



Prace i Materiały

Wyższa Szkoła Zarządzania w Kwidzynie

EDUKACJA I NAUKA

NASZĄ WSPÓLNĄ PRZYSZŁOŚCIĄ

Referaty wygłoszone na Seminarium Naukowym

Kwidzyn - Sztum - Prabuty

Kwidzyn 2008

Redakcja naukowa:

mgr Katarzyna Strzała-Osuch

Projekt okładki:

Andrzej Babalski

© Copyright by Wyższa Szkoła Zarządzania w Kwidzynie, Kwidzyn, 2008

ISBN: 978-83-919028-5-1

Wydawca:

Wyższa Szkoła Zarządzania w Kwidzynie

ul. 11. Listopada 13

82-500 Kwidzyn

www.wsz.kwidzyn.edu.pl

tel/fax +48 55 279 17 68

Druk:

Słowo wstępne

Przedmiotem przekazywanej szanownemu czytelnikowi publikacji są wybrane referaty studentów, opracowane w ramach prac semestralnych, w Wyższej Szkole Zarządzania w Kwidzynie. Pozycja ta stanowi kolejną, zbiorową pracę środowiska studentów Wyższej Szkoły Zarządzania w Kwidzynie.

Tematyka niniejszego opracowania zawiera się w sześciu rozdziałach, każdy referat został poprzedzony wprowadzeniem do tematyki badawczej, pierwszy dotyczy szeroko pojętej problematyki problemów zdrowotnych ludności, w aspekcie kamicy nerkowej, jako choroby metabolicznej. Artykuł przedstawia typy kamicy nerkowej, jak również patofizjologia różnych rodzajów kamicy oraz przyczyny zachorowań na tą chorobę. Rozdział drugi ujmuje zupełnie inne zagadnienia, a mianowicie dość obszerny temat, jakim jest wpływ Internetu na rozwój bankowości. Prezentowany referat przedstawia zagadnienia związane z bankowością internetową w Turcji. Powstał on między innymi dzięki wymianie studenckiej z Uniwersytetem Mugła w Turcji, w ramach programu Socrates-Erasmus. Trzeci rozdział związany jest z problematyką palenia tytoniu, – czyli plagą dzisiejszego społeczeństwa. Referat, w szczegółowy sposób przedstawia negatywne zdrowotne skutki palenia tytoniu, oraz opierając się na zasadach zrównoważonego rozwoju wskazuje na niewłaściwość takiego działania. Kolejny rozdział dotyczy znaczenia Internetu w działalności handlowej. Ten niezwykle aktualny, w dzisiejszych czasach temat ukazuje przede e-commerce od strony analizy gdzie, dlaczego i co kupowane jest w sieci. Rozdział piąty ponownie dotyczy zdrowia, ukazując zagrożenia, czyhające na nieświadomego niczego człowieka w jego własnym miejscu zamieszkania. Ostatni rozdział przedstawia organizacje pozarządowe, omawiając działalność hospicjum, jako organizacji non-profit.

Wydaje się, iż układ zagadnień poruszonych w publikacji stanowi logiczne odbicie zmian zachodzących we współczesnym świecie oraz aktualnych problemów, z jakimi musi się on borykać. Należy wyrazić nadzieję, iż niniejsza praca zainteresuje szerokie grono młodzieży, studentów oraz specjalistów, związanych z najróżniejszymi dziedzinami życia naszego kraju.

Składam serdeczne podziękowania wszystkim osobom i instytucjom, zaangażowanym w powstanie niniejszej publikacji oraz wspierających Seminarium Naukowe „Edukacja i nauka naszą wspólną przyszłością”, które odbywają się rokrocznie w powiecie kwidzyńskim.

Katarzyna Strzała-Osuch

Spis treści:	strona:
Rozdział I Aktualne problemy zdrowotne – kamica nerkowa	4
Wprowadzenie: prof. dr hab. Stefan Angielski	
„Kamica nerkowa, jako choroba metaboliczna” Rafał Babiec, Łukasz Kuśmierczyk, Anna Zieniewicz	5
Rozdział II Wpływ Internetu na rozwój bankowości	12
Wprowadzenie: dr Michał Makowski	
„Bankowość internetowa w Turcji” Aleksandra Potuczko	13
Rozdział III Zrównoważony rozwój człowieka	23
Wprowadzenie: mgr Katarzyna Strzała-Osuch	
„Najpopularniejszy narkotyk świata” Dawid Wiórkowski	24
Rozdział IV Internet w działalności handlowej	31
Wprowadzenie: dr Beata Pawłowska	
„E – commerce, jako nowoczesna forma handlu” Michał Goch	32
Rozdział V Zdrowie publiczne	39
Wprowadzenie: mgr Ewa Mędrek	
„Zdrowotne zagrożenia w domu” Małgorzata Balsam	40
Rozdział VI Organizacje pozarządowe	44
Wprowadzenie: mgr inż. Daniel Osuch	
„Hospicja, jako przykład organizacji non-profit” Joanna Ziarek, Ewa Rogowska	45

Rozdział I Problemy zdrowotne

Prof. dr hab. Stefan Angielski

Kamica nerkowa

Kamica nerkowa jest chorobą bardzo częstą, występującą u około 10% całej populacji krajów europejskich, a dochodzącą do 12% w USA.

Częstszą u mężczyzn 12% niż u kobiet 8%. Nawroty kamicy występują u około 75% chorych w ciągu 5 lat i około 80% w ciągu 10lat od pierwszego ujawnienia się tej choroby. Kamica nerkowa jest chorobą metaboliczną, głównym czynnikiem sprawczym jest zaburzenie transportu jonów wapnia, fosforanów, cytrynianu i kwasu moczowego w nerce. Powstające w pierwszej fazie choroby nierozpuszczalne kryształki szczawianu i fosforanu wapnia oraz kwasu moczowego, uszkadzają błony komórkowe nerek. W dalszym etapie dochodzi do tworzenia dużych złogów, kamieni nerkowych, które mechanicznie utrudniają lub uniemożliwiają odpływ moczu powyżej miejsca zakażenia, prowadzące do destrukcji miąższu nerek.

Najczęstszą przyczyną powodującą powstawanie i utrzymywanie się kamicy nerkowej jest zwiększone wydalanie jonów wapnia, w około 60% uwarunkowane genetycznie. Jony wapnia łączące się z występującym w moczu kwasem szczawianowym oraz fosforanowym tworzą kryształy, których rozpuszczanie zależy m.in. od końcowego pH moczu oraz od obecności tzw. inhibitorów zapobiegających wytwarzaniu się kryształków. Jednym z głównych aczkolwiek nie jedynym inhibitorem, czyli czynnikiem hamującym tworzenie się kryształów jest cytrynian, którego wydalanie z moczem zależy od diety; dieta bogata w białko zmniejsza, a jarska zwiększa wydalanie tego metabolitu. Do czynników zwiększających ryzyko powstawania kamicy nerkowej zaliczyć należy:

- duże spożycie białka, które prowadzi do „zakwaszenia” organizmu i do zmniejszonego wydalania cytrynianów z moczem
- nadmierne spożycie soli kuchennej, która sprzyja zwiększonemu wydalaniu jonów wapnia z moczem
- nadmierne spożywanie mleka, które zawiera laktozę, zwiększającą wchłanianie wapnia w jelicie
- nadmierne spożycie fruktozy

Kamica nerkowa, jako choroba metaboliczna

Kamica moczowa, zwana też kamica nerkową, występuje najczęściej między 30 a 50 rokiem życia. Jej rozwój związany jest ze skłonnością do wytrącania z moczu rozpuszczalnych w nim składników mineralnych lub organicznych. Znajdujące się w moczu kryształki mineralne zlepiają się i tworzą w drogach moczowych mniejsze lub większe konglomeraty. Małe kamienie zostają wydalone z moczem albo zalegają w drogach moczowych, najczęściej w miedniczce nerkowej i powiększają się stopniowo wskutek odkładania się na ich powierzchni coraz to nowych złogów mineralnych. Do najczęstszych należą kamienie wapniowo- szczawianowe, moczanowe i fosforowe. Drobne kamienie mogą zostać wydalone z nerki wraz z moczem. Większe zostają w miedniczce i prowadzą nieuchronnie do postępującego uszkodzenia miąższu nerki wskutek zastoju moczu i zakażenia.

Najczęstszym objawem kamicy nerkowej jest silny ostry ból, umiejscowiony w okolicy lędźwiowej, promieniujący ku dołowi w kierunku pęcherza, cewki i zewnętrznej powierzchni uda, zwany kolką nerkową. Zazwyczaj zjawia się on nagle. Towarzyszą mu nierzadko nudności i wymioty oraz wzdęcie.¹

Kamienie złożone ze szczawianów i fosforanów wapnia stanowią 80% wszystkich kamieni moczanowych. U większości osób z kamieniami tego rodzaju stwierdza się hiperkalciurię, czyli zwiększone wydalanie wapnia z moczem. Głównymi jej przyczynami są zwiększone wchłanianie wapnia w jelitach, zmniejszone wchłanianie zwrotne wapnia w cewkach nerkowych oraz nadmierne uwalnianie wapnia z kości. Do zaburzeń tych prowadzi m.in. nadmierna podaż wapnia w diecie, przedawkowanie witaminy D3, a także nadczynność przytarczyc. Większości tych przypadków skuteczne jest leczenie dietetyczne i farmakologiczne.

Moczanów, stanowią 15% wszystkich kamieni. Kamienie te występują w dnie moczanowej, chorobach układu czerwonokrwinkowego oraz w białaczkach przewlekłych.

Struwit, stanowią mniej niż 5% wszystkich kamieni. Powstają w przypadku zakażenia moczu bakteriami opornymi na leczenie, które rozkładają mocznik do amoniaku.

¹ K. Janicki(red). (1990) „Domowy poradnik medyczny” Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa, str. 587-588.

Wyróżnia się kilka typów kamicy nerkowej - w zależności od tego, jaka substancja stanowi główny składnik kamieni. Najczęściej występują:

1. kamica związków wapiennych
 - wapniowo- szczawianowa,
 - wapniowo- fosforowa
2. kamica moczanowa;
3. kamica cystynowa.

Tablica 1. Częstość występowania najważniejszych rodzajów kamicy nerkowej

Związki wapnia	71%
Szczawian wapnia	26%
Fosforan wapnia	7%
Szczawian i fosforan wapnia	38%
Kwas moczowy	5%
Cystyna	3%
Fosforan wapniowo- magnezowy	21%

Źródło: A. Rutkowski B. (red), „Nefrologia”, Wydawnictwo CZELEJ, Lublin2004

Tworzenie się kamieni moczowych podlega powszechnie znanym zasadom fizyki i chemii. Najpierw powstaje jądro krystalizacji, wokół którego stopniowo nawarstwiają się kolejne osady. Proces ten zachodzi znacznie łatwiej, jeśli mocz zalega w drogach moczowych, czyli w warunkach zastoju moczu oraz wtedy, gdy ilość substratów krystalizacji jest duża, a odczyn moczu wykazuje niskie pH, sprzyjające ich wytrącaniu się. W przypadku najczęściej występujących kamieni szczawianowo-wapniowych jądrem krystalizacji są najczęściej kryształy szczawianu wapnia. Jeżeli nasza codzienna dieta obfituje w białko zwierzęce, to w efekcie przemian metabolicznych tworzą się duże ilości kwasu moczowego i jego soli, a odczyn moczu staje się kwaśny. Podobne warunki zachodzą podczas ciężkich chorób gorączkowych i leczenia nowotworów. Wówczas z rozpadających się komórek uwalniają się duże ilości kwasu moczowego, który jest wydalany z moczem, a w wyniku wyższej ciepłoty ciała i potów dochodzi do objawów odwodnienia i zakwaszenia moczu. Wszystko to sprzyja krystalizacji kwasu moczowego, który może spowodować nawet całkowite zatkanie dróg moczowych. W łagodniejszych postaciach zjawisko to powoduje ceglasty osad w moczach, nierzadko obserwowany na pieluszkach u niemowląt. Znacznie rzadziej jądro krystalizacji kamieni tworzą obumarłe kolonie bakterii w przypadkach przewlekłych zakażeń dróg moczowych².

² www.naturalnamedycyna.pl (luty, 2008)

Patofizjologia kamicy moczanej³

Hiperkalciuria- jest to wydalanie wapnia z moczem przekraczające 300mg/dobę u mężczyzn oraz 250mg/dobę u kobiet, lub ponad 4mg na kg masy ciała na dobę.

Wchłanianie wapnia z jelita zmniejsza się przeciwnie do zawartości tego pierwiastka w diecie. Wapń wchłania się jedynie w postaci zjonizowanej, wszelkie substancje wiążące wapń w jelitach będą upośledzały jego wchłanianie. Należą do nich fosforany, kwasy tłuszczowe, siarczany, cytryniany, szczawiany. Natomiast czynnikiem stymulującym wapnia w jelitach jest aktywna postać witaminy D₃.

Hiperkalciuria absorpcyjna- jest defektem dziedzicznego defektu, prowadzącego do zwiększonego wchłaniania wapnia w jelicie cienkim:

Typ I- niezależnie od podaży w diecie

Typ II- występuje przy diecie bogatej w wapń. Mimo zwiększonego wchłaniania wapnia z jelita poziom w surowicy pozostaje bez zmian. Zwiększa się filtracja wapnia przez kłębuszki oraz ulega supresji wydzielanie parathormonu. Obniżenie parathormonu w surowicy powoduje resorpcję wapnia w kanalikach nerkowych, przez co zmniejsza się produkcja witaminy D₃- nawy stopień równowagi, ale utrzymuje się hiperkalciurię i supresja parathormonu.

Typ III- nadmierna samoistna synteza aktywnych metabolitów witaminy D₃, defekt cewek nerkowych, powodujący ucieczkę fosforanów, co powoduje hipofosfatemię, a w efekcie stymulację syntezy 1,25 (OH₂)D₃ i wzrost wchłaniania wapnia w jelitach oraz resorpcje kości

Rozróżnienie typów hiperkalciurię umożliwia wykonanie testu na obciążenie wapniem. Hiperkalciurię absorpcyjną rozpoznajemy, gdy wydalanie wapnia na czczo jest mniejsze niż 0,11mg/100ml filtratu kłębuszkowego, natomiast wzrasta powyżej 0,2mg/100ml filtratu po obciążeniu wapniem. Ilość cAMP wydalanego na czczo jest mniejsza niż 6,85mmol/100ml filtratu kłębuszkowego i nie wzrasta po obciążeniu wapniem.

Hiperkalciuria nerkowa- jest to defekt zwrotnego wchłaniania wapnia przez cewki, co powoduje hiperkalciurię, hipoklacemię a przez co wzrost wydzielania PTH i stymulację biosyntezy 1,25 (OH₂)D₃ i wzrost wchłaniania Ca w jelitach oraz resorpcję Ca z kości. W tej postaci hiperkalciuri, przy pomiarach wydalania wapnia na czczo przekracza 0,11mg/100ml filtratu, a poziom cAMP przekracza 6,85mmol/100ml filtratu kłębuszkowego. Po obciążeniu wapniem poziom tego pierwiastka wzrasta powyżej 0,2mg/100ml filtratu, podczas gdy poziom cAMP wraca do normy.

³ B. Rutkowski (red), (2004) „*Nefrologia*”, Wydawnictwo CZELEJ, str.475-488.

Hiperkalciuria może towarzyszyć stanom z nasiloną resorpcją kostną- pierwotnej nadczynności przytarczyc, nadczynności tarczyc, szpiczakowi mnogiemu, niektórym nowotworom, długotrwałemu unieruchomieniu, nadmiarowi glikokortykosteroidów. W przypadku tej hiperkalciuri lub pierwotnej nadczynności przytarczyc z normokalcemią, poziom cAMP w moczu pozostaje podwyższony zarówno na czczo, jak i po obciążeniu wapniem. Świadczy to o braku hamowania wydzielania PTH przez przytarczycę.

Szczególnym typem kamicy wapniowej jest klasyczna kwasica cewkowa dystalna (typ I). Charakterystyczne jest stwierdzenie u pacjenta z kamicą wapniową kwasicy z prawidłową luką aminową, hipocytraturię oraz hipokaliemię. Powstające złoże w układzie moczowym są zbudowane głównie z fosforanu wapnia. Około 70% filtrowanego wapnia jest reabsorbowane w cewce bliższej, a za genetyczne podłoże tej kamicy uważa się mutację genu CLCN5 kodującego kanały chlorkowe, między innymi białko ClC-5. Niektórzy zalecają nie zmniejszać spożycia wapnia poniżej 800mg/dobę gdyż może to spowodować ujemny bilans wapniowy. Poza tym zmniejszenie zawartości wapnia w diecie spowoduje brak wiązania przez niego szczawianów, a przez to wzrost ich zawartości w moczu i nasilenie kamicy. Przyjmuje się, że wapń przyjmowany z normalną dietą nie wzmacnia ryzyka kamicy. Ryzyko wzrasta, gdy przyjmuje się suplementację wapnia.

Hipocytraturia- cytryniany są najważniejszym czynnikiem wiążącym jony wapnia oraz zmniejszającym stężenie wapnia zjonizowanego. Cytryniany są ważnym źródłem energii w krążeniu, ich stężenie wynosi ok. 0,14mmol/l, głównie jako trójwarstwowy wolny anion.

Cytryniany filtrowane w kłębuszkach są w 75% wchłaniane głównie w cewce proksymalnej, następnie transportowane do mitochondriów, gdzie są utleniane do wody i dwutlenku węgla. Cytryniany hamują zarówno spontaniczną, jak i heterogenną enukleację kryształków szczawianów wapnia.

Hiperoksaluria- główny czynnik litogenezy. Kwas szczawianowy jest końcowym produktem metabolizmu organizmu ludzkiego, gdyż wydaje się, że nie jest wykorzystywany do żadnych innych celów. Norma wydalania szczawianów z moczem to 20-45mg. Hiperoksalurię rozpoznajemy, gdy ilość wydalanych szczawianów z moczem przekracza 60mg/dobę. Można wyróżnić 3 typy hiperoksalurii oraz hiperoksalurię wtórną:

Typ I- dziedziczna autosomalnie recesywnie, występuje defekt enzymatyczny w postaci niedoboru aminotransferazy alanino- glioksylazowej (AGT). Nagromadzony przed blokiem enzymatycznym kwas glioksalowy wchodzi w alternatywne szlaki przemian powodując w efekcie nadmiar szczawianów. Dobowe wydalanie szczawianów wynosi 1,5 do 3mmol/dobę.

Typ II- dziedziczne autosomalnie recesywnie; niedobór dehydrogenazy D- glicerynianu oraz reduktazy glioksalowej. Objawy są jak w typie I, tylko mniej nasilone.

