: 24 919 (ze streszczeniami) = **0,622** publikacji arkuszy wydawniczych.

Słowa kluczowe: nowotwory, jelito grube, profilaktyka pierwotna i wtórna

Streszczenie

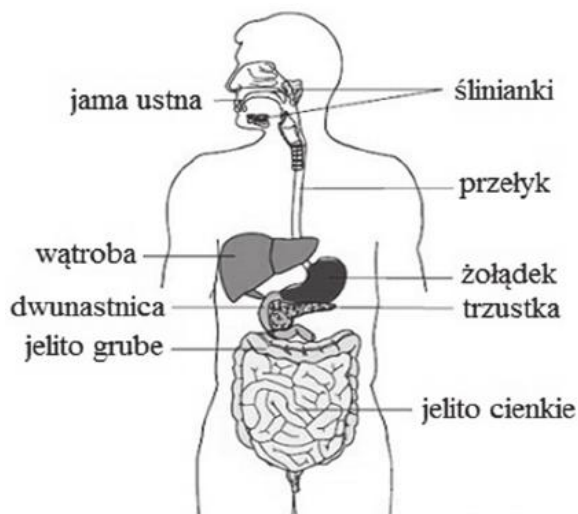
Nowotwory jelita grubego plasują się na trzecim miejscu wśród najczęstszych nowotworów u mężczyzn i drugim u kobiet. W 2012 roku w Polsce zachorowało ok. 9,5 tys. mężczyzn i 7,5 tys. kobiet, łącznie prawie 17 tys. osób. Zachorowalność na nowotwory jelita grubego charakteryzuje się rosnącą tendencją u obu płci, przy czym u mężczyzn jest około dwukrotnie wyższa. Liczba zgonów z powodu nowotworów złośliwych jelita grubego wynosiła łącznie ponad 11,2 tys., zgonów. Na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat prowadzono liczne badania naukowe mające na celu ocenę czynników ryzyka nowotworu jelita grubego. Na podstawie ich oceny zmieniło się podejście do profilaktyki pierwotnej i wtórnej tego schorzenia. Praca ma na celu prezentację zmian w podejściu do czynników środowiskowych i ich wpływu na występowanie raka jelita grubego na przestrzeni 20 poprzedzających lat.

Wprowadzenie

Nowotwory Obecnie nowotwory jelita grubego plasują się na trzecim miejscu wśród najczęstszych nowotworów u mężczyzn i drugim u kobiet. W 2012 roku zachorowało w Polsce ok. 9,5 tys. mężczyzn i 7,5 tys. kobiet, łącznie prawie 17 tys. osób. Zachorowalność na nowotwory jelita grubego charakteryzuje się rosnącą tendencją u obu płci, przy czym u mężczyzn jest około dwukrotnie wyższa. W tym samym roku liczba zgonów z powodu nowotworów złośliwych jelita grubego wynosiła u mężczyzn ponad 6,1 tys., a u kobiet ponad 5,1 tys., łącznie ponad 11,2 tys., zgonów¹. Do najczęstszych objawów nowotworów przewodu pokarmowego należą: ból w podbrzuszu, niestrawność, wymioty, utrzymujące się biegunki lub

¹ W. A. Zatoński, U. Sulowska, J. Didkowska, *Cancer epidemiology in Poland*, Nowotwory, Journal of Oncology 2015, 65.3, s. 179-196.

zaparcia, śluz lub krew w stolcu, uczucie niepełnego wypróżnienia po wypróżnieniu, utrzymujące się uczucie parcia na stolec, bolesne wypróżnianie, wzdęcia, bóle kolkowe, uczucie pełności w podbrzuszu, gazy, wąskie ołówkowate stolce, spadek masy ciała czy złe samopoczucie i anemia spowodowana niedoborem żelaza².



Ryc. 1. Schemat anatomiczny układu pokarmowego na podstawie *Biologia Jedność i różnorodność, praca zbiorowa, Warszawa 2008.*

Objawy w zależności od umiejscowienia nowotworu jelita grubego umieszczono w tabeli 1. Część ze wskazanych objawów jest niespecyficzna i bagatelizowana przez pacjentów, często łączona z innymi zaburzeniami pokarmowymi lub błędami dietetycznymi, wobec czego pacjenci diagnozowani są na późnym etapie choroby. Czynniki ryzyka nowotworów jelita grubego można podzielić na 2 grupy: zewnętrzne – środowiskowe i wewnętrzne – osobnicze. W poniższej pracy uwzględniono przede wszystkim pierwszą grupę uwarunkowań oraz zmianę w podejściu do profilaktyki na przestrzeni lat.

² P. Cieśla, B. Cieśla, H. Cieślak, *Znaczenie profilaktyki wtórnej w nowotworze jelita grubego*, *Problemy Pielęgniarstwa* 2008, 16.3, s. 316-320.

Tabela nr 1. Klasyfikacja histologiczna nowotworów jelita grubego wg Światowej Organizacji Zdrowia³

Objawy	Prawa połowa jelita grubego	Lewa połowa jelita grubego	Razem
	%		
Krwawienia utajone	76	76	76
Bóle brzucha	60	57	59
Zmiana rytmu wypróżnień	37	60	56
Krwawienie jawne	14	66	52
Chudnięcie	42	35	36
Niedokrwistość	74	25	34
Wyczuwalny guz	32	8	14
Wzdęcie brzucha	16	12	13
Brak łaknienia	26	8	11
Gorączka	12	10	11
Niedrożność	5	7	6

Czynniki żywieniowe już od wielu lat zaliczane są do najistotniejszych zewnętrznych czynników ryzyka. Według obecnego stanu wiedzy nowotworom jelita grubego niewątpliwie sprzyja znaczna zawartość tłuszczów w codziennej diecie, szczególnie tłuszczów zwierzęcych, bogatych w nasycone kwasy tłuszczowe, a także niskie spożycie warzyw i owoców, co prowadzi do niedoborów błonnika (włókna pokarmowego) w diecie.



Fot. 1. Spożycie błonnika zmniejsza zapadalność na nowotwory przewodu pokarmowego

Prawdopodobieństwo zachorowania na raka jelita grubego jest zdecydowanie wyższe u osób otyłych oraz tych, których codzienna dieta obejmuje nadmierną

³ www.who.pl [dostęp: 12.05.2019].

w stosunku do zapotrzebowania ilość składników energetycznych⁴. Większe ryzyko powiązано również z niedoborem w diecie przeciwutleniaczy (witamin A, C, E oraz kwasu foliowego), wapnia oraz pierwiastków takich jak selen czy cynk. Nadużywanie napojów alkoholowych jest również istotnym czynnikiem ryzyka⁵, ponieważ jednym z produktów pośrednich metabolizmu etanolu jest aldehyd octowy, który wykazuje silne właściwościami kancerogenne. Może być on wytwarzany przez bakterie obecne w jelicie grubym lub w mniejszym stopniu dzięki działaniu dehydrogenazy alkoholowej – w błonie śluzowej⁶. Kolejnym z najważniejszych czynników pozażywnościowych jest palenie tytoniu, w dymie tytoniowym stwierdzono obecność wielu substancji kancerogennych, które mogą częściowo przedostawać się do światła przewodu pokarmowego i zwiększać ryzyko powstania zmian nowotworowych⁷. Dodatkowymi czynnikami poważnie zwiększającymi ryzyko zachorowania na nowotwór jelita grubego są: brak aktywności fizycznej, powtarzające się zaparcia oraz kontakt ze szkodliwymi substancjami zawartymi w otaczającym środowisku – w wodzie, pożywieniu i powietrzu⁸.

Na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat prowadzono liczne badania naukowe mające na celu ocenę czynników ryzyka nowotworu jelita grubego. Na podstawie oceny czynników ryzyka zmieniło się podejście do profilaktyki pierwotnej i wtórnej tego schorzenia. Mając na uwadze ostatnie doniesienia warto zauważyć jak od 1997 r. zmieniło się podejście do czynników środowiskowych i ich wpływu na występowanie raka jelita grubego. W latach 90. XX wieku została wykazana korelacja pomiędzy BMI a wzrostem ryzyka zachorowania na raka jelita grubego, szczególnie wśród mężczyzn⁹. Udowodniono również, że wysiłek i ćwiczenia fizyczne powodują wyrzut katecholamin, co pozytywnie wpływa na wzrost liczby komórek *natural killers* (NK) o nawet 300% i cytotoksycznych limfocytów T nawet do 100% uczestniczące we wczesnych fazach odpowiedzi nieswoistej¹⁰.

⁴ Z. Wronkowski, S. Brużewicz, *Nowotwory jelita grubego*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2008.

⁵ A. Klimczak, K. Kubiak, M. Cybulska et al., *Etiologia raka jelita grubego oraz bariera antyoksydacyjna ustroju*, Pol Merk Lek, 2010, XXVIII (165), s. 223-226.

⁶ W. Jelski, K. Orywał, B. Kędra et al., *Dehydrogenaza alkoholowa i aldehydowa jako markery nowotworowe i czynniki nasilające karcinogenezę w raku jelita grubego*, Pol Merk Lek 2008; XXIV (144), s. 506.

⁷ Z. Wronkowski, S. Brużewicz, *Nowotwory jelita grubego*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2008.

⁸ B. Levin, *Screening in Risk Evaluation and Prevention of Colorectal Cancer*, Cancer Chemoprevention, Humana Press, 2005, s. 287-294.

⁹ P. H. Chyou, A. M. Nomura, G. N. Stemmermann, *A prospective study of weight, body mass index and other anthropometric measurements in relation to site-specific cancers*, Int J Cancer 1994, vol. 57, s. 313-317.

¹⁰ D. C. Nieman, *Exercise, upper respiratory tract infection, and the immune system*, Med. Sci. Sports Exerc. 1994, 26, s. 128-139.



Fot. 2. Wpływ wysiłku fizycznego na zapadalność na nowotwory jelita grubego
Źródło: fotografia własna

W 1997r. udowodniono, że wysoka podaż węglowodanów zwiększa ryzyko nowotworu jelita grubego zarówno w grupie mężczyzn, jak i kobiet. Z badań również, że 90% przypadków wczesnie wykrytego raka jelita grubego jest uleczalnych. Według zespołu ekspertów wyznaczonego przez Agencję ds. Polityki Zdrowotnej i Badań uczestnictwo w badaniach przesiewowych osób po 50. roku życia dałoby szansę ocalenia 18 000 istnień ludzkich¹¹. Najmniej inwazyjnym i najbardziej ekonomicznym badaniem mającym na celu wykrywanie raka jelita grubego jest wykonywane przez lekarza badanie *per rectum* (oprócz wywiadu i badania fizykalnego), które według badań wykrywa 70% guzów odbytnicy i 30% wszystkich guzów raka jelita grubego¹².

Jest to badanie mało inwazyjne, tanie, proste i powszechne w stosowaniu, jednak często oceniane jako krępujące i nieprzyjemne, wywołujące dyskomfort u pacjenta. W przypadku podejrzenia nowotworu jelita grubego rozpoznania dokonuje się na podstawie badania podmiotowego i przedmiotowego oraz badań dodatkowych¹³. Dalsza diagnostyka nowotworów jelita grubego obejmuje: badanie *per rectum* (stan skóry wokół odbytu oraz napięcie zwieraczy, obecność zmian poza ścianą odbytnicy, obecność zmian w ścianie lub wrastających w światło odbytu), badanie przedmiotowe jamy brzusznej (ocena napięcia powłok jamy brzusznej, objawów otrzewnowych oraz osłuchiwanie perystaltyki jelit, badanie palpacyjne) oraz endoskopię lub kolonoskopię umożliwiającą ocenę makroskopową błony

¹¹ Z. Wronkowski, M. Zwierno, *Zalecenia dotyczące badań przesiewowych w Unii Europejskiej*, I. Gus, Warszawa 2004.

¹² P. Cieśla, B. Cieśla, H. Cieślak, *Znaczenie profilaktyki wtórnej w nowotworze jelita grubego*, *Problemy Pielęgniarstwa* 2008, 16.3, s. 316-320.

¹³ R. Zyśk, P. Wysocki, L. Wyrwicz, *Colorectal cancer — the social significance of changes in the epidemiology and treatment options in Poland*, *Oncology in Clinical Practice* 2014; 10.4, s. 212-223.

śluzowej jelita oraz pobranie materiału biopsyjnego. Ważne jest również określenie stopnia zaawansowania za pomocą USG, TK, RTG, CEA czy w szczególnych przypadkach USG transrektalne i MR miednicy¹⁴. Wpływ czynników żywieniowych był jednym z głównych punktów zainteresowania badaczy. Giovannucci et al. zbadali, że dieta bogata w tłuszcz zwierzęcy lub czerwone mięso może zwiększać ryzyko raka jelita grubego, podczas gdy wysokie spożycie błonnika lub warzyw może wpływać ochronnie. Z kolei stosowanie diety zachodniej ma niekorzystny wpływ na zachorowania na raka jelita grubego zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn¹⁵. Rok później Potter et al. analizując wpływ nikotyny na zachorowalność, ocenili, że liczba wypalonych dziennie papierosów dodatnio koreluje z ryzykiem zachorowania na raka jelita grubego. Wypalanie minimum jednej paczki dziennie zwiększa ryzyko o 40%. Wpływ alkoholu przy niewystarczającej podaży metioniny i kwasu foliowego podnosi ryzyko zachorowania na raka jelita grubego¹⁶. Połączenie spożycia alkoholu z paleniem tytoniu wpływa na istotne zwiększenie oddziaływania tych używek na proces kancerogenezy¹⁷.

W związku ze zwiększającą się zachorowalnością na raka przewodu pokarmowego, w celu ograniczenia negatywnych skutków choroby, w 2000 roku wdrożono Program Badań Przesiewowych Jelita Grubego dla wczesnego wykrywania tej choroby¹⁸. W ramach programu od 2000 roku w ramach profilaktyki wykonywana jest bezpłatna kolonoskopia. Od 2012 roku do osób w wieku 55–64 lat wysyłane są imienne zaproszenia na badanie kolonoskopowe. Badanie to jest szczególnie ważne celem wykrywania polipów i zmian łagodnych, z których w przeciągu kilkunastu lat może rozwijać się nowotwór. Poddając się badaniu odpowiednio wcześniej, udaje się nie tylko wykryć nowotwór we wczesnym, wyleczalnym stadium, ale badanie daje szansę na wczesne usunięcie polipów, dzięki czemu udaje się zapobiec rozwojowi raka. Usunięcie zmian w nieinwazyjnym stadium zmniejsza ryzyko zachorowania na raka jelita grubego o 60–90%¹⁹.

Cztery lata później udowodniono istotny związek pomiędzy aktywnością fizyczną a występowaniem raka jelita grubego. Regularna aktywność fizyczna ma pozytywny wpływ nie tylko na metabolizm, ale także zmniejsza ryzyko powstania zmian nowotworowych na jelicie grubym o ok. 30–50%²⁰. Według członków zespołu badawczego z Massachusetts General Hospital i prowadzonych przez nich badań

¹⁴ Z. Wronkowski, et al., *Wczesne Wykrywanie Nowotworów*, Wyd. PKZR, Warszawa 2000.

¹⁵ M. L. Slattery, et al., *Eating patterns and risk of colon cancer*, American Journal of Epidemiology 1998, 148.1, s. 4-16.

¹⁶ E. Giovannucci, et al., *Alcohol, low-methionine-low-folate diets, and risk of colon cancer in men*, JNCI: Journal of the National Cancer Institute 1995, 87.4, s. 265-273.

¹⁷ D. Książczyńska, *Czynniki środowiskowe a etiologia nowotworów złośliwych przełyku i żołądka*, Nowotwory 2000, 223: 2.

¹⁸ A. Kubiak, K. Witold, M. Trojanowski, *Epidemiologia i profilaktyka raka jelita grubego w Polsce*, Probl Hig Epidemiol 2014, 3, s. 636-642.

¹⁹ www.pbp.org.pl [dostęp: 12.05.2019].

²⁰ M. L. Slattery, *Physical activity and colorectal cancer*, Sports Medicine 2004, 34.4, s. 239-252.

w 2005 roku, aspiryna nie powinna być stosowana w profilaktyce pierwotnej raka jelita grubego z powodu możliwości przekroczenia bezpiecznej dawki i doprowadzenia do zniszczenia błony śluzowej, co wpływa negatywnie na proces kancerogenezy²¹.



Fot. 3. Piramida zdrowego żywienia i aktywności fizycznej dla osób dorosłych
Narodowego Centrum Edukacji Żywnościowej
Źródło: www.ncez.pl

W 2005 roku wzrosło zainteresowanie sposobem żywienia jako jednym ze sposobów prewencji raka jelita grubego. Dieta bogata w tłuszcze zwierzęce, szczególnie stosowana przez długi czas, sprzyja powstaniu tego nowotworu, głównie dotyczy to zmian patologicznych zlokalizowanych w jelicie grubym²². Skupiono się przede wszystkim na diecie śródziemnomorskiej, tradycyjnej diecie azjatyckiej, diecie o niskim indeksie glikemicznym oraz diecie wegetariańskiej²³. Dieta śródziemnomorska charakteryzuje się dużym spożyciem warzyw np. szpinaku, owoców, oliwy z oliwek, średnim spożyciem alkoholu, drobiu i nabiału oraz małym spożyciem czerwonego mięsa, jaj i cukru²⁴. Dieta o niskim indeksie glikemicznym

²¹ A. T. Chan, L. Edward, I. Giovannucci et al., *Long-term Use of Aspirin and Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs and Risk of colorectal Cancer*, JAMA 2005, 294, s. 914-923.

²² F. G. Campos, et al., *Diet and colorectal cancer: current evidence for etiology and prevention*, Nutricion hospitalaria 2005, 20.1.

²³ M. Ryan-Harshman, W. Aldoori, *Diet and colorectal cancer: Review of the evidence*, Can Fam Physician 2007, 53(11), s. 1913-1920.

²⁴ S. Kraczkowska, Z. Suchocka, J. Pachecka, *Podwyższone stężenie homocysteiny we krwi jako*

wykazuje działanie przeciwnowotworowe²⁵. Jest to dieta, w której dominują świeże warzywa, owoce (bez bananów), makarony pełnoziarniste, grube kasze, pieczywo (typu pumpernikiel) oraz orzechy i rośliny strączkowe o niskim indeksie glikemicznym²⁶. Dieta azjatycka o niskiej gęstości energetycznej bogata jest w związki bioaktywne o potencjalnym działaniu przeciwnowotworowym, wśród nich wylicza się antyoksydanty (witaminy C, E, A oraz selen), polifenole oraz błonnik pokarmowy²⁷. Charakteryzuje się dużą ilością produktów pochodzenia roślinnego, np. soi, ryżu, warzyw, orzechów, nasion, ryb i owoców morza, a także rozmaitych ziół i przypraw oraz niewielką ilością drobiu i czerwonego mięsa²⁸. Dieta wegetariańska wpływa pozytywnie dzięki regularnemu dostarczaniu do organizmu różnorodnych składników pokarmowych o działaniu antykanцерогенным, w tym dużych ilości błonnika, oraz poprzez mniejsze spożycie czerwonego mięsa i utrzymanie prawidłowej wagi. Charakteryzuje się wprowadzaniem do jadłospisu tylko produktów pochodzenia roślinnego (rośliny okopowe, oleiste, strączkowe, zbożowe oraz owoców, warzyw, grzybów i orzechów)²⁹.

Z kolei w 2010 roku skoncentrowano się również na innych czynnikach negatywnie oddziałujących na układ pokarmowy. Wykazano, że środowisko życia jest jednym z elementów wpływających na zachorowalność na nowotwory jelita grubego³⁰. Nie tylko substancje pokarmowe, ale również otaczające powietrze oraz woda i szkodliwe substancje w nich zawarte (np. polipropylen chlorek winylu, nitrozoaminy, azbest oraz metale ciężkie)³¹.

Kolejne dwa lata później, w 2012 roku, według doniesień obecność komórek NK na podstawie wyników badań została uznana za podstawowy mechanizm obrony przed patogenami oraz komórkami zmienionymi nowotworowo. Przyspiesza perystaltykę i poprawia pasaż jelitowy, co skutkuje mniejszą ekspozycją na substancje kancerogenne zawarte w pokarmach. Niska aktywność fizyczna nadal pozostawała problemem w walce z nowotworami, z biegiem lat badania potwierdziły, że korelacja ta występuje nie tylko wśród mężczyzn, ale również wśród kobiet³². W ostatnim roku,

wskaźnik zagrożenia zdrowia, Biul. Wydz. Farm. AMW 3 (2005), s. 4-13.

²⁵ J. Zalega, D. Szostak-Węgierek, *Żywnie w profilaktyce nowotworów, Część III, Diety o właściwościach przeciwnowotworowych*, Probl. Hig. Epidemiol 2013, 94, s. 1.

²⁶ J. Gil, et al., *Sporadyczny rak jelita grubego – czynniki modulujące indywidualną wrażliwość na zachorowanie*, Współcz Onkol 2010, 3, s. 211-216.

²⁷ J. Ciok, A. Dolna, *Indeks glikemiczny a choroby nowotworowe*, Współczesna Onkologia 2005, 9.4, s. 183-188.

²⁸ J. Zalega, D. Szostak - Węgierek, *Żywnie w profilaktyce nowotworów, Część III, Diety o właściwościach przeciwnowotworowych*, Probl. Hig. Epidemiol 2013, 94, s. 1.

²⁹ World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research, *Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective*, AICR, Washington 2007.

³⁰ A. Klimczak, K. Kubiak, M. Cybulska, et al., *Etiologia raka jelita grubego oraz bariera antyoksydacyjna ustroju*, Pol Merk Lek 2010, XXVIII (165), s. 223-226.

³¹ S. Król, L. Kapka-Skrzypczak, *Nowotwory jelita grubego jako poważny problem w Polsce i na świecie – kwestie medyczne i środowiskowe*, Med Środ 2011, 14.4, s. 75-80.

³² M. Litwiniuk, I. Kara, *Aktywność fizyczna a nowotwory*, OncoReview 2012, 2.4, s. 228-233.

badacze potwierdzili pozytywny wpływ błonnika w diecie antyrakowej, w szczególności związki organiczne takie jak celuloza i inne włókna pokarmowe znajdujące się w produktach zbożowych oraz ziarnach zbóż³³.



Fot. 4. Warzywa kapustne w roli profilaktyki nowotworów układu pokarmowego
Źródło: www.akademiasmaku.pl

Naukowcy z Yong Loo Lin School of Medicine, National University of Singapore opracowali nowatorski antyrakowy „koktail” składający się z warzyw kapustnych (takich jak brokuł, kalafior, kalarepa, brukselka czy kapusty o różnych odmianach) w połączeniu z mieszanką probiotyków. Są to składniki diety specyficzne zarówno w profilaktyce pierwotnej jak i wtórnej raka jelita grubego³⁴. W związku z użyciem w recepturze ogólnodostępnych produktów spożywczych może być w przyszłości szeroko dostępnym, niedrogim, naturalnym sposobem profilaktyki nowotworów przewodu pokarmowego. Liczne badania wykazały, że jednym z głównych czynników wpływających na opisany w tym artykule nowotwór jest dieta. Właściwie nawyki żywieniowe mogą znacząco zmniejszyć ryzyko zachorowania na nowotwory, w tym nowotwory jelita grubego. Jak można zauważyć od samego początku, zauważono również istotny wpływ czynników środowiskowych na zachorowalność na raka jelita grubego. Pomimo upływu lat, wiedza społeczeństwa na temat profilaktyki pierwotnej i wtórnej jest wciąż bardzo niska, co przyczynia się do wzrostu liczby zachorowań na ten nowotwór. W Polsce w ok. 60–70 proc. rozpoznaje się i leczy raka jelita grubego

³³ P. Tuchowska, P. Worach-Kardas, J. Marcinkowski, *Najczęstsze nowotwory złośliwe w Polsce – główne czynniki ryzyka i możliwości optymalizacji działań profilaktycznych*, *Probl Hig Epidemiol* 2013, 94.2, s. 166-171.

³⁴ C. L. Ho, et al., *Engineered commensal microbes for diet-mediated colorectal – cancer chemo-prevention*, *Nature Biomedical Engineering* 2018, 2.1, s. 27.

dopiero w III i IV stopniu zaawansowania, dlatego tylko poniżej 20 proc. chorych na szansę na trwałe wyleczenie³⁵.

Piśmiennictwo

Publikacje

1. Campos F. G., et al., *Diet and colorectal cancer: current evidence for etiology and prevention*, *Nutricion hospitalaria* 2005, 20.1.
2. Chan A. T., Edward L., Giovannucci I., et al., *Long-term Use of Aspirin and Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs and Risk of colorectal Cancer*, *JAMA* 2005, 294, s. 914-923.
3. Chyou P. H., Nomura A. M., Stemmermann G. N., *A prospective study of weight, body mass index and other anthropometric measurements in relation to site-specific cancers*, *Int J Cancer*, 1994, 57, s. 313-317).
4. Cieśla P., Cieśla B., Cieślak H., *Znaczenie profilaktyki wtórnej w nowotworze jelita grubego*, *Problemy Pielęgniarstwa* 2008, 16.3, s. 316-320.
5. Ciok J., Dolna A., *Indeks glikemiczny a choroby nowotworowe*, *Współczesna onkologia* 2005;9.4, s. 183-188.
6. Gil J., et al., *Sporadyczny rak jelita grubego – czynniki modulujące indywidualną wrażliwość na zachorowanie*, *Współczesna Onkologia* 2010, 3, s. 211-216.
7. Giovannucci E., et al., *Alcohol, low-methionine-low-folate diets, and risk of colon cancer in men*, *JNCI: Journal of the National Cancer Institute* 1995, 87.4, s. 265-273.
8. Ho C. L., et al., *Engineered commensal microbes for diet-mediated colorectal-cancer chemoprevention*, *Nature Biomedical Engineering* 2018, 2.1, s. 27.
9. Jelski W., Orywał K., Kędra B., et al., *Dehydrogenaza alkoholowa i aldehydowa jako markery nowotworowe i czynniki nasilające karcinogenezę w raku jelita grubego*, *Pol Merk Lek* 2008, XXIV (144), s. 506.
10. Klimczak A., Kubiak K., Cybulska M. et al., *Etiologia raka jelita grubego oraz bariera antyoksydacyjna ustroju*, *Pol Merk Lek* 2010; XXVIII (165), s. 223-226.
11. Korniluk J., et al., *Epidemiologia raka jelita grubego*, *Współczesna Onkologia* 2006, 10, s. 136.
12. Kraczkowska S., Suchocka Z., Pachecka J., *Podwyższone stężenie homocysteiny we krwi jako wskaźnik zagrożenia zdrowia*, *Biul. Wydż. Farm. AMW* 2005, 3, s. 4-13.
13. Król S., Kapka-Skrzypczak L., *Nowotwory jelita grubego jako poważny problem w Polsce i na świecie – kwestie medyczne i środowiskowe*, *Med Środ* 2011, 14.4, s. 75-80.

³⁵ J. Korniluk, et al., *Epidemiologia raka jelita grubego*, *Współczesna Onkologia* 2006, 10, s. 136.

14. Książczyńska D., *Czynniki środowiskowe a etiologia nowotworów złośliwych przełyku i żołądka*, Nowotwory 2000, 223, s. 2.
15. Kubiak A., Witold K., Trojanowski M., *Epidemiologia i profilaktyka raka jelita grubego w Polsce*, Probl Hig Epidemiol 2014, 3, s. 636-642.
16. Levin B., *Screening in Risk Evaluation and Prevention of Colorectal Cancer*, Cancer Chemoprevention, Humana Press 2005, s. 287-294.
17. Litwiniuk M., Kara I., *Aktywność fizyczna a nowotwory*, OncoReview 2012, 2.4, s. 228-233.
18. Nieman D. C., *Exercise, upper respiratory tract infection, and the immune system*, Med. Sci. Sports Exerc. 1994, 26, s. 128-139.
19. Ryan-Harshman M., Aldoori W., *Diet and colorectal cancer: Review of the evidence*, Can Fam Physician 2007, 53(11), s. 1913-1920.
20. Slattery M. L., et al., *Eating patterns and risk of colon cancer*, American Journal of Epidemiology 1998, 148.1, s. 4-16.
21. Slattery M. L., *Physical activity and colorectal cancer*, Sports Medicine 2004, 34.4, s. 239-252.
22. Tuchowska P., Worach-Kardas P., Marcinkowski J., *Najczęstsze nowotwory złośliwe w Polsce – główne czynniki ryzyka i możliwości optymalizacji działań profilaktycznych*, Probl Hig Epidemiol 2013, 94.2, s. 166-171.
23. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research, *Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective*, AICR, Washington 2007.
24. Wronkowski Z., Brużewicz S., *Nowotwory jelita grubego*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
25. Wronkowski Z., Zwierno M., *Zalecenia dotyczące badań przesiewowych w Unii Europejskiej*, GUS I., Warszawa 2004.
26. Wronkowski, Z., et al., *Wczesne Wykrywanie Nowotworów*, Wyd. PKZR, Warszawa 2000.
27. Zalega J., Szostak-Węgierek D., *Żywność w profilaktyce nowotworów, Część III, Diety o właściwościach przeciwnowotworowych*, Probl. Hig. Epidemiol 2013, 94, s. 1.
28. Zatoński W. A., Sulkowska U., Didkowska J., *Cancer epidemiology in Poland*, Nowotwory, Journal of Oncology 2015, 65.3, s. 179-196.

Źródła internetowe

1. www.akademiasmaku.pl [dostęp: 12.05.2019].
2. www.pbp.org.pl [dostęp: 12.05.2019].
3. www.who.pl [dostęp: 12.05.2019].

1.2. Ocena skuteczności kompleksowej terapii przeciwobrzękowej w leczeniu obrzęków limfatyczno-tłuszczowych i tłuszczowo-limfatycznych kończyn dolnych

Emilia Walecka¹, Stanisław Krajewski², Magda Kucharczuk³, Karolina Juraszek⁴

¹ Bydgoska Szkoła Wyższa

² Akademia Klinika Neurochirurgii; 10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką w Bydgoszczy

³ Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu; Katedra Zdrowia Publicznego, Collegium Medicum w Bydgoszczy

⁴ Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu; Katedra Fizjoterapii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy

Liczba znaków: 24 321 (ze streszczeniami).

Liczba zdjęć: 16 x 1 000 znaków (ryczałt) = 16 000 znaków.

Łącznie: Liczba znaków: 40 321 (ze streszczeniami) = **1,008** publikacji arkuszy wydawniczych.

Słowa kluczowe: obrzęk lipidowy, obrzęk limfatyczny, kompleksowa terapia przeciwobrzękowa, fizjoterapia

Streszczenie

Wstęp. Obrzęki tłuszczowo-limfatyczne i limfatyczno-tłuszczowe są konsekwencją przedłużającej się lipidemii, czyli chronicznego schorzenia podskórnej tkanki tłuszczowej, która nieleczone przez wiele lat prowadzi do niedrożności układu limfatycznego. Nazewnictwo jest uzależnione o komponentu, który dominuje w obrzęku. Kompleksowa terapia przeciwobrzękowa (KTP) jest metodą leczenia obrzęków różnego pochodzenia o udokumentowanej skuteczności.

Cel. Celem pracy była ocena skuteczności kompleksowej terapii przeciwobrzękowej (KTP), nie tylko na zmniejszenie obrzęków, ale również na poprawę ogólnej kondycji fizycznej i istotnych aspektów dotyczących samego obrzęku, tj. ruchomość, przebarwienie i ocieplenie skóry, ból przy ucisku oraz występowanie siniaków.

Materiał i metody. Badania były przeprowadzone na terenie Specjalistycznego Szpitala Rehabilitacyjnego BARSKA we Włocławku. W badaniu wzięło udział 60 pacjentów, którzy byli podzieleni na dwie grupy: badaną i kontrolną. Kompleksowej terapii przeciwobrzękowej poddawani byli pacjenci z grupy badanej, zaś grupę kontrolną stanowili pacjenci, którzy korzystali z pneumatycznego drenażu limfatycznego i ćwiczeń odblokowujących.

Wnioski. 1. Kompleksowa terapia przeciwobrzękowa jest skuteczną metodą leczenia obrzęków limfatyczno-tłuszczowych i tłuszczowo-limfatycznych. 2. Ze względu na efektywność kompleksowej terapii przeciwobrzękowej należałoby ją prowadzić zgodnie ze standardami proponowanymi przez Towarzystwo Limfologiczne jako zintegrowaną i kompleksową opiekę, a dostęp do niej powinien być łatwiejszy.

Wstęp

Obrzęki tłuszczowo-limfatyczne i limfatyczno-tłuszczowe kończyn dolnych często są nierozpoznawane przez specjalistów, a mylone z otyłością stanowią duży problem terapeutyczny. Nazewnictwo jest uzależnione od komponentu, który dominuje w obrzęku. Są one konsekwencją przedłużającej się lipodemii, czyli chronicznego schorzenia podskórnej tkanki tłuszczowej, która nieleczona przez wiele lat prowadzi do niedrożności układu limfatycznego. Pierwsze wzmianki o obrzęku lipidowym sięgają około 5000 lat wstecz, a dotyczą płaskorzeźby królowej Punt w świątyni Hatszepsut w Deiv el-Bahan, zaś o limfie mówił już Hipokrates jako o białej krwi^{1 2}.

W Polsce nie ma jeszcze badań dotyczących częstości występowania obrzęków lipidowych. Opierać można się na niemieckich orientacyjnych wartościach wskazujących liczbę chorych na około 10% społeczeństwa. Obrzęk lipidowy dotyka zazwyczaj kobiet po osiągnięciu dojrzałości płciowej, który pogarsza się po ciąży oraz w późnym okresie klimakterium. U mężczyzn występuje, gdy cierpią na zaburzenia hormonalne, które mogą pojawić się w uszkodzeniach wątroby (brak testosteronu) lub w trakcie leczenia hormonalnego przy raku prostaty^{3 4 5}.

Obrzęki lipidowe kończyn dolnych to przewlekłe zaburzenia tłuszczowej tkanki podskórnej, charakteryzujące się specyficzną dysproporcją między dość szczupłą górną częścią ciała a przerośniętą dolną. Charakterystycznymi objawami, które towarzyszą pacjentom są:

- ból przy ucisku, czasami nawet tak intensywny, że dotyk sprawia choremu nieprzyjemne doznania;
- uczucie napięcia, mrowienia, drętwienia;
- skłonność do siniaków;
- obciążenie psychiczne spowodowane obarczaniem siebie za swój wygląd^{6 7 8}.

¹ M. Witkor, T. Synowiec, M. Liwień, *Podstawy fizjologii układu limfatycznego, Obrzęk chłonny*, Przewodnik Lekarski 2006, nr 5, vol. 11, s. 80-89.

² www.limfologia.com.pl/pliki/Artykul/1057_obrzek-lipidowy-obrzek-tluszczowy.pdf.

³ J. Bieda, M. Sopata, M. Piwońska, *Ocena jakości życia u pacjentów leczonych z powodu przewlekłego obrzęku chłonnego*, Przegląd Flebologiczny 2004, nr 12, 2, s. 55-63.

⁴ O. Gultig, A. Miller, H. Zoltzer, J. Doś, *Limfologia*, Wydawnictwo Urban & Partner, Wrocław 2017.

⁵ E. Rymarz, J. Mieczkowska, J. Łopatyński, *Obrzęki kończyn dolnych – etiopatogeneza, rodzaje, diagnostyka*, Medycyna Ogólna 2007, nr 13, s. 216-221.

⁶ R. Markert, B. Modzelewski, J. Dąbrowski, J. Kuśmierk, J. Nowacki, *Limfoscyntygrafia jako metoda z wyboru dla oceny obrzęku limfatycznego kończyn dolnych*, Polski Merkuriusz Lekarski 2005, nr 19, s. 828-830.

⁷ M. Mrozińska, A. Szuba, *Ambulatoryjne leczenie chorych z obrzękiem limfatycznym*, Fizjoterapia 2006, nr 14, s. 50-54.

⁸ www.onkorehabilitacja.pl/repository/!uploaded/Zagadnienia-ogolne-obrzeku-limfatycznego.pdf.

Wyróżnia się III stadia obrzęku lipidowego:

Stadium I – Charakteryzuje się gładką powierzchnią skóry, pogrubioną tkanką podskórną o miękkiej konsystencji (fot. 1);

Stadium II – Charakteryzuje się gładką powierzchnią skóry z pogrubionymi małymi wybrzuszeniami (fot. 2);

Stadium III – Charakteryzuje nierówną powierzchnią skóry, tkanką podskórną jest nierówna i stwardniała, występują duże wybrzuszenia pod skórą (fot. 3).

Nieleczony obrzęk lipidowy doprowadza do nawarstwiania się obrzęku limfatycznego. Składowany w tkankach podskórnych obrzęk o wysokiej zawartości białka prowadzi z upływem czasu do wzrostu produkcji kolagenu, co skutkuje zgrubieniem tkanki i usztywnieniem naczyń limfatycznych. Z tego powodu upośledzone zostają zdolności do kurczenia się, a transport limfy jest zredukowany⁹.



Fot. 1. Stadium I



Fot. 2. Stadium II



Fot. 3. Stadium III

Fizjoterapia w obrzękach tłuszczowo-limfatycznych i limfatyczno-tłuszczowych

Międzynarodowe Towarzystwo Limfologiczne (ISL, *International Society of Lymphology*) jako podstawową metodę leczenia obrzęku limfatycznego zaleca tak zwaną kompleksową terapię udrażniającą (CDT, *complex decongestive therapy*).

⁹ A. Pyszora, *Kompleksowa fizjoterapia pacjentów z obrzękiem limfatycznym*, Medycyna Paliatywna w Praktyce, 2010, 4, 1, s. 23-40.

Obejmuje ona manualny drenaż limfatyczny, bandażowanie wielowarstwowe, ćwiczenia poprawiające odpływ chłonki oraz pielęgnację skóry^{10 11}.

- Manualny drenaż limfatyczny

Twórcą drenażu limfatycznego jest duński lekarz Emil Vodder. Mimo że techniki manualne w drenażu nie są trudne, to bez odpowiedniego przygotowania można pogorszyć stan pacjenta. Jeśli chłonkę przesunie się w nieodpowiednim kierunku, a kompresja będzie zbyt mocna, może dojść do uszkodzenia skóry lub naczyń chłonnych i do zwiększenia obrzęków^{12 13 14 15}.

- Bandażowanie wielowarstwowe

Zastosowanie ucisku zewnętrznego jest kluczowym elementem terapii obrzęku. Bandażowanie polega na zakładaniu w określonej kolejności poszczególnych warstw, które powinny być mocowane przy użyciu plastrów (fot. 4). Jeżeli opatrunek jest dobrze tolerowany przez chorego, powinien być pozostawiony na kończynie przez 24 godziny^{16 17}.

¹⁰ M. Karafa, A. Karafova, M. Górską-Doś, J. Doś, *Zastosowanie kompleksowej terapii przeciwobrzękowej przy przewlekłej niewydolności żyłnej (PNŻ)*, Rehabilitacja 2013, nr 5, s. 52-55.

¹¹ A. Ruciński, D. Janczak, P. Szyber, *Wyniki kompleksowej terapii obrzęku chłonnego kończyn dolnych*, Pol Przeg. Chir., 2002, 74, s. 445-450.

¹² J. Doś, *Manualny drenaż limfatyczny (MDL) jako forma terapii*, Praktyczna Fizjoterapia i Rehabilitacja, 2010, 10, s. 34-38.

¹³ M. Brychcy, P. Rąglewska, J. Grzesiak, *Manualny drenaż limfatyczny – skuteczną formą terapii*, Masaż 2018, nr 1, s. 59-61.

¹⁴ M. Földi, R. Strössenreuther, *Podstawy manualnego drenażu limfatycznego*, Wydawnictwo Urban & Partner, Wrocław 2018.

¹⁵ K. Pawlaczyk, M. Gabriel, *Ręczny masaż limfatyczny i kompresjo terapia w leczeniu obrzęku chłonnego*, w: P. Chęciński (red.), *Obrzęk chłonny*, Termedia Wydawnictwo Medyczne Poznań, 2010, Wydanie I, s. 62-63.

¹⁶ M. Gabriel, K. Pawlaczyk, M. Stanisić, *Kompleksowa terapia przeciwobrzękowa w leczeniu zaawansowanych postaci pierwotnego obrzęku limfatycznego kończyn dolnych*, Family Medicine & Primary Care Review 2009, nr 3 vol. 11, s. 306-309.

¹⁷ M. T. Szewczyk, J. Cwajda-Białasik, A. Jawień, *Kompresjoterapia w leczeniu obrzęku limfatycznego kończyn dolnych*, Kompresjoterapia, Termedia, Poznań 2009, s. 131-134.



Fot. 4. Poszczególne warstwy bandażowania

- Ćwiczenia poprawiające odpływ chłonki

Ćwiczenia o niskim stopniu intensywności, bez dodatkowego obciążenia lub z zastosowaniem minimalnego oporu zewnętrznego poprawiają funkcję pompy mięśniowej. Wśród ćwiczeń poprawiających odpływ chłonki są także ćwiczenia oddechowe torem przeponowym, które poprawiają wydolność oddechową oraz pozwalają na przemieszczenie chłonki w kierunku ujścia do naczyń żylnych. Ćwiczenia indywidualnie dobrane do możliwości pacjenta, wpływają pozytywnie na jego ogólne samopoczucie i minimalizują dyskomfort psychiczny związany z obecnością obrzęku^{18 19 20}.

- Pielęgnacja skóry

Właściwa pielęgnacja skóry zapewnia ochronę przed wpływem szkodliwych czynników (infekcje grzybicze, bakteryjne). Zalecane jest używanie mydeł o kwaśnym pH, dokładne osuszanie skóry (zwłaszcza między palcami) oraz nawilżanie antyalergicznym balsamem. Ważna jest również prawidłowa technika obcinania paznokci, unikanie zranień, uważne wycinanie skórek (najlepiej zaniechanie wycinania). Wskazane jest noszenie rękawic w trakcie prac domowych takich jak:

¹⁸ K. Białas, J. Jasięga, *Fizjoterapia obrzękowa*, Medycyna Manualna 2005, 9, (3/4), s. 23-26.

¹⁹ A. Zębaty, *Kinezyterapia*, Tom I, 2002/2003, s. 471-797.

²⁰ A. Spannbaauer, J. Danek, *Kompleksowa fizjoterapia w leczeniu obrzęków limfatycznych kończyn dolnych*, Przegląd Flebologiczny 2006, nr 14, s. 151-155.

zmywanie naczyń, praca w ogrodzie. Jeżeli dojdzie do skaleczenia, miejsce to należy odkazić i obserwować w kierunku procesu zapalnego²¹.

Kompleksowa terapia udrażniająca może być uzupełniona o masaż pneumatyczny oraz kinesiotaping.



Fot. 5. Pozycja w trakcie drenażu pneumatycznego

- Masaż pneumatyczny

Celem kompresji pneumatycznej jest szybkie usunięcie chłonki z kończyny. Wykorzystuje się tu specjalnie skonstruowany rękaw pneumatyczny, który wytwarza zmienne ciśnienie w formie cyklicznych faz kompresji i dekompresji²² (fot. 5).

- Kinesio Taping® (KT)

Kinesiotaping jest metodą fizjoterapeutyczną opracowaną przez dr Kenzo Kase, polegającą na zastosowaniu specjalnych plastrów naklejanych bezpośrednio na skórę. Są to klejące taśmy bawełniane, o odpowiedniej strukturze splotu i dużej rozciągliwości o parametrach zbliżonych do właściwości ludzkiej skóry. Rodzajem aplikacji zalecanej w profilaktyce i terapii obrzęków jest aplikacja limfatyczna. Odpowiedni sposób aplikacji plastra powoduje minimalne uniesienie skóry, zwiększając jednocześnie przestrzeń między skórą właściwą a powięzią, co prowadzi do wzmożonego przepływu krwi i chłonki^{23 24}.

²¹ W. Witkowski, W. Jasek, *Terapia obrzęku limfatycznego (kończyny górnej i dolnej)*, Zakażenia 2005, nr 3, s. 96-100.

²² J. Taradaj, M. Kucharzewski, T. Halski, J. Rajfur, M. Pasteronk, S. Widera, M. Zduńczyk, M. Ozon, *Wpływ ciśnienia i długości trwania pojedynczego zabiegu pneumatycznego drenażu limfatycznego na redukcję pierwotnego obrzęku chłonnego kończyn dolnych u chorych z przewlekłą niewydolnością żylną*, Leczenie Ran 2013, nr 10, s. 7-11.

²³ E. Jaraczewska, *Kinesio®Taping jako metoda pomocnicza w leczeniu obrzęków*, Rehabilitacja 2011, nr 1, s. 30-33.

²⁴ E. Mikołajewska, *Kinesiotaping rozwiązania wybranych problemów funkcjonalnych*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2011, s. 113-144.

Przedmiot badań

Badanie zostało wykonane na grupie 60 pacjentów, leczonych w Szpitalu Rehabilitacyjnym BARSKA we Włocławku. Grupa badana liczyła 30 osób, gdzie średnia wieku wynosiła 60,4 lata (SD=8,46). Grupa kontrolna również liczyła 30 osób, średnia wieku 63,2 lata (SD=7,91). Grupa badana została poddana kompleksowej terapii przeciwobrzękowej, która polegała na ręcznym drenażu limfatycznym, pielęgnacji skóry, kompresoterapii, którą utrzymywano około 20 godzin, a w trakcie trwania kompresji pacjenci wykonywali ćwiczenia odblokowujące (ćwiczenia w odciążeniu i ćwiczenia czynno-wolne). W grupie kontrolnej prowadzona była kompresja pneumatyczna o ciśnieniu zewnętrznym 80mmHg o czasie trwania 30 min wraz z ćwiczeniami odblokowującymi. Badanie było prowadzone przez 2 tygodnie obejmujące 10 terapii przeciwobrzękowych dla obu grup.

Wykorzystano ankietę własnej konstrukcji, w której były zawarte pytania dotyczące ogólnej kondycji fizycznej chorego oraz obrzęku, takie jak ruchomość, przebarwienie i ocieplenie skóry, ból przy ucisku oraz występowanie siniaków. Przeprowadzono badanie obwodów kończyny dolnej przy pomocy miary krawieckiej.

Celem pracy była ocena skuteczności kompleksowej terapii przeciwobrzękowej (KTP), nie tylko na zmniejszenie obrzęków, ale również na poprawę ogólnej kondycji fizycznej i istotnych aspektów dotyczących samego obrzęku, takich jak ruchomość, przebarwienie i ocieplenie skóry, ból przy ucisku czy występowanie siniaków.

Wyniki

W badaniu wzięło udział 60 badanych, z czego 30 korzystało z kompleksowej terapii przeciwobrzękowej (grupa badana), a kolejne 30 osób korzystało z pneumatycznego masażu limfatycznego wraz z ćwiczeniami odblokowującymi (grupa kontrolna). Ze względu na charakterystykę obrzęków 100% badanych stanowiły kobiety. Szczegółowe dane grupy badanej i kontrolnej przedstawia tabela 1.

Tabela nr 1. Szczegółowe dane grupy badanej i kontrolnej

	Grupa badana	Grupa kontrolna
Liczebność	30	30
Średnia wieku (lata)	60,4	63,2
Średnia wzrostu (cm)	164,73	164,50
Średnia wagi (kg)	84,80	86,87
Średnia BMI	30,99	31,86
Średni czas trwania obrzęku	8,1	8,6

W badanej grupie oceniono wpływ zarówno kompleksowej terapii przeciwobrzękowej (grupa badana), jak i pneumatycznego masażu limfatycznego

wraz z ćwiczeniami (grupa kontrolna) na wielkość obrzęku. Wykonano pomiar obwodów w obrębie śródstopia, stawu skokowego, łydki oraz uda w lewej i prawej kończynie dolnej. Zależność między zmiennymi oceniono przy pomocy testu Wilcoxon. W obydwu grupach obrzęk się zmniejszył z przewagą regresji w grupie kontrolnej. Różnica średniej wartości wielkości obrzęku przed i po rehabilitacji przeciwobrzękowej była istotna statystycznie ($p < 0,02$). Statystyki opisowe obwodów kończyny dolnej prawej i lewej u badanych pacjentów przedstawiają tabele 2 i 3.

Tabela nr 2. Statystyki opisowe obwodów kończyny dolnej prawej u badanych pacjentów

Zmienna	Grupa	Rehabilitacja przeciwobrzękowa	M	SD	Różnica średnich wartości	Test Wilcoxon	p
Śródstopie prawe	Badana	Przed	25,35	2,25	3,37	4,78	< 0,02
		Po	21,98	1,98			
	Kontrolna	Przed	24,77	2,19	1,54	4,77	<0,02
		Po	23,23	2,29			
Staw skokowy prawy	Badana	Przed	33,90	4,15	3,63	4,78	< 0,02
		Po	30,27	3,50			
	Kontrolna	Przed	32,92	3,34	1,49	4,17	<0,02
		Po	31,43	3,51			
Łydka prawa	Badana	Przed	42,88	5,39	3,4	4,78	< 0,02
		Po	39,48	5,33			
	Kontrolna	Przed	43,18	6,02	1,86	4,15	<0,02
		Po	41,32	5,93			
Udo prawe	Badana	Przed	62,52	7,42	1,9	4,78	< 0,02
		Po	60,62	5,41			
	Kontrolna	Przed	63,80	6,14	1,25	4,74	<0,02
		Po	62,55	5,82			

M – średnia, SD – odchylenie standardowe, p – poziom istotności statystycznej

Tabela nr 3. Statystyki opisowe obwodów kończyny dolnej lewej u badanych pacjentów

Zmienna	Grupa	Rehabilitacja przeciwobrzękowa	M	SD	Różnica średnich wartości	Test Wilcoxon	p
Śródstopie lewe	Badana	Przed	25,18	2,00	2,98	4,74	< 0,02
		Po	22,20	1,89			
	Kontrolna	Przed	25,20	2,18	1,57	4,67	<0,02
		Po	23,63	2,23			
Staw skokowy lewy	Badana	Przed	34,37	4,16	4	4,78	< 0,02
		Po	30,37	3,26			
	Kontrolna	Przed	32,75	2,93	1,62	4,78	< 0,02
		Po	31,13	3,00			
Łydka lewa	Badana	Przed	43,77	6,09	4,05	4,78	< 0,02
		Po	39,72	5,22			
	Kontrolna	Przed	43,48	5,89	1,8	4,78	< 0,02
		Po	41,68	5,77			
Udo lewe	Badana	Przed	62,28	6,47	2,36	4,78	< 0,02
		Po	59,92	6,41			
	Kontrolna	Przed	62,97	6,66	1,42	4,68	< 0,02
		Po	61,55	6,98			

M – średnia, SD – odchylenie standardowe, p – poziom istotności statystycznej

Analizie poddano również stopień ocieplenia skóry (0 – bardzo gorąca z zaczerwienieniem, 1 – bardzo gorąca, 2 – ciepła, 3 – normalna) w grupie badanej i grupie kontrolnej. Zależność między zmiennymi oceniono przy pomocy testu Wilcoxon. Różnica średniej wartości ocieplenia skóry po przeprowadzonej kompleksowej terapii przeciwobrzękowej była istotna statystycznie ($p < 0,05$). Natomiast różnica średniej wartości ocieplenia skóry w grupie kontrolnej nie była istotna statystycznie ($p = 0,16$). Statystyki opisowe ocieplenia skóry przedstawia tabela 4.

Tabela nr 4. Statystyki opisowe ocieplenia skóry

Zmienna	Grupa	Rehabilitacja przeciwobrzękowa	M	SD	Różnica średnich wartości	Test Wilcoxon	p
Ocieplenie skóry	Badana	Przed	2,10	0,75	0,83	2,16	<0,05
		Po	2,93	0,25			
	Kontrolna	Przed	2,30	0,74	0,3	1,46	0,16
		Po	2,60	0,49			

M – średnia, SD – odchylenie standardowe, p – poziom istotności statystycznej

Różnica średniej wartości stopnia występowania siniaków po przeprowadzonej kompleksowej terapii przeciwobrzękowej była istotna statystycznie ($p < 0,001$). W celu

sprawdzenia czy występowanie siniaków się różni (0 – intensywne, 1 – średnie, 2 – małe, 3 – brak) w grupie badanej i grupie kontrolnej zastosowano test Wilcoxon. Statystyki opisowe ocieplenia skóry przedstawia tabela 5.

Tabela nr 5. Statystyki opisowe występowania siniaków

Zmienna	Grupa	Rehabilitacja przeciwobrzękowa	M	SD	Różnica średnich wartości	Test Wilcoxon	p
Występowanie siniaków	Badana	Przed	0,47	0,56	1,6	4,78	<0,001
		Po	2,07	0,63			
	Kontrolna	Przed	0,57	0,72	0,66	1,40	
		Po	1,23	0,88			

M – średnia, SD – odchylenie standardowe, p – poziom istotności statystycznej

W badanych grupach oceniono występowanie bólu przy ucisku (0 – intensywne, 1 – średni, 2 – mały, 3 – brak). Zależność między zmiennymi oceniono przy pomocy testu Wilcoxon. W obydwu grupach odczuwanie bólu przy ucisku po rehabilitacji przeciwobrzękowej zmniejszyło się. Statystyki opisowe występowania bólu przy ucisku przedstawia tabela 6.

Tabela nr 6. Statystyki opisowe występowania bólu przy ucisku

Zmienna	Grupa	Rehabilitacja przeciwobrzękowa	M	SD	Różnica średnich wartości	Test Wilcoxon	p
Ból przy ucisku	Badana	Przed	0,50	0,56	1,67	4,47	<0,001
		Po	2,17	0,58			
	Kontrolna	Przed	0,67	0,54	0,76	1,95	
		Po	1,43	0,92			

M – średnia, SD – odchylenie standardowe, p – poziom istotności statystycznej

W tabeli 7 przedstawiono statystyki opisowe przebarwień skóry. W celu sprawdzenia, czy występowanie przebarwień skóry się różni (0 – hiperpigmentacja/depigmentacja z ranami lub/i owrzodzeniami, 1 – hiperpigmentacja/depigmentacja, 2 – przebarwienia skóry, 3 – skóra o normalnym zabarwieniu) w grupie badanej i grupie kontrolnej zastosowano test Wilcoxon. Różnica średniej wartości występowania przebarwień skóry po przeprowadzonej kompleksowej terapii przeciwobrzękowej była istotna statystycznie ($p < 0,04$). Natomiast różnica średniej wartości występowania przebarwień skóry w grupie kontrolnej nie była istotna statystycznie ($p > 0,6$).

Tabela nr 7. Statystyki opisowe przebarwień skóry

Zmienna	Grupa	Rehabilitacja przeciwobrzękowa	M	SD	Różnica średnich wartości	Test Wilcoxon	p
Przebarwienia skóry	Badana	Przed	2,23	0,56	0,7	2,38	<0,04
		Po	2,93	0,25			
	Kontrolna	Przed	2,23	0,67	0,24	0,29	>0,6
		Po	2,47	0,72			

M – średnia, SD – odchylenie standardowe, p – poziom istotności statystycznej

Analizie poddano również ruchomość skóry (0 – brak ruchomości, 1 – niewielka ruchomość, 2 – ograniczona ruchomość w małym stopniu, 3 – prawidłowa ruchomość) w grupie badanej i grupie kontrolnej. Zależność między zmiennymi oceniono przy pomocy testu Wilcoxon. W obydwu grupach ruchomość skóry poprawiła się na poziomie istotności statystycznej ($p=0,001$). Statystyki opisowe ruchomości skóry przedstawia tabela 8.

Tabela nr 8. Statystyki opisowe ruchomości skóry

Zmienna	Grupa	Rehabilitacja przeciwobrzękowa	M	SD	Różnica średnich wartości	Test Wilcoxon	p
Ruchomość skóry	Badana	Przed	1,47	0,62	1,3	4,18	0,001
		Po	2,77	0,42			
	Kontrolna	Przed	1,47	0,62	1,3	4,18	0,001
		Po	2,77	0,42			

M – średnia, SD – odchylenie standardowe, p – poziom istotności statystycznej

W badanych grupach oceniono stopień trudności w pokonaniu dystansu 500 m (0 – niemożliwe, 1 – z dużą trudnością, 2 – z umiarkowaną trudnością, 3 – bez problemu). Zależność między zmiennymi oceniono przy pomocy testu Wilcoxon. Różnica średniej wartości stopnia trudności w pokonaniu dystansu 500 m po przeprowadzonej kompleksowej terapii przeciwobrzękowej była istotna statystycznie ($p<0,01$). Statystyki opisowe trudności w pokonywaniu dystansu 500 m przedstawia tabela 9.

Tabela nr 9. Opisowe statystyki stopnia trudności w pokonywaniu dystansu 500 m

Zmienna	Grupa	Rehabilitacja przeciwobrzękowa	M	SD	Różnica średnich wartości	Test Wilcoxon	p
Trudność w pokonywaniu dystansu 500m	Badana	Przed	1,60	0,84	0,9	2,84	<0,01
		Po	2,50	0,85			
	Kontrolna	Przed	2,17	0,69	0,5	1,23	0,33
		Po	2,67	0,65			

M – średnia, SD – odchylenie standardowe, p – poziom istotności statystycznej

Różnica średniej wartości stopnia trudności pokonywania trzech pięter po przeprowadzonej kompleksowej terapii przeciwobrzękowej była istotna statystycznie ($p < 0,003$). W celu sprawdzenia czy trudność przy pokonywaniu trzech pięter się różni (0 – niemożliwe, 1 – z dużą trudnością, 2 – z umiarkowaną trudnością, 3 – bez problemu) w grupie badanej i grupie kontrolnej zastosowano test Wilcoxon. Statystyki opisowe ocieplenia skóry przedstawia tabela 10.

