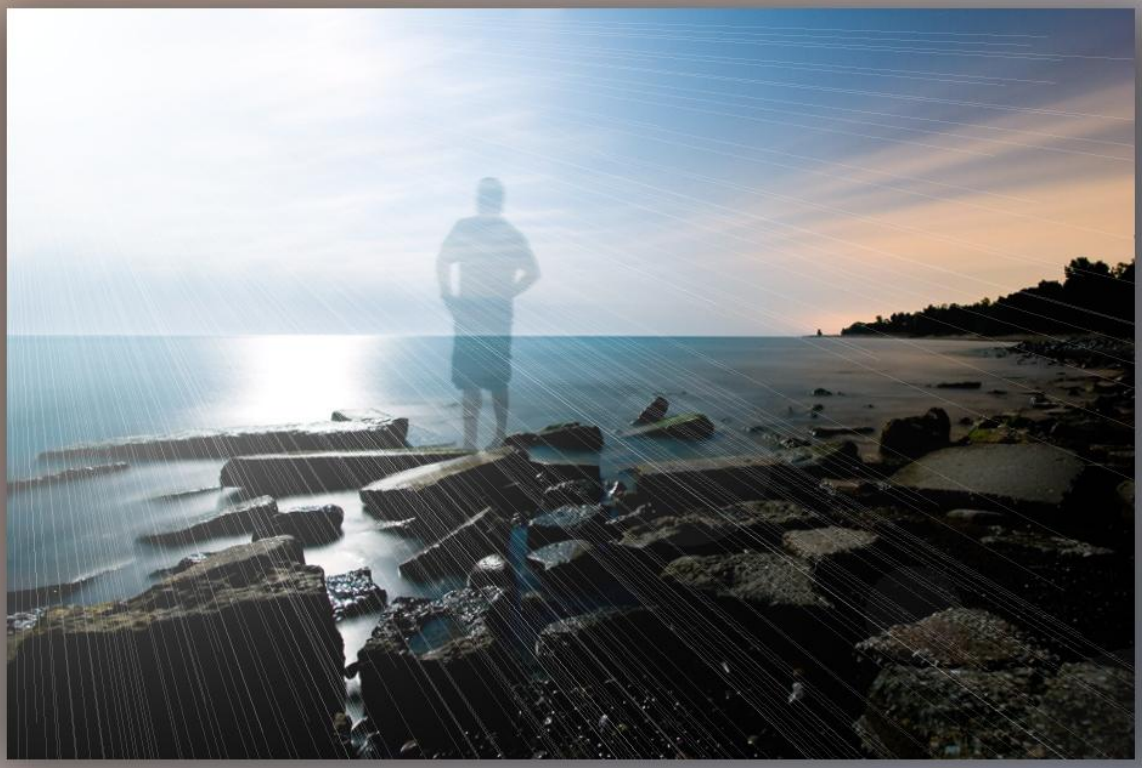
W drodze do brzegu życia



Praca zbiorowa pod redakcją:

Elżbiety Krajewskiej-Kułak
Cecylii Reginy Łukaszuk
Jolanty Lewko
Wojciecha Kułak

Tom XI

W drodze do brzegu życia

Tom XI

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
Wydział Nauk o Zdrowiu

W drodze do brzegu życia

Tom XI

Praca zbiorowa pod redakcją
Prof. dr hab. med. Elżbiety Krajewskiej-Kułak
Dr n. med. Cecylii R. Łukaszuk
Dr n. med. Jolanty Lewko
Prof. dr hab. n. med. Wojciecha Kułaka

Białystok 2013

Recenzenci:
Prof. dr hab. n. med. Kornelia Kędziora-Kornatowska
Dr hab. med. Marek Szczepański

ISBN - 978-83-89934-81-9

Wydanie I
Białystok 2013

Opracowanie graficzne: Agnieszka Kułak

Druk:
„Duchno" Piotr Duchnowski, 15–548 Białystok, Zaściańska 6

Gdy poruszamy się od źródeł (narodziny) do celu (śmierć), pojawiają się wciąż nowe pejzaże.
Powinniśmy wychodzić im na spotkanie z radością, a nie ze strachem,
bo bezcelowa jest obawa przed nieuchronnym.
Rzeka przenigdy nie przestanie płynąć.
Paulo Coelho

Szanowni Państwo

Wiodąca tematyka monografii dotyczy rozlicznych dylematów etycznych, prawnych i społecznych, z jakimi na co dzień spotykają się pracownicy ochrony zdrowia.

Zaproszeni do współpracy autorzy starali się scharakteryzować trudności terapeutyczno-pielęgnacyjne w interdyscyplinarnej opiece nad pacjentem umierającym i ciężko chorym, w podnoszeniu jego jakości życia i uzmysłowić, jak podkreślał Jan Paweł II, że *„tam gdzie jest człowiek cierpiący - musi się znaleźć człowiek, który otoczy cierpiącego wsparciem..."*.

Na kolejnych stronicach książki chcieliśmy przedyskutować kwestie związane z okresem umierania, żałoby i osierocenia oraz zastanowić się nad miejscem tanatoedukacji w opiece medycznej i sprawdzić wiarygodność słów św. Augustyna *„Nie ma takiego drugiego nauczyciela, jak śmierć"* i Paulo Coelho - *„Świadomość śmierci pobudza do życia"*.

Pragnęliśmy uwrażliwić czytelników na problemy opisane słowami Elizabeth Kübler-Ross *„nie pomożecie ani jednemu człowiekowi, jeśli nie zaangażujecie przy tym głowy, serca i duszy. W mojej pracy z pacjentami nauczyłam się, że niezależnie od tego czy są to schizofrenicy, czy niedorozwinięci umysłowo, czy po prostu umierający, że ich życie ma swój cel. Wszyscy oni nie tylko mogą się od Was uczyć, od Was otrzymywać pomoc, ale mogą też stać się Waszymi nauczycielami"*.

Chcieliśmy przybliżyć zadania pracowników ochrony zdrowia w zwalczaniu dyskryminacji, stygmatyzacji, agresji i uzależnień, ponieważ jak twierdziła Bł. Matka Teresa z Kalkuty *„największym złem jest brak wrażliwości i miłości bliźniego oraz przerażająca obojętność w stosunku do sąsiada żyjącego na marginesie, dotkniętego wyzyskiem, moralnym zepsuciem, biedą i chorobą"*.

Mieliśmy nadzieję, że stworzymy okazję do przeżywania szczególnych uczuć i refleksji nad życiem i przemijaniem, do pokazania, iż śmierć dotyczy nie tylko tych, którzy są ciężko chorzy, ale także osób starszych, chorych psychicznie, niepełnosprawnych, z upośledzeniami genetycznymi i tych, którzy są po prostu bezdomni i za życia już traktowani jako nieobecni, usunięci na margines, tak jakby nie żyli.

Wreszcie chcieliśmy przeanalizować szerokorozumiane problemy wielokulturowości w medycynie, w myśl słów Clifforda Geertza: „o*bcość zaczyna się nie na brzegu oceanów, ale na granicy skóry",* zastanowić się nad postrzeganiem różnych kultur przez inne narody, wizją zdrowia, choroby i śmierci w różnych kulturach, kulturowymi uwarunkowaniami w poszczególnych dziedzinach medycyny, miejscem medycyny niekonwencjonalnej w terapii, a także nad dylematami etycznymi w opiece nad pacjentami pochodzącymi z różnych kultur.

Wierzymy, że wszyscy czytelnicy monografii, po zapoznaniu się z poszczególnymi rozdziałami, będą przekonani o prawdziwości słów prof. Andrzeja Szczeklika: „*W każdym zawodzie istnieją sytuacje esencjonalne, które odsłaniają jego twarz. I tak istotą medycyny jest spotkanie lekarza z chorym. (...). Trzeba wysłuchać opowieści chorego pamiętając, że dla opowiadającego jest to sytuacja pierwszorzędna, a dla słuchającego, że któraś z tych opowieści może stać się jego własną historią, jego chorobą".*

Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kułak
Dr n. med. Cecylia R. Łukaszuk
Dr n. med. Jolanta Lewko
Prof. dr hab. n. med. Wojciech Kułak

Recenzja prof. dr hab. n. med. Kornelii Kędziory-Kornatowskiej
monografii pt.: „W drodze do brzegu życia" tom XI

Przedłożona mi do recenzji monografia pt.: „W drodze do brzegu życia" tom XI pod redakcją (praca zbiorowa) Elżbiety Krajewskiej-Kułak, Cecylii R. Łukaszuk, Jolanty Lewko i Wojciecha Kułaka, w sposób interdyscyplinarny porusza zagadnienia związane z procesem umierania oraz końcowym etapem życia, jakim jest śmierć. Jest kontynuacją cyklu opracowań pod jednobrzmiącym tytułem

W opracowaniu, w kolejnych rozdziałach poruszane są takie istotne zagadnienia, jak: problemy wielokulturowości w medycynie, zagadnienia związane z bioetyką i prawem medycznym, tanatoedukacją, problemami opieki paliatywnej, wybranymi problemami interdyscyplinarnej opieki medycznej oraz opieki rehabilitacyjno/fizjoterapeutycznej, z zagadnieniami śmierci społecznej, bio-psycho-społecznymi problemami funkcjonowania rodziny, problemami zdrowotnymi w pracy zawodowej, a także w promocji i edukacji zdrowotnej.

Poszczególne zagadnienia opracowane są w oparciu o trafnie dobrane, aktualne piśmiennictwo.

Autorzy w sposób całościowy przedstawiają złożone problemy związane z końcowym etapem życia.

Opracowanie zawiera szereg ważnych przemyśleń i refleksji.

Czytelnik po zapoznaniu się z przedłożoną mi do recenzji pozycją może istotnie wzbogacić wiedzę na temat procesu umierania i zjawiska śmierci, które ciągle nie są do końca poznane.

Przedłożoną mi do recenzji pozycję oceniam w pełni pozytywnie zarówno pod względem treści merytorycznych, jak i pod względem formalnym.

Podsumowując, uważam, że monografia obejmuje istotne zagadnienia o znaczeniu teoretycznym i praktycznym, które będą cennym źródłem informacji i fachowej wiedzy zarówno dla zespołu terapeutycznego, opiekunów osób umierających oraz studentów kierunków medycznych.

Prof. dr hab. Kornelia Kędziora-Kornatowska
Kierownik Katedry i Kliniki Geriatrii, Collegium Medicum w Bydgoszczy
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Recenzja dr hab. n. med. Marka Szczepańskiego
monografii pt.: „W drodze do brzegu życia" tom XI

Z ogromnym zaciekawieniem, przystąpiłem do lektury kolejnego, XI już tomu monografii *W drodze do brzegu życia* pod red. Prof. Krajewskiej-Kułak Elżbiety, dr Łukaszuk Cecylii, dr Lewko Jolanty, prof. Kułaka Wojciecha.

Autorzy prac reprezentują nie tylko różne ośrodki akademickie, ale także środowiska zawodowo czynnych pracowników ochrony zdrowia i resortu edukacji.

Zawarte w monografii artykuły skłaniają do przemyśleń nad szeroko pojętymi zagadnieniami bioetycznymi i prawnymi, ale także trudnymi aspektami problemów wielokulturowości w medycynie, tanatoedukacji, opieki paliatywnej, interdyscyplinarnej opieki medycznej, śmierci społecznej, funkcjonowania rodziny, zdrowotnych w pracy zawodowej oraz w promocji i edukacji zdrowotnej.

Życie każdego człowieka, wypełnione różnymi treściami, barwne lub szare, krótkie lub długie, wesołe czy smutne, nieuchronnie zmierza ku śmierci i kończy się wraz z ostatnim oddechem, ostatnim uderzeniem serca.

Lektura tej interesującej monografii skłania do refleksji z wielu powodów. Inspiruje, ale też pozwala zdobyć nową wiedzę niezwykle pomocną w codziennej, często wypalającej pracy.

Zaskakuje ciągle żywe zainteresowanie tematami, które w medycynie uznawane są za najtrudniejsze. Wszechstronność podejścia do problemów człowieka chorego budzi szacunek znajomością tematu będzie zapewne inspirujące do podejmowania kolejnych edycji monografii w najbliższych latach.

Liczni autorzy wprowadzają czytelnika monografii w świat własnych przeżyć, przemyśleń i refleksji. Dzielą się rozterkami, wątpliwościami, dylematami natury ludzkiej, moralnej, etycznej, światopoglądowej, religijnej. Dzielą się wynikami własnych badań. Ta różnorodność kierunków spojrzenia inspiruje czytelnika do własnych przemyśleń. Może on zgodzić się lub nie ze zdaniem autora, z całą pewnością nie zostanie obojętny.

Dr hab. n. med. Marek Szczepański
Kierownik Kliniki Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka,
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

BIOETYKA, PRAWO I MEDYCYNA



Zabielski Józef Ks. prof.

Humanizacja ludzkiego cierpienia i śmierci

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, Wydział Teologiczny

Wstęp

Do czołowych fenomenów ludzkiej egzystencji należy cierpienie człowieka oraz jego śmierć. Stanowią one podstawowe elementy istnienia człowieka, których powszechność łączy wszystkich ludzi, będąc równocześnie fundamentalnym wyzwaniem każdego człowieka i całej ludzkości. Faktem bowiem jest, że wszyscy ludzie podlegają cierpieniu oraz ziemskie życie każdego człowieka kończy się śmiercią. Rzeczywistość ta wymaga odpowiedniej postawy uznającej ten fakt oraz przeżywania cierpienia i śmierci, tak w odniesieniu do siebie samego, jak i innych ludzi. Innymi słowy, zadaniem każdego z nas jest uczenie się ludzkiego podchodzenia do tej rzeczywistości, co można określić mianem humanizacja ludzkiego cierpienia i śmierci. Rozwijając to zagadnienie, w niniejszej analitycznej refleksji chcemy skupić się nad następującymi wymiarami tego problemu: 1. Cierpienie i śmierć jako stałe komponenty ludzkiej egzystencji; 2. Humanitaryzm doświadczania cierpienia; 3. Eschatologiczny wymiar ludzkiego cierpienia i umierania.

Cierpienie i śmierć jako stałe komponenty ludzkiej egzystencji

W naszej ziemskiej egzystencji spotykamy zjawiska i wydarzenia jednostkowe, bądź też zdarzające się wyjątkowo oraz towarzyszące człowiekowi w sposób nieodłączny. Do tych ostatnich należy cierpienie oraz śmierć jako finał ludzkiego życia na ziemi. Cierpienie jest stanem psychiczno-duchowym człowieka wywołanym bólem fizycznym lub psychicznym, powodowanym chorobą jako niedomaganiem organizmu lub niemożnością zrealizowania swego celu bądź też przeżyciem doznanej przykrości. Cierpienie jest stałym komponentem ludzkiego życia, powiązanym z ograniczonością ludzkiej natury, tak w jej wymiarze cielesnym, jak i psychiczno-duchowym [1, 2]. Doświadczenie tego nieodłącznego fenomenu ludzkiego życia ukazuje je jako swoisty „normatyw" istnienia człowieka i wyzwanie stawiane jego osobowej naturze. Stan ten trafnie oddaje poetyckie wyznanie: „Cierpię, bom człowiek w żalu i tęsknocie, biedny wygnaniec… Cierpię, bo kocham! Życie bez cierpienia to stok bezwodny, chmura bez jasności, twarda opoka, serce bez natchnienia, to grób, co martwe

przechowuje kości" [3]. Stwierdzenie tego stanu ludzkiej egzystencji prowadzi do odkrywania uwarunkowań i źródeł cierpienia oraz charakterystyki związanych z tym ludzkich doświadczeń i postaw wartościujących życie i umieranie człowieka.

Powszechność cierpienia i śmierci w czasie i przestrzeni stanowi charakterystyczny element ludzkiej egzystencji. Fakt ten przekłada się na fundamentalne pytania człowieka: dlaczego cierpię i po co żyję? Odpowiedzi na te pytania domaga się rozumność ludzkiej natury, która uzdalnia człowieka i zobowiązuje do odkrywania sensowności tych faktów. Cierpienie człowieka w dużym stopniu wiąże się z ograniczonością jego natury i podatnością na choroby. Przejawia się to w tym, że organizm ludzki w czasie jego życia może ulec i ulega różnym zaburzeniom, zakłóceniom i nieprawidłowościom ogólnie zwanym chorobami. Dochodzi do tego pod wpływem różnych czynników zewnętrznych i wewnętrznych, psychicznych, społecznych, środowiskowych, które uszkadzają prawidłowość działania ustroju ludzkiej natury. „Choroba – stwierdza K. Osińska - jest powszechnym zjawiskiem, a więc może zaistnieć, zjawić się u każdego człowieka. Trzeba to po prostu wiedzieć, przyjąć do wiadomości, spokojnie zauważyć, tak jak przyjmuje się wiele faktów oczywistych, prawdopodobnych. Jawi się ona przed człowiekiem jako zjawisko będące fragmentem rzeczywistości, wymagające umyślnego akceptowania, bardzo umiejętnego. Tylko bowiem akceptacja, a więc uznanie jej istnienia może stanowić pomoc w twórczym przeżywaniu jednostkowym i społecznym" [4].

Uznanie faktu choroby lub uświadomienie jej jako możliwości jest formą humanizacji – uczłowieczenia tego powszechnego zjawiska. Refleksja zaś nad nim pozwala rozpoznać charakterystyczne sposoby jego rozumienia i wykorzystania w kształtowaniu człowieczeństwa. Najczęściej choroba jest postrzegana jako powszechna postać cierpienia, co sprawia, że „jest trudna, dotkliwa, bolesna – stanowi źródło bólu dla człowieka chorującego. Nie może go jednak łamać. Cierpienie związane jest nieodłącznie z trudem istnienia, trudem, od którego nikt nigdy człowieka nie uwolni. Tacy już jesteśmy i taki jest świat" [4, 5]. Uznanie tego faktu domaga się właściwego wartościowania, co na płaszczyźnie religijnej rozpoznawane jest także jako „znak łaski", czyli forma „szczególnego spotkania z Bogiem. Spotkanie to może być kontaktem chcianym, oczekiwanym, wybranym, akceptowanym. A może właśnie – przeciwnie? Może mieć cechy spotkania niechcianego, odrzucanego, nie zauważonego, zaskakującego, niepotrzebnego albo po prostu – nijakiego" [4].

Cierpienie ludzkie nie ogranicza się do faktu i przeżywania choroby – fizycznej czy psychicznej. Bogactwo bowiem osobowej natury człowieka oraz różnorodność jego relacji sprawia, że doświadcza on wielu postaci cierpień, których sam jest sprawcą, bądź też inni

ludzie są tego przyczyną. Papież Benedykt XVI wyjaśnia, że „cierpienie przynależy do ludzkiej egzystencji. Pochodzi ono z jednej strony z naszej skończoności, a z drugiej strony z ogromu win, jakie nagromadziły się w ciągu historii i jakie również obecnie bez przerwy narastają. […] W walce z bólem fizycznym udało się poczynić wielkie postępy. Tymczasem cierpienia niewinnych, jak również cierpienia psychiczne raczej nasiliły się w ciągu ostatnich dziesięcioleci. Tak, musimy zrobić wszystko dla pokonania cierpienia, ale całkowite usunięcie go ze świata nie leży w naszych możliwościach – po prostu dlatego, że nie możemy zrzucić z siebie naszej skończoności i dlatego, że nikt z nas nie jest w stanie wyeliminować mocy zła, winy, która – jak widzimy – nieustannie jest źródłem cierpienia. To mógłby zrobić tylko Bóg: jedynie Bóg, który stając się człowiekiem sam wchodzi w historię i w niej cierpi. Wiemy, ze ten Bóg jest i że dlatego moc, która <gładzi grzech świata> (J 1, 29) jest obecna na świecie. Wraz z wiarą w istnienie tej mocy pojawiła się w historii nadzieja na uleczenie świata” [6, 7].

Szczególną postacią ludzkiego cierpienia jest świadomość śmierci jako końca ziemskiej egzystencji człowieka. Cielesna śmierć jest faktem naturalnym, w obliczu którego najbardziej ujawnia się „tajemnica ludzkiego losu” [8]. Faktem jest, że samo doświadczenie ludzkiej egzystencji jest otwarte na spotkanie ze śmiercią, która jest wpisana w życie i zadana człowiekowi jako szansa jego istnienia. Wiara religijna chrześcijan uczy, że „Bóg, stwarzając mężczyznę i kobietę, obdarował ich specjalnym uczestnictwem w życiu Bożym, świętości i sprawiedliwości. Według zamysłu Bożego człowiek nie musiał ani cierpieć, ani umierać” [8, 9]. Człowiek jednak sam siebie pozbawił tej możliwości, stąd też śmierć człowieka jest „zapłatą za grzech” (Rz 6, 23) [10]. Cielesna śmierć człowieka została jednak zwyciężona przez śmierć i zmartwychwstanie Jezusa Chrystusa. Stąd też: „Dla tych, którzy umierają w łasce Chrystusa, jest ona uczestnictwem w Śmierci Pana, by móc także uczestniczyć w Jego Zmartwychwstaniu” [8, 11].

Takie rozpoznanie ludzkiej śmierci sytuuje się w pełnej koncepcji ludzkiej egzystencji. Człowiek bowiem potrzebuje wieczności, stąd też śmierć ukazuje się jako „apel do życia i o życie” [12]. Stąd też człowiek, świadomy końca swej ziemskiej egzystencji, nie daje się sprowadzić do wymiaru horyzontalnego i w śmierci dostrzega wielką nadzieję, która normuje jego ziemskie życie. Analizując ten problem, papież Benedykt XVI stwierdza: „Człowiek potrzebuje wieczności i jakakolwiek inna nadzieja jest dla niego zbyt krótkotrwała, zbyt ograniczona. Człowiek staje się wytłumaczalny o tyle, o ile istnieje. Miłość, która przezwycięża wszelkie odosobnienie, również w śmierci, w jednej całości, przekraczającej również granice czasu i przestrzeni. Człowiek jest wytłumaczalny i znajduje

swój najgłębszy sens tylko o tyle, o ile istnieje Bóg. A my wiemy, że Bóg przestał być odległy, zbliżył się do nas, wszedł do naszego życia i mówi: <Ja jestem zmartwychwstaniem i życiem. Kto we Mnie wierzy, to choćby umarł, żyć będzie> (J 11, 25-26)" [7, 13].

Humanitaryzm doświadczania cierpienia

Uświadomienie faktu cierpienia i śmierci oraz ich powszechności stanowi wyjątkowe wyzwanie, przed którym staje każdy człowiek. Pierwszym wymogiem w tym zakresie jest przyjęcie tego faktu do wiadomości tak, jak przyjmuje się inne fakty oczywiste, jak też umiejętne zaakceptowanie, co stanowi pomoc w twórczym przeżywaniu tych faktów w wymiarze indywidualnym i społecznym. Postawa nie zauważania cierpienia i śmierci zawęża ludzkie spojrzenie na rzeczywistość naszej egzystencji, fałszując jej obraz i narażając na popełnianie błędów nieliczenia się z faktami. „Zamykanie oczu nie zmienia rzeczywistości. Prawdę trzeba widzieć jasno, podchodzić do niemiłych dla nas aspektów spokojnie i rzeczowo. Tylko taka postawa umożliwia wydobycie dobra z tego, co samo przez się dobre nie jest, umożliwia szukanie możliwości walki ze złem, jakim jest choroba w swojej istocie" [4].

W tym wysiłku „wydobywania dobra" oraz „szukania możliwości walki ze złem" należy postawić pytanie, czy cierpienie - w różnych swych postaciach - nie jest swego rodzaju darem? Osińska stwierdza, że można mówić o darze cierpienia, gdyż np. właściwie przeżyta choroba „jest wartością mobilizującą w kierunku postaw twórczych, altruistycznych, staje się darem, który można i trzeba umieć świadomie przyjąć i wpleść w dynamizm rozwojowy osobowości. Każde przecież przeżycie może się stać cennym budulcem w konstruowaniu budowli własnego życia. Otrzymanego daru można także nie podjąć i zniszczyć go" [4]. Poszerzając horyzont wartościowania cierpienia uświadamiamy, że jest ono „znakiem łaski, a więc powszechnym sygnałem szczególnego spotkania z Bogiem. Spotkanie to może być kontaktem chcianym, oczekiwanym, wybranym, akceptowanym. A może właśnie – przeciwnie? Może mieć cechy spotkania niechcianego, odrzucanego, nie zauważonego, zaskakującego, niepotrzebnego albo po prostu – nijakiego" [4, 14].

Przeżywanie cierpienia w kategorii daru i łaski nie oznacza rezygnacji z walki z nim, z poszukiwania sposobów zapobiegania cierpieniu oraz przezwyciężania jego oddziaływań. Papież Benedykt XVI podkreśla, że „należy robić wszystko, co w naszej mocy, aby cierpienie zmniejszyć: zapobiec, na ile to możliwe, cierpieniom niewinnych, uśmierzać ból, pomagać w przezwyciężaniu cierpień psychicznych. Są to obowiązki wynikające zarówno ze sprawiedliwości, jak i z miłości, które wchodzą w zakres podstawowych wymagań chrześcijańskiej egzystencji i każdego życia prawdziwie ludzkiego" [6, 7]. Wezwanie to

zakotwiczone jest w naturze odnowionego przez Chrystusa człowieka, który winien wyzwalać się ze wszelkich ograniczeń powodowanych cierpieniem i perspektywą śmierci. W biblijnym *Liście do Koryntian* św. Paweł przypomina, że chrześcijanie powinni „porzucić dawnego człowieka, który ulega zepsuciu na skutek zwodniczych żądz, odnawiać się duchem w waszym myśleniu i przyoblec człowieka nowego, stworzonego według Boga w sprawiedliwości i świętości" (Ef 4, 22-24). Jest to generalny imperatyw ludzkiej egzystencji oraz wyznacznik poszukiwania form przeciwdziałania cierpieniu.

Aksjologicznym zwornikiem wszelkich postaw wobec cierpienia jest miłość, która umożliwia człowiekowi przekraczanie tego, co przemijające i wchodzenie w rzeczywistość pełni ludzkiego szczęścia. Kierując się w życiu miłością człowiek faktycznie zdolny jest „odnowić się duchem w myśleniu" oraz „przyoblec człowieka nowego" (zob. Ef 4, 22). Miłość bowiem daje człowiekowi nowe siły, czyni życie innym, uszczęśliwia kochającego i kochanego. „Szczęście – stwierdza L. Tołstoj – polega właśnie na tym, by kochać i pragnąć, by podążać myślą za jej życzeniami, jej myślami […]. Wystarczy zapomnieć o sobie i kochać bliźniego, by osiągnąć spokój, szczęście i piękno" [15]. Rozwijając tę prawdę przywołajmy słowa J. D' Ormessona: „Miłość uwalnia nas od nas samych. Rozrywa piekielny krąg. Kochać znaczy zapomnieć o świecie, o przemijającym czasie, o bólu istnienia. Kochać znaczy zapomnieć o sobie samym dla kogoś innego. Kochać znaczy odkryć prawdę kryjącą się pod pozorami i wybrać to, co trwa, zamiast tego, co przemija" [16].

Miłość stanowi fundamentalny motyw humanitarnego – czyli w pełni ludzkiego – przeżywania cierpienia własnego i innych ludzi. Umiłowanie życie jest celem i środkiem wewnętrznej walki człowieka ze sobą samym oraz pomocy innym, zwłaszcza w tzw. sytuacjach granicznych. Niech świadczy o tym wyznanie osoby cierpiącej: „Ja już doszłam do kresu swojej wściekłości – stwierdza Juliette - ale ona wcale nie dała mi spokoju, wręcz przeciwnie. Wiem, że tylko przyjaźń i szczerość mogą mi pomóc. Nie jestem złą czarownicą, nie skazał mnie ani diabeł, ani sprawiedliwy Bóg. Skazał mnie wirus. A więc proszę, by mnie nie palono, ale leczono. Proszę tylko o pomoc. Potrzebuję serca i rozumu" [17]. To wołanie o pomoc pochodzi z potrzeby „serca i rozumu", jest wyrazem wartościowania ludzkiego życia i właściwego odniesienia do cierpienia – choroby. Jest to świadectwo istnienia w człowieku takich potrzeb, których zaspokojenie przekracza ludzkie możliwości i otwieranie się na drugiego człowieka oraz „otwartość ku Bogu" [18]. Człowiek cierpiący wołając o pomoc oczekuje odzewu ze strony innych ludzi – zwłaszcza najbliższych. Odzew innych ludzi może cierpiącego doprowadzić do uświadomienia, że cierpienie „jest dla niego twórczym czynnikiem rozwojowym, uruchamiającym aktywne, pozytywne postawy" [4, 19].

Zaangażowanie w pomoc ludziom cierpiącym tylko wtedy będzie „twórczym czynnikiem rozwojowym", gdy będzie wyrażać szacunek i mądrość wobec tajemnicy człowieka. Zranione człowieczeństwo osoby cierpiącej „jest dla nas wezwaniem, aby dostrzec, zaakceptować i ukazywać w każdym z tych braci i sióstr niezrównaną wartość ludzkiej istoty, którą Bóg stworzył po to, aby była synem w Synu" [20, 21]. Takie postrzeganie ludzi cierpiących uwydatnia uszanowanie ich osobowej godności i poszukiwanie sposobów pomocy. „Tylko wówczas, gdy uznawane są prawa najsłabszych, społeczeństwo może twierdzić, że jest zbudowane na fundamencie prawa i sprawiedliwości" [20]. Czynne zaangażowanie w pomoc osobom cierpiącym przekonuje o obustronnym doświadczaniu dobra w ramach tych pomocowych kontaktów. Każdy z nas winien mieć świadomość, że osoby cierpiące – bardziej niż inni – potrzebują „naszej uwagi i życzliwości, zrozumienia i miłości: nie można ich pozostawić samych, aby niemal bezbronne i bezradne stawiały czoło trudnemu zadaniu, jakim jest życie" [20, 22].

Wzorcową postawę w tym względzie prezentuje ewangeliczny miłosierny Samarytanin, człowiek o niezwykłej empatii wyrażającej się w pomocy bliźniemu będącemu w krańcowej potrzebie. Papież Jan Paweł II podkreślając tę wrażliwość przypomina, że „miłosierny Samarytanin z Chrystusowej przypowieści nie poprzestaje na samym wzruszeniu i współczuciu. Staje się ono dla niego bodźcem do działań, które mają na celu przyniesienie pomocy poranionemu człowiekowi. Miłosiernym samarytaninem jest więc ostatecznie ten, kto świadczy pomoc w cierpieniu, jakiejkolwiek byłoby ono natury. Pomoc, o ile możliwe, skuteczną. W tę pomoc wkłada swoje serce, nie żałuje środków materialnych. Można powiedzieć, że daje siebie, swoje własne <ja> otwierając się na <ja> dla drugiego" [23, 24].

Zasada ta winna być przestrzegana nie tylko w relacjach między pojedynczymi osobami, ale też – a może szczególnie – w ramach zespołowej pomocy służb społeczno-medycznych. Potrzebę humanitaryzmu w tym względzie wzmacniają niezwykle szybko zwiększające się dzisiaj techniczne możliwości wspomagania ludzkiego życia, co daje możliwość eksperymentowania na człowieku. Sytuacja ta łączy się z regresem etycznym, co sprawia, że wielu współczesnych ludzi – medyków, terapeutów, służb socjalnych - uzurpuje sobie prawo zawłaszczania ludzkim życiem i śmiercią. Pomoc zaś osobom cierpiącym winna zawsze zachować charakter służby człowiekowi, z poszanowaniem jego osobowej godności. W posłudze pomocowej należy respektować wielkość i świętość osoby, aby uniknąć niebezpieczeństwa deprecjacji bytu osobowego oraz związanej z tym dehumanizacji medycyny i innych służb pomocowych. Odpowiedzialne pełnienie tej misji wymaga poszanowania swobody sumienia, stanowiącej podstawowe prawo człowieka. Naczelną

normą w tym zakresie jest troska o ludzkie życie, „czuwanie nad tym, aby się ono przeobrażało i rozwijało na przestrzeni całej egzystencji, w poszanowaniu planu wyznaczonego przez Stwórcę" [25, 26]. Norma ta domaga się całościowego postrzegania człowieka, we wszystkich wymiarach jego osobowej godności. Człowiek cierpiący – wymagający pomocy – oczekuje od osób pomagających odpowiedzialnego traktowania, czyli „ludzkiego wsparcia ze strony brata, który umie przekazać wizję życia, a także sens cierpienia i śmierci" [27].

Eschatologiczny wymiar ludzkiego cierpienia i umierania

Bycie „dotkniętym" przez cierpienie własne czy drugiej osoby wzbudza w człowieku pytania natury eschatologicznej: Jaki jest sens cierpienia? Po co żyję? Czy jest kres mojej ludzkiej egzystencji? Jeśli człowiek postrzega życie ludzkie tylko w kategoriach cielesności i doczesności, to cierpienie i śmierć jest definitywnym zakończeniem ludzkiej egzystencji. Jeżeli zaś przyjmuje istnienie w człowieku sfery ducha i zjednoczenie z Bogiem jako Dawcą życia, to cierpienie i śmierć pojmuje jako zamianę formy swej egzystencji i przejście do innego etapu bytowania.

Zaniechanie wysiłku odkrywania sensu swej egzystencji i kierowania się nim sprawia, że taki człowiek istnieje jakby „poza człowieczeństwem". Owo poczucie sensu dodatkowo „demolują" przeżywane cierpienia i życiowe trudności. W konsekwencji człowiekowi, który nie wie „po co żyje" samo życie staje się zbędne, gdyż najwyższą postacią lęku jest „lęk przed bezsensem". Przykład takiej postawy opisuje Janusz Korczak, który wyznaje: „Zgubiłem duszę. Dziwne […]. Ja, to nie ja. Zgubiłem nie pamiątkowy zegarek, nie cenne cacko, nie laskę ze srebrną rączką, ale zgubiłem duszę, zatraciłem gdzieś siebie. […] Smutne, doprawdy. Zgubiłem duszę. A bez duszy przecież żyć nie można. […] Co teraz będzie? Nie umiem szukać duszy. Uczyli szukać logarytmów, nowych paragrafów na mapie, sodu w rozczynie, prawniczych paragrafów, nerwów na trupie – ale jak szukać duszy, kiedy zaginie?" [28]. Człowiek taki egzystuje w sytuacji zagrożenia utraty racji ostatecznych. Tego rodzaju niepokój wypływa z zatracenia „duchowego centrum" umożliwiającego odnalezienie odpowiedzi na pytania o znaczenie ludzkiej egzystencji. „Taki człowiek wszystko próbuje, a w końcu nic go nie zadowala. Z niepokojem odwraca się człowiek od wszelkich konkretnych treści i ostatecznie rezygnuje z nadawania jakiejkolwiek treści swemu życiu" [29].

Te egzystencjalne pytania nasilają się, gdy człowieka ogarnia cierpienie i zbliża się śmierć. Analizując ten fundamentalny dylemat ludzkości, M. Scheler stwierdza: „Najgłębsze cierpienie, uczucie oddalenia samego Boga, wyraża swobodnie i otwarcie na krzyżu Jezus: <Dlaczego mnie opuściłeś?>. […]. Jednak w tym doznawaniu cierpienia wytryskuje zupełnie

nowe źródło siły, płynącej z odsłaniającego się dopiero w miłości, poznaniu i czynie, szczęśliwie oglądanego, wyższego porządku rzeczy. A owo doznawanie cierpienia ma nowy sens: oczyszczanie (*Läuterung*) dzięki miłosiernej miłości Boga, zsyłającego cierpienie jako przyjaciela duszy. Dopiero dzięki tym dwom [momentom] udało się, jak się wydaje, chrześcijaństwu […] włączyć cierpienie, jako istotny czynnik, w porządek świata i porządek zbawienia […]. Boska jakość cierpiącego odciska na cierpieniu nowe, cudowne, szlachetne piętno" [30].

Na płaszczyźnie chrześcijańskiej wiary uświadamiamy, że łącząc się z Jezusem, który ludzkie cierpienie wyniósł „na poziom Odkupienia […], każdy człowiek może stać się uczestnikiem odkupieńczego cierpienia Chrystusa" [23]. Taka zaś perspektywa ludzkiej egzystencji wprowadza człowieka w wymiar wieczności. Pozostawanie w tym wymiarze nie zwalnia człowieka z pytań o fakt i charakter wieczności, gdyż człowiek wierzący w życie wieczne nie może zapomnieć o potrzebie wysiłku osiągnięcia wiecznej szczęśliwości. Zaniechanie bowiem tego wysiłku może doprowadzić do utraty wiecznego szczęścia, co F. Dostojewski wyraził następująco: „Co to jest piekło? Pragnienie od nowa pokochać tego, czego nie kochało się i czym gardziło się na ziemi" [31]. Zadaniem każdego człowieka jest obrona przed tego rodzaju „wiecznością" oraz wspomaganie innego człowieka, zwłaszcza w sytuacjach granicznych. Postawa taka „oznacza pomagać mu w uznaniu misteryjnej obecności Boga u jego boku oraz pozwolić mu ją odczuć: w miłości brata ukazuje się miłość Ojca" [32].

Zakończenie

Wszystko, co należy do ludzkiej natury i jest wyrazem egzystencji człowieka winno być w sposób ludzki wartościowane i przeżywane. Cierpienie i śmierć stanowią podstawowe komponenty ludzkiej egzystencji i powinny być humanitarnie przeżywane. Humanitaryzm egzystencjalnych postaw wobec cierpienia i śmierci sprowadza się do łączenia wymiaru ludzkiego – ziemskiego z wymiarem nadprzyrodzonym – Boskim. Innymi słowy, doświadczenia cielesne należy prowadzić do przebóstwienia, natomiast działania Boże – uczłowieczać. Jest to możliwe na płaszczyźnie wiary, stąd też: „Dla nas, którym Chrystus dał miarę dobra i zła, nie ma zjawisk niewymiernych. I nie ma wielkości tam, gdzie nie ma prostoty, dobra i prawdy" [33]. W konsekwencji, człowiek tak postrzegający swoje życie może powtórzyć wyznanie: „Mnie myśl ta [o śmierci] zupełnie nie przeraża, gdyż żywię mocne przekonanie, że duch nasz jest istotą niezniszczalną, że działa nieprzerwanie od wieczności do wieczności. Jest on podobny do słońca, które tylko naszym ziemskim oczom wydaje się znikać, naprawdę jednak nigdy nie zachodzi, lecz nieustannie świeci" [34].

Piśmiennictwo

1. Witek S.: Cierpienie [w:] Encyklopedia Katolicka, t. 3. Tow. Naukowe KUL, Lublin, 1979, 476-477.
2. Frankl V.E.: Homo patiens. Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa, 1976.
3. Bołoz-Antoniewicz K.: cyt. za: Słowo. Magazyn, 1995, 3,38, 102, 27.
4. Osińska K.: Twórcza obecność chorych. Wydawnictwo Pax, Warszawa, 1980.
5. Spaemann R.: Menschenwürde und menschliche Natur. Communio, 2010, 39, 134-139.
6. Benedykt XVI, Encyklika Spe salvi, nr 36.
7. Dziuba A.F.: Służyć życiu. Wydawnictwo Ojców Franciszkanów, Niepokalanów, 2012, 99-110.
8. Katechizm Kościoła Katolickiego. Wydawnictwo Pallotinum, Poznań 1994, 1006.
9. Zabielski J.: Odpowiedzialność za życie. Katedra Teologii Katolickiej Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok, 2007,11-32.
10. Salij J.: Czy śmierć jest karą za grzech? [w:] Sens choroby, sens śmierci, sens życia, Bortnowska H. (red.). Wydawnictwo Znak, Kraków, 1980, 320-338.
11. Zabielski J.: Wyzwalający charakter cierpienia i śmierci [w:] W drodze do brzegu życia, t. 3, Krajewska-Kułak E., Nyklewicz W., Lewko J., Łukaszuk C. (red.). UMB, Białystok, 2007, 72-75.
12. Benedykt XVI: Człowiek potrzebuje wieczności. L'Osservatore Romano, 2012, 33, 1, 42.
13. Weimenn R.: Glaube un Vernunft im Denken Joseph Ratzinger. Forum Katholische Theologie, 2010, 26, 1, 58-69.
14. Zabielski J.: Normatyw godności osoby niepełnosprawnej [w:] Życie jako zobowiązujący dar, Skreczko A., Zabielski J. (red.). Białystok, 2011, 274-285.
15. Tołstoj L.: Anna Karenina, tłum. K. Iłłakowiczówna. Wydawnictwo PIW, Warszawa, 1979.
16. D' Ormesson J.: Historia Żyda Wiecznego Tułacza, Szczyńska-Maćkowiak K. tłum. Wyd. Amber, Warszawa, 1994.
17. Juliette: Dlaczego Ja?, tłum. D. Ronge-Juszczyk. Ossolineum, Wrocław- Warszawa 1989.
18. Pannenberg W.: Kim jest człowiek. Współczesna antropologia w świetle teologii tłum. G. Zwolski, D. Szumska. Wyd. Editions du Dialogue, Paryż, 1978, 117.

19. Pera H.: Sam nie podołam [w:] Sens choroby, sens śmierci, sens życia, Bortnowska H. (red.). Wyd. Znak, Kraków 1980, 177-193.
20. Jan Paweł II: Przesłanie do uczestników Międzynarodowego Sympozjum na temat „Godność i prawa osoby z upośledzeniem umysłowym", nr 2. 'Osservatore Romano, 2004, 4.
21. Hanson B.: Autonomie. Principe d'autonomie [w:] Nouvelle Encyclopédie de Bioéthique. De Boex, Bruxelles, 2001, 73.
22. Coste R.: Miłość, która zniewala świat. Teologia miłości, tłum. M. Stokowska. Rzym-Lublin 1992, 145-146.
23. Jan Paweł II: List Apostolski Salvifici doloris, nr 28.
24. Zabielski J.: Wydobywanie dobra. Teologia chrześcijańskiego miłosierdzia. Wyd. Uniwersytetu w Białymstoku Białystok 2006, 157-159.
25. Jan Paweł II: Przemówienie do uczestników XV Międzynarodowego Kongresu Federacji Stowarzyszeń Lekarzy Katolickich. L' Osservatore Romano, 1982, 3, 11-12, 5.
26. Höffe O.: Menschenwürde als ethisches Prinzip [w:] Gentechnik und Menschenwürde, O. Höffe et. al. Köln, 2002, 111-141.
27. Jan Paweł II: Homilia w Banneux. L' Osservatore Romano, 1985, 6, nr nadzwyczajny II, 42-43.
28. Korczak J.: Fragmenty utworów. Nasza Księgarnia, Warszawa, 1978, 11.
29. Góralczyk P.: Dylematy życia ludzkiego [w:] Żyć godnie w zmieniającym się świecie, Księga pamiątkowa ku czci Ks. prof. dra hab. Jana Pryszmonta, Sareło Z. red. Apostolicum, Ząbki , 2004, 180.
30. Scheler M.: Cierpienie, śmierć, dalsze życie, tłum. A. Węgrzecki. PWN, Warszawa 1994.
31. Dostojewski F.: Bracia Karamazow, t. 1. Wydawnictwo PIW, Warszawa, 1978, 388.
32. Papieska Rada Duszpasterstwa Pracowników Służby Zdrowia, Karta Pracowników Służby Zdrowia,. Watykan, 1995, 132.
33. Tołstoj L.: Wojna i pokój, tłum. A. Stawał. Wydawnictwo PIW, Warszawa, 1979, 559.
34. Eckermann J.P.: Gespräche mi Goethe, t. 1, Radziwiłł K., Zeltzer J. (tłum.). PIW, Warszawa, 1960.

Sawicki Adam

Antropologia choroby

Politechnika Białostocka

I w ciężkiej chorobie tkwi dobro. Kiedy ciało słabnie, silniej czuje się duszę
Lew Tołstoj [1]

Filozoficzna antropologia zajmuje się zagadnieniami dotyczącymi człowieka w różnych wymiarach i na różnych poziomach jego bytowania. Człowiek jest strukturą bytowo złożoną (duch – dusza <i jej rodzaje> – ciało), która istnieje w nieustannej relacji do innych ludzi i do rzeczywistości pozaludzkiej. Bytowość człowieka jest zatem otwarta, wydana na oddziaływania zewnętrzne wobec niej, ale także jest *krucha*, rzec można wewnętrznie, przez fakt swojej przygodności. Ta niedoskonałość ludzkiej istoty przejawia się nie tylko poprzez jej *ograniczoność* w zakresie możliwości i jej radykalną światową *skończoność*, czyli śmiertelność. Byt ludzki jest wewnętrznie popękany, na jego obliczu widać rysy. Z jednej strony, od momentu poczęcia człowiek kształtuje się jako struktura biologiczno – psychiczna, jego potencje aktualizują się, używając dla określenia tego procesu języka filozofii Arystotelesa, ale z drugiej znajduje się on we władaniu sił i procesów, które usiłują (co nie ma charakteru intencjonalnego, bo intencjonalnie działają ludzie) go zniszczyć, zdezintegrować jego ustrukturyzowanie.

Jednym z przejawów tego dezintegracyjnego działania jest *choroba*, która zresztą dotyczy nie tylko ludzi, lecz także zwierząt i roślin. Czym jest choroba? Jak można ja zdefiniować? Pisze na ten temat Marcin Dudek w swoim artykule p.t. *O dwóch koncepcjach choroby*. Przedstawia on mechanistyczną (mechaniczną) i holistyczną (hermeneutyczną). O tej pierwszej pisze w ten sposób: „*W przypadku mechanistycznej koncepcji choroby mamy do czynienia z redukcjonizmem biologicznym. Człowiek zostaje zredukowany do rangi przedmiotu badania, nie zaś jego podmiotu. Zakłada się, że choroba to dysfunkcja jakiegoś narządu lub układu narządów, przy czym zwykle abstrahuje się od rozumienia tej dysfunkcji w kontekście całego organizmu*” [2]. Ta koncepcja rodzi trudności, ponieważ człowiek chory jest tu traktowany jako agregat części, z

których daną część (serce, wątrobę, nerkę) należy naprawić (czy nawet wymienić). Nie bierze się tu też pod uwagę elementu wartościującego przy ocenie stanu zdrowia. Pomija się tu też subiektywne odczucia pacjenta co do stanu jego zdrowia. Ktoś, kto czuje się zdrowy może być uważany za chorego, natomiast chory za całkowicie zdrowego. Dudek pisze tu o problemie tak zwanego *progu*. „*Problem progu odnosi się również w pewnym sensie do tego, co określamy subiektywnym poczuciem choroby. W teorii biologicznej (mechanicznej) człowiek może być chory, bez względu na to, czy odczuwa on chorobę, czy nie.[…] Problem progu pociąga też za sobą drugą konsekwencję. czy choroba jest jedynie zmianą jakościową (ontologicznie powiedzielibyśmy innym rodzajem bytu – zdrowe serce, serce po zawale) czy też ilościową, funkcją ciągłą (liczba krwinek czerwonych u chorego na anemię)*" [2].

Mechanistyczna koncepcja choroby opiera się w dużej mierze na oświeceniowym modelu człowieka. Czołowym reprezentantem tego nurtu był żyjący w XVIII wieku francuski lekarz i filozof Julien Offray de La Mettrie, zwolennik materializmu. Poprzednika swoich poglądów La Mettrie upatrywał w Kartezjuszu. Jak pisze Frederick Copleston: „*W pracy Człowiek – maszyna La Mettrie powołuje się na Kartezjusza, który żywe ciało określił jako maszynę. Ale w jego opinii Kartezjusz nie miał podstaw do głoszenia dualizmu, czyli do mówienia o człowieku jako złożonym z substancji myślącej, niematerialnej i wolne, oraz z substancji rozciągłej, czyli ciała. Swą interpretacją fizycznego organizmu powinien był zastosować do całego człowieka*" [3]. Ten model człowieka, a co zatem idzie i jego chorób pokutuje w dzisiejszej medycynie. Człowieka traktuje się jako zestaw wymiennych części, zaś choroby jako usterki tych części. Części można wymienić (stąd pojawiła się idea transplantacji organów), a ich usterki czy połączenia między nimi naprawić.

O drugiej zaś koncepcji choroby Dudek pisze: „*W opozycji do tego naturalistycznego podejścia pozostaje holistyczna, czy też hermeneutyczna koncepcja choroby. W koncepcji tej godzimy się na model mechaniczny choroby jako niezbędny element podejścia do niej, nie uznaje ona jednak tego modelu za wystarczający do całkowitego opisu pojęcia choroby. Hermeneutyczne podejście zakłada, że naturalistyczna koncepcja człowieka jest nazbyt prymitywna i ograniczona oraz ignoruje najważniejsze elementy istoty ludzkiej.[…] I choć brzmi to banalnie należy tu podkreślić, że człowiek po prostu nie jest sumą swoich narządów. Jest czymś więcej. Hermeneutyczna koncepcja choroby zwraca również uwagę na problem celu. […]. Trzeba założyć pewien hierarchiczny porządek funkcji. Organelle komórkowe służą normalnemu*

funkcjonowaniu komórki, te z kolei narządu. Narządy i ich układy są podporządkowane jednostce, konkretnemu osobnikowi. Myślenie takie wiedzie do pytania o cele ostateczne, których w hermeneutyce łatwiej jest poszukiwać, niż przy użyciu modelu mechanicznego" [4].

Koncepcja holistyczna dostrzega zatem hierarchizację w obrębie ludzkiego organizmu, a zarazem postrzega człowieka jako nadrzędną jedność wznoszącą się ponad wielością jego narządów, układów i ich funkcji.

Można też dodać, że koncepcja holistyczna bliższa jest tradycyjnej medycynie Wschodu, zwłaszcza chińskiemu taoizmowi czy buddyzmowi, gdzie kładzie się nacisk na równowagę organizmu i psychiki ludzkiej, rozumianych jako całość i przywiązuje się wagę do subiektywnego odczuwania stanu zdrowia czy choroby, co można wyrabiać w sobie za pomocą technik medytacyjnych czy sprawnościowych. Także starożytne greckie szkoły medyczne w okresie przedplatońskim działały w tym kierunku, bo leczenie chorób łączyły z praktykami misteryjnymi. Koncentrowano się na postawieniu celu, do którego ma dążyć człowiek, aby wyzdrowieć, a nie tylko na dysfunkcji jakiejś części ciała, którą przywraca się do sprawności. Najsłynniejszy chyba lekarz starożytności, Hipokrates z Kos, którego można nazwać ojcem europejskiej medycyny, postulował badanie u chorych całego organizmu, a nie tylko chorego organu. Było to właśnie podejściem holistycznym.

Choroba sama w sobie stanowi odmianę zła *fizycznego*, jeśli zastosować typologię zła, którą wprowadził Gottfried Leibniz: zło pojęte w sensie metafizycznym – pojmowane jako zwykła niedoskonałość, zło pojęte w sensie fizycznym – polega na cierpieniu, zło pojęte w sensie moralnym – polega na grzechu. Zło fizyczne przejawia się w postaci *bólu*, który jest symptomem choroby i chorobie (zarówno cielesnej, jak i psychicznej) towarzyszy. Polski tomista o. Mieczysław A. Krąpiec w swojej znanej pracy poświęconej teodycei pisze, że: „*Ból jest oznaką zaatakowania żywego organizmu, konkretnie poznającego i mającego wybór w formach działania, przez jakieś siły zewnętrzne w stosunku do tego organizmu. Zaatakowanie organizmu «zwierzęcego» przez siły zewnętrzne wywołuje alarm donoszący o naruszeniu równowagi organicznej, a przez to samo ból jest alarmem organizmu wobec jakiejś mniej lub bardziej zagrażającej mu śmierci. Skoro ból «zwierzęcy» jest alarmem powstałym w wyniku naruszenia równowagi organicznej ze względu na atakujące siły zewnętrzne, zatem ból jest również jednym z przejawów zła kosmicznego. […] Tym jednak różni się od pospolitego zła kosmicznego – zła przemian na gorsze – że właśnie jest to w pewnej mierze zło uświadomione. Ból jest połączony z*

jakąś nawet już zwierzęcą, prostą i nierefleksywną świadomością i rodzącym się stąd instynktownym (a więc też spontanicznie poznawanym) lękiem jako chyba najważniejszym, a może nawet istotnym momentem przeżycia bólu. […] Ból jest więc pierwszym złem w hierarchii bytów świadomych" [5]. Krąpiec odróżnia zło fizyczne (które pojmuje podobnie jak Leibniz) od zła kosmicznego, polegającego na istnieniu kresu przemian w świecie materii oraz na śmierci istot żyjących.

Zło choroby polega zatem na tym, że doznawanie w niej różnych form bólu łączy się ze świadomością, rodzącą lęk. Choroba jest czymś, co w człowieku zamieszkuje na sposób niewygodnego lokatora, który nie tylko nie daje się wyprosić, lecz dewastuje mieszkanie, którym jest nasze ciało i dusza. Choroba jest przeszkodą wewnętrzną, stokroć bardziej dotkliwą od przeszkód zewnętrznych, które w życiu napotykamy i które mamy pokonać. Skoro moje zdrowe ciało i moja zdrowa dusza są warunkiem normalnej relacji ze światem, to choroba niejako u samych fundamentów relację tę udaremnia. Choroba powoduje przy tym zamknięcie się człowieka w samym sobie, bo ból, który jej towarzyszy jest doznaniem, którego nie daje się wyjąć z siebie i wyrzucić na zewnątrz albo oddać światu zewnętrznemu. Stan choroby jest stanem nieprzekazywalnym, nie poddającym się komunikacji interpersonalnej. Powiada się, że człowiek zdrowy nie zrozumie chorego, ale wydaje się, że także człowiek, który chorował i wyszedł z choroby, wyzdrowiał – nie zrozumie siebie z czasu choroby. Choroba oznacza bowiem funkcjonowanie na *innym* poziomie istnienia. Co więcej, o ile ludzie zdrowi mogą komunikować się ze sobą i wczuwać się w swoje stany wewnętrzne, to wśród chorych jest to ograniczone albo wręcz niemożliwe ze względu na ich samozamknięcie w świecie własnego bólu. Choroba w skrajny sposób człowieka ujednostkowia, stawia go wobec siebie samego w sytuacji, gdzie nie może liczyć na efektywną pomoc innych ludzi, mimo tego, że ci podejmują wysiłki na rzecz przywrócenia chorego do zdrowia. Staje się biernym obserwatorem zmagań pomiędzy swoją „częścią" zdrową i chorą. *Wrzucenie w świat*, o którym pisał Martin Heidegger może najbardziej daje o sobie znać w chorobie.

Tak,jak klęski żywiołowe przynoszą spustoszenie w środowisku zewnętrznym człowieka, tak też choroba pustoszy wnętrze cielesne i psychiczne ludzkiej istoty. Choroba zaburza relację człowieka do czasu i przestrzeni. Normalny upływ czasu jest odbierany jako następstwo zdarzeń, w których uczestniczymy, na takiej jednak zasadzie, że zdarzenia te nie czynią nas ich więźniami, bo kolejne niosą odmianę. Tymczasem czas w chorobie jest odmierzany godzinami bólu, które

ciągną się w nieskończoność. Cierpienie w chorobie przybiera postać jakiegoś przykucia do każdej sekundy, minuty, godziny i czas zamiast otwierać horyzont zdarzeń – więzi. Również choroba zamyka nas w przestrzeni, bo przykuwa do miejsca. Chory nie odbiera przestrzeni jako tego, w czym może się bez ograniczeń poruszać. Czuje się przytłoczony i przygnieciony. Ogólnie biorąc – choroba czyni z człowieka *więźnia* i to więźnia zwielokrotnionego w porównaniu z tym z platońskiej jaskini. Człowiek chory to człowiek pozbawiony w sposób skrajny wolności. Zło choroby wynika z kontrastu pomiędzy aktualnym stanem chorego człowieka a stanem kiedy był zdrowy. Bycie zdrowym nie oznacza braku problemów egzystencjalnych, też wiąże się w partycypacji w dramacie istnienia (choćby przez to, że wokół siebie widzimy chorych), ale jednak nie wiąże się z takim zniewoleniem przez determinanty biologiczne, które uniemożliwia swobodną realizację swoich celów życiowych. Człowiek chory po prostu nie jest samowładny.

Warto jednak zauważyć, że cierpienie nie jest tożsame z chorobą. Można cierpieć i być człowiekiem zdrowym somatycznie i psychicznie. Choroba wiąże się raczej z bólem, bo cierpienie jest pewnym sposobem przeżywania rzeczywistości światowej, które wkracza w rejony metafizyczne. Natomiast ból jest tym, co człowieka dopada bez jego uprzedniego nastawienia przeżyciowego. Widać to szczególnie dobrze w przypadku chorób psychicznych. Wielu ludzi cierpi z różnych powodów, poczynając od cierpienia z powodu niepowodzeń życiowych, aż do romantycznego cierpienia za ludzkość , ale to nie znaczy, że są psychicznie chorzy. Choroba zaś jest czymś, co spada jak jakieś f*atum*, które nie ma związku z dotychczasowym przebiegiem życia czy jego przeżywaniem, doświadczaniem przez jednostkę. Jest wkroczeniem w życie jednostki zła, które ma charakter żywiołowy, nieprzewidywalny, niespodziewany.

Ale i ból nie musi być koniecznie związany z chorobą. Jeśli człowiek ponosi ofiarę z jakiegoś nadrzędnego w stosunku do jego biologiczności powodu, to nie znaczy przecież, że ból i fizyczny, i psychiczny z tym związany jest wynikiem choroby. Zdrowi żołnierze zostają ranni na wojnie i odczuwają ból. Przykładem jakże wymownym jest męka Chrystusa na krzyżu, która nie była efektem choroby (nie mamy zresztą w *Ewangelii* żadnych przekazów o Chrystusie chorującym). Ból może poza tym być efektem urazów związanych na przykład z wypadkami. Choroba wynika zatem nie wprost z okoliczności zewnętrznych, w których człowiek się znalazł czy z konsekwencji jego mniej lub bardziej świadomych wyborów i postaw. Jest ona czymś, co powstaje w nim samym.

W chorobie, mimo że jest ona ludzką przypadłością bytową, jest pewien element tajemnicy, złej niespodzianki. Przede wszystkim chodzi tu o to, że choroby dotykają ludzi w sposób nierównomierny. Ktoś może przeżyć bardzo długo nie nękany chorobami i umrzeć ze starości, a ktoś inny, nawet mimo długiego życia, być nieustannie nękany chorobami. Innym przykładem, wskazującym na nieobliczalność chorób, są wszelkiego rodzaju epidemie. Tajemniczy charakter mają zwłaszcza choroby psychiczne, a także genetyczne. Ta nieprzewidywalność chorób powoduje często u ludzi dochodzenie do przekonania o jakiejś zasadniczej absurdalności ludzkiego istnienia, wydaniu go na pastwę przypadków.

Świat społeczny jest światem ludzi zdrowych. Dynamika życia polega na tym, że świat ludzi chorych nie decyduje o kierunku, w którym idzie ludzka cywilizacja. Znamienne, że i również kultura nie w każdej epoce poświęcała dużo uwagi chorobie. W kulturze antycznej Grecji mówi się o mitologicznych bogach, którzy wprawdzie cierpią z różnych powodów (Prometeusz, Syzyf, Tantal), ale nie chorują. W Grecji przywiązywano wagę do tężyzny fizycznej, popularne były igrzyska sportowe. Filozofowie, idąc za tym kultem zdrowia, nie zajmowali się chorobą jako odrębnym tematem filozoficznym, choć kronikarze przekazali wiedzę o dolegliwościach niektórych spośród ich (Heraklit zmarł od puchliny wodnej, a Arystoteles na wszawicę). Ideałem filozofów było życie harmonijne. Prawie wszyscy mówili o potrzebie utrzymywania równowagi duchowej, panowaniu nad namiętnościami. Można też odnieść wrażenie, że dla idealistów w rodzaju Platona, którzy związek duszy z ciałem uważali za coś przypadkowego – choroba jawiła się jako stan, który należy traktować jako chwilową niedogodność dla nieśmiertelnej duszy. Materialista Epikur, z kolei, podkreślał znaczenie fizjologii bólu, bo twierdził, że ból silny nie jest długotrwały (przy jego skrajnym natężeniu człowiek traci przytomność i nie odczuwa go), a długotrwały nie jest silny. Stoicy zaś wskazywali na znaczenie hartu ducha w znoszeniu chorób i nauczali o tym, że istnienie chorób jest zgodne z naturą i trzeba je, podobnie jak śmierć, uważać za coś naturalnego.

Wydaje się, że judeochrześcijaństwo przyniosło istotny przełom w pojmowaniu choroby. Symbolem człowieka cierpiącego z powodu choroby somatycznej jest starotestamentowy Hiob. Najpierw stracił dzieci i dobytek, a później dopadła go choroba wrzodowa, bo całe ciało miał pokryte wrzodami (w medycynie mówi się o tak zwanym zespole Hioba, jako chorobie związanej z brakiem odporności organizmu). Istotny w jego historii jest *protest* kierowany wobec Boga, że ten zesłał nań chorobę, choć on jest człowiekiem sprawiedliwym. Choroba jest tu traktowana, w

odróżnieniu na przykład od poglądów stoików, jako coś nienaturalnego, jako skandal, zwłaszcza jeśli dotyczy człowieka prawego. Choroba Hioba jednak nie jest czymś bezsensownym. Mimo, że spada na niego nagle, jak wyrok ślepego losu, o którym pisali greccy tragicy (Ajschylos, Sofokles), to okazuje się, że stała się też próbą jego wiary, trwania przy Bogu. Nie jest to próba prosta, bo Hiob przechodzi przez etapy skargi, protestu, złorzeczenia, przekleństwa. Tak czy inaczej, choroba nabiera tu pewnego sensu, nie do końca poznanego przez cierpiącego człowieka, ale ulokowanego w Bogu jako ostatecznej ostoi.

Warto przytoczyć tutaj mądre słowa Simone Weil: „*Nieszczęście sprawia, że Bóg staje się nieobecny na czas pewien, bardziej nieobecny niż człowiek, który umarł, bardziej nieobecny niż światło w zupełnie ciemnym lochu. Rodzaj przerażenia opanowuje duszę. Podczas tej nieobecności nie ma nic, co można by było kochać. Najstraszniejsze to to, że jeżeli w tym mroku w którym nie ma nic do kochania, dusza przestanie kochać, nieobecność Boga stanie się ostateczna. Trzeba, aby dusza dalej kochała wbrew wszystkiemu albo przynajmniej chciała kochać, choćby najdrobniejszą swoja cząstką. Wtedy któregoś dnia Bóg sam jej się ukaże i objawi piękność świata, jak to stało się z Hiobem. Ale jeżeli dusza przestanie kochać, trafi już tutaj jakby w odpowiednik piekła*” [6].

Choroba i związany z nią ból nabiera głębokiego sensu religijnego, przestaje być doświadczeniem nagiego absurdu istnienia.

Archetyp cierpiącego chorego Hioba leży u podstaw kultury europejskiej. Pisze o tym Mieczysław Gałaś: „*W cierpieniach Hioba, które są później figurą bolesnego ciała Ukrzyżowanego, świat zachodni odnajdował przez stulecia jeden z podstawowych obrazów ludzkiego doświadczenia. […] Wierzono, że człowiek kształtuje siebie w zmaganiu z cierpieniem, z którego wychodzi wzbogacony, dostrzega głębię i całość swojego życia. Księga Hioba stanowiła fundament edukacji, w ramach której nauka znoszenia bólu i nauka brania na siebie bólu innych (niestety także zadawania), nadawania sensu cierpieniu i kształtowania etyki współczucia były podstawowymi celami. I chociaż współczesny świat oddala się od idei pokornego znoszenia Hiobowego cierpienia, istnieją i będą chyba istnieć ludzie, dla których Hiob pozostanie żywym wzorcem*” [7]. Postać Hioba może stanowić istotną przeciwwagę dla dzisiejszej konsumpcyjnej cywilizacji, która w pogoni za hedonistycznymi przyjemnościami zdaje się zapominać o tej trudnej, związanej z chorobami stronie ludzkiego istnienia.

W religii chrześcijańskiej, oczywiście, centralnym archetypem zbawczego cierpienia jest Jezus Chrystus, który sam, co już zaznaczyłem, nie chorował (a przynajmniej nie mamy o tym przekazu). Nie znaczy to jednak, że choroby nie dotyczyły Chrystusa w znaczeniu jego relacji z ludźmi. Przecież to Chrystus wielu uzdrawiał (na przykład uzdrowienie trędowatego, paralityka, niewidomych, niemowy, głuchoniemego, epileptyka). Ludzie *chorzy* (obok ubogich) byli w centrum zainteresowania Chrystusa. Zdrowych nauczał, a chorych i nauczał, i uzdrawiał. Śmierć zaś Chrystusa na krzyżu, mimo że jej bezpośrednim powodem było zło moralne tkwiące w tych, którzy go skazali na śmierć i ukrzyżowali, oznaczała jednak wzięcie przez niego na siebie wszystkich rodzajów cierpień wszystkich ludzi, w tym ludzi chorych. W sensie teologicznym choroba, podobnie jak i śmierć oraz wszystkie inne niedoskonałości ludzkiego sposobu bytowania (uciążliwość pracy, bóle rodzenia i inne), jest skutkiem Upadku, czyli grzechu pierworodnego.

Stąd też, jeśli śmierć Chrystusa na krzyżu ma posiadać moc zbawczą, to odnosi się to także do wybawienia z chorób w rzeczywistości eschatologicznej, w królestwie Bożym. Przejście człowieka chorego przez ból choroby, podobnie jak przejście przez proces umierania i samą śmierć – oznacza partycypację w męce Chrystusa i jest drogą wiodącą do zbawienia. O zbawczym charakterze cierpienia pisze ks. Janusz Nagórny: „*Trzeba z całą siła stwierdzić: chrześcijanie mają odwagę (a płynie ona z nadziei) mówić o zbawczym sensie cierpienia tylko dlatego, że w centrum ich wiary jest Chrystus, który wziął na siebie ludzkie słabości i cierpienia, aby jako Bóg – Człowiek z miłości cierpieć i umrzeć na Krzyżu, aby przez Zmartwychwstanie potwierdzić, że Miłość, którą jest Bóg, i miłość, która jest z Boga, zwycięża wszystko. Chrystus przez swoje cierpienie nadaje sens ludzkiemu cierpieniu, wynosząc je na poziom Odkupienia. Kiedy nie możemy usunąć z naszego życia cierpienia, możemy nadać mu sens dzięki wierze, że przez nasze cierpienie możemy stać się uczestnikami odkupieńczego cierpienia Chrystusa. Chrześcijanie nie są naiwni by sądzić, że możliwe jest całkowite przezwyciężenie cierpienia w życiu doczesnym. Ale ich wiara w Chrystusa Ukrzyżowanego i Zmartwychwstałego rodzi nadzieję na takie zwycięstwo, które jest zwycięstwem miłości nad cierpieniem. Wówczas też potrafią zrozumieć, że nie zbawia samo cierpienie, lecz miłość. Dlatego trzeba zamienić cierpienie w miłość. Innej drogi nie ma*” [7].

Trzeba podkreślić i to, że religia chrześcijańska może bardziej niż inne religie podkreśla znaczenie aktywnego stosunku otoczenia chorego wobec niego, znaczenie podejmowania

wysiłków zmierzających do uleczenia go, jeśli już nie cielesnego (bo to nie zawsze jest możliwe), to przynajmniej duchowego, poprzez podtrzymywanie na duchu. W chrześcijaństwie nie ma tego fatalizmu wobec chorobowych przypadłości ciała, z którym mamy ciągle do czynienia w kulturze ukształtowanej na hinduizmie czy buddyzmie. Choroba jest sprawą nie tylko chorego, lecz angażuje jego otoczenie. Poza tym w ramach chrześcijańskiej teologii przyjmuje się, że chory poprzez swoją chorobę i cierpienie przyczynia się do wzrostu religijnej świadomości wspólnoty, w której żyje. Cierpienie swoje może przecież traktować jako ofiarę na rzecz dobra innych. Poza tym znoszona mężnie w wierze choroba może stać się okazją do duchowego wzmocnienia się innych ludzi, a nawet ich nawrócenia. Wspólnota wierzących, z kolei, w modlitwie za chorych integruje się w swojej wierze, wnosi w nią pierwiastek egzystencjalny.

Jeszcze inną kwestią jest pojmowanie choroby w ramach światopoglądu ateistycznego czy materialistycznego. Tutaj cierpienie chorych nie znajduje swojego nadnaturalnego odniesienia. Taką postawę omawia na przykład francuski ateistyczny egzystencjalista Albert Camus, w swojej powieści *Dżuma*, na przykładzie jednego z bohaterów doktora Rieux. Odniesieniem są tutaj wartości czysto humanistyczne, wartości międzyludzkiej solidarności, która zawiązuje się w sytuacji wspólnego stawiania czoła zakaźnej chorobie pustoszącej miasto Oran. Z perspektywy egzystencjalistycznego ateizmu choroba nie jest efektem żadnego metafizycznego upadku czy kary, jak o tym mówią religie, ale ma charakter kondycyjny, jest przejawem radykalnej skończoności i niedoskonałości bytu ludzkiego, który sam w sobie jest absurdalny. Walka z chorobą lekarzy czy stawianie jej czoła przez chorych nie zmienia absurdalności ludzkiego życia. Mimo tego jednak ważny jest tu sam akt *buntu*, niezgody. Egzystencjalizm Camusa jest przeciwieństwem postawy apatii czy bezradności, nawet w tak granicznej sytuacji, jaką jest choroba.

Filozoficzna antropologia choroby wskazuje zarówno na kruchość, jak i siłę istoty ludzkiej. Człowiek jest cząstką przyrody i z tej racji podlega jej prawom w wymiarze cielesnym, a także psychicznym. Dzięki przyrodzie rodzi się, wzrasta, dojrzewa, ale też procesy przyrody powodują jego degradację w chorobie i starości. Jedynym orężem, który człowiek posiada wobec rzeczywistości choroby jest siła jego *ducha*, czy to płynąca z wiary religijnej, czy też wynikająca z postawy humanistycznego i ateistycznego heroizmu. W obydwu jednak przypadkach choroba jest podstawową zarówno dla chorego, jak i dla tych, którzy nim się opiekują i go leczą – próbą *człowieczeństwa.* Choroby są tak stare, jak ludzkość i ludzkość kształtowała się stawiając czoła

chorobom. Fakt, że nie tylko biologicznie przetrwała przez dziesiątki tysięcy lat, ale i stworzyła cywilizacje i kultury, świadczy o tym, że mimo wszystkich niedoskonałości i zagrożeń związanych z oddziaływaniem chorób – godność istoty ludzkiej została zachowana. Mimo bólu i lęku, które niosą ze sobą choroby człowiek nie zrezygnował z podstawowych wartości duchowych, którymi są dobro, prawda i piękno. Samotny, jako istota samoświadoma w milczącym Wszechświecie, mimo nękających go klęsk i chorób wzniósł się duchowo ponad czysto biologiczny poziom swojej egzystencji.

Osiągnięcia współczesnej medycyny pozwoliły na odkrycie metod leczenia wielu chorób i zapobiegania im. Jakość życia dzięki temu znacząco zmieniła się. Nie znaczy to jednak, że choroby nie będą istnieć. Stąd też zagadnienie filozoficznego czy teologicznego podejścia do nich jest ciągle aktualne. Do fizycznych dotkliwości chorób człowiek być może nigdy nie jest dostatecznie przygotowany. Natomiast może tak kształtować swoją świadomość i życie duchowe, aby nawet tak zasadnicza próba, jaką jest choroba, podniosła jego człowieczeństwo na wyższy poziom.

Piśmiennictwo

1. http://pl.wikiquote.org/wiki/Choroba, data pobrania 3.05.2013
2. http://chomikuj.pl/ilo11/Filozofia/teksty+r*c3*b3*c5*bcne/O+dw*c3*b3ch+koncepcjach+choroby,1540257740.pdf, data pobrania 3.05.2013
3. Copleston F.: Historia filozofii, przełożył Jerzy Łoziński, t. VI. Wydawnictwo PAX, Warszawa 1996.
4. Krąpiec M.A.: Dlaczego zło? Rozważania filozoficzne. Polskie Towarzystwo Tomasza Z Akwinu, Lublin 2005.
5. Księga Hioba, tłumaczył Czesław Miłosz. Wydawnictwo RW KUL, Lublin 1981.
6. Gałaś M.: Człowiek wobec cierpienia. [w:] Radość i cierpienie. Fenomenologia rozwoju człowieka, Romanowska-Łakomy H. (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko – Mazurskiego, Olsztyn 2000.
7. Nagórny J.: Zbawczy wymiar cierpienia. Cywilizacja o nauce, moralności, sztuce i religii, 2006, 16, 17-18.

Szuta Wiesław

Wybrane wartości aksjologiczne w etosie pielęgniarki

Wyższa Szkoła Medyczna w Sosnowcu

Wstęp

Artykuł przybliża wybrane zagadnienia z aksjologii zawodu pielęgniarki, w rekonstrukcji wybranych zagadnień zaczerpniętych z etyki pielęgniarskiej pomocne będą analizy dokonane głównie przez dr Zofią Kostrzewską oraz dr Annę Nawrocką. Między innymi nakreślimy wzór osobowy pielęgniarki oraz podstawowe modele etyki pielęgniarskiej, obecnie dominujące w tym zawodzie zaufania publicznego. Artykuł stanie się okazją, by zasygnalizować obecne, a być może przyszłe oblicze pielęgniarstwa polskiego w aspekcie etyczno-moralnym.

Wybrane elementy aksjologii w etyce pielęgniarskiej

Aksjologia pielęgniarstwa będąca nauką normatywną zajmuje się głównie "wartościowaniem" kwestii etycznych związanych z zawodem pielęgniarskim, a także ustalaniem wzorów moralnego postępowania, tj. wzorów osobowych pielęgniarki, kryteriami ocen zachowań moralnych. Również określaniem dobra najwyższego w zawodach medycznych, wyrażonym hipokratejskim: *Salus aegroti suprema lex esto, primum non nocere*. Analizy aksjologiczne są pomocne w ustaleniu adekwatnego modelu pielęgniarki. Podstawową kategorią aksjologii jest "wartość", która ściśle jest złączona z dobrem. To, co jest wartościowe, to jest dobre i pożyteczne. Wobec tego przez "wartość" rozumie się wszystko, co cenne, co przyciąga uwagę człowieka, co jest motywujące ku dobru, co jest celem dążeń i pragnień. Mogą to być ludzkie przekonania, ideały, autorytety, nadzieje i wierzenia, a także rzeczy materialne. Bez wątpienia najważniejszą wartością w zawodach medycznych są dobra witalne, a więc głównie życia i zdrowie.

Na przestrzeni dziejów aksjologii wyróżniono sporo typologii "wartości". Obecnie najczęściej odwołujemy się do klasycznej triady aksjologicznej, tj. prawdy, dobra i piękna, do nich często dołącza się sacrum, a więc świętość [1]. Nikt też nie kwestionuje miłości, jako pewnego rodzaju sumy wymienionej triady wartości aksjologicznych, choć jest wielu, którzy uważają, że miłości nie sposób zdefiniować, bo każdy ją pojmuje inaczej. W każdym bądź razie rzeczą bezsporną pozostaje fakt, iż miłość jest najważniejszą wartością aksjologiczną.

Powszechnie znaną typologią wartości aksjologicznych jest sformułowana przez Maksa Schelera, która dzieli wartości na: hedoniczne, witalne, duchowe i religijne [2]. Natomiast tradycyjna typologia rozróżniała wartości na: użyteczne (*utile*), przyjemne (*delectabile*), godziwe (*honestum*).

W "świecie wartości" zachodzą konflikty aksjologiczne, są to sytuacje, gdy jedne wartości zachodzą na drugie, wspomniane konflikty występują najczęściej pomiędzy wartościami hedonicznymi a witalnymi z duchowymi, albo też pomiędzy wartościami osobistymi a wartościami społecznymi. Wobec tego sprawą oczywistą jest, że pielęgniarki często w trakcie wykonywania czynności zawodowych przeżywają wewnętrzne konflikty, pomiędzy własnymi wartościami obejmującymi sferę moralną. Często stawiają sobie pytanie: czy postąpiłam słusznie, uczciwie i sprawiedliwie?

Dlatego w sytuacjach konfliktowych w świecie wartości osobistych zmuszona jest – tak jak i każdy z nas - do weryfikacji wartości, a następnie podjęcia decyzji lub jej zaniechania, albo podjęcia takiego czy innego działania, które przyjmuje cechy dobra moralnego (lub zła moralnego). Należy podkreślić, iż konflikty pomiędzy wartościami aksjologicznymi będącymi jej dobrami osobistymi, a wartościami społecznymi związanymi z jej zawodem przyjmują charakter dylematów moralnych. Wobec tego, owa ambiwalencja, prowadząca do swoistego "dramatyzmu" w życiu człowieka, w tym też i pielęgniarki, w całej jej (nie wykluczając) dramatyczności, upływa na ciągłym dokonywaniu wartościowania oraz wyborów wartości [3]. Znany filozof/etyk Józef Tischner w tym egzystencjalnym kontekście ważnym dla każdego (także w zawodzie pielęgniarki) stwierdza: „ … człowiek jest istotą dramatyczną. Człowiek bierze udział w jakimś dramacie. Brać udział w dramacie, znaczy zarazem tworzyć dramat i być przez dramat tworzonym – tworzonym lub niszczonym. Stąd proponowana tutaj filozofia człowieka stara się dać odpowiedź na pytanie: jak jest i jak musi być zbudowany człowiek, by mógł brać udział w dramacie?” [3].

Natomiast za Zofią Kostrzewską można wyróżnić w ramach omawianych elementów aksjologii pielęgniarskiej tzw. naczelne wartości aksjologii pielęgniarskiej, są nimi: człowiek, życie, zdrowie, wolność; które poniżej zostaną szerzej omówione. A do tych czterech wymienionych warto dopisać wiele innych, w tym też "prestiż zawodu pielęgniarki". Zatem aksjologia pielęgniarska wymienia cztery podstawowe wartości aksjologiczne ważne w zawodzie pielęgniarskim, które pokrótce zostaną zreferowane, są nimi: człowiek, życie, zdrowie i wolność. Tak naprawdę to precyzując owe kwadro aksjologiczne można je określić jako: (a) pacjent, (b) życie pacjenta, (c) jego zdrowie, (d) autonomię pacjenta i pielęgniarki.

(a) Pacjent, **podopieczny**, ze względu na swoją godność osobową i rozumną naturę w myśl założeń humanizmu, a tym bardziej personalizmu jest określoną wartością dla siebie samego, jak i dla innych osób. Fakt ten nabiera szczególnego znaczenia w aksjologii pielęgniarskiej, która wskazuje na naczelne "dobro", jakim jest pacjent wraz z jego godnością osobową. Zasada ta odnosi się zarówno do pacjenta, jak i do każdej pielęgniarki, nie wyłączając pozostałych pracowników służby zdrowia. Natomiast pacjent jako "wartość", to zarazem szeroki "obszar" wartości witalnych, związanych z jego ciałem (życiem, zdrowiem), a także i uwarunkowaniami natury psychicznej, w tym też duchowych, np. poznawczych, estetycznych, moralnych - nie wyłączając i religijnych. To z kolei nakazuje pielęgniarce troskę o te istotne wartości i ich wspieranie u podopiecznych, pacjentów, by nie były zakłócone przez czynniki związane z chorobą, niedyspozycją, albo też stanem niewiedzy.

Wobec tego dynamizm troski o pacjenta (człowieka) nie dokonuje się w aksjologicznej próżni, a więc poza sferą wartości, czy też dobrych nawyków, skłonności, predyspozycji, które są wartościami pozytywnymi w relacjach z drugim, z potrzebującym, chorym [4]. Owe dobre wartości klasyczna aretologia na ogół definiuje jako cnoty nabyte. Zygmunt Pucko wskazuje na ważną wartość w pracy pielęgniarki, jaką jest troska o chorego. Wskazuje na zagadnienie aksjotropizmu – troski i jej dynamizmu w opiece, w pielęgnacji pielęgniarskiej chorego – stwierdza, że wartości etyczno-moralne zawsze podprowadzają do cnót, rozumianych jako pozytywne wartości, jak choćby: wrażliwości, opiekuńczości, szlachetności, umiejętności komunikowanie się z drugimi, czy też rozładowywania napięć albo ludzkiego cierpienia, np. psychicznego i fizycznego. Wspomniany autor specjalizuje się w etyce medyczno-pielęgniarskiej słusznie stwierdza, że:

Gdy zaś celem pośrednim troski będzie choćby ukształtowanie postawy otwartej na pacjentów różnych środowisk kulturowych, tolerancja i poszanowanie ich odmienności obyczajowej, to wówczas wartości moralno-etyczne pojawią się wespół z innymi wartościami, takimi jak odpowiedzialność za komunikację interpersonalną oraz za wzajemne zrozumienie się. Istotna tu także może być umiejętność przystosowania się do nowych warunków pracy i jej wyznań, co również ma pewien sens moralny [4].

(b) Życie, to wartość ważna w służbie zdrowia, a także w wykonywanym zawodzie pielęgniarki, wszak jest podstawowym i najcenniejszym dobrem człowieka, a jako wartość witalna ma charakter fundamentalny wobec wszystkich pozostałych dóbr [5]. Ludzkie życie pojmuje się w wymiarze biologicznym, wobec tego w trosce o nie podejmuje się wiele działań, by je chronić. To poprzez życie człowiek może realizować swoje cele osobiste, społeczne, zawodowe. Życie biologiczne jest fundamentalną podstawą życia psychicznego

(duchowego) człowieka [5]. Myśl personalistyczna jednoznacznie stwierdza, iż życie jest fundamentalnym dobrem człowieka, jest jego dobrem osobistym, stąd nikt z "zewnątrz" nie ma prawa i nie może decydować o cudzym życiu, albo dysponować nim w sposób instrumentalny, przedmiotowy. Dlatego, że "posiadaczem" prawa do życia jest jego "nosiciel", a więc osoba ludzka na każdym etapie jej rozwoju zarówno w zdrowiu, jak i w chorobie, czy niepełnosprawności, albo będący w podeszłym wieku. Wobec tego troska o życie drugiego człowieka jest szczególnym zadaniem i celem wszystkich, którzy pracują w służbie zdrowia [6].

(c) Kolejną ważną wartością jest **zdrowie**, należy do wartości witalnych i obok życia stanowi drugie istotne dobro (witalne) człowieka, a więc i pacjenta, i pielęgniarki. Z aksjologicznego punktu widzenia, zdrowie jako wartość witalna stanowi podstawę do realizacji wartości wyższego rzędu, tj. psychicznych, społecznych, duchowych. Dla jednych ma ono wartość autoteliczną [7] - wartość samą w sobie, naczelną, centralną, zajmującą najważniejsze miejsce w hierarchii wartości. Realizacja tych wartości jest dobrem samym w sobie. Wartości autotelicznej nie ocenia się z punktu widzenia prakseologii, ponieważ jest ona już wartością z powodu swego istnienia. Jest, więc cenne samo w sobie, nie wymaga uzasadnień, dla innych wartość instrumentalną. Najpełniej wartość zdrowia uświadamiamy sobie w sytuacjach jego zagrożenia lub utraty [8].

Wartość i troska o zdrowie podopiecznych powinna więc przejawiać się we wszystkich podejmowanych przez pielęgniarkę działaniach, w stosunku do chorych, ale też i zdrowych – kwestia profilaktyki - z racji wykonywanego zawodu, w którego centrum jest dobro pacjenta. Od pielęgniarek oczekuje się określonych, profesjonalnych standardów zachowań, które będą gwarantować afirmację zdrowia. Zdrowie ma wymiar prakseologiczny [9]. Prakseologia sformułowana przez Tadeusza Kotarbińskiego opiera się na idei "opiekuna spolegliwego", w jej centrum umieszczony został ogólnoludzki model humanistycznych wartości zmierzający do eliminowania cierpień i biedy, na rzecz dobrostanu poszczególnych jednostek i społeczeństw. W związku z tym pielęgniarka powinna zdawać sobie sprawę z faktu, iż zawód ten ma swoją specyfikę. Między innymi wymaga trudu i poświęcenia, nieustannego doskonalenia się w zakresie kompetencji i w umiejętnościach pielęgnacyjnych, wobec tego wymaga odpowiedniej kondycji psychofizycznej. Troska o własne zdrowie pielęgniarki jest bardzo ważna, doceniając wartość swego zdrowia może pielęgniarka przejawiać większe zainteresowanie zdrowiem podopiecznego i wnieść spory wkład do służby zdrowa. Podobnie, jak i do podniesienia prestiżu zawodu [10]. Nawrocka [12] uważa, iż „ … *niesienie ulgi w cierpieniu każdemu choremu jest postawą działania, i to nie tylko w*

miejscu pracy. Lecz także w każdej sytuacji życiowej. W tym właśnie szczególnie przejawia się wielki humanitaryzm i humanizm zawodu pracownika służby zdrowia, który jest powołaniem, misją i służbą".

(d) Ostatnią z wymienionych wartości jest **autonomia** pacjenta, ale też i pielęgniarki. Pojęcie "wolności" jest jedną z analogicznych kategorii w naukach społecznych i humanistycznych, wiąże się z tym, co się określa "autonomią". W etyce "autonomia" pojmowana jest jako fundamentalna wartość stanowiąca ontologiczną podstawę świadomego (odpowiedzialnego, godziwego) działania człowieka [11]. Osoba jako podmiot moralny (rozumny, świadomy) przy wykorzystywaniu swej wolności musi się uciekać do prawdy o dobru moralnym, do której zmierza i ma zmierzać. Wobec tego "autonomia" stanowi priorytetową rolę w aksjologii pielęgniarskiej i medycznej. Wolność pacjenta (podopiecznego) świadczy jednoznacznie o jego autonomii, samostanowieniu o sobie, zarówno w zdrowiu, jak i w chorobie, co obliguje pracowników służby zdrowia do respektowania woli oraz praw podopiecznego (chorego), a także i ich rodzin.

Podobnie należy przyjmować wolność pielęgniarki. Oznacza ona przestrzeganie praw jej przysługujących, zarówno przez przełożonych, współpracowników, jak i pacjentów. Wolność to wartość przynależna wszystkim, a także tym, którzy pracują w służbie zdrowia, biorącym udział w procesie leczenia, rehabilitacji oraz profilaktyce i promocji zdrowia. Jednym słowem wolność rozumiana jako autonomiczność jest przynależna każdemu z nas [6]. *„Dzięki wolności pielęgniarka może realizować wszystkie pozostałe wartości, tak osobiste, jak i społeczne. Wartość ta wprowadza też ład moralny w relacjach interpersonalnych na płaszczyźnie zawodowej i społecznej*" [6].

Aksjologiczny wzór osobowy pielęgniarki

Aksjologia będąca nauką normatywną zajmuje się także wyznaczeniem wzoru osobowego, a w jej części szczegółowej między innymi podejmuje się nakreślenia właściwego wzoru pielęgniarki – ideału pielęgniarki. Taki wzorzec może być zaczerpnięty z przeszłości, bądź z współczesności, może to być również postać fikcyjna. Jedno jest pewne, że wiąże się z tym, co określamy autorytetem, na nim się opiera i sam w pewnym stopniu może - a raczej powinien - być autorytetem do powielania, do naśladowania. Adekwatny wzór osobowy pielęgniarki jest standardem zachowań w ramach przyjętej aksjologii pielęgniarskiej, na przestrzeni wieków obejmował on takie wartości, jak: troskliwość, współczucie, łagodność, sprawiedliwość, serdeczność, odpowiedzialność, dokładność, punktualność i roztropność (np. wg św. Wincentego a Paulo). Zofia Kostrzewska słusznie

stwierdza, że często był łączony z wizerunkiem "*dobrej kobiety w służbie innym*", chodzi w nim o podejście samarytańskie.

Podwaliny pod współczesny wzór pielęgniarki przygotowała Florencja Nightingale, oparła go o następujące wartości: tolerancje, prawdomówność, uczciwość, punktualność, czystość, schludność, trzeźwość. Obecnie aksjologia zawodu pielęgniarki odwołuje się coraz częściej do wartości humanistycznych (np. altruizmu, heroizmu) oraz sprawności intelektualno-technicznych (kwalifikacji i umiejętności, do coraz bardzie szczegółowej specjalizacji). Reasumując, należy zaznaczyć, że osiąganie adekwatnego wzoru aksjologicznego w pielęgniarstwie wymaga ciągłej pracy nad sobą, w procesie kształcenia, jak i samokształcenia pod kątem kunsztu zawodowego pielęgniarki (profesjonalizacji) [6].

Wspomniana powyżej prekursorka współczesnego pielęgniarstwa wytyczyła etyczno-moralny model pielęgniarstwa, wprowadzając elementy aksjologiczne, takie jak: człowiek/osoba, jego życie, zdrowie oraz środowisko, a także pielęgniarstwo. Jej wskazania są aktualne, aż po obecne czasy, choć trzeba owe standardy nieustannie uzupełniać o nowe elementy warunkowane nowymi rozwiązaniami medyczno-pielęgniarskim. O kolejne innowacje związane z rozwiązywaniem pojawiających się problemów, które przynoszą postęp, a także zmieniające się środowiska otaczające człowieka, niespotykany rozwój w medycynie i w samym pielęgniarstwie, wobec tego coraz częściej podkreśla się, m.in. kreatywność i dyspozycyjność w tym zawodzie [12].

Model pielęgniarstwa współczesnego obejmuje w swym centralnym miejscu człowieka i jego zdrowie. A to dlatego, że pielęgniarstwo jest powołane do świadczenia usług człowiekowi w aspekcie zdrowia. O czym nas zapewnia - odwołując się do wskazań udzielonych już w drugiej połowie XIX wieku F. Nightingale - Pucko [13], że przez aktywność pielęgniarstwo poprawia środowisko, wprowadza korzystne zmiany w otoczeniu człowieka by był on zdrowym, by mu się żyło dobrze zgodnie z naturą. W tym kontekście współczesny etyk związany ze środowiskiem medycznym Pucko stwierdza: „*Pielęgniarki usuwają z tego środowiska czynniki, które wpływają na człowieka negatywnie, a wprowadzają i kształtują te, które oddziałują pozytywnie. Jako najważniejsze, oddziałujące pozytywnie F. Nightingale wskazała czynniki natury sanitarno-higienicznej – czyste powietrze, czystą wodę, czystość, spokój (...). Korzystne oddziaływanie jest zapewne także w sposób bezpośredni w interakcjach pielęgniarka-pacjent, w tych zachowaniach pielęgniarki, które umożliwiają pozyskanie jego zaufania, przejawiają troskliwość, zmniejszają napięcia i budzą nadzieję”* [13].

Komentując model pielęgniarstwa - zainicjowany przez Florencję Nightingale - Pucko [13] zauważa, że jest on wysoce abstrakcyjny, a więc może być poddawany wielorakim interpretacjom, modyfikacjom. Reasumując wkład prekursorki współczesnego pielęgniarstwa wymieniony autor [13] słusznie stwierdza, że wielką zasługą jej było opracowanie teorii pielęgniarstwa. Kowalczyk [14], jako humanista, etyk podjął trud scharakteryzowania współczesnych koncepcji/modeli występujących w etyce pielęgniarskiej: „*teoria ta stała się głównym kierunkowskazem, przedstawiającym koncepcję nowoczesnego pielęgniarstwa, a także uzasadnieniem do wprowadzenia wielkich zmian w opiece nad zdrowiem człowieka dzięki pielęgniarstwu jako powołaniu, nauce i sztuce oraz profesji w służbie zdrowia, zarówno pojedynczych ludzi, jak i ludzkich społeczności. Teoria ta jest studiowana i analizowana do dziś. Znajdowane są w niej wciąż nowe inspiracje w odniesieniu do bogacenia wiedzy pielęgniarskiej i rozwoju pielęgniarstwa, do edukacji pielęgniarek, w dążeniu do ciągłego podnoszenia poziomu i jakość praktyki pielęgniarskiej"* [14].

Dzieło Florencji Nightingale w większym lub mniejszym stopniu uwidacznia się w kilku dominujących koncepcjach funkcjonujących w ramach współczesnej etyki pielęgniarskiej. Najczęściej określanych w fachowym piśmiennictwie modelami, w nich jest także miejsce na omówione między innymi elementy o charakterze aksjologicznym w niniejszym artykule. Obok nich ważne podstawy dla etosu pielęgniarskiego płyną z odpowiedniej antropologii i humanizmu, mentalności, czy też kulturowości, o tych ostatnich dotychczas było niewiele. A trzeba stwierdzić za ks. prof. Stanisławem Kowalczykiem, że integralną częścią kultury człowieka jest wrażliwość moralna, a więc - dokonując uściślenia - także pod względem aksjologicznym, przy jej opisie uznaje się ogólnoludzkie normy etyczne regulujące relacje międzyludzkie.

Etyka troski – nie wyłączając i troski pielęgniarskiej, a raczej szczególnie - wskazuje na powinności człowieka wobec innych, mówi o podstawowych zobowiązaniach względem będącego w potrzebie. Swoje podstawy szuka na terenie filozoficznej koncepcji człowieka (antropologii filozoficznej) oraz w teorii wartości (aksjologii ogólnej i szczegółowej) i w humanizmie (kulturze, np. „cywilizacji życia/miłości"). Etykę pielęgniarską, a wraz z nią aksjologię pielęgniarską można sprowadzić do kilku podstawowych koncepcji/typów/modeli zależnych od powyższych uwarunkowań.

Modele etyki pielęgniarskiej

Podstawowymi typami/modelami etyki pielęgniarskiej, które warto pokrótce przybliżyć są:

- etyka troski,

- etyka spolegliwego opiekuna,
- psychologiczna etyka logoterapii,
- etyka społecznej komunikacji,
- prospołeczna etyka personalistyczna [14].

Etyka troski

Model etyki troski, niezależnie od przyjmowanego światopoglądu i systemu wartości bazuje na wzorze miłosiernego samarytanina. Samarytanin jest wzorem prawdziwego *humanisty i personalisty*, ponieważ *nie był obojętny wobec spotkanego człowieka* będącego w ciężkim położeniu. Humanizmu nie można utożsamiać z egocentryzmem, egoizmem, brakiem moralnej wrażliwości na potrzeby innych ludzi. Samarytański humanizm ma wymiar personalistyczny, tj. oparty na przekonaniu, że każdy człowiek - niezależnie od przeżywanej sytuacji egzystencjalnej, społecznych uwarunkowań i narodowości, religii – jest osobą. Wobec tego humanistyczno-aksjologiczny model takiej postawy jest ciągle aktualny w służbie zdrowia i w praktyce pielęgniarskiej.

Etyka troski o człowieka jest chronieniem człowieka, etyką wierności człowiekowi znajdującemu się w sytuacji granicznej. Człowiek znajdujący się w szpitalu, domu opieki społecznej, w sanatorium, chory w domu rodzinnym jest ustawicznym wezwaniem do troski o niego. Etyka troski jest inspirowana przez postawę dobroci i życzliwości, jak również wzorowana samarytańskim miłosierdziem. Wobec tego być z chorym i okazywać mu troskę, to istota opieki medyczno-pielęgniarskiej [14].

Etyka spolegliwego opiekuna

W etyce niezależnej przyjętej przez prof. Tadeusza Kotarbińskiego istotną rolę odgrywał ideał spolegliwego opiekuna. "Spolegliwy" tzn. troskliwy i opiekuńczy, ten kto budzi zaufanie, jest silnym oparciem w każdych okolicznościach, można liczyć na niego, na jego pomoc. Opiekun spolegliwy to realista, człowiek praktyczny, działający roztropnie, opanowany, odważny, otwarty na drugiego człowieka, z właściwą hierarchią wartości. W jego postawie nie ma miejsca na egoizm i interesowność [9].

Humanistyczna etyka Tadeusza Kotarbińskiego – prakseologa - jest godna polecenia w opiece medyczno-pielęgniarskiej względem ludzi chorych i starszych wiekiem. Koncepcja obowiązku tzw. spolegliwego opiekuna opiera się na wierze w ponadczasowy, ogólnoludzki model szlachetnych intencji. W opiece bezpośrednim obowiązkiem spolegliwego opiekuna jest eliminowanie cierpień i czynów haniebnych. Ów opiekun musi przyjąć postawę realizmu praktycznego, tzn. liczenia się z rzeczywistością w planowaniu i wykonywaniu działań

opiekuńczo-pielęgnacyjnych. Zbiorowość podopiecznych opiekuna spolegliwego jest nader szeroka; są to wszyscy ci, którzy bez względu na rasę, wyznanie i przynależność społeczną potrzebują pomocy [15,16]. Prakseologia w duchu Kotarbińskiego jest szeroko wykorzystywana w opiece społecznej i socjalnej stanowiąc dobry fundament dla etyki społeczno-opiekuńczej.

Psychologiczna etyka logoterapii

W codziennej praktyce opieki medycznej również inspirująca jest etyka oparta na teorii logoterapii Viktora Frankla. Logoterapia polega na metodzie psychoterapeutycznej koncentrującej się na umożliwieniu badanemu (klientowi) poznania i akceptacji siebie, a także odkrycia swojego miejsca w społeczeństwie – rozumianym jako część pewnej całości – w którym się funkcjonuje. Przestrzegał on przed deformującymi jednostronnymi koncepcjami człowieka, często współcześnie przyjmującymi postawę aktywno-technokratyczną (nadmierna wydajność, dyspozycyjność, kreatywność, przywiązanie do firmy, nadmierna praca, np. zlecona, ponadwymiarowa). To może prowadzić - niejednokrotnie tak jest - do zaniedbań w obszarze wewnątrzduchowych, a przecież egzystencjalnych problemów nie wolno zaniedbać, jak: miłość, sprawiedliwość, przyjaźni, przeżywanie cierpienia i jego minimalizowanie, a nawet godną śmierć, itp. Owe problemy odgrywają istotną rolę w przeżywaniu sensu życia.

Frankl, lekarz i psychiatra, szukał prawdy o człowieku, zakwestionował różne antropologie jednostronne, redukcjonistyczne, określił je jako nihilistyczne m.in. deformujące obraz człowieka, a szczególnie: *biologizm*, *psychologizm*, *socjologizm*. Dwie ostatnie odnalazł w psychoanalizie Zygmunta Freuda, który redukował życie człowieka do zespołu instynktów, bodźców, to jest do człowieka rozumianego jako biologiczny mechanizm.

Viktor Frankl był propagatorem personalizmu na terenie nauk medyczno-psychologicznych, uważał, że człowiek to "całość cielesno-psychiczno-duchowa" [17]. Lekarz, pielęgniarka, psychiatra, pracownik socjalny powinni mieć na uwadze, że należy leczyć organizm (ciało), ale także i psychikę (nie zapominając o duchu). Wobec tego stan ducha i dobre samopoczucie są bardzo istotne w procesie terapeutycznym, dlatego logoterapia Frankla [14] jest cenna oraz inspirująca dla personelu pielęgniarskiego, ponieważ zwraca uwagę na potrzebę opieki holistycznej, czyli na organizm (ciało) i psychikę (ducha) ludzką Biesaga [18] szeroko opisuje model takiej współczesnej opieki medycznej opartej o komercyjne rozwiązania, głównie północnoamerykańskiej medycyny, przestrzega przed nadmierną biurokracją i ekonomizmem (rachunkiem zysków; pacjent to klient, a szpital to medyczne przedsiębiorstwo usługowe) i stwierdza: „*Zwolennicy komercjalizacji medycyny*

traktują opiekę zdrowotną jako taki sam towar, jak usługi wolnego rynku. Sądzą że podporządkowanie jej mechanizmom rynku obniży koszty opieki zdrowotnej i podniesie jakość medycznych produktów i usług. (...) Wobec tych propozycji trzeba jednak zapytać, czy uprawnione etycznie jest traktowanie czyjegoś zdrowia, leczenia i całej opieki zdrowotnej jako towarów, którymi się handluje na wolnym rynku? Czy wiedza i usługi lekarza, szpitala, hospicjum są produktami na sprzedaż dla satysfakcji konsumentów tak samo jak inne towary? (...) Traktowanie chorego pacjenta tak jak klienta i konsumenta, przebierającego w różnych towarach w supermarkecie jest błędnym uproszczeniem. Zdrowie i życie nie jest takim samym dobrem, jak zdobycie lepszych mebli, telewizora czy samochodu"

Etyka społecznej komunikacji

Idea komunikacji międzyludzkiej opartej na wartościach prawdy i miłości, jest inspiratywną dla etyk pielęgniarskiej i medycznej, jest przestrogą przed biurokratyzacją posługi personelu medycznego - przed koncepcją medycyny i pielęgniarstwa o charakterze komercjalistycznym i kontraktalistycznym [19]. Jest również apelem o życzliwy osobisty kontakt z człowiekiem znajdującym się w sytuacji granicznej, np. cierpienia, samotności, niepełnosprawność, starości i wielu innych. „Być i mieć", to jeden z prymatów personalistycznych obok "etyki przed techniką" i "miłosierdzia przed sprawiedliwością".

Życie społeczne wymaga wspólnoty nie tylko ekonomicznej typu "mieć", ale też wspólnoty o orientacji moralno-duchowej skoncentrowanej na kształtowaniu i ochronie wykraczającej osobowego "Być" [14] każdego człowieka, w tym też chorego. Wobec tego trudno mówić o etyce personelu medycznego bez wspólnoty osób, których łączą przede wszystkim wartości moralne, na czele z ideą miłości chorego [14].

Prospołeczna etyka personalizmu

Akceptowana przez prospołeczny personalizm etyka znajduje się w opozycji do teorii amoralizmu, konwencjonalizmu, utylitaryzmu, emotywizmu i pozytywizmu prawnego. Prospołeczny personalizm uzasadnia normy moralne, odwołując się do antropologii filozoficznej, tj. kategorii osoby, godności człowieka, prawa naturalnego i sumienia.

Prospołeczny personalizm (chrześcijański) odwołuje się głównie do prawa naturalnego i fenomenu sumienia, stanowi trwały fundament etyki normatywnej. Personalizm ten jest niezmiernie ważny dla etyki pielęgniarskiej, w której przedmiotem troski jest człowiek, ujmowany nie tylko w wymiarze somatyczno-biologicznym, ale też psychiczno-duchowym. Człowiek chory, w wieku podeszłym, a więc najczęściej bardzo cierpiący traci w większej czy mniejszej mierze władzę na swym ciałem. Pomimo takiej sytuacji życiowej wciąż

pozostaje osobą godną szacunku i mającą prawo do opieki, która powinna być inspirowana przez szczere współczucie, a krótko ujmując przez ludzką miłość [14].

Wnioski końcowe

Wszystkie powyżej przedstawione modele etyki pielęgniarskiej, a więc: etyka troski, spolegliwego opiekuna, etyka logoterapii, społecznej komunikacji, etyka prospołecznego (chrześcijańskiego) personalizmu, winny być brane pod uwagę w holistycznie rozumianej etyce służby zdrowia, a więc etyce pielęgniarskiej, w niej jest miejsce dla aksjologii etycznej. Mają one - przedstawione modele - charakter komplementarny, a także odpowiadają ideowemu pluralizmowi współczesnego społeczeństwa w Polsce. Żaden z wymienionych typów/modeli nie powinien pretendować do wyłączności, ponieważ każdy z nich uwzględnia inne aspekty sytuacji człowieka chorego. Nie ulega wątpliwości, że znajomość różnych koncepcji etyki ubogacić może, a raczej powinna osoby pracujące z chorymi, starszymi, niepełnosprawnymi, znajdującymi się w sytuacjach ekstremalnych, losowych. Wobec tego prezentowane modele etyk pielęgniarskich mają – pomimo różnorodnych inspiracji filozoficznych czy ideowych – jeden wspólny rys, tj. autentyczny humanizm mocno oparty o etos hipokratejski – *primum non nocere*. Ów etos stanowi autentyczną integralną i niezawodną podstawę każdej prawdziwej troski o człowieka chorego, cierpiącego, będącego w trudnej sytuacji życiowej. Niewątpliwie stanowi także fundament etosu zawodu pielęgniarki oraz całej służby zdrowia.

Zakończenie

Artykuł ukazał elementy aksjologii etycznej istotnej w etosie zawodu pielęgniarki, a szczególnie traktował o takich wartościach aksjologicznych, jak: wzór osobowy pielęgniarki, także przypomniał popularne modele etyki pielęgniarskiej, które mają znaczny wpływ na współczesną etykę owego zawodu medycznego. Etos zawsze będzie opierał się na: dobru, wartości, normie i powinności oraz wielu nieomówionych w tym artykule, a przecież równie ważnych wartościach i cnotach. Jak na przykład: prawdzie, wolności, pięknie, czy też życzliwości, współczuciu, sumienności, odpowiedzialności, zaufaniu. Katalog wartości aksjologicznych i sprawności (cnót) aretologicznych jest bardzo szeroki, w każdym etosie. Zwłaszcza tam, gdzie zawód jest związany ściśle z posługą na rzecz drugiego człowieka. Wśród zawodów zaufania publicznego (społecznego) wyróżnia się grupę pielęgniarek wraz z pozostałymi zawodami, które funkcjonują w służbie zdrowia, np. lekarzami, położonymi, farmaceutami, ratownikami medycznymi, fizjoterapeutami, sanitariuszami i opiekunami medycznymi. Każdemu z wyliczonych i licznych niewyliczonych zawodów medycznych (np. radiolodzy, laboranci medyczni, sekretarki medyczne) jest przypisany etos danego zawodu.

To jest, zespół specyficznych reguł moralnych o charakterystycznych preferencjach dla danego zawodu. Dlatego każdemu z zawodów są przypisane odpowiednie wartości aksjologiczne i sprawności aretologiczne, albo też odpowiednie wzorce do naśladowania - autorytety. Budowaniu właściwej aksjologii dla danej etyki zawodowej służy między innymi fachowa literatura, ważne są też kodeksy etyczne.

Kończący się artykuł podjął się drobnego zadania w dziele umacniania właściwej aksjologii zawodu pielęgniarki. Nie usiłował ująć całościowo działu etyki, tj. aksjologii zawodu, ale tylko ją przybliżył fragmentarycznie. Stał się zatem tylko drobnym akcentem – „iskierką" – na kanwie współcześnie dyskutowanych zagadnień aksjologicznych, jakie są podejmowane obecnie w ramach intensywnie rozwijającej się etyki medyczno-pielęgniarskiej i całej służby zdrowia. Celem której jest troska o pacjenta i każdego pracownika związanego z medycyną, a więc i każdego kto wykonuje potrzebny zawód pielęgniarski.

Piśmiennictwo

1. Styczeń T.: Encyklopedii katolickiej, t. 1. Lublin 1973, hasło apologia, 260.
2. Ślipko T.: Historia etyki w zarysie. Wyd. Petrus, Kraków, 2010, 110.
3. Tischner J.: Zarys filozofii człowieka. PAT, Kraków, 1991, 7.
4. Pucko Z.: Filozofia [w:] Filozofia i teorie pielęgniarstwa, Górajek-Jóźwik J. (red.). Wyd. Czelej, Lublin, 2007, 94-108.
5. Nawrocka A.: Etos w zawodach medycznych. WAM, Kraków, 2008.
6. Kostrzewska Z.: Ogólna etyka pielęgniarstwa [w:] Etyka w pracy pielęgniarskiej, Wrońska I., Mariański J. (red.). Czelej, Lublin, 2002, 166-167.
7. wikipedia.org/wiki/Wartości-autoteliczne, data pobrania: 03.01.2013.
8. Kostrzewska Z.: Ogólna etyka pielęgniarstwa [w:] Etyka w pracy pielęgniarskiej, Wrońska I, Mariański J. (red.). Czelej, Lublin, 2002, 167-169.
9. Jedynak S.: Mały słownik etyczny. Oficyna Wyd. Bratana, Bydgoszcz, 1999.
10. Nawrocka A.: W poszukiwaniu podstaw i zasad bioetyki. Śląska Akademia Medyczna, Katowice, 2001.
11. Stróżowski Wł.: O wielkości. Szkice z filozofii człowieka. Wyd. Znak, Kraków, 2002.
12. Poznańska St.: Istota wielkiej teorii/koncepcyjnego modelu pielęgniarstwa F. Nightingale [w:] Filozofia i teoria pielęgniarstwa, Górajek-Jóźwik J. (red.). Wyd. Czelej, Lublin, 2007, 273-286.

13. Pucko Z.: Filozofia [w:] Filozofia i teorie pielęgniarstwa, Górajek-Jóźwik J. (red.). Wyd. Czelej, Lublin, 2007, 284, 286.
14. Kowalczyk St.: Filozoficzne podstawy etyki pielęgniarskiej [w:] Etyka w pracy pielęgniarskie*j*, Wrońska I., Mariański J. (red.). Wyd. Czelej, Lublin, 2002, 39-58.
15. Frankl V.E.: Nieuświadomiony Bóg. Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa, 1978, 16.
16. Frankl V.E.*:* Homo patiens. Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa, 1998.
17. http://pl.wikipedia.org/wiki/Logoterapia, data pobrania: 03.01.2013.
18. Biesaga T.: Elementy etyki lekarskiej. Wyd. Naukowe PAT, Kraków 2006,
19. Darowski R.: Filozofia człowieka. WAM, Kraków, 2008.

Żurawski Jacek A

Reklama w mediach i prawie nieuczciwej konkurencji

TVP SA / WSE ALMAMER, Warszawa

Reklama jest dzisiaj potęgą tak silną, że oprzeć się jej nie zdoła nikt, a na usługach jej stoją bez wyjątku wszyscy. (...) Nawet ci, którzy twierdzą, że reklamie porwać się nie dadzą, czynią niejedno pod jej właśnie wpływem, stwierdzając tem samem, że wszyscy stoimy pod działaniem jej siły ubezwładniającej. Dziś reklama objęła rządy nad całym światem przemysłowym, wszędzie oddają jej zasłużony hołd, przyszedłszy do przekonania, że należy ją uważać nie tylko za korzystną, lecz wprost za konieczną w przemyśle i handlu [1] pisał prawie sto lat temu w jednym z pierwszych polskich podręczników reklamy Stanisław Batko. Od tego czasu reklama opanowała wszystkie dziedziny życia, a je wpływ na odbiorców, a także na rozwój rynku jest przeogromny. Udana kampania reklamowa powoduje wzrost sprzedaży, oczernienie konkurenta może doprowadzić do jego eliminacji z życia gospodarczego.

Twórcy reklam sięgają po coraz to nowe środki wyrazu. Niestety coraz częściej sprowadza się to do chęci szokowania odbiorców i w ten sposób doprowadzenie do utrwalenia w ich pamięci promowanej marki. Stąd też wynika konieczność tworzenia regulacji prawnych, które będą narzucały agencjom reklamowym granice, przekroczenie których będzie groziło konsekwencjami przewidzianymi w przepisach. W niniejszym wystąpieniu skupię się na dwóch problemach związanymi z reklamą – kwestii godności ludzkiej i problemie wykorzystania motywu śmierci w reklamie.

Definicje reklamy w prawie polskim

Bardzo długo w prawie polskim nie było definicji reklamy. I tak naprawdę definicji ogólnej nie ma do dnia dzisiejszego. Za reklamę uznaje się *rozpowszechnianie wiadomości o towarach i usługach w celu wpływania na kształtowanie się popytu, zwiększenie zbytu, rozszerzenie klienteli* [2]. Podobna definicja reklamy jest zawarta w Słowniku języka polskiego, gdzie reklama to *rozpowszechnianie informacji o towarach, ich zaletach wartości miejscach i możliwościach nabycia, chwalenie kogoś, zalecanie czegoś przez prasę, radio, telewizję; (plakaty, napisy, ogłoszenia) służące temu celowi.* [3]

Istnieje także rozróżnienie na reklamę w znaczeniu szerokim i w znaczeniu wąskim dokonane przez B. Jaworską – Dębską. Reklama w znaczeniu wąskim odnosi się do

działalności gospodarczej i *obejmuje wszelkie działania podjęte przy użyciu prawdziwych informacji na temat określonych towarów i usług, by zwrócić uwagę potencjalnych odbiorców. W znaczeniu szerokim, reklama oznacza wszelkie starania upowszechniające informacje o ludziach, ideach, rzeczach w celu ich popularyzacji i zainteresowania nimi. M. Sagan uważa, że reklama to wypowiedź, której celem jest chęć promocji towarów i usług, niezależnie od użytego nośnika [4]*

Nie istnieje także jedna definicja ogólna reklamy w prawie. Są odniesienia do pojęcia reklamy zawarte w poszczególnych aktach prawnych, najczęściej mówiące jakie warunki reklama powinna spełniać, a czego w niej być nie powinno. Definicje reklamy są zawarte w trzech aktach prawnych. Odnoszą się one jednak wyłącznie działalności regulowanej przez te akty. Dotyczy ustawy o radiofonii i telewizji oraz ustawy o przeciwdziałaniu alkoholizmowi i wychowaniu w trzeźwości (dodana w ostatniej nowelizacji) oraz ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.

Ustawa o radiofonii i telewizji po implemetacji Dyrektywy o audiowizulanych usługach medialnych zawiera dwie nowe definicje – reklamy oraz przekazu handlowego:

- **przekazem handlowym** *jest każdy przekaz, w tym obrazy z dźwiękiem lub bez dźwięku albo tylko dźwięki, mający służyć bezpośrednio lub pośrednio promocji towarów, usług lub renomy podmiotu prowadzącego działalność gospodarczą lub zawodową, towarzyszący audycji lub włączony do niej, w zamian za opłatę lub podobne wynagrodzenie, albo w celach autopromocji, w szczególności reklama, sponsorowanie, telesprzedaż i lokowanie produktu;*
- **reklamą** *jest przekaz handlowy, pochodzący od podmiotu publicznego lub prywatnego, w związku z jego działalnością gospodarczą lub zawodową, zmierzający do promocji sprzedaży lub odpłatnego korzystania z towarów lub usług; reklamą jest także autopromocja*.

Obecnie definicja reklamy w mediach elektronicznych ogranicza się wyłącznie do reklamy merkantylnej, nie obejmuje zaś reklamy politycznej i społecznej, jak to miało miejsce w poprzednim brzmieniu definicji – ***reklama każdy przekaz, nie pochodzący od nadawcy, zmierzający do promocji sprzedaży albo innych form korzystania z towarów lub usług, popierania określonych spraw lub idei albo osiągnięcia innego efektu pożądanego przez reklamodawcę, nadawany za opłatą lub inną formą wynagrodzenia.***

Reklama polityczna i społeczna może być emitowana jako ogłoszenie płatne,przewidziane przez ustawę Prawo prasowe.

Reklama a godność człowieka

Rozważania na temat związków reklamy z godnością człowieka należy rozpocząć od przypomnienia, że godność człowieka jest w polskim systemie prawnym jest wartością konstytucyjną. Art. 30 Ustawy Zasadniczej stanowi *wrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych.*

Prof. Wiesław Skrzydło komentując ten przepis trafnie podkreślił, że *w okresie sporu o genezę praw i wolności jednostki, o sposób ich ujęcia w Konstytucji, ścierały się różne poglądy i koncepcje. Były tendencje do prawnonaturalnego uzasadnienia instytucji praw i wolności, a znalazły one wyraz w treści analizowanego artykułu. Do koncepcji tej nawiązuje polski ustrojodawca w dwojaki sposób, po pierwsze przyjmując regulacje międzynarodowe wywodzące się z tych właśnie koncepcji, po drugie, stwierdzając istnienie „przyrodzonej i niezbywalnej godności człowieka", która stanowi „źródło wolności i praw człowieka i obywatela". Daje temu także wyraz, uznając nienaruszalność tej godności oraz nakładając (...) obowiązek jej poszanowania.* [5]

Już z przytoczonych powyżej słów jasno wynika, że odpowiedź na pytanie, czy reklama może czyjąś naruszać wydaje się banalnie prosta – oczywiście, że nie. Szczegółowo te zagadnienia reguluje ustawa o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji [6] (dalej: uznk), która w artykule 16 stanowi, że czynem nieuczciwej konkurencji w zakresie reklamy jest działanie nie tylko sprzeczne z prawem, ale także z dobrymi obyczajami lub uchybienie godności człowieka. W przedwojennym ustawodawstwie również występowało pojęcie dobrych obyczajów, które były rozpatrywane w kontekście norm moralno – etycznych. Fryderyk Zoll i Alfred Kraus w komentarzu wydanym w 1929 roku napisali m.in. *znamion dobrych obyczajów abstrakcyjnie oznaczyć nie można. O wykroczeniach przeciw dobrym obyczajom w przypadkach konkretnych sędzia orzekać będzie na podstawie swego uznania, kierując się przy tym poczuciem godziwości ogółu ludzi, myślących sprawiedliwie i słusznie. (...) Dobre obyczaje są przeto wskazówką postępowania istniejącą obiektywnie w poczuciu etycznym społeczeństwa (...). Za miarę tych wymagań etycznych bierze się przeciętny poziom moralny, właściwy godziwemu życiu zarobkowemu i gospodarczemu. Nie mogą przeto o granicach dobrych obyczajów decydować poglądy ludzi o szczególnie idealistycznym (...) sposobie myślenia. (...) Tak samo jednak z drugiej strony praktyki widocznie nieetyczne, choćby*

zakorzeniły się i rozpowszechniły się w pewnych sferach, nie mogą przez ten zwyczaj być uznane za mieszczące się w granicach dobrych obyczajów [7].

Obecnie w prawie europejskim dominuje definicja dobrych obyczajów, którą można nazwać funkcjonalno – ekonomiczną. *Podkreśla się, że nie chodzi o przestrzeganie dobrych obyczajów w ogóle, lecz o zachowanie przedsiębiorców w działalności gospodarczej. Istotne z tego punktu widzenia będzie nie kryterium odwołujące się do poglądów uczciwego przeciętnego członka danej społeczności, ale oceny zorientowane na zapewnienie niezakłóconego funkcjonowania konkurencji przez rzetelne i niezafałszowane współzawodnictwo jakością, ceną i innymi pożądanymi przez klientów cechami* [8].

PRZYKŁAD

"Clou" Spółka z o.o. w G. prowadziła sprzedaż wysyłkową, połączoną z losowaniem Nagrody Roku w wysokości 30.000 złotych. Przy czym układ ulotek reklamujących działalność firmy, był zrobiony tak, że na pierwszy rzut oka, wynikało, iż każdy kto kupi towary w/w firmie otrzyma nagrodę, nie zaś uzyska prawo do jej losowania. Do federacji konsumentów zaczęły napływać skargi klientów, którzy poczuli się oszukani. Federacja Konsumentów wystąpiła na drogę sadową przeciwko spółce. Sąd Wojewódzki w Gdańsku pozew odrzucił, uzasadniając swoją decyzję, tym iż z ulotki po bardzo starannym przeczytaniu można się było zorientować, że sam zakup nie powoduje otrzymania Nagrody Roku czy Nagrody Miesiąca. Tak więc pozwana firma działała uczciwie. Sąd Apelacyjny w Gdańsku ten wyrok uchylił, opierając się m.in. na art. 16 ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, stwierdził że ***nieuczciwą reklamą, a tym samym - reklamą sprzeczną z dobrymi obyczajami - jest reklama, która wykorzystując usprawiedliwioną okolicznościami łatwowierność odbiorcy oraz przeciętną nieumiejętność skomplikowanego kojarzenia i wnioskowania na podstawie tekstu eksponującego treści pożądane przez reklamującego, wywołuje u przeciętnego odbiorcy przeświadczenie o istnieniu faktów, które w rzeczywistości nie mają miejsca i przez to wywołuje odczucie zawodu, zlekceważenia czy wręcz oszukania.*** W uzasadnieniu czytamy także, że Sąd I instancji powinien ***rozważyć, czy pozwana w swoich kontaktach z konsumentami zachowała dobry obyczaj odnoszenia się do każdego człowieka z powagą i szacunkiem.***

Zaprzeczeniem takiego odnoszenia się byłby stosunek lekceważący, dopuszczający ośmieszenie, kpinę, narażający na uczucie zawodu, a także wykorzystanie oczywistej łatwowierności, rozbudzania oczekiwań niemożliwych do zrealizowania, zaś metodami prowadzącymi do tego mogłyby być: określona szata graficzna ulotek reklamowych,

posługiwanie się nieadekwatnymi do rzeczywistej sytuacji, ale rozbudzającymi wyobraźnię słowami, określona ekwilibrystyka słowna, rozmiar i rozmieszczenie poszczególnych haseł i czcionek drukarskich, wielokrotne eksponowanie niektórych określeń, itp. Takiego, obliczonego na niedoinformowanie lub dezorientację albo wręcz na wywołanie błędnego przekonania u klienta stosunku pozwanej do adresatów ulotek reklamowych, nie mogłoby, w kategoriach dobrych obyczajów w stosowaniu reklamy, usprawiedliwiać nieuważne wczytanie się klientów w treść ulotek, jeśli nawet ulotki te zawierały wszystkie treści, które po ich przeanalizowaniu pozwalały na wniosek odmienny od tego, który wydawał się nasuwać na pierwszy rzut oka. Reklama bowiem z istoty swej zmierzająca do zwrócenia uwagi na działalność firmy lub jej wyroby może wykorzystywać psychologiczne zjawisko przeciętnej podatności człowieka na sugestię i w tym sensie może posługiwać się np. przesadnymi ocenami, nie może jednak - zdaniem Sądu Apelacyjnego - pozbawiać wyboru, względnie wymuszać prowadzące do takiego wyboru myślenie, kojarzenie, czy wnioskowanie na poziomie przekraczającym właściwości przeciętnego odbiorcy. [9]

Na koniec jeszcze jeden przykład reklam, które są niejednokrotnie na granicy dobrego obyczaju. Chodzi o akcje reklamowe posługujące się metodą „kup produkt X – wspierasz potrzebujących”. Hasło takie wpływa na wzrost sprzedaży produktów reklamującego się przedsiębiorcy (tym bardziej im podany cel jest szczytniejszy). Jednak niejednokrotnie na cel przywoływany w reklamie są przeznaczane znikome środki. Praktyka europejska nakazuje, aby reklamujący wskazywał, że własnym zyskiem dziali się z potrzebującymi lub nawet, że przeznacza go w całości na szczytny cel [10].

Przytoczony przykład spółki „Clou” pokazuje, że przypadek uchybienia godności człowieka w reklamie może mieścić się w pojęciu naruszenia dobrych obyczajów. W naszym ustawodawstwie został on wyodrębniony, w celu podkreślenia jego wagi. Podkreślono związek pomiędzy reklamą a zasadami moralnymi. Można z tego zrozumieć, że w tym przypadku nie będzie chodziło o odczucia indywidualne poszczególnych osób, ale o ochronę pewnych wartości podstawowych w społeczeństwie. Nadużycie symboliki religijnej w sposób uwłaczający uczuciom religijnym, nadużycie elementów seksualnych w reklamie, wykorzystanie w reklamie ludzkiego cierpienia, odwoływanie się do przymiotów związanych z rasą, narodowością lub przymiotami osobistymi – to wszystko może stanowić przesłankę do zastosowania tego artykułu.

PRZYKŁAD

Niemiecki Sąd Najwyższy wydał orzeczenie w sprawie reklamy firmy Benetton. Reklama przedstawiała trzy zdjęcia – kaczki oblepionej ropą z tankowca, małych dzieci z Trzeciego Świata ciężko pracujących przy budowie domu oraz pośladki człowieka z wytatuowanym napisem „AIDS pozytywny". Na każdym ze zdjęć w dolnym rogu był napis „United colors of Benetton". Centrala do walki z nieuczciwą konkurencją wystąpiła o zakaz rozpowszechniania tej reklamy na terenie Niemiec. Sąd Najwyższy RFN przychylił się do tego wniosku uzasadniając swoją decyzję m.in. tym, że ***nie można aprobować posługiwania się symboliką nieuleczalnej choroby, nieszczęścia, tragedii, nędzy czy innego przykrego losu istoty żyjącej, w celu upowszechnienia znajomości własnej firmy, zwiększenia jej powodzenia i obrotów. Obrazy te wywołują u odbiorców uczucie zdenerwowania i współczucia połączonego z bezradnością. W opisanych wyżej przykładach reklamy jej środkiem było skojarzenie – bez żadnego rzeczowego związku – szokujących obrazów człowieka dotkniętego nieuleczalną chorobą, nędzy małoletnich dzieci zatrudnionych przy pracy ponad siły i bezsilnej męki zwierzęcia z nazwą firmy Benetton. (...) W rzeczywistości chodziło tylko o osiągnięcie czysto komercyjnego celu, jakim było zwiększenie atrakcyjności na rynku. Z tych przyczyn zakwestionowana reklama jest sprzeczna z dobrymi obyczajami i uchybia godności człowieka*** [11].

Trzeba pamiętać, że przy ocenie czy reklama uchybia godności człowieka należy wziąść pod uwagę całość przekazu reklamowego, a nie tylko jej fragmenty. Wykorzystanie np. niepełnosprawności jako elementu reklamy może uchybiać godności człowieka, jeżeli przekaz ten będzie pokazywał osoby niepełnosprawne w sposób poniżający, ale już kampania „Niepełnosprawni – sprawni w pracy" skierowana do przedsiębiorców, mająca zachęcić do zatrudniania tej grupy osób, w żaden sposób nie narusza prawa.

Powstaje pytanie, czy nadużywanie symboliki religijnej może naruszać godność człowieka. Niekiedy reklamy obrażały uczucia religijne odbiorców. Przykładem była reklama napoju „Red Bull", w której wykorzystano symbolikę Bożego Narodzenia, a do samej reklamy wykorzystano postacie Dzieciątka Jezus, Marii i Józefa. Krajowa Rada Radiofonii i Telewizji zwróciła się do nadawców o wycofanie tej reklamy jako naruszającej zakaz obrazy uczuć religijnych. Podobnie zwracano uwagę na plakat reklamujący film „Skandalista Larry Flint" przedstawiający postać mężczyzny ukrzyżowanego na łonie kobiety. W tej sprawie

toczyły postępowania prokuratury w Krakowie i Warszawie, ostatecznie nie stwierdzając naruszenia prawa. Podobne decyzje podjęły sądy we Francji i we Włoszech.

Jednak swoboda wypowiedzi – w tym wypadku – handlowej nie jest nieograniczona. Zwrócił na to uwagę Sąd Najwyższy stwierdzając, że *znieważenie papieża będącego – z teologicznego punktu widzenia – Pasterzem całego Kościoła katolickiego, może naruszać dobra osobiste w postaci uczuć religijnych (...).* Z wcześniejszych ustaleń Sądu Apelacyjnego wynikało, że naruszenie uczuć religijnych jednostki ma miejsce wówczas gdy zachowanie określonego podmiotu je wyśmiewa. Sąd Najwyższy podkreślił także, że katalog dóbr osobistych wymienionych w art. 23 Kodeksu cywilnego nie jest katalogiem zamkniętym i zmienia się wraz ze zmianami we wrażliwości społecznej [12].

Przytoczony wyrok Sądu Najwyższego jest zbieżny z orzeczeniami ETPC, który m.in. zwrócił uwagę, że *każda osoba korzystająca z praw i wolności zawartych w art. 10 bierze na siebie „obowiązki i odpowiedzialność". Do nich w sferze opinii i przekonań religijnych - należy unikanie w miarę możliwości wyrażeń, które niepotrzebnie obrażają innych, naruszając ich prawa.* W tym samym orzeczeniu stwierdzono także, że *można uznać, że doszło do naruszenia obowiązku poszanowania przekonań religijnych (...) jeśli prowokacyjnie przedstawiono przedmiot czci religijnej. Taką sytuację można potraktować jako dokonane w złym zamiarze pogwałcenie ducha tolerancji, który musi cechować społeczeństwo demokratyczne [13].* Tak więc przy tworzeniu reklam należy brać pod uwagę również ten element. Niestety, co pewien czas pojawiają się reklamy prowokacyjnie obrażające uczucia osób wierzących jak np. reklamy firmy Benetton wykorzystujące motyw ostatniej wieczerzy czy ukrzyżowania. Na rynku polskim takie kontrowersje wzbudziła reklama ubrań firmy House Virginity pokazująca modlącą się dziewczynę, która na następnym plakacie stoi w wyzywającej pozie.

Co pewien czas w mediach rozpoczyna się dyskusja, czy konkretna reklama uchybia godności człowieka. Jedną z pierwszych takich reklam była reklama oleju silnikowego Mobil 1. Plakat pokazywał samochód prowadzony przez kobietę, która na zdjęciu wyglądała na niezbyt mądrą. Obok siedział spokojny mężczyzna. Napis na plakacie głosił *Nikt nie jest w stanie zagrozić silnikowi mojego samochodu. Nawet ona. Mobil 1.* Reklama ta spowodowała protesty środowisk kobiecych, jako właśnie uchybiająca godności człowieka. Podobnie jak reklama Radia 94 FM, gdzie na plakacie widniała naga pierś kobiety z pokrętłem radiowym zamiast sutka.

W Europie zagrożono bojkotem wody Perier, gdzie na plakacie widniały młode modelki ubrane wyłącznie w kapsle od butelek reklamowanej wody.

W ubiegłym roku duże kontrowersje wywołała reklam wody kolońskiej Old Spice, gdzie dobrze zbudowany model zwracał się z ekranu do oglądających go kobiet i kazał porównywać swoją sylwetkę z sylwetką partnera i stwierdzał *Chciałabyś, aby wyglądał tak jak ja.* Reklama ta wywołała oburzenie. Związek Reklamy Rada Reklamy również uznała w pierwszym orzeczeniu, że ta reklama obraża godność mężczyzn. W późniejszej decyzji wycofała się z tego stwierdzenia. Niestety, ta druga decyzja poszerzyła możliwość obrażania ludzi przez reklamodawców od pozorem żartu. Niestety brak wychowania twórców tej reklamy ma niewiele wspólnego z poczuciem humoru. W prowadzonej wówczas publicznej dyskusji, jeden z dziennikarzy zapytał jaka byłaby reakcja kobiet, gdyby stworzono podobną reklamę z modelką w roli głównej, która w podobny sposób zwracałaby się do mężczyzn. Mam nadzieję, że nikt by tego nie wyemitował.

Niekiedy w skargach na reklamy podnoszony jest zarzut uchybiania godności zawodowej. Tak było w przypadku reklamy jednego z operatorów sieci komórkowej. Akcja filmu została umieszczona na szkolnym korytarzu w czasie przerwy. Nauczycielka spaceruje pomiędzy biegającymi dziećmi i przez telefon zachwala zalety pakietu telefonicznego. Nagle z furią krzyczy na ucznia *Ja ci się tu ponawydurniam,* po czym spokojnie wraca do rozmowy. Skargę na tę reklamę złożył Związek Nauczycielstwa Polskiego, zarzucając jej nie tylko obrażanie nauczycieli, ale także promowanie stereotypów.

Kończąc rozważania na temat kwestii poszanowania godności człowieka w reklamie, przypomnę stanowisko Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, który rozważając tę kwestię zauważył *w odniesieniu do reklamy można głębiej sięgać do społecznych zasad moralnych, w przypadku zaś innych, aniżeli reklama działań rynkowych - oceny moralne nakierować bardziej na obyczaje gospodarcze. Społeczne poczucie tego, co jest moralne i tego, czego za takie uznać nie można, powinno więc być dla reklamy odnośnikiem podstawowym. [14]*

Trzeba więc zgodzić się ze stwierdzeniem dr Małgorzaty Sieradzkiej, która podsumowując rozważania na temat związków reklamy z godnością człowieka napisała, że *reklamą sprzeczną z dobrymi obyczajami i uchybiającą godności człowieka jest reklama sprzeczna z powszechnie przyjętymi w Polsce zasadami moralnymi*

Problem śmierci w reklamie.

Na szczęście śmierć w reklamie pojawia się bardzo rzadko. Prawie zawsze jednak wywołuje duże emocje społeczne. Omówię tu dwa przykłady.