Typ III- (Hiperoksaluria absorpcyjna) możliwa przyczyna powstania mogą być nadmierne aktywności wymiennika szczawianu- chlorowego w nabłonku jelitowym.

90% wydalanego z moczem kwasu szczawowego jest produktem pośredniej przemiany aminokwasów i węglowodanów.

Hiperoksaluria wtórna- może być efektem wzrostu biosyntezy, będącym wynikiem na przykład zażycia prekursorów kwasu szczawowego (witamina C, glikol etylenowy). Natomiast 6% wydalanego z moczem kwasu szczawowego jest pochodzenia pokarmowego (szpinak, rabarbar, pietruszka, mocna herbata, czekolada, orzechy, migdały). Udział ten wzrasta przy zmniejszeniu podaży wapnia, przy dostaniu się do dystalnych odcinków jelita cienkiego, w przewlekłych chorobach zapalnych jelit.

W pierwotnej hiperoksalurii kamienie składają się z czystego wawelitu. Natomiast w hiperoksalurii wtórnej złogi są zwykle mieszane (wawelit, wedelit). Ilość wydalanych szczawianów z moczem są fałszywie zaniżane u osób z niewydolnością nerek, gdyż są one zatrzymywane w organizmie, gdzie odkładają się w tkankach. Wówczas bardziej pomocne jest oznaczenie stężenia szczawianów w surowicy. Schyłkowa niewydolność nerek i pierwotna Hiperoksaluria mają stężenie szczawianów poniżej 80mmol/l, natomiast u osób z mocznicą na innym tle wartości te nie przekraczają 60mmol/l.

Hiperurikozuria- Kamica moczanowa- może być spowodowana nadmiernym wydalaniem kwasu moczowego będącego produktem przemian metabolicznej puryny. Kwas moczowy jest związkem trudno rozpuszczalnym. Jego pK_{a1} wynosi 5,75. W płynach ustrojowych występuje, jako kwas moczowy i moczan. Rozpuszczalność waha się od 0,9mol/l przy pH5 do 11,9mmol/l przy pH7,0. Kwas moczowy stwierdzony w moczu pochodzi z nukleoprotein zawartych w pokarmach oraz z przemiany *de novo* systematycznych nukleotydów purynowych. Nukleoproteiny ulegają przemianie do hipoksantyny, a następnie pod działaniem oksydazy ksantynowej utleniane są przez ksantynę do kwasu moczowego. Czynniki wywołującymi kamicę moczanową są: nadmierne spożywanie puryny, alkoholu, szybki wlewy fruktozy w żywieniu pozajelitowym oraz zwiększony rozpad komórek w przebiegu chorób rozrostowych, łuszczycy, chemioterapii, nowotworów, podania leków urikozurycznych, nadmierne zagęszczenie moczu. Kamica moczanowa może być wywołana również przez nadmierne zakwaszenie moczu. Może to być zjawisko idiomatyczne, jednak często jest następstwem nadmiernej utraty dwuwęglanów. Należy podkreślić, że w 1l moczu o pH5 może rozpuścić się jedynie 100mg kw moczowego, zaś przy pH6 ta ilość wzrasta do 500mg. Tak, więc do wytworzenia złoży wystarczy u zdrowego człowieka skojarzenie nadmiernego zagęszczenia i zakwaszenia moczu, nawet przy braku innych zaburzeń metabolicznych

Cystynuria - *Kamica cystynowa* stanowi powikłanie cystynurii wrodzonej, genetycznie uwarunkowanej choroby charakteryzującej się zaburzeniami transportu w jelicie cienkim i reabsorpcji w proksymalnej cewce nerkowej aminokwasów dwuzasadowych: cystyny, lizyny, ornityny, argininy. W tym zaburzeniu pojawiają się również homoarginina oraz dwusiarczek homocysteiny-, które normalnie nie są obecne w moczu. Wydalana z moczem cystyna aminokwas źle rozpuszczalny ulega krystalizacji, prowadząc do powstania kamicy. Prawidłowe dobowe wydalenie cystyny z moczem wynosi 30mg- u chorych z cystynurią przekracza 400mg.

Kamica struwitowa, czyli jest to przyczyna kamicy powstałej poprzez zakażenie układu moczowego bakteriami wytwarzającymi ureazę (*Proteus mirabilis*, *Proteus vulgaris*, *Klebsiella*, niektóre paciorkowce, gronkowce, pałeczka ropy błękitnej). Już sama obecność skupisk bakterii może stanowić jądro krystalizacji kamienia. Towarzyszący zakażeniom odczyn zapalny przyczynia się do nadprodukcji uromukoidu, jednego z prekursorów organicznego zębca. Ureaza rozkłada mocznik na amoniak i dwutlenek węgla, prowadząc do znacznego wzrostu jonów amonowych i węglanowych w moczu. W wyniku tej reakcji dochodzi tak do zmniejszenia ilości mocznika będącego jednym z inhibitorów krystalizacji, jak i znacznej, stałej alkalizacji moczu, prowadzącej do jego przesylenia solami *fosforanowo-amonowo-magnezowymi* (struwit) i fosforanowo-wapniowymi. W konsekwencji dochodzi do krystalizacji i odkładania się złogów⁴.

Patogeneza powstawania kamicy, zwłaszcza nawrotowej, jest nadal przedmiotem dyskusji. Obecnie główną rolę przypisuje się zwiększonemu wydalaniu specyficznych krystaloidów a szczególnie wapnia, kwasu szczawowego, kwasu moczowego i cystyny, przy jednoczesnym zmniejszeniu wydalania substancji hamujących ich krystalizację, takich jak: magnez, cytryniany, pirofosforany, mukopolisacharydy (warunkiem tworzenia się złogów, niezależnie od typu kamicy, jest przesylenie moczu krystaloidami). U pacjentów z kamicią układu moczowego stopień przesylenia jest wyższy z powodu zwiększonego wydalania wapnia całkowitego i zjonizowanego lub kwasu szczawowego, nierzadko również moczanu sodu lub moczanu amonowego. Przesylenie moczu fosforanem amonowo-magnezowym występuje tylko u chorych ze stale alkalicznym odczynem moczu w wyniku nadmiernej produkcji amoniaku przez bakterie wytwarzające ureazę lub w przypadku dystalnej kwasicy cewkowej. Stopień przesylenia moczu może być różny. Bardzo często zdarza się, że proces krystalizacji zapoczątkowany jest przez heterogenne jądro. Mimo dyskusji dotyczących znaczenia tych patomechanizmów, zwłaszcza w nawrotowej kamicy układu moczowego, koncepcja stanu przesylenia moczu jest dla klinicysty aktualnie najbardziej przydatną teorią, wyjaśniającą powstawanie kamicy zgodnie z regułą, że im wyższe przesylenie moczu, tym większe potencjalne prawdopodobieństwo tworzenia kamieni.

⁴ B. Ebert- Gołąbek(2005) „*Kamica układu moczowego (cz. I). Nie metaboliczne czynniki powstawania kamicy moczowej*”[w:] „*Urologii Polskiej*” 2005/58/3.

Bibliografia:

I Opracowania książkowe:

1. Janicki K. (red). „*Domowy poradnik medyczny*” PZWL, Warszawa 1990
2. Książka A. Rutkowski B. (red), „*Nefrologia*”, Wydawnictwo CZELEJ, Lublin 2004

II Artykuły:

3. B. Ebert- Gołąbek (2005) „*Kamica układu moczowego (cz. I). Nie metaboliczne czynniki powstawania kamicy moczowej*” [w:] „*Urologii Polskiej*” 2005/58/3.
4. Ebert- Gołąbek B. (2005) „*Kamica układu moczowego (cz. II). Metaboliczne czynniki powstawania kamicy moczowej*” [w:] „*Urologii Polskiej*” 2005/58/3.
5. Ebert- Gołąbek B. (2005) „*Kamica układu moczowego (cz. III). Diagnostowanie, leczenie zachowawcze i profilaktyka kamicy układu moczowego u dzieci*” [w:] „*Urologii Polskiej*” 2005/58/4.

III Źródła internetowe:

1. www.naturalnamedycyna.pl, 2007-12-12
2. www.mediweb.pl, 2007-12-12
3. www.zdrowie.med.pl, 2007-12-12

Rozdział II Wpływ Internetu na rozwój bankowości

dr Michał Makowski

Wpływ Internetu na rozwój bankowości

Zarówno w Polsce jak i na świecie wyraźnie zauważalny jest dynamiczny rozwój nowoczesnych technologii elektronicznych, ułatwiających codzienne życie człowieka. Niemal codziennie pojawiają się informacje o kolejnych „nowinkach”, wpływających na zachowanie się konsumentów na rynku. Ludzie bardziej świadomi rozwoju nowoczesnych technologii elektronicznych z łatwością korzystają już z nowoczesnych systemów, urządzeń czy usług elektronicznych. Pozostali zaś, raczej nieufni wobec zachodzących zmian z czasem w naturalny sposób będą musieli zaakceptować wszechobecne, nowatorskie rozwiązania i przystosować się do nich.

Korzystając z programu wymiany studentów *Socrates- Erasmus*, studentka Wyższej Szkoły Zarządzania w Kwidzynie Aleksandra Potyczko, spędzając pół roku na Uniwersytecie Muğla w Turcji przeprowadziła badanie, dotyczące opinii studentów o funkcjonowaniu bankowości internetowej w tym kraju.

Bankowość internetowa w Turcji

Wprowadzenie

Bankowość elektroniczna to zbiór środków teleinformatycznych umożliwiających zdalny dostęp do rachunku bankowego. Jest to również forma świadczenia usług bankowych przy wykorzystaniu elektronicznych urządzeń takich, jak: komputer (Home/corporate banking, Internet banking – e-banking), telefon stacjonarny (call center) i komórkowy (mobil banking), elektroniczne urządzenia do przyjmowania kart (bankomaty, elektroniczne terminale do akceptowania kart płatniczych czy też kioski multimedialne)¹.

Bankowość internetowa, polega na przeprowadzaniu usług i transakcji bankowych oraz dostępu do produktów i usług bankowych przez komputer osobisty lub inne inteligentne urządzenie z wykorzystaniem sieci Internet (PDA, telefon komórkowy)².

Bankowość internetowa zrodziła się w grudniu 1994 roku w Stanach Zjednoczonych. To właśnie w USA, La Jolla Bank FSB z Kalifornii po raz pierwszy umożliwił dokonywanie transakcji poprzez sieć Internet. Pierwszym w pełni wirtualnym bankiem na świecie został Security First Network Bank (www.sfnb.com) z Atlanty, który 18 października 1995 roku rozpoczął świadczenie usług bankowych przez Internet³. Był wtedy jedynym bankiem, w którym całkowita obsługa konta odbywała się za pośrednictwem Internetu. Działalność SFNB okazała się wielkim sukcesem. Już w pierwszym roku funkcjonowania udało mu się bez dużych nakładów na reklamę przekonać do siebie 10000 klientów i zgromadzić ogromną sumę depozytów o wartości 41 milionów dolarów⁴. W Europie natomiast pionierami bankowości internetowej zostały w 1996 roku banki skandynawskie, głównie fińskie i szwedzkie (MeritaNordbanken i SEB).

Rozwój działalności banków internetowych w Turcji

W Turcji po 1990 roku, banki w dużym stopniu zainwestowały w systemy bankowości elektronicznej, co spowodowało szybki rozwój usług bankowych. Większość banków tureckich jest podłączonych do sieci elektronicznej i wiele z nich oferuje swoim klientom

¹ B. Świecka (2004) *Bankowość elektroniczna*, CeDeWu, Warszawa, str. 7-8.

² *Internet banking – Comptroller's Handbook*, 1999, str. 3.

³ K. Chodyła, E.J. Chmielewska (2000) Wykorzystanie Internetu w bankowości, „GG Parkiet”, nr 1520, str. 5.

⁴ A. Jurkowski (2001) *Bankowość elektroniczna. Materiały i studia*. Zeszyt nr 125. Warszawa: NBP Departament Analiz i Badań, str. 62.

terminale POS (urządzenie do elektronicznej obsługi transakcji znajdującej się u akceptanta kart). Położono istotny nacisk na kwestie jakości oferty banków tureckich, gdyż bankowość indywidualna i detaliczna stały się najszybciej rozwijającymi się sektorami⁵.

Pierwszymi bankami oferującymi usługę bankowości internetowej w Turcji były kolejno Türkiye İş Bankası i Türkiye Garanti Bankası. Było to w 1997 roku, kiedy pojawiły się strony internetowe tych banków z dostępem do usługi i-bankingu. Do tego czasu dużo banków oferowało już swoje usługi finansowe przez alternatywne kanały: bankomaty, POS, bankowość telefoniczną i PC banking. Dzisiaj prawie wszystkie główne banki oferują bankowość internetową⁶.

Większość transakcji e-handlu w Turcji realizowanych jest w oparciu o bankowość internetową. Lokalne źródła donoszą, że prawie 70% wszystkich elektronicznych transakcji w handlu jest na poziomie i-bankowości i usługach finansowych. Oprócz zwiększenia obsługi klientów, banki handlowe zrozumiały, że koszty transakcji można znacznie zmniejszyć wprowadzając usługę bankowości internetowej, a obsługa klienta przez Internet jest tym samym bardziej atrakcyjna dla konsumentów⁷.

Pomimo, że bankowość internetowa była już dostępna pod koniec lat 90-tych, zyskała popularność w ciągu ostatnich kilku lat. Aktualnie 27 z 47 tureckich banków ma swoje oddziały w Internecie. To stanowi 55% banków mających strony internetowe i prowadzących aplikacje bankowości internetowej dla swoich klientów.

Podczas ostatnich dwóch dekad, turecki sektor bankowy osiągnął znaczny postęp we wdrażaniu zmian odnoszących się do zasad ekonomii liberalnej. Większa liberalizacja połączona była z restrukturyzacją tureckiej gospodarki i wdrażaniem nowoczesnych technologii do sektora bankowego. Dzięki temu tureckie banki osiągnęły ważne zmiany w swoich strukturach instytucjonalnych oraz w jakości usług i produktów.

Wzrost liczby banków i wykwalifikowanego personelu, wzmocnił konkurencję i przyczynił się do powszechnego wykorzystania nowych narzędzi i technik finansowych. Intensywna konkurencja i pragnienie zintegrowania z globalnymi rynkami finansowymi, doprowadziła do poprawy jakości i różnorodności usług bankowych przez technologię informacyjną i międzynarodowe systemy płatności. Banki skoncentrowały się na komputeryzacji i automatyzacji prac do poziomu ze stanem nowej technologii banków

⁵ Doing Business In Turkey, MGI Pozitif Auditing & Consultancy Inc., Istanbul 2007, s. 21.

⁶ C. Onay, A. Helvacıoğlu (2007) *Internet banking in the UE Harmonization process: The case of Turkey*, Istanbul, str. 7.

⁷ *Doing Business in Turkey: a Country Commercial Guide for U.S. Companies*, U.S. & Foreign commercial service and U.S. Department of State, 3.06.2007.

zagranicznych i krajowych. Ponadto, prowadzono ciągłą restrukturyzację i redukcję inwestycji, by zmniejszyć rozmiar sieci i funkcjonowania oddziałów w regionach wiejskich i niedochodowych.

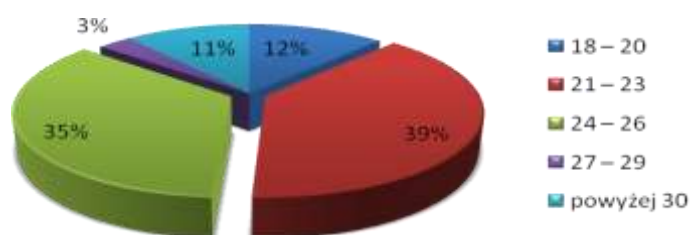
Turecki system bankowy używa zaawansowanej technologii informacyjnej, takiej jak: bankomaty, terminale punktu sprzedaży, bankowość telefoniczna i bankowość internetowa. Działania bankowości internetowej mają ważne miejsce w wizji banków i rosną szybko w celu ulepszenia jakości usług i oszczędności kosztów. Banki wniosły do praktyki nowe usługi takie jak: „Call Center”, bankowość internetowa i zarządzanie relacjami z klientem. Oprócz procedur zorientowanych na klienta, również technologia informacyjna została obszernie wykorzystana w wewnętrznych działaniach banków⁸.

Bankowość internetowa w Turcji w świetle wyników badania

Korzystając z półrocznego wyjazdu na stypendium do Uniwersytetu Muğla w Turcji, przeprowadzono ankietę wśród studentów tegoż Uniwersytetu, dotyczącą bankowości internetowej. Badanie przeprowadzone zostało w maju 2007. Objęto nim grupę 100 studentów. Wśród tych osób było 40 kobiet oraz 60 mężczyzn uczących się stacjonarnie bądź niestacjonarnie na Uniwersytecie Muğla w Turcji. Większość badanych studentów mieszka w miastach – 61%, natomiast 39% badanych zamieszkuje tereny wiejskie.

Studenci uczący się na Uniwersytecie Muğla pochodzą głównie z regionu morza egejskiego. Prowincje znajdujące się na terenie Morza Egejskiego to: Afyon, Aydın, Denizli, İzmir, Kütahya, Manisa, Muğla i Uşak. Jest to część potocznie nazywanej riwiery tureckiej, gdzie turystyka jest bardzo wysoko rozwinięta, a poziom życia mieszkańców jest wyższy niż we wschodnich regionach Turcji. Dzięki temu, bankowość jest również bardzo dobrze rozwinięta. Ludzie chętniej korzystają z usług bankowości internetowej. Na rysunku 1 został pokazany przedział wiekowy badanych studentów.

Rysunek 1. Wiek badanych



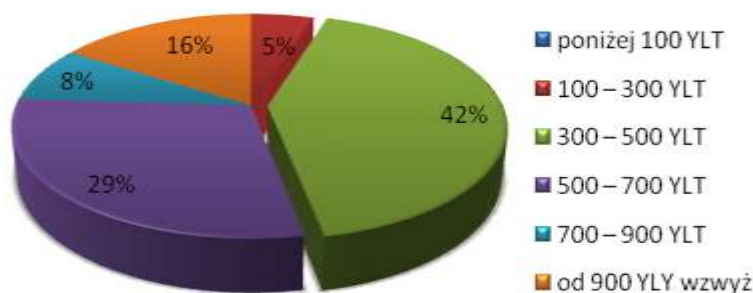
źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonego badania.