Tabela nr 10. Statystyki opisowe trudności przy pokonywaniu trzech pięter

Zmienna	Grupa	Rehabilitacja przeciwobrzękowa	M	SD	Różnica średnich wartości	Test Wilcoxon	p
Trudność w pokonywaniu trzech pięter	Badana	Przed	1,00	0,86	1,03	3,09	<0,003
		Po	2,03	1,14			
	Kontrolna	Przed	1,33	0,87	0,44	0,94	<0,4
		Po	1,77	0,99			

M – średnia, SD – odchylenie standardowe, p – poziom istotności statystycznej

W tabeli 11 przedstawiono statystyki opisowe zaburzeń czucia. W celu sprawdzenia czy zaburzenie czucia się różni (0 – występuje cały czas, 1 – po dużym wysiłku lub/i wieczorem, 2 – sporadycznie, 3 – nie występuje) w grupie badanej i grupie kontrolnej zastosowano test Wilcoxon. Różnica średniej wartości stopnia występowania zaburzeń czucia po przeprowadzonej kompleksowej terapii przeciwobrzękowej, jak i po zastosowaniu pneumatycznego masażu limfatycznego wraz z ćwiczeniami była istotna statystycznie, z przewagą terapii, którą była objęta grupa badana.

Tabela nr 11. Opisowe statystyki zaburzenia czucia

Zmienna	Grupa	Rehabilitacja przeciwobrzękowa	M	SD	Różnica średnich wartości	Test Wilcoxon	p
Zaburzenie czucia	Badana	Przed	0,37	0,48	1,7	4,78	<0,001
		Po	2,07	0,44			
	Kontrolna	Przed	0,50	0,56	0,63	1,95	<0,05
		Po	1,13	0,81			

M – średnia, SD – odchylenie standardowe, p – poziom istotności statystycznej

Dyskusja

Wyniki przeprowadzonych badań potwierdzają redukcję obrzęków, poprawę jakości życia w zakresie pokonywania dystansów oraz pięt. Dodatkowo zaszła również poprawa dotycząca samego obrzęku, tj. przebarwień, ruchomości i ocieplenia skóry, bólu przy ucisku oraz występowania siniaków.

Gabriel et al. ocenili skuteczność kompleksowej terapii przeciwobrzękowej u osób z zaawansowanymi postaciami pierwotnego obrzęku limfatycznego kończyn dolnych. Uzyskane wyniki dowodzą zmniejszenie rozległości obrzęku średnio o 8196 ml, co stanowiło 48–65% występującego obrzęku. Wykonywane zabiegi trwały średnio 60–120 min przy zmianach obustronnych, po masażu dokonywano pielęgnacji skóry, następnie bandażowano pacjenta. Bezpośrednio na skórę zakładano bawełniany mankiet, gąbki o grubości 20 mm, następnie bandaże o szerokości od 80 do 150 mm, kompresje utrzymywano 20-22 godzin²⁵. W badaniu własnym również wykonywano taką formę masażu, pielęgnacji skóry i kompresoterapii, którą utrzymywano średnio 20 godzin, co skutkowało zmniejszeniem obrzęków kończyn dolnych w grupie badanej.

Fiodorenko-Dumas et al. zwrócili uwagę na jakość życia i stan zdrowia pacjentów z obrzękiem kończyn dolnych. Największą różnicę zaobserwowali w uczuciu ciężkości, zmęczeniu i występowaniu obrzęków²⁶. Badania własne także pozwoliły stwierdzić zmniejszenie obwodów kończyn dolnych, regresję zaburzeń czucia, zarówno w grupie badanej, jak i w grupie kontrolnej.

Taradaj, Franek, Kucio, Gieremek i Walewicz zaobserwowali skuteczność kompresjoterapii na poprawę ukrwienia kończyny dolnej u pacjentów z owrzodzeniami żylnymi goleni, poprzez redukcję ciśnienia hydrostatycznego, co

²⁵ M. Gabriel, K. Pawlaczek, M. Stanisić, *Kompleksowa terapia przeciwobrzękowa w leczeniu zaawansowanych postaci pierwotnego obrzęku limfatycznego kończyn dolnych*, Family Medicine & Primary Care Review 2009, nr 3, vol. 11, s. 306-309.

²⁶ Ż. Fiodorenko-Dumas, M. Paprocka-Borowicz, I. Dumas, A. Kołcz-Trzęsicka, *Jakość życia i stan zdrowia u pacjentów z obrzękiem kończyn dolnych*, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2012, nr 3, s. 247-251.

przywróciło właściwe warunki ciśnienia²⁷. W badaniach własnych również zastosowano kompresjoterapię, co przyczyniło się do poprawy w zakresie przebarwień skóry i występowania siniaków.

Taradaj et al. zbadali wpływ ciśnienia i czasu trwania zabiegu pneumatycznego drenażu limfatycznego. U badanych pacjentów średni wskaźnik BMI wynosił 31,71 kg/m². Badani pacjenci byli podzieleni na dwie grupy. Grupa A miała wykonywany pneumatyczny masaż limfatyczny o ciśnieniu zewnętrznym 40 mmHg i czasu trwania 25 minut. Grupa B miała wykonywany pneumatyczny drenaż limfatyczny o ciśnieniu zewnętrznym 80 mmHg i czasu trwania 45 minut. Analiza wyników stwierdziła istotne statystyczne zmniejszenie obrzęku wykorzystujące ciśnienie 80 mmHg na redukcję obrzęku. Średnia objętość prawej kończyny dolnej wynosiła 17421,56 cm³, po pojedynczym drenażu limfatycznym – 17048,22 cm³, po trzech godzinach 17134,78 cm³. Zaś średnia objętość kończyny dolnej lewej wynosiła 17370,11 cm³, po pojedynczym drenażu limfatycznym – 17370,11 cm³, a po trzech godzinach 17525,02 cm³²⁸. W badaniach własnych również zastosowano mechaniczny drenaż limfatyczny o ciśnieniu zewnętrznym 80 mmHg dla pacjentów z grupy kontrolnej. U badanych pacjentów również można było zaobserwować średnie BMI 31,42 co świadczy o I stopniu otyłości.

Podsumowując, kompleksowa terapia przeciwobrzękowa, w skład której wchodzi manualny drenaż limfatyczny, pielęgnacja skóry, kompresjoterapia oraz ćwiczenia, jest skuteczną metodą redukcji obrzęków, a także poprawia jakość życia chorego.

Wnioski

1. Kompleksowa terapia przeciwobrzękowa jest skuteczną metodą leczenia obrzęków limfatyczno-tłuszczowych i tłuszczowo-limfatycznych.
2. Trudność w pokonywaniu dystansu 500 m oraz trzech pięter po przeprowadzeniu kompleksowej terapii przeciwobrzękowej jest mniejsza niż w przypadku zastosowania pneumatycznego masażu oraz ćwiczeń odblokowujących.
3. Pacjenci po kompleksowej terapii przeciwobrzękowej rzadziej skarżą się na ból przy ucisku, występowanie siniaków.
4. Można zaobserwować korzystne zmiany dotyczące przebarwień, ocieplenia i ruchomości skóry po zastosowaniu kompleksowej terapii przeciwobrzękowej.

²⁷ J. Taradaj, A. Franek, C. Kucio, K. Gieremek, K. Walewicz, *Kompresjoterapia w leczeniu owrzodzeń żylnych goleni i obrzęku chłonnego kończyny dolnej*, Rehabilitacja w Praktyce 2010, nr 2, s. 42-44.

²⁸ J. Taradaj, M. Kucharzewski, T. Halski, J. Rajfur, M. Pasteronk, S. Widera, M. Zduńczyk, M. Ozon, *Wpływ ciśnienia i długości trwania pojedynczego zabiegu pneumatycznego drenażu limfatycznego na redukcję pierwotnego obrzęku chłonnego kończyn dolnych u chorych z przewlekłą niewydolnością żylną*, Leczenie Ran 2013, nr 10, s. 7-11.

5. Badani trafiali do Szpitala Rehabilitacyjnego BARSKA z obrzękiem utrzymującym się średnio 8,35 lat.
6. Ze względu na efektywność kompleksowej terapii przeciwobrzękowej należałoby ją prowadzić zgodnie ze standardami proponowanymi przez Towarzystwo Limfologiczne jako zintegrowaną i kompleksową opiekę, a dostęp do niej powinien być łatwiejszy

Piśmiennictwo

Publikacje

1. Białas K., Jasięga J., *Fizjoterapia obrzękowa*, Medycyna Manualna 2005, 9, (3/4), s. 23-26.
2. Bieda J., Sopata M., Piwońska M., *Ocena jakości życia u pacjentów leczonych z powodu przewlekłego obrzęku chłonnego*, Przegląd Flebologiczny 2004, nr 12, 2, s. 55-63.
3. Brychcy M., Rąglewska P., Grzesiak J., *Manualny drenaż limfatyczny – skuteczną formą terapii*, Masaż 2018, nr 1, s. 59-61.
4. Doś J., *Manualny drenaż limfatyczny (MDL) jako forma terapii*, Praktyczna Fizjoterapia i Rehabilitacja, 2010, 10, s. 34-38.
5. Fiodorenko-Dumas Ż., Paprocka-Borowicz M., Dumas I., Kołcz-Trzęsicka A., *Jakość życia i stan zdrowia u pacjentów z obrzękiem kończyn dolnych*, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2012, nr 3, s. 247-251.
6. Földi M., Strössenreuther R., *Podstawy manualnego drenażu limfatycznego*, Wydawnictwo Urban & Partner, Wrocław 2018.
7. Gabriel M., Pawlaczyk K., Stanisic M., *Kompleksowa terapia przeciwobrzękowa w leczeniu zaawansowanych postaci pierwotnego obrzęku limfatycznego kończyn dolnych*, Family Medicine & Primary Care Review 2009, nr 3, vol. 11, s. 306-309.
8. Gultig O., Miller A., Zoltzer H., Doś J., *Limfologia*, Wydawnictwo Urban & Partner, Wrocław 2017.
9. Jaraczewska E., *Kinesio®Taping jako metoda pomocnicza w leczeniu obrzęków*, Rehabilitacja 2011, nr 1, s. 30-33.
10. Karafa M., Karafova A., Górska-Doś M., Doś J., *Zastosowanie kompleksowej terapii przeciwobrzękowej przy przewlekłej niewydolności żyłnej (PNŻ)*, Rehabilitacja 2013, nr 5, s. 52-55.
11. Marker R., Modzelewski B., Dąbrowski J., Kuśmierk J., Nowacki J., *Limfoscynetygrafia jako metoda z wyboru dla oceny obrzęku limfatycznego kończyn dolnych*, Polski Merkuriusz Lekarski 2005, nr 19, s. 828-830.
12. Mikołajewska E., *Kinesiotaping rozwiązania wybranych problemów funkcjonalnych*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2011, s. 113-144.
13. Mrozińska M., Szuba A., *Ambulatoryjne leczenie chorych z obrzękiem limfatycznym*, Fizjoterapia 2006, nr 14, s. 50-54.

14. Pawlaczyk K., Gabriel M., *Ręczny masaż limfatyczny i kompresjo terapia w leczeniu obrzęku chłonnego* w: Chęciński P. (red.), *Obrzęk chłonny*, Termedia Wydawnictwo Medyczne Poznań 2010, Wydanie I, s. 62-63.
15. Pyszora A., *Kompleksowa fizjoterapia pacjentów z obrzękiem limfatycznym*, *Medycyna Paliatywna w Praktyce*, 2010, 4, 1, s. 23-40.
16. Ruciński A., Janczak D., Szyber P., *Wyniki kompleksowej terapii obrzęku chłonnego kończyn dolnych*, *Pol Przeg. Chir.*, 2002, 74, s. 445-450.
17. Rymarz E., Mieczkowska J., Łopatyński J., *Obrzęki kończyn dolnych – etiopatogeneza, rodzaje, diagnostyka*, *Medycyna Ogólna* 2007, nr 13, s. 216-221.
18. Spannbauer A., Danek J., *Kompleksowa fizjoterapia w leczeniu obrzęków limfatycznych kończyn dolnych*, *Przegląd Flebologiczny* 2006, nr 14, s. 151-155.
19. Szewczyk M.T., Cwajda-Białasiak J., Jawień A., *Kompresjoterapia w leczeniu obrzęku limfatycznego kończyn dolnych*, *Kompresjoterapia*, Termedia, Poznań 2009, s. 131-134.
20. Taradaj J., Kucharzewski M., Halski T., Rajfur J., Pasteronk M., Widera S., Zduńczyk M., Ozon M., *Wpływ ciśnienia i długości trwania pojedynczego zabiegu pneumatycznego drenażu limfatycznego na redukcję pierwotnego obrzęku chłonnego kończyn dolnych u chorych z przewlekłą niewydolnością żylną*, *Leczenie Ran* 2013, nr 10, s. 7-11.
21. Taradaj J., Franek A., Kucio C., Gieremek K., Walewicz K., *Kompresjoterapia w leczeniu owrzodzeń żylnych goleni i obrzęku chłonnego kończyny dolnej*, *Rehabilitacja w Praktyce* 2010, nr 2, s. 42-44.
22. Witkor M., Synowiec T., Liwień M., *Podstawy fizjologii układu limfatycznego, Obrzęk chłonny*, *Przewodnik Lekarski* 2006, nr 5, vol. 11, s. 80-89.
23. Witkowski W., Jasek W., *Terapia obrzęku limfatycznego (kończyny górnej i dolnej)*, *Zakażenia* 2005, nr 3, s. 96-100.
24. Zębaty A., *Kinezyterapia Tom I*, 2002/2003, s. 471-797.

Źródła internetowe

1. www.limfologia.com.pl/pliki/Artykul/1057_obrzek-lipidowy-obrzek-tluszczowy.pdf.
2. www.onkorehabilitacja.pl/repository/!uploaded/Zagadnienia-ogolne-obrzeku-limfatycznego.pdf.

1.3. Aktywność fizyczna, zawodowa i społeczna pacjentów z kolostomią i urostomią

Dariusz Dyrda¹, Stanisław Krajewski², Magda Kucharczuk³, Karolina Juraszek⁴

¹ Bydgoska Szkoła Wyższa

² Klinika Neurochirurgii; 10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką w Bydgoszcz

³ Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu; Katedra Zdrowia Publicznego, Collegium Medicum w Bydgoszczy

⁴ Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu; Katedra Fizjoterapii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy

Liczba znaków: 22 611 (ze streszczeniami).

Liczba zdjęć: 15 x 1 000 znaków (ryczałt) = 15 000 znaków.

Łącznie: Liczba znaków: 37 611 (ze streszczeniami) = **0,940** publikacji arkuszy wydawniczych.

Słowa kluczowe: kolostomia, urostomia, aktywność fizyczna, aktywność społeczna

Streszczenie

Wstęp. Stomia wyprowadzana jest jako pewien etap leczenia lub jako jego efekt końcowy. Często zdarza się, że zabieg wyłonienia stomii nie jest zabiegiem planowym, ale mimo wszystko koniecznym do ratowania ludzkiego życia. Kolostomia i urostomia wymagają ciągłego kontrolowania, co przekłada się na codzienne funkcjonowanie chorych pod względem aktywności fizycznej, zawodowej i społecznej.

Cel. Celem pracy było określenie aktywności fizycznej, podejmowania pracy zawodowej oraz życia społecznego pacjentów z wyłonią kolostomią i urostomią.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono w sklepie medycznym ELD-MED w Bydgoszczy. W badaniu wzięło udział 67 osób, które zostały podzielone na dwie grupy. Pierwszą z nich stanowiło 36 chorych z wyłonią przetoką kolostomijną. Druga grupa liczyła 31 osób z wyłonią przetoką urostomijną. Zastosowano autorską ankietę a wyniki poddano analizie statystycznej.

Wnioski. 1. Nadmierna masa ciała występuje u większości osób z wyłonią stomią. 2. Kolostomia stanowi większy problem w podjęciu pracy w porównaniu do urostomii. 3. Wyłonienie stomii nie ma większego wpływu na aktywność fizyczną pacjentów. Zmianie uległ natomiast rodzaj podejmowanej aktywności fizycznej. 4. Pacjenci z kolostomią gorzej oceniają swój kontakt z innymi ludźmi, osoby z tej grupy częściej wskazywały na wystąpienie ograniczeń życia rodzinnego i towarzyskiego.

Wstęp

Pacjenci z wyłonią stomią stanowią specyficzną grupę pacjentów chirurgicznych oraz onkologicznych. Stomia wyprowadzana jest jako pewien etap leczenia lub jako jego efekt końcowy. Często zdarza się, że zabieg wyłonienia stomii

jest zabiegiem koniecznym do ratowania ludzkiego życia. Pociąga on za sobą konieczność ciągłego używania sprzętu stomijnego do odprowadzania treści jelitowych lub zawartości pęcherza. Jako zabieg chirurgiczny nie pozostaje bez wpływu na organizm. Samo wyprowadzenie stomii może narzucać pewne ograniczenia w czynnościach dnia codziennego, w działaniu mięśni brzucha, a więc także w motoryce całego ciała.

Stomię można zdefiniować jako „celowo wykonane połączenie narządu wewnętrznego ze skórą”¹. Określana jest także mianem przetoki zewnętrznej, operacyjnie wytworzonym połączeniem narządów wewnętrznych z powłokami zewnętrznymi² (rys. 1.).

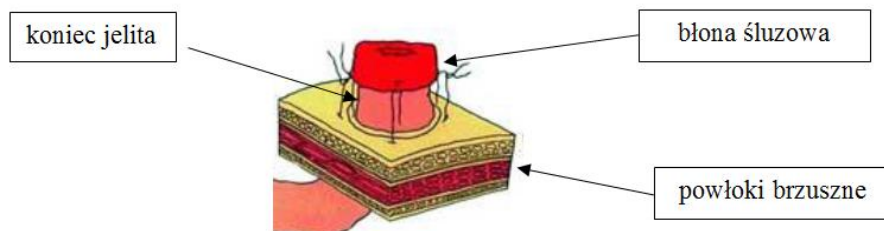
Stomię podzielić można ze względu na:

1. Trwałość stomii:

- czasowa – istnieje możliwość operacyjnego przywrócenia utraconej wcześniej ciągłości,
- definitywna – bez możliwości odtworzenia danego ciągłości układu.

2. Lokalizację anatomiczną:

- kolostomia – jest to połączenie światła jelita grubego ze skórą,
- ileostomia – jest to połączenie światła jelita cienkiego ze skórą,
- urostomia – jest to połączenie światła moczowodów ze skórą w sposób bezpośredni albo przez wyizolowany fragment jelita cienkiego³.



Rys. 1. Schemat wyłonionego jelita przez powłoki brzuszne

Przyczyny wyłonienia stomii jelitowych (kolostomii i ileostomii) w Polsce kształtują się w następujący sposób:

- rak jelita grubego, stanowi to około 77% wszystkich przypadków,
- patologia jelita cienkiego: niedrożności, perforacje, niedokrwienie jelit,
- choroba uchyłkowa jelita grubego oraz jej powikłania,

¹ W. Szczęsny, M. Siewkowska, S. Dąbrowiecki, J. Szmytkowski, *Stomia jelitowa – podział i powikłania*, Problemy Pielęgniarstwa 2013, 21 (2), s. 260.

² D. Bazaliński, B. Barańska, E. Cipora, *Stomia jelitowa nie musi być przyczyną niepełnosprawności*, Medycyna Rodzinna 2006, nr 3, s. 58-63.

³ I. Lewandowska, J. Kowalik, Z. Kopański, A. Skura-Madziła, F. Furmaniak, *Opieka nad pacjentem ze stomią jelitową*, Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue 2011, nr 2, s. 9-10.

- choroba zapalna jelit,
- krwawienie z przewodu pokarmowego,
- przetoki około odbytnicze,
- urazy jelit⁴.

Powodem wyłonienia urostomii w 90% przypadków w Polsce jest nowotwór pęcherza moczowego.

Powikłania po wyłonieniu stomii mogą być miejscowe lub ogólnoustrojowe. Do ogólnoustrojowych zaliczamy: metaboliczne, psychosocjalne i seksualne. Do powikłań miejscowych należą: chirurgiczne i dermatologiczne. Powikłania chirurgiczne obejmują powikłania wczesne i późne (nawet do kilkudziesięciu lat po operacji).

Do częstych powikłań chirurgicznych należą: martwica, niedokrwienie, obrzęk, krwawienie, wciągnięcie, przetoka około stomijna, zakażenie rany stomijnej, brak zrostu śluzówkowo-skórnego. Późne powikłania chirurgiczne to: przepuklina okołostomijna, wciągnięcie, zwężenie, wypadanie, przewlekła przetoka okołostomijna, wszczepy śluzówkowe, skręcenie jelita w pobliżu stomii, przedziurawienie jelita podczas irygacji, niewłaściwe umiejscowienie stomii, wznowa choroby podstawowej w stomii. Miejscowe powikłania dermatologiczne stanowią: zapalenie skóry na skutek działania treści jelitowych, stan zapalny skóry powstały na skutek uczulenia na sprzęt stomijny lub jego część, zakażenie tych zmian grzybami lub bakteriami^{5 6 7}.

Rehabilitacja po wyłonieniu stomii

Pacjenci z wyłonioną stomią muszą uważać na czynności dnia codziennego oraz na ćwiczenia fizyczne powodujące zwiększenie ciśnienia śródbrzusznego oraz śródpiersiowego. Są to pozycje wymagające przytrzymanie oddechu, co powoduje zepchnięcie narządów wewnętrznych w kierunku mięśni dna miednicy. Ćwiczenia takie unikane są zwłaszcza we wczesnym okresie pooperacyjnym⁸. Fizjoterapia powinna być dobrana do stanu i możliwości pacjenta. Ćwiczenia czynne jako najbardziej wskazany rodzaj ruchu, mogą przybierać formę ciągłą lub interwałową w zależności od kondycji pacjenta. Dobrze, jeśli ćwiczenia te angażują duże grupy mięśniowe⁹. Ćwiczenia ogólnousprawniające powinny być wprowadzone już o okresie pooperacyjnym. Ma to

⁴ T. Banasiewicz, P. Krokowicz, M. Szczepkowski (red.), *Stomia prawidłowe postępowanie chirurgiczne i pielęgnacja*, Termedia Poznań 2014, s. 14, 25-26, 39, 131-133.

⁵ M. Szczepkowski, *Dobra stomia*, Postępy Nauk Medycznych 2006, nr 5, s. 240-250.

⁶ A. Smereczyński, A. Deręgowska, *Przepukliny powłok brzusznych, Część 4, Przepukliny pooperacyjne*, Ultrasonografia nr 25, 2006, s. 61.

⁷ J. Cymerska (red.), *Nasza Troska*, 2017 nr 3 (55), Convatec Polska Sp. z o.o., s. 10, 27.

⁸ H. Tchórzewska, *Rehabilitacja chorych leczonych z powodu raka jelita grubego*, Nowa Medycyna 1999, nr 4, s. 49-50.

⁹ M. Woźniewski (red.), *Fizjoterapia w onkologii*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012, s. 1-18.

na celu zwiększenie masy mięśniowej i przyspieszenie powrotu do samodzielności¹⁰. Ćwiczenia te powinny być wykonywane systematycznie i oprócz ćwiczeń ogólnokondycyjnych powinny składać się także z ćwiczeń oddechowych i specjalistycznych ćwiczeń dla pacjentów ze stomią¹¹. By zwiększyć tkankę mięśniową stosuje się ćwiczenia oporowe. Są to ćwiczenia angażujące mięśnie szkieletowe przeciwko oporowi zewnętrznemu. Najczęściej są one wykonywane trzy razy w tygodniu, a intensywność ich to 60–70% jednego maksymalnego powtórzenia. Jest to maksymalna wartość ciężaru, który pacjent może podnieść tylko jeden raz¹². Poprawiają one gojenie się ran pooperacyjnych, ich stabilizację, obniżają możliwość rozejścia się ran oraz powstawanie przepuklin¹³. Pacjenci nie powinni uprawiać sportów kontaktowych, gdyż wykazują one znaczne ryzyko urazu okolic jamy brzusznej¹⁴.

Sprzęt do zaopatrzenia stomii

Pacjenci z wyłonioną kolostomią i urostomią nie ewakuują kału i moczu w sposób fizjologiczny, poprzez zwieracze, a poprzez sztucznie utworzony otwór na zewnątrz, co za tym idzie nie mają kontroli na tym procesem. Wymusza to zaopatrzenie stomii w odpowiedni sprzęt, który zabezpieczy pacjenta przed podrażnieniami wynikającymi z wypływu moczu lub kału na skórę oraz pozwoli na swobodne funkcjonowanie pacjenta. Sprzęt stomijny można podzielić na jednoczęściowy i dwuczęściowy.

Jednoczęściowy sprzęt jest przyklejany bezpośrednio do skóry pacjenta, przylepiec jest elastyczny, ale zmienia się go częściej, co może powodować podrażnienia skóry wokół stomii.

Sprzęt dwuczęściowy składa się z płytki przyklejanej do skóry, a następnie mocuje się do niej worek. Płytką pozostaje na skórze pacjenta przez kilka dni, worki zmienia się częściej. Płytką stomijną jest mniej elastyczna niż system jednoczęściowy, za to w użytkowaniu daje mniej podrażnień skóry^{15 16}.

¹⁰ G. Trojan, P. Jaźwa, J. Kułtys, *Rola i miejsce fizjoterapii w leczeniu pacjentów chirurgicznych*, Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego 2005, nr 1, s. 71-76.

¹¹ A. Ławnik, *Rehabilitacja pacjentów ze stomią jelitową*, Medycyna Ogólna i Nauk o Zdrowiu 2015, tom 21, nr 1, s. 84-87.

¹² M. Woźniewski, J. Kołodziej, *Rehabilitacja w chirurgii*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006, s. 25-33.

¹³ M. Wozniewski (red.), *Fizjoterapia w chirurgii*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012, s. 18-31.

¹⁴ A. Kwolek (red.), *Rehabilitacja medyczna*, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2012, s. 618.

¹⁵ J. Cymerska (red.), *Nasza Troska*, 2015, nr 4, Convatec Polska Sp. z o. o., s. 14.

¹⁶ J. Cymerska (red.), *Nasza Troska*, 2016, nr 3, Convatec Polska Sp. z o. o., s. 23.

Przedmiot badań

W Badania przeprowadzono w sklepie medycznym ELD-MED w Bydgoszczy. W badaniu wzięło udział 67 osób, które zostały podzielone na dwie grupy. Pierwszą z nich stanowiło 36 chorych z wyłonią przetoką kolostomijną. Druga grupa liczyła 31 osób z wyłonią przetoką urostomijną. Zastosowano autorską ankietę, a wyniki poddano analizie statystycznej. Kwestionariusz ankiety zbudowany był z 35 pytań, w tym 33 pytań zamkniętych i 2 pytań otwartych. W niektórych pytaniach respondenci mogli zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź.

Praca ma na celu określenie poziomu aktywności fizycznej, aktywności zawodowej oraz społecznej pacjentów z wyłonią kolostomią i urostomią.

Wyniki

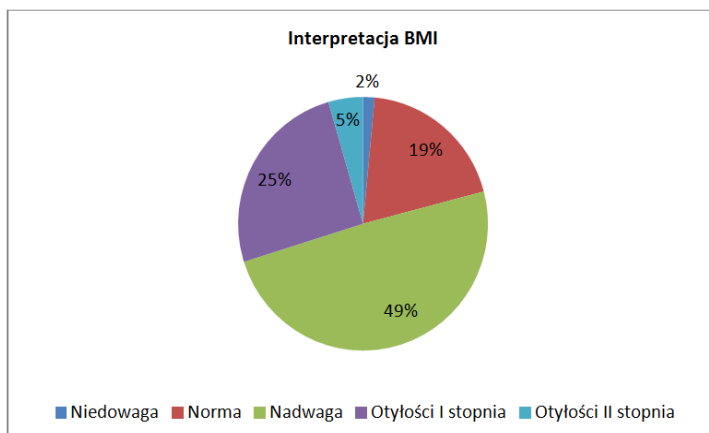
W tabeli 1 przedstawiono analizę opisową wieku względem grup utworzonych na podstawie lokalizacji występującej stomii. Średnia wieku dla grupy z kolostomią wyniosła 69,8 lat, natomiast dla grupy z urostomią 69 lat. W pierwszej grupie można zanotować nieco wyższy minimalny wiek w porównaniu do grupy drugiej (49 lat vs 36 lat).

Tabela nr 1. Analiza wieku względem grup utworzonych na podstawie występującej stomii

Grupa badana	\bar{x}	SD	Min	Q ₁	Me	Q ₃	Maks	Wynik testu	Wartość p
Wiek									
Kolostomia	69,8	9,3	49	76,5	68,5	63	89	0,304	0,762
Urostomia	69,0	10,9	36	74	70	65	89		

Źródło: obliczenia własne

Interpretacja wskaźnika BMI w całej grupie wskazuje na wystąpienie u jednej tylko osoby niedowagi, u 19% badanych prawidłowej masy ciała natomiast nadmierna masa ciała występuje u 79% osób (odpowiednio nadwaga u 49%, otyłość I stopnia u 25% a otyłość II stopnia u 5% badanych osób). Graficzny rozkład interpretacji wskaźnika BMI w całej badanej grupie osób przedstawia wykres 1.



Wyk. 1. Graficzny rozkład interpretacji wskaźnika BMI w całej badanej grupie osób
Źródło: obliczenia własne

Analiza statystyczna dotycząca określenia występujących różnic w zakresie bycia aktywnym zawodowo względem rodzaju występującej stomii, nie wskazuje na wystąpienie istotnej statystycznie różnicy między porównywanymi grupami. Przeprowadzony test Chi2 Pearsona udowadnia, że w przypadku analizowanej grupy typ stomii nie przyczynia się do większej aktywności zawodowej, która w obu grupach jest niska, wynosząc jedynie 16,7% u osób z kolostomią oraz 6,5% u osób z urostomią (tabela 2).

Tabela nr 2. Analiza typu występującej stomii względem aktywności zawodowej

Grupa badana		Bycie aktywnym zawodowo		Wynik testu	Wartość p
		Nie	Tak		
Kolostomia	N	30	6	1,653	0,199
	%	83,33%	16,67%		
Urostomia	N	29	2		
	%	93,55%	6,45%		

Źródło: obliczenia własne

Analiza statystyczna odpowiedzi w zakresie określenia tego, czy to stomia jest powodem braku podjęcia aktywności zawodowej w obu grupach wskazuje częściej odpowiedź negatywną. Porównanie między grupami wskazuje jednak, że o około 20% częściej kolostomia stanowi problem w podjęciu pracy w porównaniu do urostomii. Uzyskane wyniki z przeprowadzonego porównania różnią się od siebie w sposób istotny statystycznie (tabela 3).

Tabela nr 3. Analiza typu występującej stomii względem tego, czy stomia jest powodem niepodjęcia pracy zawodowej

Grupa badana		Czy stomia jest powodem braku podjęcia pracy		Wynik testu	Wartość p
		Nie	Tak		
Kolostomia	N	20	12	3,106	0,048
	%	62,50%	37,50%		
Urostomia	N	24	5		
	%	82,76%	17,24%		

Źródło: obliczenia własne

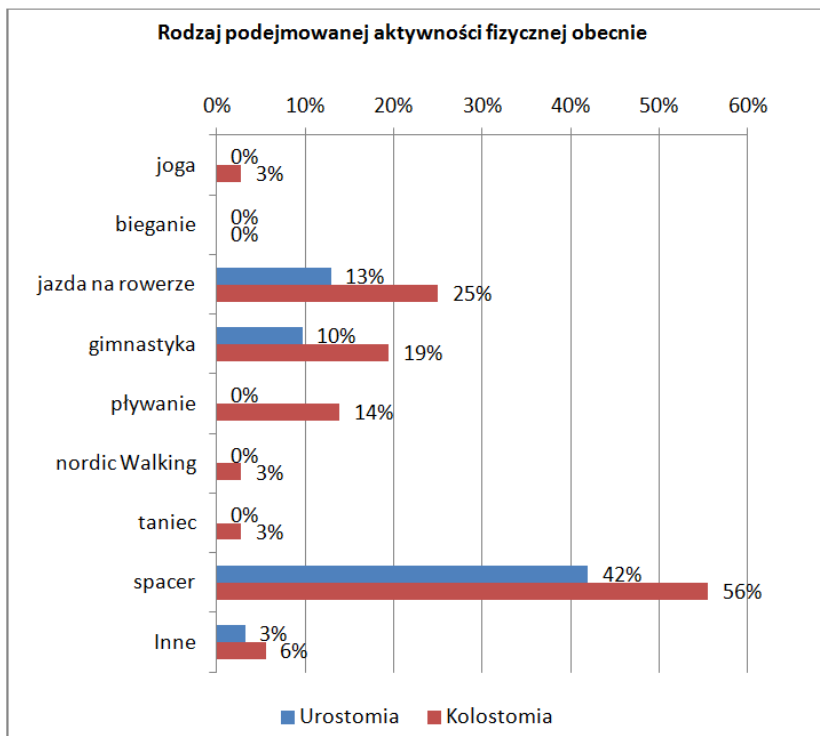
Analiza dotycząca uprawiania aktywności fizycznej przedstawiona w tabeli 4, nie wskazuje na wystąpienie istotnych statystycznie różnic między grupami. W obu przypadkach występują częstsze odpowiedzi wskazujące na uprawianie aktywności fizycznej (63,4% dla kolostomii oraz 58,1% dla urostomii).

Tabela nr 4. Analiza typu występującej stomii względem uprawiania aktywności fizycznej

Grupa badana		Uprawianie aktywności fizycznej		Wynik testu	Wartość p
		Nie	Tak		
Kolostomia	N	13	23	0,238	0,626
	%	36,11%	63,89%		
Urostomia	N	13	18		
	%	41,94%	58,06%		

Źródło: obliczenia własne

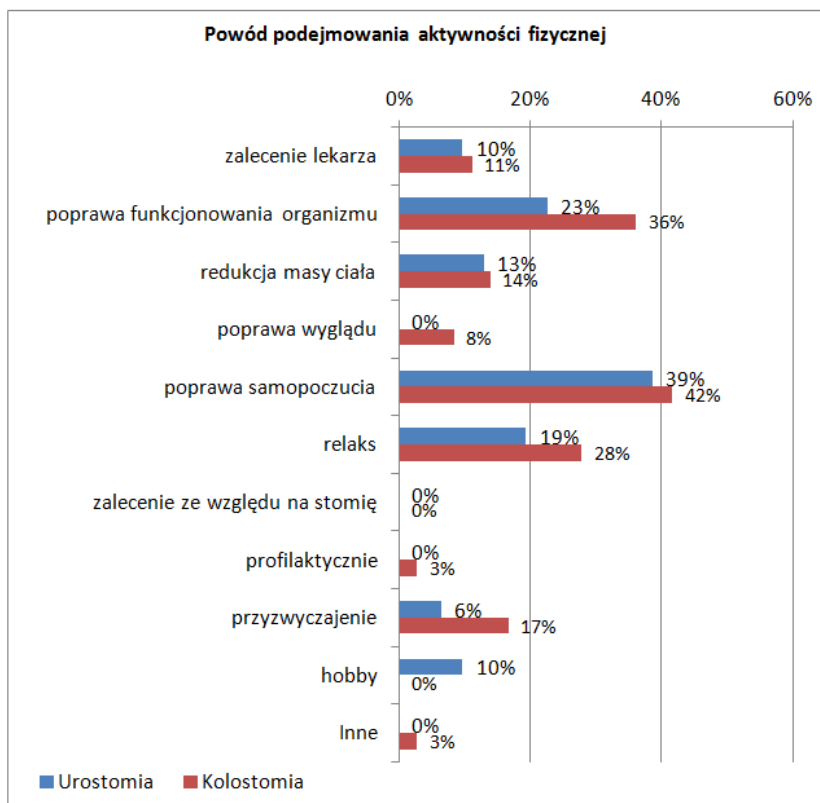
Na wykres 2 przedstawiono najczęściej podejmowane rodzaje aktywności fizycznej. W przypadku kolostomii ankietowani wykazują się większym zróżnicowaniem aktywności fizycznej, lecz w przypadku takich czynności jak spacer, jazda na rowerze i gimnastyka różnice obie grupy udzielały najczęstszych odpowiedzi.



Wyk. 2. Graficzne przedstawienie rodzaju podejmowanej aktywności fizycznej w chwili obecnej

Źródło: obliczenia własne

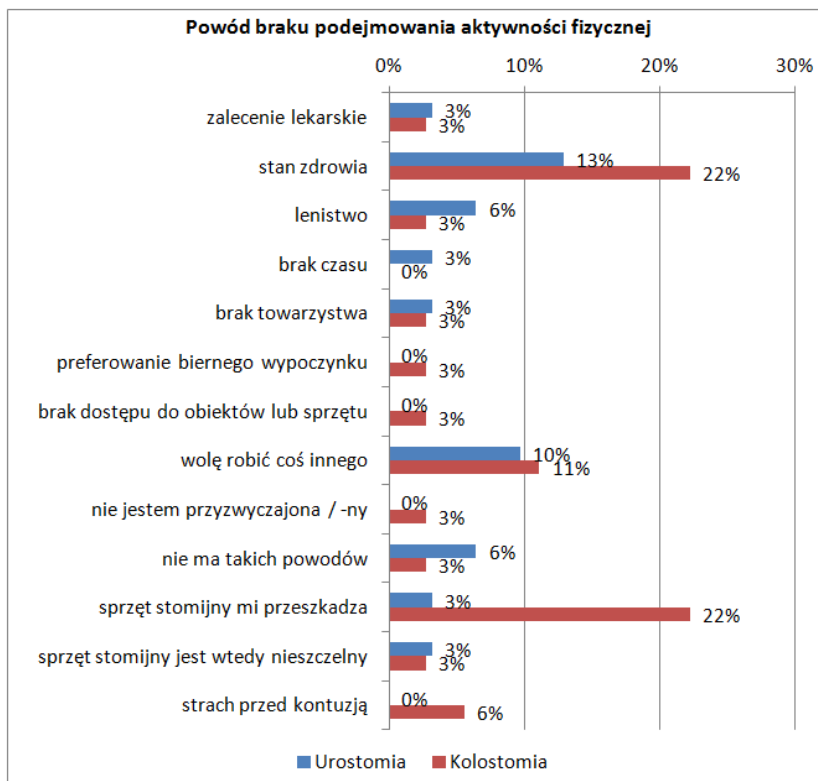
Do czynników powodujących podejmowanie aktywności fizycznej, ankietowani z obu grup najczęściej wskazywali poprawę samopoczucia i funkcjonowania organizmu oraz relaks. Graficzny rozkład przyczyn podejmowania aktywności fizycznej przedstawia wykres 3.



Wyk 3. Graficzne przedstawienie powodów podejmowanej aktywności fizycznej w chwili obecnej

Źródło: obliczenia własne

Do najczęstszych przyczyn braku podejmowania aktywności fizycznej przez pacjentów z kolostomią należy zaliczyć: przeszkadzanie sprzętu stomijnego oraz stan zdrowia (odpowiednio po 22% odpowiedzi). Odpowiedzi w zakresie badanej grupy z urostomią wskazują na najczęstszy powód w zakresie stanu zdrowia oraz chęć wykonywania innych czynności (odpowiednio 13% i 10% ankietowanych). Graficzne przedstawienie przeprowadzonej analizy zawarto na wykres 4.



Wyk. 4. Graficzne przedstawienie przyczyn braku aktywności fizycznej w chwili obecnej
Źródło: obliczenia własne

Porównanie w zakresie częstości podejmowania aktywności fizycznej przedstawione w tabeli 6, wskazuje na brak istotnej statystycznie różnicy. Obie grupy najczęściej odpowiadały, że, aktywność fizyczną podejmują codziennie lub 2–3 razy na tydzień. Niestety 18,2% ankietowanych z kolostomią oraz 17,7% z urostomią podejmuje ją rzadko.

Tabela nr 5. Analiza typu występującej stomii względem częstości uprawiania aktywności fizycznej

Grupa badana		Częstość uprawiania aktywności fizycznej				Wynik testu	Wartość p
		codziennie	2-3 razy na tydzień	1 raz na tydzień	rzadziej		
Kolostomia	N	12	5	1	4	0,924	0,820
	%	54,55%	22,73%	4,55%	18,18%		
Urostomia	N	7	6	1	3		
	%	41,18%	35,29%	5,88%	17,65%		

Źródło: obliczenia własne

Odpowiedzi czy aktywność fizyczna sprawia przyjemność ankietowanych w obu grupach najczęściej była twierdząca. Odsetek ankietowanych z kolostomią

wyniósł 80%, a w przypadku urostomii 94,4% (tabela 7). Wskazuje to, że niezależnie od typu posiadanej stomii ankietowane grupy odpowiadały w sposób zbliżony do siebie.

Tabela nr 6. Analiza typu występującej stomii względem tego czy aktywność fizyczna sprawia przyjemność badanym

Grupa badana		Czy aktywność fizyczna sprawia przyjemność		Wynik testu	Wartość p
		Nie	Tak		
Kolostomia	N	5	20	1,819	0,177
	%	20,00%	80,00%		
Urostomia	N	1	17		
	%	5,56%	94,44%		

Źródło: obliczenia własne

Analiza w zakresie subiektywnej sprawności fizycznej ankietowanych również nie daje różnic istotnych statystycznie. Ankietowani z obu grup wskazują na zbliżony wskaźnik sprawności fizycznej, która najczęściej jest na średnim i dobrym poziomie, wynosząc odpowiednio 57,7% oraz 30,8% dla osób z kolostomią i 66,7% oraz 27,8% dla osób z urostomią. Niewielki odsetek osób (po jednym ankietowanym z obu grup) odpowiedziało, że ocena sprawności jest na bardzo dobrym poziomie (tabela 8).

Tabela nr 7. Analiza typu występującej stomii względem subiektywnej oceny sprawności fizycznej badanych osób

Grupa badana		Subiektywna ocen sprawności fizycznej				Wynik testu	Wartość p
		zła	średnia	dobra	bardzo dobra		
Kolostomia	N	2	15	8	1	1,625	0,654
	%	7,69%	57,69%	30,77%	3,85%		
Urostomia	N	0	12	5	1		
	%	0,00%	66,67%	27,78%	5,56%		

Źródło: obliczenia własne

Analiza dotycząca podejmowaniem aktywności fizycznej przed wyłonieniem stomii w obu grupach również nie wskazuje na różnice istotne. Może to oznaczać, że wcześniejsza aktywność fizyczna oraz typ występującej stomii nie mają wpływu na późniejszą aktywność fizyczną, wyniki zawarto w tabeli 9.

Tabela nr 8. Analiza typu występującej stomii względem podejmowania aktywności fizycznej przed jej wyłonieniem

Grupa badana		Podejmowanie aktywności fizycznej przed wyłonieniem stomii		Wynik testu	Wartość p
		Nie	Tak		
Kolostomia	N	11	25	0,022	0,881
	%	30,56%	69,44%		
Urostomia	N	10	21		
	%	32,26%	67,74%		

Źródło: obliczenia własne

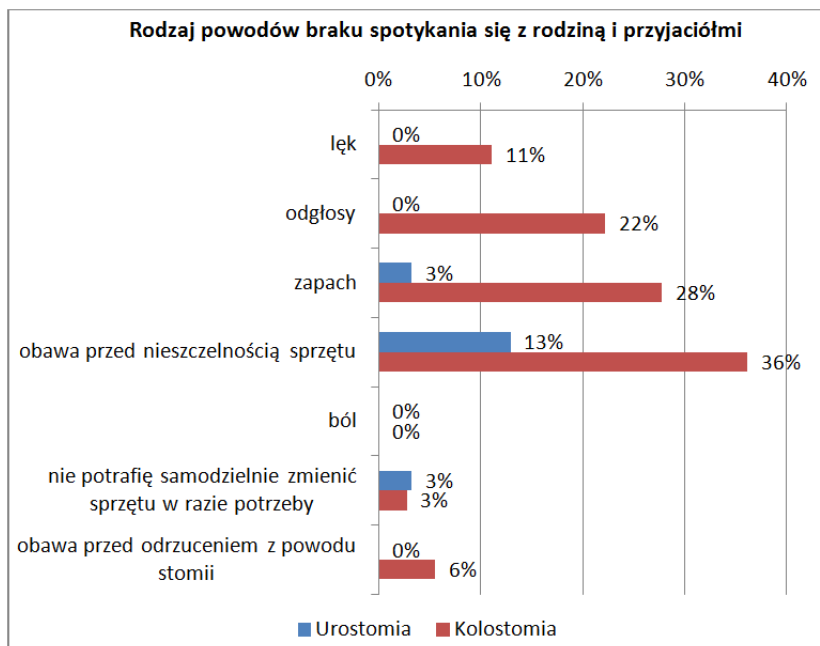
Analiza związku faktu posiadania stomii a towarzyszących ograniczeń życia rodzinnego i towarzyskiego wskazuje na wystąpienie istotnych statystycznie różnic. Ankietowani z posiadaną kolostomią istotnie częściej odpowiadali, że takie ograniczenie występuje. Udzielali oni o około 31% częściej odpowiedzi twierdzącej w porównaniu do grupy z urostomią. Wyniki analizy przedstawiono w tabeli 10.

Tabela nr 9. Analiza typu występującej stomii względem faktu posiadania stomii względem ograniczenia życia rodzinnego i towarzyskiego badanych osób

Grupa badana		Czy fakt posiadania stomii ogranicza życie rodzinne i towarzyskie		Wynik testu	Wartość p
		Nie	Tak		
Kolostomia	N	19	17	7,302	0,007
	%	52,78%	47,22%		
Urostomia	N	26	5		
	%	83,87%	16,13%		

Źródło: obliczenia własne

W przypadku osób badanych, którzy zadeklarowali ograniczenie kontaktów z innymi wynikające z faktu wyłonienia stomii, najczęstszym powodem była obawa przed nieszczelnością sprzętu, w grupie z wyłonioną kolostomią wyniósł on 36% a w grupie z urostomią – 13%. Wśród pacjentów z kolostomią dominowały także: zapach (28%), odgłosy (22%) i lęk (11%).



Wyk. 5. Graficzne przedstawienie powodów braku spotkań z rodziną i przyjaciółmi
Źródło: obliczenia własne autora

Dyskusja

Pacjenci z kolostomią i urostomią generalnie nie byli aktywni zawodowo. Uogólniając, jako przyczynę respondenci nie wskazują na stomię jako powód braku aktywności zawodowej. Odpowiedzi takie padały jednak częściej w przypadku pacjentów z kolostomią niż z urostomią. Powodem braku aktywności zawodowej mógł być wiek badanych, który średnio wyniósł 69 lat.

Respondenci w obydwu grupach badanych byli aktywni fizycznie. Najczęściej ankietowani podejmowali spacer, jazdę na rowerze i gimnastykę. Dodatkowo pacjenci z kolostomią wykazali większe zróżnicowanie w rodzajach aktywności fizycznej, podejmowali także pływanie, jogę i taniec. Podobne wyniki co do rodzaju aktywności fizycznej otrzymali Ponczek i Rozwora¹⁷.

Ankietowani w obu grupach jako powód podejmowania aktywności fizycznej wskazywali najczęściej poprawę samopoczucia, poprawę funkcjonowania organizmu i relaks oraz nie najczęściej ale prawie w takiej samej ilości, redukcję masy ciała. To ostatnie może korelować z występowaniem otyłości w obydwu grupach badanych. Znamienne jest także wskazanie odpowiedzi „przyzwyczajenie” przez co szesnastego pacjenta z urostomią i prawie co piątego w grupie z kolostomią. Tylko w grupie z urostomią co dziesiąty ankietowany określił aktywność fizyczną jako hobby.

¹⁷ D. Ponczek, A. Rozwora, *Ocena przystosowania się do życia chorych z kolostomią*, *Pielęgniarstwa Chirurgiczne i Angiologiczne* 2011, nr 3, s. 140-148.

Ankietowani, którzy podejmowali aktywność fizyczną czynili to w większości codziennie lub 2–3 razy w tygodniu. Częstość podejmowania aktywności fizycznej zadeklarowanej jako „rzadziej” w przypadku obydwu grup podawał co piąty badany. Obydwie grupy badanych w znakomitej większości stwierdziły, iż aktywność fizyczna sprawia im przyjemność. Może to sugerować powód tak często podejmowanej aktywności fizycznej w obydwu grupach. W podobnych wielkościach wypadły wyniki odpowiedzi dotyczącej subiektywnej oceny aktywności fizycznej. Najczęściej badani wskazywali w obydwu grupach ocenę średnią i dobrą. Można wysnuć wnioski, że respondenci często podejmowali aktywność fizyczną, gdyż sprawia i ona przyjemność i sami oceniają ją dobrze.

Najczęstszym powodem niepodjęcia aktywności fizycznej wśród pacjentów kolostomijnych było przeszkadzanie sprzętu stomijnego oraz stan zdrowia. W przypadku pacjentów urostomijnych większość respondentów wskazała stan zdrowia i chęć wykonywania innych czynności.

Badanie wyróżnia pytanie o podejmowanie aktywności fizycznej przed wyłonieniem stomii. Podejmowało ją w tym okresie życia przeszło połowa respondentów. Warto tutaj przypomnieć, iż zadeklarowaną aktywność fizyczną po wyłonieniu stomii wskazało także ponad połowa ankietowanych, a tylko 6% określiło to jako przyzwyczajenie w grupie z urostomią i 17% z kolostomią. Oznaczać to może, że wyłonienie stomii nie ma większego wpływu na motywację do podejmowania aktywności fizycznej. W przeszłości pacjenci najczęściej uprawiali jazdę na rowerze, pływanie oraz spacer. Zestawiając to z wyborami aktywności fizycznej po wyłonieniu stomii zaobserwować można zamianę pływania na gimnastykę, natomiast spacer i jazda na rowerze pozostały w kręgu aktywności fizycznej badanych. Wynikać to może z obawy przed publicznym pokazaniem sprzętu stomijnego, które musiałby nastąpić w przypadku pływania; gimnastykować się, jeździć na rowerze i spacerować można w ubraniu, bez konieczności obnażania ciała i uwidocznienia posiadanej stomii.

Wyniki badań Biercewicz M. wskazują na istotny wpływ faktu posiadania stomii na życie społeczne, a w szczególności na ograniczenie kontaktów ze znajomymi¹⁸. W badaniach własnych w relacjach z innymi osobami zdecydowanie częściej przeszkadzał fakt posiadania kolostomii niż urostomii, różnica ta wyniosła aż 31%. Powodami ograniczeń była w większości obawa przed nieszczelnością sprzętu stomijnego. Wśród pacjentów z kolostomią problemem okazały się także zapach, odgłosy i lęk. Wynikać to może z natury kolostomii, a więc ze wszystkiego, co jest związane z fizjologią jelita grubego. Mogą potwierdzić wyniki badań Golicki D. Styczeń Szczepkowski M. o zadowoleniu pacjentów ze sprzętu stomijnego. W badaniach tych właśnie 70% badanych była z niego zadowolona¹⁹.

Posiadanie stomii nie musi oznaczać wykluczenia społecznego, braku kontaktów z innymi ludźmi, a tym bardziej nie oznacza rezygnacji z aktywności

¹⁸ M. Biercewicz, *Stomia jako trudny problem życiowy*, Pielęgniarstwo Polskie 2001, nr 1, s. 87-94.

¹⁹ D. Golicki, P. Styczeń, M. Szczepkowski, *Jakość życia pacjentów ze stomią w Polsce: wielośrodkowe badania przekrojowe z wykorzystaniem kwestionariusza WHOQOL - BREF*, Przegląd Epidemiologiczny 2013, vol: 67, nr 3, s. 589-593.

fizycznej. Ze stomią można być aktywnym, dbać o swoje zdrowie i dobre samopoczucie. Jest to zachęta do propagowania aktywności fizycznej wśród pacjentów ze stomią przez wszystkich specjalistów z jakimi mają styczność, a także przez samych pacjentów by zachęcali swoim przykładem do wszelkich form aktywności fizycznej.

Wnioski

1. Nadmierna masa ciała występuje u większości osób z wylonioną stomią.
2. Kolostomia stanowi większy problem w podjęciu pracy w porównaniu do urostomii.
3. Wylonienie stomii nie ma większego wpływu na aktywność fizyczną pacjentów. Zmianie uległ natomiast rodzaj podejmowanej aktywności fizycznej.
4. Pacjenci z kolostomią gorzej oceniają swój kontakt z innymi ludźmi, osoby z tej grupy częściej wskazywały na wystąpienie ograniczeń życia rodzinnego i towarzyskiego.

Piśmiennictwo

1. Banasiewicz T., Krokowicz P., Szczepkowski M. (red.), *Stomia prawidłowe postępowanie chirurgiczne i pielęgnacja*, Termedia Poznań 2014, s. 14, 25-26, 39, 131-133.
2. Bazaliński D., Barańska B., Cipora E., *Stomia jelitowa nie musi być przyczyną niepełnosprawności*, Medycyna Rodzinna 2006, nr 3 s. 58-63.
3. Biercewicz M., *Stomia jako trudny problem życiowy*, Pielęgniarstwo Polskie 2002, nr 1 s. 87-94.
4. Cymerska J. (red.), *Nasza Troska 2017*, nr 3 (55), Convatec Polska Sp. z o.o., s. 10, 27.
5. Cymerska J. (red.), *Nasza Troska 2016*, nr 3 (52), Convatec Polska Sp. z o.o., s. 23.
6. Cymerska J. (red.), *Nasza Troska 2015*, nr 4 (49), Convatec Polska Sp. z o. o., s. 14.
7. Golicki D., Styczeń P., Szczepkowski M., *Jakość życia pacjentów ze stomią w Polsce: wielośrodkowe badania przekrojowe w wykorzystaniem kwestionariusza WHOQOL-BREF*, Przegląd Epidemiologiczny 2013, vol: 67, nr 3, s. 589-593.
8. Lewandowska I., Kowalik J., Kopański Z., Skura-Madziąła A., Furmaniak F., *Opieka nad pacjentem ze stomią jelitową*, Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue 2011, nr 21, s. 9-10.
9. Ławnik A., *Rehabilitacja pacjentów ze stomią jelitową*, Medycyna Ogólna i Nauk o Zdrowiu 2015, tom 21, nr 1, s. 84-87.
10. Kwolek A. (red.), *Rehabilitacja medyczna*, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2012, s. 618.

11. Pocznek D., Rozwora A., *Ocena przystosowania się do życia chorych z kolostomią* Pielęgniarstwa Chirurgiczne i Angiologiczne 2011, nr 3, s. 140-148.
12. Smereczyński A., Deręgowska A., *Przepukliny powłok brzusznych, Część 4, Przepukliny pooperacyjne*, Ultrasonografia nr 25, 2006, s. 61.
13. Szczepkowski M., *Dobra stomia*, Postępy Nauk Medycznych 2006, nr 5, s. 240-250.
14. Szczęsny W., Siewkowska M., Dąbrowiecki S., Szmytkowski J., *Stomia jelitowa – podział i powikłania*, Problemy Pielęgniarstwa 2013, 21 (2), s. 260.
15. Tchórzewska H., *Rehabilitacja chorych leczonych z powodu raka jelita grubego*, Nowa Medycyna 1999, nr 4, s. 49-50.
16. Trojan G., Jaźwa P., Kułtys J., *Rola i miejsce fizjoterapii w leczeniu pacjentów chirurgicznych*, Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego 2005, nr 1, s. 71-76.
17. Woźniewski M. (red.), *Fizjoterapia w onkologii*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 2012, s. 1-18.
18. Wozniewski M., Kołodziej J., *Rehabilitacja w chirurgii*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 2006, s. 25-33.
19. Wozniewski M. (red.), *Fizjoterapia w chirurgii*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 2012, s. 18-31.

1.4. Występowanie ran przewlekłych – wybrane zagadnienia

Alina Kołodziejka¹, Jakub Dreliszak², Adriana Wielgus³, Katarzyna Sas³, Ewa Zieliński⁴

¹ Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu; Koło Naukowe Katedry Medycyny Ratunkowej i Katastrof Collegium Medicum w Bydgoszczy

² Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu; Zakład Podstaw Prawa Medycznego Collegium Medicum w Bydgoszczy

³ Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu; Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej Collegium Medicum w Bydgoszczy

⁴ Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu; Katedra Medycyny Ratunkowej i Medycyny Katastrof Collegium Medicum w Bydgoszczy

Liczba znaków: 37 965 (ze streszczeniami).

Liczba zdjęć: 2 x 1 000 znaków (ryczałt) = 2 000 znaków.

łącznie: Liczba znaków: 39 965 (ze streszczeniami) = **0,999** publikacji arkuszy wydawniczych.

Słowa kluczowe: rana, rana przewlekła, stopa cukrzycowa, owrzodzenie, fazy gojenia ran

Streszczenie

W ostatnich dziesięcioleciach jesteśmy świadkami ogromnego postępu technologicznego dokonującego się na wielu płaszczyznach. Innowacyjne metody leczenia wykorzystywane są również w medycynie. Istotne postępy poczyniono także w sposobie leczenia ran. Leczenie ran trudno gojących się od zawsze stanowiło nieodzowny element chirurgii zabiegowej. Pod względem etiologii, do najczęściej występujących ran przewlekłych należą owrzodzenia żyłne goleni (75%). Pozostałe kategorie tworzą owrzodzenia: niedokrwienne (14%), w przebiegu cukrzycy (5%), odleżynowe, nowotworowe, na tle immunologicznym, pourazowe, czy rany o etiologii chirurgicznej. Niekiedy rana przewlekła powstaje w wyniku współistnienia wielu czynników sprawczych. Miejscowe leczenie ran powinno opierać się na koncepcji TIME opracowanej przez Europejskie Towarzystwo Leczenia Ran (European Wound Management Association; EWMA), która ma na celu imitację procesów przebiegających w prawidłowo gojącej się ranie. Cykl gojenia się rany to kaskada postępujących po sobie zdarzeń. Proces ten składa się z pewnych niezmiennych komponentów, w którym możemy wyróżnić 2 fazy gojenia się ran przewlekłych: okres oczyszczania i okres odbudowy. Kolejnym problemem pacjentów z ranami przewlekłymi jest dość długie unieruchomienie i leżenie w łóżku. Aby zapobiegać odleżynom, zakrzepicy żył głębokich, niewydolności oddechowej czy niewydolności układu krążenia, należy zmieniać pozycję ciała, co 2–3 godziny. Ważne jest także wykonywanie ćwiczeń, adekwatnych do stanu zdrowia pacjenta. Ćwiczenia bierne, to ćwiczenia wykonywane w pozycji leżącej bądź siedzącej. Ten rodzaj ćwiczeń ma na celu utrzymanie pewnego zakresu ruchu, a także zapobieganiu zalegania krwi żyłnej w kończynach dolnych. Mają one charakter profilaktyki przeciwzakrzepowej i można je prowadzić u każdego pacjenta, nawet tych znajdujących się na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM). W poniższej pracy opisano wybrane zagadnienie z zakresu występowania ran przewlekłych- etiologii, faz gojenia się oraz sposoby ich leczenia.