Pierwsza publiczna dyskusja na temat wykorzystania motywu śmierci w reklamie miała w Polsce miejsce po śmierci Księżnej Diany. Komenda Główna Policji Państwowej zamieściła reklamę zamówioną w renomowanej firmie Saatchi & Saatchi. Reklamą była czarna plansza z napisem *DIANA 1961 – 1997. Matka 2 dzieci zginęła w wypadku samochodowym. Diana była niewinną ofiarą banalnej i bezsensownej tragedii. W ubiegłym roku było 722 podobnych bezsensownych tragedii - to dwa życia dziennie. Czyjaś matka, ojciec syn lub córka zginęli w wypadku spowodowanym przez kierowcę będącego pod wpływem alkoholu. Proszę pomyśl zanim wypijesz i zaczniesz prowadzić samochód, bo ryzykujesz nie tylko swój życie.*

Reklama ta wywołała zarówno głosy aprobaty jak spotkała się z totalną krytyką. Prof. Jerzy W. Gawkowski kierownik Katedry Etyki Społecznej i Politycznej KUL stwierdził *Ta reklama czyni Dianę jeszcze raz ofiarą, tym razem tych, którzy tę reklamę opublikowali.*[1] *[16]* Podobnego zdania był Maciej Nowicki dyrektor kreatywny agencji reklamowej Euro RSCG *Skandaliczne, oburzające, podłe i cyniczne. Tej śmierci nie można wykorzystywać w żadnym celu. Koniec i kropka.*

Zupełnie innego zdania był Mec. Krzysztof Piesiewicz *W pierwszej chwili miałem poważne wątpliwości. Po zastanowieniu doszedłem do wniosku, że takie ogłoszenie jest dopuszczalne. Przyświeca mu szczytny cel, wzywa do opamiętania się. Jest czymś w rodzaju plastycznego felieton unie ma tu niczego, co dotknęłoby czci, godności księżnej Diany. Gdyby chodziło o cel merkantylny lub gdyby ogłoszenie zawierało cel zdjęcie Diany, szczególnie po wypadku to co innego. Byłbym stanowczo przeciw. Nie można wykorzystywać niczyjej intymności, nawet w szczytnym celu. Ogłoszenie opublikowane w „Gazecie" dotyka pewnej delikatnej granicy, ale jej nie przekracza.*

O ile ogłoszenie z Dianą wywołało u odbiorców mieszane uczucia, o tyle reklama firmy Benetton przedstawiająca mężczyznę umierającego na AIDS w otoczeniu zrozpaczonej rodziny spotkało się z jednoznacznym potępieniem.

* * *

Jak widać z powyższego tylko szkicowego zarysowania problemu rozwój reklam stwarza coraz to nowsze problemy. Z jednej strony są interesy reklamodawców, z drugiej zaś

odczucia odbiorców. Odczucia, z którymi należy się liczyć, choć jak widać z podanych przykładów coraz częściej zdarzają się przypadki szokujące społecznie. Stąd też rozwój norm prawnych i powstawanie coraz to nowych kodeksów etyki reklamy. Nic jednak nie jest w stanie zastąpić wrażliwości i dobrego smaku.

Ożarów Mazowiecki 8 maja 2013 roku

Piśmiennictwo

1. Batko S.: Reklama w przemyśle i handlu, Kraków 1916, Wydawnictwo Miejskiego Muzeum Techniczno – Przemysłowego, 8.
2. Wielka Encyklopedia Prawa, Warszawa – Białystok 2000, 85.
3. Słownik języka polskiego pod redakcją M. Szymczaka, Warszawa 1989.
4. Opinie cytowane za R. Walczak Prawne aspekty reklamy w ustawodawstwie polskim, europejskim i międzynarodowym. Orzecznictwo, Warszawa – Poznań 2001, 55.
5. W. Skrzydło. Konstytucja Rzeczypospolitej. Komentarz, LEX – Omega, 2013.
6. Ustawa z 16 kwietnia 1993 roku o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji t. j. Dz. U. Nr 153 poz. 1503 z 2003 r. z późn. zm.
7. Kraus A., Zoll F.: Ustawa o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Poznań 1929, Nakład Wojewódzkiego Instytutu Wydawniczego, 170 – 171.
8. Nowińska E., du Vall M. Komentarz do ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Warszawa 2001, 30 – 31.
9. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z 6 listopada 1996 roku sygnatura I ACr 839/96
10. Nowińska E., du Vall M.: Komentarz do ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Warszawa 2001, 155.
11. Walczak str. 71
12. Wyrok Sądu Najwyższego z 6 kwietnia 2004 roku I CK 484/03.
13. Orzeczenie Otto – Preminger – Institut v. Austria, 22 września 1994 roku.
14. Decyzja w sprawie nr RPZ 18/2005 z dnia 27 czerwca 2005 roku.
15. Zdyb M., (red.), Michalak A., Mioduszewski M., Raglewski J., Rasiewicz J., Sieradzka M., Sroczyński J., Szydło M., Wyrwiński M.: Ustawa o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Komentarz. LEX Omega 2011.
16. Wszystkie cytaty pochodzą z artykułu Kłodeckiej M., Kublik A.: Reklama z Księżną Dianą, Gazeta Wyborcza z 9 września 1997 roku.

Kicel Katarzyna, Szydłowska Monika

Dylematy etyczne w pracy pielęgniarki

Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp

Zawody wiążące się z nieustannym kontaktem interpersonalnym wymagają przygotowania, dlatego nauczanie akademickie obejmuje również zagadnienia z zakresu humanistycznego i holistycznego postrzegania osoby ludzkiej. Nic jednak nie zastąpi przykładu, jaki dają młodym adeptom sztuki pielęgniarskiej, pielęgniarki praktycy. Ważne jest to, co obserwują na zajęciach przy łóżku chorego. Widząc pełne empatii i troski podejście do człowieka chorego mogą zauważyć, że takie postępowanie ma znaczenie terapeutyczne. Człowiek chory oczekuje, że osoby, które się nim opiekują rozumieją jego potrzeby. Pacjent pragnie czuć się wyjątkowy i ma do tego pełne prawo. Co zrobić, kiedy brakuje personelu? To tylko jeden z licznych dylematów, z jakimi borykają się pielęgniarki. Ważne jest, aby w toku ustawicznego kształcenia miały możliwość uzyskania wsparcia i porady. Naszym życzeniem byłoby, aby mentorami w tym zakresie były pielęgniarki oddziałowe, które dzięki swojemu doświadczeniu służyłyby radą.

Niniejsza praca powstała, aby przybliżyć tematykę dylematu etycznego wszystkim osobom wykonującym lub przygotowującym się do wykonywania zawodu pielęgniarki.

Naszym celem jest uwrażliwienie pracowników medycznych na zagadnienie najwyższej wagi, jakim jest postępowanie etyczne w codziennej praktyce.

Istotne jest, aby każda pielęgniarka miała możliwość zapoznania się z niniejszą tematyką w satysfakcjonującym ją zakresie. Jednym ze sposobów jest poznanie najaktualniejszych badań na ten temat, ponieważ w procesie rozwoju medycyny, zmieniają się także problemy, z jakimi stykają się pracownicy służby zdrowia. W tym celu powstała niniejsza praca.

Pielęgniarstwo - „zawód - misja”. To określenie trafnie charakteryzuje specyfikę pracy pielęgniarki, która wymaga podejścia etycznego do wykonywanych zadań. Taka praca nieodłącznie wiąże się z nieustanną, całościową analizą sytuacji pacjenta, relacji pielęgniarka - pacjent, a także pielęgniarka - pozostali członkowie zespołu terapeutycznego.

Osoby pracujące zawodowo z chorymi, powinny cechować się społecznie pożądanym systemem wartości, który będzie wyrażał się w zachowaniu i sposobie postępowania. Już pierwsza profesjonalna pielęgniarka, a zarazem niedościgniony nauczyciel zawodu - Florence Nightingale, dokładała wszelkich starań, aby absolwentki jej szkoły były moralnie ukształtowane do pełnienia swojej misji. Głosiła, że pielęgniarstwo jest powołaniem, a wykonywanie tego zawodu wymaga od pielęgniarki bardzo wysokiego poziomu moralnego, że powinna ona zawsze wysuwać na pierwszy plan dobro chorego, budzić zaufanie i być godną zaufania, traktować jednakowo wszystkich ludzi oraz okazywać w stosunku do nich wyrozumiałość [1].

Istnieje pewien wzór wartości, które tradycyjnie uważa się za pożądane u pielęgniarki. Obejmuje on wartości moralne, takie jak: empatia, uczciwość, sumienność, jak również pozamoralne, np. umiejętność pracy w zespole, komunikatywność czy organizacji stanowiska pracy. System wartości zawodowych pielęgniarek opisuje *Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarek i Położnych*. Potrzebę stworzenia takiego dokumentu zauważyła Międzynarodowa Rada Pielęgniarek i Położnych. Został stworzony 10 lipca 1953 r. w Sao Paulo w Brazylii. *Kodeks* ulegał kilkukrotnym nowelizacjom, a ostatnia miała miejsce w 2000 roku.

Pierwszy kodeks etyki zawodowej dla pielęgniarek polskich opracowały działaczki Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego. Pierwsze wydanie ukazało się w 1973 roku pod nazwą *Zasady Etyki Zawodowej*. Publikacja została poszerzona o normy etycznego postępowania obowiązujące położne i wydana w 1984 roku pod nazwą: *Zasady etyki zawodowej polskiej pielęgniarki i położnej* [2]. Składa się z części podstawowej, która określa pracę pielęgniarki jako świadomie i dobrowolnie podjętą służbę dla zdrowia człowieka, a odpowiedzialność zawodową jako umacnianie zdrowia i zapobieganie chorobie, przywracanie zdrowia i pomoc w przystosowaniu do życia w przypadku upośledzeń fizycznych, psychicznych i różnych trudności życiowych oraz niesienie ulgi w cierpieniu i umieraniu. Część szczegółowa zawiera trzy rozdziały: *Pielęgniarka, położna a człowiek, Pielęgniarka, położna a praktyka zawodowa i zawód, Pielęgniarka, położna a współpracownicy.*

Troskliwość jest cechą, która stoi u kolebki pielęgniarstwa. Pierwsze pielęgniarki występowały we wszystkich kulturach. Nimi możemy nazwać matki, które wychowywały swoje dzieci. Jeżeli przyjmiemy, że dzisiejsze pielęgniarki są ich następczyniami, to możemy wysnuć wniosek, że ich praca powinna być wzorem postaw moralnych. W tym momencie nie sprawdza się zasada głoszona przez Hipokratesa: *Primum non nocere* (przede wszystkim nie szkodzić). Dla pielęgniarki „ nie szkodzić ” to zbyt mało. Od niej oczekuje się więcej.

Tekst przysięgi sporządzony przez Florence Nightingale pokazuje, jaki normy postępowania przyjęły pierwsze zawodowe pielęgniarki:

- prowadzenie nieskazitelnego życia,
- zasługiwanie na zaufanie,
- nieuszkodzenie nigdy i nikomu - także sobie,
- przyczynianie się do podnoszenia poziomu i rangi zawodu,
- zachowywanie tajemnicy zawodowej,
- lojalność wobec lekarza,
- pracę z poświęceniem dla dobra pacjentów [3].

Pomimo, że minęło wiele lat, wszystkie te cechy są nadal pożądane u pielęgniarek. Korczak M. pisze: „ każda z nas ma własną hierarchię wartości ukształtowaną przez wiele czynników, np. religię, kulturę czy doświadczenie życiowe" [4], ale dla każdej pielęgniarki istotny powinien być również system wartości prezentowany w *Kodeksie Etyki Zawodowej Pielęgniarek i Położnych*, który jest „drogowskazem" i ma na celu wyznaczanie norm postępowania w pracy z chorymi.

Założenia i cel pracy

Celem badania było sprawdzenie, z jakimi dylematami etycznymi borykają się pielęgniarki, w jakim miejscu pracy pielęgniarki najczęściej miewają dylematy etyczne oraz czy dylematy udaje się rozwiązać.

Hipotezy badawcze:

1. Dylematy w pracy pielęgniarek najczęściej dotyczą pacjentów.
2. Dylematy etyczne miewają najczęściej pielęgniarki pracujące z osobami starszymi i nieuleczalnie chorymi (geriatria, DPS, hospicjum, onkologia).
3. Większość dylematów nie udaje się rozwiązać.

Materiał i metody

W badaniu wzięły udział 102 pielęgniarki. Poproszono je o opisanie dylematu etycznego, przed którym stanęły w swojej pracy zawodowej oraz o nie podpisywanie się w celu zachowania anonimowości. Średni staż pracy badanych pielęgniarek wynosił 17 lat.

Wyniki

Pielęgniarki opisały 109 dylematów etycznych, które podzielono na 3 kategorie:

- dylematy związane z pacjentem;

- dylematy związane z praktyką zawodową;
- dylematy związane ze współpracownikami.

Tabela I. Zestawienie dylematów z podziałem na kategorie

Rodzaj dylematu	Ilość Dylematów n=109	%
dylematy związane z pacjentem	13	12
dylematy związane z praktyką zawodową	48	44
dylematy związane ze współpracownikami	48	44

Dylematy pielęgniarek stosunkowo rzadko dotyczą pacjentów. Zaledwie 13 na 109 dylematów było związanych z podopiecznymi. Natomiast bardzo często pielęgniarki miewają dylematy etyczne związane ze współpracownikami (48 -44%) oraz z praktyką zawodową (48-44%). Badania wykazały, że oba te dylematy wstępują równie często.

Tabela II. Miejsce pracy pielęgniarek

Miejsce	Liczba n=66	%
Blok Operacyjny	8	12%
Oddział Chorób Wewnętrznych	10	15%
Pogotowie Ratunkowe	1	1,5%
Oddział Zabiegowy	9	13,5%
Stacja Krwiodawstwa Oddział Dializ	2	3%
Oddział Chorób Dziecięcych	4	6%
ZOZ Środowiskowo - Rodzinne	10	15%
Hospicjum	1	1,5%
Intensywna Terapia	3	4,5%
Dom Pomocy Społecznej	1	1,5%
Oddział Ginekologiczno-Położniczy	1	1,5%
Izba Przyjęć	7	10,5%
Psychiatria	2	3%
Rehabilitacja	2	3%

Geriatria	2	3%
Onkologia	2	3%
Gabinet lekarski	1	1,5%

Liczba miejsc pracy wyniosła 66, ponieważ nie wszystkie pielęgniarki ujawniły swoje miejsce pracy.

Tabela III. Zestawienie dylematów pod względem uzyskania satysfakcjonującego rozwiązania

Dylematy	Ilość n=109	%
rozwiązane	31	28,5%
nie rozwiązane	78	71,5%

Niepokojący jest fakt, iż większość dylematów etycznych (78-71,%) pozostaje bez satysfakcjonującego rozwiązania.

Miejscem pracy, w którym pielęgniarki najczęściej miewają dylematy są ZOZy środowiskowo-rodzinne (Tabela II), a najczęstszy dylemat, pielęgniarek tam pracujących, opisuje poniższy przykład:

„Średnia wieku naszych pacjentów to 50-70 lat. Są to ludzie przewlekle chorzy, którzy przychodzą do przychodni kilkanaście razy w miesiącu, dlatego też codziennie jest bardzo dużo pacjentów i brakuje miejsc na wizyty u lekarzy. To jest mój dylemat, ponieważ sama dodatkowo nie mogę zapisać pacjenta na listę przyjęć chyba, że jest to stan, który zagraża życiu pacjenta. Bywa też tak, że zarejestruję pacjenta i okazuje się, że chory mógł poczekać z wizytą do jutra, więc dostaję reprymendę od lekarza. Dlatego też codziennie zastanawiam się, jak mam rozpoznać w ciągu kilku chwil czy pacjent jest chory, czy też nie."

Najczęściej występujący dylemat, związany z praktyką zawodową (Tab. I), przedstawiła jedna z badanych i określiła ten dyżur, gdy miał on miejsce, jako najtrudniejszy w życiu, kiedy to pozostała sama na wieloosobowym oddziale i musiała zdecydować czy wykonywać wieczorne zlecenia, czy też obserwować młodą dziewczynę przyjętą z powodu próby samobójczej. Zlecenia nie mogły zostać niewykonane, dlatego musiała przerwać obserwację i udać się do dyżurki, aby przygotować leki. W trakcie pracy postanowiła zrobić

krótką przerwę, żeby sprawdzić czy obserwowanej pacjentce nic nie zagraża. Zdążyła w ostatnim momencie, kiedy pacjentka stała na parapecie przy otwartym oknie. Dopiero po tym zajściu dyrekcja postanowiła, że na dyżurze nocnym powinny pracować dwie pielęgniarki.

Równie często pielęgniarki opisywały dylemat związany ze śmiercią pacjenta:

„W swojej pracy zawodowej często stykam się z różnymi problemami etycznymi. Szczególnie istotna jest dla mnie problematyka śmierci. Jako młoda stażem pielęgniarka zetknęłam się ze śmiercią „stałego" pacjenta. Pacjent i rodzina od kilku dni oczekiwali „tej chwili". W momencie śmierci nie było przy tym człowieku nikogo z rodziny. Spędziłam przy tym pacjencie kilka godzin zaniedbując innych pacjentów. Starsza koleżanka ze zmiany była zbulwersowana moim postępowaniem. Do dnia dzisiejszego umierający pacjent jest dla mnie pacjentem najważniejszym i nie potrafię pozostawić go samego. Niektórzy odbierają to może jako histerię, ale ja nie umiem przejść obok. Mam nadzieję, że nigdy nie dotknie mnie tzw. znieczulica zawodowa".

Przykład dylematu związanego z współpracownikami, występującego równie często jak dylematy związane z praktyką zawodową (Tab.I), prezentuje poniższe zdarzenie:

„Rozpoczynając pracę zawodową widziała siebie jako partnera pacjenta i lekarza w procesie leczenia. Po 9 latach stażu pracy stwierdza, iż „doceniana jest tylko jedna grupa zawodowa - lekarze, a pielęgniarka jest traktowana jak zło konieczne, a nie jak partner" i tą sytuację wskazuje jako przyczynę jej wypalenia zawodowego. Wiąże się z tym uczucie niedoceniania, spadku motywacji do pracy, braku satysfakcji, frustracji. Zaczęła również kategoryzować pacjentów, tak jak inni pracownicy, którzy dzielą chorych na „biednych i bogatych", „znajomych i obcych". Kategoryzowanie ma też miejsce wśród personelu, co opisuje ta sytuacja: „Jest godzina 5.00. Razem z koleżankami z nocnej zmiany zaczynamy „prześciełać" pacjentów. Jest nam ciężko, jesteśmy tylko trzy, a ciężko chorych, leżących pacjentów dziesięciu. Trzeba się, więc pośpieszyć, a niektórzy chorzy jeszcze śpią. Widzę, jak jedna z moich koleżanek podchodzi do pacjentów i śpiesząc się wykonuje swoje czynności niedelikatnie, byle jak, głośno komentując ze złością ich nieporadne zachowanie, a zmieniając pozycję chorych rzuca ich „jak worki kartofli", bo tak lżej. Reaguję, zwracam jej uwagę, mimo tego, że jest starsza stażem (ja też nie mam go tak mało). Niestety, koleżanka reaguje krzykiem, że to ja się ociągam, że jestem za wolna, że przeze mnie nie zdążymy do końca dyżuru i tak jest od ponad 20 lat. Dylemat dalej nierozwiązany, bo lepsi, silniejsi są ci, którzy głośniej krzyczą, to oni są liderami wśród personelu. Ja mam uśmiech chorych i słowa wypowiedziane przez umierającą pacjentkę: jak to dobrze, że siostra ma dziś dyżur".

Z badania wynika, że większość dylematów nie zostaje rozwiązanych (Tab. III), jeden z tego typu dylematów został zamieszczony poniżej:

Z taką sytuacją spotkała się jedna z pielęgniarek, której pacjent wymagał operacji z powodu krwawienia z przewodu pokarmowego. „*Chory nie wyraził zgody na zabieg. Pacjent prosi o nieprzekonywanie, ponieważ jest w pełni świadomy swojej decyzji, że to jego życie i nie zmieni zdania. Poprosiłyśmy księdza, ale chory nie życzył sobie rozmowy z nim. Lekarz dyżurny powiadomił również rodzinę chorego, która bardzo szybko pojawiła się w szpitalu, ale i ona nie wpłynęła na zmianę decyzji. Patrzyłam na chorego z przerażeniem, ale i jednocześnie dziwiło mnie opanowanie, grzeczne, spokojne, kulturalne zachowanie chorego. Do końca świadomy był swojego wyboru. Prosił tylko o spokój. I czy to wszystko, co możemy zrobić?"*

Za jedną z hipotez uznano stwierdzenie, iż dylematy etyczne miewają najczęściej pielęgniarki pracujące z osobami starszymi, np. w Domach Pomocy Społecznej, jednak hipoteza nie znalazła potwierdzenia w wynikach badania. Jedynie jedna pielęgniarka stwierdziła, że miała dylemat w tym miejscu pracy. Został on przedstawiony poniżej:

„W DPS-ie w celu utrzymania odpowiedniej kondycji fizycznej na stabilnym poziomie oraz uzupełnienia elektrolitów, lekarz POZ zleca kroplówki z 5% glukozą + płyn wieloelektrolitowy + 1 ampułkę witaminy C dwa razy w tygodniu. Podczas podawania jednej z tych kroplówek pielęgniarka oddziałowa, każe podać ampułkę witaminy C z przeterminowanym o jeden miesiąc terminem ważności. Twierdzi, że nic się nie stanie, płyn jest klarowny. Powstaje dylemat: Czy narazić się pielęgniarce oddziałowej i odmówić podania? Czy też narazić podopiecznego na ewentualne skutki uboczne? W trosce o podopiecznego podałam we wlewie dożylnym 5% glukozę + PWE, ampułkę witaminy C wylałam do zlewu".

W grupie dylematów związanych z praktyką zawodową, pielęgniarki często wskazują sytuacje, kiedy pacjentem jest świadek Jehowy, który odmawia transfuzji krwi. Szczególnie dramatyczne są zdarzenia, gdy pacjentem jest dziecko świadków Jehowy. Z taką sytuacją spotkała się jedna z pielęgniarek. Lekarz wystąpił do sądu o czasowe pozbawienie praw rodzicielskich. Szybkie działanie spowodowało, że dziecko zostało uratowane. Nie wiadomo jednak czy to nie zmieni stosunku rodziców do pracowników służby zdrowia. Nietypowa sytuacja pojawia się również wtedy, gdy świadkiem Jehowy jest jedna z pielęgniarek. Opisywana sytuacja miała miejsce na oddziale chirurgii. Pielęgniarka odmawiała wykonywania czynności związanych z przetaczaniem krwi, nawet w sytuacjach ratujących życie, obciążając swoimi obowiązkami innych pracowników, którzy zgłosili sytuację

przełożonej. Pielęgniarka oddziałowa zaproponowała, aby przeniosła się do pracy, w której nie wykonuje się transfuzji krwi, np. do zakładu podstawowej opieki zdrowotnej, ale pielęgniarka odmówiła. Problem pozostaje nierozwiązany.

Dyskusja

Jachymczyk i wsp. zauważają, pielęgniarki pracujące z pacjentami nieprzytomnymi, gdzie konieczne jest zapewnienie całościowej opieki z powodu całkowitego braku zdolności samoopiekuńczych podopiecznego, może przerodzić się w automatyzm [5]. Wśród 3 przebadanych pielęgniarek żadna nie wskazała na tego rodzaju dylemat etyczny. Spotkały się natomiast z takimi problemami, jak: kradzież i zażywanie leków narkotycznych przez współpracownika czy pomoc koleżance w pracy, czy pozostanie przy umierającym pacjencie, ale żadna z nich nie wskazywała na problem wypalenia zawodowego. Taki dylemat opisała tylko jedna badana, niepracująca z osobami nieprzytomnymi.

Z badania wynika, że pielęgniarki środowiskowo-rodzinne borykają się z wieloma dylematami. W związku z dużą liczbą pacjentów przypadających na jednego lekarza rodzinnego muszą zadecydować czy dany pacjent musi być przyjęty tego samego dnia, czy może poczekać do jutra, jedynie przez rozmowę telefoniczną. Ta sytuacja stwarza dylematy etyczne. Badane pielęgniarki często deklarują problemy ze współpracownikami, którzy pracują pod wpływem alkoholu. Zdarza się, że koleżanka unika bliskiego kontaktu z pacjentami i personelem, często znika w trakcie dyżuru, a w dyżurce brakuje spirytusu do odkażania skóry. To zaczyna nasuwać podejrzenia. Jednak pielęgniarki decydują się zareagować zbyt późno, kiedy współpracownik jest już tak bardzo uzależniony, że nie pomaga mu nawet terapia i zostaje zwolniony z pracy. Wtedy dylemat, jak zareagować zostaje zastąpiony dylematem czy gdyby pomoc nadeszła wcześniej sytuacja mogłaby skończyć się inaczej. Najlepszym rozwiązaniem jest zatem jak najszybsza reakcja. Pierwszym krokiem powinna być rozmowa na osobności, zapewnienie o chęci pomocy. Jeśli to nie pomoże wtedy trzeba powiadomić przełożonych. Wiedząc o tym, że inny pracownik zajmuje się chorymi pod wpływem alkoholu i nie reagując, bierzemy na siebie współodpowiedzialność ze popełnione przez niego błędy.

Pielęgniarki w swojej pracy zawodowej spotykają się z osobami o różnych przekonaniach religijnych. Jedną z nich są świadkowie Jehowy, którzy nie akceptują transfuzji krwi. Sytuacja jest prosta, kiedy pacjent składa pisemne oświadczenie o nieprzetaczaniu krwi. Taką wolę pacjenta należy bezwzględnie uszanować.

Książek stwierdza, że jedną z głównych powinności pielęgniarki wobec pacjenta jest poszanowanie jego godności [6]. W przeprowadzanym badaniu pielęgniarki, jako jeden z

głównych dylematów związanych ze współpracownikami, wskazują brak poszanowania intymności pacjentów. Wiąże się to najczęściej z brakiem stworzenia warunków odosobnienia w trakcie czynności fizjologicznych. Pielęgniarki obawiają się, że zwrócenie uwagi koleżance będzie skutkowało agresją słowną. Ten dylemat jest rozwiązywany wtedy, gdy świadomy swoich praw pacjent, skieruje skargę do przełożonych. Z badania wynikło, że pouczona przez przełożonych pielęgniarka, nie dopuszczała się łamania prawa do poszanowania godności innych pacjentów.

Dylematy pielęgniarek wiążą się także z niedoborem personelu. Wprowadzane oszczędności skutkują tym, że na wieloosobowym oddziale, na dyżurze nocnym lub świątecznym, pozostaje jedna pielęgniarka. Co zrobić, kiedy kilku pacjentów jednocześnie potrzebuje pomocy albo, gdy trzeba wybierać między przygotowywaniem leków, na które czekają pacjenci, a opieką nad chorą, której bezpieczeństwo jest zagrożone? Takie sytuacje mogą skończyć się dramatycznie. Niestety, często tylko wtedy, gdy wydarzy się coś złego następuje zwiększenie liczby personelu. W sytuacji, kiedy pacjent potrzebuje obecności pielęgniarki, nawet gdy na dyżurze są dwie, nie zawsze pozostanie przy pacjencie jednej z nich jest akceptowane przez drugą. Bardzo powszechnym zjawiskiem są zlecenia „na telefon". Ten problem występuje najczęściej, gdy jeden dyżurujący lekarz zajmuje się kilkoma oddziałami. Większość pielęgniarek zdaje sobie sprawę z konsekwencji grożących za wykonanie jedynie ustnego zlecenia. Najgroźniejszym z nich jest oczywiści utrata zdrowia lub życia pacjenta, ale także konsekwencje prawno-zawodowe. Taka sytuacja jest do przyjęcia jedynie wtedy, gdy zagrożone jest życie pacjenta i liczy się czas. Pielęgniarki boją, że jeśli nie zgodzą się na wykonanie zlecenia, narażą się na konflikt z lekarzem oraz wyjdą na „bojaźliwe i niedoświadczone", jak to określiła jedna z badanych. Sytuację utrudnia fakt, że jest to często zjawisko akceptowane zarówno przez lekarzy, jak i pielęgniarki, które myślą, że jeśli nic nigdy się nie stało, to dlaczego teraz miałoby być inaczej. Niestety w sytuacji, gdy podany lek spowodowałby szkodę dla pacjenta, odpowiedzialna za to byłaby jedynie pielęgniarka, która pomimo świadomości, iż jest to postępowanie wbrew zasadom praktyki zawodowej zdecydowała się na podanie leku bez pisemnego zlecenia.

Najważniejsze dla pielęgniarki powinno być dobro pacjenta, ale co zrobić, gdy wiemy, że stosunkowo prosty zabieg uratowałby życie chorego, natomiast on nie wyraża na niego zgody. Próbować zmienić decyzję chorego czy uszanować jego wolę?

Z badań Mroczek i wsp. wynika, że większość pielęgniarek chciałaby poprawić swój stan wiedzy na temat etyki na różnego rodzaju kursach i szkoleniach [7]. Świadomość, iż pielęgniarki rozumieją potrzebę ciągłego rozwoju w tym zakresie, daje nadzieję na poprawę

wiedzy na temat roli etyki w codziennej praktyce, a zapotrzebowanie jest duże, ponieważ zdarzają się sytuacje, które ze względu na poszanowanie zdrowia człowieka, nigdy nie powinny się wydarzyć.

Podsumowaniem niniejszej pracy niech staną się słowa Wrońskiej i Mariańskiego: „*Pielęgniarka powinna być przede wszystkim dobrym człowiekiem, który niezależnie od pełnionej roli społeczno-zawodowej i różnorodnych sytuacji w środowisku pracy będzie przejawiał i urzeczywistniał swoje człowieczeństwo*” [8].

Wnioski

1. Dylematy etyczne najczęściej dotyczą praktyki zawodowej oraz współpracowników.
2. Dylematy etyczne miewają najczęściej pielęgniarki środowiskowe oraz pracujące na oddziałach chorób wewnętrznych.
3. Większość dylematów etycznych pozostaje bez rozwiązania.

Piśmiennictwo

1. Poznańska S.: Pielęgniarstwo wczoraj i dziś. Warszawa, 1988.
2. Zasady Etyki Zawodowej Polskiej Pielęgniarki i Położnej, Warszawa, 1984.
3. Wrońska I.: Etyka w pracy pielęgniarskiej, Lublin, 2002.
4. Korczak M.: Refleksje na temat kodeksu etyki zawodowej pielęgniarki polskiej. Studia Medyczne, 2008, 9, 3-95.
5. Jachymczyk E., Gołębiowski J., Szypuła J.: Etyka i odpowiedzialność zawodowa w pracy pielęgniarki sprawującej opiekę nad pacjentem neurochirurgicznym. Studia Medyczne, 2008 , 11, 47-50.
6. Książek J. Powinności moralne pielęgniarek a wsparcie psychiczne świadczone chorym onkologicznym. Psychoonkologia, 2001, 9, 49-52.
7. Mroczek B., Kędzia A., Traszczak A. i wsp.: Stan wiedzy na temat kodeksu etyki zawodowej wśród pielęgniarek i położnych. Probl. Pielęg., 2008, 16, 369-373.
8. Wrońska I., Mariański J.: Wartości życiowe młodzieży na przykładzie szkół pielęgniarskich. Lublin, 1999.

Pasieka Ewa[1], Lewandowski Jacek[2]

Etyka i odpowiedzialność technika elektroradiologii podczas angiograficznego potwierdzenia śmierci mózgu

1. Zakład Radiologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Pracownia Hemodynamiki, SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony w Białymstoku

Wstęp

Śmierć może być zdiagnozowana przez neurologiczne kryteria określone jako śmierć mózgu [1, 2].

Koncepcja śmierci całego mózgowia określa nieodwracalne ustanie funkcji mózgu, co nie musi oznaczać śmierci innych układów [3, 4]. Stąd kryterium śmierci jest "definicją śmierci organizmu ludzkiego", a nie „definicją śmierci człowieka" [5].

Ostateczne stwierdzenie zgonu podejmuje, na podstawie dokumentacji medycznej i przeprowadzonych testów, niezależna komisja lekarska [6, 7].

Potwierdzenie rozpoznania śmierci mózgu jest ważne ze względu na możliwość pobrania komórek, tkanek lub narządów do przeszczepienia, co jest dopuszczalne zgodnie z obowiązującym prawem po stwierdzeniu trwałego, nieodwracalnego ustania czynności mózgu [7, 8, 9, 10].

Angiografia mózgowa należy do grupy badań instrumentalnych, które są wykonywane w sytuacjach wątpliwych i niejednoznacznych, wynikających z przeprowadzonego dwukrotnie testu klinicznego potwierdzającego rozpoznanie śmierci mózgu lub w sytuacji, gdy badania kliniczne nie mogą być wykonane. Brak przepływu mózgowego stanowi angiograficzne kryterium rozpoznania śmierci mózgu [2, 11, 12, 13, 14]:

- uwidocznienie tętnic w odcinku przedczaszkowym i brak przepływu wewnątrzczaszkowego.
- uwidocznienie tętnic podstawy mózgu i początkowych odcinków tętnic mózgowych bez uwidocznienia fazy miąższowej i żylnej.

Do grupy badań przepływu wewnątrzmózgowego, obok angiografii klasycznej, należą [15, 16]:

- procedury diagnostyczne z zakresu medycyny nuklearnej:
- scyntygrafia perfuzyjna z wykorzystaniem technetu - ^{99m}Tc

- oozytonowa tomografia emisyjna - PET - *Positron Emission Tomography*
- tomografia pojedynczego fotonu - SPECT - *Single Photon Emission Computer Tomography*
- przezczaszkowy Doppler
- angiografia rezonansu magnetycznego (*angio-MRI*)
- angiografia tomografii komputerowej (*angio-CT*).

Cel pracy

Przedstawienie etyki i odpowiedzialności technika elektroradiologii w angiograficznym potwierdzeniu śmierci mózgu.

Materiał i metody

W pracy posłużono się analizą aktów prawnych oraz źródeł literatury w zakresie etyki i odpowiedzialności technika elektroradiologii, a także zagadnień udzielania świadczeń zdrowotnych, związanych z potwierdzeniem śmierci mózgu.

W treści artykułu pojęcie „technik elektroradiologii", zgodnie z definicją zawartą w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 roku, w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej, „*oznacza osobę, która posiada tytuł technika elektroradiologii lub dyplom ukończenia studiów wyższych na kierunkach kształcących w zakresie elektroradiologii i tytuł zawodowy licencjata lub magistra*" [17].

Rozwinięcie

Działania podejmowane przez technika elektroradiologii podczas angiografii klasycznej wykonywanej celem potwierdzenia śmierci mózgu związane są z obowiązkiem starannego działania i poszanowania standardów etycznych. Czynności zawodowe muszą być realizowane zgodnie z aktualną wiedzą medyczną [18].

Odpowiedzialność zadaniowa technika elektroradiologii wynikająca z kwalifikacji zawodowych [17, 19, 20, 21, 22, 23, 24]:

- znajomość, zgodnie z obowiązującym prawem, standardu diagnostycznego warunków technicznych angiografii mózgowej u osób dorosłych i dzieci.
- nadzór nad aparatem rtg (angiograf) w zakresie kontroli fizycznych parametrów ekspozycyjnych i testów eksploatacyjnych.
- stosowanie zasad i środków ochrony radiologicznej.
- potwierdzenie danych osobowych pacjenta i prawidłowa lateralizacja (oznaczenie strony badanej).

- dokumentowanie procedury zgodnie z potwierdzonym prawnie standardem archiwizacji, interpretacji i wymiany informacji w radiologii cyfrowej.

Należy zwrócić uwagę, że przy istniejącej wykładni prawnej kształcenia w zakresie „elektroradiologii" nie można mówić o rozdzieleniu uprawnień zawodowych pomiędzy osobą, która ukończyła studia wyższe i ma tytuł licencjata lub magistra a osobą, która ukończyła szkołę policealną z tytułem technik elektroradiologii lub technik elektroradiolog [25, 26, 27].

Odpowiedzialność zawodową technika elektroradiologii reguluje Ustawa z dnia 18 lipca 1950 roku o odpowiedzialności zawodowej fachowych pracowników służby zdrowia (Dz. U. 1950.36.332) [28, 29].

W tym miejscu należy zwrócić uwagę na fakt, że od kilku lat trwają prace nad finalizacją projektu „Ustawy o niektórych zawodach medycznych i zasadach uzyskiwania tytułu specjalisty w innych dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia". Celem ustawy jest kompleksowa regulacja kwalifikacji, zasad wykonywania zawodu oraz odpowiedzialności zawodowej wszystkich zawodów medycznych, których status nie został określony w obowiązujących regulacjach ustawowych w Polsce, w tym technika elektroradiologii [29, 30].

Pomimo faktu, że w przypadku technika elektroradiologa brak jest pełnego uregulowania odpowiedzialności zawodowej na poziomie legislacyjnym, to zgodnie z Załącznikiem 5 Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 roku, w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej, procedury Systemu Zarządzania Jakością w radiologii zabiegowej muszą szczegółowo opisywać odpowiedzialność kompetencyjną wszystkich osób biorących udział w świadczeniu z uwzględnieniem podziału ról i zadań w sytuacji zagrożenia życia pacjenta [17].

Zdefiniowana odpowiedzialność poszczególnych członków zespołu diagnostycznego podczas angiograficznego potwierdzenia śmierci mózgu,powinna być przedmiotem audytu klinicznego wewnętrznego, celem potwierdzenia jej prawidłowości w zakresie posiadanych przez technika elektroradiologii kwalifikacji (wiedza i umiejętności oraz doświadczenie, a także proces kształcenia ustawicznego) [31, 32].

Wykonywanie zadań zawodowych zgodnie z obowiązującą wiedzą medyczną i należytą starannością stanowi aspekt odpowiedzialności indywidualnej pracownika ochrony zdrowia. Technik elektroradiologii odpowiada za wyniki pracy własnej, stanowiącej wkład w

pracę zespołową, co oznacza, że niezbędne jest precyzyjne określenie zakresu czynności, kompetencji i odpowiedzialności każdej osoby w zespole diagnostyczno-terapeutycznym.

System Zarządzania Jakością (SZJ) w radiologii wywodzący się z art. 33c ust. 7 Ustawy Prawo atomowe, w odróżnieniu od wdrażanych w placówkach medycznych systemu zgodnego z normą EN:PN ISO 9001, wnika bezpośrednio w procedury medyczne [33, 34].

Głównym celem SZJ w radiologii jest zapewnienie jak najwyższej wartości uzyskiwanych obrazów przy jednocześnie jak najniższej dawce promieniowania rentgenowskiego, na którą narażony jest pacjent oraz uporządkowanie zakresów odpowiedzialności zadaniowej [35, 36, 37].

Każda wykonywana praca zawsze wiąże się z tworzeniem i realizacją wartości.

Wykonywanie zawodu technika elektroradiologii nie jest związane z przyjęciem etosu zawodowego przypisanego *sine qua non* uzyskanym kompetencjom zawodowym tak, jak to ma miejsce w przypadku np. zawodu lekarza [38, 39].

Wydaje się, że postawa etyczna technika elektroradiologii czerpie z wielu źródeł. Niektóre z tych źródeł mogą być zakwalifikowane jako moralne fundamenty, np. rodzina, religia. Te same wartości są powodem zaszczepienia cnót, takich jak: humanizm, altruizm, współczucie i prawdomówność [40].

Technik elektroradiologii, przystępując do realizacji określonych zadań zawodowych, posiada wiedzę, własne doświadczenie i preferencje moralne. Nieustanne dokonywanie wyborów oraz podejmowanie decyzji w całej złożoności i wyjątkowości zagadnień pojawiających się w warunkach klinicznych wpływa na kształtowanie postawy zawodowej. Ważne jest, aby postawa ta nacechowana była refleksją skłaniającą do krytycznego osądu i modyfikacji własnego działania oraz pozytywnego wpływu na sposób realizacji zadań innych pracowników ochrony zdrowia [18, 41].

W pracy technika elektroradiologii, mimo że nie obowiązuje żaden dokument deontologiczny ,np. na miarę Kodeksu Etyki Lekarskiej, to nie można zapomnieć o moralnej powinności poszanowania podmiotowości pacjenta przez pracownika ochrony zdrowia.
W praktyce oznacza to, że wszystkie czynności zawodowe technika elektroradiologii noszą znamiona decyzji moralnych [42].

Potwierdzenie śmierci mózgu, także w koncepcji psychologicznej tłumaczącej nieodwracalną utratę świadomości, nie podważa podmiotowości pacjenta, a co za tym idzie zobowiązania moralne pracownika ochrony zdrowia są takie same, jak względem innych pacjentów [43, 44].

W tym miejscu należy zwrócić uwagę, że odstępstwo od stosowania środków i zasad ochrony radiologicznej jest zaniedbaniem obowiązków technika, jak i postępowaniem niemoralnym. Świadomość ryzyka radiacyjnego podkreśla etyczne działanie technika elektroradiologii w zakresie stosowania zasad ochrony przed promieniowaniem jonizującym [45].

Międzynarodowa Komisja Ochrony Radiologicznej (*International Commission on Radiological Protection*, ICRP), organ doradczy Światowej Organizacji Zdrowia, w Raporcie ICRP 60 (1990) wskazuje na cztery kluczowe pojęcia etyczne w ochronie radiologicznej [46]:

- odpowiedzialność
- szacunek
- sprawiedliwość
- dobro.

Dokument ten stał się podstawą tworzenia w niektórych krajach „kodeksów etyki technika elektroradiologii". Etyka zawodowa jest propozycją ukierunkowanego dążenia do doskonalenia i budowania poczucia odpowiedzialności za wyniki podejmowanych lub zaniechanych działań [47].

Podsumowanie

Angiograficzne potwierdzenie śmierci mózgu jest badaniem z zakresu radiologii zabiegowej, w trakcie którego technik elektroradiologii jest odpowiedzialny za realizację określonych zadań wynikających z jego kompetencji zawodowych.

Regulacje prawne w zakresie odpowiedzialności zawodowej technika elektroradiologii są niewystarczające i wymagają zakończenia prac legislacyjnych nad projektem Ustawy o niektórych zawodach medycznych i zasadach uzyskiwania tytułu specjalisty w innych dziedzinach, mających zastosowanie w ochronie zdrowia.

W pracy technika elektroradiologii, nie obowiązuje żaden kodeks deontologiczny, jednakże nie wyklucza to jego moralnej powinności w zakresie poszanowania podmiotowości pacjenta i podejmowania działań zgodnie z zasadami dobrej praktyki medycznej, gdyż technik , jak każdy pracownik ochrony zdrowia, ponosi odpowiedzialność nie tylko wobec prawa, ale też względem własnego sumienia.

Piśmiennictwo

1. Eelco F., M., Wijdicks M.D.: The diagnosis of brain death. Heath. N. Engl. J. Med., 2001, 344, 16, 1215-1221.

2. van der Lugt A.: Imaging tests in determination of brain death. Neuroradiology, 2010, 52, 11, 945-947.
3. Roczeń R.: Historia i idee neurocentrycznych koncepcji śmierci człowieka. Otwarte Referarium Filozoficzne, 2010, 3, 5-19.
4. Iwańczuk W.: Somatyczna dezintegracja po śmierci mózgu, prawda czy mit? Anest. Ratow., 2009, 3, 455-467.
5. Wójcik B.: Śmierć mózgu jako kryterium śmierci człowieka. Problematyka filozoficzno-etyczna. Med. Prakt., 2007, 4, 196-199.
6. Mess E., Bienias T., Lisowska A., Jonak K., Twardak I., Mańkowska M., Chybicki M.: Prawo pacjent do godnej śmierci. Onkol. Pol., 2007, 10, 4, 190-194.
7. Ustawa z dnia 1 lipca 2005r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. 2005.169.1411 z póź. zm.), http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20051691411, data pobrania 29.04.2013.
8. Rowiński W.: Etyczno-obyczajowe aspekty nowych technologii medycznych. Rocznik Żyrardowski, 2007, 5, 9-12.
9. Żaba C., Świderski P., Żaba Z., Grześkowiak M.: Prawno-medyczne aspekty pobierania narządów ze zwłok. Now. Lek., 2009, 78, 2, 159–164.
10. Zembala M.: Zasady pobierania i przeszczepiania narządów i tkanek do transplantacji w ujęciu Europejskiej Konwencji Bioetycznej. Kardiochir. Torakochir. Pol., 2009, 6, 4, 407-411.
11. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (M. P. 2007.46.547), http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=q491&ms=383&ml=pl&mi=383&mx=0&mt=&my=405&ma=09003, data pobrania 29.04.2013.
12. Eelco F., M., Wijdicks M., D.: The diagnosis of brain death. Heath. N. Engl. J. Med., 2001, 344, 16, 1215-1221.
13. Beltramello A., Ricciardi G., K., Pizzini F., B., Piovan E.: Updates in the determination of brain death. NRJ, 2010, 23, 2, 145-150.
14. Wijdicks E., F., M., Varelas P., N., Gronseth G., S., Greer D., M.: Evidence-based guideline update: determining brain death in adults. Neurology, 2010, 74, 23, 1911-1915.
15. Jan M., M.: Brain death criteria. The neurological determination of death. Neuroscience, 2008, 13, 4, 350-355.

16. Kwieciński H.: Przegląd nowości w diagnostyce i terapii chorób neurologicznych. Przew. Lek., 2011, 14, 211-215.
17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz. U. 2011.51.265 z póź. zm.), http://isap.sejm.gov. pl/DetailsServlet?id=WDU20110510265, data pobrania 24.04.2013.
18. Raymond J., Trop I.: The practice of ethics in the era of evidence-based radiology. Radiology, 2007, 244, 3, 643-649.
19. Good practice guide for clinical radiologists. The Royal College of Radiologists, Londyn, 2012, 7-10, http://www.rcr.ac.uk/docs/radiology/pdf/ BFCR(12)1_ Good Practice.pdf, data pobrania 24.04.2013.
20. Patient dose optimization in fluoroscopically guided interventional procedures. IAEA, Wiedeń, 2010, 6, http://www-pub.iaea.org/MTCD/publications/PDF/te_1641_web.pdf, data pobrania 24.04.2013.
21. Herrmann T., L., Fauber T., L., Gill J. et al: Digital radiography best practices in digital radiography. ASRT White Paper, 2012, 8-11.
22. Pianykh O. S.: Digital Imaging and Communication in Medicine (DICOM). A practical introduction and survival guide. Springer, Berlin, 2008, 42-46.
23. Gibaud B.: The quest for standards in medical imaging. Eur. J. Radiol., 2011, 78, 2, 190-198.
24. Donnelly L. F., Dickerson J. M., Goodfriend M.A., Muething S.E.: Improving patient safety: effects of a safety program on performance and culture in a department of radiology. AJR, 2009, 193, 165-171.
25. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. 2011.151.896), http://www.mz.gov.pl/ wwwmz/ index?mr=q491&ms=383&ml=pl&mi=383&mx=0&mt=&my=767&ma=017959, data pobrania 24.04.2013.
26. Regulowane zawody i działalności w Rzeczypospolitej Polskiej. Opis wymagań kwalifikacyjnych. Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Warszawa, 2011, 198-199, http://d.polskatimes.pl/k/r/12/b5/31/4f4ce605b8776_z.pdf?1353385435, data pobrania 24.04.2013.

27. Janaszczyk A., Bogusz-Czerniewicz M., Malicki J.: Porównanie kwalifikacji, umiejętności i uprawnień zawodowych elektroradiologów w Polsce i wybranych krajach Unii Europejskiej. Zdr. Pub., 2011, 121, 4, 401-406.
28. Ustawa z dnia 18 lipca 1950r. o odpowiedzialności zawodowej fachowych pracowników służby zdrowia (Dz. U. 1950.36.332), http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19500360332, data pobrania 24.04.2013.
29. Huzarska D., Piątkiewicz J. A., Nowacki P. i wsp.: Różnice dotyczące odpowiedzialności zawodowej w ochronie zdrowia – regulacje prawne. Zdr. Pub., 2010, 120, 3, 286-291.
30. Projekt - Ustawa o niektórych zawodach medycznych i zasadach uzyskiwania tytułu specjalisty w innych dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia. http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/projekt_zawodach_med_11082008.pdf., data pobrania 24.04.2013.
31. Ksykiewicz A.D.: Zarządzanie jakością. Zdr. Pub., 2006, 116, 610–613.
32. Team working within clinical imaging. A contemporary view of skills mix. Joint guidance from The Royal College of Radiologists and The Society and College of Radiographers, Londyn, 2007, 14-15, http://www.rcr.ac.uk/docs/radiology/pdf/BFCR(12)9_Team.pdf, data pobrania 24.04.2013.
33. Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczpospolitej Polskiej z dnia 24 stycznia 2012r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy – Prawo atomowe (Dz. U. 2012.264), http://www.nettax.pl/dzienniki/du/2012/52/poz.264.htm, data pobrania 24.04.2013.
34. Borek-Wojciechowska R., Kłokow S.: Zapewnienie jakości w opiece zdrowotnej – stan aktualny. Zdr. Pub., 2007, 117, 3, 374-380.
35. Hoe J.: Quality service in radiology. biij, 2007; 3(3):e24, http://www.biij org/2007/3/e24, data pobrania 24.04.2013.
36. Martin C. J.: The importance of radiation quality for optimization in radiology. biij, 2007, 3(2):e38., http://www.biij.org/ 2007/2/e38, data pobrania 24.04.2013.
37. Williams M. B., Krupinski E. A., Strauss K. J., et al: Digital radiography image quality: image acquisition. J. Am. Coll. Radiol., 2007, 4, 6, 371-388.
38. Anczyk E., Anczyk A.: Lekarski etos w relacjach z pacjentem. Med. Środow., 2010, 13, 1, 23-128.
39. Tatoń J.: Filozofia w medycynie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003.

40. Romans L.: A question of ethics, enterprises for continuing education. Radiology Continuing Education, Brighton, 2012, 1-14.
41. Baird M.: Towards the development of a reflective radiographer: challenges and constraints. biij, 2008, 4(1):e9, http://www.biij.org/2008/1/e9/e9.pdf, data pobrania 24.04.2013.
42. Armstrong J. D.: Morality, ethics, radiologists' resposibilities. AJR, 1999, 173, 2, 279-285.
43. Norkowski J.: Śpiączka pourazowa, stan wegetatywny oraz śmierć mózgowa. Ewolucja poglądów medycznych i ich etyczne implikacje. Ogólnopolskie Interdyscyplinarne Seminarium Naukowe z Filozofii Przyrody i Nauk Przyrodniczych, Materiały pokonferencyjne, Lublin, 2009, 5-11.
44. Biesaga T.: podmiotowość człowieka chorego i umierającego. Med. Prakt., 2005, 5, 22- 25.
45. Gruppetta E.: Ethical issues for radiographer: general observations and pilot qualitative study. Radiat. Prot. Dosim., 2009, 135, 2, 88-89.
46. 1990 Recommendations of the International Commission on Radiological Protection. ICRP Publication 60. Oxford, Pergamon Press, 1991, 21, 1-3.
47. Gogacz M: Czym jest etyka zawodowa? [w:] Zagadnienie etyki zawodowej, Andrzejuk A. (red.) Oficyna Wydawnicza NAVO, Komorów 1998, 11-14.

Smerdka Agnieszka[1], Głodowska Katrayzna B.[2]

Terminacja ciąży, a aborcja – terminologia medyczna używana w placówkach opieki zdrowotnej

1. Studenckie Koło Naukowe Etyki i Bioetyki, Katedra Nauk Społecznych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
2. Zakład Filozofii Medycyny i Bioetyki, Katedra Nauk Społecznych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Wstęp

Aborcja, zabieg medycznym mający na celowe wywołanie poronienia znany jest w medycynie od lat [1]. Pierwsze informacje o metodach antykoncepcji oraz sposobach wcześniejszego, planowego zakończenia ciąży można odnaleźć już w zapiskach ze starożytnego Rzymu i Grecji. Pierwszym, który wprowadził podział na środki antykoncepcyjne i poronne był starożytny ginekolog Soranus z Efezu (czas jego życia datuje się na II w n.e.) [2]. W Polsce od blisko 20 lat (od roku 1994) obowiązuje definicja poronienia przyjęta przez Światową Organizację Zdrowia, która określa poronienie jako stratę jaja, zarodka do 22 tygodnia ciąży [1].

Zabieg aborcji w nomenklaturze medycznej określany jest wieloma synonimami, takimi jak: poronienie sztuczne, przerwanie ciąży, terminacja ciąży interrupcja [1]. Co więcej należy również zwrócić uwagę, że w języku łacińskim, który przez wieki dominował w naukach medycznych, słowo *abortus* oznacza poronienie, natomiast przerwanie ciąży określane jest jako *interruptio graviditatis*.

Zabieg przerwania ciąży jako niejednoznaczny etycznie, zabieg medyczny, był wielokrotnie tematem debaty publicznej, która do tej pory trzykrotnie na przestrzeni ostatnich stu lat została usankcjonowana zmianą przepisów prawnych. Pierwszy raz po odzyskaniu przez Polskę niepodległości. Zostało przyjęte prawo, które dopuszczało przerwanie ciąży na mocy Rozporządzenia Prezydenta Rzeczpospolitej z 11 listopada 1932 roku w sytuacji gdy ciąża stanowiła zagrożenie dla zdrowia kobiety bądź była wynikiem zmuszenia kobiety do czynu nierządnego [3]. Drugi raz przepisy dotyczące aborcji zostały zmienione w czasach Polski Ludowej przybierając bardziej liberalną formę i dopuszczając do przerwania ciąży również w przypadku trudnej sytuacji ekonomicznej kobiety [4]. Natomiast ostatni trzeci raz obwarowania prawne dotyczące legalnego przerwania ciąży

określiła Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, znowelizowana 30 sierpnia 1996 roku, przyjmując końcową formę po Obwieszczeniu Prezesa Trybunału Konstytucyjnego (z dnia 18 grudnia 1997roku [5, 6, 7], gdzie w ostatecznej postaci zostały określone, dopuszczone 3 sytuacje pozwalające na legalne przerwanie ciąży, gdy:

1. Ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej.
2. Badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu.
3. Zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego [5].

W ostatnim czasie debata na temat aborcji rozgorzała na nowo za sprawą planów nowelizacji ustawy antyaborcyjnej. Według danych zamieszczonych w Sprawozdaniu Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach w 2011 roku Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 roku (z późn. zm.) w Polsce w 2002 roku dokonano 159 zabiegów przerwania ciąży. W roku 2008 liczba ta wynosiła 499, natomiast w 2011 roku zabieg aborcji przeprowadzono 669 razy [8].

Założenia

Mnogość opinii na temat aborcji wskazuje jednoznacznie, że temat ten jest dla społeczeństwa wciąż nurtującym zagadnieniem. Wśród społeczności grupą, której najczęściej dotyczy zabieg terminacji ciąży jest środowisko medyczne. Personel szpitalny spotykający się z zabiegiem przerwania ciąży staje przed dylematem jednoznacznego nazwania procedury. Żadna ustawa oraz standard postępowania nie wskazuje nazewnictwa jakie powinno być użyte w dokumentacji medycznej oraz w rozmowie z pacjentem. Sytuacja ta tworzy dodatkowe problemy związane z zabiegiem usankcjonowanym prawnie, jednakże obarczonym kontekstem moralnym i społeczno-kulturowym. Strach związany z osądem moralnym personelu medycznego oraz pacjentki powoduje, że w literaturze można spotkać się z badaniami opisującymi niechęć personelu medycznego do pracy w szpitalach klinicznych, w których to głównie, zabiegi aborcji są przeprowadzane [9]. Na tej podstawie można wysunąć hipotezę, że terminologia medyczna uwarunkowana jest czynnikami społecznymi, a sam termin „aborcja" obarczony jest piętnem społecznym.

Cel pracy

Celem autorów niniejszej pracy jest zbadanie nazewnictwa medycznego używanego w placówkach opieki zdrowotnej dotyczącego powyżej poruszanego zagadnienia za pomocą

badań ilościowych (autorski kwestionariusz ankiety) przeprowadzonych wśród położnych czynnych zawodowo.

Materiały i metody

Przeprowadzono anonimowe, autorskie, pilotażowe, badania ankietowe na grupie 67 położnych czynnych zawodowo, z różnym stażem pracy i pracujących w różnych placówkach opieki zdrowotnej. Kwestionariusz wypełniły położne z następujących ośrodków: słuchaczki specjalizacji z pielęgniarstwa ginekologicznego i pielęgniarstwa położniczego, studentki Studiów Pomostowych Niestacjonarnych Uniwersytetu Medycznego im Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, położne szpitala ginekologiczno - położniczego znajdującego się na terenie powiatu poznańskiego. Analizie zostało poddanych 67 ankiet, 7 z zebranych ankiet zostało wykluczonych z powodu niekompletnego wypełnienia. Badania przeprowadzono w pierwszym kwartale 2013 roku.

Ankieta zawierała 10 pytań zamkniętych. Pytania nie dotyczyły w żaden sposób osądów moralnych respondentek, a pytały o takie dane jak: miejsce zamieszkania, wykształcenie, staż pracy jak również o fakt czy w czasie pracy zawodowej spotkały się z zabiegiem aborcji (uczestniczyły w nim i/lub opiekowały się pacjentką bezpośrednio przed lub po zabiegu). Ważnym elementem ankiety było również pytanie o terminologie medyczną dotyczącą aborcji z jaką ankietowane położne spotkały się podczas pracy (możliwe było zaznaczenie więcej nic jednej odpowiedzi, zgodnie z uznaniem badanych).

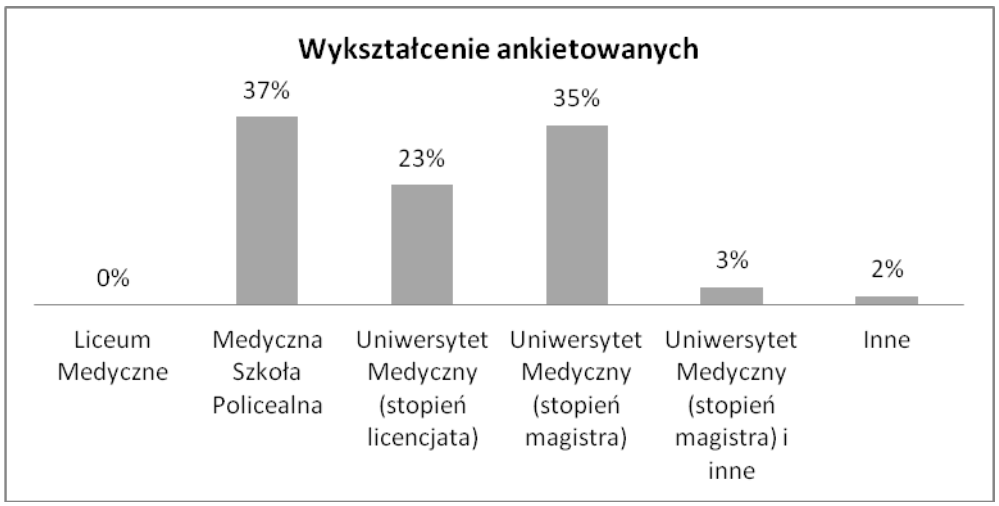
Należy również wspomnieć, że jednym z pytań zamieszczonych w ankiecie było pytanie dotyczące znajomości przepisów prawnych umożliwiających legalne przerwanie ciąży. Ankietowane mogły ustosunkować się do niego twierdząco bądź wskazać na brak swojej znajomości przepisów prawa dotyczący aborcji. Wiedza ta została zweryfikowana w dalszej części ankiety, w której położne zostały poproszone o zaznaczanie sytuacji kiedy dopuszczalne jest przerwanie ciąży ze wskazań medycznych. W tej części ankiety respondentki miały możliwość zaznaczenia więcej niż jednej odpowiedzi, zgodnie z wiedzą ankietowanych.

Niezbędne badania przeprowadzono za pomocą pakietu programu MS Exel 97 oraz Statistica.

Wyniki

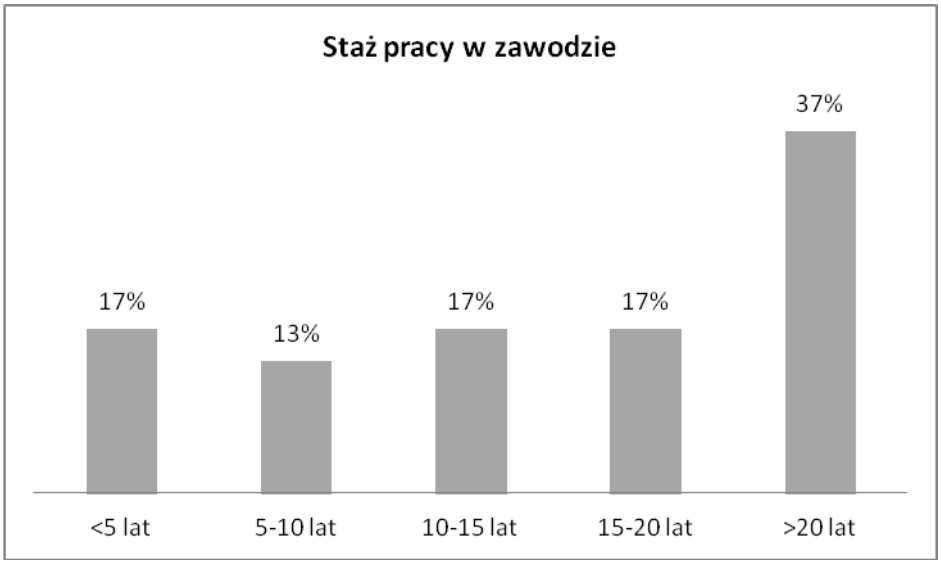
Podczas badania rozdano 100 ankiet. Respondentki zwróciły 67 ankiet, z czego poddanych analizie zostało 60 ankiet; 7 z zebranych ankiet zostało wykluczonych z badań, ze względu na ich nie kompletne wypełnienie przez ankietowane. Grupę badaną w 100% stanowiły położne (jedna z badanych podała wykształcenie położnicze i pielęgniarskie).

Wykształcenie wyższe położnicze zdeklarowało 61% badanych, 3% (2 ankietowane) posiadało wykształcenie wyższe położnicze i inne (Ryc.1).

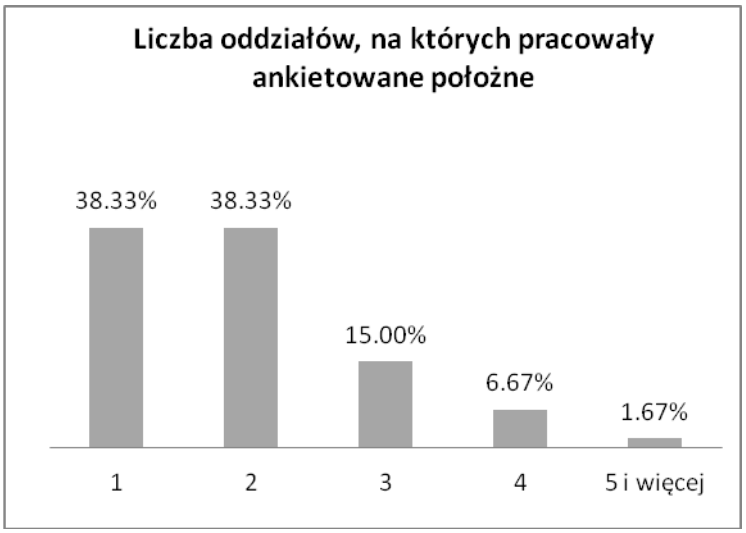


Rycina 1. Wykształcenie ankietowanych w procentach.

Wśród badanych dużą część stanowiły położne ze stażem pracy ponad 20 lat (37%), najkrótszy staż pracy – poniżej 5 lat – zdeklarowało 17% położnych (Ryc. 2). Zdecydowana część ankietowanych pracowała na jednym bądź dwóch oddziałach w czasie swojej pracy zawodowej (76,66%) (Ryc. 3).



Rycina 2. Staż pracy w zawodzie badanych.



Rycina 3. Liczba oddziałów na których pracowały ankietowane.

Przeprowadzono badanie zależności pomiędzy stażem pracy położnych, a liczbą oddziałów na których pracowały ankietowane za pomocą testu Chi^2 Pearsona i NW . W badaniach nie stwierdzono statystycznie istotnej różnicy (brak zależności między badanymi parametrami, p= 0,37425 i p=0,20236).

Tabela I. Zależność między stażem pracy położnych a liczbą oddziałów, na których pracowały.

Staż pracy	Liczba oddziałów na których pracowały położne										Liczba położnych w stosunku do ogólnej liczby badanych	
	1		2		3		4		5 i więcej			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<5 lat	7	70,00%	3	30,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	10	16,67%
5-10 lat	2	25,00%	4	50,00%	1	12,50%	1	12,50%	0	0,00%	8	13,33%
10-15 lat	1	10,00%	7	70,00%	2	20,00%	0	0,00%	0	0,00%	10	16,67%
15-20 lat	5	50,00%	3	30,00%	2	20,00%	0	0,00%	0	0,00%	10	16,67%
>20 lat	8	36,36%	6	27,27%	4	18,18%	3	13,64%	1	4,55%	22	36,67%
Ogół	**23**	**38,33%**	**23**	**38,33%**	**9**	**15,00%**	**4**	**6,67%**	**1**	**1,67%**	**60**	**100%**

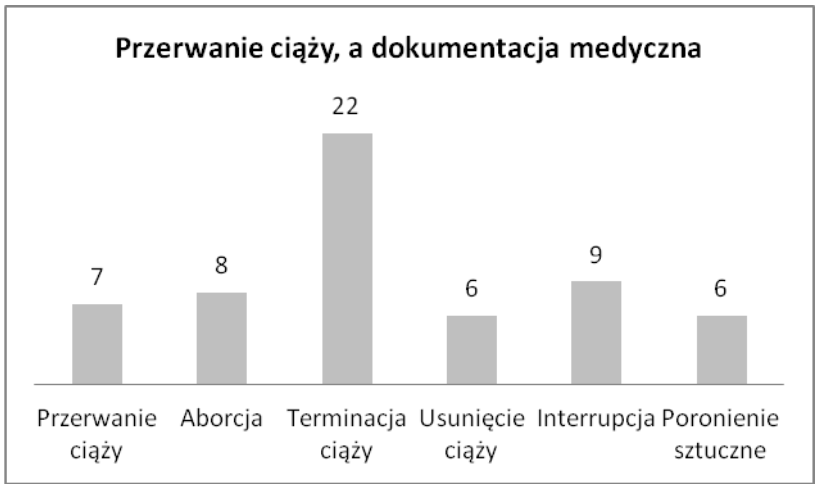
W analizie, której poddano między innymi staż pracy w stosunku do sytuacji, w której położna opiekowała się pacjentką przed lub po zabiegu, lub uczestniczyła w aborcji nie stwierdzono statystycznie istotnej różnicy .

Z pośród przebadanych, aż 38 położnych (63,33%) podczas pracy zawodowej spotkało się z pacjentką, która legalnie przerwała ciąże (była po lub przed zabiegiem) (Tab. II).

Tabela II. Zestawienie procentowe położnych, które opiekowały się pacjentką przed lub po aborcji w zależności od stażu pracy.

Staż pracy	Styczność w czasie pracy zawodowej z pacjentką, która przerwała ciąże				Procent położnych w stosunku do grupy badanej	
	TAK		NIE			
	n	%	n	%	n	%
< 5 lat	8	80,00%	2	20,00%	10	16,67%
5-10 lat	6	75,00%	2	25,00%	8	13,33%
10-15 lat	4	40,00%	6	60,00%	10	16,67%
15-20 lat	4	40,00%	6	60,00%	10	16,67%
>20 lat	16	72,73%	6	27,27%	22	36,67%
Ogół	**38**	**63,33%**	**22**	**36,67%**	**60**	**100%**

Ankietowane zostały poproszone o zaznaczenie w jaki sposób zabieg był określony w dokumentacji medycznej. Położne mogły zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź, w zależności od tego z iloma określeniami się spotkały. Zdecydowanie najczęściej wymieniane było określenie „terminacja ciąży" (22 razy) następnie „interrupcja" i „aborcja". Jedna z badanych zaznaczyła, że nie posiadało możliwości wglądu w dokumentacje medyczną. (Ryc. 4).



Rycina 4. Terminologia medyczna, z która spotkały się położne opiekującej się pacjentką przed lub po aborcji.

Wśród badanych, 19 uczestniczyło w czasie pracy zawodowej w zabiegu przerwania ciąży. W stosunku do badanej grupy było to 31,67% ankietowanych, wśród nich prawie połowa (tj. 42%) uczestniczyło w aborcji 5 i więcej razy (Tab. III, Ryc. 5).

Tabela III. Zestawienie procentowe położnych uczestniczących w aborcji w zależności od stażu pracy.

Staż pracy	Uczestnictwo w aborcji				Procent położnych w stosunku do grupy badanych	
	TAK		NIE			
	n	%	n	%	n	%
<5	4	40,00%	6	60,00%	10	16,67%
5-10	3	37,50%	5	62,50%	8	13,33%
10-15	2	20,00%	8	80,00%	10	16,67%
15-20	2	20,00%	8	80,00%	10	16,67%
>20	8	36,36%	14	63,64%	22	36,67%
Ogół	**19**	**31,67%**	**41**	**68,33%**	**60**	**100%**

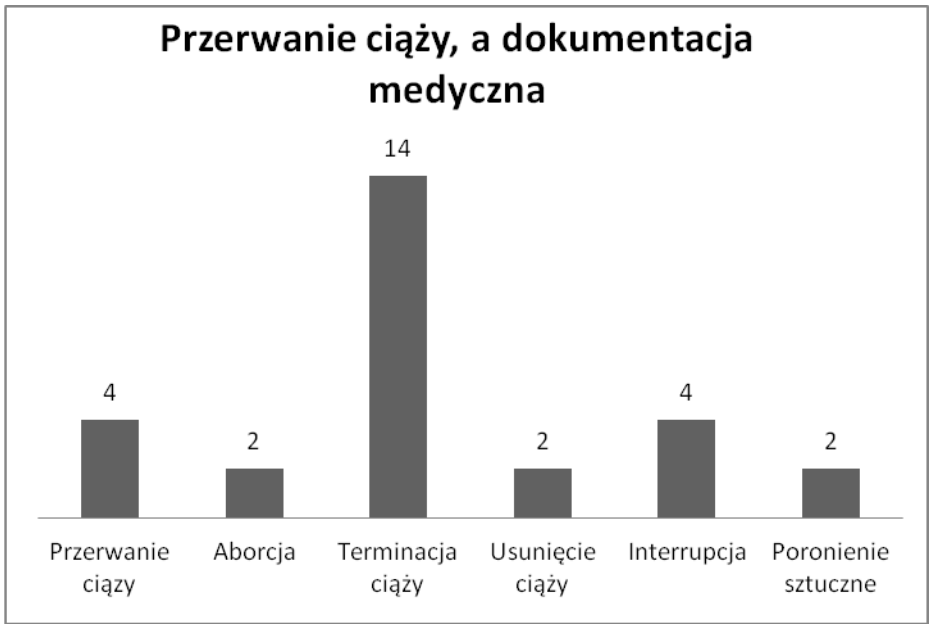


Rycina 1. Częstość z jaką badane położne uczestniczyły w aborcji.

Tabela IV. Zestawienie procentowe terminów medycznych, z którymi spotkały się badane w zależności od sytuacji.

Termin medyczny	Opieka na pacjentką przed lub po aborcji	Uczestnictwo w aborcji
Przerwanie ciąży	12%	14%
Aborcja	14%	7%
Terminacja ciąży	38%	50%
Usunięcie ciąży	10%	7%
Interrupcja	16%	14%
Poronienie sztuczne	10%	7%

Podobnie jak w przypadku położnych, które opiekowały się pacjentką przed lub po zabiegu, najczęściej używanym określeniem w dokumentacji medycznej był termin „terminacja ciąży", następnie „przerwanie ciąży" bądź „interrupcja" (Ryc. 6).

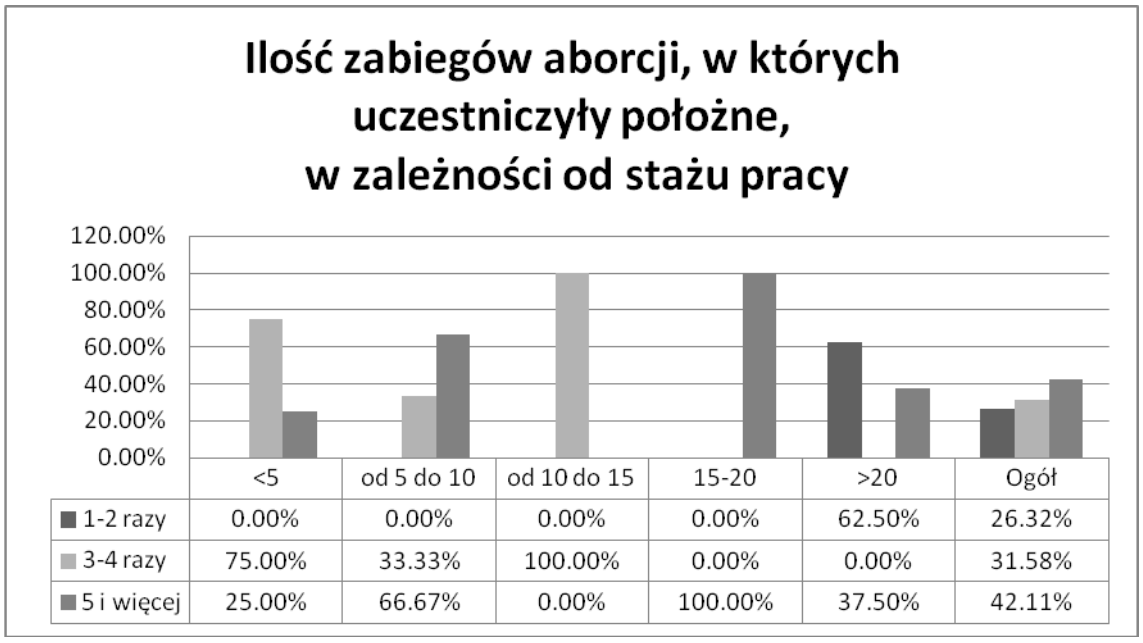


Rycina 6. Terminologia medyczna, z którą spotkały się położne uczestniczące w aborcji.

W badaniu zależności pomiędzy liczbą zabiegów przerwania ciąży, w których uczestniczyły położne a stażem pracy wykazano brak zależności między badanymi parametrami (test Chi^2 Pearsona i NW, p=0,7745, p=,5721). (Tab. V, Ryc. 7)

Tabela V. Zestawienie procentowe ilości zabiegów, w których uczestniczyły położne w stosunku do stażu pracy.

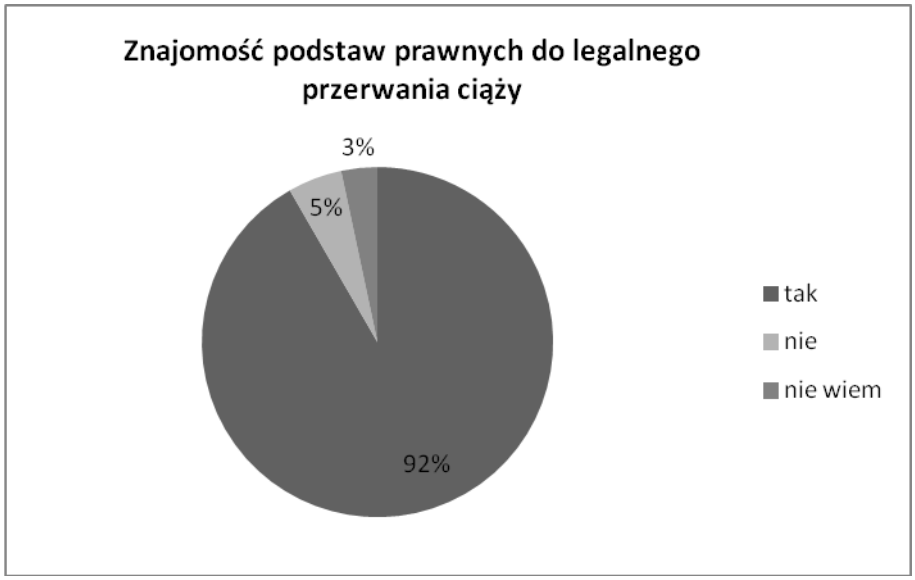
Staż pracy	Ilość zabiegów aborcji w jakich uczestniczyły położne			Procent położnych w stosunku do grupy położnych uczestniczących w aborcji
	1-2	3-4	5 i więcej	
<5	0,00%	75,00%	25,00%	21,05%
5-10	0,00%	33,33%	66,67%	15,79%
10-15	0,00%	100,00%	0,00%	10,53%
15-20	0,00%	0,00%	100,00%	10,53%
>20	62,50%	0,00%	37,50%	42,11%
Ogół	**26,32%**	**31,58%**	**42,11%**	**100,00%**



	<5	od 5 do 10	od 10 do 15	15-20	>20	Ogół
1-2 razy	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	62.50%	26.32%
3-4 razy	75.00%	33.33%	100.00%	0.00%	0.00%	31.58%
5 i więcej	25.00%	66.67%	0.00%	100.00%	37.50%	42.11%

Rycina 2. Ilość zabiegów, w których uczestniczyły położne, w zależności od stażu pracy.

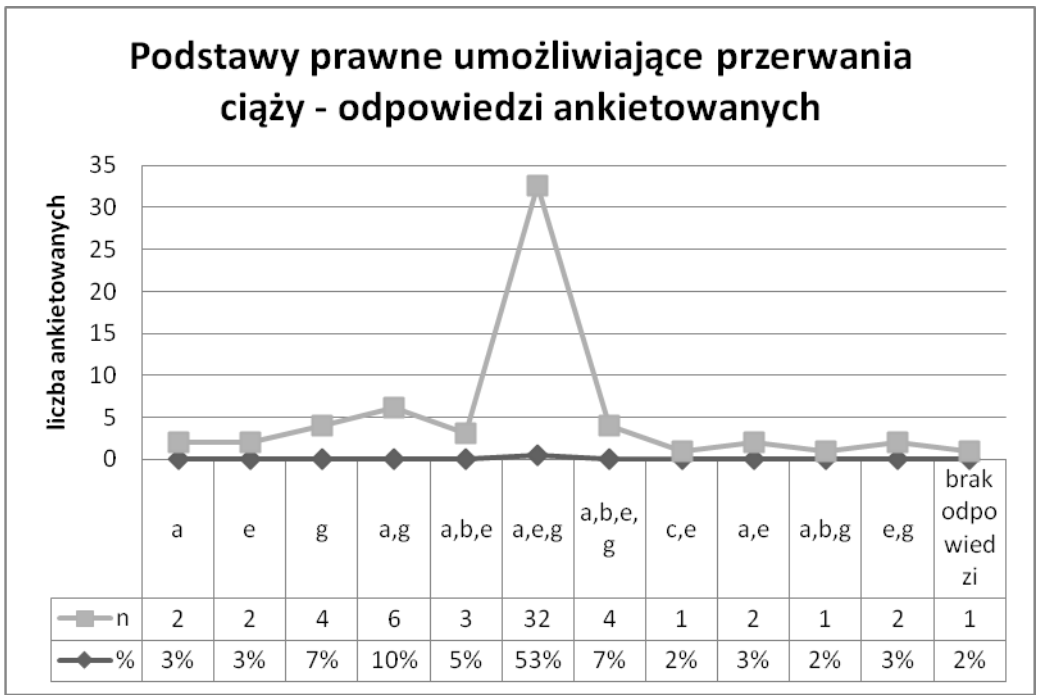
Na pytanie o znajomość podstaw prawnych do legalnego przerwania ciąży, badane położne w 92% odpowiedziały twierdząco, tylko 5% uznało, że nie posiada wiedzy na temat przepisów prawnych umożliwiających aborcje, natomiast 3% ankietowanych nie potrafiło stwierdzić czy posiada takową wiedzę (Ryc. 8.).



Rycina 3. Znajomość podstaw prawnych umożliwiających aborcji, wśród badanych położnych.

Powyższe stwierdzenie zostało poddane weryfikacji przez zadanie ostatniego pytania respondentkom. Badane zostały poproszone o zaznaczenie podstaw prawnych umożliwiających legalne przerwanie ciąży (możliwe było zaznaczenie więcej niż jednej odpowiedzi), spośród siedmiu sugerowanych, o następującym brzmieniu: ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia matki, ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia dziecka, sytuacja ekonomiczna matki, niechęć posiadania potomstwa, gdy istnieje uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego, w każdym przypadku do 22 tyg. ciąży gdy zostanie to właściwie uargumentowane przez ciężarną, badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu (do chwili osiągnięcia przez płód zdolności do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej). W ponad połowie przypadków (53%), ankietowane poprawnie wskazały 3 sytuacje umożliwiające legalne przerwanie ciąży.

W 16% odpowiedzi badane wskazały poprawnie 2 z 3 podstaw prawnych umożliwiających aborcje (10% wskazało odpowiedz „a" i „g", 3% wskazało „a" i „e" i 3% wskazało odpowiedz „e" i „g"). (Ryc .9).



Rycina 9. Podstawy prawne umożliwiające legalne przerwanie ciąży według ankietowanych położnych.

Dyskusja

Zabieg aborcji, mino iż dla wielu wydaje się być zjawiskiem marginalnym, jest coraz częściej dostrzegany przez pracowników służby zdrowia. Wśród położnych, które to towarzyszą kobietom w różnych momentach życia i sprawują opiekę nad pacjentką, będąc jej przewodnikiem w systemie opieki zdrowotnej, jak badanie pilotażowe wykazało opieka nad pacjentką po lub przed aborcją, okazała się być zjawiskiem dość częstym (w badanej grupie 63,33%). Jeżeli chodzi o sam zabieg aborcji, to uczestniczyła w nim 1/3 badanych (31,67%). Należy w tym miejscu wspomnieć, że sytuacja ta nie dotyczy tylko kadry medycznej z wieloletnim stażem. Wśród badanych położnych ze stażem pracy poniżej 5 lat, 70% miała styczność z pacjentką, która przerwała ciąże, a 40% z tymże stażem pracy zawodowej uczestniczyło w aborcji. Wskazuje to zatem na fakt, że temat aborcji jest jak najbardziej tematem aktualnym i wymagającym zgłębienia, a nie tylko kolejnym sloganem politycznym. Niestety niepokojącym jest fakt, że zabieg nie jest nazwany jednoznacznie w terminologii medycznej.

Wśród terminów określających zabiegu najczęściej wymienianym była „terminacja ciąży", aczkolwiek częstość z jaką spotkały się ankietowane z tym określeniem był różny w przypadku uczestnictwa w zabiegu aborcji i opieki nad pacjentką przed lub po zabiegu. Warto również wspomnieć, że sama znajomość prawa w kwestii przerwania ciąży była różna u ankietowanych. Badane w 92% stwierdziły, że znają podstawy prawne umożliwiające legalne przerwanie ciąży. Położne w ponad połowie (53%) potrafiły wskazać wszystkie podstawy prawne umożliwiające przerwanie ciąży, mniejsza grupa (16%) wskazał dwa z trzech obwarowań prawnych. Dane te sugerują, że temat aborcji nie jest do końca jasny w środowisku personelu medycznego. Dotyczy to zarówno obowiązujących podstaw prawnych jak i kwestii jednoznacznego nazwania procedury.

Wnioski

Wyniki uzyskane w czasie badań pilotażowych nie są jednoznaczne, jednakże pozwalają wysunąć wniosek, iż personel medyczny nie posiada ścisłych informacji i procedur dokumentowania zabiegu aborcji. Należy i warto się zastanowić co może być przyczyną takiego stanu. Może być to spowodowane tym, iż sam personel medyczny chroni pacjentki, które zdecydowały się na powyższą procedurę przed oceną i osądem ze strony innych pacjentek czy też może chce chronić sam siebie. W celu uzyskania pełnego obrazu przedstawianej sytuacji należałoby na powyższy temat wykonać badanie na większej grupie badanych zaś wnioski będą mogły w przyszłości posłużyć do głębszego zbadania tematu i

określenia przyczyn różnorodności nazewnictwa używanego w przypadku aborcji w placówkach opieki zdrowotnej.

Piśmiennictwo

1. Wejbert-Wąsiewicz E.: Piśmiennictwo naukowe - różne dziedziny i poglądy. :Aborcja w dyskursie publicznym. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, 2012, 69 – 89.
2. Szawarki Z.: Przerywanie ciąży – kontrowersje i dylematy etyczne. Med. Dypl., 2002, 11, 7, 22-35.
3. Rozporządzenie Prezydenta Rzeczpospolitej z dnia 11 lipca 1932 roku (Dz. U. Nr 60, poz. 571, art. 231-234), http://sejmometr.pl/prawo/29820, data pobrania 3.05.2013.
4. Ustawa z dnia 27 kwietnia 1956 roku o warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. Nr 12, poz. 61), http://pro-life.pl/_ow/read.php?y=Sluzba_Zyciu&n =USTAWA 98&a=4_ustawa, data pobrania 3.05.2013.
5. Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. Nr 17, poz. 78), http://sejmometr.pl/prawo/50880, data pobrania 3.05.2013.
6. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1996 roku (Dz. U. Nr 139, poz. 646), http://isap.sejm.gov.pl/ DetailsServlet?id=WDU19961390646, data pobrania 3.05.2013.
7. Obwieszczenie Prezesa Trybunału Konstytucyjnego z dnia 18 grudnia 1997 roku (Dz. U. Nr 157, poz. 1040), http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19971571040, data pobrania 3.05.2013.
8. Sprawozdanie Rady Ministrów wykonywania oraz o skutkach w 2011 roku Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 roku (z późn. zm.), http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_ struktura/ docs/ sprawozdzust_ matdziec_20121123.pdf, data pobrania 3.05.2013.
9. Rzymska I., Musielak M.: Ocena postaw moralnych wobec ludzkiego rozrodu wśród studentów kierunku położnictwo Akademii Medycznej w Poznaniu. Prz. Ginekol. Położ., 2006, 6, 149-155.

Ortman Elżbieta[1] , Baczewska Agnieszka[1], Kondzior Dorota[2] , Krajewska- Kułak Elżbieta[2], Jankowiak Barbara[1,2], Kowalewska Beata[1,2] , Rolka Hanna[1,2] , Klimaszewska Krystyna[2]

Opinia studentów na temat aborcji

1. Instytut Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp

„ Upomnę się też u człowieka o życie człowieka i u każdego – o życie brata”

(Księga Rdz. 9, 5)

Prawo do życia stanowi fundamentalne prawo człowieka, na którym wyrastają jego wszystkie pozostałe prawa. Ono jest bazą wszystkich innych dóbr, które stają się udziałem człowieka. Aborcja stanowi poważny problem współczesnego świata, zjawisko to rozpowszechniło się wskutek oddziaływań kulturowych, gospodarczych, politycznych [1].

Poznanie przyczyn aborcji jest bardzo ważnym czynnikiem, który umożliwiłby przewidzenie wyboru aborcji przez kobietę, co umożliwiłoby objęcie jej wsparciem przed dokonaniem usunięcia ciąży. Pozwoliłoby to na lepsza ocenę i realizację psychologicznych działań, które mogłyby uchronić przed doświadczeniem traumy związanej z aborcją [2].

Przyczyny aborcji są zarówno psychologiczne, jak i społeczne. Ważna w tym przypadku jest osobowość kobiety, jej system przekonań oraz sytuacja życiowa, w jakiej obecnie się znajduje. Niezwykle istotnym czynnikiem wydają się problemy psychologiczne z jakimi kobieta się borykała w dzieciństwie, takimi jak przemoc fizyczna czy psychiczna. Źródłem problemów mogą również być istniejące konflikty wewnętrzne. Bardzo ważne jest istniejące wsparcie społeczne, a przede wszystkim jego brak lub obecność ze strony partnera. To właśnie pomoc ze strony partnera odgrywa największą rolę w podjęciu decyzji o utrzymaniu bądź usunięciu ciąży. Brak wsparcia ze strony ojca dziecka może przyjąć różny charakter, taki jak: porzucenie kobiety bez podania przyczyny, wyparcie się ojcostwa, namawianie kobiety do dokonania aborcji, brak akceptacji, a nawet złość z powodu ciąży. Bardzo często kobieta taka poddaje się presji mężczyzny i wbrew sobie usuwa ciążę.

Czynnikami sprawczymi w tym przypadku często są:

- obawa przed porzuceniem przez partnera;

- ucieczka przed odpowiedzialnością za podejmowane decyzje;
- osobowość kobiety, niska samoocena, nieumiejętność podejmowania decyzji, uległość, słaba odporność psychiczna;
- intensywność występowania konfliktów małżeńskich;
- zależność finansowa od partnera [3].

Decyzja o usunięciu ciąży zwykle podejmowana jest w krótkim czasie, w ciągu pierwszych tygodni ciąży. Zdarzenie to jest niezwykle istotne, gdyż w tym okresie zachodzą w ciele kobiety intensywne zmiany hormonalne, które mają duży wpływ na stan fizyczny i psychiczny. Brak akceptacji i wsparcia otoczenia w tym czasie ze strony najbliższych mogą mieć kluczowe znaczenie w podjęciu decyzji o przerwaniu ciąży. W sytuacji, gdy kobieta jest niepełnoletnia zachodzi obawa przed napiętnowaniem ze strony społeczeństwa, wstyd związany z nieślubną ciążą, odrzucenie przez rodziców, a nawet partnera oraz groźba przed wydaleniem ze szkoły [4].

Większość przypadków aborcji spowodowana jest niekompletną wiedzą oraz niewłaściwym stosowaniem środków antykoncepcyjnych [5, 6].

W naszym kraju ustawa o ochronie płodu ludzkiego, która obowiązuje od 1993 roku, dopuszcza aborcję tylko w takich wyjątkach, jak zagrożenie życia lub zdrowia kobiety, gwałt, nieodwracalne uszkodzenie płodu. Według tej ustawy aborcja może być dokonywana tylko w państwowych szpitalach. Karze pozbawienia wolności do lat 3 podlega każdy, kto z naruszeniem przepisów ustawy przerywa ciążę za zgodą kobiety, udziela jej w tym pomocy lub ją do tego nakłania (art. 152 KK). Gdy płód osiągnął zdolność do samodzielnego życia, kara wynosi od 6 miesięcy do lat 8. Kobieta, która podda się zabiegowi przerwania ciąży lub sama ją przerwie nie jest - zgodnie z obowiązującym prawem - karana w żadnym przypadku [7]. Z tego powodu ani pomocnictwo, ani nakłanianie do takiego czynu nie może być karane na zasadach ogólnych, wynikających z artykułu 18 § 3 KK. Doktryna stoi jednak na stanowisku, że czynność sprawcza z art. 152 § 2 w pełni odpowiada pomocnictwu w znaczeniu artykułu 18 § 3 KK [8].

Zgodnie z art. 4a ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. z 1993 nr 17, poz. 78, DZ. U. z 1996 nr 139, poz.646, ostatnia zmiana Dz. U. z 1997 roku, Nr 157, poz. 1040) przerwanie ciąży jest legalne:

- bez ograniczeń czasowych, gdy zagraża zdrowiu lub życiu kobiety

- do chwili osiągnięcia przez płód zdolności samodzielnego życia poza organizmem matki w przypadku, gdy badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu
- do 13. tygodnia ciąży, gdy ciąża powstała w wyniku przestępstwa [9].

W październiku 2000 roku, podczas Milenijnego Szczytu ONZ, wszystkie państwa uznały konieczność zmniejszenia ubóstwa i nierówności społecznych. Za jeden z kluczowych c*elów rozwoju* uznano poprawę stanu zdrowia matek i zmniejszenie o trzy czwarte umieralności kobiet z przyczyn związanych z ciążą w latach 1990-2015. Istnieje wiele czynników umieralności kobiet z przyczyn związanych z ciążą, między innymi chęć przerwania niechcianej ciąży, korzystanie z usług medycznych niewykwalifikowanych osób. Światowa Organizacja Zdrowia opracowała również wytyczne zmierzające do poprawy stanu zdrowia matek oraz poprawy śmiertelności z przyczyn związanych z ciążą. Pomimo rozwoju na przestrzeni ostatnich 30 lat różnych form stosowanych środków antykoncepcyjnych, rokrocznie przeprowadza się około 40-50 milionów zabiegów przerwania ciąży, z czego połowę w środowisku zagrażającym życiu i zdrowiu. Na świecie około 13% przypadków zgonów związanych z ciążą powodują powikłania po przeprowadzonej aborcji, co stanowi około 70 tysięcy zgonów rocznie, w tym dziesiątki tysięcy kobiet, u których występują przewlekłe problemy zdrowotne (niepłodność). W krajach rozwijających się ryzyko śmierci na skutek powikłań po niebezpiecznej aborcji jest kilkaset razy większe niż po przeprowadzonym zabiegu w warunkach szpitalnych [10].

Według nauk kościoła katolickiego aborcja jest morderstwem osoby bezbronnej, jest to morderstwo niewybaczalne i niczym go nie można usprawiedliwić. Katechizm kościoła katolickiego opisuje: "Życie ludzkie od chwili poczęcia powinno być szanowane i chronione w sposób absolutny. Już od pierwszej chwili swego istnienia istota ludzka powinna mieć przyznane prawa osoby, wśród nich nienaruszalne prawo każdej niewinnej istoty do życia" [11].

Stanowisko Kościoła już od początku było przeciwne przerywaniu ciąży. Uważa, iż zabieg jest niedopuszczalny w aspektach moralnych człowieka. Traktuje aborcje jako zbrodnie na drugim człowieku. Aborcja według Kościoła jest na równi z zabójstwem. Nauki przekazywane na temat poruszanego tematu przerywania ciąży były i będą niezmienne. Aborcja jest głęboko sprzeczna z prawem moralnym i karnym. Również współudział w przerwaniu ciąży stanowi jedno z najpoważniejszych wykroczeń. Kościół nakłada kanoniczną karę ekskomuniki za to przestępstwo. Wspólnota religijna ukazuje ciężar

popełnionej zbrodni. Usunięcie ciąży jest szkodą i przestępstwem nie do naprawienia i wybaczenia. Nawet, jeśli jest wykonana podczas fazy embrionalnej [11].

Dawniej prawo kościele bardzo surowo karało aborcję. Kobieta, która dopuściła się tego czynu do końca życia nie mogła przystępować do Komunii Świętej. Jednak od czwartego wieku złagodzony został ten okres do 10 lat pokuty [12].

W dzisiejszych czasach prawo kanoniczne mówi, iż nie tylko matka, która dopuściła się aborcji ale też osoby nakłaniające i wykonujące aborcję podlegają ekskomunice czyli zostają wykluczone z Kościoła. Jednak, aby ekskomunika mogła być zdjęta muszą być spełnione trzy podstawowe warunki, mianowicie: wyznanie grzechu, żal za grzech oraz odbycie nałożonej pokuty [12, 13].

Papież Jan Paweł II bardzo często wypowiadał się na temat ochrony życia ludzkiego od jego poczęcia aż do naturalnej śmierci. Najważniejszą wypowiedź dotycząca przerywania ciąży można znaleźć w encyklice O wartości i nienaruszalności życia ludzkiego w rozdziale o tytule: „Odrażająca zbrodnia przerywania ciąży". Papież popiera naukę o nieetyczności aborcji: „Mocą władzy, którą Chrystus udzielił Piotrowi i jego Następcom, w komunii z Biskupami - którzy wielokrotnie potępili przerywanie ciąży (...) - oświadczam, że bezpośrednie przerwanie ciąży, to znaczy zamierzone jako cel czy jako środek, jest zawsze poważnym nieładem moralnym, gdyż jest dobrowolnym zabójstwem niewinnej istoty ludzkiej" [12].

Kościół Prawosławny nie jest przeciwnikiem stosowania antykoncepcji hormonalnej, jednak uważa, podobnie jak Kościół Katolicki, iż życie ludzkie zaczyna się w momencie poczęcia , a co za tym idzie potępia sztuczne przerywanie ciąży również za pomocą substancji chemicznych i leków. Aborcję traktuje jako morderstwo [14].

Kościół Protestancki przyjmuje bardzo dużo postaw wobec aborcji. Zezwala on na antykoncepcje ,z wyjątkiem antykoncepcji hormonalnej stosowanej po stosunku płciowym. Traktuje sztuczne przerywanie ciąży jako zabójstwo jednak dopuszcza ją w przypadku wystąpienia zagrożenia życia bądź zdrowia matki [15].

Natomiast Amerykański Kościół Episkopalny dopuszcza aborcję. Uważa, iż kobiety powinny mieć prawo do jej wykonania i nie potępia ich. Osoby, które dopuściły się aborcji mają prawo otrzymać sakrament jak każdy inny człowiek. Jednak nie dopuszcza on aborcji dokonanej ze względu na płeć dziecka [16].

Islam jest religią, która definitywnie nie potępia aborcji. Kościół ten uważa, iż życie ludzkie nie zaczyna się od momentu zapłodnienia. Według Islamu życie ludzkie zaczyna się

od 120. dnia życia, gdyż wtedy Bóg obdarza embrion duszą. Dopuszcza więc dokonanie aborcji do 4. miesiąca życia [17].

Judaizm jest przeciwnikiem aborcji, jednak dopuszcza ją w przypadku, gdy ciąża jest zagrożeniem dla zdrowia bądź życia matki. W innych przypadkach traktuje ją jako zabójstwo [18].

Hinduizm uważa aborcję za eksterminację, jest to według tej religii jeden z sześciu najcięższych grzechów, którego nie można wybaczyć. Traktuje embrion podobnie, jak w większości wyznań chrześcijańskich jako rzecz świętą i uważa iż życie ludzkie zaczyna się w chwili poczęcia [19].

Buddyzm nie jest zwolennikiem aborcji. Traktuje ją jak w przypadku większości religii jako zabójstwo. Jest zdania, iż embrion od chwili poczęcia jest istotą ludzką, która ma prawo do życia i nie należy go zabijać [20].

Cel pracy

Celem pracy było:

- ustalenie poziomu wiedzy studentów na temat aborcji,
- zbadanie zainteresowania młodych osób zabiegiem przerywania ciąży.

Materiał i metoda

Badania przeprowadzono wśród 100 studentów Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży, z czego 50,to kobiety, a 50 mężczyźni, studenci kierunków niemedycznych. W prezentowanej pracy za metodę badawczą wykorzystano sondaż diagnostyczny. Praca została opisana na podstawie kwestionariusza ankiety, który został wypełniony samodzielnie przez badanego, pozostawiając jego anonimowość. Badania przeprowadzono w okresie od 1 do 31.12.2012 roku.

Kwestionariusz ankiety został sporządzony samodzielnie przez autora pracy na podstawie zebranych informacji na temat aborcji oraz własnych obserwacji.

Kwestionariusz był złożony z 2 części, pierwsza składała się z pytań metryczkowych, zawierała takie informacje, jak wiek, płeć, miejsce zamieszkania oraz wyznanie religijne; druga zaś składała się z pytań ankietowych. Zawierały one pytania dotyczące wiedzy oraz stosunku do wykonywanych zabiegów przerwania ciąży.

Wyniki

Ankietowani stanowili grupę 100 osobową, z czego połowę stanowiły kobiety, reszta to mężczyźni. Wiek badanej grupy nie był zbyt rozpięty 19-25 lat. 61% to mieszkańcy miast, zaś 39% to studenci zamieszkujący na wieś. Badana grupa to w większości osoby stanu wolnego, wyznania rzymsko-katolickiego. W części szczegółowej ankiety pytania dotyczyły

stosunku studentów do dokonywanych zabiegów aborcji oraz ich ogólnej wiedzy na temat przerywania ciąży. Na pytanie, czy aborcja powinna być całkowicie zakazana zdania były bardzo podzielone. „Za" odpowiedziało się 44% mężczyzn i 92% kobiet, co stanowiło 48% wszystkich respondentów biorących udział w badaniu. Natomiast przeciwników całkowitego zakazu dokonywania aborcji było 42% mężczyzn i 42% kobiet, stanowili oni 42% wszystkich ankietowanych. Na pytanie, czy respondenci uważają, że zalegalizowanie aborcji spowodowało by wzrost liczby wykonywanych zabiegów usunięcia ciąży większość odpowiedziała twierdząco, aż 46% mężczyzn i 74% kobiet. Stanowili oni 60% wszystkich badanych. Duża liczba ankietowanych była jednak przeciwnego zdania, gdyż 38% mężczyzn i 18% kobiet na to pytanie odpowiedziało przecząco. Pozostali odpowiedzieli, że nie wiedzą. W kolejnym badaniu pytano o to, czy możliwość dokonania aborcji zmniejszyłaby liczbę porzuconych dzieci po porodzie. Zdecydowana większość odpowiedziała tak, było to aż 76% badanych mężczyzn i 50% kobiet, co ogółem dało 63% wszystkich. Odpowiedź „nie" zaznaczyło 30% kobiet i 16% mężczyzn, natomiast odpowiedzi „nie wiem" udzieliło 8% mężczyzn i 22% kobiet. Sytuacje życiowe skłaniające w opinii badanych do aborcji obrazuje tab. I

Tabela I . Sytuacje życiowe skłaniające do aborcji.

	Wartość %	
SYTUACJE ŻYCIOWE	**KOBIETY**	**MĘŻCZYŹNI**
Brak środków finansowych	3	3
gwałt	26	34
Zagrożenie życia	30	37
Wady rozwojowe	29	20
Brak wsparcia ze strony ojca dziecka	12	6

Możliwości wyboru alternatywnych działań w odniesieniu do aborcji ilustruje tabela II. W pytaniu na temat stanowiska wobec aborcji uzyskano bardzo zróżnicowaną ilość odpowiedzi. Za dokonaniem aborcji odpowiedziało się 24% mężczyzn i 24% kobiet. Przeciwnych usunięciu ciąży było 52% mężczyzn i 66% kobiet. Natomiast zdania na ten temat nie miało 24% mężczyzn i 10% kobiet. Ankietowani zostali zapytani o konsekwencje aborcji dla kobiety w jej dalszym życiu. „Tak" zaznaczyło 54% mężczyzn i 62% kobiet. Za skutki wskazywali uraz psychiczny - 14% kobiet i 14% mężczyzn, depresję 10% kobiet i 12% mężczyzn, bezpłodność - 12% kobiet i 4% mężczyzn, poczucie winy 2% kobiet, wyrzuty

sumienia 6% kobiet, zaburzenia psychiczne 14% mężczyzn, utratę zdrowia 2% kobiet oraz infekcję 2% mężczyzn.

Tabela II. Alternatywne rozwiązania aborcji.

	Wartość %	
DZIAŁANIA ALTERNATYWNE W ODNIESIENIU DO ABORCJI	**KOBIETY**	**MĘŻCZYŹNI**
Adopcja	39	41
Dom dziecka	8	10
Rodzina zastępcza	11	9
Okno życia	12	8
Pozostawienie w szpitalu	30	32

Źródła informacji, po które badani sięgnęliby chcąc poszerzyć zakres posiadanej wiedzy z zakresu aborcji przedstawia tabela III.

Tabela III. Źródła wiedzy na temat aborcji.

	Wartość %	
ŹRÓDŁA WIEDZY NA TEMAT ABORCJI	**KOBIETY**	**MĘŻCZYŹNI**
Prasa	17	13
Telewizja	25	34
Szkoła	11	7
Lekarz/Położna/Pielęgniarka	4	1
Internet	32	41
Książki	11	4

Odpowiedź: „nie wiem” zaznaczyło 36% mężczyzn i 32% kobiet. W kolejnym pytaniu badani zostali zapytani, czy kobieta powinna samodzielnie podjąć decyzję o wykonaniu aborcji, 38% mężczyzn i 68% kobiet zaznaczyło „tak”. Przeciwnych takiej decyzji było 52% mężczyzn i 32% kobiety. Odpowiedzi: „nie wiem” zaznaczyło 8% mężczyzn i 6% kobiet. W badaniu zapytano o późne skutki aborcji- bezpłodność, odpowiedzi „tak” udzieliło 48% mężczyzn i 38 kobiet, 50% mężczyzn i 12% kobiet nie wiedziało czy aborcja może być przyczyną bezpłodności. Odpowiedź „nie” zaznaczyło 12% kobiet i 2% mężczyzn. Respondenci spytani, czy bez zgody ojca dziecka powinno się dokonać aborcji odpowiedzieli większością głosów, że nie: 84% mężczyzn i 74% kobiet. 4% mężczyzn i 16% kobiet było

zdania, iż można usunąć ciążę bez zgody ojca dziecka. Odpowiedzi „nie wiem" udzieliło 8% mężczyzn i 10% kobiet.

Dyskusja

Niemal we wszystkich krajach zezwala się na przerwanie ciąży w celu ratowania życia kobiety. W niektórych krajach powstały szczegółowe listy sytuacji uważanych za zagrożenie życia. Lekarze argumentują, że w pewnych przypadkach wykonanie bezpiecznego zabiegu przerwania ciąży jest konieczne, gdyż w przeciwnym razie kobieta zaryzykuje życie udając się do osoby niewykwalifikowanej [21].

Warunki dopuszczalności aborcji różnią się dość znacznie ze względu na rozwój społeczno-ekonomiczny kraju czy regionu. Według publikacji ONZ najczęstszym powodem do aborcji jest zagrożenie życia, w 98% państw (w tym 99% kraje rozwinięte i 96% kraje rozwijające się). Drugim i trzecim powodem jest zagrożenie zdrowia fizycznego (63%) oraz zagrożenie zdrowia psychicznego(62%). Jedna trzecia państw na świecie (33%) dopuszcza aborcję ze względów społecznych. Na żądanie aborcja jest dostępna w 27% krajów współczesnego w ciężkiej sytuacji materialnej, a nieco mniejsza grupa (30%) – gdy jest w trudnej sytuacji świata, w tym w: 65% kraje rozwinięte i 19% kraje rozwijające się [22].

Według badań CBOS znacznie niższa jest akceptacja aborcji z przyczyn społecznych. Jedna trzecia ankietowanych (34%) uważa, że przerywanie ciąży powinno być legalne, gdy kobieta jest osobistej. Mniej niż jedna czwarta badanych (23%) sądzi, że przerywanie ciąży powinno być dopuszczalne także wówczas, gdy kobieta nie chce mieć dziecka. Ten sam dokument wskazuje na korelację miejsca zamieszkania z prawem kobiet do aborcji. Mieszkańcy wsi rzadziej opowiadają się za decyzyjnością kobiet do aborcji. Religia w dużym stopniu determinuje badanych, co znajduje przełożenie w wynikach raportu CBOS, za zakazem aborcji opowiedziała się połowa badanych 45% [23] .

Analizując sprawozdanie Rady Ministrów z realizacji postanowień w roku 2001 Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży można stwierdzić, iż liczba urodzeń żywych do i dokonanych aborcji wykazuje tendencję spadkową [24].

Rzymska i Musielak wskazują aprobatę badanych i różnorodność w zakresie stopnia akceptacji antykoncepcji , podczas gdy przerywanie ciąż (w tym z przyczyn społecznych) było odrzucane [25].

Wroński i wsp. podejmują polemikę etyczno-moralną w kontekście przeprowadzanych zabiegów przerwania ciąż, zwracając się w stronę nadrzędnej wartości, jakim jest życie

ludzkie, które z racji swojej rangi staje się obiektem ochrony przez różnego rodzaju akty normatywne [26].

Wnioski

1. Przeciwnicy aborcji stanowili 48% badanych, jednakże za opowiedziało się 42%; natomiast 60% uważa, iż legalizacja spowoduje wzrost przeprowadzonych zabiegów.
2. Respondenci wskazywali na zależność pomiędzy wzrostem aborcji a spadkiem liczby porzuconych dzieci, 63% badanych ogółem, w tym 76% mężczyzn oraz 50% kobiet.
3. Najczęstsze sytuacje życiowe skłaniające do aborcji to gwałt (26% kobiet, 34% mężczyzn), zagrożenie życia (30% kobiet, 37% mężczyzn), wady rozwojowe (29% kobiet, 20% mężczyzn).
4. Alternatywnymi rozwiązaniami w odniesieniu do aborcji najczęściej wskazywano na adopcję (39% kobiety, 11% mężczyźni) oraz pozostawienie w szpitalu (30% kobiety, 32% mężczyźni); pozostałe to okno życia, rodzina zastępcza, dziecka.
5. Informacje na temat aborcji badani czerpali z internetu (32% kobiet, 41% mężczyzn), telewizji (25% kobiet, 34% mężczyzn) oraz prasy, książek, porad pracowników służby zdrowia.
6. Przeciwnych usunięciu ciąży było 52% mężczyzn i 66% kobiet wśród badanych; 54% mężczyzn i 62% kobiet miało świadomość konsekwencji przeprowadzonej aborcji, tj. urazy i zaburzenia psychiczne, depresja, bezpłodność, utrata zdrowia.
7. Na stanowisku samodzielnego decydowania przez kobiety o wykonaniu aborcji było 38% mężczyzn i 68% kobiet, odmiennego zdania było 52% mężczyzn i 26% kobiet.
8. Badani byli zdania, iż bez zgody ojca dziecka nie można podjąć decyzji o aborcji (84% mężczyzn, 74% kobiet).

Piśmiennictwo

1. Jan Paweł II: Evangelium Vitae. Encyklika o wartości i nienaruszalności życia ludzkiego. Rzym 25.03.1995, 53-59.
2. Wiśniewska-Roszkowska K.: Ciąża. Radość czy nieszczęście?. Michalineum, Marki 1997, 73-137.
3. Kreeft. P.: Aborcja. Trzy punkty widzenia. Wydawnictwo Flonda, Warszawa 2007, 123-126.
4. Ryś M.: Psychologia małżeństwa w zarysie. Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowe. Warszawa 1999, 78-80.

5. Grodzki A.: Erotyzm młodych kobiet, przemiany obyczajowe. [w:] Przemiany obyczajowości seksualnej, Jaczewski A.J. red. Spółka Wydawnicza TERRA, Warszawa 1994, 125.
6. Winnicka E.: Jak to było z antykoncepcją. Od plasterka do globulki. Polityka, 2004, 35, 31.
7. Marek A.: Kodeks Karny. Komentarz, wyd. V. Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2007, 321-322.
8. Zoll A.: Kodeks Karny, część szczegółowa, komentarz, t II, wyd. II. Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2006.
9. Ustawa z dnia 7.01.1993. O planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności i przerwania ciąży. Dz.U. nr 17, z póź. zmianami.
10. Bezpieczne przerywanie ciąży. Wskazówki techniczne dotyczące polityki zdrowotnej dla systemów ochrony zdrowia. Federacja na rzecz kobiet i planowania rodziny. Warszawa, 2004, 5-6.
11. Katechizm Kościoła Katolickiego. Wydawnictwo Pallotinum, Poznań, 1994.
12. Sporniak A.: Potępienie aborcji. Tygodnik powszechny, 2002, 7, 3-5.
13. Saunders K., Stanford P.: Katolicy i seks. Od czystości do czyśćca. Wydawnictwo Muza, S.A., Warszawa 1996.
14. Opracowanie zbiorowe.: ABC chrześcijanina. Wydawnictwo Verbinum, Warszawa 2007.
15. Brunner- Traut E.: Pięć wielkich religii świata. Wydawnictwo Pax, Warszawa 1986.
16. Tokarczyk A.: Religie współczesnego świata. Młodzieżowa Agencja Wydawnicza, Warszawa 1986.
17. Morgan P., Lawton C.: Problemy etyczne w tradycji sześciu religii. Wydawnictwo Pax, Warszawa 2007, 366-368.
18. Memches F.: Aborcja w świetle zasad judaizmu. Polityka, 2010, 9, 47-48.
19. Stietencron H.: Hinduizm. Wydawnictwo Akademickie Dialog, Warszawa 2010.
20. Szyszko-Bohusz A.: Hinduizm, buddyzm, islam. Wydawnictwo Ossolineum, Warszawa 1990, 116.
21. Oye-Adeniran B.A., Umoh A.V. and Nnatu S.N.N.: Complications of unsafe abortion: a case study and the need for abortion law reform in Nigeria. Reproductive Health Matters, 2002, 10, 19-22.

22. Fratczak E., Ptak-Chmielewska A.: Demograficzny wymiar aborcji. [w:] Aborcja. Przyczyny, następstwa, terapia, Chazan B., Simon W. (red.), Wydawnictwo Wektory, Kobierzyce 2009, 63-73.
23. Opinie na temat dopuszczalności aborcji. CBOS. Warszawa, 2010.
24. Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonania w roku 2001 Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży. Warszawa, 27 październik 2003, tab. 1.9 ,61.
25. Rzymska I., Musielak M.: Ocena postaw moralnych wobec ludzkiego rozrodu wśród studentów kierunku położnictwo Akademii Medycznej w Poznaniu. Prz. Ginekol. Poł., 2006, 6, 149-155.
26. Wroński K., Bocian R., Cywiński J.: prawo do przerwania ciąży. Ginekol. Prakt., 2008, 16, 42-46.

Andrzejewska Sylwia, Grzesiak Barbara, Kamiński Daniel

Dawcy nasienia- kwestie etyczne i prawne

Studenckie Koło Naukowe Etyki i Bioetyki, Katedra Nauk Społecznych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Składamy serdeczne podziękowania za pomoc w przygotowaniu i opracowaniu materiału naszemu opiekunowi SKN Etyki i Bioetyki mgr Katarzynie B. Głodowskiej

Wprowadzenie

W życiu każdej pary nadchodzi czas, w którym decydują się na założenie rodziny. Starają się o potomstwo, ale na swojej drodze do pełni szczęścia napotykają problemy, który jednym z nich jest niepłodność. Sięgają wtedy po różne metody wspomagające. Niektórzy wierzą w czarodziejską moc wróżek, inni zmieniają klimat i wyruszają w egzotyczne podróże, ale są i tacy, którzy stawiają na naukę i decydują się na pomoc medyczną. *In vitro* czy korzystanie z usług banków nasienia są coraz bardziej popularne, jednak sytuacja prawna w tej tematyce nadal wymaga sprecyzowania. Ponadto jest to kwestia czasem dość kontrowersyjna, więc pojawiają się również problemy etyczne. Niniejsza praca ma na celu ich szersze ukazanie.

Niepłodność definiowana jest jako stan niemożności zajścia w ciążę przez parę, pomimo regularnego współżycia przez okres 12 miesięcy bez zmian stosowania jakichkolwiek środków antykoncepcyjnych. Ten problem dotyka już 10-15 % par na całym świecie [1] a w 35% przyczyna jest strony męskiej [2].

Według statystyk opublikowanych przez Główny Urząd Statystyczny wynika, że w roku 2012 ludność w Polsce liczyła ok 38 542 tysięcy osób. Był to piąty rok z kolei, w którym odnotowano dodatni przyrost naturalny, jednak jego tempo w porównaniu z latami poprzednimi, było znacznie niższe i wyniosło zaledwie 0,01 %. Dodatkowo, prognozy do 2035 roku mówią o jego znacznym spadku [3]. W tych materiałach znajdują się również informacje na temat liczby poczęć, gdzie zarejestrowano ponad 390 tys. żywych urodzeń [3]. Jednak nie pojawiają się żadne dane na temat liczby poczęć “wspomaganych” medycznie u kobiet czy małżeństw, które mimo najszczerszych chęci mają problemy z zajściem w ciążę.

Niepłodność dotyka coraz więcej kobiet, jednak odnotowuje się również wzrastający odsetek niepłodności męskiej. Dzięki rozwojowi medycyny znamy zasady i mechanizmy towarzyszące procesowi zapłodnienia, które pomagają obrać prawidłowy kierunek w ich leczeniu.. niedawno przeprowadzone badania wskazują, że nie tylko szybkie tempo życia i późna decyzja o zakładaniu rodziny mają wpływ na niemożność zajścia w ciąże [4]. Formą pomocy osobom pragnącym założyć rodzinę w przypadku bezpłodności jednej z osób jest substytucja, czy to plemnika, czy komórki jajowej osoby trzeciej. Zazwyczaj korzysta się przy tym z usług świadczonych przez tzw. banki nasienia czy komórek jajowych, jednak w niniejszej pracy skupimy się tylko na bankach nasienia oraz ich dawcach. Ostatecznością w leczeniu bezpłodności jest wykonywanie *in vitro,* metody sztucznej implementacji komórki jajowej połączonej z plemnikiem. Jest to niestety bardzo kosztowny zabieg i niewiele osób decyduje się na takie rozwiązanie

Problem niepłodności u mężczyzn

Mężczyźni mogą borykać się z różnymi zaburzeniami płodności, wynikającymi z przyczyn biologicznych, psychologicznych, czy też wynikających ze stylu życia. Jakość i zdolność nasienia do zapłodnienia można sprawdzić za pomocą testu diagnostycznego jakim jest badanie nasienia odbywające się w warunkach standardowej oceny semiologicznej [5].

Do przyczyn obniżających lub powodujących niepłodność u mężczyzn możemy zaliczyć m.in:

- czynniki chemiczne takie jak ropa naftowa i jej pochodne, gazy spawalnicze czy lakiery;
- czynniki fizyczne związane ze specyfiką pracy: przebywanie w zasięgu oddziaływania pól elektromagnetycznych i radiolokacyjnych oraz wysokie temperatury;
- noszenie zbyt obcisłej bielizny i ucisk jąder w kanałach pachwinowych [2], palenie papierosów;
- przeszłość chorobowa (przebyte choroby zakaźne).

Jak podaje literatura przedmiotu jednym z czynników mających wpływ na płodność mężczyzn jest niewątpliwie palenie papierosów. Blisko 50% populacji tej płci uważa się za nałogowych palaczy [1]. Nie bez przyczyny na opakowaniach papierosów znajdują się hasła ostrzegawcze. Zauważalnym zjawiskiem jest fakt, iż morfologia, koncentracja i ruchliwość plemników u palaczy w porównaniu z osobami niepalącymi jest niższa. [1]. Ponadto dieta bogata w produkty, które zawierają w swoim składzie szkodliwe dla komórek pestycydy,

wpływają na indukowanie stresu oksydacyjnego, który ma negatywny wpływ na metabolizm zachodzący w komórkach - prowadzi on do trwałych zmian w strukturach DNA i RNA.

Problem został szerzej poznany w przypadku spermatogenezy u mężczyzn niż ontogenezy u kobiet [6]. Najnowsze badania wskazują również przyczynę w otyłości. Dodatkowo mówi się, że za pomocą transferu przez plemniki można przekazać ojcowskie "zapiski" następnemu pokoleniu, które może być obciążone problemami zdrowotnymi z jakimi borykał się ojciec [7]. Nie można zapominać również o czynnikach psychologicznych, które są niewątpliwie obciążające dla pary podczas starań [8].

Wyżej wymienione faktory uniemożliwiające parze zajścia w ciążę często są przyczyną podjęcia decyzji o unasienieniu nasieniem bezimiennego dawcy, w przypadku pary negujących adopcję. Według Stanowiska Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczącego technik wspomaganego rozrodu w leczeniu niepłodności, musi być to obopólna decyzja małżonków. Co więcej, zabieg może zostać wykonany tylko i wyłącznie przy użyciu nasienia dawcy z banku nasienia, po wyrażaniu pisemnej zgody przez parę, w której musi zostać określony związek między dzieckiem a jego rodzicami [9], co zostanie dokładniej opisane w późniejszym etapie pracy. Kryteria kwalifikacyjne pary do takiej procedury są zbliżone jak przed zabiegiem inseminacji domacicznej ze szczególnym uwzględnieniem bezpieczeństwa pacjentki.

Reguły dawstwa nasienia w Polsce

Dawcą nasienia może zostać mężczyzna w wieku od 18-40 lat. Musi cechować się nienagannym stanem zdrowia tzn. nie posiadać zaburzeń na tle psychicznym, żadnych chorób układowych ani towarzyszących im stanów zapalnych. Bezwzględnym warunkiem oddania swojego nasienia jest negatywny wynik testu na choroby przenoszone drogą płciową np. kiła, rzeżączka , WZW typu B i C, *chlamydia* czy wirus HIV. Dawca powinien być też przebadany pod kątem genetycznych zaburzeń, tj. badanie kariotypu oraz mutacji genu CFTR, który jest odpowiedzialny za występowanie mukowiscydozy. Kandydat do oddania nasienia musi także wykazać się brakiem wad wrodzonych [10].

W kwalifikacji nasienia trzeba uwzględnić także badania parametrów nasienia takie jak objętość ejakulatu, która musi być większa niż 2 ml czy liczbę plemników ruchomych, która powinna być większa niż 25 mln/ml oraz prawidłową morfologię.

W przypadku, gdy u pacjentki istnieje wysokie ryzyko wystąpienia chorób uwarunkowanych na tle genetycznym u potomstwa, dawca musi zostać poddany badaniom mającym na celu upewnienie się, że nie jest nosicielem tego samego genu recesywnego co

pacjentka. Ma to na celu zminimalizowanie ryzyka poczęcia dziecka obciążonego genetycznie.

Przyczyny dyskwalifikacji dawcy dla niektórych mogą być oczywiste, ale warto wspomnieć że dawcą nie może zostać osoba, która zażywa narkotyki lub w ciągu ostatnich 12 miesięcy pozostawała w kontakcie z osobami wysokiego ryzyka zarażeniem się chorobą przenoszoną droga płciową i nie ma stałego partnera seksualnego. Ubiegający się o status "dawcy nasienia" nie mogą mieć żadnych tatuaży ani *piercingu*. Osoba, która w ciągu 12 miesięcy przechodziła choroby zakaźne przenoszone droga płciową czy wirusowe, o których była mowa wcześniej jest bezwzględnie odrzucona, jak również biorcy narządów, tkanek i czynników krzepnięcia. Dyskwalifikacji podlegają także osoby z wrodzonymi wadami serca, wrodzonym zwichnięciem stawu biodrowego oraz mężczyźni chorzy na rozszczep podniebienia i kręgosłupa, hemofilię, cukrzycę młodzieńczą oraz padaczkę.

Z przedstawionego przykładu lista przeciwwskazań jest dość długa. Jednak mimo tak wielu kryteriów, jakie musi spełniać kandydat, w obliczu współczesnych chorób i zagrożeń, czy osoba korzystająca z usług banku nasienia może być pewna jego jakości? Należy tutaj podkreślić, iż zawsze istnieje procent ryzyka z jakim trzeba i należy się liczyć, iż nie zawsze uda się nam otrzymać wymagany produkt [9].

Funkcjonowanie banków nasienia w Polsce.

Instytucje

Obecnie w Polsce znajduje się kilkanaście banków nasienia oraz klinik, które zajmują się problemem niepłodności. Zazwyczaj swoje siedziby mają w większych miastach, m.in. Poznaniu, Krakowie, Białymstoku, Kielcach, Warszawie. Do dnia dzisiejszego nie powstał jeszcze żaden oficjalny spis wszystkich instytucji zajmujących się powyższym problemem w Polsce. Przygotowując pracę autorzy mieli problem z doborem odpowiednich źródeł, z których mogliby zaczerpnąć informacje odnośnie ośrodków zajmujących się przechowywaniem nasienia. Na różnych stronach internetowych moderatorzy starają się zebrać informacje na temat banków w jedność aczkolwiek zamieszczone są tam raczej prośby o wysyłanie informacji o tych, których nie ma jeszcze w bazie..

Banki nasienia stają się coraz bardziej popularne, gdyż niosą pomoc parom, u których wszelkie inne formy leczenia nie przyniosły rezultatu. Należy w tym miejscu podkreślić, że dzięki korzystaniu z usług wysoko wyspecjalizowanych klinik oraz instytucji banku nasienia przyszli rodzice mają gwarancję, że dawca przeszedł wszystkie badania diagnostyczne wykluczające choroby, które mogłyby stanowić zagrożenie dla matki bądź dziecka [11].

Jednakże nikt nie może wziąć odpowiedzialności za to, co wydarzy się w przyszłości i czy u potomstwa nie wystąpią choroby, które wcześniej nie zostały wykryte.

Finansowanie procedury

Koszty wynikające z całego procesu pobrania nasienia, wykonania wszystkich koniecznych badań diagnostycznych oraz przechowywania materiału w odpowiednich warunkach różnią się między sobą w zależności od wybranego przez osobę deponującą banku. Na podstawie cenników, które kliniki leczenia niepłodności udostępniają można określić średnie koszty zabiegów jakie wykonywane są podczas procedur diagnostycznych. Wynika z nich, że badanie nasienia, to koszty wahające się od 60 do 130 złotych, pobranie plemników bezpośrednio z jąder/najądrzy- ok. 1200 złotych, test żywotności plemników- 40 złotych, morfologia plemników- 50 złotych, bezpośredni test wykrywający obecność przeciwciał przeciw plemnikowych klasy IgG- koszt badania: 65 złotych, mrożenie nasienia + 1 rok przechowywania- 300 złotych, każdy kolejny rok, to koszty ok. 300 złotych. W przypadku honorowych dawców nasienia badania te przeprowadzane są bezpłatnie [12].

W przypadku oddania nasienia do Europejskiego Genetycznego Banku Nasienia, mężczyzna otrzymuje prawo do skorzystania z bezpłatnych badań, w tym: badań laboratoryjnych oraz konsultacji medycznych, badania nasienia, badań z zakresu biologii molekularnej, badań cytogenetycznych, a także zwrot kosztów związanych z oddaniem materiału biologicznego do Banku (liczba wizyt wynosi od 4 do 8 razy po 200 złotych każda).

Łączna wartość badań i konsultacji medycznych zapewnianym dawcom wynosi ponad 2.000 złotych [13].

Przebieg pobrania materiału rozrodczego

W celu uzyskania wysokiej jakości nasienia, powinno zostać pobrane po minimum 48 godzinach od ostatniego stosunku, a dokładniej mówiąc czasu ostatniego wytrysku. Należy pamiętać, aby pojemnik z nasieniem przechowywać w temperaturze 20 - 37°C, a także oznaczyć je imieniem i nazwiskiem. Przed oddaniem nasienia należy oddać mocz, umyć ręce oraz prącie. Konieczne jest, aby nasienie oddane zostało w pomieszczeniu w pobliżu laboratorium, jednakże dopuszcza się, aby pacjenci nie mogący przybyć do ośrodka oddali materiał w domu (po uprzedniej konsultacji z pracownikami laboratorium). Minimalna ilość spermy, jaką można oddać do badania to 1,5ml. Istotną rzeczą jest fakt, iż w pierwszej części ejakulatu znajduje się najwięcej plemników, z tego też względu należy przekazać pracownikowi laboratorium, czy materiał jest oddany w całości lub która ewentualnie część została utracona [14].

Przechowywanie i zabezpieczenie nasienia

Niezwykle istotną rzeczą jest fakt, że depozyt w banku nasienia może złożyć nie tylko osoba, która pragnie umożliwić niepłodnym parom zajście w ciąże, czy też pozyskać z tego profity pieniężne. Banki spermy swoją ofertę kierują również do osób, u których nasienie narażone jest na czynniki szkodliwe.

Bank nasienia umożliwia przechowywanie zamrożonego materiału mężczyznom, którzy:

- pracują w warunkach, które mogą prowadzić do niepłodności,
- cierpią na choroby nowotworowe i w związku z tym, planowane jest u nich leczenie onkologiczne,
- mogą stać się niepłodni na skutek przewlekłych chorób,
- planują leczenie technikami wspomaganego rozrodu, ale bariery natury psychologicznej nie pozwalają im na oddanie nasienia albo też z jakiegoś innego powodu nie mogą być obecni osobiście w wymaganym terminie i czasie w klinice leczenia niepłodności,
- pragną zabezpieczyć swój materiał genetyczny do reprodukcji z innych powodów [15].

Mężczyzna może oddać swój materiał ejakulacyjny do banku nasienia w dowolnym momencie. W chwili kiedy zdecyduje się na potomstwo otrzyma możliwość jego wykorzystania. Do tego czasu nasienie pozostaje wyłącznie do użytku osoby deponującej.

Dzięki zaawansowanym technikom konserwacji nasienia, może być ono przechowywane przez wiele lat, bez uszczerbku na jego jakości. Dzieje się tak za sprawą kriokonserwacji, która to umożliwia długoczasowe przechowywanie (w zamrożonej postaci) przekazanego wcześniej do laboratorium, odpowiednio pobranego, świeżego ejakulatu. Proces ten przeprowadzany według określonych standardów, przy zastosowaniu substancji krioochronnych, które mają na celu osłonę komórek podczas zamarzania. Nasienie dokładnie przygotowane i dokładnie oznaczone kodami, w specjalnych słomkach przechowywane jest w ciekłym azocie do czasu wykorzystania [16].

Ustawodawstwo

Aspekty prawne dotyczące instytucji banków nasienia

W styczniu Polska została wezwana do dokonania pełnej transpozycji prawodawstwa Unii Europejskiej w zakresie tkanek i komórek ludzkich. W chwili obecnej Transpozycja przepisów odpowiednich dyrektyw dokonana przez Polskę jest niepełna. Przepisów dotyczących jakości i bezpieczeństwa nie zastosowano do: komórek rozrodczych, tkanek

embrionalnych i tkanek płodu. Komisja Europejska nakazała władzom Polski w ciągu dwóch miesięcy od przesłania wniosku podjęcie niezbędnych działań w celu zapewnienia zgodności z prawem UE oraz poinformowania Komisji o dokonanych poczynaniach. Jeżeli nie uczynią tego w wymaganym terminie, Komisja Europejska może podjąć decyzję o skierowaniu sprawy do Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości [17].

Sprawą, która wzbudza niemałe kontrowersje jest na przykład fakt, ile powinno być dozwolonego materiału od jednego dawcy. Genetycy zalecają, by na każde 800-850 tys. osób przypadało maksymalnie 25 dzieci od jednego ojca. I tak jest np. w Stanach Zjednoczonych czy Kanadzie. W niektórych krajach prawo reguluje te kwestie dość precyzyjnie. Mianowicie, w Belgii na jednego dawcę może przypadać 6 dzieci, w Danii -12, we Francji - 5, w Szwajcarii - 8, w Niemczech - 15, w Nowej Zelandii - 10 dzieci do 4 rodzin, w Szwecji - 12 dzieci do 6 rodzin (po 2 na rodzinę), a w Wielkiej Brytanii-10 rodzin na całym świecie [18].

Aspekty prawne dotyczące dawców nasienia

W chwili obecnej, dawca, który oddaje swoje nasienia do banku spermy podpisuje umowę, w której to bank ma zagwarantować mu anonimowość. Jednakże sąd lub prokurator po uprzednim pouczeniu świadka o odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 Kodeksu Karnego ma prawo do uzyskania takich danych [19].

Jak widać w Polsce brakuje przepisów, które gwarantowałyby anonimowość dawcom nasienia. Brak uregulowań prawnych w tej kwestii może być przyczyną roszczeń ze strony matki dziecka jak i samego dziecka. Chodzi tutaj przede wszystkim o ustalenie ojcostwa, żądanie alimentów od dawcy na rzecz dziecka, sprawy związane z dziedziczeniem, ustaleniem kontaktów z dzieckiem, a także zaprzeczeniem ojcostwa (sprawa wszczęta z powództwa zarówno matki dziecka, jak i męża matki dziecka, chyba, że wyraził on zgodę na zabieg zapłodnienia *in vitro*, nie może on zaprzeczyć swojemu ojcostwu) [20].

Konwencja o Prawach Dziecka przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych z dnia 20 listopada 1989 roku, mówi w artykule 7, że dziecko ma prawo, o ile to możliwe do poznania swoich rodziców [21]. Sędzia Robert Zegadło, sekretarz Komisji Kodyfikacyjnej Prawa Cywilnego podkreśla, że konwencja nie egzekwuje tego prawa rygorystycznie. Poznanie biologicznych rodziców może przyczynić się do możliwości znalezienia dawcy do przeszczepu, jeśli zajdzie taka potrzeba, dokonania transfuzji krwi, czy też możliwość wczesnego wykrywania chorób genetycznych, psychicznych, które mogą ujawnić się w późniejszym wieku. Co więcej adwokat Witold Kabański zauważa, że:

"*Poznanie swoich rodziców może ponadto przeciwdziałać ewentualnym późniejszym związkom kazirodczym*" [20].

W chwili obecnej nie istnieje żaden zapis prawny, który regulowałby liczbę użycia nasienia od jednego dawcy. Stąd możliwość napotkania na swojej drodze życiowej "bratniej duszy" w przenośnym i dosłownym rozumieniu tych słów rośnie.