⁸ M.S. Guner, *The Diffusion of Financial Innovation in Turkey: The Case of ATM*, Czerwiec 2005, s. 29- 32

W grupie przebadanych studentów jest 12% osób w wieku od 18 do 20 lat. Najwięcej, bo 39% to osoby w wieku 21 do 23 lat. Osób pomiędzy 24 a 26 rokiem życia jest 35%. Najmniej jest osób pomiędzy 27 a 29 rokiem życia – 3% oraz 11% osób powyżej 30 lat.

Pytając badanych o dochód, miano na myśli ich własny dochód miesięczny uzyskany ze stypendiów, od rodziców, zarobki (w przypadku studentów zaocznych) oraz inne, na miesiąc⁹. Na rysunku 2 zilustrowane zastały dochody studentów.

Rysunek 2. Miesięczny dochód studenta w lirach



źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonego badania.

Najmniej osób, bo tylko 5%, posiada dochód od 100 do 300 lirów¹⁰. Największa liczba badanych osiąga dochód od 300 do 500 lirów – 42%. Dochód pomiędzy 500 a 700 lirów ma 29% badanych, 8% to posiadające dochód od 700 – 900 lirów. Całkiem spora liczba studentów osiąga dochód powyżej 900 lirów – 16%.

Aby lepiej zobrazować dochód, ceny w Turcji można porównać z cenami w Polsce:, Np. 2,5 litra Coca-Coli kosztuje w Turcji 2 liry, czyli ok. 3,56 zł, kilogram mięsa wołowego kosztuje 20 lirów, czyli ok. 35,60zł, litr mleka – 2 liry, czyli ok. 3,56 zł a litr benzyny – 3 liry, czyli ok. 5,34 zł.

Kiedy podzielono badaną grupę osób na miejsce zamieszkania i płeć oraz na miejsce korzystania z Internetu zauważono, że odsetek mężczyzn pochodzących z miasta i korzystających z Internetu w domu wynosi 100%, natomiast kobiet 59%. Wśród ankietowanych mężczyzn mieszkających na wsi odsetek ten wynosi 52%, a kobiet 39%. Wyniki badań odnośnie tej kwestii zamieszczone zostały w tabeli 1.

⁹ Nie dochód rodziny na osobę miesięcznie, o czym poinformowano badanych przed przeprowadzeniem pomiaru.

¹⁰ Poziom ten odpowiadał 178 – 534 zł miesięcznie (wg średniego kursu 1 lira tureckiego = 1,78zł).

Tabela 1. Miejsce najczęstszego korzystania z Internetu z podziałem na płeć oraz miejsce zamieszkania

Miejsce korzystania z Internetu	Mężczyźni z miasta	%	Mężczyźni ze wsi	%	Kobiety z miasta	%	Kobiety ze wsi	%
w domu	39	100%	11	52%	13	59%	7	39%
na uczelni	0	0%	6	29%	0	0%	1	6%
w pracy	0	0%	0	0%	1	5%	5	28%
w kawiarence	0	0%	4	19%	6	27%	4	22%
u znajomych	0	0%	0	0%	2	9%	1	6%
inne	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Razem	39		21		22		18	

źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonego badania.

Aby dowiedzieć się czegoś więcej na temat preferencji badanych studentów, którzy korzystają z usług bankowości internetowej przeanalizowano wyniki znajdujące się w tabeli 2.

Tabela 2. Wykaz banków, z usług, których najchętniej korzystają studenci posiadający uruchomioną usługę bankowości internetowej (podział na miejsce zamieszkania, płeć)

Bank	Miasto		Wieś	
	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni
Akbank	4%	14%	9%	4%
Finansbank	8%	0%	0%	4%
Türkiye Garanti Bankası	44%	31%	41%	20%
Türkiye Halk Bankası	8%	0%	0%	4%
HSBC Bank	0%	0%	5%	9%
Türkiye İş Bankası	20%	27%	18%	20%
Kuweyt Türk Katılım Bankası	0%	0%	0%	7%
VakıfBank	4%	8%	9%	13%
Yapı ve Kredi Bankası	12%	0%	9%	7%
T.C. Ziraat Bankası	0%	20%	9%	11%

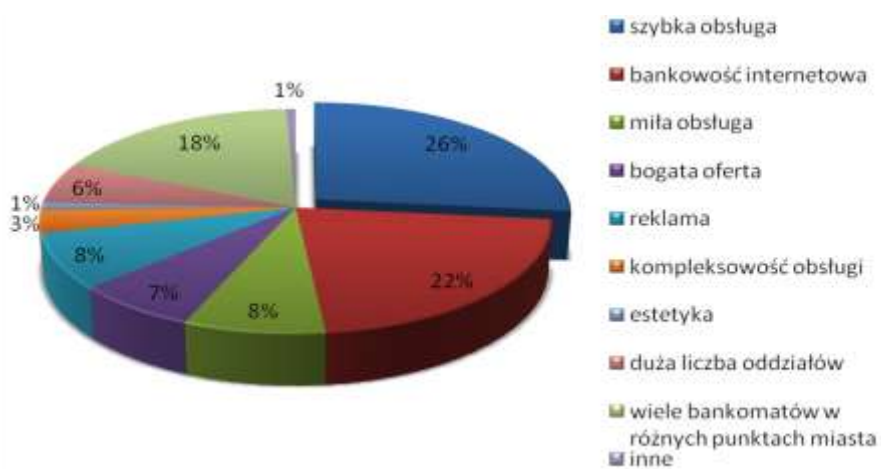
źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonego badania.

Z analizy tych danych można wyciągnąć ogólny wniosek. Wśród grup ankietowanych studentów, którzy korzystają z bankowości internetowej największym zainteresowaniem cieszą się banki, które są dobrze wyspecjalizowane w kierunku obsługi klientów poprzez Internet, umożliwiając im szeroką gamę usług dokonywanych drogą elektroniczną. Są to

przede wszystkim Türkiye Garanti Bankası oraz Türkiye İş Bankası. Innymi bankami, które również dają takie możliwości, jest T.C. Ziraat Bankası, który wybierają w całkiem dużym stopniu mężczyźni z miasta (20%), VakıfBank, z którego korzystają mężczyźni mieszkający na wsi (13%) oraz T.C. Ziraat Bankası, z którego chętnie korzystają ankietowane kobiety z miasta (12%). Kobiety mieszkające na wsi chętnie korzystają ze wszystkich tych banków, z których korzysta reszta badanej grupy studentów.

Cechy banku, które skłoniły badanych studentów do korzystania z ich usług zestawione zostały na rysunku 3.

Rysunek 3. Cechy, jakie powinien mieć bank, aby przyciągnąć do siebie studentów



źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonego badania.

Jak widać na rysunku 3, 26% studentów uważa, że cechą nowoczesnego banku jest szybka obsługa. Drugą w kolejności cechą jest bankowość internetowa, jak uważa 22%. Odsetek badanych uważających, że wiele bankomatów w różnych punktach miasta jest również istotna wynosi 18%. Mniej istotne, ale ważne to reklama i miła obsługa. Tak uważa 8% ankietowanych. Bogata oferta banku, duża liczba oddziałów, kompleksowość obsługi jest ważne dla, odpowiednio, 7%, 6% oraz 3% studentów.

Dalsza część badania była poświęcona bankowości internetowej. Na pytanie ankietowe, czy korzystasz z bankowości internetowej, 69 osób odpowiedziało, że korzysta, natomiast sporo, bo, aż 31 osób nie korzysta. W tabeli 3 przedstawiono wyniki tych badań z podziałem na płeć oraz miejsce zamieszkania respondentów.

Tabela 3. Odsetek osób korzystający z bankowości internetowej z podziałem na miejsce zamieszkania oraz płeć

Korzystanie z bankowości Internetowej	Miasto		Wieś	
	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni
tak	50%	87%	61%	62%
nie	50%	13%	39%	38%

źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonego badania.

Dane zawarte w tabeli 3 pozwalają na stwierdzenie, że największy odsetek osób korzystających z bankowości internetowej to mężczyźni z miasta (87%). Jak widać chętniej korzystają oni z takiej usługi niż badane kobiety z miasta, wśród których odsetek stanowi 50%. Różnica między ankietowanymi mieszkającymi a wsi wynosi jedynie 1%, przy czym większość badanych, aż pod 60%, preferuje usługi bankowości internetowej.

Ciekawie przedstawiają się dochody osób, które mają styczność z bankowością internetową. Wyniki tych badań zestawione zostały w tabeli 4.

Tabela 4. Odsetek osób mających konta internetowe z podziałem na miejsce zamieszkania, płeć oraz dochód

Dochód (w lirach)	Miasto		Wieś	
	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni
do 100	0%	0%	0%	0%
100 – 300	0%	0%	0%	15%
300 – 500	27%	44%	27%	23%
500 – 700	0%	56%	9%	31%
700 – 900	27%	0%	0%	15%
powyżej 900	45%	0%	64%	15%

źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonego badania.

Na podstawie uzyskanych wyników widać, że badanie studentki z miasta uzyskuje spore dochody powyżej 900 lirów. Odsetek tych studentek stanowi 45%. Po 27% to osoby mające dochód 300 – 500 lirów oraz 700 – 900 lirów. Z czego można wywnioskować, że większość z tych studentek to osoby studiuje niestacjonarnie i pracujące. Wśród mężczyzn z miasta te dochody kształtują się na poziomie 300 – 700 lirów. Niewykluczone, że te osoby są również pracujące i studiuje niestacjonarnie. Wśród ankietowanych mieszkających na wsi, dochody są mniej więcej rozłożone równomiernie, w szczególności wśród mężczyzn.

Wśród kobiet, widać, że ogromna większość (64%) osiąga spore dochody powyżej 900 lirów. Tu można stwierdzić, że są to na pewno studentki pracujące. Odsetek ankietowanych kobiet, które osiągają dochód 300 – 500 lirów stanowi 27% natomiast 500 – 700 lirów 9%.

Ankietowani studenci zostali poproszeni o podanie korzyści, jakie posiadają z bankowości internetowej. Treść oraz wyniki odpowiedzi zostały zilustrowane w tabeli 5.

Tabela 5. Korzyści z bankowości internetowej (podział na miejsce zamieszkania i płeć)

Korzyści z korzystania z bankowości internetowej	Miasto		Wieś	
	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni
wyższe oprocentowanie	13%	0%	3%	0%
mniejsze koszty przeprowadzania transakcji	22%	21%	18%	21%
możliwość korzystania z usług banku w dowolnym miejscu	19%	31%	33%	23%
nie muszę stać w kolejce	9%	17%	12%	28%
możliwość korzystania z usług banku o dowolnej porze dnia	25%	14%	21%	13%
oszczędność czasu	13%	16%	12%	15%
inne	0%	2%	0%	0%

źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonego badania.

Opierając się na wynikach zawartych w tabeli 5, można stwierdzić, że jeśli w każdej grupie zostaną zaznaczone 3 najwyższe wyniki, wspólną cechą dla wszystkich grup badanych studentów, determinantem korzystania z bankowości internetowej, są mniejsze koszty przeprowadzania transakcji oraz możliwość korzystania z usług banku w dowolnym miejscu. Natomiast częścią wspólną kobiet jest korzystanie z usług banku o dowolnej porze dnia, a wspólnym determinantem korzystania z bankowości internetowej dla mężczyzn jest brak kolejek.

W badanej populacji 61% osób korzysta z usług bankowości internetowej, z czego 50% to kobiety, a 87% to mężczyźni z miasta. Natomiast wśród ankietowanych mieszkających na wsi, z usług bankowości internetowej korzysta 61% kobiet oraz 62% mężczyzn.

Konkluzje

Analiza odpowiedzi studentów, którzy korzystają z usług bankowości internetowej zamieszkujących miasta pozwala na sformułowanie następujących wniosków:

- Grupa kobiet jest w wieku 24 lata i powyżej. Mężczyźni są w wieku od 21 do 26 lat.
- Studenci mieszkający w mieście w ogromnym stopniu korzystają z Internetu w domu.
- Miesięczne dochody studentek mieszczą się w przedziale 300 – 500 lirów oraz od 700 do powyżej 900 lirów. Dochody mężczyzn to 300 – 700 lirów.

Analiza odpowiedzi respondentów, którzy korzystają z usług bankowości internetowej zamieszkujących miasta pozwala na sformułowanie następujących wniosków:

- Przedział wiekowy grupy kobiet i mężczyzn mieszkających na wsi to od 18 lat do 30 lat i więcej. Z czego większość kobiet mieści się w przedziale wiekowym 27 oraz 30 lat i więcej. Natomiast większość mężczyzn to osoby z przedziału od 18 do 26 lat.
- Badani studenci mieszkający w dużym stopniu mają Internet w domu, lecz całkiem sporo osób korzysta z Internetu w miejscach udostępniających korzystanie z Internetu, takich jak kawiarenki internetowe, uczelnia czy nawet praca.
- Dochody kobiet są podobne do dochodów mężczyzn z miasta, z tym, że większość z nich osiąga jeszcze dodatkowo dochód powyżej 900. Mężczyźni znajdują się w przedziale od 100 – powyżej 900 lirów, z czego najwięcej osób mieści się w przedziale od 300 – 700 lirów.

Wyniki przeprowadzonego badania pozwalają wskazać cechy wspólne obu grup ankietowanych studentów korzystających z bankowości internetowej:

- Można pokusić się o twierdzenie, że osoby, które osiągają dochód powyżej 700 lirów na pewno pracują. W kampusie znajduje się dużo miejsc, gdzie zatrudniani są studenci. Są to m.in. kawiarnie, bary, serwisowanie komputerów uczelnianych, itp.
- Determinantami, które w największym stopniu skłoniły ankietowanych do korzystania z bankowości internetowej to przede wszystkim mniejsze koszty przeprowadzania transakcji oraz możliwość korzystania z usług banku w dowolnym miejscu. Dodatkowo dla kobiet ważna była również możliwość korzystania z usług banku o dowolnej porze dnia, a dla mężczyzn to, że nie muszą stać w kolejkach.
- Banki, z których najchętniej korzystają studenci, mający uruchomioną usługę bankowości internetowej to Türkiye Garanti Bankası oraz Türkiye İş Bankası.
- Najważniejszymi cechami, które wg ankietowanych powinien posiadać bank to szybka obsługa, dostęp do bankowości internetowej oraz wiele bankomatów w różnych punktach miasta.

- Ankietowani, którzy mają włączoną usługę bankowości internetowej najczęściej i najchętniej korzystają z elektronicznych kanałów dystrybucji takich jak bankomat, czy bankowość internetowa.

Literatura:

1. Chodyła K., E.J. Chmielewska (2000) Wykorzystanie Internetu w bankowości, „GG Parkiet”, nr 1520.
2. Doing Business In Turkey, MGI Pozitif Auditing & Consultancy Inc., Istanbul 2007, s. 21.
3. *Doing Business in Turkey: a Country Commercial Guide for U.S. Companies*, U.S. & Foreign commercial service and U.S. Department of State, 3.06.2007.
4. Guner M.S., *The Diffusion of Financial Innovation in Turkey: The Case of ATM*, Czerwiec 2005.
5. *Internet banking – Comptroller’s Handbook*, 1999, str. 3.
6. Jurkowski A. (2001) Bankowość elektroniczna. Materiały i studia. Zeszyt nr 125. Warszawa: NBP Departament Analiz i Badań.
7. Onay C., A. Helvacioğlu (2007) *Internet banking in the UE Harmonization process: The case of Turkey*, Istanbul.
8. Świecka B. (2004) *Bankowość elektroniczna*, CeDeWu, Warszawa.

Rozdział III Zrównoważony rozwój człowieka

mgr Katarzyna Strzała-Osuch

Człowiek a środowisko

Człowiek, jako żywy organizm jest częścią przyrody. Jego życie zależy od warunków panujących w środowisku przyrodniczym, lecz również od jego sposobu życia.. Człowiek nauczył się korzystać z darów natury, lecz nie zawsze w sposób racjonalny i zgodny z naturą istnienia. Istnieją różnorodne czynniki, które obniżają jakość środowiska życia człowieka. Wśród najważniejszych wymienić należy wysoki poziom uprzemysłowienia, urbanizacji, technologii jak również rozmaitych substancji, wymyślonych przez ludzkość teoretycznie w celu uprzyjemnienia bytowania na ziemi i rozrywki.

Jednym z dokumentów Konferencji Narodów Zjednoczonych „Środowisko i rozwój” w Rio de Janeiro jest deklaracja, która wyznacza zasady rozwoju zrównoważonego „uznając niepodzielną i powiazaną współzależnościami istotę Ziemi, naszego domu”. Pierwszą i najistotniejszą zasadą ekorozwoju jest stwierdzenie, iż istoty ludzkie są w centrum zainteresowania w procesie zrównoważonego rozwoju. Mają prawo do zdrowego i twórczego życia w harmonii z przyrodą. Dlatego też tak ważną stała się kwestia racjonalnego podejścia nie tylko do gospodarowania środowiskiem, lecz również do zarządzania własnym zdrowiem.

Celem prezentowanej w niniejszym rozdziale pracy jest wskazanie na działania człowieka – w tym wypadku palenia tytoniu, jako czynnika obniżającego jakość życia, jak również czynnika przyczyniającego się do pogorszenia stanu środowiska.

Najpopularniejszy narkotyk świata

Dym papierosowy zawiera ponad 4.000 substancji, z czego 75% to związki wyjątkowo szkodliwe¹. Palenie tytoniu skraca życie, zostało to udowodnione naukowo², dlatego też nie ma pozytywnych stron tego nałogu, mimo tego miliony ludzi na świecie wypala dziennie setki ton tytoniu robiąc sobie świadomie krzywdę³. Wyrwanie się z nikotynowego nałogu to prawdziwe wyzwanie, dla większości ludzi niewykonalne, mimo, że dzisiejszy palacz jest doskonale uświadomiony na temat konsekwencji palenia papierosów. Niektórzy z nich poddali się kuracją antynikotynowym, inni palą jeszcze więcej, wielu z nich zapadło na choroby serca i inne poważne dolegliwości. Nigdy nie jest za późno na rozstanie się z nałogiem, wystarczy tylko silna wola i konsekwencja w działaniu⁴.