Definicja rany przewlekłej

Pojęcie rany przewlekłej jest definiowane dość szeroko i ogólnie. Rana przewlekła (RP) to przerwanie ciągłości skóry, które w warunkach fizjologicznych nie goi się prawidłowo, zaś proces gojenia rany zatrzymał się na jednym z etapów – najczęściej w fazie zapalnej, która uniemożliwia właściwe gojenie się rany. Według Szewczyk, rana przewlekła to uszkodzenie skóry trwające powyżej 6 tygodni lub uszkodzenie, które odnawia się często¹. Z kolei Krasowski definiuje, RP jako ubytek skóry wywołany procesem chorobowym lub urazem, który nie ustępuje pomimo wdrożonego leczenia². Najczęstszym kryterium brany pod uwagę do rozpoznania rany przewlekłej jest kryterium czasowe. Oznacza to, że czas trwania upośledzonego odnawiania ciągłości skóry wynosi od 4 tygodni do 6 miesięcy³. W rzeczywistości, dość często czas całkowitego wygojenia rany liczony jest w miesiącach a nawet latach⁴.

Etiologia ran przewlekłych

Etiologia ran przewlekłych jest zróżnicowana, zależy przede wszystkim od rodzaju rany oraz patomechanizmu jej powstania. RP tworzą się w wyniku działania różnych czynników zewnętrznych i wewnętrznych. Pod względem etiologii do najczęściej występujących ran przewlekłych należą owrzodzenia żyłne goleni (75%). Pozostałe kategorie tworzą owrzodzenia: niedokrwienne (14%), w przebiegu cukrzycy (5%), odleżynowe, nowotworowe, na tle immunologicznym, pourazowe czy rany o etiologii chirurgicznej. Niekiedy rana przewlekła powstaje w wyniku współistnienia wielu czynników sprawczych⁵.

¹ M. T. Szewczyk, A. Jawień (red.), *Leczenie ran przewlekłych*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012.

² G. Krasowski, *Leczenie ran przewlekłych – cz. I, Definicja, etiologia, epidemiologia, fizjologia i patofizjologia gojenia się ran*, www.mp.pl, www.mp.pl/zakrzepica/wytyczneartykuly/artykuly_przegladowe/88117,leczenie-ran-przewleklych-cz-i-definicja-etologia-epidemiologia-fizjologia-i-patofizjologia-gojenia-sie-ran, [dostęp z dnia 30.05.2019].

³ N. Wrzesińska, *Dlaczego rany się nie goją*, www.wylecz.to.pl, www.wylecz.to/pl/choroby/chirurgia/dlaczego-rany-sie-nie-goja.html#, [dostęp z dnia 30.05.2019].

⁴ M. T. Szewczyk, E. Gospodarek, P. Mościcka, A. Jawień, J. Cwajda-Białasik, K. Cierzniakowska, E. Hancke, *Zakażenia ran przewlekłych – poważny problem medyczny*, *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2015, 1, s. 1-6.

⁵ M. T. Szewczyk, A. Jawień (red.), *Leczenie ran przewlekłych*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012.

Zespół stopy cukrzycowej

Pierwszą z przedstawionych grup pacjentów, u których może rozwinąć się rana przewlekła są chorzy z cukrzycą, której najczęstszym powikłaniem jest zespół stopy cukrzycowej⁶. Jeżeli po powstaniu rany, nie zostanie wdrożone odpowiednie leczenie, następstwem może być amputacja kończyny. Zagrożenie rozwinieniem się owrzodzenia w ciągu całego życia diabetyka wynosi 12–25%⁷. Przyczyny powstawania owrzodzeń u chorych na cukrzycę dzielą się na czynniki zewnętrzne i wewnętrzne. Do zewnętrznych możemy zaliczyć: nieodpowiednio dobrane lub zniekształcone obuwie, modzele, wykoślawienie stop niezależne od przebiegu choroby, urazy spowodowane chodzeniem bosymi stopami⁸. Z kolie do czynników wewnętrznych zalicza się: neuropatia cukrzycowa, niedokrwienie kończyn spowodowane miażdżycą, zmniejszona ruchomość stawów oraz zaburzenia chodu⁹. Owrzodzenia w przebiegu stopy cukrzycowej można rozdzielić na dwie kategorie: neuro-niedokrwienne – neuropatii cukrzycowej wtóruje niedokrwienie tkanek, a także neuropatyczne – pojawiające się w przebiegu neuropatii cukrzycowej. Zdecydowaną różnicą pomiędzy tymi dwoma grupami stopy cukrzycowej jest stwierdzenie obecności niedokrwienia lub jego braku¹⁰.

Owrzodzenia neuropatyczne powstają najczęściej w rejonie podeszwowym stopy, w górnej części śródstopia lub na podeszwowej stronie palców. Niejednokrotnie źródłem tego rodzaju owrzodzenia jest powtarzający się ucisk mechaniczny w okolicy stopy¹¹. Konsekwencją tego jest powstanie odcisku, który uważa się za najbardziej powszechne obrażenie skóry poprzedzające wystąpienie owrzodzenia w przebiegu stopy neuropatycznej¹². Najlepszym postępowaniem jest usunięcie odcisku, ponieważ jeżeli nie zostanie on wyeliminowany może dojść do procesu zapalnego i powstania krwiaka. To z kolei przyczynia się do martwicy tkanek i rozwoju pod odciskiem pęcherza napełnionego płynem surowicznym¹³. Natomiast owrzodzenie neuro-niedokrwienne w większości przypadków zlokalizowane jest na brzegach stopy, w szczególności na powierzchni przyśrodkowej pierwszego stawu śródstopno-paliczkowego oraz po stronie bocznej nad piątym stawem śródstopno-paliczkowym¹⁴. Częstym objawem

⁶ M. T. Szewczyk, E. Gospodarek, P. Mościcka, A. Jawień, J. Cwajda-Białasik, K. Cierznikowska, E. Hancke, *op. cit.*

⁷ M. T. Szewczyk, A. Jawień (red.), *op. cit.*

⁸ M. T. Szewczyk, E. Gospodarek, P. Mościcka, A. Jawień, J. Cwajda-Białasik, K. Cierznikowska, E. Hancke, *op. cit.*

⁹ G. Krasowski, *op. cit.*

¹⁰ J. Grey, K. Harding, *Odleżyny, Leczenie ran w praktyce*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, s. 20-21.

¹¹ P. Stanirowski, W. Sawicki, *Nowoczesne metody terapii trudno gojących się położniczo-ginekologicznych ran pooperacyjnych – analiza skuteczności i przydatności stosowania*, *Postępy Nauk Medycznych* 2013, 7, s. 475-487.

¹² N. Wrzesińska, *op. cit.*

¹³ J. Grey, K. Harding, *op. cit.*

¹⁴ M. T. Szewczyk, E. Gospodarek, P. Mościcka, A. Jawień, J. Cwajda-Białasik, K. Cierznikowska, E. Hancke, *op. cit.*

poprzedzającym owrzodzenie jest zaczerwienienie skóry, spowodowane noszeniem zbyt ciasnego obuwia, a co za tym idzie uciskiem stopy na jej brzegach. Najwcześniejszym objawem omawianego owrzodzenia jest zwykle utworzenie się pęcherza, który następnie przekształca się w zagłębione owrzodzenie z uwidoczną treścią martwiczą¹⁵.

Owrzodzenia żyłne

Owrzodzenie żyłne kończyn dolnych powstaje w wyniku długotrwałego działania nadciśnienia żylnego, którego źródłem jest przewlekła niewydolność żylna i/lub zakrzepica żył głębokich i powierzchownych¹⁶. Krążenie krwi żyłnej uzależnione jest od zbilansowanego działania trzech układów: żył powierzchownych, żył głębokich i żył przesywających¹⁷. Fizjologicznie ciśnienie żyłne obniża się podczas wykonywania ruchu w efekcie działania pompy mięśniowej. Kiedy mięśnie są w fazie rozluźnienia, zastawki żył przesywających scalających układ żył głębokich z układem żył powierzchownych zapobiegają cofaniu się krwi i ciśnienie pozostaje niskie. Inaczej dzieje się w układzie, w którym zastawki są niewydolne. W takim przypadku utrzymuje się wysokie ciśnienie w żyłach¹⁸.

Właściwa praca obwodowego układu żylnego uzależniona jest od odpowiedniego współdziałania mechanizmów zapewniających jednokierunkowy, dosercowy przepływ krwi żyłnej. Do kluczowych mechanizmów działania zalicza się: odpowiednie napięcie ścian naczyń żylnych, wydolność zastawek i pompy mięśniowej, a także optymalną drożność naczyń żylnych¹⁹. W przewlekłej niewydolności żyłnej można zauważyć niesprawność jednego lub kilku z wyżej wymienionych mechanizmów. W konsekwencji hemodynamika krążenia żylnego jest zakłócona, a przepływ toczy się na przekór zasadom fizjologii²⁰. Ten zaburzony przepływ może prowadzić do refluksu i zalegania krwi, a w następstwie do długotrwałego pozostawiania wysokiego ciśnienia hydrostatycznego na poziomie wyższym niż 90 mmHg²¹. Taki stan długiego utrzymywania się nadciśnienia żylnego rozprzestrzenia się z układu żył powierzchownych i głębokich do naczyń kapilarnych. W wyniku tego działania dochodzi do szeregu negatywnych zmian, np. do zwiększenia przepuszczalności naczyń, niedotlenienia i niedokrwienia tkanek²².

Najczęściej zmiany skórne zauważalne są w okolicy przyśrodkowej голени, na początku w formie widocznych przebarwień, zbyt dużej pigmentacji, w późniejszym okresie w postaci zapalenia, zwłóknienia i ścieńczenia skóry, a w ostatecznym sta-

¹⁵ G. Krasowski, *op. cit.*

¹⁶ J. Grey, K. Harding, *op. cit.*

¹⁷ M. T. Szewczyk, A. Jawień (red.), *op. cit.*

¹⁸ N. Wrzesińska, *op. cit.*

¹⁹ M. T. Szewczyk, A. Jawień (red.), *op. cit.*

²⁰ M. T. Szewczyk, E. Gospodarek, P. Mościcka, A. Jawień, J. Cwajda-Białasik, K. Cierznikowska, E. Hancke, *op. cit.*

²¹ J. Grey, K. Harding, *op. cit.*

²² M. T. Szewczyk, E. Gospodarek, P. Mościcka, A. Jawień, J. Cwajda-Białasik, K. Cierznikowska, E. Hancke, *op. cit.*

dium powstają owrzodzenia żyłne goleni²³. Rany przeważnie powstają po urazie, z cechami bardzo dużej czułości na ból. Owrzodzeniom mogą towarzyszyć też takie objawy jak chromanie żyłne (piekący i rozrywający ból po przejściu niewielkiego odcinka około 100–200 m), aureola żylna inaczej zwane owrzodzeniem okrężnym, wysypka żylna, zgrubienie i przebarwienie skóry, a także ciastowate obrzęki²⁴.

Owrzodzenia tętnicze

Owrzodzenia tętnicze inaczej zwane też niedokrwiennym, tworzą się w wyniku zmniejszonej podaży krwi tętniczej do kończyn dolnych. Stanowi drugą co do częstości występowania ran przewlekłych²⁵. Najczęstszą przyczyną powstawania owrzodzeń tętnicznych jest miażdżyca zarostowa tętnic w średnim lub dużym stopniu zaawansowania. Do czynników zagrażających rozwojowi zmian miażdżycowych zalicza się m.in.: cukrzycę, nadciśnienie tętnicze, otyłość, palenie tytoniu, hiperlipidemię, zakrzepowe zapalenie tętnic, zmniejszoną aktywność fizyczną, niedokrwistość sierpowatokrwinkową oraz choroby predysponujące do tworzenia się i odkładania blaszek miażdżycowych w tętnicach²⁶. Nieodpowiednie zaopatrzenie w krew tętniczą tkanek powoduje ich niedokrwienie, niedotlenienie i uszkodzenie. Zachorowalność na owrzodzenia tętnicze częściej występuje u mężczyzn. Pacjenci w wywiadzie mogą zgłaszać również objawy uogólnione chorób układu naczyniowego takie jak przebyte zawały mięśnia sercowego, udar mózgu, dusznicę i chromanie przestankowe²⁷. Biorąc pod uwagę charakterystyczne cechy owrzodzenia tętniczego i wygląd skóry, lokalizację, nietrudno o prawidłowe rozpoznanie tej jednostki chorobowej. Zasadnicze znaczenie dla późniejszego postępowania terapeutycznego ma zebranie wszystkich danych dotyczących rany: czas trwania owrzodzenia, istotę powstania owrzodzenia, poprzednie metody i efekty leczenia oraz czy miały charakter nawrotowy²⁸.

Fazy gojenia rany

Cykl gojenia się rany to kaskada postępujących po sobie zdarzeń. Proces ten składa się z pewnych niezmiennych komponentów, w którym możemy wyróżnić 2 fazy gojenia się ran przewlekłych: okres oczyszczania i okres odbudowy²⁹. Okres oczyszczania rozpoczyna się już w chwili doznania urazu. W odzwieciu na uraz ukazują

²³ M. T. Szewczyk, A. Jawień (red.), *op. cit.*

²⁴ E. Szkiller, *Odleżyny, Poradnik pielęgnacji ran przewlekłych*, Wydawnictwo Evereth, Warszawa 2011, s. 16.

²⁵ J. Grey, K. Harding, *op. cit.*

²⁶ E. Kozłowska, K. Cierzniaowska, T. Zwoliński, Z. Banaszkiwicz, *Terapia podciśnieniowa w leczeniu ran zakażonych u chorej z otyłością i cukrzycą typu 2 – opis przypadku*, *Leczenie Ran* 2017, 14 (1), s. 21-24.

²⁷ J. Grey, K. Harding, *op. cit.*

²⁸ N. Wrzesińska, *op. cit.*

²⁹ J. Grey, K. Harding, *Odleżyny, Leczenie ran w praktyce*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, 20 - 21.

się wczesne mediatory zapalne takie jak histamina, serotonina oraz kinina, które skutkują pojawieniem się początkowych zmian w przestrzeni międzykomórkowej. Doprowadza to do miejscowego niedotlenienia i obrzęku³⁰. Płytki krwi wszczynają gromadzenie się w okolicy rany i wydzielają między innymi PAF (*platelet – activating factor*) – czynnik aktywacji płytek krwi, który rozpoczyna kaskadę lokalnego wykrzepiania wewnątrznaczyniowego, a w konsekwencji wzmacnia zmiany hemodynamiczne³¹. Uraz naczyń inicjuje także kaskadę krzepnięcia droga uwalniania wewnątrzkomórkowego wapnia i czynnika tkankowego (TF – *tissue factor*), który aktywuje VII czynnik krzepnięcia krwi. Dzięki temu w przeciągu krótkiego czasu powstanie fibrynowy skrzep i zostanie osiągnięta hemostaza³². W ciągu doby w obszarze urazowym wytwarzają się m.in. neutrofile, które rozpoczynają fagocytozę materiału obcego czy zakażonych tkanek³³. Makrofagi tworzące się w wyniku aktywacji monocytów podtrzymują proces oczyszczania rany. Uwalniane są także substancje, które wspomagają dalszy proces gojenia m.in. prostacykliny, prostaglandyny³⁴.

Podczas okresu zmian zapalnych w tkankach okalających ranę obserwuje się przekrwienie czynne, zwiększoną przepuszczalność naczyń włosowatych, wynaczenie płytek krwi, granulocytów obojętnochłonnych, limfocytów oraz produkcję cytokin³⁵. Rozwój tej fazy w dużej mierze jest zależny od ilości i rodzaju obecnych bakterii w ranie. Duża ilość bakterii w ranie wysoce wydłuża czas trwania fazy zapalnej³⁶.

W obrazie klinicznym stadium to przedstawia charakterystyczne i typowe objawy dla stanu zapalnego. Stwierdza się miejscowy obrzęk (tumor), zaczerwienie (rubor), ból (dolor) oraz osłabienie podstawowych funkcji (*funcino laesa*)³⁷. Pomiędzy wyodrębnionymi fazami nie ma widocznie manifestujących się granic przejścia. Czas trwania każdej z faz jest różny. Kolejnym okresem w procesie gojenia się ran jest okres odbudowy, który składa się z trzech faz: faza wytwórcza (prolifera-cja/ziarninowanie), faza naprawcza (dojrzewanie) oraz faza przebudowy (bliznowacenie)³⁸.

Faza wytwórcza rozpoczyna się około drugiego dnia od urazu. Fibroblasty – główne komórki produkujące macierz zewnątrzkomórkową i kolagen, są w tej fazie

³⁰ M. T. Szewczyk, E. Gospodarek, P. Mościcka, A. Jawień, J. Cwajda-Białasik, K. Cierzniaowska, E. Hancke, *op. cit.*

³¹ M. T. Szewczyk, A. Jawień (red.), *op. cit.*

³² J. Grey, K. Harding, *op. cit.*

³³ M. T. Szewczyk, E. Gospodarek, P. Mościcka, A. Jawień, J. Cwajda-Białasik, K. Cierzniaowska, E. Hancke, *op. cit.*

³⁴ M. T. Szewczyk, A. Jawień (red.), *op. cit.*

³⁵ W. Noszczyk, *Chirurgia Repetytorium*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2016, s. 266.

³⁶ M. Piłkuła, P. Langa, P. Kosikowska, P. Trzonowski, *Komórki macierzyste i czynniki wzrostu w gojeniu ran*, *Postepy HigMedDosw.* 2015, 69, s. 874-885.

³⁷ M. Kózka, L. Płaszewska-Żywko, *Diagnozy i interwencje pielęgniarskie*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015.

³⁸ W. Noszczyk, *op. cit.*, s. 266.

komórkami priorytetowymi³⁹. Dzięki temu nowo wytworzone tkanki są bardziej odporne na rozciąganie. Wytwarzane są także keratynocyty, które są niezbędne w epitelizacji rany⁴⁰. Właśnie dzięki tym komórkom następuje różnicowanie tkanek w oddzielne warstwy (warstwę rozrodczą, warstwę pośrednią oraz warstwę zrogowaciałą), kiedy całkowita powierzchnia rany zostanie wyścielana warstwą naskórka⁴¹. Jednocześnie rozpoczyna się także proces nowotworzenia naczyń (neoangiogeneza). Taki przebieg usprawnia namnażanie się fibroblastów do wnętrza rany, zapewniając im prawidłowe odżywienie i transport substancji aktywnych – cytokin. Przy końcu fazy proliferacyjnej ilość naczyń krwionośnych w ranie ulega zmniejszeniu na drodze apoptozy⁴². Proces ten zapoczątkowywany jest poprzez zredukowanie czynników aktywizujących przeżycie naczyń takich jak czynnik wzrostu śródbłonna naczyniowego (VEGF – *vascular endothelial growth factor*) czy też zwiększenia się czynników działających proapoptycznie⁴³. Rana zaczyna się obkurczać i przez okres około 6 tygodni przeważa obecność nowo powstałego kolagenu, który odpowiada za ziarninowanie i zamykanie się rany⁴⁴.

Następną fazą w okresie odbudowy jest faza naprawcza. Charakteryzuje się ona przebudową ziarniny w kolorze czerwonym na jasną tkankę składającą się w większości z włókien kolagenowych. W późniejszym czasie kolagen ulega wzmocnieniu i staje się bardziej odporny na rozciąganie. W ostatecznym rozwoju owej fazy kolagen typu I zostaje zastąpiony przez kolagen typu III, aż do chwili uzyskania proporcji 4:1. Wytrzymałość na rozciąganie nowoutworzonej tkanki waha się w granicy 80% wytrzymałości zdrowej tkanki po upływie roku od doznania urazu⁴⁵. Nowo powstały naskórek pozbawiony jest jednak mieszków włosowych, gruczołów i melanocytów, a co za tym idzie jego funkcje fizjologiczne są upośledzone. Podczas dojrzenia rany, kiedy jest już wypełniona ziarniną i naskórkiem obserwuje się zmniejszenie jej średnicy i powstawanie zwartej tkanki łącznej. Zmiana rozmiaru średnicy rany związana jest z przemianą fibroblastów w miofibroblasty, które posiadają elastyczne włókna aktynowe⁴⁶.

Kolejną i zarazem ostatnią fazą składającą się na okres odbudowy, jest faza przebudowy, zwana też fazą bliznowacenia. Podczas tego etapu wciąż dochodzi do wzmacniania wytrzymałości rany na rozciąganie, a także dochodzi do usystematyzowania dotychczas nierównomiernej struktury włókien kolagenowych. Zmniejsza się popyt tkanek na tlen i składniki odżywcze, w związku z tym powstała wcześniej sieć

³⁹ M. T. Szewczyk, A. Jawień (red.), *op. cit.*

⁴⁰ W. Noszczyk, *op. cit.*, s. 266.

⁴¹ M. T. Szewczyk, A. Jawień (red.), *op. cit.*

⁴² M. T. Szewczyk, E. Gospodarek, P. Mościcka, A. Jawień, J. Cwajda-Białasik, K. Cierzniaowska, E. Hancke, *op. cit.*

⁴³ N. Wrzesińska, *op. cit.*

⁴⁴ W. Noszczyk, *op. cit.*, s. 266.

⁴⁵ T. Banasiewicz, M. Zieliński, *Terapia podciśnieniowa ran*, Wydawnictwo Termedia, Poznań 2015.

⁴⁶ M. T. Szewczyk, A. Jawień (red.), *op. cit.*

naczyń krwionośnych ulega redukcji i reorganizacji⁴⁷. Blizna staje się jaśniejsza, bardziej płaska i cieńsza. Formowanie blizny to okres trwający miesiące lub lata⁴⁸.

Sposoby gojenia się ran

Ze względu na różnice wynikające z etiologii powstawania ran wyróżnia się odmienne sposoby gojenia. Najczęściej są nimi: gojenie przez rychłozrost, przez ziarninowanie oraz gojenie pod strupem⁴⁹. Rychłozrost to inaczej gojenie pierwotne (doraźne). Najczęściej tym sposobem goją się rany czyste i takie, które zostały zszyte poprawnie⁵⁰. Także niewielkie zranienia i przerwania ciągłości skóry goją się tym sposobem. Tą metodą zablizniają się rany dość głębokie i o równych krawędziach, gdzie nie stwierdza się dużego ubytku tkanki. Dobrze jest, gdy brzegi rany są wspomagane przez szwy. W takim wypadku, kiedy nie doszło do zakażenia rany i tkanek otaczających ją, czas gojenia wynosi 6-8 dni⁵¹. Jest to najkorzystniejszy i najbardziej pożądany sposób gojenia się rany. Blizna ma kształt linijny⁵².

Ziarninowanie – zwane też gojeniem wtórnym. Tą metodą goją się rany, które są zaliczane jako nieczyste, najczęściej zakażone⁵³. Duży ubytek tkanek, brak sprężystości brzegów rany, obecność bakterii ma niekorzystny wpływ na proces gojenia, przez co nie goi się ona prawidłowo i nie dochodzi do pierwotnego zamknięcia rany. W przypadku gdy rana zostanie oczyszczona, na jej dnie i brzegach zacznie wytwarzać się ziarnina⁵⁴. Dzięki temu zwiększa się powierzchnia, która wspomogą regenerację naskórka. W niektórych przypadkach rany z dużym ryzykiem zakażenia bądź mocno skażone nieprzypadkowo pozostawia się otwarte, celem wytworzenia możliwości działania naturalnych procesów immunologicznych. Blizna jest zwykle widoczna i dość rozległa⁵⁵. Gojenie pod strupem, najczęściej przebiega w wyniku niewielkich ubytków skóry, otarć naskórka czy w oparzeniach niewielkiego stopnia⁵⁶. Ten rodzaj bliznowacenia rany przebiega w skutek przerwania ciągłości skóry, w którym obecne jest wynaczynienie krwi na zewnątrz, a następnie po niedługiej chwili wysycha tworząc strup. Jest on biologicznym opatrunkiem, który zapobiega przenikaniu bakterii

⁴⁷ M. T. Szewczyk, E. Gospodarek, P. Mościcka, A. Jawień, J. Cwajda-Białasik, K. Cierzniaowska, E. Hancke, *op. cit.*

⁴⁸ W. Noszczyk, *op. cit.*, Warszawa 2016, 266.

⁴⁹ *Różne rany – odmienna specyfika gojenia się*, www.pfm.pl, www.pfm.pl/baza_chorob/klinika-leczenia-bolu/rozne-rany-odmienne-gojenie-sie-/819 [dostęp z dnia 30.05.2019].

⁵⁰ W. Noszczyk, *op. cit.*, s. 266.

⁵¹ *Różne rany...*, *op. cit.*

⁵² D. Mehrholz, P. Domagała, E. Zielińska, W. Barańska-Rybak, *Innowacyjne metody leczenia biofilmu w ranach przewlekłych*, *Przegląd Dermatologiczny* 2016, 4, s. 295-302.

⁵³ W. Noszczyk, *op. cit.*

⁵⁴ M. T. Szewczyk, E. Gospodarek, P. Mościcka, A. Jawień, J. Cwajda-Białasik, K. Cierzniaowska, E. Hancke, *op. cit.*

⁵⁵ *Różne rany...*, *op. cit.*

⁵⁶ W. Noszczyk, *op. cit.*

do wnętrza rany. Pod strupem inicjuje się proces ziarninowania i regeneracji skóry i naskórka⁵⁷.

Gojenie się ran to proces prężny, aktywny o intensywnym przebiegu. Wynik tego procesu jest uzależniony od różnego rodzaju czynników. Pojawienie się pewnych składowych może niekorzystnie wpłynąć na przebieg zablizniania się ran, a czasem nawet powstrzymać jego progresję na pewnym etapie. Obecność tych elementów może znacznie wydłużyć proces gojenia, przedłużyć hospitalizację pacjenta, a także generuje zwiększenie kosztów leczenia⁵⁸. W toku leczenia należy wziąć pod uwagę wpływ poszczególnych czynników na organizm, a te które można wyeliminować bądź zredukować należy korygować w możliwie najlepszy sposób. Determinanty warunkujące proces gojenia ran można podzielić na dwie grupy: czynniki miejscowe oraz czynniki ogólnoustrojowe⁵⁹. Ważne jest, by brać pod uwagę nie tylko wskaźniki o charakterze miejscowym, ale także uwzględnić holistyczny obraz pacjenta. W roku 2008 Światowa Unia Stowarzyszeń Leczenia Ran skonstruowała porozumienie odnośnie do postępowania w leczeniu ran niegojących się, jednocześnie podkreślając, iż odpowiednio dobrana diagnostyka jest kluczowym elementem skutecznej i sprawnie przebiegającej terapii⁶⁰. W niniejszej konwencji zostały ustalone pewne aspekty, które należy uwzględnić w procesie diagnostycznym. Są nimi: ustalenie etiologii występowania rany, identyfikacja chorób współistniejących, które mogą znacznie wpływać na przebieg gojenia się ran, dokonanie oceny istniejącej rany, selekcja odpowiedniego leczenia przeciwbólowego⁶¹.

Czynniki miejscowe, to elementy, na które pacjent najczęściej nie ma wpływu. Występują one w bezpośredniej okolicy rany. Do podstawowych czynników miejscowych, mających wpływ na proces gojenia się należą: uraz powstały w sposób mechaniczny, ciało obce w ranie, obecność tkanki martwiczej, infekcja, miejscowy ucisk, powodujący niedokrwienie i niedostateczne odżywienie tkanek. Do wyżej wymienionych determinantów miejscowych możemy również zakwalifikować czynniki typowe, cechujące ranę przewlekłą. Biorąc pod uwagę długoterminowe utrudnienia w perfuzji i utlenowaniu tkanek, należy uwzględnić także: występowanie zmian troficznych skóry, występowanie owrzodzeń, występowanie tkanki martwiczej, potęgowanie patologicznych zmian skórnych⁶². Kolejnym czynnikiem miejscowym, który wpływa na proces bliznowacenia się ran jest obecność przewlekłego stanu zapalnego w organizmie. Prowadzi on m.in. do: zbyt dużego nagromadzenia cytokin prozapalnych, nieprawidłowości w składzie macierzy pozakomórkowej, wytwarzania zbyt małej liczby czynników wzrostu, obecności klasycznych objawów zapalnych, szybszego

⁵⁷ *Różne rany...*, *op. cit.*

⁵⁸ P. Stanirowski, W. Sawicki, *Nowoczesne metody terapii trudno gojących się położniczo-ginekologicznych ran pooperacyjnych – analiza skuteczności i przydatności stosowania*, *Postępy Nauk Medycznych* 2013, 7, s. 475-487.

⁵⁹ N. Wrzesińska, *op. cit.*

⁶⁰ E. Szkiller, *Odleżyny, Poradnik pielęgnacji ran przewlekłych*, Wydawnictwo Evereth, Warszawa 2011, s. 16.

⁶¹ M. T. Szewczyk, A. Jawień (red.), *op. cit.*

⁶² P. Stanirowski, W. Sawicki, *op. cit.*

procesu dojrzewania i starzenia się komórek, przedłużonego czasu trwania i zwiększenia rozmiarów rany przewlekłej⁶³.

Ważnym wykładnikiem w przebiegu wzrastania komórek i tkanek jest ustalenie, czy organizm nie jest zainfekowany jakimiś drobnoustrojami⁶⁴. Ich obecność utrudnia i upośledza prawidłową proliferację komórek. Zakażona rana przewlekła najczęściej istnieje w korelacji z przewlekłym stanem zapalnym. Czynniki ogólnoustrojowe, analogicznie jak czynniki miejscowe, mają ogromny wpływ na proces gojenia się ran. Na niektóre z tych elementów ma wpływ sam pacjent, a co za tym idzie ich intensywność można zredukować bądź utrzymać na optymalnym poziomie⁶⁵. Do standardowych czynników ogólnoustrojowych zalicza się: nieodpowiedni stan odżywienia organizmu (zarówno niedożywienie, jak i nadwaga lub otyłość niekorzystnie wpływają na regenerację), palenie tytoniu i wyrobów tytoniowych (nikotyna rzutuje na gorsze utlenowanie tkanek oraz wstrzymuje produkcję kolagenu, który wpływa na proces gojenia i tworzenie się blizny)⁶⁶, choroby współistniejące, np.: cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, przewlekła niewydolność żylna, choroby układu moczowego, choroby nowotworowa, niewydolność nerek, przyjmowane leki, wiek pacjenta i starzenie się organizmu, odwodnienie organizmu, przyjmowanie glikokortykosteroidów, zaburzenia odporności⁶⁷.

Obecna idea leczenia ran przewlekłych zakłada holistyczne podejście do pacjenta, uwzględniając zarówno problem zdrowotny, zlokalizowany w bezpośredniej okolicy uszkodzenia, jak i leczenie całościowe. Leczenie systemowe zorientowane na chorobę podstawową ma na celu dążenie do warunków jak najbardziej optymalnych do prawidłowego gojenia się ran⁶⁸. W zamyśle leczenie to skierowane jest także na redukcję bądź całkowitą eliminację czynników upośledzających wzrost komórek i tkanek, m.in. takich jak hiperglikemia, skoki ciśnienia tętniczego, otyłość czy niedożywienie⁶⁹.

Postępowanie miejscowe z raną przewlekłą

Miejscowe leczenie ran powinno opierać się na koncepcji TIME opracowanej przez Europejskie Towarzystwo Leczenia Ran (*European Wound Management Association*; EWMA), która ma na celu imitację procesów przebiegających w prawidłowo

⁶³ M. T. Szewczyk, E. Gospodarek, P. Mościcka, A. Jawień, J. Cwajda-Białasiak, K. Cierzniałowska, E. Hancke, *op. cit.*

⁶⁴ M. T. Szewczyk, A. Jawień (red.), *op. cit.*

⁶⁵ N. Wrzesińska, *op. cit.*

⁶⁶ B. Siczynska, S. Miętkiewicz, D. Dyk, *Analiza czynników ryzyka zakażenia miejsca operowanego oraz możliwości ich modyfikacji*, *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2014, 2, s. 56-61.

⁶⁷ A. Nowak, M. Baran, *Terapia podciśnieniowa nową metodą leczenia ran*, *Wybrane zadania pielęgniarki sprawującej opiekę nad chorym objętym terapią podciśnieniową*, *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2016, 1, s. 9-15.

⁶⁸ G. Krasowski, *op. cit.*

⁶⁹ P. Stanirowski, W. Sawicki, *op. cit.*

gojącej się ranie⁷⁰. RP między innymi owrzodzenia żyłne, owrzodzenia tętnicze, odleżyny i owrzodzenia w przebiegu zespołu stopy cukrzycowej cechuje niewłaściwy skład macierzy pozakomórkowej, wysięku oraz parametrów biochemicznych, które utrudniają, a czasem nawet powstrzymują fizjologiczne zabliznianie się rany⁷¹. Strategia TIME obejmuje: T – *tissue management* (sprawowanie kontroli nad tkankami, oczyszczanie rany) I – *infection and inflammation control* (kontrolę infekcji i zapalenia w ranie) M – *moisture balance* (utrzymanie równowagi wodnej) E – *epithelial advancement, edges* (proces naskórkowania)⁷².

Koncepcję TIME cechuje kompleksowość. Bierze ona pod uwagę całość przyczyn rozwoju i przewlekłości rany, a także elementy mające znaczenie w procesie jej gojenia. Dlatego tak ważne jest przeprowadzenie dokładnego i szczegółowego postępowania diagnostycznego, a także korekta czynników ryzyka⁷³. Rekonwalescencja miejscowa obejmuje: eliminację tkanki nekrotycznej i czyszczenie rany, leczenie zakażenia, eradykację bakterii, wilgotne leczenie rany oraz korzystanie z opatrunków biologicznych⁷⁴. Oczyszczanie rany ma na celu likwidację wszystkich szkodliwych substancji w postaci ciał obcych czy nekrozy. Postępowanie to może przybierać charakter inwazyjny (użycie narzędzi chirurgicznych) i/lub nieinwazyjny obejmujący oczyszczanie mechaniczne, enzymatyczne (enzymy proteolityczne i aktywacja fagocytów) lub autolityczne⁷⁵.

Samoistne oczyszczanie się rany (autolityczne) jest najbardziej korzystne dla pacjenta, ponieważ ryzyko wystąpienia powikłań jest najmniejsze⁷⁶. Przebieg autolityczny można wzmacniać poprzez stosowanie wilgotnych opatrunków interaktywnych, hydrożelowych, hydrokolidowych, hydrowłóknistych, piankowych i innych o podobnym typie działania, a także można go stymulować poprzez zastosowanie środków enzymatycznych, które uwalniając enzymy prowadzą do rozpadu tkanki martwiczej⁷⁷. Dzięki obecności utrzymującego się wilgotnego środowiska pobudzone zostaje namnażanie enzymów proteolitycznych i fagocytów, które w naturalny sposób wspomagają proces oczyszczania rany i jej prawidłowego bliznowacenia. Jednakże długo utrzymujący się przebieg autolizy może być powodem zahamowania procesu gojenia się ran i może on zatrzymać się w fazie przewlekłego zapalenia⁷⁸.

Metodą inwazyjną najczęściej opracowuje się rany duże, rozległe i głębokie, objęte procesem nekrotycznym, np. w przebiegu zakrzepicy żył głębokich⁷⁹. W takim przypadku konieczne jest stosowanie postępowania przeciwbólowego. Redukcję zakażeń można uzyskać poprzez stosowanie lawaseptyki – wykorzystywaniu prepara-

⁷⁰ G. Krasowski, *op. cit.*

⁷¹ P. Stanirowski, W. Sawicki, *op. cit.*

⁷² B. Siczyska, S. Miętkiewicz, D. Dyk, *op. cit.*

⁷³ M. T. Szewczyk, A. Jawień (red.), *op. cit.*

⁷⁴ A. Nowak, M. Baran, *op. cit.*

⁷⁵ B. Siczyska, S. Miętkiewicz, D. Dyk, *op. cit.*

⁷⁶ M. T. Szewczyk, A. Jawień (red.), *op. cit.*

⁷⁷ *Różne rany...*, *op. cit.*

⁷⁸ A. Nowak, M. Baran, *op. cit.*

⁷⁹ E. Szkiler, *op. cit.*

tu antyseptycznego przed każdorazową zmianą opatrunku – co ma na celu oczyszczenie rany przez fizyczne usunięcie (wyfłukanie) materiałów szkodliwych, ciał obcych itp.⁸⁰ Jeśli rana nie jest objęta procesem zakażenia, powinno stosować się lawaseptyki niezawierające substancji bakteriobójczych, np.: jałowy 0,9% NaCl czy płyn Ringera⁸¹. W przypadku zainfekowanych ran przewlekłych, w procesie ich leczenia rekomenduje się stosowanie antyseptyków: bakteriobójczych, o szerokim spektrum działania, bezpiecznych dla nowo powstałych tkanek, takich, które nie będą hamować procesu gojenia na żadnym etapie, niesprawiających dolegliwości bólowych, bezbarwnych, wykazujących szybkie działanie, mających zdolność do przedłużonego działania, wykazujących brak zdolności rozkładu pod wpływem pH i w styczności z białkiem, takich, które są kompatybilne z materiałem i substancjami zawartymi w opatrunkach⁸².

Sposób doboru postępowania z raną zależy od determinantów, takich jak: etiologia rany, rozległość i głębokość rany, obecność lub brak nekrozy, obecność lub brak zakażenia, obecność lub brak stanu zapalnego tkanek w bezpośredniej okolicy rany⁸³. O skuteczności, efektywności i sprawności prawidłowo dobranego leczenia, mogą świadczyć następujące przesłanki: redukcja typowych cech stanu zapalnego (obrzęk, ból, zaczerwienienie), zmniejszenie wydzielania i objętości wydzieliny z rany, redukcja tkanki martwiczej i jej upłynnianie, ewolucja koloru rany i znamion nekrotycznych (z suchej i czarnej martwicy obecnej w ranie w uwodnioną o kolorze żółtawym), widoczny progres w procesie gojenia się i bliznowacenia ran⁸⁴.

Postępowanie ogólne z raną przewlekłą

Ważną rolę w leczeniu ran przewlekłych jest utrzymywanie prawidłowej diety i nawadniania organizmu. U chorych z RP rekomendowana jest dieta wysokobiałkowa, zawierająca około 1,5 g białka/kg m.c./dobę⁸⁵. Wyjątek stanowią pacjenci, u których zdiagnozowana jest niewydolność nerek lub inne problemy wynikające z nieprawidłowego działania tego narządu. Źródłem białka w diecie są m.in. ryby, wątróbka, produkty mleczne, mięso czerwone, drób, jaja, rośliny strączkowe, orzechy, nasiona i zboża⁸⁶. U pacjentów z RP obserwuje się nasilony metabolizm, w związku z tym rośnie zapotrzebowanie na węglowodany. Glukoza jest niezbędnym produktem w procesie gojenia się ran, ponieważ dostarcza energii dla leukocytów i makrofagów, stymuluje wzrost fibroblastów i kolagenu, a także tworzenie się denozynotrójfosforanu (ATP)⁸⁷. Pacjenci chorujący na cukrzycę powinni

⁸⁰ M. T. Szewczyk, E. Gospodarek, P. Mościcka, A. Jawień, J. Cwajda-Białasik, K. Cierzniałowska, E. Hancke, *op. cit.*

⁸¹ M. T. Szewczyk, A. Jawień (red.), *op. cit.*

⁸² B. Siczysłska, S. Miętkiewicz, D. Dyk, *op. cit.*

⁸³ A. Nowak, M. Baran, *op. cit.*

⁸⁴ N. Wrzesińska, *op. cit.*

⁸⁵ E. Szkiler, *op. cit.*

⁸⁶ M. T. Szewczyk, A. Jawień (red.), *op. cit.*

⁸⁷ N. Wrzesińska, *op. cit.*

w szczególności przestrzegać diety. Każde wahanie poziomów glukozy zaburza proces gojenia się ran. Konieczne jest utrzymywanie wysokości stężenia cukru w przedziale 70–115 mg/dl i przyjmowanie posiłków 6–7 razy na dobę. Zalecane jest ograniczenie owoców, mleka i wyeliminowanie słodczy. Jeśli dieta będzie prowadzona w sposób prawidłowy, poziomy glikemii ustabilizują się, a w konsekwencji stan chorego ulegnie poprawie⁸⁸.

Tłuszcze to ważny element diety. Stanowią one bowiem materiał budulcowy wszystkich struktur błoniastych komórki. Są źródłem witamin takich jak A, D, E, K, a także biorą udział w syntezie związków hormonalnych, które przeciwdziałają tworzeniu się skrzepów oraz usprawniają działanie układu krążenia⁸⁹. Dużą rolę odgrywają także witaminy z grupy B, które są kofaktorami lub koenzymami w niektórych funkcjach metabolicznych. Ich współudział w przebiegu gojenia się ran opiera się na uwalnianiu energii z węglowodanów, syntezie białek, a także mają wpływ na wzrost odpowiedzi immunologicznej organizmu⁹⁰. Dodatkowo witaminy B₂ i B₆ wykazują prewencję w występowaniu zmian skórnych. Klasycznym źródłem witamin z grupy B są: pełnoziarniste pieczywo, otręby, drób, grube kasze, orzechy, śliwki i daktyl⁹¹. Nieodzownym elementem diety u chorych z problemami rany przewlekłej powinno być także włączenie do diety produktów bogatych w siarkę. Pomaga ona w utrzymaniu zdrowej skóry i działa tłumiąco w infekcjach bakteryjnych. Źródłem mogą być ryby, jaja, warzywa kapustne, sery podpuszczkowe⁹². W procesie gojenia się ran, szczególnie z obfitym wysiękiem, wzrasta także zapotrzebowanie na cynk. Odgrywa on istotną rolę w przemianie białek i węglowodanów, wspiera układ odpornościowy i wpływa na poprawny proces gojenia⁹³. Niedobór tego pierwiastka przyczynia się do zapalenia skóry, niedokrwiistości oraz może prowadzić do rozwoju zmian miażdżycowych. Źródłem cynku może być drób, jaja, ryby i owoce morza, a także czerwone mięso⁹⁴.

Odwodnienie organizmu ma negatywny wpływ na organizm człowieka. Skóra, która jest odwodniona, traci elastyczność, jest wyjątkowo narażona na otarcia i pęknięcia. Zmniejszone stężenie płynów w organizmie ogranicza także wydajność przepływu krwi, a w konsekwencji osłabia dopływ tlenu i produktów odżywczych do tkanek⁹⁵. Dziennie należy dostarczać około 2000–2500 ml płynów, biorąc pod uwagę indywidualne zapotrzebowanie i adekwatnie do stanu zdrowia zwiększać je np.:

⁸⁸ E. Szkiler, *op. cit.*

⁸⁹ A. Koper, I. Wrońska, *Problemy pielęgnacyjne pacjentów z chorobą nowotworową, Materiały pomocnicze dla pielęgniarek pracujących na oddziałach ginekologicznych*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017.

⁹⁰ M. T. Szewczyk, E. Gospodarek, P. Mościcka, A. Jawień, J. Cwajda-Białasik, K. Cierzniaowska, E. Hancke, *op. cit.*

⁹¹ E. Kozłowska, K. Cierzniaowska, T. Zwoliński, Z. Banaszekiewicz, *op. cit.*

⁹² B. Siczyska, S. Miętkiewicz, D. Dyk, *op. cit.*

⁹³ E. Kozłowska, K. Cierzniaowska, T. Zwoliński, Z. Banaszekiewicz, *op. cit.*

⁹⁴ N. Wrzesińska, *op. cit.*

⁹⁵ M. T. Szewczyk, A. Jawień (red.), *op. cit.*

podczas wysokiej temperatury, biegunki, wzmożonej potliwości czy też dużego wysięku z rany⁹⁶.

Dolegliwości bólowe zgłasza większość chorych z ranami przewlekłymi, niezależnie od etiologii ich powstania. Jego leczenie powinno być jednym z priorytetów w procesie diagnostyki i gojenia rany. Długotrwały ból może być przyczyną przewlekłego zmęczenia, a nawet doprowadzić do stanów depresyjnych⁹⁷. Aby skutecznie niwelować ból, trzeba dokonać jego dokładnej oceny. W tym celu został opracowany Model Leczenia Bólu Rany⁹⁸. Możemy w nim znaleźć ocenę i opis procedur, jakimi należy się kierować w kontekście leczenia RP. Model zaistniał na podstawie założenia, iż każda rana jest bolesna, dopóki nie udowodni się, że nie jest⁹⁹. Ból jest odczuciem subiektywnym chorego. Zgodne stanowisko Światowego Związku Towarzystw Leczenia Ran wyodrębnia różne rodzaje bólu. Opisuje je w kategoriach: ból operacyjny, ból przypadkowy, ból związany z pielęgnacją rany, ból związany z podłożem rany¹⁰⁰.

W zamyśle rozróżnienia długości czasu trwania rany i czasu odczuwania bólu stosowane są pojęcia: tymczasowy i uporczywy¹⁰¹. Pojęcia te mogą być przydatne dla pracowników służby zdrowia dla lepszego zrozumienia i opisywania bólu przez pacjenta. Za pomocą reguły „5P” można określić przyczyny bólu: przygotowywanie rany, pielęgnacja rany, przebijające bóle, podłoże rany, psychologiczne i środowiskowe czynniki¹⁰².

Wymienione powyżej przyczyny bólu najczęściej występują w owrzodzeniach goleni. Ocena bólu to odczucie indywidualne pacjenta. Każdy człowiek posiada inny próg bólowy. W obecnych czasach istnieją różne formy narzędzi do oceny nasilenia bólu: skala wzrokowa (skala w formie grymasów twarzy czy wzrokowa skala cyfrowa VAS, skala numeryczna (ryc. 1), skala słowna, dzienniczki bólu¹⁰³.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ryc. 1. Numeryczna skala bólu
Źródło: opracowanie własne

Leki stosowane w leczeniu bólu zostały przedstawione w tabeli poniżej (tab. 1.).

⁹⁶ B. Siczzińska, S. Miętkiewicz, D. Dyk, *op. cit.*

⁹⁷ A. Koper, I. Wrońska, *op. cit.*

⁹⁸ M. T. Szewczyk, A. Jawień (red.), *op. cit.*

⁹⁹ G. Krasowski, *op. cit.*

¹⁰⁰ M. T. Szewczyk, A. Jawień (red.), *op. cit.*

¹⁰¹ M. Kołodziejczak, P. Ciesielski, A. Kosim, *Postępowanie terapeutyczne w przypadku powikłań skórnych oraz trudno gojących się ran wokół stomii*, Nowa Medycyna 2013, 2, s. 52-55.

¹⁰² A. Nowak, M. Baran, *op. cit.*

¹⁰³ M. T. Szewczyk, A. Jawień (red.), *op. cit.*

Tabela nr 1. Leki stosowane w leczeniu bólu¹⁰⁴

Działanie leku	Nazwa leku
Przeciwgorączkowe i przeciwbólowe	Paracetamol
Niesteroidowe Leki Przeciwzapalne (NLPZ)	- Ibuprofen - Ketoprofen - Inhibitory COX-II - Celekoksyb
Leki opioidowe	- Kodeina (krótkodziałająca) - Morfina (krótkodziałająca) - Morfina Continus/ Retard (długodziałająca) - Fentanyl (długodziałający)

Kolejnym problemem pacjentów z ranami przewlekłymi jest dość długie unieruchomienie i leżenie w łóżku. Aby zapobiegać odleżynom, zakrzepicy żył głębokich, niewydolności oddechowej czy niewydolności układu krążenia, należy zmieniać pozycję ciała co 2–3 godziny. Ważne jest także wykonywanie ćwiczeń, adekwatnych do stanu zdrowia pacjenta¹⁰⁵.

Ćwiczenia bierne, to ćwiczenia wykonywane w pozycji leżącej bądź siedzącej. Ten rodzaj ćwiczeń ma na celu utrzymanie pewnego zakresu ruchu, a także zapobieganiu zalegania krwi żyłnej w kończynach dolnych¹⁰⁶. Mają one charakter profilaktyki przeciwzakrzepowej i można je prowadzić u każdego pacjenta, nawet tych znajdujących się na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM).

Często zalecanymi ćwiczeniami u pacjentów leżących bądź unieruchomionych są czynne ćwiczenia oddechowe. Poprawiają one wydolność oddechową poprzez powiększanie ruchomości klatki piersiowej¹⁰⁷. Przykładem takiego ćwiczenia może być aktywne dmuchanie na płat ligniny czy napętnianie torebki papierowej powietrzem. Przy wykonywaniu czynnych ćwiczeń oddechowych pomocne są także aparaty kulkowe (np. Tri-Flo), które zwiększają pojemność płuc jednocześnie wykonując trening mięśni oddechowych¹⁰⁸. Składową kinezyterapii są także ćwiczenia efektywnego kaszlu. Te ćwiczenia najczęściej poprzedzają inhalacje i oklepywanie pacjenta w celu lepszego odkrztuszenia wydzieliny zalegającej w drzewie oskrzelowym i zapobieganiu

¹⁰⁴ M. T. Szewczyk, E. Gospodarek, P. Mościcka, A. Jawień, J. Cwajda-Białasik, K. Cierzniaowska, E. Hancke, *op. cit.*

¹⁰⁵ D. Mehrholz, P. Domagała, E. Zielińska, W. Barańska-Rybak, *op. cit.*

¹⁰⁶ M. T. Szewczyk, A. Jawień (red.), *op. cit.*

¹⁰⁷ A. Mazur, M. Maślińska, A. Kołodziejska, *Podciśnieniowa terapia leczenia ran – jeden z elementów opieki pielęgniarstwa nad pacjentkami z nowotworem narządów płciowych*, Sesja Plakatowa Konkursowa Młodych Naukowców Studenci III Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Europejski Wymiar Nauk o Zdrowiu Bydgoszcz 10–11 maja 2018 roku, Streszczenia dostępne pod adresem: www.20latwnoz.cm.umk.pl/wp-content/uploads/2018/05/streszczenia-konferencja-xx-lecie-wnoz.pdf.

¹⁰⁸ M. T. Szewczyk, A. Jawień (red.), *op. cit.*

zapaleniu płuc. Ćwiczenia te wykonuje się na szczycie wydechu i zachęca pacjenta do kaszlu¹⁰⁹.

Podsumowanie

Problem trudno gojących się ran jest ciągle aktualny. Pomimo zaawansowanych metod leczenia istnieje wiele czynników predysponujących do powstania przewlekłych ran, m.in.: cukrzyca, miażdżyca, niedokrwistość, niedobór witamin. Dlatego też tak ważne jest poszerzanie wiedzy na temat etiologii ran przewlekłych. Pozwoli to na lepsze zrozumienie patomechanizmu powstawania, umożliwiając jednocześnie skuteczniejszą pielęgnację miejsc zmienionych chorobowo.

Piśmiennictwo

1. Banasiewicz T., Zieliński M., *Terapia podciśnieniowa ran*. Wydawnictwo Termedia, Poznań 2015.
2. Grey J., Harding K., *Odleżyny, Leczenie ran w praktyce*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, s. 20–21.
3. Kołodziejczak M., Ciesielski P., Kosim A., *Postępowanie terapeutyczne w przypadku powikłań skórnych oraz trudno gojących się ran wokół stomii*, Nowa Medycyna 2013, 2, s. 52–55.
4. Koper A., Wrońska I., *Problemy pielęgnacyjne pacjentów z chorobą nowotworową, Materiały pomocnicze dla pielęgniarek pracujących na oddziałach ginekologicznych*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017.
5. Kozłowska A., Masiulaniec P., Kuciel M., Snarska J., *Zastosowanie terapii podciśnieniowej u chorej po wielokrotnych laparotomiach z martwicą powłok jamy brzusznej, rozejściem rany po laparotomii i przetoką jelitowo-atmosferyczną, opis przypadku*, Forum Zakażeń 2016, 7(6), s. 455–461.
6. Kozłowska E., Cierzniałowska K., Zwoliński T., Banaszekiewicz Z., *Terapia podciśnieniowa w leczeniu ran zakażonych u chorej z otyłością i cukrzycą typu 2 – opis przypadku*, Leczenie Ran 2017, 14(1), s. 21–24.
7. Kózka M., Płaszewska-Żywko L., *Diagnozy i interwencje pielęgniarstwa*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015.
8. Krasowski G., Leczenie ran przewlekłych – cz. I, *Definicja, etiologia, epidemiologia, fizjologia i patofizjologia gojenia się ran*, www.mp.pl, www.mp.pl/zakrzepica/wytyczneartykuly/artykuly_przegladowe/88117,leczenie-ran-przewleklych-cz-i-definicja-etologia-epidemiologia-fizjologia-i-patofizjologia-gojenia-sie-ran, [dostęp z dnia 30.05.2019].
9. Mazur A., Maślińska M., Kołodziejska A., *Podciśnieniowa terapia leczenia ran – jeden z elementów opieki pielęgniarstwa nad pacjentkami z nowotworem*

¹⁰⁹ N. Wrzesińska, *op. cit.*

- narządów płciowych*, Sesja Plakatowa Konkursowa Młodych Naukowców Studentów III Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Europejski Wymiar Nauk o Zdrowiu Bydgoszcz 10–11 maja 2018 roku, Streszczenia dostępne pod adresem: www.20latwnoz.cm.umk.pl/wp-content/uploads/2018/05/streszczenia-konferencja-xx-lecie-wnoz.pdf.
10. Mehrholz D., Domagała P., Zielińska E., Barańska-Rybak W., *Innowacyjne metody leczenia biofilmu w ranach przewlekłych*, Przegląd Dermatologiczny 2016, 4, s. 295–302.
 11. Noszczyk W., *Chirurgia Repetytorium*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2016, s. 266.
 12. Nowak A., Baran M., *Terapia podciśnieniowa nową metodą leczenia ran, Wybrane zadania pielęgniarstwa sprawującej opiekę nad chorym objętym terapią podciśnieniową*, Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2016, 1, s. 9–15.
 13. *Różne rany – odmienna specyfika gojenia się*, www.pfm.pl, www.pfm.pl/baza_chorob/klinika-leczenia-bolu/rozne-rany---odmienne-gojenie-sie-/819, [dostęp z dnia 30.05.2019].
 14. Siczynska B., Miętkiewicz S., Dyk D., *Analiza czynników ryzyka zakażenia miejsca operowanego oraz możliwości ich modyfikacji*, Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2014, 2, s. 56–61.
 15. Stanirowski P., Sawicki W., *Nowoczesne metody terapii trudno gojących się położniczo - ginekologicznych ran pooperacyjnych – analiza skuteczności i przydatności stosowania*, Postępy Nauk Medycznych 2013, 7, s. 475–487.
 16. Szewczyk M. T., Gospodarek E., Mościcka P., Jawień A., Cwajda-Białasiak J., Cierzniańska K., Hancke E., *Zakażenia ran przewlekłych – poważny problem medyczny*, Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2015, 1:, s. 1–6.
 17. Szewczyk M. T., Jawień A. (red.), *Leczenie ran przewlekłych*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012.
 18. Szkiler E., *Odleżyny, Poradnik pielęgnacji ran przewlekłych*, Wydawnictwo Evereth, Warszawa 2011, s. 16.
 19. Wrzesińska N., *Dlaczego rany się nie goją*, www.wylecz.to.pl, www.wylecz.to/pl/choroby/chirurgia/dlaczego-rany-sie-nie-goja.html#, [dostęp z dnia 30.05.2019].

Część 2.

KULTURA FIZYCZNA I BEZPIECZEŃSTWO

2.1. Sportowa emerytura – odchodzenie ze sportu a edukacja zdrowotna

Dariusz Skalski¹, Radosław Zwara¹, Alicja Pęczak-Graczyk¹, Piotr Makar¹,
Oksana Zabolotna², Arkadiusz Stanula³

¹ Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku
Wydział Wychowania Fizycznego - Zakład Sportów Wodnych

² Państwowy Uniwersytet Pedagogiczny im. Pawła Tytyny w Humaniu (Ukraina)

³ Akademia Wychowania Fizycznego im. Jerzego Kukuczki w Katowicach
Instytut Nauk o Sporcie, Zakład Pływania i Ratownictwa Wodnego

Liczba znaków: 27 427 (ze streszczeniami).

Liczba zdjęć: 6 x 1 000 znaków (ryczałt) = 6 000 znaków.

Łącznie: Liczba znaków: 33 427 (ze streszczeniami) = **0,835** publikacji arkuszy wydawniczych.

Słowa kluczowe: sportowa emerytura, sportowiec, aktywność fizyczna, edukacja zdrowotna

Streszczenie

Słowami wyprowadzana jest zaprezentowanie ze emerytura wśród sportowców nie jest łatwa. Pojawia się uczucie pustki i odrzucenia, brak pomysłu, co zrobić z wolnym dniem, nadmiar wolnego czasu. Stan ten w przypadku osób kończących karierę zawodową w starszym wieku jest wypełniany troską o rodzinę, odpoczynkiem i dbaniem o własne zdrowie. Sportowcy kończąc karierę w relatywnie młodym wieku mają znacznie mniej zajęć pochtaniających ich w samorealizacji.