Stosownym wydaje się poznanie tożsamości genetycznej ojca dziecka w przypadku zachorowania na chorobę genetyczną. Należy jednak pamiętać, że przed oddaniem materiału, dawca przechodzi wnikliwe badania genetyczne, które mają wykluczyć istnienie u niego m.in. chorób genetycznych [22] o czym była mowa wcześniej. W klinice Invicta, zajmującej się leczeniem niepłodności przed oddaniem nasienia, dawca przechodzi kwalifikację również psychologiczną, która pozwala rozważyć motywy swojej decyzji, a także konsekwencje jakie ona za sobą niesie. W jednym z dokumentów, jakie zobowiązany jest podpisać dawca widnieje podpunkt, który jest poświęcony możliwości zgody na skontaktowanie się z dawcą, w przypadku ciężkiej sytuacji medycznej dziecka, które zostało poczęte dzięki jego nasieniu [22].

Jak widać kwestie pozaustrojowego zapłonienia *in vitro* wraz ze wszystkimi instrumentami, które muszą być wykonane w przebiegu tego procesu potrzebują jasnych i klarownych regulacji prawnych. Chodzi tutaj przede wszystkim o nowelizację Kodeksu Rodzinnego i Opiekuńczego, Kodeksu Cywilnego oraz stosownych zmian w Konstytucji Rzeczpospolitej Polskiej. Zmiany te miałyby na celu umożliwić dziecku lub matce dziecka ujawnienie danych dawcy. Prawo to jednak wiązałoby się jednak z zakazem dochodzenia roszczeń związanych z ustaleniem ojcostwa przez matkę, zaprzeczenia ojcostwa, alimentami oraz nabyciem praw do spadku.

Warto podkreślić, że w przypadku transakcji zawartych przez Internet, czyli na tzw. "czarnym rynku" nie obowiązują żadne przepisy ani umowy, które w jakikolwiek sposób chroniłyby strony. Również istotny jest tutaj fakt higieny i bezpieczeństwa, jakie niesie za sobą sytuacja pomocy w zajściu w ciążę w sposób naturalny [20].

Należy jednak pamiętać, że brak uregulowań prawnych niesie za sobą wiele zagrożeń i wątpliwości oraz, że kwestie prawne nie powinny dotyczyć wyłącznie przekazywania danych dawcy, ale i samego procesu, który umożliwia oddanie materiału ejakulacyjnego.

Kwestie etyczne

Czarny rynek (reportaż w TVN24 "Zapładniacze" autorstwa Leszka Dawidowicza)

Dnia 25 lutego 2013 roku w stacji telewizyjnej TVN 24 ukazał się reportaż przygotowany przez Leszka Dawidowicza na temat handlu nasieniem. Z krótkiego filmu można dowiedzieć się, że "czarny" rynek w Polsce prosperuje zadziwiająco dobrze. Na różnych portalach internetowych możemy znaleźć bardzo dużo anonsów ogłaszających się "zapładniaczy" zachęcających do korzystania ze swoich "usług". Są tak zdeterminowani, aby zarobić pieniądze (sumy sięgające od 500 złotych do nawet 5000 złotych), że są skłonni reklamować się hasłem "posiadam dobrej jakości nasienie". Aby ich teza nie była podważona przez nikogo innego, okazują się kompletem badań laboratoryjnych, a nawet zdjęciami swoich dzieci. Wiek zapładniaczy jest różny, w Internecie możemy znaleźć szeroki wachlarz, od 25 roku życia nawet do 45. Oczywiście cała machina rozgrywa się na płaszczyźnie anonimowości co znaczenie ułatwia kontakt i bezpośredniość. Z materiału możemy dowiedzieć się, że w ciągu miesiąca dostają kilka ofert od małżeństw, które chcą skorzystać z ich usług. Udzielający się w materiale dr Sławomir Sobkiewicz - kierownik kliniki niepłodności, nie ukrywa oburzenia i zażenowania wyżej opisanymi zachowaniami. Określa dawców nasienia jako "męską prostytucje" i zwraca uwagę, że takie podejście może nie być do końca zdrowe i może nieść za sobą przykre konsekwencje, takie jak leczenie psychologiczne, jak i nawet zaburzenia na tle psychiatrycznym. Sami zaś zapładniacze wcale nie uważają, że robią coś złego. Często wspominają o "misji" pomocy potrzebującym, jednak na samym początku zaznaczają jasno i wyraźnie, że nie chcą myśleć o "tych" dzieciach jako o swoich. Ochoczo deklarują chęć złożenia podpisu na wszelkich dokumentach dotyczących zrzeknięcia się praw ojcowskich. Niektórzy nie ukrywają, że chodzi też o kontakt seksualny. Można zatem stwierdzić, że "zapładniacze" wykorzystują pragnienia ludzi do założenia rodziny jako formę zaspokajania własnych żądz seksualnych oraz potrzeb finansowych [23].

Przypadek w Niemczech w sprawie ustalenia ojcostwa - kazus

"Czuję się jakbym nie była kompletna."- takimi słowami dowiadujemy się o życiu 21-letniej Sarah P., która na co dzień mieszka w Niemczech i została poczęta z użyciem nasienia z banku.

Mając zaledwie 17 lat dowiedziała się, że jej biologicznym ojcem jest zupełnie ktoś inny. Chcąc dowiedzieć się czegoś więcej o swoim genetycznym rodzicu, młoda Sarah wybrała się do banku nasienia w Essen. Niestety, nie znalazła tam żadnych istotnych wiadomości prócz tego, że prawdziwemu ojcu bank przydzielił numer. W myśl działań banków nasienia, dawcy pozostają anonimowi. Rozżalona Sarah wybrała się do sądu, aby dociekać swojego prawa i ku zdziwieniu wielu - wygrała. Sąd argumentował swoje

postanowienie karygodnym łamaniem praw dziecka. Na nic nie miały się argumenty kierownika tamtejszej klinki, który postulował, że ucierpi na tym dobro całego społeczeństwa.

Ostatecznym wyrokiem sądu drugiej instancji było nakazanie kierownikowi banku przekazanie dziewczynie wszelkich informacji odnośnie danych personalnych jej biologicznego ojca. Szef kliniki żąda od niemieckich polityków ustawy, która będzie jasno regulowała ujawnianie danych personalnych dawców i zapewniających im brak odpowiedzialności za poczęte dzieci.

Cała sprawą zainteresowały się nie tylko niemieckie media, ale również zagraniczne. W Polskich „tabloidach" przez długi czas na pierwszej stronie ukazywały się zdjęcia młodocianej Sarah P. Bez wątpienia wielką rolę odgrywa w tym jakże intrygującym przypadku kwestia etyczna. Czy etyczne było nakazanie przez Sąd ujawnienie danych biologicznego ojca Sarah? Cała sprawa nie patrząc ma w sobie ogromny kontrast. Pierwszą, i jakże ważną sprawą, jest dziecko- jego dobro, rozwój, poczucie miłości rodziców. Z drugiej jednak strony warto zwrócić uwagę na uczucia ojca, który oddając swoje nasienie do banku został zapewniony, że wszystko odbywa się pod ścisłą klauzulą anonimowości [24] ?

Genetycznie idealni

Kolejną kontrowersyjną sprawą jest tworzenia banków nasienia z wyjątkowym materiałem genetycznym. Dlaczego miałby on być wyjątkowy? Ponieważ dysponowałby on ejakulatem celebrytów. Taki bank miałby powstać w Wielkiej Brytanii i jak już wiadomo otrzymał zgodę na wykorzystanie nasienia od kilkudziesięciu gwiazd [18]. W tej sytuacji należy się zastanowić, czy nie zaczyna się tutaj tworzenie genetycznie uwarunkowanego społeczeństwa spełniającego wyimaginowane normy. Normy, które będą akceptowane społecznie. W przeszłości mieliśmy do czynienia z podobnym tokiem myślenia, choć nie powinno się porównywać tych sytuacji do siebie.

Podsumowanie

Powyższa praca przedstawia zagadnienie korzystania z usług banków nasienia oraz problemów prawnych i etycznych, które występują przy omawianym temacie. Autorzy zauważają, iż w Polsce jest brak regulacji prawnych i bez wątpienia kwestie legislacyjne wymagają usystematyzowania i wprowadzenia nowych przepisów regulujących tą kwestię w naszym kraju. Wówczas wątpliwości etyczne będą z pewnością łatwiejsze w rozwiązaniu, a czarny rynek nie będzie tak popularny jak ma to miejsce w chwili obecnej. Ponadto powinno się dążyć do stworzenia jednej i oficjalnej bazy banków nasienia dla par, które szukają

pomocy w leczeniu niepłodności. Pomogłoby to z pewnością w tworzeniu statystyk odnośnie unasienienia nasieniem bezimiennego dawcy.

Piśmiennictwo

1. Davar R., Sekhavat L., Naserzadeh N.: Semen parameters of non-infertile smoker and non-smoker men. J. Med. Life, 2012, 5, 465-468.
2. Bręborowicz G.: Położnictwo i Ginekologia, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2007.
3. Materiał na konferencję prasową w dniu 29 stycznia 2013 r., Główny Urząd Statystyczny Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy Notatka informacyjna Wyniki Badań Gus Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2012 roku)
4. Szostak-Węgierek D.: Sposób żywienia a płodność. Med. Wiek. Rozwoj., 2011, 4, 431-507.
5. Wołczyński S., Radwan M.: Algorytmy diagnostyczno-lecznicze w zastosowaniu do niepłodności. Epidemiologia zagrożeń prokreacyjnych w Polsce - wieloośrodkowe, prospektywne badania kohortowe, http://pldocs.docdat.com/docs/index-93827.html, data pobrania 13.04.2013.
6. Grosicka-Maciąg E.: Biologiczne skutki stresu oksydacyjnego wywołanego działaniem pestycydów. Postepy Hig. Med. Dosw., 2011, 65, 357-366.
7. Palmer N., Bakos H., Fullston T. i wsp.: Impact of obesity on male fertility, sperm function and molecular composition. Spermatogenesis, 2012, 2, 253–263.
8. Podolska M., Bidzan M., Niepłodność jako problem psychologiczny. Ginekol. Polska, 2011, 82, s. 44-49.
9. Dębski R., Pisarski T., Rzempołuch J., i wsp.: Stanowisko Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące technik wspomaganego rozrodu w leczeniu niepłodności.http://spin.org.pl/rekomendacje-ptg-medycyna-rozrodu/techniki-wspomaganego -rozrodu/, data pobrania 2.03.2013.
10. Polskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu http://rozrodczosc.pl/ptmr/index.php?page=bank-nasienia, data pobrania 2.03.2013.
11. Kuczyński W., Kurzawa R., Oszukowski P. i wsp.: Rekomendacje dotyczące diagnostyki i leczenia niepłodności, http://spin.org.pl/wp-content/uploads/Post%C4%99powanie-z-niep%C5%82odn%C4%85-par%C4%851.pdf, data pobrania 16.04.2013.

12. Cennik z zakresu diagnostyki i leczenia niepłodności. http://www.artvimed.pl/content/view/20/34/, data pobrania 16.04.2103
13. Europejski Genetyczny Bank nasiania. https://europejskibanknasienia.pl/korzysci, data pobrania 16.04.2013
14. Filipiak E., Walczak - Jędrzejowska R.: Pobranie nasienia do badania. http://badanie-nasienia.pl/pl/o-badaniu-nasienia/pobranie-nasienia-do-badania/, data pobrania 16.04.2103
15. http://www.ab-ovo.pl/134-al-Przechowywanie%20nasienia.html, data pobrania 16. 04.2103
16. http://www.parens.pl/zaplodnienie_pozaustrojowe, data pobrania 16.04.2103
17. Komisja europejska, notatka, Główne styczniowe decyzje o wszczęciu postępowania w sprawie uchybienia zobowiązania państwa członkowskiego z dnia 24.01.2013, reference: MEMO/13/22., http://europa.eu/rapid/press-release_MEMO-13-22_pl.htm, data pobrania 16.04.2103
18. Nadolski K.: Z banku spermy po alimenty, Onet, 12.02.2013. http://m.onet.pl/biznes, e6w21, data pobrania 16.04.2103.
19. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997, Kodeks karny, Dz. U. 1997 nr 88 poz. 553, artykuł 233, §1., http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19970880553, data pobrania 16. 04. 2103.
20. Domagalski M., Dawca nasienia nie ma gwarancji anonimowości i ryzykuje płacenie alimentów. Rzeczpospolita Prawo, http://prawo.rp.pl/artykul/981393.html, data pobrania 16.04.2103
21. Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych, Konwencja o prawach dziecka, 20.11.1989, http://www.unicef.org/magic/resources/CRC_polish_language_version.pdf, data pobrania 16.04.2103
22. Domagalski M., Czy można zakazać szukania ojca? Rzeczpospolita Prawo, wydanie internetowe,http://prawo.rp.pl/artykul/757943,981392-Czy-mozna-zakazac-szukania-ojca. html?p=1., data pobrania 16.04.2103
23. Dawidowicz L.: Zapładniacze., http://www.tvn24.pl/czarno-na-bialym,42,m/zapladniacze,308436.html, data pobrania 16.04.2103
24. Wieliński B.T.: Kobieta poczęta z nasienia dawcy ma prawo wiedzieć, kto jest ojcem. G.W., 2013., http://wyborcza.pl/1,76842,13359691,Kobieta_poczeta_z_nasienia_dawcy_ma_prawo_wiedziec_.html, data pobrania 16.04.2103

Witczak-Błoszyk Kinga

Za i przeciw Naprotechnologii w świetle badań opinii lekarzy ginekologów

NZOZ „Szpital w Puszczykowie im. Prof Stefana Tytusa Dąbrowskiego, Puszczykowo

Wstęp

Każdy człowiek w swym życiu jest powołany do różnych celów. Od urodzenia, poprzez wychowanie rodzicielskie a następnie edukację szkolną, szukamy własnej drogi, najlepszego dla nas kierunku działań. Czujemy się prawdziwie szczęśliwi i spełnieni gdy możemy robić to co sprawia nam satysfakcję, a jednocześnie jest potrzebne innym ludziom i światu. Przy wyborze swojej drogi życiowej najczęściej kierujemy się posiadanymi talentami, czyli wybitnymi uzdolnieniami, preferencjami intelektualnymi czy manualnymi. Mając to na uwadze wybieramy odpowiedni profil edukacji, a następnie najlepszy dla nas kierunek studiów i choć nie zawsze wszystko uda nam się najlepiej zaplanować i zrealizować, to tylko w naszych rękach leży zmiana dotychczasowego toru poczynań [1].

Natomiast rodzicielstwo choć stanowi bardzo ważny element życia większości ludzi, to nie zależny tylko od nas. Niestety żadne, nawet najlepsze przygotowanie edukacyjne, psychologiczne, czy materialne nie może nam zagwarantować poczęcia wymarzonego dziecka, które uważane jest często za czynnik cementujący związek. Kryzysy małżeńskie częściej występują wśród par bezdzietnych, wzrasta także ryzyko samobójstw wśród par nieskutecznie starających się o dziecko [2, 3].

Już w Piśmie Świętym możemy wyczytać jak Bóg wzywa nas do rodzicielstwa: „Bądźcie płodni i rozmnażajcie się, abyście zaludnili ziemię i uczynili ją sobie poddaną” (Rdz 2, 28) [4].

Przekazywanie życia następnym pokoleniom stanowi bardzo ważny element życia społeczeństwa i konkretnej rodziny, zapewniając ciągłość ewolucji, a kobiecie i mężczyźnie daje możliwość spełniania się w roli matki i ojca. Posiadanie biologicznego potomstwa jest pragnieniem większości par zawierających związek małżeński , co w pełni wpisuje się w cel i dynamiczny charakter małżeństwa [5].

Wspólne dziecko będące owocem miłości obojga rodziców niewątpliwie wzmacnia więź obojga czyniąc ich życie pełnym wartości, pomaga wyznaczać cele, dążyć do jak najlepszego rozwoju rodziny. Niektórzy jednak świadomie wybierają życie bezdzietne, koncentrując się na nie dopuszczeniu do poczęcia. Inni zaś mimo ogromnego pragnienia urodzenia dziecka, nie są zdolni do poczęcia na skutek niepłodności. I to właśnie zjawisko bezdzietności niezamierzonej jest coraz bardziej niepokojące ze względu na ciągle rosnące statystyki [5].

W Europie stopa narodzin utrzymuje się na bardzo niskim poziomie od ponad 30 lat. Do utrzymania bilansu demograficznego potrzeba 2,1 dziecka na każdą kobietę. W Niemczech aktualnie ta liczba wynosi 1,36, jak również w większości krajów europejskich. Prognozy przewidują, iż w 2050 roku dwóch z trzech Europejczyków będzie powyżej 60 roku życia, co oznacza, że nasze społeczeństwo starzeje się w zastraszającym tempie [6].

Nie możność poczęcia dziecka jest przyczyną głębokich kryzysów małżeństwa i wystawia je na wielką próbę. Dlatego nie ma się co dziwić, że nadzieje swoje pokładają w ciągle rozwijającej się medycynie prokreacyjnej, szukając pomocy wśród lekarzy ginekologów którzy wkładają wiele wysiłków w to by umożliwić rodzicom spełnienie marzeń o rodzicielstwie [3, 5].

Większość par jest w stanie zgodzić się na wszystko co proponuje współczesna medycyna byleby doczekać się biologicznego potomka. Jednak są też tacy , którym poglądy religijne, dylematy etyczne i tzw. sumienie nie pozwalają na poddanie się sztucznemu zapłodnieniu metodą In vitro. Dla nich właśnie najlepszym rozwiązaniem może być poddanie się leczeniu metodą Naprotechnologii, która jest tematem tej rozprawy.

Naprotechnologia

Naprotechnologia jest młodą, rozwijającą się od około 30 lat, dziedziną medycyny, służącą wspomaganiu płodności, leczeniu niepłodności oraz wielu innych problemów ginekologicznych.. Polski termin pochodzi od angielskiego skrótu NaProTechnology®, którego rozwinięcie to Natural Procreative Technology, czyli wsparcie naturalnej prokreacji. Jest to oficjalna i zastrzeżona dla tej metody nazwa. Osoby zajmujące się Naprotechnologią często posługują się skrótem potocznym „NaPro”.

Posługuje się ona standaryzowaną obserwacją biomarkerów, czyli czynników zdrowia ginekologicznego i płodności kobiety co pozwala rozpoznać ewentualne zaburzenia. Leczy

zgodnie z indywidualnym dla każdej kobiety cyklem, wykorzystując osiągnięcia nowoczesnej medycyny: m.in. badania USG, badania laparoskopowe oraz chirurgię ginekologiczną [7].

Geneza Naprotechnologii:

Twórcą Naprotechnologii jest Thomas W. Hilgers, profesor ginekologii i położnictwa. Jest nauczycielem akademickim na Wydziale Położnictwa i Ginekologii na The Creighton University School of Medicine w Omaha. W 1976 roku otrzymał dyplom Amerykańskiej Rady Położnictwa i Ginekologii a w 1988 roku dyplom Amerykańskiej Rady Chirurgii Laserowej. W 1994 roku został zaproszony wraz z żoną przez Jana Pawła II do członkowstwa w Papieskiej Akademii Życia. Działał także w Papieskiej Radzie do spraw Rodziny. W 1997 roku otrzymał tytuł „Lekarza roku" nadany przez stanową organizację Nebraska Family Council. W życiu osobistym jest szczęśliwym mężem oraz ojcem córki i czterech synów [7, 8, 9]

Początek Naprotechnologii dały badania prowadzone przez profesora Hilgersa jeszcze podczas studiów w 1968 roku. Dotyczyły one zmian zachodzących w organizmach kobiet w okresie około owulacyjnym. Dziesięć lat później wraz z żoną założył w Omaha Instytut Papieża Pawła VI. Jego głównym celem jest leczenie problemów niepłodności, pozostając w zgodzie z dogmatami Kościoła Katolickiego oraz prowadzenie badań naukowych w tej materii. Dzięki staraniom pracowników instytutu na czele z profesorem Hilgersem powstała metoda diagnostyczna znana pod nazwą Creighton Model System (CrMS), oparta na metodzie owulacyjnej Billingsów [9].

W Europie metoda ta znana jest od 10 lat (Irlandia). Obecnie poza USA i Polską metody te są popularyzowane i wprowadzane także w Wielkiej Brytanii, Francji, Słowacji, Holandii i Tajlandii [7].

W 2004 roku w Stanach Zjednoczonych został wydany pierwszy podręcznik medyczny dotyczący Naprotechnologii o pełnym tytule: *The Medical & Surgical Practice of NaProTechnology*® (Praktyka farmakologiczna i chirurgiczna w Naprotechnologii). Tymczasem dopiero w 2008 roku został opublikowany pierwszy medyczny artykuł w czasopiśmie *American Journal of Family Board Medicine*, który doczekał się naukowej recenzji [9].

Naprotechnologia poprzez etyczne uzależnienie od Nauki Kościoła Katolickiego jest zazwyczaj bagatelizowana przez większość lekarzy ginekologów oraz ośrodki zajmujące się metodami wspomagania rozrodu In vitro. Jest poza tym bardzo młodą dziedziną wiedzy i terapii medycznej, więc brak jej badań długofalowych.

Metoda Naprotechnologii:

Naprotechnologia opiera się na systemie standaryzowanych obserwacji biomarkerów, określonych nazwą *Creighton Model System* (CrMS). W metodzie tej konieczne jest zaangażowanie niepłodnej pary, lekarza i Instruktora CrMS, którzy ściśle ze sobą współpracują. Zadaniem instruktora jest nauka i kontrolowanie prowadzonych przez małżonków obserwacji minimum 3 cykli miesiączkowych kobiety [7].

Leczenie metodą Naprotechnologii jest realizowane w trakcie trzech etapów:

Etap obserwacji

Pierwszy etap rozpoczyna się od nauczania pary zmagającej się z problemem niepłodności metody CrMS. Zajmuje to zazwyczaj od 3 do 5 miesięcy. Okres ten to tak zwana diagnostyka wstępna, służąca poznaniu własnego ciała poprzez jego wnikliwą obserwację. Proces ten przebiega w ścisłej współpracy z wyszkolonym instruktorem. Małżonkowie zazwyczaj już po upływie trzech miesięcy potrafią doskonale prowadzić standaryzowany zapis własnych obserwacji mimo iż całość szkolenia jest przewidziana na okres roku [9].

Obserwacja biomarkerów według CrMS oznacza zapisywanie następujących parametrów:

- ilość i jakość śluzu szyjkowego,
- wydzieliny innego typu,
- długość cyklu menstruacyjnego,
- długość fazy przed i po owulacyjnej,
- występowanie dnia szczytu (owulacja),
- zmienność występowania krwawienia,
- obecność plamienia przedmenstruacyjnego,
- obecność brązowego lub czarnego plamienia kończącego miesiączkę [9, 10].

W Modelu Creightona obserwacje i zapis charakterystyki śluzu szyjkowego są bardzo skrupulatne. W celu precyzyjnego określenia jakości śluzu stworzono system obiektywnej oceny wydzieliny śluzowej (ang. *Mucus Cycle Score* - MCS) wg którego stworzono 3 główne kategorie cykli: cykle suche, z ograniczoną wydzieliną oraz z optymalną wydzieliną śluzową. Szczegółowa i systematyczna analiza zapisu obserwacji na karcie cyklu umożliwia zdiagnozowanie istniejących nieprawidłowości oraz podjęcie dalszej ukierunkowanej diagnostyki i leczenia. Dzięki temu badania dodatkowe, takie jak ultrasonografia czy badania hormonalne ukierunkowane są zgodnie z fizjologią danej kobiety. Uzyskane w ten sposób

wyniki są bardziej miarodajne niż te przeprowadzane schematycznie, bez dostosowania do cyklu konkretnej kobiety.

Na podstawie kart obserwacji cyklu już instruktorzy CrMS mogą zauważyć pewne nieprawidłowości świadczące o zaburzeniach hormonalnych czy też stanach zapalnych w obrębie narządu rodnego, które mogą prowadzić do obniżonej płodności lub zwiększonego ryzyka poronień samoistnych [9, 10].

Etap rozpoznania i diagnozy

W etapie tym biorą udział i ściśle współpracują ze sobą przyszli rodzice, instruktor i lekarz ginekolog. Po około rocznych regularnych sesjach z nauczycielem CrMS, może on przekazać lekarzowi skrupulatnie opracowaną dokumentację zdrowotną pary starającej się o dziecko, która zawiera tzw. profil hormonalny ustalony poprzez codzienną obserwację i zapis prowadzony na kartach obserwacji, wspólnie przez partnerów. Bardzo często już na tym etapie dochodzi do poczęcia dziecka, ponieważ akt seksualny odbywa się w czasie owulacji kobiety z zachowaniem kilkudniowej wstrzemięźliwości w celu poprawy jakości nasienia. Jeśli jednak nie doszło do spodziewanej ciąży, lekarz prowadzący podejmuje decyzję co do dalszego postępowania leczniczego farmakologicznego, czy też chirurgicznego [9, 10].

Etap przywrócenia prawidłowego cyklu

W ostatnim etapie mamy do czynienia z postępowaniem czysto medycznym odbywającym się w klinice Naprotechnologii. Nawet kilka razy w tygodniu partnerzy spotykają się z lekarzem, prowadzą dalsze obserwacje i poddają się ukierunkowanemu leczeniu. Głównym celem jest tu uregulowanie gospodarki hormonalnej w organizmie kobiety oraz ewentualne leczenie chirurgiczne innych anatomicznych nieprawidłowości. Opieka lekarza Naprotchnologa obejmuje także dziewięciomiesięczny czas ciąży, od momentu stwierdzenia poczęcia, aż do szczęśliwego rozwiązania [9].

Skuteczność Naprotechnologii

Wskaźnik ciąż po leczeniu metodą Naprotechnologii z powodu niepłodności, w przedziałach czasowych:

- do 12 miesięcy od rozpoczęcia leczenia doszło do 44% poczęć,
- do 24 miesięcy od rozpoczęcia leczenia doszło do 62% poczęć,
- do 48 miesięcy od rozpoczęcia leczenia doszło do 71% poczęć.[7,11]

Skuteczność leczenia niepłodności w wyniku endometriozy:

- 45% do 12 miesięcy,
- 65% do 24 miesięcy,

- 78% do 36 miesięcy.[7,11]

Skuteczność leczenia niepłodności, której przyczyną był zespół policystycznych jajników:

- 40% po 12 miesiącach,
- 65% po 24 miesiącach,
- do 90% po 48 miesiącach [7, 11].

Skuteczność leczenia metodą Naprotechnologii w porównaniu do metody In vitro, w zależności od przyczyn niepłodności:

- brak owulacji - 81,8% poczęć,
- Zespół Policystycznych Jajników - 62,5% poczęć,
- endometrioza - 56,7% poczęć,
- niedrożności jajowodów 38,4% [7, 11]

W przypadku stosowania metody In vitro analogicznie uzyskano od 21 do 27% poczęć na kobietę (wyniki badań prowadzonych w latach 1986-2001) [7, 11].

Naprotechnologia jest więc 2,67 razy bardziej skuteczna niż In vitro dla endometriozy, 2,36 razy dla Zespołu Policystycznych Jajników i 1,41 razy dla niedrożności jajowodów. W badaniach prowadzonych w Irlandii, w latach 1998-2002 brało udział 1239 par małżeńskich leczących się z powodu niepłodności. Średni wiek kobiet badanych wynosił 35,8 lat, a średnia długość trwania niepłodności 5,6 roku. Z pośród tych par 33% wcześniej było leczonych Technikami wspomagania rozrodu In vitro. Wskaźnik ciąż uzyskanych po leczeniu metodą Naprotechnologii wyniósł 52%. Udało się również pomóc około 30% par po nieskutecznym leczeniu metodą In vitro [7, 11].

Przedstawione wyniki przedstawiają równocześnie wartości dotyczące ciąż zakończonych porodem. Ponieważ w metodzie Naprotechnologii chodzi właśnie o żywego człowieka od starań, po przez poczęcie aż do szczęśliwego rozwiązania. Istotne jest to również podczas porównywania tych danych z informacjami o skuteczności technik wspomaganego rozrodu ART, ponieważ statystyki na ten temat odnoszą się tylko i wyłącznie do liczby poczęć [9].

Metoda Naprotechnologii ma również szerokie grono przeciwników. W. Kuczyński, prezes Sekcji Płodności i Niepłodności Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego przedstawia wobec tej metody dwa zarzuty. Pierwszy z nich dotyczy konieczności współpracy z instruktorem CrMS, który nie musi mieć wykształcenia medycznego, co sprawia że może nie mieć wystarczających kompetencji. Właśnie brak tego wymogu budzi największe kontrowersje w środowisku lekarzy ginekologów. Drugi zarzut dotyczy zaś

ekonomii. Uważa się bowiem, że każdy ginekolog może równie dobrze wytłumaczyć kobiecie podczas darmowej wizyty jak przebiega jej cykl miesięczny, więc praca z instruktorem stanowi dodatkowy i niepotrzebny koszt. [12]

Na stronie wizytowej Stowarzyszenia „Nasz Bocian" na rzecz leczenia niepłodności i wspierania adopcji, nazywającej się PRO In Vitro przedstawiono wiele argumentów przeciwko Naprotechnologii. Jednym z nich jest problem takich zaburzeń i chorób, których nie da się leczyć inaczej jak poprzez zapłodnienie pozaustrojowe. Anonimowi autorzy wymieniają tutaj ciężką kryptozoospermię, czyli śladową ilość plemników w dawce nasienia (ejakulacie), mechaniczną niepłodność kobiecą (np. brak macicy, jajników, jajowodów lub pochwy), czy też nieodwracalne zmiany endometriotyczne. Uznaje się, iż w 60% schorzeń i zaburzeń Naprotechnologia pozostaje bezskuteczna i niewłaściwie stosowana [13].

Naprotechnologia jest na tyle młodą i mało popularną metodą, że nie doczekała się jeszcze rzeczowej krytyki w polskim piśmiennictwie naukowym.

Etyka Naprotechnologi

Naprotechnologia jest nowym, innym spojrzeniem na problem leczenia niepłodności. Intencją jej twórców było opracowanie takich metod, sposobów leczenia i postępowania, które w pełni utożsamiałyby się z poglądami i nauką Kościoła Katolickiego. Porównywana wciąż do metod sztucznego zapłodnienia, mimowolnie została postawiona w opozycji do In vitro. Zaczęto nazywać ją alternatywą do In vitro, co jest różnie postrzegane przez środowisko medyczne. Część lekarzy uważa, iż jest to błędne stwierdzenie, inni zaś twierdzą iż Naprotechnologia może stanowić alternatywę dla tych par, dla których metody wspomaganego rozrodu budzą rozterki wewnętrzne i godzą w ich światopogląd. Jednak niezależnie od trafności medycznego zastosowania, Naprotechnologię można poddać etycznej ocenie.

Przede wszystkim osoby trzecie zaangażowane w procedurę Naprotechnologii, czyli Instruktorzy i personel medyczny opiekujący się parami starającymi się o dziecko wykazują wobec nich podmiotowe podejście. Podczas sesji z instruktorami, zawsze większą wagę przykłada się do kobiety i mężczyzny niż do spodziewanego dziecka, gdyż traktuje się ich małżeństwo jako strukturę nierozerwalną, jako jedność ciał i dusz. Małżonkowie, którzy poddali się Naprotechnologii po nieudanych próbach In vitro jednogłośnie przyznają, że dopiero wtedy, poczuli się traktowani z należnym człowiekowi szacunkiem [14].

Metoda Naprotechnologii jest przeznaczona z założenia dla par będących małżeństwem. Nierozerwalne małżeństwo stanowi bowiem stabilny fundament dla

wychowania i rozwoju poczętego dziecka. Zaś rodzicielstwo pomaga kochającemu się małżeństwu rozwijać ich miłość i pieczętować ich związek wspólnym potomstwem.

W Naprotechnologii dużą uwagę przykłada się również do szacunku i troski wobec ciała ludzkiego. Pobieranie nasienia męskiego odbywa się w warunkach jak najbardziej zbliżonych do naturalnych. Małżonkowie używają specjalnie przygotowanego próbnika, podobnego do prezerwatywy, aby móc odbyć pełen stosunek seksualny w warunkach domowych. Następnie w ciągu trzech godzin przewożą próbkę do badania. Innym przykładem traktowania człowieka z godnością jest sam fakt wnikliwej obserwacji organizmu kobiety przed podjęciem jakiegokolwiek leczenia [10, 11].

Ochrona życia ludzkiego jest celem nadrzędnym w Naprotechnologii. Całe postępowanie diagnostyczne i lecznicze skupia się na tym by po zapłodnieniu, rozwijające się życie miało stworzone jak najlepsze warunki do rozwoju prenatalnego i szczęśliwego zakończenia ciąży porodem zdrowego dziecka. Stąd też w tej metodzie nie ma miejsca na tworzenie zarodków ich badanie, częściowe wykorzystywanie do celów prokreacyjnych i zamrażanie, co nie jest nadal do końca uregulowane w polskim prawodawstwie. Poczęcie dziecka mam być jak najbardziej zbliżone do naturalnego, bez ingerencji w manipulację embrionami ludzkimi, bez wchodzenia w rolę samego Boga Stwórcy. Każde poczęte dziecko, jest traktowane jako bezcenny dar, indywidualna jednostka posiadająca pełnię praw przysługujących człowiekowi. A przede ochrony jego życia od poczęcia aż do naturalnej śmierci. [15, 16, 17, 18, 19].

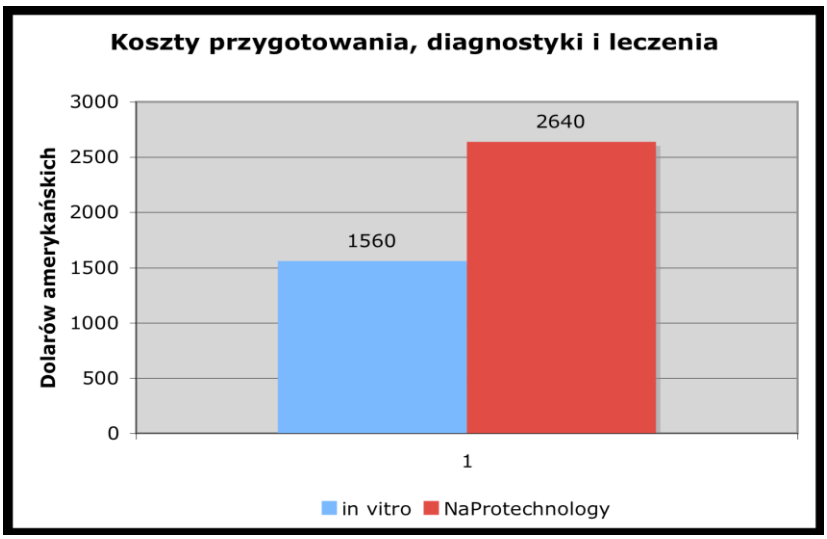
Ekonomia Naprotechnologii

Należy uwzględnić, że metoda Naprotechnologii składa się z poszczególnych etapów: szkoleniowego, diagnostycznego i leczniczego, oraz oczekiwania na poczęcie po leczeniu od 18 do 24 miesięcy. W tym czasie rozkładają się koszty finansowe ponoszone przez pacjentów. Wydatki na szkolenia, diagnostykę i leczenie jakie możemy w tej chwili oszacować w warunkach polskich wynoszą:

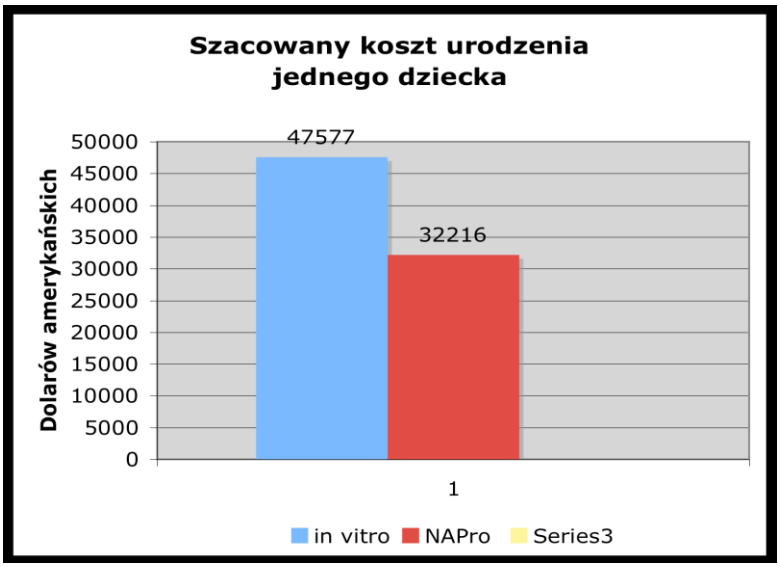
- Etap szkolenia:
    - materiały szkoleniowe ok. 200 zł
    - koszty szkoleń od 800 do 1200zł
- Etap diagnostyczno – leczniczy :
    - Koszty wizyt lekarskich (ok. 4 wizyt w ciągu roku, wizyta trwa od 45-60 min) ok.4x 250 zł

- Badania dodatkowe: laboratoryjne i hormonalne, ultrasonograficzne, monitorowanie owulacji. Podstawowa diagnostyka, czyli co najmniej 8 badań hormonów ok. 200zł, a następnie w każdym cyklu 2 badania, czyli 50 zł. Badania USG wynoszą 80-200zł. Ilość badań dodatkowych zależy od indywidualnych potrzeb danej pary, dlatego koszty mogą wzrosnąć nawet do 1500-2000 zł w ciągu roku.
- Koszty leczenia szpitalnego są trudne do oszacowania, są one refundowane przez NFZ jednak nie pokrywają rzeczywistych kosztów ponoszonych przez szpital i personel medyczny. Gdy zachodzi konieczność przeprowadzenia zabiegu operacyjnego, dochodzą: dodatkowe koszty chirurgii laserowej oraz profilaktyki przeciw wzrostowej [20].

Porównując te koszty do tych ponoszonych podczas stosowania procedury In vitro, rozkładają się następująco: (na rycinach 1 i 2 dokonano porównania w dolarach amerykańskich, dlatego z polskiej perspektywy możemy dokonać jedynie szacunkowego porównania)



Rycina 1 . Etap I. Przygotowanie do leczenia i leczenie. Źródło: [8]



Rycina 2. Szacowany koszt urodzenia jednego dziecka. Źródło [20]

Cel pracy

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie rzetelnych informacji na temat zaburzeń płodności kobiet i mężczyzn oraz sposobów leczenia. W szczególności zaś dokładny opis metody leczenia niepłodności jaką jest Naprotechnologia, na postawie aktualnego piśmiennictwa. A także poznanie opinii i poglądów na temat Narotechnologii w grupie zawodowej lekarzy ginekologów w kontekście płci, wieku, stażu pracy, miejsca wykonywania zawodu i przynależności do związku wyznaniowego.

Materiał i metoda

Badania prowadzono w okresie od 01.11.2011 roku do 30.05.2012 roku w szpitalach i poradniach ginekologicznych na terenie województwa Wielkopolskiego. Wzięło w nim udział 80 lekarzy ginekologów w różnym przedziale wiekowym, z różnym stażem pracy, wykonujących swój zawód w szpitalach, poradniach, gabinetach prywatnych i prezentujących różne wyznania religijne. Respondentów poinformowano o celu przeprowadzanych badań, dobrowolności udziału w nich i bezwzględnej anonimowości.

Podstawową metod a badawczą był sondaż diagnostyczny z użyciem techniki ankietowej. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji, opracowany dla przedstawionego celu badań, zawierający 17 pytań o charakterze zamkniętym, jednokrotnego wyboru i jedno pytanie wielokrotnego wyboru.

Właściwe pytania ankietowe poprzedzała metryczka, dotycząca płci, wieku, miejsca zamieszkania, miejsca wykonywania zawodu, stażu pracy w zawodzie ginekologa i przynależności do określonego związku wyznaniowego.

Pozostałe pytania dotyczyły Naprotechnologii jako metody diagnostycznej i leczniczej w niepłodności małżeńskiej. Miały one umożliwić poznanie poglądów i opinii lekarzy ginekologów na ten temat. A także dostarczyć informacji czy stosują, bądź chcieliby stosować daną metodę, czy uważają ją za „kradzież czasu rozrodczego kobiety", czy bardziej cenią sobie skuteczność metody In vitro? A także jaka jest skala rozpoznawanych zaburzeń płodności wśród ankietowanych lekarzy.

W badaniu wykonano analizy statystyczne z zastosowaniem programu IBM SPSS Statistics 20,0. W celu zbadania związku wykonano Tabele krzyżowe dla zmiennych mierzonych na skalach nominalnych. Różnicę liczebności grup szacowano za pomocą testu Chi2. W badaniu własnym przyjęto poziom istotności $p<0,05$.

Wyniki i omówienie

„*Miarą cywilizacji- miarą uniwersalną, ponadczasową, obejmującą wszystkie kultury – jest jej stosunek do życia. Cywilizacja, która odrzuca bezbronnych zasługuje na miano barbarzyńskiej. Choćby nawet miała wielkie osiągnięcia gospodarcze, techniczne, artystyczne oraz naukowe*." (Z homilii Jana Pawła II w sanktuarium św. Józefa w Kaliszu, 4 czerwca 1997 roku).

Pracę tę zaczynam i kończę słowami Ojca Świętego Jana Pawła II, jako największego obrońcy życia naszych czasów. I choć nie ma go już na tej ziemi to nadal docierają do nas jego słowa zapisane na kartach dzieł, które napisał. Encyklika „*Evangelium Vita"* napisana została w duchu ochrony najsłabszych i bezbronnych, poczętych, a nie narodzonych. Jan Paweł II wzywa nas w niej i nie tyko do bezwzględnej obrony życia ludzkiego na każdym jego etapie [6].

Tak wiele istnień ludzkich ginie, mimo iż mają wszelkie predyspozycje ku temu by żyć. Ale poczęte w nieodpowiednim momencie, w nieodpowiednich okolicznościach, czy przez nieodpowiednie osoby, tracą swą szansę na życie i są mordowane.

Paradoksalnie, cały ogrom kochających się małżeństw, pragnących z całego serca potomka. Posiadających odpowiednie zaplecze materialne i emocjonalne, nie może się go doczekać. Szukają wtedy pomocy wśród lekarzy ginekologów i mimo dylematów moralnych i etycznych godzą się na bardzo wiele by urodzić upragnione dziecko będące owocem ich miłości, posiadające połowę genomu od każdego rodzica.

Stopa narodzin w europie od ponad 30 lat utrzymuje się na bardzo niskim poziomie. By utrzymać bilans demograficzny każda powinna urodzić przynajmniej dwójkę dzieci (2,1). W Niemczech aktualnie na jedną kobitę przypada 1,36 dziecka i podobnie jest w większości

krajów Europejskich. Prognozy naukowców wykazują, że 2050 roku na trzech Europejczyków, dwóch będzie powyżej 60 roku życia.

Nasze społeczeństwo starzeje się w zastraszającym tempie, a jeśli doliczyć do tego ciągle powiększającą się skalę niepłodności, to rokowania co do przyszłości Europy o całego Świata mogą być co najmniej niepokojące. Przez Światową Organizację Zdrowia WHO niepłodność została określona jako choroba, dotykająca zarówno kobiet jak i mężczyzn. Szacuje się, że dotyczy ona ok. 15-20% par małżeńskich [21]. Dla tych par, które w swych staraniach o dziecko nie godzą się na techniki wspomaganego rozrodu, alternatywą może być Naprotechnologia, nowoczesna dziedzina medycyny ginekologicznej, specjalizująca się w leczeniu niepłodności i innych zaburzeń ginekologicznych, w pełni zgodna z nauką kościoła katolickiego. Umożliwia poczęcie zdrowego dziecka wyłącznie w hierarchii z naturą. Dziedzina ta choć istnieje już od 30 lat, w Europie znana jest od około 10 lat, a w Polsce dopiero zaczyna być dostępna [6].

Stąd moje zainteresowanie tym tematem, chęć podjęcia badań inspirowana była poznaniem rzeczywistej możliwości stosowania metody Naprotechnologii poprzez poznanie opinii lekarzy ginekologów w tej kwestii. Oczywiście w Polsce istnieją już ośrodki lecznicze takie jak Klinika „Macierzyństwo i życie" doktora Macieja Barczentewicza w Lublinie, które ukierunkowane są właśnie na leczenie tą metodą. Jednak wśród ogółu lekarzy ginekologów, opinie na temat Naprotechnologii są podzielone i niejednokrotnie sceptyczne.

Badania zostały przeprowadzone w szpitalach i poradniach ginekologicznych w województwie wielkopolskim. Wzięło w nich udział 80 lekarzy ginekologów. Narzędziem badawczym była anonimowa ankieta własnej konstrukcji, składająca się z 18 pytań, pozwalających na poznanie opinii respondentów na temat Naprotechnologii.

Ze względu na fakt, iż Naprotechnologia jest jeszcze mało popularną dziedziną naukową i nie doczekała się rzeczowej krytyki w polskim piśmiennictwie naukowym, nie prowadzono również wcześniejszych badań naukowych, z którymi mogłabym porównać własne.

Prowadzone przeze mnie badania wykazały w większości negatywny stosunek lekarzy ginekologów do Naprotechnologii. Zdecydowana większość z nich zadeklarowała znajomość tej metody, lecz nie zgadzają się oni z opinią by mogła ona zastąpić metodę In vitro w leczeniu niepłodności. Uważają, iż jest ona mniej efektywna niż In vitro. Nie podzielają również opinii, by w wyniku zapłodnienia metodą In vitro zdarzało się więcej wad wrodzonych niż w przypadku zapłodnienia przy pomocy metody Naprotechnologii.

Większość lekarzy zadeklarowała, iż w przypadku rozpoznania niepłodności u diagnozowanej pary nie poleciłaby ani metody In vitro ani metody Naprotechnologii jako metody leczniczej pierwszego rzutu.

Badania nie wykazały zależności między opinią na temat Naprotechnologii, a płcią, wiekiem, czy przynależnością do określonego związku wyznaniowego. Zdecydowana większość respondentów uważa, ze fakty przemawiają za niską skutecznością Naprotechnologii.

Ankietowani lekarze znają zasady funkcjonowania metody Naprotechnologii, jednak uważają, iż metoda ta nie jest wystarczająca do przywrócenia płodności kobiety i nie oferuje skutecznego rozwiązania dla niektórych przyczyn niepłodności.

Wśród większości ankietowanych lekarzy ginekologów roczne statystyki odnośnie rozpoznawania niepłodności nie przekraczają 20 z diagnozowanych par.

Zaprezentowane wyniki badań z całą pewnością nie pozwalają na odniesienie do ogólnej populacji lekarzy ginekologów w województwie wielkopolskim i całym kraju, gdyż Naprotechnologia jest wąską dziedziną wiedzy, którą zajmuje się niewiele wyspecjalizowanych w tym sposobie diagnozowania i leczenia niepłodności, ośrodków w Polsce. Jest również jeszcze bardzo mało popularna w porównaniu do innych technik wspomagania rozrodu jak np.: In vitro, które zostały szeroko zaprezentowane w wielu Polskich i zagranicznych publikacjach i są powszechnie stosowane w dużej liczbie szpitali, klinik i gabinetów prywatnych. I choć w ostatnim czasie o Naprotechnologii w Polsce mówi się coraz więcej i organizowanych jest wiele konferencji na ten temat, to sceptycyzm i ostrożność wielu ginekologów hamuje jej rozwój na szeroką skalę.

Myślę jednak, że jeśli nie lekarze specjaliści to szeroki krąg par bezskutecznie starających się o dziecko, prędzej czy później rozpropaguje Naprotechnologię wśród społeczeństwa, a wtedy cały świat medyczny otworzy się na tą metodę, a przynajmniej przestanie być wobec niej obojętny.

Wnioski

1. Lekarze ginekolodzy w większości posiadają sceptyczny, ostrożny a nawet negatywny stosunek do metody Naprotechnologii jako techniki diagnozowania i leczenia niepłodności.
2. Większość ankietowanych uważa że Naprotechnologia nie może być alternatywą dla In vitro.

3. Lekarze biorący udział w badaniu bardziej cenią efektywność i skuteczność metody In vitro niż Naprotechnologii.
4. Według respondentów metoda Naprotechnologii nie może w pełni zastąpić metody In vitro.
5. Po zdiagnozowaniu niepłodności u pary pacjentów lekarze jako metodę pierwszego rzutu w leczeniu zaburzeń płodności zastosują inną niż In vitro czy Naprotechnologia.

Piśmiennictwo

1. Kopaliński K.: Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych. Wydawnictwo Wiedza Powszechna, Warszawa, 1988.
2. Krasnodębski J, Ćwiklicki J.: Zapłodnienie pozaustrojowe – temat nadal aktualny. Ginekol. Prakt., 2009, 1, 36-39.
3. Makara-Studzińska M., Morylowska-Topolska J., Wdowiak A., i wsp.: Lęk i depresja u kobiet leczonych z powodu niepłodności. Prz. Menopauz., 2010, 6, 414-418.
4. Biblia tysiąclecia. Wydanie IV. Wydawnictwo Pallottinum, Poznań, 1996.
5. Orzeszyna J.: Technologiczno-moralny aspekt niepłodności w małżeństwie. Wydawnictwo PAT, Kraków, 2005.
6. Piotrowski M.: …Wybierz więc życie. Wydawnictwo AGAPE, Poznań, 2010.
7. Hilgers W. T.: The Medical Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY , Pope Paul VI Institute Press, Omaha, NE, 2004.
8. Barczentewicz M.: NaProTechnology- skuteczność i możliwość jej wykorzystania w Polsce. Opinia zlecona. Biuro Analiz Sejmowych. Lublin, 2009.
9. Wiater E.: NaPro. Naprotechnology®. Ekologia płodności, Wydawncitwo eSPe, Kraków, 2009.
10. Barczentewicz M., Boyle P., Dzioba A., i wsp. : Zdrowie prokreacyjne NaProTECHNOLOGY w diagnozowaniu i leczeniu niepłodności. Wydawnictwo Drukarnia Bonami, Poznań, 2010.
11. Stanford J.B, Parnella T.A, Boyle P.C. : Outcomes From Treatment of Infertility With Natural Procreative Technology in an Irish General Practice. J. Am. Board Fam. Med., 2008, 21, 375–384.
12. Kuczyński Z. Naprotechnologia kontra in vitro http://www.rynekzdrowia.pl/Poloznictwo-i-ginekologia/Naprotechnologia-kontra-in-vitro,6567,9.html, data pobrania 9.03.2010.

13. Co to jest naprotechnologia, http://www.proinvitro.pl/co-to-jest-naprotechnologia, data pobrania 9.03.2010.
14. My Wy Oni, Co to jest naprotechnologia*?*, Program publicystyczny Telewizji Polskiej http://www.tvp.pl/religia/programy-katolickie/my-wy-oni/wideo/co-to-jest-naprotechnologia., data pobrania 9.03.2010.
15. Hilgers T.: Creighton Model System: Zrozumieć płodność, wykład wygłoszony podczas konferencji NaProTechnology®-Lublin 2009 w Lublinie, 12.09.2009.
16. Gajewski P." Dylematy etyczne w praktyce lekarskiej – czy lekarz może tworzyć i niszczyć ludzkie embriony? Wprowadzenie. Med. Prakt., 2010, 6, 121-123.
17. Wróbel W.: Zapłodnienie In vitro i pozyskiwanie komórek macierzystych z ludzkich embrionów – na co pozwala polskie prawo. Med. Prakt., 2010, 6, 168-173.
18. Muszala A.: Jakość życia czy świętość życia. Med. Prakt., 2007; 11: 144-146.
19. Haberko J.: Głos w dyskusji: Techniki wspomaganego rozrodu- problemy prawne i ich konsekwencje. Ginekol. Prakt., 2005, 87, 38-40.
20. Chyra T. Porównanie kosztów i zysków naprotechnologii i in vitro. Nasz dziennik; 2008, 21, 14-17.
21. Sołtysiak E.: Niepłodność kobieca. Wyniki badania histerosalpingografii u kobiet w województwie mazowieckim, leczonych z powodu niepłodności. Ginekol. Prakt., 2008, 1, 33-35.

Kowalewska Beata[1,2], Truszkowska Ewelina[2], Klimaszewska Krystyna[1], Jankowiak Barbara[1,2], Oleszczuk Tadeusz[2], Rolka Hanna[1,2], Ortman Elżbieta[2], Krajewska –Kułak Elzbieta[1], Kondzior Dorota[1], Niedźwiecka Barbara[2]

Przeszczepianie narządów w opinii społeczeństwa na przykładzie studentów – podstawy teoretyczne

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Instytut Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

Wstęp

Słowo „transplantacja" pochodzi z języka łacińskiego od czasownika „transplantare", która oznacza czynność polegającą na przeszczepieniu lub przesadzeniu [1]. Powstało ono ze złożenia łacińskiego „trans" oznaczającego „ za, poza, z tamtej strony" oraz „plantatio" oznaczające sadzenie roślin [1].

Inna definicja transplantacji mówi, że jest to „postępowanie chirurgiczne polegające na przemieszczaniu tkanki lub narządu w miejsce narządu brakującego, ubytku lub uszkodzenia prowadzącego do daleko posuniętej niewydolności" [2].

Należy nadmienić za Guzik-Makaruk [1] oraz Wałaszewskim i Stryjenką – Rowińską [3], że transplantacja może dotyczyć przemieszczania narządu lub jego części w obrębie ciała jednej osoby lub z osobnika na osobnika w obrębie tego samego gatunku, czy nawet pomiędzy różnymi gatunkami.

Biorąc pod uwagę powyższą definicję oraz odmienność genetyczną dawcy i biorcy literatura przedmiotu dzieli transplantacje na:

- **autogeniczne (autologiczne) -** przeszczep dokonywany jest w obrębie jednego osobnika, który jest jednocześnie dawcą i biorcą tkanki
- **synergiczne (izogeniczne, izologiczne) –** przeszczep dotyczy osobników (dawcy i biorcy) identycznych genetycznie (bliźnięta jednojajowe)
- **ksenogeniczne (heterologiczne) –** przeszczep wykonywany jest pomiędzy dawcą i biorcą należącymi do różnych gatunków (transplantacje odzwierzęce)
- **alogeniczne (homogeniczne) –** najczęściej wykonywany rodzaj transplantacji, gdzie dawca i biorca są rożnymi genetycznie osobnikami, jednak w obrębie tego samego gatunku [1, 4].

Ponadto, Guzik-Makaruk [1] dzieli przeszczepy, z uwagi na przedmiot transplantacji i wyróżnia tu:

- transplantacje organów
- transplantacje tkanek (np. szpik kostny)
- transplantacje komórek

Biorąc pod uwagę miejsce przeszczepienia tkanki czy narządu wyróżniamy transplantację:

- **ortotopową** – miejsce przeszczepu jest anatomicznie zgodne, ale nie jest wymagana zgodność histologiczna, np. przeszczep zastawki serca
- **heterotopową** – brak zgodności anatomicznego położenia przeszczepianego organu, np. przeszczep trzustki
- **izotopową** – występuje zarówno zgodność miejsca przeszczepu, jak również zgodność tkankową [1].

Za podstawowy, ogólny podział transplantacji można uznać, za Guzik – Makaruk [1], podział pod kątem pochodzenia organu, tj przeszczepy:

- **ex vivo –** dawcą jest żywy organizm
- **ex mortuo** – dotyczy pobrania komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich (warunkiem niezbywalnym jest poprzedzające, nie budzące wątpliwości stwierdzenie śmierci osobniczej).

Poszukując historycznych wzmianek o transplantacji możemy sięgnąć nawet do Biblii, tam bowiem znajdujemy opis powstania Ewy z żebra Adama. Zauważamy tu trudny do wytłumaczenia, jak na owe czasy aspekt darowania organów drugiemu człowiekowi, aby powołać czy przywrócić go do życia. Według niektórych legend święty Antoni Padewski, jako pierwszy dokonał przeszczepienia stopy żołnierzowi, która została odcięta przez miecz, oraz odtworzył pierś młodej kobiecie. Natomiast Święty Kosma i Damian w 280 r. p.n.e dokonali przeszczepienia kończyny dolnej pobranej ze zwłok, przez co zostali uznani za patronów lekarzy i chirurgów oraz za patronów medycyny transplantacyjnej. Według niektórych przekazów Tsin Yue Jen w 407-310 r. p.n.e. dokonał przeszczepienia serca, wymieniając go u dwóch żołnierzy, a Hua To w 136- 208 r.n.e. dokonał przeszczepu narządów jamy brzusznej [cyt za 1].

Pomijając wizje i marzenia wielu chirurgów o transplantacji narządów, a skupiając się na rzeczywistych dokonaniach, za początek nowoczesnej ery transplantacji można uznać wiek XX. Należy podkreślić, że rozwój ten był możliwy tylko dzięki temu, iż przez wiele poprzedzających lat dokonywano mniej lub bardziej udanych eksperymentów na zwierzętach

[1]. Przykładem jest tu Alexis Carell, który na początku XX wieku opracował technikę szwu naczyniowego oraz wykonał przeszczepienie nerki u królika, a wraz z Guthriem- heterotropowego przeszczepienia serca [5]. Nie są to jednak jedyne zasługi Carella. Opracował także zasady krążenia pozaustrojowego, technikę operacyjnego leczenia tętniaków serca oraz zasady pozaustrojowego zabezpieczenia narządów przez zmianami wynikającymi z niedokrwienia [5]. Carell doskonalił również metody chirurgii naczyniowej, co miało ogromne znaczenie dla dalszego rozwoju transplantologii [6].

O intensywności prac z zakresu transplantologii świadczy fakt, że w latach 1901- 2002 przyznano 93 nagrody Nobla z dziedziny medycyny i fizjologii, z czego 11 dotyczyło osiągnięć z zakresu transplantologii. Na szczególną uwagę w tej grupie zasługuje Thomas Starz, który jako pierwszy na świecie rozpoczął przeszczep wątroby, wprowadził nowe sposoby immunosupresji oraz prowadził badania kliniczne [5].

Pierwszym narządem, który został przeszczepiony człowiekowi ze względu na prostą anatomię unaczynienia, łatwość oceny czynności oraz ze względu, iż jest to narząd parzysty, była nerka [5]. Jednak współczesne osiągnięcia medycyny transplantacyjnej możliwe były dzięki badaniom naukowym, prowadzonym w zakresie**:**

- immunologii transplantacyjnej
- poznaniu mechanizmów niedokrwiennego uszkodzenia narządów
- opracowaniu sposobów zapobiegania niedokrwiennego uszkodzenia narządów
- udoskonaleniu stosowanych schematów leczenia immunosupresyjnego
- poznaniu wczesnych i odległych powikłań stosowania immunosupresji w tym zakażeń bakteryjnych, grzybiczych i wirusowych
- opanowaniu nowych technik chirurgicznych
- udoskonaleniu przechowywania narządów [5].

W 1936 roku Voronoy przeszczepił nerkę pobraną od osoby zmarłej, choremu z niewydolnością nerek. Narząd ten podjął czynność wydalniczą jednak funkcjonował tylko kilka dni [5]. Natomiast w 1954 roku John Merril, Joseph Mural oraz Hartywell Harrisom wykonali pierwszy przeszczep nerki między dawcą i biorcą, którzy byli bliźniakami jednojajowymi. Pacjent powrócił do zdrowia, zmarł 8 lat później z powodu zapalenia nerek. Operacja ta uważana jest za punkt zwrotny w historii przeszczepienia narządów. Rok 1963 był dla Janes Hardy przełomowym, gdyż dokonał przeszczepu płuca, podobnie jak dla Williama Waddella i Thomasa E. Starzla, którzy dokonali przeszczepienia wątroby [5].

Pierwszego przeszczepu serca u pacjenta (chory zmarł po 18 dniach od zabiegu z powodu zapalenia płuc), dokonał w 1967r. Christiaan Barnard [5], zaś w 1969 roku W. Lillehei dokonał próby jednoczesnej transplantacji serca i płuc u 43-letniej osoby, niestety zakończonej niepowodzeniem [7].

Polska transplantologia również posiada w swojej historii znamienite zasłużone i znaczące osobowości. W 1969 r. Jan Moll dokonał pierwszego w Polsce przeszczepienia serca pobranego od osoby zmarłej, zabieg ten również zakończył się niepowodzeniem. Zaś udanego przeszczepu serca dokonał w 1986 roku profesor Zbigniew Religa.

Pod kierownictwem profesora Jana Nielubowicza zespół chirurgów dokonał udanego przeszczepu nerki w roku 1966 w I Klinice Chirurgii Akademii Medycznej w Warszawie. Udany przeszczep wątroby w Polsce u dziecka odbył się w 1990 roku i był dokonaniem profesora Kalicińskiego, a pierwszy, zakończony powodzeniem przeszczep wątroby u osoby dorosłej odbył się w 1994 roku, a wykonany był przez profesora Michałowicza [7].

Rok 1958 zaowocował odkryciem 6- Mercaptopurin, który okazał się być pierwszym lekiem o właściwościach immunosupresyjnych. Zaczęto stosować powyższy preparat w celu przeciwdziałania reakcji organizmu powodującej odrzucenie przeszczepu [5]. Poznanie działania lub odkrycie nowych substancji chemicznych mających zastosowanie w transplantologii spowodowało, że przeszczepianie narządów wpisało się na stałe do działań medycznych, jako metoda leczenia schyłkowej niewydolności narządów i ratująca ludzkie życie. Znamiennym tego przykładem jest Cyclosporin A, substancja białkowa, wydzielana przez trujący grzyb, która w 1983 roku została dopuszczona do użytku jako preparat zapobiegający odrzuceniu przeszczepu. Współcześnie codziennością stały się niektóre z zabiegów chirurgicznych i często nie zdajemy sobie nawet sprawy, że są to zabiegi transplantacyjne. Wystarczy wymienić tu autoprzeszczepy w postaci baypassów, przeszczepów skóry czy ścięgien, których zasadniczą zaletą jest znikome ryzyko ich odrzucenia z uwagi na to, że odbywają się one w obrębie jednego organizmu. To właśnie ryzyko odrzucenia przeszczepu oraz ograniczenia współczesnej medycyny w postaci nieumiejętności ponownego połączenia organu czy podtrzymania jego funkcji poza organizmem dawcy do momentu wszczepienia (np. mózg) stanowią barierę w transplantacji. Pomimo znacznego ryzyka odrzucenia przeszczepu oraz konieczności prowadzenia leczenia immunosupresyjnego transplantacje są źródłem nadziei dla osób, których życie jest zagrożone [6].

Przeszczepianie nerek

W Polsce istnieje możliwość przeszczepienia nerki od dawcy rodzinnego, czyli rodzeństwa, rodziców lub krewnych oraz od osób związanych emocjonalnie, tak jak współmałżonek. Nerkę od osoby obcej można pobrać po uzyskaniu zgody sądu rejonowego, który wydaje orzeczenie po zapoznaniu się z motywacją wnioskodawcy i z opinią Komisji Etycznej Krajowej Rady Transplantacyjnej [8, 9].

Pacjenci ze schyłkową nieodwracalną niewydolnością nerek długotrwale dializowani, są w pierwszej kolejności kwalifikowani do transplantacji nerki [10]. W Polsce dializowanych jest około 12 tysięcy chorych, z czego koło 3000 osób zarejestrowanych jest na liście biorców oczekujących na przeszczep. Średni czas oczekiwania wynosi mniej więcej 3 lata od chwili zgłoszenia [11].

W powszechnej świadomości życie z jedną nerką kojarzone jest z okaleczeniem i życiem pełnym wyrzeczeń, co jest nieprawdą, gdyż nie ma żadnych ograniczeń, dawca narządu prowadzi życie tak samo intensywne, jak każdy przeciętny człowiek [12]. Tak naprawdę człowiekowi w zupełności wystarcza jedna nerka, nie ma żadnych ograniczeń, co do podejmowania wysiłku, ani dotyczących diety [13].

Dawca nerki musi być osobą pełnoletnią i zdrową, która wyraziła pisemną zgodę na pobranie narządu [2, 14]. Jeśli nerka pobierana jest od żywego dawcy, zabieg przeprowadzany jest przez dwa zespoły chirurgów: zespół pobierający narząd i zespół wszczepiający. Czas niedokrwienna nerki wynosi wtedy około 30-60 minut. W momencie pobierania narządu od zmarłego dawcy ustala się układ HLA i spośród oczekujących osób wyszukuje się biorcy o podobnym genotypie [15].

Zabieg przeszczepienia nerki niesie za sobą ryzyko wielu powikłań [16, 17]. Odrzucenie humoralne przeszczepionej nerki w dzisiejszych czasach jest coraz częściej rozpoznawanym problemem klinicznym w transplantologii. Odbywać się może w dowolnym czasie po przeszczepie. Nadostre odrzucenie humoralne występuje częściej w ciągu 24 godzin i zazwyczaj kończy się utratą przeszczepu. Przewlekłe odrzucenie występuje w okresie miesięcy lub lat od zabiegu. Objawia się ubytkiem filtracji kłębuszkowej, często z towarzyszącym białkomoczem [18].

Przeszczepianie serca

Przeszczepienie serca wymaga odpowiedzialnej pracy dwóch zespołów operacyjnych. Jednego, który pobiera narząd, ocenia i kwalifikuje oraz drugiego zespołu, który wycina serce od biorcy, a następnie wszczepia je dawcy [8].

Wskazaniem do przeszczepienia serca jest skrajna postać niewydolności serca nie poddająca się leczeniu farmakologicznym czy chirurgicznym, która zagraża śmiercią w najbliższych

miesiącach [19], spowodowana najczęściej chorobą wieńcową i kardiomiopatią lub wadami wrodzonymi w wieku niemowlęcym [8, 14, 20].

Tak, jak pozostali chorzy oczekujący na przeszczep narządu, kandydaci do przeszczepu serca również wpisywani są na listę osób oczekujących. Okres zimnego niedokrwienia serca jest dość krótki i wynosi około 3 godzin, dlatego proces transplantacji wymaga ogromnej mobilizacji wszystkich osób biorącym w nim udział [14]. Czas od momentu pobrania serca do jego wszczepienia może wynosić 6 godzin, przy stosowaniu ochłodzenia i płynów kardioplegicznych [15].

Przeszczepienie wątroby

Wątrobę pobiera jest najczęściej od dawcy zmarłego wraz z odcinkami żyły głównej dolnej, żyły wrotnej, tętnicą wątrobową z pniem trzewnym i łatą aorty [15]. Głównym wskazaniem do przeszczepienia wątroby jest marskość rozwijająca się na skutek nieodwracalnego uszkodzenia hepatocytów lub chorób cholestatycznych [8, 14].

Kandydatem do przeszczepienia wątroby jest osoba zagrożona utratą życia z powodu jej uszkodzenia w momencie, gdy wszystkie inne metody leczenia zakończyły się niepowodzeniem [14].

Lekarz kwalifikujący pacjenta powinien wiedzieć, czy pacjent ma przeciwwskazania do transplantacji, jaka jest etiologia jego choroby, czy przeszczepienie przedłuży czas lub poprawi komfort życia oraz kiedy wykonać zabieg. Zbyt późna kwalifikacja jest przeciwwskazana. Wieloletnie doświadczenia w przeszczepianiu wątroby udokumentowały, że zabieg powinien być wykonywany u osób, którzy po transplantacji mają szansą na wieloletnie przeżycie, dlatego istnieje potrzeba precyzyjnego momentu kwalifikacji lub ustalenia stopnia niewydolności wątroby i czas jej przeszczepienia. W tym celu stosowana jest skala Childa i Pugha, według której wskazania do zabiegu mają pacjenci z grupy B i C [21] (Tab. I.).

Tabela I. Klasyfikacja Childa i Pucha [21]

Wskaźnik zaawansowania niewydolności wątroby	1pkt	2pkt	3pkt
Stopień encefalopatii	Brak	I-II	III-IV
Puchlina brzuszna	Brak	Łagodna	Nasilona
Stężenie albumin	>3,5 g%	2,8-3,5 g%	<2,8 g%
Czas protrombinowy	1-4	4,1-6	>6
Stężenie bilurbiny	1-2 mg%	2,1-3 mg%	>3 mg%
Punktacja	A (5-6)	B (7-9)	C (10-15)

Jeśli chory nie został zakwalifikowany do żadnego z przyjętych stopni pilności, nie wpisuje się go na listę chorych oczekujących transplantacji. Niedoskonałość różnych klasyfikacji spowodowała wprowadzenie do użycia systemu MELD (*Model End Stage Liver Disease*), który opiera się na uwzględnieniu: stężenia bilirubiny w surowicy, czasu protrombinowego, stężenia kreatyniny w surowicy oraz etiologii choroby [21].

Stosowane klasyfikacje są pomocne w sprawiedliwym podziale narządów do przeszczepu, co jest bardzo ważne zwłaszcza przy niedoborach narządów. Obowiązuje zasada klasyfikacji chorych, którzy z powodu choroby wątroby mają 80% szans na przeżycie pierwszego roku. Musi ona uwzględniać powikłania marskości wątroby. Czas oczekiwania na przeszczep jest wielkim wyzwaniem, dlatego stosunek pacjenta oraz jego rodziny do lekarzy może wahać się od uwielbienia do oskarżeń o celowe opóźnianie przeszczepu [21].

Przeszczepienie płuc

Wykonywanie przeszczepienia płuc przeprowadza się głównie u osób z nieodwracalnym uszkodzeniem płuc, którego przyczyną są choroby układu oddechowego. Mukowiscydoza i rozstrzenie oskrzeli w stadium schyłkowym są również wskazaniem do przeszczepienia [8].

Wskazania do przeszczepu płuc obejmują schorzenia:

- miąższu płucnego: rozedma, przewlekłe POCHP (Przewlekła obturacyjna choroba płuc), mukowiscydoza, rozstrzenie oskrzeli, zwłóknienie płuc, histiocytoza X, sarkoidoza
- naczyń płucnych: pierwotne nadciśnienie płucne, wtórne nadciśnienie płucne, przewlekła zatorowość z nadciśnieniem płucnym [22, 23].

Pozyskanie tego narządu jest dość trudne w porównaniu do innych narządów ze względu na mała liczbę dawców spełniających odpowiednie kryteria. Płuca, jak i serce są najważniejszymi narządami dla podtrzymania funkcji życiowych. Dane statystyczne wskazują, że tylko 10-15% dawców spełniających kryteria jako dawcy serca mogą być również dawcami płuc, związane jest to szczególnie z delikatnością tkanki płucnej na uraz. Płuca są bardzo narażone na stłuczenie, dlatego uraz mechaniczny spowodowany przez wypadek komunikacyjny najczęściej wyklucza pobranie narządu [8].

Ważnym elementem podczas przygotowywania dawcy jest konieczność prowadzenia sztucznego oddychania, trwająca powyżej 5-7 dni zmniejsza szansę wykorzystania płuc do przeszczepienia, gdyż mechaniczna wentylacja upośledza naturalne mechanizmy oczyszczające, czyli produkcję wydzieliny, transport rzęskowy, odkrztuszanie, co sprzyja rozwojowi zakażenia dróg oddechowych [24].

Do 2002 roku na świecie, jak podaje International Society for Hart and Lung Transplantation wykonano 2935 jednoczasowych transplantacji serca i płuc oraz 14588 transplantacji płuc. Przeszczepienie pojedynczego płuca, obu płuc lub serca i płuc stało się jedynym sposobem leczenia wielu chorych. Przeszczep serca i płuc oraz samych płuc daje szansę uratowania życia wielu ciężko chorym. 12-letnie przeżycie po przeszczepie płuc i serca wynosi 23%, roczne przeżycie 63-68%, 5-letnie około 45-50% [25].

Przeszczepienie trzustki

Przeszczep trzustki wynika z nieskuteczności innych sposobów leczniczych [14]. Wczesne przeszczepienie pozwala zapobiec narastającej niewydolności krążenia i skorygować nadciśnienie tętnicze oraz pozwala spowolnić postęp retinopatii i neuropatii cukrzycowej, jak i wtórnej mocznicy [26]. Na cukrzycę na świecie choruje około 200 milionów osób, chorzy na cukrzycę 1 typu stanowią około 10%, w Polsce około 150 tysięcy osób. Objawy cukrzycy 1 typu pojawiają się w momencie, gdy zniszczonych zostaje około 80-90% komórek β wysp trzustki. Hiperglikemia i związane z nią objawy występują, gdy zniszczeniu ulegnie 90% komórek β wysp trzustki [25].

Klasyfikacja chorych polega na wnikliwej ocenie stanu krążenia i na wyeliminowaniu przypadku choroby niedokrwiennej serca, po przebytych udarach mózgu i zaawansowaną miażdżycą naczyń obwodowych. Pobranie trzustki jest zabiegiem dość trudnym, między innymi dlatego, że zwykle wraz z trzustką pobierana jest jednocześnie wątroba, przez co stwarzany jest pewien konflikt, gdyż część naczyń jest wspólna dla obu narządów [27]. Natomiast łączne przeszczepienie trzustki i nerki stabilizuje zmiany z przebiegu retinopatii. [21].

Przeszczepienie jelita

Przeszczep dla chorych z przewlekłą niewydolnością jelit stwarza możliwość normalnego funkcjonowania. Niekiedy trudno jest proponować pacjentom przeszczep jelit, w sytuacji, gdy przeżycie na całkowitym żywieniu parenteralnym przekracza nawet 10 lat.

Pobranie jelit odbywa się w trakcie pobrania wielonarządowego [14] i jest bardzo rzadką operacją [8].

Przeszczepianie szpiku kostnego

Przeszczepienie szpiku obejmuje: pobranie komórek krwiotwórczych, przygotowanie materiału do przeszczepu, przygotowanie biorcy, wykonanie przeszczepienia, leczenia po zabiegu, rehabilitacji oraz leczeniu powikłań. Dawca szpiku dobierany jest na podstawie badania antygenów zgodności tkankowej klasy I i II oraz testów serologicznych i badań mikrobiologicznych [28].

Przed zabiegiem przeszczepienia szpiku pacjent otrzymuje leki kondycjonujące, mające na celu zniszczenie resztek nowotworu, usunięcie szpiku oraz leczenie immunosupresyjne. Śmiertelność pacjentów po przeszczepie szpiku zależy od: rodzaju zabiegu, wieku, stanu pacjenta przed zabiegiem, rodzaju choroby [28]

W Polsce liczba osób, które umierają podczas wypadku i chorób mózgu jest bardzo duża. Gdyby połowie tych osób po zgonie można było pobrać narządy, wówczas pozwoliłoby to na uratowanie życia wielu osobom oczekującym na przeszczep.

Zasadniczą przeszkodą w transplantacji jest brak akceptacji społecznej oraz środowiskowej tego sposobu leczenia pacjentów. Sprzeciw ten wyrażany jest sprzeciwem najbliższej rodziny zmarłego na pobranie narządów czy niezrozumienia pojęcia śmierci mózgowej lub poglądu, że pobranie narządów stanowi akt nieposzanowania zwłok i na koniec nieznajomością przepisów prawnych pozwalających na pobranie narządów [29, 30]. Trzeba pamiętać o tym, że sprzeciw na pobranie narządów po śmierci jest równoznaczny z wyrokiem śmierci dla około 6 osób, które nie mogą doczekać się przeszczepu [30].

W ujęciu klasycznym śmierć występuje wskutek ustania oddychania, krążenia krwi, co oznaczało śmierć człowieka jako całości, lecz nie natychmiastową śmierć wszystkich komórek ciała [8]. W roku 1971 zostały określone kryteria badania klinicznego, które stwierdzały nieodwracalność uszkodzenia pnia mózgu, nazwane punktem bez powrotu (*Point of no return).* Stało się to podstawą, by sformułować nową definicję śmierci mózgu: *„Nieodwracalne ustanie funkcji pnia mózgu oznacza śmierć mózgu jako całości, co nie oznacza śmierci wszystkich komórek mózgu*" [31].

Wśród najczęstszych przyczyn śmierci mózgu wskazuje się [31]:

- krwawienie śródczaszkowe (40- 58%)
- urazy czaszkowo-mózgowe (30-49%)
- guzy ośrodkowego układu nerwowego (4-12%)
- próby samobójcze (4-12%)
- zatrucia (4-12%)
- niedotlenienie (4-12%)
- choroby układu krążenia (4-12%).

Dawca zmarły w mechanizmie śmierci mózgowej oceniany jest pod względem stabilności hemodynamicznej, jak i wydolności poszczególnych narządów i układów [8]. By stan danego narządu był dobry, zmarły musi być dobrze natleniony, zachowana powinna być czynność serca, ciśnienie powinno wynosić powyżej 100 mm Hg [15].

W Polsce istnieje możliwość pobrania narządu od zmarłego tylko po komisyjnym stwierdzeniu śmierci mózgu [8].

Kryteria rozpoznania śmierci mózgu obejmują:

Etap I stwierdza, że chory jest

- w śpiączce
- sztucznie wentylowany
- przyczyna śpiączki jest rozpoznana (np. uraz, wylew)
- wykazano uszkodzenie mózgu pierwotne lub wtórne
- uszkodzenie mózgu jest nieodwracalne wobec wyczerpania możliwości terapeutycznych i upływu czasu.

Etap II obejmuje badania kliniczne:

- brak reakcji źrenic na światło
- brak odruchu rogówkowego
- brak ruchu gałek ocznych
- brak ruchów ocznych spontanicznych
- brak reakcji ruchowych na ból
- brak odruchów wymiotnych i kaszlowych
- brak odruchu oczno-mózgowego [8, 32, 33].

Poza medycznymi kryteriami, wstępna ocena dawcy zmarłego na skutek śmierci mózgowej, opiera się na ocenie według podziału przyjętego przez amerykańską organizację koordynacji pobierania narządów (UNOS):

kategoria A - Dawca stabilny (charakteryzuje krótki pobyt na OIT)

- ze skurczowym ciśnieniem tętniczym powyżej 100 mmHg
- diureza powyżej 100 ml/h
- PaO_2 powyżej 100 mmHg
- OCŻ nie przekraczającym 10cm H_2O [34].

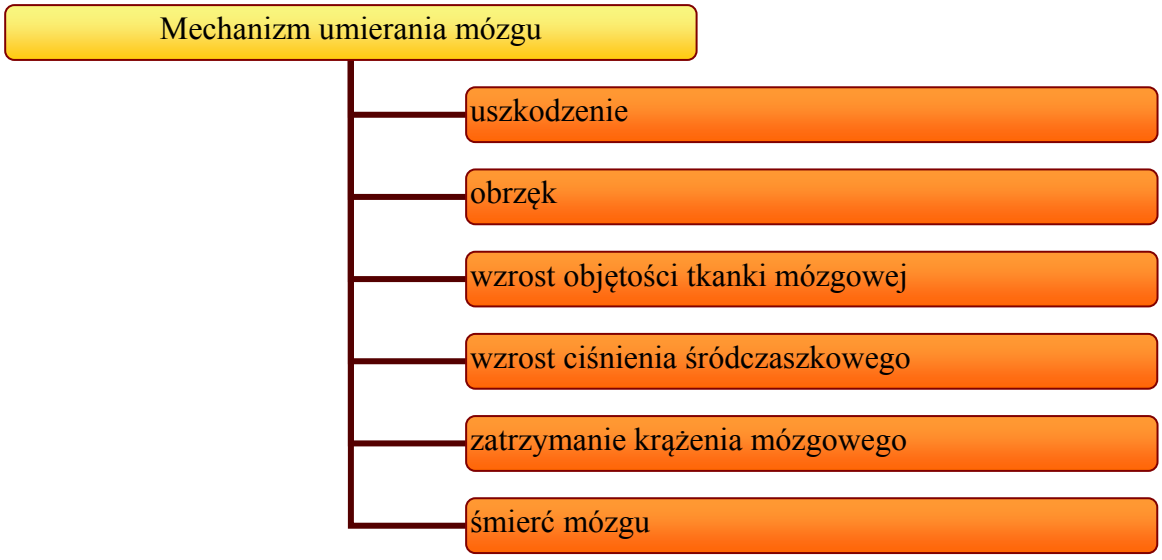
kategoria B - Dawca hemodynamicznie niestabilny **(**charakteryzuje dłuższy pobyt na OIT, śmierć mózgowa występuje w wyniku niepomyślnego leczenia)

- wymaga podawania środków presyjnych, np. dopaminy w celu utrzymania ciśnienia skurczowego powyżej 100 mmHg i prawidłowej diurezy
- wymaga przetaczania krystaloidów i koloidów
- wymaga okresowego oznaczania hemoglobiny, elektrolitów, parametrów równowagi kwasowo-zasadowej oraz gazometrii

kategoria C - Dawca hemodynamicznie niestabilny ze skąpomoczem lub bezmoczem **(**znajdują się w niej dawcy po nieskutecznej reanimacji oraz dawcy grupy A i B po dłuższym opóźnieniu procedury prowadzącej do pobrania narządów)

- konieczność podawania jednego lub kilku środków presyjnych w celu utrzymania ciśnienia skurczowego na poziomie 60 mmHg
- konieczność forsowania diurezy
- pobranie narządów u takiego dawcy ogranicza się tylko do pobrania nerek [3]

Poniższa Rycina 1 przedstawia mechanizm umierania mózgu, co związane jest z wystąpieniem obrzęku, wzrostem objętości tkanki mózgowej, wzrostem ciśnienia śródczaszkowego i zatrzymaniem krążenia. Tkanka mózgowa reaguje obrzękiem na wszystkie urazy, krwawienia śródczaszkowe, niedotlenienie, udary niedokrwienne czy hiperwentylację. Krwawienie oraz obrzęk często powoduje wzrost ciśnienia w przestrzeniach nad i podnaczyniowych [31].



Rycina 1. Mechanizm umierania mózgu [31]

Istnieje również szereg klinicznych objawów wykluczających rozpoznanie śmierci mózgu, do których zalicza się:

- spontaniczne ruchy kończyn inne niż patologiczne reakcje zgięciowe czy wyprostne
- ruchy podobne do ruchów oddechowych
- pocenie się
- zaczerwienienie
- tachykardia

- prawidłowe ciśnienie krwi bez wsparcia farmakologicznego
- nagłe wzrosty ciśnienia krwi
- brak moczówki prostej
- głębokie odruchy ścięgniste
- odruchy brzuszne
- odruch potrójnego zgięcia kończyny dolnej
- odruch Babińskiego [31].

Podjęcie decyzji o dokonaniu pobrania narządów do przeszczepu wymaga od zespołu orzekającego rozważenia w kontekście dawcy i konsekwencji dla biorcy, tzw. przeciwwskazań względnych i bezwzględnych [3].

Do bezwzględnych przeciwwskazań do pobrania narządów od dawców zmarłych należą:

- uogólnione zakażenie bakteryjne, wirusowe lub grzybicze nie poddające się leczeniu.
- osoby z HIV- dodatnie z grupy zwiększonego ryzyka zakażenia AIDS
- HBV dodatnie dla biorcy niezakażonego HBV
- HCV dodatnie dla biorcy niezakażonego HCV
- nowotwory złośliwe z wyjątkiem niektórych gazów mózgu
- uogólnione choroby naczyń, takie jak miażdżyca czy cukrzyca [3].

Wśród względnych przeciwwskazań do pobrania narządów od dawców zmarłych wymienia się:

- wiek powyżej 70 lat
- nadciśnienie tętnicze
- cukrzyca 1 typu
- długotrwałe stosowanie toksycznych dla określonych narządów środków farmakologicznych
- alkoholizm
- uzależnienie od środków farmakologicznych [3].

Przeszczepienie narządu jest leczeniem ratującym lub znacznie wydłużającym życie i choć budzi ogromne kontrowersje, dla wielu osób jest jedynym możliwym sposobem leczenia. Mimo agresywności tej metody leczenia, opierania jej idei na pobieraniu narządów zarówno od żywych, jak i zmarłych osób to jest ona traktowana jako bezcenny dar [8].

Piśmiennictwo

1. Guzik-Makaruk E.M.: Transplantacja organów, tkanek i komórek w ujęciu prawnym i kryminologicznym. Wydawnictwo Temida 2, Białystok, 2008.
2. Storkebaum S.: Dar życia. Wszystko o przeszczepach narządów. Wydawnictwo Świat Książki, Warszawa, 1999.
3. Wałaszewski J., Stryjenka–Rowińska D.: Dawcy narządów unaczynionych. [w:] Transplantologia kliniczna, Rowiński W., Wałaszewski J., Pączek I. (red.). Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2004, 35-38, 48-49.
4. Nowaczyk M., Górski A.: Podstawy immunologii transplantacyjnej. [w:] Transplantologia kliniczna, Rowiński W., Wałaszewski J., Pączek I. (red.). Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2004, 29.
5. Rowiński W.: Wprowadzanie. Historia medycyny transplantacyjnej [w:] Transplantologia kliniczna, Rowiński W., Wałaszewski J., Pączek I. (red.). Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2004, 21-27.
6. Nowacka M.: Etyka a transplantacje. Wydawnictwo Naukowe PZWL, Warszawa, 2003.
7. Grodziuk A.: Pielęgniarka koordynatorem transplantacyjnym. Mag. Piel, Poł., 2010, 1-2, 24-25.
8. Głuszek S.: Chirurgia. Podręcznik dla studentów wydziałów nauk o zdrowiu. Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2008.
9. Dębska-Ślizień A., Rutkowski B.: Przeszczepianie nerek od żywych dawców cz. I. Dializa i Ty, 2002, 2, 7-8.
10. Rutkowski B.: Dializoterapia w codziennej praktyce. Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk, 2008.
11. Szmidt J., Duplik M.: Przeszczepianie nerek [w:] Transplantologia kliniczna, Rowiński W., Wałaszewski J., Pączek I. (red.). Wydawnictwo PZWL, Warszawa, 2004, 313-314, 341-346.
12. Schutta P.: Dawcy narządów żyją dłużej, Ekspress Bydgoski, 25 IX 2008 r.
13. Mazur I.: Powinniśmy się sobą dzielić, wywiad z Przemysławem Saletą. Dializa i Ty, 2008, 1, 4-5.
14. Wolf K., Boudjema K., Ellero B., Cinavalbere J.: Transplantacje narządów. Kompendium. Wydawnictwo Volumed, Wrocław, 1993.
15. Fibak J.: Chirurgia. Repetytorium. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2007, 109-115.

16. Koper D., Senatorski G.: Nadciśnienie tętnicze w chorobach nerek. Poradnik dla pielęgniarek. Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2007, 17, 78.
17. Zelman M., Łągiewska B., Małkowski P., Jakubowska-Winecka A.: Opieka personelu medycznego w okresie okołotransplantacyjnym w opinii pacjentów. Pielęg. XXI w., 2007, 3-4, 25-28.
18. Pączek L., Mucha K., Foroncewicz B.: Odrzucanie przeszczepu. Transplantologia kliniczna. Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2008.
19. Religa Z.: Przeszczepianie serca [w:] Transplantologia kliniczna, Rowiński W., Wałaszewski J., Pączek I. (red.).Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2004.
20. Kapała W.: Pielęgniarstwo w chirurgii, wybrane problemy z praktyki pielęgniarskiej oddziałów chirurgii ogólnej. Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2006.
21. Krawczyk M., Zaborowski P., Pączek l.: Przeszczepianie wątroby [w:] Transplantologia kliniczna, Rowiński W., Wałaszewski J., Pączek I. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2004.
22. Rutkowski B., Kaliciński P., Śledziński Z., Wujtewicz M., Mielnicka A. (red.): Wytyczne dotyczące zasad zgłaszania kwalifikacji i przygotowania zmarłych dawców do pobrania narządów. Przewodnik praktyczny. Wydawnictwo VM Media, Gdańsk, 2009.
23. Dmeńska H.: Przeszczepy płuc u chorych na mukowiscydozę. Post. Nauk Med., 2008, 9, 601-604.
24. Zembala M., Przybylski R., Wojarski J., Czyżewski D., Niżyński J., Zakliczyński M., Knapik P.: Przeszczepianie serca i płuc oraz jednego płuca i obu płuc [w:] Transplantologia kliniczna, Rowiński W., Wałaszewski J., Pączek I. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2004.
25. Milczarczyk A., Starski E., Jędrzejczak W.W., Franek E.: Immunoablacja i przeszczepienie własnych komórek krwiotwórczych- nowa metoda leczenia świeżo rozpoznanej cukrzycy typu 1. Post. Nauk Med., 2009, 10, 834-836.
26. Wyzgał J., Zygier D., Sanko-Resmer J., Gaj M.: Transplantacyjne metody leczenia cukrzycy. Post. Nauk Med., 2010, 3, 247-254.
27. Rowiński W., Duplik.: Przeszczepianie trzustki [w:] Transplantologia kliniczna, Rowiński W., Wałaszewski J., Pączek I. (red.).Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2004.
28. Hołowiecki J,: Przeszczepianie szpiku i komórek krwiotwórczych z krwi obwodowej [w:] Transplantologia kliniczna, Rowiński W., Wałaszewski J., Pączek I. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2004.

29. Wielka Encyklopedia Zdrowia. Wydawnictwo Horyzont, t. IX ,Wągrowiec, 2006, 217-240
30. Rowiński W., Wałaszewski J., Safjan D., Safjan M.: Problemy etyczno-obyczajowe przeszczepienia narządów [w:] Transplantologia kliniczna, Rowiński W., Wałaszewski J., Pączek I. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2004, 307-312.
31. Bohatyrewicz R., Makowski A., Kępiński S.: Rozpoznanie śmierci mózgu [w:] Transplantologia kliniczna, Rowiński W., Wałaszewski J., Pączek I. (red). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2004, 50-58.
32. Gałuszko M., Szewczyk K.: Umierać bez lęku wstęp do bioetyki kulturowej, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa- Łódź, 1996.
33. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dn. 17 lipca 2007 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu, wraz załącznikiem. MP, 2007,46,poz547
34. Łaba M., Czerwiński J., Małkowski P.: Standardy pielęgnowania chorego poddanego zabiegowi przeszczepienia nerki. Pielęg. XXI w., 2007, 3-14.

Wiśniewska-Śliwińska Hanna[1], Marcinkowski Jerzy T.[2]

Diagnoza potrzeb pacjenta hospicjum z punktu widzenia personelu medycznego oraz pacjentów - w świetle badań

1. Akademia im. Jana Długosza w Częstochowie, Zakład Pracy Socjalnej
2. Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Katedra Medycyny Społecznej, Zakład Higieny

Wstęp

W Polsce funkcjonuje obecnie 79 hospicjów, w tym 7 na terenie woj. śląskiego [1]. Przeważnie pacjentami hospicjów zostają chorzy na chorobę nowotworową. Opieka paliatywna może być uzupełnieniem i wsparciem podstawowego leczenia danej choroby lub może stać się głównym elementem postępowania. Niektóre składowe opieki paliatywnej mogą być przydatne dla chorych z ryzykiem rozwoju choroby i ich rodzin. Każdego roku 1,6 mln chorych w krajach europejskich umrze z powodu nowotworu, a 5,7 mln z powodu przewlekłej choroby nienowotworowej. W regionie Europy (zdefiniowanym przez WHO) zarejestrowanych jest 881 mln ludzi. Umieralność wystandaryzowana w stosunku do wieku dla tego regionu wynosi 9300 zgonów na każdy milion mieszkańców. Z tego około 1700 zgonów związanych jest z chorobą nowotworową, a 6500 z przewlekłymi chorobami nienowotworowymi [2].

Obliczenia te są zgodne z ostatnim przeglądem sugerującym, że przyczyną 1,7 mln zgonów rocznie w Europie jest choroba nowotworowa [3].

Aktualnie w Polsce funkcjonują następujące formy opieki paliatywnej i hospicyjnej:

- oddziały stacjonarne,
- oddziały opieki dziennej,
- hospicja domowe,
- poradnie medycyny paliatywnej.

Świadczenia zdrowotne w opiece paliatywnej udzielane powinny być - zależnie od potrzeb - przez wielodyscyplinarny zespół osób z przygotowaniem zawodowym, wymaganym przepisami do osób opiekujących się umierającymi. W skład takiego zespołu wchodzą: lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuta i psycholog.

Każdy zgłoszony pacjent, w terminalnej fazie choroby, winien być objęty opieką. Każde zgłoszenie pacjenta powinno być odnotowane w dokumentacji prowadzonej przez hospicjum – lub oddział medycyny paliatywnej. W uzasadnionych przypadkach pacjent jest kierowany na leczenie szpitalne. Lekarz kierujący zobowiązany jest wskazać pacjentowi szpitale, w których może kontynuować leczenie. Konieczność leczenia szpitalnego lekarz hospicjum uzasadnia w formie pisemnej w dokumentacji pacjenta oraz w wydanym skierowaniu [4].

Aby pacjent mógł być objęty opieką paliatywną i hospicyjną, konieczne są:

- dokumentacja świadcząca o zakończeniu leczenia przyczynowego,
- rozpoznanie lekarskie terminalnej fazy choroby ustalone przez lekarza hospicjum/ skierowanie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego,
- zgoda pacjenta/ jego rodziny/ opiekuna prawnego w formie pisemnej (w przypadku dzieci wymagana jest zgoda rodziców/ opiekunów prawnych, a po ukończeniu 16 lat - również zgoda chorego dziecka),
- potrzeby chorego.

Do hospicjum stacjonarnego pacjenci kierowani są przez lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego.

Do hospicjum domowego - oprócz lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego w szczególnych sytuacjach, uzasadnionych względami medycznymi, pacjenci mogą być zgłaszani przez samych chorych, innych pracowników opieki zdrowotnej, rodzinę chorego, inne osoby.

Celem opieki paliatywnej i hospicyjnej jest poprawa jakości życia chorego, a także jego bliskich, którzy również zmagają się problemami związanymi ze skutkami postępującej, często nieuleczalnej choroby. Podejmowane działania mają na celu zapobieganie cierpieniu, leczenie bólu, duszności, leczenie objawowe innych dolegliwości somatycznych, pielęgnację, łagodzenie cierpień psychicznych, pomoc w rozwiązywaniu problemów społecznych, socjalnych, edukację zdrowotną osób objętych opieką, członków ich rodzin oraz pracowników i pomoc w rozwiązywaniu problemów, a także wsparcie dla rodziny pacjenta w czasie trwania choroby (niekiedy również w żałobie).

Dla każdego rodzaju placówek opracowano standardy dotyczące m.in. kwalifikacji personelu, wyposażenia oraz kwalifikowania pacjentów do objęcia opieką [2, 3, 4, 5, 6, 7].

Oddziały medycyny paliatywnej i hospicja stacjonarne - przeznaczone są przede wszystkim dla pacjentów z trudnymi do kontroli objawami, bez nadziei na wyleczenie, w stanie terminalnym, w schyłkowym okresie życia. Zgodnie z obowiązującymi przepisami

oddział medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarne nie może funkcjonować w ramach innego oddziału szpitalnego - musi być odrębną komórką organizacyjną.

Hospicyjny oddział stacjonarny - trafiają do niego chorzy, u których leczenie w domu stało się niemożliwe. Przyczynami mogą być nasilenie objawów, trudności pielęgnacyjne, brak możliwości kontynuowania opieki w domu. Pobyt na oddziale oznacza odpoczynek opiekunów, którzy zajmowali się chorym w domu („opieka wyręczająca"). Na oddziale, prócz lekarzy i pielęgniarek, pracują psycholog, rehabilitant oraz posługuje duszpasterz. Niektóre placówki zatrudniają również pracowników socjalnych. Ważne jest, aby chory i jego bliscy mogli czuć się bezpiecznie i by warunki przypominały – na tyle, ile to możliwe – otoczenie domowe.

Oddział dziennego pobytu – jest najmniej rozpowszechnioną formą opieki hospicyjnej. Pacjenci objęci opieką ośrodka są dowożeni w ciągu dnia na zajęcia trwające ok. 6 godzin. W czasie pobytu mają zapewnione:

- opiekę pielęgniarską,
- poradę lekarską (w razie potrzeby),
- możliwość korzystania z porad psychologa,
- opiekę duszpasterza.

Z reguły na takich oddziałach panuje atmosfera, która sprzyja pokonywaniu trudów związanych z uciążliwą terapią i pomaga w zmaganiach z objawami choroby.

Poradnia medycyny paliatywnej - poradnia, w której sprawowana jest opieka nad chorymi, których stan ogólny jest stabilny i którzy mogą przybyć do poradni oraz nad chorymi, którzy ze względu na ograniczoną możliwość poruszania się potrzebują wizyt domowych. Chorzy mogą skorzystać z porady lub wizyty dwa razy w tygodniu.

Hospicjum domowe - sprawuje opiekę nad pacjentem oraz jego najbliższymi. Prócz aspektu medycznego, pielęgnacyjnego choroby bierze pod uwagę kwestie psychologiczne, duchowe oraz - gdy trzeba - socjalne. Opieka ma charakter ciągły. Zapewnione są regularne wizyty lekarza 2 razy w miesiącu i pielęgniarki 2 razy w tygodniu oraz wizyty psychologa, rehabilitanta, pracownika socjalnego, duszpasterza – wg potrzeb pacjenta i jego opiekunów. Zespół hospicjum domowego wspiera i uczy najbliższych chorego jak opiekować się nim. W hospicjum domowym opieką są objęci pacjenci z zaawansowanymi, niepoddającymi się leczeniu przyczynowemu, postępującymi, zagrażającymi życiu chorobami przewlekłymi. Przykładem jest zaawansowany, nieuleczalny nowotwór złośliwy. Chorzy na nowotwory to większość podopiecznych hospicjów. Hospicja biorą też pod opiekę chorych z innymi

schorzeniami. Obecnie NFZ refunduje, m.in. świadczenia dla chorych: z zaawansowaną, schyłkową niewydolnością oddechową lub niewydolnością krążenia oraz z owrzodzeniami odleżynowymi.

Jednostkami rozliczeniowymi pomiędzy NFZ a placówkami prowadzącymi opiekę paliatywną i hospicyjną są: osobodzień – w hospicjum stacjonarnym/ oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum domowym oraz porada – w poradni medycyny paliatywnej.

Zgodnie z zawartą umową płatnik finansuje osobodni wykonane w zakładzie, w którym pacjent przebywał. W uzasadnionych przypadkach, w porozumieniu z lekarzem hospicjum, pacjent może uzyskać przepustkę. Wtedy to jest zabezpieczany w leki i materiały medyczne wydane przez – hospicjum/oddział medycyny paliatywnej- koszt wliczony jest w cenę osobodnia. Świadczeniodawca jest zobowiązany do udokumentowania informacji o pobycie ubezpieczonego na przepustce. Pacjent nie ponosi żadnych kosztów za świadczenia zdrowotne w opiece paliatywnej [8].

Potrzeby pacjentów w hospicjum zarówno stacjonarnym, jak i domowym, to problem ważki. Rzadko jednak personel zwraca się wprost do pacjentów z pytaniami o ich oczekiwania, co do usług oferowanych przez hospicjum. Z reguły pacjentom proponuje się podobny pakiet usług.

Cele pracy

1. Poznanie potrzeb medycznych, psychicznych, socjalnych i innych pacjentów hospicjów.
2. Poznanie opinii członków rodzin pacjentów hospicjów n.t. oferty hospicjów.
3. Poznanie opinii pracowników hospicjów n.t. oferowanych usług.

Materiał i metody

Badania prowadzono na terenie woj. śląskiego w Częstochowie w okresie od października 2012 roku do lutego 2013 roku.

Objęto nimi:

- 24 pacjentów hospicjów
- 15 członków rodzin pacjentów hospicjów
- 10 pracowników hospicjów
- 5 wolontariuszy.

Z badanymi przeprowadzono wywiad kwestionariuszowy: pytania dotyczyły głównie potrzeb pacjentów hospicjów, ich oczekiwań co do oferty hospicjów, proponowanych zmian w ofercie bądź w procedurach. Zadawano pytania chorym i ich rodzinom - 10 pytań

- oraz prowadzącym/pracownikom/wolontariuszom placówek opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz 5 pytań dotyczących danych demograficznych.

Wyniki

W wizytowanych placówkach, których pacjentów i pracowników poproszono o udzielenie wywiadów, struktura zatrudnienia odpowiadała standardom NFZ, stawiającym wymogi w zakresie bazy lokalowej, struktury zatrudnienia, ilości kontraktowanych osobodni oraz stawki za osobodzień.

Uzyskane dane nie podlegają opracowaniu statystycznemu:

1. Hospicja domowe mają nadwykonania. NFZ nie odmawia zapłaty za nie.
2. Przewidywany termin opieki paliatywnej w hospicjum domowym wynosi ok. 90 dni. Są jednak przypadki, że opieka ta trwa nawet do 60 - 70 miesięcy. W tych przypadkach NFZ również nie odmawia zapłaty za wykonane świadczenia.
3. W niektórych hospicjach świadczenia są wykonywane w promieniu powyżej 30 km od siedziby hospicjum. Hospicja we własnym zakresie pozyskują środki, m.in. na zwiększone koszty przejazdów (od darczyńców, od organizacji pożytku publicznego).
4. Hospicja, poza świadczeniem zakontraktowanych świadczeń medycznych, prowadzą kursy dla wolontariuszy.
5. Pracownicy niektórych hospicjów kwestionują wycenę tzw. osobodnia, wynoszącą obecnie zaledwie 44,00 zł. Według osoby kierującej jednym z hospicjów, osobodzień w hospicjum domowym powinien być wyceniony na co najmniej 70,00 zł.
6. Uciążliwe dla pacjentów jest to, iż leki zostały na listach refundacyjnych przyporządkowane do poszczególnych jednostek chorobowych, czy specjalizacji medycznych. (Na przykład, jeśli receptę na konieczny lek wypełni pulmonolog, to pacjentowi przysługuje refundacja. Jeśli zrobi to onkolog, to pacjent płaci 100% ceny leku.)
7. Według pracowników hospicjów nie do końca jest uregulowana odpłatność, gdy pacjent korzysta tego samego dnia z usług hospicjum oraz usług innego zakładu opieki zdrowotnej, np. pomocy chirurgicznej lub radioterapii paliatywnej. (NFZ w swych procedurach nie różnicuje radioterapii). W takim przypadku hospicjum nie otrzymuje wynagrodzenia za wykonane świadczenia.
8. Hospicja domowe nie dysponują odpowiednią liczbą samochodów służbowych.
9. W opinii pracowników hospicjów pacjenci trafiają do tych placówek zbyt późno, zbyt długo - mimo ciężkiego stanu, dolegliwości bólowych - nie są objęci opieką paliatywną. Przyczyn tego zjawiska można upatrywać w niedoinformowaniu

społeczeństwa o funkcjonowaniu opieki paliatywnej i hospicyjnej bądź w niechęci do zwracania się do tych placówek z prośbą o pomoc.

10. Ustawodawca nie przewidział wypalenia zawodowego pracowników hospicjum.
11. Jest kolejka pacjentów oczekujących na przyjęcie do hospicjów stacjonarnych.
12. Na terenie niektórych powiatów woj. śląskiego, pomimo dużej liczby mieszkańców powiatu, nie ma hospicjów stacjonarnych.
13. Chorzy dostrzegali brak porad dietetycznych w hospicjum. Ze względu na przyjmowanie opioidów cierpią oni z powodu zaparć. Niektórzy pacjenci cierpią z powodu nowotworów umiejscowionych w obrębie układu trawiennego. Pacjenci z obu grup oczekują kontaktu z dietetykiem.
14. Jedna z pacjentek hospicjum domowego, która oczekuje wizyt lekarza, pielęgniarki, rehabilitanta, zastanawia się, czy nie zrezygnować z opieki hospicjum i korzystać z pomocy doraźnej lekarza i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej. Powodem są wizyty pozostałych osób kierowanych do niej przez hospicjum. Odwiedzający ją psycholog i ksiądz chcą ją przygotować na śmierć, oswoić z tematem odejścia, a tymczasem ona nie chce rozmawiać o śmierci. Mówi, że wie, iż umrze, ale o śmierci i odchodzeniu rozmawiać nie chce. Twierdzi, że takie rozmowy ją przygnębiają i że nie chce przygotowywać sie psychicznie do śmierci. Wystarczy jej sama świadomość, że może przegrać z chorobą.
15. Pacjent hospicjum domowego obawia się wyznania, że jest protestantem. Obawa wynika z postawy kapelana, który go odwiedza i faktu, że inni pracownicy hospicjum (pielęgniarka, psycholog) często powołują się na poglądy tegoż kapelana.
16. Pacjenci oceniają negatywnie fakt, że zdarza się, iż pielęgniarki, które przychodzą do nich teoretycznie na jedną godzinę, a w rzeczywistości są u nich zaledwie 10- 15 min, a jeszcze tym czasie rozmawiają przez telefon.
17. W jednym z hospicjów panuje zwyczaj, że wolontariusz może rozmawiać, przebywać z podopiecznym tylko w trakcie wizyty u pacjenta pielęgniarki i wykonywania przez nią czynności pielęgnacyjnych. W momencie, gdy pielęgniarka opuszcza mieszkanie pacjenta, wolontariusz jest zobowiązany zrobić to samo. Pacjentom przeszkadza, że:
    - czynności pielęgniarskie wykonuje się w obecności osób, które nie należą do personelu medycznego,
    - wolontariusze, którzy mogliby im towarzyszyć w trakcie czynności codziennych (wypicie herbaty, oglądanie TV, lektura prasy), mogą z nimi przebywać tylko w obecności pielęgniarki.

18. Niektórzy pacjenci skarżą się na niedobór rozmów na tzw. „zwykłe tematy” (o przeszłości, wnukach itp.)
19. Rodziny chorych uskarżają się, że nie zawsze można uściślić terminy wizyt pielęgniarskich. Z tego powodu zdarza się, że pielęgniarka przychodzi z wizytą wówczas, gdy w domu, w którym przebywa chory nie ma nikogo, kto mógłby otworzyć pielęgniarce drzwi.
20. W jednym przypadku rodzina chorego zgłosiła, że mimo, iż ich mama była pod opieką hospicjum 2 tygodnie, to ani razu nie przyszła do niej z wizytą lekarka (rzekomo z powodu urlopu).
21. Dwie rodziny zgłosiły, iż na pomoc lekarską nie mogły narzekać, jednak pielęgniarska pozostawiała wiele do życzenia: pielęgniarka nie dość, że przychodziła niechętnie raz w tygodniu, to gdy już przyszła, przeprowadzała kontrolę, czy rodzina właściwie opiekuje się chorą, a sama nie wykonywała żadnych czynności pielęgnacyjnych. Potrafiła również zatelefonować z informacją, że na cotygodniową wizytę nie przyjdzie, bo nie ma z kim zostawić swego dziecka.

Na pytanie dlaczego pacjent/ rodzina pacjenta nie zgłoszą do hospicjum swych życzeń bądź zaistniałych nieprawidłowości, odpowiadano następująco:

1. przypuszczam, że nic się nie zmieni.
2. obawiam się, że sytuacja się pogorszy.
3. Hospicjum może przestać opiekować się naszym bliskim.

Podsumowanie i wioski

Personel hospicjum domowego winien ustalić leczenie i zabiegi pielęgnacyjne (we współpracy z lekarzem rodzinnym i pielęgniarką środowiskową – jeśli zachodzi taka potrzeba), udzielać szczerej, taktownej odpowiedzi na trudne pytania chorego i opiekunów, edukować w kwestiach pielęgnacyjnych i opiekuńczych, pomagać w uzyskaniu należnych świadczeń, zapewniać dostęp do sprzętu rehabilitacyjnego i zaopatrzenia ortopedycznego poprzez bezpłatną wypożyczalnię.

Lekarze i pielęgniarki hospicjum domowego mogą w określonych sytuacjach (nasilenie bólu, duszności, problemy opiekuńcze itp.) sugerować przyjęcie do oddziału medycyny paliatywnej, jednak ostateczna decyzja powinna zawsze należeć do chorego, jeśli to tylko możliwe.

Jeżeli zaistnieje konieczność uzyskania porady lekarskiej poza godzinami wizyt, chory/ bądź jego bliscy powinni mieć zapewniony telefon kontaktowy do odpowiednich osób,

które udzielą mu pomocy. Opieka hospicjum domowego świadczona jest bowiem siedem dni w tygodniu przez całą dobę.

Mimo rosnącego zapotrzebowania na opiekę paliatywną podejmowane są decyzje o likwidacji szpitalnych oddziałów opieki paliatywnej. Stąd też istnieje większe zapotrzebowanie na korzystanie z pozostałych form opieki paliatywno-hospicyjnej.

Ważnymi formami działalności placówek prowadzących działalność paliatywno-hospicyjną jest pozyskiwanie darczyńców, sponsorów, organizowanie imprez popularyzujących ideę opieki hospicyjnej, pozyskiwanie wolontariuszy - medycznych oraz akcyjnych, organizowanie szkoleń wolontariuszy. Nie bez znaczenia jest również prowadzenie przez te placówki wypożyczalni sprzętu medycznego (wózków inwalidzkich, koncentratorów tlenu).

Problemami, z którymi borykają się istniejące placówki, są m.in.: nadwykonania, niskie stawki za tzw. osobodzień, brak pojazdów służbowych. Kolejnymi problemami, które wynikają z uregulowań prawnych, są odpłatność za usługi wykonywane w dniu, w którym pacjent korzysta z pomocy w dwóch zakładach opieki zdrowotnej czy odpłatność za leki (refundacja) zależna od specjalizacji lekarza wypisującego recepty.

Od kilku lat - w kolejnych kontraktach podpisywanych przez NFZ z zakładami realizującymi opiekę paliatywno - hospicyjną stawki pozostają niezmienne. Z kolei listy leków refundowanych charakteryzuje wyjątkowa labilność – częste zmiany.

Problemami dotyczącymi bezpośrednio pacjentów i ich rodzin są, m.in.: brak na terenie całego powiatu szpitalnego oddziału opieki paliatywnej, refundacja za leki uzależniona od specjalizacji lekarza wystawiającego receptę. Zarówno pacjenci, jak i pracownicy zakładów opieki paliatywno - hospicyjnej oczekują od Ustawodawcy wprowadzenia zmian w aktach prawnych, regulujących działalność zakładów opieki hospicyjno- paliatywnej. Należy zwrócić uwagę na fakt, że objęcie opieką paliatywną nie powinno ograniczać dostępu chorego do innych świadczeń ochrony zdrowia, konsultacji, hospitalizacji itp. jeśli tylko stan chorego, sytuacja, jego wybory to uzasadniają. Z uwagi na tzw. koincydencję dokonuje się - nie do końca uzasadnionych - potrąceń z funduszy należnych hospicjom domowym. Wyjątkiem są tu, np. świadczenia, które mogą „dublować" opiekę paliatywną – i tak, np. należy chorego objętego opieką hospicjum domowego wyrejestrować z długoterminowej opieki pielęgniarskiej. Podobnie – chory nie może być równocześnie zarejestrowany w dwóch lub więcej hospicjach domowych. Korzystna i pożądana jest natomiast współpraca zespołu hospicjum domowego z lekarzem rodzinnym i pielęgniarką środowiskową.

Na terenie kilku powiatów woj. śląskiego pożądane jest utworzenie kolejnych placówek opieki paliatywnej i hospicyjnej, ewentualnie – doraźnie - rozszerzenie działalności istniejących zakładów opieki paliatywnej.

Większość pacjentów oraz członków ich rodzin jest zadowolona z oferty hospicjów, jednak część z nich twierdzi, iż nie dano im wyboru, mimo że nie są skłonni korzystać w wszystkich propozycji hospicjum. Pacjenci zgłaszali pewne „usztywnienie procedur", brak możliwości wyboru spośród oferowanych usług. Z kolei pracownicy nie zgłaszali uwag, odnośnie proponowanej oferty hospicjum.

Piśmiennictwo

1. GUS Rocznik Statystyczny Województw, 2012, 446.
2. World Health Organization Regional Office for Europe. Mortality indicators by 67 causes of death, age and sex (HFA-MDB) 2007, www.euro.who.int/Information Sources, data pobrania 02.05.2013.
3. Higginson I. J., Costantini M.: Dying with cancer, living well with advanced cancer. Eur. J. Cancer., 2008, 44, 1414–1424.
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. (Dz.U. z 2009 r., Nr 139, poz. 1138 z późn. zm.), http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m491&ms =0&ml =pl&m i=56&mx=0&mt=&my=131&ma=013521, data pobrania 02.05.2013.
5. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. (Dz.U. z 2011 r., Nr 112, poz. 654 z późn. zm.), http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20111120654, data pobrania 02.05.2013.
6. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.), data pobrania 02.05.2013, http://www.mz.gov.pl/wwwmz/ index? mr=m1 &ms=904&ml=pl&mi=904&mx=0&mt=&my=9&ma=07863, data pobrania 02.05.2013.
7. Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentysty z dnia 5 grudnia 1996r.(Dz.U. z 2008 r., Nr 136, poz. 857 t.j.), http://www.kbet.cm-uj.krakow.pl/dokumenty/akty/ustawa_o_ zawodzie_ lekarza.pdf, data pobrania 02.05.2013.
8. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.(Dz.U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 t.j.), data pobrania 02.05.2013.

Kowalewska Beata[1,2], Truszkowska Ewelina[2], Klimaszewska Krystyna[1], Jankowiak Barbara[1,2], Oleszczuk Tadeusz[2], Rolka Hanna[1,2], Ortman Elzbieta[2], Krajewska –Kułak Elzbieta[1], Kondzior Dorota[1] , Niedźwiecka Barbara[2]

Przeszczepianie narządów w opinii społeczeństwa na przykładzie studentów – badania własne

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Instytut Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

Wstęp

Przeszczepienie narządu jest leczeniem ratującym lub znacznie wydłużającym życie. Poprawia komfort, umożliwia powrót do aktywności w przypadku przeszczepienia nerki oraz ratuje życie w przypadku przeszczepu serca, płuc i wątroby [1]. Natomiast w ujęciu medycznym przeszczepienie narządu: to metoda leczenia polegająca na wyrównywaniu ubytku w organizmie przez operacyjne przeniesienie narządu [2].

W 1995 roku Sejm RP uchwalił *Ustawę o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów"*, która weszła w życie w marcu 1996r. wraz z aktami wykonawczymi określającymi: zasady organizacyjne, zgłaszanie sprzeciwu, tryb i warunki pobierania i przechowywania narządów, sposób prowadzenia dokumentacji oraz zasady i kryteria określania śmierci mózgu i możliwości pobierania narządów do transplantacji od zmarłych [1, 3]. *Ustawa transplantacyjna* reguluje zasady pobierania narządów od osób zmarłych, jak i od żyjących dawców. Obowiązująca w Polsce zgoda domniemana zakłada, że każdy człowiek za życia ma prawo wyrazić swój sprzeciw na pobranie narządów. Zasada ta zakłada, iż brak sprzeciwu jest wyrażeniem akceptacji na pobranie narządu ze zwłok [4].

W niektórych przypadkach medycyna może uratować życie człowiekowi, jedynie dzięki śmierci innego człowieka [5]. Ideę transplantologii popierał Jan Paweł II, który na kongresie Towarzystwa Transplantologicznego powiedział: „ Ofiarowanie części własnego ciała z myślą o zdrowiu innego człowieka to autentyczny akt miłości" [cyt. za 1].

O pobraniu narządu do przeszczepienia decyduje stwierdzenie trwałego, nieodwracalnego ustania czynności mózgu, przez specjalną komisję składającą się z specjalisty z dziedziny anestezjologii, intensywnej terapii oraz z dziedziny neurochirurgii lub neurologii. Na podstawie przeprowadzonych badań komisja stwierdza zgon, mimo utrzymującej się

czynności serca. Śmierć mózgu stwierdzana jest zazwyczaj w celu zaprzestania uporczywej terapii oraz w celu pobrania narządów [1].

Ustawa z 26 października 1995 roku wyłącza względy finansowe przyszłego dawcy. Za oddanie narządu nie można żądać i przyjmować żadnej zapłaty oraz korzyści finansowej [2]. Określa również sposoby wyrażania sprzeciwu, do których zaliczamy: wpis w centralnym rejestrze zgłoszonych sprzeciwów, oświadczenie pisemne lub oświadczenie ustne złożone w obecności przynajmniej 2 osób w chwili przyjęcia lub pobytu w szpitalu [4, 6], przy czym nie jest wymagane, by świadkowie byli najbliższymi osobami dla dawcy [7]. W obecnej chwili sprzeciw można zgłosić w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów, w formie pisemnego lub ustnego oświadczenia [8].

Ustawa Transplantacyjna, która w art.13 przewiduje sporządzanie list osób oczekujących na przeszczepienie komórek, tkanek i narządów, na podstawie których zostaje dokonany wybór biorcy, zawierający kryteria medyczne [9]. Lekarz, który zamierza zgłosić potencjalnego dawcę organów powinien poprzedzić to działanie zebraniem wielu ważnych informacji, które mogą stanowić lub nie o możliwości pobrania narządów od danej osoby [10]. Należą do nich, m.in. następujące działania: ustalenie przyczyny śmierci, wysunięcie podejrzenia śmierci mózgu, zapoznanie się z przebiegiem choroby dawcy i przebytymi chorobami wykluczenie przeciwwskazań [10].

Sprawne przeprowadzenie transplantacji, zaczynając od zgłoszenia dawcy, a kończąc na pobraniu narządu w celu jego przeszczepienia wymaga wysiłku organizacyjnego, zaangażowania oraz doświadczenia wielu pracowników służby zdrowia. Ponadto, procedura pobrania narządu od osoby zmarłej wymaga przestrzegania następujących zasad:

- identyfikacji potencjalnych dawców narządów spośród osób zmarłych
- spełnienia wymogów prawnych i klinicznych niezbędnych do pobrania narządu
- spełnienia wymogów prawnych i społecznych
- opieki nad potencjalnym dawcą
-prawidłowe pobranie narządu do przeszczepienia [11].

Po śmierci zabieg pobrania narządów może być wykonany również wtedy, gdy czynność innych narządów niż mózg może być skutecznie podtrzymywana. Tożsamość dawcy nie może być ujawniona biorcy, jak również tożsamość biorcy rodzinie dawcy (art.13 Ustawy). Jeśli nie ma dowodów, iż osoba zmarła nie złożyła sprzeciwu wobec pobrania narządów, wymagana jest zgoda odpowiedniego członka rodziny [12].

W Polsce istnieje prawo zgody domniemanej, która oznacza, że jeśli osoba nie wyraziła sprzeciwu istnieje możliwość pobrania od niej narządów, mimo to zazwyczaj omawiane jest

to również z rodziną zmarłego i w przypadku, gdy jest przeciwna odstępuje się od pobrania [5]. Ważnym kryterium w przeszczepianiu narządów jest dobór immunologiczny oraz zgodność w obrębie grup krwi i zgodność w obrębie układu HILA, co wpływa na wydłużenie życia przeszczepu (Tab. II).

Tabela II. Dobór dawcy i biorcy w układzie AB0 [13].

Dawca	Biorca A	Biorca B	Biorca AB	Biorca 0
A	Identyczny	Brak zgodności	Zgodny	Brak zgodności
B	Brak zgodności	Identyczny	Zgodny	Brak zgodności
AB	Brak zgodności	Brak zgodności	Zgodny	Brak zgodności
0	Zgodny	zgodny	Zgodny	Identyczny

Po określeniu zgodności immunologicznej pobrane narządy mogą być w określonych w Ustawie warunkach i ramach czasowych (Tab. III.) przechowywane, np. celem transportu do ośrodka, w którym dokonane zostanie wszczepienie. Zadaniem przechowywania narządów jest spowolnienie procesu umierania tkanek [14]. **Wymogi przechowywania narządów obejmują:**

- spowolnienie szybkości metabolizmu i utraty związków wysokoenergetycznych przez komórki (hipotermia)
- zapobieganie obrzękowi komórkowemu
- utrzymanie wewnątrzkomórkowego klirensu przez poprawę biologicznych funkcji przechowywania nerek
- hipotermia - jest najlepszym czynnikiem ograniczającym skutki niedokrwienia narządów [14].

Tabela III. Dopuszczalny czas przechowywania narządów w hipotermii w wybranych roztworach [14]

Narząd	EuroCollis	Custodiol	ViaSpan	Celsior
Serce	4h	8h	4h	6h
Płuco	6h	6h	8h	6h
Wątroba	8h	12h	12h	-
Nerka	30h	30h	40h	-
Trzustka	6h	4h	12h	-
jelita	4h	4h	8h	-

Bariery przeszczepiania narządów

Medycyna transplantacyjna związana jest z wieloma trudnymi problemami prawnymi oraz etyczno-obyczajowymi. W każdym procesie leczenia bierze udział pacjent i lekarz, w transplantologii dochodzi jeszcze narząd pobrany od innego człowieka, żywego lub zmarłego. Problemy etyczno-obyczajowe wiążą się z metodą leczenia oraz koniecznością zrozumienia przez społeczeństwo kryteriów śmierci mózgowej oraz akceptacją pobierania narządów od osób zmarłych, dystrybucji tych narządów i ich przeszczepienia [9].

Transplantacja, oprócz aspektów prawnych i ekonomicznych, przedstawia wiele problemów natury społecznej, etycznej oraz psychologicznej. Zgodnie z myślą Komisji Harwardzkiej z 1968 roku, człowiek umiera z chwilą nieodwracalnego zniszczenia pnia mózgu, wtedy gdy nie ustały procesy krążenia i oddychania [cyt. za 15]. Tokarczyk R. [16] pisze, że takie rozwiązanie: „*poszerzyło ogromnie liczbę dawców narządów przydatnych dla celów transplantacji. Jednocześnie, w oczach zwolenników klasycznej definicji śmierci, spotęgowało kontrowersyjność transplantacji narządów pobieranych z oddychającego jeszcze ciepłego ciała ludzkiego*”

Koncepcja zgody domniemanej obowiązująca w polskim prawie określana jest jako przyszłościowa, choć słyszy się dużo krytyki takiego rozwiązania. Czy domniemana zgoda nie może oznaczać domniemanego sprzeciwu? Ustawa transplantacyjna nie przewiduje zgody rodziny zmarłego, jednak w praktyce występuje się do rodziny o udzielenie przyzwolenia na pobranie organów do transplantacji [16].

Wojciech Rowiński, krajowy konsultant ds. transplantologii klinicznej rezydenta Europejskiego Towarzystwa Przeszczepienia Narządów stoi na stanowisku, że: „ Dobry obyczaj nakazuje porozmawianie z rodziną i zawiadomienie jej o zamiarze pobrania narządu”[17].

Psychologiczną barierą przeszczepów jest reakcja rodzin, które boją się odpowiedzialności, towarzyszy im bezradność, przygnębienie, ból, a nawet lęk oraz obawa przed reakcją członków dalszej rodziny, sąsiadów czy lokalnego środowiska [2]. Rodziny dawców często wyrażają swój sprzeciw na prośbę o zgodę na pobranie narządu od osoby zmarłej. Śmierć bliskiej osoby jest dla nich wielkim stresem emocjonalnym, co utrudnia podjęcie decyzji o oddaniu narządu. Gdy zmarły za życia nie wyraził swojej woli, rodzina posiada ogromny dylemat, gdyż musi zadecydować zgodnie z własnym sumieniem, często w pośpiechu [18], dlatego bardzo ważna jest rozmowa z bliskimi na temat transplantacji po śmierci [4].

Członkowie rodzin potencjalnych dawców często uważają, że pobranie narządów ze zwłok jest dowodem na brak poszanowania człowieka w majestacie śmierci [2]. Jan Paweł II wielokrotnie podkreślał, pozytywne stanowisko Kościoła do transplantacji („świadectwo miłości chrześcijańskiej, która daje życie innym") oraz akceptację Kościoła dla kryteriów medycznych orzekania śmierci mózgu przyjmując, że człowiek umiera, kiedy umiera jego mózg, jako całość [cyt. za 9]. Społeczeństwo chrześcijańskie jest za tym, by ratować życie ludzkie za wszelką cenę, również poprzez transplantację. Świadkowie Jehowi uważają, że decyzję o przeszczepie narządu człowiek podejmuje zgodnie ze swoim sumieniem. Religia islamu oraz buddyzmu jest ogólnie pozytywnie nastawiona wobec transplantacji. W judaizmie panują sprzeczce poglądy, jednak przeważają poglądy, że gdy trzeba ratować ludzkie życie przeszczepy są dozwolone [19]. Opinia społeczeństwa na temat transplantacji jest ogólnie pozytywna, jednak najbardziej za ideą przeczepienia przemawiają osoby, które same są po przeszczepie [20].

Zapotrzebowanie na przeszczepy narządów unaczynionych w Europie z roku na rok wciąż wzrasta, przy czym na plan pierwszy wysuwa się zapotrzebowanie na nerkę (50 mln. oczekujących), wątrobę (13 mln. oczekujących), serce (11 mln. oczekujących), płuca i trzustka (po 3 mln. oczekujących) [21].

Przyczyną niskiej liczby potencjalnych narządów mogą być obawy, niechęć oraz podejrzliwość społeczeństwa [7]. Podejrzliwość związana może być z czerpaniem korzyści oraz zysków związanych ze śmiercią, co określa pojęcie „handel narządami". Główną przyczyną niskiej liczby narządów jest również zbyt mała liczba zgłaszających się osób, co spowodowane jest w dużej mierze niewiedzą ludzi młodych, jak i osób dorosłych. Przeszczepienie dla osób młodych i dzieci daje szansę prawidłowego rozwoju fizycznego czy psychicznego. Daje możliwość ukończenia szkoły i powadzenia normalnego życia. Czas oczekiwania na przeszczep, od momentu umieszczenia go na liście oczekujących, jest różnie długi i może wynosić od kilku tygodniu do kilku lat. W Polsce wynosi około 14 miesięcy [22]. W celu zwiększenia liczby przeszczepów niezbędne jest zwiększenie liczby narządów od osób zmarłych, poprzez propagowanie przez lekarzy i pielęgniarki tej idei, lepsze wykorzystywanie dawców poprzez zwiększenie pobrań wielonarządowych, przekazywanie społeczeństwu przez środki masowego przekazu informacji sprzyjających akceptacji przeszczepu narządów [1, 23].

Trzeba pamiętać o tym, ze przeszczepienie narządów jest dość kosztowną metodą leczenia. Wysoki jest koszt leków i preparatów biologicznych potrzebny do utrzymania

prawidłowej funkcji przeszczepu. Pozostałe koszty pobytu pacjenta w szpitalu są takie same, jak u innego pacjenta przebywającego w szpitalu [9].

Na świecie żyje kilkaset tysięcy ludzi z przeszczepionym narządem. Co roku wykonuje się około 70 tys. takich zabiegów. Lista osób oczekujących na przeszczep rośnie w ogromnym tempie. Co 14 min. kwalifikowany jest nowy chory do zabiegu, a codziennie umiera kilkanaście osób, które nie doczekały operacji [24] .

Liczba wykonywanych zabiegów transplantacji jest znacznie mniejsza niż potrzeby. Związane jest to z brakiem powszechnej akceptacji pobierania narządów od osób zmarłych, niedostateczną współpracą między ośrodkami oraz ograniczeniami finansowymi. Obecnie w Polsce oczekuje na przeczepienie ponad 2000 osób, gdzie co 5 dni jedna z nich umiera, tylko i wyłącznie z braku organów [5].

Niewydolność nerek obecnie dotyka około 600 mln ludzi, a w ciągu kilku lat prowadzi do całkowitego ustania funkcji nerek, co powoduje konieczność stosowania dializoterapii [11]. Chorzy ze schyłkową niewydolnością nerek żyją dzięki przeszczepieniu nerki lub dzięki dializoterapii. W Polsce dializowanych jest ponad 12 tys. chorych, gdzie około 3 tys. osób jest na liście oczekujących na przeszczep, rocznie wykonywane jest około 1100 przeszczepów nerki [25]. W 2000 roku odnotowano, że przeżycie biorcy z nerką przeszczepioną od żywego, spokrewnionego dawcy wyniosła 40 lat [26].

W ostatnich latach zwiększyła się liczba przeszczepienia nerek od żywych dawców. W USA 45-50% nerek jest przeszczepionych od żywego dawcy, w Europie również wzrosła z 10 do 15%. Największe doświadczenie w przeszczepieniu nerek od żywych dawców mają Norwegowie [26]. W Hiszpanii pobrania wielonarządowe stanowią 80-95%, zaś w Polsce pobierane są głównie nerki, a przypadki, w których pobiera się choć jeden dodatkowy narząd stanowią 38% wszystkich przypadków [27].

Wyniki przeszczepiania wątroby są bardzo dobre. Roczne przeżycie osoby z przeszczepioną wątrobą wynosi około 85%, 5- letnie przeżycie pacjenta wynosi około 75% [1]. Ostre odrzucenie wątroby występuje u 40-70%, a przewlekłe około 3-4%. Ryzyko nawrotu zakażenia jest bardzo wysokie i wynosi w pierwszym roku około 80% u chorych zakażonych HCV i 100% u chorych z HBV, jeśli nie otrzymują leczenia przeciwwirusowego [28]. Zestawienia statystyczne wskazują, że liczba przeszczepienia wątroby ciągle rośnie [29].

Ryzyko zapadalności na przewlekłą niewydolność serca stale rośnie. W Polsce liczba chorych sięga obecnie 600 tys. osób. W Stanach Zjednoczonych wynosi 4 miliony [3]. Roczne przeżycie pacjentów po transplantacji serca wynosi około 80%, 5-letnie 70%, 10-letnie 50%, a 16-letnie 30% [30]. W latach 2000- 2007 w Polsce przeczepiono 781 serc [1].

Przeszczepienie płuc przestało być metodą eksperymentalną. Zyskało miejsce w leczeniu nieuleczalnych schorzeń układu oddechowego. Ogólna liczba przeszczepów płuc nie jest zbyt duża i wynosi od kilku do kilkunastu w skali roku, przy czym lista oczekujących to kilkaset osób (rok 2009 - 10 transplantacji płuc - lista osób oczekujących 417) [31].

Na świecie wykonano ponad 2 tysiące przeszczepów trzustki, według danych International Pancreas Transplant Registry, prowadzonego przez Davida Sutherland z Uniwersytetu Minnesota w Minneapolis [32]. W Stanach Zjednoczonych rocznie wykonuje się około 1 tys. transplantacji trzustki, w Polsce około 20 zabiegów. Roczne przeżycie biorców wynosi 94-98% [3]. Ponad 75% chorych żyje z czynnym przeszczepem trzustki i nerki przez kilka lat po zabiegu. Udane przeszczepienie trzustki prowadzi do normalizacji glikemii w ciągu kilku godzin po transplantacji [33].

Do 1972 roku wykonano 8 transplantacji jelit, jednak pierwsze próby leczenia tą metodą okazały się nieskuteczne, gdyż pacjenci zmarli w wyniku powikłań. W 1995 zorganizowano Międzynarodowy Rejestr Przeszczepów Jelit, w którym odnotowano obecnie blisko 1000 takich przeszczepów. Najczęstsze przeszczepienia to przeszczepienie jelita i wątroby - 44,5% , zaś najdłuższe przeżycie chorego po transplantologii jelita wynosi obecnie 9 lat [34].

Cel pracy

Celem pracy było: poznanie opinii studentów PWSIiP kierunku kosmetologia i pielęgniarstwo na temat przeszczepiania narządów.

Materiał i metoda

Badaniem przeprowadzonym od października do grudnia 2010 roku, objęto nim grupę 100 studentów Instytutu Medycznego Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży. Grupa badawcza składała się z 50 studentów Kosmetologii oraz 50 studentów kierunku Pielęgniarstwo

Materiał do pracy został zebrany za pomocą anonimowego kwestionariusza ankiety, skonstruowanego na potrzeby niniejszej pracy, składającego się z 8 pytań w części ogólnej i 21 pytań w części szczegółowej. Pytania w części ogólnej kwestionariusza, tzw. metryczkowej, dotyczyły wieku, płci, stanu cywilnego respondentów, ich miejsca zamieszkania, kierunku studiów oraz stosunku do wyznawanej wiary. Pytania w części szczegółowej miały formę zamkniętą lub półotwartą i dotyczyły wiedzy oraz opinii studentów PWSIiP w Łomży na temat przeszczepiania narządów, w tym m.in.: dotyczące stosunku do zabiegu pobrania narządu od osoby zmarłej w celu przekazania go innej osobie potrzebującej.

Wyniki

W badaniu wzięło udział 100 osób: 50 studentów Kosmetologii oraz 50 studentów Pielęgniarstwa Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży .

Poniższa Tab. IV. przedstawia charakterystykę badanej grupy ze względu na wiek. W grupie respondentów znaleźli się studenci w przedziale wiekowym między 19 a 24 lata oraz po jednej osobie w wieku 32, 34, 36 lat.

Tabela IV. Wiek badanych respondentów.

Wiek	N / %
19 lat	16
20 lat	23
21 lat	21
22 lata	13
23 lata	11
24 lata	13
32 lata	1
34 lata	1
36 lat	1
Suma	**100**

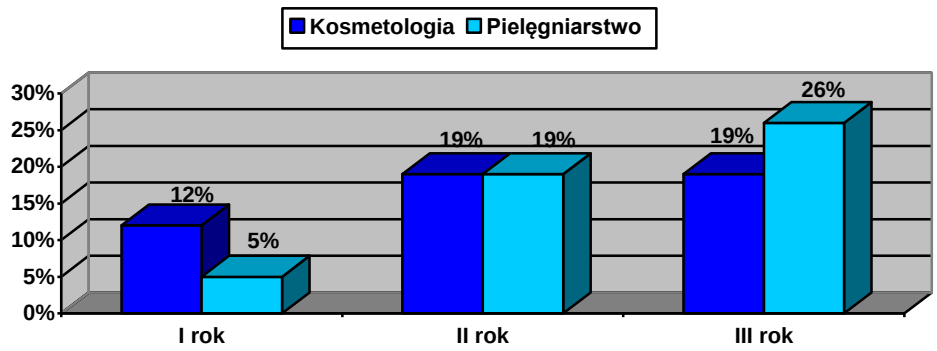
Wśród respondentów dominowały kobiety (97%). Tylko 3% badanej grupy stanowili mężczyźni - studenci pielęgniarstwa. 81% badanej grupy studentów stanowiły osoby stanu wolnego, 18% osób było w związku małżeńskim, a tylko jedna osoba określiła swój stan cywilny jako rozwiedziona/rozwiedziony.

Zdecydowaną większość studentów stanowiły osoby zamieszkujące miasto (76%), tylko 24% osób mieszka na wsi.

Kolejne pytanie zawarte w ankiecie dotyczyło roku studiów oraz kierunku i tutaj, studentów kosmetologii uczących się na III roku było 19%, podobnie jak studentów II roku (19%). Najliczniejsza grupę spośród studentów pielęgniarstwa stanowili studenci III roku (26%) (Ryc. 2).

Kolejne pytanie miało na celu określenie stosunku badanych do wiary. 44% respondentów stanowili studenci wierzący i praktykujący, a 56% stanowiły osoby określające siebie jako wierzące, ale nie praktykujące.

100% respondentów zapytanych o wyznawaną religię oświadczyło, że wyznają katolicyzm.



Rycina 2. Podział studentów kosmetologii i pielęgniarstwa ze względu na rok studiów.

W grupie badanych respondentów znalazło się 71% osób, które przeżyły śmierć bliskiej im osoby (rodzic, dziecko, mąż/żona, rodzeństwo, dziadek/babcia). Ponadto 37 respondentów (37%) zadeklarowało, że przeżyło śmierć więcej niż jednej bliskiej osoby.

Poddanych badaniu studentów poproszono o dokonanie samooceny wiedzy na temat transplantacji narządów. 45% ankietowanych oceniło swoją wiedzę jako dobrą, 34% badanych studentów przyznało, że na temat transplantacji wie niewiele, 4% - właściwie nic, a 15% stwierdziło, że nie interesowało się tą tematyką. Tylko 2 % respondentów swoją wiedzę oceniło jako bardzo dobrą i stwierdziło, że wie dużo na ten temat.

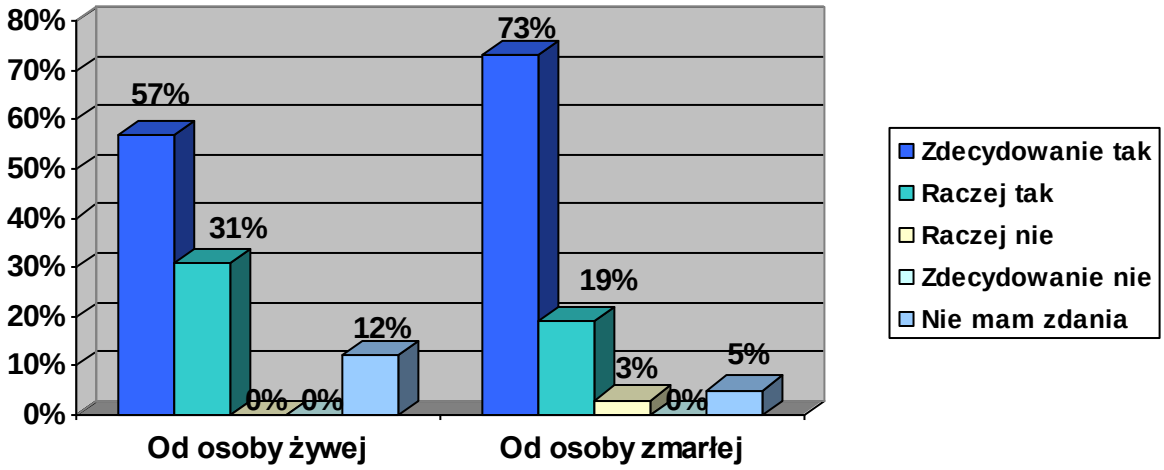
Następnie zapytano respondentów, czy znaleźli się w sytuacji, gdy ktoś z otoczenia potrzebował narządu do przeszczepu. Wśród badanych osób dominowali studenci (72%), którzy nie znaleźli się w takiej sytuacji.

Na temat transplantacji, 54% wszystkich badanych studentów pierwszy raz usłyszało podczas oglądania telewizji. Analizując szczegółowe dane można stwierdzić, że zarówno studenci kosmetologii (68%) i pielęgniarstwa (40%) pierwszy raz o przeszczepach usłyszeli z TV (Tab. V).

Tabela V. Źródła z jakich respondenci po raz pierwszy usłyszeli o transplantacji.

ŻRÓDŁO INFORMACJI	Kosmetologia		Pielęgniarstwo	
	N	%	N	%
TV	34	68	20	40
Szkoła	0	0	17	34
Internet	12	24	8	16
Prasa	3	6	5	10
Podczas rozmowy ze znajomymi	1	2	0	0
Suma	**50**	**100**	**50**	**100**

Kolejne pytanie dotyczyło opinii respondentów na temat pobierania narządów od osób żywych dla ratowania lub przywracania zdrowia innym osobom i tutaj 57% respondentów uważa, że jest to działanie zdecydowanie słuszne, 31% uważa, iż jest raczej słuszne, a 12% nie ma zdania na ten temat. Nikt z respondentów nie określił negatywnie swego stosunku do pobierania narządów od osób żywych w celu ratowania życia. Kolejno respondentów zapytano o opinię na temat pobierania narządów od osób zmarłych dla ratowania i przywracania zdrowia innym osobom. Ogółem 73% uważa powyższe działanie za zdecydowanie słuszne, 19% raczej słuszne, 5 % nie ma zdania na ten temat (Ryc.3.).



Rycina 3. Opinia respondentów na temat słuszności pobrania narządów od osób zmarłych i żywych dla ratowania lub przywracania zdrowia innym osobom

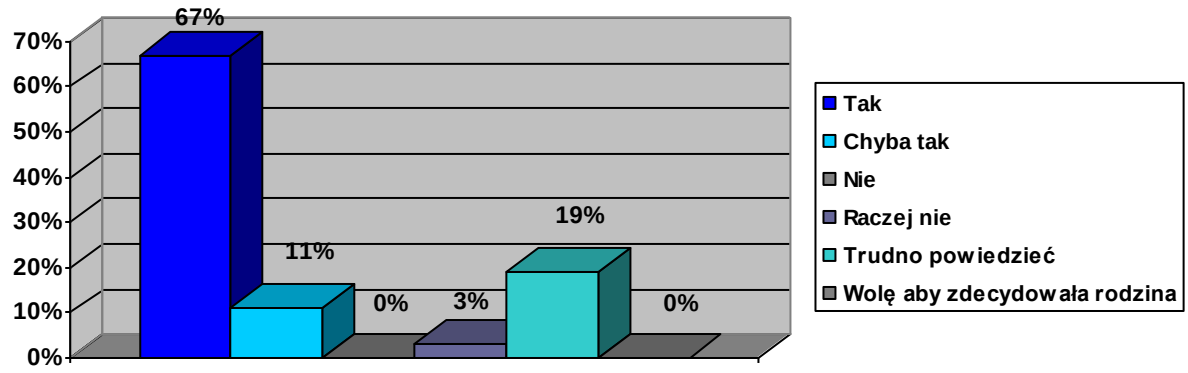
53% respondentów gotowa jest oddać swój narząd do przeszczepu, jedynie jeśli byłaby to bliska mu osoba. Każdej osobie, niezależnie od pokrewieństwa, odda swój narząd 37% ankietowanych. 9% respondentów raczej nie, a 1% zdecydowanie nie oddałaby swojego narządu za życia do przeszczepu .

Analizując powyższe dane w odniesieniu do kierunków, na których studiowali respondenci zauważamy, że 58% studentów kosmetologii oddałoby swój narząd każdej osobie, 40% tylko bliskiej osobie, a 2% zdecydowanie nie oddałoby nikomu swojego narządu do przeszczepu za życia ze względu na strach przed zabiegiem. Natomiast 66% studentów pielęgniarstwa gotowa jest oddać narząd za życia bliskiej osobie, 16% każdej osobie, a 18% badanych studentów pielęgniarstwa raczej nie zdecydowałaby się oddać swojego narządu za życia (Tab. VI).

Tabela VI. Chęć oddania swojego narządu do przeszczepu za życia w opinii studentów kosmetologii i pielęgniarstwa.

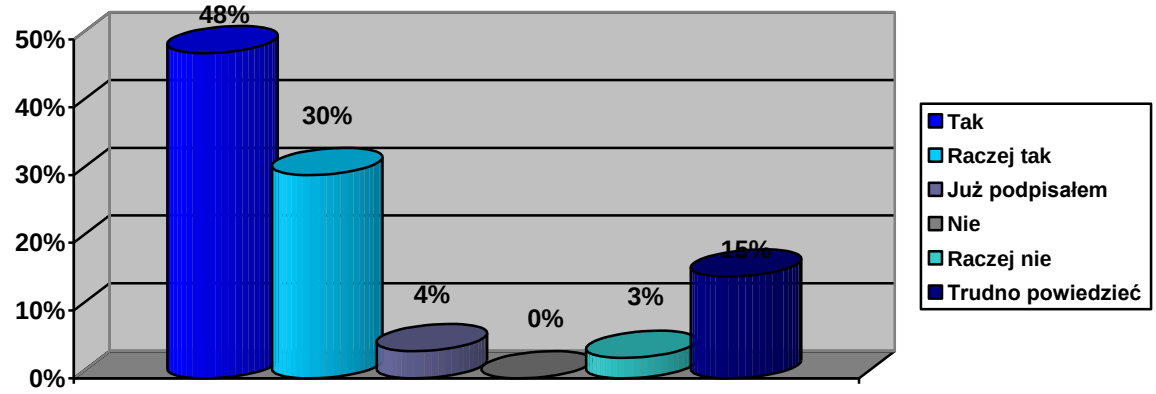
Czy oddałbyś swój narząd za życia do przeszczepu?	Kosmetologia		Pielęgniarstwo	
	N	%	N	%
Tak, każdemu	29	58	8	16
Tak, jeśli byłaby to bliska mi osoba	20	40	33	66
Raczej nie	0	0	9	18
Zdecydowanie nie	1	2	0	0
Suma	**50**	**100**	**50**	**100**

Po swojej śmierci narząd do przeszczepu oddałoby 67% respondentów, 11% raczej zdecydowałoby się na taki czyn (Ryc.4).



Rycina 4. Chęć oddania swojego narządu po śmierci.

W grupie badanych respondentów, 48% studentów było skłonnych na podpisanie oświadczenia woli umożliwiającego pobranie narządu do transplantacji po śmierci. Na podpisanie raczej nie zgodziłoby się 3% ankietowanych. Tylko 4% ankietowanych podpisała już wyżej wymienione oświadczenie (Ryc.5).



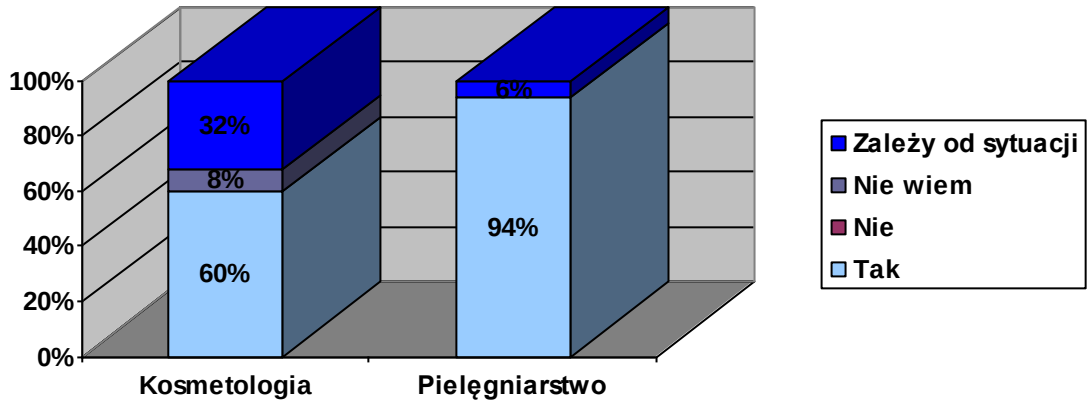
Rycina 5. Chęć respondentów do podpisania oświadczenia woli umożliwiającego pobranie narządu po śmierci.

Wolę najbliższych osób na temat transplantacji narządów po ich śmierci zna 25% respondentów. Niestety, 47% badanych osób „nie całkiem", a 28% w ogóle nie zna woli najbliższych osób w kwestii oddania narządów do przeszczepu po ich śmierci .

97% ankietowanych uważa, że lekarz ma obowiązek informowania rodziny o zamiarze pobrania narządu od osoby zmarłej, zaś 3% badanych osób nie ma zdania w tym względzie. Ponadto, w opinii 77% wszystkich ankietowanych, lekarze mają obowiązek uzyskania zgody rodziny osoby zmarłej na pobranie narządów do przeszczepu (Tab. VII.). Szczegółowe przeanalizowanie materiału badawczego pozwoliło stwierdzić, że 60% studentów kosmetologii i 94% studentów pielęgniarstwa zgadza się z powyższym stwierdzeniem (Ryc. 6), które, niestety, nie pokrywa się z aktualnymi przepisami prawa. Bowiem zgoda rodziny na pobranie narządów do przeszczepu jest uzyskiwana tylko zwyczajowo.

Tabela VII. Opinia respondentów na temat słuszności uzyskania zgody lekarza od rodziny osoby zmarłej na pobranie narządu do transplantacji.

Czy lekarze mają obowiązek uzyskania zgody rodziny na pobranie narządu od zmarłego?	N /%
Tak	77
Nie	0
Nie wiem	4
Zależy od sytuacji	19
Suma	**100**

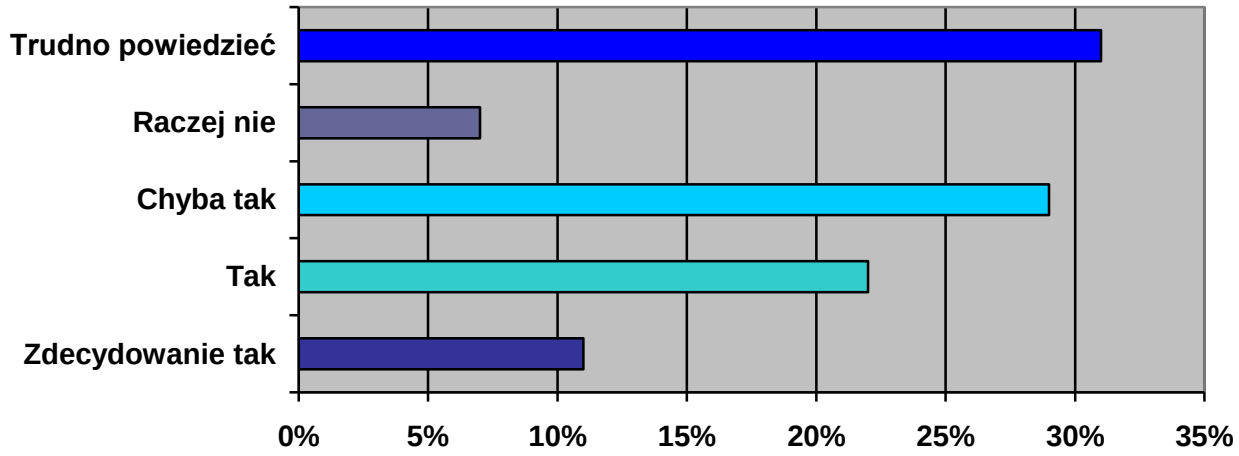


Rycina 6. Czy lekarze maja obowiązek uzyskania zgody rodziny osoby zmarłej na pobranie narządu do przeszczepu w opinii studentów kosmetologii i pielęgniarstwa.

Ankietowanych zapytano, czy wyraziliby zgodę na pobranie narządu do przeszczepu po śmierci bliskiej osoby w przepadku, gdy sama nie wypowiedziała się na ten temat i tutaj tylko

11% osób zdecydowanie zgodziłoby się, a 31% nie mogło określić swojego zdania na ten temat (Ryc.7).

40% spośród studentów kosmetologii chyba zgodziłoby się na pobranie narządu do przeszczepu po śmierci bliskiej osoby, gdy sama nie wypowiedziała się na dany temat. 14% raczej nie wyraziłoby swojej zgody. Natomiast pośród studentów pielęgniarstwa, 40% osób nie mogło określić swojego zdania, a 22% zgodziłoby się na przeszczep narządu od bliskiej osoby (Tab. VIII).



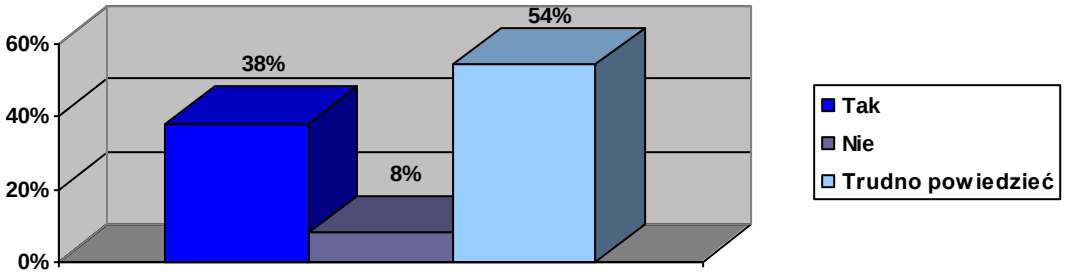
Rycina 7. Opinia ankietowanych na temat wyrażenia przez nich zgody na pobranie narządu do przeszczepu po śmierci bliskiej im osoby, jeśli sama nie wypowiedziała się na dany temat za życia.

Tabela VIII. Opinia studentów kosmetologii i pielęgniarstwa na temat wyrażenia przez nich zgody na pobranie narządu do przeszczepu po śmierci bliskiej im osoby, jeśli sama nie wypowiedziała się na dany temat za życia

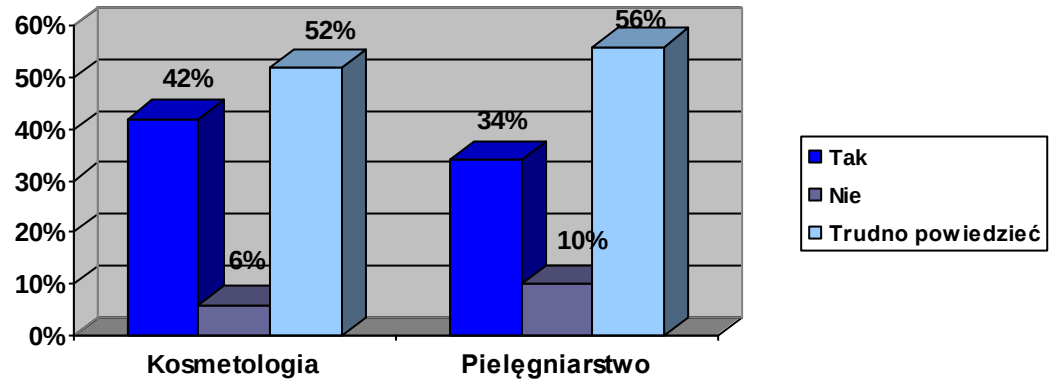
Czy zgodziłbyś się na pobranie narządu od bliskiej osoby po jej śmierci	Kosmetologia		Pielęgniarstwo	
	N	%	N	%
Zdecydowanie tak	1	2	10	20
Tak	11	22	11	22
Chyba tak	20	40	9	18
Nie	0	0	0	0
Raczej nie	7	14	0	0
Trudno powiedzieć	11	22	20	40
Suma	**50**	**100**	**50**	**100**

Koncepcja domniemanej zgody na pobranie narządów jest słuszna według 38% respondentów (Ryc. 8). 42% studentów kosmetologii uważa, że domniemana zgoda jest

słuszna, gdyż ratuje lub przedłuża życie innym osobom, zaś 6% uważa, że domniemana zgoda nie jest słuszna, ponieważ nie można za nikogo podejmować decyzji. 34% studentów pielęgniarstwa uważa, iż jest słuszna, ponieważ ratuje życie i stwarza możliwość wykonywania większej liczby przeszczepów (Ryc. 9).



Rycina 8. Słuszność koncepcji zgody domniemanej w opinii ankietowanych.



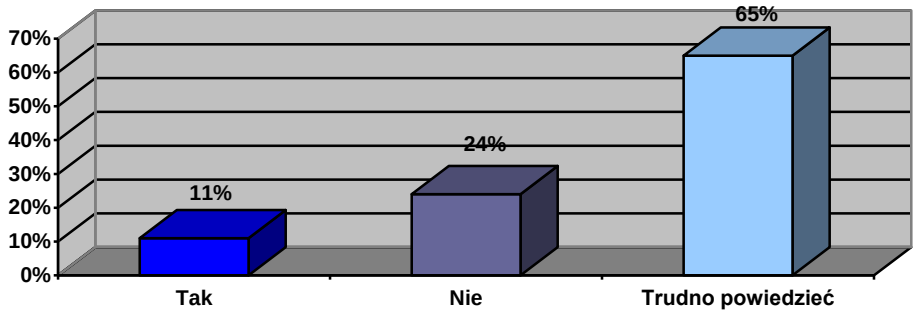
Rycina 9. Słuszność zgody domniemanej w opinii studentów poddanych badaniu kierunków kosmetologii i pielęgniarstwa.

Następnie ankietowanych zapytano, kto według nich powinien decydować o pobraniu narządu od zmarłego. Większość respondentów (66%) jest zdania, że to rodzina powinna decydować o pobraniu narządu od zmarłego, 19% uważa, że decyzję powinien podjąć lekarz. (Tab. IX).

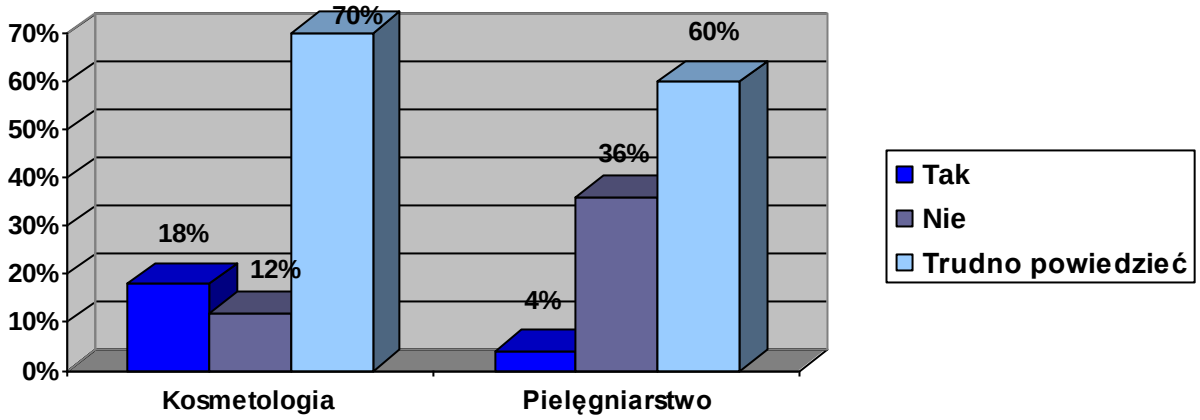
Tabela IX. Opinia ankietowanych na temat osoby, która powinna decydować o możliwości pobrania organów od zmarłego.

Kto powinien decydować o pobraniu narządu od zmarłego	N / %
Lekarz	19
Rodzina	66
Akty prawne	0
Trudno powiedzieć	15
Suma	**100**

Ankietowanych zapytano, czy miałoby dla nich znaczenie, od kogo pochodziłby narząd do przeszczepu, jeśli musieliby poddać się transplantacji. I tutaj 65% badanym osobom trudno jest określić jednoznacznie swoje stanowisko (Ryc.10). W badanej grupie studentów kosmetolog, 70% osób było niezdecydowanych, a 18% uważało, że byłoby to dla nich ważne, gdyż mogliby śledzić stan zdrowia danej osoby. Natomiast 36% studentów pielęgniarstwa było zdania, że najważniejsze jest to, że dostaną szansę na uratowanie życia (Ryc.11).



Rycina 10. Opinia badanych, na temat istotności faktu pochodzenia narządu do przeszczepu jeśli oni mieliby być biorcą tego narządu.



Rycina 11. Znaczenie pochodzenia organu do przeszczepu dla ankietowanych studentów kosmetologii i pielęgniarstwa w przypadku gdyby musieliby poddać się transplantacji.

Kolejne pytanie dotyczące zdania ankietowanych na temat największej bariery dla pobrania narządów było pytaniem wielokrotnego wyboru. Ogółem największą barierą według respondentów jest kolejno m.in.: brak zrozumienia pojęcia śmierci mózgowej i obawa, że zgoda na pobranie narządów oznacza zgodę na uśmiercenie bliskiej osoby (60 osób), zbyt mała wiedza społeczeństwa (54 osoby), trudność w uzyskaniu zgody od rodziny zmarłych osób (50 osób), przekonania religijne (46 osób), przekonanie, że taki czyn zbezcześci ciało

(43 osoby), brak dawców (43 osoby), brak zaufania do orzekających na śmierć mózgową (33 osoby) (Tab. X).

Tabela X. Bariery w pobieraniu narządów do przeszczepu.

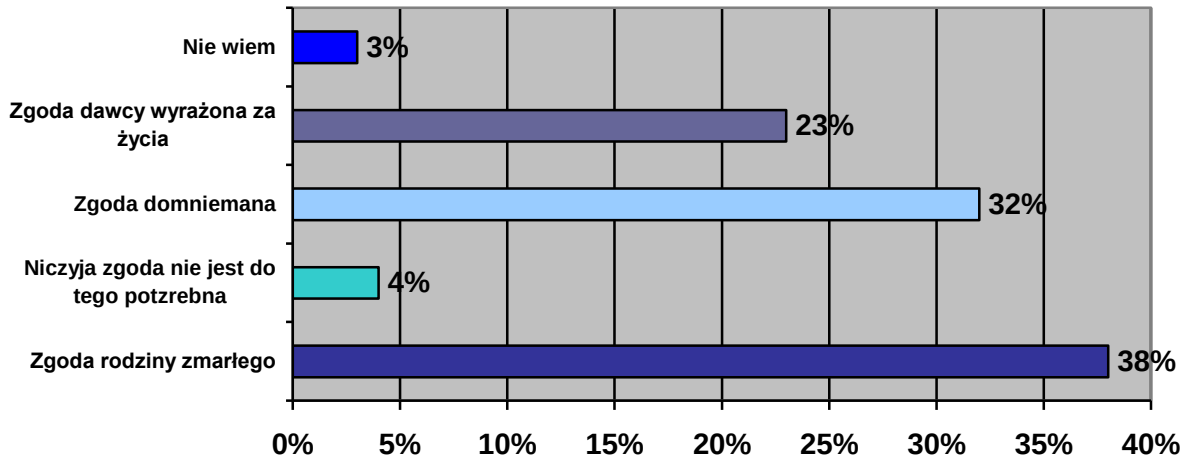
Co stanowi największa barierę na pobranie narządów	N / %
Brak dawców	43
Zbyt mała wiedza społeczeństwa	54
Przekonania religijne	46
Negatywna reakcja otoczenia	8
Brak środków finansowych	10
Brak odpowiedniego sprzętu oraz personelu	9
Brak zaufania do orzekających śmierć mózgową	33
Obawa, że narządy staną się obiektem handlu	16
Przekonanie, że to zbezcześci ciało zmarłego	43
Brak zrozumienia pojęcia śmierci mózgowej i obawa, że zgoda na pobranie narządów oznacza zgodę na uśmiercenie bliskiej osoby	60
Trudność w uzyskaniu zgody od rodziny osób zmarłych	50
Suma	**372**

- **Wyniki nie sumują się do 100%, pytanie wielokrotnego wyboru**

Kolejne pytanie miało na celu poznanie wiedzy ankietowanych na temat aspektów prawnych transplantologii oraz regulacji w polskim prawie w zakresie pobierania i przeszczepiania narządów od dawców zmarłych i żywych. Najwięcej, bo 38% ankietowanych stwierdziło, że w prawie polskim obowiązuje obowiązek uzyskania zgody od rodziny zmarłego, 32% badanych stwierdziło, że obowiązuje „zgoda domniemana", a 3% studentów stwierdziło, że nie posiada takiej wiedzy. Dane zostały przedstawione na poniższej Rycinie 12.

34% studentów pielęgniarstwa uważa, że podstawą do pobrania narządów jest zgoda rodziny zmarłego, 26% uważa, że jest to zgoda domniemana, a 40% zgoda dawcy wyrażona za życia. 40% studentów kosmetologii uważa, że podstawę do pobrania narządów do transplantacji od osoby zmarłej stanowi zgoda domniemana, 24% zgoda dawcy wyrażona za życia, 8% uważa, że zgoda rodziny zmarłego (Tab. XI).

Wśród badanych respondentów (57%) uważa, że pobranie tkanek i organów do przeszczepu od osoby zmarłej wymaga stwierdzenia „śmierci mózgu", co oznacza trwałe i nieodwracalne ustanie czynności pnia mózgu (Tab. XII).



Rycina 12. Podstawa prawna do pobrania narządów od osoby zmarłej do transplantacji.

Tabela XI. Podstawa prawna do pobrania narządów od osoby zmarłej do transplantacji w opinie studentów kosmetologii i pielęgniarstwa.

Podstawa do pobrania narządu po śmierci	Kosmetologia		Pielęgniarstwo	
	N	%	N	%
Zgoda rodziny zmarłego	4	8	17	34
Niczyja zgoda nie jest do tego potrzebna	0	0	0	0
Zgoda domniemana	20	40	13	26
Zgoda dawcy wyrażona za życia	12	24	20	40
Nie wiem	4	8	0	0
Suma	**50**	**100**	**50**	**100**

Tabela XII. Znaczenie terminu „Śmierć mózgu" według ankietowanych.

„Śmierć mózgu" to…	N / %
Ustanie krążenia i oddychania	0
Brak czynności elektrycznej mózgu	15
Trwałe i nieodwracalne ustanie czynności pnia mózgu	57
Brak odruchów	0
Ustanie krążenia, oddychania, czynności mózgu	28
Suma	**100**

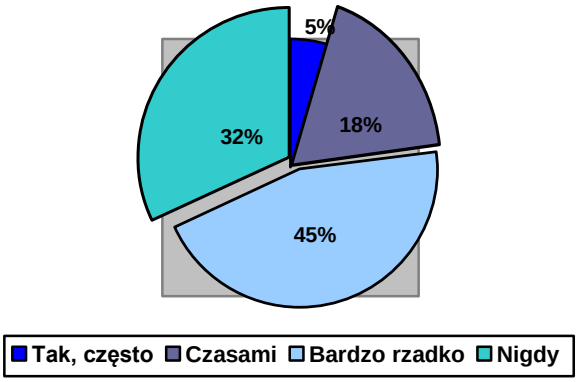
„Śmierć mózgu" dla połowy studentów kosmetologii jest ustaniem krążenia, oddychania i czynności mózgu (50%). 40% uważało, że jest trwałym i nieodwracalnym procesem, a 10%,

iż jest to brak czynności elektrycznej mózgu. Większość studentów pielęgniarstwa (74%) uważała, że śmierć mózgu oznacza trwałe i nieodwracalne ustanie czynności pnia mózgu (Tab. XIII).

Tabela XIII. Znaczenie śmierć mózgu według studentów kosmetologii i pielęgniarstwa.

„Śmierć mózgu oznacza?	Kosmetologia		Pielęgniarstwo	
	N	%	N	%
Ustanie krążenia i oddychania	0	0	0	0
Brak czynności elektrycznej mózgu	5	10	10	20
Trwałe i nieodwracalne ustanie czynności pnia mózgu	20	40	37	74
Brak odruchów	0	0	0	0
Ustanie krążenia, oddychania, czynności mózgu	25	50	3	6
Suma	**50**	**100**	**50**	**100**

45% ankietowanych osób bardzo rzadko porusza temat transplantacji podczas rozmowy ze znajomymi, 32% studentów nigdy nie poruszało tego tematu. Tylko 5% badanych często porusza temat transplantacji podczas rozmowy (Ryc. 13).



Rycina 13. Poruszanie przez respondentów tematyki transplantacji narządów podczas rozmowy ze znajomymi.

Następnie ankietowanych zapytano, czy spotkali się z negatywnymi opiniami na temat transplantacji i tutaj: 23% osób odpowiedziała twierdząco, głównie podczas śmierci bliskiej im osoby. 77% respondentów nie spotkała się z negatywnymi opiniami w tym zakresie.

Zdecydowana większość ankietowanych (68%) swój stosunek do transplantacji ocenia jako całkowicie przychylny (Tab. XIV). Tylko 8% studentów kosmetologii swój stosunek ocenia jako zdecydowanie przeciwny (Tab. XV).

Tabela XIV. Stosunek wiary ankietowanych do transplantacji narządów.

Stosunek wiary do transplantacji narządów	N / %
Całkowicie pozytywny	68
Zdecydowanie przeciwny	4
Nie wiem	28
Suma	**100**

Tabela XV. Stosunek wiary studentów kosmetologii i pielęgniarstwa do transplantacji narządów.

Stosunek wiary do transplantacji narządów	Kosmetologia		Pielęgniarstwo	
	N	%	N	%
Całkowicie pozytywny	26	52	42	84
Zdecydowanie negatywny	4	8	0	0
Nie wiem	20	40	8	16
Suma	**50**	**100**	**50**	**100**

Dyskusja

Przekazanie własnego narządu jeszcze za życia jest bez wątpliwości złożeniem daru o wielkiej wartości. Badania opinii publicznej zaprezentowane w publikacji autorstwa Nowickiej M. [19] wykazują, że zdecydowana większość osób uważa oddanie nerki, nawet obcej osobie, za czyn racjonalny i moralnie słuszny. Niestety, łatwiej przychodzi nam wypowiedzenie pochwały czyjegoś czynu niż samemu poddać się próbie. Ratując życie drugiemu człowiekowi, np. wyciągając go z wody czy z płonącego pomieszczenia jest działaniem kierowanym impulsem nakazu przyjścia z pomocą osobie w niebezpieczeństwie. Zaś, gdy oddajemy organ działamy świadomie, rozważamy wszystkie za i przeciw, a przede wszystkim działamy po namyśle [19]. Badania własne wykazały, że 37% wszystkich badanych studentów oddałoby swój narząd za życia do przeszczepu każdej potrzebującej osobie, przy czym zdania tego było 58% studentów Kosmetologii i zaledwie 16% studentów Pielęgniarstwa. Jeśli weźmiemy pod uwagę oddanie swego organu do przeszczepu osobie

bliskiej, to zdecydowałoby się na ten krok 53% wszystkich respondentów, w tym 40% studentów Kosmetologii i 60% studentów Pielęgniarstwa.

Społeczeństwo polskie nie jest jednomyślne co do przyzwolenia na wykonanie transplantacji. Wyróżnia się grupy przychylnie nastawione oraz grupy, które wyrażają swój sprzeciw i negatywny stosunek do tych zabiegów. Według badań przeprowadzonych przez Kosmala i Kowal [2] wiedza społeczeństwa na temat przeszczepiania narządów nie jest zadowalająca.

Zakład Socjologii Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Częstochowie [2] przeprowadził badania sondażowe wybranych grup zawodowych. Lekarze, prawnicy oraz księża wyrażali swoje opinie na temat oceny stanu wiedzy polskiego społeczeństwa na temat przeszczepów narządu i tutaj: 33 osoby określiły wiedzę społeczeństwa jako niewystarczającą bądź żadną, 27 osób jako małą, 12 osób jako coraz szerszą, a 4 osoby jako dobrą.

Lekarze oceniający poziom wiedzy społeczeństwa polskiego wskazali, że jest absolutnie niedostateczna lub podobna do wiedzy u osób ze średniowiecza. 12 osób, które określiło wiedzę społeczeństwa jako coraz szerszą, podkreśliło wpływ środków masowego przekazu na proces stopniowej edukacji na temat danego problemu. 4 osoby twierdzące, że wiedza społeczeństwa jest dobra uznały, że transplantacja jest nagłośnionym tematem, a gazety i telewizja spełniają dobrą funkcję [2].

W badaniu przeprowadzonym na potrzeby niniejszej pracy ankietowani studenci dokonali samooceny wiedzy własnej na temat transplantacji, którą ocenili w 45% przypadków jako dobrą, a w 34% jako niewielką. Respondowani studenci, podobnie jak we wspomnianych wyżej badaniach, jako główne źródło swej wiedzy wskazali masmedia, w tym pierwszym źródłem informacji w zakresie transplantacji w 54% przypadków była telewizja, w 8% prasa, a internet wskazano w 20% przypadków, zaś zaledwie 17% respondentów temat ten po raz pierwszy zgłębiało na zajęciach w szkole.

Nieco odmiennie przedstawiały się w tym względzie badania IPSOS na temat „Postaw wobec przeszczepienia narządów" [35], przeprowadzone w Warszawie w sierpniu 2002 roku, wśród studentów uczelni medycznych. Wykazały one, że w poddanej badaniu grupie studentów - 22% pierwszy raz zetknęło się z problematyką pobrania narządów w szkole, 34% na studiach, 28% w środkach masowego przekazu, 7% w domu, 1% miała doświadczenie osobiste związane z daną sytuacją [35]. Z badań Orzeł -Nowak A. i wsp., przeprowadzonych w grupie pielęgniarek wynika, że głównym źródłem informacji na temat transplantacji w przypadku 64% pielęgniarek była telewizja, a w 52,2% przypadków, książki oraz fachowe czasopisma [36].

Niezwykle trudną sytuacją jest stanięcie w obliczu konieczności pozyskania narządu do przeszczepu dla osoby bliskiej lub podjęcie decyzji o oddaniu jej organów do przeszczepu w sytuacji stwierdzonej śmierci mózgu. 72% respondentów objętych badaniem IPSOS [35] w czasie studiów zetknęło się z osobą oczekującą na przeszczepienie jakiegoś narządu. W podobnej sytuacji znalazło się tylko 28% studentów kosmetologii i pielęgniarstwa PWSIiP.

Badanie przeprowadzone wśród studentów wydziału medycznego w Łodzi [37] wykazało, że 66% ankietowanych zdecydowanie akceptuje przeszczepienie narządów od osób zmarłych, raczej akceptuje 29%, 2% zdecydowanie nie akceptuje, a 3% badanych osób nie ma zdania na ten temat.

88% ankietowanych z badań własnych (57% - zdecydowanie zgadza się i 31% - zgadza się na pobranie narządów od osób żywych) akceptuje leczenie za pomocą pobrania narządu od osób żywych w celu ratowania życia.

W badaniach opinii publicznej CBOS, przeprowadzonych w 2003 [38] i w 2005 [39], roku akceptacja polskiego społeczeństwa na temat przeszczepiania narządów od osób zmarłych wynosiła odpowiednio 90 i 87%.

Za zdecydowanie słuszne działanie polegające na pobieraniu narządów od osób zmarłych dla ratowania życia lub przywracania zdrowia uznaje również 73% poddanych badaniu studentów PWSIiP w Łomży.

Badania Rolki i wsp. przeprowadzone wśród studentów kierunku Zarządzanie i Marketing PWSIiP w Łomży wykazały, że 92% ankietowanych popiera przeszczepienie narządów od martwych dawców, a 3% są przeciwne [40].

Inne badania również przeprowadzone przez Rolka H. i wsp. na temat transplantologii, wśród pacjentów Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego w Białymstoku i pacjentów Szpitala Wojewódzkiego w Łomży dowodzą, że 84% badanych popiera pobranie narządów od osób zmarłych, a 48% popiera pobranie narządu od dawcy żywego [41].

W badaniu CBOS z 2003 roku [38], 82% badanych Polaków deklaruje zgodę na oddanie swojego narządu po śmierci w celu ratowania życia. 13% respondentów nie wyraziłoby takiej zgody [38]. W porównywalnym badaniu CBOS z 2007 [42] roku liczba osób gotowych do oddania swoich narządów do przeszczepu po śmierci zmalała i oscylowała w granicach 78%.

Aprobatę dla powyższych działań na jeszcze niższym poziomie uzyskano w badaniach własnych, gdzie zaledwie 67% badanych studentów zgodziłoby się oddać do transplantacji swój narząd po śmierci.

Transplantacja narządów oraz ich pobieranie w szczególności od ludzi zmarłych jest tematem kontrowersyjnym w Polsce i niejednokrotnie tematem tabu, którego nie powinno się poruszać. Spośród poddanych badaniu studentów kosmetologii i pielęgniarstwa, zaledwie 25% zna wolę najbliższych, co do oddania organów do transplantacji, 28% przyznało, że takiej wiedzy nie posiada. Podobnie, jako brak wiedzy w tym zakresie, można zinterpretować odpowiedź 47% respondentów, którzy wskazali odpowiedź „ nie mam zdania".

Według Orzeł- Nowak A i wsp. [37], 41% badanych osób zna wolę najbliższych osób na temat pobrania od nich narządu po śmierci.

Rozmowa z bliskimi na temat transplantacji jest bardzo ważna, by w przypadku zgody na pobranie narządu po śmierci rodzina nie protestowała. Według badania na temat „Postaw pielęgniarek wobec przeszczepiania narządów" [36], 34,5% pielęgniarek nie porusza w swoim domu tematu transplantacji, 51,4% porusza tę tematykę bardzo rzadko.

W badaniu Gorzkowicz B., Majewskiego W., i wsp. na temat „Opinii na temat dawstwa narządów wśród studentów uczelni wyższych Szczecina" [43], objętych badaniem studentów zapytano, czy rozmawiali ze znajomymi o możliwości oddania narządu do przeszczepu. 51% spośród tych ankietowanych na powyższe pytanie odpowiedziało twierdząco.

Badanie studentów kierunku Zarządzanie i Marketing PWSIiP w Łomży wykazało, że 70% respondentów nie rozmawiało z bliskimi na temat swojego stanowiska wobec transplantacji, tylko 28% poruszyło ten temat w rozmowie, a 2% ma zamiar to uczynić [40].

Z materiału własnego wynika, że 45% badanych bardzo rzadko podczas spotkania ze znajomymi porusza temat transplantacji, 32% nigdy, 18% czasami i tylko 5% często porusza dany temat.

Badanie IPSOS z 2002 r. [35], wykazało, że wg 36% Polaków, lekarze powinni rozmawiać z rodziną zmarłego o możliwości pobrania od niego narządów, a 7% spośród nich jest zdecydowanie przeciwne podejmowaniu takiego działania [35].

Badanie przeprowadzone w grupie pielęgniarek zatrudnionych w publicznych i niepublicznych placówkach zdrowia wykazało, że 67,8% badanych uważa, że lekarze powinni rozmawiać z rodziną o możliwości pobrania od niej narządu [44].

Natomiast badanie własne wykazało, że prawie wszyscy ankietowani (97%) byli zdania, że lekarz ma obowiązek informowania rodziny o zamiarze pobrania narządu od osoby zmarłej. Pozostałe 3% respondentów z tej grupy nie miało zdania.

Badanie przeprowadzone przez Zysk K., Chilińską J. i wsp., wykazało, że również zdaniem 90% ankietowanego personelu medycznego, lekarz ma obowiązek informowania rodziny o możliwości pobrania narządu od bliskiej im osoby [45].

86% Polaków nie sprzeciwiłoby by się pobraniu narządów w przypadku śmierci bliskiej im osoby, jeśli wiedziałaby, że nie miałaby nic przeciwko temu zabiegowi. 66% nie sprzeciwiłaby się jeśli wola bliskiej im osoby nie była im znana, a 23% wyraziłaby swój sprzeciw. 18% nie sprzeciwiłaby się ,nawet gdyby wiedziała, że zmarła była przeciwna, a 75% nie wyraziłaby swojej zgody [38].

W badaniu Szymańskiej i Strzelczyk [37], 54% respondentów zdecydowanie nie zgodziłoby się na pobranie narządu od bliskiej osoby w przypadku jej śmierci, 4% raczej nie zgodziłaby się, 18% raczej zgodziłaby się, 9% zdecydowanie nie protestowałaby, a 15% badanych nie ma zdania na ten temat. W tym samym badaniu spytano ankietowanych, czy w przypadku śmierci bliskiej osoby sprzeciwiliby się na pobranie od niej narządu, by ratować życie innej sobie, gdyby wiedzieli, że zmarła nie wypowiedziała się na ten temat i nie wiadomo jaka była jej opinia, 7% zdecydowanie zgodziłaby się na pobranie od niej narządu do przeszczepu, 23% badanych raczej zgodziłaby się, 28% zdecydowanie nie zgodziłaby się, 9% raczej nie wyraziłaby swojej zgody, a aż 33% respondentów nie miała zdania na ten temat [37].

W materiale uzyskanym w toku badań własnych, 33% ankietowanych zadeklarowało, że zgodziłoby się na pobranie narządu do przeszczepu po śmierci bliskiej osoby, jeśli sama nie wypowiedziała się na dany temat, 29% chyba wyraziłoby zgodę, raczej nie 7%, a 31% nie miało zdania.

24.01.1991 roku uchwalone zostały zasady dotyczące transplantacji. Według pierwszej zasady narządy mogą być usunięte z ciała osoby zmarłej w celu przeszczepu, jeśli zostały uzyskane pozwolenia wymagane przez prawo danego państwa i nie ma podstaw, by przypuszczać, że osoba zmarła wyraziła sprzeciw bądź nie wyraziła zgody za życia na usunięcie danego narządu z jej ciała w celu przeszczepu [46].

Koncepcja domniemanej zgody, która obowiązuje w mniej więcej połowie krajów europejskich (tzn. brak sprzeciwu za życia) według 38% badanych z raportu CBOS z 2005 roku, jest słusznym sposobem uregulowania sprawy pobrania narządów [39]. Podobnie uważało 38% studentów PWSIiP poddanych badaniu, 8% było przeciwne koncepcji domniemanej zgody, a 54% nie miało zdania.

Grupę ankietowanych studentów uczelni medycznych w badaniu IPSOS [35] zapytano, czy ostatecznie o pobraniu narządów powinno decydować prawo, czy zgoda

rodziny zmarłego i tutaj 65% studentów uczelni medycznych uważa, że o pobraniu decydować powinno prawo, a pozostałe 35% badanych uważa, że zgoda rodziny zmarłego [35].

Podobnego zdania (rodzina powinna decydować o pobraniu narządu) było 66% studentów kosmetologii i pielęgniarstwa. 19% spośród nich wskazało jako osobę decyzyjną lekarza, a 15% nie miało zdania.

41,1% pielęgniarek w badaniu Kobus G. i wsp. jest zdania, że o pobraniu narządu do przeszczepu również decydować powinna rodzina, 28,9% jako źródło decyzji wskazało prawo, a 30% ankietowanych nie miało zdania w tej sprawie [44].

Według badań IPSOS [35] sprzeciw na temat pobrania narządów w 14% spowodowany jest nieznajomością pojęcia śmierci mózgowej, wg 9% respondentów spowodowany jest brakiem zaufania do personelu, w 20% z powodu przekonań religijnych, 5% ze względów emocjonalnych, a zdaniem 13% badanych z obawy przed nieuczciwym wykorzystaniem pobranego narządu [35].

Grupa poddanych badaniu, przez Orzeł- Nowak A. i wsp,, pielęgniarek [36] była zdania w 44,1% przypadków, że problemami współczesnej transplantologii jest mała liczba dawców. 44,1% wskazało brak świadomości społecznej i brak informacji na dany temat, natomiast zdaniem 36,7% respondentów problemem współczesnej transplantologii jest brak środków finansowych.

Zdaniem 40% studentów Zarządzania i Marketing PWSIiP główną przyczyną oporu społeczeństwa wobec pobierania narządów jest nieświadomość społeczeństwa, 30% uważa, że przyczyną jest niedostateczna wiedza na temat tej dziedziny. Natomiast zdaniem 60% studentów PWSIiP objętych badaniem, zasadniczą przyczyną i barierą w pobraniu narządów jest brak zrozumienia pojęcia śmierci mózgowej i obawa, że zgoda na pobranie narządów oznacza zgodę na uśmiercenie bliskiej osoby [40].

Ponadto, badania sondażowe przeprowadzone przez Zakład Socjologii Wyższej Szkoły Pedagogicznej, wskazały konieczność wprowadzenia programów edukacyjnych w szkołach oraz środkach masowego przekazu w celu wyjaśnienia dylematów związanych z transplantacją w Polsce. Wzrost wiedzy mógłby przyczynić się do świadomej akceptacji przeszczepów, przez co usunąłby bariery tej metody leczenia [22].

Wyniki ankiety Kliniki Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej Szpitala Klinicznego im. A. Mielęckiego Śląskiej Akademii Medycznej wykazały, że 86% ankietowanych pacjentów nie wiedziało, że według prawa polskiego osoba zmarła może być dawcą narządów, jeśli nie wyraziła sprzeciwu [47].

Według 32% studentów Kosmetologii i Pielęgniarstwa PWSIiP w świetle prawa polskiego podstawę do pobrania narządów do przeszczepu od osoby zmarłej stanowi zgoda domniemana, w 38% odpowiedzi zgoda rodziny zmarłego, zdaniem 23% respondentów zgoda dawcy wyrażona za życia, a 4% uważało, że niczyja zgoda nie jest potrzebna.

Według 90% studentów uczelni medycznych, którzy wzięli udział w badaniu IPSOS z 2002 roku, objawem śmierci mózgu jest brak reakcji źrenic na światło. 84% respondentów uważało, że objawem tym jest brak odruchu rogówkowego, 68% - brak odruchu rdzeniowego, a 59% zaznaczyło ujemną próbę kaloryczną [48].

W badaniu ogólnopolskim IPSOS z 2002 roku, 25% Polaków zgodziło się ze stwierdzeniem, że śmierć następuje w momencie ustania pracy mózgu. 67% uważała, że zgon następuje w momencie ustania pracy mózgu i bicia serca, natomiast 8% nie miało zdania [35].

Badanie przeprowadzone przez Rolkę, Grochowską, Klimaszewską [41] wykazało, że śmierć człowieka dla 46% badanych oznacza całkowite i nieodwracalne ustanie jakiejkolwiek aktywności mózgu, 10% uważa, że definicja śmierci człowieka oznacza ustanie krążenia, a tylko 30% zaznaczyło prawidłową odpowiedź, czyli nieodwracalne ustanie funkcji pnia mózgu, oznacza śmierć mózgu jako całości; niekoniecznie oznacza to natychmiastową śmierć wszystkich komórek mózgu.

Według 57% badanych łomżyńskich studentów śmierć mózgu oznacza trwałe i nieodwracalne ustanie czynności pnia mózgu, 28% uważało, że termin ten oznacza ustanie krążenia, oddychania i czynności mózgu, a 15% zaznaczyło brak czynności elektrycznej mózgu.

Z badania CBOS z 2005 roku wynika, że 20% badanych uważa przeszczepianie narządów za sprzeczne z religią katolicką, zaś przeciwnego zdania było 63% wspomnianych badanych [39].

Natomiast według 69% studentów PWSIiP stosunek wiary i kościoła katolickiego do przeszczepów organów jest całkowicie przychylny. W niniejszym badaniu pojawiło się jednak zdanie 4% respondentów sugerujące dezaprobatę wiary i kościoła dla omawianych działań.

W innym badaniu przeprowadzonym przez Zyk, Chilińską i wsp. [45], autorzy dowiedli poparcie 100% poddanego badaniu personelu medycznego, pracującego w Szpitalu Wojewódzkim w Łomży, dla transplantacji. Związane z tą interwencją medyczną działania respondowani uznali za całkowicie słuszne.

Pomimo, że przeszczepianie narządów oraz tkanek jest jeszcze zabiegiem dalekim od doskonałości, niosącym ze sobą wiele kontrowersji oraz barier zarówno tych

modyfikowalnych, jak też tych, na które nie mamy wpływu (np. brak dawców), niezaprzeczalnie należy stwierdzić, że jest to zabieg dający szansę nowego życia dla tych, którzy skazani byliby na śmierć.

Wnioski

Analiza materiału badań pozwoliła na postawienie następujących wniosków:

1. Głównym źródłem informacji o transplantacji wg respondentów (66%) jest telewizja.
2. Ponad połowa badanych (57%) uważa za zdecydowanie słuszne pobranie narządów od osób żywych dla ratowania lub przywracania zdrowia innym osobom.
3. Większość ankietowanych (73%) uważa za zdecydowanie słuszne pobranie narządów od osób zmarłych dla ratowania lub przywracania zdrowia innym ludziom.
4. 67% studentów zgodziłaby się, a 11% osób raczej zgodziłaby się na oddanie swojego narządu po śmierci
5. Zaledwie 4% respondentów podpisała oświadczenie woli umożliwiające pobranie narządu do transplantacji po ich śmierci, co świadczy pośrednio o niskiej świadomości społecznej.
6. Wolę najbliższych osób na temat transplantacji narządów po ich śmierci zna zaledwie 1/4 badanych.
7. Koncepcja domniemanej zgody jest słuszna według 38% respondentów.
8. Blisko 1/4 badanych spotkała się z negatywnymi opiniami o transplantacji.

Piśmiennictwo

1. Głuszek S. (red): Chirurgia. Podręcznik dla studentów wydziałów nauk o zdrowiu. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2008, 551-563.
2. Pawlica B., Szczepański M.S. (red.): Dar życia i jego społeczny kontekst. Zabiegi transplantologiczne w świadomości społecznej. Wydawnictwo Śląskie, Tychy 2003, 40-65.
3. Rutkowski B., Kaliciński P., Śledziński Z., Wujtewicz M., Mielnicka A. (red.): Wytyczne dotyczące zasad zgłaszania kwalifikacji i przygotowania zmarłych dawców do pobrania narządów. Przewodnik praktyczny. Wydawnictwo VM Media, Gdańsk 2009, 57-105.
4. Duda J.: Transplantacja w prawie polskim. Aspekty cywilnoprawne. Stan prawny na 1 września 1998. Wydawnictwo Zakamycze, Kraków 1998, 45.
5. Grodziuk A.: Pielęgniarka koordynatorem transplantacyjnym. Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 2010, 1-2, 24-25.

6. Orzeł-Nowak A., Radzik T., Prażmowska B.: Postawy pielęgniarek wobec przeszczepiania narządów. Pielęgniarstwo XXI wieku, 2005, 4, 117-123.
7. Guzik-Makaruk E.M.: Transplantacja organów, tkanek i komórek w ujęciu prawnym i kryminologicznym. Wydawnictwo Temida 2, Białystok 2008, 15-32, 129-131.
8. Pazik J.: Przeszczep nerki jako metoda leczenia niewydolności nerek. Żyj aktywnie magazyn dla osób dializowanych, 2007,4, 23.
9. Rowiński W., Wałaszewski J., Safjan D., Safjan M.: Problemy etyczno-obyczajowe przeszczepienia narządów [w:] Transplantologia kliniczna, (red.) Rowiński W., Wałaszewski J., Pączek I. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2004, 307-312.
10. Rutkowski B., Kaliciński P., Śledziński Z., Wujtewicz M., Mielnicka A. (red.): Wytyczne dotyczące zasad zgłaszania kwalifikacji i przygotowania zmarłych dawców do pobrania narządów. Przewodnik praktyczny. Wydawnictwo VM Media, Gdańsk 2009, 57-105.
11. Białobrzeska B.: Pacjent po przeszczepieniu nerki. Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 2009, 10, 32-24.
12. Duda J.: Transplantacja w prawie polskim. Aspekty karnoprawne. Wydawnictwo Zakamycze, Kraków 2004, 28-51.
13. Nowaczyk M., Sankowska M., Korczak-Kowalska G., Podobińska I., Górski A.: Dobór immunologiczny dawcy i biorcy przeszczepu. [w:] Transplantologia kliniczna, (red.) Rowiński W., Wałaszewski J., Pączek I. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2004, 81-82.
14. Kozieradzki M., Danielewicz R.: Uszkodzenie niedokrwienne narządów i ich przechowywanie [w:] Transplantologia kliniczna, (red.) Rowiński W., Wałaszewski J., Pączek I. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2004, 105-111.
15. Rowiński W.: Z ciała do ciała. Rozmawiał Walewski P.: Polityka, 2008, 7, 73.
16. Tokarczyk R.: Zarys regulacji transplantacji organów ludzkich. Ruch Prawny, Ekonomiczny i Socjologiczny, 2000, 1, 17.
17. Zelman M., Łągiewska B., Małkowski P., Jakubowska-Winecka A.: Opieka personelu medycznego w okresie okołotransplantacyjnym w opinii pacjentów. Pielęgniarstwo XXI wieku, 2007, 3-4, 25-28.
18. Wielka Encyklopedia Zdrowia. Wydawnictwo Horyzont, t. IX ,Wągrowiec 2006, 217-240
19. Nowacka M.: Etyka a transplantacje. Wydawnictwo Naukowe PZWL, Warszawa 2003, 9-11, 135-191.
20. Murdzek K.: Dializa czy przeszczep. Ludzie listy piszą. Dializa i Ty, 2007 2 , 4

21. Wałaszewski J., Stryjenka –Rowińska D.: Dawcy narządów unaczynionych [w:] Transplantologia kliniczna, (red.) Rowiński W., Wałaszewski J., Pączek I., Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2004, 70-73.
22. Łaba M., Czerwiński J., Małkowski P.: Standardy pielęgnowania chorego poddanego zabiegowi przeszczepienia nerki. Pielęgniarstwo XXI wieku, 2007, 3-14.
23. Fibak J.: Chirurgia. Repetytorium. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, 109-115.
24. Rowiński W.: Wprowadzanie. Historia medycyny transplantacyjnej [w:] Transplantologia kliniczna, (red.) Rowiński W., Wałaszewski J., Pączek I., Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2004, 21-27.
25. Pączek L., Mucha K, Foroncewicz B. (red.): Choroby wewnętrzne. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa i położnictwa. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006, 621-624.
26. Wałaszewski J., Stryjenka–Rowińska D.: Dawcy narządów unaczynionych. [w:] Transplantologia kliniczna, (red.) Rowiński W., Wałaszewski J., Pączek I. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2004, 35-38, 48-49.
27. Słojewska A.: W Europie brakuje organów. Rzeczpospolita, 31 V 2007 r.
28. Krawczyk M., Zaborowski P., Pączek I.: Przeszczepianie wątroby. [w:] Transplantologia kliniczna, (red.) Rowiński W., Wałaszewski J., Pączek I., Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2004,356-361, 380-382.
29. Poltransplant, Biuletyn Informacyjny, 2008 (03), 1, 11, 15.
30. Dmeńska H.: Przeszczepy płuc u chorych na mukowiscydozę. Postępy Nauk Medycznych, 2008, 9, 601-604.
31. http://www.poltransplant.org.pl/statystyka_2009.html, data pobrania 18.07.10.
32. Wolf K., Boudjema K., Ellero B. i wsp.: Transplantacje narządów. Kompendium. Wydawnictwo Volumed, Wrocław 1993, 70-177.
33. Rowiński W., Duplik.: Przeszczepianie trzustki. [w:] Transplantologia kliniczna, (red.) Rowiński W., Wałaszewski J., Pączek I. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2004, 385-389, 390-392.
34. Pacholczyk M., Łągiewska B.: Przeszczepianie jelita i przeszczepianie wielonarządowe [w:] Transplantologia kliniczna, (red.) Rowiński W., Wałaszewski J., Pączek I. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2004, 483- 493.
35. Kośmider- Cichomska A.: Postawy wobec przeszczepu narządu. Raport z badań. IPSOS, Warszawa 2002.

36. Orzeł-Nowak A., Radzik T., Prażmowska B.: Postawy pielęgniarek wobec przeszczepiania narządów. Pielęgniarstwo XXI wieku, 2005, 4, 117-124.
37. Szymańska J., Strzelczyk J.: Postawy studentów niestacjonarnych Wydziału Pielęgniarstwa i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego W Łodzi wobec transplantacji narządów. Pielęgniarstwo XXI wieku, 2008, 1, 5-9.
38. Centrum Badania Opinii Społecznej. Komunikat z badań. Postawy wobec transplantacji narządów, Warszawa 2003.
39. Centrum Badania Opinii Społecznej. Komunikat z badań. Opinie o przeszczepianiu narządów, Warszawa 2005.
40. Rolka H., Mroczkowska H., Łukaszuk C. i wsp.: Przez śmierć ofiarowanie daru życia- opinie studentów kierunku zarządzanie i marketing PWSIiP w Łomży na temat przeszczepiania narządów od dawców żywych i martwych [w:] W drodze do brzegu życia (red.) Krajewska-Kułak E., Niklewicz W., Lewko J., Łukaszuk C., Wydawnictwo Akademia Medyczna w Białymstoku, Białystok 2007, II, 201-208.
41. Rolka H., Grochowska A., Klimaszewska K.: „Nie Gaśmy życia, które jeszcze płonie, a jego piękny płomień świecić może jeszcze przez długi czas". Postawy społeczeństwa polskiego wobec pobierania narządów od dawców żywych i zmarłych [w:] W drodze do brzegu życia (red.) Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C., Wydawnictwo Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Wydział Nauk o Zdrowiu, Białystok 2009, 57-69.
42. http://www.duch.lublin.pl/dar_zycia/opinie.html#c
43. Gorzkowicz B., Majewski W., Tracz E. i wsp. Opinia na temat dawstwa narządów wśród studentów uczelni wyższych Szczecina. Problemy pielęgniarstwa 2010, 2, 111-116.
44. Kobus G., Sawicka., Aleksiejuk J. i wsp.: Transplantacja narządów jako dar życia- w opinii pielęgniarek. [w:] W drodze do brzegu życia (red.) Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C., Wydawnictwo Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Wydział Nauk o Zdrowiu, Białystok 2009, 71-80.
45. Zysk K., Chilińska J., Wróblewska K. i wsp.: Transplantacja narządów w opinii społecznej na przykładzie wybranej populacji. [w:] W drodze do brzegu życia (red.) Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C. Wydawnictwo Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Wydział Nauk o Zdrowiu, Białystok 2009, 81-2.
46. Rutkowska M.: Etyczna ocena transplantacji. [w:] W drodze do brzegu życia (red.) Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C., Jankowiak B. Wydawnictwo Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Wydział Nauk o Zdrowiu, Białystok 2008, T. IV, 189-199.

47. Woźniak I.: Wiedza o transplantacji narządów i postawy społeczeństwa wobec problemu oddawania narządów do przeszczepu. Pielęgniarstwo XXI wieku, 2005, 1, 9-12.
48. Ziętkiewicz S., Marczyńska A.: Aspekt prawny, etyczny i moralny w opiece pielęgniarskiej nad pacjentem zakwalifikowanym do pobrania narządów w oddziale intensywnej opieki medycznej i sali operacyjnej. [w:] W drodze do brzegu życia (red.) Krajewska-Kułak E., Nyklewicz W., Lewko J., Łukaszuk C. Wydawnictwo Akademia Medyczna w Białymstoku, Białystok 2007, t. II, 295-301.

Iwański Tomasz Aleksander

Uregulowania prawne dotyczące przemocy w rodzinie na tle wybranych rozwiązań legislacyjnych na świecie i w Polsce

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 7 SUM , Katowice

Wprowadzenie

Funkcjonowanie przemocowych zachowań w środowisku rodzinnym, wytycza potrzebę utworzenia profesjonalnego i wielopłaszczyznowego procesu trafnej diagnozy, pomocy, a także profilaktyki. Aparat terapeutyczny musi być wspomagany przez szereg rozwiązań prawnych, mających na celu wspólne dobro ofiar krzywdzenia, ale i również przynoszących rozwiązania systemowe, dotyczące postępowania ze sprawcami przemocy.

Zapis zawarty w art. 87 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej [1] ukazuje, iż źródłami obowiązujących aktów prawnych w Polsce są: konstytucja, ustawy, ratyfikowane umowy międzynarodowe oraz rozporządzenia. Głównym nurtem fundamentalizującym funkcjonowanie standardów prawnych w Państwie, są wspomniane ratyfikacje umów międzynarodowych (konwencji). Stanowią one swoiste uzupełnienie zapisów, dotychczas nie występujących w krajowych opracowaniach prawnych. Znaczącym faktem w historii legislacji, opiewającej tematykę przeciwdziałania przemocy, było podpisanie przez Polskę Konwencji o Prawach Dziecka 26 stycznia 1990 roku [2]. Sejm, ustawą z dnia 27 września 1990 roku o ratyfikacji Konwencji o Prawach Dziecka przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych z dnia 20 listopada 1989 roku (Dz. U. z dnia 27 lutego 1991 r., Nr 16 poz. 71) wyraził zgodę na jej ratyfikację przez Prezydenta [3]. Konwencja weszła w życie z dniem 7 lipca 1991 roku i została opublikowana w Dzienniku Ustaw z dnia 23 grudnia 1991 roku, Nr 120, poz. 526 [4]. Konwencja ustala zobowiązania dla jej ratyfikantów, dotyczące stworzenia i uregulowania postępowania prawnego w sprawie zabezpieczania dzieci co wiąże się z rozwiązaniami, by nie były ofiarami przemocy i nie były poddawane torturom, wyzyskom, nadużyciom seksualnym. Chroni je również w postępującym procesie terapii oraz rehabilitacji psychofizycznej w przypadku zaistniałego faktu krzywdzenia (art. 39 Konwencji o Prawach Dziecka) [4]. W katalogu praw zawartych w tymże dokumencie, można uwidocznić zapisy, bezpośrednio odwołujące się do ochrony przed krzywdzeniem, jak na przykład prawo do wolności od przemocy fizycznej lub psychicznej, wyzysku, nadużyć

seksualnych i wszelkiego okrucieństwa, zawarte w kategorii "Praw i wolności osobistych" [4].

W Polskim systemie legislacyjnym, wprowadzono regulacje dotyczące przeciwdziałania przemocy, które zawierały się w akcie prawnym z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, opublikowanym w Dz.U. 2005 nr 180 poz. 1493 [5]. Następnie ustawa ta została znowelizowana aktem z dnia 10 czerwca 2010 roku o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz niektórych innych ustaw, opublikowanym w Dz.U. 2010 nr 125 poz. 842. Wprowadzono również narzędzie do postępowania z ofiarami krzywdzenia "Niebieska Karta", rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 13 września 2011 roku, w sprawie procedury Niebieskie Karty oraz wzorów formularzy Niebieska Karta, opublikowanym w Dz.U. 2011 nr 209, poz. 1245 ze zm. [6]. Treść regulacyjna, zawiera również ustawa z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. 1982 nr 35 poz. 230), której unowocześnioną treść przedstawiono w Obwieszczeniu Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 12 września 2007 roku w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. 2012 nr 0 poz. 1356). Stosowne zapisy nadające definicyjny charakter kryminogenności określonych czynów, zawiera kodeks karny - aktualnie obowiązującym aktem normatywnym zawierającym spis przepisów regulujących odpowiedzialność karną za przestępstwa jest ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku – Kodeks karny (Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.), która weszła w życie 1 września 1998 r. zastępując tym samym ustawę z dnia 19 kwietnia1969 roku – Kodeks karny (Dz. U. z 1969 r. Nr 13, poz. 94, z późn. zm.) [7].

Kodeks Karny

W wyniku popełnianych czynów, sprawcy przemocy ponoszą odpowiedzialność karną zgodnie z zapisami Kodeksu Karnego.

Wskazanie odpowiedzialności karnej za występki o charakterze przemocowym wobec rodziny, w świetle przepisów kodeksu karnego [7], związane jest bezpośrednio z treścią art. 207 § 1. "*Kto znęca się fizycznie lub psychicznie nad osobą najbliższą lub nad inną osobą pozostającą w stałym lub przemijającym stosunku zależności od sprawcy albo nad małoletnim lub osobą nieporadną ze względu na stan psychiczny lub fizyczny, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.*" Paragraf drugi tegoż artykułu mówi: "*Jeżeli czyn określony w § 1 połączony jest ze stosowaniem szczególnego okrucieństwa, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.*" Natomiast w

paragrafie trzecim ustawodawca określa odpowiedzialność karną za skutki owej przemocy. "*Jeżeli następstwem czynu określonego w § 1 lub 2 jest targnięcie się pokrzywdzonego na własne życie, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od lat 2 do 12.*"

Treść zawarta w powyższym artykule opiewa odpowiedzialność za działanie lub zaniechanie, polegające na umyślnym zadawaniu bólu fizycznego, lub innych elementów przemocy, właściwych dla oddziaływania w płaszczyźnie krzywdzenia psychicznego tj.: zastraszania, znieważania, głodzenia, bicia itp. Szczególnym okrucieństwem określa się świadome wyrządzenie dolegliwości o wyjątkowym natężeniu. Zapis jednakże, nie uwzględnia różnicowania złożoności traumy wobec ofiar, która ma najczęściej charakter ciągły. Ofiary przemocy najczęściej zawiadamiają o incydencie krzywdzenia, a nie o długotrwałym znęcaniu.

Kolejnym artykułem mającym zastosowanie w definiowaniu rodzaju odpowiedzialności karnej, wobec sprawców przemocy w rodzinie to art. 217 k.k. [7]:

"*§ 1. Kto uderza człowieka lub w inny sposób narusza jego nietykalność cielesną, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.*

§ 2. Jeżeli naruszenie nietykalności wywołało wyzywające zachowanie się pokrzywdzonego albo jeżeli pokrzywdzony odpowiedział naruszeniem nietykalności, sąd może odstąpić od wymierzenia kary.

§ 3. Ściganie odbywa się z oskarżenia prywatnego."

Powyższa reguła prawna może mieć praktyczne odzwierciedlenie w sytuacji klasyfikowania przysłowiowego klapsa, nierzadko noszącego znamiona bezprawności i wypełniającego dyspozycje tegoż przepisu.

Warto wspomnieć, iż w wyniku naruszenia nietykalności cielesnej, powstaje ślad, świadczący o jakości oraz charakterze doznawanej przemocy. Nieznaczny ślad, powstały np. na skutek uderzenia, popchnięcia, szarpnięcia określa się jako naruszenie nietykalności ciała. Natomiast trwalszy uszczerbek fizyczny, (np. uwidoczniona opuchlizna, wylew podskórny, funkcjonalne zaburzenia układowe), związany z działaniem sprawcy, kwalifikowany jest jako naruszenie czynności narządu ciała. Treść odpowiedzialności karnej, dotycząca doznania uszczerbku na zdrowiu na skutek działania przemocy zawarta jest w art. 156 kk (kodeksu karnego) [7], brzmiącym:

§ 1. Kto powoduje ciężki uszczerbek na zdrowiu w postaci:

1) pozbawienia człowieka wzroku, słuchu, mowy, zdolności płodzenia,

2) innego ciężkiego kalectwa, ciężkiej choroby nieuleczalnej lub długotrwałej, choroby realnie zagrażającej życiu, trwałej choroby psychicznej, całkowitej albo znacznej trwałej niezdolności

do pracy w zawodzie lub trwałego, istotnego zeszpecenia lub zniekształcenia ciała, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.

§ 2. Jeżeli sprawca działa nieumyślnie, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§ 3. Jeżeli następstwem czynu określonego w § 1 jest śmierć człowieka, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od lat 2 do 12.

oraz art. 157 kk [7] nawiązujący do wspomnianego powyżej występku naruszenia, o treści: *§ 1. Kto powoduje naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia, inny niż określony w art. 156 § 1, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.*

§ 2. Kto powoduje naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia trwający nie dłużej niż 7 dni, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

§ 3. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 lub 2 działa nieumyślnie, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.

§ 4. Ściganie przestępstwa określonego w § 2 lub 3, jeżeli naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia nie trwał dłużej niż 7 dni, odbywa się z oskarżenia prywatnego, chyba że pokrzywdzonym jest osoba najbliższa zamieszkująca wspólnie ze sprawcą.

§ 5. Jeżeli pokrzywdzonym jest osoba najbliższa, ściganie przestępstwa określonego w § 3 następuje na jej wniosek.

Paragraf 4 powyższego artykułu [7] ukazuje ważną zmianę w ściganiu z urzędu przestępstw prywatno-skargowych, które wprowadziła nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie. W przypadku doświadczania przemocy i doznanego z tego powodu rozstroju zdrowia, czyn taki jest ścigany natychmiast z urzędu, a nie jak przed nowelizacją, przy rozstroju zdrowia trwającym powyżej 7 dni.

Pomimo karalności omawianego występku prawo przewiduje w określonych okolicznościach możliwość odstąpienia od wymierzenia kary [8]. Mowa tu o **prowokacji** związanej z wyzywającym, zaczepnym zachowaniem pokrzywdzonego wobec sprawcy, jak i **retorsji**, w której dochodzi do przemocowej interakcji w odpowiedzi na zadawaną krzywdę [8].

Kodeks Karny [7] wskazuje również odpowiedzialność za występki w bardziej szczegółowej kwalifikacji czynów zabronionych, nawiązujących orzeczniczo, do zjawiska przemocy w rodzinie. W przypadku, gdy oprawca pozbawia swoją ofiarę wolności, tzn. ogranicza swobodę ruchów, pozbawia możliwości wyboru miejsca pobytu, zamyka, związuje, lub utrudnia opuszczenie miejsca pobytu instalując przeszkody, wypełnia znamiona

przestępstwa z Art. 189 k.k. [7] brzmiącego:

§ 1. Kto pozbawia człowieka wolności, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.§ 2. Jeżeli pozbawienie wolności trwało dłużej niż 7 dni, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.

§ 3. Jeżeli pozbawienie wolności, o którym mowa w § 1 lub 2, łączyło się ze szczególnym udręczeniem, sprawca podlega karze pozbawienia wolności na czas nie krótszy od lat 3.

Termin szczególnego udręczenia ujawnia takie postępowanie sprawcy, które ma na celu wyrządzanie pokrzywdzonemu dodatkowych dolegliwości, poza ograniczeniem wolności.

Postanowienie Sadu Najwyższego z dnia 9 lutego 2011 roku, sygn. V KK 288/10 [9] podaje za przykład rodzaje szczególnego udręczenie tj.:" s*tosowana przemoc fizyczna, skrępowanie rąk i nóg za pomocą taśmy samoprzylepnej, nakładanie worków foliowych na głowę, podduszanie i uruchamianie wiertarki, posługiwanie się rękawicami, grożenie oblania kwasem i zastrzeleniem, przy przystawianiu do głowy przedmiotu przypominającego broń".*

Następną formą przemocy w tejże kwalifikacji jest groźba, o której wspomina art. 190 kk. [7]:

§ 1. *"Kto grozi innej osobie popełnieniem przestępstwa na jej szkodę lub szkodę osoby najbliższej, jeżeli groźba wzbudza w zagrożonym uzasadnioną obawę, że będzie spełniona, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2".*

Groźba może być wyrażana w formie wypowiedzi słownej, pisemnie, a także za pomocą gestu lub z wykorzystaniem narzędzia i jego potencjalnego użycia [8]. Głównym elementem definiującym groźbę jest jej czytelna intencjonalność wobec ofiary. Niezależnie od formy przekazu, jeśli występuje uzasadniona obawa jej spełnienia, a ofiara w skutek oddziaływania sprawcy na własną psychikę odczuwa strach, czyn ten wypełnia znamiona przestępstwa. Ponadto, sprawca nie musi oddziaływać bezpośrednio na ofiarę, może posłużyć się osobą trzecią - posłańcem. Warto zaznaczyć, że pomimo tego, iż groźba może być w swojej formie poważna i realna, to jeśli nie wywołuje u potencjalnego adresata poczucia obawy i strachu, nie może być kwalifikowana jako groźba karalna [10].

Groźba w swym działaniu na ofiarę, może skutkować jej wymuszonym zachowaniem. Art. 191 kk [7] mówi o tym, że:

§ 1. Kto stosuje przemoc wobec osoby lub groźbę bezprawną w celu zmuszenia innej osoby do określonego działania, zaniechania lub znoszenia, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§ 2. Jeżeli sprawca działa w sposób określony w § 1 w celu wymuszenia zwrotu

wierzytelności, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

Paragraf pierwszy wskazuje takie działanie sprawcy, które atakuje wolność wyboru postępowania ofiary.

Nawiązując do procederu szantażu, mającego na celu uzyskanie określonego zachowania ofiary, poprzez wykorzystanie jej wizerunku uwzględniającego treści o charakterze seksualnym, ustawodawca wprowadził zapis kwalifikujący owy czyn w art. 191a k.k. [7], brzmiącym:

§ 1. Kto utrwala wizerunek nagiej osoby lub osoby w trakcie czynności seksualnej,używając w tym celu wobec niej przemocy, groźby bezprawnej lub podstępu, albo wizerunek nagiej osoby lub osoby w trakcie czynności seksualnej bez jej zgody rozpowszechnia, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 2. Ściganie następuje na wniosek pokrzywdzonego.

Przestępstwa stricte związane z przemocą o charakterze seksualnym są natomiast określone w treści art. 197kk. [7].:

§ 1. Kto przemocą, groźbą bezprawną lub podstępem doprowadza inną osobę do obcowania płciowego, podlega karze pozbawienia wolności od lat 2 do 12.

§ 2. Jeżeli sprawca, w sposób określony w § 1, doprowadza inną osobę do poddania się innej czynności seksualnej albo wykonania takiej czynności, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§ 3. Jeżeli sprawca dopuszcza się zgwałcenia:

1) wspólnie z inną osobą,

2) wobec małoletniego poniżej lat 15,

3) wobec wstępnego, zstępnego, przysposobionego, przysposabiającego, brata lub siostry, podlega karze pozbawienia wolności na czas nie krótszy od lat 3.

§ 4. Jeżeli sprawca czynu określonego w §1–3 działa ze szczególnym okrucieństwem, podlega karze pozbawienia wolności na czas nie krótszy od lat 5.

Za obcowanie płciowe należy rozumieć spółkowanie lub jego surogaty (analne, oralne), gdzie istotą takiego obcowania jest bezpośredni kontakt z obszarem organów płciowych jednej ze stron [8]. Natomiast inne czynności seksualne, przywoływane w treści powyższego zapisu, rozumiane są jako wszelkie zachowania o seksualnym charakterze. Nie dochodzi tu do obcowania płciowego, jednakże zamiary sprawcy mają na celu istotny kontakt cielesny z ofiarą, powodujący wywoływanie stanu pobudzenia seksualnego, współuczestnictwa lub czynnej masturbacji, oraz w efekcie aranżacji i wykonania, zaspokojenie potrzeby seksualnej. Sprawca dokonuje tego czynu używając różnych form

wpływu na ofiarę. Mogą to być elementy przemocy fizycznej (przytrzymywanie, wiązanie rąk), psychicznej (groźby, szantaże, podstęp) jak i elementy przemocy ekonomicznej (przekupstwo) [11]. Jak wskazuje Filar [12], różnicowanie "innych czynności seksualnych" jest trudne z kazuistycznego punktu widzenia, ponieważ dopuszczanie osoby do uczestnictwa w ogólno-seksualnych wydarzeniach nie zawsze wypełnia znamiona przestępstwa zawartego w art 197 kk. Podaje się, iż np. przypadkowa obecność osoby małoletniej podczas obcowania płciowego pomiędzy osobami pełnoletnimi, stanowi stymulator jej własnych zachowań seksualnych. Jak przytacza autor [12], nie jest to zatem intencjonalne zachowanie mające na celu realizację czynnego zaspokajania potrzeb seksualnych drugiej strony. Czyny te związane są częściej z innymi rodzajami przestępstw. Ustawodawca w przebiegu prac nowelizacyjnych, pozostawił w zapisie powyższego artykułu sformułowanie "doprowadzenia". W świetle wykładni prawnej należy rozumieć ów termin, jako przyczynowy rezultat wszelkich aktywnych i inspirujących form zachowania się sprawcy, skutkujący podjęciem przez ofiarę czynności o charakterze seksualnym lub poddaniem się takiej czynności [12].

Typizację karną dotyczącą przemocy o charakterze seksualnym wobec osób niepełnosprawnych określono w treści art. 198 kk. [13]: *"Kto, wykorzystując bezradność innej osoby lub wynikający z upośledzenia umysłowego lub choroby psychicznej brak zdolności tej osoby do rozpoznania znaczenia czynu lub pokierowania swoim postępowaniem, doprowadza ją do obcowania płciowego lub do poddania się innej czynności seksualnej albo do wykonania takiej czynności, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8."*

Ustawodawca rozwinął również zapis art. 197 kk, o treść art. 199 kk. [13] uwzględniający wykorzystywanie zależności ofiary wobec sprawcy oraz popełnianych w związku z tym czynów zabronionych o charakterze seksualnym.

§ 1. Kto, przez nadużycie stosunku zależności lub wykorzystanie krytycznego położenia, doprowadza inną osobę do obcowania płciowego lub do poddania się innej czynności seksualnej albo do wykonania takiej czynności, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§ 2. Jeżeli czyn określony w § 1 został popełniony na szkodę małoletniego, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 3. Karze określonej w § 2 podlega, kto doprowadza małoletniego do obcowania płciowego lub poddania się innej czynności seksualnej albo do wykonania takiej czynności, nadużywając zaufania lub udzielając mu korzyści majątkowej lub osobistej, albo jej obietnicy.

W przypadku przestępstw ujawniających oddziaływanie przemocy o charakterze seksualnym wobec najmłodszych członków rodziny, ustawodawca kwalifikuje owe czyny jako zabronione, treścią artykułu 200 kk. [13]:

§ 1. Kto obcuje płciowo z małoletnim poniżej lat 15 lub dopuszcza się wobec takiej osoby innej czynności seksualnej lub doprowadza ją do poddania się takim czynnościom albo do ich wykonania, podlega karze pozbawienia wolności od lat 2 do 12.
§ 2. Tej samej karze podlega, kto w celu zaspokojenia seksualnego prezentuje małoletniemu poniżej lat 15 wykonanie czynności seksualnej.

Ukazany zostaje tu tzw. "wiek przyzwolenia", który jest prawnie określonym wiekiem minimalnym (jego dolną granicą), od której przyjmuje się, iż osoba podejmująca czynności seksualne, jest uznawana za zdolną wyrażenia zgody na ich podejmowanie. W krajach europejskich dominuje bariera wieku 15 lat, ponadto Rada Europy w swojej rekomendacji R/11 z 2001 roku w sprawie seksualnego wykorzystywania, pornografii, prostytucji, oraz handlu dziećmi i młodocianymi wskazuje, iż granica ta powinna być określona na 15 lat [14].

Art. 200 kk. [13] nie przewiduje jednak praktycznego rozwiązania problemu formalnej oceny sytuacji obcowania płciowego młodych ludzi, pomiędzy osobą poniżej wieku 15 lat, a osobą która ten wiek przekroczyła, pozostającymi w zaangażowaniu uczuciowym i podejmującymi czynności seksualne przy obopólnej zgodzie. Wykorzystywanym w racjonalizacji orzeczniczej jest tutaj art. 1§2 kk. [13] mówiący o tym, że: "*Nie stanowi przestępstwa czyn zabroniony, którego społeczna szkodliwość jest znikoma."*

Warto również wspomnieć o zapisie zawartym w artykule 200a kk. [13], wprowadzającym kwalifikację czynu zabronionego dotyczącego kontaktów z małoletnim poprzez przysłowiowy Internet lub drogą telefonii komórkowej lub innej postaci komunikacji teleinformatycznej, gdy kontakt taki cechuje przemoc o charakterze seksualnym:
§ 1. Kto w celu popełnienia przestępstwa określonego w art. 197 § 3 pkt 2 lub art. 200, jak również produkowania lub utrwalania treści pornograficznych, za pośrednictwem systemu teleinformatycznego lub sieci telekomunikacyjnej nawiązuje kontakt z małoletnim poniżej lat 15, zmierzając, za pomocą wprowadzenia go w błąd, wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania sytuacji albo przy użyciu groźby bezprawnej, do spotkania z nim, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.
§ 2. Kto za pośrednictwem systemu teleinformatycznego lub sieci telekomunikacyjnej małoletniemu poniżej lat 15 składa propozycję obcowania płciowego, poddania się lub wykonania innej czynności seksualnej lub udziału w produkowaniu lub utrwalaniu treści pornograficznych, i zmierza do jej realizacji, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

Ustawodawca zwrócił również uwagę na problem udostępniania treści

pornograficznych małoletniemu, jak również produkcji materiałów o treści pornograficznej z udziałem małoletniego lub ich posiadania. Mówi o tym artykuł 202 kk § 2 [13], gdzie zapisano*: "Kto małoletniemu poniżej lat 15 prezentuje treści pornograficzne lub udostępnia mu przedmioty mające taki charakter albo rozpowszechnia treści pornograficzne w sposób umożliwiający takiemu małoletniemu zapoznanie się z nimi, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2."*

Kwestia posiadania oraz produkcji materiałów o treści pornograficznej jest ujęta w paragrafach 3, 4, 4a, i 4b tegoż samego artykułu [13]:

"§ 3. Kto w celu rozpowszechniania produkuje, utrwala lub sprowadza, przechowuje lub posiada albo rozpowszechnia lub publicznie prezentuje treści pornograficzne z udziałem małoletniego albo treści pornograficzne związane z prezentowaniem przemocy lub posługiwaniem się zwierzęciem, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§ 4. Kto utrwala treści pornograficzne z udziałem małoletniego poniżej lat 15, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.

§ 4a. Kto sprowadza, przechowuje lub posiada treści pornograficzne z udziałem małoletniego poniżej lat 15, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 4b. Kto produkuje, rozpowszechnia, prezentuje, przechowuje lub posiada treści pornograficzne przedstawiające wytworzony albo przetworzony wizerunek małoletniego uczestniczącego w czynności seksualnej podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2."

Niejako wprowadzającym ochronę członków rodziny przed przemocą seksualną w formie kontaktów kazirodczych, niesie zapis zawarty w art Art. 201 kk [13]: *"Kto dopuszcza się obcowania płciowego w stosunku do wstępnego, zstępnego, przysposobionego, przysposabiającego, brata lub siostry, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5."*

Kolejnym przestępstwem, skierowanym przeciwko najmłodszym członkom rodziny, które zawiera w sobie kodeks karny, to rozpijanie małoletniego. W rozdziale dotyczącym przestępstw przeciwko rodzinie i opiece, zawarto stosowny zapis kwalifikujący ów czyn w artykule 208. [13], który brzmi: *"Kto rozpija małoletniego, dostarczając mu napoju alkoholowego, ułatwiając jego spożycie lub nakłaniając go do spożycia takiego napoju, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2."*

W myśl powyższego osoba, która przyczynia się swoim postępowaniem do kilkukrotnego spożycia alkoholu przez małoletniego (tj. osoby, która nie ukończyła 18. roku życia) lub jednokrotnego spożycia alkoholu w sytuacji, kiedy małoletni jest w trakcie leczenia

odwykowego, naraża go na ryzyko uzależnienia lub powrotu do nałogu, wypełniając tym samym znamiona przestępstwa.

Obszar działania sprawcy w powyższym zakresie zawiera się w polu kryminalizacji artykułu 208. na trzy sposoby, występujące kumulatywnie lub rozłącznie:

Pod pojęciem **dostarczenie alkoholu**, rozumie się jego sprzedaż, poczęstunek oraz podarowanie. Ponadto, warto przytoczyć wyrok III SA/Łd 436/09 - WSA w Łodzi z dnia 2009-11-10 [15], w którym orzeczono, iż w wyniku sprzedaży alkoholu małoletniemu, pomimo intencji, iż jest on przeznaczony dla osoby pełnoletniej, dochodzi do "*naruszenia ustawowego, bezwzględnego zakazu sprzedaży i podawania alkoholu osobom do lat 18, o których mowa w art. 15 ust. 1 pkt 2 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi"*. Treść przywołanego zapisu jest następująca [16]:

"1. Zabrania się sprzedaży i podawania napojów alkoholowych:

1) osobom, których zachowanie wskazuje, że znajdują się w stanie nietrzeźwości;

2) osobom do lat 18;

3) na kredyt lub pod zastaw.

2. W przypadku wątpliwości co do pełnoletności nabywcy sprzedający lub podający napoje alkoholowe uprawniony jest do żądania okazania dokumentu stwierdzającego wiek nabywcy."

Ułatwienie - rozumiane jest, jako udostępnienie miejsca (np. mieszkania, ogródka, wnętrza pojazdu) w celu konsumpcji posiadanego alkoholu, jak również kupno alkoholu osobie małoletniej przez osobę pełnoletnią [8].

Nakłanianie - polega na takim postępowaniu sprawcy, które wpływa na zachowanie małoletniego []. W wyniku tego oddziaływania, małoletni przełamuje swoje opory psychofizyczne oraz dokonuje aktu spożycia alkoholu. Sprawca uzyskuje ów efekt za pomocą zachęcania, namawiania, przekupstwa, stosowania gróźb bądź siły fizycznej.

Przywołując treść ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, artykuł 46 ust.1 [16], definiuje się dla potrzeb określenia znamion rozpijania definicję napoju alkoholowego, za który uważa się w rozumieniu niniejszej ustawy: *„(...) produkt przeznaczony do spożycia zawierający alkohol etylowy pochodzenia rolniczego w stężeniu przekraczającym 0,5 % objętościowych alkoholu."*

W przypadku porzucenia opieki nad osobą małoletnią lub taką, która wymaga szczególnej troski, zastosowanie ma zapis zawarty w artykule 210 kk.: [13]

§ 1. Kto wbrew obowiązkowi troszczenia się o małoletniego poniżej lat 15 albo osobę nieporadną ze względu na jej stan psychiczny lub fizyczny osobę tę porzuca, podlega karze

pozbawienia wolności do lat 3.

Ustawodawca również i w tym przypadku wskazuje na możliwość wystąpienia tragicznej konsekwencji, ujmując odpowiedzialność sprawcy w paragrafie drugim [3]: *§ 2. Jeżeli następstwem czynu jest śmierć osoby określonej w § 1, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.*

W regulowaniu stosunków wewnątrz rodzinnych, z pomocą przychodzi akt normatywny uchwalony przez Sejm w dniu 25 lutego 1964 r., który wszedł w życie w dniu 1 stycznia 1965 r. zwany **Kodeksem Rodzinnym i Opiekuńczym** [17]. Wśród przepisów wspomagających prawne relacje członków rodzin są również takie, które mają znaczeniowy i istotny wpływ na przeciwdziałanie przemocy. W rozdziale II opisującym stosunki pomiędzy rodzicami, a dziećmi zawarty jest zapis w formie art. 87 [17] mówiący, iż *"Rodzice i dzieci są obowiązani do wzajemnego szacunku i wspierania się."*. Ponadto, warto wspomnieć o bardzo istotnym zapisie artykułu 96^1 brzmiącego: "*Osobom wykonującym władzę rodzicielską oraz sprawującym opiekę lub pieczę nad małoletnim zakazuje się stosowania kar cielesnych"* [17].

W przypadku, gdy konieczne jest podjęcie decyzji o oddaniu dziecka pod opiekę pieczy zastępczej, kodeks rodzinny ujmuje w powyższym zakresie wprowadzanie wszelkich środków postępowania wspomagających rodzinę, o których mowa w art. 112^3 [17]: *"Umieszczenie dziecka w pieczy zastępczej powinno nastąpić po wyczerpaniu wszystkich form pomocy rodzicom dziecka, o których mowa w przepisach o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, chyba że dobro dziecka wymaga zapewnienia mu niezwłocznie pieczy zastępczej."* Wspomniane przepisy określa akt z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. Nr 149, poz. 887 i Nr 288, poz. 1690) [18].

Istotnym jest również zapis art. 113 [17] ukazujący możliwość skierowania rodziców do specjalistycznych ośrodków świadczących pomoc terapeutyczną, w sytuacji określania kontaktów z dzieckiem, gdy te są w orzeczonym zakresie ograniczone. Przywołana treść artykułu [17] brzmi: "*Sąd opiekuńczy, orzekając w sprawie kontaktów z dzieckiem, może zobowiązać rodziców do określonego postępowania, w szczególności skierować ich do placówek lub specjalistów zajmujących się terapią rodzinną, poradnictwem lub świadczących rodzinie inną stosowną pomoc z jednoczesnym wskazaniem sposobu kontroli wykonania wydanych zarządzeń."*

Ponadto w sytuacjach, kiedy wymagane jest objęcie małoletniego ochroną nad jego osobą oraz majątkiem przy jednoczesnym braku sprawowanej opieki, kodeks umożliwia sądowi opiekuńczemu ustanowienie kuratora, zgodnie z treścią art. 147 [17]: "*Jeżeli dobro pozostającego pod opieką tego wymaga, sąd opiekuńczy wydaje niezbędne zarządzenia dla*

ochrony jego osoby lub majątku aż do czasu objęcia opieki przez opiekuna; w szczególności sąd opiekuńczy może ustanowić w tym celu kuratora". Kurator może być również ustanowiony dla osoby niepełnosprawnej, jeśli jest jej konieczna pomoc w postulowanym zakresie, o czym wspomina artykuł 184 kro o treści: Art. 183 [17]:.

§ 1. Dla osoby niepełnosprawnej ustanawia się kuratora, jeżeli osoba ta potrzebuje pomocy do prowadzenia wszelkich spraw albo spraw określonego rodzaju lub do załatwienia poszczególnej sprawy. Zakres obowiązków i uprawnień kuratora określa sąd opiekuńczy.

§ 2. Kuratelę uchyla się na żądanie osoby niepełnosprawnej, dla której była ustanowiona.

W sytuacji, kiedy opiekę nad małoletnim obejmuje ustanowiony sądowo opiekun, ma zastosowanie przede wszystkim Art. 154 [17], mówiący, że: *"Opiekun obowiązany jest wykonywać swe czynności z należytą starannością, jak tego wymaga dobro pozostającego pod opieką i interes społeczny."*

Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie

Dzięki zestawieniu zasadniczych rozwiązań legislacyjnych w jednym akcie normatywnym, społeczeństwo polskie zyskało profesjonalne narzędzie, usprawniające walkę z przemocą w rodzinie oraz podnoszące efektywność profilaktyki w tymże zakresie. Głównymi kierunkami funkcjonowania ustawy jest określanie zadań dotyczących przeciwdziałania przemocy w rodzinie, oraz zasad postępowania z osobami dotkniętymi przemocą, jak i osobami, które przemoc stosują. Zakres zadań dotyczący przeciwdziałania przemocy realizowany jest, zgodnie z zapisami ustawowymi, przez organy administracji rządowej jak również jednostki samorządu terytorialnego. Organizacja realizowanych zadań, zgodnie z wytycznymi ustawowymi, funkcjonuje na poziomie gminnym, powiatowym, powiatowej administracji rządowej, samorządu województwa, wojewody, ministra do spraw zabezpieczenia społecznego oraz prokuratora generalnego [5, 6].

Zadania gminne [5]:

- opracowanie i realizacja gminnego programu przeciwdziałania przemocy w rodzinie oraz ochrony ofiar przemocy w rodzinie.
- prowadzenie poradnictwa i interwencji, jak również zapewnienie miejsc w ośrodkach wsparcia, osobom dotkniętym przemocą w rodzinie tworzenie **zespołów interdyscyplinarnych**.

Zadania powiatu [5]:

- opracowanie i realizacja powiatowego programu przeciwdziałania przemocy w rodzinie oraz ochrony ofiar przemocy w rodzinie.

- opracowanie i realizacja programów profilaktycznych
- działania zapewniające osobom dotkniętym przemocą w rodzinie miejsc w ośrodkach wsparcia, oraz miejsc w ośrodkach interwencji kryzysowej.

Zadania powiatowej administracji rządowej [19]:

- tworzenie i prowadzenie specjalistycznych ośrodków wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie
- opracowywanie i realizacje programów oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych dla osób stosujących przemoc w rodzinie.

Zadania samorządu województwa [5]:

- opracowanie i realizacja wojewódzkiego programu przeciwdziałania przemocy w rodzinie.
- inspirowanie i promowanie nowych rozwiązań w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie
- zalecenie opracowywania ramowych programów ochrony ofiar przemocy w rodzinie oraz ramowych programów oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych dla osób stosujących przemoc w rodzinie
- organizowanie szkoleń dla osób realizujących zadania związane z przeciwdziałaniem przemocy w rodzinie.

Zadania wojewody [5]:

- opracowywanie materiałów instruktażowych i wytycznych dotyczących interwencji w sytuacjach kryzysowych związanych ze zjawiskiem przemocy w rodzinie
- monitorowanie zjawiska przemocy w rodzinie.
- powoływanie oraz odwoływanie wojewódzkiego koordynatora realizacji krajowego programu przeciwdziałania przemocy w rodzinie
- monitorowanie realizacji krajowego programu przeciwdziałania przemocy w rodzinie przy pomocy wojewódzkiego koordynatora realizacji krajowego programu przeciwdziałania przemocy w rodzinie
- nadzór nad realizacją zadań z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie realizowanych przez samorząd gminny, powiatowy i województwa
- kontrolowanie realizacji zadań z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie przez podmioty niepubliczne zawiązujące umowy z organami administracji rządowej i samorządowej.

Zadania ministra [5]:

- zlecanie i finansowanie badań, ekspertyz i analiz dotyczących zjawiska przemocy w rodzinie
- prowadzenie działań promujących podnoszenie świadomości społecznej w zakresie przyczyn i skutków przemocy w rodzinie
- powoływanie i odwoływanie Krajowego Koordynatora Realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie w randze sekretarza lub podsekretarza stanu w urzędzie obsługującym ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego
- opracowanie i wydawanie co najmniej raz na dwa lata wytycznych do prowadzenia szkoleń w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie
- opracowywanie i finansowanie programów osłonowych z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie, jak również finansowego wspierania programów z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie realizowanego przez różne podmioty, określone w treści ustawy.

Zadania Prokuratora Generalnego [5]:

- opracowywanie i wydawanie co najmniej raz na dwa lata wytycznych dotyczących zasad postępowania powszechnych jednostek organizacyjnych prokuratury w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie.

Zespół interdyscyplinarny

Rozszerzenie obowiązków gminy, zgodnie z wytycznymi ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, nakłada na nią obowiązek konstruowania podmiotu nazwanego “zespołem interdyscyplinarnym” [8]. Jest to powołana przez wójta, burmistrza lub prezydenta miasta, grupa specjalistów, przedstawicieli różnych zawodów, których proces realizacji obowiązków służbowych zestawia się z przypadkami przemocy w rodzinie, którzy zbierają się nie rzadziej, niż raz na trzy miesiące. Instytucje uczestniczące w posiedzeniach zespołu interdyscyplinarnego, reprezentowane są przez przedstawicieli: jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, policji, oświaty, ochrony zdrowia oraz organizacji pozarządowych. Członkami zespołu mogą być również kuratorzy sądowi, prokuratorzy oraz przedstawiciele innych podmiotów działających na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Zespół interdyscyplinarny, może tworzyć grupy robocze w celu pomocy pojedynczym przypadkom, w których skład wchodzą przedstawiciele powyżej wymienionych instytucji, zgodnie z zaistniałą koniecznością interwencyjną. Odwoływanie i powoływanie członków zespołu

interdyscyplinarnego określa na drodze odrębnych uchwał, rada gminy [5].

Działania zespołu interdyscyplinarnego obejmują [5]:

- realizowanie gminnego programu przeciwdziałania przemocy w rodzinie
- ochrona ofiar tejże przemocy
- koordynowanie i integrowanie działań pomocowych specjalistów wchodzących w jego skład oraz osób z nim współpracujących
- diagnozowanie zjawiska przemocy w środowisku rodzinnym
- wprowadzanie działań profilaktycznych w przypadku zagrożenia wystąpienia przemocy, a w przypadku jej wystąpienia, podejmowanie stosownych interwencji
- stwarzanie bazy informacyjnej o miejscach, osobach i możliwościach uzyskania pomocy
- podejmowanie działania wobec osób stosujących przemoc.

Powoływana przez zespół interdyscyplinarny grupa robocza obejmuje zakresem swojego działania indywidualne przypadki, a jej celem jest monitorowanie sytuacji wskazanych rodzin, w których występuje przemoc, opracowywanie planu pomocy oraz jego realizacja, prowadzenie dokumentacji działań oraz efektów podejmowanych kroków pomocowych wobec rodzin [5].

Na mocy ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, członkowie zespołu interdyscyplinarnego oraz grup roboczych mogą przetwarzać dane osób dotkniętych przemocą, jak i osób przemoc stosujących. Informacje te dotyczą zdrowia, nałogów, skazań, orzeczeń o ukaraniu, jak również innych orzeczeń sądowych lub administracyjnych. Jednocześnie wszyscy są zobligowani do zachowania poufności zgromadzonych danych, która nie ustaje po zakończeniu członkostwa w zespole lub grupach [5].

Zespół interdyscyplinarny inicjuje działania na skutek wszczętej procedury "Niebieskiej Karty" [20]. Istotnym jest fakt, iż podejmowanie interwencji nie wymaga zgody osoby dotkniętej przemocą w rodzinie [5].

Ustawodawca [5] tworzy również **Zespół Monitorujący do Spraw Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie,** będący organem opiniotwórczo-doradczym przewidzianym dla obszaru ministerialnego. Kadencja zespołu trwa 3 lata, a głównymi jego zadaniami jest wspieranie podejmowania oraz monitorowanie działań dotyczących przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Ponadto zespół opiniuje w sprawach zawierających się w owym zakresie tematycznym oraz tworzy standardy pomocy ofiarom przemocy. W skład zespołu wchodzą przedstawiciele administracji rządowej, samorządu terytorialnego, organizacji

pozarządowych, wyznaniowych. Minister powołuje również do zespołu, Krajowego (Koordynatora Realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie, który pełni jednocześnie funkcję Przewodniczącego Zespołu [5].

Nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, przyniosła instrumentalne rozwiązania kwestii ochrony ofiar doznających przemocy [6]. Zgodnie z art. 11a ust. [5, 6] osoba dotknięta przemocą może żądać, by sąd zobowiązał do opuszczenia mieszkania sprawcę przemocy, który swoim postępowaniem czyni szczególnie uciążliwym wspólne zamieszkiwanie. Ust. 3 [5, 6] ukazuje, iż sposób opuszczenia lokalu odbywa się na podstawie przeprowadzanej egzekucji zgodnie z przepisami o egzekucji obowiązku opróżnienia lokalu. Kolejnym novum w treści tejże ustawy [5, 6] jest uprawnienie pracownika socjalnego do odebrania dziecka rodzinie i umieszczenia go u innej niezamieszkującej wspólnie osoby najbliższej (art. 12a ust. 1). Decyzję taką pracownik socjalny podejmuje w porozumieniu z funkcjonariuszem policji, jak również lekarzem, pielęgniarką lub ratownikiem medycznym. W przypadku takiego postępowania, pracownik socjalny ma obowiązek powiadomienia sądu opiekuńczego o zaistniałym fakcie, nie później niż w przeciągu 24 godzin od zdarzenia odebrania dziecka. Wspomniany już zakaz stosowania kar cielesnych wobec dzieci, funkcjonujący w treści kodeksu rodzinnego i opiekuńczego (art. 96a k.r.i o.) [17], to również wpływ zmian poczynionych nowelizacją ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie. Argumentem ustawodawcy na wprowadzenie do polskiego systemu prawnego tegoż zapisu jest ustalenie poziomu zgodności z prawem międzynarodowym, jak również złożonymi przez Polskę zobowiązaniami międzynarodowymi w sferze ochrony dziecka, Art. 7 i 24 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych otwartego do podpisu w Nowym Yorku dnia 19 grudnia 1966 r. (Dz. U. z 1977 r. Nr 38, poz. 167) [21].

Ustawa [5] określa rodzaje bezpłatnej pomocy, gwarantowanej osobom dotkniętym przemocą w rodzinie. W szczególności jest to poradnictwo medyczne, psychologiczne prawne jak i socjalne w aspekcie interwencyjnym jak i dalszego wsparcia. Ponadto osoba krzywdzona ma prawo do ochrony przed przemocą poprzez odizolowanie sprawcy zakazem kontaktowania się i zbliżania do członków rodziny oraz uniemożliwieniem sprawcy korzystania ze wspólnie zajmowanego mieszkania. Ustanowiona pomoc, to również uzyskanie schronienia w specjalistycznym ośrodku pomocowym. W ramach poradnictwa medycznego, podczas badania lekarskiego, ofiara przemocy w rodzinie ma prawo do uzyskania zaświadczenia lekarskiego w przedmiocie oceny przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała [5].

Procedura Niebieskiej Karty

Interwencja zespołu interdyscyplinarnego zgodnie z art. 9d ustawy z dnia 29 lipca 2005 o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz.U. z 2005r. nr 180, poz. 1493 z późniejszymi zmianami), podejmowana jest w oparciu o procedurę "Niebieska Karta" [5]. Rozporządzeniem z dnia 13 września 2011 roku, w sprawie procedury Niebieskie Karty oraz wzorów formularzy Niebieska Karta (Dz.U. z 2011 roku nr 209, poz. 1245), Rada Ministrów wprowadziła szczegółowe zasady dotyczące funkcjonowania procedury, oraz udostępniła wzór formularza Niebieska Karta [20]. Zgodnie z treścią rozporządzenia, podmiotami realizującymi procedurę poprzez wypisanie formularza Niebieska Karta, są: przedstawiciele jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, Policji, oświaty jak i ochrony zdrowia. W § 14. ust.3 rozporządzenia [20] zawarto informację, iż przedstawicielem ochrony zdrowia uprawnionym do działania jest osoba wykonująca zawód medyczny, w tym lekarz, pielęgniarka, położna oraz ratownik medyczny. Wskazuje to na uprawnienie samodzielnego podejmowania decyzji do inicjowania czynności pomocowych/proceduralnych przez powyższe zawody medyczne.

Formularz Niebieska Karta [20] składa się z czterech części:

Część A - to druk formularza Niebieska Karta, który wypisywany jest przez przedstawicieli uprawnionych podmiotów, w przypadku podejrzenia co do osoby, iż jest dotknięta przemocą w rodzinie. Podjęcie czynności proceduralnych zachodzi w obecności takiej osoby, jednakże kiedy nawiązanie kontaktu jest z nią niemożliwe, dopuszcza się wypisanie formularza bez jej obecności. Ustawodawca wskazuje, iż nie jest konieczne wyrażenie zgody na podejmowanie interwencji pomocowej przez taką osobę, jednakże uzyskanie zgody znacząco wpływa na jakość współpracy osoby pokrzywdzonej z uprawionym przedstawicielem w/w podmiotów. Wskazano, iż rozmowę podczas której wypisuje się formularz, przeprowadza się w warunkach swobodnych, z poszanowaniem godności, oraz zapewnieniem poczucia bezpieczeństwa. Kiedy osobą pokrzywdzoną, co do której podejrzewa się, iż została dotknięta przemocą w rodzinie jest dziecko, wywiad przeprowadza się w obecności opiekuna prawnego, lub faktycznego. Natomiast jeśli osobami, które podejrzewa się o stosowanie przemocy są opiekunowie dziecka, wywiad przeprowadza się w obecności pełnoletniej "osoby najbliższej" zgodnie z art. 115 § 11 kodeksu karnego, brzmiącym: *"Osobą najbliższą jest małżonek, wstępny, zstępny, rodzeństwo, powinowaty w tej samej linii lub stopniu, osoba pozostająca w stosunku przysposobienia oraz jej małżonek, a także osoba pozostająca we*

wspólnym pożyciu." Ponadto wszelkie działania z dzieckiem podejrzewanym o doświadczanie przemocy, podejmuje się w miarę możliwości w obecności psychologa. Po wypełnieniu części A, przekazuje się ją niezwłocznie do Przewodniczącego Zespołu Interdyscyplinarnego, w terminie nie przekraczającym 7 dni od daty wszczęcia procedury. Kopia części A Niebieskiej Karty pozostaje w miejscu podmiotu wszczynającego procedurę. Przewodniczący Zespołu Interdyscyplinarnego po otrzymaniu formularza przekazuje go, nie później niż w ciągu 3 dni od daty wpłynięcia, członkom zespołu lub grupy roboczej [20].

Część B - ma charakter informacyjny dla ofiary przemocy w rodzinie [20]. Przekazuje się ją osobie, po wypełnieniu części A. Zawiera ona informacje dotyczące podstawowych treści z zakresu diagnostyki przemocy. Dzięki nim osoba taka wie, czym jest przemoc, jakie przybiera formy, ponadto zawarte są tam informacje jakimi metodami powstrzymywać agresję oraz adresy placówek, w których można uzyskać profesjonalną pomoc. W części tej również zawarto informacje o podstawowych obowiązkach policji oraz roli i czynności, które może podejmować prokurator w toku postępowania przygotowawczego. W tej części formularza, osoba pokrzywdzona może również znaleźć wykaz przykładowych czynów dokonywanych przez członków rodziny, które mają swoje prawne konsekwencje. Ustawodawca przewiduje, iż każda osoba, co do której podejrzewa się, iż była dotknięta przemocą w rodzinie, otrzymuje formularz część - B. W sytuacji, kiedy osobą taką jest dziecko, formularz przekazuje się rodzicowi, opiekunowi prawnemu, opiekunowi faktycznemu, lub osobie, która zgłosiła fakt przemocy w rodzinie. Formularza części B nie przekazuje się osobie, podejrzewanej o stosowanie przemocy w rodzinie [20].

Część C - jest to część formularza Niebieska Karta, który wypełniają członkowie zespołu interdyscyplinarnego lub grupy roboczej w obecności osoby podejrzewanej o doznanie przemocy w rodzinie. Trzeba zaznaczyć, iż brak osoby nie wstrzymuje pracy zespołu lub grupy, ponadto na spotkanie zespołu oraz grupy nie zaprasza się dziecka. Jest to obligatoryjna częśc całej procedury, uzupełniająca dane formularza o szczegółowe informacje dotyczące sytuacji osobistej i środowiska rodzinnego osób objętych procedurą. Zawiera ona również indywidualny plan pomocy dla osoby dotkniętej przemocą [20].

Część D - wypełnia się w obecności osoby, podejrzewanej o stosowanie przemocy [20]. Część ta zawiera kwestionariusz stosowanej w rodzinie przemocy, dane o osobie stosującej przemoc jak również wykaz podjętych działań oraz spis zobowiązań sprawcy przemocy.

Zakończenie procedury następuje w przypadku ustania przemocy

w rodzinie i uzasadnionego podejrzenia, iż dalsze procedowanie jest niezasadne. Przewodniczący zespołu podpisuje protokół zawierający dane osób objętych procedurą, datę rozpoczęcia i zakończenia procedury oraz opis podjętych czynności [5].

Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

Procedura Niebieska Karta, w swojej organizacji postępowania ze sprawcami przemocy w rodzinie, wprowadza element ścisłej współpracy z Gminną Komisją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych [5].

Paragraf 17 ust. 4 rozporządzenia w sprawie procedury "Niebieskie Karty" oraz wzorów formularzy "Niebieska Karta" [20] brzmi: *Jeżeli osoba, wobec której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc w rodzinie, nadużywa alkoholu, członkowie zespołu interdyscyplinarnego lub grupy roboczej kierują tę osobę do gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych.*

Komisja jest powoływana przez Wójtów (burmistrzów, prezydentów miast) zgodnie z Art 4^1 ust. 3. ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi [5] i tworzą ją osoby przeszkolone w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, realizujące treści powyższej ustawy. Z uwagi na zasięg działania, wyróżnia się [5]:

- Gminną Komisję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (GKRPA)
- Miejską Komisję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (MKRPA)
- Gminno - Miejską Komisję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (M-GKRPA)

Głównymi zadaniami GKRPA są, między innymi:

- prowadzenie działań profilaktycznych i rozwiązywanie problemów alkoholowych
- zwiększanie dostępności do uzyskiwania pomocy w zakresie terapii i profilaktyki dla osób uzależnionych
- udzielanie rodzinom, w których występuje problem alkoholowy, pomocy prawnej oraz psychospołecznej
- zgodnie z zapisem Art 4^1 ust. 1.2 wspomnianej ustawy, Komisja w szczególności ochranianie rodziny przed przemocą
- podejmowanie czynności zmierzające do orzeczenia o zastosowaniu wobec osoby uzależnionej od alkoholu obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie lecznictwa odwykowego. (Art 4^1 ust. 3).

Organem sprawującym merytoryczną pieczę nad GKRPA i MKRPA jest Państwowa

Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

Akt prawny regulujący działanie agencji to ustawa o wychowaniu w trzeźwości oraz zwalczania alkoholizmowi. [17] Głównym celem agencji jest doskonalenie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz współpraca z organizacjami pozarządowymi i administracją samorządową. Istotnym organem, powołanym przez Dyrektora agencji, jest działająca przy Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Rada ds. Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie [22]. Jest to opiniodawczo - doradczy zespół ekspercki, przedstawicieli różnych dziedzin nauki oraz instytucji państwowych jak i pozarządowych.

Zadania Rady ds. Przeciwdziałania Przemocy w rodzinie to [22]:

- współpraca w zakresie opiniowania programów przeciwdziałania przemocy w rodzinie, w szczególności z problemem alkoholowym i rozwiązań administracyjno-legislacyjnych;
- współpraca w zakresie opracowania i promocji standardów związanych z przeciwdziałaniem przemocy w rodzinach, w szczególności z problemem alkoholowym;
- czuwanie nad realizacją Programu potwierdzania kwalifikacji osób pracujących w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie

Ośrodki Interwencji Kryzysowej

Na mocy ustawy z dnia 12 marca 2004 roku (Dz.U. 2004 Nr 64 poz. 593) o pomocy społecznej [23], pomocy udziela się osobom i rodzinom między innymi z powodu przemocy w rodzinie jak i zdarzeń losowych, sytuacji kryzysowych.

Do ustawowo określonego zadania powiatu należy w tym zakresie prowadzenie ośrodków interwencji kryzysowej, co wpisuje się w tzw. niepieniężne świadczenia pomocy społecznej. Zgodnie z art. 47 ustawy [23], interwencja kryzysowa to interdyscyplinarne działanie podejmowane na rzecz osób i rodzin będących w stanie kryzysu. Działanie pomocowe ma na celu przywrócić równowagę psychiczną osób będących w sytuacji kryzysowej, jak również zapobiegać przetrwałej postawie dysfunkcyjnej w płaszczyźnie psychospołecznej poprzez usamodzielnianie we własnej poradności. Pomocą objęta jest każda wymagająca tego osoba, bez względu na posiadany dochód [23].

Rodzaj pomocy, udzielanej przez Ośrodki Interwencji Kryzysowej (OIK) to przede wszystkim [23]:

- specjalistyczna pomoc psychologiczna (informacja, wsparcie oraz terapia krótkoterminowa). Udzielane wsparcie psychologiczne może być realizowane indywidualnie, jak i grupowo z wykorzystaniem tzw. grup wsparcia lub grup treningowych. Osoby korzystające z tej formy pomocy, są również przygotowywane do prawnego uczestnictwa proceduralnego jak i procesowego (przygotowanie do zachowania się w trakcie zeznań, przesłuchań).
- pomoc prawna - udzielanie porad przez specjalistów, informowanie o przysługujących prawach oraz pomoc w pisaniu pism urzędowych i procesowych
- poradnictwo socjalne - diagnostyka środowiska rodzinnego oraz zabezpieczenie podstawowych potrzeb socjalnych
- w uzasadnionych sytuacjach pomoc w formie schronienia do 3 miesięcy.

Przy współudziale zespołu pracowników socjalnych z Terenowych Punktów Pomocy Społecznej, OIK zapewnia pomoc w sytuacjach podejmowanych działań prawnych oraz poprzez udzielenie schronienia w stanie zagrożeniu zdrowia i życia. W przypadku sytuacji kryzysowej lub oddziaływania przemocy w rodzinie, gdy pokrzywdzoną jest kobieta w ciąży matka lub ojciec z dzieckiem, osoby takie kierowane są do domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży. Do takich domów mogą być również przyjmowane osoby sprawujące opiekę prawną nad dzieckiem. Udzielenie schronienia ma przede wszystkim na celu odseparowanie od sprawcy przemocy, jak i wyjście z sytuacji kryzysowej oraz zapewnienie późniejszego wsparcia. Zgodnie z art. 106 ust. 2 ustawy [23], udzielanie świadczeń interwencji kryzysowej nie wymaga wydania decyzji administracyjnej.

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 22 lutego 2011 roku [24] w sprawie standardu podstawowych usług świadczonych przez specjalistyczne ośrodki wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie, kwalifikacji osób zatrudnionych w tych ośrodkach, szczegółowych kierunków prowadzenia oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych wobec osób stosujących przemoc w rodzinie oraz kwalifikacji osób prowadzących oddziaływania korekcyjno-edukacyjne, określa w powyższym zakresie poziom świadczonej pomocy.

W systemie instytucjonalnej pomocy i przeciwdziałania przemocy w rodzinie, pojawia się zatem wyspecjalizowana placówka zwana specjalistycznym ośrodkiem wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie - Specjalistyczne Ośrodki Wsparcia - SOW [24], udzielająca pomocy w zakresie interwencyjnym, tj.:

- zapewnienia schronienia ofierze przemocy w rodzinie oraz dzieciom pozostającym pod jej opieką,
- ochrony ofiary przemocy w rodzinie przed sprawcą przemocy w rodzinie,
- udzielania natychmiastowej pomocy psychologicznej i prawnej oraz zorganizowanie w razie konieczności niezwłocznego dostępu do pomocy medycznej
- rozpoznania sytuacji ofiary przemocy w rodzinie i ocena ryzyka w zakresie zagrożenia bezpieczeństwa ofiary lub jej dzieci pozostających pod jej opieką.

Udzielana pomoc zawiera się również w zakresie terapeutycznym, świadczenia specjalistycznego poradnictwa oraz zapewnienia podstawowych potrzeb bytowych [24]. Ponadto prowadzi oddziaływania korekcyjno-edukacyjne wobec sprawców przemocy w rodzinie, których celem jest powstrzymanie takiej osoby przed dalszym stosowaniem przemocy. Osoby stosujące przemoc uczą się samokontroli, jak również współżycia w rodzinie. Ważnym jest edukowanie sprawcy przemocy, by uznał własną odpowiedzialność związaną z popełnianymi czynami oraz nauczanie komunikacji, w celu rozwiązywania konfliktów w rodzinie bez stosowania przemocy.

Z oddziaływań korekcyjno - edukacyjnych korzystają osoby [24]:

- skazane za czyny związane ze stosowaniem przemocy w rodzinie, odbywający karę w zakładach karnych, bądź przebywający na zwolnieniach warunkowych z równoczesnym zobowiązaniem uczestnictwa w oddziaływaniu korekcyjno - edukacyjnym,
- korzystające z programów terapii leczenia uzależnień, jako uzupełnienie podstawowej terapii,
- zgłaszające się dobrowolnie.

Oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych nie przeprowadza się w miejscach, w których z pomocy korzystają ofiary przemocy w rodzinie [24].

Karta Praw Osoby Dotkniętej Przemocą w Rodzinie

Ministerstwo Sprawiedliwości przy współudziale Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, Policji i organizacji pozarządowych, w 2011 roku opracowało i opublikowało "Kartę praw osoby dotkniętej przemocą w rodzinie" [25], będącą dokumentem:

- zawierającym podstawowe informacje z zakresu diagnostyki przemocy i jej form występujących w rodzinie

- informującym, iż każdy obywatel ma prawo do życia w rodzinie bez przemocy, ochrony prawnej w różnych płaszczyznach funkcjonowania społecznego, zdrowia oraz, że posiada prawo do samodecydowania o swoim życiu
- przedstawiającym powinności władz publicznych w zakresie udzielania pomocy takiej jak: zapewnienie schronienia, pomocy psychologicznej, prawnej, socjalnej oraz medycznej, wydania bezpłatnego zaświadczenia lekarskiego o przyczynie i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie oraz aktywnego udziału w postępowaniach przygotowawczych oraz procesowych jako strona w sprawie.

W treści Karty zawarta jest również informacja o telefonach interwencyjnych podmiotów świadczących pomoc w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia, oraz adresy placówek, w których można uzyskać kompleksową pomoc [25].

Piśmiennictwo

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. http://www.sejm.gov.pl/prawo/konst/polski/kon1.htm., data pobrania: 5.11.2012.
2. Konwencja o Prawach Dziecka. Rzecznik Praw Dziecka. http://www.brpd.gov.pl/detail.php?recid=53, data pobrania: 5.11.2012.
3. Ustawa z dnia 21 września 1990 r. o ratyfikacji Konwencji o prawach dziecka, przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 r. Internetowy System Aktów Prawnych. http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19910160071., data pobrania: 5.11.2012.
4. Konwencja o prawach dziecka, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 r. Internetowy System Aktów Prawnych. http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19911200526, data pobrania: 5.11.2012.
5. Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie. Internetowy System Aktów Prawnych. http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id= WDU 20051801493., data pobrania: 5.11.2012.
6. Ustawa z dnia 10 czerwca 2010 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz niektórych innych ustaw. Internetowy System Aktów Prawnych. http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU 20101250842., data pobrania 5.11.2012.
7. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny. Internetowy System Aktów Prawnych. http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU 19970880553, data

pobrania: 5.11.2012.

8. Wesołowska A.M.: Zespół interdyscyplinarny jako przykład łączenia kompetencji różnych służb,. ProLex, Warszawa, 2012.
9. Katalogi wiedzy: Prawo karne: orzeczenia:. InforLEX. http://administracja2. inforlex.pl/ katalogi/orzeczenia/tresc,08,or,OSN.2011.001.003019255,Postanowienie-SN-z-dnia-9-lutego-2011-r-sygn-V-KK-28810.html?pozycja=8. Data pobrania: 5.11.2012.
10. Jankowski A.: Groźba karalna. Encyklopedia gazetaprawna.pl. http://www.gazeta prawna.pl/encyklopedia/prawo/hasla/336122,grozba_karalna.html, data pobrania: 5.11.2012.
11. Sajkowska M.: Wykorzystywanie seksualne dzieci - Ustalenia terminologiczne, skala zjawiska, oblicza problemu.
12. Filar M.: Wykorzystywanie seksualne dzieci. Fundacja Dzieci Niczyje. http://fdn.pl/ sites/ default/files/file/Seksualne%20wykorzystywanie% 20dzieci%20w%20% C5%9 Bwietle%20polskiego%20kodeksu%20karnego%20(na%20tle%20prawnopor%C3%B 3wnawczym), data pobrania: 5.11.2012.
13. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny. Internetowy System Aktów Prawnych, http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU 19970880553, data pobrania: 5.11.2012.
14. Konwencja Rady Europy o ochronie dzieci przed seksualnym. Ministerstwo Sprawiedliwości. http://ms.gov.pl/pl/dzialalnosc/przeciwdzialanie-przemocy-wobec-dzieci/akty-prawne-i-inne-dokumenty/download,1396,1.html, data pobrania: 5.11.2012.
15. Orzeczenia NSA http://www.orzeczenia-nsa.pl/wyrok/iii-sa-ld-436-09,profilaktyka _i_rozwiazywanie_problemow_alkoholowych_ustalanie_liczby_punktow_ sprzedazy_ zasad, d8b9a5.html., data pobrania: 5.11.2012.
16. Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 28 marca 2007 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Internetowy System Aktów Prawnych. http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20070700473, data pobrania: 5.11.2012.
17. Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 15 czerwca 2012 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy – Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Internetowy System Aktów Prawnych. http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=

WDU20120000788, data pobrania: 5.11.2012.

18. Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej. Internetowy System Aktów Prawnych. http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id =WDU20111490887, data pobrania: 5.11.2012.
19. Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie. Internetowy System Aktów Prawnych. http://isap.sejm.gov.pl/ DetailsServlet?id= WDU2005 1801493, data pobrania: 5.11.2012.
20. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 września 2011 r. w sprawie procedury „Niebieskie Karty" oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta". Internetowy System Aktów Prawnych. http://isap.sejm.gov.pl/ DetailsServlet?id=WDU20112091245, data pobrania: 5.11.2012.
21. Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych otwarty do podpisu w Nowym Jorku dnia 19 grudnia 1966 r. Internetowy System Aktów Prawnych. [Online] 1977. http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19770380167. [data pobrania: 5 listopad 2012].
22. Badania. Fundacja Dzieci Niczyje. http://fdn.pl/badania, data pobrania: 5.11.2012.
23. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. Internetowy System Aktów Prawnych. http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU 20040640593, data pobrania: 5.11.2012.
24. Rozporządzenie w sprawie standardu podstawowych usług świadczonych przez specjalistyczne ośrodki wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie, kwalifikacji osób zatrudnionych w tych ośrodkach... Internetowy System Aktów Prawnych. http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20110500259, data pobrania: 5.11.2012.
25. Karta Praw Osoby Dotkniętej Przemocą w Rodzinie. Ministerstwo Sprawiedliwości. http://www.msz.gov.pl/pl/polityka_zagraniczna/prawa_czlowieka/ karta_ praw_ osoby_dotknietej_przemoca_w_rodzinie;jsessionid= 1BE7BDC9195B CCEEB 71974DCDBD2FEEE.cmsap2p?printMode=true, data pobrania: 5.11.2012.

Czerżyńska Magdalena[1], Pasieka Ewa[2]

Letalny wpływ promieniowania rentgenowskiego na komórki organizmu ludzkiego. Uzasadnienie stosowania ochrony radiologicznej

1. Studentka, Elektroradiologia, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Radiologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp

Promieniowanie rentgenowskie jest obecnie szeroko stosowane w medycynie zarówno w procedurach diagnostycznych, jak i terapeutycznych. Mimo realnych korzyści diagnostyki rentgenowskiej, nie można zapominać o negatywnych skutkach oddziaływania promieniowania na poziomie komórkowym [1]. Celem pracy jest przedstawienie efektów działania promieniowania X na poziomie komórkowym oraz założeń uzasadnienia ochrony radiologicznej w medycynie, jak i podstawowych zasad minimalizowania dawek otrzymywanych przez pacjenta w rentgenodiagnostyce klasycznej i radiologii zabiegowej. W pracy posłużono się analizą aktów prawnych oraz źródeł literatury w zakresie radiobiologii oraz ochrony radiologicznej pacjenta.

Skutek biologiczny promieniowania jonizującego zależy od wielkości dawki i rodzaju promieniowania (kilowoltowe, megawoltowe), a także od: warunków napromienienia, czyli mocy dawki, sposobu frakcjonowania energii promieniowana, masy napromienianych tkanek, rodzaju napromienianych narządów (w tym narządów krytycznych: szpik kostny czerwony, gonady, tarczyca), jak i natlenowania tkanek [2, 3, 4].

Negatywne działanie promieniowania rentgenowskiego jest wynikiem uszkodzenia wrażliwych na to promieniowanie struktur komórkowych określanych jako tarcze. Najważniejszą tarczą z punktu widzenia przeżycia komórki i zachowania jej zdolności namnażania jest kwas dezoksyrybonukleinowy (DNA). Uszkodzenie DNA jądra komórkowego może dotyczyć pojedynczej zasady azotowej lub kilku zasad, pęknięcia pojedynczej nici lub rozerwania podwójnej helisy [5, 6]. Promieniowanie może bezpośrednio oddziaływać na cząsteczkę kwasu dezoksyrybonukleinowego, albo w sposób pośredni poprzez produkty radiolizy wody. Pod wpływem promieniowania cząsteczka wody ulega rozpadowi, gdzie jednym z produktów jest rodnik hydroksylowy (˙OH). Rodnik hydroksylowy jest uważany za główną, aktywną formę tlenu, odpowiedzialną za powstawanie

większości oksydacyjnych uszkodzeń kwasu dezoksyrybonukleinowego w jądrze komórkowym. W podwójnej helisie DNA najczęściej uszkadzane są zasady azotowe, konsekwencją czego jest powstanie pochodnych, różniących się właściwościami tworzenia par zasad, a skutkiem tego mogą być mutacje. Zniszczenie miejsc kodujących w DNA jest przyczyną letalnego uszkodzenia komórki [7, 8, 9].

Na poziomie organizmu skutki działania promieniowania rentgenowskiego można podzielić na efekty: deterministyczne i stochastyczne. Warunkiem wystąpienia efektów deterministycznych jest obecność tzw. dawki progowej. Przekroczenie dawki progowej implikuje wystąpienie skutków niestochastycznych promieniowania. Zmiany chorobowe zależą od śmierci dużej liczby komórek wskutek ich ekspozycji na promieniowanie. Ubytek w populacji komórek danego narządu nie jest uzupełniany przez proliferację komórkową i może inicjować procesy zapalne (gorączka, bakteriemia), a także przyśpieszać procesy starzenia się. Efekty deterministyczne nie są dziedziczone. Do skutków deterministycznych zalicza się: uszkodzenie układu krwiotwórczego, lokalne martwicze zmiany skóry, przejściową bezpłodność, zaćmę popromienną, a także choroby tarczycy [5, 10, 11, 12].

Efekty stochastyczne występują z określonym prawdopodobieństwem. Charakterystyczną cechą skutków stochastycznych jest zależność liniowa od otrzymanej dawki promieniowania jonizującego. Wskutek działania promieniowania X uszkodzeniu ulega kwas dezoksyrybonukleinowy. W przypadku braku możliwości naprawienia zmian wywołanych napromieniowaniem komórka ulega mutacji lub obumarciu. Powstałe mutacje są źródłem nowotworów złośliwych. Wady rozwojowe u potomstwa występują po napromienieniu komórek jajowych, plemników lub w czasie życia płodowego. Dlatego tak ważna jest weryfikacja pacjentek w wieku rozrodczym przed ekspozycją na promieniowanie X, czy to przed wykonaniem zdjęcia rentgenowskiego, jak i procedurą z dziedziny radiologii interwencyjnej [5,10,11,12,13].

Współcześnie przyjmowana strategia ochrony radiologicznej i szacowania ryzyka w radiologii opiera się na założeniu liniowej zależności skutków promieniowania od dawki, bez wartości progowej (*Linear No-Threshold* - LNT). Hipoteza LNT zakłada, że wraz ze wzrostem dawki wzrasta prawdopodobieństwo negatywnych skutków. Organizm ludzki posiada jednak biologiczne mechanizmy obronne, które uniemożliwiają manifestację większości inicjowanych przez promieniowanie efektów. Wśród najważniejszych mechanizmów obronnych należy wymienić: indukcję enzymów naprawy DNA, apoptozę

(samobójczą śmierć komórki), pobudzenie układu odpornościowego, opóźnienie mitozy [14, 15, 16, 17, 18].

Pochłonięte dawki promieniowania jonizującego nie są łatwo przewidywalne ze względu na zmienność osobniczą napromienionej populacji. Jak twierdzi Ludwig Feinendegen „ryzyko raka netto będzie mniejsze od przewidywanego przez hipotezę LNT, a nawet ujemne, przy uwzględnieniu korzyści w zakresie niskich dawek" [19].