Papierosy – skąd się wzięły i co zawierają

Polska nazwa pochodzi od papieru owijającego ścinki liści tytoniu. Obecnie prawie wszystkie papierosy mają filtry, wprowadzone po raz pierwszy w 1940 roku przez markę Pall Mall, rozpowszechnione przez markę Kent. Technologię produkcji opracował niemiecki emigrant w USA -James Albert Bonsack- biorący udział w konkursie na wymyślenie maszyny do zwijania cygar⁵. Przedtem papierosy zwijano ręcznie, jako małe cygara (cygaretki), proces ten był pracochłonny. Bonsack dodał element rolki papieru, w którą maszyna automatycznie zwijała ścinki tytoniu i kroila. Opatentował dwukrotnie maszynę w tym samym roku (1880), ale nie było chętnych na kupno, ponieważ produkowała ona papierosy w ilości, której nikt w USA nie byłby w stanie skosztować. Dopiero współpraca z Jamesem Duke'm zaowocowała odpowiednim marketingiem i stworzeniem od podstaw masowej konsumpcji papierosów w USA, później w Anglii i na całym świecie. Duke m.in. rozdawał za darmo każdemu polskiemu imigrantowi na Ellis Island po pięć paczek papierosów⁶. Od tej chwili kariera papierosów rozwinęła się praktycznie na każdym kontynencie i w każdym kraju, w 1926 rząd polski wprowadził Polski Monopol Tytoniowy⁷.

Papieros jest to wyrób tytoniowy w kształcie cienkiej bibułki (gilzy) o średnicy do 1 cm i długości nawet do 12 cm. Wewnątrz bibułki znajdują się mieszanka tytoniowa składająca się z preparowanych liści różnego pochodzenia tytoniu. Zawarta w dymie papierosowym nikotyna posiada właściwości silnie uzależniające⁸. W dymie tytoniowym znajdują się również tysiące innych bardziej i mniej szkodliwych substancji. Ostatnimi laty zaczęto produkować papierosy z mieszanką ziołową, np. z mięta lub majerankiem. Po ten rodzaj papierosów palacze sięgają najrzadziej⁹.

¹ C. Bartecchi, T. MacKenzie, W. Scgvier (1995) Światowa epidemia tytoniowa. "Świat Nauki", nr 7 str. 26-34.

² H. Bożko-Lewczuk (2001) O szkodliwości palenia papierosów. "Biologia w Szkole", nr 3 str.168-170

³ M. Matuszczak (2000) Używki kradną wolność. "Edukacja i Dialog", nr 8 str. 56-61.

⁴ P. Cross (2007) *Rzucić palenie. 52 wspiane pomysły*, Rebis, 2007, str. 45-47.

⁵ C. Bartecchi, T. MacKenzie, W. Scgvier (1995) Światowa epidemia tytoniowa. "Świat Nauki", nr 7 str. 16-21.

⁶ P. Wernicki (2002) Ulubiony narkotyk ludzkości. "Wiedza i Życie", nr 9 str. 38-41.

⁷ <http://pl.wikipedia.org/wiki/Papieros> (luty 2008)

⁸ U. Gryniuk (2003) Wpływ palenia papierosów na zdrowie. "Biologia w Szkole", nr 2 str. 101-104.

⁹ P. Cross (2007) *Rzucić palenie. 52 wspiane pomysły*, Rebis, str. 67-74.

Skład chemiczny papierosów

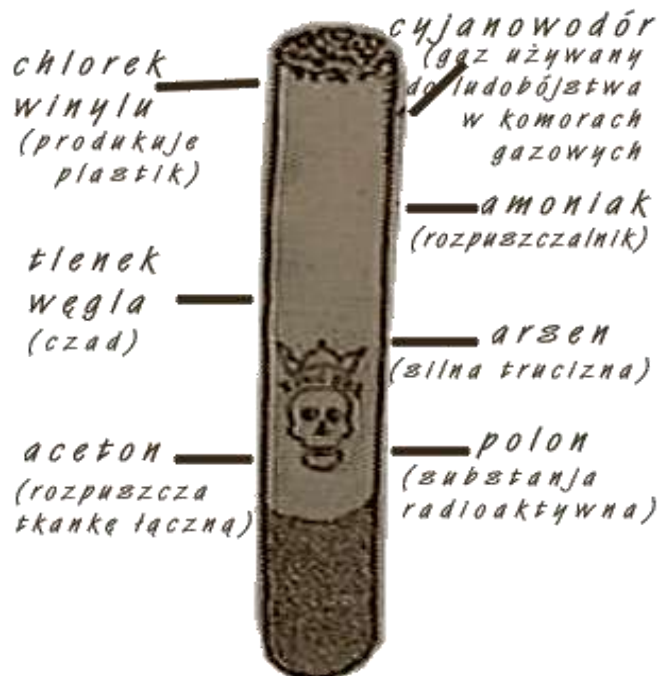


nikotyna- (C₁₀H₁₄N₂) to najbardziej czynny skład dymu tytoniowego. Jej zawartość w dymie waha się od 1 do 2 mg¹⁰. Nikotyna podwyższa ciśnienie, obkurcza ściany naczyń krwionośnych. Zwiększa ryzyko nowotworów hamując gen p53, który ma za zadanie powstrzymywanie niekontrolowanego rozwoju komórek.

tlenek węgla- dym papierosowy zawiera go od 1 do 5%¹¹. Blokuję hemoglobinę tworząc z nią związek nazywany karbohemoglobiną, poraża układ enzymów oddechowych. Utrudnia dopływ tlenu do serca prowadząc do zawału¹².

tlenki azotu- pochodne azotanu wytwarzane w trakcie palenia¹³. Dostając się do płuc uszkadza błony oddechowe. 99% tej substancji chemicznej zatrzymywanej jest w naszych płucach¹⁴.

cyjanowodór, amoniak- blokują działanie enzymów oddechowych, działają drażniąco na receptory dolnych i górnych dróg oddechowych.



Szkodliwy wpływ palenia tytoniu

Spalanie w wysokiej temperaturze tytoniu uwalnia do atmosfery groźne trucizny, które mają katastrofalne skutki zdrowotne¹⁵. Do najczęstszych chorób wywołanych paleniem tytoniu należą m.in. rak płuc, rozedma płuc, zawał serca, nowotwory nerek, choroby żołądka i dwunastnicy¹⁶. Wdychany dym papierosowy dostaje się do pęcherzyków płucnych, a stąd trujące związki chemiczne w nim zawarte, przenikają do krwiobiegu. Krążą wraz z krwią po

¹⁰ B. Dmowska (2004) "Pałaca butelka", czyli o szkodliwości palenia papierosów "Nowa Szkoła", nr 1. Warszawa, str. 44-45.

¹¹ Definicje pojęć z zakresu ochrony środowiska, (1993) Ośrodek badawczo-rozwojowy i statystyki, Departament Rolnictwa, Leśnictwa i Ochrony Środowiska, Wydawnictwo GUS, Warszawa, str. 42.

¹² M. Pecul (1998) Co nas truje w papierosach? "Wiedza i Życie", nr 1 str. 30-33.

¹³ <http://pl.wikipedia.org/wiki/Papieros> (luty 2008)

¹⁴ B. Skwarzec (2001) Radioaktywne papierosy. "Wiedza i Życie", nr 1 str. 28-30.

¹⁵ A. Burcan (1988) Zdrowotne skutki palenia tytoniu. "Wychowanie Fizyczne. i Zdrowotne", nr 5 str. 157-160.

¹⁶ M. Barczyński, J. Bogusz (1993) *Medyczny słownik encyklopedyczny*, Oficyna Wyd., Kraków, str.89-90.

całym organizmie, ztruwając go powoli, lecz skutecznie¹⁷. Im głębiej palacz zaciąga się dymem, tym większe stężenie szkodliwych związków w pęcherzykach płucnych, a stąd większe przenikanie do krwi¹⁸. Część związków toksycznych, pochodzących ze spalania tytoniu, rozpuszcza się w ślinie. Za jej pośrednictwem dostają się do żołądka. Gdy palacz jest na czczo, to połknięte toksyczne składniki działają bardziej agresywnie na śluzówkę żołądka. Łatwiej, więc mogą spowodować przewlekłe zapalenie żołądka i chorobę wrzodową. Skutki palenia tytoniu mogą dotyczyć także procesów rozrodczych, zakłócając przebieg ciąży czy powodując zmiany rozwojowe u potomstwa. Dzieci matek palących podczas ciąży mają niższą wagę przy urodzeniu, mniejszą długość ciała i mniejszy obwód główki, gorzej rozwinięty system odpornościowy. U kobiet palących papierosy częściej mają miejsca poronienia spontaniczne. Dym tytoniowy może powodować zaburzenia hormonalne. U kobiet mogą one objawiać się zahamowaniem produkcji komórek rozrodczych, u mężczyzn mogą powodować zmiany w budowie plemników. Nie ma bezpiecznego poziomu dziennego spożycia wyrobów tytoniowych. Każda, nawet najmniejsza dawka substancji szkodliwych dla zdrowia, powoduje choroby i przedwczesne zgon¹⁹. Ponadto palenie tytoniu może powodować interakcje z przyjmowanymi przez palacza lekami. Substancje chemiczne, zawarte w dymie tytoniowym, osłabiają działanie dużej grupy leków, co powoduje konieczność stosowania ich w większych dawkach. Jeżeli palacz rzuci palenie, leki działają skuteczniej.

Rys. 1 Ciało palacza – skutki palenia papierosów



Ciało palacza!

Oto główne skutki palenia papierosów:

1. Utrata włosów
2. Katarakta
3. Wiotczenie i marszczenie się skóry
4. Utrata słuchu
5. Rak skóry
6. Próchnica zębów
7. Rozedma płuc
8. Osteoporoza
9. Choroby serca
10. Owrzodzenia żołądka
11. Przebarwienia palców
12. Rak trzonu macicy i ryzyko poronienia
13. Degeneracja plemników
14. Łuszczyca
15. Choroba Bürgera
16. Nowotwory złośliwe

źródło: <http://www.eioba.pl/a71695/cialo> (luty, 2008)

¹⁷ M. Chmura, J. Stankiewicz (2003) "Mądry i silny nie pali". "Nowa Szkoła", nr 1 str. 29-30.

¹⁸ F. Pawlak (1995) Palenie tytoniu a prokreacja, Lider 6/65, Warszawa, str. 8.

¹⁹ M. Matuszczak (2000) Użytki kradną wolność. "Edukacja i Dialog", nr 8 str. 56-61.

1. Utrata włosów. Palenie papierosów osłabia system immunologiczny, co powoduje, że organizm staje się bardziej podatny na infekcje i choroby, między innymi na toczeń rumieniowaty, który może powodować owrzodzenia jamy ustnej, wysypkę, rumień na twarzy, głowie i ramionach oraz prowadzi do utraty włosów²⁰.

2. Katarakta. Palenie papierosów jest przyczyną bądź też powoduje pogorszenie już występujących chorób oczu. Ryzyko zachorowania na zaćmę, blokującą dostęp światła i prowadzącą do ślepoty jest u osób palących papierosy o 40% wyższe niż u osób niepalących. Palenie przyczynia się do rozwoju katarakty na dwa sposoby poprzez mechaniczne podrażnianie oczu dymem papierosowym i w wyniku wprowadzania do płuc substancji chemicznych, które wraz z krwią przedostają się do wszystkich organów ciała, w tym do gałki ocznej. Palenie papierosów przyczynia się również do degeneracji plamki żółtej centralnej części siatkówki. Jest to nieuleczalna choroba oczu charakterystyczna dla wieku podeszłego. Ta część oka jest odpowiedzialna za ostre centralne widzenie, co umożliwia czytanie, prowadzenie samochodu, rozpoznawanie twarzy, kolorów i szczegółowe widzenie poszczególnych elementów złożonego obiektu²¹.

3. Wiotczenie i marszczenie się skóry. Palenie papierosów, powodując utratę protein, które zapewniają skórze elastyczność, niedobór witaminy A oraz zaburzenia cyrkulacji krwi prowadzi do przedwczesnego starzenia się skóry. Skóra palaczy jest sucha, szorstka, poznaczona siatką licznych, zmarszczek, szczególnie głębokich w okolicach ust i oczu²².

4. Utrata słuchu. Ponieważ palenie powoduje większe przyleganie płytek krwi do ścian naczyń, a co za tym idzie zwężenie światła naczyń i zmniejszenie dopływu krwi do m. in. ucha wewnętrznego, palacze zaczynają tracić słuch w znacznie młodszym wieku niż osoby niepalące. Są również w o wiele większym stopniu narażeni na utratę słuchu związaną z licznymi, nawracającymi infekcjami uszu. Również tolerancja palaczy na hałas jest znacznie zmniejszona. Infekcje ucha środkowego zdarzają się u osób palących trzykrotnie częściej niż u niepalących, większe jest też u palących ryzyko komplikacji w wyniku infekcji, prowadzące np. do zapalenia opon mózgowych lub porażenia nerwu twarzowego²³.

5. Rak skóry. Palenie nie powoduje czerniaka złośliwego, ale znacząco przyczynia się do powikłań w przebiegu tej choroby. Ryzyko zachorowania na raka kolczysto komórkowego skóry, który objawia się łuskowatymi, czerwonymi nadżerkami na skórze, wzrasta u palaczy dwukrotnie²⁴.

6. Próchnica zębów. Palenie zmienia środowisko chemiczne jamy ustnej, powodując narastanie płytki nazębnej, żółknięcie zębów i przyspieszając proces próchniczny. Palacze są 1,5 x bardziej niż osoby niepalące narażeni na utratę zębów²⁵.

7. Rozedma płuc. Prócz raka płuc, osoby palące cierpią często na rozedmę płuc, która upośledza zdolność płuc do pobierania tlenu i usuwania dwutlenku węgla. W przypadkach ostrych konieczny jest zabieg tracheotomii, gdyż jedynie on może umożliwić pacjentowi

²⁰ P. Moszczyński (2003) Choroby tytoniowo-uzależniające (Przegląd piśmiennictwa i badania własne). "Lider", nr 1 str. 3-7.

²¹ M. Barczyński, J. Bogusz (1993) *Medyczny słownik encyklopedyczny*, Oficyna Wyd., Kraków, str.89-90.

²² Andrzejewski R. (1985) 'Środowisko – przyroda – człowiek', [w] *Zagrożenia ekologiczne*, Wydawnictwo ANS, Warszawa, str. 18.

²³ E. Sońta (2000) W pracy nad uzależnieniem nikotynowym. "Świat Problemów", Warszawa, nr 4 s. 42-45.

²⁴ P. Bieńkowski (2001) Losy nikotyny w organizmie. "Świat Problemów", nr 1 s. 40-43.

²⁵ M. Barczyński, J. Bogusz (1993) *Medyczny słownik encyklopedyczny*, Oficyna Wyd., Kraków, str.94-95.

oddychanie²⁶. Chroniczne u palaczy zapalenie oskrzeli z powstawaniem ropnej wydzieliny śluzowej prowadzi do bolesnego kaszlu i problemów z oddychaniem²⁷.

8. Osteoporoza. Tlenek węgla, najbardziej trująca substancja wchodząca w skład spalin samochodowych i dymu papierosowego, przedostaje się do krwi znacznie szybciej niż tlen, upośledza funkcje organów o 15%, zmniejszając zdolność przenoszenia tlenu. Wpływa to upośledzając również na tkankę kostną - kości tracą swoją gęstość, a co za tym idzie są znacząco bardziej podatne na złamania, zaś okres leczenia złamań wydłuża się u palących do 80% w porównaniu z osobami niepalącymi. Palacze są również w znacznym stopniu narażeni na choroby kręgosłupa. Badania wskazują, że palący robotnicy są pięć razy bardziej niż niepalący narażeni na pourazowe bóle krzyża²⁸.

9. Choroby serca. Jeden z każdych trzech zgonów na świecie spowodowany jest chorobami serca i naczyń. W krajach rozwijających się choroby serca są powodem śmierci ponad miliona ludzi rocznie. Palenie jest jednym z najistotniejszych czynników zwiększających ryzyko zachorowania na tego typu choroby. W wyniku chorób serca spowodowanych paleniem papierosów w krajach rozwiniętych umiera rocznie 600 000 osób. Palenie przyspiesza rytm pracy serca, podnosi ciśnienie tętnicze krwi, przyczyniając się do wzrostu ryzyka choroby naczyniowej i upośledzenia przepływu krwi wiodącego m.in. do zawału mięśnia sercowego²⁹.

10. Owrzodzenie żołądka. Palenie powoduje zmniejszenie odporności organizmu ludzkiego na bakterie powodujące owrzodzenie żołądka. Upośledza również zdolność żołądka do neutralizowania kwasów żołądkowych wydzielających się po jedzeniu, co powoduje uszkodzenie ścian żołądka przez nadmiar kwasu. Owrzodzenia żołądka są znacznie trudniejsze do wyleczenia, a choroba ta ma u palaczy tendencję nawrotową³⁰.

11. Przebarwienia palców. Substancje smoliste w dymie papierosowym oddziałują na skórę palców i na paznokcie, powodując ich przebarwienia na kolor żółtobrazowy³¹.

12. Rak trzonu macicy i ryzyko poronienia. Oprócz znacznego wzrostu ryzyka raka szyjki i trzonu macicy, palenie powoduje obniżenie zdolności do zajścia w ciążę oraz grozi licznymi komplikacjami podczas ciąży i porodu. Palenie podczas ciąży skutkuje niską wagą urodzeniową niemowląt i osłabieniem ich systemu immunologicznego. Ryzyko raka trzonu macicy wzrasta u kobiet palących trzykrotnie. Wzrasta również ryzyko wewnątrz macicznej śmierci płodu w wyniku niedotlenienia i zmian zwyrodnieniowych łożyska spowodowanych skażeniem organizmu tlenkiem węgla i nikotyną, które wchodzi w skład dymu papierosowego. Zespół nagłej śmierci u dzieci jest również skorelowany z paleniem papierosów podczas ciąży. Dodatkowo, palenie przyczynia się do spadku poziomu estrogenu, co powoduje przedwczesną menopauzę³².

²⁶ Więcek E., G. Sztroszejn-Mrowca, A. Maciejewska (1999) *Pyły środowiska pracy. Higiena Pracy*, pod redakcją Janusza Indulskiego. Tom I. Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera, Łódź, str. 379-434.

²⁷ M. Barczyński, J. Bogusz (1993) *Medyczny słownik encyklopedyczny*, Oficyna Wyd., Kraków, str.81-82.

²⁸ M. Barczyński, J. Bogusz (1993) *Medyczny słownik encyklopedyczny*, Oficyna Wyd., Kraków, str.89-90.

²⁹ Op. cit, str. 112.

³⁰ B. Przygoda (1994) Nikotynizm wśród dzieci i młodzieży (przyczyny, skutki, profilaktyka). "Szkola Specjalna", nr 4 str. 199-203.

³¹ M. Barczyński, J. Bogusz (1993) *Medyczny słownik encyklopedyczny*, Oficyna Wydawnicza, Kraków, str.272.

³² Op cit, str. 94-95.