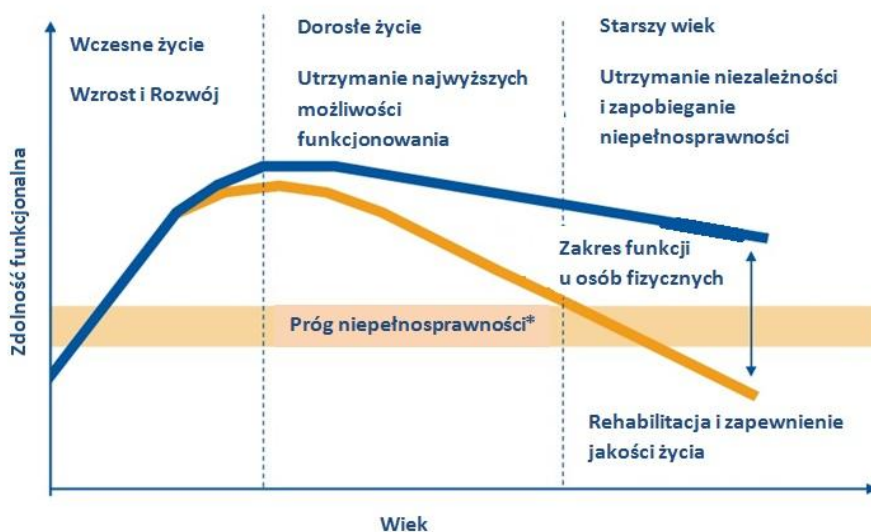
Celem pracy jest zaprezentowanie ewentualnych rozwiązań poradzenia sobie z nieuniknionym dla sportowca szybkim przejściem na emeryturę sportową, która może być zaplanowana i dać szansę na dalsze zachowanie aktywności fizycznej oraz związania swojego kolejnego etapu życia z sportem. W pracy zostały zaprezentowane przykładowe sposoby radzenia lub też nie z przekwalifikowaniem się znanych sportowców. A także została zaprezentowana możliwość dalszego funkcjonowania w społeczeństwie przez edukację zdrowotną.

Wprowadzenie

Lata żmudnych treningów, siłownia, biegi, forsowne przygotowania. Zgrupowania, obozy, zawody. Drakońskie diety, ciężka praca od rana do wieczora, zszargane nerwy i – choć to zakazane – czasem także doping. Życie według reguł surowszych niż w niejednym zakonie. Wreszcie dzień wielkiej próby. Jeśli się uda i na piersi zawiśnie medal, przemęczony mistrz może się w końcu rozluźnić. Tak wygląda codzienność zawodowego sportowca. Codzienność, która w przypadku większości sportowców kończy się emeryturą w wieku lat trzydziestu. W wieku, w którym większość młodych ludzi rozpoczyna właśnie karierę zawodową, sportowcy ją kończą.

Przejście na emeryturę nigdy nie jest łatwe. Pojawia się uczucie pustki i odrzucenia, brak pomysłu, co zrobić z wolnym dniem, nadmiarem wolnego czasu. Stan ten w przypadku osób kończących karierę zawodową w starszym wieku jest wypełniany troską o rodzinę, odpoczynkiem i troską o własne zdrowie. Sportowcy kończąc karierę w relatywnie młodym wieku mają znacznie mniej zajęć. Rodzina zazwyczaj ogranicza się do współmałżonka, dbanie o własne zdrowie nie zajmuje wiele czasu, zawodnicy często też wycofują się z życia społecznego, który zazwyczaj opierało się wyłącznie na kontaktach z innymi zawodnikami i trenerami. Zbudowanie sobie alternatywy, która ma nastąpić po zakończeniu kariery, nie jest łatwe. Wtedy mogą pojawić się zagrożenia. Tymi, jak twierdzi Dariusz Parzelski – psycholog sportu, najczęściej są uzależnienia. Ale są też inne problemy: po wyłączeniu z treningów zawodników często dopadają też choroby ciała, które przetrenowane, nie jest przyzwyczajone do zmniejszonego wysiłku.

Wydajność funkcjonalna (taka jak zdolność wentylacyjna, siła mięśni i wydolność sercowo-naczyniowa) zwiększa się w dzieciństwie i osiąga szczyt we wczesnej dorosłości, po czym ostatecznie maleje. Tempo spadku jest jednak w dużej mierze determinowane czynnikami związanymi z stylem życia dorosłych – takimi jak palenie, spożywanie alkoholu, poziom aktywności fizycznej i diety – a także czynnikami zewnętrznymi i środowiskowymi. Gradient spadku może stać się tak stromy, że spowoduje przedwczesną niepełnosprawność. Przyspieszenie spadku może jednak mieć wpływ i może być odwracalne w każdym wieku dzięki środkom indywidualnym i publicznym.

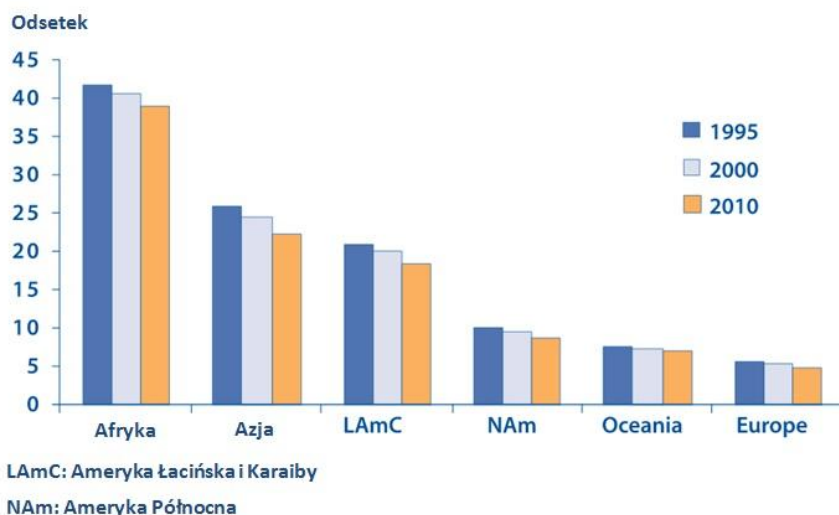


* Zmiany w otoczeniu mogą obniżyć próg niepełnosprawności, zmniejszając w ten sposób liczbę osób niepełnosprawnych w danej społeczności.

Ryc. 1. Utrzymanie zdolności funkcjonowania przez cały okres życia
Źródło: Active Ageing: A Policy Framework, WHO, 2002, s. 14

Istnieją zasadne ekonomiczne powody do wprowadzenia polityk i programów promujących aktywne starzenie się w aspekcie zwiększonego uczestnictwa i obniżenia kosztów opieki. Ludzie, którzy pozostają zdrowi z wiekiem, napotykają mniej przeszkód w kontynuowaniu pracy. Obecna tendencja do przechodzenia na wcześniejszą emeryturę w krajach uprzemysłowionych jest w dużej mierze wynikiem polityk publicznych, które zachęcały do wcześniejszego wycofania się z rynku pracy. W miarę starzenia się populacji będą rosły naciski na zmiany takich polityk – szczególnie jeśli coraz więcej osób osiąga starość w dobrym zdrowiu, tj. jest „zdolnych do pracy”. Pomogłoby to zrównoważyć rosnące koszty emerytur i dochodów systemu zabezpieczeń, a także te związane z kosztami opieki medycznej i społecznej¹.

W krajach rozwiniętych potencjalny zysk z zachęcania osób starszych lub na wcześniejszej emeryturze do dłuższej pracy nie jest w pełni wykorzystywany. Ale gdy bezrobocie jest wysokie, często obserwuje się zmniejszenie liczby pracowników starszych i emerytowanych, co jest sposobem na tworzenie miejsc pracy dla młodszych ludzi. Jednak doświadczenie pokazuje, że wykorzystanie wcześniejszej emerytury w celu zwolnienia nowych miejsc pracy dla bezrobotnych nie było skutecznym rozwiązaniem. W krajach słabiej rozwiniętych osoby starsze są z konieczności bardziej aktywne zawodowo do starości. Jednak uprzemysłowienie, przyjęcie nowych technologii i mobilność na rynku pracy zagrażają tradycyjnej pracy osób starszych, zwłaszcza na obszarach wiejskich. Projekty rozwojowe muszą gwarantować, że osoby starsze kwalifikują się do programów kredytowych i pełnego uczestnictwa w możliwościach generowania dochodu.



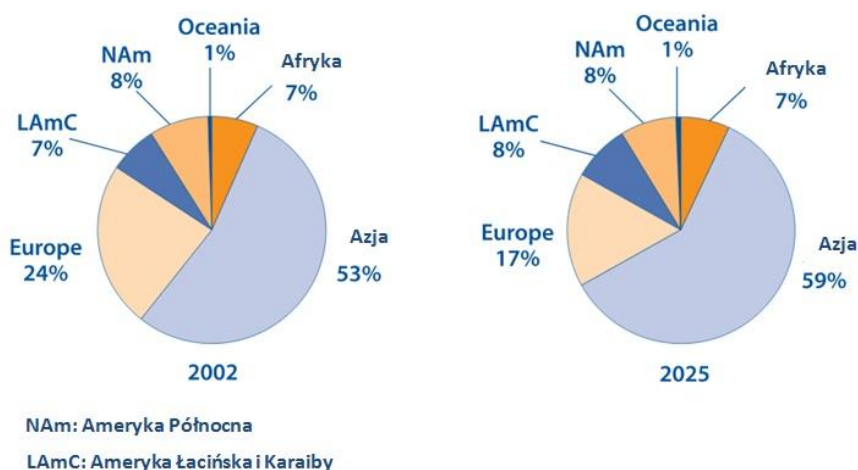
Ryc. 2. Odsetek aktywności zawodowej osób w wieku 65 lat i starszych według regionu
Źródło: Active Ageing: A Policy Framework, WHO, 2002, s. 31

¹ Active Ageing: A Policy Framework, WHO, 2002, s. 17.

Koncentrowanie się wyłącznie na pracy na formalnym rynku pracy zwykle ignoruje się cenny wkład, jaki wnoszą osoby starsze i doświadczeni sportowcy w pracę w sektorze nieformalnym.

Szybkie starzenie się populacji w krajach rozwijających się W 2002 r. prawie 400 milionów osób w wieku 60 lat i starszych mieszkało w krajach rozwijających się. Do 2025 r. Liczba ta wzrośnie do około 840 milionów, co stanowi 70 procent wszystkich osób starszych na całym świecie. Pod względem regionów ponad połowa osób starszych na świecie mieszka w Azji. Udział Azji w najstarszych ludziach świata będzie nadal wzrastał najbardziej, podczas gdy udział Europy jako odsetka światowej populacji osób starszych najbardziej spadnie w ciągu najbliższych dwóch dekad (patrz ryc. 3).

W porównaniu ze światem rozwiniętym rozwój społeczno-gospodarczy w krajach rozwijających się często nie nadążał za szybkim tempem starzenia się ludności. Na przykład, podczas gdy odsetek starszych ludzi we Francji podwoił się z 7 do 14 procent, Chiny osiągną ten sam wzrost tylko 27 lat. W większości rozwiniętego świata starzenie się społeczeństwa było procesem stopniowym po stałym wzroście społeczno-ekonomicznym przez kilka dziesięcioleci i pokoleń. W krajach rozwijających się proces ten ulega kompresji na dwie lub trzy dekady. Tak więc, podczas gdy kraje rozwinięte stawały się zamożne, zanim się zestarzały, kraje rozwijające się starzeją się, zanim nastąpi znaczny wzrost zamożności. Gwałtownemu starzeniu się w krajach rozwijających się towarzyszą dramatyczne zmiany w strukturach i rolach rodzinnych, a także wzorce pracy i migracje. Urbanizacja, migracja młodych ludzi do miast w poszukiwaniu pracy, mniejsze rodziny i więcej kobiet przybywających do formalnej siły roboczej oznacza, że mniej osób jest dostępnych, aby opiekować się osobami starszymi, kiedy potrzebują pomocy².



Ryc. 3. Rozkład populacji świata w wieku powyżej 60 lat według regionów, 2002 i 2025
Źródło: Active Ageing: A Policy Framework, WHO, 2002, s. 10

² Active Ageing: A Policy Framework, WHO, 2002, s. 10–11.

Wracając do sportowców: mówią, że sportowiec umiera dwa razy. Raz, kiedy kończy karierę i drugi raz, kiedy umiera naprawdę. Dla wielu profesjonalnych sportowców proces treningowy, zawody i wszystko, co związane jest ze sportem zajmuje ogromnie duży procent czasu w ciągu dnia. Sportowi podporządkowane zostaje w pewnym momencie (kiedy zawodnik podejmuje decyzję o tym, że zaczyna uprawiać sport zawodowo – profesjonalnie) całe życie. Rytm snu, nawyki żywieniowe i dieta, system wartości, sposób postrzegania siebie przez pryzmat sportu (tożsamość sportowca), ustalenie celów życiowych, życie towarzyskie itp. to jedynie wycinek obszarów, jakie podporządkowane zostają uprawianiu sportu. Kariera sportowa staje się podstawą funkcjonowania, a celem sportowym stają się najważniejsze.

Kiedy kariera się kończy, wszystko się zmienia. Często powstaje pustka, która pojawia się w miejscu wszystkich obowiązków związanych z trenowaniem. Zawodnik przestaje funkcjonować w pewnego rodzaju rygorze treningowym, w którym obowiązują plany, punktualność, zadaniowość i realizacja celów krok po kroku. Co ważne, znikają również ogromne emocje związane z rywalizacją, wysoki poziom stresu generowany podczas startów w zawodach i dążeniu do osiągnięcia jak najlepszych rezultatów, presja itd. Część osób kończących kariery traci wówczas dużą część siebie (tak jest przez nich postrzegane zakończenie kariery) i stając przed wyzwaniem przeformułowania swojego życia i przededefiniowania celów oraz określenia na nowo swoich potrzeb nie radzi sobie z tym wyzwaniem. To właśnie jedne z podstawowych czynników sprzyjające pojawianiu się lęku, symptomów depresji i poczucia straty tak częstych u sportowców kończących kariery.

Nie bez znaczenia dla sposobu kończenia kariery sportowej, a raczej sposobu swoistego powrotu do życia poza sportem jest czynnik związany z edukacją. Wielu byłych piłkarzy przyznaje, że w wyniku stawiania na sport przez większą część swojego życia, uważania go za podstawowe źródło dochodu, pasję i coś, co w największym stopniu kształtuje tożsamość, zaniedbało edukację. Brak wykształcenia zdecydowanie utrudnia im zdaniem wyjście ze sportu. Osoby takie posiadają przekonania dotyczące tego, że poza sportem nie ma dla nich alternatywy, co sprzyja powstawaniu frustracji i innych trudności.

W momencie kończenia kariery jest to szczególnie uderzające, ponieważ w trakcie jej trwania z reguły niewielu zawodników rozważa tzw. „plan B”.

W związku z powyższym należy dojść do wniosku, że moment wyjścia ze sportu jako szczególnie trudnym czasem dla sportowca, wymaga przede wszystkim przygotowania. To, czy i w jaki sposób otoczenie zawodnika (trener, bliscy, być może współpracujący psycholog) zacznie w pewnym momencie przygotowywać sportowca do wejścia w „cywilne” życie, a także (chociażby w kontekście czynnika związanego z wykształceniem) uda się zadbać o wsparcie i bezpieczeństwo sportowca w trakcie trwania kariery, przygotowując mu „plan B”, w dużej mierze warunkuje konsekwencje związane z zakończeniem kariery sportowej. Dzięki odpowiedniemu wyprzedzeniu w planowaniu tego momentu (o ile jest to możliwe), wyposażeniu zawodnika w narzędzia pozwalające na funkcjonowaniu w świecie bez sportu i zadbanie o potrzeby, istnieje duża szansa na to, aby zniwelować negatywne skutki wyjścia ze

sportu. Oczywiście sam moment podjęcia decyzji o zakończeniu kariery z reguły jest niezmiernie trudny. Wówczas również potrzebne jest wsparcie i niejednokrotnie wskazanie kierunków, w których warto podążać.

Prawie wszędzie można przeczytać informacje o kolejnych sportowcach, którzy po zakończeniu kariery nie umieli odnaleźć się w pozasportowej rzeczywistości. Emocje opadały, blask fleszy osłabł, a z konta szybko znikwały zarobione w czasie bycia gwiazdą duże pieniądze. Ci, którzy wtedy nie zatroszczyli się o swoją przyszłość, bo brakowało im odpowiedniego doradztwa np. inwestycyjnego, prawnego czy zawodowego, musieli nagle przyzwyczaić się do innego stylu życia i znaleźć nowe źródło utrzymania.

Kariera po karierze

Kariera sportowa ma to do siebie, że trwa krótko. Trudno pogodzić osobom profesjonalnie zajmującym się sportem naukę czy zdobywanie doświadczenia zawodowego ze sportem wyczynowym. Nie we wszystkich też przypadkach chociażby predyspozycje zdrowotne pozwalają na ewentualną zmianę dyscypliny sportu i kontynuowanie sportowej działalności. Nie wszyscy lubią też oko kamery i zostają komentatorami. Przykłady można mnożyć. Dla wielu kariera po karierze nie jest tak oczywista, a znalezienie pracy staje się niejednokrotnie dużym wyzwaniem również pod względem psychicznym.



Fot. 1. Adam Małysz jako kierowca rajdowy na sportowej emeryturze
Źródło: www.auto.dziennik.pl

Kiedy Adam Małysz jeszcze skakał, o planach na emeryturę mówił tak: „Nie mam jeszcze pomysłu na to, co będę robił, gdy zawieszę narty na kołku. Jedno jest pewne: w pierwszym okresie sportowej emerytury nie chcę mieć ze skokami nic wspólnego”³. Można uznać, że ten pierwszy etap minął, Małysz zajmował się rajdami,

³ A. Małysz, *Moje życie*, Kraków 2004, s. 48.

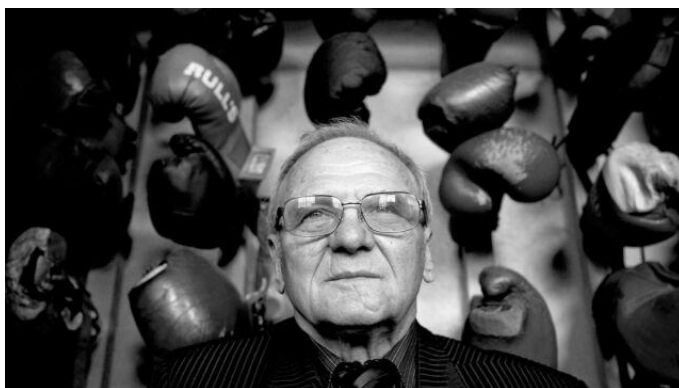
zresztą też z pewnymi sukcesami, i teraz wraca do tego, na czym zna się najlepiej. Adam Małyż wraca w nowej roli jako dyrektor koordynator kadr narodowych skoków narciarskich i kombinacji norweskiej w Polskim Związku Narciarskim.

Równie dobrym przykładem jest Robert Korzeniowski, który jeszcze w czasie trwania kariery budował swoją markę odzieżową, a po jej oficjalnym zakończeniu rozpoczął współpracę z telewizją.

Grzegorz Lato, który wcześniej z różnym skutkiem próbował sił jako trener w Polsce i Grecji, był senatorem z ramienia SLD, a także przez pełną kadencję prezesem PZPN.

Jeden z najlepszych polskich piłkarzy lat 90., Roman Kosecki, przyznaje, że dzięki karierze osiągnął niezależność finansową.

Artur Partyka, srebrny medalista olimpijski z Atlanty, mistrz Europy z 1998 r., halowy mistrz Europy w 1990 r. oraz rekordzista Polski w skoku wzwyż z wynikiem 2,38 m na otwartym stadionie i 2,37 m w hali, współpracuje z grupą lekkoatletyczną Elite Cafe skupiającą czołowych polskich lekkoatletów. – Jestem po trosze organizatorem, marketingowcem i promotorem. Nie odszedłem od sportu i robię to, co lubię – mówi.



Fot. 2. Ustatkowany na sportowej emeryturze Jerzy Kulej
Źródło: www.eurosport.tvn24.pl

Nieżyjący już Jerzy Kulej, jedyny polski bokser, który zdobył dwa złote medale olimpijskie w latach 2001–2005 był posłem na Sejm z ramienia SLD. Wcześniej próbował sił jako restaurator, a także organizator walk zawodowych w Polsce. Odznaczony Krzyżem Komandorskim Orderu Odrodzenia Polski przez Prezydenta RP, wiceprezes i członek założyciel Polskiego Związku Boksu Zawodowego. – Mam 62 lata i wreszcie tak naprawdę się ustatkowałem. Wyleczyłem się z wszystkich biznesów. Żyję dostatnio, niczego mi nie brakuje. – mówił. Jego zdaniem, boks jest specyficzną dyscypliną, dlatego przejście na emeryturę często przebiega bardzo boleśnie. – Zejście z ringu i zderzenie z rzeczywistością może być dla boksera okrutne. Według mnie, sportowcy powinni przechodzić resocjalizację.

Wielu zawodników football – u po zakończeniu kariery zawodowej decyduje się na pracę związaną w jakiś sposób z piłką nożną. Bycie trenerem, działaczem, menadżerem czy ekspertem telewizyjnym to raczej tradycyjna droga.

Nie brakuje zawodników, którzy po zakończeniu kariery oddali się działalności naukowej. Socrates (1954–2011) to najlepszy przykład. Brazylijczyk był jednym z najwybitniejszych piłkarzy na świecie. Na boisku imponował mądrością i rozważą. Był mózgiem każdej drużyny, w której występował. I właściwie nie ma się, czemu dziwić, bo jeszcze jako czynny piłkarz studiował medycynę, a po zakończeniu kariery został lekarzem. Był intelektualistą i z czasem osiągnął tytuł doktora nauk medycznych. Niestety sam nie prowadził się najlepiej. Nałogowo pił i palił papierosy i zmarł w wieku 57 lat.

Wysportowaną sylwetkę można znakomicie wykorzystać, zostając... modelem. O tym, że nie trzeba nawet czekać na zakończenie kariery przekonują Gerard Piqué i Victor Valdes. Gwiazdorzy Barcelony w ostatnim czasie robią prawdziwą furorę w świecie modelingu i tym samym dorabiają sobie do, i tak niemałych, już pensji. W tym biznesie sprawdzał się też Arkadiusz Onyszko. Były bramkarz reprezentacji Polski pojawił się na wybiegu trzykrotnie. Niestety, los nie dla wszystkich bywa łaskawy. Nie wszystko też da się przewidzieć i zaplanować.



Fot.3. Wojciech Fortuna na wczesnej sportowej emeryturze
Źródło: www.wprost.pl

Wojciech Fortuna w 1972 roku w wieku zaledwie 19 lat dokonał rzeczy niemożliwej. Nieznany skoczek z Polski na zimowej olimpiadzie w japońskiej miejscowości Sapporo skoczył na odległość 111 metrów. Fortuna był o włos od pobicia rekordu skoczni Okurayama, ale ponieważ skakał w trudnych warunkach i daleko poza granicę bezpieczeństwa, skupił się na walce z rywalami. Pokonał nawet idola Japończyków Yukio Kasayi. W drugiej serii skoków Polak zdobył złoty medal różnicą zaledwie 0,1 punktu. Polska oszałała. Kiedy skoczek wrócił do Zakopanego,

witano go jak gwiazdę filmową – pod Tatrami na Wojtka Fortunę czekało 25 tysięcy fanów. Wojtek dał się ponieść fali. Zyskał ogromną popularność, ale jego sportowa gwiazda świeciła krótko. Wywalczył jeszcze tytuł mistrza Polski w skokach, ale był to jego ostatni dobry występ. Potem przyszła szarzyzna codzienności. Coraz mniej czasu spędzał na skoczni, coraz więcej w zakopiańskich restauracjach i barach. W 1975 roku został wykluczony z kadry narodowej. Zaczął pracować jako taksówkarz – Wozifem ludzi pod skocznię. Większość nie wiedziała, kim jestem – pisał Fortuna w swoich wspomnieniach. Andrzej Bachleda w książce „Taki szary śnieg” pisał, że Fortuna: „kurzył fajkę jedną po drugiej, piwo popijał z wielkim smakiem i właściwie żył jak zaprzeczenie sportowca”⁴. Skłonność do procentów Fortunie nie wyszła na dobre. Dawny złoty medalista rozszedł się z żoną. Pewnego dnia został zatrzymany za jazdę w stanie nietrzeźwości. Pomiar alkomatem wykazał 2,25 promila – Fortuna stracił prawo jazdy i pracę taksówkarza. W 1998 roku wyemigrował do USA. Po pięciu latach wrócił do Zakopanego i z miejsca został aresztowany. Jak się później okazało, konkubina sprzed lat oskarżyła Fortunę o fizyczną przemoc – skoczek miał jej złamać nos w kłótni. Sportowiec przesiedział w więzieniu kilka dni, został wypuszczony za kaucją wpłaconą przez Polski Związek Narciarski. Ostatecznie skazano go na 10 miesięcy więzienia w zawieszeniu.

Edukacja zdrowotna

Edukacja zdrowotna to działanie, w którym niebagatelną rolę odgrywa również przykład własny autorów nauczyciela, wykładowcy lub szkoleniowca, a przykład sportowego mistrza ma znaczenie niewątpliwie olbrzymie. Tak więc były sportowiec może stać się, jeśli nie działaczem lub komentatorem, to może osobą propagującą zdrowy styl życia, zajmującą się edukacją zdrowotną.

O wychowaniu zdrowotnym człowieka można przeczytać w wielu książkach, nie tylko na gruncie pedagogicznym, ale również na płaszczyznach socjologicznych i medycznych. Termin „zdrowie” w codziennym życiu pojawia się bardzo często. Życzymy sobie zdrowia, pijemy za zdrowie, modlimy się o zdrowie swoje i najbliższych. Powtarzamy, że zdrowie jest najważniejsze.

Zdrowie i edukacja są ze sobą razem powiązane. Dotyczy to wielu poziomów takich jak rodzina, przedszkole, szkoła oraz polityka zdrowotna. Dom rodzinny, rodzice są pierwszymi i najważniejszymi nauczycielami zdrowia. Już od najmłodszych lat należy kłaść duży nacisk na szerzenie, rozwijanie wychowania zdrowotnego, wykształcić w wychowanku chęć włączenia tegoż elementu jako kolejnego szczebla samorealizacji i rozwoju. Aby dziecko mogło dobrze się rozwijać, musi mieć zapewnione odpowiednie warunki, musi z czegoś czerpać wiedzę, inspirację, które pomogą mu poznawać, przeżywać i rozumieć świat, w którym żyje. Utrwalone nawyki i przyzwyczajenia decydują o późniejszym stylu życia. Okres, kiedy dziecko jest jeszcze małe, to najlepszy moment wpajanie nawyków żywieniowych i aktywności fizycznej. Od rodziców zależy, czy ta nauka zakończy się sukcesem! Jeżeli będziemy dla nich

⁴ A. Bachleda - Curuś, *Taki szary śnieg*, Warszawa 1985, s. 82.

dobrym przykładem i wzorcem do naśladowania, są bardzo duże szanse na to, że nasz szkrab będzie zdrowy, uśmiechnięty i ciekawy świata. Na podstawie obserwacji znanych rodzin i rozmów z rówieśnikami można odnieść wrażenie, że obecnie coraz częściej zapomina się o wprowadzeniu młodych ludzi w zasady zdrowego stylu życia. Dzieje się tak dlatego, że rodzice pochłonięci są pracą, a gdy z niej wrócą są zmęczeni i chcą odpocząć. Młodzi ludzie popadają w nałogi, takie jak alkoholizm, nikotynizm, a nawet narkotyki. Kolejną sprawą jest rezygnacja ze zdrowego odżywiania na rzecz barów szybkiej obsługi. Czasami dochodzi do zaburzeń odżywiania się, które kończą się chorobami takimi jak anoreksja czy bulimia. Dlatego rodzice powinni bardziej zatroszczyć się o wychowanie i zdrowy styl życia swoich dzieci.

Drugim, równie ważnym poziomem edukacji zdrowotnej jest szkoła. Między rodzicami a nauczycielem zachodzi swoisty rodzaj współpracy, w której każda ze stron jest jednakowo ważna. Szkoła jest ośrodkiem, w którym uczniowie i nauczyciele spędzają dużą część swojego życia. Dobre zdrowie uczniów i nauczycieli umożliwia realizację podstawowych zadań szkoły⁵.

Edukacja zdrowotna to proces, w którym ludzie uczą się dbać o zdrowie własne i społeczności, w której żyją, aby zachować i doskonalić zdrowie własne i innych ludzi oraz tworzyć środowisko sprzyjające zdrowiu, w przypadku wystąpienia choroby lub niepełnosprawności aktywnie uczestniczyć w jej leczeniu lub rehabilitacji, radzić sobie i zmniejszać jej negatywne skutki⁶.

Edukacja zdrowotna jest podstawą szkolnego programu profilaktyki. Celem edukacji zdrowotnej w szkole jest pomoc uczniom w poznawaniu siebie, śledzeniu przebiegu swojego rozwoju, identyfikowaniu i rozwiązywaniu własnych problemów zdrowotnych – zrozumieniu, czym jest zdrowie.

Sport to zdrowie

Najprostszą receptą na zdrowie jest uprawianie sportu. Nie chodzi tu o wyczynowe uprawianie kolarstwa czy biegi w maratonach, ale przystosowaną do naszego trybu życia aktywność fizyczną. Dla jednych będzie to więc jazda do pracy na rowerze, dla drugich pływanie czy częste spacerowanie.

Jak zauważa Tomasz Sahaj, uprawianie sportu daje same korzyści. Sport pomaga radzić sobie ze stresem, poprawia samopoczucie, ale również zmniejsza ryzyko zachorowań na cukrzycę, nadciśnienie tętnicze, zawał. Regularne ćwiczenia stanowią jeden z najskuteczniejszych sposobów zwalczania otyłości.

[...] we współczesnym, w wysokim stopniu zurbanizowanym i zindustrializowanym społeczeństwie aktywność fizyczna jest niezbędna jako czynnik ochrony zdrowia. Podejmowana regularnie, gwarantuje prawidłowy rozwój, zdrowie i wysoką sprawność psychofizyczną⁷.

⁵ B. Woynarowska, Z. Izdebski, A. Kowalewska, K. Komosińska, *Biomedyczne podstawy kształcenia i wychowania*, Warszawa 2010, s. 229.

⁶ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna podręcznik akademicki*, Warszawa 2007, s. 103.

⁷ T. Sahaj, *Czy sport to zdrowie? Refleksje filozoficzne*, Sport Wyczynowy, 2001, nr 5–6, s. 73–83.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zaleca 60 min codziennego wysiłku fizycznego, dla dzieci i młodzieży, uwzględniając ich rozwój motoryczny⁸.

Osiągnięcie zamierzonych celów wymaga podejmowania różnorodnych działań w ramach programu dydaktycznego, wychowawczego i szkolnego. Jest to proces długotrwały, wymaga sporego wysiłku nauczycieli, jak również zaangażowania samych uczniów i ich rodziców, gdyż skuteczność edukacji zdrowotnej głównie zależy od tego, czy dzieci przeniosą do swego codziennego życia to, czego uczy się w szkole.

Podsumowanie

Gdy sportowiec przechodzi na sportową emeryturę, pewien etap życia rzeczywiście się zamyka, ale jeżeli zakończenie kariery sportowej było planowane, a nawet w jakimś sensie wyczekiwane, to czujemy, że rodzimy się do nowego życia. Dla jednych koniec kariery sportowej nadchodzi szybko, niespodziewanie. Dla innych szczęśliwie jest to proces zaplanowany. Czy znajdziemy się w jednym, czy w drugim położeniu zawsze wiąże się to z pewną traumą. O wiele łatwiej jest zaplanować sobie, co będzie się robić po zakończeniu kariery zawodniczej, gdy ma się 30 lat i odpowiednie środki finansowe na koncie. Inaczej jest z tymi, którzy po dotkliwej kontuzji w młodym wieku muszą ułożyć sobie życie na nowo poza boiskiem, kortem czy skocznia. Dlatego przewodnim pytaniem w karierze zawodnika powinno być „co będę robił po zakończeniu kariery zawodniczej?”. Wielu świetnych sportowców w przeszłości doświadczyło biedy i zapomnienia, gdyż w odpowiednim momencie nie zadali sobie tego kluczowego pytania.

Dla młodego zawodnika, który kończy karierę istnieje kilka możliwości pozostania w obrębie sportu. Pierwszą z nich jest przekwalifikowanie się na sędziego danej dyscypliny. Innym sposobem jest zaangażowanie się w działalność stowarzyszeń, które mają zbieżny profil działania z zainteresowaniami młodego sportowca. Czasami może to być świetny sposób na zebranie doświadczeń i możliwość powrotu do sportu w roli szkoleniowca.

Pozostanie w orbicie sportu to także działalność medyczna. Specjalistów w tej branży przez długi czas nie będzie zbyt wielu a rynek usług rehabilitacyjnych jest jeszcze mało zorganizowany w Polsce.

Myśląc o przyszłości, można również ukierunkować się na zdobycie podstawowej wiedzy z dziedziny mediów i po zakończeniu kariery przekwalifikować się na dziennikarstwo sportowe. Ostatecznie istnieje także możliwość podjęcia pracy w specjalistycznych szkołach i prowadzenie zajęć motywacyjnych jako trener personalny, psycholog sportowy.

Z pewnością większość ambitnych zawodników będzie dążyć do uzyskania statusu trenera lub menedżera, ale większość z nich nie zdoła z tego tytułu zarobić ani złotówki, taka jest generalnie prawda o sporcie. Można być, kim się chce po zakończeniu gry, ale zarobić na dalsze życie można tylko w konkretnych zawodach.

⁸ Wytyczne UE dotyczące aktywności fizycznej, *Sport to zdrowie*, s. 8, www.ec.europa.eu/assets/eac/sport/library/policy_documents/eu-physical-activity-guidelines-2008_pl.pdf

Są osoby, które całe swoje życie podporządkowały uprawianiu sportu. Każdy dzień wypełniają więc treningi i przygotowania do zawodów. Odbywa się to kosztem życia prywatnego, wiąże się bowiem z koniecznością całkowitego podporządkowania się rytmowi treningów, ćwiczeń i wyjazdów na zgrupowania. Trudno w takiej sytuacji kształcić się, utrzymywać dobre i częste kontakty ze znajomymi, czy też zdecydować się na założenie rodziny. To wszystko wymaga bowiem czasu, a ten całkowicie podporządkowuje się danej aktywności sportowej.

Losy sportowca różnie się układają i lepiej, tak jak radzą ci, którym się powiodło, lepiej wziąć sprawy wcześniej w swoje ręce. Dla większości naturalnym niemalże wyborem będzie pozostanie, jak wspomniano wyżej, w sporcie – jako szkoleniowiec, komentator lub działacz. Propozycję, która mogłaby być alternatywą dla takich działań, pozwalającą emerytowanemu sportowcowi wykorzystać to, co było jego domeną przez dotychczasowe zawodowe życie – dyscyplinę, wiedzę o własnym organizmie, znajomość zdrowego stylu życia – jest edukacja zdrowotna.

Piśmiennictwo

Publikacje

1. Active Ageing: A Policy Framework, WHO, 2002, s. 14.
2. Bachleda-Curuś A., *Taki szary śnieg*, Warszawa 1985, s. 82.
3. Kossakowski R., Michałowski L., *Sport sportowcy kibice, Perspektywa socjologiczna*, Pszczółki 2014.
4. Sahaj T., *Czy sport to zdrowie? Refleksje filozoficzne*, Sport Wyczynowy, 2001, nr 5–6, s. 73–83.
5. Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna podręcznik akademicki*, Warszawa 2007, s. 103.
6. Woynarowska B., Izdebski Z., Kowalewska A., Komosińska K., *Biomedyczne podstawy kształcenia i wychowania*, Warszawa 2010, s. 229.

Źródła internetowe

1. Serwis internetowy www.ec.europa.eu/assets/eac/sport/library/policy_documents/eu-physical-activity-guidelines-2008_pl.pdf, wytyczne UE dotyczące aktywności fizycznej, *Sport to zdrowie*, 2008, s. 8.
2. www.auto.dziennik.pl.
3. www.eurosport.tvn24.pl
4. www.wprost.pl.

2.2. Rodzina polska a kultura fizyczna w kontekście edukacji zdrowotnej

Dariusz Skalski¹, Radosław Zwara¹, Alicja Pęczak-Graczyk¹, Piotr Makar¹,
Oksana Zabolotna², Arkadiusz Stanula³

¹ Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku
Wydział Wychowania Fizycznego - Zakład Sportów Wodnych

² Państwowy Uniwersytet Pedagogiczny im. Pawła Tytyny w Humaniu (Ukraina)

³ Akademia Wychowania Fizycznego im. Jerzego Kukuczki w Katowicach
Instytut Nauk o Sporcie, Zakład Pływania i Ratownictwa Wodnego

Liczba znaków: 22 693 (ze streszczeniami).

Liczba zdjęć: 5 x 1 000 znaków (ryczałt) = 5 000 znaków.

Łącznie: Liczba znaków: 27 693 (ze streszczeniami) = **0,692** publikacji arkuszy wydawniczych.

Słowa kluczowe: rodzina polska, aktywność fizyczna, wychowanie fizyczne, edukacja zdrowotna

Streszczenie

Zaprezentowane opracowanie prezentuje szeroko rozumiane wychowanie fizyczne i kulturę fizyczną, a także wyedukowanie zdrowotne polskich rodzin. W pracy przedstawiono prezentowany dotychczasowy odbiór społeczny prezentowania się polskiej rodziny w wychowaniu fizycznym oraz obecny nurt zmian, który wraz z prowadzoną edukacją zdrowotną zmodyfikował w XXI wieku obyczaje polskich rodzin z nastawieniem na kulturę fizyczną.

Celem pracy jest przedstawienie dostrzegalnych zmian, a także zaprezentowanie możliwych sposobów dalszego pogłębiania edukacji zdrowotnej i wychowania fizycznego w polskich rodzinach. Podano przykładowe sposoby prowadzenia wychowania fizycznego w samej rodzinie, a także w szkole. Niniejsze opracowanie przedstawia, jak wraz z zwiększającą się świadomością aktywnego spędzania czasu, wzrasta urbanizacja przestrzeni publicznej i możliwość konsumpcji kultury fizycznej, na co dzień.

Wprowadzenie

J. Karbowniczek w swoim małym leksykonie pedagoga wczesnoszkolnego tak opisuje termin kultura fizyczna: „przebiegający według wzorów przyjętych w danej zbiorowości, zintegrowany i utrwalony system zachowań w dziedzinie dbałości o rozwój fizyczny, sprawność ruchową, zdrowie i urodę, doskonałość i ekspresję człowieka oraz rezultaty tych zachowań”¹. Natomiast termin „wychowanie fizyczne” w tej samej publikacji troszeczkę się różni, a mianowicie: „Wychowanie fizyczne –

¹ J. Karbowniczek (red.), *Mały leksykon pedagoga wczesnoszkolnego*, ERIVA, Warszawa 2014, s. 143.

zamierzona i świadoma działalność ukierunkowana na wytworzenie właściwego zespołu postaw i nastawień prosportowych, prozdrowotnych, prospołecznych.

Wśród bezpośrednich zadań wychowania fizycznego wyróżnia się troskę o harmonijny rozwój organizmu oraz poszczególnych jego funkcji, utrzymanie dobrego stanu zdrowia i pełnej wydolności życiowej, rozwój sprawności ruchowej, hartowanie organizmu, kształtowanie i utrwalanie nawyków higienicznych, modelowanie umiejętności o charakterze utylitarno-sportowym².

Kultura fizyczna to element kultury społecznej związany z wszelkiego rodzaju aktywnością fizyczną, dbałością o zdrowie, odnoszący się do siły fizycznej, wytrzymałości i wydolności fizycznej.

Do kultury fizycznej należą:

- a) wychowanie fizyczne, którego celem jest rozwój fizyczny oraz podtrzymanie sprawności fizycznej i nauczanie nawyków systematycznej aktywności fizycznej;
- b) rehabilitacja ruchowa, której zadaniem jest przywrócenie utraconej sprawności fizycznej lub jej częściowe poprawienie, w celu uzyskania jak największej samodzielności fizycznej;
- c) rekreacja, która jest jedną z form wypoczynku, cechującą się zastosowaniem aktywności fizycznej w celu odprężenia, regeneracji sił fizycznych i umysłowych. Jest to dobrowolne wykonywanie czynności przyjemnych i interesujących;
- d) sport wyczynowy, który wymaga od uczestnika dużego zaangażowania psychicznego i fizycznego oraz systematyczności. Z sportem wyczynowym związana jest potrzeba rywalizacji i dążenia do doskonałości.

Analizując powyższe definicje kultury fizycznej, możemy z przekonaniem stwierdzić, że kultura fizyczna towarzyszy nam w każdym dniu życia. Codziennie wstajemy z łóżka, chodzimy, ruszamy się, wykonujemy pewne czynności.

Kultura fizyczna w kontekście edukacji zdrowotnej

Ruch jest czynnikiem niezbędnym w naszym życiu i to w dużej mierze właśnie od niego zależy nasze zdrowie psychiczne i fizyczne. Ruchowe formy wypoczynku na powietrzu są bardzo ważnym czynnikiem w rozwoju fizycznym i psychicznym człowieka, zapewniają prawidłowy jego rozwój, stanowią najkorzystniejszy rodzaj aktywności, przeciwdziałający przeciążeniu pracą umysłową młodzieży szkolnej i przeciwwagę skutków pozycji siedzącej w czasie zajęć szkolnych i odrabiania lekcji³.

Aktywność fizyczna przyczynia się do prawidłowej pracy układu krążenia, dzięki czemu nasze serce staje się silniejsze, a ciśnienie tętnicze opada. Regularne ćwiczenia kształtują nasze mięśnie i pozwalają na wypracowanie wymarzonej sylwetki. Ruch

² Ibidem, s. 276.

³ T. Wujek, *Czas wolny jako wartość kulturotwórcza i wychowawcza*, [w:] *Wychowanie i środowisko*, B. Passini, T. Pilch (red.), Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1979, s. 303.

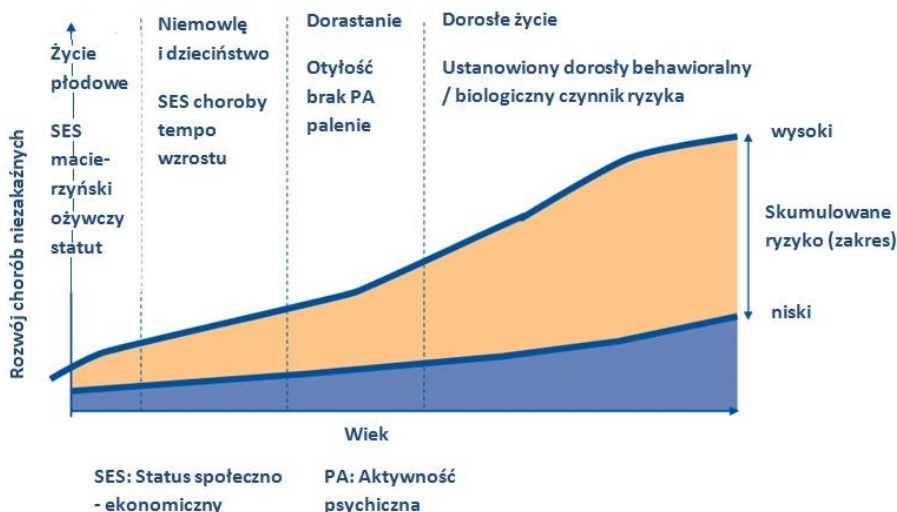
pomaga również wzmocnić nasze kości, sprawia, że stają się one twardsze, a co za tym idzie odporniejsze na złamania i urazy. Ćwiczenia pomagają nam utrzymać prawidłową postawę ciała, a w przypadku wad wrodzonych dają nam możliwość częściowego ich zniwelowania. Systematyczny ruch pozwala nam na zachowanie sprawności fizycznej, sprawia, że nasze ciało jest giętkie, a ruchy harmonijne i precyzyjne. Systematyczny, długotrwały wysiłek sprawia, że nasz organizm staje się bardziej wydajny i nie męczy się tak szybko. Częste ćwiczenia wymagające od nas dużej siły wzmacniają i podnoszą naszą tężyznę fizyczną. Aktywny tryb życia sprawia, że objętość naszych płuc wzrasta, co daje nam możliwość pochtania większej ilości tlenu, który jest czynnikiem niezbędnym w procesie wytwarzania energii. Aktywność fizyczna, szczególnie na świeżym powietrzu, sprawia, że wzmacnia się nasza odporność na różnego rodzaju infekcje, a w razie choroby organizm lepiej sobie z nią radzi i szybciej ją zwalcza. Aktywność fizyczna wspomaga metabolizm, którego prawidłowe działanie pomaga zmniejszyć ryzyko zachorowań na cukrzycę i nadciśnienie tętnicze. Ćwiczenia ruchowe pomagają nam w spalaniu tkanki tłuszczowej i przyspieszają proces odchudzania. Aktywność fizyczna wpływa również pozytywnie na naszą psychikę i samopoczucie. Ludzie, dla których kultura fizyczna jest codziennym nawykiem, są bardziej spokojni, pogodni, zdyscyplinowani, wykazujący większą ochotę i zainteresowanie czynnym uczestnictwem w życiu społeczno-kulturalnym⁴.

Korzyści dla naszej psychiki i samopoczucia wynikające z aktywności fizycznej są efektem endorfiny nazywanej potocznie „hormonem szczęścia”, która wytwarza się w naszym organizmie w czasie ruchu i daje nam poczucie zadowolenia i radości. Aktywność fizyczna pomaga nam również zniwelować stres, odprężyć się psychicznie, rozładować napięcia, zwalczyć złość i odreagować gniew. Można powiedzieć, że w czasie aktywności fizycznej nasz mózg się oczyszcza, nasze myśli się rozjaśniają a szara codzienność nabiera kolorów. Aktywność fizyczna, sport kształtują również nasz charakter. Uczą nas wytrwałości, cierpliwości, pokory i samodyscypliny. Poprzez sporty grupowe i zbiorowe aktywności kształtują się również nasze postawy społeczne. Uczymy się współdziałania, współodpowiedzialności i podporządkowania do panujących zasad i reguł. Sport i różnego rodzaju konkurencje sportowe dają nam możliwość zdrowej rywalizacji i porównania swoich sił i umiejętności z wynikami innych uczestników. Uczą nas systematycznego, żmudnego dążenia do celu oraz dają nam możliwość poczucia smaku wygranej, dzięki czemu wzmacnia się w nas poczucie własnej wartości.

Mimo wielu korzyści, jakie przynosi nam aktywność fizyczna, cały czas jest ona spychana na dalszy plan. W obecnych czasach ludzie są zabiegani i przytłoczeni nawałem obowiązków. Trudno im znaleźć czas i chęci na uprawianie sportu. Chętniej obejrzą transmisję meczu niż sami pójść poćwiczyć. W badaniu sportu jako kategorii należącej do sposobów spędzania wolnego czasu należy zawsze wyodrębnić dwa jego rodzaje: zainteresowanie sportem jako widowiskiem i oddawanie się sportowi –

⁴ Ibidem, s. 303.

uprawianie go⁵. Niestety dla wielu ludzi sport wiąże się tylko i wyłącznie z meczem w telewizji i przeżywaniem sportowych emocji z punku widza.



Wyk. 1. Zakres zapobiegania chorobom niezakaźnym, podejście oparte na cyklu życia
Źródło: Active Ageing: A Policy Framework, WHO, 2002, s. 17

Rosną wydatki publiczne na opiekę medyczną, dostępne dane coraz częściej wskazują, że sama starość nie jest związana ze zwiększonymi wydatkami medycznymi. Raczej niepełnosprawność i zły stan zdrowia – często związane ze starością – są kosztowne. Ponieważ wzrasta świadomość społeczna, a co za tym idzie także kultura fizyczna, ludzie starzeją się w lepszym zdrowiu, a wydatki medyczne mogą nie wzrosnąć tak szybko. Decydenci muszą spojrzeć na pełny obraz i rozważyć oszczędności osiągnięte dzięki spadkom wskaźników niepełnosprawności.

Ponadto gdyby zwiększona liczba zdrowych osób starszych zwiększyła swój udział w sile roboczej (poprzez zatrudnienie w pełnym lub niepełnym wymiarze godzin), ich udział w dochodach publicznych stale by się zwiększał. Wreszcie, zapobieganie chorobom jest często tańsze niż ich leczenie. Na przykład oszacowano, że inwestycja w jeden dolara w środki zachęcające do umiarkowanej aktywności fizycznej prowadzi do oszczędności kosztów medycznych w wysokości 3,2 USD⁶.

Osoby oraz rodziny muszą planować i przygotowywać się do okresu starości i podejmować indywidualny wysiłek w celu przyjęcia pozytywnych osobistych praktyk zdrowotnych na wszystkich etapach życia. Jednocześnie wymagane są środowiska wspierające, aby „dokonać zdrowych wyborów łatwymi wyborami”.

⁵ J. Pięta, *Pedagogika czasu wolnego*, Almamer, Tom 2, Warszawa 2008, s. 88.

⁶ *Active Ageing: A Policy Framework*, WHO, 2002, s. 18.

W obecnych czasach coraz więcej ludzi jest otyłych i ma problemy z cukrzycą, miażdżycą czy kręgosłupem. Przyczyną takiego stanu rzeczy jest właśnie między innymi brak aktywności fizycznej i złe odżywianie. Dzięki licznym badaniom i akcjom medialnym społeczeństwo staje się coraz bardziej świadome zagrożeń zdrowotnych wynikających z braku aktywności fizycznej. W programach telewizyjnych i Internecie promuje się zdrowy, aktywny tryb życia. Z korzyścią wpływa to na postawy społeczne wobec sportu i ćwiczeń. Coraz więcej ludzi zaczyna żyć aktywnie i znajduje czas na choćby odrobinę ruchu.

Nawyk codziennej gimnastyki powinien być kształtowany od dzieciństwa. Rodzice powinni dbać, aby ich dzieci aktywnie spędzały czas. W tym wszystkim ważne jest by rodzic nauczył dziecko, że czas wolny nie może być przeznaczony wyłącznie na komputer i telewizor. Czas wolny jest wartością społeczną, a o sposobie wykorzystania tej wartości decyduje wychowanie, które musi być tak zorganizowane, aby od najmłodszych lat kształtowało umiejętność racjonalnego spędzania czasu wolnego⁷.

Czas, który rodzic spędzi na zabawie z dzieckiem, może przynieść wiele korzyści obu stronom. Wspólna zabawa z dziećmi dostarcza rodzicom wielu informacji o ich rozwoju, zachowaniu w różnych sytuacjach, o cechach charakteru, a także o występujących niedostatkach w funkcjonowaniu poszczególnych sfer osobowości⁸. Wspólna zabawa zbliża emocjonalnie rodzica z dzieckiem, powoduje że czuje się ono swobodnie. Czas, który poświęcimy dziecku, sprawi, że stanie się ono otwarte w stosunku do nas i bardziej nam zaufa. Dzięki zabawom ruchowym i innym ćwiczeniom możemy nauczyć dziecko nowych umiejętności i zniwelować występujące braki.

Zabawa rozładuje napięcia wewnętrzne, chroni nas przed dłużej trwającymi sytuacjami stresowymi, zmusza do zajęcia się współpartnerem i do współpracy z nim, pomaga zachować równowagę psychiczną⁹. Istnieje bardzo wiele różnych form zabaw ruchowych, dlatego z pewnością każdy rodzic znajdzie coś odpowiedniego zarówno dla niego, jak i dla swojej pociechy. Wspólne zabawy ruchowe rodzica z dzieckiem są dobrym sposobem na przekonanie pociechy do aktywności fizycznej.

Rodzic powinien stanowić dla dziecka wzór i samemu dbać o własne zdrowie i kondycję. Jeszcze większym zaangażowaniem powinni wykazać się rodzice dzieci, które niechętnie podejmują się aktywności fizycznej i stronią od sportu. Na ruch zawsze powinien znaleźć się czas, niezależnie od pory roku i pogody za oknem. Naganne jest zachowanie rodziców, którzy wypisują swoim dzieciom zwolnienie z zajęć wychowania fizycznego, choć nie ma żadnych zdrowotnych przeciwwskazań, by ich dziecko brało udział w ćwiczeniach.

⁷ R. Wroczyński, *Pedagogika społeczna*, PWN, Warszawa 1974, s. 229.

⁸ W. Pomykało, *Vademecum dla rodziców dzieci od lat 6 do 10*, Wydawnictwo Współczesne, Warszawa 1987, s. 245.

⁹ B. Borys, *Mamo, tato ćwiczmy razem!*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1990, s. 15.

Rodzina polska a kultura fizyczna

Obecne trendy oraz powszechna wiedza na temat korzyści wynikających z aktywności fizycznej sprawiają, że coraz więcej rodzin dba o kondycję fizyczną. Wspólne bieganie czy przejażdżki rowerowe stają się powoli rytuałem wielu polski rodzin. Nauczone aktywności fizycznej w dzieciństwie dzieci w wieku dorosłym motywują swoich rodziców do wspólnych ćwiczeń i gimnastyki. W parku czy na obrzeżach miast coraz częściej możemy spotkać całe rodziny, które chcą pooddychać świeżym powietrzem i pobiegać lub pojeździć na rolnkach. Duża dostępność na rynku akcesoriów kolarskich sprawia, że dzieci (nawet te najmłodsze) również mogą wybierać się na przejażdżki rowerowe. Istnieją różnego rodzaju siedziska i wózki dla dzieci, które można montować do roweru, co pozwala na bezpieczny odpoczynek całej rodziny.

Ciekawą ofertą dla całych rodzin są osiedlowe siłownie połączone z placem zabaw dla dzieci. Jest to doskonały pomysł umożliwiający aktywny sposób spędzania czasu dla całej rodziny. Place te są zazwyczaj ogrodzone także, podczas gdy dzieci beztrudno bawią się w piaskownicy czy na zjeżdżalni, dorośli swobodnie mogą ćwiczyć na różnego rodzaju przyrządach. Dodatkowym atutem tych miejsc jest fakt, że możliwość korzystania z nich jest darmowa, a przy okazji można pooddychać świeżym powietrzem.



Fot. 1. Siłownia zewnętrzna na plaży gminnej Nieporęcie
Źródło: www.nieporet.pl

Latem idealnym sposobem na spędzenie miło czasu z rodziną a przy okazji na aktywny odpoczynek są różnego rodzaju kąpieliska. Pływa w wodzie w upalne dni to czysta przyjemność dla wszystkich członków rodziny, a przy okazji sposób na rozruszanie ciała i możliwość skorzystania z promieni słonecznych. Wybierając się jednak nad wodę, zwróćmy szczególną uwagę, czy wybrane kąpielisko jest strzeżone przez ratownika i czy jest wyznaczona bezpieczna strefa dla dzieci.

Coraz większym zainteresowaniem wśród Polaków cieszą się siłownie i kluby fitness. Placówki te oferują coraz to nowe formy zajęć i kuszą promocjami. Duża konkurencja sprawia, że ceny karnetów na siłownie czy fitness nie są już tak wygórowane jak kiedyś. Dużym powodzeniem (w szczególności wśród kobiet) cieszą się szkoły tańca zarówno nowoczesnego, jak i towarzyskiego. Jeszcze do niedawna uznawany za gorszący *pole dance*, dziś jest coraz bardziej popularny i przez wielu podziwiany. Znana już prawie wszystkim zumba również cieszy się dużym powodzeniem. Dla osób, które nie lubią sportów wysiłkowych, a na siłowni czy sali fitness czują się nieswojo idealnym rozwiązaniem jest basen. Nie trzeba wcale umieć pływać, aby dobrze się bawić w wodzie i trochę rozruszać. Wiele pływalni oferuje zajęcia z pływania przy wspólnym udziale rodziców i dzieci. Nie musimy się obawiać, że nasze dziecko jest za małe na takie atrakcje. Woda jest dla niego czymś naturalnym, a profesjonalna kadra na pływalni wyjaśni nam dokładne zasady postępowania z dzieckiem w wodzie. Inną ciekawą ofertą dla osób, które lubią basen są zajęcia fitness w wodzie. Jest to idealne rozwiązanie szczególnie dla osób otyłych, gdyż woda wypiera ich ciało, a wykonywanie ćwiczeń nie jest dla nich tak znaczącym obciążeniem jak np. na siłowni.

Można wyciągnąć takie wnioski: by jak najlepiej radzić sobie w życiu należy jak najlepiej dbać o swoją kulturę i wychowanie fizyczne, a w przypadku małych dzieci takich jak te w okresie przedszkolnym i wczesnoszkolnym muszą dbać o to rodzice i całe otoczenie dziecka.



Fot. 2. Zajęcia grupowe na basenie dla początkujących dzieci z rodzicami
Źródło: www.aqua-sport.pl



Fot. 3. Wizualizacja zrealizowanego projektu placu zabaw przy SP nr 2 w Kartuzach
 Źródło: www.oswiata.kartuzy.pl

Najważniejsze czynniki, jakie wpływają na kulturę i wychowanie fizyczne w polskiej rodzinie, to te, które znajduje się w szkole. Polska szkoła musi spełniać cztery funkcje, a należą do nich: funkcja stymulacyjna, adaptacyjna, kompensacyjna i korektywna. Przedstawione funkcje powinny być spełniane także w domu rodzinnym, czyli w polskiej rodzinie. Dotyczą one tak samo obszaru szkolnego, jak i domowego.