Badania laboratoryjne *in vivo* komórek ssaków, jak i badania epidemiologiczne oraz modelowanie matematyczne dowodzą, że w zakresie tzw. małych dawek promieniowania rentgenowskiego istnieje zjawisko hormezy [19, 20, 21]. Zgodnie z definicją Międzynarodowego Komitetu Ochrony Radiologicznej (*International Commission on Radiological Protection* - ICRP) „mała dawka" to taka, która powoduje skutek jonizacji we wrażliwych obszarach komórki w średnich odstępach czasu, dłuższych od czasu potrzebnego na zadziałanie mechanizmu naprawczego i wynosi < 100 mSv [16, 22].

Zjawisko hormezy polega na tym, że czynnik, który w dużych ilościach lub stężeniach jest szkodliwy, w małych – nie szkodzi, a nawet wywołuje dodatkowo korzystny dla organizmu skutek. Jednakże dawki odpowiedzialne za hormezę radiacyjną związaną ze stałą obecnością promieniowania w środowisku człowieka (promieniowanie kosmiczne, promieniowanie skał) są znaczenie niższe od dawek otrzymywanych ze źródeł medycznych [16, 23, 24].

Zgodnie z zapisami w *Dyrektywie 97/43/EURATOM* wszelkie dawki wynikające z narażenia na działanie promieniowania jonizującego w celach medycznych powinny być utrzymywane na jak najniższym, racjonalnie osiągalnym poziomie, przy jednoczesnym spełnieniu kryterium informacji diagnostycznej [25, 26]. W Polsce zapisy w *Ustawie Prawo Atomowe* i aktach wykonawczych do niej regulują obowiązek oraz zakres stosowania zasad i środków ochrony radiologicznej [27, 28, 29].

Pamiętając o zasadzie optymalizacji dawki promieniowania, w kontekście minimalizowania potencjalnego ryzyka skutków biologicznych promieniowania, przy zapewnieniu wysokiej jakości obrazu należy w praktyce klinicznej stosować zasadę ALARA (*As Low As Reasonably Achievable*), czyli „tak nisko jak to rozsądnie możliwe" [30, 31]. Zasada ALARA dotyczy pojedynczej ekspozycji na promieniowanie, jak i standardu postępowania diagnostycznego, gdyż liczbę ekspozycji danego pacjenta należy również ograniczać [32].

Już w 1896 roku, czyli rok od odkrycia przez Wilhelma Conrada Röntgena promieniowania X, amerykański inżynier Wolfram Fuchs sformułował obowiązujące do dziś trzy podstawowe zasady ochrony radiologicznej: minimalizacja czasu narażenia, stosowanie dystansu od źródła promieniowania oraz stosowanie osłon [33]. Współczesne obrazowanie rentgenowskie oparte o zaawansowane rozwiązania techniczne wymaga jednoczasowego stosowania różnych działań celem efektywnego obniżenia dawki promieniowania. Należy dążyć do maksymalnego ograniczenia ryzyka radiacyjnego przy uwzględnieniu możliwości technologicznych aparatury rentgenowskiej i dostępnych w danym gabinecie rtg środków ochrony radiologicznej.

Sposoby minimalizowania narażenia pacjenta na promieniowanie rentgenowskie w rentgenodiagnostyce klasycznej [1, 10, 29, 34-41]:

- wykonywanie ekspozycji zasadnych – weryfikacja skierowań pod kątem uzasadnienia ekspozycji
- potwierdzenie danych osobowych i weryfikacja przygotowania pacjenta do badania
- kontrola czasu ekspozycji
- efektywne stosowanie systemu automatyki ekspozycji (*Automatic Exposure Control* AEC) – wybór właściwej dominanty
- efektywne stosowanie wartości kilowoltażu
- pacjent/obszar badania musi znajdować się jak najbliżej detektora obrazu
- efektywne stosowanie ustawień ogniska lampy rtg
- stosowanie osłon z materiału pochłaniającego promieniowanie X w szczególności na narządy krytyczne
- efektywne stosowanie kratek przeciwrozproszeniowych
- wykonywanie zdjęć rtg w odległości ognisko-film (OF) zgodnej z ogniskową kratki przeciwrozproszeniowej
- stosowanie kolimacji obrazu rtg
- stosowanie filtrów dodatkowych np. miedzianych
- stosowanie filtrów kompensacyjnych „kształtujących" wiązkę promieniowania w zależności od kształtu, położenia i grubości badanej okolicy ciała ludzkiego
- kompresja tkanek miękkich (ograniczenie grubości badanej okolicy ciała)
- kontrola dawki promieniowania – przestrzeganie poziomów referencyjnych

Sposoby minimalizowania narażenia pacjenta na promieniowanie rentgenowskie w radiologii zabiegowej **[**1, 10, 29, 35, 37, 39, 42 – 47]:

- właściwy dobór procedury, zgodny z potrzebami klinicznymi
- potwierdzenie danych osobowych i weryfikacja przygotowania pacjenta do badania
- właściwy dobór warunków ekspozycji, należy brać pod uwagę typ konstrukcyjny pacjenta oraz zakres badania
- włączanie ekspozycji tylko w momentach kluczowych dla prawidłowego przebiegu procedury medycznej, wykonywanie tzw. zdjęć upatrzonych lub radiografia z optymalną formą rejestracji obrazu [liczba klatek/s]
- stosowanie funkcji *Last Image Hold* (LIH) – „mrożenie obrazu" fluoroskopowego
- stosowanie funkcji *Automatic Brightness Control* (ABC) – zmiana poziomu jasności obrazu rtg bez zmiany parametrów ekspozycyjnych
- stosowanie fluoroskopii impulsowej o małej częstości [pulse/s]
- unikanie pełnej automatyki
- unikanie wysokiej mocy dawki promieniowania
- unikanie powiększeń obrazu rtg
- zmiana kąta wejścia wiązki promieniowania
- stosowanie kolimacji obrazu i filtracji dodatkowej
- stosowanie optymalnej odległości pacjent-lampa rtg (zwykle około 100cm), przy jednocześnie najmniejszej odległości pacjent-detektor obrazu
- rezygnacja ze stosowania kratki przeciwrozproszeniowej u pacjentów o niskiej masie ciała
- stosowanie osłon z materiału pochłaniającego promieniowanie X w szczególności na narządy krytyczne
- kontrola dawki promieniowania pacjenta w trakcie realizacji procedury medycznej
- przestrzeganie poziomów referencyjnych
- łączenie (w miarę możliwości) zabiegów diagnostycznych z terapeutycznymi
- pacjentka w okresie płodności może być poddawana badaniu z zakresu radiologii zabiegowej wyłącznie po uzyskaniu negatywnego testu ciążowego

Podsumowanie

W diagnostyce rentgenowskiej nie można uniknąć narażenia na promieniowane, gdyż jest ono istotą tego obrazowania, jednak należy minimalizować ryzyko negatywnych skutków poprzez optymalizację działań mających na celu redukcję dawki przy jednoczesnym

zapewnieniu optimum jakości obrazu. W zakresie realizacji tego wymagania mieści się podejmowanie zadań pracowników ochrony zdrowia związanych z stosowaniem zasad i środków ochrony radiologicznej. Bez względu na spory zwolenników i przeciwników hipotezy liniowej oraz hormezy radiacyjnej nie można zaniedbać bezpieczeństwa pacjenta związanego z ekspozycją medyczną na promieniowanie X, gdyż oddziaływanie promieniowania na poziomie komórkowym, łącznie z uszkodzeniem letalnym, jest faktem, nie hipotezą.

Piśmiennictwo

1. Fijuth J.: Ochrona przed promieniowaniem jonizującym. [w:] Radiologia. Diagnostyka obrazowa Rtg, TK, USG, MR i medycyna nuklearna. Pruszyński B. (red.), Wydawnictwo PZWL, Warszawa, 2011, 86-91.
2. Żyromska A., Makarewicz R.: Radiobiologia w brachyterapii. Współcze. Onkol., 2009, 13, 241–246.
3. Przybyszewski W., M., Wideł M., Szurko A., Maniakowski Z.: Dose rate-dependent cellular and molecular effects of ionizing radiation. Postep. Hig. Med. Dosw., 2008, 62, 468-477.
4. Gasińska A., Biesaga B.: Dwa oblicza hipoksji nowotworów. Nowotwory. J. Oncol., 2010, 60, 332-340.
5. Fijuth J.: Podstawy radiobiologii. [w:] Radiologia. Diagnostyka obrazowa Rtg, TK, USG, MR i medycyna nuklearna. Pruszyński B.(red.), Wydawnictwo PZWL, Warszawa, 2000, 56-68.
6. Chadwick K. H., Leenhouts P.: Radiation risk is linear with dose at low doses. Br. J. Radiol, 2005, 78, 8–10.
7. Cooke M., S., Evans M., D., Dizdaroglu M., Lunec J.: Oxidative DNA damage: mechanisms, mutation, and disease. FASEB J., 2003, 17, 1195-1214.
8. Roszkowski K., Foksiński M.: Wpływ promieniowania jonizującego na DNA komórki. Współ.. Onkol., 2005, 9, 284–286.
9. Kulbacka J., Saczko J., Chwiłkowska A.: Stres oksydacyjny w procesach uszkodzenia komórek. Pol. Merk. Lek., 2009, 27, 44-47.
10. Kowalczak-E., Korbi I.: Radiologia. Diagnostyka obrazowa Rtg, TK, USG, MR i medycyna nuklearna. Pruszyński B. (red.), Wydawnictwo PZWL, Warszawa, 2000, 69-78.

11. Little M., P.: Risks associated with ionizing radiation. Br. Med. Bull., 2003, 68, 259–275.
12. Montag B.: Guide to low dose. Answers for life. SIEMENS AG, Monachium, 2010, 18-20.
13. Jędrzejczak W.W.: Biologia nowotworów. [w:] Onkologia podręcznik dla studentów i lekarzy. Kordek R.(red), Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk, 2007, 21-35.
14. Breckow J.: Linear No-Threshold is a radiation-protection standard rather than a mechanistic effect model. Radiat. Environ. Biophys., 2006, 44, 257-260.
15. Cohen B. L.: The Linear No-Threshold Theory of radiation carcinogenesis should be rejected. J. P. and S., 2008, 13, 70-76.
16. Hrynkiewicz A. Z.: Wielkości i jednostki dozymetryczne. Obliczanie dawek promieniowania jonizującego [w:] Człowiek i promieniowanie jonizujące, Hrynkiewicz A. Z. (red.), Wydawnictwo PWN, Warszawa 2001, 41-47.
17. Puskin J., S.: Perspective on the use of LNT for radiation protection and risk assessment by the U.S. Environmental Protection Agency. Dose-Response, 2009, 7, 284–291.
18. Stępień A., Izdebska M., Grzanka A.: Rodzaje śmierci komórki. Postepy. Hig. Med. Dosw., 2007, 61, 420-428.
19. Feinendegen L. E.: Evidence for beneficial low level radiation effects and radiation hormesis. Br. J. Radiol., 2005, 78, 3–7.
20. Feinendegen L. E.: Relative implications of protective responses versus damage induction at low-dose and low-dose rate exposures, using the microdose approach. Radiat. Prot. Dosim., 2003, 104, 337–46.
21. Scott B., R.: Low-dose radiation-induced protective process and implications for risk assessment, cancer prevention, and cancer therapy. Dose-Response, 2007, 5,, 131–149.
22. Wrixon A. D.: New ICRP recommendations. J. Radiol. Prot., 2008, 28,. 161–168.
23. Hayat M. A. : Cancer imaging. Lung and breast carcinomas. T. 1, Elsevier Academic Press, San Diego, 2008, 23-26.
24. Sanders C., L.: Radiation hormesis and the linear-non-threshold assumption. Springer, Berlin, 2010, .3-9.
25. Dyrektywa Rady 97/43/EURATOM z dnia 30 czerwca 1997 r. w sprawie ochrony zdrowia osób fizycznych przed niebezpieczeństwem wynikającym z promieniowania jonizującego związanego z badaniami medycznymi oraz uchylająca Dyrektywę 84/466/EURATOM (Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej, 1997, 15/t. 3, 332-337).

26. George J., Eatough J., P., Mountford P., J., Koller C., J., Oxtoby J., Frain G.: Patient dose optimization in plain radiography based on standard exposure factors. Br. J. Radiol., 2004, 77, 858–863.
27. Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczpospolitej Polskiej z dnia 24 stycznia 2012r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy – Prawo atomowe (Dz. U. 2012.264).
28. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 sierpnia 2006 roku w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi (Dz. U. 2006.180.1325).
29. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz. U. 2011.51.265 z póź. zm.).
30. Hansson S. O.: Radiation protection – sorting out the arguments. Philos. Technol., 2011, 24, 363-368.
31. Aldrich J. E., Duran E., Dunlop P., Mayo J. R.: Optimization of dose and image quality for computed radiography and digital radiography. J Digit. Imaging, 2006, 19, 126-131.
32. Shrader-Frechette K.: Radiobiology and gray science: flaws in landmark new radiation protections. Sci. Eng. Ethics, 2005, 11, 167-169.
33. Clarke R., K., Valentin J.: The history of ICRP and the evolution of its policies. ICRP Publication 109, Ottawa, 2009, 77-78.
34. Bone R. J.: Pozycjonowanie w radiografii klasycznej. Wyd. Czelej, Lublin, 2001, 46-50.
35. Wall B., F.: Radiation protection dosimetry for diagnostic radiology patients. Radiat. Prot. Dosim., 2004, 109, 409-419.
36. Warren-Forward H. M., Beckhaus R.: A standardised approach to optimization. The Radiographer, 2004, 51, 105-110.
37. Optimization of the radiological protection of patients undergoing radiography, fluoroscopy and computed tomography. IAEA, Wiedeń, 2004,14-19.
38. Compagnone G., Pagan L., Bergamini C.: Local diagnostic reference levels in standard X-ray examinations. Radiat. Prot. Dosim., 2005, 113, 54-63.
39. Martin C. J.: The importance of radiation quality for optimisation in radiology.biij, 2007, 3(2):e38, http://www.biij.org/2007/2/e38, data pobrania 20. 07. 2012.
40. Fogers L. F.: Ogólne aspekty urazów. Chan O., Zalewska-Dorobisz: ABC radiologii w medycynie ratunkowej. Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław, 2009, 1-4.

41. Kowski R.: Badanie radiologiczne – radiografia, klatka piersiowa, 2 projekcje (PA i boczna). Materiały pokonferencyjne II Ogólnopolska Konferencja „Promieniowanie Jonizujące w Medycynie", Łódź, 7-8 czerwca 2010, 74-82.
42. Zhang M., Chu C.: Optimization of the radiological protection of patients undergoing digital radiography. J. Digit. Imaging, 2012, 25, 196-200.
43. Derkacz A., Andrzejak R.: Rola zarządzania jakością w ochronie radiologicznej w pracowni kardiologii interwencyjnej. Med. Pr., 2005, 56, 335-341.
44. Ciszewski A., Gil R., J., Dąbrowski M.: Zasady ochrony radiologicznej w kardiologii interwencyjnej. Kardiol. Pol., 2005, 63, 589-592.
45. Tylkowski M., Kośmider M.: Bezpieczeństwo radiologiczne w pracowni hemodynamiki. Post. Kardiol. Interw., 2007, 3, 217-223.
46. Patient dose optimization in fluoroscopically guided interventional procedures. IAEA, Wiedeń, 2010, 6.
47. Rehani R. R.: Radiological protection in fluoroscopically guided procedures performed outside the imaging department. ICRP, Ottawa, 2011, 21-29.

Gorzkowska Maria[1], Sałapa Kinga[2]

Obecność rodziny pacjenta podczas szpitalnej resuscytacji krążeniowo-oddechowej w opinii pielęgniarek studiów pomostowych PWSZ w Tarnowie

1. Student doktorant Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego
2. Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

Obecność rodziny w trakcie resuscytacji jest tematem szeroko omawianym w ostatnich latach. Z definicji oznacza obecność jednego lub dwóch członków rodziny w trakcie działań resuscytacyjnych, kiedy rodzina pacjenta może obserwować czynności medyczne, a także pozostać w fizycznym kontakcie z pacjentem resuscytowanym [1].

Obecność rodziny w trakcie resuscytacji jest obecnie rekomendowana przez wiele towarzystw medyczny, takich jak *American Heart Association* , *the Canadian Association of Critical Care Nurses*, *the European Federation of Critical Care Nursing, Associations, the European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care, the European Society of Cardiology Council on Cardiovascular Nursing*.

W 1987 pierwszy raz opisano w literaturze przykład tego zjawiska. Autor badania zaproponował wybranym członkom rodzin możliwość uczestniczenia w trakcie czynności resuscytacyjnych. Badaniem objęto grupę blisko 50 członków rodziny 30 pacjentów. Wyniki analizy wykazały, że 94% osób uczestniczących w trakcie resuscytacji bliskiej osoby zrobiłaby to ponownie [2]. Opublikowanie tych wyników stało się początkiem wielu dyskusji oraz analiz tematu. Istnieją badanie, które wskazują korzyści płynące z takiej procedury zarówno dla ratowanego pacjenta, jak i dla członka rodziny, który może uczestniczyć w resuscytacji. Obecność rodziny podczas resuscytacji może pomóc rodzinie zrozumieć, że wszystkie czynności, które mogły przywrócić ich najbliższą osobę do życia zostały wykonane. Daje to także możliwość ostatniego pożegnania. Pozwala zrozumieć, że śmierć stała się faktem [3]. Jednak pomimo sensownych argumentów oraz wytycznych towarzystw medycznych personel medyczny jest przeciwny tej opcji.

Rodzina pacjenta resuscytowanego, jeśli jest obecna w szpitalu w trakcie, kiedy u pacjenta doszło do NZK jest najczęściej wypraszana z sali na korytarz. W oczekiwaniu na wynik działań personelu medycznego odczuwa ogromny niepokój i troskę o osobę bliską. Jeśli pacjent nie przeżyje rodzina pacjenta może mieć wrażenie, że może nie wszystko zostało

zrobione, że pozostawili najbliższą osobę samą, nie pożegnali się. Przeprowadzane badania pokazują, że członkowie rodziny, którym pozwolono na obecność w trakcie resuscytacji odczuwali mniej strachu i obaw. Mieli także poczucie, że wsparli bliską osobę w trudnej chwili. Łatwiej radzili sobie ze stratą, jeśli w wyniku działań personelu medycznego pacjenta nie udało się uratować. Obecność rodziny w trakcie resuscytacji nie ma być obowiązkiem czy też prawem, ale możliwością wyboru, która niekoniecznie musi być akceptowana przez rodziny pacjentów.

Cel pracy

Celem pracy było poznanie opinii pielęgniarek na temat możliwości uczestnictwa członków rodziny w trakcie resuscytacji krążeniowo- oddechowej.

Materiał i metodyka

W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego z zastosowaniem jako narzędzia autorskiego kwestionariusza ankiety, obejmującego pytania dotyczące opinii pielęgniarek na temat stworzenia możliwości rodzinie na uczestnictwo w resuscytacji, znajomości formalnych regulacji prawnych obowiązujących w miejscu pracy, wiedzy pielęgniarek z zakresu analizowanego tematu oraz dotychczasowych doświadczeń związanych omawianym zagadnieniem. Wypełnianie kwestionariusza ankiety miało charakter dobrowolny i anonimowy.

Badania przeprowadzono wśród 72 pielęgniarek uczestniczących w zajęciach na studiach pomostowych w PWSZ w Tarnowie.

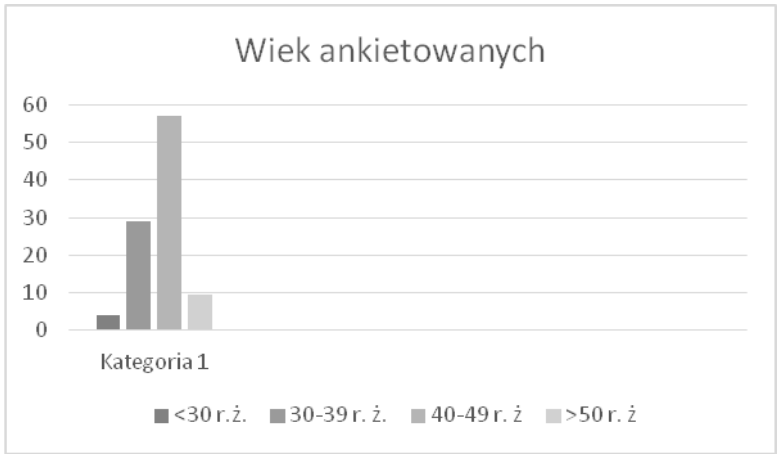
Analiza związku odpowiedzi ankietowanych osób na poszczególne pytania została oparta o test niezależności chi-kwadrat Pearsona. W przypadku małych liczebności teoretycznych wykorzystano poprawkę Yates'a lub dokładny test Fishera.

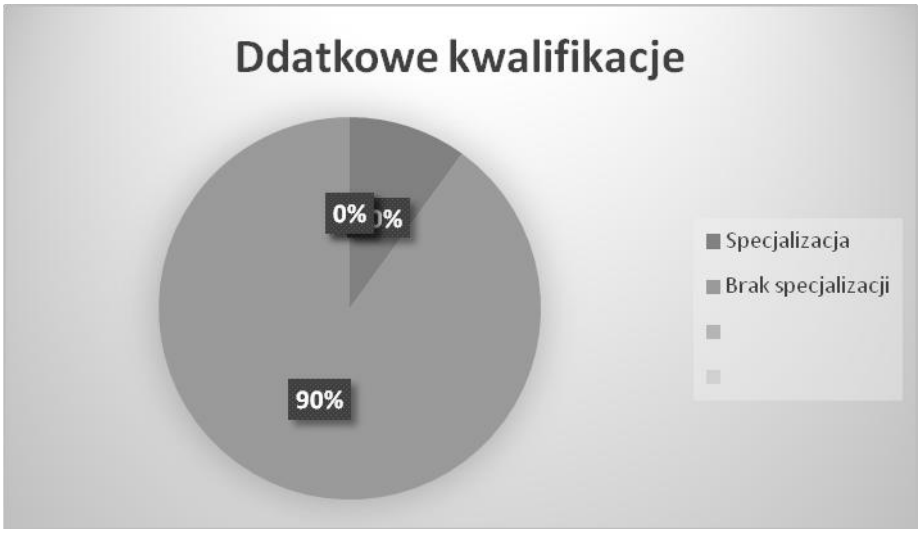
Wyniki uznawano za istotne satyrycznie, gdy wartość p nie przekraczała 5% poziomu istotności. Obliczenia wykonano w programie STATIATICA oraz SPSS.

Wyniki:

Spośród 72 badanych pielęgniarzy i pielęgniarek największą grupę stanowiły osoby w wieku 40-49 lat i stanowiły blisko 57% (4% w wieku <30lat, 29,1% w wieku 30-39 oraz 9,7% w wieku >50r.ż.). Spośród ankietowanych 99% stanowiły kobiety.

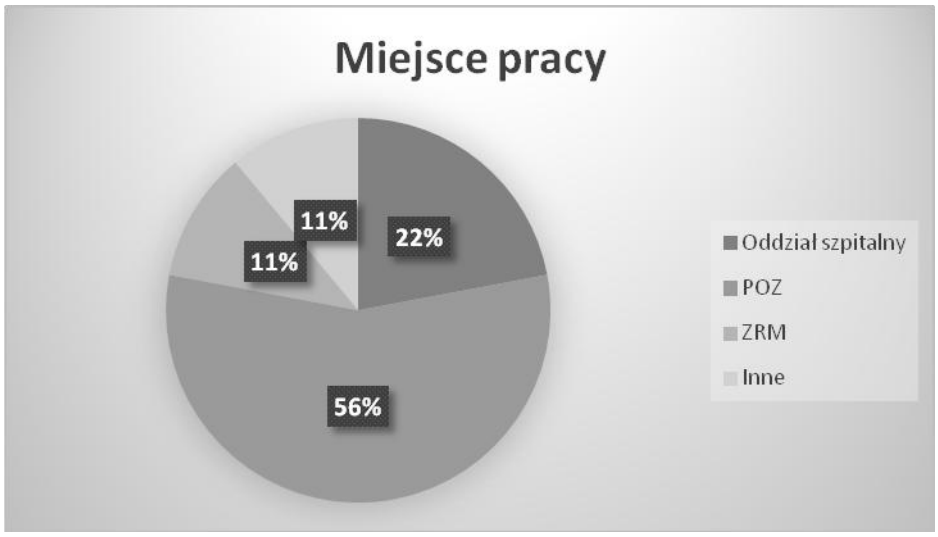
Z racji grupy, w której było przeprowadzane badanie (uczestnicy studiów pomostowych) ankietowani posiadali wykształcenie średnie, 10% ankietowanych dodatkowo ukończyła szkolenie specjalizacyjne.

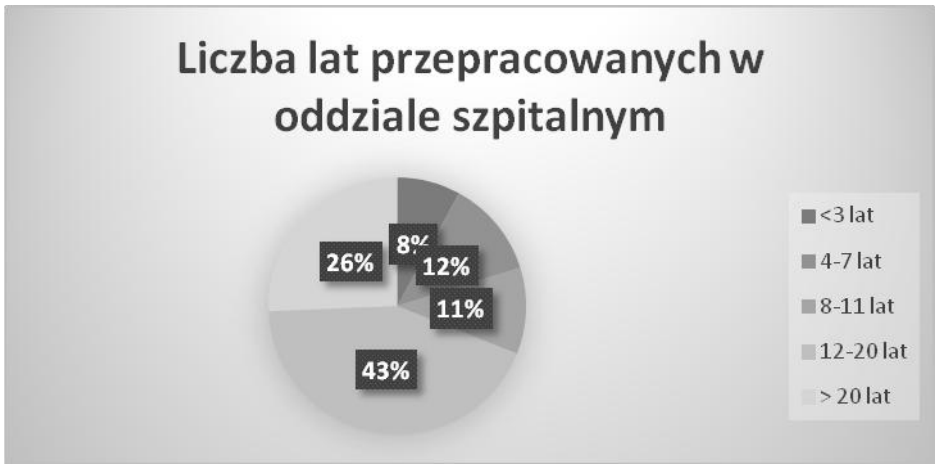




W oddziale szpitalnym pracowało 51 osób ankietowanych, co stanowiło blisko 71% ogółu badanych, pozostałe pielęgniarki i pielęgniarz zatrudnieni byli w POZ- 21%, w pogotowiu ratunkowym - 4%, w innym, niż proponowane w ankiecie miejscu zatrudnionych było 4%.

W miejscu zatrudnienia 33,3% ankietowanych opiekowała się pacjentami dorosłymi, 11,3% dziećmi, natomiast dorosłymi i dziećmi opiekowało się 55,3%. Spośród ankietowanych w oddziale szpitalnym 5% przepracowało <3 lat, 12,5% ankietowanych w szpitalu pracowało 4-7 lat, doświadczenie w pracy w oddziale w przedziale 8-11 lat posiadało 11,1% ankietowanych. Najwięcej, bo 44,4% pielęgniarek i pielęgniarzy w oddziale pracowało 12-20 lat, powyżej 20 lat pracowało 26,3% ankietowanych.





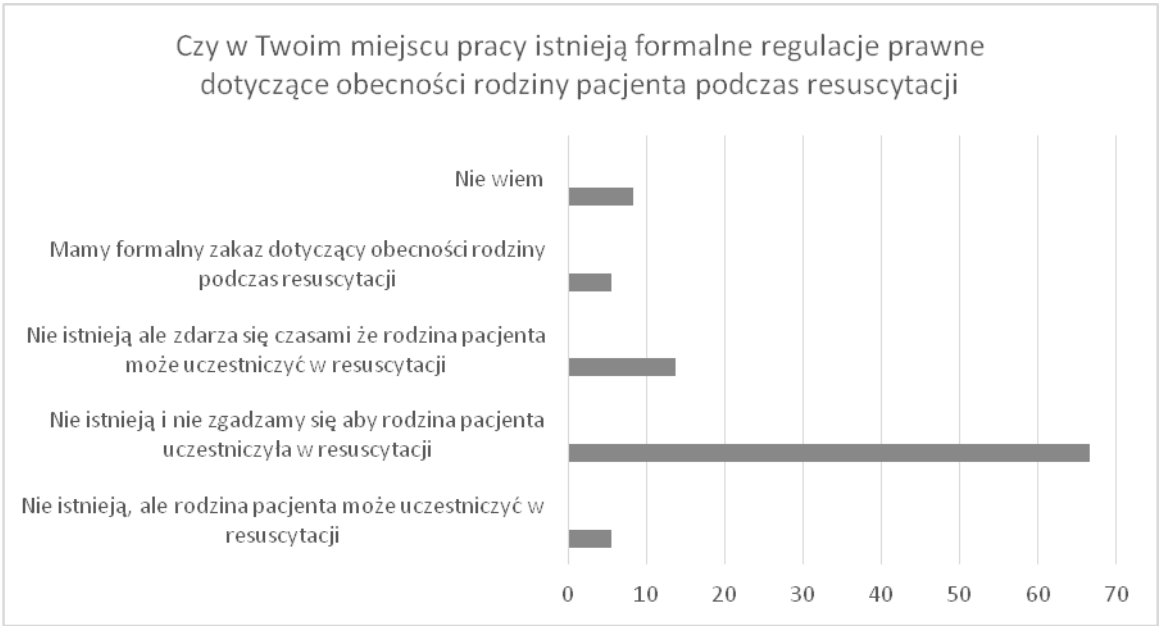
Spośród badanych ankietowanych na pytanie, czy Twoim zadnie rodzina pacjenta może uczestniczyć w resuscytacji, blisko 10% odpowiedziało twierdząco, aż 80% sprzeciwia się takiej sytuacji, 10% nie ma zdania na ten temat.

76% ankietowanych nigdy nie słyszała żadnych informacji ta temat możliwości rodziny w uczestniczeniu w resuscytacji. Za źródło informacji wskazano prasę naukową, publikacje naukowe, szkolenia, zajęcia w toku studiów. 24% pielęgniarek posiadało wiedzę na ten temat.

Podobnie odpowiedzi kształtują się w pytaniu dotyczącym zaleceń towarzystw medycznych w tym pielęgniarskich, które postulują za możliwością wyboru danego rodzinom pacjentów. 83,3% ankietowanych pielęgniarek nie zna stanowiska towarzystw medycznych. 16,6% posiada takie informacje

Na pytanie dotyczące istnienia formalnych regulacji prawnych w miejscu pracy dotyczących obecności rodziny w trakcie resuscytacji, 5,5% ankietowanych odpowiedziała,

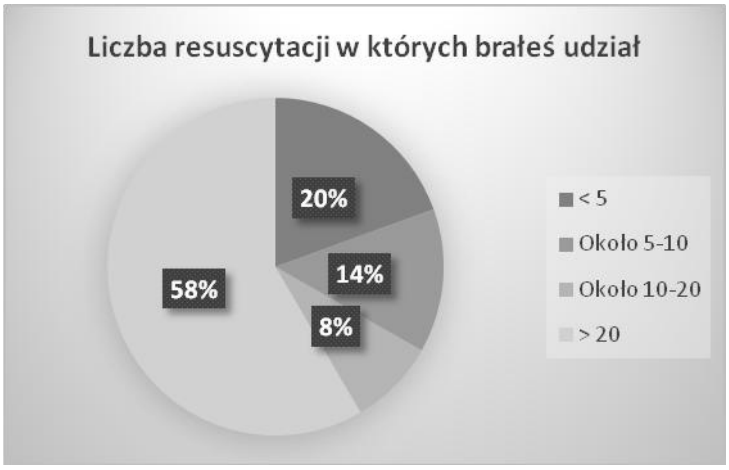
że nie istnieją, ale rodzina może uczestniczyć w resuscytacji, 66,6% odpowiedziała, że nie istnieją i nie zgadzają się, aby rodzina brała udział w resuscytacji, 13,8% ankietowanych odpowiedziała, że nie istnieją regulacje prawne, ale czasami personel robi wyjątki i rodzina może uczestniczyć w resuscytacji, 5,5% ankietowanych w swoim miejscu pracy posiada formalny zakaz, 8,3% ankietowanych nie wie, czy w miejscu zatrudnienia istnieją jakiekolwiek przepisy dotyczące omawianego zagadnienia.



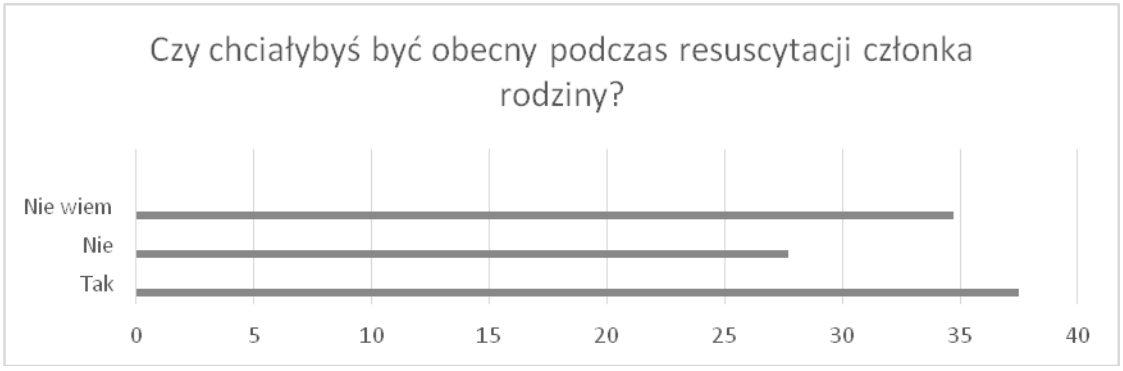
Spośród 72 osób ankietowanych, 16 osób spotkało się z prośbą rodziny o możliwość pozostania przy pacjencie resuscytowanym. Pozostali ankietowani nigdy nie spotkali się z taką sytuacją. Zgodę na uczestnictwo w resuscytacji udzieliło 6 osób z 16, którym zdarzyła się taka sytuacja w trakcie kariery zawodowej. Pozostałe 10 osób ankietowanych nie wyraziło zgody na pozostanie rodziny w sali.

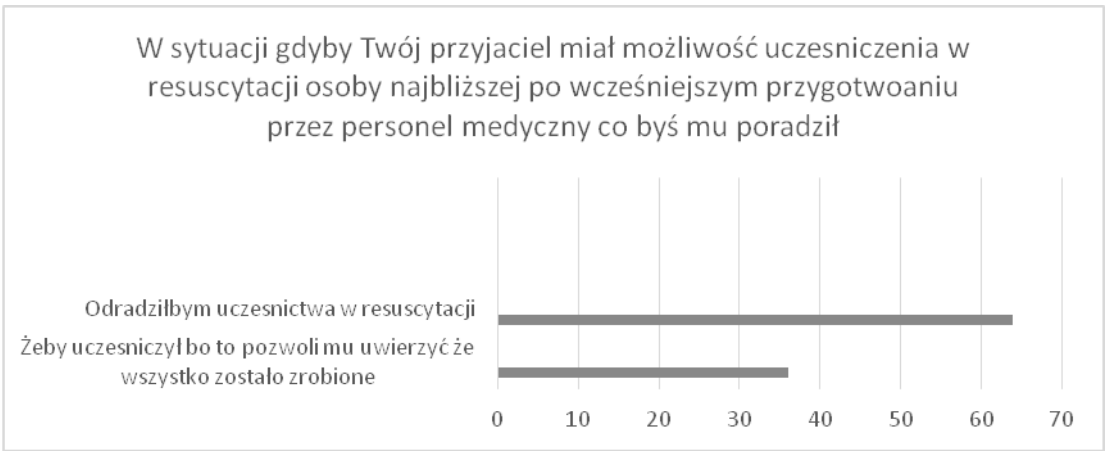
Jeśli chodzi o liczbę resuscytacji, w których ankietowani brali czynny udział to odpowiedzi kształtowały się następująco: 19,4% ankietowanych brała udział w mniej niż 5 resuscytacjach, 13,8% ankietowanych uczestniczyła w 5-10 działaniach resuscytacyjnych, 8,3% w około 10-20. Największa grupa ankietowanych, bo aż 58,3% w resuscytacji uczestniczyła ponad 20 razy i więcej.

Na pytanie ,czy jeżeli u kogoś z Twoich bliskich doszłoby do zatrzymania krążenia to czy chciałbyś być obecny w trakcie resuscytacji - 37,5% ankietowanych odpowiedziało twierdząco, 27,7% odpowiedziało, że nie chciałoby być obecnych w trakcie resuscytacji członka rodziny, 34,7% nie miało zdania na ten temat.



Na pytanie: gdyby Twój przyjaciel (bez wykształcenia medycznego) powiedział, że w szpitalu, w którym leży jego bliska osoba jest możliwość uczestnictwa w resuscytacji po wcześniejszym przygotowaniu przez personel medyczny, co byś mu poradził? 36% ankietowanych odpowiedziała żeby uczestniczył ,bo to pozwoli mu uwierzyć, że wszystko zostało zrobione, natomiast 64% odradziłaby uczestnictwa w resuscytacji.





Z otrzymanych danych podjęto próbę wykazania zależności pomiędzy wiekiem ankietowanych a opinią na temat możliwości członków rodziny w uczestniczeniu w resuscytacji, wiekiem a chęcią uczestnictwa w resuscytacji osoby najbliższej oraz wiekiem a odpowiedzią na pytanie dotyczące porady przyjacielowi. Z uwagi na mało liczne grupy wiekowe ankietowanych w wieku <30. roku życia i pomiędzy 30.-39. rokiem życia, przeprowadzona została agregacja danych do dwóch grup wiekowych, tj. poniżej i powyżej 40 lat. Nie wykazano zależności pomiędzy wiekiem badanych a opinią na temat możliwości uczestnictwa członka rodziny w resuscytacji - dokładny test Fishera: p=0,149. Wykazano zależność pomiędzy wiekiem badanych a chęcią uczestnictwa w resuscytacji osoby najbliższej. Odsetek ankietowanych chętnych do uczestnictwa w resuscytacji osoby najbliższej różnił się istotnie w badanych grupach (p=0,0234). Wyniki dekompozycji chi-kwadratu wskazały, że odsetek osób poniżej i powyżej 40. roku życia, którzy nie chcieliby uczestniczyć w resuscytacji członka rodziny jest zbliżony do odsetka osób niezdecydowanych w tej kwestii (p=0.4955, test chi-kwadrat z poprawką Yatesa). Istotne różnice wykazano natomiast między odsetkiem osób chcących wziąć udział w resuscytacji najbliższej osoby a pozostałymi osobami w badanych grupach wiekowych (p=0,0098). Osoby poniżej 40. roku życia istotnie statystycznie częściej niż osoby powyżej 40. roku życia chciałyby uczestniczyć w resuscytacji członka rodziny. 58,33% osób poniżej 40. roku życia chciałaby uczestniczyć w resuscytacji, podczas gdy tylko 27, 08% osób powyżej 40 .roku życia wyraziło taką chęć. Nie wykazano zależności pomiędzy wiekiem a poradą udzieloną przyjacielowi (wynik testu chi-kwadrat: p=0,2246).

Nie wykazano związku pomiędzy opinią ankietowanych na temat uczestnictwa rodziny w trakcie resuscytacji a ewentualnym uczestnictwem w resuscytacji osoby najbliższej - dokładny test Fishera: p=0,355.

Miejsce pracy również nie miało istotnego związku z odpowiedziami dotyczącymi opinii ankietowanych na temat uczestnictwa rodziny w trakcie resuscytacji.

Analizowano związek między liczbą resuscytacji, w których ankietowani brali udział a opinią na temat obecności rodziny. Ze względu na małe liczebności dokonano agregacji liczby resuscytacji na dwie kategorie: poniżej i powyżej 20 resuscytacji. Jednak liczba resuscytacji, w których ankietowani brali udział nie wpływała na ich opinie dotycząca omawianego zagadnienia.

Dyskusja:

Ze względu na specyfikę wykonywanej pracy, zwraca się szczególną uwagę na sposób postrzegania zjawiska obecności rodziny pacjenta podczas reanimacji przez pielęgniarki.

Charakter pracy pielęgniarek oraz nacisk, który kładzie się na holistyczny wymiar opieki nad pacjentem, determinują ich miejsce w zespole reanimacyjnym [3].

W badaniu podjęto próbę poznania opinii personelu pielęgniarskiego, który posiadał już doświadczenie zawodowe na temat możliwości uczestnictwa rodziny pacjentów w trakcie resuscytacji. Z analizy wynika, że pielęgniarki niechętnie odnoszą się do tematu. 80% ankietowanych sprzeciwia się takiej możliwości. Podobne wyniki osiągnięto w badaniu dotyczącym omawianej tematyki w Niemczech. Blisko 70% ankietowanych pielęgniarek sprzeciwiła się takiej sytuacji [4]. Inaczej sytuacja przedstawia się w badaniu opublikowanym w 2008 roku, dotyczącym opinii kanadyjskich pielęgniarek z zakresu omawianej tematyki. Przeanalizowano dane pochodzące od 450 pielęgniarek specjalizujących się w intensywnej terapii. Ponad 90% ankietowanych była za możliwością uczestnictwa w resuscytacji członków rodziny [5].

Za niepokojącą można uznać odpowiedź na pytanie dotyczące wiedzy personelu pielęgniarskiego dotyczącej obecności rodziny w trakcie resuscytacji. Tylko 24% ankietowanych słyszała o zagadnieniu. Ponad 80% ankietowanych nie zna zaleceń towarzystw medycznych dotyczących tematu. Z analizy danych wynika, że wszystkie pielęgniarki posiadające specjalizacje na pytanie dotyczące zaleceń towarzystw medycznych oraz wiedzy z zakresu zagadnienia posiadały taki zasób informacji.

Badania dotyczące omawianego zagadnienia prowadzone zarówno w krajach Europejskich jak i w Stanach Zjednoczonych czy Kanadzie pokazują że brak jest formalnych regulacji prawnych dotyczących możliwości uczestnictwa rodziny w zabiegach resuscytacyjnych i procedurach inwazyjnych. W opublikowanym na łamach *European Cardiovascular Nursing* raporcie dotyczącym zarówno pozytywnych jak i negatywnych skutków uczestnictwa rodziny w trakcie resuscytacji stwierdzono że tylko 7% respondentów posiada odpowiedni protokół dotyczący opcji uczestnictwa rodziny w swoim miejscu pracy. Respondenci pochodzili z różnych krajów Europy [6].

W badaniu przeprowadzonym wśród blisko 1000 członków *American Association of Critical-Care Nurses* oraz *Emergency Nurses Association,* opublikowanym na łamach Journal of Emergency Nursing, 30% ankietowanych pielęgniarek i pielęgniarzy spotkało się z sytuacją, kiedy to członkowie rodziny pacjenta poprosili ich o możliwości bycia blisko pacjenta w trakcie resuscytacji. 345 respondentów z blisko 1000 pozwoliło pozostać przy łóżku pacjenta członkowi rodziny [7]. W analizowanym materiale, wśród ankietowanych pielęgniarek, 22% spotkało się z sytuacją, kiedy to rodzina chciała pozostać przy osobie

najbliższej. Z 16 ankietowanych, którzy otrzymali takie pytanie - 6 osób wyraziło zgodę. Osoby, które wyraziły zgodę sprawowały opiekę nad dziećmi i dorosłymi.

Na podstawie wyników poszczególnych badań prowadzonych na świecie można zauważyć, że postawa pielęgniarek, w odniesieniu do resuscytacji w obecności bliskich pacjenta, zmienia się z biegiem lat. Obserwuje się tendencję do coraz częstszej akceptacji tego zjawiska. Prawdopodobnie jest to związane ze wzrostem świadomości personelu medycznego na temat problemu oraz z naciskiem, jaki w dzisiejszych czasach kładzie się na opiekę zorientowaną na pacjenta [8]. Badania pokazują wiele korzyści, jakie niesie ze sobą dla rodziny możliwość pozostania w trakcie resuscytacji. Jednak istnieją doniesienia, które negatywnie odnoszą się do tematu. Personel medyczny jest pełen obaw, że obecność członków rodziny może zakłócać przebieg resuscytacji, może powodować naciski na personel medyczny w celu wydłużenia resuscytacji, a także proces resuscytacji może okazać się zbyt traumatyczny dla osób spoza środowiska medycznego [8, 9].

W Polsce sytuacja wypraszania rodziny w trakcie resuscytacji i procedur medycznych jest rzeczą powszechną. Jest to prawdopodobnie związane z niską świadomością personelu medycznego na temat opieki zorientowanej na pacjenta i jego rodzinę. Ale nie jest to zapewne jedyny powód. Aby rodzina mogła być obecna, konieczne jest odpowiednie przygotowanie personelu medycznego oraz odpowiednia liczba tego personelu. Ponieważ, aby rodzina mogła uczestniczyć w trakcie resuscytacji potrzebna jest osoba za nią odpowiedzialna, która w sposób rzetelny wyjaśni, co się dzieje wokół najbliższej im osoby. Osoba taka powinna posiadać wiedzę nie tylko z zakresu medycyny, ale także psychologii, aby wiedziała, jak trudne emocje dotykają w danej chwili rodzinę pacjenta. Konieczne są również szkolenia personelu zarówno z samej resuscytacji, jak i z zakresu komunikacji interpersonalnej oraz opieki pielęgniarskiej skoncentrowanej na pacjencie i jego rodzinie. Ważne jest, aby zespół prowadzący resuscytację był pewien sowich umiejętności. W piśmiennictwie zwraca się szczególną uwagę na konieczność stworzenia odpowiednich procedur, aby możliwa była obecność bliskich w trakcie prowadzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Konieczne jest perfekcyjne prowadzenie akcji resuscytacyjnej oraz stworzenie algorytmu postępowania związanego z obecnością przedstawiciela rodziny w trakcie resuscytacji [10].

W trudnej sytuacji, w jakiej aktualnie znajduje się służba ważne jest wprowadzenie zmian w kierunku tworzenia opieki holistycznej i partnerskiej. Działania takie wymagają wiele energii, czasu i zasobów. Jednakże wyniki takich zmian mogą znacznie przekraczać poniesione koszty poprzez zwiększenie satysfakcji pacjentów z opieki oraz zwiększenie zaufania społecznego wobec instytucji medycznych i ludzi w nich pracujących.

Najważniejszym celem obecności rodziny pacjenta podczas wykonywania zabiegów resuscytacyjnych jest umożliwienie bliskim kontaktu z umierającym i potrzeba przekonania, że wszystko co możliwe zostało zrobione. Istotna jest edukacja personelu medycznego z zakresu możliwości uczestniczenia rodziny zarówno w procedurach inwazyjnych, jak i resuscytacji. W wielu krajach na świecie nie jest to już wymysł teoretyków, ale przyjęta praktyka. Jest to związane z przyjęciem kierunku w opiece medycznej tzw. „*family centerd care*", gdzie pacjent i jego rodzina stanowią partnera w podejmowaniu decyzji medycznych.

Piśmiennictwo

1. Balogh-Mithell C.: Is It Time for Family Presence During Resuscitation in the OR? A.O.R.N. Journal, 2012, 96, 14-25
2. Doyle CJ. Post H, Maino J. et al.: Family participation during resuscitation: An option. Ann. Emerg. Med., 1987, 16, 673-675
3. Sak- Dankosky N.: Obecność rodziny pacjenta podczas szpitalnej resuscytacji krążeniowo-oddechowej, w opinii pielęgniarek - przegląd światowej literatury. Anestezjol. Ratow., 2012, 6, 305-313.
4. Koberich S., Kaltwasser A., Rothaug O., Albarran J.: Family witnessed resuscitation – experience and attitudes of German intensive care nurses. Nurs. Crit. Care, 2010, 15, 241-250.
5. Fallis W., McClement S., Pereira A.: Family presence during resuscitation: A survey of Canadian critical care nurses' practices and perceptions. C.A.C.C.N., 2008, 19, 22-28.
6. Axelsson A.B., Fridlund B., Moons P. et al.: European cardiovascular nurses attitudes and experiences of having family members present in the resuscitation room. Eur. J. Cardiovasc. Nurs., 2010, 9, 15-23.
7. MacLean S., Guzzetta C., White Ch. et al: Family Presence During Cardiopulmonary Resuscitation and Invasive Procedures: Practices of Critical Care and Emergency Nurses. J. Emerg. Nurs., 2003, 29, 208-221.
8. Ellison S., Bridge O.: Nurses' attitudes toward family presence during resuscitative efforts and invasive procedures. J. Emerg. Nurs., 2003, 29, 515-521.
9. Booth M.G., Woolrich L., Kinsella J.: Family witnessed resuscitation in UK emergency departments: a survey of practice. Eur. J. Anaesthesiol., 2004, 21, 725-758.

10. Kingsnorth J., O'Connell K., Guzzetta C.E. et al.: Family presence during trauma activations and medical resuscitations in a pediatric emergency department: and evidence-based practice project. J. Emerg. Nurs., 2010, 36, 115-121.

Wajda-Drzewiecka Katarzyna[1] , Chowaniec Czesław[2]

Śmierć aresztanta w wyniku długotrwałego protestu głodowego - problemy organizacyjno-decyzyjne więziennej służby zdrowia

1. Studenckie Koło Naukowe, Katedra Medycyny Sądowej i Toksykologii Sądowo-Lekarskiej, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice
2. Katedra Medycyny Sądowej i Toksykologii Sądowo-Lekarskiej, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

Wstęp

Opieka zdrowotna w polskich jednostkach penitencjarnych jest rzadko poruszana w publikacjach. Problemem wiodącym jest status pacjentów, którzy w pierwszym rzędzie są tymczasowo aresztowanymi czy skazanymi, co skutkuje ograniczeniem ich uprawnień, a dopiero później pacjentami. Może to prowadzić do nieprawidłowości związanych głównie ze sposobem i warunkami leczenia, przewłocznością udzielanych świadczeń i pomocy medycznej, brakiem zgody na leczenie w warunkach wolnościowych. Helsińska Fundacja Praw Człowieka przeprowadziła szerokie badania dotyczące funkcjonowania więziennej służby zdrowia i opracowała kompleksowy raport [1].

Analiza 300 skarg aresztantów i skazanych wskazuje na problemy dotyczące sposobu i warunków leczenia w jednostce penitencjarnej, terminowości udzielanej pomocy medycznej, braku zgody na przerwę w karze z uwagi na stan zdrowia, stosowania tymczasowego aresztowania mimo złego stanu zdrowia i wskazań do leczenia w warunkach wolnościowych. Z kolei problem z personelem medycznym przejawia się w braku odpowiednio wyspecjalizowanej kadry medycznej, nierealizowaniu przez lekarzy obowiązku dokształcania się, jak również przeciążeniu lekarzy pracą. Nie wszystkie szpitale i ambulatoria istniejące przy jednostkach penitencjarnych odpowiadają wymogom określonym w rozporządzeniu ministra zdrowia, szczególnie dotyczy to więźniów z zaburzeniami psychicznymi, niepełnosprawnych (dotkniętych poważnymi dysfunkcjami ruchowymi) oraz starzejących się.

W przypadku decyzji dotyczących więźniów organy wymiaru sprawiedliwości poprzestają nierzadko na orzeczeniach wydanych przez lekarzy więziennych, często nie mających odpowiedniej wiedzy z pominięciem konsultacji specjalistycznych. Częste są odmowy zasięgnięcia opinii lekarzy spoza jednostki penitencjarnej. Wątpliwości chorych osadzonych

co do ich statusu — czy są bardziej więźniami czy pacjentami — powodują brak zaufania do więziennej służby zdrowia

Szczególnie istotne jest to w sytuacji, kiedy osadzeni dokonują samouszkodzeń bądź zaczynają protest głodowy. W takim przypadku zarówno więzienna służba zdrowia, jak i władze jednostki penitencjarnej, organy sądowe itd. stają przed problemem pogodzenia konfliktów pomiędzy uwarunkowaniami wynikającymi z respektowania praw człowieka a uwarunkowaniami wynikającymi z przepisów prawa i koniecznością ich przestrzegania. Niestety, w takiej sytuacji podwyższone jest ryzyko unikania działań w nadziei, że problem rozwiąże się sam.

Zgon cudzoziemca osadzonego z powodu podejrzenia o dokonanie drobnego przestępstwa w polskim areszcie pokazał dobitnie, że takie problemy dotyczą również naszego kraju.

Założenia i cel pracy

Celem pracy było przeanalizowanie opinii wydanych w sprawie śmierci cudzoziemca osadzonego w polskim areszcie śledczym po długotrwałym strajku głodowym, dla zidentyfikowania najważniejszych problemów w funkcjonowaniu więziennej służby zdrowia w takich sytuacjach i zaproponowaniu adekwatnych rozwiązań.

Materiał i metody

Dokonano analizy sprawy dotyczącej śmierci aresztanta po długotrwałym strajku głodowym. Zarzuty dotyczyły nieprawidłowości organizacji pracy i podejmowanych działań decyzyjnych przez personel medyczny i funkcjonariuszy służby więziennej w związku z Art. 118 KKW. Opinie w tej sprawie zostały opracowane w Katedrze i Zakładzie Medycyny Sądowej i Toksykologii Sądowo-Lekarskiej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.

Wyniki

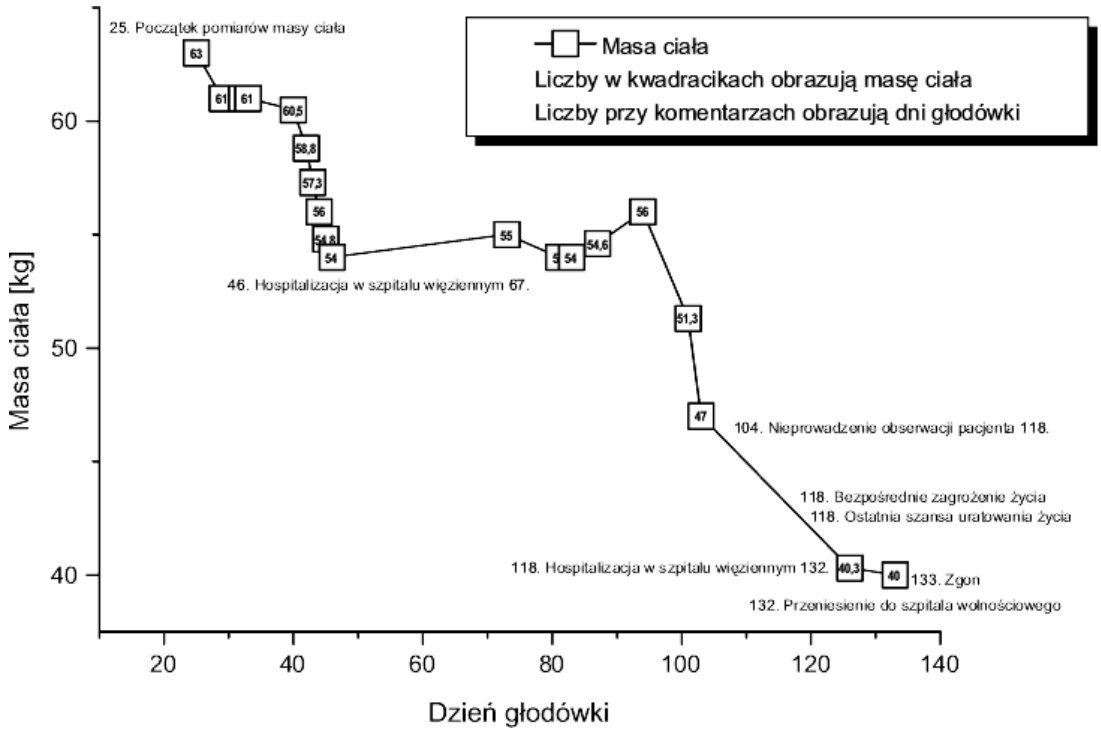
Tabela 1 obrazuje zmiany wybranych parametrów laboratoryjnych w 46., 126. i 132. dniu głodówki, podczas gdy Rycina 1 pokazuje zmiany masy ciała podczas całego okresu trwania głodówki i zawiera adnotacje dotyczące najważniejszych problemów.

Cały strajk głodowy trwał aż do zgonu, 133 dni. Cudzoziemiec (obywatel kraju Unii Europejskiej) od lat przebywał w Polsce. Wcześniej był podejrzanym o dokonanie przestępstw kradzieży (Art. 278 KK) oraz paserstwa (Art. 291 KK) i dwukrotnie aresztowany z tego powodu (areszt uchylano i ostatecznie nie postawiono zarzutów).

W tej sprawie zadecydowano o tymczasowym aresztowaniu po kradzieży portfela z dokumentami i wypłaceniu przy użyciu skradzionej karty płatniczej gotówki; pokrzywdzony podczas okazania rozpoznał sprawcę.

Tabela 1. Wyniki wybranych badań laboratoryjnych w 46., 126. i 132. dniu strajku głodowego.

Dzień	Wyniki															
	Hct [%]	Hgb [g%]	RBC [10^{12}]	WBC [10^9]	PLT [10^9]	Na [mmol/l]	K [mmol/l]	Fe [µmol/l]	Glukoza [mmol/l]	Białko we krwi [g/L]	Albuminy [g/L]	Kreatynina [µmol/l]	Bilirubina [µmol/l]	ALAT [IU/l]	ASPAT [IU/l]	
46																
126																
132																



Rycina 1. Zmiany masy ciała podczas całego okresu trwania głodówki i adnotacje dotyczące najważniejszych problemów.

Osadzony rozpoczął strajk głodowy od pierwszego dnia zatrzymania, jako wyraz protestu przeciwko aresztowaniu; zadeklarował nieprzyjmowanie pokarmów przy równoczesnym przyjmowaniu płynów. Przez pierwsze 25 dni więzienna służba zdrowia nie prowadziła żad-

nych działań, poza wykonaniem planowego zdjęcia rtg klatki piersiowej w 4. dniu (rutynowo wykonywane u wszystkich osadzonych). Być może mogło to wiązać się z niewłaściwą obsadą kadrową — całe ambulatorium było kierowane przez lekarza dentystę.

W 25. dniu strajku po raz pierwszy zważono aresztanta — 63 kg (nie jest znana wyjściowa masa ciała w momencie rozpoczęcia strajku głodowego). Następnie co 2 dni aresztant był ważony i mierzono mu ciśnienie krwi. Do 40. dnia głodówki masa ciała zmniejszyła się o 9 kg.

Pomiędzy 40. a 67. dniem strajku aresztant był hospitalizowany w szpitalu więziennym. Podczas tej hospitalizacji przyjmował płyny, witaminy i suplementy diety. Wykonane badania laboratoryjne (46. dzień) wskazywały na w miarę prawidłowe parametry. Ponadto po raz pierwszy nastąpiła konsultacja psychiatryczna.

Po wypisaniu ze szpitala do około 94. dnia strajku masa ciała aresztanta utrzymywała się w przedziale 54–56 kg, ale w tym okresie aresztant nie był poddawany szerszym badaniom lekarskim, poza rutynowym uproszczonym badaniem fizykalnym. Utrzymywanie się masy ciała mogło wiązać się ze zwiększonym przyjmowaniem płynów i zaburzeniem ich wydalania, ponieważ w 95. dniu stwierdzono obecność obrzęków i cechy wyniszczenia.

Aresztant próbował uzyskać pomoc od organów konsularnych państwa macierzystego, ale ograniczyły się one do pojedynczej wymiany pism z prokuratorem prowadzącym postępowanie (po śmierci aresztanta konsul i ambasador zostali odwołani przez władze kraju macierzystego).

W okresie tym aresztant po raz pierwszy został przesłuchany przez prokuratora nadzorującego postępowanie.

Ponieważ w badaniu lekarskim przeprowadzonym w 95. dniu stwierdzono pogorszenie się stanu zdrowia (aresztant stracił kolejne 9 kg), dwukrotnie rozważano hospitalizację (dzień 95. i 103.), ale aresztant wyrażał sprzeciw.

Następnie od 104. do 118. dnia głodówki aresztant w ogóle nie był badany przez lekarza — wynikało to z problemów organizacyjnych związanych z okresem urlopowym personelu lekarskiego.

W 118. dniu stwierdzono pogorszenie się stanu zdrowia aresztanta (nie zważono go, ani nie wykonano badań laboratoryjnych), co uznane zostało za stan bezpośredniego życia. Biegli stwierdzili, że był to ostatni dzień, kiedy rozpoczęcie właściwego leczenia dawało szansę uratowania życia. W 124. dniu Sąd Penitencjarny wydał postanowienie o rozpoczęciu przymusowego karmienia, które się uprawomocniło już po śmierci aresztanta. W 126. dniu aresztant został przymusowo hospitalizowany w szpitalu więziennym. Wykonane w tym dniu

badania laboratoryjne wskazują na rozpoczynającą się niewydolność wielonarządową (np. wartość ALAT wyniosła 345 [IU/l], a liczba płytek krwi spadła do 64000).

U aresztanta założono sondę żołądkową i wkłucie centralne do żyły podobojczykowej prawej (przy jego zakładaniu z powodu trudności technicznych wynikających z wyniszczenia doszło do uszkodzenia prawego płuca i odmy opłucnowej).

W 132. dniu aresztant został przeniesiony do szpitala wolnościowego w stanie krytycznym — badania laboratoryjne przy przyjęciu wskazywały na skrajne wyniszczenie (leukocytoza 1300 , a liczba płytek krwi 6200). Następnego dnia po południu stwierdzono zgon (rozpoznanie ostateczne: odma opłucnowa prawostronna z czynnym drenażem, prawostronne zapalenie płuc, wyniszczenie, leukopenia i trombocytopenia z następową skazą krwotoczną, zespół zaburzeń metabolicznych z niewydolnością wielonarządową w przebiegu choroby głodowej). W chwili zgonu aresztant ważył 40 kg. Sekcyjnie za bezpośrednią przyczynę zgonu uznano zapalenie płuc i zapalenie mięśnia sercowego.

Zidentyfikowane problemy organizacyjne dotyczyły organizacji pracy więziennej służby zdrowia oraz nieprzygotowania personelu do radzenia sobie w takich sytuacjach. Doszło do opóźnienia w zastosowaniu przymusowego dokarmiania i żywienia pozajelitowego. Brak lub niedoskonałość opracowanych rozwiązań prawnych i rzeczywista trudność bądź niepełna wiedza o ich zastosowaniu w praktyce determinowały zakres i charakter postępowania lekarskiego, warunkując przewagę względów formalno-prawnych. Istotną rolę kontrolną oraz decyzyjną odgrywa w takich sytuacjach sąd penitencjarny.

Dyskusja

Głównym tematem pracy jest funkcjonowanie więziennej służby zdrowia, ale nie można pominąć dwóch ważnych aspektów — zasadności tymczasowego aresztowania, ponieważ ten fakt stał się przyczyną rozpoczęcia strajku głodowego oraz problemów etycznych związanych ze stosowaniem przymusowego odżywiania.

Cudzoziemiec został aresztowany z powodu kradzieży portfela i użycia skradzionej karty płatniczej do pobrania gotówki. W takiej sytuacji aresztowanie nie jest stosowane często być może fakt, że aresztowany był cudzoziemcem oraz wcześniej był podejrzany o kradzież i również aresztowany z tego powodu (ostatecznie nie został mu przedstawiony akt oskarżenia) spowodował, że został zastosowany areszt. Głównym dowodem było tutaj okazanie zatrzymanego podejrzanego pokrzywdzonemu, a warto nadmienić, że w pracy Wójcikiewicza wykazano na podstawie bogatego materiału orzeczniczego (Polska i świat), iż okazanie jest najwrażliwsze na najmniejsze nawet błędy i prowadzi nierzadko do wyników fałszywie pozytywnych [2]. Ponadto aresztant po raz pierwszy został przesłuchany przez prokuratora dopiero

około 70. dnia strajku głodowego — być może istniały możliwości przyspieszenia postępowania, co mogłoby doprowadzić do zakończenia strajku głodowego. Jednakże dalsze rozważanie tej kwestii przekracza ramy niniejszej pracy.

Ważnym aspektem są także zagadnienia prawne i etyczne związane z ewentualnym przymusowym odżywianiem. Nadmiernym i nieprawidłowym uproszczeniem jest przyjmowanie, że jest to praktyka charakterystyczna dla ustrojów totalitarnych — literatura wspomnieniowa osób więzionych w takich państwach (III Rzesza, ZSRR w epoce Stalina oraz Korea Północna) pokazuje, że nie stosowano powszechnie przymusowego odżywiania w przypadku strajku głodowego (a także odpowiednich działań przy próbach samobójczych lub samouszkodzeniach), ale w razie potrzeby stosowano inne środki represyjne (bicie, karanie członków rodzin itd.), aby skłonić więźniów do niepodejmowania lub zaprzestania takich działań [3, 4, 5].

W przypadku przymusowego odżywiania występuje wyraźna rozbieżność pomiędzy zasadami etycznymi obowiązującymi personel medyczny a wymogami prawnymi. W przypadku personelu medycznego Światowe Stowarzyszenie Lekarzy (World Medical Association) wydało Deklarację Maltańską (ostatni raz znowelizowaną w 2006 r.) dotyczącą postępowania z osobami podejmującymi strajk głodowy; zgodnie z nią przymusowe karmienie jest działaniem nieetycznym i personel medyczny nie powinien uczestniczyć w takich działaniach, a tylko podejmować próby przekonania takiej osoby do wyrażenia zgody na odżywianie (ze szczególnym uwzględnieniem uświadamiania jej konsekwencji takich działań) [6, 7, 8, 9, 10, 11]. Na drugim biegunie stoją prawnicy uważający, że autonomia danej osoby musi ustąpić przed uniemożliwieniem jej samounicestwienia (prawnicy uważają tutaj, że zasady etyczne personelu medycznego to raczej chęć uniknięcia podejmowania kontrowersyjnych i etycznie oraz prawnie trudnych i niejednoznacznych decyzji szczególnie w konfrontacji z „niewygodnymi" więźniami, a ponadto przyjmują, że zaburzenia funkcjonowania organizmu w wyniku głodzenia powodują, że osoba głodująca nie jest w stanie wyrazić wolnej woli i tym samym powinna być traktowana jak np. osoba chora psychicznie zagrażająca sobie - w tym kierunku zmierzają orzeczenia sądowe [12, 13, 14].

Rozstrzyganie powyższych zagadnień także przekracza ramy tej pracy. Należy jednak zauważyć, że właściwa wiedza i umiejętności zarówno personelu medycznego, jak i władz instytucji penitencjarnej, może w istotnym stopniu zredukować konieczność rozważania ewentualnego przymusowego odżywiania, ponieważ być może będzie można przekonać osobę strajkującą do dobrowolnego odstąpienia od strajku. Im dłużej trwa strajk głodowy, tym takie przekonanie staje się coraz trudniejsze, ponieważ niedożywienie może wpływać na pro-

cesy poznawcze i myślowe u głodującego, który coraz mniej chętnie rozważa rozwiązania kompromisowe, a tylko oczekuje całkowitego spełnienia swych żądań. W tej sprawie doszło do podobnej sytuacji, ponieważ właściwie w pierwszej fazie strajku głodowego nie próbowano przekonać aresztanta do zmiany decyzji (pierwsza konsultacja psychiatryczna nastąpiła dopiero 40 dnia).

Największym jednak problemem było tutaj nieprzygotowanie organizacyjne więziennej służby zdrowia oraz brak umiejętności personelu medycznego postępowania z osobami podejmującymi strajk głodowy.

Piśmiennictwo opisuje modelowe postępowanie medyczne z osobą głodującą [11, 15]. Po pierwsze w ciągu 24 h od rozpoczęcia nieprzyjmowania pokarmów należy dokonać kompleksowego badania i oceny stanu zdrowia oraz zagrożeń dla stanu zdrowia; należy wykluczyć inne przyczyny niż dobrowolny strajk głodowy (zaburzenia psychiczne, przyczyny religijne i filozoficzne), ocenić stopień strajku (czy całkowite nieprzyjmowanie pokarmów stałych i płynów, czy przyjmowanie tylko płynów), jak również dokładnie zbadać pacjenta w celu ujawnienia potencjalnych zagrożeń zdrowotnych. Po drugie pacjent prowadzący strajk powinien być codziennie badany przez lekarza (a przynajmniej powinny być oceniane podstawowe parametry życiowe, jak również należy pacjenta przekonywać do zmiany decyzji), a raz na tydzień powinno być przeprowadzane badanie kompleksowe wraz z oceną parametrów laboratoryjnych (badanie krwi, elektrolity, glikemia, kreatynina, kinaza kreatyninowa, mocznik, albuminy, EKG, transaminazy i inne w razie potrzeby — w tym poziom tiaminy). W omawianym przypadku badanie związane ze strajkiem aresztanta przeprowadzono dopiero 25. dnia głodówki (wtedy po raz pierwszy mężczyznę zważono), a wcześniej wykonano tylko badanie rtg klatki piersiowej (wykonywane u każdego osadzonego). Następnie aresztant był badany co 2 dni, co biegli uznali za ostatecznie akceptowalne, później był w szpitalu więziennym (codziennie badany), a potem po opuszczeniu szpitala był badany rzadko (przeważnie 1× na tydzień) pomimo pogarszania się stanu zdrowia. Szczególnie istotna była przerwa pomiędzy 104. a 118. dniem strajku wynikająca z okresu urlopowego. Stan zdrowia aresztanta w tym okresie uległ znaczącemu pogorszeniu i biegli stwierdzili, że gdyby w tym okresie zrezygnował ze strajku albo zastosowano by przymusowe odżywianie, to istniały duże szanse uratowania życia. Podobnie było z działaniami terapeutycznymi — standardy zalecają suplementację witamin (na czele z tiaminą) niemalże od 1. dnia, jeśli tylko głodujący je akceptuje. Aresztant nie sprzeciwiał się jej (przyjmował płyny), a pomimo tego rozpoczęto suplementację dopiero podczas hospitalizacji w 46. dniu strajku głodowego.

Jak widać popełniono tutaj istotne błędy — wydaje się, że wynikają one z niewystarczającej wiedzy personelu medycznego i wynikającego z tego faktu niedoceniania zagrożenia. Należy nadmienić, że nie jest to tylko problem dotyczący Polski. W pracy Fayelle'a i wsp. dotyczącej wiedzy i postępowania francuskich lekarzy więziennych wykazano, że jedynie ⅓ (32,7%) z nich stosowałaby suplementację witamin (jest to rzecz podstawowa u pacjentów głodujących, szczególnie w odniesieniu do wspomnianej już tiaminy), a tylko 5,5% lekarzy potrafiłoby przekazać głodującemu kompleksowe informacje dotyczące istniejącego dla niego zagrożenia zdrowia i życia.

U podstaw braku wiedzy merytorycznej mogą leżeć wady organizacyjne i niewłaściwa obsada kadrowa (np. kierowanie całym ambulatorium przez lekarza dentystę).

Opisywana tutaj sprawa doskonale koresponduje z raportem Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka, który także zwraca uwagę na błędy organizacyjne i wynikające z nich błędy decyzyjne [1].

Ostatnim zagadnieniem jest tzw. syndrom powtórnego odżywiania (*refeeding syndrome*) polegający na poważnych zaburzeniach metabolicznych (na czele z zaburzeniami elektrolitowymi wskutek wzrostu poziomu insuliny pod wpływem wzrostu glikemii) po rozpoczęciu odżywiania u osób wyniszczonych długotrwałym głodzeniem, którego największe ryzyko występuje w ciągu 4 pierwszych dni po rozpoczęciu odżywiania i który może prowadzić nawet do zgonu [11]. Dlatego też u takich osób powtórne odżywianie powinno być rozpoczynane w warunkach szpitalnych pod nadzorem specjalisty od żywienia [11]. W omawianej tutaj sprawie syndrom ten z dużym prawdopodobieństwem mógł przyczynić się do zgonu, ale niespełnienie wymogów ze standardu (brak specjalisty od żywienia) nic nie zmieniłoby w sytuacji z uwagi na skrajne wyniszczenie aresztanta. Jednakże w innych przypadkach może mieć to istotne znaczenie.

Wnioski

Należałoby podjąć starania zmierzające do poprawy organizacji pracy więziennej służby zdrowia oraz opracowania procedur postępowania w analogicznych przypadkach zapewniających skuteczne działanie, jak również starannie przeszkolić z ich stosowania personel medyczny; w przypadku procedur inwazyjnych wskazane byłoby prowadzenie szkoleń symulacyjnych z użyciem manekinów imitujących wyniszczonych pacjentów (szkolenie takie może być przydatne także i w innych sytuacjach — np. pacjenci w terminalnej fazie choroby nowotworowej).

Decyzję powinno podejmować szerokie grono lekarzy po okresie nie dłuższym niż 14 dni głodówki.

Działania lekarskie powinny być nacechowane właściwą ostrożnością, starannością i krytycyzmem oraz aby względy formalno-prawne nie przeważały nad względami medycznymi — z uwzględnieniem szczególnej wartości, jaką jest zdrowie i życie ludzkie.

Ważną okolicznością dla całościowej oceny wydolności więziennej służby zdrowia jest kompetencja decyzyjna osób personelu medycznego i kadry kierowniczej zakładu karnego oraz szczególna rola sądu penitencjarnego, którego działania w obszarze rozstrzygnięć formalno-prawnych powinny być odpowiedzialne i pozbawione zbędnej przewłoczności, tym samym służyć pomocą lekarzom sprawującym opiekę nad tego rodzaju „trudnymi" osadzonymi.

Piśmiennictwo

1. Helsińska fundacja Praw człowieka. Więzienna służba zdrowia - obecny stan dyskusji i kierunki reform. http://www.hfhrpol.waw.pl/zdrowiewwiezieniu/images/ stories/file/OpiekaZdrowotna.pdf, data pobrania 20.04.2013.
2. Wójcikiewicz J.: Temida nad mikroskopem. Dom Organizatora. Toruń, 2009.
3. Loth F.: Byłem lekarzem na Pawiaku [w:] Pamiętniki lekarzy, Stefański W. i in. [red.]. Czytelnik, Warszawa 1964.
4. Sołżenicyn A.: Archipelag GUŁag. Rebis. Poznań, 2008.
5. Rigoulot P., Czholhwan K.: Usta pełne kamieni. Warszawa 2005.
6. World Medical Association. Handling hunger strikers. Bull. Med. Ethics. 1992, 77, 8–9.
7. Oguz N.Y., Miles S.H.: The physician and prison hunger strikes: reflecting on the experience in Turkey. J. Med. Ethics., 2005, Mar, 31, 169–172.
8. Crosby S.S., Apovian C.M., Grodin M.A.: Hunger strikes, force-feeding, and physicians' responsibilities. JAMA, 2007, 1, 563–566.
9. Fayeulle S., Renou F., Protais E. et al: Prise en charge médicale de la grève de la faim en milieu carcéral [Management of the hunger strike in prison]. Presse Med., 2010, 39, 217–222.
10. Dubois F., Sudre E., Porte A. et al: Évolution et surveillance des patients grévistes de la faim: expérience d'une unité hospitalière sécurisée interrégionale [Evolution and follow-up of hunger strikers: experience from an interregional hospital secured unit]. Rev. Med. Interne., 2011, 32, 669–677.
11. Gétaz L., Rieder J.P., Nyffenegger L. et al: Hunger strike among detainees: guidance for good medical practice. Swiss Med. Wkly., 2012, 142, w13675.

12. Garasic M., Foster C.: When autonomy kills: the case of Sami Mbarka Ben Garci., Med Law. 2012, 31, 589–597.
13. Orzeczenie Sądu Stanu Pensylwania w sprawie Department of Public Welfare przeciwko Kallinger. Atl. Report., 1990, 580, 887–893.
14. Orzeczenie Sądu Najwyższego Stanu Rhode Island w sprawie Laurie przeciwko Senecal. Atl Report., 1995, 666, 806–810.
15. Chalela J.A., Lopez J.I.: Medical management of hunger strikers. Nutr. Clin. Pract., 2013, 28, 128–135.

PROBLEMY OPIEKI PALIATYWNEJ



Antoszewska Beata

Dziecko z chorobą nowotworową - wybrane aspekty

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, Katedra Pedagogiki Specjalnej

Wprowadzenie

Każdego roku w Polsce wiele dzieci zapada na różne choroby przewlekłe. Grupę szczególną ze względu na niepewne rokowania i obciążający proces leczenia stanowią pacjenci, u których rozpoznano chorobę nowotworową. Rogiewicz [1] podkreśla, że choroba nowotworowa należy do grupy ciężkich chorób mających ostry lub przewlekły przebieg. W ostrym objawy występują nagle i są burzliwe. Czas ich trwania rozciąga się na kilka tygodni. Mogą one doprowadzić do śmierci osoby chorej lub przejść w fazę choroby chronicznej (trwającej kilka lat), w której proces leczenia może prowadzić do wyleczenia lub – tak, jak w przypadku ostrym – śmierci.

Najczęstszym nowotworem u dzieci są białaczki (ok. 35%), następnie guzy ośrodkowego układu nerwowego (ok. 22%) oraz chłoniaki (ok. 10%). Warto dodać, że nowotwory dziecięce charakteryzuje różna częstotliwość występowania w poszczególnych przedziałach wiekowych. Ponadto pewne różnice uwidaczniają się także w częstości ich występowania zależnie od płci czy rodzaju rasy [2].

Jak wskazuje analiza danych dotyczących leczenia dzieci z chorobą nowotworową wiele z nich można aktualnie wyleczyć. U dzieci liczba ta waha się od 70%, a w niektórych przypadkach nawet do 80 – 90%. Oczywiście najistotniejszym z czynników rokowniczych jest wczesne wykrycie nowotworu. Jest to szczególnie istotne, ponieważ efektywność leczenia jest tym większa, im mniejsza jest masa komórek nowotworowych w organizmie. Zależność ta odnosi się do wszystkich typów nowotworów [2, 3].

Wydawać by się mogło, że wiedza o chorobach nowotworowych jest już wystarczająca i nie powstają wokół niej fałszywe mity i irracjonalne twierdzenia. Nic bardziej mylnego. Nadal zdrowi ludzie niekiedy ograniczają kontakty z dziećmi chorymi i ich bliskimi obawiając się zarażenia. Sfera pojęć i świadomości społecznej nadal opiewa w uprzedzenia utrudniające integrację ludzi, w których biografię wpisała się choroba nowotworowa z ludźmi zdrowymi. Przykładem jest wypowiedź zacytowana przez J. Armatę [4]: *„Gdy zachorowałem, ludzie odsunęli się ode mnie. Musiałem nauczyć się stawiać czoła*

przeciwieństwom i upokorzeniom. Nadal wciąż muszę zdawać egzamin z przedmiotu podstawowego i bardzo trudnego, jakim jest życie..."

Artykuł sygnalizuje tylko wybrane aspekty szerokiego zagadnienia, jakim jest choroba nowotworowa dziecka. Całkowicie pominięte zostały aspekty dotyczące dzieci, u których leczenie nie przyniosło oczekiwanych rezultatów.

Opieka na oddziale hematoonkologii

Leczenie dziecka z chorobą nowotworową prowadzone jest na oddziałach hematoonkologii dziecięcej, jak również i w domu (jeśli pozwala na to stan somatyczny dziecka), pomiędzy przerwami w zaplanowanych cyklach leczenia.

Oddziały hematoonkologii dziecięcej różnią się od innych nie tylko wymiarem organizacyjnym procesu leczenia (np. specyficzny świat przedmiotów, czynności), ale również relacjami tam zachodzącymi, panującą atmosferą i emocjami towarzyszącymi powstałym sytuacjom.

Oddziały, o których mowa często przejmują na długi czas funkcje opiekuńczo-pielęgnacyjne i wychowawcze wobec chorych dzieci, stając się dla nich niejako „drugim" domem, przedszkolem czy szkołą.

Zatem holistyczne spojrzenie na cały proces leczenia dziecka z choroby nowotworowej staje się koniecznością i wymogiem czasów obecnych. Opieka sprawowana nad dzieckiem w oddziale nie może ograniczać się wyłącznie do opieki medycznej, lecz powinna wykraczać poza ten obszar tworząc warunki do wszechstronnego rozwoju (intelektualnego, psychicznego i społecznego) oraz odznaczać się troską o lepszą jakość życia zarówno w trakcie, jak i po wyleczeniu.

Wyraża się to między innymi poprzez modernizację oddziałów hematoonkologii i zmianę warunków lokalowych dających nie tylko rodzicom, ale i innym członkom rodziny możliwość przebywania przy dziecku [5]. Korzyści te sygnalizowane są od dawna. Twórczyni pedagogiki leczniczej J. Doroszewska [6] pisała, że„(…) jeśli wpływ odwiedzin rodziców jest obciążający nerwowo, to przyczyną jest niewątpliwie fakt, że dzieci widzą rodziców zbyt rzadko i że dzieci czują się od rodziców oderwane, zagubione wśród obcych". Obecność rodziców, jak wskazuje literatura przedmiotu, daje dzieciom poczucie bezpieczeństwa, które z kolei wspomaga przeciwnowotworową terapię. J. Bożek [7] pisał, że dziecko, widząc rodzica rozmawiającego z lekarzem wierzy, że to, co robi lekarz jest słuszne i wiadome rodzicom. Na bazie tych obserwacji dziecko buduje swe zaufanie do lekarza, które wpływa na efekt leczenia.

Powodzenie w leczeniu choroby dziecka zależy również od współpracy personelu lekarskiego i pielęgniarskiego z rodzicami oraz od starannego wypełniania przez rodziców poleceń lekarskich. A włączenie ich do zespołu sprawującego opiekę nad chorym dzieckiem i podkreślanie roli, jaką mogą pełnić umożliwia zdobycie wiedzy na temat istoty choroby, możliwościach leczenia i warunkach sprawowania opieki. Wielu z rodziców, ucząc się dość szybko, staje się ekspertem w wypełnianiu zaleceń lekarskich, a także nieocenionym dawcą wsparcia dla rodziców będących na początku tej „trudnej drogi".

Maciarz [8] proces włączenia rodziców w proces leczenia czy rehabilitacji dziecka uznawała za konieczny. Podkreślała, iż nie powinien mieć on charakteru doraźnego, okazjonalnego czy przedmiotowego. Udział rodziców zdaniem Autorki powinien mieć podmiotowy charakter, a zatem być świadomym, odpowiedzialnym i stałym ich uczestniczeniem. Podmiotowość tego rodzaju przyznaje rodzicom rolę sprawcy, świadomego decyzji i czynności, podejmowanych autonomicznie i odpowiedzialnie [8]. Rodzice powinni być traktowani przez współpracujących ze sobą specjalistów jako pełnowartościowi partnerzy podejmowanego procesu [8].

Kolejny czynnik, który w sposób istotny warunkuje efekt leczenia i równocześnie jest przejawem holizmu w opiece dotyczy ujawnianych przez lekarzy i pozostały personel medyczny właściwych postaw i relacji z dzieckiem.

Postępowanie z dzieckiem chorym wymaga zaangażowania, doświadczenia, empatii i spostrzegania dziecka jako partnera rozmowy. Rozmowa z dzieckiem umożliwia nawiązanie z nim więzi, bezpośredniego kontaktu i zmniejsza lęk przed nowym, nieznanym środowiskiem [9]. Traktowanie dziecka w sposób poważny to poszanowanie jego praw i szacunek do jego osoby. Warto mieć na uwadze fakt, iż bagaż doświadczeń, jakie dziecko zgromadzi na oddziale i pracującymi tam ludźmi będzie w sposób istotny rzutował na kolejne pobyty w szpitalu i spotkania z personelem.

Holistyczne podejście do dziecka chorego uwidacznia się także w organizowaniu i wprowadzaniu zajęć z osobami nie biorącymi bezpośrednio udziału w leczeniu, a których działania w sposób pośredni przyczyniają się do podniesienia jakości życia po wyleczeniu. Mowa tu o wprowadzaniu na oddziały szpitalne również pedagogów, psychologów klinicznych oraz nauczycieli. Zezwala się również na działalność wolontariuszy chętnych poświęcić swój wolny czas na zabawę czy rozmowy. Opiekę nad dziećmi i ich rodzicami sprawują także osoby duchowne.

Warunki lokalowe, w których przebiega leczenie to nie wszystko. Owszem są istotne i zmniejszają stres związany z chorobą i leczeniem (kąciki zabawy, ściany w ciepłych barwach,

zabawki itp.). Jednak najbardziej sprzyjającym dla rozwoju dziecka rozwiązaniem jest jak najkrótszy pobyt w oddziale szpitalnym.

Tendencja ta wyłoniła się z krytyki tradycyjnego systemu zamkniętych instytucji lecznictwa i kształcenia specjalnego oraz podkreślania roli naturalnego środowiska w leczeniu i rehabilitacji. Czas pobytów dzieci w szpitalach ograniczany jest do okresów niezbędnych dla intensywnego leczenia [10].

W przypadku dziecka leczonego z powodu choroby nowotworowej długość każdej hospitalizacji wyznaczana jest protokołami leczniczymi i stanem fizycznym dziecka [11]. Wszystkie oddziały hematologii oraz onkologii dziecięcej posiadają możliwość prowadzenia leczenia na zasadzie pobytu dziennego [11] lub ambulatoryjnego [12]. Ten sposób leczenia dziecka chorego jest możliwy wyłącznie pod warunkiem ścisłej współpracy z lekarzem pierwszego kontaktu, który opiekuje się dzieckiem w miejscu jego zamieszkania [12].

Terapia przeciwnowotworowa

Leczenie choroby nowotworowej powinno odbywać się w odpowiednio do tego przygotowanych centrach onkologicznych, które dysponują wyspecjalizowaną kadrą, sprzętem diagnostycznym i leczniczym, zasobem leków podstawowych i wspomagających [2].

Czas leczenia nowotworów u dzieci uzależniony jest od wielu czynników, m. in. od stopnia zaawansowania choroby, rodzaju i wrażliwości nowotworu na leczenie oraz pojawiających się w trakcie leczenia komplikacji. Może trwać pół roku lub rozciągać się na kilka lat.

Współczesne metody leczenia nowotworów u dzieci wpływają na poprawę rokowań i umożliwiają skuteczne ich leczenie [13]. Literatura wskazuje, że o kolejności zastosowania metod leczenia decyduje typ nowotworu, stopień zaawansowania klinicznego, jego wrażliwość na podjęte leczenie (chemiowrażliwość i promieniowrażliwość).

Chemioterapia w leczeniu nowotworów u dzieci odgrywa priorytetową rolę. Pod pojęciem chemioterapii rozumie się leczenie przy zastosowaniu środków cytotoksycznych. Celem jej jest hamowanie podziałów komórkowych i/lub zabijanie komórek nowotworowych. [14]. Chemioterapia może powodować wystąpienie różnych objawów: zmian w wyglądzie (otyłość twarzy, znaczny przyrost masy ciała, zmiany trądzikowe na skórze twarzy, nadmierne owłosienie), zmian w nastroju (manii z nadruchliwością, trudnościach w koncentracji uwagi, wycofania się z aktywności, naprzemienne występowanie manii i depresji), nudności i wymiotów, kilkukrotną nawet utratę włosów itp. [2]. Nadal jednak

trwają poszukiwania nowych preparatów, których działanie skierowane byłoby wyłącznie na komórki nowotworowe.

Zasygnalizować należy, że najbardziej przeżywanym skutkiem leczenia dla dzieci (zwłaszcza starszych) jest utrata włosów (chemioterapeutyczna fryzura).

Radioterapia jest skuteczną formą niszczenia lub redukowania nowotworu. Opiera się na zewnętrznym źródle promieniowania. Jest zabiegiem bezbolesnym, często jednak także powodującym różne niepożądane objawy. Także ten rodzaj leczenia ulega stałej poprawie dzięki systematycznemu rozwojowi technik radioterapii. Postęp zmierza w kierunku podniesienia efektu przeciwnowotworowego oraz zminimalizowania uszkodzeń w obrębie tkanek zdrowych [15].

Postępowanie chirurgiczne ma na celu możliwie najskuteczniejsze usunięcie chorej tkanki bez okaleczenia zdrowych. Właściwe leczenie to całkowite usunięcie nowotworu wraz z najbliższym otoczeniem w bezpiecznych granicach prawidłowych, nie zajętych, przez nowotwór tkanek. Określenie bezpiecznej granicy powinno być oparte na gruntownej wiedzy i doświadczeniu chirurga [16].

Niezmiernie ważnym elementem sprawowanej opieki nad dzieckiem z chorobą nowotworową w trakcie całego leczenia jest kontrolowanie dolegliwości bólowych. Wszystkie zabiegi powinny być wykonywane z odpowiednim zabezpieczeniem przeciwbólowym (np. biopsja szpiku, biopsja zmian nowotworowych, nakłucie lędźwiowe), ponieważ wywołują u dziecka lęk nasilający doznania bólowe oraz negatywnie wpływa na stosunek dziecka do personelu medycznego i procesu leczenia [11].

Chore dziecko

W literaturze przedmiotu wiele miejsca poświęcono ujemnym skutkom choroby, natomiast w sposób nikły koncentrowano się na pozytywnych stronach choroby czy wzbogacaniu osobowości lub zmianie spojrzenia na życie. Przykładem jest następująca wypowiedź: *„Doceniam wartość życia - jestem bogatsza o nowe doświadczenia. Kocham życie jak nigdy przedtem. Cieszy mnie każdy dzień, każda najdrobniejsza rzecz. Chłonę wszystko nową niewyczerpaną siłą. Robię wszystko to, czego kiedyś nie chciałam próbować, bo się bałam (oczywiście w granicach zdrowego rozsądku). Pozostało przy mnie niewielu przyjaciół, ale Ci co zostali zawsze mogę na nich polegać. Nauczyłam się być troszkę egoistką, potrafię już powiedzieć "nie", gdy coś mi się nie podoba lub czegoś nie chcę - kiedyś tak nie potrafiłam (...)” (badania własne)*

R. Ossowski [17] podkreśla, że jeśli człowiek wypracuje sobie właściwe sposoby radzenia sobie z nowymi sytuacjami, wówczas dalsze życie z chorobą może być życiem

pełnym sensu i satysfakcji. W. Pilecka [18], z kolei, podkreśla rolę czynników pozachorobowych, które stanowiąc korzystny układ wspomogą realizację przez dziecko swoich możliwości i kształtują w nim dojrzałą, stabilną osobowość.

Zaakceptowanie choroby obejmuje najczęściej cztery fazy: wystąpienie choroby, uświadomienie sobie ograniczeń i zachowanych możliwości, uczenie się funkcjonowania z chorobą i w końcu przystosowanie do swojego stanu [19]. Jest to proces często długi i w wielu wypadkach trudny. Kiedy nastąpi jednak życie z chorobą staje się łatwiejsze.

Mówiąc o akceptacji choroby należy wspomnieć o podmiotowym traktowaniu dziecka czy człowieka chorego. Cz. Kosakowski [20] twierdzi, że podmiotowość jest przekazaniem na miarę możliwości odpowiedzialności za siebie osobie chorej. W przypadku dziecka jednym z warunków koniecznych w kształtowaniu podmiotowości są pożądane postawy rodzicielskie.

Z. Kawczyńska-Butrym [21] pisze, iż najbardziej pożądany dla rozwoju dziecka, a zarazem dla funkcjonowania rodziny jest model optymalny wyrażający się w postawie: „ponieważ cię kocham, chcę i zrobię wszystko, by ci pomóc, więc nauczę się, jak i co mam robić, byś był samodzielny i aktywny" [21]. Jest to zatem takie wychowywanie dziecka by nabywało wiedzy, umiejętności radzenia sobie z chorobą, a tym samym wyboru aktywności sprzyjających leczeniu, życiu z chorobą i pomimo choroby.

Warunkiem kolejnym dla rozwoju podmiotowości jest stopniowe przekazywanie mu wiedzy na temat choroby, a zatem włączenie dziecka w proces leczenia. „Wiedza o chorobie, jej leczeniu, rokowaniu, możliwych skutkach pozwala choremu dziecku, nieraz zadziwiająco aktywnie uczestniczyć w terapii. W wielu sytuacjach jest to „uczenie się życia z chorobą" [22]. Dziecko z czasem staje się ekspertem i uzyskuje kontrolę nad chorobą.

Literatura przedmiotu [23] oraz doświadczenia osób sprawujących opiekę nad dziećmi wskazują wiele argumentów przemawiających na korzyść informowania dziecka. Są to: adekwatne rozumienie istoty choroby nowotworowej, stosowanie się do wymogów leczenia, rozumienie ograniczeń pojawiających się podczas procesu leczenia i mobilizacja do walki z chorobą. M. Samardakiewicz [11] podkreśla, że posiadana przez dzieci koncepcja własnej choroby ma znaczący wpływ na funkcjonowanie w trakcie leczenia, jak i po jego zakończeniu.

Dzieci upodmiotowione skutecznie radzą sobie w sytuacjach trudnych, a swoim zachowaniem wspomagają proces leczenia. Natomiast pomijanie samostanowienia w wychowaniu dziecka chorego prowadzi niejako do zwolnienia go z odpowiedzialności za siebie.

Podmiotowość jest niezbędna do uruchomienia procesu autorewalidacji, który u dzieci i młodzieży ma znaczenie podstawowe. Uruchomienie mechanizmu samokontroli jest gwarancją na w miarę zdrowe i satysfakcjonujące życie. Nie należy chować dziecka w izolacji od życia, „pod kloszem" nadmienia Cz. Kosakowski [20].

Informowanie dziecka o chorobie

Przed kilkunastu laty sądzono, że dziecku nie jest potrzebna wiedza o rodzaju choroby i nie potrzebuje ono znać jej nazwy. Obecnie jednak stanowisko jest zupełnie inne – dziecko jest informowane o rozpoznaniu choroby nowotworowej zwłaszcza, kiedy o nią zapyta. Jednak stale zaangażowane w ten proces osoby zastanawiają się – w jaki sposób to uczynić?, kto ma tę informację przekazać? i jaki powinien być jej zakres?

Prawo dzieci do informacji o chorobie zapisane jest w Europejskiej Karcie Praw Dziecka w Szpitalu, której punkt 4. brzmi:

Dzieci i Rodzice powinni mieć prawo do uzyskiwania informacji, a w przypadku Dzieci, w sposób odpowiedni do ich wieku i możliwości pojmowania. Należy starać się o łagodzenie i unikanie zbędnych stresów fizycznych i emocjonalnych u Dziecka w związku z jego pobytem w szpitalu.

Z kolei punkt 5: *Dzieci i ich Rodzice mają prawo współuczestniczyć we wszystkich decyzjach dotyczących leczenia. Każde Dziecko powinno być chronione przed zbędnymi zabiegami diagnostycznymi i leczniczymi.*

Zapoznając dziecko z chorobą należy uwzględniać jego wiek, poziom rozwoju poznawczego, możliwości percepcyjne i psychiczną kondycję. Elementy te wskazują, że wykluczone jest przyjęcie jednej metody i jednego modelu informowania. Pamiętać należy jednak, że informacje należy przekazywać bez pośpiechu, prostym i zrozumiałym językiem. W przekazie, jak sygnalizuje literatura i doświadczenie osób pracujących z chorymi, nie może zabraknąć nadziei.

Proces informowania rozpoczyna się od przekazania diagnozy rodzicom bądź prawnym opiekunom dziecka. To oni pierwsi dowiadują się o chorobie, sposobach jej leczenia, skutkach ubocznych stosowania leków, możliwościach kontynuowania nauki itp. Następnie podejmują decyzję o przekazaniu informacji dziecku. Należy zauważyć, że priorytet dobra dziecka może w pewnych okolicznościach i na pewien określony czas prowadzić do zatrzymania informacji.

Dla wielu rodziców przekazujących dziecku informacje o rozpoznaniu choroby nowotworowej priorytetem jest uszanowanie zaufania, jakim ono ich obdarza. Oto dwie potwierdzające to twierdzenie wypowiedzi:

„Dziecko ma prawo poznać prawdę – nie wybaczyłaby nam, gdyby była okłamywana. Dzięki prawdzie potrafi zrozumieć istotę choroby, nastawić się psychicznie do leczenia, które wymaga czasu, siły, odporności, woli walki"(badania własne).

Kolejna:

„Przebywanie w szpitalu w każdym wieku budzi niepokój. Dziecko chce wiedzieć, co mu jest, a człowiek boi się wszystkiego, czego nie wie. Dlatego należy wytłumaczyć, na czym polega choroba" (badania własne).

Niekiedy informacje o chorobie chcą przekazać dziecku sami rodzice bez udziału lekarza prowadzącego, a dopiero później następują wyjaśnienia i wsparcie z jego strony. Czasem zaś inaczej - informacje przekazuje dziecku lekarz prowadzący lub psycholog w obecności rodziców. Zawsze jednak powinien znaleźć się czas, by do przekazanych informacji powrócić, odpowiedzieć na pojawiające się wątpliwości czy nowe pytania [2].

Informacje o chorobie dziecko może pozyskać w różny sposób i z różnych źródeł – od innych chorych dzieci, ich rodziców, może być świadkiem przypadkowej rozmowy. Zawsze unikanie rozmów, pozostawianie pytań bez odpowiedzi, blokowanie informacji nie stanowi dla dziecka wsparcia [24].

Wszyscy wiemy, że nie da się ukryć smutku, troski i cierpienia wyrysowanych na twarzach rodziców. Nie uda się zatrzymać rozdźwięku pomiędzy werbalnymi a niewerbalnymi komunikatami. Dzieci szybko i bez trudu zauważą tę niezgodność i poczują się oszukane. Potwierdzeniem jest wypowiedź małego Oskara:

„(...) Nie będę miała odwagi – powiedziała moja matka.

- nie powinien widzieć nas w takim stanie – dodał ojciec.

I wtedy zrozumiałem, że moi rodzice to tchórze. Gorzej: tchórze, którzy biorą mnie za tchórza!" [25].

Tendencja informowania dzieci o chorobie nie obejmuje sytuacji, w których dziecko nie jest zainteresowane swoim stanem zdrowia, nie pyta, nie chce wiedzieć, na co choruje oraz co się z nim dzieje.

Sama informacja o rozpoznaniu i chorobie nie wystarczy dziecku. Powinno ono otrzymywać stałe wielowymiarowe wsparcie nie tylko od rodziców i personelu medycznego, ale również, a może nawet szczególnie, od rodzeństwa i zdrowych rówieśników.

Wokół dziecka z chorobą nowotworową konieczne jest, by zaistniała sieć pozytywnych uczuć: życzliwości, troski, cierpliwości, które ono odbierać będzie jako wyraz miłości. Miłości, która wzbudzi zaufanie i poczucie bezpieczeństwa. Miłości, która w trudnej sytuacji zawsze jest najbardziej dostosowaną odpowiedzią na potrzeby chorego dziecka [4].

Nauka w trakcie choroby

Po rozpoznaniu u dziecka choroby nowotworowej rodzice powinni poinformować o tym wychowawcę klasy lub dyrektora szkoły bądź przedszkola, do którego dziecko uczęszczało. Sprzyja to nawiązaniu współpracy mającej na celu zapewnienie płynnego powrotu dziecka do nauki w szkole ogólnodostępnej czy przedszkolu.

Istotne jest, by po rozpoznaniu choroby nowotworowej czy w trakcie jej leczenia pochopnie nie podejmować decyzji o zaprzestaniu nauki. Dla wielu rodziców okazuje się ona w tym czasie mniej istotna a najważniejsze staje się zdrowie dziecka. Jest to sprawa zrozumiała, warto jednak pamiętać, że nauka wprowadza w świat dziecka poczucie „normalności", zaspakaja potrzeby poznawcze, odciąga uwagę od choroby, dodaje wiary w wyleczenie [26, 27].

„Dziecko musi nieprzerwanie rozwijać się psychofizycznie mimo tragedii, jaką jest choroba zagrażająca jego życiu" [27]. Stały kontakt z obowiązkami szkolnymi pozwoli na utrzymanie u dziecka pewnego poziomu aktywności psychoruchowej [28].

Badania prowadzone przez J. Binnebesela [26] pokazują, że zajęcia dydaktyczne prowadzone w szpitalu pozwalają dzieciom na uzupełnianie zaległości i zapobiegają powstawaniu nowych. Nauka w szkole szpitalnej pokazuje, że pomimo choroby można się uczyć. Szkoła przyszpitalna pozwala spojrzeć optymistycznie na to, co będzie się z działo z uczniami-pacjentami po wyjściu z oddziału.

Rodzice już na etapie informowania o rozpoznaniu zostają poinformowani o możliwości kontynuowania przez dziecko nauki w szkole zorganizowanej przy oddziale/klinice podczas leczenia szpitalnego. Z kolei w trakcie leczenia podtrzymującego dziecko może uczestniczyć w zajęciach razem ze swoimi zdrowymi rówieśnikami w szkole masowej czy przedszkolu lub korzystać z indywidualnego nauczania (organizowanego w domu rodzinnym dziecka lub w szkole). Kwestie indywidualnego nauczania reguluje Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 września 2008r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z dnia 30 września 2008 r.). Warto w tym miejscu wspomnieć o aktualnie wprowadzanych rozwiązaniach, które reguluje inny dokument – Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 17 listopada 2010 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. Nr 228, poz. 1487). Dotyczy ono uczniów i wychowanków, którzy wymagają wsparcia ze względu na rozpoznane indywidualne potrzeby rozwojowe i

edukacyjne i umożliwia kompleksową ofertę pomocy psychologiczno-pedagogicznej realizowaną jak najbliżej ucznia, czyli w środowisku jego nauczania i wychowania.

Jeśli jednak przerwy w nauce szkolnej okażą się nieuniknione należy zadbać o to, by dziecko jak najszybciej zostało ponownie włączone do zajęć szkolnych. Stale jeszcze zbyt często brak sukcesów w nauce, a później brak perspektyw zawodowych łączone jest z przebyciem choroby nowotworowej. Pomimo, iż samo leczenie choć posiada toksyczny charakter nie upośledza możliwości poznawczych wyleczonych dzieci [12].

Znaczenie odpowiedniego kierowania nauczaniem dzieci leczonych z powodu chorób nowotworowych akcentuje oficjalnie przyjęty dokument Komitetu Psychospołecznego SIOP podkreślając, że zarówno choroba ani jej leczenie nie powinny uniemożliwiać dziecku uczestnictwa w życiu szkolnym, uczenia się czy też osiągania sukcesów szkolnych, w najważniejszej dla dziecka dziedzinie życia, jaką jest nauka [29].

Kontakty rówieśnicze

W trakcie leczenia chorób nowotworowych krwi niekiedy dochodzi do obniżenia liczby krwinek białych. W okresie tym, aż do momentu odpowiedniego ich wzrostu należy ograniczyć, a czasem wręcz izolować dziecko od kontaktów z większą grupą osób [28].

Natomiast każda nadmierna i nieuzasadniona izolacja dziecka od rówieśników wywiera szkodliwy wpływ na jego rozwój psychiczny i społeczny. Dziecko, zwłaszcza starsze, potrzebuje obecności rówieśników, którzy dają mu poczucie „bycia potrzebnym" i mobilizują do walki z chorobą.

Bieżący dopływ wiadomości z terenu lub spoza szkoły utrzymuje dziecko na tej samej, co zdrowi rówieśnicy fali doznań [28]. Obecna technologia (sms-y, e-mail, GG, SKYPE) sprzyja takim działaniom i ułatwia ich kontynuowanie. Świadczy o tym następująca wypowiedź: *„Codziennie mam kontakt z kolegą. Pisze do mnie e-maile i rozmawiamy na GG. Często też rozmawiam przez skype".*

Czasem w chorobie dzieci odnajdują swoich prawdziwych przyjaciół, z którymi przechodzą cały proces choroby. Przywołania wymaga w tym miejscu wypowiedź Piotra chorego na białaczkę: *„Proszę to zapisać, bo to bardzo ważne. Chcę, by o tym inni pamiętali. Prawdziwych przyjaciół poznaje się w chorobie. Ci, których uważałem - jak byłem zdrowy - za swoich przyjaciół - odkąd jestem w szpitalu jeszcze u mnie nie byli, w ogóle się mną nie interesują. Jednak pojawili się inni, z którymi wcześniej mało rozmawiałem, niewiele spędzałem czasu. To oni w chorobie okazali się moimi prawdziwymi przyjaciółmi - interesują się mną, odwiedzają mnie, piszą do mnie listy, smsy i trzymają za mnie kciuki, bym wyzdrowiał. To dla nich jestem kimś ważnym. O tym warto pamiętać " (badania własne).*

Powrót dziecka po leczeniu w środowisko społeczne i rówieśnicze powinno przebiegać tak, by nie odczuwało ono swej inności i by akceptowało siebie samego.

Dziecko po zakończeniu leczenia

Za wyleczone z choroby nowotworowej w rozumieniu medycznym uznaje się dziecko, które jest wolne od objawów choroby przez okres 5 lat od ustalenia rozpoznania [23]. Nie zawsze jednak sukces wyleczenia dziecka z choroby w aspekcie biologicznym można przenieść na stronę jego psychospołecznego funkcjonowania.

Pełniejsze rozumienie wyleczenia z choroby prezentuje J. van Eys przedstawiając koncepcję „dziecka naprawdę wyleczonego". W rozumieniu Autora o pełnym wyleczeniu mówi się wówczas, kiedy funkcjonowanie dziecka w trzech sferach: biologicznej, psychicznej i społecznej jest porównywalne z funkcjonowaniem zdrowych rówieśników [30].

Korzeniewska [31] wskazuje specjalistyczne oddziaływana, których często wymagają dzieci i młodzież po leczeniu choroby nowotworowej. Jest to rehabilitacja:

1. fizyczna – dotycząca usprawniania fizycznego, nauki chodu, korekty zaburzeń równowagi
2. tyflologiczna – polegająca na usprawnianiu widzenia i pomocy w adaptacji do zmienionych czy zmieniających się warunków widzenia, a także naukę nowych sposobów dostępu do informacji, funkcjonowania w życiu codziennym
3. audiologiczna – wiążąca się z właściwe i wcześnie podjętym aparatowaniem słuchu
4. logopedyczna – polegająca najogólniej na dbaniu o prawidłowy rozwój mowy, który został zakłócony w wyniku podjętego leczenia
5. psychologiczna – dotycząca wsparcia emocjonalnego i informacyjnego rodziny i dziecka
6. edukacyjna – związana głównie z wypracowywaniem strategii efektywnego uczenia się, stymuluje rozwój psychoruchowy i poznawczy dziecka.

Dziecko wyleczone z choroby nowotworowej powinno być stopniowo włączane do aktywności typowej dla jego wieku i (jeśli nie ma do tego przeciwwskazań) aktywności podejmowanej przed rozpoznaniem choroby [2].

Droga wiodąca dzieci od momentu zachorowania, aż po wyleczenie z choroby nowotworowej jest w wielu wypadkach długa i niejednokrotnie ciężka, ale jednak możliwa do pokonania.

Ostatnie kilkanaście lat to zmiana społecznych nastawień w zakresie troski o dzieci chore na nowotwory. Powstają fundacje, stowarzyszenia gromadzące środki finansowe

przeznaczane na modernizację oddziałów, zakup aparatury i leków czy oferują pomoc pozamaterialną nakierowaną na chore dzieci i ich rodziny.

W tym miejscu warto nadmienić opracowany w 2006 r. projekt „Słońce i przygoda", będący pierwszą w Polsce próbą usprawniania dzieci po leczeniu nowotworowych chorób krwi. Jego celem jest ułatwianie dzieciom powrotu do pełni aktywnego życia, osłabianie doświadczeń związanych z chorobową przeszłością i niwelowanie poczucia inności [32].

Projekt „Słońce i przygoda" to nauka pływania i nurkowania w Chorwacji w przyrodzie Adriatyku. Na podstawie obserwacji, rozmów i wywiadów z rodzicami oraz samymi dziećmi autorzy i osoby realizujące projekt stwierdzają, iż uczestnictwo dzieci w kolejnych cyklach projektu wpłynęło na ich stan zdrowia, sprawność fizyczną, kompensowało traumatyczne przeżycia związane z chorobą i podjętym leczeniem. Ponadto dzieci nabyły większej samodzielności i nabrały pewności siebie (www.facebook.com/slonceiprzygoda).

Podsumowanie

Każda choroba przewlekła, a już w szczególności choroba nowotworowa dziecka jest dla rodziców szokiem. Przynosi smutek, ból i niepewność jutra. W pierwszym okresie jej trwania życie w rodzinie wywraca się „do góry nogami". Ustalony porządek i spokój zastępuje dezorganizacja. Cóż można zrobić?

Początkowo wydaje się, że nic albo niewiele. Wokół bezsilność, cierpienie i bezradność. Jeśli leczenie przynosi pozytywne skutki zmierzające do wyleczenia choroby z czasem powraca stabilność.

Mobilizacja rodziców do walki z chorobą jest niezwykle ważna i korzystnie jest, by nastąpiła szybko, wówczas lepiej funkcjonuje nie tylko samo dziecko chore, ale i sami rodzice oraz pozostające w domu rodzeństwo.

Otwarta komunikacja pomiędzy rodzicami i personelem medycznym, dotycząca choroby i leczenia dziecka, jest niekiedy trudna jednak niezbędna, ponieważ pozwala na wypracowanie najbardziej optymalnego sposobu radzenia sobie z chorobą.

Mc Cubbin [33] wyodrębnił pozytywne strategie radzenia sobie z sytuacją, jaką implikuje choroba dziecka. Są one skoncentrowane na:

1. życiu rodzinnym i relacjach wewnątrzrodzinnych, np. podział obowiązków, wzajemne wsparcie oraz sposób postrzegania choroby dziecka
2. podtrzymywaniu dobrego samopoczucia rodziców przez intensyfikację kontaktów towarzyskich, rozwijanie zainteresowań osobistych i zawodowych

3. utrzymywaniu kontaktów z personelem medycznym, przestrzeganie zaleceń lekarskich oraz wymiana doświadczeń z innymi rodzicami będącymi w podobnej sytuacji

Dzieci i młodzież mają szansę wyrosnąć na szczęśliwych ludzi, jeśli otacza ich troska i poczucie, że są potrzebne, kochane i bezpieczne. Wówczas istnieje szansa na powstanie zaufania do ludzi i twórczego życia, pozytywnego stosunku do siebie i otaczającego świata [34].

Piśmiennictwo

1. Rogiewicz M.: Problemy psychoonkologiczne dzieci i młodzieży. [w:] Psychoonkologia, De Walden-Gałuszko K. (red.). Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Kraków 2000, 101.
2. Kowalczyk J.R., Samardakiewicz M.: Dziecko z chorobą nowotworową. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998.
3. Kowalczyk J. R., Dudkiewicz E.: Częstość występowania nowotworów złośliwych u dzieci w Polsce i możliwości wczesnego rozpoznania. Przegl. Ped., 1999, 29, 3.
4. Armata J.: Dzieci wyleczone szukają miejsca wśród ludzi. Przegl. Lek., 1991, 49, 133.
5. Chybicka A.: Od objawu do nowotworu. Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2009.
6. Doroszewska J.: Pedagogika specjalna. T. 1. Wydawnictwo Ossolineum, Warszawa 1989, 572.
7. Bożek J.: Nowotwory wieku dziecięcego. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1989.
8. Maciarz A.: Dziecko przewlekle chore. Opieka i wsparcie. Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2006.
9. Jankowska A. K.: Postępowanie z dzieckiem i jego opiekunami. Porozumiewanie się z nastolatkiem. [w:] Porozumienie się lekarza z pacjentem i jego rodziną, Steciwko A., Barański J. (red.). Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2012, 84.
10. Maciarz A.: Pedagogika lecznicza i jej przemiany. Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2001, 67.
11. Samardakiewicz M.: Zasady wspomagania biopsychospołecznego dzieci z chorobą nowotworową. [w:] Onkologia dziecięca – co nowego?, Kowalczyk J. R. (red.). Wrocław 2009, 147-155.

12. Kowalczyk J. R., Samardakiewicz M.: Rola lekarza pierwszego kontaktu w chorobie nowotworowej dziecka. Medycyna Praktyczna-Pediatria, 2000, 2.
13. Perek D.: Nowotwory wieku dziecięcego. [w:] Chirurgia noworodka, Kaliciński P. (red.). Inwest Druk, Warszawa 2004.
14. Chybicka A.: Leczenie guzów litych u dzieci wczoraj, dziś, jutro. Klinika Pediatryczna 1999, 7, 2.
15. Skowrońska-Gardas A.: Nowotwory wieku dziecięcego. [w:] Onkologia – podręcznik dla studentów medycyny, Kułakowski A., Skowrońska-Gardas A. (red). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003.
16. Bruce J.: Rola chirurgii w leczeniu nowotworów. [w:] Co wiemy o raku. Harris R. J. C. (red.). Warszawa 1975, 131.
17. Ossowski R.: Teoretyczne i praktyczne podstawy rehabilitacji. Wydawnictwo Uczelniane Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Bydgoszcz 1999.
18. Pilecka W.: Dzieci przewlekle chore i z dysfunkcjami narządu ruchu. [w:] Podstawy psychologii. Podręcznik dla studentów, Pilecka W., Rudkowska G., Wrona L. (red.). Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków 1998.
19. Kowalewski L.: Psychologiczna i społeczna sytuacja dzieci niepełnosprawnych. [w:] Dziecko niepełnosprawne w rodzinie, Obuchowska I. (red). Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1999, 468.
20. Kosakowski Cz.: Węzłowe problemy pedagogiki specjalnej. Wydawnictwo Edukacyjne Akapit s.c., Toruń 2003.
21. Kawczyńska-Butrym Z.: Wyzwania rodziny: zdrowie, choroba, niepełnosprawność, starość. Wydawnictwo Makmed, Lublin 2008..
22. Tymecka I., Karwowska M., Samardakiewicz M., Bednarek A.: Dziecko z chorobą przewlekłą – proces informowania i oswajania z chorobą. Ann. UMCS, 2005, 60, Suppl. XVI, 587.
23. Samardakiewicz M., Kowalczyk J. R.: Rekomendacje dotyczące opieki psychospołecznej nad dziećmi z chorobami nowotworowymi. Pediatr. Pol., 2000, 75, 731.
24. Zuberek-Moskal U.: Rodzina w sytuacji wyznaczonej chorobą nowotworową dziecka. [w:] Zmagając się z chorobą nowotworową, Kubacka-Jasiecka D., Łosiak W. (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999.
25. Schmitt E.E.: Oskar i Pani Róża. Wydawnictwo Znak, Kraków 2004.
26. Binnebesel J.: Miejsce oraz rola pedagoga i terapii pedagogicznej na oddziale pediatryczno-onkologicznym. Psychoonkologia, 2001, 9.

27. Armata J.: Dzieci wyleczone z nowotworów szukają miejsca wśród ludzi. Przegl. Lek., 1992, 49, 218-221.
28. Zdebska S., Armata J.: Niektóre problemy psychologiczno-wychowawcze w opiece nad dzieckiem szkolnym z chorobą nowotworową. Pediatr. Pol., 1979, 54, 919-921.
29. Samardakiewicz M., Kowalczyk J. R.: Ocena niektórych aspektów funkcjonowania psychospołecznego dzieci wyleczonych z choroby nowotworowej. Prz. Psychol., 1999, 29, 231.
30. Samardakiewicz M.: Wspomaganie rozwoju dzieci z choroba nowotworową. [w:] Dziecko przewlekle chore – problemy medyczne, psychologiczne i pedagogiczne, Antoszewska B. (red.). Wydawnictwo Akapit, Toruń 2011, 86.
31. Korzeniewska J.: Opieka psychologiczna i rehabilitacyjna nad dziećmi i młodzieżą po kompleksowym leczeniu onkologicznym z powodu guza mózgu. IV Ogólnopolska Konferencja Medycyny Paliatywnej Hospcjum 2004 oraz II Ogólnopolskie Forum Onkologii i Psychoonkologii. Katalog konferencyjny. Toruń 2004, 22.
32. Lis-Kujawski A.: „Na dnie, ale szczęśliwi". Nauka nurkowania jako możliwość podnoszenia jakości życia dzieci po chorobie nowotworowej. [w:] Dziecko przewlekle chore – problemy medyczne, psychologiczne i pedagogiczne, Antoszewska B. (red.), Wydawnictwo Akapit, Toruń 2011.
33. Będkowska –Heine V.: Wpływ choroby przewlekłej dziecka na funkcjonowanie w roli ojca. [w:] Dziecko chore. Zagadnienia biopsychiczne i pedagogiczne, Cytowska B., Wilczura B., (red.). Wydawnictwo Impuls, Kraków 2007, 54.
34. Trzęsowska-Greszta E.: Psychologiczne problemy dziecka chorującego na białaczkę. Zdr. Psych., 1994, 1-2.

Wojciechowska Małgorzata[1], Kuczalska Joanna[2]

Rola pielęgniarki w interdyscyplinarnym zespole i jej wpływ na poprawę jakości życia pacjentów w chorobie nowotworowej w domowej opiece hospicyjnej

1. Instytut Pielęgniarstwa Collegium Masoviense Wyższej Szkoły Nauk o Zdrowiu w Żyrardowie
2. Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi

Wstęp

Miejscem szczególnym dla ludzi nieuleczalnie chorych i umierających jest opieka paliatywna, której priorytetowym celem jest zapewnienie możliwie najlepszej jakości życia warunkowanej stanem zdrowia chorych, poprzez zaspokajanie głównych potrzeb oraz troska o rodzinę pacjenta [1].

Definicja opieki paliatywnej z roku 1990, zamieszczona w dokumencie WHO brzmi: „*Opieka paliatywna jest całościową czynną opieką nad chorymi, których choroba nie poddaje się skutecznemu leczeniu przyczynowemu. Obejmuje ona zwalczanie bólu i innych objawów oraz opanowanie problemów psychicznych, socjalnych i duchowych chorego. Celem opieki paliatywnej jest osiągnięcie jak najlepszej, możliwej do uzyskania jakości życia chorych i ich rodzin*" [2].

Rozwój opieki paliatywnej w Polsce uwidacznia jak model opieki domowej wyraźnie dominuje nad innymi formami opieki paliatywnej, bowiem opieka domowa jest najtańszą, a zarazem najbardziej humanitarną formą opieki nad nieuleczalnie chorymi [2]. To co wyróżnia opiekę paliatywną od innych form opieki lekarskiej, to akcentowanie na opiekę domową, obejmującą medyczny, psychospołeczny i duchowy wymiar choroby i cierpienia. Zadaniem nadrzędnym opieki paliatywnej jest towarzyszenie pacjentowi w najtrudniejszych chwilach, towarzyszenie w drodze do śmierci. W tych trudnych chwilach opiekę nad pacjentem sprawuje cały zespół Hospicjum Domowego składający się z lekarza, pielęgniarki, rehabilitanta, terapeuty, psychologa, kapelana oraz wolontariuszy przy współudziale rodziny pacjenta [3]. Członkowie zespołu powinni cechować się umiejętnością komunikacji interpersonalnej co pozwala na właściwe reagowanie i rozumienie nie tylko cierpienia fizycznego, ale również cierpienia emocjonalnego i duchowego chorych i ich rodzin. Opieka paliatywna musi opierać się na pracy zespołowej różnych specjalistów, bowiem często sytuacja kliniczna pacjenta wymaga podjęcia działań w celu wykonania zabiegów

paliatywnych, do których zalicza się m.in. zabiegi ortopedyczne, chirurgiczne, anestezjologiczne, jak również chemioterapię i radioterapię [2]. Chory podczas trwania choroby słabnie, nasilają się dolegliwości, które na początku odbierane są przez pacjentów jako przejściowe, bardzo często bywa tak, że obraz choroby stworzony przez pacjenta różni się od obrazu odbieranego przez personel. Zawsze należy dokonywać dokładnej oceny potrzeb somatycznych, psychologicznych i duchowych uznanych za ważne przez samego chorego. Wiele objawów wyrażanych jest poprzez niewerbalny sposób komunikowania się, np.: pobudzenie psychomotoryczne towarzyszące duszności czy grymas podczas dotykania obolałego miejsca [4].

Choroba nowotworowa diametralnie zmienia funkcje pełnienia ról społecznych, zmienia hierarchię wartości potrzeb, uznając za najważniejszą potrzebę snu, jedzenia czy komfortu fizycznego. Brak zaspokajania ważnych dla chorego potrzeb wprawia go w stan dyskomfortu, co z kolei czyni opiekę nad nim mało efektywną [5].

„*Skuteczna opieka nad umierającym wymaga dojrzałej osobowości, wrażliwości i zdolności empatii. Bycie z pacjentem nie oznacza jedynie fizycznej obecności, zaspokajania jego potrzeb, zmniejszenia uciążliwych dolegliwości; to przede wszystkim bycie opiekunem, słuchaczem i obserwatorem*" [6].

Najczęstszym objawem odczuwanym przez opiekujących się chorym w okresie terminalnym jest zmęczenie, zwłaszcza w rodzinach bezdzietnych, gdy dzieci mieszkają daleko, bądź gdy opiekunem jest starszy wiekiem współmałżonek. Do tego dochodzi lęk o własną przyszłość po śmierci partnera, a także bardzo często kłopoty mieszkaniowe i finansowe związane z chorobą. W lepszej sytuacji są rodziny duże i zżyte ze sobą, których członkowie w tych trudnych chwilach są dla siebie podporą i źródłem pociechy [5].

Choroba nowotworowa wiąże się z odczuwaniem niepokoju, strachu, bólu i niepewności jutra, wiąże się także z wieloma procedurami diagnostycznymi i leczeniem. Ból towarzyszy 70-90% przypadków i nie opuszcza chorego aż do końca jego dni, dlatego w opiece nad chorym wymaga się wielodyscyplinarnego podejścia. To że człowiek nie zgłasza jeszcze bólu fizycznego, nie oznacza że nie cierpi, nic bardziej mylnego. Bowiem cierpi i to bardzo, ale cierpienie jego związane jest z utratą godności, niezależności, utratą pozycji w rodzinie i w społeczeństwie, a przede wszystkim z utratą zdrowia [7].

Umieranie i śmierć wyzwala w człowieku wiele uczuć i emocji: rozpacz, smutek, przerażenie, bezradność oraz lęk i niepokój; co zdeterminowane jest poczuciem własnej wartości, sensu życia, samooceny oraz postawą religijną. Problemy chorego w terminalnej fazie choroby wymagają wsparcia emocjonalnego przez członków rodziny oraz przez

interdyscyplinarny zespół opieki hospicyjnej [8].

Pielęgniarka opiekująca się chorym terminalnie jest osobą wiodącą w interdyscyplinarnym zespole opieki hospicyjnej, w którego centrum znajduje się pacjent i jego rodzina. Opiekując się człowiekiem u schyłku jego życia pielęgniarka powinna charakteryzować się dużą odpornością psychiczną oraz umiejętnością radzenia sobie z lękiem przed śmiercią. Ważną rolę w opiece nad chorym w terminalnej fazie choroby odgrywa przyjazne nastawienie wobec chorego i jego opiekunów, aktywne słuchanie, mówienie rzeczowo, zrozumiale bez używania żargonu medycznego, skłanianie do wyrażania swoich uczuć, pragnień i potrzeb oraz znajomość komunikacji niewerbalnej [2].

Każdy pacjent objęty domową opieką hospicyjną wcześniej czy później odchodzi, dlatego istotne jest uświadomienie sobie, że doświadczenie i wiedza jaką posiada pielęgniarka pomaga odejść w sposób godny i bez zbędnego cierpienia. Osobiste przeżycia osób dotkniętych stratą oraz wiek, w którym jej doświadczają, a także wzajemne relacje i warunki życia sprawiają, że uczucie straty jest dla każdego człowieka inne. Pierwszą reakcją na wieść o śmierci bliskiej osoby jest szok i niedowierzanie, połączone z poczuciem nierealności, następnie pojawia się żal [9]. Przy trwającej oraz przedłużającej się żałobie pomocne mogą się okazać grupy wsparcia, na których prowadzone są zajęcia z terapeutą [10, 11].

Celem pracy jest:

1. Wskazanie najtrudniejszych aspektów w pracy pielęgniarek pracujących w domowej opiece hospicyjnej.
2. Ocena stanu wiedzy rodzin z zakresu opieki nad chorym w domowej opiece hospicyjnej.
3. Ocena roli edukacyjnej pielęgniarki zatrudnionej w domowej opiece hospicyjnej.

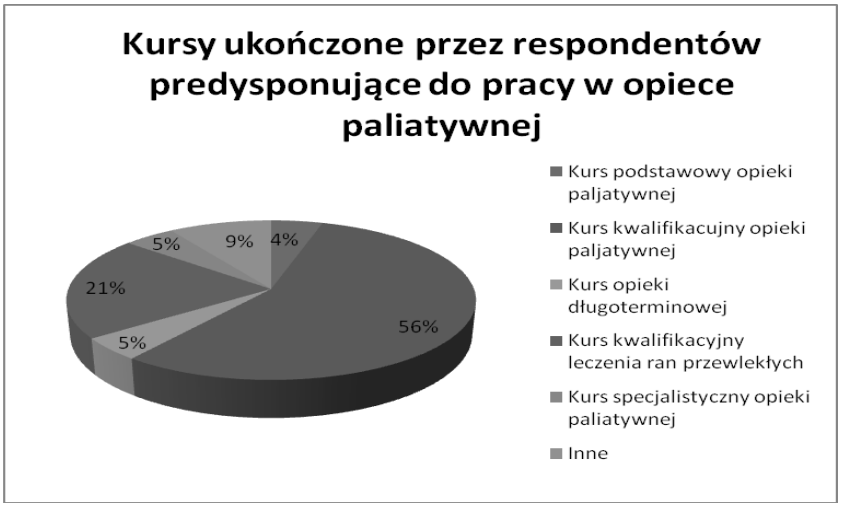
Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone na terenie Łodzi, Pabianic i Sieradza wśród pielęgniarek pracujących w Domowej Opiece Hospicyjnej. Najliczniejsza grupa pielęgniarek mieści się w przedziale wiekowym 31-40 lat, wśród badanych nie było żadnej pielęgniarki poniżej 30 r. życia. Tylko 11% badanych pracuje powyżej 15 lat, natomiast 52% to pielęgniarki, których staż pracy to maksymalnie 5 lat.

Metodą badawczą zastosowaną w pracy jest sondaż diagnostyczny, techniką ankieta, narzędziem badawczym autorski kwestionariusz ankiety.

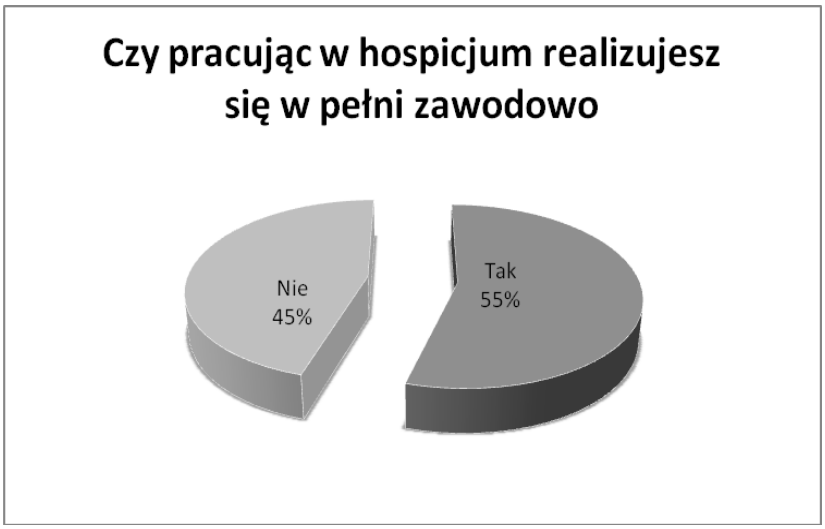
Wyniki

Analiza przeprowadzonego badania pozwoliła określić, że do pracy w hospicjum jest niezbędne ukierunkowane przygotowanie.



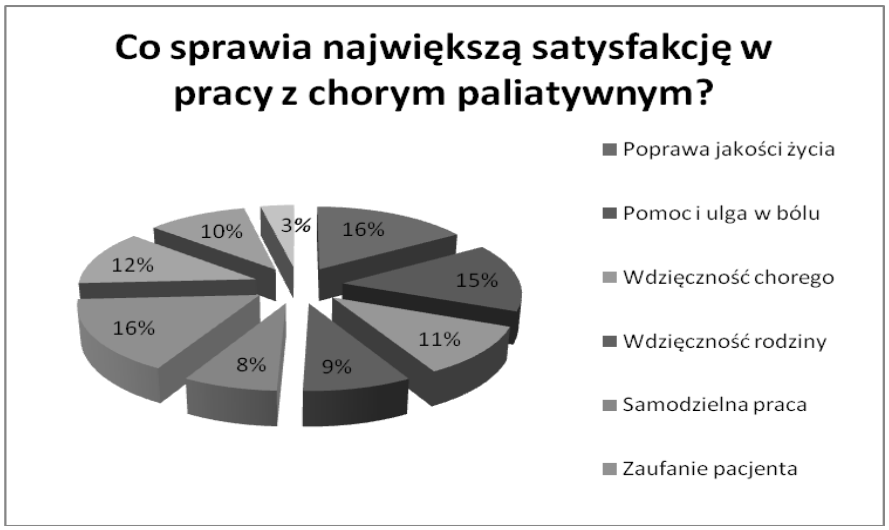
Rycina 1. Dodatkowe kwalifikacje predysponujące do pracy w opiece paliatywnej.

Praca w domowej opiece paliatywnej pozwala pielęgniarkom realizować się zawodowo.



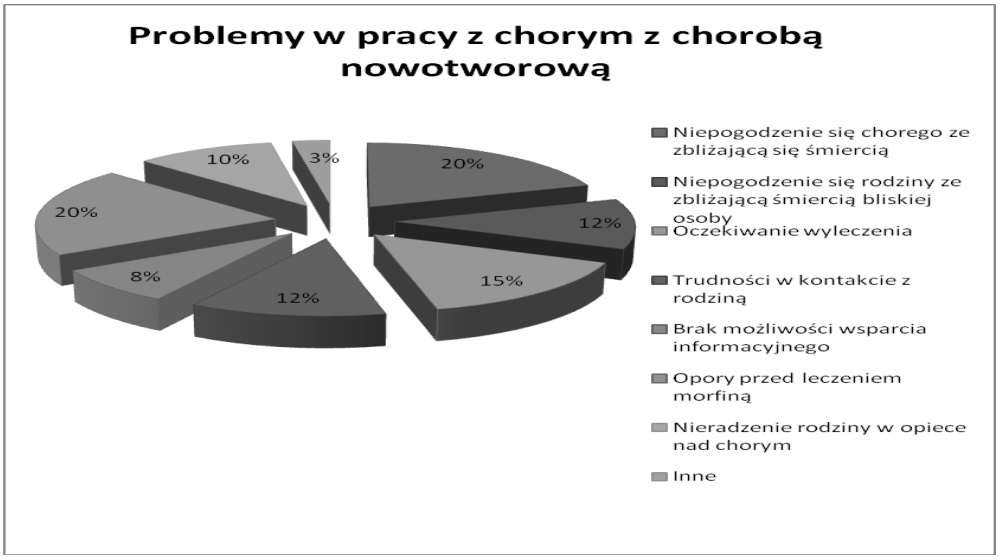
Rycina 2. Realizowanie się zawodowo przez respondentki w domowej opiece paliatywnej.

Praca z chorym w opiece paliatywnej może dawać dużą satysfakcję.



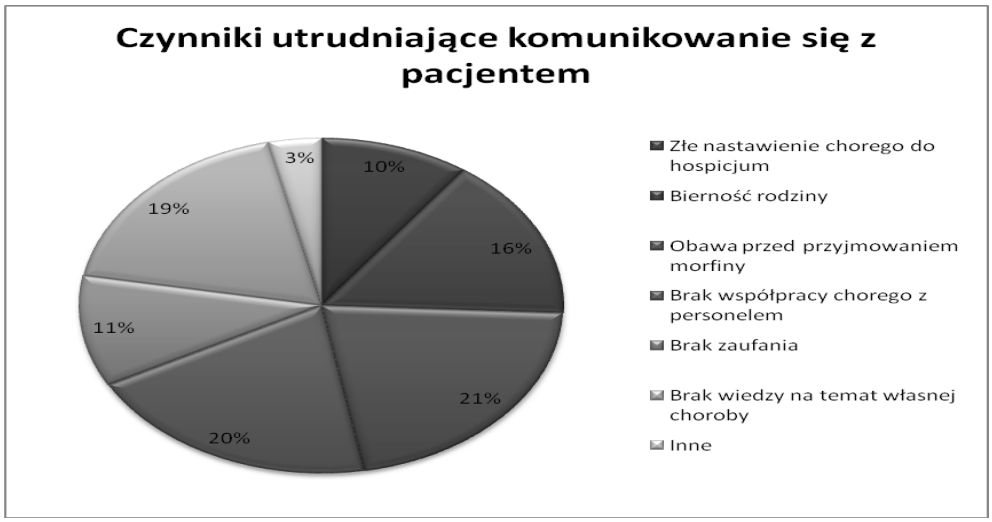
Rycina 3. Satysfakcja z pracy z chorym paliatywnym

Praca w domowej opiece hospicyjnej niesie za sobą wiele problemów.