13. Degeneracja plemników. Palenie może powodować zniszczenie lub degenerację DNA plemników, co w efekcie prowadzić może do deformacji płodu lub poronienia. Również problem bezpłodności jest znacznie częstszy u palaczy. Badania dowiodły, że dzieci palących mężczyzn chorują na raka znacznie częściej niż dzieci ojców niepalących. Palenie zmniejsza również znacząco liczbę plemników w spermie oraz zmniejsza ilość krwi docierającej do penisa, co może być przyczyną impotencji³³.

14. Łuszczyca. Palacze dwa do trzech razy częściej cierpią z powodu łuszczycy - ze zmianami na skórze całego ciała³⁴.

15. Choroba Bürgera. Choroba ta znana także, jako zakrzepowo-zarostowe zapalenie tętnic, powoduje stan zapalny tętnic, żył i nerwów obwodowych, zwłaszcza w kończynach dolnych, prowadząc do zatrzymania krążenia krwi. Nie leczona, choroba Bürgera prowadzi do rozwoju martwicy, obumierania tkanek ciała i konieczności amputacji martwiczych tkanek³⁵.

16. Nowotwory złośliwe. Udowodniono, że ponad 40 substancji wchodzących w skład dymu papierosowego wywołuje nowotwory złośliwe. Palacze są dwudziestodwukrotnie bardziej niż osoby niepalące narażeni na raka płuc. Liczne badania dowodzą, że im dłużej trwa nałóg palenia papierosów, tym większe jest ryzyko rozwoju różnych rodzajów raka u tego samego pacjenta. I tak znacząco zwiększa się u palących ryzyko wystąpienia następujących rak:

- * nosogardzieli (dwukrotny wzrost ryzyka),
- * rak języka,
- * jamy ustnej,
- * ślinianek (ryzyko wzrasta od 6 do 27 razy),
- * nowotwór gardła (ryzyko wzrasta 12 razy), przełyku (8 do 10 razy),
- * krtani (10 do 18 razy),
- * żołądka (2 do 3 razy),
- * nerek (pięciokrotny wzrost ryzyka),
- * pęcherza moczowego (trzykrotny),
- * rak prącia (ryzyko wrasta 2 do 3 razy),
- * trzustki (2 do 5 razy),
- * okrężnicy (3 razy) i odbytu (5 do 6 razy).

Niektóre badania wskazują na związek pomiędzy paleniem i rakiem sutka³⁶.

Szkodliwość dla innych, czyli bierne palenie

Bierne palenie polega głównie na wdychaniu dymu papierosowego przez innych ludzi. Zawiera on te same substancje i trucizny, które przyjmują palacze. Tylko 15 % dymu papierosowego jest wdychanych bezpośrednio przez palacza, reszta rozchodzi się w powietrzu, które wdychają również inni ludzie³⁷.

Jednym sposobem zapobiegania biernemu paleniu jest izolowanie się od osób palących papierosy. Należy unikać zadymionych pomieszczeń, palarni i innego typu miejsc gdzie pali się papierosy³⁸.

³³ www.zdrowie.flink.pl/palenie.pp (luty, 2008)

³⁴ www.lodz.ptkardio.pl/palenie.html (luty, 2008)

³⁵ M. Barczyński, J. Bogusz (1993) *Medyczny słownik encyklopedyczny*, Oficyna Wyd., Kraków, str.89-90.

³⁶ www.lodz.ptkardio.pl/palenie.html (luty, 2008)

³⁷ J. Lindenmeyer (2007) *Ile możesz wypić? O nałogach i ich leczeniu*, Warszawa, str. 32-36.

³⁸ www.zdrowie.flink.pl/palenie.pp (luty, 2008)

Trochę statystyki

Według szacunków WHO (World Human Organization) przeprowadzonych w roku 2000³⁹, regionem gdzie żyje największy procent palaczy płci męskiej jest obszar Zachodniego Pacyfiku. Procent palących mężczyzn wynosi tam aż 60%, procent palących kobiet jest natomiast stosunkowo niewielki w porównaniu do mężczyzn, wynosi 8%. Trochę mniej, bo 44% procent mężczyzn palących zamieszkuje regiony Południowo-wschodniej Azji, ich palące kobiety stanowią tylko 4% populacji. Następnie plasuje się Europa, 46% procent palących mężczyzn i aż 26% palących pań. Europejki prowadzą w statystykach. Za europejskimi mężczyznami podążają mężczyźni z regionów wschodniego Morza Śródziemnego, 35 % palących mężczyzn i 4% palących pań. Palący panowie z regionów Ameryki stanowią 35% ludności, natomiast Amerykanki 22%. Najmniej, bo 29% mężczyzn uzależnionych pochodzi z obszarów Afryki, palące Afrykanki stanowią niewielką grupę 4% populacji.

Tabela 1. Podział palaczy według regionu zamieszkania i płci

% osób palących		
region	mężczyzn	kobiet
Afryka	29	4
Ameryka	35	22
Morze Śródziemne	35	4
Europa	46	26
Azja	44	4
Zachodni Pacyfik	60	8

źródło: <http://pl.wikipedia.org/wiki/Papieros> (luty, 2008)

Zakończenie

Podobno chcąc zmienić świat powinno się najpierw zacząć od siebie. Trudno jednak nie być posądzonym o puste deklaracje ekologicznych intencji, jeśli swoich codziennych zachowań nie podda się krytycznej ocenie z punktu widzenia wpływu na środowisko. I odwrotnie, jeśli samemu nie zadba się, by uniknąć szkodliwych wpływów zatrutego środowiska. Dlatego też w każdej chwili warto rzucić palenie, dane nam wtedy będzie cieszyć się dłużej dobrym zdrowiem i lepszym samopoczuciem. Nie warto marnować zdrowia i pieniędzy dla papierosa, który może zabić.

³⁹ <http://www.who.un.org.pl> (luty, 2008)

Literatura:

1. Andrzejewski R. (1985) 'Środowisko – przyroda – człowiek', [w] *Zagrożenia ekologiczne*, Wydawnictwo ANS, Warszawa.
2. Barczyński M., J. Bogusz (1993) *Medyczny słownik encyklopedyczny*, Oficyna., Kraków.
3. Bartecchi C., T. MacKenzie, W. Scgvier (1995) Światowa epidemia tytoniowa. "Świat Nauki", nr 7.
4. Bieńkowski P. (2001) Losy nikotyny w organizmie. "Świat Problemów", nr 1.
5. Bożko-Lewczuk H. (2001) O szkodliwości palenia papierosów "Biologia w Szkole", nr 3.
6. Burcan A. (1988) Zdrowotne skutki palenia tytoniu. "Wych. Fizyczne i Zdrowotne", nr 5.
7. Chmura M., J. Stankiewicz (2003) "Mądry i silny nie pali". "Nowa Szkoła", nr 1.
8. Chołaj H. (1991) *Globalny świat – wyzwania i spory*, cz. II i III, Warszawa.
9. Cross P. (2007) *Rzucić palenie. 52 wspaniałe pomysły*, Rebis, 2007.
10. *Definicje pojęć z zakresu ochrony środowiska*, (1993) Ośrodek badawczo-rozwojowy i statystyki, Departament Rolnictwa, Leśnictwa i Ochrony Środowiska, GUS, Warszawa.
11. Dmowska B. (2004) "Paląca butelka", czyli o szkodliwości palenia papierosów "Nowa Szkoła", nr 1. Warszawa.
12. Gawron B. (1995) Palenie tytoniu a rozwój uczniów. "Opieka Wych. Terapia", nr 3.
13. Gryniuk U. (2003) Wpływ palenia papierosów na zdrowie. "Biologia w Szkole", nr 2.
14. Lindenmeyer J. (2007) *Ile możesz wypić? O nalogach i ich leczeniu*, Warszawa.
15. Matuszczak M. (2000) Używki kradną wolność. "Edukacja i Dialog", nr 8 str. 56-61.
16. Moszczyński P. (2003) Choroby tytoniowo-uzależniające (Przegląd piśmiennictwa i badania własne). "Lider", nr 1.
17. Pecul M., (1998) Co nas truje w papierosach? "Wiedza i Życie", nr 1.
18. Przygoda B. (1994) Nikotynizm wśród dzieci i młodzieży (przyczyny, skutki, profilaktyka). "Szkoła Specjalna".
19. Skwarzec B. (2001) Radioaktywne papierosy. "Wiedza i Życie", nr 1 str. 28-30.
20. Sońta E. (2000) W pracy nad uzależnieniem nikotynowym. "Świat Problemów", Warszawa, nr 4.
21. Wernicki P. (2002) Ulubiony narkotyk ludzkości. "Wiedza i Życie".
22. Więcek E., G. Sztroszejn-Mrowca, A. Maciejewska (1999) *Pyły środowiska pracy. Higiena Pracy*, (red) Janusza Indulskiego. Tom I. Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera, Łódź.

Źródła internetowe:

1. www.lodz.ptkardio.pl/palenie.html
2. www.zdrowie.flink.pl/palenie.pp
3. <http://pl.wikipedia.org/wiki/Papieros>
4. <http://www.who.un.org.pl>

Rozdział IV Internet w działalności handlowej

dr Beata Pawłowska

Internet w działalności handlowej

Postęp techniczno-technologiczny na rynku elektronicznym jest sprawą niezaprzeczalną. Ponadto wyraźna jest dynamika zmian oferty różnorodnych produktów na rynku, której towarzyszy skracający się czas podejmowanych decyzji zakupowych. Czynniki te stymulują współdziałania konsumentów i kreatywnych oferentów w zakresie lansowania nowych rozwiązań w dziedzinie e-ryнку. Spektakularnym przykładem dynamicznego rozwoju e-ryнку są działania internetowych sklepów handlowych (e-handel) dzięki sieci (technologii) internetowej.

Zauważywszy owe zależności Michał Goch, student Wyższej Szkoły Zarządzania w Kwidzynie, realizując pracę dyplomową przeprowadził badanie marketingowe, w celu opisania najistotniejszych aspektów funkcjonowania e-handlu na przykładzie powiatu kwidzyńskiego.

E – commerce, jako nowoczesna forma handlu

Istota biznesu elektronicznego

Pierwsza, klasyczna definicja pojęcia biznesu elektronicznego została przedstawiona przez firmę IBM w 1997 roku. Według niej e-business – to bezpieczne, elastyczne i zintegrowane podejście do dostarczania zróżnicowanych dodatkowych wartości biznesowych drogą połączenia tradycyjnych systemów opisujących podstawowe procesy biznesowe organizacji z możliwościami uproszczenia dostępu do nich, jakie daje technologia sieciowa. W ujęciu tym działanie e-biznesu sprowadza się do transformacji kluczowych procesów biznesowych przy użyciu technologii internetowych głównie poprzez zastosowanie szybszej, dokładniejszej, wygodniejszej wymiany informacji zarówno wewnątrz organizacji, jak i członków organizacji z zewnętrznymi kontrahentami wspomagającymi najważniejsze procesy biznesowe. Podejście to zwraca uwagę głównie na kanały informacyjne i ich obsługę oraz potencjalne możliwości modyfikacji i ulepszania procesów biznesowych organizacji (wymiana, rozwój, produkcja, zarządzanie produktem oraz budowa infrastruktury instytucjonalnej) w przestrzeni elektronicznej pomiędzy dostawcami, klientami i partnerami biznesowymi.

Coraz częściej dochodzi do zwracania uwagi na szerokie tendencje integracyjne systemów internetowych i tradycyjnych. Z tego punktu widzenia e-business to wynik kombinacji zasobów informacyjnych systemów tradycyjnych z szerokimi możliwościami sieci poprzez rozszerzenie ich krytycznych, wąskich gardeł – kontaktów klientów, dostawców i zatrudnionych – za pomocą sieci intranetów, ekstranetów i Internetu¹. W literaturze przedmiotu spotyka się też inne określenia, zgodnie z nimi biznes elektroniczny to:

- wszelkie formy transakcji związanych z komercyjnym wykorzystaniem indywidualnych i instytucjonalnych podmiotów gospodarczych bazujących na cyfrowym przetwarzaniu i transmisji danych;
- biznes prowadzony w sieciach komputerowych, takich jak Internet, z uwzględnieniem towarzyszącej mu infrastruktury pokrewnej;
- produkcja, dystrybucja, marketing i sprzedaż oraz dystrybucja dóbr i usług w wykorzystaniem sieci teleinformatycznych.

Z kolei handel elektroniczny (*e-commerce, electronic commerce, handel-on-line, on-line commerce*) – zawiera w sobie wymianę dóbr i usług pomiędzy klientami, partnerami biznesowymi i dostawcami za pośrednictwem drogi elektronicznej. Są to wszystkie transakcje pomiędzy organizacją a jakąkolwiek inną stroną, która w niej uczestniczy. Transakcje odbywają się na zasadzie wymiany informacji rozpowszechnianej przez sieci elektroniczne na jakimkolwiek szczeblu łańcucha dostaw czy wewnątrz organizacji, pomiędzy przedsiębiorstwami, przedsiębiorstwami a klientami lub pomiędzy sektorem prywatnym a publicznym, w sposób płatny lub bezpłatnie.

¹ W.Chmielarz (2007) *Systemy biznesu elektronicznego*, Wyd. Difin, Warszawa 2007, str. 16.

Jeżeli potraktuje się ten proces w sposób opisowy, handel elektroniczny jest:

- wprowadzoną do praktyki koncepcją opisującą proces kupna, sprzedaży i dostawy produktów, usług, informacji przez partnerów handlowych (indywidualnych i/lub grupowych oraz przedsiębiorstwa elektroniczne),
- prowadzony lokalnie (na terenie kraju, gminy, miasta, osiedla) lub pomiędzy rezydentami dwóch lub więcej krajów (handel międzynarodowy lub globalny),
- zabezpieczany za pomocą środków płatności (tradycyjnych i elektronicznych),
- dokonywany przy pomocy infrastruktury techniczno – organizacyjnej, w tym głównie sieci komputerowych z Internetem łącznie,
- prowadzony dla osiągnięcia określonych zysków².

Funkcjonowanie handlu w sieci Internet

Specyficzny sposób funkcjonowania handlu internetowego oraz jego stały rozwój spowodowały wyodrębnienie wielu modeli, w obrębie, których można wyróżnić m.in. następujące kategorie:

- B2B (*business-to-business*)
- B2C (*business-to-consumer*)
- C2B (*consumer-to-business*)
- C2C (*consumer-to-consumer*)
- G2B (*government-to-business*)
- G2C (*government-to-consumer*)
- G2G (*governement-to-government*)

Sektor **B2B** jest najszybciej rozwijającym się modelem e-handlu. Zadania podejmowane w ramach tej formy dotyczą wymiany handlowej wyłącznie pomiędzy firmami o ustabilizowanej pozycji na rynku tradycyjnym. Działania uczestników sektora B2B odnoszą się, więc do zawierania transakcji, poszukiwania partnerów handlowych, budowania sieci dostawców i odbiorców itd.

W modelu **B2C** głównym podmiotem jest firma, która kieruje swoją ofertę do określonej grupy klientów; działalność ta obejmuje wszelkie formy sprzedaży dokonywane przez jednostki gospodarcze. Handel prowadzony w takiej postaci, to przede wszystkim handel detaliczny. W ramach tej formy wymiany można mieć do czynienia z dwoma typami handlu - handlem bezpośrednim i handlem pośrednim. Handel bezpośredni ukierunkowany jest wprost na ostatecznego odbiorcę towaru lub usługi, natomiast pośredni wykorzystuje inne podmioty do kontaktu z nabywcami.

Modelem, w którym podmiotem dominującym jest klient, a działania są skierowane na przedsiębiorstwo, jest sektor **C2B**. Można w nim wyróżnić: aukcje odwrotne, na których konsumenci proponują cenę, a sprzedający oferują towar, zakupy zbiorowe, które polegają na nabyciu większej ilości towarów za niższą cenę, oddziaływanie na jednostkę gospodarczą poprzez wyrażenie opinii publicznej na temat proponowanych produktów, usług oraz żądanej ceny³.

Kolejny model – **C2C** – dotyczy transakcji realizowanych pomiędzy klientami. Działalność uczestników tej formy wymiany sprowadza się do tego, iż każdy

² Ibidem.

³ A. Małachowski (2006) *Wprowadzenie do i-handlu*, Wyd. AE, Wrocław, str. 24.

z podmiotów może wymieniać posiadane dobra na różnego rodzaju aukcjach i giełdach przeznaczonych dla osób prywatnych, wspólnot hobbystycznych i regionalnych oraz w innych formach sprzedaży. W modelu tym nie ma ograniczenia co do przedmiotu wymiany, a więc wymianie może podlegać zarówno przedmiot namacalny, jak i informacja, wiedza, ekspertyza, analiza itp.

Model **G2B** stworzony jest do wszelkiego rodzaju transakcji zawieranych pomiędzy agentami rządowymi a podmiotami gospodarczymi. W ramach tego sektora realizowane są operacje zachodzące pomiędzy firmą a organem administracji państwowej.

W modelu **G2C** wymiana informacji następuje pomiędzy organami administracji państwowej a klientami. Forma ta jest stadium początkowym, gdyż agendy rządowe nie mają odpowiednich unormowań prawnych oraz brakuje rozwiązań technologicznych i personalnych.

Model **G2G** odnosi się przede wszystkim do sektora państwowego. Zakłada on wymianę informacji, wiedzy oraz opinii pomiędzy wybranymi jednostkami rządowymi na poziomach zarówno lokalnym, regionalnym, jak i krajowym.

Wyróżnienie modeli e-handlu związane jest z rodzajem prowadzonej działalności, obszarem działania, a także podmiotami będącymi uczestnikami transakcji realizowanych drogą elektroniczną.

Handel internetowy może być realizowany za pomocą wielu różnorodnych narzędzi. Najważniejsze z nich to przede wszystkim:

- sklepy internetowe,
- pasaż handlowe,
- aukcje internetowe,
- giełdy internetowe
- serwisy ogłoszeniowe.

Najszybciej rozwijającym się narzędziem e-handlu są sklepy internetowe, a więc witryny WWW prezentujące ofertę handlową. Zawierają one mechanizmy pozwalające na zamawianie towarów i usług oraz dokonywanie płatności za dokonywany produkt. Badania statystyczne wykazują, iż najczęściej sprzedawanymi produktami są: sprzęt komputerowy, oprogramowanie, książki, gry komputerowe, filmy, muzyka⁴. Usługi najczęściej rozpowszechniane przez sklepy internetowe to sprzedaż informacji biznesowych, dystrybucja biletów lotniczych oraz wynajem pokoi hotelowych.