Pierwsza funkcja stymulacyjna polega na pobudzaniu uczniów, stosowaniu impulsów, które dadzą efekt działania ruchowego. Korzyści są tym większe, im bardziej dzieci są zachęczone do korzystania z pobytu na dworze, na powietrzu, na słońcu, w wodzie w czasie wakacji) i wszelkich terenów zazielenionych¹⁰.

Kolejna funkcja to adaptacyjna, polega ona na tym, by jak najlepiej przygotować małego ucznia do pracy i życia w warunkach, które ciągle się zmieniają¹¹. Ma się tu na myśli to, czy mieszka w małej miejscowości, a wyjeżdża czasami do wielkiego miasta i musi się w nim poruszać. Może to być też choćby sytuacja z życia codziennego, jak na przykład porażka związana z oceną lub przegraną w konkursie. Funkcja adaptacyjna jest potrzebna do lepszego radzenia sobie w życiu, przyjmowania nowych sytuacji takimi, jakie są i potrafienia się w nich odnaleźć tak jak w dużym mieście.

Następną funkcją, która wchodzi w skład wychowania fizycznego, jest funkcja kompensacyjna. Chodzi tutaj o to, aby wyrównać, zbilansować i zoptymalizować wysiłek, jaki jest nakładany na młodego człowieka i jego organizm. Bardzo niebezpiecznym i szkodliwym jest brak ruchu u młodych uczniów. A coraz częściej migoczące światło komputera czy tabletu, niedotlenienie organizmu, stres w szkole, zła dieta.

¹⁰ W. Gniewkowski, K. Właźnik, *Proces wychowania fizycznego w klasach początkowych*, WSIP, Warszawa 1991, s. 9.

¹¹ Ibidem, s. 10.

W tej funkcji chodzi o to, aby zoptymalizować te obie strony, by dziecko było na dworze wystarczająco długo, a także by dobrze się odżywiało i mogło sobie poradzić ze stresem, jaki mu towarzyszy w szkole na co dzień¹².

Ostatnią już przytoczoną jest funkcja korektywna, która odpowiada za prawidłową postawę ciała¹³. To, jaka jest postawa ciała u młodego dziecka, zależy od jego trybu życia. Od tego, czy w szkole ćwiczy, czy spędza czas na dworze, czy gra w piłkę i czy wspina się na barierki na placu zabaw.

Wszystkie te funkcje są niezbędne w prawidłowym funkcjonowaniu organizmu ucznia w szkole, ale tak samo dotyczy to jego aktywności w domu po za szkołą. Mimo że nasze społeczeństwo cierpi w coraz większym stopniu na otyłość, miażdżycę i inne choroby, to jednak jak wspomniano wyżej coraz częściej widać motywację dookoła nas, która zachęca do uprawiania sportu. Coraz częściej widzi się, że rodzice wraz z dziećmi wyjeżdżają razem na wycieczki rowerowe. Chodzą na spacer, grają w przeróżne gry. Takich gier na świeżym powietrzu jest wiele, choćby:

- „Gry i zabawy ruchowe. Ponad 100 energetycznych zabaw”, które są zabawami od pierwszych miesięcy życia, ale także doskonale sprawdzają się u starszych dzieci;
- „Chodzę jak...” jest dobrą zabawą, która rozwija dużą motorykę u dzieci przedszkolnych, a także wyobraźnię. Polega ona na naśladowaniu ruchów zwierząt. W tej zabawie może brać udział więcej niż jedno dziecko. Jedna osoba naśladuje zwierzę, a reszta musi zgadnąć, które to. Utrudnieniem jest zakaz wydobywania dźwięków. Należy tylko naśladować sposób ruchów zwierzęcia. Później wybieramy inną osobę do naśladowania¹⁴;
- Zabawa „Jazda na rowerze”, dwójka dzieci lub dziecko i dorosły, kładą się na plecach, dotykają się stopami i próbują pchać stopy, tak jakby pedałowali jadąc na rowerze.¹⁵

Każdy sposób spędzony z dzieckiem aktywnie jest dobry. Wiele rodzin obecnie stara się coraz częściej wyjeżdżać w wakacje, odwiedzając takie miejsca, gdzie można właśnie ten czas rodzinny spędzić aktywnie, np. zwiedzając tereny przyjeziorne na rowerze, albo – jeżeli są w górach – na pieszych wycieczkach.

Spotyka się wiele takich dzieci, które najwięcej czasu spędzają przed komputerem i tego ruchu mają mało, lecz dzięki prowadzonej edukacji zdrowotnej wśród społeczeństwa coraz częściej polskie rodziny spędzają czas wypoczynku aktywnie. Jest to dobre, powinniśmy jak najwięcej się ruszać i wychodzić na dwór, aby dotlenić swój organizm. Zły tryb życia uniemożliwia nam w pełni cieszyć się dobrym zdrowiem, dlatego powinniśmy zadbać o nasze młodsze pokolenie. Polskie rodziny, kiedy nie wyjeżdżają nigdzie w wakacje to i tak spędzają większość czasu aktywnie. Dzieci jeżdżą na rowerach, wyjeżdżają choćby weekendowo nad wodę, gdzie pływają.

¹² Ibidem, s. 11.

¹³ Ibidem, s. 11.

¹⁴ N. Minge, K. Minge, *Gry i zabawy ruchowe. Ponad 100 energetycznych zabaw*, Damidos Warszawa 2015, s. 57.

¹⁵ Ibidem, s. 78.

Te wszystkie aktywności są bardzo dobre i mają ogromnie pozytywny wpływ na rozwój dzieci.



Fot. 4. Czas wolny dziecka spędzany przed ekranem telewizora i komputera
Źródło: www.mamotoja.pl

Rodzice dzieci mogą umilić im wyjście choćby tylko na spacer, aby nie był on nudny. Można dać dzieciom zadanie, na przykład „pobieraj w czasie naszego spaceru jak najwięcej ciekawych rzeczy (liście, kamyki, patyki)”. Jeśli rodzicie sprawią, że spacer będzie ciekawy, to dzieci będą bardziej chętne wychodzić na dwór. Tak samo można wykorzystać pomysł przy innych aktywnościach, jak np. rowerze „zmierzę Ci czas, w ile sekund zrobisz trasę odtąd dotąd”.

Podsumowanie

Podsumowując, w naszym społeczeństwie, tak jak i w innych, obserwujemy zapadalność na różne choroby. Obecne rodziny polskie coraz częściej dbają o zdrowie fizyczne, a przynajmniej próbują lub zaczynają o nie dbać. W przestrzeni publicznej często można dostrzec mamy spacerujące ze swoimi dziećmi albo małe dzieci jeżdżące na rowerkach, podczas gdy mama idzie obok nich z wózkiem z drugim dzieckiem. Coraz częściej rodziny wychodzą każdego dnia na spacer. Zwłaszcza kiedy jest dzień wolny i ładna pogoda, dzieci spędzają go na dworze. Coraz więcej rodziców zapisuje swoje pociechy na lekcje pływania, traktując je także jako formę wypoczynku po zajęciach szkolnych. Obserwując polskie rodziny, dostrzega się, że kultura fizyczna jest w nich coraz bardziej obecna. Coraz więcej czasu spędzamy aktywnie, co ma wpływ na wzrost naszego wychowania fizycznego i pogłębienie edukacji zdrowotnej.

Piśmiennictwo

Publikacje

1. *Active Ageing: A Policy Framework*, WHO, 2002, s. 17–18.
2. Borys B., *Mamo, tato ćwiczmy razem!* Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1990, s. 15.
3. Gniewkowski W., Właźnik K., *Proces wychowania fizycznego w klasach początkowych*, WSIP, Warszawa 1991, s. 9.
4. Karbowniczek J. (pod red.), *Mały leksykon pedagoga wczesnoszkolnego*, ERICA, Warszawa 2014, s. 143.
5. Minge N., Minge K., *Gry i zabawy ruchowe. Ponad 100 energetycznych zabaw*, Damidos, Warszawa 2015, s. 57.
6. Pięta J., *Pedagogika czasu wolnego*, Almamer, Tom 2, Warszawa 2008, s. 88.
7. Pomykało W., *Vademecum dla rodziców dzieci od lat 6 do 10*, Wydawnictwo Współczesne, Warszawa 1987, s. 245.
8. Wroczyński R., *Pedagogika społeczna*, PWN, Warszawa 1974, s. 229.
9. Wujek T., *Czas wolny jako wartość kulturotwórcza i wychowawcza*, [w:]: *Wychowanie i środowisko*, Passini B., Pilch T. (red.), Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1979, s. 303.

Źródła internetowe

1. www.aqua-sport.pl.
2. mamotoja.pl
3. www.nieporet.pl.
4. www.oswiata.kartuzy.pl.

2.3. Socjologia kultury fizycznej w Polsce a edukacja zdrowotna

Dariusz Skalski¹, Radosław Zwara¹, Alicja Pęczak-Graczyk¹, Piotr Makar¹,
Oksana Zabolotna², Arkadiusz Stanula³

¹ Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku
Wydział Wychowania Fizycznego - Zakład Sportów Wodnych

² Państwowy Uniwersytet Pedagogiczny im. Pawła Tytyny w Humaniu (Ukraina)

³ Akademia Wychowania Fizycznego im. Jerzego Kukuczki w Katowicach
Instytut Nauk o Sporcie, Zakład Pływania i Ratownictwa Wodnego

Liczba znaków: 28 872 (ze streszczeniami).

Liczba zdjęć: 4 x 1 000 znaków (ryczałt) = 4 000 znaków.

łącznie: Liczba znaków: 32 872 (ze streszczeniami) = **0,821** publikacji arkuszy wydawniczych.

Słowa kluczowe: Polska, socjologia, aktywność fizyczna, edukacja zdrowotna

Streszczenie

Słowami wyprowadzana wytłumaczono, czym jest socjologia kultury fizycznej i w jaki sposób się narodziła oraz objaśniono definicję kultury fizycznej i edukacji zdrowotnej. Następnie w niniejszej pracy zostały zaprezentowane twierdzenia i poglądy znanych pedagogów na temat kultury fizycznej i wychowania fizycznego, które prezentują prawidłowy rozwój człowieka wśród społeczeństwa. Dochodząc do wniosków, iż ruch fizyczny odgrywa bardzo ważną rolę z życia i rozwoju każdego człowieka.

Celem pracy jest zaprezentowanie zapewniania optymalnych warunków dla dzieci i młodzieży w procesie kształcenia i wychowania w zakresie kultury fizycznej i edukacji zdrowotnej. Przedstawione procesy uczenia się dbania o własne zdrowie i społeczeństwa, ukazują prawidłową kulturę fizyczną akceptowaną przez środowisko społeczne. Prawidłowa edukacja zdrowotna w Polsce „jak żyć zdrowo”, przez wychowanie fizyczne zapewnia zachowanie człowiekowi najważniejszych wartości w życiu. Zapewniany proces dydaktyczno-wychowawczy kultury fizycznej od najmłodszych lat, pozwala zachować równowagę życia społecznego.

Wprowadzenie

Na początku warto wytłumaczyć, czym jest socjologia kultury fizycznej. A więc jest to młoda subdyscyplina socjologiczna zajmująca nie tylko miejsce w akademiach wychowania fizycznego, ale również na uniwersytetach i uczelniach niepublicznych, na których prowadzone są zajęcia z procesu kształcenia na kierunkach wychowania fizycznego, turystyki, rehabilitacji ruchowej, sportu czy rekreacji ruchowej. To nie wszystkie kierunki, na których prowadzone są zajęcia z socjologii kultury fizycznej – występuje również na antropologii, dziennikarstwie, marketingu, kulturoznawstwie czy na pedagogice. Studenci zapoznają się więc w większym lub mniejszym stopniu,

w zależności od kierunku i zapotrzebowania – z zagadnieniami omawianej subdyscypliny. Socjologia kultury fizycznej jest nauką, która wyjaśnia i opisuje związki, które zachodzą między życiem społecznym i kulturą fizyczną. Ze względu na mnogość zagadnień socjologia kultury fizycznej wkracza na teren innych dyscyplin naukowych, takich jak: historii, antropologii, filozofii, politologii, pedagogiki, kulturoznawstwa.

Według Zbigniewa Krawczyka kulturę fizyczną rozumiemy jako względnie zintegrowany i utrwalony system zachowań w dziedzinie dbałości o rozwój fizyczny, zdrowie człowieka czy sprawność ruchową¹. Przebiegają według przyjętych w danej zbiorowości wzorów, a także rezultatów owych zachowań. Wiąże się ona z wychowaniem, higieną osobistą, jak i społeczną, pracą i wypoczynkiem oraz dążeniami do poprawy psychicznych i materialnych warunków ludzkiego bycia.

Według Macieja Demela kultura fizyczna wiąże się z postacią fizyczną i funkcjonowaniem fizycznym człowieka. Te wartości odnoszące są do budowy i postawy ciała, zdrowia, wydolności, odporności, urody i sprawności. Wychowanie fizyczne, którym się teraz zajmujemy, powinno być dostosowane do poszczególnych etapów rozwoju każdego człowieka również do płci, środowiska, w którym dziecko będzie się obracało, i do jego przyszłego zawodu.

Jak narodziła się socjologia kultury fizycznej

Krótko mówiąc, socjologia kultury fizycznej narodziła się na przełomie wieku XIX i XX. Podejmowano próby interpretacji socjologicznych. Do lat pięćdziesiątych naszego wieku rozwijała się dyskusja na temat wychowania fizycznego, sportu, rekreacji i turystyki. Podejmowane były skomplikowane zagadnienia genezy, struktury i funkcji kultury w obliczu przemian cywilizacyjnych, społeczno-ustrojowych i narodowych. Dyskusja wtedy miała bezpośredni związek z praktyką społeczną środowisk pedagogów, lekarzy, higienistów, działaczy społecznych i politycznych, dziennikarzy, popularyzatorów kultury itp. Teoretycy wychowania fizycznego w Polsce, jak np. Henryk Jordan, Eugeniusz Piasecki, Jerzy Michałowicz i Władysław Osmolski, mieli ambicje kształtowania teorii kultury fizycznej będącej nie tylko narzędziem praktycznego działania, ale mającej jednocześnie charakter względnie autonomiczny.

Kultura fizyczna i wychowanie fizyczne

Główną podstawą kultury fizycznej jest sport, turystyka, różne formy zabaw i gier ruchowych. Są to formy ruchu, z których specjaliści kształtują wzory aktywności fizycznej, pożyteczne z punktu widzenia potrzeb biologicznych, społecznych i psychicznych. Wychowaniem fizycznym nazywamy koncepcję wykorzystywania zasobów kultury fizycznej dla kształtowania intelektualnej, moralnej, emocjonalnej i fizycznej strony osobowości człowieka. M. Demel stwierdza, że:

¹ Z. Krawczyk, *Filozofia i socjologia kultury fizycznej*, Warszawa 1974.

- Wychowanie fizyczne jest celową ingerencją w spontaniczny proces rozwoju fizycznego. Nie potrafimy więc jeszcze na obecnym etapie rozwoju teorii wychowania fizycznego określić precyzyjnie, w jakim stopniu można regulować ten rozwój.
- Wychowanie fizyczne należy traktować jako produkt postępującej specjalizacji podziału ról w gronie osób zawodowo zatrudnionych w praktyce lub teorii pedagogicznej.
- Wychowanie fizyczne należy do kategorii działań pedagogicznych, jest ono systemem przekazywania młodemu pokoleniu dorobku kultury fizycznej, wdrażania do korzystania z różnorodnych instytucji tego kręgu kultury oraz uczestniczenia w sytuacjach rozrywki, wypoczynku i doskonalenia samego siebie.
- Wychowanie fizyczne łączy związki:
 - z *wychowaniem estetycznym*, tam, gdzie mówimy o pięknie budowy ciała i estetyce ruchu,
 - z *wychowaniem społeczno-moralnym*, kiedy akcentujemy dyscyplinę wewnętrzną, konsekwencję w działaniu, przestrzeganie reguł gry,
 - z *wychowaniem umysłowym*, kiedy wykorzystujemy aktywność ruchową dla poznania otaczającej nas rzeczywistości.

Podsumowując, z wyników przeprowadzonych badań naukowych wiemy, że rozwój ruchowy w sposób istotny łączy się z rozwojem mowy, orientacji w przestrzeni, równowagi, wyobrażeniami o kształtach, barwach, ciężeniu i właściwą reakcją na otaczającą nas rzeczywistość. Ruch odkrywa bardzo ważną rolę w życiu i rozwoju każdego człowieka jest głównym i ważnym czynnikiem dla organizmu. Jeśli człowiek w jakikolwiek sposób ograniczy ruch, może mieć to poważny wpływ na powstanie zaburzeń przemiany materii może również występować otyłość lub obniżenie wydolności układu krążenia itd. Wychowanie fizyczne jest formą przeciwdziałania negatywnym skutkom braku aktywności ruchowej młodzieży szkolnej.



Fot. 1. Brak aktywności ruchowej dzieci w szkole
Źródło: www.expressilustrowany.pl

Cele wychowania fizycznego

Cele i zadania kultury fizycznej należy uzależnić od charakteru i stopnia zaspokojenia określonych potrzeb, co wiąże się przede wszystkim z zagadnieniem adaptacji człowieka od zmieniających się warunków życia. Spośród potrzeb, jakie powinny być zaspokojone przez kulturę fizyczną, a przede wszystkim wychowanie fizyczne, sport i rekreację fizyczną, na szczególne podkreślenie zasługują:

- *potrzeby biologiczne*, różne formy kultury fizycznej powinny sprzyjać zachowaniu i umacnianiu więzi człowieka ze środowiskiem naturalnym oraz przyswajanie ustroju ludzkiego do zmieniającego się otoczenia i zaadaptowanie go do nowych sytuacji, z jakimi spotykać się będzie człowiek w dalekiej przyszłości. Trzeba dbać o prawidłowy rozwój fizyczny dzieci i młodzieży oraz o prawidłowy stan fizyczny i zdrowotny wszystkich obywateli kraju. Wykonując zadania z wysiłkiem fizycznym szybko i często, wymagany jest aktywny wypoczynek i napełnienie sił fizycznych organizmu. Dlatego zajęcia są prowadzone i okazywane na zajęciach wychowania fizycznego młodzieży;
- *potrzeby psychiczno-osobowościowe*, sport zaspokaja potrzebę znaczenia jednostki w grupie, potrzebę walki i współzawodnictwa, porównywania efektów działania. Ponadto sport sprzyja rozładowaniu psychicznych napięć, charakterystycznych dla współczesności oraz stwarza warunki psychicznego relaksu. Uprawiając sport człowiek czuje się lżejszy, wyłączony, niemyślący o niczym innym. Człowiek rozładowuje napięcia i jest przez to zrelaksowany i odprężony, a do tego nie ma problemów z zasypianiem;
- *potrzeby społeczne*, pośrednie i bezpośrednie przygotowanie człowieka do pracy i obrony wymaga wyrobienia sprawności fizycznej takiej jak: siła, wytrzymałość, szybkość działania itp. Cechy, które kształtują się poprzez wychowanie fizyczne i sport. Kultura fizyczna może przeciwstawić integrację

w zakresie małych grup np. koleżeńskich, środowisk lokalnych np. miasto, region, zakład pracy, narodów i państw, a także wspólnot w znaczeniu międzynarodowym. Sport wysoko wykwalifikowany odgrywa wyjątkowo dużą rolę w budowaniu prestiżu narodowego. Kultura fizyczna, a szczególnie sport i turystyka mogą wzmocnić płaszczyzny porozumienia między ludźmi w skali światowej, co wiąże się z przyjaźnią i współpracą z innymi ludźmi.

Celem kształcenia i wychowania w zakresie kultury fizycznej jest stworzenie optymalnych warunków zapewniających dzieciom i młodzieży:

- harmonijny rozwój fizyczny przez odpowiedni dobór bodźców działających na cechy somatyczne, układy: krążenia, oddychania i nerwowo;
- stosownie w procesie nauczania i uczenia się ruchu zasad higieny pracy i wypoczynku;
- wytworzenie nawyków umiejętnego korzystania z takich czynników, jak: woda, powietrze, światło, temperatura, teren itp.;
- przystosowanie organizmu do życia w środowisku zurbanizowanym i przemysłowym;
- kształtowanie psychomotoryki przez dobór odpowiednich środków rozwijających cechy motoryczne;
- nauczanie i doskonalenie różnych form aktywności ruchowej;
- eksponowanie indywidualnych możliwości upodobań, zainteresowań i umiejętności ruchowych uczniów;
- rozwój psychiki przez uwzględnienie w procesie kształcenia i wychowania fizycznego indywidualnych cech osobowości: właściwą korelację między rozwojem fizycznym, umysłowym i emocjonalnym;
- wyposażenie uczniów w niezbędny zasób wiedzy o kulturze fizycznej;
- kształtowanie charakteru i pożądaných postaw w działaniu zarówno indywidualnym, jak i zespołowym;
- integrację socjalną;
- współpracę i współdziałanie z nauczycielami, rodzicami i środowiskiem;
- kształtowanie estetyki ruchu przez rytmikę i ekspresję artystyczną, dbałość o elegancję postawy, piękno, harmonię i swobodę ruchu.

Bart Crum określił, iż celem wychowania fizycznego jest przygotowanie ucznia do samodzielnego, satysfakcjonującego, całożyciowego uczestnictwa w kulturze fizycznej. Wyróżniamy cele:

1. *Cel naczelny* (wg Strzyżewskiego) – to cel, do którego dążymy przez cały okres edukacji szkolnej. Cel o najwyższym stopniu uogólnienia. Za cel naczelny należy uważać zarówno doskonalenie ciała i funkcji psychomotorycznych wychowanka, jak również ukształtowanie u niego takiego systemu wiedzy, umiejętności i nawyków oraz postaw wobec kultury fizycznej, który w praktyce przejawiać się będzie w dążeniu i działaniu na rzecz utrzymania przez całe życie wysokiej sprawności fizycznej i zdrowia. Człowiek stanowi dla społeczeństwa najwyższą wartość jako część społeczeństwa jest wartością biologiczną i społeczną.

2. *Cele kierunkowe* – dotyczą dyspozycji osobowościowych i jest to cel, do którego dążymy przez cały okres edukacji. Jest to ukształtowanie trwałych postaw wobec wartości kultury fizycznej. Postawa wobec kult fizycznej rozumiana jako globalny cel procesu wychowania fizycznego składa się z szeregu postaw o węższym zakresie. Można powiedzieć, że tworzą one cały system postaw wobec własnego ciała, na który składają się:

- postawa;
- sprawność;
- budowa;
- higiena;
- zdrowie;
- różne form aktywności ruchowej.

Każda postawa składa się z komponentów:

- poznawczy (wiedza, doświadczenie);
- uczuciowo - motywacyjny (uczuciowy stosunek po przedmiotu działania i związanych z nim zjawisk);
- behawioralny (gotowość do przejawiania pewnych form zachowania w określonych sytuacjach).

3. *Cele instrumentalne* (kształcenia) – dotyczą wiedzy, umiejętności, zdolności motorycznej, uzdolnień ruchowych. Są to dalekosiężne cele:

- W zakresie sprawności: rozwój wszystkich zdolności motorycznych oraz sprawność władania własnym ciałem.
- W zakresie wiedzy: wiedza o organizmie ludzkim, jego potrzebach, o kształtowaniu sprawności i jej sposobach kontroli, o higienie ogólnej, żywieniu, wypoczynku.
- W zakresie umiejętności: umiejętność stosowania konwencjonalnych i niekonwencjonalnych technik działalności sportowej i rekreacyjnej.
- W zakresie inteligencji i uzdolnień: stymulowanie rozwoju inteligencji, stwarzanie sytuacji problemowych i rozwiązywanie ich przez uczniów.

4. *Cele etapowe* – cele formułowane na okres jednego roku szkolnego bądź na etap edukacyjny. Podstawa programowa:

- 1–3 (kształcenie zintegrowane);
- 4–6 (kształcenie blokowe);
- gimnazjum;
- liceum.

Nauczyciel określa roczne i etapowe cele pracy.

5. *Cele operacyjne* – cele formułowane na jedną lekcję bądź cykl lekcyjny poświęcony jednemu tematowi (cykl tematyczny). Formułowane są w zakresie:

- umiejętności;
- motoryczności;
- wiadomości;
- postaw.

Cele muszą być formułowane personalnie.



Fot. 2. Aktywności ruchowej dzieci w szkole
Źródło: www.empik.com

Czym jest edukacja zdrowotna

Istnieje wiele dowodów na to, że zdrowie jako stan psychiczny, fizyczny lub społeczny i edukacja, czyli kształcenie, wychowanie, uczenie są wzajemnie ze sobą powiązane. Lepsze zdrowie umożliwia lepszą edukację i odwrotnie. A więc edukacja (z łac. *educatio* – wychowanie, pielęgnowanie) jest to wychowanie i kształcenie osób lub grup społecznych, które uczą się przez całe życie. W piśmiennictwie istnieje wiele definicji edukacji zdrowotnej, oto parę z nich:

- wg Williamsa z 1988 r. jest to proces, w którym ludzie uczą się dbać o własne zdrowie i społeczności, w której żyją;
- wg Tonsa Greena z 2004 r. jest to każda planowana działalność, która jest ukierunkowana na uczenie się o zdrowiu i chorobie;
- wg Krawańskiego z 2003 r., jest to proces pedagogiczno-społeczny wykorzystujący metody i techniki stosowane w naukach społecznych (psychologii, socjologii, pedagogice, ekonomii itd.) w kierunku zmiany zachowań o charakterze prozdrowotnym osób i grup społecznych;
- wg Rezolucji Rady Wspólnoty Europejskiej z roku 1989 jest to proces oparty na naukowych zasadach, stwarzających posobność planowanego uczenia się zmierzający do umożliwienia jednostkom podejmowania świadomych decyzji dotyczących zdrowia i postępowania zgodnie z nimi;
- wg Gren Kreuter z 1991 r. jest to kombinacja różnorodnych doświadczeń edukacyjnych, ukierunkowanych na podejmowanie przez ludzi dobrowolnych działań sprzyjających zdrowiu;
- wg Słońskiej z 1999 r. jest to podejmowanie wysiłków na rzecz wzrostu kompetencji jednostek i grup w sferze samodzielnego działania na rzecz zdrowia, na różnych poziomach życia społecznego;
- wg Chorońskiej z 1997 r. jest to całokształt działań zamierzających do kształtowania zachowań zdrowotnych ludzi, by mogli prowadzić zdrowy tryb życia i przyczynić się do umacniania zdrowia oraz rozwijać kompetencje skutecznego wpływania na zdrowie własne i społeczności, w której żyją.

Związek między edukacją a zdrowiem jest nie do końca znany, występują zatem trzy zjawiska zaprezentowane w skrócie.

1. Pierwszym zjawiskiem jest edukacja występująca jako zasób dla zdrowia. Po wynikach z badań stwierdzono, że im wyższy poziom wykształcenia ludności, tym mniejsze wskaźniki umieralności i zachorowalności. Edukacja pomaga ludziom uzyskać wiedzę i umiejętności niezbędne do dbałości o zdrowie. Również wyższy poziom wykształcenia ułatwia pozyskiwanie innych zasobów dobrej pracy, związków społecznych, wyższych dochodów, radzenia sobie z trudnościami itp., które są ważnymi elementami zdrowia.
2. Drugim zjawiskiem jest zdrowie jako zasób dla edukacji. Zdrowie jest warunkiem rozpoczęcia przez dziecko nauki w szkole w ustalonym czasie, umożliwia dziecku systematyczne uczęszczanie do szkoły i satysfakcjonujące osiągnięcia szkolne.
3. Trzecim zjawiskiem jest natomiast czynnik na zdrowie i edukację, które są podobne. Największy wpływ mają czynniki społeczno-ekonomiczne rodziny oraz szkoła i rówieśnicy.

Edukacja zdrowotna

Termin edukacja zdrowotna stosowany w Polsce coraz częściej jest odpowiednikiem określenia na język angielski *health education* lub rzadziej używanego terminu *education for health*, któremu w języku polskim może odpowiadać określenie edukacja prozdrowotna lub edukacja o zdrowia. Edukacja z języka łacińskiego *educatio* – wychowanie, pielęgnowanie. Obejmuje działania i procesy służące wychowaniu i kształceniu się osób lub grup społecznych i może być traktowana jako proces permanentnego uczenia się człowieka przez całe życie. W książkach natomiast najbardziej używamy określenia, stwierdzenia „edukacja zdrowotna”, ponieważ jest bardziej rozbudowana od innych stwierdzeń, odnosząca się do ludzi w całym okresie życia, obejmuje różne formy uczenia się i nauczania. Dobrze uzasadnione jest to przez E. Chorońską, która uznała, że na edukację zdrowotną składają się w procesy systematyczne i zamierzone oraz kształcą i wychowując dzieci i młodzież pod kierunkiem osób dorosłych np. rodzice, wychowawcy, nauczyciele. Również składają się w procesy związane z samokierowaniem własnym – rozwojem (samokształcenie i samowychowanie). Ogół działań okazjonalnych i przypadkowych, które w sprzyjających okolicznościach mogą skłonić człowieka do refleksji i podjęcia decyzji w celu zdobycia wiedzy i umiejętności oraz wykorzystania ich na rzecz swego zdrowia.

Edukacja zdrowotna również jest procesem, w którym uczymy się dbać o zdrowie własne i społeczeństwa. Zdrowie jest istotne dla jednostki, jak i dla całego naszego społeczeństwa. Jest podstawowym warunkiem zaspokajania potrzeb człowieka oraz umożliwia realizację celów i aspiracji i rozwój osobisty. Ma to ogromny wpływ na rozwój społeczeństwa, pozwala na tworzenie dóbr materialnych i kulturalnych. Promocja zdrowia ma na celu zwiększenie wśród ludzi odpowiedzialności za swoje zdrowie i podejmowanie wysiłku poprawiając się. Edukacja zdrowotna ogólnie

mówiąc chroni zdrowie. Trzeba poszerzać wiedzę na temat zdrowia, jest to główny cel. Bardzo ważną rzeczą jest kształtowanie zdrowego stylu życia od najmłodszych lat – najważniejsze staje się ukształtowanie odpowiedniej postawy ciała, usuwanie złych nawyków i przyzwyczajzeń. Wiek przedszkolny jest bardzo ważnym etapem wyborów oraz jego stosunku do środowiska, wobec którego będzie w przyszłości podejmować decyzje.

Każdy jest odpowiedzialny za własne zdrowie, dlatego dobry stan zdrowia warunkuje prawidłowe przystosowanie się do środowiska społecznego. Założmy, że dziecko czuje się dobrze i ma dobrą odporność organizmu – umożliwi to mu systematyczne uczęszczanie do przedszkola, a także ułatwi zabawę i naukę. Edukacja szkolna czy przedszkolna umożliwi dziecku nabywanie określonych umiejętności oraz przyswajanie prawidłowych przyzwyczajzeń i nawyków higieniczno-zdrowotnych. Okres wieku przedszkolnego to ważny etap w życiu człowieka ma olbrzymi wpływ na zmiany, jakie zachodzą w indywidualnym rozwoju dziecka. Nauczyciele chcąc pracować, muszą jednak pamiętać, że podstawową formą aktywności dziecka w wieku przedszkolnym jest zabawa. Jest ona skuteczna, ponieważ porusza wyobraźnię dzieci, budzi ich uczucia i zachęca do dalszego działania.

Wysoka, jakość edukacji dla wszystkich – globalnego ruchu, którego celem jest zaspokojenie potrzeb edukacyjnych wszystkich dzieci, młodzieży i dorosłych. Oraz systemowego konieczna jest transformacja instytucjonalna w celu ułatwienia edukacji włączającej. Ogólnie rzecz biorąc, dzieci niepełnosprawne rzadziej rozpoczynają naukę w szkole i mają niższe wskaźniki pozostania i awansu w szkole. Korelacje zarówno dzieci, jak i dorosłych między niskimi wynikami edukacyjnymi a niepełnosprawnością są często silniejsze niż korelacje między niskimi wynikami edukacyjnymi a innymi cechami, takimi jak płeć, miejsce zamieszkania na wsi i niski status ekonomiczny. Respondenci niepełnosprawni w badaniu World Health Survey mają znacznie niższe wskaźniki ukończenia szkoły podstawowej i krótszy średni okres edukacji niż respondenci bez niepełnosprawności (patrz Tabela 1). We wszystkich 51 krajach objętych analizą 50,6% mężczyzn niepełnosprawnych ukończyło szkołę podstawową, w porównaniu z 61,3% mężczyzn bez niepełnosprawności. Kobiety z niepełnosprawnością zgłaszają 41,7% ukończenia szkoły podstawowej w porównaniu z 52,9% kobiet bez niepełnosprawności. Średnie lata edukacji są podobnie niższe dla osób niepełnosprawnych w porównaniu z osobami niepełnosprawnymi (mężczyźni: odpowiednio 5,96 w porównaniu z 7,03 lat; kobiety: 4,98 w porównaniu z 6,26 lat). Ponadto we wszystkich grupach wiekowych występują luki w ukończeniu edukacji i są one istotne statystycznie zarówno w podgrupach krajów o niskich, jak i o wysokich dochodach. Odnośnie do przykładów dla poszczególnych krajów, dowody wskazują, że młode osoby niepełnosprawne rzadziej są w szkole niż rówieśnicy bez niepełnosprawności. Jest to bardziej widoczne w biedniejszych krajach².

² *Raport świata o niepełnosprawności*, WHO, 2011, s. 206 - 207.

Tabela nr 1. Wyniki edukacji dla respondentów niepełnosprawnych i sprawnych

Osoby	Kraje o niskich dochodach		Kraje o wysokich dochodach		Wszystkie kraje	
	Nie wyłączone	Wyłączone	Nie wyłączone	Wyłączone	Nie wyłączone	Wyłączone
Mężczyźni						
Zakończenie szkoły podstawowej	55.6%	45.6%*	72.3%	61.7%*	61.3%	50.6%*
Średnie lata edukacji	6.43	5.63*	8.04	6.60*	7.03	5.96*
Kobiety						
Zakończenie szkoły podstawowej	42.0%	32.9%*	72.0%	59.3%*	52.9%	41.7%*
Średnie lata edukacji	5.14	4.17*	7.82	6.39*	6.26	4.98*
18 - 49						
Zakończenie szkoły podstawowej	60.3%	47.8%*	83.1%	69.0%*	67.4%	53.3%*
Średnie lata edukacji	7.05	5.67*	9.37	7.59*	7.86	6.23*
50 - 59						
Zakończenie szkoły podstawowej	44.3%	30.8%*	68.1%	52.0%*	52.7%	37.6%
Średnie lata edukacji	5.53	4.22*	7.79	5.96*	6.46	4.91*
60 i więcej						
Zakończenie szkoły podstawowej	30.7%	21.2%*	53.6%	46.5%*	40.6%	32.3%*
Średnie lata edukacji	3.76	3.21	5.36	4.60*	4.58	3.89*

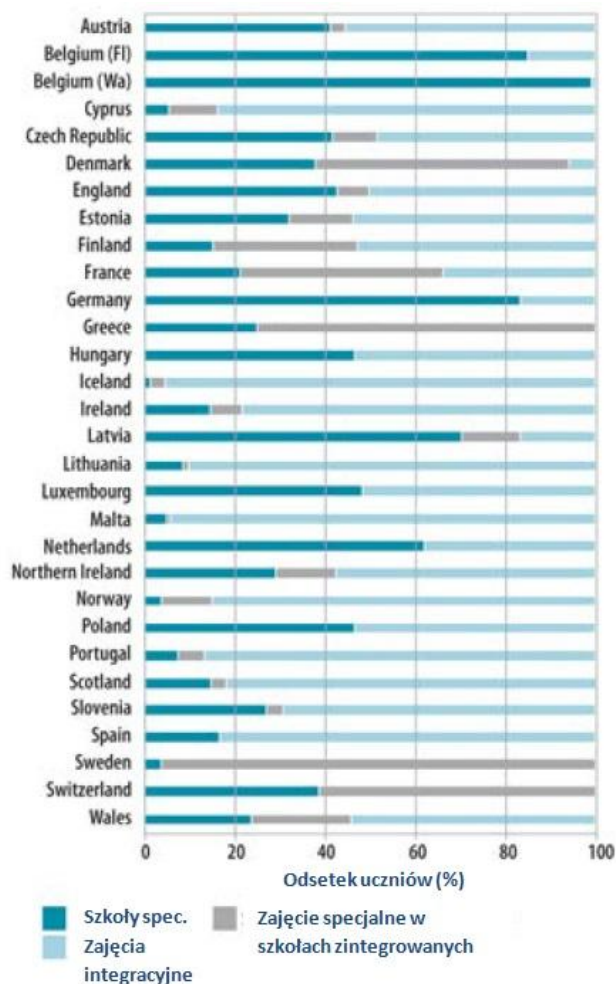
Uwaga: Szacunki są ważone przy użyciu wag WHS po stratyfikacji, jeśli są dostępne (w przeciwnym razie są to wagi prawdopodobieństwa) i standaryzowanych według wieku.

* Tekst sugeruje istotną różnicę w porównaniu z „Nie wyłączone” przy 5%.

Źródło: Raport świata o niepełnosprawności, WHO, 2011, s. 207

Tak więc, pomimo poprawy w ostatnich dekadach, niepełnosprawne dzieci i młodzież rzadziej rozpoczynają naukę lub uczęszczają do niej niż inne dzieci. Mają także niższe wskaźniki przejścia na wyższe poziomy edukacji. Brak edukacji we wczesnym wieku ma znaczący wpływ na ubóstwo w wieku dorosłym.

Na całym świecie istnieją różne podejścia do edukacji osób niepełnosprawnych. Przyjęte modele obejmują szkoły specjalne i instytucje, szkoły zintegrowane i szkoły integracyjne. W krajach europejskich 2,3% uczniów szkół obowiązkowych kształci się w oddzielnych placówkach – szkołach specjalnych lub osobnych klasach w szkołach ogólnodostępnych (wyk. 1).



Wyk. 1. Realizacja edukacji według modelu dla wybranych krajów Europejskich
 Źródło: Raport świata o niepełnosprawności, WHO, 2011, s. 211

Dane dotyczą uczniów, którzy zostali oficjalnie zidentyfikowani jako posiadający niepełnosprawność. Jednak wielu innych uczniów może otrzymać wsparcie na specjalne potrzeby edukacyjne, ale nie są oni uwzględniani w statystyce. Jedyne porównywalne dane to odsetek uczniów, którzy kształcą się w oddzielnych placówkach. Europejska Agencja Rozwoju Edukacji Uczniów ze Specjalnymi Potrzebami ma operacyjną definicję segregacji: „edukacja, w której uczeń o specjalnych potrzebach kształci się w oddzielnych klasach specjalnych lub szkołach specjalnych przez większą część (80% lub więcej) dnia szkolnego”, które większość krajów zgadza się na gromadzenie danych i które z nich korzysta. Finlandia: dane nie obejmują 126 288 uczniów z niewielkimi trudnościami w nauce (np. dysleksja), którzy otrzymują edukację specjalną w niepełnym wymiarze godzin w szkołach ogólnodostępnych. Irlandia: brak danych dotyczących uczniów z SPE w szkołach średnich drugiego wieku. Niemcy i Holandia: brak danych nt. liczby uczniów w klasach specjalnych w szkołach ogólnodostępnych.

Węgry, Luksemburg i Hiszpania: „szkoły specjalne” obejmują klasy specjalne w szkołach ogólnodostępnych. Polska: klasy specjalne w szkołach głównego nurtu nie istnieją. Szwecja, Szwajcaria: dane wskazują, że uczniowie kształcą się w wydzielonych placówkach, jednak dane nie są gromadzone na temat tych, którzy otrzymują wsparcie w placówkach integracyjnych.

W krajach rozwijających się dopiero zaczyna się edukacja w kierunku szkół integracyjnych. Włączanie dzieci niepełnosprawnych w zwykłych szkołach – szkołach integracyjnych – jest powszechnie uważane za pożądane z punktu widzenia równości i praw człowieka. Organizacja Narodów Zjednoczonych do spraw Oświaty, Nauki i Kultury (UNESCO) przedstawiła następujące powody opracowania bardziej zintegrowanego systemu edukacji. Wymóg, aby szkoły integracyjne wspólnie uczyły wszystkie dzieci, oznacza, że szkoły muszą opracować metody nauczania odpowiadające indywidualnym różnicom, z korzyścią dla wszystkich uczniów. Szkoły integracyjne mogą zmienić podejście do tych, którzy są w jakiś sposób „inni”, poprzez wspólną edukację. Pomoże to w stworzeniu sprawiedliwego społeczeństwa bez dyskryminacji. Założenie i utrzymywanie szkół, które wspólnie kształcą wszystkie dzieci, będzie prawdopodobnie mniej kosztowne niż utworzenie złożonego systemu różnych typów szkół specjalizujących się w różnych grupach dzieci.

Edukacja integracyjna ma na celu umożliwienie szkołom służenia wszystkim dzieciom w ich społecznościach. W praktyce jednak trudno jest zapewnić pełne włączenie wszystkich dzieci niepełnosprawnych, mimo że jest to ostateczny cel. Kraje różnią się znacznie pod względem liczby dzieci niepełnosprawnych, które kształcą się w placówkach ogólnodostępnych lub segregowanych, a żaden kraj nie ma systemu w pełni włączającego. Ważne jest elastyczne podejście do umieszczania: na przykład w Stanach Zjednoczonych system ma na celu umieszczenie dzieci w najbardziej zintegrowanym możliwym otoczeniu, zapewniając jednocześnie bardziej wyspecjalizowane umieszczenie tam, gdzie jest to konieczne. Potrzeby edukacyjne należy oceniać pod kątem tego, co jest najlepsze dla jednostki oraz dostępnych zasobów finansowych i ludzkich w kontekście kraju. Niektórzy zwolennicy niepełnosprawności twierdzą, że powinna to być kwestia indywidualna wybór, czy główny nurt, czy segregowane układy odpowiadają potrzebom dziecka³.

Zakończenie

Socjologia kultury fizycznej łączy się z edukacją zdrowotną. Już w dawnych czasach sprawność fizyczna człowieka miała ogromne znaczenie w życiu. Człowiek musi być silny, zdrowy, sprawny, czyli odporny na choroby i zmienny klimat oraz czujny i orientujący się w terenie. Dlatego sprawność fizyczna jest ważna. Z kolei edukacja zdrowotna jest to całościowym procesem uczenia się ludzi, jak mają żyć, aby zachować i doskonalić zdrowie własne i innych ludzi. Także osobom w przypadkach wystąpienia nagłej choroby lub różnego rodzaju niepełnosprawności, aby uczestniczyli w jej leczeniu nie poddawali się i radzili sobie z trudnościami,

³ *Raport świata o niepełnosprawności*, WHO, 2011, s. 210–211.

zmniejszając jej negatywne skutki. Zdrowie jest jedną z najważniejszych wartości w życiu każdego człowieka. Odgrywa istotną rolę w procesie dydaktyczno-wychowawczym. Zachwianie tej równowagi jest przyczyną złego samopoczucia, chorób, które zakłócają prawidłowy przebieg edukacji. Z kolei wychowanie fizyczne jest przedmiotem wiodącym w edukacji zdrowotnej, kształtującym już w szkole nawyk systematycznej troski o zdrowie i decydującym o czynnym uczestnictwie w szeroko rozumianej kulturze fizycznej.

Edukacja zdrowotna w wychowaniu fizycznym wiąże się z następującymi potrzebami:

- fizycznej aktywności jako warunku zdrowia,
- równowagi w odżywianiu,
- aktywnej postawy i współżycia międzyludzkiego,
- wychowania do bezpieczeństwa,
- higieny osobistej.

Podsumowując uczniowie korzystający z aktywności fizycznej stanowią podstawę zdrowego stylu życia i bardziej dbają o swoje zdrowie. Wprowadzenie treści edukacji zdrowotnej do wychowania fizycznego pozwala na zapoznanie uczniów z tematyką zdrowia, począwszy od I etapu szkolnej edukacji, kiedy uczeń intensywnie ćwiczy wzmacnia się jego zdrowie, rozwój i sprawność fizyczna. Natomiast na II etapie edukacji szkolnej, treści zdrowotne umieszczono w blokach tematycznych, takich jak trening lub wypoczynek. Wychowanie fizyczne w klasach IV–VI, połączone z edukacją zdrowotną, ma na celu: doskonalenie i wzmacnianie zdrowia fizycznego w różnych formach aktywności ruchowej, dostosowanej do indywidualnych predyspozycji, przygotowanie do sportów całego życia i wypoczynku. Treści nauczania na III etapie edukacji, tj. w gimnazjum i na IV etapie, czyli w szkole ponadgimnazjalnej, są bardziej rozszerzone.

Piśmiennictwo

Publikacje

1. Krawczyk Z., *Filozofia i socjologia kultury fizycznej*, Warszawa 1974.
2. Woynarowska B., *Edukacja Zdrowotna*, Warszawa 2007.
3. Liedke A., Właźnik K., *Kultura fizyczna w klasach 1–3*, Warszawa 1983.
4. *Raport świata o niepełnosprawności*, WHO, 2011, s. 206–207, s. 210–211.
5. Śliwerski B., *Edukacja*, [w:] Pilch T. (red.), *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, Tom 1, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2004.
6. Woynarowska B., *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole*, Warszawa 2012.

Źródła internetowe

1. www.empik.com.
2. www.expressilustrowany.pl.

2.4. Organizacje pozarządowe w systemie zarządzania kryzysowego na przykładzie 100-letniej działalności Polskiego Czerwonego Krzyża

Jadwiga Zwara¹, Dariusz Skalski², Radosław Zwara², Dawid Czarnecki²,
Zdzisława Kalisz³

¹ Oddział Rejonowy Polskiego Czerwonego Krzyża w Kościerzynie

² Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku

Wydział Wychowania Fizycznego - Zakład Sportów Wodnych

³ Bydgoska Szkoła Wyższa w Bydgoszczy

Liczba znaków: 72 801 (ze streszczeniami).

Liczba zdjęć: 3 x 1 000 znaków (ryczałt) = 3 000 znaków.

łącznie: Liczba znaków: 75 801 (ze streszczeniami) = **1,895** publikacji arkuszy wydawniczych.

Słowa kluczowe: Czerwony Krzyż, bezpieczeństwo, zdrowie, humanitaryzm

Streszczenie

Podrozdział ten dotyczy Polskiego Czerwonego Krzyża jako organizacji społecznej, która przez 100-letnie funkcjonowanie zapisała się znacząco dla systemów bezpieczeństwa i zarządzania kryzysowego. Zarazem, gdy Rzeczpospolita Polska znajdowała się w stanie pokoju, jak i w stanach nadzwyczajnych, organizacja o ogólnoświatowym wymiarze, jaką jest działalność czerwonokrzyżska, zapewniała humanitarne wsparcie potrzebującemu społeczeństwu. Przedstawiony rys historyczny działalności czerwonokrzyżskiej w Polsce ma za zadanie przedstawić, jaką rolę odgrywa Polski Czerwony Krzyż w zakresie zarządzania kryzysowego.

Wprowadzenie

Polskie Towarzystwo Czerwonego Krzyża, opracowując program swej działalności uznało za jeden z najważniejszych punktów swych działań organizowanie pomocy sanitarnej dla tworzącego się wojska polskiego, otaczanie opieką żołnierzy i ich rodzin, repatriantów i wszystkich ofiar wojny – zyskując sobie od razu ogromną sympatię w społeczeństwie i poparcie ze strony władz państwowych.

Ogromne zniszczenia w Polsce spowodowane działaniami I wojny światowej wymagały podjęcia ogromnej akcji międzynarodowej pomocy na rzecz ofiar tej wojny – rannych i chorych żołnierzy, jeńców wojennych, uchodźców, inwalidów, kalek, wdów i sierot po poległych. Milionom ludzi zagrażał głód. W tysiącach zrujnowanych miastach i zniszczonych wsiach szerzyły się epidemie chorób zakaźnych. Nie było więc żadnych warunków, aby zorganizować akcję leczniczą czy profilaktyczną.

Pomimo odzyskania przez Polskę niepodległości jej granice nie były ostatecznie ukształtowane i Polskie Towarzystwo Czerwonego Krzyża posiadało tylko swoje

Okręgowe Oddziały na terenach Śląska, Galicji i Wielkiego Księstwa Poznańskiego – w miarę stabilizacji sytuacji powoływano nowe Okręgi.

Przed dopiero co powołanym Polskim Towarzystwem Czerwonego Krzyża skupiającym pod swoim sztandarem co najmniej dziesięć różnych stowarzyszeń (o różnym stopniu przygotowania do działania podczas wojny i z różnych zaborów) zaraz na starcie zaczęły się piętrzyć ogromne trudności, rozpoczął się okres pełen zmagañ z otaczającą rzeczywistością.

Mimo tych trudności nowe stowarzyszenie bardzo szybko się organizowało, o czym świadczy fakt, że do 1 stycznia 1921 roku powołano 305 sekcji lokalnych. Przyjęto szeroko ujęty program działalności, w którym podano strategię na najbliższe lata. Przewidywała ona szerokie programy:

- pomocy dla inwalidów wojennych,
- walki z chorobami zakaźnymi,
- ochrony matki i dziecka,
- szkolenia personelu sanitarnego,
- tworzenie posterunków sanitarnych.

Polskie Towarzystwo Czerwonego Krzyża dysponowało bardzo ograniczonymi środkami, lecz mimo to może ono poszczycić się znacznymi osiągnięciami w początkowym swej okresie działalności. Przy ogromnej ofiarności społeczeństwa polskiego i stowarzyszeń czerwonokrzyżskich z innych krajów śpieszono z szerokim zakresem pomocy humanitarnej. Ważnym zadaniem było współdziałanie w powstrzymaniu nasilających się epidemii tyfusu plamistego, cholery i innych ostrych chorób zakaźnych zalewających Polskę, a jednocześnie będących śmiertelnym zagrożeniem dla Europy¹. W związku z taką sytuacją organizowano szpitale dla wojska, pociągi sanitarne², kolumny dezynfekcyjne, przychodnie, zakłady dla ozdrowieńców i wiele stacji żywnościowych wzdłuż granicy polsko-sowieckiej.

Najtrudniejszym działaniem podejmowanym przez Polskie Towarzystwo Czerwonego Krzyża było udzielanie wszelkiego rodzaju pomocy w wojnie polsko-bolszewickiej 1919–1921, która „nie tylko dotknęła obrońców ojczyzny, ale i ludność cywilną, a szczególnie emigrantów, uchodźców z terenów przesuwanego się frontu”³. Ponadto cały ciężar pomocy na rzecz walczącej armii polskiej oraz ludności cywilnej ponosiła ludność ze środkowej i zachodniej Polski⁴. Tak więc wojna polsko-bolszewicka i jej skutki wykazały, jak wiele mądrości było w decyzjach działaczy stowarzyszeń i towarzystw humanitarnych organizujących już od 1912 r. różnego rodzaju kursy z zakresu wiedzy sanitarno-medycznej, często w formie tajnej lub półtajnej⁵.

¹ Z. Abramek, *Powstanie i działalność Polskiego Czerwonego Krzyża 1912–1951*, Wyd. I, Polski Czerwony Krzyż – Zarząd Okręgowy, Warszawa 2001, s. 95.

² *Ibidem*, s. 94.

³ *Ibidem*, s. 91.

⁴ *Ibidem*, s. 92.

⁵ *Ibidem*, s. 91.

Pisząc o różnorodnej działalności, nie sposób pominąć działalności Biura Informacyjnego, które nawiązało współpracę z Międzynarodowym Komitetem Czerwonego Krzyża w Genewie i stowarzyszeniami narodowymi Czerwonego Krzyża. Chociaż „Smarytanin Polski” wcześniej prowadził usługi informacyjne, jednak dopiero od stycznia 1919 roku rozpoczął się okres wzmożonej pracy Biura Informacyjnego, kiedy zaczęto ono otrzymywać listy osobowych strat wojennych⁶. I tak Biuro Informacyjne prowadziło korespondencję w sprawie jeńców i ludności cywilnej rozproszonej w wyniku działań wojennych oraz zaginionych żołnierzy. Prowadziło także rejestry zabitych, zmarłych i zaginionych Polaków walczących w armiach zaborców.

Znaczącą rolę Polskie Towarzystwo Czerwonego Krzyża odegrało też podczas trzech powstań śląskich, niosąc pomoc zarówno samym powstańcom, jak i ich rodzinom.

Ponadto Polskie Towarzystwo Czerwonego Krzyża pomagało repatriantom z Rosji, a nawet pomimo wielkiej biedy w kraju włączyło się do międzynarodowej akcji pomocy ofiarom trzęsienia ziemi w Japonii w 1923 roku. Brało też czynny udział w akcjach pomocy... w Chile, Albanii, Turcji, nawet jeszcze w ostatnich miesiącach przed wybuchem wojny⁷.

W miarę stabilizacji życia w kraju Polskie Towarzystwo Czerwonego Krzyża ustaliło nowy program działania, dostosowany do bieżących potrzeb społeczeństwa. Powołało ono do życia w 1921 roku sekcję młodzieżową, która dała początek kołom młodzieży PTCK. Rozpoczęto też wydawanie specjalnego pisma dla młodzieży. W 1922 roku organizowano zakłady lecznictwa zamkniętego i otwartego dla ludności cywilnej. Duże znaczenie dla rozwoju Polskiego Towarzystwa Czerwonego Krzyża miało rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 1 września 1927 roku, które dokonało zmiany nazwy z Polskiego Towarzystwa CK na Polski Czerwony Krzyż⁸, a ówczesny Prezydent Rzeczypospolitej Ignacy Mościcki przyjął patronat nad PCK. Ustalono również, że w razie wojny organizacja będzie podporządkowana ministrowi spraw wojskowych. Także w dniu 1 września 1927 roku zagwarantowano ochronę prawną równoramiennego (o pięciu kwadratach) znaku i nazwę Czerwonego Krzyża⁹.

Zmiana ta wymagała opracowania nowego statutu stowarzyszenia. Zatwierdzono go w 1928 roku. Nowym tego statutu była możliwość tworzenia specjalnych organizacji w łonie Stowarzyszenia, jak np. Korpusu Sióstr PCK, Koła Młodzieży PCK itp.¹⁰. Statut ten określał szczegółowe zadania organizacji czerwonokrzyńskiej zarówno w czasie pokoju, jak i wojny. Nakładał na Polski Czerwony Krzyż obowiązek szkolenia i organizowania drużyn ratowniczo-sanitarnych oraz zaopatrywanie ich w środki lecznicze i ratownicze, jak również ochronę zdrowia społeczeństwa i pracę wśród młodzieży.

⁶ Ibidem, s. 91.

⁷ S. Uhma, R. Bliźniewski, *Polski Czerwony Krzyż 1919–1959*, Wyd. I, PZWL Warszawa 1959, s. 31.

⁸ B. Ratyńska, *Pół wieku w służbie narodu i idei*, Wyd. I, PZWL, Warszawa 1974, s. 41.

⁹ Z. Abramek, *op. cit.*, s. 111.

¹⁰ Ibidem, s. 112.

Na uwagę zasługuje znaczące wydarzenie będące przełomem w życiu organizacyjnym PCK. *W dniu 30 listopada 1936 r. Polski Czerwony Krzyż otrzymał przywilej stowarzyszenia wyższej użyteczności publicznej*¹¹. W związku z tym przywilejem zmianie musiał ulec dotychczasowy statut, który zastąpiono nowym już następnego dnia, czyli 1 grudnia 1936 r. Potwierdzał on przede wszystkim przywilej stowarzyszenia wyższej użyteczności publicznej. Ustanowiono nim nową strukturę organizacyjną w postaci okręgów odpowiadających terytorium województwa, oddziałów – powiatu i kół stanowiących podstawową jednostkę organizacyjną oddziałów.

Zgodnie z tym statutem działalność Polskiego Czerwonego Krzyża koncentrowała się na szeroko pojętej pomocy dla ludności cywilnej podczas epidemii i klęsk żywiołowych w czasie pokoju, i na przygotowaniach na wypadek przyszłej wojny¹².

Otrzymaany przywilej stowarzyszenia wyższej użyteczności publicznej przyczynił się do nadania Polskiemu Czerwonemu Krzyżowi uprawnień mających na celu stworzenie trwałej podstawy finansowej dla jego działalności, gdyż określono formy i sposoby zasilenia funduszy stowarzyszenia. Między innymi uwzględniono możliwość pobierania opłat od zabaw i widowisk oraz prowadzenia działalności gospodarczej¹³. Zatem realizacja zadań wytyczonych w nowym statucie powodowała stopniowe przeobrażanie Stowarzyszenia z instytucji dobroczynno-humanitarnej w instytucję społeczno-humanitarną¹⁴.

Ów statut i wisząca groźba II wojny światowej spowodowały, że władze państwowe, cywilne i wojskowe, pomne zasług w tworzeniu w minionych latach zrębów niepodległości Polski przyznały nie tylko przywileje i możliwości uzyskania środków finansowych, ale również podkreśliły w ramach humanitarnych konwencji genewskich znaczenie i rolę Polskiego Czerwonego Krzyża na przyszłość¹⁵.

Polski Czerwony Krzyż rozszerzał swoją działalność programową i organizacyjną. Szczególny nacisk kładziono przede wszystkim na szkolenia sanitarne, zakładanie drużyn ratowniczych, gromadzenie sprzętu szpitalnego, materiałów sanitarno-medycznych, przygotowanie środków transportowych jak też na tworzenie zapasów żywności i leków. Jednocześnie organizacja trwała na stanowisku pomagania najbardziej potrzebującym, zapobiegając ludzkim tragediom oraz łagodząc ich następstwa, czyli prowadziła działalność opiekuńczo - sanitarną nad każdym, kto pomocy potrzebował.