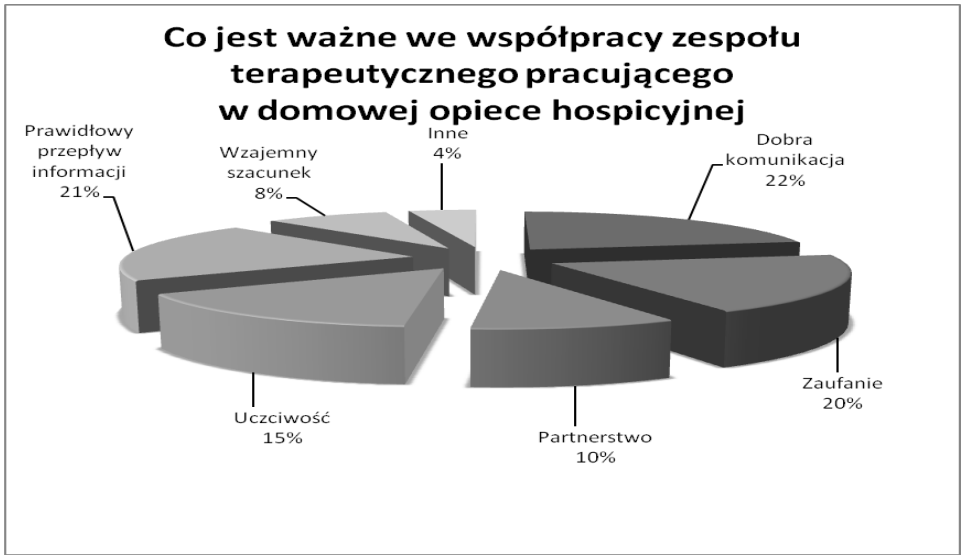
Rycina 4. Problemy w pracy z chorym z chorobą nowotworową

Nie zawsze również jest proste komunikowanie się z chorym pacjentem czy jego rodziną.

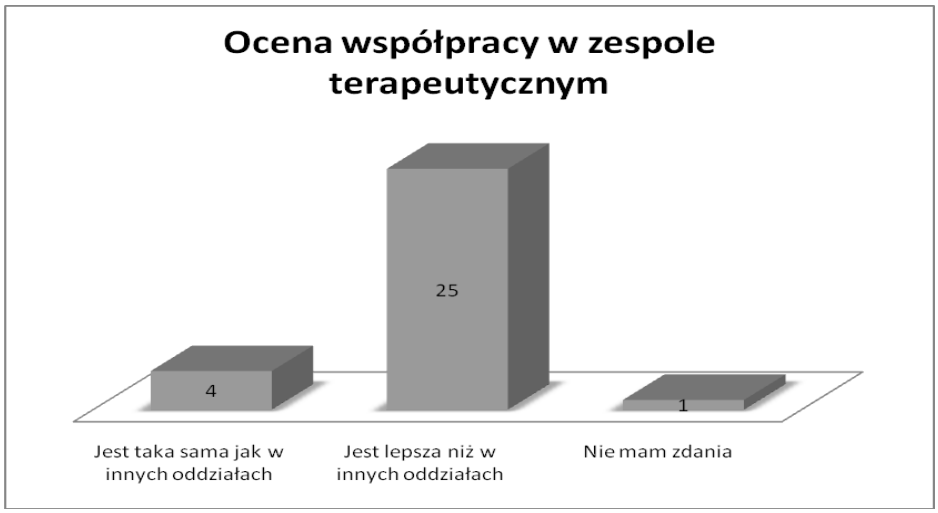


Rycina 5. Czynniki utrudniające komunikowanie się z pacjentem.

Praca całego zespołu interdycyplinarnego powinna być spójna i przebiegac bezkonfliktowo.

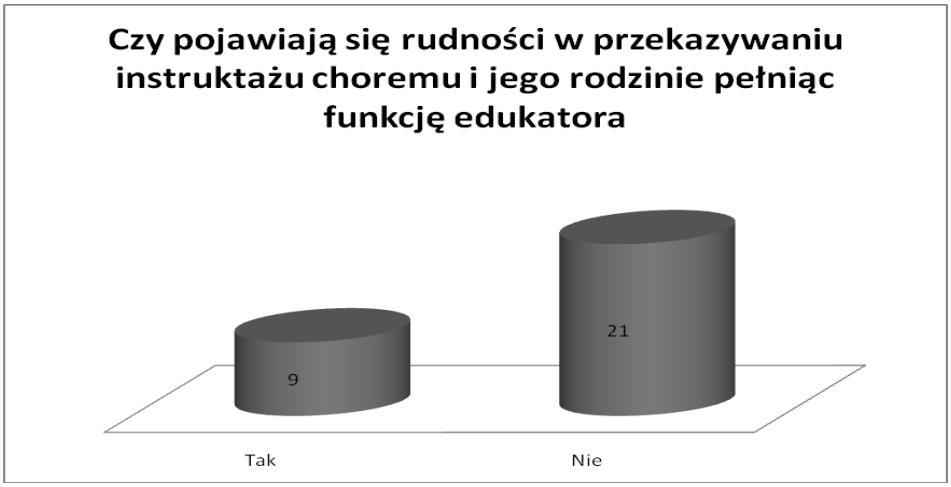


Rycina 6. Czynniki wpływające na współpracę zespołu terapeutycznego.

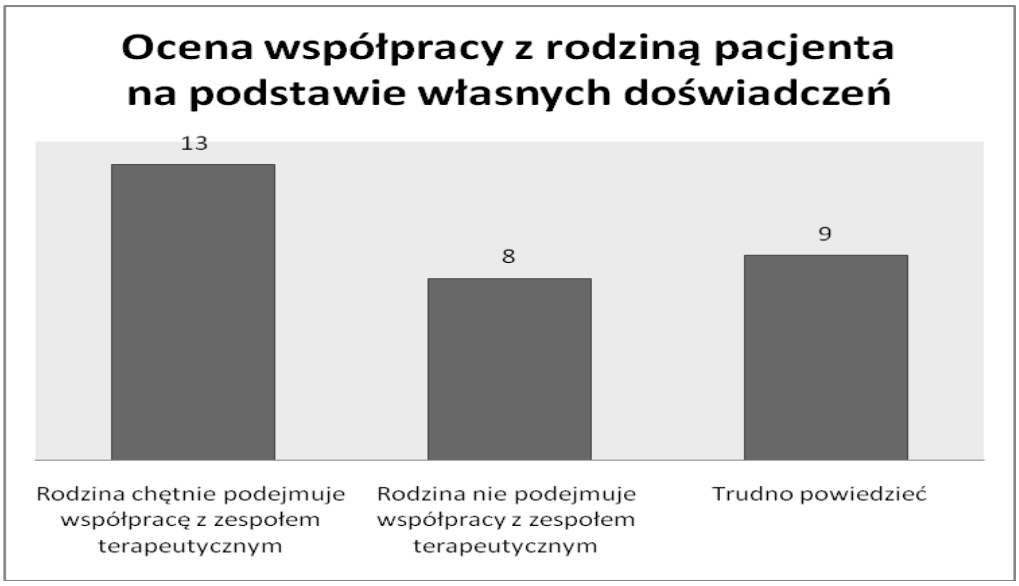


Rycina 7. Ocena współpracy w zespole terapeutycznym

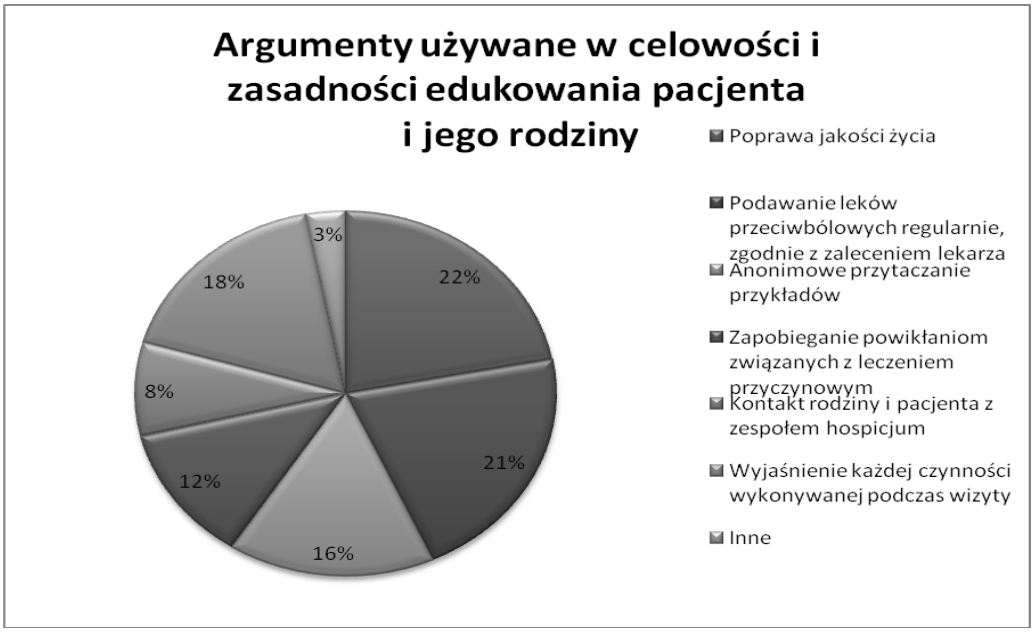
Również współpraca z chorym i jego rodziną powinna przebiegać bez trudności w komunikacji.



Rycina 8. Istnienie rudności w przekazywaniu instruktażu choremu i jego rodzinie.



Rycina 9. Ocena współpracy z rodziną pacjenta na podstawie własnych doświadczeń.



Rycian 10. Argumenty używane w celowości i zasadności edukowania pacjenta i jego rodziny.

Omówienie wyników

Analizując przeprowadzone badanie starano się ocenić jaką rolę pełni pielęgniarka w domowej opiece hospicyjnej, jak jest przygotowana do pracy, na jakie problemy napotyka i jakie towarzyszą jej odczucia związane z pracą nad pacjentem u schyłku życia.

Badana grupa zawodowa to pielęgniarki w zróżnicowanym wieku, z różnym stażem pracy w opiece paliatywnej. Najliczniejsza grupa ankietowanych -15 osób mieściła się w przedziale wiekowym 31-40 lat, co stanowiło połowę badanych, 10 ankietowanych to pielęgniarki w przedziale wiekowym 41-50 lat, wśród badanych nie było żadnej pielęgniarki poniżej 30 r. życia.

Opieka hospicyjna w Polsce jest stosunkowo młodą dziedziną medycyny. Wśród badanych pielęgniarek tylko 11% pracowało w opiece paliatywnej powyżej 15 lat, 11% stanowiły osoby w przedziale 11-15 lat, 26% związanych z opieką paliatywną pielęgniarek ma staż pracy w przedziale 6-10 lat, natomiast 52% to pielęgniarki, krórych staż pracy nie przekracza 5 lat, co może przemawiać za wzrostem zapotrzebowania na tego typu opiekę w ciągu ostatnich lat.

Zdecydowana większość pielęgniarek, 67% badanych, twierdziła, że o podjęciu pracy z pacjentem w terminalnej fazie choroby zadecydował przypadek, tylko dla 33% był to wybór świadomy i celowy.

Kolejne pytanie miało ukazać, czy pielęgniarki pracujące w hospicjum domowym mogą realizować się w pełni zawodowo. Jak wynika z badania praca w domowej opiece paliatywnej pozwala 55% badanych pielęgniarkom realizować się zawodowo, z czego 33% stanowią pielęgniarki, których praca w hospicjum była świadomym wyborem.

Praca w opiece paliatywnej wymaga od pielęgniarek ukierunkowanego przygotowania - ponad połowa ankietowanych ma ukończony kurs kwalifikacyjny, 5% ukończyło kurs specjalistyczny z dziedziny pielęgniarstwa w opiece paliatywnej, taki sam procent ankietowanych posiada ukończony kurs kwalifikacyjny z dziedziny opieki długoterminowej, 21% stanowią pielęgniarki z ukończonym kursem leczenia ran przewlekłych.

Rejon sprawowanej opieki nad pacjentem w terminalnej fazie choroby to w ponad 73% miasto. Jedynie 27% badanych pielęgniarek sprawowało opiekę w rejonie miasta i okolicznych wsi. Żadna z pielęgniarek nie sprawowała jej wyłącznie w rejonie środowiska wiejskiego.

Praca z pacjentem w terminalnej fazie choroby 8 pielęgniarkom nie przyniosła satysfakcji, a 22 pielęgniarki czerpały satysfakcję z pracy nad pacjentem w terminalnej fazie choroby. Na pytanie co sprawia im największą satysfakcję w pracy z chorym paliatywnym - 14% odpowiedziało iż poprawa jakości życia, pomoc i ulga w bólu oraz zaufanie pacjentów, 12% uważało, że okazanie chorym wsparcia w tym trudnym dla nich okresie, dla 11% satysfakcją była wdzięczność chorego, dla 9% wdzięczność rodziny. Dość często wymienianym czynnikiem wpływającym na satysfakcję z pracy w hospicjum była

świadomość, że jest się potrzebnym co stwierdziło 10% ankietowanych, dla 7% satysfakcją była samodzielna praca w oparciu o wiedzę i doświadczenie.

Praca w opiece paliatywnej pomimo, iż jest pracą w zespole interdyscyplinarnym, jest pracą samodzielną, gdzie pielęgniarka staje w konfrontacji z pacjentem nie tylko z objawami somatycznymi, co z kolei niesie za sobą wiele problemów i trudności, za czym opowiedziało się aż 90% respondentów.

Problemy, które utrudniają sprawowanie opieki nad pacjentem to według 20% ankietowanych obawa i opory przed włączeniem do leczenia morfiny oraz nie pogodzenie się pacjenta ze zbliżającą się śmiercią.

Pomimo wiedzy jaką pacjenci posiadali na temat własnej choroby, jej przebiegu i rokowania, aż 12% oczekiwało wyleczenia, co również stanowiło istotny problem w opiece nad pacjentem.

Opieka nad pacjentem to również ścisła współpraca z opiekunami pacjenta, jednak 12% respondentów uważa, że nie pogodzenie się rodziny ze zbliżającą się śmiercią ich bliskiej osoby oraz trudności w kontaktach z rodziną są źródłem problemów w sprawowanej nad pacjentem opiece.

Powyższe problemy miały wpływ na sprawowaną przez rodzinę opiekę nad ich bliskimi, co w konsekwencji może prowadzić do tego, iż rodzina nie radzi sobie w opiece, taki problem wskazało 10% respondentów.

Pacjent, jak i jego opiekunowie oczekują od personelu hospicjum domowego wsparcia na każdej płaszczyźnie. Brak wsparcia emocjonalnego również stanowił problem w prowadzeniu pacjenta z chorobą nowotworową, za czym opowiedziało się 8% respondentów.

Aby móc w sposób właściwy opiekować się pacjentem konieczne jest nawiązanie kontaktu z rodziną pacjenta - 21 pielęgniarek łatwo nawiązywało kontakt z rodziną pacjenta, a 9 pielęgniarek miało małe problemy w tej dziedzinie. Komunikacja z rodziną pacjenta, jak i nim samym może być zakłócona przez wiele czynników, a do najczęściej podawanych zaliczano: obawę przed przyjmowaniem morfiny – takiej odpowiedzi udzieliło 21% ankietowanych; brak współpracy chorego z personelem - 20% ankietowanych, brak wiedzy przez pacjentów na temat własnej choroby - 19%; bierność rodziny - 16%; brak zaufania - 11%; złe nastawienie chorego do hospicjum - 10%. Zarówno dobra komunikacja z pacjentem, jak i jego rodziną oraz z całym zespołem opieki hospicyjnej pozwala w prawidłowy sposób sprawować opiekę nad chorym, pozwala na niedopuszczenie do pojawienia się objawów związanych z chorobą nowotworową, jak i leczeniem przyczynowym oraz do zmniejszenia natężenia i częstotliwości występowania tych objawów.

Praca w opiece paliatywnej wymaga zarówno od pielęgniarek, jak i od pozostałych członków zespołu interdyscyplinarnego znacznego zaangażowania, również emocjonalnego. Jak wskazują wyniki badania dotyczące zaangażowania emocjonalnego pielęgniarek, 27 ankietowanych uważało, że praca w opiece paliatywnej wymaga większego zaangażowania emocjonalnego, niż w innych oddziałach, 2 pielęgniarki nie miały zdania na ten temat, tylko 1 pielęgniarka uważała, że większe zaangażowanie w tej pracy nie jest potrzebne.

Istotę opieki paliatywnej stanowi praca zespołu w skład, którego wchodzą lekarze, pielęgniarki, psycholog, duchowni oraz wiele innych osób. To oni tworzą wielodyscyplinarny zespół, który stara się towarzyszyć pacjentowi każdego dnia w jego drodze ku wieczności, pochylając się nad nim. Podstawą dobrej współpracy, dzięki której chory traktowany jest jak człowiek, a nie jednostka chorobowa, jest wzajemne zaufanie. Respondenci uważali, iż współpraca zespołu terapeutycznego jest lepsza, niż w innych oddziałach (opowiedziało się za tym 25 ankietowanych pielęgniarek). Jedna pielęgniarka nie miała na ten temat zdania, a 4 uznały, że współpraca między członkami zespołu jest taka sama jak w innych oddziałach.

W kolejnym pytaniu poproszono respondentów o ukazanie czynników, które są niezbędne we współpracy interdyscyplinarnego zespołu w opiece paliatywnej - 22% badanych uznało, że dobra komunikacja; 21% - prawidłowy przepływ informacji; na trzecim miejscu znalazło się wzajemne zaufanie – 20% ankietowanych; uczciwość - 15%; partnerstwo - 10% oraz wzajemny szacunek - 8%.

Opieka nad pacjentem w opiece paliatywnej wyzwala w pielęgniarkach wiele emocji i związanych z nimi odczuć. Do najczęściej wymienianych odczuć należały: bezsilność i bezradność - 17%; obawy - 13% ankietowanych; lęk - 11%. Tylko 8% respondentów wymieniało radość z wykonywanej pracy, 9% - chęć ulgi w cierpieniu, a 6% respondentów litość.

Ciężka choroba to niewątpliwie bardzo duży stres dla samego chorego i dla rodziny, dlatego pomoc rodzinom osób u kresu życia jest jednym z ważnych zadań opieki paliatywnej. Podczas wizyt należy poświęcić opiekunom i choremu wystarczająco dużo czasu na wymianę informacji dotyczących choroby, a także zapoznać ich z dalszym planem opieki. Wśród badanych pielęgniarek - 21 uważało, że nie ma problemów w przekazywaniu instruktażu choremu i jego rodzinie, 9 pielęgniarek twierdziło, że problemy w edukowaniu chorych i ich rodzin się pojawiają.

Opiekując się pacjentem w terminalnej fazie choroby w celu edukowania pacjentów i ich rodzin, należy użyć zrozumiałych argumentów. Respondenci jako argument najczęściej podawali poprawę jakości życia - 22% oraz regularne, zgodne z zaleceniem lekarza

podawanie leków przeciwbólowych - 21%; 12% jako argument podało zapobieganie powikłaniom związanym z leczeniem, 16% - anonimowo przytaczane przykłady z pracy w hospicjum; 18% z kolei wyjaśniało zasadność każdej czynności wykonywanej podczas wizyty, 8% ankietowanych pielęgniarek uważało, że w celu edukowania pacjentów i ich rodzin konieczny jest ciągły kontakt rodziny i pacjenta z zespołem hospicjum.

Ocena współpracy z rodziną na podstawie własnych doświadczeń badane pielęgniarki oceniają następująco: 13 z nich uważało, że rodzina chętnie podejmuje współpracę z zespołem terapeutycznym, 8 pielęgniarek sądziło, że brak jest takiej współpracy, natomiast 9 nie miało zdania.

Praca w hospicjum jest nierozerwalnie połączona ze śmiercią pacjentów, a pielęgniarki opiekujące się chorymi u kresu życia muszą mieć tego świadomość. W związku z tym poproszone zostały o przedstawienie tego co najczęściej czują w chwili śmierci pacjenta. Wśród 25% respondentów podało ,że najczęściej towarzyszy im bezsilność, 24% opowiedziało się bezradnością; smutek podało - 20%, pustkę -11%. Znacząco, bo aż 14% ankietowanych zdeklarowało, że w chwili gdy pacjent odchodzi czuje ulgę.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonego badania można wysnuć następujące wnioski:

1. Praca w domowej opiece hospicyjnej przysparza pielęgniarkom wiele problemów,do najczęściej pojawiających się można zaliczyć: brak wiedzy pacjentów i rodziny na temat własnej choroby, nie pogodzenie się chorego oraz rodziny ze zbliżającą się śmiercią i oczekiwanie pełnego wyleczenia, a także trudności w kontaktach z opiekunami pacjenta.
2. Rodziny podejmując się opieki nad swoimi bliskimi w domu, nie są przygotowane i nie radzą sobie z tym, ponieważ jest to dla nich nowa sytuacja. Największy problem to walka z bólem oraz obawy przed wyrządzeniem choremu krzywdy z powodu braku wystarczających umiejętności.
3. Edukacja rodzin z zakresu opieki nad pacjentem jest jednym z podstawowych zadań pielęgniarki w domowej opiece hospicyjnej. Pielęgniarki nie mają większych trudności w przekazaniu posiadanej wiedzy popartej doświadczeniem. Dlatego tak ważna jest współpraca pielęgniarki z rodziną, wyjaśnianie zasadności i celowości wykonywanych czynności pielęgnacyjnych oraz angażowanie opiekunów do włączenia się do zaproponowanych działań podczas każdej wizyty w domu pacjenta, by sprawowana przez rodzinę opieka była jak najbardziej efektywna.

Piśmiennictwo

1. de Walden –Gałuszko K.: Psychospołeczne aspekty opieki paliatywnej. [w:] de Walden - Gałuszko K. (red): Podstawy Opieki Paliatywnej. Wydawnictwo PZWL, Warszawa, 2004, 164 – 194.
2. Bartoszek A.: Człowiek w obliczu śmierci i umierania. Moralne aspekty opieki paliatywnej. Księgarnia św. Jacka, Katowice 2000
3. Hilgier M.: Ból u chorych na nowotwór. [w:] Wordliczek J. Ddobrogowski J. (red.): Leczenie bólu. PZWL, Warszawa, 2007, 339 – 363.
4. Lipińska M., Łabuzek M., Moździerz K.: Opieka pielęgniarska wobec pacjenta w terminalnym. II Międzynarodowa Konferencja Naukowo - Szkoleniowa pamięci Elisabeth Kubler-Ross . Białystok 07-10.12.2006
5. de Walden – Gałuszko.: Filozofia postępowania w opiece paliatywnej. [w:] de Walden - Gałuszko K. (red): Podstawy Opieki Paliatywnej. Wydawnictwo PZWL, Warszawa, 2004, 11 - 19.
6. Foldi M., StroBenreuther R.: Podstawy manualnego drenażu limfatycznego. (red. polska Woźniakiewski M): Wydawnictwo Medyczne Urban i Partner, Wrocław 2005
7. Skobla S.: Żyć godnie do końca. Materiały polsko - niemieckiego sympozjum, Łódź 2000
8. Kapała W.: Śmierć jako nieuchronny koniec życia. „Biuletyn Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi", 2007, 11, 11 - 15.
9. de Walden Gałuszko K.: Problemy psychiczne, duchowe i etyczne. [w:] de Walden – Gałuszko K., Kaptacz A. (red): Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej. Wydawnictwo PZWL, Warszawa, 2005, 194 - 221.
10. Krakowiak P.: Strata, osierocenie i żałoba. Poradnik dla pomagających i dla osób w żałobie. Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk, 2007

Krzesińska-Żach Beata, Redlarska Zofia

Towarzyszenie w chorobie, cierpieniu i śmierci podopiecznym Hospicjum

Uniwersytet w Białymstoku Wydział Pedagogiki i Psychologii, Białystok

Pamiętajcie również o chorych, bo wiemy dobrze z naszego doświadczenia duszpasterskiego, że to są nasi najdyskretniejsi, najcichsi, ale także i najskuteczniejsi pomocnicy i współpracownicy. Ja w każdym razie- o tym wiem na pewno!
Jan Paweł II, Częstochowa 6.06.1979 [1]

Śmierć jest tajemnicą, tak jak tajemnicą jest ludzkie życie. Dla ludzi, którzy nie potrafią dostrzec sensu śmierci, również i życie wydaje się bezcelowe, a samo istnienie staje się dla nich tylko wegetacją i źródłem nieustannej udręki. Dla chrześcijan śmierć jest jedynie etapem przejścia od jednej formy życia do innej, niekiedy bardzo różnie pojmowanej [2]. Śmierć zawsze pozbawia nas czegoś, osoby żyjące zawsze tracą jakąś cząstkę istnienia. Nie zawsze śmierć jest czymś naturalnym, spokojnym i przyjętym z nieuchronnością losu, z godnością. Może towarzyszyć jej cierpienie i nieludzki wysiłek nierównej walki. Perspektywa śmierci, pogłębiając istniejącą izolację, czyni ją obecnie szczególnie stresującą zarówno dla chorego, jak i dla jego bliskich. Sytuacja staje się niemożliwa do udźwignięcia zwłaszcza wtedy, gdy chory odczuwa dolegliwości fizyczne. Do tego bólu należy dołączyć również ból psychiczny, społeczny i duchowy [3].

Współczesny człowiek, który nie uznaje fenomenu śmierci, nie wie co ma zrobić z osobą umierającą. Lekarze, ani pozostały personel szpitalny nie są przygotowani do niesienia ulgi człowiekowi, o którego życie nie można już walczyć. Można natomiast wykorzystać najnowsze osiągnięcia medycyny dla opracowania programu opieki nad ludźmi starymi i umierającymi – opieki hospicyjnej.

Opieka paliatywna i hospicyjna obejmuje nie tylko pacjentów z zaawansowanymi stadiami nowotworów, ale wszystkich, u których choroby mają charakter przewlekły lub postępujący i u których wyczerpano wszelkie możliwości leczenia przyczynowego. Wszechstronne działania zespołu interdyscyplinarnego mają na celu zaspokajanie **potrzeb somatycznych** (uśmierzanie bólu, opanowanie duszności i innych objawów),

psychosocjalnych, **duchowych**, poprzez ich rozpoznanie oraz niesienie ulgi w cierpieniu, a także wsparcie ich rodzin. Celem jest poprawa jakości życia [4], zaś podstawową powinnością wobec śmiertelnie chorego jest **towarzyszenie**, bycie z nim do końca, współuczestniczenie w umieraniu.

Wśród form opieki nad ludźmi umierającymi wyróżnia się:

1) **Zespoły Domowej Opieki Hospicyjnej** – stanowią one podstawową formę opieki świadczonej osobom chorym w ich środowisku domowym. Zespoły interdyscyplinarne (lekarz, pielęgniarka, pracownik socjalny, rehabilitant, psycholog, osoba duchowna, wolontariusz), opiekują się ludźmi terminalnie i przewlekle chorymi, którzy na co dzień w swoich domach są pielęgnowani przez rodzinę lub bliskich. Opieka hospicyjna sprawowana w domu chorego polega na współpracy całego zespołu z rodziną, roztaczaniu opieki nad chorym w jego domu w sytuacji, gdy jest on już wypisany ze szpitala (po ostatnich zabiegach medycznych). Celem podejmowanych działań jest poprawa jakości życia ciężko chorego pacjenta poprzez zaspokajanie potrzeb w sferze biologicznej, socjalnej, psychicznej i duchowej. Istnieje możliwość wypożyczania specjalistycznego sprzętu, szkolenia rodziny w pielęgnacji i postępowaniu z chorym [5]. Trudną sprawą jest połączenie opieki nad osobą nieuleczalnie chorą z obowiązkami pracy zawodowej i prowadzeniem domu, udzielaniem wsparcia psychicznego choremu, z jednoczesnym przeżywaniem nieuchronnego rozstania i poczuciem bezradności wobec cierpienia. Wszystko to ma wpływ na życie rodzinne chorego i przyczynia się do ogromnego stresu (zarówno u osoby chorej, jak i jej rodziny).
2) **Stacjonarne Oddziały Opieki Paliatywnej** (hospicja) – sprawujące opiekę nad osobami, które nie mogą przebywać w domu lub korzystać z opieki na oddziale dziennym. W hospicjum przebywają głównie osoby starsze, samotne, umierające lub o ciężkim przebiegu choroby, wymagające całodobowej specjalistycznej opieki. Wskazaniami do tego typu opieki są trudne warunki domowe, całodobowa opieka osoby terminalnie chorej i trudne leczenie objawowe. Są to ośrodki (placówki) o niewielkiej liczbie łóżek, kameralne, zaspokajające potrzeby chorego, do których rodzina, przyjaciele i znajomi mają prawo wstępu. Mogą również włączać się do pomocy przy pielęgnacji i opiece nad umierającymi. Pacjent na pobyt w hospicjum musi wyrazić zgodę. Opiekę nad ciężko chorymi sprawuje nie tylko personel medyczny, ale również wolontariusze, którzy trwają przy chorym, bezinteresownie poświęcając mu swój czas, towarzyszą, aby choć trochę zmniejszyć lęk przed

śmiercią. „Odchodzący" człowiek wymaga stałej troski, stałego towarzyszenia – wymaga ofiarowania mu swojego czasu. Wolontariusze pracujący w hospicjum przede wszystkim wsłuchują się w chorego: w jego słowa, gesty, ręce, ciało. **Towarzyszą** umierającemu w żalu, smutku, gniewie, złości, a także chwilach śmiechu, radości i nadziei, zaś bezpośrednio po odejściu podopiecznego towarzyszą rodzinie słuchając wspomnień po zmarłym i niosąc ulgę w cierpieniu i rozpaczy. Najczęściej ludzie cierpiący po stracie bliskich powierzają wolontariuszowi swoje przeżycia i obawy o przyszłość.

3) **Dzienne Ośrodki Opieki Paliatywnej** – mają za zadanie zaspokojenie potrzeb chorego oraz umożliwienie odpoczynku rodzinie sprawującej nad nim opiekę. Są organizowane głównie w dużych aglomeracjach miejskich i uzupełniają działania ośrodków stacjonarnych oraz zespołów opieki domowej. Pozwalają chorym, starszym ludziom osiągnąć pewną niezależność, sprzyjają poprawie ich samopoczucia. Życzliwe otoczenie, efektywne spędzanie czasu wolnego, zajęcia przeciwdziałające apatii, depresji i osamotnieniu pozwalają osobom starszym zachować poczucie własnej godności, lepiej rozumieć swoją sytuację i osiągnąć wewnętrzną stabilizację [6].
4) **Poradnie Opieki Paliatywnej** funkcjonujące na zasadzie punktów konsultacyjno – doradczych z zakresu sposobów zwalczania bólu i dolegliwości fizycznych pojawiających się w przebiegu choroby. Umożliwiają również planowanie lekarskich wizyt domowych.
5) **Poradnie Opieki nad Rodzinami Chorych i Osieroconych** – są to zespoły z opieki paliatywnej (interdyscyplinarne), które w ramach poradni mają za zadanie udzielanie pomocy i wsparcia osieroconym członkom rodziny oraz umożliwienie przetrwania okresu żałoby [7].

Ośrodki opieki paliatywnej organizowane są w specjalnie wydzielonych oddziałach szpitalnych. Opieka nad pacjentem ciężko chorym łączy w sobie zabiegi medyczne, pomoc psychologiczną i wsparcie duchowe [6].

Ciężka choroba bliskiej osoby budzi w nas lęk, a pobyt w placówce nieraz jest wymuszony koniecznością. Tymczasem pobyt w hospicjum ma umożliwić osobie chorej godne i spokojne przeżywanie ostatnich dni życia, a także pomóc uporządkować życiowe sprawy, dać szansę na pogodzenie się z osobami najbliższymi, bycie bliżej z tymi, których może w jakiś sposób się zaniedbało. Ludzie chorzy uczą się żyć każdą chwilą, bo ta ma swoją niepowtarzalną wartość. Znoszenie cierpienia, oczekiwanie na spotkania, rozmowy,

przyjaźnie wśród podopiecznych oraz z pracownikami i wolontariuszami, a nawet realizowanie swoich pasji – to wszystko ma sens i bezsprzecznie jest życiem, a nie oczekiwaniem na śmierć.

Opieka hospicyjna ma też religijny wymiar. Jest nie tylko usługą medyczną czy też posługą opiekuńczą, ale przede wszystkim dla wierzącego chrześcijanina to posługa zbawcza. Tym bardziej, że przy końcu życia umierający potrzebuje, aby nie być pozostawionym samemu. Potrzebuje kogoś, kto by go trzymał za rękę, wysłuchał, pomógł mu pogodzić się ze śmiercią. Brak słów i dialogu wyrównuje niekiedy ilość spojrzeń, delikatność dłoni, wspólne milczenie, które wypełnia czas czekania. Ostatnie dni życia nie powinny być naznaczone samotnością, ale bliskością drugich. „*Jestem dla Ciebie, nie spieszę się, będę*". Człowiek, który bardzo cierpi i kończy swoje życie będąc tego świadomym, przygotowując się na spotkanie z Bogiem i Wiecznością, potrzebuje do tego dyskretnego, a jednocześnie profesjonalnego towarzyszenia. **Towarzyszenie** choremu na drodze jego umierania poprzez zespołową opiekę lekarską, pielęgniarską, psychologiczną, duchową i wolontariuszy to główna zasada opieki hospicyjnej. Wymagana jest również ścisła współpraca między pracownikami oraz jego rodziną. Jeśli obecność rodziny przy odchodzącym jest niemożliwa (a pacjent sobie tego życzy), pracownicy odmawiają modlitwy w intencji umierającego.

Sytuacja każdego chorego to indywidualna historia życia. Jedni mają rodzinę, inni są samotni. W niektórych przypadkach choroba jeszcze bardziej scala rodzinę, w przypadku innych rodzin, po śmierci bliskiej osoby, starają się odwiedzać hospicjum, a nawet zostają wolontariuszami. Dla osoby, która po raz pierwszy przekracza próg hospicjum jest to nie lada wyzwanie i sytuacja, która rodzi szereg pytań. I to najważniejsze: Jak zachować się w obliczu śmierci, która tak często tu przychodzi…?

Praca w hospicjum jest przywilejem. Uczestniczenie w cierpieniu, odchodzeniu i śmierci drugiej osoby, to wejście w najgłębszą tajemnicę człowieka. **Towarzyszenie w umieraniu** jest czymś, co przez wieki było naturalne, ale na skutek przemian cywilizacyjnych zostało zepchnięte za kurtynę milczenia. Śmierć stała się tematem tabu, a przestała być naturalną rzeczy koleją [8]. Nie ma takiej siły, wiary ani mądrości, które mogą przygotować na tę ostatnią chwilę. W życiu osoby, która wie, że nie ma szans na wyzdrowienie, pojawia się rozpacz, emocjonalne załamanie. W takiej sytuacji zadaniem personelu jest udzielenie wsparcia i próba pogodzenia umierającego z takim losem.

Pacjenci umierają różnie – pełni niepokoju, inni pogodzeni z własnym losem albo nadzieją na cudowne wyzdrowienie. W każdym z nich drzemie ogromna wola życia (nawet wtedy, gdy szans już nie ma). Dlatego pomimo uczucia bezradności towarzyszącej przy łóżku

umierającego, w sytuacji, kiedy na pomoc jest już za późno – trzeba **być obok** – tego cierpienia i dzielić milcząco samotność chorego.

Hospicjum to cisza, spokój i wewnętrzne ciepło, które mimo cierpienia i bólu pozwala umierającym czerpać siły do walki z tym, co „nieuniknione". Tutaj śmierci się ani nie lekceważy, ani nie demonizuje. Tutaj pomaga się przejść na drugą stronę życia.

„*Hospicjum to życie sekunda po sekundzie, to życie na krawędzi, gdzieś pośrodku między niebem a ziemią, gdy człowiek przestaje pytać, kto jest kim, tylko zatrzymuje się o krok, na chwilę jeszcze*" /M. Janicki/ [9].

Piśmiennictwo

1. http://blue-angel.blog.pl/2008/07/13/cierpienie-jan-pawel-ii-do-ciebie , data pobrania 21.04.2013
2. Waleszczuk Z. KS.: W trosce o człowieka umierającego. Geneza hospicjum w Polsce. Wydawnictwo Lamis, Wrocław 2004.
3. Pawłowska R., Jundziłł E.: Pedagogika człowieka samotnego. Gdańska Wyższa Szkoła Humanistyczna, Gdańsk 2000.
4. Krajewska-Kułak E., Szczepański M., Łukaszuk C., Lewko J.: Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne od poczęcia do starości, UMB, Białystok, 2007, t. II.
5. Wieczorkowska-Tobis K.: Zasady medycyny paliatywnej w odniesieniu do pacjentów starszych. [W:] Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne, Wieczorkowska-Tobis K., Talarska D., (red.). Warszawa, 2008, 347-353.
6. Górecki M.: Hospicjum w służbie umierających. Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2001.
7. Kowalewska B., Krajewska-Kułak E., Jankowiak B., Gołębiewska A., Wróblewska K., Rolka H., Chilińska J., Łukaszuk C.: Opieka paliatywna i hospicyjna na świecie, [W:] W drodze od brzegu życia, tom III, Krajewska-Kułak E., Nyklewicz W., Łukaszuk C. (red.). UMB, Białystok, 2007, 321- 326.
8. Aries P.: Człowiek i śmierć. Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1989.
9. Janicki M.: Niebo za tymi drzwiami. Wydawnictwo Salwator, Kraków 2010.

Fiega Ewa[1,2], Wróblewska Krystyna Helena[1,3], Krajewska - Kułak Elżbieta[4], Chilińska Joanna Zofia[1,3], Moczydłowska Alicja[2,5], Perkowska Ewa[6,7], Chojnowska Anna[1,3], Sobocińska Agnieszka Beata[1]

Ocena wiedzy pielęgniarek i położnych na temat znajomości praw pacjenta umierającego

1. Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży
2. Wydział Medyczny Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży
3. Instytut Medyczny im. Bł. Matki Teresy z Kalkuty Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomż.
4. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
5. Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem
6. Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.
7. Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Białymstoku

Z nauką jest jak z wiosłowaniem pod prąd.
Skoro tylko zaprzestaniesz pracy, zaraz spycha cię do tyłu
Benjamin Britten [1]

Współczesna medycyna ma coraz większe możliwości przedłużania ludzkiego życia, co z kolei pociąga za sobą problemy związane z opieką nad ludźmi starszymi i nieuleczalnie chorymi. Chory terminalnie i umierający nie przestaje być bowiem człowiekiem, nadal posiada osobistą godność i wypływające z niej prawa, chroniące go w jego konkretnej sytuacji, ma prawo do autonomii, nie dyskryminacji i prawdy. Prawa człowieka umierającego gwarantują godność człowieka aż do śmierci, są one nierozerwalnie związane są z prawami człowieka i z tych praw się wywodzą [2].

Postęp medycyny i rozwój cywilizacji przyczyniły się do powstania regulacji prawnych, które mają na celu ochronę dóbr pacjentów. Wiedza o prawach pacjenta wpływa na prawidłowe korzystanie ze świadczeń zdrowotnych oraz zapobiega naruszeniom i zaniechaniem w stosunku do pacjenta [3].

Zagadnienia dotyczące praw pacjenta regulowane są przez akty o charakterze międzynarodowym (przede wszystkim w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka, Europejskiej Konwencji Praw Człowieka i Podstawowych Wolności, Europejskiej Konwencji Bioetycznej o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny, czy Międzynarodowym Pakcie Praw Ekonomicznych, Socjalnych i Kulturalnych, Międzynarodowym Pakcie Praw Obywatelskich i Politycznych), jak i ustawodawstwo

krajowe. W Polsce prawa pacjenta, w tym pacjenta umierającego wynikają z Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawy o działalności leczniczej, ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej, ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, o ochronie zdrowia psychicznego, o pobieraniu oraz przeszczepianiu komórek, tkanek, narządów, przepisów kodeksu cywilnego i kodeksu karnego [4].

Prawa pacjenta umierającego przez wielu autorów często są określane jako „Karta praw pacjenta umierającego", do których zalicza się podstawowe prawa do:

1. naturalnej, godnej i świadomej śmierci
2. umierania we własnym domu, a jeśli to niemożliwe, to nigdy w izolacji i osamotnieniu
3. rzetelnej informacji o stanie swego zdrowia, uzyskiwania prawdziwych odpowiedzi na zadawane pytania i udziału w podejmowaniu decyzji
4. zwalczania fizycznego bólu i innych dolegliwości
5. troski i pielęgnacji z poszanowaniem ludzkiej godności
6. otwartego wyrażania swoich uczuć, zwłaszcza na temat cierpienia i śmierci
7. swobodnego kontaktu z rodziną i bliskimi
8. pomocy psychologicznej i wsparcia duchowego zgodnego z przekonaniami
9. niezgody na uporczywą terapię przedłużającą umieranie
10. zapewnienia należnego szacunku dla swojego ciała po śmierci [5, 6].

Prawo do naturalnej, godnej i świadomej śmierci

Poszanowanie godności człowieka należy do podstawowych zasad porządku konstytucyjnego. Art.20 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz.U.z 2012 poz.159- dalej u.p.p.) gwarantuje pacjentowi prawo do umierania w spokoju i z godnością [7]. Prawo to nie może być utożsamiane z przyspieszeniem śmierci, która jest ostatnim życiowym zadaniem człowieka, z którego nikt nie może go zwolnić, ale można człowiekowi pomóc w tym zadaniu. Najważniejszą formą pomocy jest opieka oraz szacunek wobec chorego i postawa życzliwości wobec niego [5].

Prawo do umierania we własnym domu, a jeśli to niemożliwe, to nigdy w izolacji i osamotnieniu.

Umieranie w domu daje pacjentowi zdecydowanie większe poczucie bezpieczeństwa, a członkom rodziny uświadamia więzy ich łączące. Funkcjonujące hospicja domowe wspomagają rodzinę w opiece medycznej i pielęgnacji pacjenta. Ludzka solidarność i miłość członków rodziny pomaga człowiekowi umierającemu przekroczyć próg śmierci [5, 8].

Prawo do rzetelnej informacji o stanie swego zdrowia, uzyskiwania prawdziwych odpowiedzi na zadawane pytania i udziału w podejmowaniu decyzji.

Prawodawstwo medyczne i etyka lekarska podkreślają, że takie prawo zachowuje również pacjent terminalnie chory. Zgodnie z art.9 u.p.p ma on prawo do informacji o swoim stanie zdrowia. Informacji powinien udzielić lekarz zgodnie z art.31 ust.1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn.:Dz.U. z 2011, nr 277, poz.1634). W przypadku niepomyślnego rokowania dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informacje o stanie jego zdrowia i o rokowaniu, jeżeli przemawia za tym dobro pacjenta (art.31 ust.4 w/w ustawy) [7, 9]. Umierający powinien mieć możliwość uporządkowania spraw rodzinnych, duchowych, religijnych, czy też finansowych. Zatajenie prawdy przed chorym może spowodować brak zaufania nie tylko do lekarza, ale również do zespołu terapeutycznego oraz podejmowanej terapii. Rzetelna informacja potrzebna jest nieuleczalnie choremu również po to, by mógł współdecydować o terapii [5].

Prawo do zwalczania fizycznego bólu i innych dolegliwości

Ból ogranicza kontrolę nad swoim życiem i kształtowanie relacji z innymi. Pacjent znajdujący się w stanie terminalnym zgodnie z art.20 ust.2 u.p.p. ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień. Oznacza to, że pacjent ma prawo do umierania bez zbędnego bólu, jak również prawo do profesjonalnej opieki pielęgnacyjnej, której celem jest niesienie ulgi w cierpieniu [5, 7].

Prawo do troski i pielęgnacji z poszanowaniem ludzkiej godności

Nikt nie ma prawa określać jakości życia chorych terminalnie i kwalifikować jako tych, którzy jeszcze posiadają lub już utracili prawo do życia. Prawo do poszanowania godności i intymności w pielęgnacji zostało zapisane w art. 20 - 22 u.p.p. Prawo powyższe jest m.in. związane z obecnością dodatkowych osób przy udzielaniu świadczeń. Ustawa wprowadziła zasadę, iż przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska. Jednakże osoba wykonująca zawód medyczny, udzielająca świadczeń zdrowotnych pacjentowi, może odmówić obecności osoby bliskiej, w przypadku istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemiologicznego, ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta [7].

Prawo do otwartego wyrażania swoich uczuć, zwłaszcza na temat cierpienia i śmierci

Według Freuda [cyt. za 5] "*nikt nie wierzy we własną śmierć*", a nasza nieświadomość "*zachowuje się tak, jakby była nieśmiertelna*". Choroba terminalna kładzie kres wszystkim planom człowieka, dlatego też zaprzeczenie jest często jednym z głównych mechanizmów obronnych. Powoduje także izolację pacjenta - oddala go od społeczeństwa, od bliskich osób,

pozostawiając go w osamotnieniu. Człowiekowi jest trudno sprostać umieraniu w pojedynkę, a obecność drugiej osoby i gotowość do wysłuchania jest dużym wsparciem dla umierającego [5].

Prawo do swobodnego kontaktu z rodziną i bliskimi

Zgodnie z art.33 u.p.p. pacjent w stacjonarnym podmiocie leczniczym ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami. Kontakty rodzinne i środowiskowe są bardzo istotne podczas choroby terminalnej, ponieważ dają pacjentowi poczucie ciągłości życia, chronią przed poczuciem osamotnienia. Otrzymywane gesty życzliwości i miłości od rodziny umacniają chorego w walce z chorobą i pozytywnie wpływają na jego samopoczucie [5].

Prawo do pomocy psychologicznej i wsparcia duchowego zgodnego z przekonaniami

Konstytucja RP gwarantuje każdemu prawo do wolności sumienia i religii [10]. Prawo do opieki duszpasterskiej przewiduje też rozdział 10 u.p.p. mówiący o tym, że pacjent w stacjonarnym podmiocie leczniczym ma prawo do opieki duszpasterskiej. Kierownicy placówki medycznej prowadzonej przez administrację rządową lub samorządową mają prawny obowiązek zapewnienia choremu wykonywania praktyk religijnych i kontaktu z przedstawicielami swojego wyznania na terenie szpitala, a w przypadku pacjentów terminalnie chorych również wsparcia psychologicznego [11].

Prawo do niezgody na uporczywą terapię przedłużającą umieranie

Odmowa „uporczywej terapii" oznacza zaprzestanie zabiegów medycznych kosztownych, ryzykownych, nadzwyczajnych lub niewspółmiernych do spodziewanych rezultatów. Uporczywa terapia jest nieskuteczna leczniczo, a przedłuża jedynie umieranie chorego. Nigdy nie obejmuje ona zabiegów pielęgnacyjnych takich jak: karmienie, toaletę, łagodzenie bólu itp. Decyzję o rezygnacji z uporczywej terapii podejmuje sam chory po wysłuchaniu uzasadnionej medycznie opinii kompetentnego lekarza, zgodnej z jego wiedzą i sumieniem. Prawo polskie nie pozwala decydować o tym rodzinie. Art. 32.1. Kodeksu etyki lekarskiej stanowi: „*W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych*" [5].

Pojęcie uporczywej terapii i możliwość odstąpienia od niej akceptował papież Jan Paweł II, który w Encyklice "*Evangelium vitae*" pisał: "*W sytuacji, gdy śmierć jest bliska i nieuchronna, można w zgodzie z sumieniem zrezygnować z zabiegów, które spowodowałyby jedynie nietrwałe i bolesne przedłużenie życia, nie należy jednak przerywać normalnych terapii, jakich wymaga chory w takich przypadkach. Rezygnacja ze środków nadzwyczajnych i*

*przesadnych nie jest równoznaczna z samobójstwem lub eutanazją; wyraża raczej akceptację ludzkiej kondycji w obliczu śmierc*i" [cyt. za 5].

Prawo do zapewnienia należnego szacunku dla swojego ciała po śmierci

Ciało człowieka zasługuje na szacunek poprzez jego integralność z godnością i podmiotowością istoty ludzkiej. Szacunek ciału należy się nie tylko za życia, ale również po śmierci. Postępowanie ze zwłokami określa art. 28 ustawy o działalności leczniczej, jak i rozporządzenie z 2012r. sposobu postępowania ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci [12, 13].

Celem pracy była ocena wiedzy pielęgniarek i położnych na temat znajomości praw pacjenta umierającego.

Materiał i metodyka

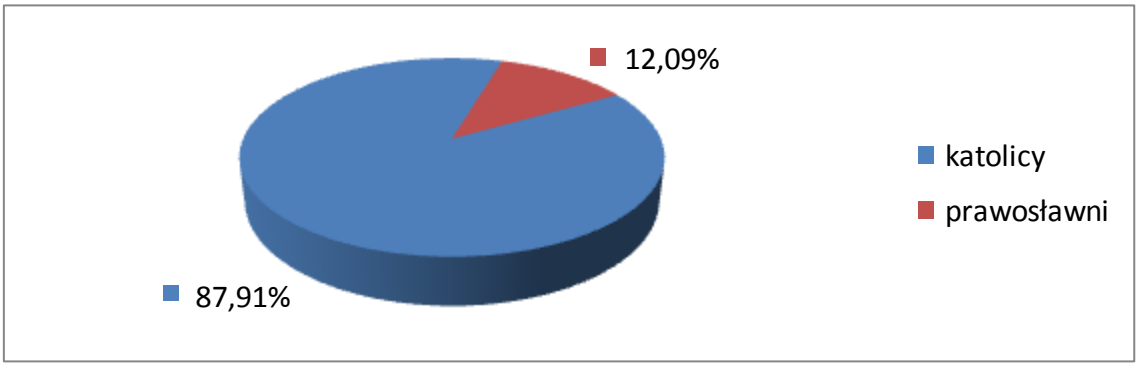
Badaniem objęto 182 pielęgniarki i położne zawodowo czynne z województwa podlaskiego, do którego wykorzystano autorski kwestionariusz ankietowy zawierający 34 pytania. Pierwsze sześć pytań zawierało kwestie dotyczące: płci, wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia, stażu pracy w zawodzie pielęgniarki i położnej oraz miejsca pracy. Pozostałe pytania dotyczyły religijności respondentów, kwestii zetknięcia się ze śmiercią i odczuć z tym związanych, znajomości aktów prawnych regulujących prawa człowieka umierającego, wiedzy na temat praw pacjenta umierającego oraz elementów utrudniających przestrzeganie tych praw.

Wszystkie osoby biorące udział w badaniu to kobiety. Strukturę socjodemograficzną badanej grupy pielęgniarek i położnych przedstawia Tabela I. Najliczniejszą grupę 52,67% stanowili ankietowani w przedziale wiekowym 41-50 lat, kolejne - w wieku 31-40 lat (29,67%), w wieku 51-60 lat (10,44%) oraz w przedziale 20-30 lat (7,69%) (Tabela I). Większość respondentów zamieszkiwało miasto - 80,22%. Poziom wykształcenia układał się w podobnych wartościach w wykształceniu średnim - 37,36% i wyższym - 36,81%, zaś w zakresie wykształcenia licencjackiego wynosił 25,82% (Tabela I). Największy staż w zawodzie 21-25 lat miało 28,57% przebadanych pielęgniarek i położnych, 17,58% pracowało 15-20 lat, a 14.84% od 26 do 30 lat (Tabela I). Najmniej liczną grupę 6,04% stanowiły pielęgniarki o stażu pracy 0-5 lat. Najwięcej osób pracowało w oddziałach (81,87%), z czego najliczniejsza grupa pracowała w oddziale wewnętrznym 17,45%, psychiatrycznym 16,11%, onkologicznym 10,74%, ginekologicznym 8,72%, chirurgicznym 8,05%, nefrologicznym 7,38%. Pozostałe jednostki stanowiły niewielki odsetek (Tab. I).

Tabela I. Struktura socjodemograficzna badanej grupy pielęgniarek i położnych

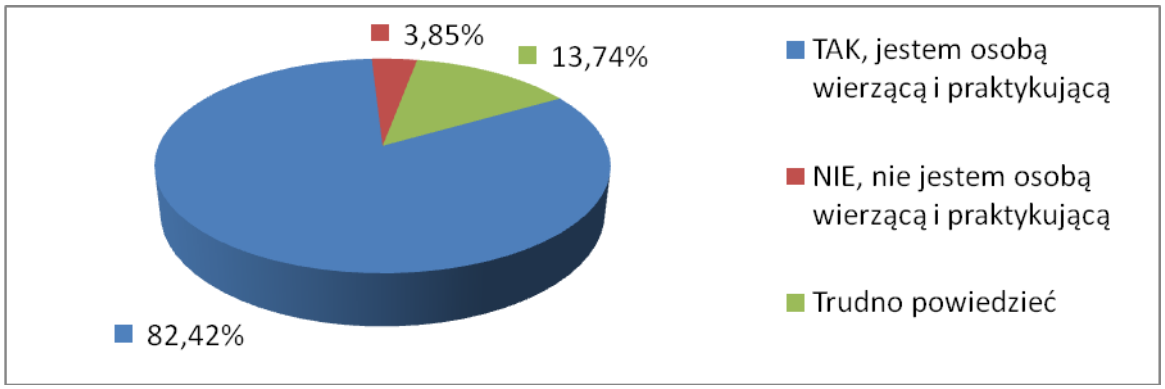
Zmienna	Liczność (N)	Udział (%)
PRZEDZIAŁ WIEKOWY		
20-30 lat	14	7,69
31-40 lat	54	29,67
41-50 lat	95	52,67
51-60 lat	19	10,44
60 lat i więcej	0	0,00
MIEJSCE ZAMIESZKANIA		
miasto	146	80,22
wieś	36	19,78
POZIOM WYKSZTAŁCENIA		
średnie	68	37,36
licencjackie	47	25,82
magisterskie	67	36,81
STAŻ PRACY W ZAWODZIE		
0-5 lat	11	6,04
6-10 lat	24	13,19
11-15 lat	22	12,09
15-20 lat	32	17,58
21-25 lat	52	28,57
26-30 lat	27	14,84
30 lat i więcej	14	7,69
MIEJSCE PRACY		
poradnia	12	6,59
oddział	149	81,87
inny	21	11,54
OGÓŁEM	182	100,00

Określając swoje wyznanie religijne 87,91% respondentów zdeklarowało się jako katolicy, a 12,09% jako osoby wyznania prawosławnego (Ryc.1).



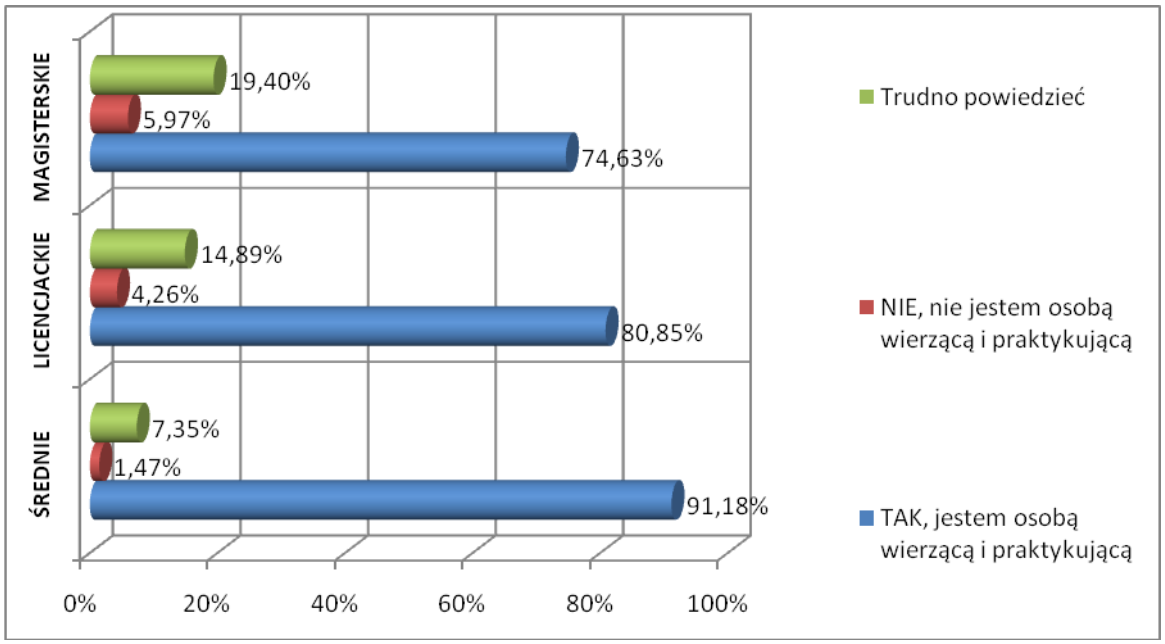
Rycina 1. Wyznanie religijne respondentów.

Oceniając stosunek do wiary pielęgniarki i położne w 82,42% określiły siebie jako osoby wierzące i praktykujące, 13,74% nie potrafiło ocenić swojej religijności, a 3,85% zadeklarowało się, jako osoby niewierzące i niepraktykujące (Ryc. 2).



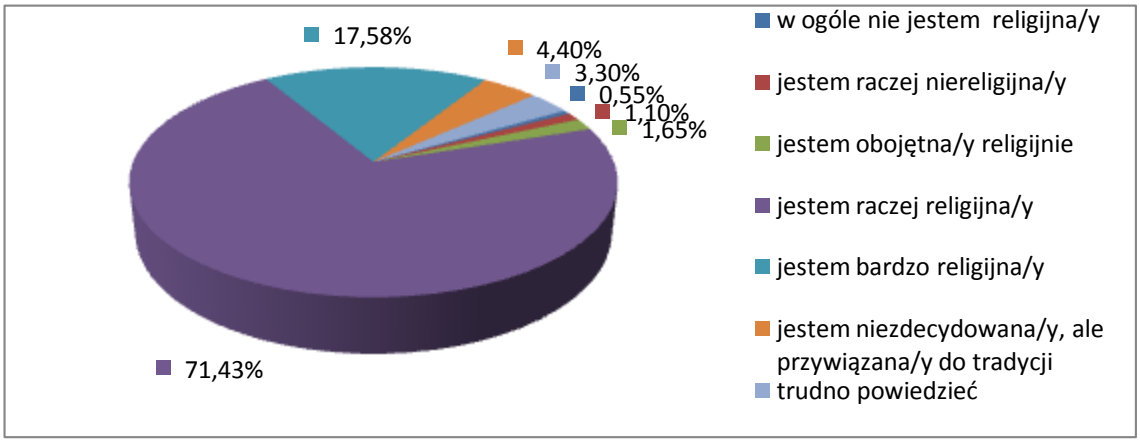
Rycina 2. Stosunek respondentów do wiary i religijności.

Analizując wyniki uzyskane z oceny wiary pielęgniarek i położnych w stosunku do ich wykształcenia można zauważyć, iż religijność malała wraz ze wzrostem wykształcenia respondentów (współczynnik Pearsona r(X,Y)=0,176, t=2,40, p=0,017). Wyniki te ilustruje Rycina 3.



Rycina 3. Stosunek respondentów do religii z uwzględnieniem poziomu wykształcenia.

Oceniając religijność respondentów 71,43% określiło się, jako raczej religijni, 17,58% - jako bardzo religijni, 4,40% - jako niezdecydowani, ale przywiązani do tradycji. Tylko 0,55% badanych zaznaczyło odpowiedź, że nie jestem religijny/a (Ryc. 4).



Rycina 4. Ocena własnej religijności przez respondentów.

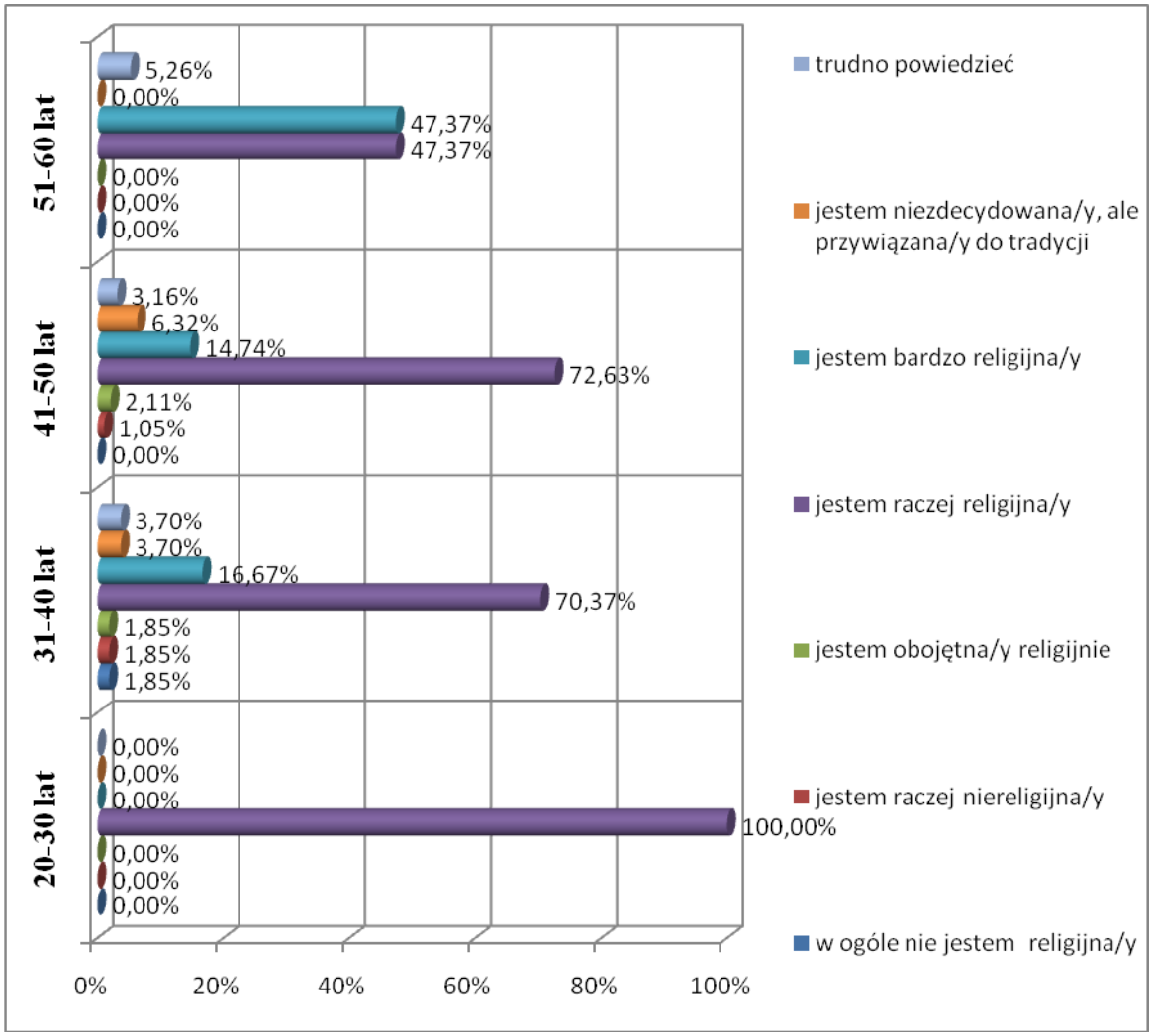
Stwierdzono zależność istotną statystycznie pomiędzy samooceną religijności, a wiekiem respondenta (współczynnik Pearsona r(X,Y)=0,162, t=2,19, p=0,029). Im była starsza osoba, tym bardziej religijna (Rycina 5).

Uczestnictwo w praktykach religijnych raz w tygodniu zadeklarowało 43,96% badanych, 21,43% kilka razy w miesiącu, 20, 88% codziennie, 6, 04% kilka razy w tygodniu a tylko 3,30 % kilka razy w roku (Ryc. 6).

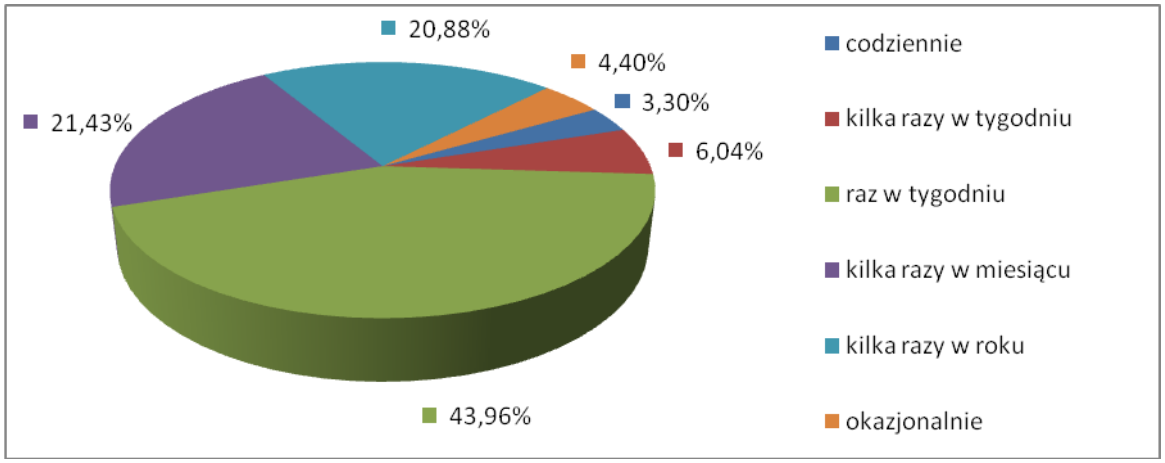
Stwierdzono zależność wysoce istotną statystycznie pomiędzy aktywnością religijną, a wiekiem respondenta (współczynnik Pearsona r(X,Y)=0,188, t=2,57, p=0,011). Aktywność religijną z uwzględnieniem wieku przedstawia Rycina 7.

Jedynie 54,40% badanych pamiętało pierwszy kontakt ze śmiercią, zaś 45,60% takiego przeżycia nie pamiętają i nie są w stanie opisać okoliczności i uczuć temu towarzyszących (Ryc. 8).

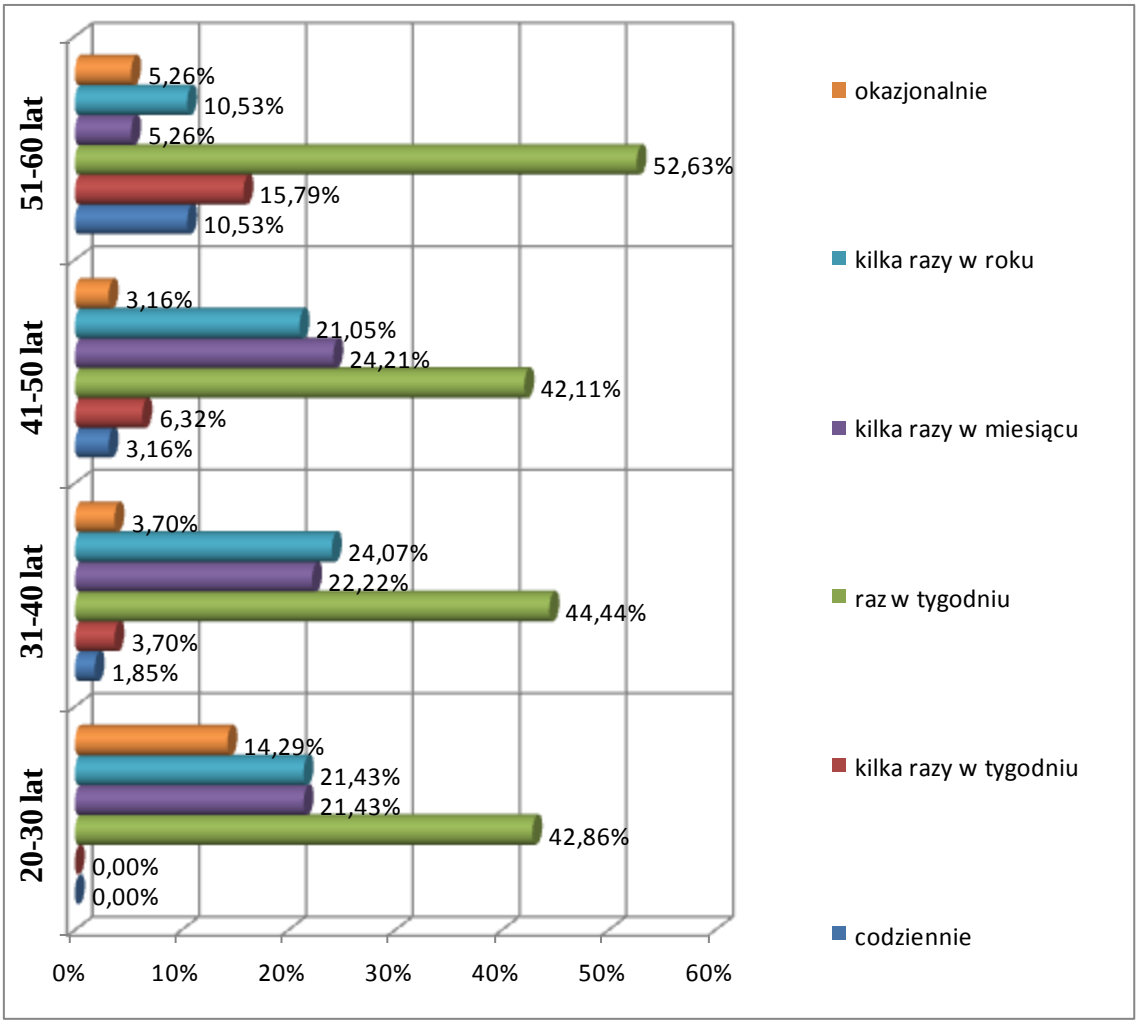
Analizując wpływ śmierci na dotychczasowe życie respondentów, to najwyraźniej zarysował się pogląd (73,08%), że śmierć uzmysłowiła im kruchość ludzkiego życia, w 19,78% nieszczęścia ludzkie, u 7,14% zdopingowała do pogłębienia wiedzy. 10,44% zadeklarowało, że nie miało okazji być przy pacjencie umierającym (Ryc. 9).



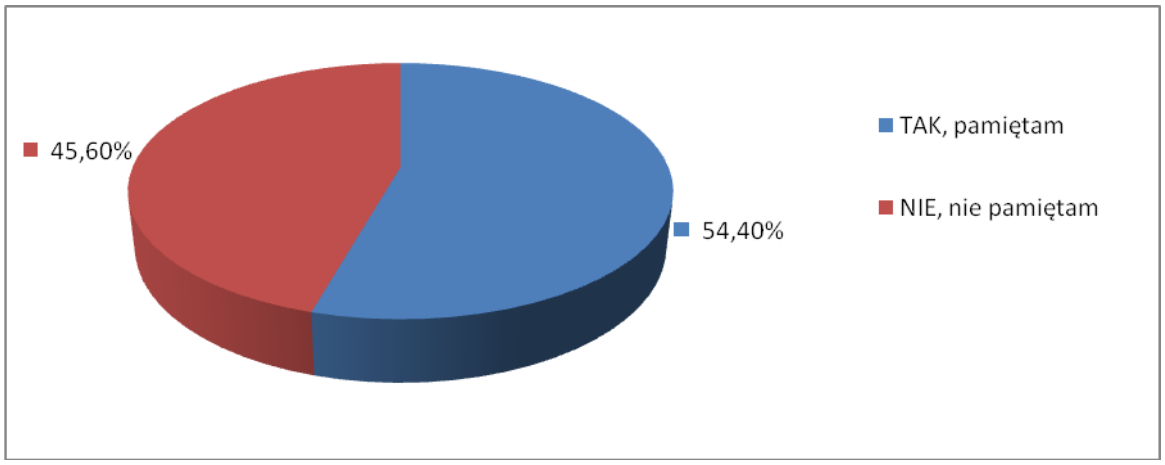
Rycina 5. Ocena własnej religijności przez respondentów z uwzględnieniem wieku respondenta.



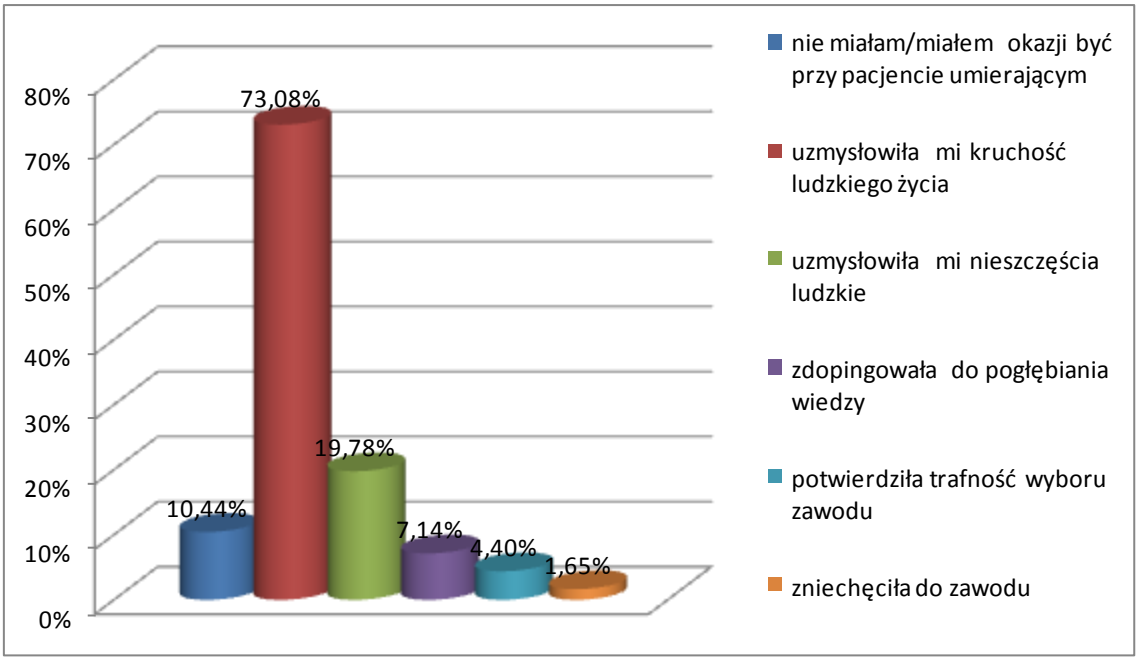
Rycina 6. Aktywność religijna respondentów.



Rycina 7. Aktywność religijna z uwzględnieniem wieku respondenta



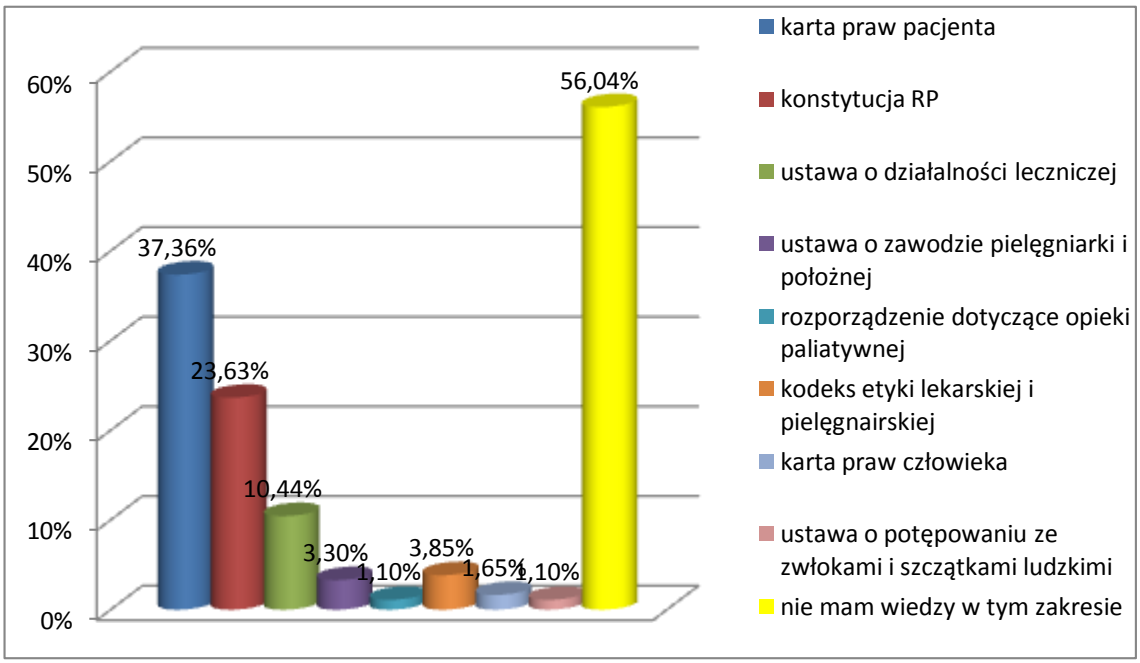
Rycina 8. Pierwszy kontakt respondenta ze śmiercią pacjenta



**Liczby nie sumują się do 100%, ponieważ istniała możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi*

Rycina 9. Wpływ śmierci na dotychczasowe życie respondenta

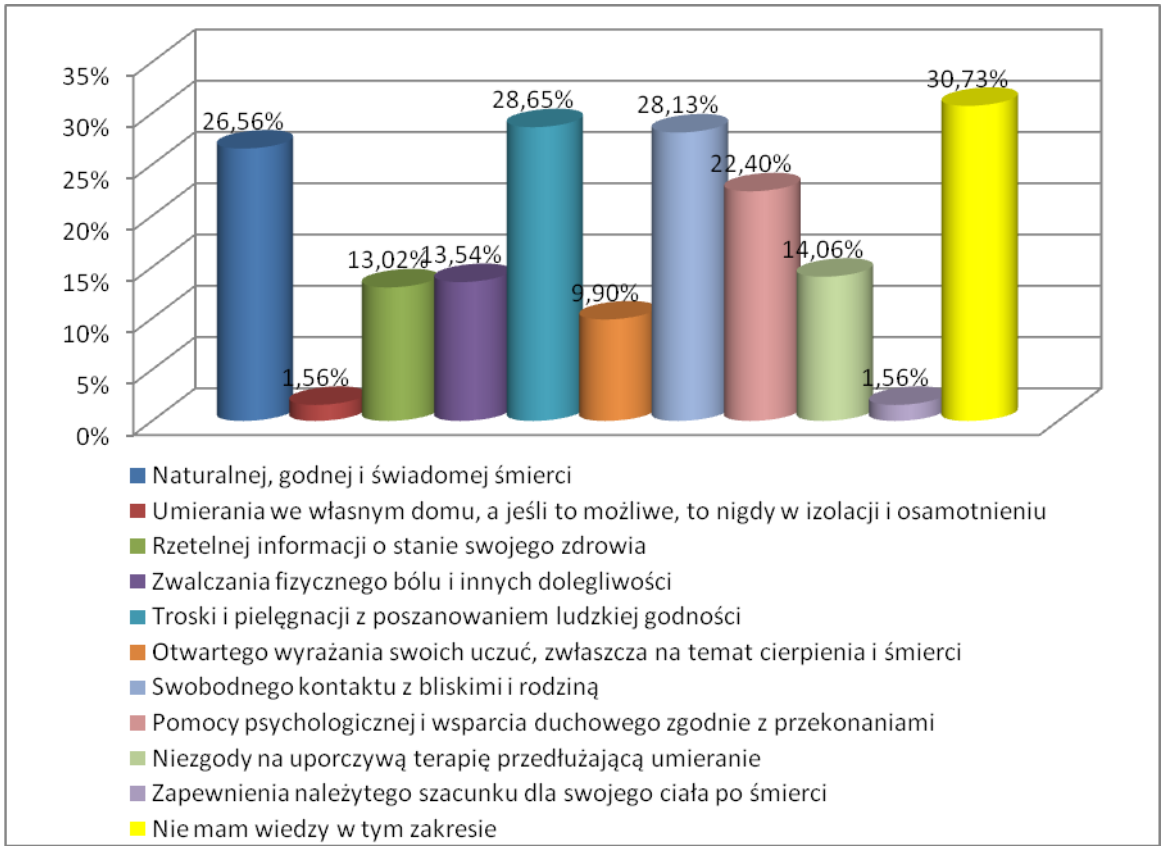
Oceniając znajomość przez pielęgniarki i położne aktów prawnych regulujących prawa człowieka umierającego, aż 56,04% nie posiadało takiej wiedzy. 37,36% odwołało się do Karty Praw Pacjenta, 23.63% do Konstytucji RP, 10,44% podało ustawę o działalności leczniczej (Rycina 10).



** Liczby nie sumują się do 100%, ponieważ istniała możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi*

Rycina 10. Akty prawne regulujące prawa człowieka umierającego w Polsce w opinii respondentów

Określając wiedzę pielęgniarek i położnych na temat znajomości praw pacjenta niepokojący jest fakt, że największą grupą 30,73% stanowiły osoby, które nie posiadały wiedzy w tym zakresie. Do najbardziej znanych praw pacjenta przez pielęgniarki i położne należało prawo do troski i pielęgnacji z poszanowaniem ludzkiej godności (28,65%), swobodnego kontaktu z bliskimi i rodziną (28,13%), naturalnej, godnej i świadomej śmierci (26,56%), pomocy psychologicznej i wsparcia duchowego (22,40%), niezgody na uporczywą terapię przedłużającą umieranie (14,06%). Najmniej znanymi prawami wśród badanych było prawo do zapewnienia należytego szacunku dla swojego ciała po śmierci (1,56%) oraz prawo do umierania we własnym domu, a jeśli to możliwe, to nigdy w izolacji i osamotnieniu (1,56%) (Rycina 11).

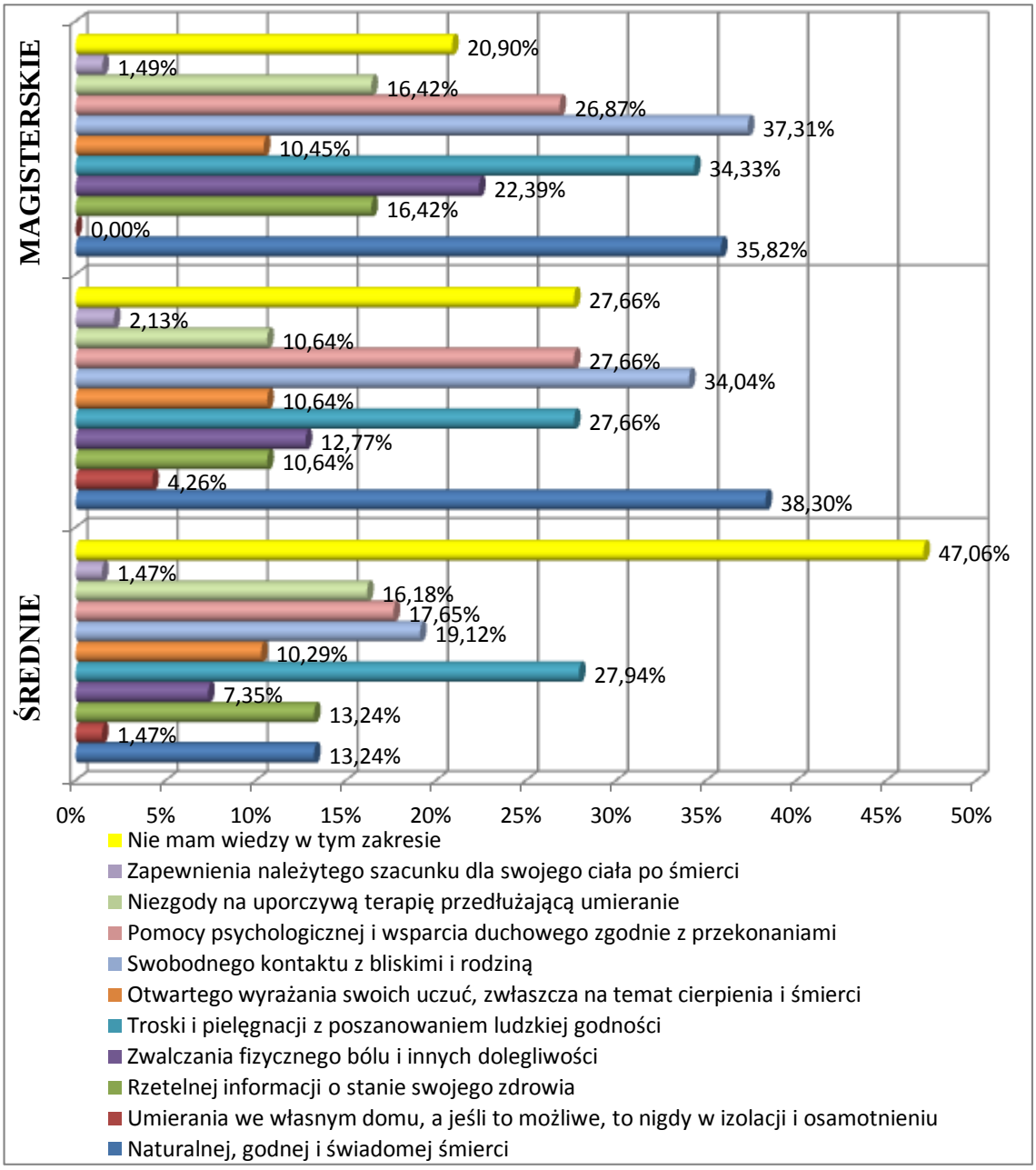


** Liczby nie sumują się do 100%, ponieważ istniała możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi*

Rycina 11. Wiedza respondentów w zakresie praw pacjenta umierającego

Stwierdzono zależność wysoce istotną statystycznie pomiędzy znajomością praw, a poziomem wykształcenia respondenta (współczynnik Pearsona r(X,Y)=0,241, t=3,33, p=0,001).

Deficyt wiedzy w zakresie praw pacjenta zmniejsza się wraz ze wzrostem wykształcenia pielęgniarek i położnych. Wiedzę respondentów w zakresie praw pacjenta umierającego z uwzględnieniem wykształcenia ilustruje Rycina 12.



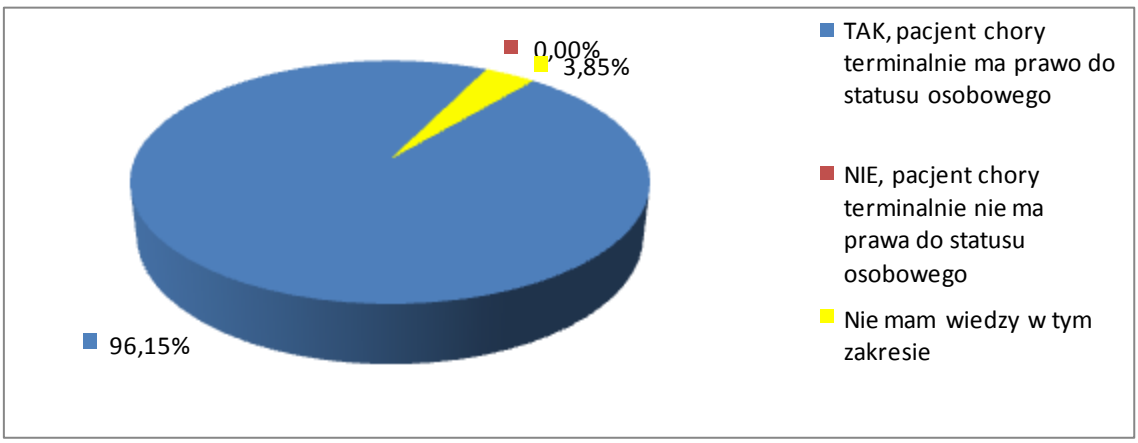
Rycina 12. Wiedza respondentów w zakresie praw pacjenta umierającego z uwzględnieniem poziomu wykształcenia

Korelacje pomiędzy poszczególnymi prawami pacjenta umierającego a wykształceniem przedstawia Tabela II

Tabela II. Korelacje pomiędzy wyborem konkretnego prawa a poziomem wykształcenia

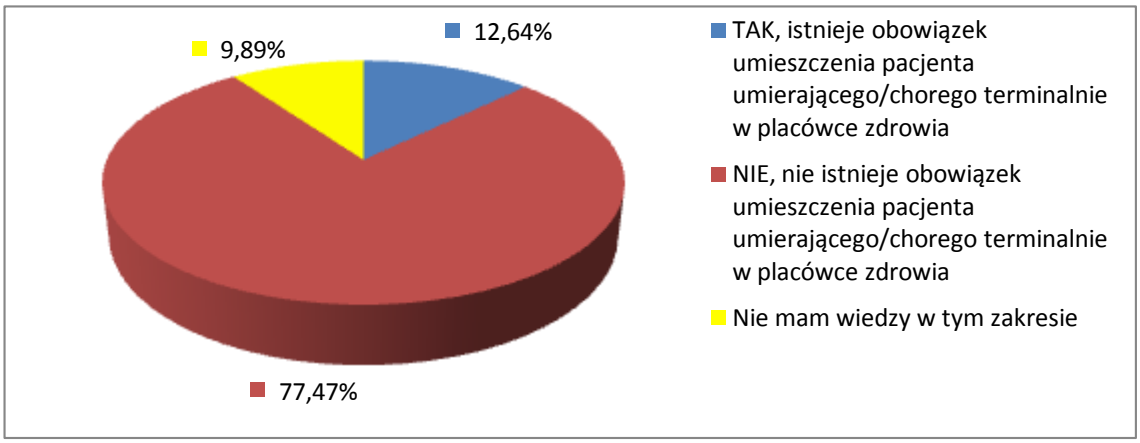
Prawa pacjenta do umierania		współczynnik Pearsona r(X,Y)	Test t-Studenta	p
I	Naturalnej, godnej i świadomej śmierci	0,217	2,98	0,003
II	Umierania we własnym domu, a jeśli to możliwe, to nigdy w izolacji i osamotnieniu	0,049	0,66	ns
III	Rzetelnej informacji o stanie swojego zdrowia, uzyskiwania prawdziwych odpowiedzi na zadawane pytania i udziału w podejmowaniu decyzji	0,040	0,53	ns
IV	Zwalczania fizycznego bólu i innych dolegliwości	0,185	2,52	0,012
V	Troski i pielęgnacji z poszanowaniem ludzkiej godności	0,060	0,80	ns
VI	Otwartego wyrażania swoich uczuć, zwłaszcza na temat cierpienia i śmierci	0,002	0,03	ns
VII	Swobodnego kontaktu z bliskimi i rodziną	0,172	2,34	0,020
VIII	Pomocy psychologicznej i wsparcia duchowego zgodnie z przekonaniami	0,094	1,26	ns
IX	Niezgody na uporczywą terapię przedłużającą umieranie	0,003	0,04	ns
X	Zapewnienia należytego szacunku dla swojego ciała po śmierci	0,001	0,01	ns

Zadowalający jest fakt, że 96,15% respondentów uważało, iż pacjent ma prawo do statusu osobowego, aż do śmierci i tylko 3,85% nie ma wiedzy w tym zakresie (Ryc.13).



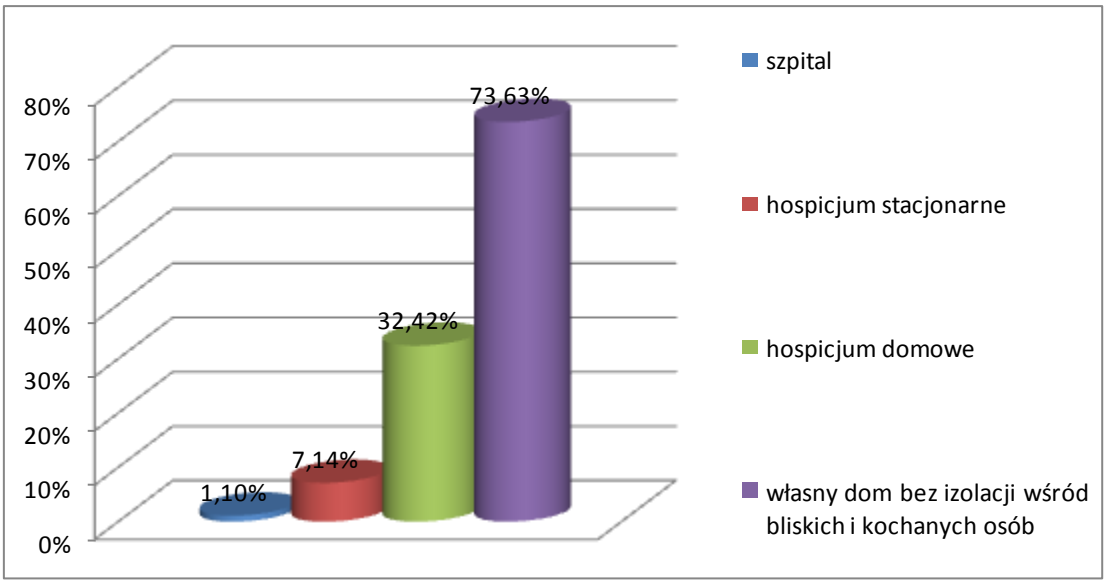
Rycina 13. Prawo pacjenta chorego terminalnie do statusu osobowego, aż do śmierci w opinii respondentów

Pielęgniarki i położne w 77,47% uważały, że nie istnieje obowiązek umieszczania pacjenta terminalnie chorego w placówce ochrony zdrowia. 12.64% było innego zdania i według tej grupy pacjent terminalnie chory powinien być umieszczony w placówce ochrony zdrowia. Niestety 9,89 % nie miało w tym zakresie wiedzy (Ryc. 14).



Rycina 14. Obowiązek umieszczenia pacjenta umierającego/chorego terminalnie w placówce zdrowia w opinii respondentów

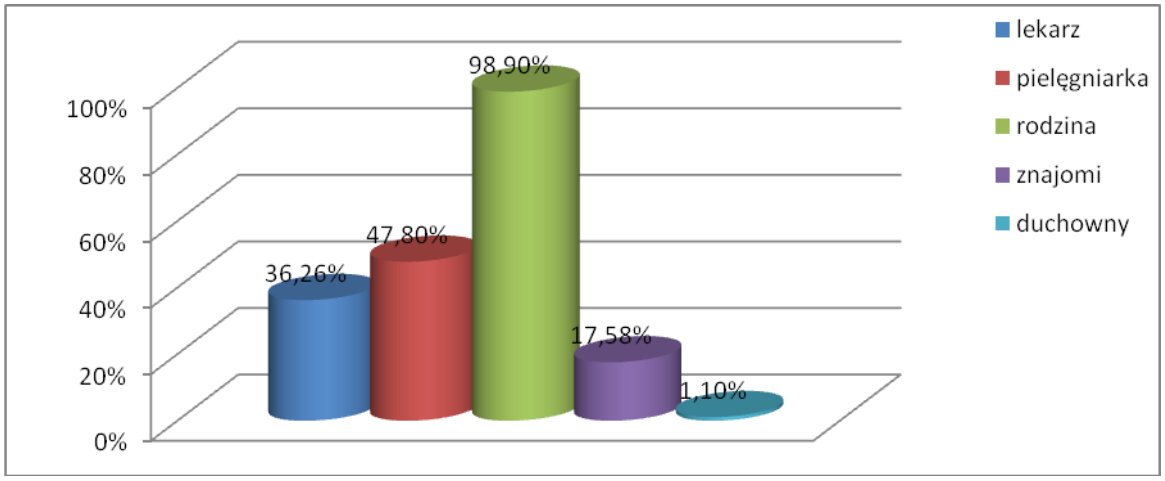
Wybierając najlepszą formę opieki dla pacjenta chorego terminalnie badani wskazali, że takim miejscem powinien być własny dom bez izolacji wśród bliskich i kochanych osób (73,63%), hospicjum domowe (32,42%), hospicjum stacjonarne (7,14%). Tylko 1,10% jako najlepszą formę opieki wskazało szpital (Ryc. 15).



** Liczby nie sumują się do 100%, ponieważ istniała możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi*

Rycina 15. Najlepsza forma leczenia pacjenta umierającego/chorego terminalnie w opinii respondentów

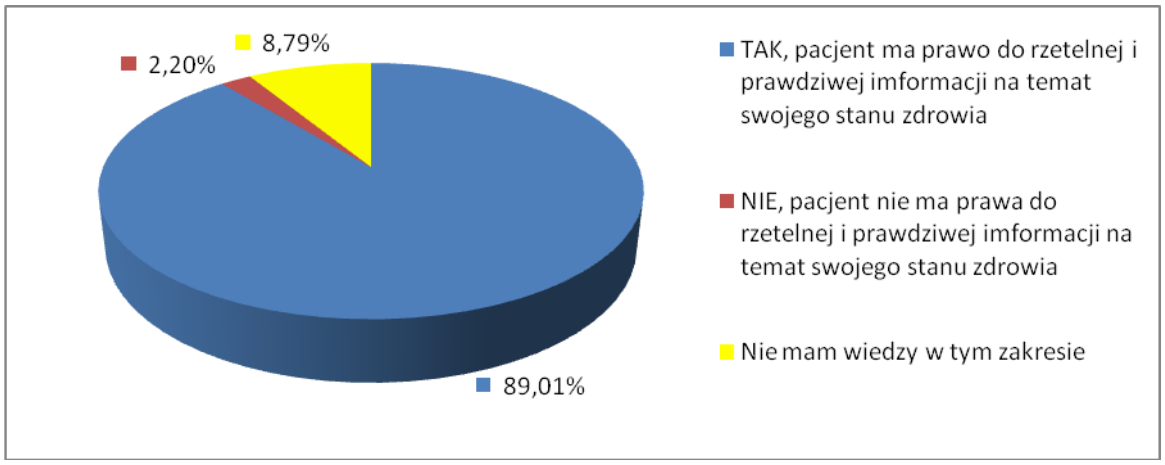
W opinii badanych najbardziej odpowiednią osobą, przebywającą przy chorym to - rodzina (98,90%), pielęgniarka (47,80%) oraz lekarz (36,26%). Ilustruje powyższe Rycina 16. Wykazano dużą zależność pomiędzy wyznaniem respondenta w wyborem osoby towarzyszącej - rodziną (współczynnik Pearsona r(X,Y) 0,176; p=0,017).



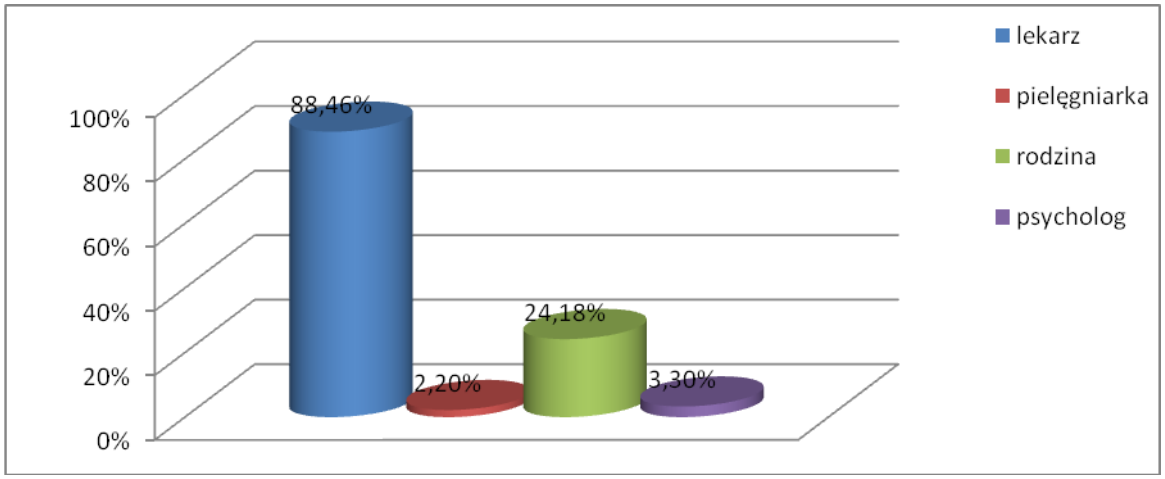
** Liczby nie sumują się do 100%, ponieważ istniała możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi*

Rycina 16. Osoby towarzyszące pacjentowi umierającemu/choremu terminalnie w opinii respondentów

Pielęgniarki i położne w 89,01% uważały, że pacjent ma prawo do rzetelnej i prawdziwej informacji na temat swojego stanu zdrowia. Tylko 8,79% twierdziło inaczej (Rycina 17). Za osobę, która powinna przekazywać informacje uznano lekarza (88,46%) oraz pielęgniarkę (24,18). Ilustruje to Rycina 18.



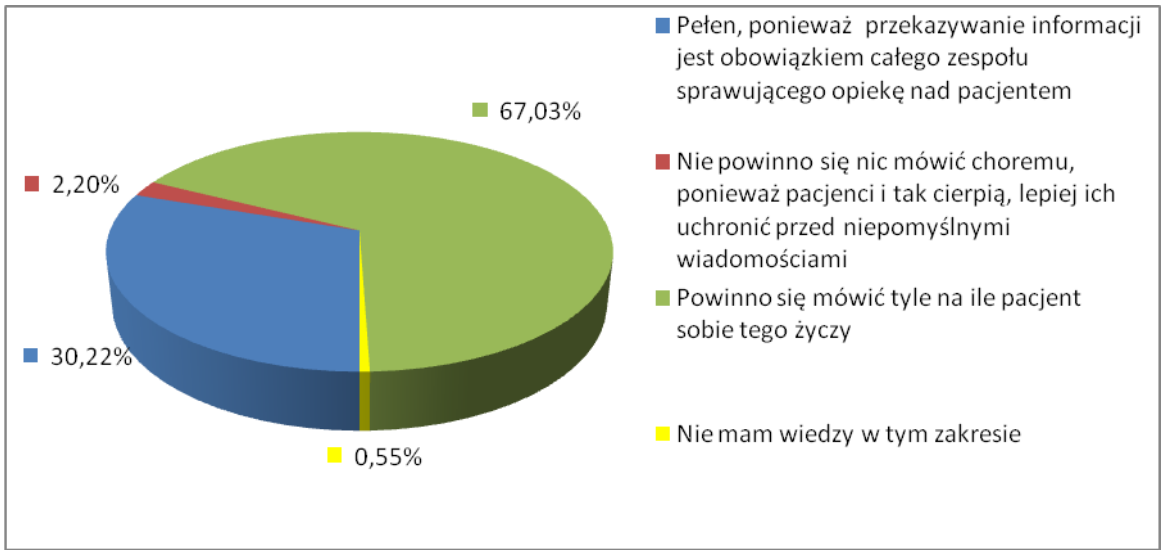
Rycina 17. Prawo pacjenta do rzetelnej i prawdziwej informacji na temat jego stanu zdrowia w opinii respondentów



** Liczby nie sumują się do 100%, ponieważ istniała możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi*

Rycina 18. Najlepsza osoba informująca pacjenta umierającego/chorego terminalnie o jego stanie zdrowia w opinii respondentów

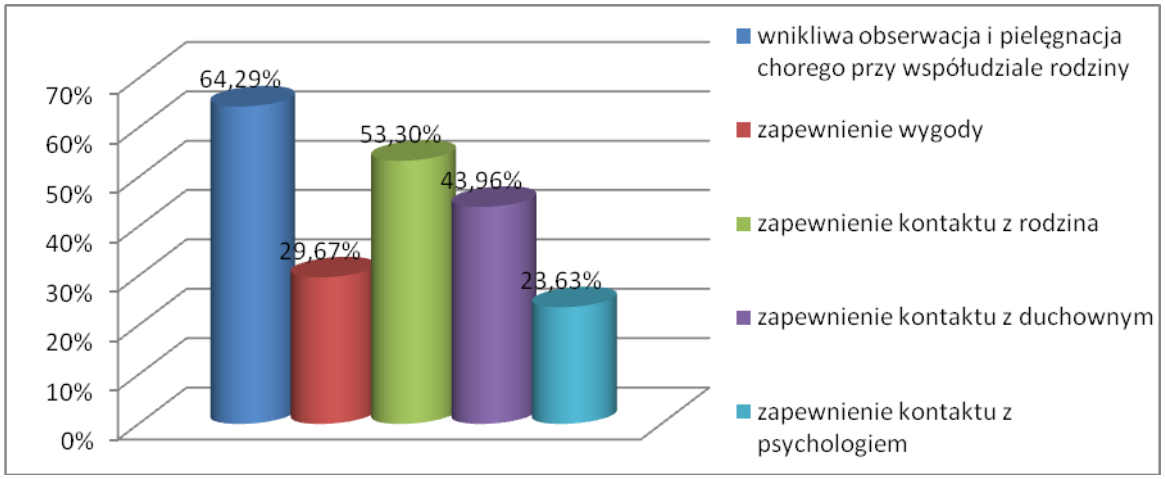
Biorąc pod uwagę zakres informacji, jaki powinien być przekazany pacjentowi, większość badanych (67,03%) uważało, że powinno się mówić tyle, na ile pacjent sobie tego życzy. Za podaniem pacjentowi umierającemu pełnej informacji było 30,22%, a tylko 2,2% uznało, że nie powinno się nic mówić choremu, ponieważ i tak cierpi, więc lepiej uchronić go przed niepomyślnymi informacjami (Ryc. 19).



Rycina 19. Prawidłowy zakres informacji na temat stanu zdrowia przekazywany pacjentowi umierającemu/choremu terminalnie w opinii respondentów

Analizując najważniejsze elementy zapewniające komfort pacjentowi umierającemu, oprócz walki z bólem, ewidentnie można stwierdzić, że była to wnikliwa obserwacja i pielęgnacja przy współudziale rodziny (64,29%), zapewnienie kontaktu z rodziną (53,30%),

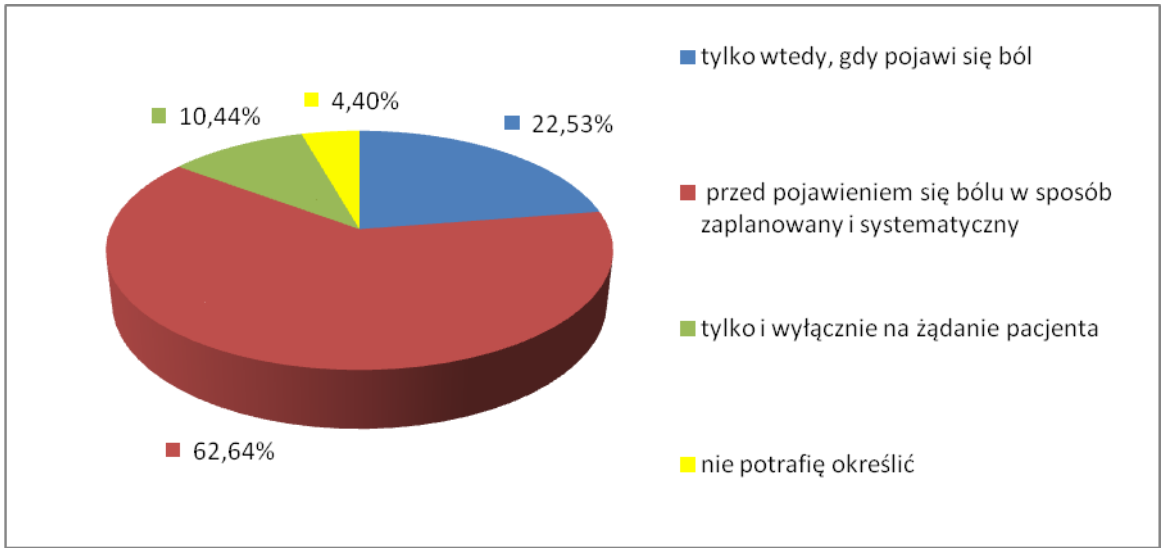
zapewnienie kontaktu z duchownym (43,96%) oraz zapewnienie wygody (29,67%). Najmniejsze znaczenie miało zapewnienie kontaktu z psychologiem (23,63%)- Rycina 20.



** Liczby nie sumują się do 100%, ponieważ istniała możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi*

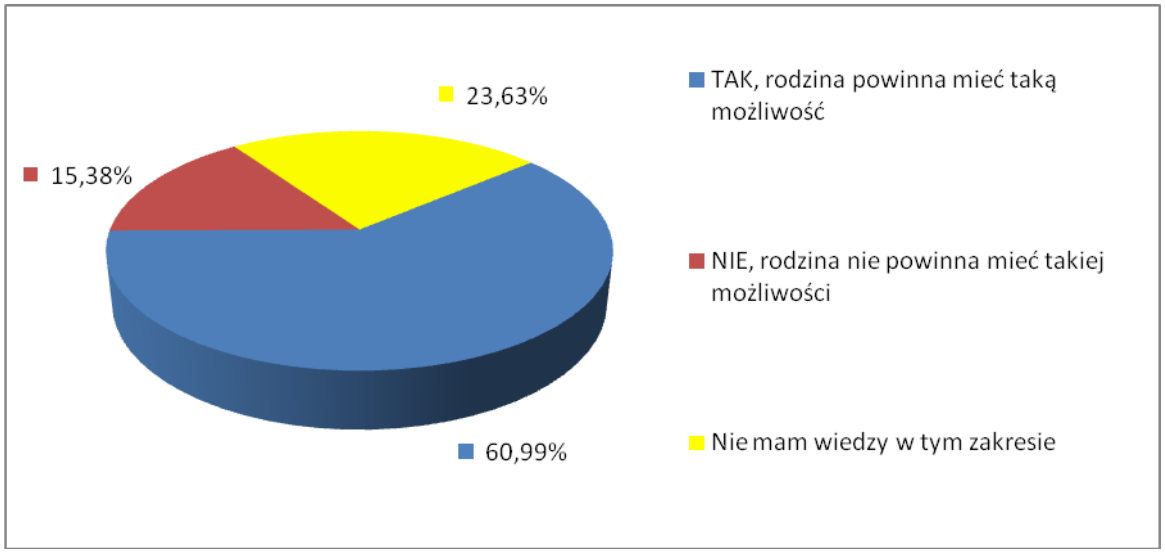
Rycina 20. Środki zapewniające komfort choremu w opinii respondentów oprócz walki z bólem

W opinii 62,64% badanych leczenie przeciwbólowe powinno być włączone przed pojawieniem się bólu, w sposób zaplanowany i systematyczny. Innego zdania było 22,53% respondentów twierdząc, że tylko wtedy, gdy ból występuje, zaś 10,44% twierdziło, że włączamy je tylko i wyłącznie na żądanie pacjenta (Ryc. 21).



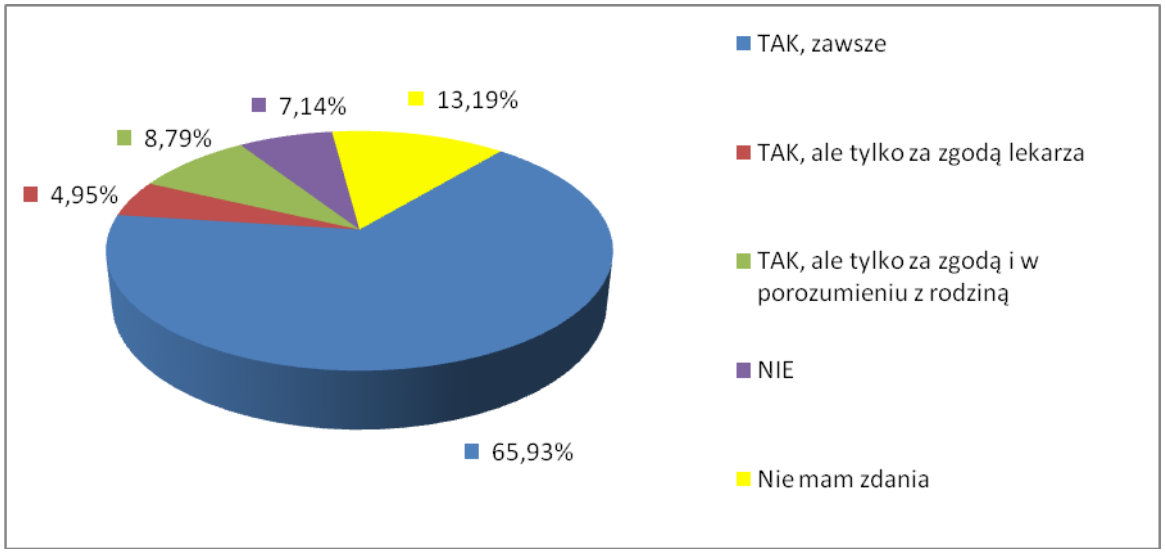
Rycina 21. Włączenie leczenia p/bólowego u pacjentów terminalnie chorych w opinii respondentów

Pielęgniarki i położne w 96,15% wiedziały, że pacjent ma prawo dostępu do opieki sprawowanej przez rodzinę lub znajomych. Większość badanych (60,99%) twierdziło, że rodzina i znajomi mają prawo przebywać z pacjentem w zakładzie stacjonarnym przez 24 godziny. 23,63% nie posiadało wiedzy w tym zakresie (Ryc. 22).



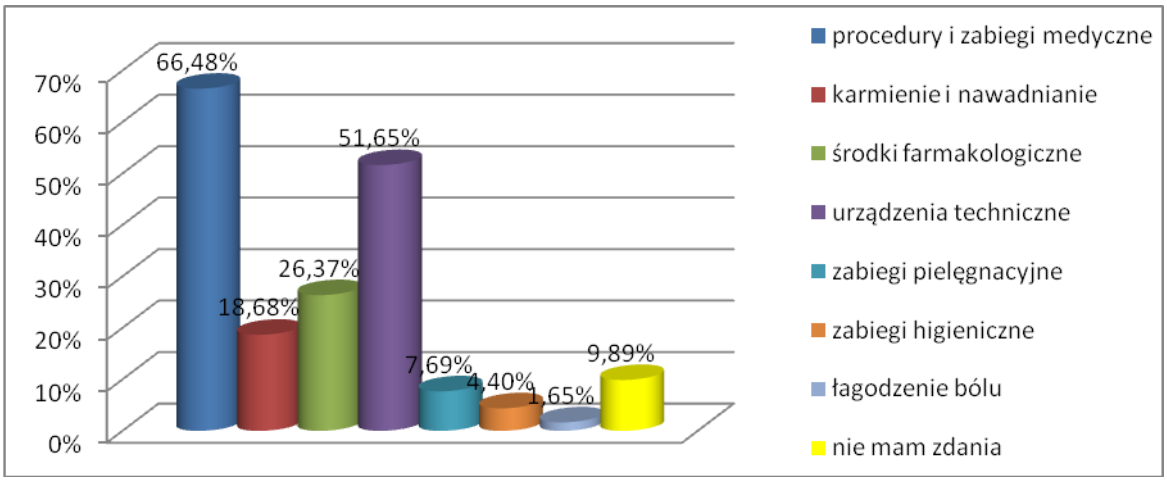
Rycina 22. Przebywanie członków rodziny 24h w zakładzie stacjonarnym w opinii respondentów

Zadowalający jest fakt, że 65,93% pielęgniarek i położnych wiedziało, że pacjent może odmówić stosowania uporczywych terapii przedłużających umieranie. Tylko 13,19 % nie posiadało w tym zakresie wiedzy (Ryc. 23).



Rycina 23. Prawo pacjenta terminalnie chorego do odmowy uporczywej terapii przedłużającej umieranie w opinii respondentów

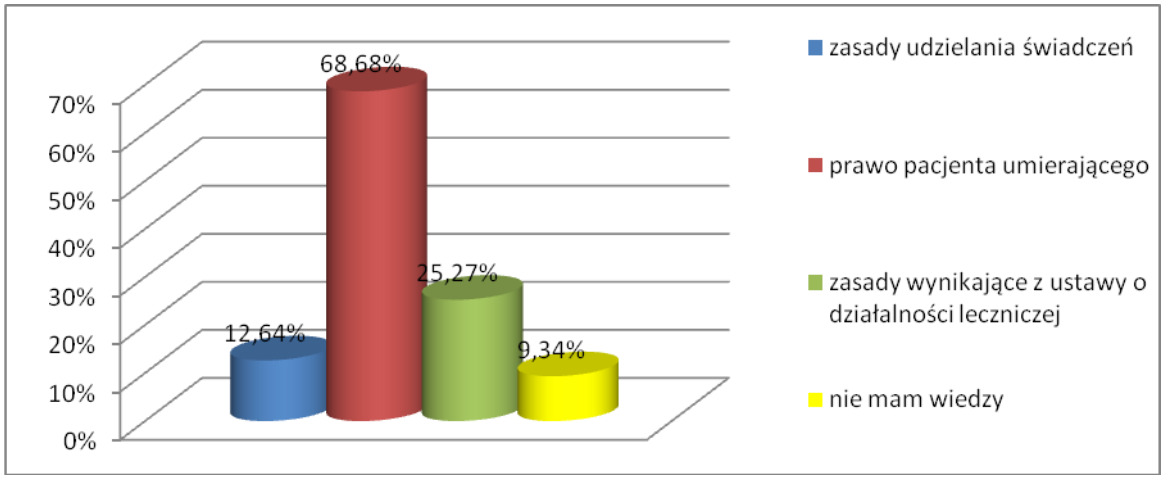
Za uporczywą terapię przedłużającą życie pacjentowi badani uznali procedury i zabiegi medyczne (66,48%), urządzenia techniczne (51,65%), środki farmakologiczne (26,37%). 9,89% nie wiedziało jakie zabiegi i procedury można uznać za uciążliwą terapię (Ryci. 24).



** Liczby nie sumują się do 100%, ponieważ istniała możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi*

Rycina 24. Procedury i zabiegi uznane za uciążliwą terapię

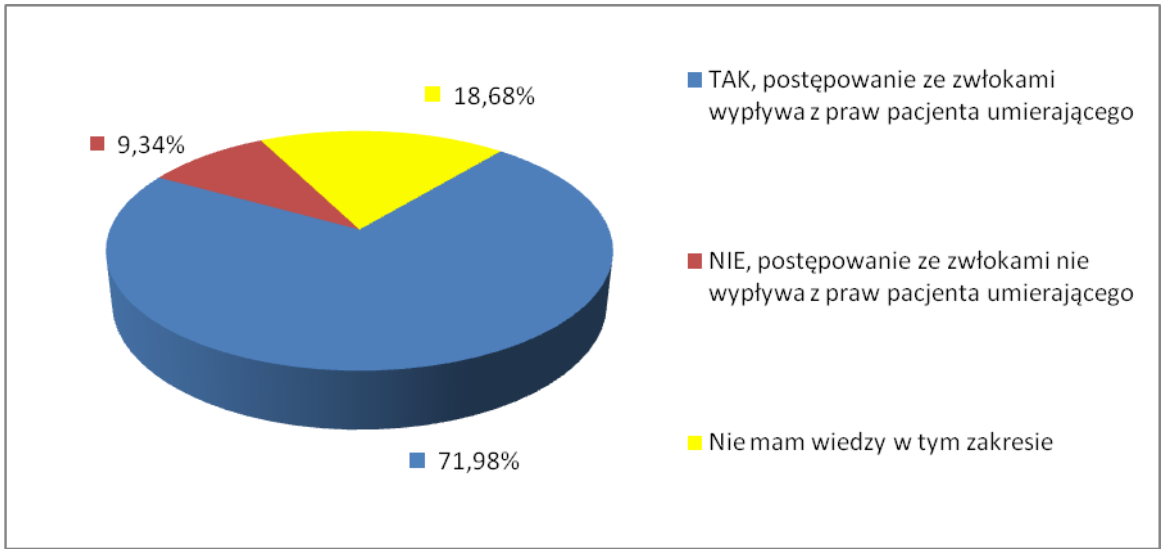
Pielęgniarki i położne zdecydowanie podały, że dostęp do pomocy psychologicznej lub wsparcia duchowego zgodnie z wyznaniem wynika z praw pacjenta umierającego (68,68%). 25,27% uznało, że zasady te wynikają z ustawy o działalności leczniczej, a 9,34% nie miało w tym zakresie wiedzy (Ryc. 25).



** Liczby nie sumują się do 100%, ponieważ istniała możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi*

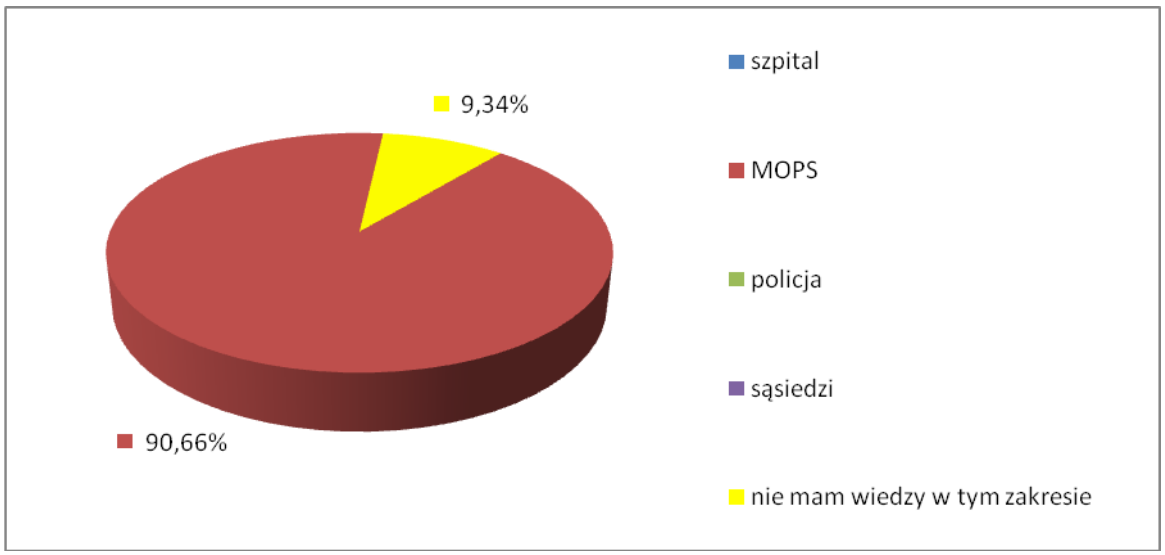
Rycina 25. Źródła uprawnień do pomocy psychologicznej lub wsparcia duchownego w opinii respondentów

Chociaż 71,98% respondentów wiedziało, że postępowanie ze zwłokami odnosi się do praw pacjenta umierającego, to niepokojący jest fakt, że aż 18,68% nie miało w tym zakresie wiedzy, tym bardziej, że większość badanych nie wskazało tego prawa wymieniając wcześniej prawa pacjenta umierającego (Ryc. 26).



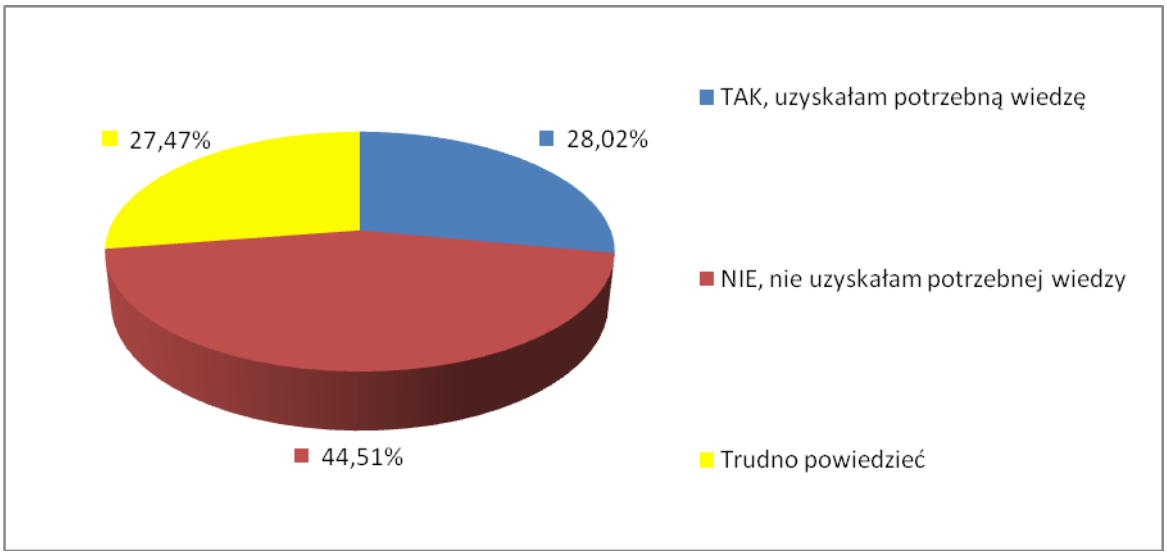
Rycina 26. Postępowanie ze zwłokami w odniesienie do praw pacjenta umierającego w opinii respondentów

Pielęgniarki i położne posiadały również wiedzę, co do instytucji i zasad pochówku pacjenta samotnego/bezdomnego, podając w 90,66% jako instytucję odpowiedzialną za pochówek MOPS (Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej) (Ryc. 27).



Rycina 27. Instytucja powołana do pochówku osoby samotnej/bezdomnej w opinii respondentów

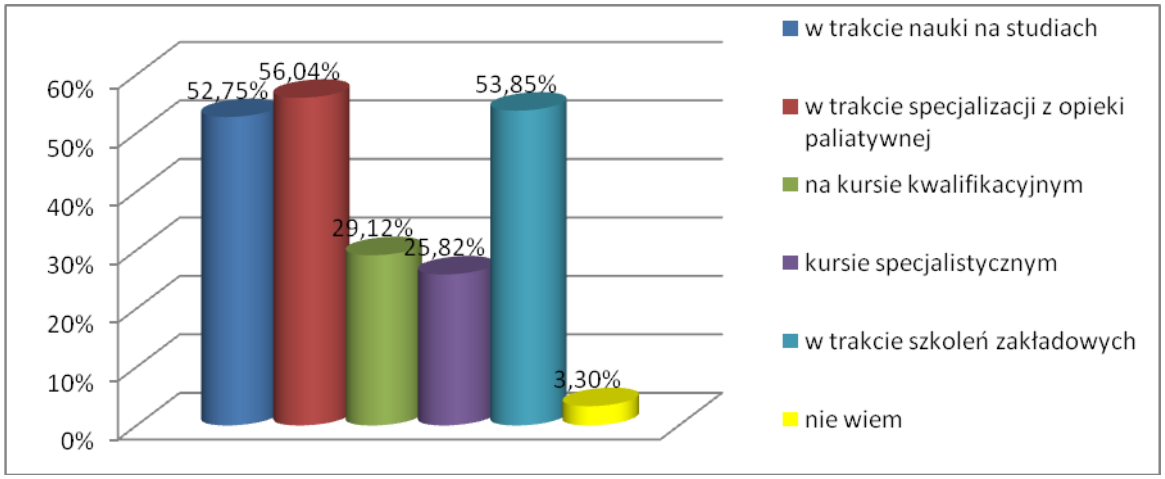
W ocenie pielęgniarek i położnych wiedza uzyskana w trakcie nauki w szkole lub na studiach nie wyposażyła ich w wiedzę odnośnie praw pacjenta (44,51%). 27,47% respondentów nie miało zdania w tym zakresie, a 28,02% twierdziło, że szkoła przekazała im wiedzę odnośnie praw pacjenta umierającego (Ryc. 28).



Rycina 28. Wpływ edukacji na poziom wiedzy praw pacjenta umierającego w opinii respondentów

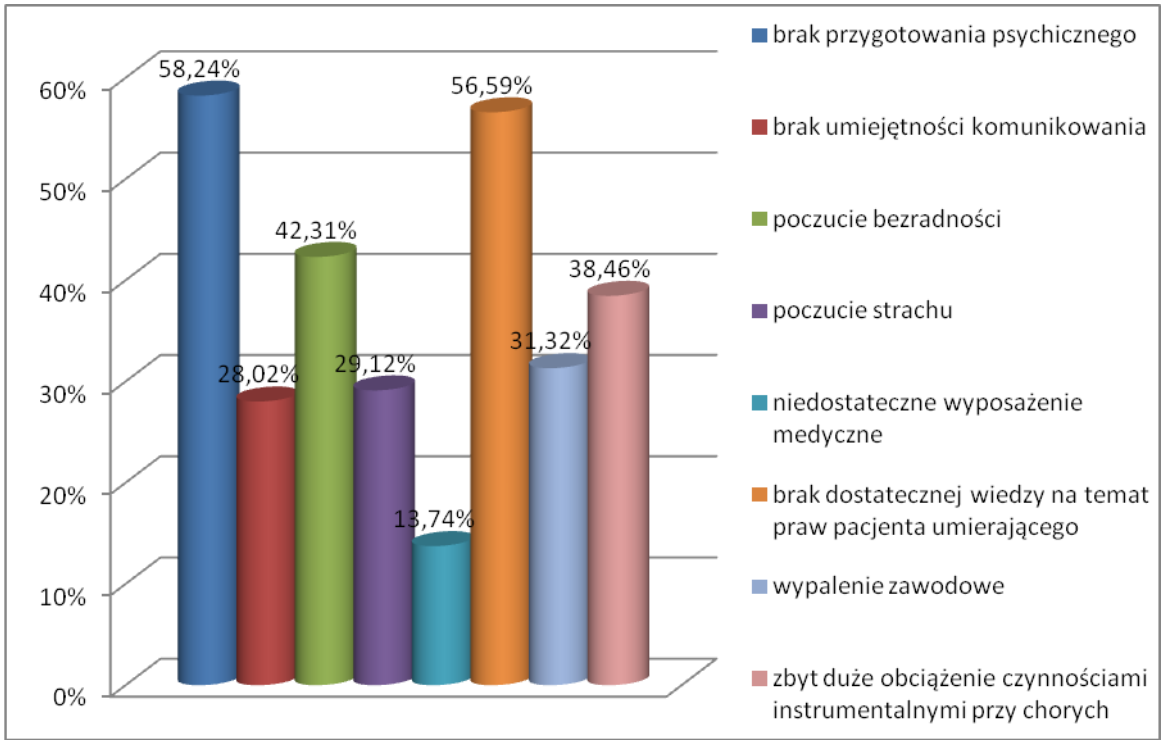
Za najbardziej preferowaną formę pozyskania wiedzy o prawach pacjenta umierającego badani uznali specjalizację z opieki paliatywnej (56,04%), szkolenia zakładowe (53,85%) oraz naukę w trakcie studiów (52,75%). 29,12% twierdziło, że taką wiedzę powinno uzyskać się w trakcie kursu kwalifikacyjnego, 25,82% w trakcie kursu specjalistycznego (Ryc. 29).

Określając przeszkody utrudniające przestrzeganie praw pacjenta umierającego przez pracowników ochrony zdrowia pielęgniarki i położne na pierwszy plan wysunęły brak przygotowania psychologicznego (58,24%), brak dostatecznej wiedzy na temat praw pacjenta umierającego (56,59%), poczucie bezradności (42,31%), zbyt duże obciążenie czynnościami instrumentalnymi przy chorym (38,46%), wypalenie zawodowe (31,32%), poczucie strachu (29,12%), brak umiejętności komunikowania (28,02%). Na ostatnim miejscu znalazło się niedostateczne wyposażenie medyczne (18,74%). Szczegóły obrazuje Rycina 30.