Znaczącą rolę w e-handlu ogrywają również aukcje internetowe, prowadzone za pośrednictwem specjalnie stworzonych do tego platform informatycznych. Punktem wyjścia jest zwykle cena minimalna, od której zaczyna się licytacja, czyli zgłaszanie przez potencjalnych nabywców coraz wyższej ceny za oferowany towar. Zakupu dokonuje ten podmiot, który podczas licytacji zaproponuje najwyższą ofertę⁵. Popularne jest również stosowanie opcji zakupu „kup teraz”, co zwalnia potencjalnych nabywców z konieczności śledzenia aukcji i pozwala na natychmiastowy zakup towaru.

⁴ e-commerce 2006 – Badanie polskich sklepów internetowych – Raport, IDG, Warszawa 2007, str. 3.

⁵ B.Ogórek (2003) *Allegro – aukcje internetowe w praktyce*, Wyd. Helion, Gliwice, str. 12.

Aukcje prowadzone zarówno w sposób tradycyjny, jak i aukcje *online* mają ten sam kluczowy składnik: osoby biorące w nich udział poprzez składanie ofert kupna produktów za określoną cenę, znajdują jednocześnie przyjemność z samego handlowania - bezpośrednia interakcja między użytkownikami występująca w czasie rzeczywistym wnosi element rywalizacji i rozrywki. Pomiedzy użytkownikami zaczynają wytwarzać się więzi, które budują rodzaj społeczności wokół marki lub produktu – najlepszy sposób na długoterminową lojalność klientów.

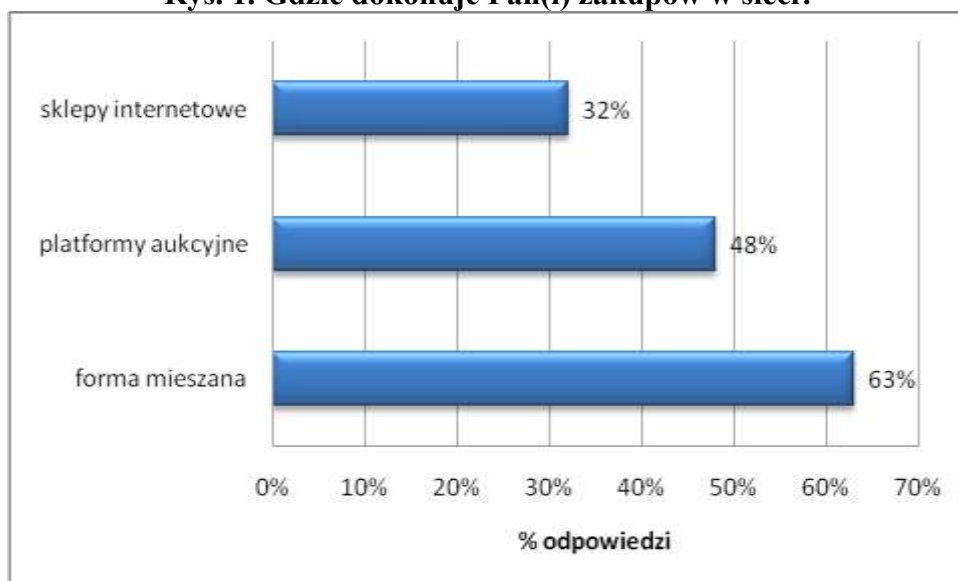
Zakupy w sieci Internet w świetle wyników badania

W listopadzie 2007 roku przeprowadzono badanie ankietowe wśród mieszkańców powiatu kwidzyńskiego na temat ich preferencji, co do zakupów w sieci. W badaniu udział wzięło przeszło 100 przypadkowo napotkanych osób, które skłonne były do udzielenia kilku pytań w obecności ankietera. Wyniki były następujące:

- Płeć: internauci kupujący w sieci, to przede wszystkim mężczyźni. Wśród badanych, którzy kupują zarówno w sklepach internetowych, jak i na aukcjach, mężczyźni stanowią 69% badanych.
- Wiek: najmłodsi badani (15-24 lata) kupują przede wszystkim na aukcjach (44%), natomiast starsi (35 i więcej lat) chętniej korzystają ze sklepów internetowych (40%).
- Wykształcenie: badani z wykształceniem średnim preferują aukcje internetowe (43%), badani z wykształceniem wyższym preferują kupowanie zarówno w sklepach internetowych, jak i na aukcjach (52%) lub tylko w sklepach (42%).
- Dochód: badani bez dochodów własnych preferują kupowanie na aukcjach (31%), wśród osób korzystających zarówno z aukcji, jak i sklepów internetowych są najbogatsi (dochody powyżej 5.000 zł. – 21%) oraz ci z dochodami od 1001 do 2000 zł. W grupie, która nie dokonuje zakupów w Internecie przeważają badani z dochodem mniejszym niż 1000 zł. (28%).

Niespełna połowa badanych, jako miejsce zakupów w sieci wybrała platformy aukcyjne (48% odpowiedzi), 32% respondentów wybrało sklepy internetowe, natomiast najwięcej odpowiedzi wskazywało na formy mieszane, tj. platformy oraz sklepy (rys. 1).

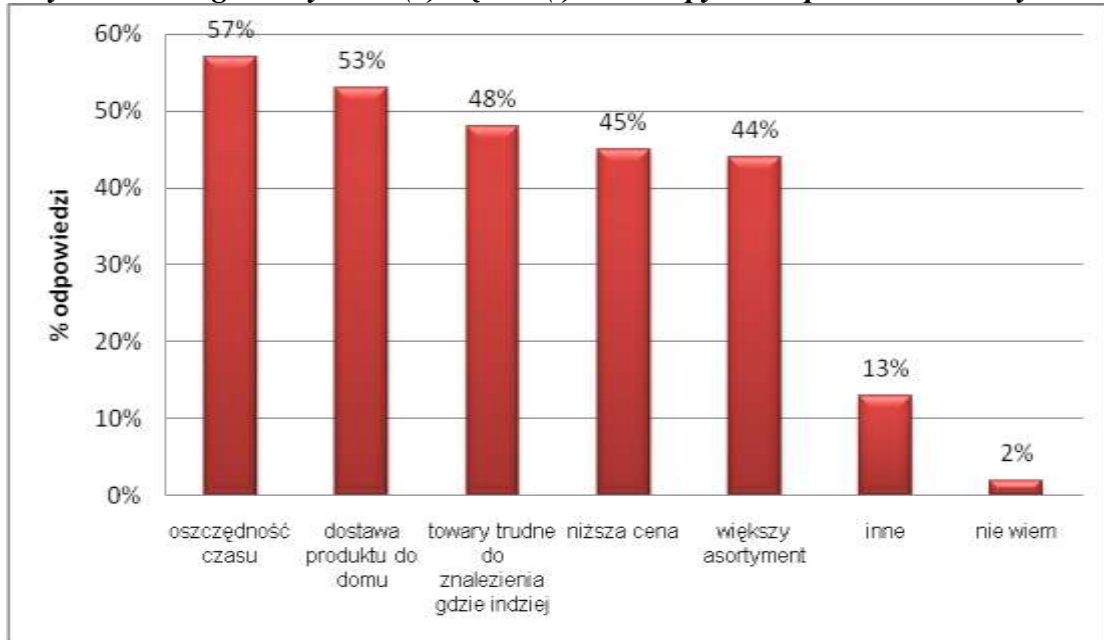
Rys. 1. Gdzie dokonuje Pan(i) zakupów w sieci?



źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonego badania.

Głównym czynnikiem decydującym o zakupach w sklepach internetowych wśród badanych była oszczędność czasu (57% odpowiedzi), a także bezpośrednia dostawa zakupionego towaru do domu – takiej odpowiedzi udzieliło 53% badanych. Szczegółowy rozkład odpowiedzi przedstawia rys. 2.

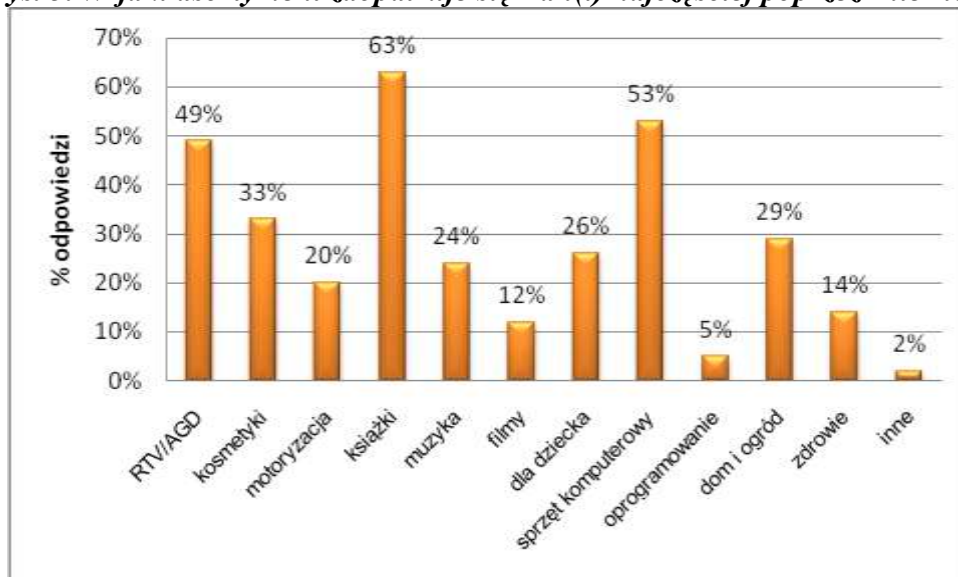
Rys. 2. Dlaczego zdecydował(a) się Pan(i) na zakupy w sklepach internetowych?



źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonego badania.

Przeprowadzone badanie umożliwiło również wskazanie, jakiego typu produkty są najczęściej kupowane za pośrednictwem sieci Internet przez mieszkańców powiatu kwidzyńskiego. Rozkład odpowiedzi przedstawia rys. 3.

Rys. 3. W jaki asortyment zaopatruje się Pan(i) najczęściej poprzez Internet?



źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonego badania.

Według badanych zdecydowanie najwięcej transakcji zakupu w Internecie dotyczy książek, zarówno nowych, jak i używanych. Szeroko rozumiany sprzęt komputerowy trafia

z „wirtualnego rynku” aż do 53% badanych. Blisko połowa (49%) respondentów stwierdziło natomiast, iż w Internecie kupuje sprzęt elektroniczny. Powodem tego stanu rzeczy może być większa oferta towarów, a co za tym idzie, również możliwość znalezienia produktu po niższej cenie. W powiecie kwidzyńskim funkcjonuje dosyć rozbudowany system sprzedaży, jednakże nowości rynkowe pojawiają się na lokalnym rynku ze znacznym opóźnieniem i ceną znacznie wyższą od obowiązującej w Internecie.

Konkluzje

Biznes elektroniczny posiada wiele zalet, umożliwia dostęp do zróżnicowanych produktów, od komputerów po samochody w bardzo konkurencyjnych cenach. Daje możliwość partycypacji w wirtualnych aukcjach. Aukcji internetowych – będących odzwierciedleniem rzeczywistych – jest coraz więcej i cieszą się one niesłabnącym zainteresowaniem. Stanowią źródło atrakcyjnych zakupów i informacji o ich możliwości. Ograniczane są przez pewne niebezpieczeństwo braku gwarancji zawieranych tam transakcji. Biznes elektroniczny pozwala na interakcję pomiędzy klientami polegającą na wymianie zarówno elektronicznych komunikatów, jak i porównania idei czy doświadczeń. Rozwój e-commerce uzależniony jest w dużym stopniu od dostępności do sieci Internet. Od początku 2000 roku nastąpiła tendencja wzrostowa i rozwój sieci w naszym kraju, co przekłada się również na rozkwit rynków elektronicznych. Ludzie coraz bardziej zaczynają ufać sklepom internetowym, które kuszą klientów coraz to niższymi cenami. Nie bez znaczenia jest również fakt zwiększonej dostępności do elektronicznych kanałów.

Literatura:

1. Chmielarz W. (2007) *Systemy biznesu elektronicznego*, Wyd. Difin, Warszawa 2007.
2. e-commerce 2006 – Badanie polskich sklepów internetowych – Raport, IDG, Warszawa 2007.
3. Małachowski A. (2006) *Wprowadzenie do i-handlu*, Wyd. AE, Wrocław.
4. Ogórek B. (2003) *Allegro – aukcje internetowe w praktyce*, Wyd. Helion, Gliwice.

Rozdział IV Zdrowie publiczne

mgr Ewa Mędrak

Zdrowie publiczne

Wiadomo, że zdrowie i rozwój człowieka uwarunkowane jest jego stanem fizycznym, psychicznym i społecznym. Stanowi ono jego kapitał życiowy i jest podstawą do tworzenia nowych wartości. Jest kształtowane i doznawane w warunkach, w jakich toczy się jego życie codzienne, gdy uczy się, pracuje, odpoczywa i kocha. Jest uzależnione od troski o siebie i innych, od podejmowanych decyzji, od tego, w jakim stopniu panuje nad okolicznościami swojego życia.

Pesymistyczne prognozy kondycji zdrowotnej ludności wyzwalają potrzebę podjęcia szeroko zakrojonych działań profilaktycznych, położenia nacisku na zdrowie, a nie na leczenie chorób, na zapobieganie, a nie na „naprawianie”, które jest bardzo kosztowne zarówno dla jednostki, jak i społeczeństwa, a często niestety nieskuteczne.

W ostatnich dziesięcioleciach człowiek intensyfikował swoją działalność z myślą o poprawie własnych warunków życia do tego stopnia, że znaczna część skutków jego wysiłków umknęła jego kontroli i zaczęła się wręcz obracać przeciwko niemu samemu.

Istnieje, zatem konieczność bliższego poznania powiązań przyczynowo - skutkowych rozwoju społecznego i gospodarczego, a szczególnie wynikających z niego zagrożeń. Umożliwi to podjęcie właściwych działań zapobiegawczych, a także ograniczy lub zlikwiduje znaczną liczbę zdrowotnych skutków ubocznych.

Problem poruszany w prezentacji „Zdrowotne zagrożenia w domu” dotyczy bezpośrednio nas wszystkich. Zastanówmy się, czy myśląc o zdrowiu, prowadząc tzw. „zdrowy styl życia”, uprawiając sport, stosując dietę myślimy o tym, jaki wpływ na nasze zdrowie mają czynniki, z którymi spotykamy się codziennie, w miejscu, które traktujemy jak azyl, na które mamy bezpośredni wpływ i które w równym stopniu oddziałują na nas samych.

Zdrowotne zagrożenia w domu

Wstęp

Dom kojarzy się z bezpiecznym miejscem, w którym możemy się odprężyć, odpocząć, zaspokoić głód, spokojnie zasnąć. W domu jest ciepło, nie pada deszcz, nie wieje wiatr. Jest nam w nim po prostu dobrze. Ma to swój wymiar zdrowotny.

W pomieszczeniach zamkniętych spędzamy średnio 90% swojego czasu, a w przypadku, kiedy pracujemy w domu, współczynnik może sięgać nawet 95%¹. Dlatego też, jakość powietrza wewnętrznego jest bardzo ważna.

Dla wielu z nas drugim domem jest miejsce pracy, w którym spędzamy mnóstwo czasu². Jednak nasuwa się pytanie, czy rzeczywiście możemy być pewni, że w domu, w pracy lub innych pomieszczeniach zamkniętych, nic nam nie zagraża? Mam nadzieję, że niniejsza praca pozwoli odpowiedzieć na to pytanie.

Źródła emisji w pomieszczeniach zamkniętych

Najczęściej spotykanym zagrożeniem dla zdrowia w pomieszczeniach zamkniętych jest zanieczyszczenie powietrza, jego ograniczona ilość, jak również tempo wymiany powietrza w pomieszczeniach zamkniętych z powietrzem atmosferycznym³.

W trakcie przebywania w pomieszczeniach zamkniętych, wydziela się mnóstwo związków chemicznych i czynników biologicznych, na które narażeni są mieszkańcy lub pracownicy. Substancje te zazwyczaj są szkodliwe, a przynajmniej uciążliwe. Wpływ zanieczyszczeń na zdrowie mieszkańców jest bardzo niekorzystny⁴. W ostatnich latach zaobserwować można wzrost zachorowań na choroby układu oddechowego⁵. W naszych domach mieszkalnych najczęściej spotykanymi substancjami są tlenki azotu, tlenki siarki, formaldehydy. Substancje te pochodzą z różnych urządzeń, z których korzysta się codziennie, materiałów budowlanych i środków czystości⁶.

W mieszkaniach, w których używane są kuchenki gazowe lub używane jest ogrzewanie grzejnikami katalitycznymi na gaz lub paliwo płynne, emitowane są w pewnym stopniu zanieczyszczenia pyłowe i gazowe⁷. Również kominki mogą stać się zagrożeniem dla zdrowia. Co prawda ich budowa przewiduje wyprowadzenie wszystkich spalin specjalnym przewodem na, zewnątrz, ale z powodu na przykład złego wykonania lub specyficznych warunków pogodowych, część spalin może przedostawać się do pomieszczeń mieszkalnych.

¹ E. Białek (2002) *Rodzina - szkoła - praca: wyzwania i zagrożenia* // Nowe w Szkole, [nr] 7/8, dod. "Szkoła w Społeczności" str. 43-45.

² D. Koradecka (red) (2000) *Nauka o pracy - Bezpieczeństwo, Higiena i Ergonomia. Zagrożenia czynnikami niebezpiecznymi i szkodliwymi w środowisku pracy*. Zeszyt 6, CIOP, Warszawa, str. 14-15.

³ P. Chovin, A. Roussel (1975) Czym oddychamy, Wiedza Powszechna, Warszawa, str. 33-35.

⁴ E. Nikodemowicz (1983) „Wpływ zanieczyszczeń środowiskowych na układ oddechowy człowieka”, *Folia Medica Cracov*, 1982/1983 nr 10.

⁵ <http://ekoenergia.polska-droga.pl/content/view/178/80/> (luty, 2008)

⁶ K. Strzała-Osuch, Manelska K, Redmer M (2006) „Wpływ środowiska na życie i zdrowie człowieka” [w:] K. Strzała-Osuch (red.) „Nauka i Edukacja naszą wspólną przyszłością” Prace i materiały nr 2 WSZ, Wydawnictwo WSZ, Kwidzyn-Sztum, str. 5-11.

⁷ A. Ginsbert-Gerbert (1985) *Ekonomiczne i socjologiczne efekty ochrony środowiska*, Wrocław, str. 188-189.

Swego czasu budowane były mieszkania z tzw. ciemnymi kuchniami, pomieszczenia o minimalnej powierzchni, bez okna, ale za to z czteropalnikową kuchenką gazową⁸.