Priorytetowym elementem w działalności Polskiego Czerwonego Krzyża było wykształcenie jak największej rzeszy kadry pielęgniarskiej, jak również armii sanitariuszek o różnym stopniu przygotowania ogólnego czy specjalistycznego.

¹¹ B. Ratyńska, *op. cit.*, s. 112.

¹² Z. Abramek, *op. cit.*, s. 115.

¹³ *Ibidem*, s. 113.

¹⁴ B. Ratyńska, *op. cit.*, s. 42.

¹⁵ Z. Abramek, *op. cit.*, s. 115.

Pielęgniarki zawodowe kształcono w szkołach; w Poznaniu od 1921 r. w Katowicach od 1927 i w Warszawie od 1929 roku. Niestety szkołę w Katowicach wkrótce zamknięto z powodu braku personelu pedagogicznego i braku chętnych kandydatek.

Absolwentki tychże szkół przyjmowane były w poczet sióstr pogotowia sanitarnego w ramach Korpusu Sióstr PCK i otrzymywały jednocześnie numerowaną kartę ewidencyjną oraz kartę mobilizacyjną, zatwierdzoną przez Szefa Sanitarnego danego okręgu PCK, z ważnością aż do odwołania. Karta zobowiązywała z chwilą ogłoszenia mobilizacji do stawienia się w miejscu na niej wskazanym. Ta forma organizacyjna zdała egzamin podczas wojny obronnej 1939 r.¹⁶

Wielkiej wagi wydarzeniem było rozpoczęcie przez Polski Czerwony Krzyż w 1935 r. planowej i zorganizowanej działalności na rzecz krwiodawstwa i powołanie w Warszawie przy szpitalu PCK pierwszego w Polsce Instytutu Przetaczania i Konserwacji Krwi. Ważnym zadaniem jego było gromadzenie krwi dla potrzeb wojska, potrzebnej w warunkach polowych w celu ratowania życia rannych żołnierzy. Przy Instytucie działały także Ośrodki: Krwiodawców Zawodowych i Honorowych Dawców Krwi. W Łodzi powołano Centralną Stację Wypadkową z Ośrodkiem Przetaczania Krwi w dniu 1 października 1936 roku¹⁷.

W związku z rozwojem motoryzacji w kraju Polskie Towarzystwo Czerwonego Krzyża organizowało również ratownictwo drogowe, ponadto tworzyło ratownicze posterunki drogowe zapewniające pierwszą pomoc w razie wypadku, a także w oddziałach nadmorskich organizowano pogotowia dla ratowania tonących.

Rozporządzeniem Rady Ministrów z datą 29 stycznia 1937 roku o przygotowaniu w czasie pokoju obrony przeciwlotniczej i przeciwgazowej Państwa¹⁸ wprowadzono przymusowe organizowanie, szkolenie i zaopatrzenie drużyn ratowniczo-sanitarnych i leczniczych przez Polski Czerwony Krzyż. Rozporządzenie to również powołało Polski Czerwony Krzyż do współpracy w tym zakresie z władzami państwa.

Organizacja czerwonokrzyska w roku 1939 liczyła około 850 tys. członków (400 tys. dorosłych i 450 tys. młodzieży) i cieszyła się dużym zaufaniem społeczeństwa. Dysponowała pokaźną rzeszą przeszkolonych pielęgniarek i ratowników, dużym majątkiem, sprzętem technicznym, dużymi zapasami materiałów sanitarnych. Także prowadziła 1300 placówek służących ochronie zdrowia i opiece społecznej.

W związku z coraz bardziej napiętą sytuacją międzynarodową odbywały się nawet szkolenia pod hasłem „Każda kobieta w każdej rodzinie musi przejść przeszkolenie, aby w razie niebezpieczeństwa być gotową do walki z nieprzyjacielem”¹⁹.

¹⁶ Ibidem, s. 118.

¹⁷ Z. Krawczyński, J. Hołyński, *40 lat Honorowego Krwiodawstwa PCK w Polsce, Działalność Polskiego Czerwonego Krzyża Okręgu Łódzkiego w zakresie rozwoju krwiodawstwa i krwiolecznictwa w latach 1936–1950*, [w:] Dar Krwi nr 12, I KW, Biuletyn Krajowej Rady Honorowego Krwiodawstwa PCK, 1997, s. 22.

¹⁸ B. Ratyńska, *op. cit.*, s. 56.

¹⁹ Z. Abramek, *op. cit.*, s. 118.

Polski Czerwony Krzyż w miarę swoich możliwości służył pomocą materialną dla wojska. Od maja 1938 r. ZG PCK przydzielił władzom wojskowym, samochodowe kolumny sanitarne i dezynfekcyjne w liczbie 200 pojazdów mechanicznych wartości 7 mln złotych. W 1939 r. władze PCK przekazały wiceministrowi spraw wojskowych i szefowi administracji, gen. Aleksandrowi Litwinowiczowi, 7 samolotów sanitarnych²⁰.

W celu uzyskania pomocy finansowej od Polonii Amerykańskiej w Stanach Zjednoczonych na zakup dodatkowego sprzętu udał się tam prezes Zarządu Głównego PCK gen. A. Osiński i sekretarz generalny A. Paszkowska. Wybuch wojny jednakże spowodował, że delegacja ta nie powróciła do kraju.

Z chwilą wybuchu wojny 1939 roku Polski Czerwony Krzyż oddał do dyspozycji wojska szpitale, sprzęt medyczny, punkty sanitarne, wszystkie siły: personel medyczny i wszystkie osoby szkolone na wypadek wojny, a także dziesiątki tysięcy wolontariuszy. Wszystkie pielęgniarki do swoich miejsc przeznaczenia zgłosiły się z kartami mobilizacyjnymi. Pomocy zgodnie z postanowieniami konwencji genewskich udzielano głównie ludności cywilnej i jeńcom wojennym. Niosło ją około 50 tys. osób.

Zgodnie z przyjętymi w kwietniu 1939 r. założeniami władz wojskowych przedstawiciele Zarządu Głównego: wiceprezes W. Kozłowski, przewodnicząca Korpusu Sióstr PCK M. Tarnowska i dyrektor biura ZG PCK W. Gorczycki wraz z przedstawicielami Rządu Polskiego przenieśli się do Lublina. W wyniku zaistniałej sytuacji na pełniącego obowiązki prezesa Zarządu Głównego pozostałego w Warszawie wybrany został W. Lachert.

Przy utworzonym nowym Rządzie Polskim na Emigracji we Francji na prośbę gen. A. Osińskiego oraz A. Paszkowskiej i dzięki przychylności MKCK i Centralnego Komitetu Francuskiego Czerwonego Krzyża w oparciu o decyzję Ministra Spraw Wojskowych gen. Władysława Sikorskiego, utworzono w dniu 7 listopada 1939 r. ZG PCK²¹ jednocześnie rozszerzając jego działalność na obszar państw sprzymierzonych. Powołano też w tym samym czasie Biuro Poszukiwań i Informacji.

W związku ze zbliżającą się kapitulacją Francji Polski Czerwony Krzyż, dzieląc los rządu emigracyjnego i części wojska polskiego, przeniósł się do Londynu, gdzie wznowiona została działalność 13 sierpnia 1940 roku.

Po zakończeniu kampanii wrześniowej 1939 r. i po kapitulacji stolicy powrócili w październiku z Wołynia do Warszawy wyżej wymienieni przedstawiciele Zarządu Głównego. Po dokonanych wyborze nowych władz prezesem wybrano W. Lacherta, natomiast wiceprezesem i jednocześnie delegatem do Krakowa została M. Tarnowska.

W czasie kampanii wrześniowej, w atmosferze chaosu Polski Czerwony Krzyż rozpoczął intensywną działalność. Naczelnymi zadaniami w tamtych dniach były: pomoc rannym i chorym żołnierzom, ofiarom nalotów niemieckich – przede wszystkim ludności cywilnej, ludności ewakuowanej, jeńcom wojennym oraz uciekinierom z terenów zajętych przez wojska niemieckie. Mimo ogromnych

²⁰ Ibidem, s. 120.

²¹ Ibidem, s. 154.

utrudnień spowodowanych nieprzewidywalnym tokiem działań wojennych, dzięki ofiarności całego społeczeństwa, zorganizował około 180 szpitali, wiele punktów sanitarnych, schronisk i domów noclegowych, w których opiekę obejmował personel PCK, zasilany przez wolontariuszy, rekrutujących się z przeszkolonej w kołach młodzieży PCK. Ponadto Polski Czerwony Krzyż zorganizował i prowadził setki punktów sanitarno-odżywczych, wiele kuchni polowych i stołówek, a nawet zaopatrywał potrzebujących w odzież i bieliznę.

Sekcja Informacyjno-Wywiadowcza Zarządu Głównego PCK rozpoczęła swoją pracę od nawiązania natychmiast bezpośrednich kontaktów z władzami wojskowymi i szpitalami już w pierwszych godzinach wojny, zanim jeszcze został wydany rozkaz organizacyjny szefa Służby Zdrowia w myśl instrukcji San. 7/1938²².

Rozpieczętowano przygotowane karty w pięciu kolorach: żółte były przeznaczone do rejestrowania rannych i chorych w szpitalach; pomarańczowe – poległych i zmarłych; różowe, tzw. jenieckie – do rejestrowania jeńców; niebieskie – do rejestrowania zgłoszonych poszukiwań, a białe dla osób wysiedlonych i uchodźców²³.

Natomiast zgodnie z rozkazem szefa Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wojskowych z dnia 4 września 1939 r. działającego na zasadach konwencji genewskich Sekcję Informacyjną Zarządu Głównego PCK przekształcono w Biuro Informacyjne PCK i skoordynowano jego działalność z Międzynarodowym Komitetem Czerwonego Krzyża, co dało podstawę prawną do gromadzenia materiałów o ludziach i stratach wojennych. Zatem biuro, gdzie spisują polskie krzywdy²⁴ pracowało od wybuchu wojny prowadząc specjalne kartoteki, które później wykorzystano w ramach poszukiwań zaginionych²⁵. Każdy pochówek był także skrupulatnie odnotowywany. Biuro Informacyjne zbierało i gromadziło materiały dotyczące poległych, rannych, jeńców, materiały w celu ustalenia ilościowych strat w ludności cywilnej jak również i wojskowej. Ponadto zbierało ogłoszenia o osobach poszukiwanych. Służyło pomocą jeńcom w nawiązywaniu kontaktów z rodzinami i w przesyłaniu paczek do obozów. Jednym z głównych zadań BINF²⁶ były starania, aby władze niemieckie przestrzegały w stosunku do jeńców przepisów Konwencji Genewskiej z 1929 roku²⁷.

W dniu 4 września przybyła już do Warszawy pierwsza wielka fala uciekinierów z województw: łódzkiego, pomorskiego i poznańskiego jak również pierwsze transporty rannych. Od tego dnia nie istnieją już dla Biura godziny urzędowania, ponieważ pracowało się tam prawie na okrągło. Natomiast od 6 września 1939 roku

²² R. Strzeszewska, *Karty w pięciu kolorach*, Wyd. I, PZWL Warszawa 1974, s. 28.

²³ Ibidem, s. 27.

²⁴ Ibidem, s. 15.

²⁵ Z. Abramek, *op. cit.*, s. 147.

²⁶ „B. Inf.” = Biuro Informacyjne.

²⁷ R. Strzeszewska, *op. cit.*, s. 29.

aż do dnia kapitulacji Warszawy jego kierowniczką Maria Bortnowska nie opuszczała miejsca pracy²⁸.

Więźniami w obozach koncentracyjnych i więzieniach Polski Czerwony Krzyż opiekował się poprzez osobną instytucję – Patronat Opieki nad Więźniami, który otrzymał od okupanta niemieckiego, co prawda ograniczoną zgodę na działalność tylko do niesienia pomocy materialnej. Do obozów koncentracyjnych wysyłano zatem żywność i – nielegalnie – lekarstwa.

Sytuacja podczas wojny polsko-radzieckiej była podobna lub nawet jeszcze gorsza, gdyż samoloty sowieckie bombardowały skupiska polskiej ludności cywilnej i ostrzeliwały punkty sanitarne PCK. W Tarnopolu w dniu 17 września celowo zbombardowane zostały kolumny sanitarne PCK²⁹. Ponadto agresor radziecki pozbawiał rannych i chorych w szpitalach np. w Stanisławowie i Zamościu opieki medycznej poprzez zwolnienie z pracy całego personelu, w tym także i członków Polskiego Czerwonego Krzyża.

W innym przypadku po zorganizowanym oporze i krwawych walkach, część wojska polskiego, policji, Korpusu Ochrony Pogranicza oraz ludności cywilnej przechodziła szosą zaleszczycką na stronę rumuńską. Dla tej grupy uchodźców, na kilka kilometrów przed granicą, wolontariusze i pracownicy PCK przygotowali liczne punkty sanitarne, kuchnie polowe itp., a także wymieniali mundury na odzież cywilną. Pomoc tę świadczyli do momentu zajęcia przez wojska radzieckie terenów przygranicznych.

Placówki PCK zostały zniszczone czołgami radzieckimi. Wobec personelu medycznego stosowano areszt i wywożono w niewiadome miejsce³⁰.

Jaką liczbę osób – członków Polskiego Czerwonego Krzyża – zamordowano, a ilu wywieziono w głąb Związku Radzieckiego – nie wiadomo. Zdzisław Abramek pisze, że w sumie w różnym okresie wywieziono na nędzę, ponieważ i na śmierć ok. 1,43 mln ludzi³¹, jak również, że pielęgniarki i sanitariuszki PCK wywiezione do łagrów w głąb ZSRR zgłaszając się do Pomocniczej Wojskowej Służby Kobiet w organizowanej w ZSRR Armii Polskiej pod rozkazami gen. Władysława Andersa, przychodziły zagłodzone, obdarte i wycieńczone, na pograniczu życia i śmierci. Było ich tak dużo, że gen. Anders zmuszony był utworzyć specjalne plutony sanitarne³².

Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża apelem wezwał już w październiku 1939 r. wszystkie stowarzyszenia Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężyca w innych państwach do udzielania pomocy jeńcom wojennym i cywilom we wszystkich okupowanych krajach. W listopadzie natomiast za zgodą ministra spraw wojskowych, a przede wszystkim i aprobatą MKCK powołany został na emigracji drugi Zarząd Główny PCK z siedzibą w Paryżu, a następnie przeniesiono go do Londynu. Zadaniem tego Zarządu było tworzenie delegatury PCK w wielu wolnych

²⁸ Ibidem, s. 29.

²⁹ Z. Abramek, *op. cit.*, s. 124.

³⁰ Ibidem, s. 125.

³¹ Ibidem, s. 144.

³² Ibidem, s. 125.

krajach Europy i poza nią, które obejmowały swą działalnością wszystkie ośrodki polonijne, niosące wielostronną pomoc potrzebującym.

Jednakże władze okupacyjne wszelkimi sposobami starały się ograniczyć działalność prawnie funkcjonującego Polskiego Czerwonego Krzyża, który skutecznie odparł ataki okupanta na niezależność organizacyjną, starał się być obecnym wszędzie tam, gdzie ta pomoc była konieczna, gdyż korzystał z międzynarodowych uprawnień.

Dla okupanta niemieckiego trudność stanowił fakt, że Niemiecki Czerwony Krzyż, tak jak PCK, należał do MKCK w Genewie, z którym III Rzesza Niemiecka podpisała, podobnie jak Polska, humanitarne konwencje³³.

Generalnie zachowania władz okupacyjnych były znacznie zróżnicowane, a działalność placówek Polskiego Czerwonego Krzyża zależała tylko i wyłącznie od lokalnych władz niemieckich. W większych miastach, w których znajdowały się spore ilości jeńców polskich, tolerowano działalność placówek PCK tylko dlatego, że władze sanitarne Niemieckiego Czerwonego Krzyża nie były przygotowane do przejęcia wszystkich obowiązków wynikających z humanitarnych konwencji genewskich. Nawet ówczesne humanitarne konwencje nie przewidywały podobnych sytuacji, stąd też NCK nie był zobowiązany do udzielania jakichkolwiek świadczeń³⁴.

Mając to na uwadze, niemieckie władze okupacyjne były pełne niepokoju widząc poczynania Polskiego Czerwonego Krzyża – jedynej z charytatywnych organizacji, która zachowała w nazwie przymiotnik „Polski”³⁵ wobec społeczeństwa polskiego. Generalny gubernator Hans Frank stwierdził: PCK stanowi dla Polaków resztkę suwerenności, on im symbolizuje własną państwowość, tego nie można ścierpieć³⁶.

W związku z tym szykany wobec organizacji czerwonokrzyżskiej, z każdym dniem nasilały się coraz bardziej, ograniczając do minimum jej działalność. Okupant niemiecki żądał zakończenia działalności Zarządów Okręgowych i Oddziałowych Polskiego Czerwonego Krzyża i filii Biura Informacyjnego przy nich działających jak również zaprzestania działalności sanitarnej. Zatem najdotkliwszą ze wszystkich restrykcji było odebranie Polskiemu Czerwonemu Krzyżowi prawa wykonywania opieki sanitarnej. Wobec tak drastycznych szykan, ZG PCK zwrócił się o pomoc do MKCK w Genewie oraz Ligi Towarzystw Czerwonego Krzyża³⁷. W związku z powyższym władze niemieckie odwołały wydane rozporządzenia, a PCK jako jedyna organizacja w okupowanej Polsce nadal działała pod nazwą Polski Czerwony Krzyż, mimo szykan i utrudnień.

Polska ludność cywilna pozbawiona była wszelkiej i niezbędnej pomocy wszędzie tam, gdzie placówki ze znakiem PCK likwidowano. Jednakże Polski Czerwony Krzyż nie wyrzekał się działalności sanitarnej – wręcz przeciwnie wbrew

³³ Ibidem, s. 134–135.

³⁴ Ibidem, s. 135.

³⁵ Ibidem, s. 134.

³⁶ R. Strzeszewska, *op. cit.*, s. 83.

³⁷ Z. Abramek, *op. cit.*, s. 137.

zakazom kontynuowano leczenie szpitalne i domową pomoc lekarską³⁸. Zatem nie mogąc pracować oficjalnie jako instytucja, działał potajemnie przez swoich najbardziej ofiarnych członków.

Dla władz okupacyjnych niemieckich działalność Polskiego Czerwonego Krzyża na terenie okupowanej ojczyzny stanowiła przysłowiową „sól w oku”. Z tego powodu starali się ją ograniczyć wszelkimi sposobami wyłącznie do prowadzenia Biura Informacyjnego i opieki nad jeńcami wojennymi. Pomimo tych restrykcji organizacja nieugięte prowadziła w dalszym ciągu szpitale, schroniska dla inwalidów, ambulatoria, zakłady dla dzieci ofiar wojny i punkty sanitarne przeznaczone dla ludności bez pracy i dachu nad głową (przede wszystkim dla przesiedleńców), której nie wolno było korzystać z kas chorych³⁹.

W związku z restrykcjami po raz pierwszy w swej historii Czerwony Krzyż, żeby wypełnić swe humanitarne obowiązki, musiał uciekać się do konspiracyjnej, nielegalnej i zabronionej przez władze okupacyjne działalności⁴⁰, za którą wielu musiało zapłacić życiem. Ponadto za swe poświęcenie byli także wywożeni do obozów pracy, skazywani na więzienie, czy też wywożeni do obozów koncentracyjnych lub rozstrzeliwani.

Bolesną sprawą dla Polskiego Czerwonego Krzyża był brak możliwości nawiązywania kontaktów z Polakami, którzy znaleźli się na terytorium Związku Radzieckiego, ponieważ rząd tego kraju nie był wówczas sygnatariuszem konwencji genewskich. Stąd wynikały trudności zarówno działań jak też uzyskiwania informacji o aresztowaniach i Polakach wywożonych na teren ZSRR, w tym do obozów w Kozielsku, Ostaszkowie, Starobielsku i wielu innych. Tak więc stosunek władzy sowieckiej do PCK, który ich zdaniem miał agenturalny kosmopolityczny charakter, był wręcz wrogi⁴¹.

Szczególną rolę odegrał Polski Czerwony Krzyż w sprawie ofiar Katynia. Zdystansował się wówczas od zabiegów okupanta, gdyż nie chciał uczestniczyć w rozgrywkach politycznych między Niemcami a ZSRR⁴² jak też uczestniczyć w propagandzie niemieckiej. Delegował zatem tylko do Katynia komisję techniczną w ramach Biura Informacji do identyfikowania zwłok. Komisja ta dokonała ekshumacji i identyfikacji pomordowanych, przywiozła dużo depozytów i zdjęć fotograficznych i potwierdziła też w dokumentach masowy mord na polskich oficerach. Specjalny raport w tej sprawie został przesłany telegraficznie do Międzynarodowego Komitetu Czerwonego Krzyża w Genewie⁴³.

Polski Czerwony Krzyż, poddany ścisłej kontroli władz okupacyjnych i delegata Niemieckiego Czerwonego Krzyża, udzielał również pomocy sanitarnej ludności

³⁸ S. Uhma, R. Bliźniewski, *op. cit.*, s. 59.

³⁹ *Kasy chorych* to ubezpieczenie społeczne.

⁴⁰ I. Paczkowska, *MKCK wszystko o ...*, Krajowa Agencja Wydawnicza RSW „Książka – Prasa – Ruch”, Warszawa 1989, s. 62.

⁴¹ Z. Abramek, *op. cit.*, s. 144.

⁴² *Ibidem*, s. 138.

⁴³ *Ibidem*, s. 138 - 139.

żydowskiej, a także w okresie jej przebywania w gettach. Wydatną pomoc od PCK uzyskiwał dla swoich żydowskich dzieci dr Janusz Korczak⁴⁴.

Polski Czerwony Krzyż wbrew restrykcjom ze strony władz okupacyjnych odegrał ogromną rolę w Powstaniu Warszawskim. Ze względu na większe zniszczenia i ogromną liczbę ofiar w zabitych i rannych akcja pomocy odbywała się w warunkach daleko trudniejszych niż w kampanii wrześniowej 1939 roku, ponieważ podczas powstania Niemcy nagminnie nie szanowali znaku Czerwonego Krzyża, bombardując szpitale, pałac i niszcząc oznaczone godłem czerwonokrzyżskim miejsca pobytu chorych i rannych ludzi, łamiąc wszelkie humanitarne konwencje⁴⁵. Ponadto okupant mordował nie tylko rannych powstańców na oczach sióstr PCK, wolontariuszy śpieszących z pomocą, mordował też pielęgniarki i sanitariuszki.

Już w drugim dniu powstania Niemcy z premedytacją spalili siedzibę Polskiego Czerwonego Krzyża wraz z aktami i dokumentami Biura Informacyjnego (zarówno katyńskimi, jak i innymi) w liczbie 1,5 mln kart, 15 tys. list strat i 14 tys. zaksięgowanych depozytów⁴⁶.

W stolicy, która dniem i nocą płonęła i zamieniała się w ruiny, czynnych było ponad 500 placówek Polskiego Czerwonego Krzyża⁴⁷, w których bez przerwy pracowali lekarze, pielęgniarki, sanitariusze – jednak nie byli w stanie zaspokoić wszystkich potrzeb.

W związku z coraz gorszą sytuacją w Warszawie, w początkach września 1944 roku Zarząd Główny Polskiego Czerwonego Krzyża został upoważniony przez dowództwo powstania warszawskiego do prowadzenia pertraktacji w sprawie opuszczenia miasta przez część ludności cywilnej. Po ustaleniu warunków i na podstawie aktu kapitulacji ewakuacja szpitali została przeprowadzona pod auspicjami PCK, a wszyscy żołnierze oraz służba sanitarna, w której znajdowały się pielęgniarki i sanitariuszki PCK otrzymali prawa jeńców wojennych i zostali przewiezieni do obozów III Rzeszy⁴⁸. Postawa ratowników Polskiego Czerwonego Krzyża była heroiczna. Wielu z nich oddało ojczyźnie swoje życie w czasie pełnienia tej samarytańskiej służby.

Pracownicy Biura Informacyjnego Polskiego Czerwonego Krzyża w czasie powstania warszawskiego przemierzali miasto, labirynty podziemnych przejść; obchodzili szpitale, punkty opatrunkowe; spisywali zabitych, rannych i chorych; rejestrowali groby; pisali listy. W taki oto sposób powstawała pierwsza kartoteka strat ludności w powstaniu spisywana na luźnych kartkach. Po kapitulacji powstania warszawskiego ewakuowana ludność cywilna z terenów objętych powstaniem została skierowana do obozu przejściowego w Pruszkowie. Tam wybierano zdrowych i zdolnych do pracy, którzy wywożeni byli na przymusowe roboty do Niemiec. W związku z tą tragiczną sytuacją Polski Czerwony Krzyż, by ratować ludzi od głodu,

⁴⁴ Ibidem, s. 141.

⁴⁵ Ibidem, s. 146.

⁴⁶ B. Ratyńska, *op. cit.*, s. 56.

⁴⁷ J. Karbowski, *Tęcza nad Solferino*, Wyd. II, PZWL, Warszawa 1973, s. 170.

⁴⁸ Z. Abramek, *op. cit.*, s. 151.

chorób lub ułatwić ucieczkę skazanym na wywóz do Niemiec, w ciągu 48 godzin wydał ponad 5 tys. zaświadczeń całej służbie sanitarnej oraz administracyjnej wszystkich szpitali tak stałych, jak i utworzonych doraźnie⁴⁹.

W miarę wyzwania kraju spod okupacji hitlerowskiej zaczynała się nowa era, powstała Polska Rzeczpospolita Ludowa, ukonstytuowały się jej władze⁵⁰ – wprowadzano reformy i rozpoczęto odbudowę. W związku z tym przed Polskim Czerwonym Krzyżem stanęły nowe, ogromne i niezmiernie odpowiedzialne zadania. Najważniejszą okazała się sprawa organizacyjna. Polski Czerwony Krzyż w okresie trwania II wojny światowej posiadał trzy Zarządy Główne: pierwszy w Generalnej Guberni, obok Delegatury Rządu na Kraj i Polskiego Państwa Podziemnego, z prezesem Wacławem Lachertem, drugi działający od listopada 1939 r. w Paryżu, a od sierpnia 1940 r. w Londynie przy Rządzie Rzeczypospolitej Polskiej na Emigracji, z prezesem Włodzimierzem Koskowskim oraz trzeci istniejący od 1944 r. przy Polskim Komitecie Wyzwolenia Narodowego w Lublinie, którego prezesem był Ludwik Christians⁵¹.

Po ogłoszeniu 22 lipca 1944 roku Manifestu PKWN ZG PCK w Lublinie znacznie rozszerzył swoją działalność⁵², opiekując się więźniami z wyzwolonych obozów, w szczególności z Majdanka; ludnością cywilną jak również żołnierzami walczącymi po prawej stronie Wisły. W niezmiernie trudnych warunkach powojennych Polski Czerwony Krzyż uruchamiał działalność tuż za przesuwającą się linią frontu. Prowadzona wielostronna działalność w pierwszych latach po wyzwoleniu była pełna żywiołowości – spontaniczna i twórcza. Nikt wówczas nie oczekiwał na instrukcje zwierzchników, tylko spieszył z pomocą najbardziej potrzebującym.

Zarząd Główny PCK pod przewodnictwem W. Lacherta został przyjęty w dniu 29 marca 1945 r. przez Premiera Rządu Tymczasowego Edwarda Osóbkę-Morawskiego, który stwierdził, iż wierzy na słowo, że obecna delegacja reprezentuje prawowite władze PCK, a jeżeli tak, to kadencja już wygasła i winny odbyć się wybory nowych władz. W ocenie Premiera PCK prowadziło pracę charytatywną pod przykrywką dla Armii Krajowej – wrogów obecnego Rządu. Z tego też powodu ustanowiony będzie nadzór MON nad PCK. Premier wyraził wrogi stosunek do MKCK jako instytucji germanofilskiej, współpracującej z Niemcami. Zalecił współpracę z Amerykańskim, Angielskim i Sowieckim Czerwonym Krzyżem⁵³.

W związku z tak stawianą sprawą nie tylko Zarząd Główny PCK, lecz przede wszystkim cała Organizacja uzależniona była od polskiego dowództwa wojskowego i czynników polityczno-policyjnych nowej władzy⁵⁴, które ingerowały i naruszały zasady neutralności i apolityczności. Zatem mianowanie i odwoływanie Zarządów i Prezesów leżało w gestii Naczelnego Dowódcy Wojska Polskiego – Ministra Obrony

⁴⁹ S. Uhma, R. Bliźniewski, *op. cit.*, s. 71–72.

⁵⁰ J. Karbowski, *op. cit.*, s. 174.

⁵¹ Z. Abramek, *op. cit.*, s. 165.

⁵² *Ibidem*, s. 165.

⁵³ *Ibidem*, s. 167.

⁵⁴ *Ibidem*, s. 165.

Narodowej gen. broni Michała Roli-Żymierskiego, który w dniu 25 kwietnia 1945 r. rozwiązał Zarząd Główny i odwołał jego członków z zajmowanych stanowisk. Podziękował Wacławowi Lachertowi za długoletnią, pełną poświęcenia pracę dla dobra cierpiącej ludności, w tym tak tragicznym dla Polski okresie. Powołał na prezesa nowego Zarządu Głównego PCK gen. broni Stanisława Szeptyckiego i mianował 16 maja 1945 r. nowych członków ZG PCK, w następstwie czego ukonstytuował się Zarząd⁵⁵.

Oficjalnie Zarząd Główny PCK w Warszawie został uznany przez Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża w Genewie we wrześniu 1945 roku

Powolne ograniczanie statutowej działalności Polskiego Czerwonego Krzyża poprzez zastępowanie dotychczasowych najwyższych wartości nowymi socjalistycznymi potwierdzono uchwaleniem Deklaracji na Krajowym Zjeździe Pełnomocników PCK w dniu 21 października 1947 r., która była w prostej linii konsekwencją narzuconego przez ZSRR komunistycznego programu politycznego służącego do obdarcia Polskiego Czerwonego Krzyża ze wszystkich patriotycznych i narodowych cech zawartych w treści i formie tego Stowarzyszenia⁵⁶.

W zawartej Deklaracji Ideowej stwierdzono ponadto, że Polski Czerwony Krzyż jest masowym i dobrowolnym Stowarzyszeniem, mającym na celu mobilizację wysiłków do walki o zdrowie narodu, [...] w imię zasady: „Zdrowie ludu – dziełem i sprawą samego ludu”⁵⁷. W Statucie uchwalonym na tym zjeździe również potwierdzono ideologiczne podporządkowanie się Organizacji: „Stowarzyszenie Polski Czerwony Krzyż wierne zasadom humanitaryzmu socjalistycznego jest masową organizacją społeczną”⁵⁸. Ponadto w uchwalonej również rezolucji stwierdzono, że aby wychowywać masy członkowskie w duchu socjalistycznego humanitaryzmu i pokojowej współpracy między narodami, należy w większym stopniu korzystać z osiągnięć Radzieckiego Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężyca⁵⁹.

W miarę stabilizacji życia w kraju Polski Czerwony Krzyż modyfikował swoją działalność, dostosowując ją do okresu pokoju i ukierunkowując ją na społeczną działalność ludzi dobrej woli, wrażliwych na ludzkie nieszczęście i gotowych nieść pomoc innym.

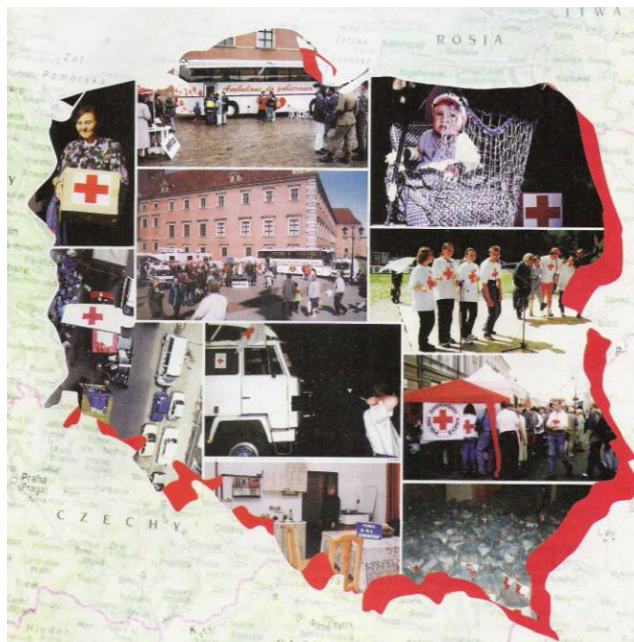
⁵⁵ Ibidem, s. 167 - 168.

⁵⁶ Ibidem, s. 187.

⁵⁷ B. Ratyńska, *op. cit.*, s. 205.

⁵⁸ Ibidem, s. 205.

⁵⁹ Ibidem, s. 208.



Fot. 1. Zakres i terytorium działania PCK

Źródło: fotografia autorstwa Jadwigi Zwara ze zbiorów Stałej Wystawy PCK w Kościerzynie

Począwszy od 1948 roku organy państwowe rozpoczęły przejmowanie od czerwonokrzyńskiej organizacji dotychczas prowadzonych przez nią zakładów opiekuńczych i leczniczych. Do końca 1950 roku Ministerstwo Zdrowia przejęło 177 kompletnie wyposażonych stacji pogotowia ratunkowego oraz 15 stacji przetaczania i konserwowania krwi, które zrzeszały około 12 tysięcy dawców⁶⁰. Odebranie Polskiemu Czerwonemu Krzyżowi całego zaplecza technicznego, infrastruktury, ludzi, sprzętu i urzędzeń było poważnym ograniczeniem jego samodzielności⁶¹.

Odwoływanie i powoływanie coraz to nowych członków Zarządów Głównych Polskiego Czerwonego Krzyża lub ich działaczy trwało aż do I Krajowego Zjazdu Delegatów Czerwonego Krzyża, który odbył się w dniach 3 i 4 lutego 1951 roku, i który uchwalił pierwszy po II wojnie światowej statut, przyjął program dostosowany do warunków pokoju i ówczesnych potrzeb i możliwości działania, jednakże zgodny z przesłankami ustrojowymi⁶².

Dzięki takim zmianom symbol Czerwonego Krzyża, który przez prawie 100 lat oznaczał działalność w czasie wojny, powoli stawał się znakiem społecznego działania na rzecz zdrowia i życia ludzkiego.

Od tej chwili każdy kolejny zjazd wypracowywał kierunki działania Stowarzyszenia wynikające z aktualnych potrzeb społeczeństwa. O realizacji statutowych zadań organizacji decydowali przede wszystkim jej działacze i aktywiści – członkowie

⁶⁰ S. Uhma, R. Bliźniewski, *op. cit.*, s. 95.

⁶¹ Z. Abramek, *op. cit.*, s. 187.

⁶² *Ibidem*, s. 188.

zarządów wszystkich szczebli, nauczyciele – opiekunowie kół szkolnych, honorowi krwiodawcy, społeczni instruktorzy młodzieżowi (SIM) i społeczni instruktorzy medyczno-sanitarni. Powoli powstawała sieć placówek Polskiego Czerwonego Krzyża. Ustalono również z władzami państwowymi zasady działania Polskiego Czerwonego Krzyża.

Działalność Biura Informacji i Poszukiwań, wznowiona natychmiast po upadku powstaniu warszawskiego, borykała się z lawiną zgłoszeń o poszukiwaniach. I tak do końca 1945 r. wpłynęło do Biura 120 845 zapytań i wniosków. Zgłosiło się w tym czasie 264 367 interesantów, kart ewidencyjnych było 920 tys.⁶³. Ponadto Biuro otrzymywało materiały informacyjne z obozów koncentracyjnych, od jeńców wojennych ze szpitali, a także w wyniku współpracy z delegaturami poza granicami kraju. Głównymi zadaniami Biura było też powoływanie zespołów, w skład, których wchodziły pielęgniarki i sanitariuszki pogotowia ratunkowego, do inhumacji i ekshumacji zwłok⁶⁴. Tylko w samej Warszawie przedstawiciele PCK uczestniczyli przy 17 138 ekshumacjach⁶⁵. Natomiast praca protokolantek PCK przy prochach ludzkich polegała na przesiewaniu ich przez sito i ważeniu⁶⁶. Prochów ludności Warszawy, zamordowanej, a następnie spalonej przez hitlerowców i własowców w czasie powstania warszawskiego zebrano wówczas łącznie 10 253 kg (w lipcu i sierpniu 1946 r.). Trzeba wiedzieć, jak mała garstka pozostaje po spaleniu zwłok człowieka, aby ta liczba przemówiła⁶⁷.

Badając działalność Biura Informacji i Poszukiwań, nie sposób pominąć bardzo trudnej kwestii odzyskiwania dzieci polskich, w szczególności tych znajdujących się na terenie Niemiec, ale i w Europie. Jedną z trudności pracy placówek Polskiego Czerwonego Krzyża na terenie Niemiec była konieczność stwierdzenia polskiego pochodzenia dziecka, a oprócz tego władze okupacyjne wymagały również stwierdzenia, przez kogo dziecko jest poszukiwane i kto się nim zaopiekuje po powrocie do kraju. Wobec tego punkt ciężkości pracy Wydziału Informacyjnego Biura przesuwał się na sprawę poszukiwania rodzin odnalezionych dzieci. Między innymi i z tego właśnie powodu tragedia dzieci polskich stanęła na forum międzynarodowym i była przedmiotem licznych rozmów dyplomatycznych⁶⁸. O skali tego procederu bez precedensu świadczą orientacyjnie ustalone dane, że 200 tys. dzieci polskich padło ofiarą akcji germanizacyjnej. Z tego tylko 15–20 procent powróciło do kraju. Reszta pozostała w NRF⁶⁹.

Po zakończeniu działań wojennych nadal bardzo ważną dziedziną działalności Polskiego Czerwonego Krzyża było poszukiwanie zaginionych. Prace te obejmowały przede wszystkim odnajdywanie osób żyjących, które z jakichkolwiek powodów nie

⁶³ Ibidem, s. 183.

⁶⁴ B. Ratyńska, *op. cit.*, s. 169.

⁶⁵ Z. Abramek, *op. cit.*, s. 183–184.

⁶⁶ R. Strzeszewska, *op. cit.*, s. 90.

⁶⁷ Ibidem, s. 89.

⁶⁸ Z. Abramek, *op. cit.*, s. 180.

⁶⁹ R. Strzeszewska, *op. cit.*, s. 102.

dawały znaku życia, ustalenie dat i miejsca śmierci poległych żołnierzy i pomordowanych więźniów obozów koncentracyjnych, a także prace ekshumacyjno-rozpoznawcze. W tym też celu przy każdym okręgowym zarządzie Polskiego Czerwonego Krzyża zorganizowano biuro poszukiwań i informacji, mające obowiązek koordynowania całości kształtu prac związanych z poszukiwaniem.

W latach 1945–2003 do Biura wpłynęła korespondencja dotycząca blisko 4,3 mln indywidualnych spraw związanych z wojną i jej tragicznymi skutkami. Wydało ono w tym czasie około 290 tys. zaświadczeń potwierdzających losy wojenne. Udało się odnaleźć prawie 623 tys. osób rozdzielonych w wojennej zawierusze⁷⁰. W ciągu kilku ostatnich lat zwiększyła się liczba spraw napływających do Biura Informacji i Poszukiwań, co spowodowane jest otwarciem archiwów na wschodzie, jak również postępowaniami odszkodowawczymi za pracę przymusową. I znowu, jak po I wojnie światowej, miliony ludzi ze wschodu i zachodu powracały do ojczyzny. Powracający jeńcy wojenni i repatrianci w punktach Polskiego Czerwonego Krzyża otrzymywali pierwszy posiłek na ziemi ojczystej i pierwsze schronienie. Za pośrednictwem Biura informacji PCK dziesiątki tysięcy rozłączonych przez wojnę rodzin odnajdowało swoich najbliższych. Polski Czerwony Krzyż rozdawał paczki żywnościowe i odzież tysiącom ludzi, którzy stracili na skutek wojny całe swoje mienie. W tym trudnym okresie Polski Czerwony Krzyż skorzystał nie tylko z ogromnej pomocy społeczeństwa, lecz przede wszystkim wielu narodowych stowarzyszeń Czerwonego Krzyża, które wstrząśnięte ogromną tragedią narodu polskiego spowodowaną ludobójstwem hitlerowskiego okupanta, spieszyły z pomocą.

Polski Czerwony Krzyż dzięki pomocy finansowej otrzymywanej od państwa, jak też i stale rosnącej ofiarności społeczeństwa, zaopatrywał ofiary wojny w żywność, odzież i leki, a przede wszystkim roztoczył opiekę nad repatriantami – byłymi jeńcami wojennymi, więźniami obozów koncentracyjnych, osobami wywiezionymi przez okupanta na przymusowe roboty oraz tymi, które z różnych powodów pozostały poza granicami kraju. Polski Czerwony Krzyż objął ponadto również szeroką akcją pomocy ludność zamieszkałą na najbardziej zniszczonych terenach działaniami wojennymi – osierocone dzieci, wdowy, żołnierzy i inwalidów. Także niósł pomoc obcokrajowcom – byłym żołnierzom państw alianckich, internowanym w czasie wojny w obozach niemieckich na terenie Polski i obywatelom różnych państw europejskich wywiezionych przez okupanta na przymusowe roboty do Polski.

Z punktu widzenia społecznego ważną okolicznością było to, że przychodnie PCK oprócz porad udzielały pacjentom bezpłatnych leków. W związku z olbrzymimi potrzebami rozwijającej się w kraju służby zdrowia Polski Czerwony Krzyż jednocześnie prowadził coraz szerszą działalność w zakresie szkolenia sanitarnego – szkolił tzw. personel pomocniczy: czyli młodsze pielęgniarki.

W latach 50. i 60. Polski Czerwony Krzyż uczestniczył w akcji łączenia rodzin obywateli polskich i narodowości niemieckiej. Brał również udział po 1956 roku w akcji masowej repatriacji Polaków z terenów ZSRR.

⁷⁰ Serwis internetowy PCK – www.pck.pl.

Najważniejszym, statutowym zadaniem Polskiego Czerwonego Krzyża jest niesienie pomocy ludziom starym, chorym i samotnym. W związku z tym od 1962 roku rozpoczęto tworzenie punktów opieki nad chorymi w domu. Utworzono ich do końca lat osiemdziesiątych ponad 1660 i zatrudniano w nich ponad 23 tysiące przeszkolonych siostr pogotowia. Punkty te obejmowały swoją opieką ponad 100 tysięcy osób. Jednakże mimo tak poważnych osiągnięć potrzeby w tym zakresie są znacznie wyższe i stale rosną.

Z okazji 45. rocznicy powstania Czerwonego Krzyża Rada Państwa PRL nadała w 1963 roku PCK Order Sztandaru I Klasy, natomiast w 1964 Sejm uchwalił ustawę o Polskim Czerwonym Krzyżu. Obecnie PCK prowadzi zakrojone na szeroką skalę działania socjalne skierowane do rodzin i osób żyjących w ubóstwie i znajdujących się w trudnej sytuacji materialnej. Jako organizacja humanitarna swym programem obejmuje również osoby pochodzenia romskiego i uchodźców. Ponadto także skierowuje swoją pomoc ku osobom bezdomnym prowadząc noclegownie, schroniska i jadłodajnie. Osoby w nich przebywające mogą skorzystać z pomocy prawnej i psychologicznej. Także na terenie każdego województwa prowadzone są punkty wydawania odzieży, z których korzystają osoby najbardziej potrzebujące.

Okres stanu wojennego w Polsce był wyjątkowym wydarzeniem nie tylko dla kompletnie zaskoczonego nim społeczeństwa, lecz także dla organizacji czerwono-krzyskiej. Jeszcze przed jego ogłoszeniem 12 grudnia 1981 roku Polski Czerwony Krzyż nadał teleksem do Genewy apel o pomoc dla ludności najbardziej dotkniętej kryzysem gospodarczym⁷¹. Na apel ów nie zdążono nadać odpowiedzi – ponieważ 13 grudnia, w niedzielę, w Polsce ogłoszono stan wojenny i wszelkie połączenia zostały przerwane⁷². W Genewie ogłoszenie stanu wojennego spowodowało, że MKCK postanowił natychmiast powołać do życia *Polish Operation Group*, czyli Polską Grupę Operacyjną⁷³.

Ogłoszenie stanu wojennego wywołało strach i panikę zwłaszcza wśród osób z trudnościami życiowymi, pogłębianymi dodatkowo przez problemy z zaopatrzeniem i widmem srogiej zimy. Priorytetowym zadaniem uznano wobec tego niesienie pomocy ludziom starym, chorym i samotnym oraz rodzinom wielodzietnym. W związku z takim stanem rzeczy zmobilizowano wszystkich spod znaku czerwonego krzyża do maksymalnych efektów w działaniach. Już w końcu grudnia 1981 roku za zgodą rządu polskiego działała stała delegatura Międzynarodowego Komitetu Czerwonego Krzyża w Warszawie.

Podjęta niezwłocznie działalność pomocowa przez Polski Czerwony Krzyż i stałą delegaturę Międzynarodowego Komitetu Czerwonego Krzyża oraz Ligi Stowarzyszeń Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężycy wymagała ogłoszenia 3 apeli o fundusze⁷⁴. W ich następstwie do Polski napływały transporty z darami odzieży, żywności, lekarstw, sprzętu medycznego, środków czystości, artykułów

⁷¹ I. Paczkowska, *op. cit.*, s. 5.

⁷² *Ibidem*, s. 5.

⁷³ *Ibidem*, s. 5.

⁷⁴ *Ibidem*, s. 6.

higienicznych, które docierały do ludności, domów dziecka, szpitali, szkół, internatów a nawet osób internowanych. Ponadto, aby ułatwić realizację pomocy, Międzynarodowy Czerwony Krzyż przekazał do PCK 60 samochodów⁷⁵. Łączną wartość otrzymanych przez Polskę darów ocenia się na dziesiątki milionów dolarów, natomiast korzystających z pomocy na około 1,5 mln osób we wszystkich 49 województwach.

Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża w Warszawie obejmował akcją pomocy osoby internowane i ich rodziny przez cały okres stanu wojennego. Akcję tę podjęto niezwłocznie po uzyskaniu zgody ze strony władz polskich i trwała do 23 grudnia 1982 roku, tj. do chwili zawieszenia stanu wojennego, kiedy to nastąpiło zwolnienie ostatnich osób⁷⁶. Delegatura Międzynarodowego Komitetu Czerwonego Krzyża wespół z Polskim Czerwonym Krzyżem odbyła 79 wizyt (niektóre ośrodki odwiedzane były 5-krotnie)⁷⁷ w ośrodkach internowania na terenie całego kraju. Niezależnie od tego przedstawiciele Zarządów Okręgowych Polskiego Czerwonego Krzyża przeprowadzili 170 wizytacji ośrodków odosobnienia na swoim terenie. Wizyty te miały na celu przede wszystkim zapewnienie osobom internowanym opieki medycznej, poprawę warunków socjalnych, przyspieszenie obiegu korespondencji, a także unormowanie stosunków między internowanymi, a władzami ośrodków. Przyjęto wówczas od internowanych ponad 4 tysiące różnych próśb i postulatów, w tym około 600 wniosków o zwolnienie. Mnogość spraw załatwiono we własnym zakresie, pozostałe skierowano do załatwienia przez kompetentne władze państwowe.

W stanie wojennym również i Centralna Agencja Poszukiwań MKCK w Genewie przyczyniła się do nawiązania rodzinnych kontaktów, umożliwiając wymianę tzw. mesaży⁷⁸ Czerwonego Krzyża⁷⁹ spowodowanych przerwaniem łączności przez Polskę z zagranicą. Przy pomocy Polskiego Czerwonego Krzyża z Polski przez Genewę przekazano do innych krajów 7170 mesaży⁸⁰.

Transformacja ustrojowa wraz ze zmianami ekonomicznymi i gospodarczymi doprowadziła do wzrostu bezrobocia, biedy, a nawet spowodowała nagłe ujawnienie się zjawiska bezdomności. W związku ze zmianą systemu finansowania działalności opiekuńczej w Polsce PCK zatrudniający około 24 tys. siostr PCK do opieki nad chorymi w domu, prowadzący szereg różnych placówek i punktów opieki był zobowiązany nagłą zmianą ustawy o opiece społecznej do zwolnienia tych, że siostr. Pojawiły się więc nowe problemy wymagające innych rozwiązań i działań. W świetle tych zmian – Polski Czerwony Krzyż opracował nowy statut, który umożliwił działanie Organizacji w nowych okolicznościach.

⁷⁵ Ibidem, s. 7.

⁷⁶ Ibidem, s. 7.

⁷⁷ Ibidem, s. 7.

⁷⁸ Mesaż (fr.) ang. *message* – termin przyjęty przez PCK. To korespondencja pisana na specjalnych drukach zawierająca do 25 słów, wysyłana do rodzin za pośrednictwem poczty przez internowanych podczas wojny lub stanu wojennego.

⁷⁹ I. Paczkowska, *op. cit.*, s. 8.

⁸⁰ Ibidem, s. 8.

Najistotniejszą sprawą wynikającą ze zmian sytuacji społeczno-ustrojowych było odejście Polskiego Czerwonego Krzyża od masowości narzuconej Deklaracją Ideologiczną z 1947 roku i skupienie się na pozyskiwaniu wolontariuszy oraz uzyskanie przez ogniwa terenowe samodzielności merytorycznej i finansowej. Niestety wiele zarządów nie umiało odnaleźć się w nowych realiach i co gorsza – zaprzepaściło swój dorobek.

Polski Czerwony Krzyż jest zaangażowany w dożywianie około 1200 uczniów dziennie. Pomimo zmienionych zasad, już w nowych realiach ekonomiczno-społecznych, świadczy usługi opiekuńcze dla około 13.000 chorych w domu, prowadzi 12 ośrodków opiekuńczych, 6 noclegowni, świetlice dla dzieci. By podjąć dzisiaj ogromnym potrzebom, niestety wciąż zwiększającym się, Polski Czerwony Krzyż prowadzi kampanie: „Czerwonokrzyńska Gwiazdka” i „Wielkanoc z PCK” w celu udzielenia wsparcia osobom potrzebującym w okresach świątecznych; „Wyprawkę dla Żaka” – na wyposażenie najbiedniejszych dzieci do szkoły; „Gorączkę Żłota” – na wypoczynek letni dla dzieci a także „Kampanię PCK walki z głodem”.

Poza wymiernymi korzyściami, jakie przynoszą te działania w postaci środków finansowych czy rzeczowych przekazywanych od razu najbardziej potrzebującym, równie ważnym jest towarzyszący im element promocji Stowarzyszenia, jego idei, zasad a także działań.

Kolejnym celem PCK jest kształtowanie świadomości społeczeństwa na temat zdrowia, jego zagrożeń jak również promowanie prozdrowotnych i bezpiecznych zachowań. Tego rodzaju działalność jest przeprowadzana przez jednostki terenowe PCK i dobierana według potrzeb. Najczęściej akcje te dotyczą higieny osobistej, aktywności ruchowej, przeprowadzane są też kampanie antynikotynowe, antynarkotykowe i antyalkoholowe oraz działania skierowane na zapobieganie HIV/AIDS. Celem tych kampanii edukacyjnych jest przede wszystkim przełamywanie tabu barier kulturowych, zastępowanie mitów faktami czy dyskryminacji tolerancją. „Prawda o AIDS. Przekaż ją dalej” jest najlepszym przykładem kampanii, której celem jest walka z napiętnowaniem. Działania te skierowane są głównie do dzieci i młodzieży szkolnej, jak też i ich rodziców, a nawet całych rodzin.

Zatrważająco niski jest w naszym kraju stan wiedzy na temat udzielania pierwszej pomocy. Każdy powinien wiedzieć, jak zachować się w sytuacji wypadku. Jednakże w praktyce sprowadza się to zaledwie do wykonania telefonu i oczekiwania na przyjazd karetki pogotowia. Wiele do życzenia pozostawiają też regulacje prawne w zakresie udzielania pierwszej pomocy czy użycia automatycznych defibrylatorów. Wychodząc tym wyzwaniom naprzeciw, Polski Czerwony Krzyż w porozumieniu z Polskim Towarzystwem Lekarskim i Polską Radą Resuscytacji uruchomił pilotażowy program „Pierwsza Pomoc Orlen”, który obejmuje szkolenie pracowników stacji PKN „Orlen” w celu udzielania pomocy przed medycznej. Stacje paliw dodatkowo wyposażone zostaną w apteczki pierwszej pomocy. Ponadto na wybranych stacjach PKN zaplanowano umieszczenie defibrylatorów.

W związku z powyższym uświadomienie znaczenia właśnie pierwszej pomocy, propagowanie wiedzy na temat jej udzielania i uczenie, jak właściwie reagować w przypadku zagrożenia życia, stanowi jedno z najważniejszych zadań statutowych

PCK. W ramach zadań zleconych przez resort obrony narodowej Polski Czerwony Krzyż aktywnie uczestniczył w przygotowaniach żołnierzy wyjeżdżających w ramach Polskiego Kontyngentu Wojskowego do Iraku. W czasie 16-godzinnego kursu żołnierze uczyli się podstawowych umiejętności w ratowaniu życia i zdrowia ludzkiego. Następnie składali dwustopniowy egzamin z teorii i praktycznych zadań mających na celu weryfikację zdobytej wiedzy, jak też sprawdzenie nabytych umiejętności w udzielaniu pierwszej pomocy. W kursach takich brała udział również młodzież, przedstawiciele różnych branż i działów gospodarki, jak też i opiekunki dla dzieci. W trosce o bezpieczeństwo najmłodszych Polski Czerwony Krzyż prowadził wspólnie z Misiem Finli „Kampanię PCK na rzecz poprawy bezpieczeństwa” oraz programy „Ratowniczek” i „Super Wiewiórka”. Każdego roku organizowano mistrzostwa pierwszej pomocy PCK, obejmujące swym zasięgiem setki szkół reprezentowanych przez tysiące młodych ludzi.

Idea krwiodawstwa stanowi jedną z najpiękniejszych kart historii Polskiego Czerwonego Krzyża. Zrodziła się z chęci i potrzeby niesienia pomocy drugiemu człowiekowi. Dramatycznymi wezwaniami, a zarazem wyzwaniem stały się obie wojny, a głównie powstanie warszawskie. Po II wojnie światowej Polski Czerwony Krzyż od podstaw zaczął budować krwiodawstwo. W 1949 roku istniało w Polsce 14 stacji krwiodawstwa skupiające ponad 6,5 tys. zarejestrowanych krwiodawców. Mocą wydanego okólnika Ministra Zdrowia z 13 grudnia 1950 r. Polski Czerwony Krzyż stracił możliwość pobierania krwi, skupiając się na zagadnieniach promocji i organizowania honorowego krwiodawstwa.

Wyzwaniem bardzo poważnym dla Stowarzyszenia było powstanie węgierskie w 1956 r. Duża liczba rannych wymagających przetoczenia krwi zmobilizowała polskie społeczeństwo, w tym wielu członków PCK, do jej oddawania na rzecz potrzebujących Węgrów. Skala tego zjawiska okazała się tak masową, że nastąpiło skanalizowanie tego oddolnego ruchu i ujęto go we właściwe ramy organizacyjne.

Obecnie jednym z głównych zadań Polskiego Czerwonego Krzyża jest rozwój honorowego krwiodawstwa, którego planowa działalność rozpoczęła się już w 1958 roku. Od tego czasu z roku na rok akcja ta systematycznie się rozwijała. W 1964 roku rozpoczęło się organizowanie przy kołach PCK klubów honorowych dawców krwi, natomiast w 1972 roku – Dni Honorowego Krwiodawstwa. Podczas dni Honorowych Dawców Krwi odbywających się w listopadzie Polski Czerwony Krzyż zwraca uwagę na wyzwania, którym – w obliczu coraz niższych środków finansowych – będzie musiał sprostać. Przede wszystkim chodzi o zapewnienie ciągłości pokoleniowej – czyli pozyskiwanie krwiodawców wśród młodego pokolenia. *„Ty też możesz uratować komuś życie”* lub *„Oddając krew ofiarowujesz to, co najcenniejsze – część siebie”* to hasła PCK zachęcające i kładące nacisk na humanitarny i społeczny aspekt honorowego krwiodawstwa, budujący jednocześnie świadomość dotyczącą życiodajnej roli krwi.

W 1997 r. mocą ustawy o publicznej służbie krwi praktycznie zniesiono w naszym kraju instytucję płatnego krwiodawstwa. Krok ten usankcjonował stan faktyczny, bowiem ponad 98% ogólnej ilości krwi pobieranej w Polsce stanowiła

krw pochodząca od honorowych krwiodawców, w zdecydowanej większości członków i wolontariuszy PCK.

Dzisiejszy świat skupia uwagę nad rozszerzaniem się Unii Europejskiej, na wielkich procesach ekonomicznych – Czerwony Krzyż alarmuje – głód, ubóstwo, choroby, niepotrzebna śmierć. Szacuje się, że na świecie głoduje 830 milionów, w tej liczbie natomiast 200 mln to dzieci poniżej piątego roku życia. W Polsce natomiast codziennie około 200 tys. dzieci cierpi z powodu głodu, a około 2 mln osób pozostaje niedożywionych. W związku z tym zarówno celem, jak i wyzwaniem PCK jest uświadomienie mieszkańcom Polski, że głód to zjawisko występujące nie tylko w krajach trzeciego świata, na terenach objętych konfliktami zbrojnymi czy działaniami wojennymi, ale również w polskich domach.

Polska niestety nie jest jedynym przypadkiem, gdy powszechnie uważa się, że problem głodu w Europie nie istnieje. Stowarzyszenia krajowe Czerwonego Krzyża w krajach postkomunistycznych zaczynają bić w tej przykrej sprawie na alarm – niedożywienie, głód – to rosnąca przepaść między bogatymi a biednymi.