** Liczby nie sumują się do 100%, ponieważ istniała możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi*

Rycina 29. Sposoby pozyskania wiedzy o prawach pacjenta umierającego przez personel pielęgniarski w opinii respondentów

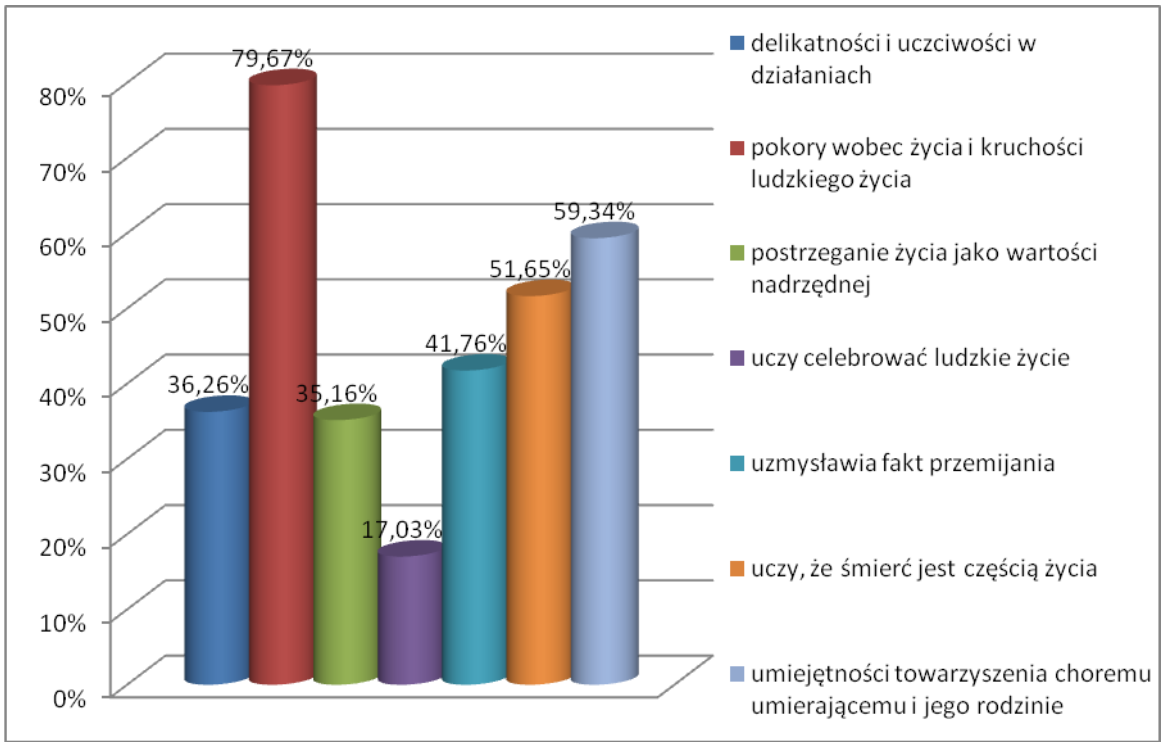


** Liczby nie sumują się do 100%, ponieważ istniała możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi*

Rycina 30. Przeszkody w przestrzeganiu prawa pacjenta umierającego wśród pracowników służby zdrowia w opinii respondentów

Pielęgniarki i położne podały, że akt umierania i śmierci pacjenta uczy je pokory wobec życia i kruchości ludzkiego życia (79,67%), umiejętności towarzyszenia choremu umierającemu i jego rodzinie (59,34%). 51,65% badanych nauczyło, że śmierć jest częścią

życia, 41,76% uzmysłowiło fakt przemijania, 36,26% nauczyło delikatności i uczciwości w działaniach, 35,16% postrzegania życia jako wartości nadrzędnej, 17,03% nauczyło celebrowania ludzkiego życia (Ryc. 31).



** Liczby nie sumują się do 100%, ponieważ istniała możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi*

Rycina 31. Wpływ na personel medyczny aktu umierania i śmierci pacjenta w opinii respondentów

Dyskusja

Śmierć od wieków jest wielką tajemnicą i nierozerwalnie związana jest z umieraniem. Nie istnieje pojęcie idealnej śmierci, ale są elementy, które mogą ją taką uczynić. Idealna śmierć, to na pewno godna śmierć, z poszanowaniem praw człowieka [14].

Badania Kostrzanowskiej i Małek [15] dotyczące respektowania zasad etycznych w pracy zawodowej pielęgniarek wykazały, że większość badanych pielęgniarek (93,0%) posiadała wiedzę na temat zasad etycznych, ale tylko 76,0% przestrzegało je w pracy zawodowej, w której kierowało się głównie zasadą: odpowiedzialności (91,0%), szacunku dla osoby (86,0%) i czynienia dobra (80,0%). Około 50,0% badanych pielęgniarek respektowało w pracy zasadę autonomii, przy czym 65,0% z nich nie przestrzegało praw należnych pacjentom, 49,0% podejmowało decyzji za pacjenta, 39,0% wykonywało zabiegi leczniczo-pielęgnacyjne bez zgody swoich podopiecznych [15].

Mroczek i wsp [16] wykazali, że tylko 76% respondentów zawsze przestrzegało zapisów Karty Praw Pacjenta, 23% czasami, a 1% ankietowanych wskazało, że nikt z personelu tych praw nie przestrzega [16].

Również badania Budzyńskiej –Kapczuk [17] wykazały niedobry wiedzy pielęgniarek w zakresie praw pacjenta. 77% zadeklarowało znajomość Karty Praw Pacjenta. Najwyżej oceniono realizację prawa pacjenta do kontaktu z osobami z zewnątrz, opieki duszpasterskiej, umierania w spokoju i godności. Najmniej przestrzegano prawa do informacji, do skargi oraz prawa do wyrażenia zgody na świadczenia medyczne lub odmowy jej udzielenia. Ponad połowa pielęgniarek (57,6%) nie wiedziało, że zgoda pacjenta jest warunkiem wstępnym podjęcia działań pielęgnacyjno-leczniczych [17].

Obecne badania wykazały, że największą (30,73%) grupę respondentów stanowiły osoby, które nie posiadały wiedzy o prawach pacjenta. Do najbardziej znanych praw przez respondentów należało prawo do troski i pielęgnacji z poszanowaniem ludzkiej godności (28,65%) i swobodnego kontaktu z bliskimi i rodziną (28,13%), a do najmniej - prawo do zapewnienia należytego szacunku dla swojego ciała po śmierci (1,56%) oraz prawo do umierania we własnym domu, a jeśli to możliwe, to nigdy w izolacji i osamotnieniu (1,56%)

Tałaj i Sucharzewska [18] wykazały, że pielęgniarki (84,0%) i położne (64,0%) zawsze przestrzegają prawa pacjenta do intymności. Informują pacjentów o podejmowanych przez siebie czynnościach pielęgnacyjnych i wykonują je dopiero za ich zgodą (93%). Wśród położnych 12,0% nie udziela pacjentom informacji o jego prawach.

. Niedomogę w zakresie przekazywania pacjentom rzetelnej informacji wykazały badania Niewiadomskiego i wsp. [19], gdzie po analizie skarg i wniosków pacjentów oceniono, że najczęściej do naruszenia dochodziło w zakresie prawa do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej, prawa do informacji o stanie zdrowia oraz prawa do wglądu do dokumentacji medycznej pacjenta [19].

Wnioski

1. Większość pielęgniarek i położnych nie posiada wiedzy w zakresie znajomości aktów prawnych regulujących prawa pacjenta umierającego.
2. Pielęgniarki i położne w większości znały prawa pacjenta umierającego.
3. Najbardziej znanym prawem pacjenta umierającego wśród badanych było prawo do troski i pielęgnacji z poszanowaniem godności ludzkiej oraz prawo do swobodnego kontaktu z rodziną.

4. Najmniej znanym prawem było prawo do zapewnienia należytego szacunku dla swojego ciała po śmierci oraz prawo do umierania we własnym domu, zaś obowiązek umieszczania pacjenta terminalnie chorego w palcówce ochrony zdrowia potwierdziło większość badanych.
5. Deficyt wiedzy w zakresie praw pacjenta umierającego u pielęgniarek i położnych zmniejszał się wraz z wykształceniem.
6. Pielęgniarki i położne uznały, ze pacjent ma prawo do rzetelnej i prawdziwej informacji, ale znaczny odsetek ich uznał, że powinno się mówić tyle, na ile pacjent sobie tego życzy.
7. Szkoła nie wyposażyła pielęgniarek i położnych w wiedzę odnośnie praw pacjenta umierającego.
8. Najbardziej preferowaną formą szkoleń o prawach pacjent umierającego było szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie opieki paliatywnej, szkolenia zakładowe, nauka w trakcie studiów.
9. Przeszkody utrudniające przestrzeganie praw pacjenta umierającego to: brak przygotowania psychologicznego, brak dostatecznej wiedzy na temat praw pacjenta umierającego oraz poczucie bezradności.
10. Akt umierania i śmierci nauczył pielęgniarki i położne pokory wobec życia i kruchości ludzkiego życia, umiejętności towarzyszenia choremu umierającemu i jego rodzinie oraz uzmysłowił, że śmierć jest częścią ludzkiego życia.

Postulaty

Wskazane jest podniesienie wiedzy wśród pielęgniarek i położnych z zakresu praw pacjenta umierającego oraz znajomości podstaw prawnych, z których te prawa wynikają.

Piśmiennictwo

1. http://pl.wikiquote.org/wiki/Benjamin_Britten, data pobrania 15.04.2013.
2. Bołoz W.: Rezygnacja z uporczywej terapii jako realizacji praw człowieka umierającego. Medycyna Paliatywna w Praktyce, 2008, 2, 79-85.
3. Bando A., Kocur J.: Znajomość praw pacjenta wśród osób leczonych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Zgierzu. Zdr. Publ., 2012, 122, 383-387.
4. Wroński K.: Prawa pacjenta. Nowotwory, 2007, 3, 326-332.
5. Bołoz W.: Bioetyka i prawa człowieka. Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Wyszyńskiego, Warszawa 2007.

6. Przewodnik dla pielęgniarek: Pielęgnowanie przewlekle chorych oraz osób w stanie terminalnym. Zeszyt II. Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych. Warszawa, 2000, 54-57.
7. Ustawa z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz.U.z 2012r. poz.159).
8. Nawrocka A.: W poszukiwaniu podstaw i zasad bioetyki. Śląska Akademia Medyczna, Katowice 2001, 174.
9. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996r o zawodach lekarza i lekarza dentysty (teskt jedn.: Dz.U.2011r. Nr 277, poz.1634).
10. Konstytucja Rzeczpospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997r. (Dz.U.Nr 78, poz.483 z późn. zm.)
11. Wroński K.: Prawo chorego do opieki duszpasterskiej podczas pobytu w szpitalu. Współczesna Onkologia, 2007, 7, 381-384.
12. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2011 r. Nr 112, poz.654 ze zm.).
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 kwietnia 2012r. w sprawie sposobu postępowania podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta (Dz.U.2012r. poz.420).
14. Żyłka A.: Umierać po ludzku. Mag. Pielęg. Położ., 2003, 11, 7-12.
15. Kostrzanowska Z., Małek K.: Respektowanie zasad etycznych w pracy zawodowej pielęgniarek. Probl. Pielęg., 2008, 16, 259-268.
16. Mroczek B., Kędzia A., Trzaszczka M. i wsp.: Stan wiedzy na temat Kodeksu Etyki Zawodowej wśród pielęgniarek i położnych. Probl. Pielęg., 2008, 16, 369-373.
17. Budzyńska-Kapczuk A.: Rola Pielęgniarek w respektowaniu praw pacjenta. Zdr. Publ., 2002, 112, 485-488.
18. Tałaj A., Suchorzewska J.: Postawy pielęgniarek i położnych wobec osób chorujących i cierpiących w aspekcie obowiązujących norm prawnych i moralnych. Probl. Pielęg., 2007, 15, 32-38.
19. Niewiadomski T.J., Urbaniak M., Zysnarska M.M.: Prawa pacjenta- postulowany standard i jego realizacja w Wielkopolsce na podstawie skarg i wniosków pacjentów. Probl. Hig. Epidemiol., 2010, 91, 99-105.

Fiega Ewa[1,2], Wróblewska Krystyna Hanna [1,], Chilińska Joanna[1,3], Krajewska-Kułak Elżbieta[4], Moczydłowska Alicja [2,5], Perkowska Ewa [6,7]

Ocena zapotrzebowania na kształcenie pielęgniarek w dziedzinie opieki paliatywnej

1. Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży
2. Wydział Medyczny Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży
3. Instytut Medyczny im. Bł.. Matki Teresy z Kalkuty Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży
4. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
5. Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem
6. Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
7. Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Białymstoku

Nauki są jak rzeki, których wody nieustannie się odnawiają

Andrea Cesalpino [1]

Opieka paliatywna, hospicyjna to pojęcia, które zostały wprowadzone do użytku powszechnego w Polsce około 40 lat temu [2]. Obejmuje ona całościową opiekę chorych i ich rodzin, z uwzględnieniem potrzeb fizycznych, duchowych i psychicznych, szczególnie biorąc pod uwagę działania mające na celu łagodzenie objawów choroby, której przyczyna nie poddaje się już skutecznemu leczeniu. Istotą jej oddziaływania jest spojrzenie na człowieka jako na istotę duchowo-cielesno-emocjonalną, która jest w centrum oddziaływania zespołu terapeutycznego [3].

Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia z 2002 roku [4] opieka paliatywna to działanie, które poprawia jakość życia chorych i ich rodzin, stających wobec problemów związanych z zagrażającą życiu, postępującą chorobą, poprzez zapobieganie i znoszenie cierpienia dzięki wczesnej identyfikacji, ocenie i leczeniu bólu oraz pomoc w innych problemach: somatycznych, psychologicznych, socjalnych i duchowych.

Aktualne badania przeprowadzone przez *Worldwide Palliative Care Alliance* [5] zatytułowane „Mapowanie poziomu rozwoju opieki paliatywnej: globalna aktualizacja 2011", Polska znajduje się w grupie krajów o najwyższym poziomie rozwoju opieki paliatywnej na świecie. W krajach tych opieka paliatywna jest ściśle zintegrowana z systemem opieki zdrowotnej funkcjonującej w państwie [5].

W Polsce opieka paliatywna zintegrowana jest z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.). W nowelizacji z 2007 r. ze świadczeń opieki

długoterminowej wyodrębniono świadczenia opieki paliatywnej. Zgodnie z art. 15 ust. 2 ww. ustawy pacjenci w Polsce mają prawo do świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej [6].

Aktem prawnym określającym rodzaje i warunki realizacji tych świadczeń jest rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U. z 2009 r. Nr 139, poz. 1138 z późn. zm.) [7].

Stały postęp dokonujący się w opiece paliatywnej pociąga za sobą konieczność bieżącego podnoszenia wiedzy przez zespół terapeutyczny opiekujący się pacjentem i jego rodziną, w którym bardzo ważną funkcję pełni pielęgniarka. Opiekując się pacjentem umierającym, musi zadbać o wszystkie sfery ludzkiej egzystencji: fizyczną, psychiczną, społeczną i duchową, a ponieważ bardzo dużo czasu spędza przy chorym, jest w stanie najtrafniej ocenić stan jego zdrowia [8].

Różnorodność chorób, z jakimi spotykają się pielęgniarki w pracy z pacjentem paliatywnym wymaga od nich systematycznego pogłębiania wiedzy, aby w sposób jak najbardziej profesjonalny mogły zapewnić im opiekę.

Zgodnie z ustawą z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej zarówno pielęgniarka, jak i położna mają obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych [9]. Obu grupom zawodowym przysługuje ponadto prawo do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego. Kształcenie to może być realizowane przez: szkolenie specjalizacyjne, kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne oraz kursy dokształcające [9].

Kształcenie podyplomowe w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego i opieki paliatywnej rozpoczęło się z chwilą wprowadzenia Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 17 grudnia 1998 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 161, poz. 1110), które utraciło moc z dniem 12 lipca 2003 r. na podstawie art. 7 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz ustawy zmieniającej ustawę o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 109, poz. 1029). Aktualnie kształcenie pielęgniarek i położnych odbywa się zgodnie z Rozporządzaniem Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz.U.03.197.1923) [10].

Szkolenie specjalizacyjne zgodnie z art. 67. ust. 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej umożliwia uzyskanie przez pielęgniarkę albo położną specjalistycznych kwalifikacji w określonej dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia oraz uzyskanie tytułu specjalisty po zdaniu egzaminu państwowego. Celem

kształcenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej jest przygotowanie pielęgniarki do pełnienia samodzielnej, profesjonalnej i kompleksowej opieki nad człowiekiem z zawansowaną postępującą chorobą w interdyscyplinarnym zespole opieki paliatywnej [9, 10, 11].

Kurs kwalifikacyjny zgodnie z art. 71 ust.1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej daje pielęgniarce i położnej specjalistyczne kwalifikacje do udzielania określonych świadczeń zdrowotnych wchodzących w zakres danej dziedziny pielęgniarstwa lub dziedziny mającej zastosowanie w ochronie zdrowia [9, 11].

Kurs specjalistyczny jest najbardziej popularny. Zgodnie z art. 72 ust. 1 ustawy z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej daje pielęgniarce czy położnej kwalifikacje do wykonywania określonych czynności zawodowych w ramach świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych. Ukończenie kursu specjalistycznego jest warunkiem samodzielnego wykonywania przez pielęgniarkę i położną niektórych świadczeń zdrowotnych. Kursy te mogą stanowić minimum do podjęcia pracy w opiece paliatywnej, przy założeniu, że w zespole musi znaleźć się minimum jeden specjalista. Ponadto, pielęgniarki po ukończeniu kursu specjalistycznego pracujące w innych podmiotach leczniczych, mogłyby świadczyć opiekę paliatywną chorym cierpiącym tworząc szpitalne zespoły wspierające [9, 10, 11].

Kursy dokształcające, najkrótsza forma kształcenia podyplomowego, mają na celu pogłębienie i aktualizację wiedzy oraz umiejętności zawodowych. Ten rodzaj kształcenia nie ma ramowych programów, organizatorzy sami przygotowują ofertę edukacyjną [9, 10]

W dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej pielęgniarki mogą podnosić swoje kwalifikacje na poziomie specjalizacji, kursu kwalifikacyjnego oraz kursu specjalistycznego [10].

Celem pracy była ocena zapotrzebowania na kształcenie pielęgniarek w dziedzinie opieki paliatywnej.

Materiał i metodyka

Badaniem objęto 121 pielęgniarek zawodowo czynnych z województwa podlaskiego i wykorzystano autorski kwestionariusz ankietowy zawierający 16 pytań.

Pierwsze sześć pytań zawierało kwestie dotyczące: płci, wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia, stażu pracy w zawodzie pielęgniarki i miejsca pracy. Pozostałe pytania dotyczyły uczestnictwa w szkoleniach i tematyki tych szkoleń, odczuwanego deficytu wiedzy z tanatologii oraz chęci uczestnictwa w szkoleniach.

Wszystkie osoby biorące udział w badaniu to kobiety. Strukturę socjodemograficzną badanej grupy pielęgniarek przedstawia tabela I.

Tabela I. Struktura socjodemograficzna badanej grupy pielęgniarek

Zmienna	Liczność (N)	Udział (%)
PRZEDZIAŁ WIEKOWY		
20-30 lat	6	4,96
31-40 lat	33	27,27
41-50 lat	70	57,85
51-60 lat	12	9,92
Powyżej 60 lat	0	0,00
MIEJSCE ZAMIESZKANIA		
miasto	100	82,64
wieś	21	17,36
POZIOM WYKSZTAŁCENIA		
średnie	43	35,54
licencjackie	38	31,40
wyższe	40	33,06
STAŻ PRACY W ZAWODZIE		
0-5 lat	5	4,13
6-10 lat	10	8,26
11-15 lat	11	9,09
16-20 lat	26	21,49
21-25 lat	41	33,88
26-30 lat	18	14,88
Powyżej 30 lat	10	8,27
MIEJSCE PRACY		
poradnia	10	8,26
oddział	101	83,48
inny	10	8,26
OGÓŁEM	**121**	**100,00**

Najliczniejszą grupę 57,85% stanowili ankietowani w przedziale wiekowym 41-50 lat, kolejne - w wieku 31-40 lat (27,27%), w wieku 51-60 lat (9,92%) oraz w przedziale 20-30 lat (4,96%).

Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania większość przebadanych zamieszkiwała miasto 82,64%.

Z pozyskanych wyników można zauważyć, że poziom wykształcenia w grupie badanych układał się w podobnych wartościach: średnie 35,54%, licencjat 31,40%, wyższe 33,06%.

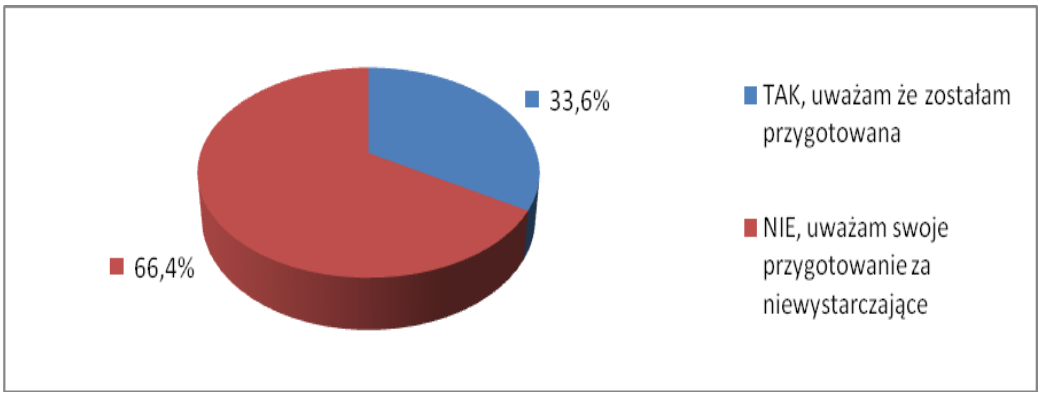
Największy staż w zawodzie 21-25 lat miało 33,88% przebadanych pielęgniarek, 21,49% pracowało 15-20 lat, a 14.88% od 26 do 30 lat. Najmniej liczną grupę 8,26%

stanowiły pielęgniarki o stażu pracy 6-10 lat. Najwięcej przebadanych pielęgniarek pracowało w oddziale. Szczegółowy rozkład zatrudnienia przedstawia tabela II.

Tabela II. Szczegółowy rozkład zatrudnienia pielęgniarek

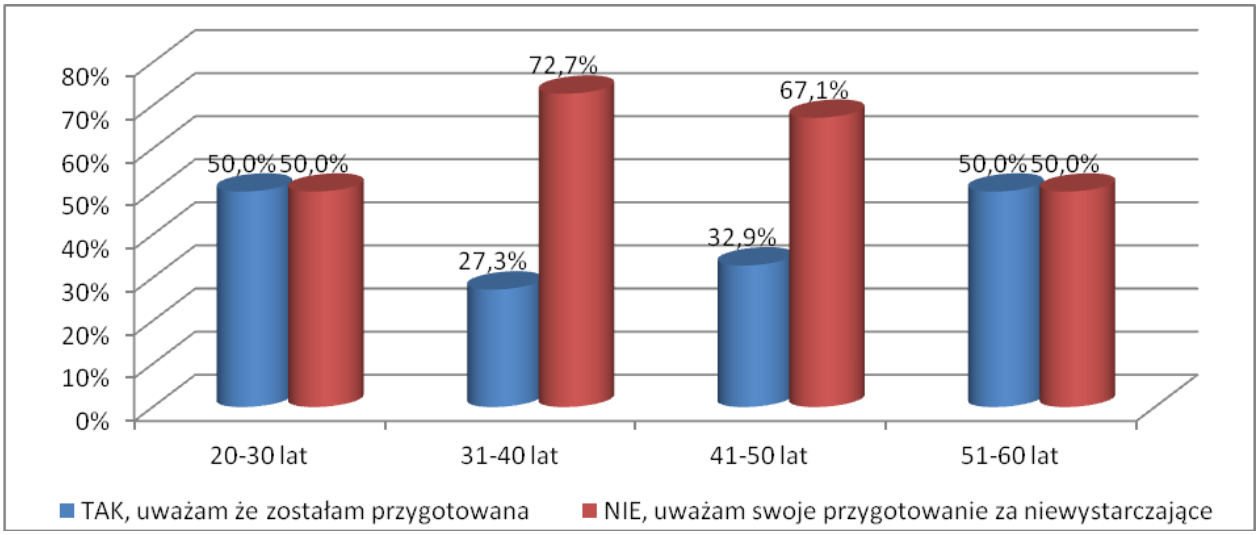
Miejsce pracy	Liczność (N)	Udział (%)
PORADNIE		
medycyny szkolnej	1	10,00
ośrodek domowego leczenia tlenem	1	10,00
POZ	3	30,00
psychiatryczna	2	20,00
środowiskowa	3	30,00
ODDZIAŁY		
blok operacyjny	3	2,97
chirurgiczny	9	8,91
internistyczny	15	14,85
kardiologiczny	4	3,96
nefrologiczny	12	11,88
neonatologiczny	3	2,97
neurologiczny	1	0,99
odwykowy	2	1,98
onkologiczny	15	14,85
ortopedyczno-urazowy	1	0,99
psychiatrii	14	13,86
psychiatrii sądowej	5	4,95
psychosomatyczny	2	1,98
rehabilitacyjny	2	1,98
stacja dializ	13	12,87
INNE		
dom pomocy społecznej	4	40,00
nocna i świąteczna pomoc lekarska	1	10,00
RCKiK	1	10,00
zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy	4	40,00

Jedynie 33% pielęgniarek oceniając swoje przygotowanie do sprawowania opieki nad pacjentem umierającym uważało, że zostały przygotowane do tego w toku kształcenia w szkołach pielęgniarskich. Ilustruje to Rycina 1.



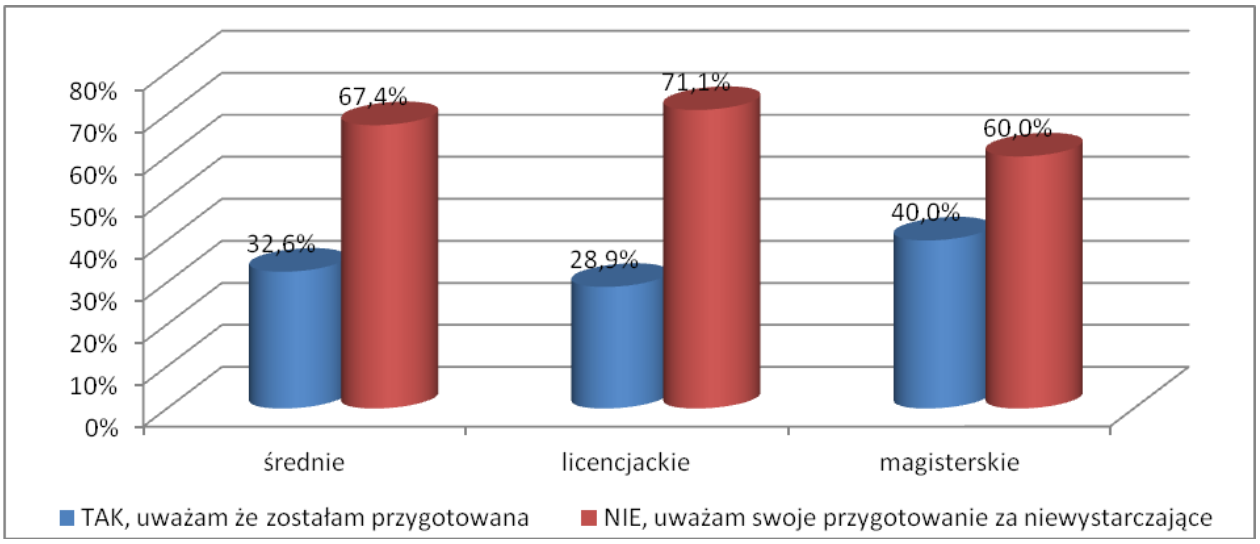
Rycina 1. Ocena uzyskanego w szkole pielęgniarskiej przygotowania do sprawowania opieki nad pacjentem umierającym

Analizując wyniki uzyskanego w szkole pielęgniarskiej przygotowania do sprawowania opieki nad pacjentem umierającym z uwzględnieniem wieku pielęgniarek, z uzyskanych wyników wynika, iż najwyższy deficyt posiadały pielęgniarki w przedziale wiekowym 31-40 lat oraz 41-50 lat (Ryc. 2).



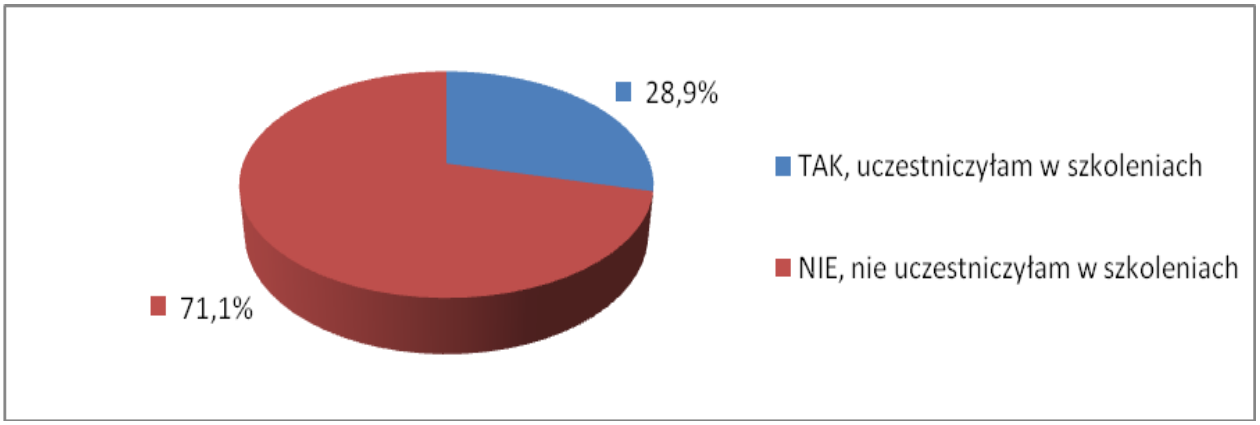
Rycina 2. Ocena uzyskanego w szkole pielęgniarskiej przygotowania do sprawowania opieki nad pacjentem umierającym z uwzględnieniem wieku badanych

Inaczej przedstawia się ocena uzyskanego w szkole pielęgniarskiej przygotowania do sprawowania opieki nad umierającym, w aspekcie wykształcenia badanych - bez względu na rodzaj wykształcenia, żadna szkoła w opinii badanych nie przygotowała ich w pełni do sprawowania opieki nad pacjentem umierającym (Ryc.3).



Rycina 3. Ocena uzyskanego w szkole pielęgniarskiej przygotowania do sprawowania opieki nad pacjentem umierającym z uwzględnieniem poziomu wykształcenia badanych

Uczestnictwo w szkoleniach z zakresu tanatologii zadeklarowało 28,9% pielęgniarek, zaś pozostałe 71,1% nie uczestniczyło w szkoleniach podyplomowych (Ryc. 4).

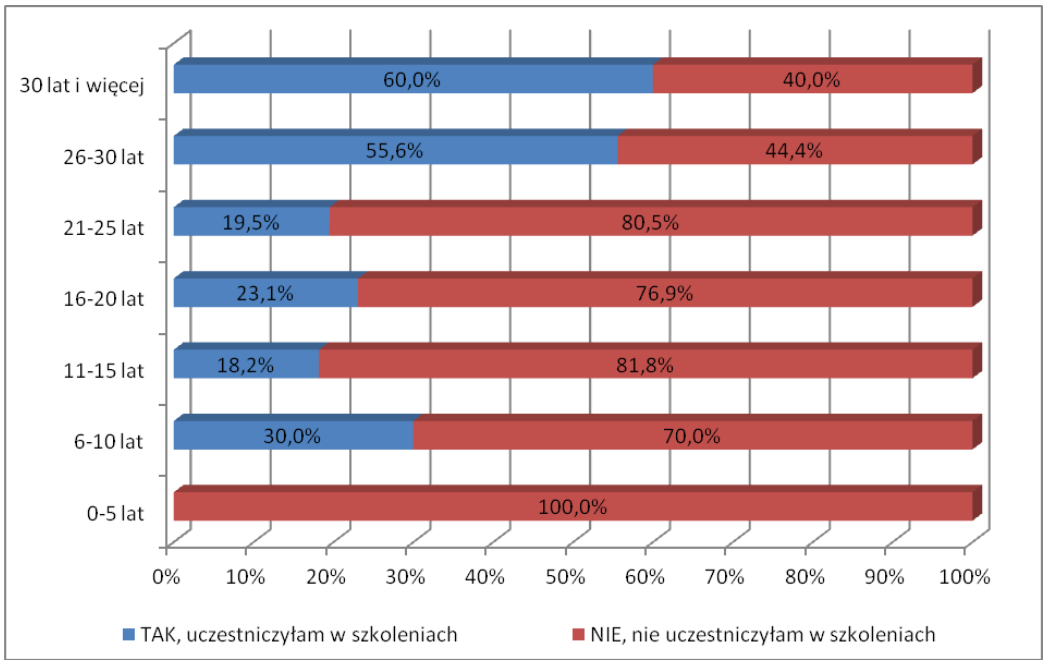


Rycina 4. Uczestnictwo w szkoleniach podyplomowych z zakresu tanatologii

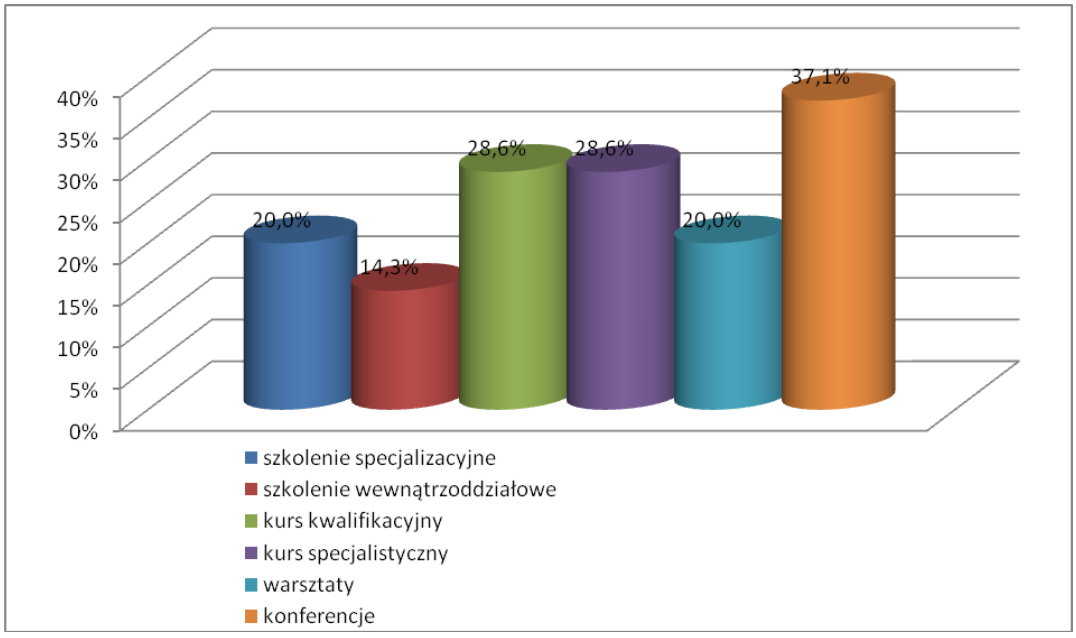
Uwzględniając staż pracy pielęgniarek i uczestnictwo w szkoleniach podyplomowych z zakresu tanatologii można zauważyć, że wraz ze wzrostem stażu wzrastało uczestnictwo w szkoleniach (Ryc. 5).

Analizując formy szkolenia, w jakich pielęgniarki uczestniczyły, to ewidentnie można stwierdzić, iż w większości przypadków były to konferencje - 37,1%, kursy kwalifikacyjne i kursy specjalistyczne - odpowiednio po 28,6% oraz szkolenie specjalizacyjne i warsztaty –

odpowiednio po 20%. Najmniej osób uczestniczyło w szkoleniach wewnątrzoddziałowych z zakresu opieki paliatywnej (Ryc. 6).



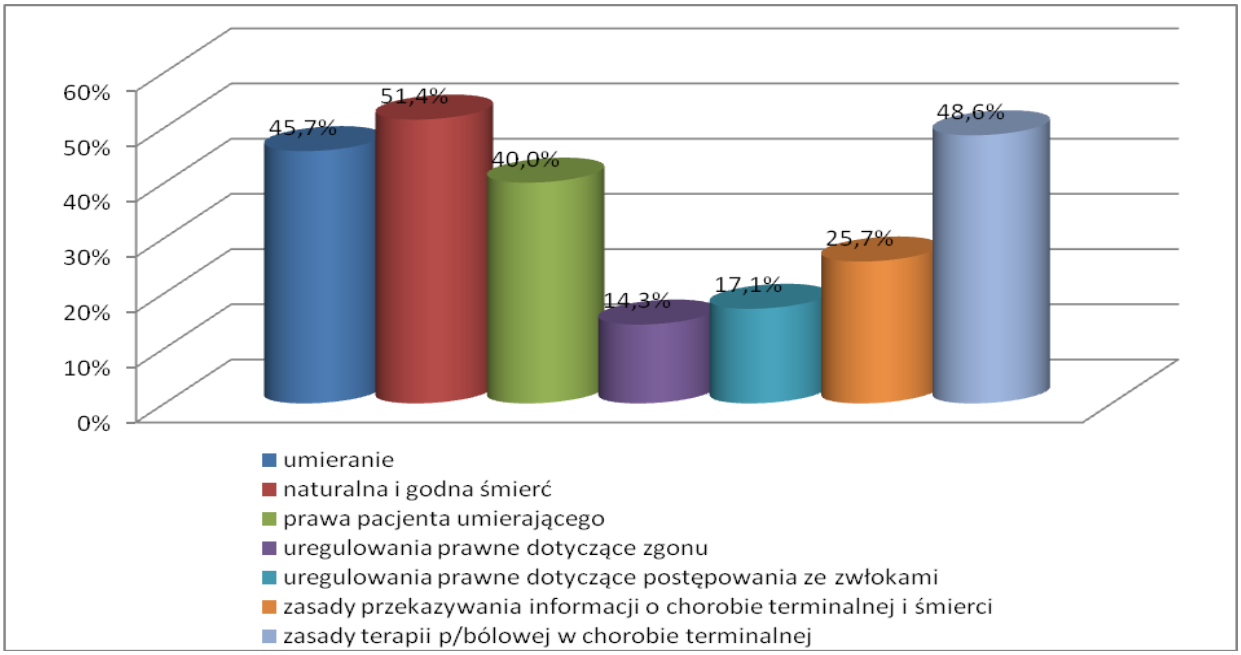
Rycina 5. Uczestnictwo w szkoleniach podyplomowych z zakresu tanatologii z uwzględnieniem stażu pracy badanych



** Liczby nie sumują się do 100%, ponieważ istniała możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi*

Rycina 6. Formy szkoleń z zakresu opieki paliatywnej

Tematyka szkoleń, w jakich uczestniczyły pielęgniarki dotyczyła naturalnej i godnej śmierci (51,4%), zasad terapii p/bólowej w chorobie terminalnej (48,6%), umierania (45,7%), praw pacjenta umierającego (40%), zasad przekazywania informacji o chorobie terminalnej i śmierci (25,7%) oraz uregulowań prawnych dotyczących postępowania ze zwłokami(17,1%) i uregulowań prawnych dotyczących zgonu (14,3%). Wyniki obrazuje Rycina 7.

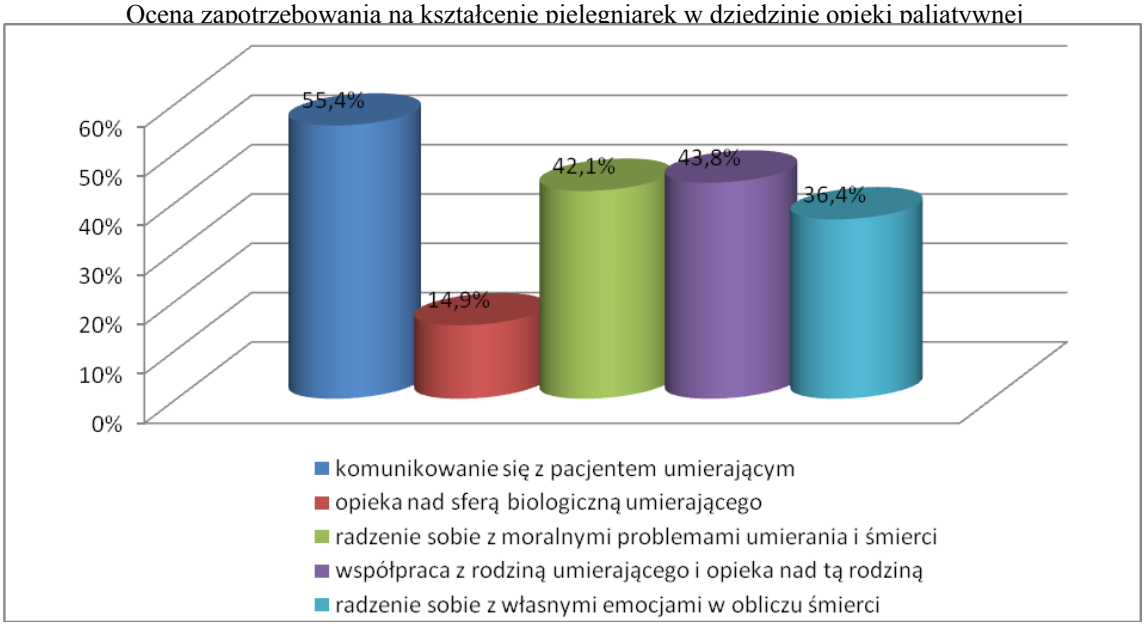


** Liczby nie sumują się do 100%, ponieważ istniała możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi*

Rycina 7 . Tematyka szkoleń z zakresu opieki paliatywnej

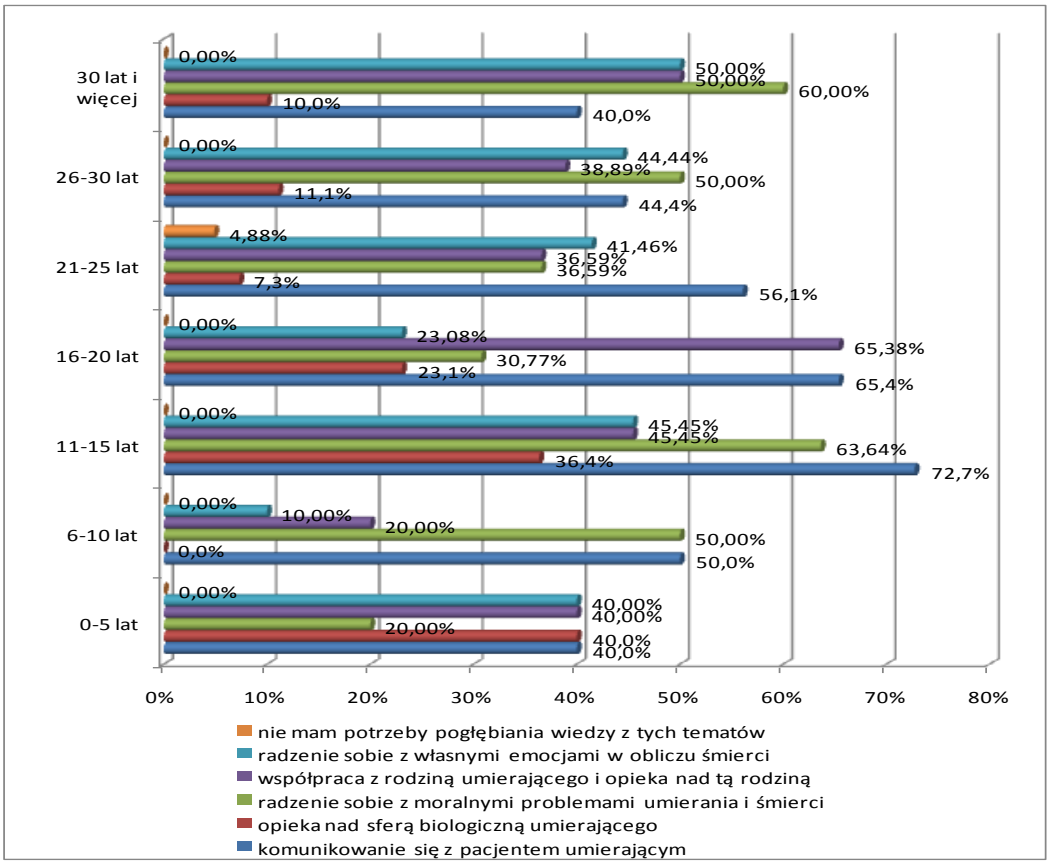
Określając swój deficyt wiedzy z zakresu tanatologii pielęgniarki na pierwszy plan wysunęły komunikowanie się z pacjentem umierającym (55,4%), współpracę z rodziną umierającego i opieka nad nią (43,8%), radzenie sobie z moralnymi problemami umierania i śmierci (42,1%), radzenia sobie z własnymi emocjami w obliczu śmierci (36,4%). Najmniejszy deficyt wiedzy odczuwany przez respondentów stanowiła opieka nad sferą biologiczną umierającego- 14,9% (Ryc. 8).

Deficyt w zakresie komunikowania się z pacjentem umierającym zmniejsza się wraz ze wzrostem stażu pracy pielęgniarek. Największy poczucie braku wiedzy w zakresie radzenia sobie z moralnymi problemami umierania i śmierci wystąpił wśród pielęgniarek ze stażem pracy 11-15 lat i powyżej 30 lat (Rycina 9).



** Liczby nie sumują się do 100%, ponieważ istniała możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi*

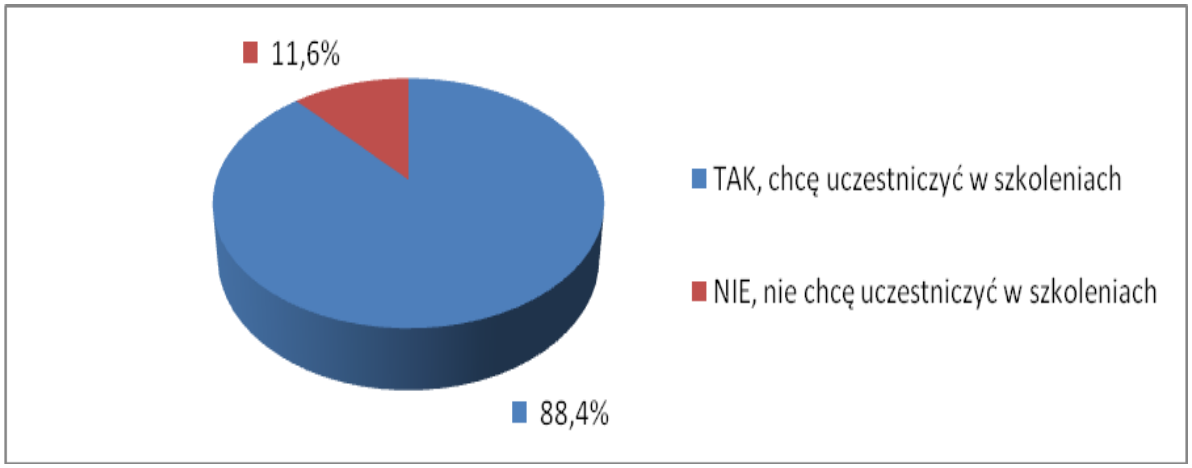
Rycina 8. Odczuwany deficyt wiedzy z zakresu tanatologii



** Liczby nie sumują się do 100%, ponieważ istniała możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi*

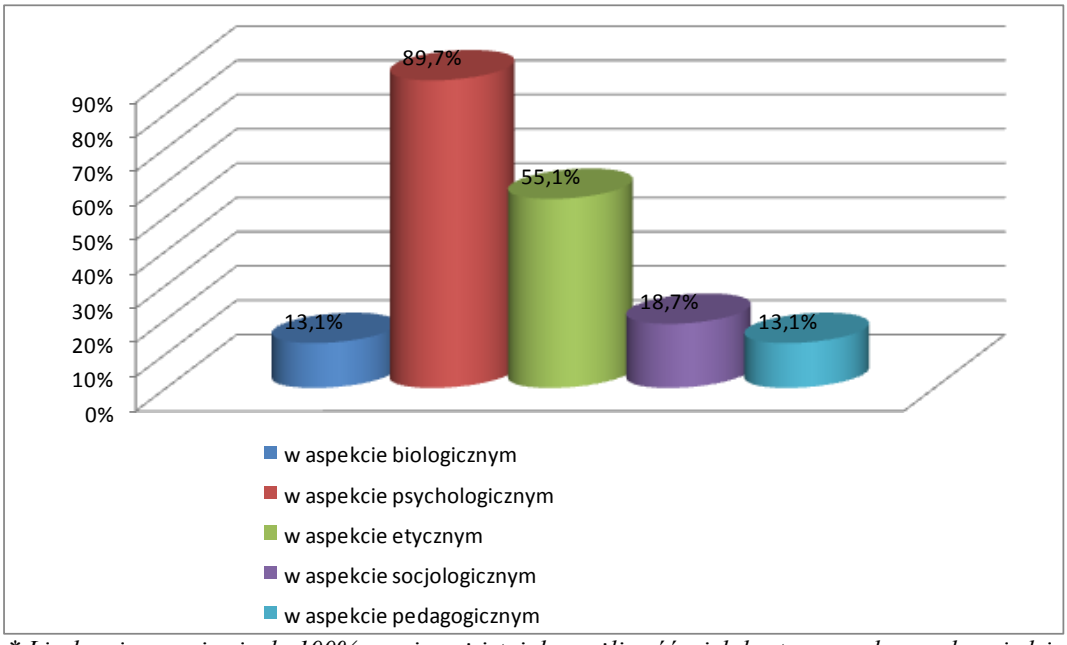
Rycina 9. Odczuwany deficyt wiedzy z zakresu tanatologii z uwzględnieniem stażu pracy badanych

Gotowość do uczestnictwa w szkoleniach pogłębiających temat śmierci i umierania zadeklarowało 88,4% badanych (Ryc. 10).



Rycina 10. Gotowość uczestnictwa w szkoleniach pogłębiających wiedzę na temat umierania i śmierci

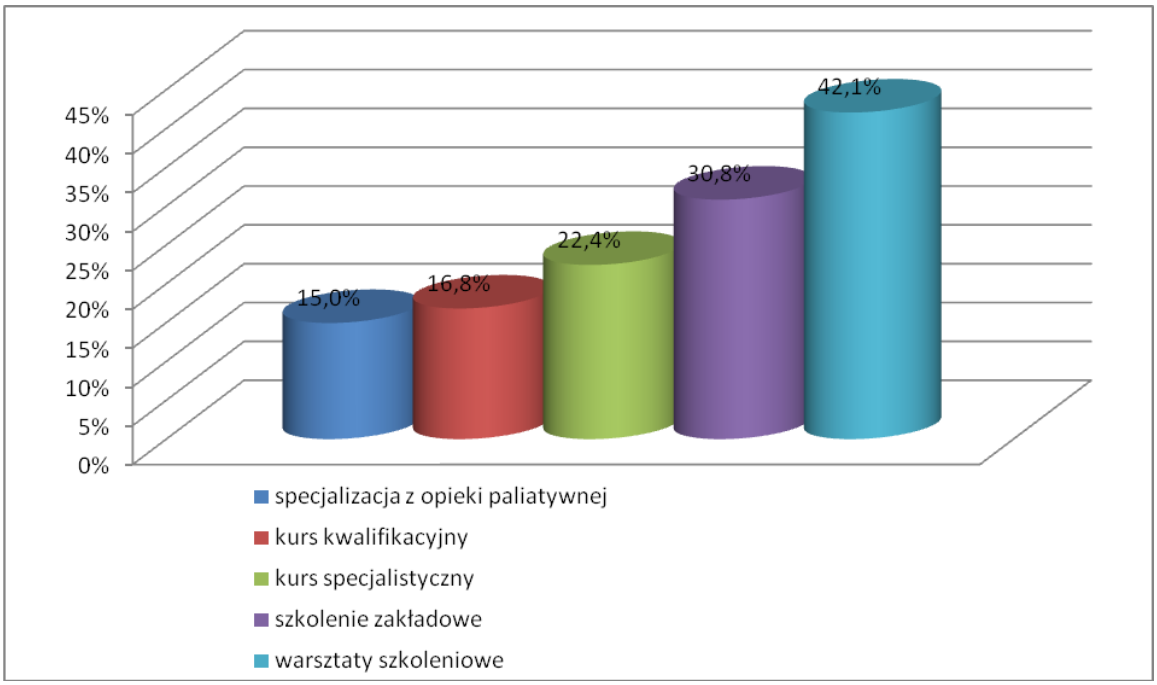
Na najbardziej preferowaną tematyką szkoleń z zakresu umierania i śmierci, wskazywanych przez pielęgniarki, był aspekt psychologiczny (89,7%) oraz aspekt etyczny (55,1%). W mniejszym znaczeniu wskazały aspekt socjologiczny, biologiczny i pedagogiczny (Rycina 11).



** Liczby nie sumują się do 100%, ponieważ istniała możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi*

Rycina 11. Preferowana tematyka szkoleń z zakresu umierania i śmierci wśród badanych

Wśród dostępnych form szkolenia pielęgniarki najbardziej preferowały warsztaty (42,1%), szkolenia zakładowe (30,8%), kursy specjalistyczne (22,4%), kursy kwalifikacyjne (16,8%) plasując na ostatnim miejscu specjalizację z opieki paliatywnej (15%) - Rycina 12.

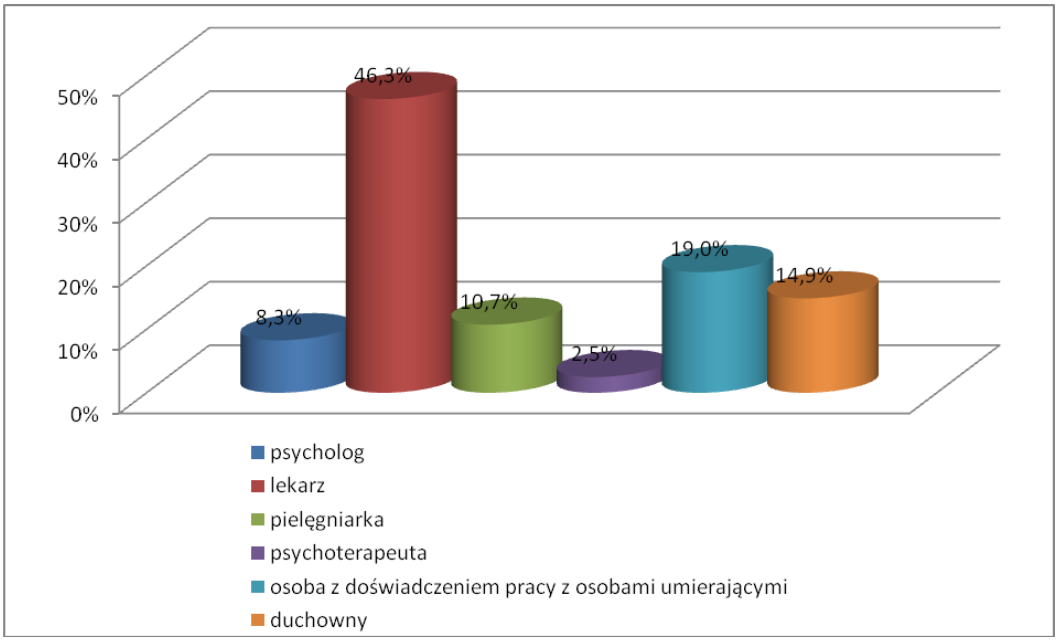


** Liczby nie sumują się do 100%, ponieważ istniała możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi*

Rycina 12. Preferowane formy szkoleń wśród badanych

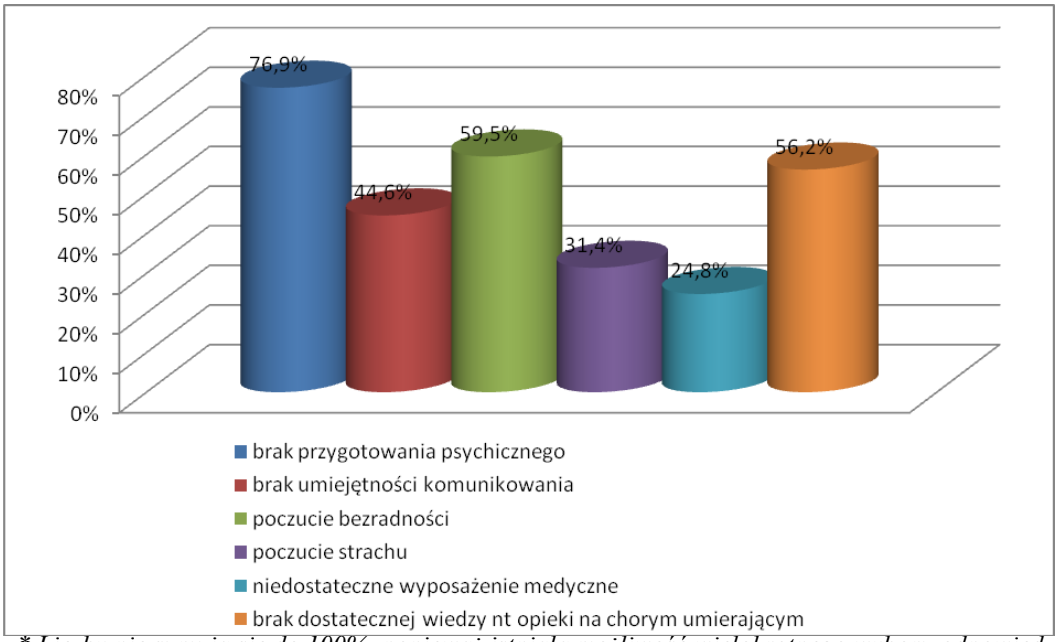
Pielęgniarki na edukatora w zakresie śmierci i umierania wybrały lekarza (46,3%), osobę z doświadczeniem w pracy z osobami umierającymi (19%) lub duchownego (14,9%). Wśród innych wskazanych osób znaleźli się pielęgniarka, psycholog i psychoterapeuta. Ilustruje to Rycina 13.

Pielęgniarki za największe trudności, jakie mogą wystąpić u pracownika ochrony zdrowia w trakcie pracy z chorym umierającym uznały brak przygotowania psychicznego (76,9%), poczucie bezradności (59,5) oraz brak dostatecznej wiedzy na temat opieki nad chorym umierającym (56,2%). Do trudności zaliczono brak umiejętności komunikowania (44,6%), poczucie strachu (31,4%) oraz niedostateczne wyposażenie medyczne (24,8%). Szczegóły zawiera Rycina 14.



** Liczby nie sumują się do 100%, ponieważ istniała możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi*

Rycina 13. Preferowany edukator w zakresie umierania i śmierci w opinii badanych



** Liczby nie sumują się do 100%, ponieważ istniała możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi*

Rycina 14. Najczęściej spodziewane trudności w trakcie pracy z chorym umierającym w opinii badanych

Dyskusja

Celem opieki paliatywnej jest osiągnięcie jak najlepszej jakości życia pacjenta i jego rodziny oraz objęcie opieką chorych w końcowym stadium wszystkich chorób, w których nie ma leczenia przyczynowego, a więc chorych z chorobami nowotworowymi w końcowym

stadium, osoby w podeszłym wieku, osoby z chorobami neurologicznymi, chorzy z niewydolnością serca, AIDS oraz chorobami nienowotworowymi układu oddechowego [12].

Za Pyszkowską [13], opiekę paliatywną/hospicyjną powinien sprawować zespół wielodyscyplinarny, w skład którego powinien wejść lekarz, pielęgniarka, psycholog, pracownik socjalny, terapeuta zajęciowy, rehabilitant, kapelan, opiekunowie medyczni we współudziale przeszkolonych członków rodziny. Trzon zespołu stanowią wykwalifikowani lekarze i pielęgniarki. Wyniki opracowania wykazują, iż w opiece paliatywnej/hospicjum powinni pracować lekarz ze specjalizacją z medycyny paliatywnej (76%), pielęgniarka ze specjalizacją lub kursem z medycyny paliatywnej (73,8%) oraz psycholog (72,7%) [13].

Badania Dobrowolskiej i wsp. [14] podają, że prawie 50% pielęgniarek uznało, że kształcenie przeddyplomowe przygotowało ich do opieki nad pacjentem umierającym, zwłaszcza w zakresie opieki nad sferą biologiczną i komunikacji z nim oraz radzenia sobie z moralnymi problemami umierania i śmierci. Im wyższe było wykształcenie pielęgniarek, tym częściej ta opinia jest pozytywna [14].

Łabuzek i ws. [15] wykazali, że na 100 objętych badaniem pielęgniarek, tylko 8% zdobyło wiedzę z zakresu opieki paliatywnej w szkole pielęgniarskiej, zaś większość w procesie samokształcenia (68%) [15]. Natomiast Kolonko i wsp. [16] we wnioskach ze swoich badań piszą wprost, że *„pielęgniarki skarżą się na brak wiedzy dotyczącej opieki nad chorym umierającym”* [16].

Cytując za Konsultantem Krajowym w Dziedzinie Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej Izabelą Kaptacz [11] obecnie w Polsce specjalizację z pielęgniarstwa opieki paliatywnej posiada 316 pielęgniarek. Funkcjonuje ponad 400 jednostek opieki paliatywnej, w tym 321 posiada kontrakty na świadczenie paliatywnej opieki domowej dla dorosłych, 48 dla dzieci i 145 w zakresie opieki stacjonarnej. Uznając, iż w głównej mierze na obecny poziom opieki paliatywnej w Polsce wpłynęło zaangażowanie pielęgniarek, dalszy rozwój opieki paliatywnej bez możliwości kształcenia pielęgniarek na poziomie kształcenia specjalizacyjnego jest zagrożony. Zgodnie bowiem z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia opieka paliatywna jest nieodzowną częścią systemu opieki zdrowotnej i nie może być odbierana, jako „świadczenie ponadprogramowe.” Jest to zgodne z zaleceniami Rady Europy dla jej członków, które wskazują, że opieka paliatywna jest bezcenną i nieodłączną częścią opieki zdrowotnej. Dlatego narodowe strategie powinny umożliwiać rozwój i funkcjonalną spójność opieki paliatywnej [4, 11].

Wnioski

1. Bez względu na rodzaj wykształcenia, żadna szkoła nie przygotowuje w pełni pielęgniarek do sprawowania opieki nad pacjentem umierającym.
2. Większość pielęgniarek nie uczestniczyło w szkoleniach w zakresie tanatologii, ale 88,4% deklarowało taką chęć.
3. Pielęgniarki najczęściej uczestniczyły w konferencjach, najrzadziej w szkoleniach wewnątrzoddziałowych.
4. Najbardziej preferowaną formą szkoleń w opinii pielęgniarek był udział w warsztatach i szkoleniach zakładowych, a najmniej szkolenie specjalizacyjne.
5. Największy deficyt wiedzy z zakresu tanatologii pielęgniarki odczuły w zakresie komunikowania się z pacjentem umierającym.

Postulaty

Wskazane jest prowadzenie szkoleń z zakresu umierania i śmierci wśród pielęgniarek w aspekcie psychologicznym i etycznym z uwzględnieniem przygotowania psychicznego pielęgniarki do pracy z pacjentem umierającym.

Piśmiennictwo

1. http://pl.wikiquote.org/wiki/Andrea_Cesalpino, data pobrania 12.04.2013.
2. Bogusz H., Łuczak J.: Historia opieki paliatywnej w Wielkopolsce. Część I. Dwa nurty poznańskiej opieki paliatywnej. Med. Paliat., 2012, 2, 95–99.
3. Bogusz H.: Czy powstanie medycyny paliatywnej było antidotum na medykalizację śmierci? Med. Paliat., 2012, 1, 47-52.
4. Sepúlveda C., Marlin A., Yoshida T. et al: Palliative care: The World Health Organization's Global Perspective. J. Pain. Symptom. Manage, 2002, 24, 91-96.
5. Mapping levels of palliative care development: a global update 2011.Worldwide Palliative Care Alliance. www: worldday.org., data pobrania 2.04.2013.
6. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych art.31b (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).
7. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. Nr 139, poz. 1138 z późn. zm.).
8. Siedlecka B., Korzeniewska-Eksterowicz A.: Pediatryczna opieka paliatywna. Mag. Pielęg. Położ., 2010, 11.

9. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U.2011.174.1039).
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003r w sprawie kształcenia pielęgniarek i położnych (Dz.U.03.197.1923).
11. STANOWISKO w sprawie pozostawienia w wykazie dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne odrębnej specjalizacji z pielęgniarstwa opieki paliatywnej. Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej. Pobrano dnia 08,04,2013, z sieci: http://www.ptpopih.pl/dokumenty/ do_ konsultantow.doc., data pobrania 2.04.2013.
12. Doboszyńska A.: Opieka paliatywna. Przewodnik Lekarski, 2007, 1, 128.
13. Pyszkowska J.: Opieka paliatywna- formy realizacji, zasady współpracy z lekarzem rodzinnym. Przew. Lek., 2007, 2, 198-201.
14. Dobrowolska B, Wrońska I., Klukow J., Girzelska J., Kręcisz K., Traczyk H, Sawka J.: Kształcenie przeddyplomowe pielęgniarek i lekarzy a ich przygotowanie do pracy z pacjentem umierającym. Psychoonkol., 2008, 12, 2, 37-44.
15. Łabuzek M., Kołpa M., Moździerz K., Lipińska M.: Przygotowanie pielęgniarek do opieki nad pacjentem z chorobą nowotworową w stanie terminalnym [w:] Krajewska-Kułak E., Nyklewicz W., Lewko J., Łukaszuk C. (red.). W drodze do brzegu życia. Akademia Medyczna w Białymstoku, Białystok, 2007, tom II, 353–360.
16. Kolonko J., Gałuszka A., Zalewska-Puchała J., Ryś B.: Śmierć pacjenta widziana z perspektywy personelu medycznego [w:] Krajewska-Kułak E., Nyklewicz W., Lewko J., Łukaszuk C. (red.). W drodze do brzegu życia. Akademia Medyczna w Białymstoku, Białystok, 2007, tom II, 329–336.

Seń Mariola[1], Klisowska Iwona[1], Krysa Marzena, Lintowska Agnieszka[1], Staniszewska Jadwiga[1], Felińczak Anna[2]

Sytuacja zdrowotna i społeczna osób objętych opieką długoterminową przebywających w domach pomocy społecznej

1. Zakład Promocji Zdrowia, Katedra Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
2. Zakład Organizacji i Zarządzania, Katedra Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Wstęp

Starzenie się ludności to jedno z ważniejszych zjawisk społecznych XXI wieku, a jego skutki są i będą w przyszłości wyzwaniem w sferze polityki społecznej, zdrowotnej i ekonomicznej. Przemiany społeczne i ekonomiczne powodują, że traci na znaczeniu odpowiedzialność rodziny za jej najstarszych członków, co skutkuje rozwojem instytucjonalnych form opieki [1].

Według WHO człowiek po 65 roku życia wchodzi w wiek określany mianem wieku podeszłego. Stanowi to wyzwanie do tworzenia systemów opieki (medycznej i socjalnej) uwzględniających możliwości zaspokajania specyficznych potrzeb ludzi starych [2].

Starzeniu towarzyszy pojawienie się patologii wieloukładowych, częstsze są także incydenty związane z zaburzeniami krążenia mózgowego. Wzrasta liczba pacjentów z różnego rodzaju otępieniami, które są powszechną przyczyną korzystania z usług opieki długoterminowej [3, 4, 5].

Nakłada to na państwo i samorządy konieczność opracowania programów zapewniających równy dostęp do zasobów instytucjonalnych, zapewnienie dostępu do opieki długoterminowej dla wszystkich seniorów, a zwłaszcza ubogich i niesprawnych [1].

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r (Dz. U. Nr 210 poz.2135) w art.15 określiła, iż świadczeniobiorca ma prawo do różnych form świadczeń opieki zdrowotnej. Wskazana przez Narodowy Fundusz Zdrowia pielęgniarska opieka długoterminowa jest specjalistyczną formą świadczenia zdrowotnego, skierowaną do obłożnie i przewlekle chorych. W ramach opieki długoterminowej pacjent może skorzystać ze świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych realizowanych w zakładach stacjonarnych lub w warunkach domowych. Do pielęgniarskiej

opieki długoterminowej mogą być zakwalifikowani pacjenci w dowolnym wieku, obłożnie i/lub przewlekle chorzy, z dowolną jednostką chorobową, z ograniczeniem zdolności do samoopieki, którzy w ocenie wg Skali Barthel uzyskali od 0 do 40 punków oraz dodatkowo wymagają realizacji określonych świadczeń pielęgniarskich [6].

Cel pracy

Celem pracy było dokonanie wstępnej oceny sytuacji zdrowotnej i społecznej osób objętych pielęgniarską opieką długoterminową przebywających w domu pomocy społecznej (DPS).

Materiał i metody

Badania zrealizowano we współpracy z NZOZ Ekumeniczna Stacja Opieki Centrum Pielęgniarstwa Rodzinnego, Rehabilitacji i Opieki Paliatywnej we Wrocławiu w 2011 i 2012 roku.

Ogółem przebadano 117 pacjentów objętych pielęgniarską opieką długoterminową przebywających w domu pomocy społecznej (34 mężczyzn – 29,05%; 83 kobiety – 70,95%). Byli to mieszkańcy trzech domów pomocy społecznej z Wrocławia i regionu Dolnego Śląska.

W badaniu wykorzystano następujące narzędzia badawcze: Skalę Barthel, Skalę Katza (ADL - Activities of DailyLiving), autorski kwestionariusz ankiety oraz poddano analizie dokumentację medyczną mieszkańców DPS. Pozwoliło to na określenie stanu zdrowia podopiecznych oraz przyczynę objęcia chorych opieką długoterminową.

W kwestionariuszu ankiety zawarto natomiast pytania dotyczące m.in. sytuacji społeczno – demograficznej badanych, posiadania rodziny oraz satysfakcji z uzyskiwanej opieki.

Skala Barthel pozwala na ocenę chorego pod względem jego zapotrzebowania na opiekę innych osób. Bierze się w niej pod uwagę między innymi czynności życia codziennego (m.in. spożywanie posiłków, przemieszczanie się, utrzymanie higieny osobistej, korzystanie z toalety, ubieranie się i rozbieranie, kontrolowanie zwieraczy odbytu i pęcherza moczowego [7,8].

W warunkach polskich pielęgniarską opieką długoterminową może być objęty pacjent, który w Skali Barthel uzyskał od 0-40 punktów. Wszystkie badane osoby spełniły to kryterium uzyskując w Skali Barthel mniej niż 40 punktów.

Skala oceny podstawowych czynności życia codziennego Katz'a - ADL (*Activities of Daily Living*) jest częścią kompleksowej oceny geriatrycznej i określa stopień samodzielności osób starszych w zakresie wykonywania podstawowych czynności dnia codziennego [9].

Zgromadzone informacje poddano analizie i ocenie przy użyciu programów Excell i Statistika 9.0.W celu scharakteryzowania badanej zbiorowości posłużono się wskaźnikami procentowymi (%). Do weryfikacji hipotez statystycznych posłużono się testem $\chi 2$ stosowanym przy testowaniu zmiennych nieparametrycznych. Analizy hipotez badawczych w tej pracy dokonano na poziomie istotności $p \leq 0,01$. Wszystkie dane przedstawiono w tabelach liczności, w których zaprezentowano parametry liczbowe odpowiedzi respondentów (n), jak i wartości procentowe (%) wraz z interpretacją wartości testu $\chi 2$ Pearsona.

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu. Udział w badaniu był dobrowolny i poprzedzony uzyskaniem zgody od pacjentów lub opiekunów. Ustalono kryterium badawcze, jakim było objęcie mieszkańców DPS pielęgniarską opieką długoterminową.

Wyniki

W badaniu uczestniczyło 117 mieszkańców domów pomocy społecznej, w tym 34 mężczyzn – (29,05%) oraz 83 kobiety (70,95%). Średnia wieku dla kobiet była znacznie wyższa w porównaniu z badanymi mężczyznami (81,28±12,04 vs 73,20±13,73) (Tab. I).

Tabela I. Średnia wieku badanych.

Wiek	N	Średnia	Minimum	Maksimum	Odchylenie standardowe
Kobiety	83	81,28	35,00	101,00	12,04
Mężczyźni	34	73,20	51,00	98,00	13,73

Wiek podeszły wg WHO rozpoczyna się po 65 roku życia. Co drugi mężczyzna był w wieku powyżej 74 lat (17 mężczyzn; 50,0%), w przypadku kobiet ta ilość była znacznie wyższa i dotyczyła 79,52% (66 osób). Co 10 kobieta i prawie co 4-ty mężczyzna mieli pomiędzy 65 a 74 lata i poniżej 64 lat (odpowiednio 9,64% vs 23,53% i 10,84% vs 26,47%) (Tab. II).

Tabela II. Podział na grupy wiekowe.

Wiek	Kobiety		Mężczyźni	
	N	%	N	%
>64	9	10,84	9	26,47
65 - 74	8	9,64	8	23,53
<74	66	79,52	17	50,00
Razem	83	100,00	34	100,00

Tabela III. Miejsce zamieszkania wg płci (n=116).

Płeć	Miejsce zamieszkania				
	Wieś	Miasto do 20 tysiecy	Miasto do 100 tysięcy	Miasto powyżej 100 tysięcy	Razem
Mężczyźni	17	10	7	0	34
% z wiersza	50,00%	29,41%	20,59%	0,00%	
Kobiety	20	4	11	47	82
% z wiersza	24,39%	4,88%	13,41%	57,32%	
Razem w kol.	37	14	18	47	116
Chi^2 Pearsona	37,21334	df=3	p=,00000		

Mężczyźni zamieszkujący domy pomocy społecznej to najczęściej osoby pochodzące ze wsi (50% mężczyzn i 24,39% kobiet), natomiast kobiety to mieszkanki dużego miasta (57,32%). Zależność ta była istotna statystycznie (p=,0000) (Tab. III).

Tabela IV. Źródła utrzymania badanych wg płci (n=115).

Płeć	Źródła utrzymania					
	Renta inwalidzka	Emerytura	Zasiłek z opieki społecznej	Na utrzymaniu rodziny	Inne	Razem
Mężczyźni	8	19	6	0	1	34
% z wiersza	23,53%	55,88%	17,65%	0,00%	2,94%	
Kobiety	21	53	4	1	2	81
% z wiersza	25,93%	65,43%	4,94%	1,23%	2,47%	
Razem w kol.	29	72	10	1	3	115

	Chi-kwadr.	df	p
Chi^2 Pearsona	5,291656	df=4	p=,25866

Badani utrzymywali się w większości z emerytury (55,88% mężczyzn i 65,43% kobiet) i renty inwalidzkiej (23,53% mężczyzn i 25,93% kobiet), rzadziej z zasiłku z opieki społecznej (17,65% mężczyzn i 4,95 kobiet). Jedna kobieta podała, że utrzymuje ją rodzina (Tab. 4). Im osoby starsze tym częściej pobierały emeryturę (79,01% >74lat), a im młodsze tym częściej źródłem utrzymania była renta (61,11%) (p=,0000) (Tab.V).

Tylko 31 respondentów (ok 27%) dokonało samooceny sytuacji socjalnej. Ma to niewątpliwie związek ze stanem zdrowia i sprawnością psychofizyczną mieszkańców DPS. Ponad 2/3 spośród tych osób stwierdziło, że jest ona na średnim poziomie i wystarcza tylko na podstawowe wydatki. Nieco częściej mówiły o tym kobiety. O dobrej czy bardzo dobrej sytuacji mówiło jedynie 7 osób (Tab. VI).

Tabela V. Źródła utrzymania wśród badanych wg wieku (n=115).

Wiek grupy	Źródła utrzymania pacjenta					
	Renta inwalidzka	Emerytura	Zasiłek z opieki społecznej	Na utrzymaniu rodziny	Inne	Razem
Wiek powyżej 74 lat	15	64	2	0	0	81
% z wiersza	18,52%	79,01%	2,47%	0,00%	0,00%	
Przedział wieku od 65 do 74 lat	3	7	5	0	1	16
% z wiersza	18,75%	43,75%	31,25%	0,00%	6,25%	
Wiek do 64 lat	11	1	3	1	2	18
% z wiersza	61,11%	5,56%	16,67%	5,56%	11,11%	
Razem w kol.	29	72	10	1	3	115

	Chi-kwadr.	df	p
Chi^2 Pearsona	52,24131	df=8	p=,00000

Tabela VI. Samoocena uzyskiwanych dochodów wg płci (n=31).

Płeć	Samoocena sytuacji materialnej			
	Bardzo dobra mamy oszczędności	Dobra	Średnia - wystarcza na podstawowe wydatki	Razem
Mężczyźni	1	2	8	11
% z wiersza	9,09%	18,18%	72,73%	
Kobiety	2	2	16	20
% z wiersza	10,00%	10,00%	80,00%	

Płeć	Samoocena sytuacji materialnej			
	Bardzo dobra mamy oszczędności	Dobra	Średnia - wystarcza na podstawowe wydatki	Razem
Razem w kol.	3	4	24	31

	Chi-kwadr.	df	p
Chi^2 Pearsona	,4227273	df=2	p=,80948

Niemal wszyscy mieszkańcy bez względu na wiek, którzy dokonali oceny, wyrażali opinię, że ich sytuacja materialna pozwala jedynie na zaspokojenie podstawowych potrzeb (Tab. VII).

Tabela VII. Samoocena uzyskiwanych dochodów wg wieku (n=31).

Wiek grupy	Samoocena sytuacji materialnej			
	Bardzo dobra mamy oszczędności	Dobra	Średnia - wystarcza na podstawowe wydatki	Razem
Wiek powyżej 74 lat	1	3	12	16
% z wiersza	6,25%	18,75%	75,00%	
Przedział wieku od 65 do 74 lat	2	0	5	7
% z wiersza	28,57%	0,00%	71,43%	
Wiek do 64 lat	0	1	7	8
% z wiersza	0,00%	12,50%	87,50%	
Razem w kol.	3	4	24	31

	Chi-kwadr.	df	p
Chi^2 Pearsona	5,028274	df=4	p=,28441

Analiza dokumentacji podopiecznych domów pomocy społecznej pozwoliła określić, jaka jest ich sytuacja zdrowotna. Najczęściej obserwowanymi schorzeniami były choroby układu krążenia na tle miażdżycowym (16,87% kobiet i 11,76% mężczyzn), często współistniejące z cukrzycą (13,25% kobiet, 11,76% mężczyzn), z chorobami zwyrodnieniowymi OUN (32,53% kobiet, 23,53%) oraz schorzeniami układu kostno-stawowego i innymi (Tab. VIII). Schorzenia te znacznie częściej obserwowano wśród respondentów w wieku powyżej 74 lat.

Najliczniejszą grupę stanowili pacjenci objęci opieką długoterminową przez okres 2-3 lat (70,94%), nieco rzadziej do roku czasu (16,23%) i tylko częściej niż co 10-ty badany był pod tego typu opieką przez dłuższy okres, tj. 4-5 i powyżej 5-ciu lat (12,82%). Najczęstszym powodem sprawowania pielęgniarskiej opieki długoterminowej była pielęgnacja odleżyn (61,76% mężczyzn I 76,44% kobiet), w dalszej kolejności wykonywanie opatrunków (20,48% kobiet i 17,65% mężczyzn), konieczność wykonania kroplowego wlewu dożylnego (12% kobiet i 11,76% mężczyzn) (Tab. IX).

Zapotrzebowanie na pomoc pielęgniarską określono, wykorzystując Skalę ADL (*Activities of Daily Living*), która ocenia podstawowe czynności życia codziennego i określa stopień samodzielności w zakresie wykonywania tych czynności.

Rozkład odpowiedzi w Skali Katza wskazuje, że kobiety częściej (97,59%) w porównaniu z mężczyznami (79,41%) wykazywały znaczne upośledzenie sprawności w zakresie ADL, a tym samym wymagały bezwzględnej pomocy osób drugich. Zależność ta była istotna statystycznie (p=,00319). Mężczyźni natomiast częściej wykazywali umiarkowane upośledzenie w zakresie ADL (17,65% mężczyzn i 2,41% kobiet) – tu jedynie wskazana jest pomoc pielęgniarki. Jeden pacjent miał całkowicie zachowane podstawowe czynności życia codziennego (Tab. X).

Tabela VIII. Choroby, z powodu których leczą się podopieczni DPS wg płci.

Płeć	**Występowanie chorób**				
	Choroby układu krążenia na tle miażdżycowym	**Choroby zwyrodnieniowe OUN**	**Porażenie cztero i dwu kończynowe**	**POCHP**	**INNE**
Mężczyźni	4	5	6	0	0
% z wiersza	11,76%	14,71%	17,65%	0,00%	0,00%
Kobiety	14	9	6	1	2
% z wiersza	16,87%	10,84%	7,23%	1,20%	2,41%
Razem w kol.	18	14	12	1	2

	Choroby układu krążenia na tle miażdżycowym				
	+ cukrzyca	**+ choroby zwyrodnieniowe OUN**	**+ choroby układu kostno-stawowego**	**+ porażenie cztero i dwu kończynowe**	**+ cukrzyca + choroby zwyrodnieniowe OUN**
Mężczyźni	4	8	1	1	1
% z wiersza	11,76%	23,53%	2,94%	2,94%	2,94%
Kobiety	11	27	1	1	2
% z wiersza	13,25%	32,53%	1,20%	1,20%	2,41%
Razem w kol.	15	35	2	2	3

Płeć	Występowanie chorób				
	Choroby układu krążenia na tle miażdżycowym	**Choroby zwyrodnieniowe OUN**	**Porażenie cztero i dwu kończynowe**	**POCHP**	**INNE**
	Choroby zwyrodnieniowe OUN				
	+ cukrzyca	**+ nowotwór**	**+ inne**	**Choroby układu krążenia na tle miażdżycowym + inne**	**Cukrzyca + inne**
Mężczyźni	1	0	0	0	1
% z wiersza	2,94%	0,00%	0,00%	0,00%	2,94%
Kobiety	3	1	1	1	0
% z wiersza	3,61%	1,20%	1,20%	1,20%	0,00%
Razem w kol.	4	1	1	1	1
	Choroby zwyrodnieniowe OUN + choroby układu kostno stawowego	**Porażenie cztero i dwu kończynowe+ cukrzyca**	**Inne+ Choroby układu kostno stawowego**	**Cukrzyca + Choroby układu kostno stawowego**	**Razem**
Mężczyźni	1	0	1	0	34
% z wiersza	2,94%	0,00%	2,94%	0,00%	
Kobiety	1	1	0	1	83
% z wiersza	1,20%	1,20%	0,00%	1,20%	
Razem w kol.	2	1	1	1	117

Tabela IX. Przyczyny objęcia pielęgniarską opieką długoterminową*

Klasa	Kobiety		Mężczyźni	
	Liczba	**Procent**	**Liczba**	**Procent**
odleżyny	51	61,44578	21	61,76471
wlew kroplowy	10	12,04819	4	11,76471
Założenie cewnika	2	2,40964	1	2,94118
pielęgnacja stomii	1	1,20482	0	00
opatrunki	17	20,48	6	17,65
odleżyny, wlew kroplowy	1	1,21	0	00
odleżyny, założenie cewnika	1	1,21	0	00
Cewnik, opatrunki	0	00	1	2,94
Wlew kroplowy, opatrunki	0	00	1	2,94

*pacjent mógł wybrać więcej niż jedną odpowiedź

Tabela X. Ocena podstawowych czynności życia codziennego w Skali Katza (ADL) wg płci.

Płeć	Skala ADL			
	Uzyskany wynik 5-6pkt	Uzyskany wynik 3-4pkt	Uzyskany wynik 1-2pkt	Razem
Mężczyźni	1	6	27	34
% z wiersza	2,94%	17,65%	79,41%	
Kobiety	0	2	81	83
% z wiersza	0,00%	2,41%	97,59%	
Razem w kol.	1	8	108	117

	Chi-kwadr.	df	p
Chi^2 Pearsona	11,49477	df=2	p=,00319

Im chorzy starsi tym częściej obserwowano znaczny stopień upośledzenia sprawności w zakresie ADL (97,59% >74lat, 87,5% w wieku 65do 74 lat, 72,22% < 64lat). Młodsi pacjenci – poniżej 64 lat, częściej mieli tylko ograniczoną sprawność (22,2%). Zależność ta była istotna statystycznie (p=,00310) (Tab. XI).

Nieliczni pacjenci byli odwiedzani przez członków swoich rodzin, najczęściej były to dzieci (22,58% mężczyźni) oraz rodzeństwo (12,9% kobiety). W większości przypadków były to osoby spoza rodziny – znajomi, przyjaciele (87% kobiet, 51,61% mężczyzn) (p=,00161). W odniesieniu do dziewięciu osób nie ma danych na ten temat (Tab. XII). Być może są to osoby samotne, nie posiadające ani krewnych, ani przyjaciół. Najczęściej bliscy krewni odwiedzali pacjentów w wieku 65-74 lata. W najmłodszej grupie wiekowej (poniżej 64r.ż. – 81,25%) i w najstarszej (>74r.ż. – 84,21%) odwiedzającymi byli dalsi krewni bądź znajomi. Zależność była istotna statystycznie (p=,00026) (Tab. XIII).

Tabela XI. Ocena podstawowych czynności życia codziennego w Skali Katza (ADL) wg wieku.

Wiek grupy	Skala ADL			
	Uzyskany wynik 5-6	Uzyskany wynik 3-4	Uzyskany wynik 1-2	Razem
Wiek powyżej 74 lat	0	2	81	83
% z wiersza	0,00%	2,41%	97,59%	
Przedział wieku od 65 do 74 lat	0	2	14	16
% z wiersza	0,00%	12,50%	87,50%	
Wiek do 64 lat	1	4	13	18
% z wiersza	5,56%	22,22%	72,22%	

Wiek grupy		Skala ADL			
		Uzyskany wynik 5-6	Uzyskany wynik 3-4	Uzyskany wynik 1-2	Razem
Razem w kol.		1	8	108	117
	Chi-kwadr.	df	p		
Chi^2 Pearsona	15,93874	df=4	p=,00310		

Tabela XII. Członkowie rodzin odwiedzający mieszkańców DPS wg płci (n=108).

Płeć	Członkowie rodzin mieszkańców DPS						
	Matka	Mąż/ żona	Córka/ syn	Babka	Siostra/brat	Inna osoba	Razem
Mężczyźni	2	1	7	1	4	16	31
% z wiersza	6,45%	3,23%	22,58%	3,23%	12,90%	51,61%	
Kobiety	0	0	7	0	3	67	77
% z wiersza	0,00%	0,00%	9,09%	0,00%	3,90%	87,01%	
Razem w kol.	2	1	14	1	7	83	108

	Chi-kwadr.	df	p
Chi^2 Pearsona	19,40858	df=5	p=,00161

Tabela XIII. Członkowie rodzin odwiedzający mieszkańców DPS wg wieku (n=108).

Wiek grupy	Członkowie rodzin mieszkańców DPS						
	Matka	Mąż/ żona	Córka/syn	Babka	Siostra /brat	Inna osoba	Razem
Wiek powyżej 74 lat	0	0	9	1	2	64	76
% z wiersza	0,00%	0,00%	11,84%	1,32%	2,63%	84,21%	
Przedział wieku od 65 do 74 lat	1	1	3	0	5	6	16
% z wiersza	6,25%	6,25%	18,75%	0,00%	31,25 %	37,50%	
Wiek do 64 lat	1	0	2	0	0	13	16
% z wiersza	6,25%	0,00%	12,50%	0,00%	0,00%	81,25%	
Razem w kol.	2	1	14	1	7	83	108

	Chi-kwadr.	df	p
Chi^2 Pearsona	33,12967	df=10	p=,00026

Dyskusja

Zgodnie z klasyfikacją starości rekomendowaną przez WHO wiek podeszły rozpoczyna się po 65 roku życia, a starość zaawansowaną obserwujemy od 80 rok życia [10].

Zmiany starcze w organizmie człowieka i niepełnosprawność nasilają się po 75 roku życia [11,12].

Długie życie nie zawsze idzie w parze z samodzielnością i sprawnością psychofizyczną. Średnia wieku badanych kobiet wynosiła 81,28±12,04, natomiast mężczyzn 73,20±13,73. Ponad 2/3 kobiet i co drugi mężczyzna mieli powyżej 74 lat. Do czynników stymulujących zapotrzebowanie na świadczenia pielęgnacyjne należą m.in. demograficzne starzenie się społeczeństwa, wpływające na wzrost liczby osób niesamodzielnych [13]. Równie istotną przyczyną wzrostu zapotrzebowania na świadczenia pielęgnacyjne dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji jest sytuacja zdrowotna. Najczęstszymi przyczynami niesprawności były choroby nowotworowe, choroby układu krążenia, choroby układu kostno-stawowego, choroby układu nerwowego, choroby psychiczne [13]. Podobne przyczyny niesamodzielności (oprócz chorób nowotworowych) zaobserwowano wśród badanych mieszkańców DPS. Najczęściej były to choroby układu krążenia na tle miażdżycowym, często współistniejące z cukrzycą, chorobami zwyrodnieniowymi OUN (często z zespołami otępiennymi) oraz schorzeniami układu kostno-stawowego (Tabela VIII). Częściej obserwowano ich występowanie u osób powyżej 74r.ż. (choroby CHUK na tle miażdżycowym ze schorzeniami OUN – ok 35%). Otępienie naczyniopochodne, głównie związane z miażdżycą (*vascular dementia*) uwarunkowane czynnikami naczyniowymi, uchodzi za drugą, po chorobie Alzheimera, przyczynę zaburzeń otępiennych w podeszłym wieku [14], co może prowadzić do konieczności objęcia chorego instytucjonalną opieką długoterminową.

W podeszłym wieku poziom funkcjonowania w zakresie osobistych czynności dnia codziennego może być najważniejszym elementem jakości życia [15, 16]. Im chorzy byli starsi tym częściej obserwowano u nich znaczny stopień upośledzenia sprawności w zakresie ADL (97,59% <74lat, 87,5% w wieku 65do 74 lat, 72,22% >64lat). Kobiety częściej (97,59% vs 79,41% mężczyzn) wykazywały znaczne upośledzenie sprawności w zakresie ADL, u mężczyzn natomiast częściej obserwowano umiarkowane upośledzenie w tym zakresie (17,65% mężczyzn i 2,41% kobiet). Świadczenia w zakresie opieki długoterminowej na rzecz grup o niższych dochodach mogą być udzielane w ośrodkach pomocy społecznej. Pomoc społeczną zapewniają domy pomocy społecznej, które opłacają dodatkowe koszty opieki zdrowotnej niepokrywane przez NFZ. Ze względu na rosnące zapotrzebowanie na opiekę długoterminową zakres i dostępność tego typu świadczeń uważa się za niewystarczające[17].

Jedynie 31 respondentów (ok 27%) dokonało samooceny sytuacji socjalnej. Ma to niewątpliwie związek ze stanem zdrowia i sprawnością psychofizyczną badanych. Ponad 2/3 spośród tych osób stwierdziło, że sytuacja ta kształtuje się na poziomie średnim i wystarcza tylko na zaspokojenie podstawowych potrzeb. Nieco częściej mówiły o tym kobiety.

W badaniach Waszkiewicz i wsp. [18] dotyczących oceny środowiska życia mieszkańców Wrocławia w wieku poprodukcyjnym podobny odsetek badanych, bo ok. 80%, wskazywało na ograniczenie środków finansowych na realizację własnych potrzeb. Ubogie osoby starsze są w wyjątkowo trudnej sytuacji, gdyż mają bardzo ograniczone możliwości zmiany swego materialnego położenia. Im starsze osoby tym potrzeby w zakresie opieki zdrowotnej i długoterminowej rosną, a jednocześnie szanse zwiększenia środków maleją [19]. Fakt posiadania rodziny jest bardzo cenny dla uzyskiwania wsparcia, ale rodzina nie zawsze może zaspokoić wszystkie potrzeby osób starszych. Dlatego aby skuteczniej pomagać osobom starszym często potrzebne jest wsparcie instytucjonalne [20]. Nieliczni pacjenci byli odwiedzani przez członków swoich rodzin, najczęściej były to dzieci (ok 23% mężczyzn) oraz siostra/brat w przypadku kobiet (12,9%). W większości przypadków jednak byli to bądź dalsi krewni, bądź znajomi i przyjaciele (87% kobiet, 51,61% mężczyzn). Zmiany w stanie zdrowia, zaburzenia emocjonalne, a także w sferze kontaktów międzyludzkich prowadzą do pogłębienia się problemów z komunikacją, izolacji społecznej i pogorszenia jakości życia.

Wnioski

1. Mieszkańcy domów pomocy społecznej to osoby w wieku podeszłym (średnia wieku kobiet to81,28±12,04, a mężczyzn 73,20±13,73), pochodzące najczęściej ze wsi (50% mężczyzn) i dużego miasta (ok 57% kobiet) o dochodzie pozwalającym na zaspokojenie jedynie podstawowych potrzeb.
2. Sytuacja zdrowotna i poziom sprawności pacjentów związany był z występowaniem zmian wielonarządowych. Najczęściej obserwowano choroby układu krążenia na tle miażdżycowym, współistniejące z cukrzycą, chorobami zwyrodnieniowymi OUN (często z zespołami otępiennymi) oraz schorzeniami układu kostno-stawowego. Wraz z wiekiem wzrastał stopień upośledzenia sprawności w zakresie ADL (97,59% >74lat, 87,5% w wieku 65do 74 lat, 72,22% < 64lat), częściej dotyczyło to kobiet (97,59% vs 79,41% mężczyzn).

3. Znaczny odsetek podopiecznych DPS nie utrzymywał kontaktu z bliskimi krewnymi, być może z powodu ich braku, o czym może świadczyć zaawansowany wiek badanych . 87% kobiet i ok 52% mężczyzn podało, że odwiedzają ich tylko osoby spoza rodziny.
4. Stan zdrowia i poziom niesprawności badanych nie pozwala a samodzielną i niezależną egzystencję. Celem opieki długoterminowej w DPS jest szeroko rozumiana profilaktyka geriatryczna, jak największe ograniczenie chorobowości i współwystępujących powikłań oraz ciężkiej niesprawności funkcjonalnej, a także poprawa jakości życia mieszkańców DPS we wszystkich jej aspektach.

Piśmiennictwo

1. Raport:Instytucje wobec potrzeb osób starszych. Raport opracował Zespół Instytutu Rozwoju Służb Społecznych, Warszawa, grudzień 2010.
2. Blackbum A.: Problems of terminal care in elderly patients. Palliative Medicine, 1989, 3, 203-206.
3. Bień B.: Sytuacja zdrowotna osób w podeszłym wieku [w:] Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red.), Wydawnictwo Via Medica, Warszawa , 2006, 42–46.
4. Muszalik M. , Kędziora-Kornatowska K.: Jakość życia a stan zdrowia. MPiP, 2007, 5, 24–25.
5. Muszalik M., Kędziora-Kornatowska K.: Jakość życia przewlekle chorych pacjentów w starszym wieku. Gerontol. Pol., 2006, 14, 185–189.
6. www.nfz-lodz.pl/index.php/dlapacjentow, dnia pobrania 5.04.2013.
7. Mahoney F.l., Barthel D.: Badanie funkcjonalne: WskaźnikBarthel, Maryland State Med. Journal, 1965, 14, 56-61, www.profamilia.net.pl/oferta/skala-barthel/, dnia pobrania 5.04.2013.
8. Załącznik nr 3. www.pcchz.pl/doc/zol_zal3_skala_barthel.pdf, dnia pobrania 5.04.2013.
9. Abrams W.B., Beers M.H., Berkow R.: Red. wydania polskiego: Galus K., Kocemba J.: MSD Podręcznik geriatrii. Wrocław, 1999, www.esculap.pl/my_pielegniarki/ profilaktyka/adl_activit, dnia pobrania 5.04.2013.
10. The demographic future of Europe – from challenge to opportune. Main European demographic trends and data. Projections – EU-25. Commission of the European Communities. COM /2006/571, Brussels, 2006.

11. Fallowfield L.: The Quality of Life. Souvenir Press LTD, London, 1991.
12. Iliffe S., Patterson L., Gould Mairi M.: Health Care for Older People. BMJ Books, 1989.
13. Błędowski P. ,Wilmowska-Pietruszyńska A.: Organizacja opieki długoterminowej w Polsce – problemy i propozycje rozwiązań, Polityka Społeczna, 2009, 9, 9-13.
14. Bidzan L., Bidzan M.: Czynniki naczyniowe a progresja zaburzeń funkcji poznawczych w populacji osób w wieku podeszłym. Psychiatr. Pol., 2005, 5, 987-995.
15. Campion E.W.: Ageing better. N. Engl. J. Med., 1988, 15, 1064‑1066.
16. Ostrzyżek A., Marcinkowski J.T.: Wymiary jakości życia w podeszłym wieku. Probl. Hig. Epidemiol., 2009, 90, 465-469.
17. Kwiatkiewicz A.: Antycypacja i zarządzanie procesami restrukturyzacji w Polsce. NationalBackground Paper. Wrzesień 2009. Polska. www.ec.europa.eu/social/ ajax/BlobServlet, dnia pobrania 16.04.2013.
18. Waszkiewicz L., Gaweł-Dąbrowska D., Połtyn-Zaradna K., Zatońska K,Einhorn J.: Zastosowanie kwestionariusza BREF do oceny środowiska życia mieszkańców Wrocławia w wieku poprodukcyjnym. Probl., Hig., Epidemiol., 2010, 91 (suplement1), K-28.
19. Bakalarczyk R.: Ubóstwo wśród ludzi starszych [w:] Z godnością w jesień życia. Socjaldemokratyczny program dla młodego pokolenia, Syska M. (red.), Ośrodek Myśli Społecznej im. Ferdynanda Lassalle'a, Wrocław - Warszawa, 2011, 7-20.
20. Janiszewska M., Kulik T.,B., Pacian A., Żołnierczuk-Kieliszek D., Stefanowicz A.: Wsparcie społeczne i instytucje wspierające realizację potrzeb osób starszych. Probl., Hig., Epidemiol., 2010, 91 (suplement 1), K-26.

Kalinowski Paweł[1], Bojakowska Urszula[2]

Epidemiologia i analiza czynników ryzyka raka piersi.

1. Samodzielna Pracownia Epidemiologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
2. Studium Doktoranckie przy Samodzielnej Pracowni Epidemiologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wstęp

Choroby nowotworowe stanowią jedną z głównych przyczyn zgonów w społeczeństwach krajów wysoko rozwiniętych, w tym Polski. W ostatnich dziesięcioleciach ich natężenie zwiększyło się szczególnie, co spowodowało, że choroby te stały się nie tylko poważnym problemem zdrowotnym, ale też społecznym i ekonomicznym.

Kraje europejskie, w tym Polska przeznaczają na profilaktykę, diagnostykę i leczenie chorób nowotworowych coraz większe środki oczekując efektów w postaci skutecznych metod wykrywania i leczenia tych chorób, jednak pomimo takiej polityki państw nowotwory w dalszym ciągu stanowią aktualny i ciągle narastający problem. Najczęściej rozpoznawanym nowotworem u kobiet i drugą po raku płuca najczęstszą przyczyną zgonów spowodowanych przyczyną nowotworową jest rak piersi [1]. Wprawdzie profilaktyczne badania mammograficzne, ultrasonograficzne i badanie palpacyjne pozwalają wcześnie wykryć zmiany, ale nadal w dużym odsetku wykrywa się chorobę zaawansowaną, a śmiertelność z powodu tego nowotworu jest duża [2].

Epidemiologia raka piersi

Analiza danych epidemiologicznych wskazuje na systematyczny wzrost liczby osób chorujących na raka piersi w ostatnim czasie. Według Krajowego Rejestru Nowotworów w 2000 roku stwierdzono w Polsce 10 987 nowych zachorowań na raka piersi, w roku 2010 liczba ta wzrosła do 15 784 przypadków. Ogółem w 2010 roku rak piersi stanowił 22,4% zachorowań z przyczyn nowotworowych. Standaryzowany współczynnik zapadalności w 2000 roku wynosił 38,8/100 tys. w ciągu następnych 10 lat osiągnął wartość 49,6/100 tys., przypuszcza się, że do 2015 roku współczynnik ten wzrośnie do 60/100 tys. Na podstawie danych opublikowanych w Rejestrze można zauważyć, że ponad 9 tys. nowotworów złośliwych piersi dotyczy kobiet w wieku 50 – 69 lat. Jednak rak piersi jest ważnym problemem również w populacji młodych kobiet stanowiąc 27% zachorowań i 21% zgonów z przyczyn nowotworowych. Analizując zróżnicowanie zachorowalności według województw należy zauważyć, że struktura zachorowań powiela wzorzec, w którym nowotwór piersi

zajmuje pierwsze miejsce z udziałem od 17,1% w województwie świętokrzyskim do 27,1% w województwie zachodniopomorskim.

Rak piersi jest przyczyną 12,8% zgonów. W 2010 roku zarejestrowano 5226 zgonów spowodowanych nowotworem złośliwym piersi, które dotyczyły głównie pacjentów po 50 roku życia, a standaryzowany współczynnik umieralności wynosił 13,7/100 tys. Najwyższe wartości współczynników umieralności z powodu nowotworów piersi u kobiet notowano w województwie śląskim i łódzkim (powyżej 15/100 tys.). Najniższe zagrożenie nowotworami piersi stwierdzono w województwach: lubelskim, zachodniopomorskim, podkarpackim i podlaskim (poniżej 12/100 tys.). Rak piersi w Polsce stanowi drugą pod względem częstości przyczynę zgonów spowodowanych przez nowotwory złośliwe u kobiet [1 ,3].

Czynniki ryzyka

Bezpośrednia przyczyna powstawania nowotworów złośliwych piersi nie jest poznana, jednak na podstawie licznie prowadzonych badań zidentyfikowano, z pewnym prawdopodobieństwem, grupę niezależnych czynników pozytywnie skorelowanych z zapadalnością na tę chorobę [4].

Na patogenezę raka gruczołu piersiowego ma wpływ wiele czynników, z tego powodu jest ona trudna do ustalenia. Badania epidemiologiczne nad nowotworami złośliwymi koncentrują się od kilkudziesięcioleci nad określeniem wpływu czynników środowiskowych oraz czynników genetycznych na zachorowalność i umieralność. Zgodnie z obecnym stanem wiedzy w powstawaniu 80 – 90% nowotworów złośliwych uczestniczą zewnętrzne czynniki środowiskowe. Analityczne i opisowe badania epidemiologiczne wykazały, że głównymi czynnikami odpowiedzialnymi za powstawanie nowotworów złośliwych w populacji ludzkiej są te czynniki środowiska, które wynikają z ludzkich zachowań [5]. Powstanie nowotworu jest wypadkową predyspozycji genetycznych głównie poprzez nosicielstwo mutacji genów BRCA1 i BRCA2 oraz stopnia narażenia na carcinogeny egzogenne i endogenne [2, 6].

Szacuje się, że 50% chorych, u których zostanie zdiagnozowany rak piersi będzie się znajdować w grupie ryzyka związanej z wiekiem. Niewątpliwie hormony, czynnik reprodukcyjny, styl życia, dieta oraz czynniki środowiskowe, mają wpływ na wzrost ryzyka związanego z rozwojem raka piersi. Dodatkowo czynniki osobowościowe do których zaliczamy dodatni wywiad rodzinny w kierunku raka piersi, obecność łagodnych nowotworów piersi oraz duża gęstość tkanki piersi obserwowana podczas mammografii stanowią uzupełniające czynniki ryzyka występowania tej choroby [7, 8].

Obciążenia rodzinne i dziedziczne

Dodatni wywiad rodzinny jest najważniejszym czynnikiem ryzyka raka piersi. U jednej na dziesięć kobiet można stwierdzić występowanie raka piersi u krewnych I i II stopnia pokrewieństwa [9]. Rodzinne występowanie raka piersi u bliskich krewnych (matka, siostra) zwiększa ryzyko dwukrotnie. Większa liczba krewnych u których zdiagnozowano chorobę jeszcze bardziej zwiększa ryzyko zachorowania [5, 10].

Większość raków piersi jest dziedziczona w sposób autosomalny dominujący [6]. Zidentyfikowano 2 geny BRCA-1 i BRCA-2, których mutacja podwyższa ryzyko raka piersi o 50–80%. Ryzyko kobiet z dodatnim wywiadem rodzinnym, lecz bez obecności dziedziczonej mutacji genów BRCA1 i BRCA2 jest również wysokie, lecz niższe niż w grupie, gdzie takie mutacje występują. W tych przypadkach należy potwierdzić czy pacjenci nie są nosicielami mutacji genów BRCA1 i BRCA2. U pozostałych pacjentów, u których nie ma mutacji genów BRCA1 i BRCA2 najprawdopodobniej występują mutacje w innych genach, które blokują aktywność genów BRCA1 i BRCA2 [7, 11]. Obecnie uważa się, że mutacje genu BRCA1 występują u 75% rodzin, w których występują zarówno raki sutka, jak i raki jajnika, oraz u 50% rodzin, w których występuje wyłącznie rak piersi [12]. Rzadko pojawiające się mutacje innych genów, takich jak np. PTEN, p53, MLH1, MLH2 i STK11 również mogą być przyczyną zwiększonego ryzyka rozwoju raka piersi [7].

Skłonność do mutacji, zarówno w obrębie genu BRCA1, jak i BRCA2 jest uzależniona m.in. od rasy i grupy etnicznej. Znacząco wyższa częstość mutacji, wynosząca około 1 na 50 przypadków, występuje u osób pochodzenia żydowskiego. Większa częstość mutacji jest też stwierdzona u ludzi pochodzących z Islandii, Szwecji, Holandii oraz Polski [7].

Czynniki reprodukcyjne

Ważną rolę w patogenezie rozwoju nowotworu gruczołu piersiowego odgrywają estrogeny. Rak piersi uważany jest za nowotwór hormonozależny, w którym podwyższone stężenie estrogenu i dłuższy czas ekspozycji na ten hormon związane są z podwyższonym ryzykiem jego rozwoju [13, 14]. Wczesne rozpoczęcie miesiączkowania (np. 12 rż) i późne jego zakończenie (np. w 50 rż) zwiększa ryzyko dwukrotnie w stosunku do kobiet, które późno rozpoczęły miesiączkowanie (np. w 15 rż.) i wcześnie je zakończyły (np. 40 rż.) [10]. U wszystkich kobiet w wieku pomenopauzalnym wysokie stężenie estrogenu w surowicy krwi wiąże się ze zwiększonym ryzykiem pojawienia się raka piersi [14]. Również bezdzietność i późny wiek pierwszej donoszonej ciąży (powyżej 30 roku życia) są czynnikami związanymi z wydłużoną ekspozycją na estrogeny [15]. Kobiety nieródki oraz te

które zaszły w pierwszą ciążę po 30. rż. mają zwiększone ryzyko zachorowania 2 – 5 razy. Poronienia samoistne i sztuczne określane jako ciąże niepełne, nie działają ochronnie tak, jak ciąże pełne, natomiast mogą zwiększać ryzyko ze względu na brak działania ochronnego progesteronu w drugiej fazie ciąży [10].

Budowa ciała

Otyłość wpływa różnie na ryzyko rozwoju raka piersi u kobiet w wieku przed- i pomenopauzalnym. U kobiet będących w wieku przedmonopauzalnym, związana jest z dłuższymi cyklami miesięcznymi, zwiększeniem ilości cykli bezowulacyjnych, a tym samym obniżeniem endogennej ekspozycji na estrogen i zmniejszeniem stopnia ryzyka raka piersi. U kobiet w wieku pomenopauzalnym, u których pierwotnym źródłem estrogenów jest metabolizm w obwodowych tkankach, otyłość wiąże się z podwyższonym stężeniem w surowicy biologicznie aktywnego estrogenu, wpływającego na wzrost ryzyka wystąpienia raka piersi [7]. Reasumując kobiety u których masa ciała przekracza o 35% prawidłową masę ciała mają o 55% większe ryzyko nowotworu niż kobiety szczupłe [5]. Inna z hipotez zakłada, że czynnikiem mitogennym jest zwiększony poziom insuliny oraz insulinopodobnego czynnika wzrostu (IGF) [16–17]. Prowadzone badania wykazały, że insulina jest niezależnym czynnikiem ryzyka wystąpienia raka piersi i może stanowić ogniwo łączące otyłość z zachorowaniem na raka piersi [18].

Aktywność Fizyczna

Niska aktywność fizyczna zalicza się do modyfikowalnych czynników ryzyka w rozwoju raka piersi [19]. Rola aktywności fizycznej w etiologii raka piersi była przedmiotem wielu badań i większość z nich (około 70%) wskazała na zmniejszone ryzyko u kobiet fizycznie aktywnych. Średnia wartość redukcji ryzyka zawiera się w przedziale od 30% do 40% dla najbardziej aktywnych, w porównaniu z kobietami prowadzącymi siedzący tryb życia [15]. Rekreacyjna aktywność fizyczna również może redukować ryzyko zachorowania na raka piersi. Jednak związek między rakiem piersi i aktywnością fizyczną jest niewyjaśniony pod względem określenia rodzaju i natężenia aktywności, a także okresu życia, kiedy może ona wywierać największy wpływ ochronny [20].

Niektóre badania dowodzą, że zwiększona aktywność fizyczna u kobiet w wieku pomenopauzalnym powoduje obniżenie ryzyka zachorowalności na raka piersi. Jest to prawdopodobnie związane ze spadkiem wskaźnika BMI oraz redukcją stężenia estrogenu w surowicy [7]. Duża aktywność fizyczna kobiet zmniejsza ryzyko raka piersi prawdopodobnie przez wpływ hamujący na czynność jajników (mniejsze wytwarzanie estrogenów) [10].

Dieta

Przestrzeganie zasad prawidłowego żywienia jest ważnym aspektem profilaktyki i terapii raka piersi. Badania potwierdzają, że ok. 25 % wszystkich przypadków zachorowań na raka spowodowanych było nieprawidłową dietą [21, 22].

Do wystąpienia raka piersi predysponuje dieta bogata w tłuszcz całkowity, podobnie dieta bogata w tłuszcze zwierzęce i tłuszcze nasycone oraz cholesterol. Nadmierna wartość energetyczna pożywienia w dzieciństwie i młodości może zwiększać ryzyko raka piersi. Nie potwierdzono związku nowotworu ze spożyciem tłuszczu u kobiet w średnim wieku [5].

Ochronny wpływ zwiększonego spożycia owoców i warzyw na ryzyko zachorowania na raka piersi, potwierdza większość badań nad tym związkiem. Jednak dokładnie nie poznano jeszcze mechanizmu tego działania. Nie ma także wśród autorów zgodności dotyczącej częstości spożywania tych produktów, aby można było rekomendować je jako chroniące przed zachorowaniem na raka piersi [4].

Alkohol

Wpływ spożywania alkoholu, a występowaniem raka piersi, nie jest jednoznaczny, ale wyniki większości badań przemawiają za zwiększonym ryzykiem zachorowania na raka piersi u kobiet pijących alkohol [23]. Umiarkowane spożycie alkoholu podnosi stężenie endogennych estrogenów co stanowi czynnik zwiększający ryzyko raka piersi [7]. Największy wpływ ma spożywanie alkoholu w grupie kobiet w młodym wieku [16]. Picie co najmniej 2 „drinków" dziennie u kobiet przed 30 rż. prawdopodobnie zwiększa ryzyko o około 25% [5,10]. Badania wykazały także, że u kobiet po menopauzie alkohol wpływa głównie na wystąpienia estrogeno- i progesteronozależnej postaci raka piersi [17].

Doustne hormonalne środki antykoncepcyjne

Wpływ estrogenu egzogennego na raka piersi jest kontrowersyjny i nadal poddawany licznym badaniom. Wiadomo, że wcześniejsza doustna antykoncepcja nie większa znamiennie ryzyka zachorowania na raka piersi u kobiet w wieku powyżej 40 lat. Istnieje jednak podejrzenie, że doustna antykoncepcja podwyższa nieznacznie szansę wystąpienia raka piersi w trakcie jej stosowania. Jednak ze względu na to, że kobiety stosujące antykoncepcję są coraz młodsze, całkowity wzrost ryzyka choroby jest niewielki [7]. Przypuszcza się że doustne hormonalne środki antykoncepcyjne mogą w pewnym stopniu zwiększać ryzyko, ale tylko przy długotrwałym stosowaniu trwającym powyżej 8 lat [10, 24].

Hormonalna terapia zastępcza

Badania dotyczące hormonalnej terapii zastępczej prowadzonej u kobiet po menopauzie wykazują umiarkowane zwiększenie ryzyka raka piersi. Hormonalna terapia

substytucyjna ma podobny wpływ na wystąpienie raka piersi, jak późna, naturalna menopauza. Ryzyko to wzrasta wraz z czasem stosowania terapii, a głównie, gdy terapia rozpoczynana jest po 50. roku życia. Po 5 latach od czasu przerwania terapii ryzyko wystąpienia raka wraca do wartości charakterystycznych dla kobiet, które nigdy nie stosowały HTZ. Krótsza hormonalna terapia zastępcza (do 4-5 lat) nie wpływa na ryzyko wystąpienia raka piersi. Ponadto kobiety, u których terapie przerwano, po upływie 5 lat od końca jej stosowania nie mają ryzyka zachorowania wyższego niż kobiety, które nigdy nie były poddawane zastępczej terapii hormonalnej. Istotny wpływ na wystąpienie raka piersi ma rodzaj zastosowanej terapii. Terapia kombinowana, składająca się z progesteronu i estrogenu, zwiększa ryzyko bardziej, niż terapia oparta wyłącznie na estrogenie [7, 25].

Zmiany niezłośliwe w sutkach

Łagodne choroby piersi dzielą się na zmiany proliferacyjny i nieproliferacyjny. Zmiany nieproliferacyjny nie mają wpływu na ryzyko wystąpienia raka piersi. Choroby przebiegające z proliferacją, ale bez atypii np. hyperplasia, rozlana brodawczakowatość, czy złożony gruczolakowłókniak zwiększają ryzyko rozwoju raka piersi dwukrotnie. Choroby przebiegające z proliferacja i atypią, dotyczące zarówno przewodów jak i zrazików podwyższają ryzyko zachorowania na raka piersi około czterokrotnie, a rozwoju nowotworu można się spodziewać zwykle po 10 latach od stwierdzenia zmian łagodnych [7, 10].

Czynniki zawodowe

Udział w etiologii raka piersi jest także przypisywany ekspozycji na zawodowe czynniki fizyczne, jak pola elektromagnetyczne i promieniowanie jonizujące oraz na czynniki chemiczne (pestycydy, rozpuszczalniki), aczkolwiek również w tym względzie występuje brak zgodności wśród badaczy [26].

Promieniowanie jonizujące

Najistotniejszym czynnikiem środowiskowym odgrywającym rolę w powstawaniu raka piersi jest promieniowanie jonizujące. Średnie i wysokie dawki promieniowania jonizującego, używanego do napromieniowania klatki piersiowej w młodym wieku są znamiennie istotnym czynnikiem podnoszącym ryzyko wystąpienia raka piersi w późniejszym okresie życia. Największe ryzyko wydaje się związane z ekspozycją na napromieniowanie w okresie dojrzewania oraz bezpośrednio poprzedzającym dojrzewanie [7]. Promieniowanie jonizujące na obszar piersi w dawkach poniżej 9 Gy stosowane przed 50 rż. po długim okresie latencji zwiększa ryzyko pięciokrotnie [10].

Obraz mammograficzny

Podwyższona gęstość tkanki gruczołowej piersi, stwierdzona w mammografii, będąca prawdopodobnie odpowiedzią na przedłużającą się ekspozycją na endogenny estrogen również są sygnałami zwiększonego ryzyka rozwoju raka piersi [7].

Duża gęstość tkanki piersi obserwowana podczas mammografii określana jako gęsty sutek stanowi silny i niezależny czynnik ryzyka, może służyć jako marker dla oceny ryzyka raka piersi (samodzielnie lub w połączeniu z oceną innych czynników ryzyka), ale wymaga badań, które wyjaśnią mechanizmy odpowiedzialne za to zjawisko i pozwolą we wczesnym okresie – jeszcze przed wykonaniem mammografii – wyodrębnić grupę szczególnie narażoną na wystąpienie raka piersi [27].

Rak sutka i inne nowotwory w przeszłości

Zauważa się współwystępowanie raka piersi z innymi nowotworami. Zachorowanie na raka trzonu macicy, rak jajników czy jelita grubego zwiększa ryzyko trzykrotnie. Dość często stwierdza się także współwystępowanie raka piersi z chłoniakami o małej złośliwości [10].

Podsumowanie

Po dokonaniu przeglądu literatury z zakresu epidemiologii i czynników ryzyka raka piersi należy stwierdzić, że aktualnie istnieje duże zainteresowanie tą problematyką. Między innymi ze względu na powszechność choroby w społeczeństwie oraz prognozy na kolejne lata, które przewidują w dalszym ciągu utrzymywanie się wzrostu zachorowalności na nowotwory piersi we wszystkich grupach wiekowych [28].

Mimo ciągle powstających nowych opracowań związanych z tematem nowotworów, wydaje się że jest to wciąż zagadnienie niepełne i dla skutecznego zmniejszenia ryzyka zachorowania na raka piersi wymaga uzupełnia poprzez kolejne badania, które pozwolą dokładnie ustalić czynniki ryzyka odpowiadające za wystąpienie tej choroby.

Piśmiennictwo

1. Wojciechowska U., Didkowska J., Zatoński W.: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2010 roku. Centrum Onkologii Instytut, Warszawa, 2012, http://www.onkologia.org.pl/doc/Nowotw2010.pdf., data pobrania 30.04.2013.
2. Zbucka M., Leśniewska M., Knapp P., Wołczyński S.: Czy można wpłynąć na ryzyko wystąpienia raka piersi? Prz. Menopauz., 2005, 6, 70–75.
3. Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W.: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2009 roku. Centrum Onkologii Instytut, Warszawa, 2011, http://www.onkologia.org.pl/ doc/Nowotw2009.pdf., data pobrania 30.04.2013.

4. Kruk J.: Jedzenie owoców i warzyw a ryzyko raka piersi. Współcz. Onkol., 2006, 5, 10, 224–230.
5. Tyczyński J.E.: Środowiskowe przyczyny chorób nowotworowych i możliwości zapobiegania (profilaktyka pierwotna) [w:] Onkologia. Podręcznik dla studentów medycyny, Kułakowski A., Skowrońska – Gardas A. (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2003, 21–27.
6. Nowińska A.: Kliniczne aspekty genetycznego uwarunkowania raka piersi – podstawowe wiadomości dla onkologa praktyka. Nowotwory, 2002, 52, 317–323.
7. Cigler T., Ryan P.D.: Onkologia piersi: obraz kliniczny i genetyka. Onkologia, Chaber B.A., Lynch T.J., Longo D.L. (red.)., Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2009, 368–374.
8. Cuzick J. Epidemiology of breast cancer – selection highlights. The Breast, 2003, 12, 6, 405–411.
9. King M.C., Marks J.H., Mandell J.B., et al.: Breast and ovarian cancer risks due to inherited mutations in BRCA1 and BRCA2. Science, 2003, 302, 5645,643–646.
10. Piotrowski J.: Rak piersi. Kułakowski A., Skowrońska – Gardas A.: Onkologia. Podręcznik dla studentów medycyny. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2003.
11. Brekelmans C.T., Seynaeve C., Bartels C.C., et. al: Effectiveness of breast cancer surveillance in BRCA1/2 gene mutation carriers and women with high familial risk. J. Clin. Oncol., 2001, 19, 924–930.
12. Narod S.A., Foulkes W.D.: BRCA1 and BRCA2: 1994 and beyond. Nat. Rev. Cancer, 2004, 4, 665–676.
13. Colditz G.A., Rosner B.A., Chen W.Y., et al.: Risk factors for breast cancer according to estrogen and progesterone receptor status. J. Natl. Cancer Inst., 2004, 96, 218–228.
14. Calamon M., Goss P.: Estrogen and the risk of breast cancer. N. Engl. J. Med., 2001, 344, 4, 276–285.
15. Friedenreich C.M., Orenstein M.R.: Physical activity and cancer prevention: etiologic evidence and biological mechanisms. J. Nutr., 2002, 132, supl. 11, 3456–3464.
16. Lorincz A.M., Sukumar S.: Molecular links between obesity and breast cancer. Endocrine – Related Cancer, 2006, 13, 279–292.
17. Dizdar O., Alyamac E.: Obesity: an endocrine tumor? Med. Hypotheses, 2004, 63, 790–792.
18. Gunter M.J., Hoover D.R., Yu H., et al.: Insulin, insulin-like growth factor-I, and risk of breast cancer in postmenopausal women. J. Natl. Cancer Inst. 2009, 101, 48–60.

19. Begum P., Richardson C.E., Carmichael A.R. Obesity in post menopausal women with a family history of breast cancer: prevalence and risk awareness. Int. Semin. Surg. Oncol. 2009, 6, 1, http://www.issoonline.com/content/6/1/1, data pobrania 30.04.2013.
20. Kruk J.: Deklarowana aktywność fizyczna a ryzyko raka piersi. Nowotwory, 2007, 57, 677–684.
21. Campbell K.L., McTiernam A.: Exercises and biomarkers for cancer prevention studies. J. Nutr. 2007, 137, supl. 1, 161S–169S.
22. Holmes M.D., Willet W.C. Does diet affect breast cancer risk? Breast Cancer Res., 2004, 6, 4, 170–178.
23. Michels K.B., Mohllajee A.P., Roset – Bahmanyar E., et. al.: Diet and breast cancer. A review of the prospective observational studies. Cancer, 2007, 109, supl. 12, 2712–2749.
24. Marchbanks P.A., Curtis K.M., Mandel M.G. et al.: Oral contraceptive formulation and risk of breast cancer. Contraception, 2012, 85, 342–350.
25. Chlebowski R.T., Hendrix S.L., Langer R.D. et al.: Influence of estrogen plus progestin on breast cancer and mammography in healthy postmenopausal women: the Women's Health Initiative Randomized Trial. JAMA, 2003, 289, 3243–3253.
26. Kruk J., Aboul-Enein H.Y.: Environmental exposure, and other behavioral risk factors in breast cancer. Curr. Cancer Ther. Rev., 2006, 2, 3–21.
27. Połać I., Wilamowska A., Stetkiewicz T., Pertyński T.: Gęsty sutek – czynniki ryzyka raka piersi. Prz. Menopauz. 2008, 12, 273–277.
28. Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W.: Prognozy zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce do 2025. Centrum Onkologii Instytut, Warszawa, 2009, http://www.onkologia.org.pl/doc/Prognozy_2025.pdf, data pobrania 30.04.2013.

Jakubów Piotr[1,2,3] , Przegaliński Marcin[4] , Cydzik Mariusz [1], Jasiewicz Przemysław[1], Sewastianowicz Adam [1,2], Pasławski Leszek [2,3] , Frank Marek [1], Matlak Krzysztof [1]

Zastosowanie kriolezji w leczeniu uciążliwego bólu u chorych paliatywnych

1. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku
2. Poradnia Leczenia Bólu
3. Hospicjum domowe w Białymstoku
4. Klinika Rehabilitacji Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wprowadzenie

Ból w schyłkowym okresie choroby nowotworowej jest jednym z podstawowych symptomów koniecznych do leczenia. Leki opiodowe pomimo, że sa skuteczne nie zawsze pozwalają opanowac dolegliwosci bólowe. Jedną z metod wykorzystywanych w leczeniu bólu są zabiegi neurolizy chemicznej lub termicznej. Zabiegi te uzupełniają podstawowe leczenie p/bólowe, jednakże stanowiąc obciążenie pacjenta dolegliwościami wykonania procedury [1]. Kriolezja jest stosunkowo nową i mało inwazyjną techniką, przy pomocy ktorej można zniszczyc patologicze włókna nerwowe [2].

Celem pracy było określenie wpływu kriolezji na poziom bólu przewlekłego u pacjentów z chorobą nowotworową.

Zwyrodnienie nerwów opisywał w 1850 roku Augustus Waller, a Mikulicz we wczesnych latach 80-tych XIX wieku zajął się technikami optymalizującymi regenerację nerwów. Od tego czasu ewaluowało wiele metod dotyczących zabiegów na nerwach. Natomiast obserwacje nad reakcją tkanek na mrożenie zapoczątkował już w 1777 r. John Hunter, stwierdzając ich martwicę i następujące po tym pomyślne leczenie pacjenta. Wspomniane wyżej lata 1850-te to okres klinicznego stosowania zamrażania w celu niszczenia komórek chorych. Terapeutyczne zastosowanie ekstremalnego zimna w medycynie i udoskonalenie potrzebnej do tego aparatury (wprowadzenie krioaplikatora w krioanalgezji) datuje się właściwie na lata 1960-te w krajach zachodnich [3]. Lloyd i wsp. opisali pionierski zabieg krioanalgezji w bólu trudnym do wyleczenia. W Polsce jest to nadal metoda nie do końca powszechnie stosowana.

W leczeniu chorych tkanek nerwowych od wielu lat stosuje się neurolizy, iniekcje przy użyciu steroidów, alkoholu, fenolu czy glicerolu [4]. Lokalizację zmienionej chorobowo okolicy wykonuje się ultrasonograficznie. Wykonywanie pod kontrolą USG biopsji czy

odpowiednia aspiracja igły zabiegowej daje bardziej wiarygodną diagnozę [5]. W celu jej potwierdzenia można stosować również test wyzwalania ciśnienia (pressure triggering test – ang.) przy użyciu głowicy [6].

Neurolizy alkoholowe, w porównaniu do zabiegów chirurgicznych, są dość korzystne, ponieważ nie dają ogólnoustrojowych efektów ubocznych, dają również względnie długotrwały efekt eliminowania bólu pozwalający na leczenie pacjenta ambulatoryjnie, który jest szczególnie obiecujący w postępowaniu z nerwiakami, np nerwiakiem Morton'a [7]. Przy diagnozie z zastosowaniem USG można stwierdzić ewentualny wyciek alkoholu poza zmianę chorobową. Minimalizuje to niekorzystne następstwa [6]. Należy jednak wspomnieć, że neurolizy chemiczne, np: alkoholem etylowym lub glikolem są obarczone możliwymi do wywołania powikłaniami. Działania uboczne środków chemicznych mogą być miejscowe, jak odczyn zapalny dotyczący włókien nerwowych czy też późne jak odczyn wytworzenia patologicznych połączeń międzyneuronalnych, dających obraz bólu przetrwałego bardzo opornego na leczenie, będącego istotnym powikłaniem wykonania neurolizy chemicznej jako anesthesia dolorosa. Równiez niebezpieczne mogą być ogólnoustrojowe podania środków chemicznych, szczególnie niebezpieczne przy podaniu glikolu etylowego.

Blokady nerwów okolic bolesnych, czyli iniekcje środkami znieczulającymi miejscowo czy, jak wyżej wspomniano, sterydowe wykonywane są od wielu lat . Jednak efekt zabiegu jest niepweny i nie daje się 100%-owej pewności co do długotrwałego efektu przeciwbólowego. Poza tym, powtarzane blokady sterydowe niosą ze sobą, niestety, skutki uboczne, jak: zanik skórny i podskórnej tkanki tłuszczowej, hiperpigmentację oraz poważniejsze zaburzenia ogólnoustojowe, jak hipertensja i zaburzenia glikemiczne.

Wśród technik leczenia wpływem temperatury wymienia się wspomnianą kriolezję (kiedy stosowane są niskie temperatury) i termolezję (-RF). Termolezja ('radiofrequency'-ang.) została zapoczątkowana w lecznictwie przez Shealy C.N. w 1974r. [8]. Przy temperaturze 42 - 43^{o}C ciepło rozprasza się przy pulsowaniu i ma miejsce czasowe niszczenie włókien nerwowych (tylko typ C) odpowiedzialnych za przewodzenie bólu, przy czym ważny jest dokładny pomiar czasu, temperatury i napięcia prądu o częstotliwości fal radiowych. Zabieg polega na umiejscowieniu elektrody w chorym miejscu ciała pacjenta w znieczuleniu lokalnym pod kontrolą fluoroskopową przy użyciu kontrastu i stymulacji ruchowej i czuciowej. Pod wpływem temperatury zachodzi destrukcja struktur centralnego lub obwodowego układu nerwowego. Zamierzoną neurodestrukcję osiąga się przy temperaturze 60 – 80^{o}C, w zależności od planowanego uszkodzenia i rodzaju tkanki nerwowej. Zabieg jest obarczony ryzykiem uszkodzenia struktur okołonerwowych. Istnieje technika ablacji WC-RF

(water-cooled radiofrequency – ang.), minimalnie inwazyjna, która pozwala na ograniczenie możliwych powikłań spowodowanych niekontrolowanym uwalnianiem temperatury [9]. Ostatnio używa się tę metodę w elektrofizjologii kardiologicznej [10] i ablacji nowotworów [11]. Analogiczną do wyżej opisanej jest technika CT-RF (conventional thermal radiofrequency – ang.) z tym, że objętość ogrzewanej tkanki i wynikła jej zmiana jest obszerniejsza w technice WC-RF [10].

Natomiast kriolezja jest czasowym wyłączeniem, za pomocą zastosowania niskich temperatur, funkcji czuciowych i ruchowych w zakresie układu nerwowego. Może być ona wykonywana wyłącznie w przypadkach leczenia bólu przewlekłego, takich rodzajów bólu, jak [12]:

- neuralgia nerwu trójdzielnego,
- klasterowy ból głowy,
- zespoły bólowe kręgosłupa (ból dyskogenny, dysfunkcja stawów miedzywyrostkowych), neuralgia nerwów potylicznych (dotyczy c2),
- neuralgia międzyżebrowa,
- ból kikuta (nie dotyczy bólów fantomowych),
- ból zależny od układu współczulnego,

Komórki są tu niszczone w procesie formowania wewnątrz- i zewnątrzkomórkowego lodu, co w konsekwencji prowadzi do niszczenia przedziałów tkanka-płyn, błon komórkowych i systemów enzymatycznych, i do późniejszych zmian niedokrwiennych oraz stymulacji odpowiedzi immunologicznej [4]. Warto wspomnieć, że kriochirurgię łączy się z zastosowaniem pulsującego pola elektrycznego (*pulsed electric fields* – ang.), czego efektem ma być eliminowanie poważniejszych zmian niekorzystnych, a utrzymanie pozytywnych [12]. Kriochirurgia daje wiele korzyści. Jedną z nich jest duży wpływ mrożenia na fizyczne własności tkanki, w związku z czym kriochirurgię można monitorować prawie każdym sposobem obrazowania [13]. To obrazowania pozwala lekarzowi w rzeczywistym czasie patrzeć na zakres mrożenia z korzystnymi rezultatami [14]. Niekorzystna jest jednak sytuacja niecałkowitego zamrożenia/zniszczenia chorej tkanki, niepełnej śmierci komórek [11].

Problemem jest ukazanie na obrazie zakresu zamrożonego, który w rzeczywistości zawiera w sobie część komórek, które przeżyły (szczególnie na obrzeżach rejonu zamrożonego). Podważa to wiarygodność zabiegu i jego skuteczność w dotarciu do tkanki zmienionej patologicznie [14, 15].

Metodyka

Niniejsza praca została wykonanana w ramach działalności poradni leczenia bólu oraz poradni medycyny paliatywnej.

Oceniono metodę neurolizy nerwów u pacjentów z opornym bólem na leczenie. Neurolizę wykonywano za pomoca aplikacji okołonerwowej zimną igłą aplikatora aparatu do kriolezji chirurgicznej.

Dokonana ocena zachowań bólowych dotyczyła terapii, jakiej poddani byli pacjenci z chorobą nowotworową, którzy byli leczeni opioidami, a u których wystepowały bóle o typie neuralgii i neuropatii nie reagujące na leczenie farmakologiczne.

Za typowe leczenie bólu nowotworowego uważa sie stosowanie analgetyków opiodów doustnych, donosowych i podpoliczkowych lub w formach o przedłużonym działaniu, np w postaci plastrów naskórnych stosowanych co 72-96 godzin.

Do terapii typowej zaliczono stosowanie leków adjuwantowych w terapii bólu zgodnie z wytycznymi WHO, jak leki p/depresyjne, p/padaczkowe, antyosteoklastyczne, np. Bisfosfoniany oraz leki objawowe, jak poprawiające persytaltyke, p/skurczowe, zmniejszające wydzielanie żołądkowe.