Zatrucia tlenkiem węgla wydzielającym się w czasie spalania gazu ziemnego w kuchence gazowej czy też z podgrzewaczy wody, mogą skończyć się śmiertelnie⁹. W pomieszczeniu wywietrzonem pogorszenie się jakości powietrza następuje w chwili uruchomienia kuchenki gazowej. Prace w kuchni typu gotowanie dodają do powietrza duże ilości pary wodnej, a oddychanie ludzi – dwutlenku węgla. W trakcie snu domownicy wydychają ok. 20 litrów dwutlenku węgla na godzinę i 20 innych toksycznych substancji¹⁰. Przy zamkniętym oknie w sypialni wszystkie te związki będą ponownie wdychane przez mieszkańców. Niedostateczna wentylacja doprowadzi do niedoboru tlenu i nagromadzeniu się gazów szkodliwych, co może spowodować niedotlenienie mieszkańców, alergie, astmę i inne choroby. Brak odpowiedniej wentylacji obniża komfort mieszkania, w którym występują zapachy różnego pochodzenia. Wysoka wilgotność doprowadza do mnożenia się drobnoustrojów, które niekorzystnie wpływają na zdrowie i samopoczucie mieszkańców. A zatem wentylacja jest konieczna, nawet, jeśli powietrze na zewnątrz jest zanieczyszczone¹¹.

Wiele substancji szkodliwych dla zdrowia jest emitowanych w pomieszczeniach zamkniętych z materiałów budowlanych, mebli, wykładzin podłogowych, tapet, środków czystości¹². Przedmioty wykonane ze sklejek lub płyt wiórowych a także laminaty wydzielają formaldehyd. Wdychanie formaldehydu na wyższym poziomie powoduje pieczenie oczu, katar, podrażnienie górnych dróg oddechowych, a także może wywołać kaszel, duszenie w klatce piersiowej, uczucie ucisku w głowie i palpacje serca. Również wchłanianie benzenu jest bardzo szkodliwe. W pomieszczeniach zamkniętych wchłanianie benzenu może pochodzić z farb i ich rozpuszczalników. Niektóre lotne substancje organiczne stanowią składniki kosmetyków lub środków higieny. Barwniki i pigmenty mają szerokie zastosowanie w wielu dziedzinach życia. Stosuje się do wyrobu zabawek, do zestawów szkolnych farb, do druku gazet i czasopism, do wyrobu długopisów i kredek, barwi się ściany, meble, tkaniny. Na wdychanie lotnych składników farb narażeni są wszyscy członkowie danej społeczności, jednak najbardziej zagrożone są dzieci (np. obgryzanie ołówków, wkładanie do ust przedmiotów pokrytych farbami zawierającymi szkodliwe składniki, lizanie pędzelków)¹³.

Często w naszych domach występuje tworzywo sztuczne PCW – polichlorek winylu, stanowiące najpoważniejsze zagrożenie dla człowieka¹⁴. Jego cechą odróżniającą od innych jest zawartość chloru. Jest mieszaniną wielu toksycznych związków. W powietrzu nad wykładziną z PCW wydziela się 60 substancji chemicznych, w większości szkodliwych. W czasie pożaru wydziela toksyczne gazy – chlorowodór. Oprócz chloru zawiera więcej niebezpiecznych składników, tj. zmiękczacze, pigmenty (związki ołowiu i kadmu), związki antystatyczne, rozjaśniacze optyczne, środki przeciwdymne. Większość tych związków oraz resztki rakotwórczego chlorku winylu, uwalniają się z tworzywa. Wiele z nich powoduje raka, alergie, zmiany genetyczne i hormonalne. PCW jest niezdrowe i nie ekologiczne. Z PCW

⁸ J. Bulska (2003) *Specyficzne potrzeby zdrowotne ucznia w rodzinie*. Czasopismo: Wychowanie, na Co Dzień. - 2003, nr 10/11, s. 20-23.

⁹ <http://ekoenergia.polska-droga.pl/content/view/178/80/> (luty, 2008)

¹⁰ K. Adamczyk, G. Gawrońska. P. Małecki, W. Włodarczyk (1989) *Uciążliwość skumulowana*, Ochrona Przyrody, 1989 nr 6, str. 7-9.

¹¹ R. Andrzejewski (1985) "Środowisko – przyroda – człowiek", [w] *Zagrożenia ekologiczne*, Wydawnictwo ANS, Warszawa, str. 18.

¹² W. Adamczyk (2004) *Ekologia wyrobów*, PWN, Warszawa, str. 141 i dalsze.

¹³ Dz.U.1998.55.355, Dopuszczalne wartości stężeń substancji zanieczyszczających w powietrzu.

¹⁴ T. Florkowski (1992) *Globalne zmiany środowiska naturalnego wyzwaniem dla ludzkości*, Wydawnictwo Secesja, Kraków, str.31-39.

produkuje się różne towary: okna, rury, rynny, wykładziny, sztormiaki, tapety, izolację kabli oraz zabawki¹⁵.

Również środki czystości mają wpływ na zagrożenie naszego zdrowia. Na przykład w płynach do mycia podłóg występują związki powierzchniowo czynne, barwniki i środki zapachowe – często ropopochodne. Zawierają substancje antybakteryjne, oparte na bazie chloru. Używając takiego środka narażamy się na kontakt ze żrącą substancją, przez skórę lub poprzez układ oddechowy¹⁶. Podobnie jest z płynami do mycia naczyń, które w swym składzie zawierają związki anionowe, barwniki i środki zapachowe. Nie są obojętne dla zdrowia¹⁷. Nawet wielokrotne płukanie naczyń, nie daje gwarancji, że szkodliwe składniki nie trafią do naszego organizmu wraz z pożywieniem. Natomiast środki do mycia szyb stanowi alkohol. Dzięki niemu szyby pozostają bez smug. Występuje w połączeniu ze związkami powierzchniowo czynnymi, barwnikami, środkami zapachowymi i nabłyszczającymi. Używany w spryskiwaczu trafia do naszego układu oddechowego¹⁸.

I wreszcie modne w ostatnich latach stało się palenie świec w mieszkaniach. Producenci wyszli naprzeciw modzie i można obecnie kupić wiele gatunków świec. Różnią się nie tylko kolorem, kształtem, czy wielkością, ale również wydzielanym podczas palenia zapachem. Wydawałoby się, że zapalenie od czasu do czasu świecy nie może nikomu zaszkodzić. Okazuje się, że świece mogą być poważnym źródłem zanieczyszczeń powietrza. Wydzielają znaczne ilości sadzy. Są to cząsteczki węgla, łatwo wchłaniane przez układ oddechowy człowieka. Powstające pyły ze spalania się świec, porównywane są do pyłów ze spalin silników Diesla. Aby sprawdzić jak dużo jest tego pyłu, wystarczy nad świecą potrzymać kawałek szkła¹⁹. Kolejne zagrożenie wynikające ze spalania świec, to spalanie olejków zapachowych, spalanie barwników, a także plastyfikatorów, używanych do produkcji niektórych świec. W spalinach świec wykryto toluen, benzen, aceton i inne lotne związki organiczne. Innym zagrożeniem jest stosowanie specjalnych knotów, powodujących lepsze palenie się świec. Knoty te wykonane są głównie z ołowiu i podczas palenia się następuje rozpylanie tego metalu. Pył ten jest oczywiście wdychany przez domowników²⁰. Nie ma norm, które powinny spełniać świece i dlatego nikt nie kontroluje ich producentów. Jedyne zabezpieczenie, jakie się nasuwa, to rozsądne i niezbyt częste używanie świec²¹.

Zakończenie

Przedstawienie źródeł emisji substancji szkodliwych dla zdrowia w pomieszczeniach zamkniętych, miało na celu podniesienie poziomu świadomości o otaczającym nas zagrożeniu. Ma nam uświadomić, że powietrze, jakie wdychamy, czym się otaczamy i z czego korzystamy, nie koniecznie musi być w mniejszym lub większym stopniu dobre dla naszego zdrowia. Z tego też powodu bardzo istotną kwestią jest logiczne i uważne

¹⁵ <http://www.zm.org.pl/?a=pw> (luty, 2008).

¹⁶ M. Gollinger-Tarajko (2002), „Metody oceny ekologicznej i ekonomicznej modernizacji procesów technologicznych”, Zeszyty Naukowe, Seria Specjalna: Monografie nr 153, Akademia Ekonomiczna w Krakowie, Kraków, str. 175-177.

¹⁷ *Ochrona środowiska człowieka – humanistyczne widzenie świata* (1984) Prace Naukowe Polskiego Klubu Ekologicznego, t. I, Kraków; str. 8-14.

¹⁸ http://www.muratordom.pl/wnetrza/pomysl-na-mieszkanie/cena-czystosci,6452_16296.htm (luty, 2008)

¹⁹ Früboes B (red) (1996) *Nasze światowe podwórko, Raport komisji do spraw światowego kierowania*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa, str. 54-55.

²⁰ E. Jankowska, E. Więcek (1999) *Pyły w Bezpieczeństwo Pracy i Ergonomia*. red. nauk. D. Koradecka, T. I, CIOP, Warszawa, str. 57-58.

²¹ M. Siemiński (2001) *Środowiskowe Zagrożenia Zdrowia*, PWN, Warszawa, str. 81-88.

podchodzenie do kwestii wyposażenia mieszkania, w tym zakupu i instalacji poszczególnych urządzeń, które teoretycznie mają ułatwić nam życie. Mam nadzieję, że dzięki tej pracy udało mi się częściowo udowodnić, iż dom nie do końca jest bezpiecznym miejscem.

Literatura:

1. Adamczyk K., G. Gawrońska. P. Małecki, W. Włodarczyk (1989) *Uciążliwość skumulowana*, Ochrona Przyrody, 1989 nr 6.
2. Adamczyk W. (2004) *Ekologia wyrobów*, PWN, Warszawa.
3. Andrzejewski R. (1985) 'Środowisko – przyroda – człowiek', [w] *Zagrożenia ekologiczne*, Wydawnictwo ANS, Warszawa.
4. Białek E. (2002) *Rodzina - szkoła - praca: wyzwania i zagrożenia // Nowe w Szkole*, [nr] 7/8, dod. "Szkoła w Społeczności".
5. Bulska J. (2003) *Specyficzne potrzeby zdrowotne ucznia w rodzinie*. Czasopismo: Wychowanie, na Co Dzień. - 2003, nr 10/11.
6. Chovin P., A. Roussel, (1975) *Czym oddychamy*, Wiedza Powszechna, Warszawa.
7. Dz.U.1998.55.355, Dopuszczalne wartości stężeń substancji zanieczyszczających w powietrzu.
8. Florkowski T. (1992) *Globalne zmiany środowiska naturalnego wyzwaniem dla ludzkości*, Wydawnictwo Secesja, Kraków.
9. Früboes B (red) (1996) *Nasze światowe podwórko, Raport komisji do spraw światowego kierowania*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa.
10. Ginsbert-Gerber A. (1985) *Ekonomiczne i socjologiczne efekty ochrony środowiska*, Wrocław.
11. Gollinger-Tarajko M. (2002), „Metody oceny ekologicznej i ekonomicznej modernizacji procesów technologicznych”, *Zeszyty Naukowe, Seria Specjalna: Monografie nr 153*, Akademia Ekonomiczna w Krakowie, Kraków.
12. Jankowska E., E. Więcek (1999) *Pyły w Bezpieczeństwo Pracy i Ergonomia*. red. nauk. D. Koradecka, T. I, CIOP, Warszawa.
13. Koradecka D. (red) (2000) *Nauka o pracy - Bezpieczeństwo, Higiena i Ergonomia. Zagrożenia czynnikami niebezpiecznymi i szkodliwymi w środowisku pracy*. Zeszyt 6, CIOP, Warszawa 2000.
14. Nikodemowicz E. (1983) „Wpływ zanieczyszczeń środowiskowych na układ oddechowy człowieka”, *Folia Medica Cracov*, 1982/1983 nr 10.
15. *Ochrona środowiska człowieka – humanistyczne widzenie świata* (1984) *Prace Naukowe Polskiego Klubu Ekologicznego*, t. I, Kraków.
16. Siemiński M. (2001) *Środowiskowe Zagrożenia Zdrowia*, PWN, Warszawa.
17. Strzała-Osuch K, Manelska K, Redmer M (2006) „Wpływ środowiska na życie i zdrowie człowieka” [w:] K. Strzała-Osuch (red.) „Nauka i Edukacja naszą wspólną przyszłością” *Prace i materiały nr 2 WSZ*, Wydawnictwo WSZ, Kwidzyn-Sztum.

Źródła internetowe:

1. <http://ekoenergia.polska-droga.pl/content/view/178/80/>
2. <http://ekoenergia.polska-droga.pl/content/view/178/80/>
3. http://www.muratorodom.pl/wnetrza/pomysl-na-mieszkanie/cena-czystosci,6452_16296.htm
4. <http://www.zm.org.pl/?a=pcw>

Rozdział VI Organizacje pozarządowe

mgr inż. Daniel Osuch

Trzeci sektor

III sektor to nazwa stosowana wobec ogółu organizacji pozarządowych. Określenie nawiązuje do podziału dzielącego aktywność społeczno-gospodarczą nowoczesnych państw demokratycznych na trzy sektory. Tak, więc obok instytucji państwa (administracji publicznej, sektora państwowego – pierwszego sektora) oraz podmiotów nastawionych na zysk (biznesu, sektora prywatnego – drugiego sektora) istnieją organizacje, które ani nie są nastawione na zysk (non-profit), ani nie stanowią elementu struktury państwa – są, zatem trzecim sektorem.

Wobec podmiotów tworzących trzeci sektor najczęściej – przynajmniej w dokumentach administracji państwowej – używa się pojęcia „organizacje pozarządowe”. Prawną definicję takiej organizacji podaje Ustawa o pożytku publicznym i o wolontariacie z 2003 roku, jednakże obok tego określenia funkcjonuje jeszcze kilka nazw: organizacje charytatywne, organizacje non-profit, organizacje społeczne, organizacje wolontarystyczne, organizacje obywatelskie. Sektor organizacji pozarządowych jest bardzo zróżnicowany i należą do niego podmioty mające różne formy prawne. Organizacjami pozarządowymi są, niebędące jednostkami sektora finansów publicznych, w rozumieniu przepisów o finansach publicznych, i niedziałające w celu osiągnięcia zysku, osoby prawne lub jednostki nieposiadające osobowości prawnej utworzone na podstawie przepisów ustaw, w tym fundacje i stowarzyszenia. (wg Ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie).

W Polsce najpopularniejszymi, podstawowymi formami prawnymi, w których działają organizacje pozarządowe są fundacje i stowarzyszenia. Ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie wprowadziła od 2004 roku nowy rodzaj statusu organizacji pozarządowych: status organizacji pożytku publicznego. Najwięcej jest w Polsce organizacji pozarządowych działających w obszarze:

- sportu, turystyki, rekreacji i hobby (39,2% organizacji),
- kultury i sztuki (12,8% organizacji),
- edukacji i wychowania (10,3% organizacji),
- usług socjalnych i pomocy społecznej (9,9% organizacji),
- ochrony zdrowia (8% organizacji).

Prezentowana w niniejszym rozdziale praca studentek Wydziału Zarządzania ‘Hospicja, jako przykład organizacji non-profit’ przybliży czytelnikom kwestie dotyczące funkcjonowania wyżej wymienionych organizacji.

Hospicja, jako przykład organizacji non-profit

Hospicja są wspólnotą ludzi, którzy opiekują się z własnej woli umierającymi osobami. Hospicjum polega na łagodzeniu bólu poprzez środki farmakologiczne, a także poprzez opiekę nad chorym, aby nie czuł się osamotniony. Hospicja przełamują strach przed śmiercią oraz wspierają psychicznie i duchowo. Trwają prace nad programem opieki nad dziećmi w hospicjach dla dorosłych¹. Tematem niniejszej pracy są hospicja dziecięce. Postaramy się przybliżyć historię powstania ruchu hospicyjnego, cel, który przyświeca hospicjom dziecięcym, w zmaganiu się dzieci z nieuleczalną chorobą. Nie może zabraknąć również zasad działania hospicjum, ich cele i finansowanie.

Historia ruchu hospicyjnego

Opieka nad chorym umierającym towarzyszyła człowiekowi od początku dziejów. Średniowieczna kultura chrześcijańska nakazywała czynić wobec chorego wszystko, co możliwe do ostatniej chwili życia, powstawały, więc liczne przytułki dla cierpiących i umierających. Na przełomie VII i VIII w. powstał jeden z najbardziej znanych szpitali w chrześcijańskiej, średniowiecznej Europie Hotel Dieu w Paryżu - Dom Boga². Liczne pielgrzymki, epidemie, wojny i wyprawy krzyżowe spowodowały szybki wzrost liczby szpitali i przytułków w Europie. Słowo hospicjum to dom dla ludzi nieuleczalnie chorych lub schronisko dla bezdomnych³. W średniowieczu zaczęto je wiązać z formą przydrożnego schroniska dla podróżnych. Średniowieczne domy – gospody stanowiły korzenie opieki hospicyjnej. Najśłynniejsze średniowieczne hospicjum św. Bernarda na szlaku w Alpach Piennińskich, dom gościnny lub opactwo St.Gall w Szwajcarii i istniejące, dziś już muzealne francuskie hospicjum Bearne⁴.

W 1842 roku młoda Francuzka – Jeanne Gardier po śmierci męża i dwójki dzieci otworzyła pierwszy dom wyłącznie dla umierających Hospicjum – Kalwaria. Dał on początek wielu schroniskom we Francji. Podobne domy dla nieuleczalnie chorych powstały w tym okresie w Irlandii i Anglii⁵.

¹ T. Dangel (2001) Domowa opieka paliatywna nad dziećmi w Polsce. Wydawnictwo Naukowe Scholar. Warszawa, str. 25-27.

² A. Toybene (1973) „Człowiek wobec śmierci”. PIW, Warszawa.

³ Wieża Babel Słownik wyrazów obcych Wydawnictwo Szkolne PWN Warszawa 1999, str. 224.

⁴ K. de Walden-Gałuszko, A.Kaptacz (2005) Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, str.11.

⁵ Ch. Barnard (1996) „Godne życie godna śmierć”. J. Santorski & CO Wydawnictwo CIS, Warszawa.