Polski Czerwony Krzyż jest pierwszym – po Fińskim Czerwonym Krzyżu – Stowarzyszeniem krajowym w Europie Centralnej, które podjęło działania w związku ze Światowym Dniem Żywienia i Walki z Głodem, obchodzonym 16 października, prowadząc ogólnopolską „Kampanię PCK walki z głodem”. Polski Czerwony Krzyż został inicjatorem tychże działań w skali międzynarodowej, ponieważ już 10 krajowych Stowarzyszeń alarmuje w imieniu głodnych, niedożywionych i biednych od Bałtyku po Adriatyk, apelując do moźnych, aby zdecydowanie przeciwstawić się temu zjawisku. Zaprasza na spotkania z Przedstawicielkami Korpusu Dyplomatycznego w wigilię Światowego Dnia Żywienia i Walki z Głodem, którym problem głodu jest najbliższy.

W grudniu 2001 roku zakończono wprowadzanie zmian przystosowawczych Polskiego Czerwonego Krzyża do nowego podziału administracyjnego w kraju. Efektem tych prac było powstanie 16 nowych okręgów PCK, w miejsce dotychczasowych 49. Działalność Czerwonego Krzyża w Polsce reguluje ustawa z 16 listopada 1964 roku o Polskim Czerwonym Krzyżu⁸¹ i działa w oparciu o znowelizowany, wprowadzający wiele zmian Statut PCK, zatwierdzony rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 25 października 2004 r.⁸².

Poprzez poszerzenie celów statutowych umożliwia realizowanie różnorodnych programów jak również wzbogaca ofertę Stowarzyszenia. *Novum* statutu jest wprowadzona kategoria wolontariuszy PCK – niebędących członkami; możliwość nadawania tytułu darczyńcy PCK – osobom systematycznie wspomagającym PCK; pionu operacyjnego zarządzania – nadająca dyrektorom pewne kompetencje do zarządzania i kierowania. Ponadto precyzyjnie określono w nim obowiązki członków PCK, możliwości zdyscyplinowania po wykluczeniu z Organizacji włącznie. Statutem tym wprowadzono ponadto Zjazdy na poziomie krajowym, okręgowym i regionalnym – raz na 4 lata. Precyzuje on także liczebność składów osobowych, rolę i kompetencje

⁸¹ Dz. U. Nr 41 poz.276 z dnia 21 listopada 1964 r.

⁸² Dz. U. RP Nr 237 z dnia 3 listopada 2004 r.

komisji rewizyjnych, zgodnie z ustawą działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.

Stan Stowarzyszenia PCK z końca 2004 roku:

- Zarząd Główny;
- 16 zarządów okręgowych PCK;
- 315 zarządów rejonowych PCK;
- 6 335 kół szkolnych, akademickich, grup SIM, zrzeszających 111 882 członków;
- 580 kół zakładowych, środowiskowych, zrzeszających 13 702 członków;
- 1 567 klubów Honorowych Dawców Krwi PCK, zrzeszających 24 499 członków.

Podstawą prawną działania PCK nadal jest ustawa o Polskim Czerwonym Krzyżu z 16 listopada 1964 roku oraz znowelizowany statut zatwierdzony rozporządzeniem Rady Ministrów z dn. 12.10.2011 r. Zgodnie z nowym statutem najwyższym organem uchwałodawczym stowarzyszenia jest Krajowy Zjazd PCK, a wykonawczym Zarząd Główny PCK i jego Prezydium. Organem kontrolnym jest Główna Komisja Rewizyjna. Ponadto działa Kapituła Odznaki Honorowej PCK i Sąd Organizacyjny Polskiego Czerwonego Krzyża⁸³.

W obecnym, jubileuszowym roku 100-lecia istnienia organizacji Polski Czerwony Krzyż, poza codziennym działaniem na różnych płaszczyznach, organizuje szereg uroczystości. Jest o to rok obchodów, który koncentruje się na podziękowaniu swoim działaczom i osobą wspierającym dotychczasowe społeczne działania. Zarazem jest to okazja do zaprezentowania społeczeństwu historii stowarzyszenia, w tym najważniejszych osób odpowiedzialnych za dotychczasowy kształt działań czerwonokrzyskich oraz przedstawienie swoich dotychczasowych działań na rzecz społeczeństwa i poprawy bezpieczeństwa humanitarnego (patrz: tabela nr 1).

Jako uzupełnienie przedstawionej dotychczas informacji na temat działalności PCK zostaje zaprezentowane kalendarium Międzynarodowego Czerwonego Krzyża, aby Czytelnik zrozumiał ideowość i powszechność działalności czerwonokrzyskiej (tabela nr 2).

⁸³ Serwis Internetowy PCK – www.pck.pl.

Tabela nr 1. Kalendarium Polskiego Czerwonego Krzyża

Data	Wydarzenia
1912	Powstanie Stowarzyszenia „ <i>Samarytanin Polski</i> ” w Krakowie (zabór austriacki)
22.08.1914	Objęcie opieką sanitarno-medyczną Legionów Polskich przez Stowarzyszenie „ <i>Samarytanin Polski</i> ”
29.08.1914	Powołanie Polskiego Komitetu Pomocy Sanitarnej (zabór rosyjski)
18.09.1914	Rozpoczęcie działalności Biura Informacji o losach rannych żołnierzy
luty 1915	Wyrażenie zgody przez władze Prusa na utworzenie Instytucji pod nazwą „ <i>Poznański Komitet Ratunkowy</i> ”
12.12.1915	Zatwierdzenie przez władzę niemieckie „ <i>Ustawy Rad Opiekuńczych dla Ulżenia Nędzy w Polsce</i> ” i utworzenie Rady Głównej Opiekuńczej, do której włączono Poznański Komitet Ratunkowy
styczeń 1919	Zorganizowanie działalności Biura Informacyjno-Wywiadowczego
18.01.1919	Powołanie Polskiego Towarzystwa Czerwonego Krzyża – <i>data powstania Polskiego Towarzystwa Czerwonego Krzyża</i>
20.01.1919	Powołanie Tymczasowego Komitetu Polskiego Towarzystwa Czerwonego Krzyża
27.04.1919	Uchwalenie statutu i wybór Komitetu Głównego Polskiego Towarzystwa Czerwonego Krzyża
14.07.1919	Przyjęcie Polskiego Towarzystwa Czerwonego Krzyża do grona członków Międzynarodowego Komitetu Czerwonego Krzyża
16.09.1919	Przyjęcie Polskiego Towarzystwa Czerwonego Krzyża do Ligi Towarzystw Czerwonego Krzyża, Czerwonego Półksiężycy oraz Czerwonego Lwa i Słońca
18.12.1919	Utworzenie w Kościerzynie Biura Rejonowego PTCK
1921	Powołanie sekcji młodzieżowej i pierwszych Szkolnych Kół PTCK
1921	Założenie pierwszej w kraju Szkoły Pielęgniarskiej w Poznaniu
01.09.1927	Zmiana nazwy z PTCK na Polski Czerwony Krzyż, zagwarantowanie ochrony prawnej znaku i nazwy „ <i>Czerwony Krzyż</i> ”, objęcie honorowego patronatu przez Prezydenta RP nad PCK
1928	Ustanowienie możliwości tworzenia specjalnych organizacji w łonie stowarzyszenia: Korpusu Sióstr PCK, Szkolnych Kół PCK
1935	Uruchomienie I w Polsce Instytutu Przetaczania i Konserwacji Krwi w Warszawie z powołaniem Ośrodka Krwiodawców zawodowych oraz honorowych dawców krwi
01.10.1936	Powołanie Centralnej Stacji Wypadkowej z Ośrodkiem Przetaczania Krwi w Łodzi
30.11.1936	Uzyskanie przez PCK przywileju stowarzyszenia wyższej użyteczności publicznej, nałożenie przez władze wojska na PCK obowiązku przygotowania organizacji na czas pokoju i na wypadek wojny
29.01.1937	Przymusowe organizowanie, szkolenie i zaopatrzenie drużyn ratowniczo-sanitarnych i leczniczych przez PCK, powołanie PCK do współpracy z władzami państwa w tym zakresie
maj 1938	Przekazywanie pomocy materialnej dla wojska
01.09.1939	Wybuch II wojny światowej – PCK oddaje szpitale, sprzęt medyczny, punkty sanitarne i personel do dyspozycji wojska

Data	Wydarzenia
<i>wrzesień 1939</i>	Spalenie przez żołnierzy niemieckich archiwum PCK
<i>14.09.1939</i>	Oficjalne otwarcie w Polsce Centralnej Agencji Jeńców Wojennych
<i>07.11.1939</i>	Powołanie Zarządu Głównego PCK na emigracji z siedzibą w Paryżu
<i>13.08.1940</i>	Powołanie nowego Zarządu Głównego PCK z siedzibą w Londynie po kapitulacji Francji i wznowienie działalności
<i>wrzesień 1945</i>	Przywrócenie jedności organizacji w polskim ruchu czerwono krzyżskim poprzez cofnięcie przez MKCK poparcia dla Zarządu Głównego PCK w Londynie i uznanie Zarządu Głównego PCK w Warszawie
<i>21.10.1947</i>	Przyjęcie przez PCK tzw. Deklaracji Ideowo-Programowej z inicjatywy władz politycznych Polski Ludowej
<i>1947 - 1951</i>	Wymuszone przekazanie wszelkich placówek leczniczych i sanitarno-opiekuńczych przez PCK na rzecz państwowej służby zdrowia, ograniczanie humanitarnej działalności czerwono krzyżskiej
<i>3 - 4.02.1951</i>	I Krajowy Zjazd Delegatów PCK w Warszawie, uchwalenie statutu, programu i kierunków działalności PCK zgodnego z przesłankami ideologicznymi
<i>1958</i>	Początek planowej działalności honorowego krwiodawstwa w Polsce
<i>1963</i>	Powstają pierwsze grupy Społecznych Instruktorów Młodzieżowych PCK
<i>1964</i>	Organizowanie pierwszych klubów HDK przy kołach PCK
<i>16.11.1964</i>	Uchwalenie przez Sejm ustawy o Polskim Czerwonym Krzyżu
<i>1965</i>	Powstają w Polsce pierwsze Kluby „Wiewiórka”
<i>1972</i>	Początek organizowania dni Honorowych Dawców Krwi
<i>1981</i>	W Warszawie zorganizowano po raz pierwszy „Warszawską Szkołę Letnią MPH”
<i>1986</i>	Włączenie Podstawowych Zasad do wstępu Statutu Ruchu
<i>1995</i>	W Zgierzu zorganizowano Pierwszą Środkowoeuropejską Konferencję Młodzieży Czerwonego Krzyża
<i>1998</i>	Powstanie w Kościerzynie jedynej w Polsce Stałej Wystawy PCK
<i>2002</i>	Krajowa Rada reprezentantów PCK uchwała po raz pierwszy <i>Strategię Programową PCK do 2010 roku</i>
<i>2003</i>	Uchwalenie nowych „ <i>Struktur i Zasad działania Ruchu Młodzieżowego PCK</i> ”
<i>12.10.2011</i>	Znowelizowany statut PCK zatwierdzony rozporządzeniem Rady Ministrów
<i>19.06.2016</i>	Krajowy Zjazd PCK uchwalił <i>Strategię PCK na kadencję 2016 - 2020</i>
<i>2019</i>	Rok 100-lecia działalności Polskiego Czerwonego Krzyża

Źródło: opracowanie własne na podstawie dostępnej literatury PCK

Tabela nr 2. Kalendarium Międzynarodowego Czerwonego Krzyża

Data	Wydarzenia
24.06.1859	Bitwa pod Solferino
1862	Wydanie przez Henry'ego Dunanta książki „ <i>Wspomnienie Solferino</i> ”
17.02.1863	Powstanie Komitetu Pięciu
26.10.1863	Międzynarodowy Kongres w Genewie przedstawiciele 16 rządów i państw Europy
28.10.1863	Powstanie znaku Czerwonego Krzyża
29.10.1863	Uchwalenie 10 humanitarnych rezolucji tworzących akt założycielski CK – <i>dzień powstania Czerwonego Krzyża</i>
09.11.1863	Komitet Pięciu zmienia nazwę na Międzynarodowy Komitet Pomocy Rannym Wojskowym, później na Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża
09.11.1863	Oddelegowanie pierwszych przedstawicieli Czerwonego Krzyża na tereny walki
08.08.1864	Konferencja dyplomatyczna 16 państw
22.08.1864	Uchwalenie I Humanitarnej Konwencji Czerwonego Krzyża zwanej konwencją genewską „ <i>O polepszeniu losów rannych żołnierzy w armiach w polu będących</i> ”
1867	Oficjalne wycofanie się Henry'ego Dunanta z życia publicznego
1870	Zorganizowanie przez Komitet Genewski Międzynarodowej Agencji Informacji i Pomocy dla Rannych i Chorych obu walczących armii
10.12.1901	Przyznanie Henry'emu Dunantowi I Pokojowej Nagrody Nobla
1912	Ustanowienie medalu im. Florence Nightingale na konferencji MKCK
1917	Przyznanie po raz pierwszy Pokojowej Nagrody Nobla za pomoc ofiarom I wojny światowej dla Międzynarodowego Komitetu Czerwonego Krzyża
05.05.1919	Powołanie Ligi Stowarzyszeń Czerwonego Krzyża, Czerwonego Półksiężycy oraz Czerwonego Lwa i Słońca
1929	Podpisanie III konwencji genewskiej „ <i>O polepszeniu losów rannych i chorych w armiach czynnych</i> ” oraz „ <i>O traktowaniu jeńców wojennych</i> ”
1929	Uznanie mocą dwóch konwencji genewskich: <ul style="list-style-type: none"> • znaków ochronnych: Czerwonego Półksiężycy, Czerwonego Lwa i Słońca dla krajów muzułmańskich • oficjalne uznanie Centralnej Agencji Poszukiwawczej
1944	Przyznanie po raz drugi Pokojowej Nagrody Nobla Międzynarodowemu Komitetowi Czerwonego Krzyża za pomoc ofiarom II wojny światowej
12.08.1949	Uchwalenie i podpisanie czterech konwencji genewskich „ <i>O ochronie ofiar wojny</i> ”
1963	Przyznanie Pokojowej Nagrody Nobla dla MKCK wspólnie z Ligą Stowarzyszeń Czerwonego Krzyża
1965	Przyjęcie Podstawowych Zasad przez XX Międzynarodową Konferencję Czerwonego Krzyża w Wiedniu
08.06.1977	Uchwalenie dwóch Protokołów Dodatkowych do konwencji genewskich z 1949 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie dostępnej literatury PCK

Podsumowanie

Ogólnopolskie stowarzyszenie PCK jest zaangażowane w dożywianie ok. 1200 uczniów dziennie. Mimo zmienionych zasad świadczy usługi opiekuńcze dla 13.000 tysięcy chorych w domu. PCK prowadzi też 12 ośrodków opiekuńczych, 6 noclegowni, kilkanaście świetlic dla dzieci, punkty socjalne dla osób bezdomnych. Organizuje, co roku kolonie, obozy dla ok. 10 tys. dzieci. Obecnie PCK proponuje nowe formy uczestniczenia w pomocy potrzebującym – odwołuje się do ofiarności społecznej, poszukuje sponsorów do wielu charytatywnych działań. Ważną i oryginalną rolę w pozyskiwaniu środków finansowych i rzeczowych na pomoc potrzebującym spełnia (utworzona w nawiązaniu do przedwojennej tradycji) działająca od 1995 roku Rada Pań PCK. Mieszkańcom regionów, gdzie funkcjonują Rejonowe Oddziały PCK, znane są coroczne akcje: „Wielkanoc z PCK”, „Czerwonokrzyska Gwiazdka”, „Wyprawka dla Żaka”, „Dzień Walki z Głodem”. Od 2006 roku jeszcze intensywniej regiony realizują program pomocy unijnej dla najuboższej ludności. Niektóre zadania w dziedzinie opieki, krwiodawstwa, szkolenia są realizowane na zasadzie zadań zleconych przez organy państwowe bądź samorządowe.

PCK nadal prowadzi szeroką działalność w dziedzinie honorowego krwiodawstwa. Około 500 tys. osób co roku oddaje bezpłatnie ponad 400 tys. litrów krwi dla potrzeb lecznictwa. W celu popularyzacji bezinteresownego oddawania krwi organizowane są w regionach konkursy i ogólnopolskie akcje HDK np. „Wakacyjna kropla krwi”, „Młodzieżowy Dar Krwi”, „Młoda Krew Ratuje Życie”. W celu popularyzacji honorowego krwiodawstwa w środowisku strażaków od 2006 roku realizowany jest na terenie całej Polski projekt PCK, Państwowej Straży Pożarnej i Związku Ochotniczych Straży Pożarnych pod hasłem: „Strażacy w honorowym krwiodawstwie. Ognisty ratownik – gorąca krew”. W latach 2008–2009 Polski Czerwony Krzyż wraz z Grupą Muszkieterów, siecią sklepów Intermarche i Bricomarche przeprowadził ogólnopolską akcję „Zbieramy krew dla Polski”. PCK prowadzi znaczące działania w propagowaniu zdrowego stylu życia. Promocja zdrowia, a więc szeroko pojęta profilaktyka, racjonalne żywienie, a także zwalczanie wszelkich patologii społecznych, w tym narkomanii, alkoholizmu, zapobieganie chorobie AIDS, szczególnie w środowiskach młodzieżowych należą do priorytetowych zadań PCK.

Polski Czerwony Krzyż szkoli młodzież i dorosłych w udzielaniu pierwszej pomocy, między innymi poprzez akcje, które na stałe wpisały się w kalendarium imprez, tj. Mistrzostwa Pierwszej Pomocy PCK, Światowy Dzień Pierwszej Pomocy, realizację akcji edukacyjnych „Ratowniczek”, „Jesteś bezpieczny z Misiem Finli”, kampanię „Bezpieczeństwo Ruchu Drogowego”.

W stowarzyszeniu działają też grupy ratownictwa specjalnego spieszące z pomocą podczas klęsk żywiołowych i katastrof. Utrzymywane są magazyny interwencyjne przy Okręgowych Oddziałach PCK, z których jednorazowo można udzielić pomocy ok. 17 tysiącom osób. W latach 1997 i 1998 PCK przekazał powodzianom dary rzeczowe i środki finansowe uzyskane od społeczeństwa polskiego i stowarzyszeń zagranicznych o wartości ponad 16 milionów złotych.

W ZG PCK od kilkunastu lat przy poparciu i pomocy MKCK działa Ośrodek Upowszechniania Międzynarodowego Prawa Humanitarnego. Ważną formą propagowania i upowszechniania MPH jest corocznie organizowany Okręgowy Konkurs Międzynarodowego Prawa Humanitarnego, który przeznaczony jest dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych z terenu województwa zachodniopomorskiego. Polski Czerwony Krzyż uczestniczy także w akcjach humanitarnych Międzynarodowego Ruchu Czerwonego Krzyża. Wysyła transporty z darami dla ludności w krajach dotkniętych konfliktami zbrojnymi bądź klęskami żywiołowymi i katastrofami.

PCK liczy około 600 tys. członków zrzeszonych w 11 tys. jednostek podstawowych, w tym ponad połowę stanowi młodzież. Należy podkreślić, że wieloletnia działalność Polskiego Czerwonego Krzyża nie byłaby możliwa bez współpracy i zrozumienia działaczy organizacji, pracy etatowych pracowników oraz wsparcia instytucji zewnętrznych, firm i społeczeństwa⁸⁴. Przez lata swojej działalności Polski Czerwony Krzyż zyskał niekwestionowany autorytet. Z tym że ten autorytet nie był szczególnie szanowany przez władze komunistyczne. Po wojnie państwo przejęło majątek organizacji w postaci szpitali, sanatoriów, przychodni lekarskich, izb zdrowia, stacji pogotowia ratunkowego, wielkiej liczby budynków i gmachów. PCK był metodycznie pozbawiany możliwości prowadzenia działalności w zakresie opiekuńczym i leczniczym.

Obecnie organizacja nie otrzymuje żadnych środków od państwa, utrzymuje się z dotacji sponsorów i prowadzonej działalności gospodarczej. Każdy może przeznaczyć dla PCK jeden procent swojego podatku. Do prac prowadzonych przez organizację można również włączyć się w sposób bezpośredni. Dzisiaj w działania PCK zaangażowanych jest, wliczając wolontariuszy i honorowych dawców krwi, kilkaset tysięcy osób.

PCK w swoich zasobach posiada obecnie: 5 noclegowni, 4 schroniska, 5 jadłodajni, 1 stołówkę, 1 prysznic, Domy Interwencji Kryzysowej, Centra Interwencji Kryzysowej, Zespoły Interwencji Kryzysowej, Domy dla matek z dziećmi, 24 świetlice (środowiskowe, profilaktyczne, socjoterapeutyczne, opiekuńczo-wychowawcze), kluby socjoterapeutyczny, ośrodek socjoterapii, kluby integracyjne dla osób upośledzonych, kluby złotego wieku, kluby młodzieżowe, domy pomocy społecznej, domy opieki PCK, punkty całodobowej opieki PCK i OPS, domy dla bezdomnych kobiet z dziećmi. Ośrodki te dysponowały 1 954 miejscami, z których w 2003 roku skorzystało 8 437 osób.

Ponadto na terenie całej RP funkcjonuje System Ratownictwa PCK, złożony z wyspecjalizowanych Grup Ratownictwa dysponujących wyszkolonymi ratownikami, przygotowanymi do działań w trudnych warunkach terenowych i pogodowych i wyposażonych w odpowiednie środki ochrony osobistej oraz profesjonalny sprzęt ratowniczy. System ten zbudowany jest na trzech rodzajach jednostek ratowniczych⁸⁵:

⁸⁴ Serwis Internetowy OO PCK w Szczecinie – www.pck.szczecin.pl.

⁸⁵ P. Pajkiert Vela, *Pomoc międzynarodowa w sytuacji klęsk i katastrof – wytyczne w zakresie wsparcia przez państwo-gospodarza*, Polski Czerwony Krzyż, Warszawa 2014, s. 119.

- Grupy Ratownictwa (GR PCK) – wyszkolone i wyposażone odpowiednio do ewentualnego udziału w dużej katastrofie w charakterze Patroli Ratowniczych;
- Grupy Ratownictwa Medycznego (GRM PCK) – organizujące Polowy Punkt Medyczny, gdzie poszkodowanym udzielana jest kwalifikowana pomoc medyczna;
- Grupy Ratownictwa Specjalnego (GRS PCK) – podejmujące działania ratownictwa specjalistycznego zgodnego ze specyfiką danej Grupy i w celu wspomoczenia Patroli Ratowniczych w działaniach poszukiwawczych.

Obecnie w Systemie Ratownictwa PCK działają 22 Grupy (1 GRS, 1GRM, 20 GR) liczące 470 członków oraz 6 Grup Pomocy Humanitarnej, liczących 83 członków.

Polski Czerwony Krzyż jest członkiem federacji stowarzyszeń krajowych Czerwonego Krzyża. Uczestniczy w akcjach pomocy ofiarom katastrof i wojen na świecie. Przez ostatnie 100 lat swojego istnienia Polski Czerwony Krzyż był odpowiedzialny za tworzenie systemu ratowniczego i opieki zdrowotnej w Polsce i nadal odgrywa znaczącą rolę w zapewnianiu funkcjonowania systemów bezpieczeństwa i zarządzania kryzysowego, które w znacznej mierze są oparte na funkcjonowaniu silnych i sprawdzonych ogólnopolskich organizacjach pozarządowych. Na podstawie przedstawionego opracowania doskonale widać, że organizacja PCK wywiązywała się z przyjętej przez siebie roli także podczas pokoju, zapewniając bezpieczeństwo humanitarne.

Piśmiennictwo

1. Abramek Z., *Powstanie i działalność Polskiego Czerwonego Krzyża 1912–1951*, Wyd. I, Polski Czerwony Krzyż – Zarząd Okręgowy, Warszawa 2001.
2. Karbowski J., *Tęcza nad Solferino*, Wyd. II, PZWL, Warszawa 1973.
3. Krawczyński Z., Hołyński J., *40 lat honorowego krwiodawstwa PCK w Polsce. Działalność Polskiego Czerwonego Krzyża Okręgu Łódzkiego w zakresie rozwoju krwiodawstwa i krwiolecznictwa w latach 1939–1950*, [w:] Dar Krwi 12 I KW. Biuletyn Krajowej Rady Honorowego Krwiodawstwa PCK, 1997.
4. Paczkowska I., *MCK wszystko o...*, Krajowa Agencja Wydawnicza RSW „Książka – Prasa – Ruch”, Warszawa 1989.
5. Pajkiert Vela P., *Pomoc międzynarodowa w sytuacji klęsk i katastrof – wytyczne w zakresie wsparcia przez państwo-gospodarza*, Polski Czerwony Krzyż, Warszawa 2014, s. 119.
6. Ratyńska B., *Pół wieku w służbie narodu i idei*, Wyd. I, PZWL, Warszawa 1974.
7. Strzeszewska R., *Karty w pięciu kolorach*, Wyd. I, PZWL, Warszawa 1974.
8. Uhma S., Bliźniewski R., *Polski Czerwony Krzyż 1919–1959*, Wyd. I, PZWL, Warszawa 1959.

Źródła internetowe

1. www.pck.pl.
2. www.pck.szczecin.pl.

Akty prawne

1. Dz. U. Nr 41 poz.276 z dnia 21 listopada 1964 r.
2. Dz. U. RP Nr 237 z dnia 3 listopada 2004 r.

2.5. Rola i znaczenie Stałej Wystawy Polskiego Czerwonego Krzyża w Kościerzynie w kształtowaniu świadomości ruchu czerwonokrzyżskiego i bezpieczeństwa humanitarnego

Jadwiga Zwara¹, Radosław Zwara², Dariusz Skalski², Janusz Gierszewski³

¹ Oddział Rejonowy Polskiego Czerwonego Krzyża w Kościerzynie

² Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku
Wydział Wychowania Fizycznego - Zakład Sportów Wodnych

³ Akademia Pomorska w Słupsku, Wydział Nauk o Zarządzaniu i Bezpieczeństwie
Instytut Bezpieczeństwa Narodowego - Zakład Bezpieczeństwa Wewnętrznego

Liczba znaków: 44 134 (ze streszczeniami).

Liczba zdjęć: 38 x 1 000 znaków (ryczałt) = 38 000 znaków.

łącznie: Liczba znaków: 82 134 (ze streszczeniami) = **2,053** publikacji arkuszy wydawniczych.

Słowa Kluczowe: Polski Czerwony Krzyż, Stała Wystawa PCK, Kościerzyna, organizacje pozarządowe

Streszczenie

Opracowanie to dotyczy rozważań na temat roli i znaczenia pozarządowych organizacji Polskiego Czerwonego Krzyża w świadomości społecznej. W Kościerzynie dzięki funkcjonowaniu Oddziału Rejonowego Polskiego Czerwonego Krzyża powstała Stała Wystawa PCK w Kościerzynie, której celem jest zwiększanie świadomości społecznej o oddziaływaniu ruchu czerwonokrzyżskiego na życie społeczeństwa w perspektywie minionych 100 lat istnienia. Przedstawiono także w poniższym artykule proces funkcjonowania Stałej Wystawy PCK w Kościerzynie i jej znaczenie w świadomości społeczeństwa kościerskiego o znaczeniu i roli działań czerwonokrzyżskich. Przedstawione badania ankietowe ukazują wagę dalszego promowania społecznego ruchu czerwonokrzyżskiego, tak ważnego dla bezpieczeństwa humanitarnego.

Wprowadzenie

W 1998 roku Kościerzyna obchodziła swoje urodziny – 600-lecie nadania praw miejskich. W przygotowania do uroczystych obchodów włączyło się całe miasto: mieszkańcy, zakłady pracy, organizacje społeczne, różne zespoły i środowiska. Brał w nich również udział Polski Czerwony Krzyż, który wspólnie z Kościerskim Domem Kultury zorganizował ogólnokrajowe mistrzostwa drużyn I pomocy.

Wśród wielu różnych wystaw zorganizowana została ta szczególnie, przy merytorycznej pomocy Zarządu Głównego w Warszawie – prezent dla miasta Kościerzyna – Stała Wystawa PCK.

Ekspozycja czerwonokrzyska powstała przede wszystkim dzięki sile woli i wytrwałości wolontariuszki PCK, pani Jadwigi Treder, oraz w wyniku skoordynowanych działań społecznych środowiska kościerskiego i głównego sponsora, który bezpłatnie wyposażył ją w komplet mebli ekspozycyjnych. Pani Treder udało się bowiem zebrać unikatowy, a zarazem i niepowtarzalny zbiór najróżniejszych pamiątek o Czerwonym Krzyżu.

Wystawa jest własnością Polskiego Czerwonego Krzyża i miasta Kościerzyny. Ma swoje stałe miejsce w Kościerskim Domu Kultury w Kościerzynie. Jest jedyną stałą wystawą w Polsce, trzecią w Europie i szóstą na świecie. Ekspozycja kościerska PCK – to miejsce szczególne. W trzydziestu pięciu oszklonych gablotach i na kilkunastu stelażach oglądać można wiele autentycznych dokumentów, legitymacji z początków XX wieku, medali, odznaczeń, oznak, pamiątek, proporców i sztandarów.

Czerwonokrzyską wystawę w Kościerzynie dedykowano „*Cierpiącym w przeszłości i dzisiaj oraz ludziom wielkiego serca i umysłu*”, o czym informowała duża tablica umieszczona nad wejściem do pierwszej siedziby Stałej Wystawy PCK. Jej zbiory początkowo były pogrupowane tematycznie w kilkunastu działach, m.in.: prekursorzy, interpretacja wojen konfliktów zbrojnych; Henry Dunant – twórca idei Czerwonego Krzyża; godło Czerwonego Krzyża, działalność Międzynarodowego Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężycy; młodzież czerwonokrzyska; honorowe krwiodawstwo; Historia i działalność Polskiego Czerwonego Krzyża; dzieciom – pamięć świata; harcerska Samarytanka; klub Wiewiórka; I pomoc w nagłych wypadkach; siostra Polskiego Czerwonego Krzyża; Czerwony Krzyż w filatelistyce. Zbiory liczą na około 4 000 eksponatów i wciąż się powiększają, aby stworzyć Muzeum PCK w Kościerzynie.



Fot. 1. Kącik z eksponatami noszy



Fot. 2. Kącik z eksponatami sanitarnymi

Źródło: fotografia autorstwa Jadwigi Zwara ze zbiorów Stałej Wystawy PCK w Kościerzynie

Zwiedzający wystawę mogą zobaczyć sprzęt medyczny, który służył do ratowania ludzkiego życia, a nawet zabytkowe nosze. Jest wiele książek, albumów i starych fotografii dotyczących historii Czerwonego Krzyża.

Ważną częścią przedstawiania działalności ruchu czerwonokrzyżskiego jest poświęcenie uwagi wielkiemu twórcy, pierwszemu nobliście w historii, Henry'emu Dunantowi. Zwiedzający mogą zapoznać się z jego biografią i czynami.

Na ekspozycji można dostrzec unikatowe medale: poświęcony działalności Marii Tarnowskiej, delegata w rozmowach kapitulacyjnych w Powstaniu Warszawskim, wybitny z okazji 100 rocznicy przyznania pokojowej Nagrody Nobla Henry'emu Dunantowi, ciekawym eksponatem jest Medal Orła Życia identyczny z tym, jaki otrzymał papież Jan Paweł II. Przedstawione zdjęcie poniżej prezentuje obrazek z wystawy, na którym Ojciec Święty otrzymał medal w złocie. Wystawa wzbogaciła się o przedmioty obrazujące działalność Czerwonego Krzyża w warunkach polowych, które obecnie znakomicie wzbogaciły wagon sanitarny PCK w Kościerskim Skansenie Kolejowym, który obecnie przejął Wystawę PCK.



Fot. 3. Medal Orła Życia wręczany św. J. P. II



Fot. 4. Dzieciom PAMIĘĆ Świata

Źródło: fotografia autorstwa Jadwigi Zwara ze zbiorów Stałej Wystawy PCK w Kościerzynie

Wystawa jest dla każdego i w każdym wieku, tak jak sama idea czerwonokrzyżska. Młodzież i dzieci chętnie zatrzymują się przy dziale zatytułowanym: „Dzieciom – Pamięć Świata” i „Młodzież Polskiego Czerwonego Krzyża”. Nierzadko młodzi ludzie całkowicie spontanicznie składają w tym skromnym miejscu hołd Dzieciom pomordowanym i cierpiącym. Ponadto ich uwagę przykuwają słowa i mądre treści zawarte w Hymnie Młodzieży Polskiego Czerwonego Krzyża, Marszu Drużyn Sanitarnych Polskiego Czerwonego Krzyża jak również i w Przykazaniach Młodzieży Czerwonego Krzyża. Ostatnim akcentem pierwotnej wystawy było zdanie greckiego

filozofa Epikura „*Próżna jest nauka filozofa, dzięki której nie zostaje uleczone żadne ludzkie cierpienie*”.

Zgromadzone na Kościerskiej Wystawie PCK informacje i eksponaty uświadamiają nam wszystkim, jaką wielką rolę ta Organizacja i nasze polskie Stowarzyszenie odgrywały w życiu światowej i polskiej społeczności. Z ekspozycji można wynieść i wynosić się wiele pożytecznych treści oraz wzorców godnych naśladowania, bowiem posiada cenne przedmioty, które w tych naszych, trudnych czasach tak rzadko spotykamy.

W 1999 roku Polski Czerwony Krzyż obchodził jubileusz 80-lecia istnienia. Kościerskie eksponaty zostały częściowo zaprezentowane na Zamku Królewskim w Warszawie w IV i V 1999 roku. Podczas uroczystości na Zamku Królewskim kościerskie zbiory cieszyły się dużym zainteresowaniem.

Zarząd Główny PCK w Warszawie wyróżnił Zarząd Rejonowy PCK w Kościerzynie medalem generała Józefa Hallera, za wzbogacenie tegoż jubileuszu kościerskimi eksponatami. Jest to jedyne odznaczenie tego typu na ziemiach Polski Północnej, i które można oglądać na wystawie.

Wartości historyczne i edukacyjne wystawy

Kościerska czerwonokrzyżska wystawa jest wystawą szczególną, nie tylko dlatego, że jest jedyna w kraju. To właśnie tu zatrzymał się czas dla jej głównego bohatera – Czerwonego Krzyża. Jest zwierciadłem minionego czasu, a zarazem rachunkiem sumienia, który swojemu czasowi wystawiają zebrane tu eksponaty. Chwyta za serce, wycisza w medytacji.



Fot. 5. Plakat PCK „*Człowiek nie jest sam*”

Źródło: fotografia autorstwa Jadwigi Zwara ze zbiorów Stałej Wystawy PCK w Kościerzynie

Ekspozycja bywa odwiedzana całymi klasami, grupami. Tu w otoczeniu wielu setek eksponatów odbywały się normalne lekcje, oczywiście za zgodą śp. pani kustosz Treder. Była to wtedy dla uczniów pouczająca forma rozrywki, żywa lekcja historii czy przysposobienia obronnego. Dzieci ciekawe, zadają mnóstwo pytań. Atmosfera zbiorów wpływa na nieuważliwie otaczający je świat poprzez pokazywanie wartości najwyższych. W związku z tym można wywnioskować, że wystawa stała PCK, a ściślej mówiąc – całe wizualne przedsięwzięcie ma duże walory dydaktyczne, poznawcze i wychowawcze z racji unikatowych eksponatów. Jest więc polecana każdemu, kto chce zgłębić nie tylko swoją wiedzę dotyczącą szlachetnej idei, z zakresu historii i działalności Czerwonego Krzyża, ale przede wszystkim, aby utrwalić już posiadaną wiedzę.

Na stałej wystawie czerwonokrzyżskiej w Kościerzynie podkreślano szczególnie mocno temat pomocy dla drugiego człowieka, ukazano inne tematy z działalności statutowej Czerwonego Krzyża ze zwróceniem uwagi na problem głodu na świecie, braku wody, ochrony środowiska naturalnego czy walki z AIDS.

Ekspozycja oprócz walorów wychowawczych czy szkoleniowych wnosi duży wkład w krzewienie idei humanitarnych, idei niesienia pomocy innym ludziom oraz idei krwiodawstwa pośród młodych ludzi. Jest to w dzisiejszym czasie konieczne, potrzebą chwili, bowiem wielu ludzi w codziennej pogoni za pieniądzem, zapomina o tych ponadczasowych wartościach. Wszak humanitaryzm, człowieczeństwo świadczy o wielkości człowieka, a nie o jego wartości. Ponadto wystawa kościerska o historii i działalności Czerwonego Krzyża była głosem w postawie: „*NIE – przeciwko przemocy!*”



Fot. 6. Oryginalna księga PTCK w Wiśniczu Nowym z lat 1920 - 1941

Źródło: fotografia autorstwa Jadwigi Zwara ze zbiorów Stałej Wystawy PCK w Kościerzynie

Wystawa dotyczyła m.in. tematyki edukacyjnej, kulturowej, prezentuje działalność z zakresu ochrony zdrowia, pomocy społecznej i charytatywnej.

Kościerska wystawa czerwonokrzyska identyfikowała się w grupie następujących tematów:

- Inicjatywy edukacyjne;
- Inicjatywy na rzecz kultury i dziedzictwa narodowego;
- Działalności z zakresu ochrony zdrowia, pomocy społecznej i charytatywnej.

Modyfikacja funkcjonowania Stałej Wystawy PCK w Kościerzynie

Z końcem lipca 2005 roku nastąpiła niespodziewanie całkowita likwidacja Oddziału Rejonowego biura PCK w Kościerzynie. W krótkim czasie prace ku reaktywowaniu w Kościerzynie w roku 2006 szły „pełną parą”. Reaktywacją objęto Szkolne Kluby HDK, Kluby HDK PCK i drużynę sanitarną. Proces ów zwieńczony został sukcesem powołania po kilkuletnim regresie Zarządu Rejonowego PCK w Kościerzynie w dniu 7 października 2006 roku.

Dzięki gościnności dyrekcji Kościerskiego Domu Kultury Zarząd Rejonowego PCK miał tam zgodę na prowadzenie naszej działalności przy już funkcjonującej Stałej Wystawie PCK (jedynej w Polsce, trzeciej w Europie i szóstej w świecie). Owa współpraca lokalnego PCK z dyrekcją Muzeum Ziemi Kościerskiej jest kontynuowana do dzisiaj, czego efektem jest możliwość korzystania honorowych dawców krwi z zwiedzania Skansenu Parowozowni z obecną tam wystawą PCK za darmo.

Funkcjonowanie wystawy PCK wzmoгло proces edukacyjny także w zakresie nauczania pierwszej pomocy oraz międzynarodowych działań humanitarnych w przeszłości i obecnie, choćby przez konwencje. Kościerski Oddział Rejonowy PCK może poszczycić się tym, że jego reprezentanci Szkolnych Drużyn Ratowniczych PCK wielokrotnie znajdowali się w czołówce polskich drużyn, a nawet mieli zaszczyt reprezentować nasz kraj na mistrzostwach Europy. Ekipa z „Ekonomika” pod kierunkiem dyrektor placówki Jarosławy Łonckiej w roku ubiegłym w Czernicy okazała się bezkonkurencyjna w etapie okręgowym i reprezentowała nasze województwo w Łodzi na zawodach ogólnopolskich zdobywając trzecie miejsce w kraju. Drużyna współpracuje ze służbami profesjonalnie zajmującymi się ratownictwem. Uczestniczy w wielu wspólnie organizowanych (akcjach), ćwiczeniach i działaniach ratunkowych. Obecnie pojawia się perspektywa powstania w „Ekonomiku” liceum ogólnokształcącego o profilu medycznym, co stwarza nowe możliwości doskonalenia pierwszej pomocy wśród młodzieży.

Ratownicy PCK nie spoczywają na laurach, a ich długoletnie działania mają za zadanie integrowania społeczeństwa w inicjowaniu ratownictwa w bezpieczeństwie powszechnym. Z biegiem lat absolwenci wymienionego „Ekonomika” stają się także odpowiedzialni za kościerskie bezpieczeństwo jako ratownicy medyczni, strażacy, policjanci, ratownicy WOPR czy samorządowcy.

Z roku na rok zarząd PCK stawiał sobie wyżej poprzeczkę. Determinacja obecnej Prezes Jadwigi Zwara była motorem działań w kierunku pozyskania lokalu biura PCK. Dzięki zmianom politycznym Urzędu Miasta w Kościerzynie, udało się pozyskać lokal dla PCK, który zapewniał prowadzenie stałych społecznych dyżurów biura PCK. To stabilne miejsce dało początek jeszcze prężniejszej pracy zarządu PCK w

Kościierzynie, który już gromadził coraz więcej honorowych dawców krwi i prowadził dla nich akcje krwiodawcze pod logiem PCK. Oddział Rejonowy PCK przez ostatnie lata wydawał żywność dla najbiedniejszych mieszkańców w ilości ponad 120 ton i jabłka wśród uczniów kościerskich szkół w ilości ponad 135 ton. Od pięciu lat prowadzi aktywizację sportowo-zdrowotną organizowane są Kaszubskie KRWIObiegi Uliczne Polskiego Czerwonego Krzyża na terenie Parowozowni z udziałem średnio 300 biegaczy w każdym. Prowadzono prelekcje i wystąpienia promujące zdrowy tryb życia podczas festynów i seminariów.

Ścisła współpraca lokalnego PCK z pozostałymi organizacjami zainaugurowała np. „Kartę ratowniczą pojazdu” i „Kopertę Życia”, akcje mające na celu zminimalizowanie czasu udzielania pomocy poszkodowanym w pojazdach i domach.

Fundament etyczny stworzony przez Międzynarodowy Ruch Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężyca jest przede wszystkim przewodnikiem poprzez konflikty i katastrofy, ku ofiarom, którym tę pomoc niesie. Także kościerski PCK obecnie potrafi sprostać zadania niesienia pomocy, w tym humanitarnej. Dzięki jego idei w straszną noc z 11 na 12 sierpnia 2017, kiedy nawałnica spustoszyła Kaszuby, ruszyła lawina pomocy. Ludzie nieśli ją tam, skąd inni uciekali. Także członkowie PCK z poświęceniem ruszyli na ratunek tam, gdzie natura wyrwała serce. Tym sercem był las. Tu gwałtowna nawałnica, której towarzyszyło niezwykle rzadkie w kraju zjawisko bow echo spowodowała ogromne zniszczenia na masową skalę. Pomorski Oddział Okręgowy stworzył akcję #PoBurzy, która przyczyniła się do uruchomienia grup ratowniczych PCK i pozyskania wsparcia finansowego dla poszkodowanych.

Wiele osób i członków PCK nie miało pojęcia, że wyjazd z pomocą w piątkową noc oznaczał całodobową walkę z poprzewracanymi drzewami na drogi czy budynki. Ci, którzy spieszyli z pomocą, dochodzili w pierwszym dniach pieszo, bo nie było jeszcze dojazdów, drogi były zatarasowane powalonymi drzewami czy słupami wysokiego i średniego napięcia. Spieszący z pomocą nosili na plecach sprzęt strażacki, gdy strażacy nie mogli dalej przejechać samochodami. Zabezpieczali uszkodzone budynki, pomagali też Enerdze – torując dukty pod linie energetyczne, by elektromonterzy mogli podjechać ciężkim sprzętem, odbudować linie, aby mieszkańcom przywrócono zasilanie elektryczne. Narażali własne zdrowie i życie, ratując zdrowie i życie innych. Byli nosicielem otuchy i nadziei, w tym trudnym czasie.

Powyżej opisane pospolite ruszenie z pomocą jest dowodem na fakt, że sprawą każdego członka PCK zarówno w Kościierzynie, sprawą milionów członków jest wcielanie w życie podstawowych zasad tak, że stają się one widoczne, a idee miłości i braterstwa głoszone od 100 lat na Ziemi Kościerskiej oraz 156 lat od powstania Czerwonego Krzyża i bronione przez ruch czerwonokrzyżski nie okazały się pustymi słowami.

W Kościierzynie od ponad 21 lat działa jedyna w Polsce, trzecia w Europie, a szósta w świecie Stała Wystawa PCK licząca około 5 tysięcy eksponatów, a założona przez Jadwigę Treder z okazji jubileuszu 600-lecia miasta. Założeniem śp. Jadwigi Treder było zachowanie tych śladów życia naszej społeczności dla tych, którzy po nas przyjdą.

Jednym z niezmiernie ważnych zadań własnych miasta i gminy oraz PCK, służących zaspokajaniu zbiorowych potrzeb wspólnoty jest troska o sprawy dotyczące instytucji kultury oraz ochrony zabytków dziedzictwa narodowego i opieki nad nimi. Zgodnie z koncepcją Zarządu Rejonowego Polskiego Czerwonego Krzyża w Kościerzynie i Stowarzyszenia Miłośników Stałej Wystawy PCK w Kościerzynie rozpoczęły się działania, aby na bazie Stałej Wystawy PCK zlokalizowanej w Kościerzynie utworzyć jedyne w Polsce, trzecie w Europie a szóste w świecie Muzeum PCK zgodnie z ustawą z dnia 21 listopada 1996 roku o muzeach i rozporządzeniem Ministra Kultury i Dziedzictwa Narodowego z dnia 15 maja 2008 roku w sprawie warunków sposobu i trybu przenoszenia muzealiów. Przy ogromnym zrozumieniu i wsparciu inicjatywy przez Burmistrza Miasta Kościerzyny Michała Majewskiego obrana wizja uczczenia jubileuszu 100-lecia PCK przez rozbudowę wystawy do muzeum staje się realna.

Celem jest utworzenie muzeum, które przyciągnie nie tylko pasjonatów, lecz również osoby pragnące w atrakcyjny sposób przyswoić historię czerwonokrzyską. Aby to osiągnąć, należy zapewnić ekspozycji element interaktywności, szczególnie gdy weźmiemy pod uwagę ogromną skalę wystawy. Utworzenie Muzeum Czerwonokrzyskiego w Kościerzynie będzie spełnieniem wieloletnich oczekiwań i pozwoli na wykreowanie miejsca, w którym można utwierdzać się w idei, ciągłości i tożsamości czerwonokrzyskiej, a także uczyć się jej rozumienia. Idee są być może jedynie śladami, które zawiodą nas do obiektów muzealnych!

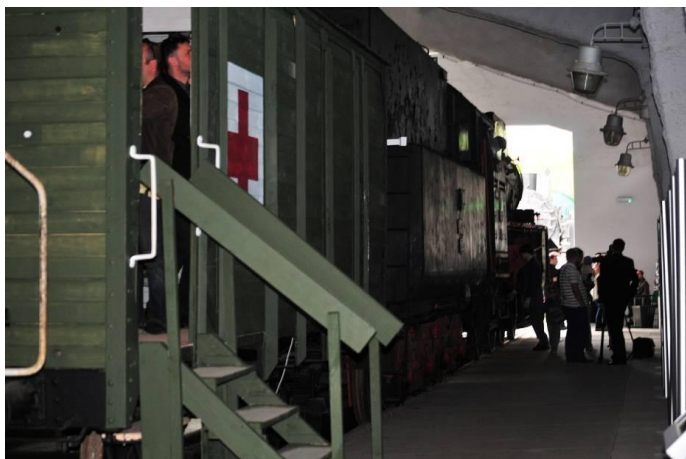
Z założenia muzeum miałoby być miejscem, w którym nie tylko można by było podziwiać eksponaty czerwonokrzyskie, ale również łączyłoby ono miłośników i sympatyków wszystkiego, co jest związane nie tylko z Polskim Czerwonym Krzyżem.

Jednym ze sposobów myślenia o muzeum jest myślenie o nim jako o siedlisku różnicy. Ono różni się od „przemysłu przeżyć”, od przeżyć fundowanych nam przez kapitalizm, od edukacji, od targów sztuki, odróżnia się samo przez się – jest odrębne, by móc poszukiwać tego, co może być odrębne. Inicjatorom zależy, by to miejsce było nie tylko muzeum, ale też miejscem spotkań również nie tylko dla mieszkańców. A grono osób, które chce przekazać pamiątki związane Czerwonym Krzyżem i Czerwonym Półksiężycem, co dzień się powiększa. Problem stanowi natomiast miejsce. Czerwonokrzyskie Muzeum będzie nie tylko wizytówką Kościerzyny, ale szansą dla całego regionu. Pokazywać będzie też źródła informacji o Czerwonym Krzyżu, jego zmaganiach i kierunku, w którym stowarzyszenie zmierza. Przyjmując takie założenie, Muzeum może stać się źródłem inspiracji dla gasnącej w chwili obecnej idei czerwonokrzyskiej. Niewątpliwie wzbogaci ono mapę polskich atrakcji i przyciągnie rzesze nie tylko rodzimych turystów.

Na Stałej Wystawie PCK w Kościerzynie zgromadzono dokumenty i sprzęt ratunkowy, medale, odznaki i oznaki, obligacje, książki, które ilustrują działalność Stowarzyszenia w różnych okresach historycznych – od jego narodzin po dzień dzisiejszy. Zaprezentowane są także podstawowe zasady Czerwonego Krzyża. Muzeum zachowuje pisemne świadectwa, przedmioty, liczne dokumenty upamiętniające narodziny i rozwój ruchu Czerwonego Krzyża. Zbiory obrazują udzielanie pomocy i transport rannych i chorych na przestrzeni lat, ruch

krwiodawstwa, a także już prawie 100-letnią działalność PCK na Ziemi Kościerskiej. W Kościerskim Domu Kultury odbyła się także kampania na rzecz zniesienia min przeciwpiechotnych.

W historię tę wpisała się mrówcza praca wielu osób. Dziełem jest pozostawiony trwały ślad, czyli kościerskie miejsca, w których zatrzymał się czas. Obecnie dzięki projektowi: „Pomorskiej Kolei Skarbnica – rewitalizacja zabytkowych obiektów Zespołu Parowozowni w Kościerzynie” z udziałem Polskiego Czerwonego Krzyża i Urzędu Miasta Kościerzyna, z zadowoleniem można spojrzeć na ekspozycję PCK w Skansenie Kolejnictwa, tzw. Parowozowni Muzeum Ziemi Kościerskiej.



Fot. 7. Zrekonstruowany wagon sanitarny PCK w Muzeum Kolejnictwa
Źródło: www.koscierzyna.naszemiasto.pl

Muzeum Kolejnictwa w Kościerzynie, które wcześniej funkcjonowało pod nazwą Skansen PKP Kościerzyna, działa od 1992 r. Jest to jedno z najchętniej odwiedzanych miejsc w powiecie kościerskim. Przyjeżdżają tu turyści z całego kraju, ale też goście zagraniczni. Tym, co ich przyciąga są z pewnością ciekawe eksponaty - dawne lokomotywy, parowozy, wagony czy też urządzenia towarowe. Wkrótce liczba odwiedzających może znacząco wzrosnąć, a to za sprawą prowadzonej na terenie placówki rewitalizacji. Skansen Parowozownia w Kościerzynie to miejsce wyjątkowe nie tylko na Pomorzu. Być może w niedalekiej przyszłości stanie się jeszcze bardziej atrakcyjne. Dyrekcja Muzeum Ziemi Kościerskiej, któremu podlega skansen, przeprowadziła rewitalizację tego obiektu, dzięki współpracy z PCK Kościerzyna ekspozycje o tematyce PCK wkomponowały się doskonale w funkcjonowanie Skansenu Kolejowego w Kościerzynie. Przedsięwzięcia pochłonęły prawie 2,2 miliona złotych. W ramach rewitalizacji powstała ekspozycja muzealna na miarę XXI wieku. Można zobaczyć w wyremontowanych pomieszczeniach, w oparciu o najnowsze sposoby prezentacji (infokioski, telewizory, ekrany dotykowe, projektory), przedstawiona została historia kolejnictwa, a także częściowo Polskiego Czerwonego Krzyża. Sporą atrakcją dla zwiedzających, a zwłaszcza dla dzieci, są również wielkie makiety kolejowe. Powstała sala

projekcyjna wyposażona w 85-calowy telewizor 3D. Przebywający w niej widzowie będą mogli odbyć podróż koleją z perspektywy maszynisty. Co roku skansen odwiedza około 32 tysięcy osób, lecz 2 maja 2014 roku dokonano oficjalnego otwarcia po rewitalizacji z odsłonięciem tablicy upamiętniającej zakończony projekt pn. „Pomorskiej kolei skarbnica – rewitalizacja zabytkowych obiektów Zespołu Parowozowni w Kościerzynie”. Następnie w nowej sali edukacyjnej przeprowadzono konferencję podsumowującą projekt. Przedstawiono m.in. rolę Polskiego Czerwonego Krzyża jako partnera projektu, ukazano zabytkowy charakter obiektu i drogę do jego zachowania podczas prac remontowych, a także znaczenie projektu dla rozwoju turystyki w regionie.

Następnie, zaproszonym gościom i szerokiej grupie zwiedzających zaprezentowano poszczególne elementy ekspozycji stałej. Szczególne zainteresowanie budziły makiety kolejowe oraz ręczna drezyna, którą można było odbyć przejażdżkę na odcinku 1 km. Powodzeniem również cieszyła się zorganizowana w jednej z sal multimedialna ekspozycja obrazująca działalność Czerwonego Krzyża. Dopełnieniem ekspozycji PCK jest wagon sanitarny. Dodatkowo, w zabytkowym wagonie osobowym, rozegrano I Błyskawiczny turniej „Bański”. Zmiany, jakie przeszło Muzeum Kolejnictwa, zostały pozytywnie odebrane przez 3 tys. osób, które zwiedziły parowozownię 2 maja 2014 roku.



Fot. 8. Otwarcie po rewitalizacji Muzeum Kolejnictwa wraz z wystawą PCK

Źródło: www.koscierzyna.naszemiasto.pl

Dobrze się zatem stało, że wspominamy historię swojej małej ojczyzny w całym jej bogactwie i złożoności. OR PCK w Kościerzynie w tej historii ma swój osobisty udział i związane z tym wspomnienia, co pozwoliło na uchronienie wielu zbiorów przed zniszczeniem i rozproszeniem. Warto je utrzymywać, aby żadne z nich nie zaginęły.

Rewitalizacja uświadomiła wszystkim, że to zwiedzający goście są motorem napędzającym do działania i rozwoju. To dla nich Muzeum Ziemi Kościerskiej i Stała

Wystawa PCK w Kościerzynie w ciągu tych lat zmieniali swoje oblicze, dostosowując działalność i oferowane usługi do ich potrzeb.

Warto podkreślić, że otwarcie nowego biura pozwoliło nam skutecznie kontynuować działalność Czerwonego Krzyża na terenie powiatu kościerskiego, nie tylko przez wspomniane wcześniej dziedziny jak krwiodawstwo, pierwszą pomoc, edukację i działalność humanitarną, z zbiórkę żywności i odzieży, wpieranie istnienia wystawy PCK, lecz także wychodzenie naprzeciw z potrzebą by nieść pomoc społeczeństwu wraz z zachowaniem stałego partnerstwa z samorządami, instytucjami. Obecny rok 2019 poświęcony 100-leciu PCK jest najdogodniejszą porą na dzieło utworzenia Muzeum PCK w Kościerzynie, w którym wszystkie instytucje wspierają inicjatorów. Czekając na zgodę z Zarządu Głównego PCK, są prowadzone uzgodnienia względem lokalizacji, koordynowania i finansowania projektu zapoczątkowanego w postaci wystawy przez śp. Jadwigi Treder.

Ankietowe badanie świadomości ruchu czerwonokrzyżskiego i wnioski

Pragnąc zdobyć odpowiedzi na pytania związane z wiedzą o Polskim Czerwonym Krzyżu przed obchodami 100-lecia jego istnienia, przeprowadzono anonimowe badania ankietowe na terenie Kościerzyny. Posłużono się, pięćdziesięcioma zestawami ankietowymi. Badania przeprowadzono w środowiskach: nauczycieli i osób związanych z PCK (honorowi dawcy krwi, opiekunowie szkolnych kół PCK, członkowie PCK).

Badania wzbudziły wśród respondentów zainteresowanie, a badani starali się odpowiedzieć szczerze, dopisując własne spostrzeżenia i uwagi.

Ostatecznie badaniu zostali poddani 32 nauczyciele i 18 osób ze środowiska czerwonokrzyżskiego. Ponadto nie kierowano się takimi zmiennymi jak: płeć, wiek, miejsce zamieszkania czy wykształcenie.

Tabela nr 1. Liczebność grupy według środowiska osób badanych

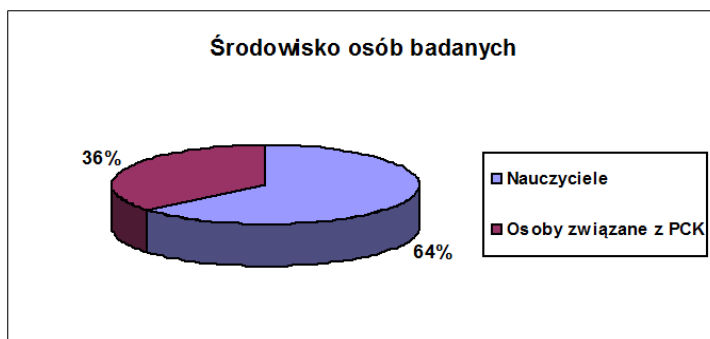
Środowisko	Liczba osób	Odsetek badanych
Nauczyciele	32	64%
Osoby związane z PCK	18	36%

Źródło: opracowanie własne

Uzyskane i podsumowane wyniki badań ankietowych przedstawiono w zamieszczonych tabelach, poniżej których omówiono otrzymane wyniki.

Badana grupa w 64% związana jest ze środowiskiem edukacyjno-wychowawczym i w 36% ze środowiskiem czerwonokrzyżskim.

W I zestawie ankiety, uciekając od wszelkich stereotypów, poproszono o zastanowienie się nad wstydlivym na początku XXI wieku, chociaż coraz bardziej obecnym, problemem głodu w perspektywie działań humanitarnych. Natomiast II zestaw miał na celu poznanie znajomości Polskiego Czerwonego Krzyża wśród wybranych losowo mieszkańców Kościerzyny.