W Kanadzie i Stanach Zjednoczonych w siedemdziesiątych latach XX wieku dla takiej działalności przyjęty został termin opieka paliatywna, gdzie słowo *Palium* – szeroki, grecki płaszcz - ma otaczać chorego i jego bliskich, osłaniać przed bólem fizycznym, duchowym, lękiem, rozpaczą, samotnością⁶. W Polsce prekursorem domowej opieki jest Hanna Chrzanowska w Krakowie. W 1981 roku powstało Towarzystwo Przyjaciół Chorych w Krakowie. To pierwsza w Polsce, niezależna, oparta na pracy wolontariuszy organizacja charytatywna, która za swój cel ma opiekę nad pacjentami umierającymi z powodu choroby nowotworowej. Drugim ośrodkiem tego typu było gdańskie *Hospitium Pallotinum*, następnie Poznań pod kierunkiem prof. Jacka Łuczaka, Warszawa, Lublin, Katowice, Mysłowice, Szczecin i wiele innych. W Polsce Program rozwoju Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej został opracowany przez Ministerstwo Zdrowia w 1998 roku, a medycyna paliatywna uzyskała status specjalizacji szczegółowej dopiero w 2003 roku, gdy konsultantem krajowym w tej dziedzinie została Pani prof. Krystyna de Walden Gałuszko, pełniąca tę funkcję do dzisiaj. Gwałtowny rozwój i dojrzewanie opieki paliatywno-hospicyjnej w ostatnich latach jest z pewnością odpowiedzią na rosnące potrzeby onkologii, geriatry czy neurologii.

Hospicja dla dzieci

Problem umierania, odchodzenia, pożegnania z najbliższymi stanowi jedno z najważniejszych wyzwań dla lekarza. Dotyczy to nie tylko sfery dokonań i wiedzy medycznej, lecz zwłaszcza głęboko pojętego humanizmu i najbardziej poruszających doświadczeń osobistych. Studia medyczne przygotowują młodego lekarza do wszechstronnej działalności leczniczej, ale zupełnie pomijają przygotowanie do śmierci i umierania, traktując oba zagadnienia bardziej, jako porażkę zawodową, nie zaś element naturalnie kończący życie każdego człowieka. Śmierć dziecka w szczególny sposób łamie ustalony porządek świata, przerywa następstwo pokoleń, łańcuch dziedziczenia – jest czymś nienaturalnym. Łatwiej godzimy się z ostatecznym pożegnaniem osoby wiekowej, która po bogatym życiu odchodzi z dokonaniem, niż ze śmiercią dziecka, która wywołuje sprzeciw wobec niesprawiedliwego losu i poczucie winy osieroconych dorosłych. Trudno nam znaleźć argumenty mogące wytłumaczyć zaistniałą sytuację⁷.

Dzieci nawet bardzo chore chcą, by od nich wymagano (uczestnictwo w zajęciach szkolnych), by nie stosowano wobec nich taryfy ulgowej dotyczącej czynności codziennych, obowiązków, zabaw. Mniej lub bardziej akceptują obecność choroby w swoim życiu, konieczność leczenia, widząc w nich element przejściowy, przemijający. Dorośli mają kłopot, gdy chcą zapytać o coś wprost, analizują następstwa pytań i odpowiedzi, niekiedy długo noszą w sobie jakiś problem, bywa, że nie mają odwagi zapytać o coś dla siebie ważnego. Często boją się śmieszności, niewiedzy, bywa, że z góry wiedzą, jaka będzie odpowiedź. W każdym wieku dzieci zachowują się inaczej. Część z nich mając świadomość

⁶ E. Leś(2001) Działalność Dobroczynna w Europie i w Ameryce. Tradycje i współczesność Instytut Studiów Politycznych PAN, Warszawa, str. 67-68.

⁷ W. Dykcik (2002) Pedagogika Specjalna. Wydawnictwo Naukowe UAM Poznań, s.62.

i doświadczenie śmierci w rodzinie lub otoczeniu (szpital, szkoła, rodzina) potrafi zadawać egzystencjalne pytania⁸.

Spontaniczność rozmowy dotyczy zwłaszcza małych dzieci, im starszy jest chory, tym wyraźniej zachowuje się jak dorosły, oczekując na ten właściwy moment. Czasami dzieci rozmawiają o śmierci, jako perspektywie spotkania z Bogiem lub nieżyjącymi bliskimi. Powoduje to uczucie zawstydzenia dorosłych. Wybór rozmówcy jest wielkim wyróżnieniem, któremu niewielu dorosłych potrafi sprostać.

Często utrata aktywności, napędu wyprzedza pogorszenie się wyników badań laboratoryjnych lub obrazowych. Świat szpitalnego łóżka jest środowiskiem ograniczającym aktywność. Często u bardzo chorych pacjentów rozsądek nakazuje liczne ograniczenia. Stosowanie diety, perspektywa wzdęcia, wymiotów, zaparć itp. Zakazy odwiedzin i spotkania z rodzeństwem z rówieśnikami. Ważnym środkiem porozumienia z dzieckiem jest mowa i język gestów. Lepszą formą spotkania z naszą bezradnością jest wtedy milczenie. Pozwala ono zbliżyć się do chorego, otwiera na zadawanie pytań, umożliwia uważne słuchanie. Lekarze i pielęgniarki mają wyuczone sposoby zagadywania chorego, by uniemożliwić mu zadawanie trudnych pytań, a w efekcie ostatecznym właściwe spotkanie.

Przyzwolenie na odejście chorego jest zgodą na rozstanie, umożliwia choremu odejście w zgodzie z otoczeniem, z rodziną. Często przy chorym siedzi ktoś, kto swą postawą uniemożliwia pożegnanie – nie pozwala, nie zgadza się na śmierć. Taki pacjent cierpi podwójnie - fizycznie i duchowo za siebie i za osobę towarzyszącą. Mówienie do umierającego jak bardzo jest kochany koł doznania. Czasami chory wybiera konkretną osobę z personelu, która ma mu towarzyszyć. Ponad 80% dzieci z przewlekłymi i nieuleczalnymi chorobami kończy swoje życie w warunkach szpitalnych i nierzadko w osamotnieniu⁹.

W rozmowach z dzieckiem trzeba być łagodnym, otwartym i uczciwym. Oczywiście, każde dziecko jest inne, jedne rozumieją więcej, drugie mniej. Postępowanie wobec umierającego dziecka i jego bliskich powinno być przede wszystkim kompetentne. Najważniejsze w rozmowie z dzieckiem jest zapamiętanie, iż dziecko nikomu nie ufa bardziej niż rodzicom i z nikim nie pragnie bardziej dzielić się swoimi niepokojami, niż z rodzicami. Ale dla rodziców rozmowa z dzieckiem o chorobie to straszliwie trudne zadania¹⁰.

Do hospicjum trafiają dzieci, którym medycyna nie może już pomóc. Może jednak pomóc przezwyciężyć ból i godnie przetrwać ostatnie chwile życia, czasami są to dni, miesiące lub lata. Nieuleczalnie chorym pomaga się żyć z chorobą odbierającą sprawność fizyczną, zmuszającą do długiego leżenia w łóżku. Pacjenci przebywający pod opieką hospicjum walczą z bólem, depresja i innymi przykrymi zjawiskami choroby. Ogranicza to kontakt z otoczeniem, przebywają w zamknięciu. Opiekę nad chorymi sprawuje lekarz, pielęgniarki, wolontariusze, ksiądz i rodzina.

⁸ M. Andrzejewski (1999) Prawna ochrona rodziny, Warszawa, str. 108-112.

⁹ K. de Walden-Gałuszko, A.Kaptacz (2005) Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, str. 231.

¹⁰ M. Kramer (2001) *Voluntary Agencies' and the Contract Culture: Dream or Nightmare*, w: J.S. Ott (red.), *The Nature of the Nonprofit Sector*, Westview Press, Oxford.

Opieka hospicyjna, określana również mianem paliatywnej oznacza aktywną i wszechstronną opiekę nad osobami cierpiącymi na postępujące, przewlekłe choroby o niekorzystnym rokowaniu¹¹. Zespół przewlekłego wyczerpania jest jednym z głównych objawów u dzieci z zaawansowaną chorobą nowotworową. Objawia się najczęściej niechęcią do jakiegokolwiek działania, niemożnością skupienia uwagi, trudnością lub niechęcią do rozmowy, bezsennością, a czasem agresją przy próbie nawiązania kontaktu¹²

Hospicja, jako organizacja non profit

Hospicja działają, jako fundacje (stowarzyszenia, towarzystwa) na podstawie przepisów Ustawy o fundacjach¹³, Ustawy o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej¹⁴, ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i przepisów wydanych na jej podstawie, jak również innych obowiązujących przepisów prawa dotyczących podmiotów opieki zdrowotnej i przedmiotu działalności Fundacji oraz na podstawie postanowień statutu¹⁵.

Statut fundacji określa: nazwę, teren działania, siedzibę i cele jak również członków, ich prawa i obowiązki, władzę majątek i fundusze fundacji oraz sposób wprowadzania zmian statutu. Celem Hospicjum jest udzielanie osobom ciężko chorym opieki medycznej i duchowej przystosowanej do szczególnych potrzeb tych chorych oraz udzielanie pomocy rodzinom osób ciężko chorych w sprawowaniu opieki nad chorym¹⁶. Opieka, o której mowa, świadczona jest nieodpłatnie. Instytucja hospicjum jednoczy ludzi dobrej woli gotowych wspierać inicjatywy Fundacji w zakresie realizacji działań, wskazanych w statucie, opiera swoją działalność na pracy wykwalifikowanych pracowników etatowych oraz na pracy społecznej, w szczególności świadczonej w formie wolontariatu¹⁷.

Celem hospicjum jest również¹⁸ organizowanie zbiórek pieniężnych, z których dochód będzie przeznaczony na utrzymanie i rozbudowę placówki, organizowanie imprez artystycznych i kulturalnych, w szczególności o charakterze charytatywnym, prowadzenie działalności informacyjnej i edukacyjnej, w tym kampanii reklamowych, promocyjnych przy użyciu środków masowego przekazu oraz wszelkich innych metod propagowania wiedzy na temat zdrowia i opieki zdrowotnej, upowszechnianie wiedzy o przyczynach chorób nowotworowych i prowadzenie działalności profilaktycznej w środowiskach młodzieży szkolnej i akademickiej oraz zakładach pracy, dofinansowywanie leczenia w kraju i za granicą oraz osób chorych, w szczególności lekarstw, organizowanie grup wsparcia

¹¹ <http://pl.wikipedia.org/wiki/Hospicjum> (luty, 2008)

¹² K. de Walden-Galuszko, A. Kaptacz (2005) *Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, str. 233.

¹³ Dz.U. z 1991 r., Nr 46, poz. 203.

¹⁴ Dz. U. z 1989 r., Nr 29, poz. 154.

¹⁵ www.fho.org.pl (luty, 2008)

¹⁶ <http://www.poland.gov.pl/Organizacje.pozarządowe.128.html> (luty, 2008)

¹⁷ S. Gawroński (1999) „Ochotnicy miłości bliźniego” [w:] *Przewodnik po wolontariacie*, Wydawnictwo: Więź, Warszawa.

¹⁸ Z. Lasocik (1994) *Kilka uwag o roli organizacji pozarządowych w państwie demokratycznym*, Fundusz Współpracy/Cooperation Fund., Warszawa.

psychologicznego dla chorych i ich rodzin, upowszechnianie idei wolontariatu, organizowanie obozów, imprez turystycznych i integracyjnych dla osób chorych i ich rodzin oraz dla wolontariuszy¹⁹.

Dochody Fundacji mogą pochodzić z:

- darowizn, spadków, zapisów,
- dotacji i subwencji osób prawnych,
- dochodów ze zbiórek publicznych,
- odsetek z lokat bankowych i udzielonych pożyczek pieniężnych,
- nieruchomości i praw majątkowych
- prowadzenia statutowej działalności Fundacji²⁰.

Dochody uzyskiwane z majątku Fundacji przeznaczone są wyłącznie na realizowanie celów statutowych oraz na pokrycie niezbędnych kosztów działalności Fundacji. Czas trwania Fundacji jest nieograniczony²¹.

Zakończenie

Hospicjum zmienia nie tylko postawy w służbie zdrowia, ale i w rodzinie. W wyniku propagowania wzorów opieki rodzinnej oraz społeczności lokalnej budzi się etos solidarności między rodzinami. A więc należy podkreślić, że największym wkładem hospicjum jest formowanie osób zdolnych i gotowych do służby na rzecz nieuleczalnie chorych. Dzięki wolontariatowi hospicjów zmienia się podejście społeczeństwa do śmierci i umierania. Dziś nie jest już propagowana dobra śmierć w posłuszeństwie Bogu i przyjaźni z Nim, lecz śmierć godna, wolna od upokarzającej niesprawności, bólu i cierpień psychicznych i fizycznych oraz osamotnienia.

Literatura

1. Andrzejewski M.(1999) Prawna ochrona Rodziny, Wyd. PWN, Warszawa.
2. Barnard Ch.(1996) „Godne życie godna śmierć” J. Santorski & CO Wydawnictwo CIS, Warszawa.
3. Gawroński S. (1999) „Ochotnicy miłości bliźniego” [w:] *Przewodnik po wolontariacie* Wydawnictwo Więź, Warszawa.
4. Karczmarek M., Reforma systemu opieki zastępczej. Założenia a rzeczywistość, artykuł na podstawie materiałów przygotowanych do publikacji w ramach badań Instytutu Spraw Publicznych, <http://www.frs.pl> (luty, 2008)
5. Kramer M. (2001) *Voluntary Agencies and the Contract Culture: Dream or Nightmare*, w: J.S. Ott (red.) *The Nature of the Nonprofit Sector*, Westview Press, Oxford.

¹⁹ *Next Steps in Voluntary Action*, Centre for Civil Society and National Council for Voluntary Organizations, London 2001.

²⁰ <http://hospicjum.chorzow.republika.pl> (luty, 2008)

²¹ M. Rymśa (2003) *Kontraktowanie zadań publicznych, jako forma współdziałania państwa i organizacji non-profit*, [w:] B. Rysz-Kowalczyk, B. Szatur-Jaworska (red.), *Wokół teorii polityki społecznej*, Wydawnictwo Instytutu Polityki Społecznej Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.

6. Lasocik Z. (1994) Kilka uwag o roli organizacji pozarządowych w państwie demokratycznym, Fundusz Współpracy/Cooperation Fund., Warszawa.
7. Leś E. (2001) *Działalność Dobroczynna w Europie i w Ameryce. Tradycje i współczesność*. Instytut Studiów Politycznych PAN, Warszawa.
8. *Next Steps in Voluntary Action*, Centre for Civil Society and National Council for Voluntary Organizations, London 2001.
9. Passini B. (2000) Opieka nad dzieckiem i polityka społeczna, Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze nr 4, Warszawa.
10. Program PRIDE- Rodzina opieka zastępcza/adopcja, Podręcznik dla kandydatów na opiekunów zastępczych i adopcyjnych, Towarzystwo Nasz Dom, Warszawa 2004.
11. Radziszewska E. (2002) Zastępczy nie znaczy gorszy, Niebieska Linia, nr 4/2002.
12. Rymśa M. (2003) *Kontraktowanie zadań publicznych, jako forma współdziałania państwa i organizacji non-profi*, [w:] B. Rysz-Kowalczyk, B. Szatur-Jaworska (red.), *Wokół teorii polityki społecznej*, Wydawnictwo Instytutu Polityki Społecznej Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
13. Toybene A. (1973) „Człowiek wobec śmierci” PIW Warszawa.
14. Walden-Gałuszko K., A. Kaptacz (2005) *Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
15. Wieża Babel Słownik wyrazów obcych Wydawnictwo Szkolne PWN Warszawa 1999.

Źródła internetowe:

1. <http://www.hospicjumojcapio.pless.pl/>
2. <http://www.maluchy.pl>
3. <http://www.pl.wikipedia.org/wiki/Hospicjum>
4. http://www.hospicjum_chorzow.republika.pl
5. <http://www.fho.org.pl>
6. <http://www.poland.gov.pl/Organizacje,pozarzadowe,128.html>

„NAUKA I EDUKACJA NASZĄ WSPÓLNĄ PRZYSZŁOŚĆIĄ”

Do tej pory ukazały się:

Prace i Materiały Wyższej Szkoły Zarządzania III (2007) (red) K. Strzała-Osuch

Rozdział I Zdrowie publiczne, Wprowadzenie: *dr Maria Ignacy Pirski*

"Zakażenia wewnątrzszpitalne" **B. Korszeń, M. Mastalerz, E. Frydrych, J. Czernik,**

Rozdział II Stosunki międzynarodowe, Wprowadzenie: *dr Ewa Kulesza*

"Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża" **E. Kulesza, J. Adamek,**

Rozdział III Zarządzanie strategiczne, Wprowadzenie: *dr Beata Pawłowska*

"Zarządzanie strategiczne MSP" **B. Pawłowska, T. Drap, M. Wieczorek, M. Kegel,**

Rozdział IV Ochrona środowiska, Wprowadzenie: *mgr Katarzyna Strzała-Osuch*

"Ssaki bałtyckie" **K. Strzała-Osuch, P. Wojcicki, B. Stawski, B. Budzisz, A. Knabe**

Rozdział V Unia Europejska, Wprowadzenie: *dr Artur Kozłowski*

"Państwo narodowe" **I. Borzyszkowska, M. Grzebisz, R. Jedlina-Szewczyk, Ł. Kosmala, B. Wiśniewska**

Prace i Materiały Wyższej Szkoły Zarządzania II (2006) (red) Katarzyna Strzała-Osuch

Rozdział I ***Zdrowie publiczne***

„Wpływ środowiska na życie i zdrowie człowieka” **K. Manelska, M. Redmer, K. Strzała-Osuch**

„Sytuacja w zakresie zgonów, z powodu chorób nowotworowych” **Z. Martynowska, A. Partyka**

„Defibrylatory publiczne i inne formy zapobiegania nagłym zgonom ulicznym” **J. Lasota**

Rozdział II ***Unia Europejska***

„Fundusze strukturalne Unii Europejskiej” **B. Falkowska, J. Schreiber**

„Znaczenie waluty Euro w krajach zjednoczonej Europy” **M. Grzebisz, Ł. Kosmala**

„Pomarańczowa rewolucja” **M. Indyka, E. Grzejdzia, M. Dymińska**

Prace i Materiały Wyższej Szkoły Zarządzania I (2005) (red) Katarzyna Strzała-Osuch

Rozdział I „Istota przywództwa” *J. Schreiber, B. Falkowska*

Rozdział II „Libertarianizm - filozofia polityczna” *G. Grzegorzcyk*

Rozdział III „Zarządzanie przez motywowanie” *M. Indyka, M. Dymińska, E. Grzejdzia*

Rozdział IV „Ochrona powierzchni ziemi – gospodarka odpadami, recycling” *B. Falkowska*