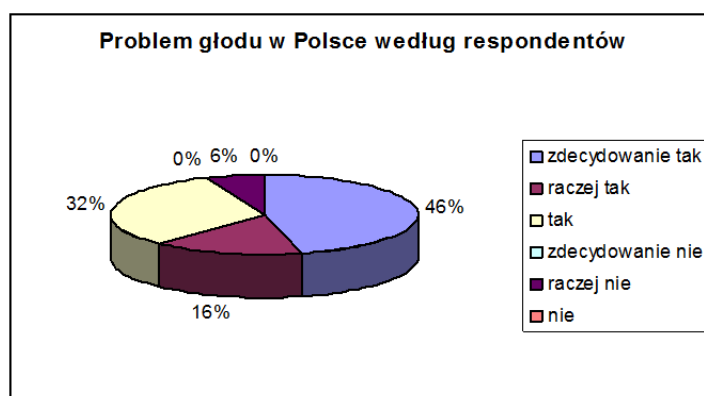
Wyk. 1. Środowisko osób badanych (tabela nr 1)

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań

Tabela nr 2. Jak sądzą Pani/Pan, czy istnieje w Polsce problem głodu?

Wzory odpowiedzi	Liczba odpowiedzi	Odsetek badanych	Odsetek nauczycieli	Odsetek osób związanych z PCK
Zdecydowanie tak	23	46%	53%	33%
Raczej tak	8	16%	9%	28%
Tak	16	32%	38%	22%
Zdecydowanie nie	0	0	0	0
Raczej nie	3	6%	0	17%
Nie	0	0	0	0

Źródło: opracowanie własne



Wyk. 2. Problem głodu w Polsce według (tabela nr 2)

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań

Zebrane wyniki informują, że 94% respondentów dostrzega problem głodu w Polsce. Prawie połowa – 46% postrzega ten problem jako bardzo istotny. W tej

grupie 53% stanowią nauczyciele, a 33% przedstawiciele różnych grup zawodowych zrzeszonych w czerwonokrzyskiej organizacji. Raczej nie ma problemu głodu – takie zdanie ma 17% badanych osób związanych z PCK i 6% z grupy nauczycieli.

W grupie nazywanej nauczycielską 91% podkreśla jego istnienie, natomiast tylko 9% raczej by go wskazywało.

Zdaniem prawie wszystkich badanych osób – głód faktycznie ma miejsce w naszej społeczności. Fakty te jednakże nie świadczą o tym, że respondenci mają do czynienia lub spotykają się osobiście z tym problemem. Wątpliwości te rozwiąże dalsza analiza udzielonych odpowiedzi.

Tabela nr 3. Czy miała Pani/Pan okazję zetknąć się osobiście z problemem głodu?

Wzory odpowiedzi	Liczba odpowiedzi	Odsetek badanych	Odsetek nauczycieli	Odsetek osób związanych z PCK
Zdecydowanie tak	23	46%	53%	33%
Raczej tak	13	26%	28%	22%
Tak	11	22%	19%	28%
Zdecydowanie nie	3	6%	0	17%
Raczej nie	0	0	0	0
Nie	0	0	0	0

Źródło: opracowanie własne

Udzielone odpowiedzi respondentów potwierdzają istnienie problemu głodu w Polsce. Aż 94% ogółu badanych osobiście zetknęło się z tą przykrą rzeczywistością. Sytuacja jest zatem alarmująca.

Odpowiedź w wierszu pierwszym – zdecydowanie tak – tabeli 3 jest identyczna z wierszem pierwszym tabeli 2. Informacja ta mówi, że aż 46% osób biorących udział w ankiecie osobiście zetknęło się z badanym przeze mnie problemem.

W związku z takimi odpowiedziami respondentów nasuwa mi się tylko jedna myśl, że w Polsce w jakimś stopniu panuje lub panował głód. W Kościerzynie bądź w jej okolicach ludzie są lub żyli głodni ludzie. 100% respondentów związanych ze środowiskiem edukacyjno-wychowawczym, czyli 32 osoby osobiście zetknęło się z tym problemem. Także, aż 83% osób związanych z PCK, utwierdza w przekonaniu, że problem żywieniowy jest ważnym i aktualnym problemem. Zdecydowanie nigdy nie zetknęło się z tą problematyką tylko 17% badanych osób ze środowiska czerwonokrzyskiego.

Te wysokie liczby mogą wskazywać również fakt, że dzieci – uczniowie są głodni. Dlatego w ostatnich latach PCK Kościerzyna wraz Pomorskim Oddziałem Okręgowym PCK w Gdańsku i wsparciu Komendy Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej w Kościerzynie prowadzili akcje żywnościowe dla potrzebujących.

Bardziej jasny obraz badania ujawni się po analizie kolejnych odpowiedzi.

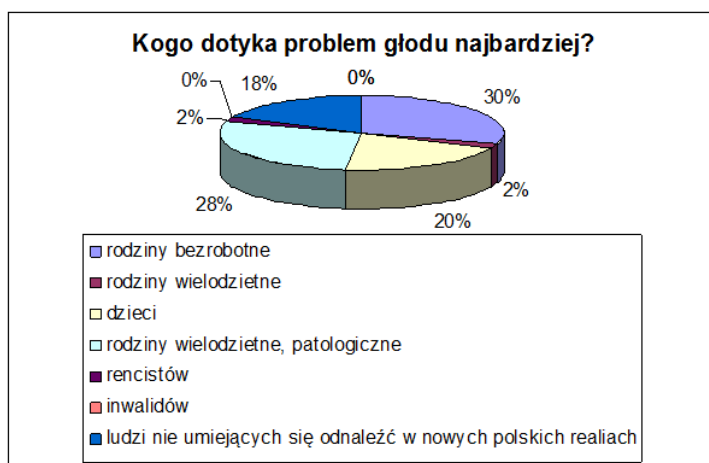
Tabela nr 4. Czy w Pani/Pana otoczeniu można zaobserwować problem głodu?

Wzory odpowiedzi	Liczba odpowiedzi	Odsetek badanych	Odsetek nauczycieli	Odsetek osób związanych z PCK
Zdecydowanie tak	20	40%	50%	22%
Raczej tak	5	10%	9%	11%
Tak	18	36%	35%	39%
Zdecydowanie nie	0	0	0	0
Raczej nie	5	10%	3%	22%
Nie	2	4%	3%	6%

Źródło: opracowanie własne

Problem głodu obserwuje w swoim otoczeniu aż 86% respondentów. W podziałach na grupy środowiskowe: znowu przeważa środowisko określane jako edukacyjno-wychowawcze. Dostrzega ten istotny problem aż 85% nauczycieli, raczej nie zaobserwowała go 1 osoba – 3% badanej grupy. Nie zaobserwowała oświadczyło 3% czyli również 1 osoba. W środowisku związanym z PCK jego zaobserwowanie zgłasza wysoki odsetek – 72% respondentów. Niespostrzeżenie głodu w swoim otoczeniu wskazuje również tylko 1 osoba – 6%, natomiast za raczej nie opowiedziało się 22% w tej grupie.

Analiza wskazanych przez respondentów odpowiedzi wskazuje zgodność zaobserwowania problemu i spotykania głodnych osób w środowiskach badanych.



Wyk. 3. Kogo dotyka problem głodu najbardziej (tabela nr 5)

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań

Tabela nr 5. Jak myśli Pani/Pan, kogo dotyka problem głodu najbardziej?

Wzory odpowiedzi	Liczba odpowiedzi	Odsetek badanych	Odsetek nauczycieli	Odsetek osób związanych z PCK
Rodziny bezrobotne	15	30%	28%	33%
Rodziny wielodzietne	1	2%	3%	0
Dzieci	10	20%	25%	11%
Rodziny wielodzietne, patologiczne	14	28%	16%	50%
Rencistów	1	2%	0	6%
Inwalidów	0	0	0	0
Ludzi nie umiejących się odnaleźć w nowych polskich realiach	9	18%	28%	0
Bezdomnych	0	0	0	0
Ludzi tylko z poza marginesu społecznego	0	0	0	0

Źródło: opracowanie własne

Odpowiedź respondentów na to pytanie przyniosła dane całkowicie inne od oczekiwanych w początkowej fazie badania. Grupa nauczycieli wskazała, że problem głodu najbardziej dotyka rodziny bezrobotne – 28% głosów za. Podliczone głosy ogółu badanych potwierdza 30% odsetek respondentów.

50% odsetek osób ze środowiska czerwono krzyskiego wskazał, że problem głodu najbardziej dotyka rodziny wielodzietne, patologiczne. Natomiast 33% odsetek badanych – rodziny bezrobotne.

Badania również wskazują, że omawiany problem dotyczy także 18% odsetka ogółu respondentów wśród ludzi nieumiejących się odnaleźć w nowych polskich realiach.

Oba środowiska nie wskazały na występowanie problemu głodu pośród inwalidów, bezdomnych i ludzi (tylko) z poza marginesu społecznego. Dane te nie świadczą, jednakże o tym, że tych grup społecznych problem ten nie dotyka. Potwierdzają tylko fakt, że ankietowani po prostu nie mieli do czynienia z tymi grupami w swoich środowiskach.

Tabela nr 6. Czy widzi Pani/Pan jakieś możliwości poradzenia z tym problemem lub jego rozwiązaniem?

Wzory odpowiedzi	Liczba odpowiedzi	Odsetek badanych	Odsetek nauczycieli	Odsetek osób związanych z PCK
Tak	19	38%	41%	33%
Raczej tak	17	34%	31%	39%
Nie	8	16%	12%	22%
Raczej nie	6	12%	16%	6%

Źródło: opracowanie własne

Udzielający odpowiedzi na to pytanie byli prawie jednomyślni. Stanowiący 72% odsetek wszystkich badanych jest identyczny z wysokością odsetka badanych nauczycieli i odsetkiem osób związanych ze środowiskiem PCK. Tak lub raczej tak brzmi odpowiedź na pytanie w sprawie możliwości poradzenia sobie z problemem głodu. Aczkolwiek z danych wynika zgodność na tak, jednakże uwagi respondentów są ciekawe i trafne. Cytowania osób badanych: „praca, etyka – moralność – wzorce ludzkie”, „aby komuś pomóc, on sam musi chcieć sobie pomóc i uwierzyć, że może być inaczej”, „zmiana polityki prorodzinnej”, „wprowadzenie minimum socjalnego dla osób bezrobotnych”, „praca”, „można by zmobilizować ludzi do pracy, dzieciom udzielić pomocy w szkole (obiady, kanapki)”, „sprawa jest podyktowana sposobem rządzenia państwem przez rząd”, „praca – nie ma pracy”.

Aż 28% odsetek osób badanych jest pesymistycznie nastawiony do możliwości wyjścia z problematyki głodu, nie widzą rozwiązań w tym kierunku.

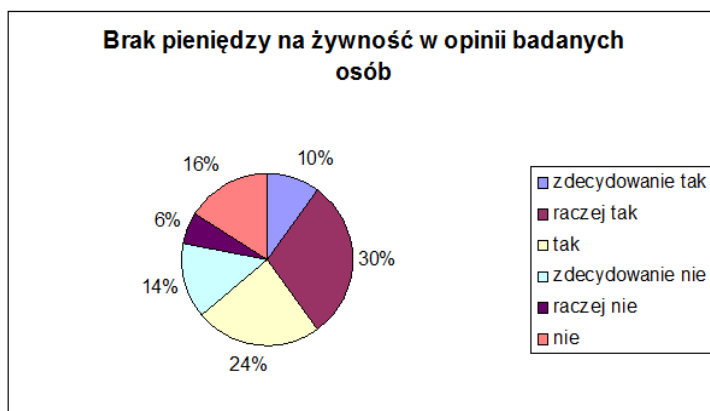
Tabela nr 7. Czy w Pani/Pan domu w ciągu ostatnich lat brakowało pieniędzy na żywność?

Wzory odpowiedzi	Liczba odpowiedzi	Odsetek badanych	Odsetek nauczycieli	Odsetek osób związanych z PCK
Zdecydowanie tak	5	10%	9%	11%
Raczej tak	15	30%	19%	50%
Tak	12	24%	34%	6%
Zdecydowanie nie	7	14%	16%	11%
Raczej nie	3	6%	6%	6%
Nie	8	16%	16%	16%

Źródło: opracowanie własne

Odpowiedzi udzielane przez badane osoby są porównywalne w treści na: zdecydowanie nie, nie i raczej nie brakowało pieniędzy na jedzenie.

Do braku pieniędzy na wyżywienie przyznało się aż 64% badanych osób. W tej liczbie odsetek nauczycieli stanowi 62%, natomiast 67% - odsetek osób związanych ze środowiskiem czerwono krzyskim.



Wyk. 4. Brak pieniędzy na żywność w opinii badanych osób (tabela nr 7)
Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań

Zdecydowany brak środków pieniężnych wskazało 9% osób ze środowiska edukacyjno-wychowawczego jak również 11% osób związanych z organizacją czerwono krzyżską. Natomiast połowa respondentów z tej ostatniej grupy twierdziła, że raczej im brakowało na jedzenie.

Tabela nr 8. Czy w ciągu ostatnich lat zdarzyło się w Pani/Pana gospodarstwie domowym wyrzucać jedzenie, a jeżeli tak to dlaczego?

Wzory odpowiedzi	Liczba odpowiedzi	Odsetek badanych	Odsetek nauczycieli	Odsetek osób związanych z PCK
Zdecydowanie tak	2	4%	3%	6%
Chyba tak	5	10%	3%	22%
Tak	8	16%	10%	27%
Chyba nie	2	4%	6%	0
Nie	10	20%	28%	6%
Nigdy	23	46%	50%	39%

Źródło: opracowanie własne

Udzielone odpowiedzi na tak sformułowane pytanie są pewnego rodzaju zaskoczeniem. Aż 30% odsetek respondentów kupuje zdecydowanie za duże ilości jedzenia, ale jednocześnie wyjaśnia: „w obawie, że może czegoś, dla kogoś zabraknąć!”. Innym powodem obfitych zakupów jest też „częste wpadanie znajomych”. Jedna z osób badanych wskazała, że kupuje duże ilości jedzenia, tylko wtedy, gdy zakupów dokonuje w towarzystwie znajomych – tych bogatszych! – podkreśliła. Przyczyna tkwi we wstydzie i niechęci przyznawania się do odczuwania niedostatku.

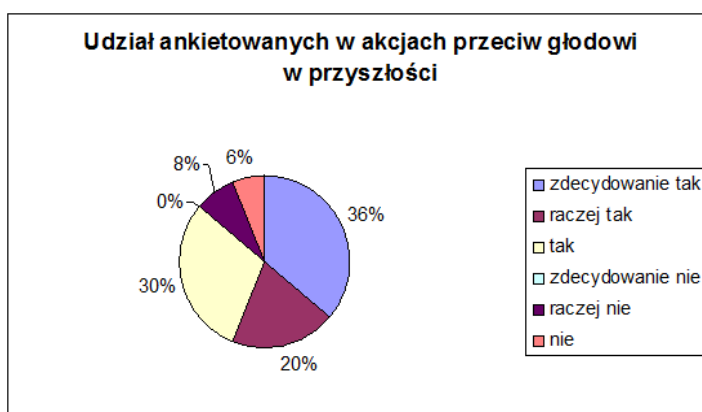
Z kolei 55% badanej grupy, związanej ze środowiskiem PCK zadeklarowało wyrzucanie jedzenia, również i wskazywało brak pieniędzy na żywność. Jednocześnie grupa ta wyjaśniała, że nadmiaru żywności nie wyrzucają fizycznie do kosza na śmieci. Usprawiedliwiając siebie, pisali: „oddaję nadwyżki żywności konkretnym osobom, którymi stale się opiekuję”, „osobiście poznałam te rodziny”, „obecnie takie wspieram”, „jestem członkiem PCK i chociaż brakuje mi pieniędzy, staram się kupować więcej, po to, żeby dziecko mogło zanosić jedzenie rodzinie bezrobotnej, wielodzietnej bez prawa do zasiłków. Ta konkretna rodzina żyje z jałmużny. Z pomocy społecznej otrzymują tylko 200 zł stałego zasiłku”. Wypowiedź przepisana z ankiety w całości i pozostawiam bez komentarza.

Tabela nr 9. Czy słyszała Pani/Pan o akcjach mających na celu zmniejszenie problemu głodu w Polsce?

Wzory odpowiedzi	Liczba odpowiedzi	Odsetek badanych	Odsetek nauczycieli	Odsetek osób związanych z PCK
Tak, brałam nawet udział	37	74%	69%	83%
Tak	13	26%	31%	17%
Nie	0	0	0	0

Źródło: opracowanie własne

100% ankietowanych zgodnie oświadczyło, że słyszało o akcjach mających na celu zmniejszenie problemu głodu w Polsce, a nawet brało w nich jakikolwiek udział łącznie 74% badanych osób. Z grona uczestniczących 2 osoby okazały się organizatorami takich akcji z ramienia PCK.



Wyk. 5. Udział ankietowanych w akcjach przeciw głodowi w przyszłości (tabela nr 10)

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań

Tabela nr 10. Czy wzięłyby Pani/ wzięłyby Pan udział w akcjach przeciw głodowi w Polsce w przyszłości?

Wzory odpowiedzi	Liczba odpowiedzi	Odsetek badanych	Odsetek nauczycieli	Odsetek osób związanych z PCK
Zdecydowanie tak	18	36%	41%	28%
Raczej tak	10	20%	19%	22%
Tak	15	30%	31%	28%
Zdecydowanie nie	0	0	0	0
Raczej nie	4	8%	6%	11%
Nie	3	6%	3%	11%

Źródło: opracowanie własne

Przeważająca część ankietowanych osób zadeklarowała chęć uczestniczenia w akcjach mających na celu zmniejszenie głodu. 22% odsetek osób związanych ze środowiskiem czerwokrzyżskim i 9% odsetek nauczycieli raczej nie lub nie wzięłyby udziału w takich akcjach. Podsumowując tę myśl odsetek 14% ogółu osób poddanych badaniom nasuwa pytania o powody niechęci: brak czasu?, czy źle przeprowadzona akcja?

Tabela nr 11. Czy wie Pani/Pan co oznacza skrót PCK?

Wzory odpowiedzi	Liczba odpowiedzi	Odsetek badanych	Odsetek nauczycieli	Odsetek osób związanych z PCK
Tak	48	96%	94%	100%
Nie	2	4%	6%	0

Źródło: opracowanie własne

Odpowiedź na to proste pytanie jest potwierdzeniem, że nie wszyscy znają ten popularny skrót. 4% respondentów to 6% odsetek nauczycieli identyfikujących Polski Czerwony Krzyż z organizacją Honorowych Dawców Krwi.

Z pośród uzyskanych wypowiedzi respondentów przedstawione zostały najciekawsze: „polski odpowiednik Międzynarodowego Czerwonego Krzyża”, „organizacja HDK”, „organizacja charytatywna z tradycjami historycznymi”.

Tabela nr 12. Czy znak PCK jest znakiem chronionym?

Wzory odpowiedzi	Liczba odpowiedzi	Odsetek badanych	Odsetek nauczycieli	Odsetek osób związanych z PCK
Tak	38	76%	62%	100%
Nie wiem	7	14%	22%	0
Nie	5	10%	16%	0

Źródło: opracowanie własne

Z tym pytaniem już badane osoby miały kłopoty, ponieważ zaproponowano odpowiedzi: tak i nie, ankietowani dopisali nie wiem. Odsetek 38% grupy edukacyjno-wychowawczej wskazującej odpowiedzi: nie wiem i nie – powinien budzić niepokój. Osoby nieznające na nie odpowiedzi powinny jej dociec w efekcie końcowym.

Tabela nr 13. Czy zna lub słyszała Pani/Pan o przeprowadzanych akcjach PCK w Kościerzynie?

Wzory odpowiedzi	Liczba odpowiedzi	Odsetek badanych	Odsetek nauczycieli	Odsetek osób związanych z PCK
Tak	37	74%	69%	83%
Nie	13	36%	31%	17%

Źródło: opracowanie własne

Analiza udzielonych przez respondentów odpowiedzi potwierdza częściową nieznajomość działań podejmowanych przez organizacje pozarządowe na terenie Kościerzyny. Ankietowani zbiórki odzieży dokonywane przez Caritas przypisywali Polskiemu Czerwonemu Krzyżowi – myląc znak PCK ze znakiem Caritasu. Akcje organizowane przez kościerski wolontariat utożsamiane też były z akcjami PCK. Wystawa PCK w Domu Kultury także nie może być kojarzona z jakąkolwiek akcją.

Odsetek aż 36% ogółu badanych osób świadczy o fakcie konieczności podjęcia na terenie Kościerzyny działań propagujących Polski Czerwony Krzyż w szczególności w kwestii rozpoznawania znaku. O akcjach przeprowadzanych przez PCK na terenie Kościerzyny nic nie wie ani nawet nie słyszał 31% odsetek nauczycieli, ale również 17% odsetek osób związanych z tą Organizacją.

Tabela nr 14. Czy wie Pani/Pan coś o Honorowych Dawcach Krwi?

Wzory odpowiedzi	Liczba odpowiedzi	Odsetek badanych	Odsetek nauczycieli	Odsetek osób związanych z PCK
Tak	45	90%	84%	100%
Nie	5	10%	16%	0

Źródło: opracowanie własne

Zebrane wyniki potwierdzają brak wiedzy również w tym zakresie u 10% wszystkich respondentów, czyli 16% odsetka grupy edukacyjno-wychowawczej. Potwierdzeniem istniejących wątpliwości niechaj będą stwierdzenia badanych: „słyszałam o przywilejach”, „nie – osobiście nie znam”, „słyszałam o akcjach zbiórki krwi”.

Tabela nr 15. Czy jest Pani/Pan Honorowym Dawcą Krwi?

Wzory odpowiedzi	Liczba odpowiedzi	Odsetek badanych	Odsetek nauczycieli	Odsetek osób związanych z PCK
Tak	29	58%	44%	83%
Nie	21	42%	56%	17%

Źródło: opracowanie własne

Analiza wypowiedzi na to pytanie nasuwa kolejne wątpliwości. 42% respondentów nie jest członkiem klubów HDK. W gronie tych osób są przedstawiciele deklarujący przynależność do PCK. Czyżby przeszkodą były uwarunkowania zdrowotne?

Tabela nr 16. Czy chciałaby Pani / chciałby Pan nim zostać w przyszłości?

Wzory odpowiedzi	Liczba odpowiedzi	Odsetek badanych	Odsetek nauczycieli	Odsetek osób związanych z PCK
Tak	26	52%	34%	83%
Nie	24	48%	66%	17%

Źródło: opracowanie własne

Analiza tak sformułowanego pytania podzieliła osoby badane na połowę. Za nie chcę być Honorowym Dawcą Krwi – badane osoby zgłaszały: „nie jestem i nie chcę”, „byłam – nie”, „nie, nie zamierzam”. Tylko 3 osoby zadeklarowały względy zdrowotne. Zatem należałoby doszukiwać się powodów takich odpowiedzi w głębszym zrozumieniu przesłanek badanych osób.

Tabela nr 17. Czy słyszała Pani/Pan o akcjach pomocy PCK dla ofiar katastrof?

Wzory odpowiedzi	Liczba odpowiedzi	Odsetek badanych	Odsetek nauczycieli	Odsetek osób związanych z PCK
Tak	50%	100%	100%	100%
Nie	0	0	0	0

Źródło: opracowanie własne

Według odpowiedzi 100% respondentów wskazują, że każdy z nich słyszał o akcjach pomocy dla ofiar katastrof zarówno w skali ogólnopolskiej, jak i międzynarodowej. Najczęściej o nich dowiadawali się za pośrednictwem telewizji.

Ankietowani informowali ponadto, że w Kościerzynie nigdy takich akcji nie przeprowadzono.

Tabela nr 18. Czy w jakikolwiek sposób włączała Pani/Pan do takiej pomocy?

Wzory odpowiedzi	Liczba odpowiedzi	Odsetek badanych	Odsetek nauczycieli	Odsetek osób związanych z PCK
Tak	43	86%	88%	83%
Nie	7	14%	12%	17%

Źródło: opracowanie własne

Analiza tej konkretnej odpowiedzi utwierdza, że nie każdy, kto dowiaduje się o takiej czy innej akcji będzie jej uczestnikiem, lub ofiarodawcą na rzecz osób nią objętych. Respondenci także informowali, że przekazywanie datków finansowych jest dla nich najmniej obciążającą formą włączania się. Jeden głos badanego wyróżnił się z ogółu: „W stanie wojennym MKCK pomógł mojej rodzinie, mnie – teraz moim obowiązkiem jest pomagać potrzebującym”.

Tabela nr 19. Czy PCK udziela pomocy ofiarom przemocy w rodzinie?

Wzory odpowiedzi	Liczba odpowiedzi	Odsetek badanych	Odsetek nauczycieli	Odsetek osób związanych z PCK
Tak	9	18%	25%	6%
Nie	41	82%	75%	94%

Źródło: opracowanie własne

82% ankietowanych nie posiada wiadomości o celach i podstawowej działalności Polskiego Czerwonego Krzyża – „zapobieganiu cierpieniom ludzkim i ich łagodzeniu we wszelkich okolicznościach [...]”¹.

¹ Statut Polskiego Czerwonego Krzyża, Warszawa, s. 6.

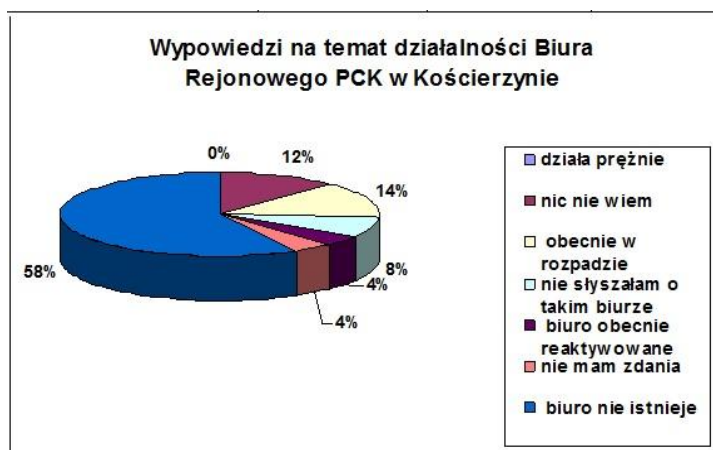
Tylko 18% respondentów znało poprawną odpowiedź na pytanie: odsetek 25% grupy związanej ze środowiskiem edukacyjno-wychowawczym. Honor osób związanych z PCK uratowany został przez 1 ankietowanego.

Kolejne, ostatnie pytania miały na celu pozyskanie informacji o działalności Rejonowego Biura PCK na terenie Kościerzyny.

Tabela nr 20. Czy zechciałaby się Pani/Pan wypowiedzieć na temat działalności Rejonowego Biura PCK w Kościerzynie?

Wzory odpowiedzi	Liczba odpowiedzi	Odsetek badanych	Odsetek nauczycieli	Odsetek osób związanych z PCK
Działa prężnie	0	0	0	0
Nic nie wiem	6	12%	9%	16%
Obecnie w rozpadzie	7	14%	6%	28%
Nie słyszałam o takim biurze	4	8%	13%	0
Biuro obecnie reaktywowane	2	4%	0	11%
Nie mam zdania	2	4%	3%	6%
Biuro nie istnieje	29	58%	69%	39%

Źródło: opracowanie własne



Wyk. 6. Wypowiedzi na temat działalności Biura Rejonowego PCK w Kościerzynie (tabela nr 20)

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań

Grupa 78% badanych respondentów potwierdziła fizyczny brak Rejonowego Biura PCK w Kościerzynie. W tej liczbie aż 82% odsetek badanych nauczycieli wskazuje jego brak. Osoby z grupy czerwonoekrzeskiej tylko za pośrednictwem 39% odsetka informują o jego nieistnieniu. 28% odsetek tej grupy twierdzi, że Biuro jest „obecnie w rozpadzie”.

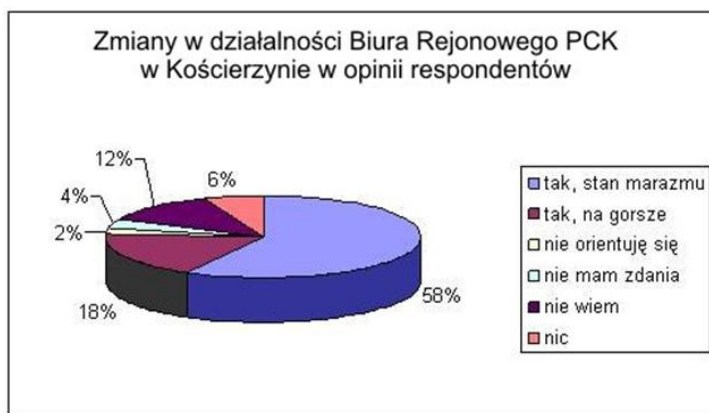
Dla wielu nauczycieli – opiekunów Szkolnych Kół PCK, członków Klubów HDK, osób oczekujących pomocy ze strony PCK stanowi ten fakt niewątpliwie duże utrudnienie w realizacji planowanych zadań.

Tabela nr 21. Czy w Pani/Pana otoczeniu coś zmieniło się w działalności Rejonowego Biura PCK w Kościerzynie?

Wzory odpowiedzi	Liczba odpowiedzi	Odsetek badanych	Odsetek nauczycieli	Odsetek osób związanych z PCK
Tak, stan marazmu	29	58%	72%	33%
Tak, na gorsze	9	18%	19%	17%
Nie orientuję się	1	2%	3%	0
Nie mam zdania	2	4%	3%	6%
Nie wiem	6	12%	0	33%
Nic	3	6%	3%	11%

Źródło: opracowanie własne

Uzyskane wyniki od 76% respondentów na to pytanie potwierdziły całkowity brak działań Biura Rejonowego PCK w Kościerzynie. Głosy ankietowanych oscyływały wokół: „nic nie słychać i widać” lub „brak całkowicie działania.



Wyk. 7. Zmiany w działalności Biura Rejonowego PCK w Kościerzynie w opinii respondentów (tabela nr 21)

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań

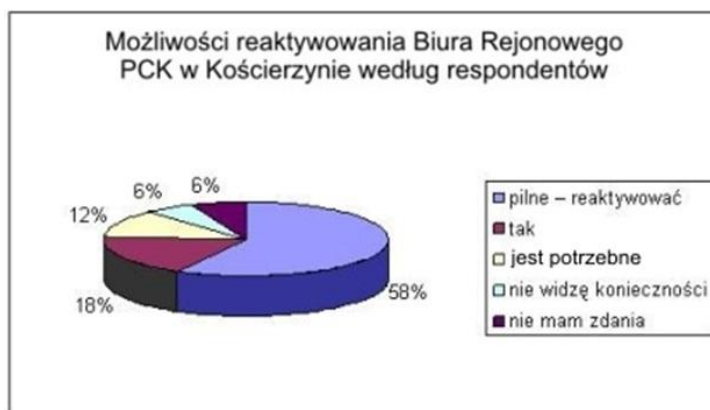
Snując „czarną wizję” wokół tematu „działalność Biura Rejonowego PCK w Kościerzynie”, zadano ostatnie pytanie dotyczące jego reaktywowania. Opinie osób badanych przedstawiono w tabeli nr 22.

Tabela nr 22. Czy widzi Pani/Pan możliwość reaktywowania działalności Rejonowego Biura PCK w Kościerzynie?

Wzory odpowiedzi	Liczba odpowiedzi	Odsetek badanych	Odsetek nauczycieli	Odsetek osób związanych z PCK
Pilne – reaktywować	29	58%	72%	33%
Tak	9	18%	0	50%
Jest potrzebne	6	12%	19%	0
Nie widzę konieczności	3	6%	3%	6%
Nie mam zdania	3	6%	6%	11%

Źródło: opracowanie własne

Za istnieniem możliwości reaktywowania działalności Biura PCK w Kościerzynie wypowiedziało się 88% respondentów. Jednakże 6% nie widzi takiej konieczności, a kolejne 6% nie ma wyrobionego zdania na ten temat.



Wyk. 8. Możliwości reaktywowania Biura Rejonowego PCK w Kościerzynie w opinii respondentów (tabela nr 22)

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań

Analiza uzyskanych wyników nie tylko utwierdza w przekonaniu, że problem głodu jest już zagadnieniem priorytetowym. Niski odsetek pozytywnych odpowiedzi uzyskanych w I zestawie ankiety poświadcza niewątpliwie postępującą pauperyzację mieszkańców Kościerzyny. W związku z uzyskanymi danymi wnioskuje się za objęciem efektywniejszego działania PCK, w których pomoc czerwonokrzyska może przywrócić ludziom godność, jak również okazać się nieocenioną. Ważne, aby w przyszłości prowadzić czytelniejszy przekaz medialny do społeczeństwa prowadzonej działalności. Głosy 88% badanych osób pozwalają wobec tego zasadnie stwierdzić, że Biuro Rejonowe PCK w Kościerzynie powinno zostać reaktywowane. Co może oznaczać tylko jedno, że trzeba po-

szerzyć zakres działalności, a obecnie prowadzoną realizować efektywniej, eksponując jej skutki.

Podsumowanie

Niniejsze opracowanie ma za zadanie przedstawić rolę i znaczenie pozarządowych organizacji Polskiego Czerwonego Krzyża w świadomości społecznej. Jednym z przykładów już 100-letniej historii jest funkcjonowanie PCK w Kościerzynie. Obecnie funkcjonujący Oddział Rejonowy Polskiego Czerwonego Krzyża w Kościerzynie prezentuje swoje działania poza przyjętymi ramami struktur międzynarodowej działalności czerwonokrzyskiej przez utworzenie i prowadzenie Stałej Wystawy PCK w Kościerzynie, której celem jest zwiększanie świadomości społecznej nt. wpływu ruchu czerwonokrzyskiego na życie społeczeństwa. Zaprezentowano funkcjonowanie Stałej Wystawy PCK w Kościerzynie i jej modernizację przeprowadzoną w celu zwiększenia jej oddziaływania w świadomości nie tylko kościerskiej społeczności. Podjęte działania przez szereg instytucji przyczyniły się do rozwoju wystawy PCK, która w przyszłości może zafunkcjonuje jako Muzeum PCK w Kościerzynie.

Przeprowadzone badanie ukazuje odbiór problemu głodu wśród społeczności kościerskiej, a także świadomość oddziaływania i zapewniania bezpieczeństwa humanitarnego przez działania czerwonokrzyskie. Mimo iż respondenci dostrzegali problem głodu w swoim otoczeniu, nie do końca widzieli działania realizowane przez Polski Czerwony Krzyż. Dostrzega się także u nielicznego grona osób badanych niechęć do włączenia się w działania zapobiegawcze, jakie prowadzi PCK. Mimo już długiego funkcjonowania Kościerskiego PCK respondenci wskazywali na słabe oddziaływanie społeczne organizacji, a także na konieczność dalszej modernizacji dla efektywniejszego jej postrzegania jako organizacji NGO XXI z 100-letnim doświadczeniem, która w przyszłości dodatkowo nabierze znaczenia jako istotny element ochrony ludności w RP z sektora organizacji pozarządowych, stanowiący istotną część projektowanego systemu ratowniczego².

Piśmiennictwo

Publikacje

1. Pajkiert Vela P., *Pomoc międzynarodowa w sytuacji klęsk i katastrof – wytyczne w zakresie wsparcia przez państwo-gospodarza*, Polski Czerwony Krzyż, Warszawa 2014, s. 110.

Źródła internetowe

1. www.koscierzyna.naszemiasto.pl, [dostęp: 12.07.2019].

² P. Pajkiert Vela, *Pomoc międzynarodowa w sytuacji klęsk i katastrof – wytyczne w zakresie wsparcia przez państwo - gospodarza*, Polski Czerwony Krzyż, Warszawa 2014, s. 110.

Akty prawne

- 1.** Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 20 września 2011 r. w sprawie zatwierdzenia statutu Polskiego Czerwonego Krzyża, Dz.U. 2011 nr 217 poz. 1284, Warszawa 2011, s. 6.

Notki biograficzne autorów¹

Nauczyciel akademicki – profesor:

Prof. dr hab. Oksana Zabolotna – czołowy ekspert w dziedzinie pedagogiki porównawczej. Specjalistka w zakresie metod badawczych i analizy danych. Ma ponad 15-letnie doświadczenie jako badacz w dziedzinie edukacji oraz jako doradca naukowy dla instytucji akademickich. Ma bogate doświadczenie w projektowaniu i zarządzaniu projektami, zarówno badawczych, jak i w zakresie mobilności akademickiej. Pracowała w projektach Erasmus Mundus (Eminence I EMINENCE II) jako współkoordynator i koordynator Jean Monnet Module „Ukraina-UE: Transkulturowe porównanie w badaniach edukacyjnych” (2016–2019), Jean Monnet Support to Associations Project (2017–2020), „Badanie nauczania i uczenia się według metodologii TALIS” (2017), „Ułatwienie dialogu międzykulturowego na temat mniejszości narodowych” (2018), „Na edukacyjnym rozdrożu: evidence-based dialog z mniejszościami narodowymi w regionach Czerniowiec i Zakarpacia” (2019). Redaktor naczelny czasopisma „Studia Porównawczo-Pedagogiczne”. Jako wiceprezes Ukraińskiego Stowarzyszenia Badań Edukacyjnych jest zaangażowana w działania na rzecz rozwoju potencjału i tworzenia sieci na Ukrainie i za granicą. Promotor 10 projektów badawczych (prace doktorskie w dziedzinie pedagogiki porównawczej, w tym 5 w zakresie różnych zagadnień edukacji w krajach UE). Zainteresowania naukowe i zawodowe dotyczą badań edukacyjnych oraz badań w działaniu i zarządzania projektami UE.

E-mail: oxana.zabolotna@gmail.com

Dr hab. Janusz Gierszewski – profesor Akademii Pomorskiej w Słupsku i WSBPiI Apeiron w Krakowie, dyrektor Instytutu Bezpieczeństwa Narodowego AP. Zajmuje się problematyką bezpieczeństwa narodowego, a w szczególności organizacją systemu bezpieczeństwa wewnętrznego i bezpieczeństwem społecznym. Uwzględniając interdyscyplinarny charakter badań nad bezpieczeństwem, podejmuje także zagadnienia organizacyjnej, prawnej oraz historycznej problematyki tego obszaru. Autor około 100 prac naukowych z różnych aspektów bezpieczeństwa. Najważniejsze to: *Organizacja systemu bezpieczeństwa społecznego*, Warszawa 2013, *Bezpieczeństwo wewnętrzne. Zarys systemu*, Warszawa 2013, *Bezpieczeństwo społeczne. Studium z zakresu bezpieczeństwa narodowego*, Warszawa 2013, *Bezpieczeństwo społeczne w małym środowisku wychowawczym* (z T. Biernatem), Toruń 2013, *Społeczny wymiar bezpieczeństwa człowieka* (z A. Pieczywokiem), Warszawa 2019. Redaktor naczelny „Studiów nad bezpieczeństwem”. Ma bogate doświadczenie praktyczne (mł. insp. Policji w st. spocz., 17 lat na kierowniczych stanowiskach w Policji i szkolnictwie wyższym, dziekan i rektor w PWSH Pomerania) oraz dydaktyczno-naukowe. Promotor

¹ Alfabetycznie wg stopni naukowych i tytułów zawodowych w kolejności zajmowanych stanowisk.

przeszło 100 prac magisterskich i licencjackich, recenzent wielu prac dyplomowych, doktorskich, przewodów habilitacyjnych oraz monografii i artykułów naukowych.

E-mail: janusz.gierszewski@apsl.edu.pl

Dr hab. Arkadiusz Stanula, profesor AWF – kierownik Katedry Sportów Indywidualnych Akademii Wychowania Fizycznego im. Jerzego Kukuczki w Katowicach. W latach 2007–2016 był kierownikiem Zakładu Metodologii, Statystyki i Informatyki AWF Katowice. Jest autorem ponad 200 publikacji naukowych i dydaktycznych z zakresu teorii i praktyki sportu oraz z obszaru ratownictwa wodnego. W swoim dorobku posiada 41 prac opublikowanych w czasopismach z tzw. listy filadelfijskiej (łącznie IF = 39,23, index Hircha = 7). Jest autorem dwóch oraz współautorem pięciu monografii naukowych, a także głównym autorem w pracach publikowanych w czasopismach tzw. listy filadelfijskiej, w których przedstawiono wyniki badań prowadzonych na zawodnikach gier zespołowych (piłkarzach nożnych i hokeistach na lodzie). Ma uprawnienia trenera pływania I klasy, instruktora kajakarstwa, instruktora tenisa, sternika jachtowego, sternotorzysty żeglugi śródlądowej. W 2014 roku został uhonorowany odznaczeniem „Zasłużony Instruktor WOPR”, natomiast w 2018 roku za uratowanie życia tonącemu został odznaczony przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Medalem „Za ofiarność i odwagę”.

E-mail: a.stanula@awf.katowice.pl

Nauczyciel akademicki – doktor:

Dr Dawid Czarnecki – doktor nauk społecznych w zakresie nauk o bezpieczeństwie Wydziału Nauk Politycznych i Studiów Międzynarodowych Uniwersytetu Warszawskiego. Absolwent Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu Gdańskiego – studia magisterskie na kierunku politologii o specjalności międzynarodowe stosunki polityczne. Ukończył również studia podyplomowe z zakresu administracji publicznej w Gdańskiej Wyższej Szkole Humanistycznej, bezpieczeństwa i zarządzania kryzysowego na Uniwersytecie Gdańskim, historii i wiedzy o społeczeństwie na Gdańskiej Wyższej Szkole Humanistycznej i przygotowania pedagogicznego w Wyższej Szkole Społeczno-Ekonomicznej w Gdańsku. Autor i współautor licznych publikacji naukowych poświęconych tematyce szeroko pojętego bezpieczeństwa i zarządzania kryzysowego. Wykładowca w Instytucie Bezpieczeństwa Narodowego Akademii Pomorskiej w Słupsku.

E-mail: dawid-czarnecki748@wp.pl

Doc. dr n. med. Zdzisława Kalisz – adiunkt w Bydgoskiej Szkole Wyższej w Bydgoszczy. Specjalista Zdrowia Publicznego. Konsultant wojewódzki w dziedzinie Zdrowia Środowiskowego dla województwa kujawsko-pomorskiego. Wiceprezes Stowarzyszenia „Kujawsko-Pomorski Dom Ukraiński” z siedzibą w Bydgoszczy. Absolwentka: Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego – Wydział Pedagogiki i Psychologii – studia w zakresie pedagogiki społecznej, Collegium Medicum UMK w Toruniu –

Wydział Nauk o Zdrowiu – studia w zakresie pielęgniarstwa, Uniwersytet Medyczny w Łodzi – Wydział Wojskowo-Lekarski – studia doktoranckie. Autorka (lub współautorka czy współredaktor naukowy) około 100 artykułów naukowych, rozdziałów w monografiach czy referatów z zakresu: zdrowia publicznego i medycyny. Zainteresowania: zagrożenia środowiskowe, zarządzanie w opiece zdrowotnej.

E-mail: z.kalisz@wp.pl

Dr n. med. Stanisław Krajewski – absolwent Akademii Wychowania Fizycznego w Poznaniu – kierunek rehabilitacja ruchowa, specjalista rehabilitacji, doktorat Akademia Medyczna im. L. Rydygiera Bydgoszcz 1996. Autor, współautor czy współredaktor naukowy około 40 artykułów naukowych, rozdziałów w monografiach czy referatów z zakresu: fizjoterapii, medycyny i zdrowia publicznego, autor szeregu artykułów popularnonaukowych oraz materiałów informacyjno-edukacyjnych dla pacjentów po operacjach neurochirurgicznych. Uczestnik wielu kursów, szkoleń i konferencji naukowych w dziedzinie fizjoterapii. Przez 14 lat starszy wykładowca Wydziału Fizjoterapii Collegium Medicum w Bydgoszczy, obecnie od pięciu lat starszy wykładowca Bydgoskiej Szkoły Wyższej w Bydgoszczy.

E-mail: krajewskirehabilitacja@wp.pl

Dr Piotr Makar – Prodziekan ds. Studiów Niestacjonarnych, kierownik Zakładu Sportów Wodnych w Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku. Trener klasy I w pływaniu. Doświadczony i wieloletni szkoleniowiec kadr trenerskich i instruktorskich w pływaniu. Pierwszy autor i współautor ponad 90 krajowych i międzynarodowych publikacji naukowych z zakresu biomechanicznej i fizjologicznej optymalizacji procesu treningowego. Specjalista w zakresie techniki pływania. Opiekun ponad 150 prac magisterskich, licencjackich oraz trenerskich. Przewodniczący komisji rewizyjnej Pomorskiego Okręgowego Związku Pływackiego. Od 2008 do 2016 roku członek Zarządu Polskiego Związku Pływackiego. W latach 2012–2016 przewodniczący Zespołu ds. Metodyczno-Szkoleniowych PZP. Członek Rad i Towarzystw Naukowych. Trener wielokrotnych medalistów mistrzostw Polski, Europy i świata.

E-mail: piotrmakar@wp.pl

Dr Alicja Pęczak-Graczyk – doktor nauk o kulturze fizycznej – pracownik naukowo-dydaktyczny w Zakładzie Sportów Wodnych w Katedrze Sportów Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu w Gdańsku. Najwszechstronniejsza zawodniczka w historii polskiego pływania. Uczestniczka **Igrzysk Olimpijskich w Barcelonie 1992, Atlancie 1996, Sydney 2000**. Zdobywczyni 20 medali Mistrzostw Świata i Europy. 82-krotna mistrzyni Polski Seniorów oraz 52-krotna rekordzistka Polski Seniorów w stylu klasycznym, zmiennym i dowolnym. Reprezentantka klubów „Astoria” Bydgoszcz i AZS-AWF Gdańsk. W latach asystent (2000–2007), a następnie adiunkt (2008–2013) w Zakładzie Pływania AWFIS Gdańsk. W latach 2008–2009 była kierownikiem Zakładu Pływania. Jest autorką ponad 70 publikacji naukowych z obszaru pływania sportowego i ratownictwa wodnego oraz kultury fizycznej, o łącznej liczbie 350

punktów MNiSW (w tym IF). Posiada uprawnienia trenera pływania I klasy, instruktora w zakresie ratownictwa wodnego (wg MSW) oraz szereg instruktorskich, w tym instruktora wodnego aerobiku.

E-mail: alicjapeczak@wp.pl

Dr Dariusz Skalski – adiunkt w Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku. Absolwent studiów doktoranckich w Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku z indywidualną realizacją programu (IOS – Indywidualną Organizacją Studiów). Absolwent: Akademii Wychowania Fizycznego im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku – **studia magisterskie** w zakresie wychowania fizycznego, Politechniki Gdańskiej – Wydział Zarządzania i Ekonomii – **studia magisterskie** w zakresie zarządzania i marketingu i Wyższej Szkoły Społeczno-Ekonomicznej w Gdańsku – Wydział Pedagogiki i Zarządzania – **studia magisterskie** z pedagogiki w zakresie edukacji obronnej i zarządzania kryzysowego).

Absolwent studiów habilitacyjnych w *Umańskim Państwowym Uniwersytecie Pedagogicznym im. Pawła Tyuczyny w Umaniu, Ukraina (УМАНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ імені Павла Тичини)* - **doktor habilitowany nauk pedagogicznych** (доктор наук педагогічних).

Autor lub współautor czy współredaktor naukowy ponad **420** opracowań naukowych, w tym m.in.: **92** wydań książkowych, monografii naukowych, wydań skryptowych, filmów szkoleniowych oraz opracowań cyfrowych (jak np. **pierwszego w Polsce** poradnika multimedialnego CDROM: „Bezpieczny wypoczynek nad wodą” – 2001) i ponad 270 artykułów naukowych, rozdziałów w monografiach czy referatów z zakresu: edukacji obronnej i wodnej, bezpieczeństwa, bezpieczeństwa wodnego i zarządzania kryzysowego, kultury fizycznej, ratownictwa wodnego i pływania. Nauczyciel dyplomowany. Członek kilku Rad i Towarzystw Naukowych. **Profesor wizytujący** w Narodowym Uniwersytecie Gospodarki Wodnej i Zasobów Naturalnych w Równem na Ukrainie.

Odnaczony przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski (2010) i Złotym Krzyżem Zasługi (2002), a także m.in. Złotym Medalem za Długoletnią Służbę (2012) oraz wieloma innymi odznaczeniami państwowymi, resortowymi, organizacyjnymi i regionalnymi.

E-mail: dariusz.skalski@awf.gda.pl

Dr Ewa Zieliński – doktor nauk o zdrowiu, adiunkt w Katedrze Medycyny Ratunkowej i Katastrof Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu. Absolwentka Uniwersytetu Szczecińskiego, Wydział Nauk Przyrodniczych Instytut Kultury Fizycznej w Szczecinie. Ratownik Medyczny, Instruktor wykładowca WOPR i Instruktor w zakresie ratownictwa wodnego. Specjalizuje się w medycynie ratunkowej i hiperbarii tlenowej. Uczestniczka wielu programów naukowo-badawczych i rozwojowych. Autorka, współautorka, recenzentka licznych prac naukowych, laureatka nagród naukowych, odznaczona Brązowym Krzyżem Zasługi.

E-mail: ewa.zielinski.bydgoszcz@wp.pl

Nauczyciel akademicki – asystent, doktorant:

Mgr Jakub Dreliszak – Absolwent kierunku Ratownictwo Medyczne na Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy. Uzyskał tytuł magistra na kierunku zdrowie publiczne ze specjalnością psychologia zdrowia publicznego na Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy. Obecnie doktorant w Zakładzie Podstaw Prawa Medycznego Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy. Pracujący w zawodzie na Oddziale Klinicznym Medycyny Ratunkowej w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. dr. Jana Bizziela w Bydgoszczy. Autor licznych artykułów naukowych i wystąpień na konferencjach zarówno ogólnopolskich, jak i międzynarodowych. Aktywny członek kół naukowych, m.in.: Koła Medycyny Ratunkowej i Katastrof CM UMK. Członek organizacji Paramedic for Africa.
E-mail: kuba.dreliszak@gmail.com

Mgr Karolina Juraszek –doktorantka w Katedrze Fizjoterapii na Wydziale Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum UMK w Toruniu. Absolwentka: Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy – Wydział Nauk o Zdrowiu – studia magisterskie w zakresie fizjoterapii i Bydgoskiej Szkoły Wyższej – studia licencjackie w zakresie zdrowia publicznego – specjalność zarządzanie ochroną zdrowia i organizacja ubezpieczeń zdrowotnych. Autorka (lub współautorka czy współredaktor naukowy) ponad 20 artykułów naukowych, rozdziałów ww. monografiach czy referatów z zakresu: fizjoterapii, medycyny i zdrowia publicznego. Uczestniczka wielu szkoleń i konferencji naukowych w dziedzinie fizjoterapii. Wykładowca w Bydgoskiej Szkole Wyższej w Bydgoszczy.
E-mail: rehabkalisz@gmail.com

Mgr Magda Kucharczuk – doktorantka w Katedrze Fizjoterapii na Wydziale Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum UMK w Toruniu. Absolwentka: Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy – Wydział Nauk o Zdrowiu – studia magisterskie w zakresie fizjoterapii. Autorka (lub współautorka) około 15 artykułów naukowych, rozdziałów w monografiach czy referatów z zakresu: fizjoterapii, medycyny i zdrowia publicznego. Uczestniczka wielu szkoleń i konferencji naukowych w dziedzinie fizjoterapii.
E-mail: magdakucharczuk1@wp.pl

Mgr Katarzyna Sas – absolwentka kierunku ratownictwo medyczne na Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy. Uzyskała tytuł magistra na kierunku zdrowie publiczne ze specjalnością zarządzanie kryzysowe na Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy. Obecnie doktorantka w Katedrze i Zakładzie Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej na Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy. Pracująca w ośrodku badań klinicznych. Autorka licznych artykułów naukowych i wystąpień na konferencjach zarówno ogólnopolskich, jak i międzynarodowych oraz stażów międzynarodowych. Aktywny członek kół naukowych, w tym Koła

Medycyny Ratunkowej i Katastrof CM UMK. Prezes i założycielka organizacji Paramedic for Africa.

E-mail: katarzyna.sas@hotmail.com

Mgr Adriana Wielgus – absolwentka kierunku ratownictwo medyczne oraz elektrowizji na Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy. Uzyskała tytuł magistra na kierunku zdrowie publiczne ze specjalnością zarządzanie kryzysowe na Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy. Obecnie doktorantka w Katedrze i Zakładzie Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej na Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy. Pracująca w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej w Szpitalu Wielospecjalistycznym im. dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu oraz w ośrodku badań klinicznych. Autorka licznych artykułów naukowych i wystąpień na konferencjach zarówno ogólnopolskich, jak i międzynarodowych. Aktywny członek kół naukowych, w tym Koła Medycyny Ratunkowej i Katastrof CM UMK. Członek organizacji Paramedic for Africa.

E-mail: adriana.wielgus@gmail.com

Kpt. mgr Radosław Zwara – doktorant Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku na Wydziale Wychowania Fizycznego. Absolwent Wyższej Szkoły Społeczno-Ekonomicznej w Warszawie na kierunku pedagogicznym oraz Wyższej Szkoły Policji w Szczytnie – studia magisterskie na kierunku bezpieczeństwo wewnętrzne. Ukończył również studia podyplomowe z zakresu: zarządzania kryzysowego na WSPol w Szczytnie, oficerskie z kierowania działaniami ratowniczymi na Wydziale Inżynierii Bezpieczeństwa Pożarowego Szkoły Głównej Służby Pożarniczej w Warszawie oraz zarządzanie bhp na WSKPiSM w Warszawie. Współautor, a także członek składu redakcyjnego, **18 publikacji naukowych** i **6 pozycji zwartych** poświęconych tematyce szeroko pojętego bezpieczeństwa, ratownictwa, zarządzania kryzysowego, zdrowia i kultury fizycznej. Jest aktywnym inspektorem ds. ppoż. i specjalistą ds. bhp. Posiada uprawnienia instruktora: motorowodniactwa, ratownictwa medycznego KSRG i pierwszej pomocy PCK. Jako instruktor i prelegent, a także dowódca w PSP i OSP wyszkolił setki osób w swojej 17-letniej karierze. Pełni funkcję dowódcy zmiany, powiatowego oficera operacyjnego i kieruje działaniami nurków Państwowej Straży Pożarnej oraz drużyny WOPR. Posiada liczne wyróżnienia, w tym za *Orle nauki* w PCM Garczynie tytułem Filaru Garczyńskiej Załogi. Jest członkiem Towarzystwa Naukowego.

E-mail: r.zwara@wp.pl

Absolwent wyższej uczelni:

Mgr Dariusz Dyrda – Absolwent Bydgoskiej Szkoły Wyższej – studia licencjackie i magisterskie w zakresie fizjoterapii, specjalność fizjoterapia kliniczna. Absolwent Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy – studia magisterskie w zakresie pedagogiki, specjalność pedagogika opiekuńczo wychowawcza.

E-mail: dyrdadariusz@o2.pl

Mgr Alina Kołodziejska – Absolwentka kierunku położnictwo na Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy. Obecnie magistrantka na kierunku położnictwo na Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy. Pracująca w Oddziale Klinicznym Ginekologii Onkologicznej w Centrum Onkologii im. prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy. Aktywny członek Koła Medycyny Ratunkowej i Katastrof CM UMK.

E - mail: alina-kolodziejska1@wp.pl

Mgr Emilia Walecka – absolwentka Bydgoskiej Szkoły Wyższej- studia magisterskie na kierunku fizjoterapia i Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy – Wydział Nauk o Zdrowiu – studia licencjackie w zakresie fizjoterapii. Pracująca w zawodzie od 12 lat nadal rozwijająca się w tym kierunku dzięki uczestnictwu w wieku kursach

E-mail: waleckaemiliaa@gmail.com

Mgr Jadwiga Zwara – mgr zarządzania w placówkach oświatowych i wychowawczych. Temat pracy „Działalność Polskiego Czerwonego Krzyża oraz Ruch czerwonokrzyżski dzieci i młodzieży” Akademia Pedagogiki Specjalnej im Marii Grzegorzewskiej Warszawa. Współautorka publikacji naukowych. Członek PCK od 1976 roku, od 8 lat Prezes Oddziału Rejonowego PCK w Kościerzynie. W latach 2005-2006 prowadziła działania reaktywujące OR PCK w Kościerzynie, zwieńczone sukcesem 6.10.2006 roku, została sekretarzem OR PCK. Pracowała i nadal pracuję na rzecz jedynej w Polsce, trzeciej w Europie a szóstej w świecie Stałej Wystawy PCK mieszczącej się aktualnie w Kościerskiej Parowozowni, gdzie od 5 lat organizuje KRWIObiegi Uliczne PCK. Zorganizowała pomoc żywnościową w ilości 130 ton i 150 ton jabłek. Wspomogła 441 dzieciom poniżej 15 roku życia, 217 osób niepełnosprawnych i 24 bezdomnych. Promuje i rozlicz lokalne krwiodawstwo – rocznie pozyskując 500 - 550 litrów pełnej krwi, a także jest honorowym dawcą krwi. Promuję w regionie krwiodawstwo, zdrowy tryb życia, kulturę fizyczną, pierwszą pomoc oraz Międzynarodowe Prawo Humanitarne Konfliktów Zbrojnych. Za swoją działalność odznaczona m.in. Srebrnym Krzyżem Zasługi i Odznaką Honorową za Zasługi dla Ochrony Zdrowia.

E-mail: jadvigazwara_pck@interia.pl

1 9 1 9



2 0 1 9

OD 100 LAT WSZĘDZIE DLA WSZYSTKICH