U wszystkich chorych zasotosowano wymagane leczenie i pomimo eskalacji dawek leków p/bólowych nie uzyskano koniecznej, tj wystarczającej analgezji. U wszystkich obserwowanych pacjentów stosowano wysokie dawki opidów celem leczenia bólu, w przeliczeniu na równoważnik Morfiny doustnej od 60 do 120 mg. Za skuteczna analgezję przyjęto wartość powyżej 3 punktów w 10 stopniowej skali Vizualno-analogowej VAS. Pacjentom stosowano leczenie farmakologiczne przez okres powyżej 2. miesięcy, zwiększając dawki leków i kojarząc leki addytywne. Brak należytej analgezji był podstawą do wdrożenia innej formy terapii bólu. U części pacjentów nie włączonych do obserwacji stosowano pompę infuzyjną morfinową z wstrzyknięciami podskórnymi z morfiny, u kolejnej grupy równiez nie opisanej stosowano pojedyńcze regularne podania podskórne morfiny oraz dożylne leki niesteroidowe p/zapalne i paracetamol.

Obserwacji i analizie poddano chorych, u których wykonano zabiegi inwazyjne, jak blokady, a nastepnie neurolizę o typie kriolezji.

U pacjentów loklizowano patologiczny ból w zakresie unerwienia poszczególnych pni nerwowych, który zmniejszał się po jednorazowym diagnostycznym wykonaniu miejscowego podania środków miejscowo znieczulających, tzw blokady. Następnie w tych punktach anatomicznych przeprowadzano zabieg neurolizy.

Retrospektywnie zanalizowano historie chorób pacjentów leczonych w poradni

leczenia bólu zgodnie z procedurą NFZ wymaganą dla poradni lecznia bólu za pomocą kriolezji. Pacjenci wyrażali świadomą zgodę na zabieg kriolezji na piśmie. Łącznie zanalizowano dwadzieścia jeden historii chorób osób z przewlekłym bólem poddanych zabiegowi niszczenia nerwów, które dawały objawy bólu neuralgicznego.

Do wykonania neurolizy posłużono sie metodą kriolezji za pomocą aparatu Crio S produkcji polskiej Metrum-Crio z 2011 roku, Sondami 16 i 18 Gauge. Lokalizację nerwów dokonywano anatomicznie pod kontrolą USG i potwierdzano stymulacją elektryczną aparatem Braun, zgodnie z zasadami przyjętymi w zabiegach wykonywania kriolezji dla bólu nienowotworowego [15,16].

Do zabiegu kriolezji kwalifikowano pacjentów samodzielnych w dobrym stanie ogólnym w ramch zabiegu ambulatoryjnego. Na rutynowej wizycie w poradni, po uzyskaniu pisemnej świadomej zgody pacjenci byli kwalifikowani do zabiegu.

Przed i po zabiegach mierzono u pacjentów poziom bólu, opierając się na 10-cio stopniowej skali VAS. Mierzono również poziom bólu za pomoca 6-cio stopniowej opisowej skali mierzącej słowna ekspresję bólu. Ból mierzono w odstępach tygodniowych na kolejnych wizytach. Sześciostopniowa skala opisowa oceniająca ból obejmowała następujące poziomy: 1) Brak bólu; 2) Ból łagodny; 3) Ból umiarkowany; 4) Ból silny; 5) Ból bardzo silny; 6) Ból nie do wytrzymania. Pacjent wypełniał samodzielnie ankietę słowną po instrukcji dokonanej przez pielegniarkę.

Chorzy również wypełniali samodzielmnie ankietę kwestionariusza DN4 dla bólu neuropatycznego pod kontrolą badacza oraz kwestionariusz zakresu występowania bólu i chorób towarzyszących, odpowiadając na zgrupowane w pytaniach dolegliwosci somatyczne.

Ocena bólu neuropatycznego wg skali DN4 jest analizą bólu, która na podstawie odpowiedzi na pytania o obecność lub brak występowania następujących specyficznych objawów klasyfikuje dolegliwosci bólowe [17]:

- pieczenia;
- bolesnego uczucia zimna;
- bólu elektryzującego;
- mrowienia;
- kłucia;
- drętwienia;
- swędzenia;
- osłabienia czucia dotyku;

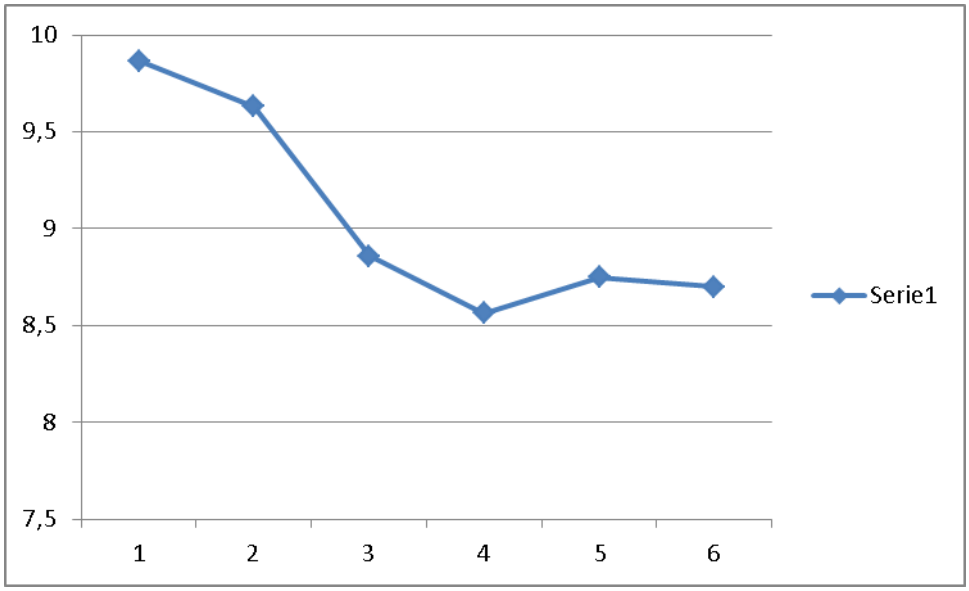
- osłabienia czucia przy nakłuciu;
- bólu wywoływanego lub nasilającego się podczas dotykania pędzelkiem.

Obecność 4 lub więcej z wymienionych objawów, poparta 4 odpowiedziami twierdzącymi, kwalifikowała pacjenta do rozpoznania bólu neuropatycznego. Przyjeto tę skalę jako wystandaryzowaną celem screningu bólu neuropatycznego [17].

Wyniki

Zanalizowano 243 historie chorób z okresu 12 miesięcy ,wśród których chorzy z bólem opormym na leczenie opiodami stanowili 12%, tj 29 chorych. Po wykonaniu zabiegu kriolezji u 21 z nich wszyscy chorzy byli obserwowani zwykle przez 2 miesiące. Otrzymując nadal standartowa opiodową terapię przeciwbólową.

W dziesięciostopniowej skali VAS uzyskano poprawę w zakresie dolegliwosci bólowych utrzymującą się przez 4 tygodnie. Nasilenie dolegliwosci bólowych mierzone w pierwszym tygodniu i 4. tygodniu po zabiegu różniło się statystycznie $p<0,005$ w ocenie skali VAS przeprowadzanej przez lekarza po zabiegu (Ryc. 1)

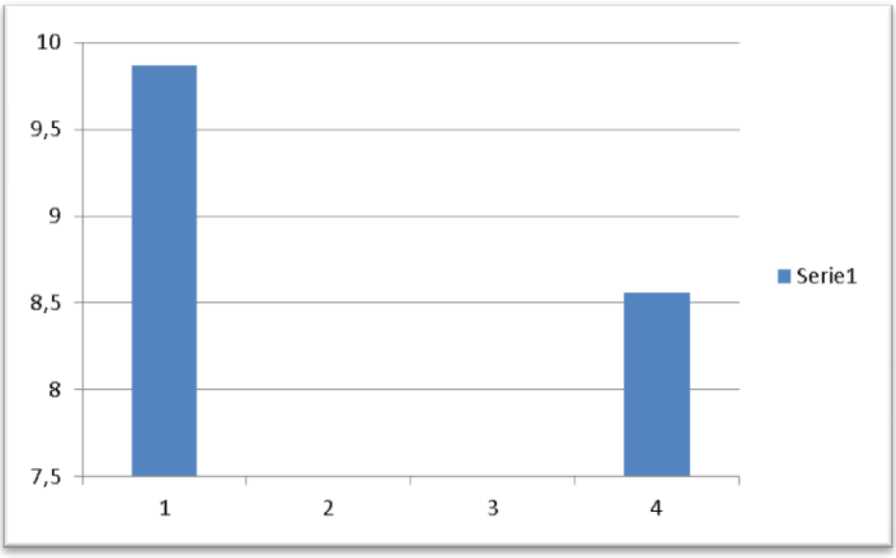


Rycina 1. Ocena bólu w 10 punktowej skali VAS w okresach poszczegolnych tygodni od 1. do 6. tygodnia od dnia wykonania zabiegu kriolezji.

VAS w pierwszym tygodniu w porównaiu z VAS w 4. tygodniu od leczenia znamiennie uległ zmniejszeniu ** VAS1:VAS4 $p<0,005$

Dolegliwości bólowe oceniane przez lekarza spadły średnio o 2 pkt w skali VAS. Na

wykresie kolumnowym przedstawiono ocenę bólu przed wykonaniem kriolezji i w 4. tygodnie po zabiegu. Zaobserwowano zamniesjzenie dolegliwości bólowych z 9,8 pkt do 8,5 pkt skali VAs ** VAS1 : VAS4 P<0,005 (Ryc. 2).



Rycina 2. Ocena bólu wykres kolumnowy w 1. i 4. tygodniu od wykonania zabiegu Kriolezji ** VAS1 :VAS4 P<0,005 *

W ocenie 6. stopniowej skali nasilenia dolegliwosci bólowych nie zaobserwowano różnicy statystycznej pomiędzy poszczególnymi pomiarami, jednakże była obserwowana tendencja do poprawy i zmniejszenia dolegliwosci bólowych odczuwana przez pacjentów.

Skala DN4 w badaniu po zabiegu kriolezji odzwierciedla głównie u pacjentów pieczenie, kłucie i drętwienie i nie różniła sie w zakresie ocenianych zmian pomiędzy poszczegolnymi dniami obserwacji oraz pomiędzy poszczególnymi pacjentami.

Wszyscy pacjenci, którzy doświadczyli złagodzenia dolegliwości bólowych po kriolezji powrócili do codziennej własnej aktywności. Pomimo, że sytuacja zdrowotna pewnej liczby pacjentów poprawiła się, ulga w bólu była czasowa. Po różnym czasie, ponownie trzeba było poddać te osoby kriolizie. Niektórzy pacjenci musieli zgłosić się na następną kriolezję lub blokadę już po miesiącu, ale część pacjentów miała poprawę przez okres 6. miesięcy.

Dyskusja

Ból ma poważny wpływ na jakość życia pacjentów i ich komfort funkcjonowania [18].

Leczenie bólu jest podstawowym i koniecznym celem terapii paliatywnej. Podstawowym leczeniem bólu nowotworowego jest stosowanie leków zgodnie z drabiną

analgetyczną WHO, w tym sukcesywne stosowanie opiodów.

U częsci pacjentów, ok. 5-10% wsród tych z bólem nowotworowym, opiody są nieskuteczne lub niewystarczająco likwidują dolegliwości bólowe [19]. U części z tych pacjentów zaleca się wykonanie zabiegów inwazyjnych blokady, a następnie neurolizy w zakresie patologicznie zmienionych nerwów. W pracy oceniono stosowanie metody kriolezji do leczenia patologicznego bólu towarzyszącego chorobie nowotworowej u pacjentów, u których nieskuteczne były leki opiodowe. Uzyskano zmniejszenie dolegliwosci bólowych, ocenione skalą 10 punktową , o 2 pkt w skali VAS; $p<0,005$ oraz uzyskano tendencję do poprawy odczuwania bólu w 6 stopniowej skali samooceny. Nie zauważono zamian w kwestionariuszu DN-4. Jest to podobny wynik, jaki uzyskano w leczeniu bolesnych neuropatii, jednakże nie towarzyszących chorobie nowotworowej [20].

Kriolezja jest metodą, która w odróżnieniu od termolezji może być stosowana w ambulatoryjenj opiece paliatywnej. Zakres zniszczenia nerwów jest mnieszy i odwracalny, a lokalizacja sondy do kriolezji może odbywać się pod kontrolą USG i w wielu przypadkach nie wymaga stosowania toru wizyjnego RTG. Jednocześnie obarczona jest ona mniejszym ryzykiem powikłań oraz jest zdecydowanie tańsza w stosowaniu. Zaletą jest również odwarcalność ablacji. Wadą natomiast jest słabsza niż w termolezji skuteczność neurolizy, stosunkowo krótki czas trwania i szybki powrót przewodzenia w nerwie oraz paradoksalnie odwracalność zniszczenia nerwu. Również ograniczeniem jest mniejsza precyzyjność zabiegu kriolezji. Stosowanie kriolezji do leczenia bólów neuropatycznych w chorobie nowotworowej jest skuteczną metodą ablacji nerwów, jednakże ograniczoną w stosowaniu. Zaletą jest mniejsza urazowość i mniejsza możliwość poważnych powikłań w porównaniu do tradycyjnych sposobow przeprowadzania neurolizy oraz konieczność zastosowania technik inwazyjnych w przypadku braku efektywności opiodów [1, 12, 21].

Stosowanie metody kriolezji patologicznie bolących włókien nerwowych u pacjentów nowotoworowych wymaga badań. Uzyskana analgezja jest wyraźna, jednak nadal nie do zakceptowania przez pacjentów, gdyż tolerowany poziom bólu jest zwykle na poziomie 3 pkt skali VAS. Metoda wymaga również oceny na większej grupie chorych w wielu ośrodkach oraz zastosowania prospektywnych badań porównawczych.

Wydaje sie optymalnym możliwosc stosowania wielu metod dobieranych do konkretnego indywidualnego przypadku i pacjenta w każdym z ośrodków zajmujących się leczeniem bólu.

Wnioski

Wszyscy pacjenci poddani zabiegowi kriolizy mieli osiągnięte zmniejszenie analgezji o wartość ponad 2 punktów. Powrót bólu występował u ok 25% po okresie 6. tygodni.

Kriolezja jest alternatywną metoda w łagodzeniu neuropatycznych dolegliwości bólowych u chorych nowotworowych.

Piśmiennictwo

1. Johannesen N., Madsen G., Ahlburg P.:Neurological Sequelae after Cryoanalgesia for Thoracotomy Pain Relief. Ann. Chir. Gynaecol., 1990, 79, 108-109.
2. Rajput K., Reddy S., Shankar H.: Painful Neuromas. Clin. J. Pain., 2012, 28, 639-645.
3. Lloyd J.W., Barnard J.D., Glynn C.J.: Cryoanalgesia. A New Approach to Pain Relief. Lancet, 1976, 2, 932-934.
4. Barnard D.: The Effects of Extreme Cold on Sensory Nerves. Annals of The Royal College of Surgeons of England, 1980, 62, 180-187.
5. Ernberg L.A., Adler R.S., Lane J.: Ultrasound in The Detection and Treatment of A Painful Stump Neuroma. Skeletal. Radiol., 2003, 32, 306-309.
6. Lim K.-B., Kim Y.-S., Kim J.-A.: Sonographically Guided Alcohol Injection in Painful Stump Neuroma. Ann. Rehabil. Med., 2012, 36, 404-408.
7. Hughes R.J., Ali K., Jones H., Kendall S., Connell D.A.: Treatment of Morton's Neuroma with Alcohol Injection under Sonographic Guidance: Follow-up of 101Cases. AJR, 2007, 188, 1535-1539.
8. Shealy C.N.: Facet Denervation in The Management of Back and Sciatic Pain. Clin. Orthop., 1976, 115, 157-164.
9. Malik K., Benzon H.T., Walega D.: Water-cooled Radiofrequency: A Neuroablative or A Neuromodulatory Modality with Broader Applications? Case Rep Anesthesiol. Published online 2011 December 18. doi: 10.1155/2011/263101, http://www.hindawi.com/crim/anesthesiology/2011/263101/, data pobrania 4.05.2013.
10. Pilcher T.A., Sanford A.L., Saul J.P., Haemmerich D.: Convective Cooling Effect on Cooled-tip Catheter Compared to Large-tip Catheter Radiofrequency Ablation. Pacing and Clinical Electrophysiology, 2006, 29, 1368-1374.
11. Hacker A., Vallo S., Weiss C.et al.: Technical Characterization of A New Bipolar and Multipolar Radiofrequency device for Minimally Invasive Treatment of Renal Tumours. Brit. J. Urol., 2006, 4, 822-828.
12. Daniels Ch.S., Rubinsky B.: Cryosurgery with Pulsed Electric Fields. PLOS ONE, 2011; 6, 11, http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2 F10.1371%2Fjournal.pone. 0026219, data pobrania 4.05.2013
13. Rubinsky B.: Cryosurgery. Annual Review of Biomedical Engineering, 2000, 2, 157-

187.

14. Onik G., Rubinsky B., Weaver L., et al.: Ultrasound-guided Hepatic Cryosurgery in The Treatment of Metastatic Colon Carcinoma. Preliminary Results Cancer, 1991, 67, 901-907.
15. Cook J.L., Purdam C.R.: Is Tendon Pathology A Continuum? A Pathology Model to Explain The Clinical Presentation of Load-induced Tendinopathy. Br. J. Sports. Med., 2009, 43, 409-416.
16. McMillan A.M., Landorf K.B., Gilheany M.F.,et al.: Ultrasound Guided Corticosteroid Injection for Plantar Fasciitis: A Randomized Controlled Trial. BMJ, 2012, 344, e3260,
17. Bisaga W., Dorazil M., Dobrogowski J.,Wordliczek J.: Porównanie przydatności wybranych skal oceny bólu neuropatycznego u pacjentów z przewlekłymi zespołami bólowymi: krótkie doniesienie. Med. Paliat.Prakt., 2011, 5, 22-26.
18. Kongsgaard U.E., Bjørgo S., Hauser M.: Neurolytic blocks for cancer pain--still a useful therapeutic strategy. Tidsskr Nor Laegeforen., 2004, 19, 124, 481-483.
19. Friedman T., Richman D., Adler R.: Sonographically guided cryoneurolysis: preliminary experience and clinical outcomes. J. Ultrasound. Med., 2012, 31, 2025-2034.
20. Wolter T., Deininger M., Hubbe U. et al.: Cryoneurolysis for zygapophyseal joint pain: a retrospective analysis of 117 interventions. Acta Neurochir (Wien)., 2011, 153, 1011-1019 .
21. Caraceni A., Hanks G., Kaasa S. et al.: Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence based recommendations from the EAPC. Lancet Oncol., 2012, 3, E58–68.

Jakubów Piotr, Cydzik Mariusz, Dubowski Mirosław, Jasiewicz Przemysław, Sewastianowicz Adam, Juszczyk Grzegorz, Matlak Krzysztof, Frank Marek, Hirlne Tomasz

Analiza zasobów bazy danych dotycząca wpływu anestetyków na funkcje kognitywne u chorych w podeszłym wieku, analiza i przegląd dostępnego piśmiennictwa w latach 1976 do 2013

Klinika Kardiochirurgii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Wprowadzenie

Neurofizjologiczna definicja pamięci datowana na rok 1650 jest autorstwa francuskiego filozofa Rene Descartes'a, która opisywała zdolność umysłu do zapamiętywania. Biochemią pamięci, natomiast, naukowcy zajmują się od około 40 lat, uzyskując rezultaty w molekularnej neurobiologii [1, 2] Same procesy pamięci i działania oparte na psychobiologicznych wyznacznikach i ich zaburzenia opisali Weingartner i Martin w roku 1983 [3].

Pamięć jest definiowana jako kodowanie, gromadzenie i korzystanie z zasobów wiedzy, co ma ścisły związek z procesem uczenia się [4]. W procesie konsolidacji zasoby danych przechodzą w formę pamięci długoterminowej (co ma zapobiec zapominaniu), przy czym zachodzą następujące zmiany synaptyczne: zwiększa się ilość chemicznych neuroprzekaźników zwolnionych z synapsy oraz istniejące już połączenia przeorganizowują się i ich ilość również wzrasta. Podczas fazy odzyskiwania dane są wykorzystywane jako informacja (patrz schemat 1) [5].

Najważniejszymi strukturami mózgu związanymi z procesami pamięci i uczenia się są hipokamp i kora przedczołowa grzbietowo-boczna [6]. Pamięć długotrwała (deklaratywna, przy której niezbędna jest świadomość) związana jest głównie z czynnością hipokampa, proceduralna, natomiast, z funkcją neuronalnej sieci sensoryczno-motoryczno-czołowo-podkorowo-móżdżkowej. Za pamięć operacyjną odpowiedzialne są grzbietowo-boczne części kory przedczołowej. Struktury te są niezmiernie wrażliwe na wpływ różnych czynników. Grupą czynników mogących zakłócać pracę ośrodków mózgowych związanych z funkcjami poznawczymi, a więc i z pamięcią, są czynniki toksyczne, substancje psychoaktywne, a także niektóre leki, a wśród nich te aplikowane podczas zabiegu chirurgicznego w celu znieczulenia

(patrz schemat 1) [7]. Anestetyki są testowane pod względem ich potencjału, czy to mającego przerwać czy spowolnić biochemiczne i molekularne zdarzenia, które, w końcu, prowadzą do nieodwracalnej śmierci neuronów [8]. Osoby w skrajnych starszych grupach wiekowych są szczególnie narażone na wystąpienie deficytów pamięci po znieczuleniu i narkozie, a także po dużych zabiegach operacyjnych. W większości badawczych prac behawioralnych dotyczących zaburzeń pamięci po anestezji, deficyty poznawcze utrzymują się szczególnie w starszych grupach wiekowych [9]. Niezależnie od przeprowadzanego testu badawczego osoby starsze są szczególnie narażone na ubytki pamięci, dezorientacje, delirium, zaburzenie funkcjonowania po anestezji [10].

Przewidywane mechanizmy neuroochronnej roli anestetyków obejmują redukcję metabolizmu mózgowego i ciśnienia śródczaszkowego, hamowanie ewentualnego ataku czy zmniejszenie efektów pobudzenia układu współczulnego. Poza tym, anestetyki wstrzymują synaptyczne zwolnienie neuroprzekaźników. Dodatkowo, anestetyki zwiększają tolerancję niedokrwienną ośrodkowego układu nerwowego. Jednak badania kliniczne nad tym zjawiskiem nie dają jeszcze całkowicie optymistycznych prognoz [11].

Szczególnie u dzieci i osób starszych, jednym z efektów występujących po aplikowaniu anestetyków wziewnych jest delirium (tj. stan pobudzenia), który występuje przejściowo po anestezji, Wychodzeniu ze znieczulenia towarzyszy w tych dwóch grupach wiekowych, poza bólem, podenerwowanie i dezorientacja [12]. Jednakże tylko osoby starsze powyżej 80. roku życia doświadczają trwałych ubytków funkcji kognitywnych.

Metodyka

Dokonano przeglądu literatury i zanalizowano artykuły zawarte w bazie danych pubmed w latach 1976 do 2013 w zakresach: upośledzenie i zaburzenia pamięci po anestezji, deficytów poznawczych związanych z anestezją oraz zagadnieniem znieczulenia ogólnego a poprawą pamięci.

W przeglądarkę bazy PubMed wpisywano następujące hasła słowa kluczowe przeszukując zasoby danych: *anaesthesia and memory procesess*, *cognitive decline after anaesthesia, memory impairment after anaesthesia*, *cognitive proces after anaesthesia*. W zasobach zwrócono uwagę na artykuły mówiące o zaburzeniach pamięci po znieczuleniu i operacji, jak również o wystąpieniu delirium po operacji. W pracach szukano również artykułów z zakresu neurofizjologicznych i molekularnych zmian w układzie nerwowym po anestetykach. Odwołano się do anatomicznej budowy mózgu i jego metabolizmu [13], rozpatrując również biochemiczne procesy w nim zachodzące [11].

Zwrócono uwagę na układ cholinergiczny i jego receptory [10] oraz układ GABA-ergiczny i układ aminokwasów pobudzających. W tym celu zrobiony został przegląd literatury podającej, jaki jest obecnie etap wiedzy prac nad zjawiskami zachodzącymi między neuroprzekaźnikami a dalszą fazą procesu zapamiętywania po znieczuleniu.

Przegląd piśmiennictwa prowadzono, śledząc zarówno pozytywny, jak i destrukcyjny efekt anestetyków, gdyż sugeruje się zgodnie z starszymi danymi literaturowymi, że pełnią one również neuroochronną rolę, mają znaczenie wzmacniające pamięć, jak i powodujące jej deficyty [14]. Zatrzymując się na przeglądzie anestetyków rozróżniono metody anestezji, jako że rodzaj znieczulenia stanowi pewien element ryzyka podczas zabiegów chirurgicznych [15].

Wyniki

Przegląd bazy PubMed medline został przeprowadzony dla następujących układów haseł w celu rozpoznania wiadomości o zaburzeniach funkcji poznawczych po anestezji i operacji:

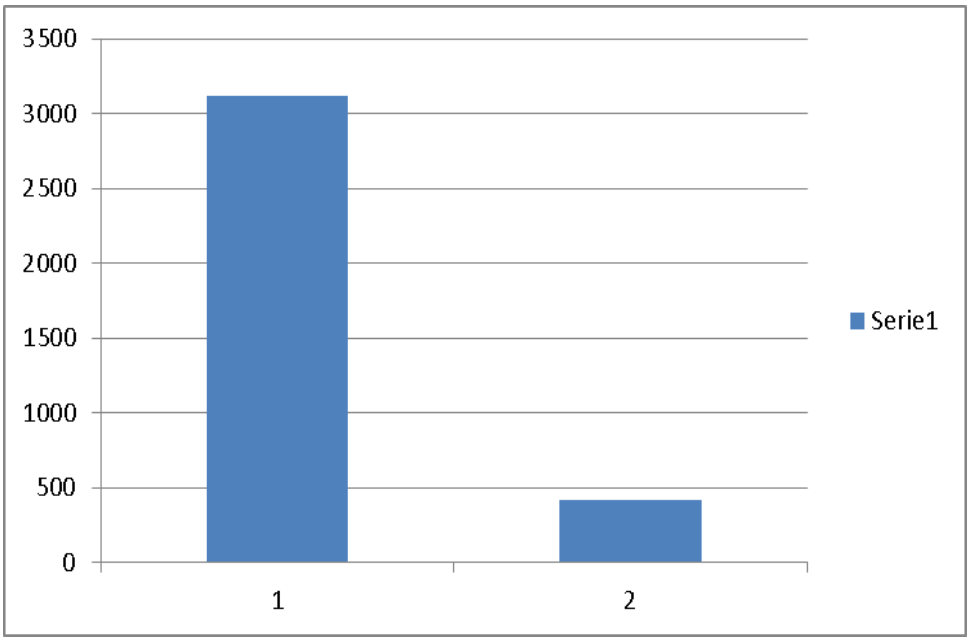
- anaesthesia and memory processes
- cognitive processes after anesthesia
- memory impairme nt and anaesthesia
- POCD
- cognitive decline and anaesthesia
- anesthesia neurotoxicity brain
- anaesthesia enhance memory processes
- anaesthesia neuroptective memor
- anesthetic neuroprotection effects (Tab. I).

W przeglądzie bazy PubMed znaleziono łącznie 3.122 publikacji, w tym po wykluczeniu artykułów powtórzonych pozostawiono 2.565 artykułów dotyczących anestetyków i ich wpływu na funkcje kognitywne (Tab. I).

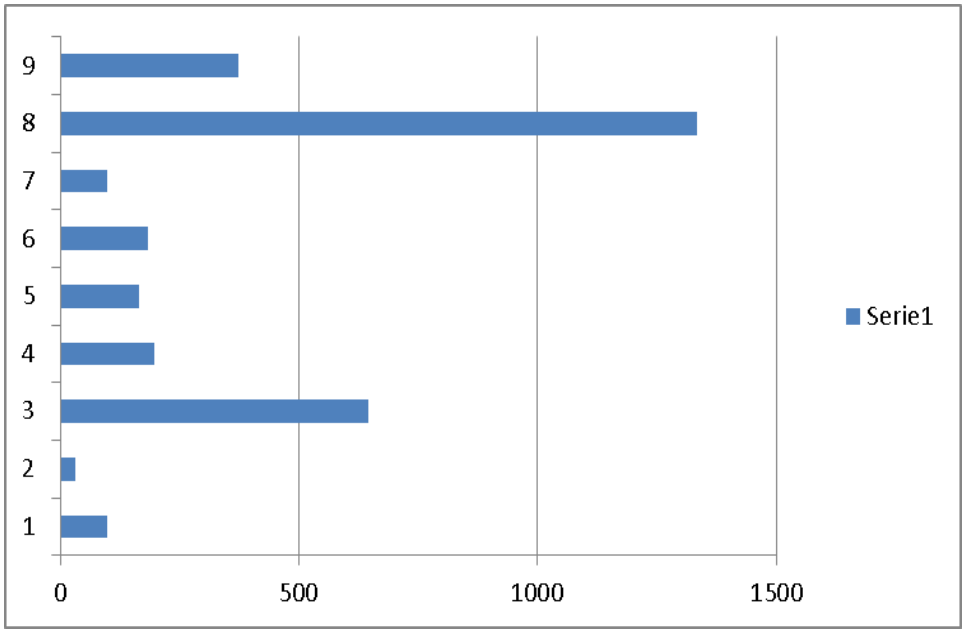
Artykułów zawierających analizy przeglądowe. tj sumujące wiedzę o procesach poznawczych i anestetykach znaleziono łącznie 423, z czego 53 okazały się artykułami powtarzającymi się, dlatego łącznie artykułów przeglądowych zlokalizowano 370 (Ryc. 1).

Tabela I. Zbiorcze zestawienie znalezionych artykułów według kolejno wyszczególnionych w wyszukiwarce grup haseł: anestezja i procesy pamięci, procesy poznawcze po anestezji.

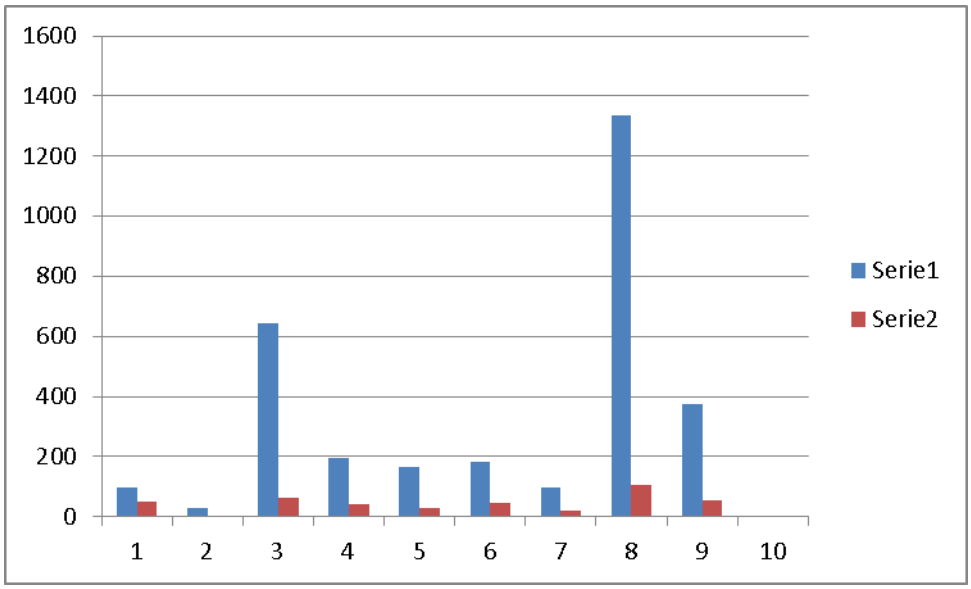
LP	Wyszukiwane hasła	Liczba ogółem znalezionych artykułów	Review	Artykuły badawcze z zakresu nauk molekularnych	Artykuły badawcze behavioralne	Artykuły inne
1.	anaesthesia and memory processes	97	21	43	30	3
2.	cognitive processes after anesthesia	31	5	12	23	1
3.	memory impairme and anaesthesia	645	63	483	67	32
4.	POCD	197	44	25	121	7
5.	cognitive decline and anaesthesia	164	31	67	54	12
6.	anesthesia neurotoxicity brain	183	48	93	38	4
7	anaesthesia enhance memory processes	97	21	35	39	2
.8.	anaesthesia neuroptective memory	1334	106	550	241	437
9.	anesthetics neuroprotection effects	374	54	246	45	29
	Razem	**3122 (2565)**	**423 (370)**			
upośledzenie pamięci i anestezja, pooperacyjne zaburzenia funkcji poznawczych, zmniejszenie pamięci po anestezji, zwiększenie zawartości pamięci po znieczuleniu, neuroprotekcyjny wpływ anestezji na pamięć, neuroprotekcyjny efekt anestezji.						



Rycina 1. Porównanie ilości wszystkich znalezionych artykułów o wpływie anestezji na procesy poznawcze (kolumna 1), do liczby artykułów o typie przeglądowym (kolumna 2).



Rycina 2. Wykres przedstawia podział ilości znalezionych publikacji na poszczególne zagadnienia; najwięcej publikacji zostało znalezionych na temat neuroprotekcyjnych właściwości anestezji.



Rycina 3. Wykres przedstawia porównanie graficzne ilości publikacji znalezionych w poszczególnych zapytaniach. Najwięcej artykułów zostało wybranych poprzez wpisanie hasła o poprawie pamięci przez anestezję.

Dyskusja

Trwają prace naukowców nad analizą wpływu anestetyków, a wśród nich leków opiodowych oraz nasennych leków na funkcje poznawcze i pamięć. Rezultaty badań nie są jednoznaczne, ale delikatna sfera mózgowa i samo funkcjonowanie mózgu w procesie pamięci i wykorzystywania zasobów pamięci odkrywane jest w coraz większym stopniu [16]. Powstają nowe hipotezy na powiązania neurochemii mózgu z powstawaniem takich chorób i stanów, jak demencja depresja oraz choroba Alzheimera [17].

Anestetyki i metody anestezji nie są obojętne dla zdrowia psychiki człowieka. Badacze, tacy jak Tinklenberg i Darley, którzy w 1976 roku zajęli się farmakologią pamięci na podstawie modeli przetwarzania informacji u człowieka, które zgadzają się z nauką o wieloczynnikowym wpływie na zaburzenia poznawcze i funkcjonowanie układów przetwarzania informacji człowieka [18]. Teoria ta dostarczyła informacji opartej na wcześniejszych doświadczeniach o zasobach pamięci krótkotrwałej, długotrwałej choć ma też pewne ograniczenia [18]. Stosowanie środków neuroochronnych w anestezji pacjenta może wpłynąć na całościowy neurologiczny wynik terapii. Do tego niezbędna jest wiedza na temat, w jakim stopniu różne środki chronią oraz uszkadzają pamięć w celu trafnego doboru anestetyków stosowanych w procesie leczenia [6, 19].

Niewątpliwie, celem anestezji jest bezpieczne wprowadzenie leku, jak i redukcja efektu anestezjologicznego tak, aby pacjent jak najszybciej wrócił do normalnego

funkcjonowania i kontaktu z otoczeniem [15]. W rzeczywistości, pooperacyjnemu stanowi pacjenta często towarzyszą nudności i wymioty (PONV – '*postoperative nausea and vomiting),* ból i zatrzymanie moczu oraz inne powikłania związane czy to z przedoperacyjnym stanem pacjenta (wynikające np. z otyłości), czy z rodzajem wybranego anestetyku. Jednakże trwałym niekorzystnym efektem ubocznym znieczulenia są deficyty neurologiczne. W starszej literaturze określano je jako powikłania 1 i 2 typu, gdzie powikłania pierwszego typu są dużymi ubytkami neurologicznymi pacjenta, jak udar okołooperacyjny porażenie, afazja w odróżnieniu od deficytów drugiego typu, gdzie ubytki są trudne do zauważenia, jednakże poważnie ograniczają samodzielne funkcjonowanie szczególnie starszego pacjenta w społeczeństwie [16].

W grupie 9 najliczniejszej wśród uzyskanych wyników - *anaesthesia neuroptective memory* - pomimo wielu badań w zakresie ochrony przez anestezje pamięci tylko nieliczne prace omawiały i wyjaśniały ten problem [15]. Liczba prac dotycząca ludzi starszych badających ochronę funkcji mózgu wynosiła 4 pozycje piśmiennictwa w zakresie prac behawioralnych wykazujących pozytywny wpływ anestezji, a ok. 150 tytułów omawiających negatywny wpływ znieczulenia, pozostałe prace mówiły o obojętnym wpływie anestezji na pamięć [20, 21].

Bez wątpienia, pamięć jest mocno zależna od cholinergicznego neuroprzekaźnictwa w Ośrodkowym Układzie Nerwowym. Ujście acetylocholiny w wielu rejonach mózgu (takich, jak kora mózgowa, hippokampus, czy striatum (prążkowie)) zdaje się być niezbędne dla wielu funkcji poznawczych, szczególnie dla procesu uwagi wymaganej przy początkowej fazie zapamiętywania. W celu udowodnienia tej zależności przeprowadza się wiele badań farmakologicznych. Szczególnie pomocne i istotne są badania nad wpływem cholinergicznych antagonistów na korzystanie z pamięci, które udowadniają, że ta grupa substancji (takich, jak antagonista receptor muskarynowy – skopolamina) może wywoływać amnezję. Poparte badaniami jest również stwierdzenie, że zanik cholinergicznego przekazu powiązany jest z demencją i wczesnymi stadiami choroby Alzheimera. Owa wiedza doprowadziła do rozwoju nowych sposobów leczenia demencji i innych zaburzeń poznawczych, co wpływa na poprawę pamięci i korzystania z jej zasobów [10, 22].

W sytuacji zabiegów chirurgicznych (sercowo-płucny bypass, operacje tętnic szyjnych czy tętniaków mózgowych) oraz sytuacji klinicznych (udar, reanimacja po zatrzymaniu akcji serca), kiedy to ochrona Ośrodkowego Układu Nerwowego jest priorytetem, dobór anestetyków odgrywa fundamentalną rolę [19]. Należy poświęcić baczną uwagę zmianom stanu pacjenta po zastosowaniu anestezji towarzyszącej zabiegom chirurgicznym, jako że

zmiany te są niepokojące i prowadzą do zaburzeń sfery poznawczej. Anestezja ogólna (powszechnie anestetyki wziewne) towarzyszy około 80% zabiegów chirurgicznych [16].

Ostatnie dziesięciolecia w chirurgii i anestezji charakteryzują się powszechnym używaniem anestezji dożylnej, która jest stosowana ze względu na neuroochronę, którą anestezjolodzy traktują priorytetowo, szczególnie w neurochirurgii, endarterektomii szyjnej i podczas zabiegów na otwartym sercu. Ten rodzaj znieczulenia zastępuje niemal całkowicie anestezję wziewną [6].

Jednakże faktem jest, że badania mózgu zwierząt udowadniają wywołanie efektów zwyrodnieniowych, degeneracyjnych w wyniku wywołanego stanu zapalnego w mikrogleju oraz komórkach neuronalnych po aplikowaniu niektórych anestetyków lotnych, gazowych czy dożylnych [17, 18]. Uważa się, że czynnikiem indukującym może być aktywacja komórek zapalnych, w tym makrofagów, gdyż doświadczalne wyczerpanie produkcji makrofagów pochodzących ze szpiku zapobiega wystąpieniu pooperacyjnego neuronalnego zapalenia w hipokampie oraz zapobiega wystąpieniu pooperacyjnej dysfunkcji poznawczej u zwierząt doświadczalnych (Schemat 2).

Wnioski

1. Współczesne badania wskazują na możliwość występowania zaburzeń pamięci krótkotrwałej u chorych poddanych zabiegom chirurgicznym wymagających różnego rodzaju znieczuleń [11].
2. W etiologii dysfunkcji poznawczych po operacjach, obok przynależności do grup ryzyka, metod operacji, zwraca się uwagę na metody anestezji (*high-risk anesthetic procedure*) [16].
3. Szczególnym przypadkiem w doborze anestetyków są operacje na sercu, gdyż trwają one długo (do ok.4 godz.) i ważne jest, aby pacjent ‘wychodził’ ze znieczulenia łagodnie i komfortowo. Nieunikniony jest jednak wpływ anestetyków na funkcje umysłowe [8].
4. Pośród wielu neuroprzekaźników odgrywających ważną rolę w uczeniu się i ‘eksponowaniu’ pamięci, dwa z nich, a mianowicie glutaminian i acetylocholina, odgrywają nieodzowną rolę w funkcjonowaniu poznawczym [4, 20].
5. Zebrano sporo dowodów na to, że istnieje wiele dróg, którymi anestetyki uwalniają swój potencjał, co daje klinicznie ważne korzyści [6].
6. Obserwacje wpływu pewnych substancji na pamięć, razem z wiedzą na temat mechanizmów działania tych substancji, wyjaśnią neurochemię pamięci [19].

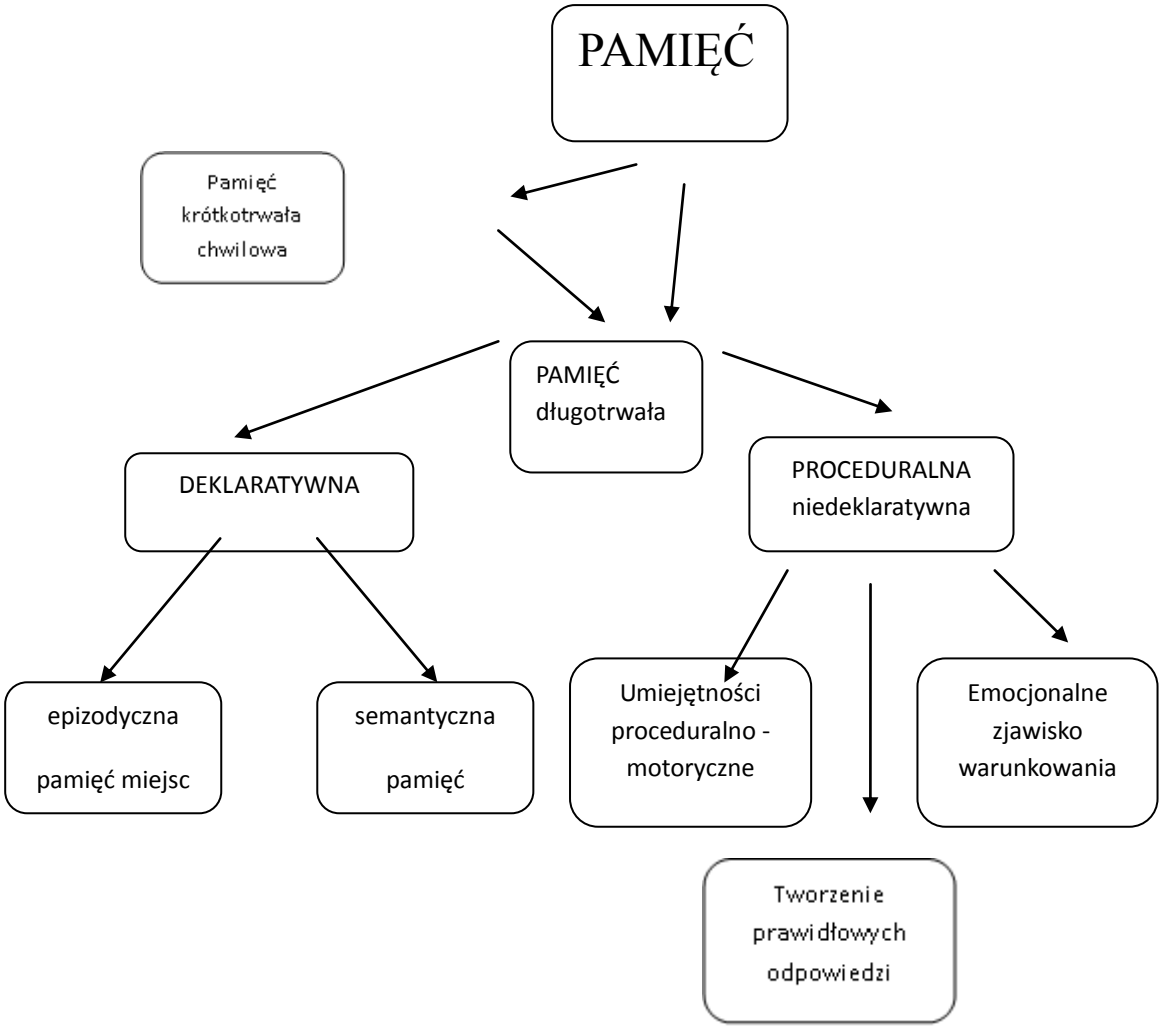
7. Anestetyki lotne mogą odgrywać dużą rolę w przeprowadzaniu poważnych zabiegów operacyjnych [3]. Część badań zaświadcza o ich znaczeniu neuroochronnym, podkreślając fakt, że substancje te mogą wpływać na metabolizm mózgu i efekty neurologiczne [12]. Jednakże, zdaje się , że dane na temat rodzaju anestetyku są niewystarczjące, aby polecać konkretną substancję znieczulającą jako optymalny środek ochronny [15].

Piśmiennictwo

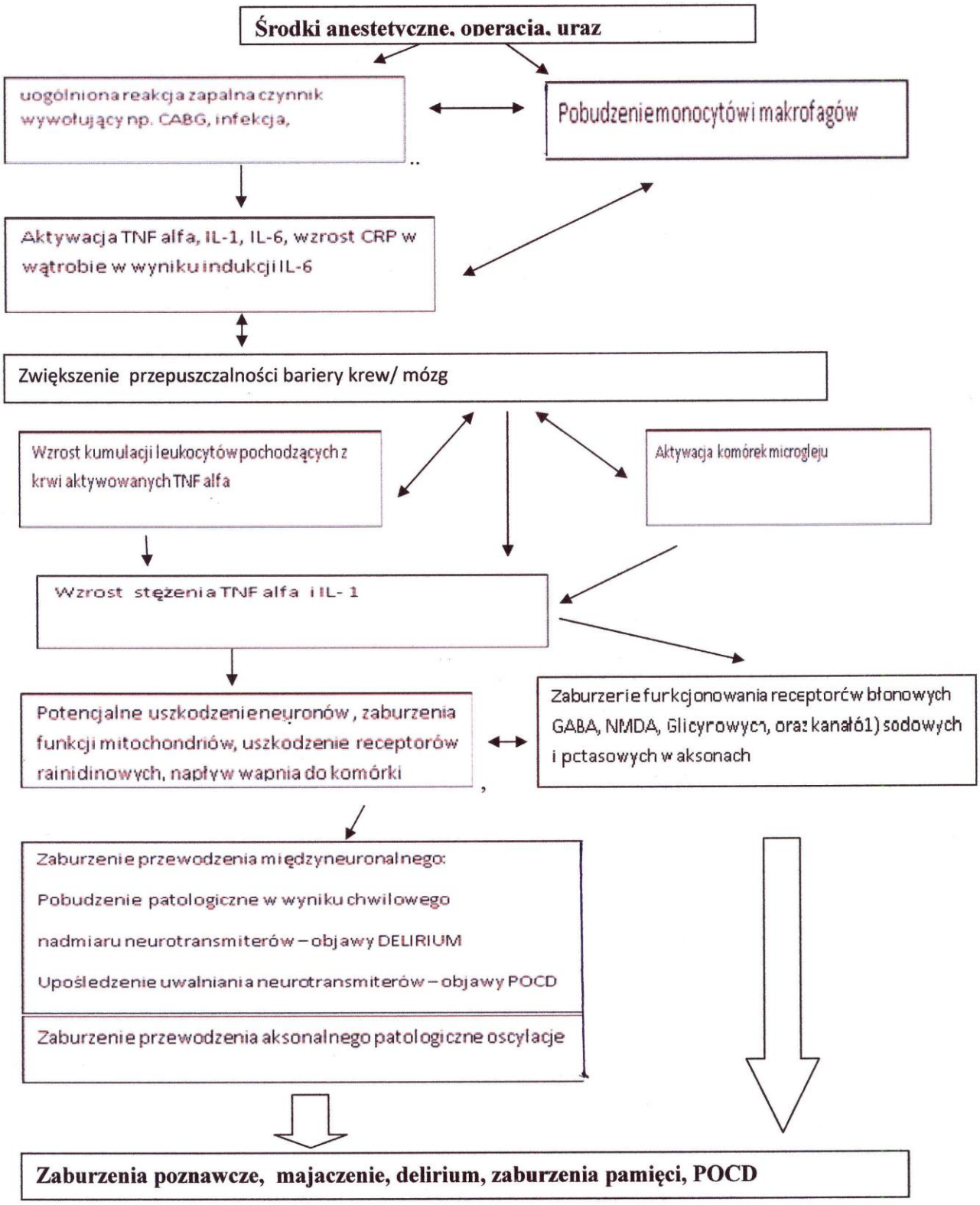
1. Wolkowitz O.M., Tinklenberg J.R., Weingartner H.: A psychopharmacological perspective of cognitive functions. I. Theoretical overview and methodological considerations. Neuropsychobiology, 1985, 14, 88-96
2. Dodds C., Allison J.: Postoperative cognitive deficit in the elderly surgical patient. Br. J. Anaesth., 1998, 81, 449-462.
3. Weingartner H., Grafman J., Boutelle W., Kaye W., Martin P.R.: Forms of memory failure. Science, 1983, 22, 221, 380-382.
4. Michalak A., Kruk-Słomka M., Biała G.: The Molecular Basis of Memory: Mechanisms, Neurotransmitters and Receptors Involved in Cognitive Processes. Ann. UMCS, 2011, 24, 198-202.
5. Scott Bitner R.: Cyclic AMP response element-binding protein (CREB) phosphorylation: a mechanistic marker in the development of memory enhancing Alzheimer's disease therapeutics. Biochem. Pharmacol., 2012, 83, 705-714.
6. Werner C.: Anesthetic drugs and sustained neuroprotection in acute cerebral ischemia: can we alter clinical outcomes? Can .J .Anaesth., 2009, 56, 883-888.
7. Sauër A-M, Kalkman C., van Dijk D.: Postoperative cognitive decline. J. Anesth., 2009, 23, 256-299.
8. Prielipp RC.: An anesthesiologist's perspective on inhaled anesthesia decision-making. American journal of health-system pharmacy. AJHP., 2010, 67, (8 Suppl 4), S13-20.
9. Istaphanous G.K., Loepke A.W.: General anesthetics and the developing brain. Curr. Oppin. Anaesthesiol., 2009, 22, 368-373.
10. Loepke A.W., Soriano S.G.: An assessment of the effects of general anesthetics on developing brain structure and neurocognitive function. Anesth. Analg., 2008, 106, 1681-1707.
11. Rasmussen L.S.: Postoperative cognitive dysfunction: incidence and prevention. Best Pract. Res. Clin. Anaesthesiol., 2006, 20, 315-330.

12. Miura Y., Amagasa S.: Perioperative cerebral ischemia and the possibility of neuroprotection by inhalational anesthetics. Masui. The Japanese Journal of Anesthesiology, 2003, 52, 116-127.
13. Degos V., Vacas., Han Z. et al.: Depletion of bone marrow-derived macrophages perturbs the innate immune response to surgery and reduces postoperative memory dysfunction. Anesthesiology, 2013, 118, 527-536.
14. Chung F., Seyone C., Dyck B., et al. Age-related cognitive recovery after general anesthesia. Anesth Analg., 1990, 71, 217-224.
15. Schifilliti D., Grasso G., Conti A., Fodale V.: Anaesthetic-related neuroprotection: intravenous or inhalational agents? CNS drugs., 2010, 24, 893-907.
16. Warwas K., Szwed K., Borkowska A.: Zaburzenia funkcji poznawczych po operacjach chirurgicznych. Neuropsychiatr. Neuropsychol., 2010, 5, 64-70.
17. Sauer A.M., Kalkman C., Van Dijk D.: Postoperative Cognitive Decline. J. Anesth., 2009, 23, 256-259.
18. Funder K.S., Steinmetz J., Rasmussen L.S.: Detection of Postoperative Cognitive Dysfunction. Ugeskr. Laeger., 2010, 172, 449-452.
19. Tinklenberg J.R., Darley C.F.: A Model of Marihuana's Cognitive Effects. [in:] Braude, Szara, The Pharmacology of Marihuana, Raven Press, New York 1976.
20. Hudetz J.A., Iqbal Z., Gandhi S.D. et al.: Ketamine Attenuates Post-operative Cognitive Dysfunction after Cardiac Surgery. Acta Anaesthesiol. Scand., 2009, 53, 864-872.
21. Tullmann D.F., Dracup K.: Creating A Healing Environment for Elders. AACN Clin. Issues, 2000, 11, 34-50, quiz 153-154.
22. Hanning C.D.: Postoperative Cognitive Dysfunction. Br. J. Anaeth., 2005, 95, 82-87.
23. Perouansky M., Pearce R.A: How we recall (or don't): the hippocampal memory machine and anesthetic amnesia. Can J Anaesth, 2011, 58, 157–166.
24. Kowalska D.M., Kuśmierek P.: Anatomiczne podstawy pamięci. [w:] Mózg a zachowanie. Górska T., Grabowska A., Zagrodzka J. (red.). Wydawnictwo PWN, Warszawa 2011, 349-373.
25. Spiegel D.: A case of postoperative cognitive decline, with a highly elevated C- reactive protein, status post left ventricular assist device insertion: a review of the neuroinflammatory hypothesis of delirium. Innov. Clin. Neuroscience., 2012, 9, 35-41.

Schemat 1. Schematyczny przegląd nad różnymi systemami pamięci. Uważa się, że krytycznie zależą od nienaruszonej funkcji hipokampa i przyśrodkowego płata skroniowego pamięć długoterminowa, deklaratywna i pamięć epizodyczna [3, 7, 23, 24]



Schemat. 2. Kaskada zmiany patofizjologicznych prowadzących do upośledzenia pamięci i funkcji poznawczych zachodząca pod wpływem operacji i znieczulenia [25]



TANATOEDUKACJA



Zwolski Marcin

Śmierć jako świadoma cena walki o niepodległość w Polsce w latach 1944–1956

Oddział Instytutu Pamięci Narodowej w Białymstoku

> *Przysięgam być wiernym Ojczyźnie mej, Rzeczpospolitej Polskiej, stać nieugięcie na straży Jej honoru i o wyzwolenie Jej z niewoli walczyć ze wszystkich sił,* ***aż do ofiary mego życia****.*
>
> (Fragment przysięgi Armii Krajowej)

Wstęp

Tragiczne losy naszej Ojczyzny obfitują w okresy, kiedy rzesze Polaków płaciły daninę krwi walcząc o wolność. W czasie II wojny światowej, okupacji i w okresie pierwszych lat powojennych szczególnie wielu Polaków ryzykowało życiem – swoim, a czasem też swoich bliskich. Przykładów takich postaw można wymienić wiele – udzielanie pomocy ukrywającym się Żydom, przekazywanie żywości jeńcom wojennym, pośredniczenie w kontaktach z więźniami, prezentowanie postaw oporu wobec zarządzeń władz, jak też niechęci wobec nich. Osobną kategorią były związki z konspiracją zbrojną i polityczną, czasem bardzo luźne, polegające na udzieleniu schronienia, przekazaniu żywności członkom podziemia, a nawet okazaniu sympatii ich działaniom. Z ofiarą krwi musieli się liczyć stale aktywni konspiratorzy, przede wszystkim żołnierze oddziałów zbrojnych.

Obecnie jedynie nieliczni ryzykują czasem życie dla dobra innych – wynika to zwykle z wykonywanego przez nich zawodu (m.in. żołnierze, policjanci, strażacy). Pozostali obywatele nie muszą tego robić i mają różnorodne podejście do takiej ofiary. Znana artystka Maria Peszek stwierdziła w wywiadzie: „Życie jest ważniejsze niż jakakolwiek idea, dlatego nie oddałabym ani jednej kropli krwi za ojczyznę". Na pytanie, kto ma walczyć i ginąć za Polskę, odpowiedziała: „Jeżeli ktoś ma taką potrzebę, to bardzo proszę. Zawsze byli ludzie, którzy takie potrzeby mieli i tacy, którzy ich nie mieli" [1]. Wypowiedź ta, choć z pewnością dla wielu kontrowersyjna, wcale nie musi dyskredytować artystki – ma ona prawo mieć takie

poglądy. Może je mieć, bo żyje w wolnym kraju. Pytanie brzmi, czy mogłaby je swobodnie głosić, gdyby ktoś tej wolności nie wywalczył. Bo, jak napisał jeden z tych, który oddał życie w walce o wolną Ojczyznę – żołnierz podziemia antykomunistycznego Zdzisław Broński „Uskok": „Życie poświęcić warto jest tylko dla jednej idei, idei wolności! Jeśli walczymy i ponosimy ofiary, to dlatego, że chcemy właśnie żyć, ale żyć jako ludzie wolni, w wolnej Ojczyźnie" [2].

Wolność jako wartość nadrzędna

Aby zrozumieć postawy dużej części społeczeństwa, która była gotowa zaryzykować własny dobytek, szczęście, zdrowie, a nawet życie dla dobra Ojczyzny, należy cofnąć się do czasów dwudziestolecia międzywojennego i przyjrzeć się ówczesnej dumie z odzyskania wolności i niepodległości. Była to wartość uznawana ponad wszelkimi podziałami. W Polsce międzywojennej kultywowano etos własnego, niezależnego państwa i pamięć o wieloletniej walce o nie. Weteranom powstań narodowych i wojny polsko-bolszewickiej oddawano cześć, której prawdopodobnie nie zrozumiałyby dzisiejsze pokolenia. Mundur żołnierski, jako symbol walczących o odzyskanie i broniących niepodległości, był niemal przedmiotem kultu, a noszący go cieszyli się powszechnym szacunkiem. Wszyscy bowiem pamiętali niewolę.

Owo uwielbienie wolności i docenienie walczących o nią ludzi przekładało się na wychowanie młodzieży – zarówno w szkole, jak i w domach. Młodzi wyrastali w duchu patriotyzmu i poświęcenia Ojczyźnie. Widzieli, jak szanuje się powstańców i chcieli być kiedyś takimi jak oni. Nie zdawali sobie jeszcze sprawy, że bardzo szybko będą mogli pójść w ich ślady. Starsi, którzy pamiętali zabory, raz już doświadczyli radości z odzyskania wolności i wiedzieli, że jest to uczucie warte wielu poświęceń.

Śmierć jako ryzyko oporu antykomunistycznego w powojennej Polsce

Oczywistością jest, że żołnierz na polu walki ryzykuje życiem. Specyfika sytuacji członków podziemia niepodległościowego w Polsce w latach 1944–1956 polegała na tym, że nie wszyscy oni walczyli czynnie, z bronią w ręku, a ryzyko śmierci nie wiązało się w ich przypadku jedynie z walką zbrojną – obarczona nim była właściwie każda forma działalności opozycyjnej, która mogła doprowadzić do aresztowania, a następnie zgonu w wyniku tortur stosowanych powszechnie podczas śledztw albo na skutek wykonania wyroku orzeczonego przez sąd. Znając te fakty, a znali je wtedy wszyscy uczestnicy antykomunistycznego oporu, trudno nie zgodzić się ze stwierdzeniem, że każdy rozpoczynający działalność przeciwko władzy musiał liczyć się ze śmiercią. Osobną kwestią jest, czy zdawał sobie z tego ryzyka sprawę zupełnie świadomie i czy był psychicznie gotowy do poniesienia takiej ofiary, ale o takiej możliwości zakończenia działań konspiracyjnych po prostu musiał wiedzieć.

Szczególnie partyzanci, pozostający „w polu", uzbrojeni członkowie podziemia, wielokrotnie otwarcie deklarowali gotowość do oddania życia za idee, o które walczyli. Widać to choćby w tekstach śpiewanych przez nich piosenek, w których motyw daniny krwi przewija się bardzo często, choćby w tych najbardziej popularnych, jak *Dziś do ciebie przyjść nie mogę* („Gdy nie wrócę niechaj wiosną moją rolę sieje brat, kości moje mchem porosną i użyźnią ziemi szmat"), czy *Rozszumiały się wierzby płaczące* („Do tańca grają nam granaty, wisów szczęk, śmierć kosi niby łan, lecz my nie znamy, co to lęk"). Piosenki te były śpiewane świadomie, „leśni" rozumieli zawarte w nich przesłanie. Broński „Uskok" ukrywając się przed funkcjonariuszami UB (Urzędu Bezpieczeństwa) pisał: „Czy nam, partyzantom, kiedykolwiek coś się opłacało? I czy się opłaci? Dla nas? – Ty giniesz, by naród mógł żyć! – mówi partyzancka piosenka i zamyka wszelkie komentarze" [2]. Gotowość na śmierć była często przywoływana w pamiętnikach uczestników antykomunistycznego oporu, w ich wspomnieniach oraz listach do bliskich. Sygnalizowali ją zarówno walczący z bronią w ręku, jak też uczestnicy konspiracyjnych struktur cywilnych.

Deklaracja gotowości do oddania życia za Ojczyznę była w szeregach podziemia antykomunistycznego czymś normalnym i oczywistym, wynikającym chociażby z roty składanej przysięgi konspiracyjnej. Można wręcz stwierdzić, że osoba, która odmówiłaby takiej deklaracji, nie mogłaby należeć do organizacji opozycyjnej. Deklaracja: nie poddam się, raczej zginę; czy: prędzej zginę niż zdradzę współpracowników i nasze tajemnice; była potrzebna dla wzajemnego zaufania i podniesienia morale. Tylko z osobą, która składała taką przysięgę i takie oświadczenia, można było iść razem w bój albo powierzyć jej konspiracyjną pocztę czy wiedzę o tajnych strukturach. Czy jednak owe deklaracje nie były tylko słowami wypowiedzianymi, bo tego oczekiwali inni? Czy były składane do końca świadomie i – przede wszystkim – czy były dotrzymywane?

Samo wstąpienie w szeregi konspiracji było już pewną formą weryfikacji tych deklaracji. Nawet jeśli ktoś wstępował doń wiedziony impulsem, a może młodzieńczą fantazją, to doskonale przecież zdawał sobie sprawę, że ryzyko utraty życia jest w organizacji o wiele większe, niż gdyby się w nią nie angażował.

Paradoksalnie, pole walki zbrojnej raczej nie stanowiło weryfikacji gotowości na śmierć, bo walczono na nim jednak o życie, a jeśli ktoś ginął, to raczej z ręki wroga, nie godząc się na to. Wyjątkiem byli oczywiście ci żołnierze podziemia, którzy ranni lub otoczeni, nie widząc nadziei na ucieczkę, z obawy przed torturami albo po prostu uważając, że tak trzeba, sami odbierali sobie życie, dając najmocniejszy dowód na to, że powyższe deklaracje traktowali poważnie. Liczne przykłady takich zachowań zostały opisane w

literaturze [3]. Samobójstwo, które miało uniemożliwić aresztowanie przez UB było postrzegane w środowisku „leśnych" bardzo pozytywnie – był to czyn bohaterski: „Wszyscy z dumą wspominamy tych poległych kolegów, którzy wobec podłego i nikczemnego wroga okażą pogardę życia posuniętą do odbierania sobie tegoż życia własnoręcznie" – pisał Broński „Uskok" [2]. Poza wymiarem symbolicznym miało to bardzo praktyczną przyczynę – od zmarłego UB nie mogło się już niczego dowiedzieć, a zatrzymany mógł nie wytrzymać tortur i „wsypać" towarzyszy.

Śmierć w katowniach UB

Najpoważniejsza próba charakteru czekała tych, którzy trafili w ręce UB. Mieli oni bowiem czas na spokojną i wyrachowaną analizę swojej sytuacji. Zazwyczaj doskonale wiedzieli, co mogą zrobić, aby ratować swoje życie. Stało to jednak w sprzeczności z wyznawanymi przez nich ideami oraz ze złożoną przysięgą. Decyzje, jakie podejmowali pod wpływem brutalnych metod śledczych UB i pod presją śmierci, były różne. Wielu nie wytrzymywało i zdradzało śledczym interesujące ich fakty, co i tak nie zawsze ich ratowało. Najbardziej drastyczne tortury przechodzili jednak ci, którzy trwali w oporze, a takich też było niemało.

Osoby nie godzące się na współpracę z UB i składanie zeznań obciążających towarzyszy ryzykowały utratą życia na co najmniej trzy sposoby – w wyniku obrażeń wynikających z zadawanych tortur, celowego mordu dokonanego przez funkcjonariuszy bądź egzekucji wykonywanej na mocy orzeczonego wyroku śmierci. Zdarzało się, że wybierały czwartą drogę i popełniały samobójstwo w celi lub nawet w pokoju przesłuchań [3]. Była to zwykle forma ucieczki przed cierpieniami zadawanymi przez funkcjonariuszy, ale czyn taki mógł też być rezultatem obawy o własną postawę – czy wytrzymam dalsze śledztwo, czy się nie załamię i nie zdradzę organizacji.

Nie jest możliwe określenie, jak wielu aresztowanych członków konspiracji antykomunistycznej zostało w czasie śledztw „złamanych", ani jaka ich część pozostała do końca twarda i wierna wyznawanym ideałom. Nie ma też chyba sensu rozpatrywać tego w kategoriach liczbowych, bo i tak nikt nie ma moralnego prawa oceniać tych, którzy nie wytrzymali wobec okrucieństwa zadawanych tortur. Literatura przedmiotu, ze zrozumiałych względów, skupia się zwykle na prezentowaniu postaw heroicznych, których było naprawdę dużo. Większość z tych, którzy nie chcieli dostarczyć „bezpiece" interesujących ją informacji, starała się podać dane mało istotne lub fałszywe, aby z jednej strony nie zaszkodzić swoim towarzyszom, a z drugiej – choć na chwilę przerwać swoje męki. Byli jednak i tacy, którzy demonstracyjnie odmawiali jakichkolwiek zeznań, tak jak Zygmunt Truskowski „Wilczak",

który na żądania śledczego, aby przyznał się do zarzucanych czynów i podał innych ich sprawców, odpowiedział: „Wszystko jedno, czy przyznam się, czy się nie przyznam, to wiem, że dostanę karę śmierci" [4]. Został stracony w więzieniu w Białymstoku w 1946 r. O tym, że niektórzy konspiratorzy zginą, a nie pomogą w żaden sposób UB, byli przekonani ich towarzysze, a nawet rodzina. Matka zabitego przez „bezpiekę" w 1946 r. Stanisława Ciołka „Lwa" na wieść o jego śmierci stwierdziła: „Zginął, bo nie chciał im nic powiedzieć. Wiedziałam, że nie powie! Był dobrym Polakiem i zginął za Polskę" [2].

Chociaż tortury zadawane przez „bezpiekę" doprowadzały nieraz do zgonu przesłuchiwanych, nie miały one na celu fizycznej eliminacji, a uzyskanie przyznania się do zarzutów i obciążenia innych osób. Znane są jednak liczne przypadki, kiedy funkcjonariusze wpadali w szał, np. będąc pod wpływem alkoholu, i umyślnie zabijali aresztantów, a nawet decydowali się na ich likwidację „na chłodno", zwykle po wywiezieniu w odludne miejsce [5]. Fakty te były znane już wówczas, więc więźniowie mieli uzasadnione obawy, że ich także może spotkać taki los. Stąd też, gdy funkcjonariusze oznajmiali przesłuchiwanemu, który nie chciał zeznawać tak, jak od niego wymagali, że jeśli nie zmieni swojej postawy, to wywiozą go i zabiją, ten traktował to z reguły poważnie. Szczególnie wtedy, gdy pakowano go w nocy w samochód, wywożono do lasu i kazano kopać własny grób. Zazwyczaj była to jednak tylko kolejna próba „złamania" więźnia, kończona wycofaniem wycelowanej broni albo suchym trzaskiem iglicy w pustej komorze nabojowej i stwierdzeniem: „Jeszcze nie dzisiaj". Niektórzy przeszli przez tę psychiczną torturę kilkukrotnie, zastanawiając się za każdym razem, czy teraz to już rzeczywiście ich koniec. Nawet wtedy, wielu się nie ugięło, wybierając śmierć, a nie zdradę [5].

Wyroki śmierci

Gdy kończyło się śledztwo, zmaltretowany fizycznie i psychicznie więzień stawał przed obliczem sądu, który ferował surowe wyroki opatrzone nagłówkiem: „W imieniu Rzeczpospolitej". Proces, podczas którego sędzia, prokurator, a czasem nawet i obrońca dbali o taki jego przebieg, aby do końca upodlić oskarżonego i nie pozostawić nikomu wątpliwości, że oto stoi przed nimi najgorszy zbrodniarz, był jakby kolejnym etapem represji. Zachowania przed sądem tych oskarżonych członków antykomunistycznego podziemia, którym groziła kara śmierci, znów były różne. Ci, którzy zostali „złamani" w śledztwie, potwierdzali ustalone ze śledczymi zeznania. Ci, którzy się nie poddali, przyjmowali zazwyczaj jedną z dwóch postaw – negowali swoją winę i odmawiali składania wyjaśnień wychodząc z założenia, że cały proces jest farsą, z finałem ustalonym z góry; albo podejmowali próbę obrony nie tyle swojej osoby, co wyznawanych przez siebie ideałów.

Tę ostatnią drogę obrał m.in. ks. Władysław Gurgacz, kapelan niepodległościowych organizacji, sądzony w 1949 r. w Krakowie razem z innymi członkami konspiracji. Podczas procesu powiedział: „Ci młodzi ludzie, których tutaj sądzicie, to nie bandyci, jak ich oszczerczo nazywacie, ale obrońcy Ojczyzny! Nie żałuję tego, co czyniłem. Moje czyny były zgodne z tym, o czym myślą miliony Polaków, tych Polaków, o których obecnym losie zadecydowały bagnety NKWD (*Narodnyj Komissariat Wnutriennych Dieł* - Ludowy Komisariat Bezpieczeństwa Państwowego).

Na śmierć pójdę chętnie. Cóż to jest zresztą śmierć?… Wierzę, że każda kropla krwi niewinnie przelanej zrodzi tysiące przeciwników i obróci się wam na zgubę" [6]. Ksiądz Gurgacz został skazany i stracony jeszcze w tym samym roku. Wypowiadając taką mowę obronną z pewnością wiedział, że traci w ten sposób szansę na ułaskawienie.

Skazani różnie reagowali na ogłoszenie wyroku, ale przeważał szok. Chociaż przygotowywali się na taki wyrok psychicznie, w większości przyznawali później, że po wyroku czuli się „ogłuszeni", nie zdawali sobie do końca sprawy z tego, co się dzieje. Szczególnie ciekawą reakcją, która też czasem występowała, była pewnego rodzaju satysfakcja. Niektórzy, uważając komunistów za nowych okupantów, orzeczony przez nich wyrok śmierci uznawali za wyraz „docenienia" ich walki, swego rodzaju świadectwo, że godnie walczyli, że byli dla „okupanta" groźni. Janina Kruk „Laryssa" skazana na śmierć w Warszawie w 1949 r. stwierdziła: „Karę śmierci, może to śmieszne, ale przyjęłam jako coś, co mi się należy. Jako coś, na co sobie godnie zapracowałam. Nie prosiłam o wybaczenie. Powiedziałam, że jestem dumna z tego, wypełniałam obowiązek wobec Ojczyzny, broniąc jej przed okupacją komunistów" [7]. Mieczysław Chojnacki „Młodzik" napisał wprost: „Sądząc po długotrwałym śledztwie i wyrokach otrzymanych przez czwartą komendę WiN (Zrzeszenie „Wolność i Niezawisłość"), można uważać, że wróg docenił wartość polskiego przeciwnika" [8] (w procesie IV Zarządu Głównego Zrzeszenia „Wolność i Niezawisłość" zapadło siedem wyroków śmierci). Przejawem przekonania, że kara śmierci jest pewnego rodzaju wyróżnieniem, mogło być też to, że niektórzy skazani odmawiali pisania podań o ułaskawienie [7].

Przedsionek śmierci

Z orzeczonym wyrokiem śmierci, zwanym w gwarze więziennej „kaesem" lub „pestką", skazaniec trafiał ponownie do więzienia. Czasem „siedział" nadal razem z innymi osadzonymi, ale najczęściej była to tzw. cela śmierci – pojedyncza, ewentualnie zbiorowa, w której większość bądź wszyscy byli skazani na taki wyrok. Pobyt w takiej celi i bierne czekanie na wykonanie wyroku, bez znajomości jego terminu, było ogromnym ciosem

psychicznym. Jeden ze skazanych porównywał to do sytuacji zwierząt w rzeźni. Wszyscy, którzy przeżyli lub pozostawili jakieś świadectwo zgadzali się, że nie śmierć jest najgorsza, a oczekiwanie na nią [9].

Niektórzy od razu pogodzili się z wyrokiem i nie żywili żadnych nadziei na ułaskawienie. Aleksander Rybnik „Jerzy" zaraz po rozprawie napisał gryps do żony i synka: „Dziś słyszałem, że jestem skazany na śmierć. Słyszałem, jak mówili »ma wyrok śmierci«. Kochani moi, trudno, taka widocznie jest wola Boża, ażeby moje życie skończyło się nagle […]. Dziś lub jutro zamelduję się u św. Piotra i poproszę o przyjęcie mnie do raportu, a św. Piotr otworzy bramę" [10]. Inni do końca wierzyli, że zostaną ułaskawieni, wydawało im się bowiem nierealne, że taka może być zapłata za ich oddanie dla Ojczyzny. Gdy ks. Marian Prusak przyszedł z ostatnią posługą do Feliksa Selmanowicza „Zagończyka", ten zaskoczony zwrócił się do niego: „No tak, jednak nie skorzystano z prawa łaski…" [11]. Inny skazany, Kazimierz Chmielowski „Rekin", pisał z celi śmierci do dziewczyny: „Chcę byś wierzyła w moje słowa, których wiesz, że na próżno nie rzucam, wiesz, że jeżeli nawet zginę – to zginę za to, w co święcie wierzyłem i nie zasługuję na miano »bandyty« – takich było nas tysiące, szliśmy w krwawym znoju żołnierskim znacząc nasz bojowy szlak cichymi mogiłami, koszlawymi krzyżami partyzanckimi, nie walcząc o krzyże i dobra materialne lecz ginąc z wiarą w nasz święty cel" [12]. Zastrzelono go w 1950 r. w Białymstoku.

Czas spędzony w celi śmierci wykorzystywali myśląc o swoim życiu i rozliczając się z nim. W listach do najbliższych najczęściej nie wycofywali się ze swoich przekonań, wręcz przeciwnie. Ostatni prezes WiN, Łukasz Ciepliński „Pług", pisał przed egzekucją do żony i syna: „Odbiorą mi tylko życie. A to nie najważniejsze. Cieszę się, że będę zamordowany jako katolik za wiarę świętą, jako Polak za Polskę niepodległą i szczęśliwą. Jako człowiek za prawdę i sprawiedliwość. Wierzę dziś bardziej niż kiedykolwiek, że Idea Chrystusowa zwycięży i Polska niepodległość odzyska, a pohańbiona godność ludzka zostanie przywrócona. To moja wiara i moje wielkie szczęście. Gdybyś odnalazł moją mogiłę, to na niej możesz te słowa napisać. […] Nie znałem nienawiści i nigdy świadomie nikogo nie skrzywdziłem. Dlatego czekam spokojnie na śmierć. Wierzę w sprawiedliwość Bożą – to mój skarb i ostoja. […] Mnie żal tylko Was. Przebacz, ja nie mogłem inaczej żyć" [8].

Skazańcy przygotowywali się też na spotkanie z katem. „Rzecz polega na tym, aby czerwonym katom nie dać satysfakcji okazując w tym krótkim czasie strach przed śmiercią z ich rąk" – pisał Chojnacki „Młodzik" [9]. Antoni Heda „Szary" wspominał: „Zależało mi tylko na tym, żeby zdążyć przed śmiercią wykrzyknąć: Jeszcze Polska nie zginęła" [13]. Godne pójście na śmierć uważali za honor i swój obowiązek – jakby dalszą, ostatnią część ich

walki i ostateczny sprawdzian gotowości oddania życia za Ojczyznę. Pomagała wiara w Boga i życie pozagrobowe. Wszyscy dużo się modlili. Ksiądz Hieronim Lewandowski, który sprawował ostatnią posługę blisko sześćdziesięciu straconym w Poznaniu, stwierdził: „Sądzę, że niewielu z tych, z którymi miałem możność przeżywać ostatnie chwile ich życia, odeszłoby z tego świata z takim zawierzeniem się Bogu i w tak głęboko religijnym nastawieniu, jakiego byłem świadkiem, gdyby umierali śmiercią naturalną" [14].

Godnie zginąć z ręki kata

Nieprawdą byłoby stwierdzenie, że wszyscy skazani żołnierze antykomunistycznego podziemia szli na śmierć spokojnie. Niektórzy bronili się rozpaczliwie i krzyczeli [15]. Jednak bezpośredni świadkowie twierdzą wyraźnie, że tych ostatnich było zdecydowanie mniej [9]. Wywołany na wykonanie wyroku Zygmunt Szendzielarz „Łupaszka" według współwięźnia „podszedł spokojnie do drzwi, następnie zatrzymał się przez chwilę, odwracając bokiem do pozostających w celi i pożegnał słowami: »z Bogiem panowie«. Odpowiedział mu chór głosów: »z Bogiem«". Podobnie na śmierć szli jego żołnierze z brygad wileńskich Armii Krajowej [9]. Pod wrażeniem postawy członków konspiracji w obliczu nieuchronnej śmierci byli też nieraz przedstawiciele władz komunistycznych, a nawet kaci [16]. Prokurator Witold Gatner, który nadzorował wykonanie wyroku śmierci na Auguście Fieldorfie „Nilu", zeznał po latach: „Mężczyzna nie opierał się, szedł spokojnie i całkowicie o własnych siłach. […] patrzył mi cały czas w oczy. Stał wyprostowany. Nikt go nie podtrzymywał" [17].

Szczególnie wiele relacji o zachowaniu skazańców zostawił ks. Lewandowski. Jeden z nich stwierdził ponoć przed egzekucją: „Ofiaruję swoje życie za wolną Polskę". Inny modlił się: „Dziękuję Ci, Panie Jezu, za wszystkie łaski dnia dzisiejszego. Jak ja się cieszę, że idę do Ciebie", a gdy zapytano go, czy ma ostatnie życzenie, po wojskowemu stuknął obcasami i powiedział: „Do widzenia. Dokąd ja idę, wy też pójdziecie" [14]. Ksiądz Prusak był świadkiem egzekucji Danuty Siedzikówny „Inki" i Feliksa Selmanowicza „Zagończyka" w Gdańsku w 1946 r. Oboje nie pozwolili zawiązać sobie oczu, a w momencie wypowiedzenia komendy: „Ognia", krzyknęli wspólnie: „Niech żyje Polska!" [11]. Wielu innych, którzy w momencie śmierci wznieśli ten lub podobny okrzyk, zostało opisanych w literaturze historycznej [18].

Podsumowanie

Zaprezentowane wyżej postawy członków antykomunistycznego podziemia w Polsce w latach 1944–1956 pokazują, że wielu z nich, jeśli nie większość, decydując się na walkę, świadomie godziło się z ryzykiem utraty życia. Niektórzy już wcześniej, szczególnie w latach

wojny, wielokrotnie ocierali się o śmierć walcząc przeciwko okupantom. Gdy uznali, że walkę należy kontynuować, byli przygotowani psychicznie na to ryzyko. Młodzi, którzy w czasie wojny nie mogli jeszcze nosić broni, dorastali w Polsce międzywojennej wychowywani w patriotycznym duchu, a okrucieństwa wojny, które przecież widzieli, zahartowały ich psychikę i znieczuliły wrażliwość. Nie bez znaczenia pozostawał fakt, że mało która rodzina nie poniosła strat wojennych – prawie każdy pożegnał brata, ojca, krewnych lub kolegów. To utwardzało poglądy. To wszystko wpływało na to, że wielu potrafiło przetrwać w zgodzie ze swoim sumieniem i wyznawanymi ideami pomimo zagrożenia życia, cierpień fizycznych i psychicznych, a ostatecznie nawet wobec nieuchronnej śmierci. Nie dlatego, że chcieli umrzeć, ale, jak stwierdzał Broński „Uskok", właśnie dlatego, że chcieli żyć, tyle że w wolnym kraju.

Piśmiennictwo

1. Nizinkiewicz J.: Peszek: W Polsce wystarczy umrzeć, żeby stać się bohaterem. Onet.pl, 26.12.2012, www.wiadomosci.onet.pl/tylko-w-onecie/peszek-w-polsce-wystarczy - umrzec- zeby-stac-sie-boh,1,5379088,wiadomosc.html, data pobrania 21.02.2013
2. Broński Z.: „Uskok".: Pamiętnik. Oprac. S. Poleszak. IPN, Warszawa, 2004.
3. Wąsowski G., Żebrowski L.: Żołnierze wyklęci. Antykomunistyczne podziemie zbrojne po 1944 roku (wyb. i oprac). Oficyna Wydawnicza Volumen, Warszawa, 1999.
4. Łapiński P., Zwolski M.: Wyroki śmierci w woj. białostockim (1944–1956) – mechanizm zbrodni.: „W imieniu Rzeczpospolitej". Skazani na karę śmierci w woj. białostockim w latach 1944–1956. Katalog wystawy. IPN, Białystok, 2006, 3–18.
5. Łabuszewski T.: Śladami zbrodni. Przewodnik po miejscach represji komunistycznych lat 1944–1956. IPN, Warszawa, 2012.
6. Skazani na karę śmierci przez Wojskowy Sąd Rejonowy w Krakowie w latach 1946–1955. IPN, Kraków, 2008.
7. Wyrwich M.: W celi śmierci. Oficyna Wydawnicza RYTM, Warszawa, 2002.
8. Jakimek-Zapart E.: Nie mogłem inaczej żyć… Grypsy Łukasza Cieplińskiego z celi śmierci. IPN, Kraków, 2007.
9. Chojnacki M.: Mokotowskie więzienie. Rozprawa – wyrok – pobyt w ogólnej celi śmierci. Zeszyty Historyczne WiN-u, 1992, nr 1, 28–61.
10. List z celi śmierci. Kurier Podlaski, 18-20.10.1996.

11. Marszalec J., Semków P.: Egzekuzja „Inki” i „Zagończyka” w relacji ks. Mariana Prusaka. Biuletyn IPN, 2001, nr 6, 35–38.
12. Kułak J.: Rozstrzelany Oddział. Monografia 3 Wileńskiej Brygady NZW. Białostocczyzna 1945–1946. Białystok, 2006.
13. Heda-Szary A.: Wspomnienia „Szarego”. Oficyna Wydawnicza RYTM, Warszawa, 2009.
14. Lewandowski H.: Wspomnienia kapelana więziennego z lat 1945–1956. Oprac. K. Bedyński. Przegląd Więziennictwa Polskiego, 1997, nr 14, 11–24.
15. Jędrzejkiewicz T.: Cela śmierci. Agencja Wydawnicza Cindirella Books, Warszawa, 2000.
16. Bedyński K.: W ostatniej drodze. Forum Penitencjarne, 2011, 5, 26–27.
17. Lipiński P.: Towarzysze Niejasnego. Prószyński i S-ka, Warszawa, 2003.
18. Madej K., Żaryn J., Żurek J.: Księga świadectw. Skazani na karę śmierci w czasach stalinowskich i ich losy. IPN, Warszawa, 2003.

Pucko Zygmunt, Miarka Joanna

O pożytku niektórych aspektów filozofii dialogu w perspektywie towarzyszenia ludziom umierającym

Zakład Pedagogiki medycznej, Collegium Medicum UJ w Krakowie

Między sensem a absurdem odbywa się oceaniczny dramat,
zwany bytowaniem człowieka [1]

Jak wiadomo, filozofowie dialogu i niektórzy przedstawiciele sztuki leczenia sformułowali szereg zasad rozmowy z człowiekiem, który z jakichś względów znalazł się w sytuacji granicznej. Trudno tu jednakże wymieniać wkład każdego myśliciela z osobna i omawiać jego udział w tym przedsięwzięciu. Do poznania wagi reguł dialogu oraz ich pożytku zarówno dla przedstawicieli sztuki leczenia, jak i pacjenta wystarczy przywołać np. intuicje Antoniego Kępińskiego, Józefa Tischnera czy Martina Bubera. Każdy z nich, na swój własny sposób, postrzegał egzystencją człowieka przez pryzmat jego ontycznej inklinacji do relacji z drugim butem osobowym. Wyrażali oni zgodne przekonanie, że w tego typu relacji człowiek może wzrastać i dojrzewać do swojego człowieczeństwa, albo „zwijać się" i marnieć w nim [2]. Ich zdaniem uczłowieczenie bytu ludzkiego za pośrednictwem dialogu polega na szczerej wzajemności i wyjściu poza granice własnego egoizmu, lęku i uprzedzeń.

Nie trudno zauważyć, że jakość wzajemność rozgrywa się w przestrzeni *między*. Od niej właśnie zależy stopnień urzeczywistnienia się „ja" przez „ty" i na odwrót. W strefie zwanej *między* spełnia się, zdaniem Bubera, możliwość życia dialogicznego [3]. Przejawia się ono ciągłym wsłuchiwaniem się „ja" w głębie bycia „ty" i odpowiadanie na nie całą prawdą swej istoty.

Naturalnie nie jest to jedyny aksjomat dialogicznej relacji, który stanowi wspólny mianownik dociekań przywołanych myślicieli. Jest ich znacznie więcej. Otóż przyjmują oni założenie, w myśl którego, mówiąc językiem Bubera relacja człowieka do otaczającej go rzeczywistości może być dwojakiego rodzaju: „ja-ono" lub „ja-ty" [4]. Z tekstu Bubera wynika, że relacja „ja-ono" w gruncie rzeczy nie jest żadną relacją, lecz raczej monologiem i przejawem separacji od innych. W tym nastawieniu nie ma partnerstwa, ponieważ drugi człowiek jest sprowadzony do rangi podporządkowanego narzędzia. Przedmiot nie posiada

osobowości można go zatem obsłużyć albo nie zauważyć. Rzecz nie kryje też w sobie żadnej tajemnicy. Daje się ona w całości „ogarnąć" pojęciowo oraz zamknąć w jednoznaczne definicje.

Inaczej sprawa wygląda w relacji „ja-ty" opartej na udziale dwojga osób o tych samych prawach [4]. Ów typ relacji dopełnia „ja" i „ty" w różnych sferach i na wielu płaszczyznach. Zanim jednakże tak się stanie i zbliży się ona do postulowanego przez Bubera ideału musi wykazać się realnymi cechami. Fundamentalnym przymiotem relacji jest aprobata inności drugiego człowieka oraz uszanowanie jego autonomii [4].

Dla A. Kępińskiego pozycją wyjściową w jego teorii dialogu oraz jej praktyce także było uznanie autonomii drugiego człowieka, którą da się streścić w wyrażeniu: pozwolić innemu być sobą. *Pamiętam* – wspominał swego czasu J. Tischner - *jak kiedyś za życia autora znalazłem się w jego klinice z okazji jakiegoś odczytu. Prowadzony do sali posiedzeń zauważyłem, że obok gra muzyka i pacjenci tańczą. Nie potrafiłem zapanować nad zdziwieniem, bo jednak nieco inaczej wyobrażałem sobie tego rodzaju klinikę. Kępiński to zauważył i jakby się chciał usprawiedliwić - powiedział: bo u nas wszystko wolno [5].* Oczywiście powyższa wypowiedź nie daje podstaw do wnioskowania jakoby Kępiński nie wyznaczał swoim pacjentom określonych granic i pozwalał im na zachowania odbiegające od powszechnie aprobowanymi zasad życia społecznego.

Tymczasem Tischner *genesis* międzyludzkiego dialogu upatrywał w odkryciu własnego etosu identyfikowanego przez tego filozofa z najbardziej autentycznym sposobem swojego sposobu bycia w świecie oraz jego prawdą. Dla Tischnera etos, to również coś w rodzaju własnego domostwa, w którym byt ludzki jest u siebie i nie musi udawać przed innymi kogoś kim nie jest, ani zakładać zwodzących masek [5]. Szczerość bycia rodzi w drugim zaufanie i prowadzi do spotkania.

Spotkanie jest źródłem doświadczenia prawdy w bardziej podstawowym wymiarze niż wymiar stosunku człowieka do rzeczy. Stosunek do rzeczy jest zapośredniczony przez dialog z drugim człowiekiem. Źródłowych doświadczeniach prawdy należy więc szukać w spotkaniu z drugim, a nie w zetknięciu z rzecz [5].

W filozofii dialogu ważną cechą relacji „ja-ty" jest bezpośredniość. Przy czym, chodzi tu nie tyle o naoczne spotkanie twarzą w twarz, ale o potraktowanie innego w kategoriach wartości autotelicznej. Według Bubera, np. „ty" jest cenne ze względu na samo siebie, a nie z jakiegoś innego powodu. Aby uchwycić niepowtarzalność wartość drugiego człowieka należy wziąć w nawias wszelką uprzednią o nim wiedzę. Trzeba zawiesić wszystkie na jego temat

wyobrażenia, stereotypy czy fantazje. Bezpośredniość wyklucza jakkolwiek interesowność [4].

Następną właściwością jest wyłączność. Przejawia się ona w totalnym skupieniu uwagi „ja" na „ty" i poświęcenie mu swojego czasu bez poczucia marnotrawienia go. Ty w horyzoncie istnienia jawi się jedyne niemożliwe do zastąpienia kimś innym. Ty wypełnia sobą ów horyzont tak jakby wszystko inne, co się w nim znajduje żyło w jego świetle. Ty jest pierwszoplanowe i nieusuwalne. Próba zepchnięcia „ty" na pozycję „ono" niszczy jego wyjątkowość oraz jest aktem niesprawiedliwości wobec świata, ponieważ wyłączność „ty" zostaje niejako ze świata wygnana [4].

Kolejną cechą relacji jest uobecnienie 'ja" dla „ty". W myśli Bubera nie polega ono na fizycznym wypełnianiu sobą przestrzeni i usytuowaniu się „ja" naprzeciw „ty". Uobecnienie nie jest też tym samym, co wyobrażanie o myślach drugiego, jego odczuciach lub przeżyciach. Specyfikę uobecnienia Buber próbował wyjaśnić na przykładzie współczucia. Dla niego współczucie jest rezultatem intuicji, w którym „ja" doświadcza bólu „ty", tak że staje się dla niego odczuwalne to, co w bólu „ty" jest najbardziej istotne. Innymi słowy nie jego złe samopoczucie albo zmartwienie, lecz właśnie kwintesencja cierpienia. Każdy, kto idzie za głosem współczucia wychodzi naprzeciw „ty" i rzeczywiście może mu *pomagać, uzdrawiać, wychowywać, podnosić, wyzwalać* [4].

Zdaniem Tischnera uobecnienie stanowi rodzaj swoistego pomostu, który wiedzie od naszego świata wewnętrznego do świata drugiego i pozwala na fenomenologiczny ogląd istotowych związków konstytuujących poszczególne przeżycia oraz doznania i ogarnięcie powiązań zachodzących pomiędzy różnymi przeżyciami [5].

Analogicznie sądził Kępiński, ale częściej operował on terminem wczucia i zastrzegał jednocześnie, że jego zakres semantyczny nie jest taki prosty, jak na pozór się wydaje. W rzeczy samej, w zależności od obszaru, na którym termin ów występuje przypisywane mu są rozmaite treści. Pewne jedynie jest to, że przypadku relacji pielęgniarka-pacjent lub umierający-osoba towarzysząca mu wymaga ono od niej nieprawdopodobnego osobistego zaangażowania. Do wypełnienia tego wymogu, o ile ono w ogóle jest możliwe, dochodzi niezwykle rzadko nawet przy najlepszej woli osoby wspierającej oraz jej umiejętnościach.

Wiedział o tym, między innymi, Von Weizsäcker, który pisał, że *tylko w tedy, gdy lekarz zostanie do głębi poruszony, zarażony, pobudzony, przerażony, wstrząśnięty przez chorobę, tylko wtedy, gdy zostanie ona nań przeniesiona, w nim będzie się dalej rozwijać, dzięki jego świadomości zyska samoświadomość, tylko wtedy i tylko w tym stopniu, w jakim to nastąpi, możliwe jest przezwyciężanie choroby przez lekarza* [6].

Z uobecnieniem koreluje cecha zwana aktualnością. Otóż, relacja ma mieć skonkretyzowaną postać i spełniać się w realnych sytuacjach kulturowo-historycznych, a nie w sferze wirtualnej abstrakcji. Szczególne znaczenie ma dla niej teraźniejszość. Nie należy jej przeto odraczać, odkładać na później lub planować na przyszłość według pewnego scenariusza. Powinna ona być wydarzeniem, które dzieje się *hic et nunc* z poszanowaniem tego, co subiektywne i tego, co uniwersalne.

Warto nadmienić, że teraźniejszość choć dla każdego człowieka w jakimś sensie jest zjawiskiem znajomym, to jednak bywa różnie interpretowana i rozmaicie przeżywana. Z perspektywy subiektywnego doświadczenia człowieka umierającego teraźniejszość może być odbierana jako fenomenem, w którym pustka wsysa w siebie byt ludzki i chce go sobą całkowicie zastąpić. W takiej sytuacji czas przypomina swoiste tło dla procesu unicestwienia. To znaczy, że nie jest zmianą i nie powoduje transformacji. Jakakolwiek zmiana, jak sugerował np. B. Bolzano, zachodzi raczej w nim [7].

Odwrotnym do powyższego doznania czasu teraźniejszego może być jego odczucie, w kategoriach gwałtownego przemijania. Przeświadczenie o momentalnym przemijaniu własnej egzystencji św. Augustyn ewokował terminem *minutissimas momentorum* [8]. Naoczny ogląd własnego rozpadu komunikuje osobie umierającej o egzystowaniu w czasie ograniczonym. Szybkie tempo upływającego czasu limituje nie tylko okres bycia człowieka w świecie, ale także nierzadko odbiera mu szansę kontroli nad przechodzeniem w niebyt [9].

Wiele osób ma ponadto wrażenie jakoby czas teraźniejszy stanął w miejscu lub został zatrzymany *ad infinitum*. Człowiekowi zawieszonemu w takim doznaniu teraźniejszości towarzyszy przykry stan określany dawniej *taedium vitae*. Jego koloryt jest ciemny, wypełniony smutkiem i beznadzieją.

Rezygnując z ambicji dalszego szczegółowego referowania składowych filozofii dialogu warto powiedzieć tylko o jeszcze jednym elemencie, który znakomicie wpisuje się w jej pejzaż, lecz raczej rzadko bywa w nim spotykany. Jest nim milczenie. Mylne jednakże byłoby przekonanie jakoby jego kwestia nie budziła wątpliwości. Jest to trudne zagadnienie w ogóle, a w relacji z osobą umierającą szczególnie skomplikowane. Z doświadczeń własnych autorów niniejszych refleksji wyniesionych z pracy, praktyk studenckich oraz wolontariatu w hospicjum śmiało można rzec, że milczenie, które pojawia się w omawianym tu kontekście może ograniczyć repertuar udzielanego umierającym wsparcia, a niekiedy nawet całkowicie go zablokować.

Takie sytuacje lub im podobne zdarzają się często i wcale nie należą do rzadkości. Poparciem tej tezy może być przypadek pięćdziesięcioszścioletniej pielęgniarki, która

umierała w hospicjum z powodu złośliwego raka płuc. Próba nawiązania z nią rozmowy według prawideł filozofii dialogu stawała się nie tylko poważnym wezwaniem, lecz także męczarnią trudną wprost do udźwignięcia. Milczenie, które wieńczyło prawie każde wypowiedziane przez tę umierającą zdanie oraz cisza zapadająca w przerwie poprzedzającej kolejną jej emisję słowa budziły w nas strach przed poczuciem zapadania się w osamotnienie oraz własną niemoc. Przeciągające się chwile milczenia pacjentki, która sposobiła się do spotkania ze śmiercią oraz jej bezsłowne zwieszenie ponad jakimkolwiek dźwiękiem, wyzwalały u osób jej towarzyszących coś w rodzaju niemego krzyku wołającego o pomoc w uwolnieniu z uczestnictwa w dramacie niewyrażalności umierania.

Jakość i treść milczenia umierającej oraz osób jej towarzyszących diametralnie uległa zmianie wtedy, gdy pacjentka sama wyraźnie zakomunikowała potrzebę rozmowy. Początkiem uchylenia dyktatury wszechogarniającego milczenia była recytacja wierszy J. Słowackiego. Niektóre wersety z jego utworów utkwiły jednej z osób wspierających pacjentkę głęboko w pamięci i zapewne zostaną tam na długo. Strofa *Żyłem z wami, cierpiałem i płakałem z wami. Nigdy mi, kto szlachetny, nie był obojętny. Dziś was rzucam i dalej idę w cień – idę smętny* stała się dla niej na tym etapie pomagania umierającym wręcz życiowym mottem.

Spoglądając z dystansem na milczenie pacjentki można przypuszczać, że było ono dla niej konieczne do uładzenia i zamknięcia najważniejszych spraw w jej egzystencji. Dzięki niemu umierająca mogła również odnaleźć swój własny język do ich zwerbalizowania. Głównym wątkiem rodzącego się dialogu był aksjologiczny system odniesienia, którym się kierowała oraz jej dzieje dryfujące w ostatniej fazie życia przez morze rozpaczy i absurdalności istnienia.

Pacjentka wyrażała ubolewanie nad niemożnością znalezienia odpowiedzi na pytania dociekające celowości jej cierpienia, jego sensu, czy dystrybucji. Lista pytań adresowanych do losu i pretensji do Boga była nieomal nieskończona. Jej zachowanie przypominało znaną w naszym kręgu kulturowym postawą Hioba. Archetyp hiobowej postawy komunikuje o wielu różnych sprawach, między innymi, o *theatrum* nadmiaru nieszczęścia oraz stosunku człowieka wobec własnego doznania. Pacjentka analogicznie, jak bohater w mitycznym pierwowzorze, wyrażała niezgodę na los. Co więcej, usiłowała od niego uciec. W swoim doświadczeniu nie była odosobniona. Jak słusznie pisze V. Andreoli *jeśli chodzi o ból, nawet największy twardziel ma swoją piętę Achillesa, ulega panicznemu lękowi i ucieka przed nim jak pies przed właścicielem z sękatym kijem* [10].

Choć pod względem literackim jest to mało wyszukany cytat, to jednak zawiera sporo prawdy i oddaje specyfikę doznań ludzi umierających. Także ta pacjentka przeszła przez etap targowaniem się z Bogiem, rezygnacji oraz do pewnego stopnia pogodziła się z faktem nadchodzącej śmierci (echo prefiguracji hiobowej postawy odbija się, między innymi, w badaniach E. Kübler-Ross). Odtąd, hospicjum, które na początku było dla niej miejscem wygnania na „ziemię umarłych" stało się, jak mówiła, *przystanią odpowiednią do zakończenia swojej podróży*. Sposób wypowiedzenia tych słów i barwa emocjonalna głosu zdawały się sugerować jakiś poziom przystosowania pacjentki do nowej, acz bolesnej rzeczywistości.

Wydaje się, że sporo racji ma Kreeft, który w swej książce *Miłość silniejsza niż śmierć* pisze, że w śmierci upatrujemy najpierw wroga, potem obcego, następnie jawi się ona przyjacielem. Niekiedy może posiadać twarz matki lub ukochanej osoby. Kluczem zaś do percepcji śmierci w takich kategoriach ma być jego zdaniem *mądrość życia, która na śmierć patrzy z nadzieją* [11]. W odkrywaniu mądrości i rozbudzaniu tej osobliwej nadziei może być także milczenie.

Trzeba jednakże pamiętać, że w relacji z umierającymi jest ono chyba najtrudniejszym do zrealizowania elementem filozofii dialogu. Aliści, kiedy potrafi się je znieść, wówczas ma ono szansę przerodzić się z poczucia zagrożenia i przejaw klęski w akt twórczy nacechowany terapeutycznym walorem [12]. Wszak *bez związku z milczeniem słowo staje się gadulstwem, natomiast milczenie bez związku ze słowem staje się niemotą* [13].

W oparciu o powyższe wolno sugerować, że filozofia dialogu niesie przesłanie nie tylko natury ogólnej, ale także dostarcza pewnych szczegółowych i praktycznych wskazówek przydatnych dla sztuki leczenia [14]. Nie zaszkodzi przeto, w myśl ukutego przez starożytnych Greków aforyzmu *pathi mathos* - cierp i ucz się poprzez cierpienie, nadal konfrontować problematykę ludzkiego umierania z tą filozofią. Być może w rezultacie tego zderzenia lepiej uda się poznać czyjąś sytuację graniczną oraz zmierzyć się ze swoją własną.

Piśmiennictwo

1. Kozielecki J.: Człowiek wielowymiarowy. Wydawnictwo Żak, Warszawa 1996.
2. Buber M.: Spojrzeć na człowieka. Życie i Myśl, 1980, 6, 71.
3. Doktór J.: Filozofia dialogu Martina Bubera. Życie i Myśl, 1980, 6, 63.
4. Buber M.: Ja ty. Wybór pism filozoficznych. Wydawnictwo Pax, Warszawa 1992.
5. Tischner J.: Myślenie według wartości. Wydawnictwo Znak, Kraków 1981.

6. Jaspers K.: Filozofia egzystencji. Wydawnictwo PIW, Warszawa 1990.
7. Bolzano B.: Paradoksy nieskończoności. Wydawnictwo PWN, Warszawa 1996.
8. Św. Augustyn: Wyznania, XI,15.20, Poznań, 1929,
9. Cioran E.: Na szczytach rozpaczy. Wydawnictwo Aletheia, Kraków 1992.
10. Andreoli V.: Zrozumieć cierpienie – aby ból ustąpił radości. Wydawnictwo Homini, Kraków, 2003.
11. Krefft P.: Miłość silniejsza niż śmierć, Wydawnictwo Księży Marianów, Warszawa 2010.
12. Pucko Z.: Filozoficzne aspekty milczenia i jego terapeutyczne implikacje. Sztuka leczenia, 1998, 4, 29-33.
13. Rokoszowa J.: Milczenie jako fakt językowy. Zeszyty Polskiego Towarzystwa Językoznawczego, 1994, z. L, 28.
14. Tyburski W.: Dialog w myśleniu i argumentacji filozofów. [w:] Dialog w kulturze, Szulakiewicz M., Karpusa Z. (red.). Wydawnictwo UMK, Toruń 2003, 23-39.

Deręgowska Justyna

Jednostkowość procesu umierania wobec współczesnej tabuizacji i instytucjonalizacji śmierci

Wyższa Szkoła Nauk Humanistycznych i Dziennikarstwa w Poznaniu, Katedra Pedagogiki i Socjologii

Wstęp

Mniej więcej od połowy XX wieku w całej nieomal cywilizacji Zachodu nastąpiły dynamiczne zmiany, przez polskiego socjologa P. Sztompkę scharakteryzowane jako „zgeneralizowana trauma nowoczesności, której wyrazem jest nasilenie lęków, atmosfera niepokoju, malaise końca wieku, fin de siĕcle'u" [1].

Analizując specyfikę tych zmian oraz wyłaniających się w ich konsekwencji trendów, światowej sławy socjolodzy wskazali na pojawienie się nowej jakości społecznej, w której dominującą rolę przypisali rządzącym życiem pozorom, przedmiotom i dobrom konsumpcyjnym. Konsumpcję zresztą, która wraz z potęgą środków masowego przekazu zastępować zaczęła bezpośredni ogląd rzeczywistości, uznali za centralny ośrodek uwagi współczesnego człowieka, kreujący jego świat i zastępujący mu wyznaczające cele tzw. metanarracje. Ponadto zwrócili uwagę na zatratę podmiotowości człowieka, wypaczenie i zniekształcenie bezpośrednich stosunków międzyludzkich przez tzw. „symulację" oraz zastępowanie kultury domeną „hiperrzeczywistości" o strukturze spektaklu i fantazji, w kontekście czego wskazali też na dominację kultury masowej, która wobec utraty znaczenia podstawowych instytucji socjalizujących nabrała niebywałej istotności, przez co stała się znaczącym elementem biorącym udział w kształtowaniu tożsamości współczesnego człowieka. Podkreślając znaczenie nowych form zaufania, którym współczesny człowiek obdarza funkcjonujące w skali globalnej zdepersonalizowane kompleksy, zwrócili uwagę na nieprzejrzystość i niepewność sytuacji społecznych oraz na rosnące znaczenie skrajnego relatywizmu, wynikającego z różnorodności wartości i interesów międzyludzkich [1,2,3,4].

Charakterystyka współczesnych czasów wpłynęła na to, że egzystencję ludzką postrzega się z innej niż do tej pory perspektywy, co pociąga za sobą wiele pytań, również tych nawiązujących do personalistycznego i humanistycznego aspektu przemijania.

Odwołując się do powyższego zauważyć bowiem trzeba, że towarzyszące człowiekowi zjawiska o charakterze egzystencjalnym, takie jak zdrowie, choroba czy

zdeterminowane prawami natury przemijanie, zawsze podlegały i nadal podlegają procesowi jednostkowego i społecznego wartościowania. I choć przyjąć można wstępnie, że z podmiotowego punktu widzenia również umieranie i śmierć pozostawać mogą w obszarze ważnych dziedzin zarówno natury przyrodniczej, jak i transcedentalnej, przez co odczytywać je można jako szczególnego rodzaju wartości, dostrzega się, że obecna ich pozycja w konfiguracji wszystkich wartości egzystencjalnych nie jest wysoka. Analizując bowiem ujęcie definicyjne pojęcia „wartość", zaproponowane przez M. Gałasia, w którym powyższy autor sytuuje ją w tym, „co nie jest neutralne i obojętne, lecz cenne, ważne i doniosłe, a przez to stanowi cel ludzkich dążeń", zauważyć można, że tak jak np. zdrowie zajmuje obecnie wysokie miejsce w hierarchii ważności, powszechnie traktuje się jako dobro bezwzględne, wartość autoteliczną i instrumentalną, wykorzystywaną do osiągnięcia innych wartości, tak przemijanie, a szczególnie umieranie i śmierć odbierane są obecnie już nie jako wartości, lecz dokładnie sprecyzowany problem egzystencjalny współczesnego człowieka [5]. Problem, wobec którego nawet dokładnie uzasadnione argumenty, jasno wynikające z interpretacji biologicznych, nie są dość wystarczające. Problem, który w stosunku do współczesnych tendencji poznawczego obiektywizowania wszystkiego, co nas otacza staje się kwestią trudną do zaakceptowania. W nawiązaniu do tego jedynie przywołanie klasyfikacji K. Ostrowskiej, w której autorka wymienia również wartości tzw. sensotwórcze, zwane uniwersalnymi, duchowymi, zanurzonymi w świecie transcendencji, pozwala na stwierdzenie, że ogólnospołeczne tendencje niegodzenia się na sens przemijania życia ludzkiego pozwalają na odbieranie tego procesu jako wartości o charakterze egzystencjalnym, choć jedynie w subiektywno-jednostkowym wymiarze [6].

Przyczyną takiego stanu rzeczy, jak można sądzić jest fakt, iż współczesne zmaganie się z przemijaniem i śmiertelnością człowieka dokonywane z różnych pozycji ideologicznych niewiele wnosi w obszar intelektualnego poznania ich istoty, rezultatem czego pozostaje bezsilna konfrontacja człowieka z brakiem materialnej perspektywy pośmiertnej, która wraz z dystynktywnymi obecnie fascynacją witalizmem, uwielbieniem sukcesu i wielkim optymizmem dla osiągnięć nauki i techniki powoduje, że wszystko, co było w jego życiu, w obliczu śmierci staje się nieaktualne. W związku z tym śmierć próbuje się obecnie deprecjonować lub zwyczajnie wypierać z myśli i świadomości zarówno jednostkowej, jak i społecznej, przez co w modelach współczesnej rzeczywistości coraz częściej staje się ona jedynie symbolem przyporządkowanym przestrzeni stricte teoretycznej. Dodatkowo sytuację tę wzmaga intelektualny klimat współczesności, oferujący przyjemne, gotowe i komfortowe dla człowieka stanowiska światopoglądowe. W konfrontacji z nimi pytania egzystencjalne

dotyczące przemijania, stają się nieatrakcyjne, przez co przestają się mieścić w koncepcjach współczesnego człowieka. Tendencje nieakceptowania śmiertelności człowieka stają się tendencjami uogólnionymi. Przez znawców przedmiotu interpretowane są one jako znak nowoczesnego lęku jednostkowego i społecznego wobec śmierci, zwanego zgeneralizowanym lękiem tanatycznym [3, 7]. Negacja i wypieranie myśli o śmierci wiąże się m. in. z poczuciem ogromnego zawodu wobec nowych technologii i rozwoju nauk, które były pewnego rodzaju obietnicą pokonania śmierci. Dzięki badaniom naukowym bowiem można dzisiaj zrozumieć naturę, jej biogeochemiczne i hydrologiczne cykle, określić w nich miejsce człowieka i jego działalności, zanalizować wzajemne zależności i ich dynamikę. Rozpoznanie mechanizmów procesów cywilizacyjnych pozwala też modyfikować środowisko naturalne i społeczne w sposób kompleksowy, pozwala opracować strategie rozwoju zarówno w perspektywie lokalnej, jak i globalnej. Wobec śmierci jednak postęp cywilizacyjny wyraźnie zawodzi i nawet pomimo tego, że współczesna technika medyczna jest zdolna przesunąć moment śmierci rzeczywistej, to nie jest ona w stanie jej zapobiec.

I choć w kontekście powyższego podkreślić należy, że odczuwanie lęku wobec śmierci w życiu jednostkowym zawsze też cechuje się subiektywnością, co wpływa na to, że jest on elementem konstytuującym indywidualną postawę człowieka wobec aspektów przemijania i śmierci, to nie sposób nie zauważyć jego korelacji z dominującymi obecnie w cywilizacji Zachodu postawami społecznymi wobec tych problemów, przez co nabiera on ogólnospołecznego wymiaru i ma wyraz w usuwaniu śmierci realnej z obszarów świadomości i życia społecznego oraz w pojawieniu się charakterystycznych, dekonstruujących ją postaw, znacznie wpływających na społeczny brak jej akceptacji, co z kolei rzutuje na charakter funkcjonowania wielu sfer życia jednostkowego, ważnych również ze względu na prawidłowe biopsychospołeczne funkcjonowanie człowieka. Nawiązując do postawy wobec śmierci, Makselon przyjął, iż jest to „poznawcze, emocjonalne i motywacyjno-dążeniowe ustosunkowanie się człowieka do tego zjawiska", jest to postawa o charakterze abstrakcyjnym, jako że dotyczy ona sytuacji oderwanej od rzeczywistości, wiążącej się jedynie z antycypowaniem śmierci. Podkreślił, że na jej anatomię zawsze wpływają też: natężenie lęku tanatycznego, zależności osobowościowe jednostki, jej światopogląd oraz wpływy kulturowe wraz z procesami wychowawczymi i socjalizacyjnymi, dzięki którym postawa zwrotnie współkreuje wyobrażenia na temat śmierci i relatywnie, w zależności od swojej intensywności i ogólnego obrazu, wpływa na kreację życia człowieka [7].

Uogólniony lęk wobec śmierci, wbudowany coraz wyraźniej w konteksty społeczne i kulturowe, wpływa na stosunek do przemijania i traktować go można jako wyraz nie tylko stanu świadomości społecznej, ale też braku umiejętności radzenia sobie ze świadomością śmiertelności.

Warto dodać, że dominujące tendencje, w których podejmowanie problematyki egzystencjalnej staje się niepotrzebne i zbyt trudne, przez co też coraz mniej popularne, nie świadczą o tym, że współczesny człowiek żyje w oderwaniu od tych aspektów. Jak wskazują źródła historyczne, śmierć nigdy nie była przyjmowana przez człowieka bez lęku i akceptowana w sposób absolutny. Przerażała ona już wtedy, gdy człowiek wyodrębnił się z całości świata przyrodniczego. Ponadto, oprócz tego, że zawsze wzbudzała niepokój, inspirowała do poszukiwań innych form życia po niej. Najstarsze ślady niezbyt jeszcze skomplikowanych religii z czasów prehistorycznych wskazują, że poszukiwania te przybierały postać kultu przodków i zmarłych, i często odwoływały się do sił natury [8,9].

Doświadczając bowiem różnych przeżyć granicznych, poznawczo przetwarza on swoje rozumienie świata, kształtując tym samym swoją prezentację poglądową na temat fenomenu egzystencji [10]. Podejmując zagadnienie współczesnego postrzegania śmierci, cechującego się świadomościowym odrzuceniem przemijalności istoty ludzkiej, nie sposób nie nawiązać do wyróżnionych przez francuskiego historyka Aries'a, dystynktywnych dla cywilizacji Zachodu tzw. wzorców śmierci, w kształtowaniu się których powyższy autor dostrzega swoistą ewolucję. Autor zwraca uwagę, że postawy wobec śmierci zmieniały swój wizerunek, począwszy od tzw. „śmierci oswojonej" – nacechowanej czytelną akceptacją faktu, że wszyscy ludzie muszą umrzeć, do towarzyszącej nam obecnie tzw. „śmierci zdziczałej" – charakteryzującej się mentalnym brakiem akceptacji przemijania ludzkiego życia. Pierwsza z wyróżnionych postaw dominowała w życiu jednostkowym i społecznym do początku XX wieku. Respektując prawo skończoności ludzkiego życia, do śmierci odnoszono się wtedy przez pryzmat metafizycznego porządku świata, czyli rzeczywistości kształtowanej przez obiektywne prawa fizyczne, utożsamiane przez ówczesnych ludzi z prawami moralnymi i estetycznymi. Z początkiem wieku XX postawy wobec śmierci stały się nacechowane znamionami diametralnie zaprzeczającymi „śmierci oswojonej" [8]. Związane jest to z procesem ogólnospołecznej laicyzacji i ontologicznym pesymizmem, na co wskazywał Huxley, a także z rozwojem technologii i medycyny, w związku z czym prognozowano ujarzmienie natury i podporządkowanie jej władzy człowieka [11]. Co ważne, w panowanie nad naturą wpisywano również dążenie do zapanowania nad samą śmiercią, w czym

technologiczny optymizm zawiódł. Efektem tego stało się, jak to określił Aries, „zdziczenie", a wiec wyparcie śmierci ze świadomości jednostkowej i społecznej.

Przechodząc do dalszych rozważań, wspomnieć trzeba, że we współczesnym świecie nie tylko sama śmierć, lecz również proces umierania traktowany jest jako sprawa przykra, wstydliwa i nieestetyczna i dlatego również umieranie popadło w powszechną niełaskę. Objęte zostało charakterystycznym społecznym tabu i mentalnym odrzuceniem. Razem ze śmiercią przez wielu jest ono obecnie odbierane jako obsceniczne i krępujące, w związku z czym również współczesny dom rodzinny, który pozbawiony jest dzisiaj wielu ważnych funkcji, diametralnie zmienił swoje oblicze w aspekcie opieki nad umierającym. Obecnie w scenariuszu życia rodzinnego już raczej nie przewiduje się umierania domownika, tym bardziej, że bezpośrednie doświadczanie cudzej śmierci wywołuje przykre, niemile dzisiaj widziane emocje i odsłania przerażającą prawdę, że każdy człowiek podlega tym samym prawom natury. Wszystko to znajduje umocnienie w mocno wykrystalizowanej już instytucjonalizacji śmierci, charakteryzującej się zracjonalizowanym podejściem do odchodzenia człowieka i przenoszeniem obowiązku opieki nad umierającym na instytucję, co staje się, jak wskazuje P. Aries, wyrazem współczesnej eksterytorialności śmierci oraz izolowania się od emocjonalnych jej kontekstów [8].

Instytucjonalizacja śmierci – wymóg współczesnych czasów

Wraz z postępem oraz wszelkimi zmianami pojawiającymi się w różnych obszarach życia społecznego, rozwija się też medycyna paliatywna i współczesna opieka paliatywna, których założenia nawiązują między innymi do tego, iż proces umierania powinien być jak najbardziej zindywidualizowany. Oznacza to, że osoba umierająca ma być podmiotem wyznaczającym obraz swej własnej śmierci i ma ona prawo do równego traktowania jej biopsychospołecznych potrzeb, zgodnie z czym preferuje się obecnie ideę opieki paliatywnej opierającą się na precyzyjnie wypracowanych do pracy z ludźmi w terminalnej fazie choroby wytycznych, zamieszczonych w dokumentach Światowej Organizacji Zdrowia, zawierających się w kluczowych zasadach i nawiązujących do: ukierunkowania opieki na wielorakie objawy u chorego; traktowania go w sposób podmiotowy; zapewnienia nienaruszalności jego godności ludzkiej; włączania rodziny do opieki nad chorym i traktowania tego jako obowiązku środowiska rodzinnego; skoordynowania działań zaspokajających wszystkie potrzeby umierającego oraz zapewniania ciągłego charakteru opieki i eliminowania uciążliwego bólu.

Co ważne, opieka paliatywna funkcjonuje obecnie w formach zinstytucjonalizowanych oraz pozainstytucjonalnej, a więc w domu umierającego. I choć z

analizy historycznego procesu kształtowania się opieki paliatywnej w Polsce, na co wskazuje Kocemba, wyłania się aspekt rodzinnej, domowej opieki nad umierającymi i nadal podkreśla się, że taka właśnie powinna być zasadnicza forma opieki nad nimi (tym bardziej, że obecnie jest ona wspomagana przez interdyscyplinarne wyjazdowe zespoły opieki paliatywnej), to coraz wyraźniej preferować się zaczyna (mając na myśli przede wszystkim najbliższych umierającego) hospicja stacjonarne dla umierających (przede wszystkim dla tych w wieku podeszłym) i traktować je jako najlepsze dla nich miejsce [12]. Stosunkowo coraz rzadziej natomiast bierze się pod uwagę walory domowej opieki paliatywnej sprawowanej przy udziale interdyscyplinarnego zespołu opiekującego się chorym, jak sama nazwa wskazuje, w jego domu.

Hospicja stacjonarne zbyt często, jak można mniemać, traktuje się dzisiaj nie tyle jako miejsca „bezpieczne" dla człowieka umierającego, co „bezpieczne" dla jego najbliższych. Dla nich bowiem niejednokrotnie umieszczenie umierającego w instytucji (nie tylko w hospicjum, również w szpitalu) jest najlepsze, ponieważ tam okoliczności śmierci są przewidziane. I choć mówi się wtedy najczęściej o śmierci dobrej i godnej, to zadać sobie należy kluczowe pytanie, dla kogo ostatecznie ma być ona dobra i godna. Jak się bowiem wydaje, umieranie to czas, w którym umierający potrzebuje wsparcia przede wszystkim od najbliższych. Umierając natomiast w instytucji, mimo że założenia współczesnej opieki paliatywnej to przewidują, nie zawsze je otrzymuje. Rodzina często po prostu wyzbywa się odpowiedzialności za opiekę nad umierającym, żyjąc w wyimaginowanym przeświadczeniu, że zrobiła dla niego wszystko, co najlepsze, a instytucja w ten sposób staje się komfortowym narzędziem, które pomaga najbliższym pozbyć się niewygodnej myśli o śmierci i „niewygodnego umierającego". Dzięki umieszczeniu umierającego w hospicjum zapobiega ona dezorganizacji w swym uporządkowanym życiu i niekomfortowemu jak na dzisiejsze czasy zakłopotaniu wobec śmierci. Umierający znika z życia najbliższych jeszcze zanim zdąży faktycznie umrzeć.

Współczesna tabuizacja śmierci

Mówiąc o śmierci dobrej i godnej jedynie przez pryzmat opieki sprawowanej na terenie hospicjum, bardzo często tylko pozornie przełamywane zostaje tabu śmierci. Izolowanie jej bowiem w instytucji, mimo tego, że staje się to coraz bardziej wygodne i bezpieczne dla współczesnego człowieka powoduje, że w ogólnym odniesieniu (niekiedy nieświadomie) przeobraża się proces odchodzenia, punkt kulminacyjny życia, w zimne i bezosobowe doświadczenie, w którym ani rozwinięte technologie medyczne, ani skrupulatnie sprawowana opieka paliatywna nie zastąpią umierającemu kontaktu z tymi, których kocha. „Pod pretekstem opieki, jaką należy go otoczyć, zostaje on deportowany w funkcjonalną

czasoprzestrzeń, której zadaniem jest zneutralizowanie choroby i śmierci w zakresie ich symbolicznej różnicy" [2].

W nawiązaniu do powyższego należy stanowczo podkreślić, że nie chodzi o negację przydatności czy destruktywną krytykę takich instytucji jak hospicja stacjonarne, choćby z racji tego, że dla dużej grupy ludzi rzeczywiście jest to jedyne miejsce godnego odchodzenia. Chodzi jednak o to, aby tak dynamicznej obecnie fali ogromnego entuzjazmu dla stacjonarnej formy opieki nad umierającymi nie traktować całkowicie bezrefleksyjnie. Konsekwencją tego jest bowiem sytuacja, w której człowiek umiera w hospicjum tylko i wyłącznie z wyboru rodziny, a nie ze swojego osobistego wyboru, a taka sytuacja z jego punktu widzenia bywa dramatyczna.

Na przedstawione spostrzeżenia wpłynął dwuletni okres pracy z umierającymi i ich rodzinami w hospicjum. Umożliwił on dokonanie obserwacji (o cechach obserwacji uczestniczącej, ukrytej, nieskategoryzowanej), która, jako elementarna metoda badania empirycznego, dała wgląd (choć zapewne jedynie umiarkowany) w świat przeżyć umierających pacjentów i ich rodzin, dając też tym samym możliwość poczynienia pewnych jakościowo zorientowanych refleksji na temat rzeczywistej sytuacji, potrzeb i odczuć umierających. Co istotne, obserwacja pozwoliła przekonać się o tym, że to, co przez zdrowego współczesnego człowieka odbierane jest jako dobre i wygodne, niekoniecznie jest takie samo dla umierającego. Bo choć wszelkie wskazania dotyczące opieki paliatywnej determinujące relacje pomocowe z umierającym na terenie hospicjum stacjonarnego są uwzględniane, to bez wartościowego udziału rodziny w opiece nad nim nie są one w stanie zaspokoić jego potrzeb miłości i bliskości oraz głębokich relacji z najbliższymi.

Reasumując, zarówno medykalizacja, jak i instytucjonalizacja śmierci, mające obecnie wyraz szczególny, w swoim podłożu zawierają wyraźne elementy humanistyczne, wyrażające się w trosce o umierającego człowieka, w związku z czym rozwój medycyny i opieki paliatywnej niekwestionowanie zasługuje na szczególną uwagę. Bez względu jednak na wartości humanistyczne mieszczące się u ich podłoża, zjawiska te stawiają przed współczesnym człowiekiem również nowe możliwości, pozwalające mu na fizyczne i mentalne usunięcie umierania i śmierci z codzienności. A. Giddens w kontekście tego wskazuje, że instytucjonalizacja śmierci jest typowym fenomenem o charakterze izolowania zjawiska wywołującego powszechne zagrożenie, ale też izolowania osób, które stanowią uosobienie danego zjawiska (umierających), wobec czego stała się ona pewnego rodzaju specyficznym środkiem, instrumentem w rękach współczesności, który pozwala na

stosunkowo łatwe (choć tylko przecież pozorne) pozbycie się niewygodnej śmierci z pola widzenia i z życia społecznego [4].

Podsumowanie

Trudności w jasnym zobiektywizowaniu istoty śmiertelności człowieka od zawsze zachęcają do poszukiwań intelektualnych. Istniejące obecnie różnorodne światopoglądowe jej interpretacje tworzą percepcyjnie wyłącznie ambiwalentny jej wyraz, co w konsekwencji sprawia wrażenie chaosu i niepokoju. Najbardziej czytelne i naukowo uzasadnione są współczesne, biologiczne wyjaśnienia nieuchronności śmierci, które traktują ją jako zjawisko charakterystyczne dla wszystkich istot żywych, w związku z czym również śmierć człowieka tłumaczona jest tym, iż „w każdej chwili życie równoważy śmierć, zaś gatunek góruje nad osobnikiem. Rozpad w przyrodzie jest wyrazem wyższego dobra życia i w konsekwencji aspektem jego podporządkowania szerszemu i tajemniczemu planowi objawiania się natury" [13].

Dla współczesnego człowieka jednak, zmagającego się ze świadomością swojej śmiertelności, a przede wszystkim ze świadomością „nieznanego", którym w kontekście życia pozostaje śmierć, nie stanowi to wystarczającego argumentu. Bo choć rzeczywiście z biomedycznego punktu widzenia zanik życia jest procesem całkowicie uzasadnionym, to już z punktu widzenia jednostkowego pozostaje on niepożądany, niewyjaśniony i budzący sprzeciw, a mówiąc o śmierci w tym właśnie kontekście, trzeba też pamiętać, że chodzi tutaj o śmierć osobową – fakt osobowy, charakterystyczny jedynie dla człowieka, a więc istoty obdarzonej świadomością. Jak wskazuje Ziemiński, „umiera ona wszak nie jako organizm, lecz jako obdarzona samoświadomością i poczuciem swej odrębności jednostka. Sens więc, jaki śmierć ma dla człowieka, wykracza poza biologiczną destrukcję jego organizmu" [14e].

W odbiorze wielu ludzi śmierć jest tragizmem absolutnym, ponieważ niemożliwe jest osiągnięcie jasnego i precyzyjnego wyobrażenia śmierci własnej. Zawsze bowiem jest ono zbyt mało czytelne i mało sugestywne, choćby z tej racji, że kształtowane jest jedynie na podstawie obserwacji umierania i śmierci cudzej. I chociaż doświadczanie takie – doświadczanie śmierci drugiego człowieka – inicjuje specyficzne doznania wewnętrzne, przez które człowiek uświadamia sobie i utrwala przekonanie o tym, że również i on podlega prawom życia i śmierci, to przy jednoczesnym poczuciu całkowitego braku kontroli nad śmiercią zaczyna on żyć w lęku. Utwierdzony w swojej skończoności i w tym, że i on musi kiedyś umrzeć, antycypuje i projektuje śmierć swoją, a to z kolei inicjuje sprzeciw i tworzy obraz śmierci przeklętej.

Podsumowując, wskazać należałoby, że wszelkie wysiłki podejmowane przez współczesnego człowieka w celu uniknięcia czy to bezpośredniej, emocjonalnej, czy choćby nawet intelektualnej konfrontacji z umieraniem i śmiercią, wydają się być wielkim nonsensem. Śmierć towarzyszy człowiekowi nieustannie i permanentnie nieomal musi on jej doświadczać. Jest ona jedną z niewielu spraw dotyczącą bez wyjątku wszystkich ludzi, w związku z czym jest też jednym z podstawowych i bezwzględnych wyznaczników zarówno jednostkowej, jak i społecznej egzystencji. W interpretacji M. Heideggera kryje się ona już w samych podstawach życia ludzkiego, ponieważ wynika z bytu ludzkiego i dlatego człowiek zawsze stoi w perspektywie śmierci, przez co jest ona problemem, którego po prostu nie jest się w stanie usunąć ze świadomości [15]. Trudności więc w zaakceptowaniu jej nieuchronności i niemożność osiągnięcia ostatecznej wiedzy o niej winny skłaniać do traktowania jej fenomenu jako, jak to określił G. Kenyon, „płynnej perspektywy" i zachęcać jednocześnie do „nieustannego intelektualnego jej badania, jako plastycznego, ale też otwartego problemu", tym bardziej, że wobec śmierci życie człowieka może nabierać wartości szczególnej [16]. Jak sugerował R. Leviton, „trzeba dotknąć zanikającej krawędzi życia, bo śmierć lepiej niż jakakolwiek nauka potrafi nas nauczyć czym właściwie jest życie i czym być powinno, czego należy od niego wymagać, jakie są najistotniejsze zadania, które rozumny człowiek winien w życiu realizować" [17].

Warto też podkreślić, że uznanie śmierci za naturalny element życia może przyczynić się do tego, iż straci ona znamiona okropności totalnej, a uwolnienie się od obsesyjnej obawy przed nią stanowić może jeden z głównych warunków jednostkowej wolności. To w konsekwencji wpłynąć też może nie tylko na osobistą, ale również na ogólnospołeczną zmianę postawy wobec śmierci, postawy określanej przez P. Aries'a jako „zdziczenie", na rzecz ponownego jej „oswojenia" [8], a być może nawet uznanie, do czego zachęcał F. Schiller, że „coś, co jest tak powszechne jak śmierć, musi być dobrodziejstwem".

Piśmiennictwo

1. Sztompka P.: Socjologia. Wydawnictwo Znak, Kraków, 2007, 454-473.
2. Baudrillard J.: Wymiana symboliczna i śmierć. Wydawnictwo Sic s.c, Warszawa, 2007, 239.
3. Bauman Z.: Śmierć i nieśmiertelność. Wydawnictwo PWN, Warszawa, 1998.
4. Giddens A.: Nowoczesność i tożsamość „Ja" i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności. Wydawnictwo PWN, Warszawa, 2012, 57-100.

5. Denek K., Przyszczypkowski K., Urbański-Korż R.: Aksjologiczne podstawy edukacji. Wydawnictwo Edytor, Poznań, Toruń, 2001, 59.
6. Ostrowska K.: W poszukiwaniu wartości. Wydawnictwo Rubikon, Gdańsk, 1998.
7. Makselon J.: Lęk wobec śmierci. Polskie Towarzystwo Teologiczne, Kraków, 1988, 7-31
8. Aries P.: Człowiek i śmierć. Wydawnictwo PIW , Warszawa, 1992, 549-590
9. Vovelle M.: Śmierć w cywilizacji Zachodu. Wyd. słowo/ obraz terytoria, Gdańsk, 2004.
10. Mańk-Kowalska I.: Hierarchia pytań filozoficznych a uznawanie przez młodzież różnych stanowisk światopoglądowych. Wojciechowska L.: Spostrzeganie zjawisk świata społecznego przez dzieci, młodzież i młodych dorosłych. Wydawnictwo UW, Warszawa, 2003, 27-66.
11. Szewczyk K.: Umierać bez lęku. Wydawnictwo PWN, Warszawa, Łódź,1996, 27.
12. Kocemba J.: Biologiczne wyznaczniki starości. Panek A., Szarota Z.: Zrozumieć starość. Oficyna Wydawnicza Text, Kraków, 2000, 107-110.
13. Adamkiewicz M.: Oblicza śmierci. Propedeutyka tanatologii. Wydawnictwo Europejskie Centrum Edukacyjne, Toruń, 2004, 138.
14. Ziemiński J.: Zagadnienie śmierci w filozofii analitycznej. Lublin, 1999, 83.
15. Heidegger M.: Bycie i czas. Tow. Nauk. KUL, Warszawa, 2005, 83.
16. Kenyon G. M.: Dealing with human death. The floating perspective. “Omega”, 1990-1991, 1, 50-63.
17. Kaczmarek S.: Rozważania o życiu ludzkim. Wydawnictwo WP, Warszawa, 1997, 13-140.

Masłowiecka Agnieszka

Obecność tematu śmierci w literaturze psychologicznej

Zakład Psychologii Społecznej i Rozwoju Człowieka, Wydział Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu w Białymstoku

Literatura psychologiczna przedstawia kilka perspektyw konfrontacji jednostki ze śmiercią, choć samym umieraniem wydaje się zajmować niechętnie, niemal wstydliwie, tematykę thanatos umieszczając poza głównym nurtem najbardziej popularnych zagadnień.

Wbrew mądrości Cycerona "*Filozofować jest nie co insze, jedno gotować się do śmierci*", psychologia chce się zajmować życiem. Byłoby oczywiście absurdem, gdyby się nim nie zajmowała, jednak jej mocno epikurejskie podejście ("*Tam, gdzie ja jestem, nie ma śmierci, gdzie jest śmierć, nie ma mnie*") przesłania bardzo istotną refleksję o niezwykle silnej zależności między śmiercią a życiem i wynikających z tego faktu implikacjach dla funkcjonowania jednostki. Można by nawet pokusić się o taką uwagę, że psychologia (jako córka filozofii) w dużym stopniu jest – lub też powinna być - o tym właśnie szykowaniu się do ostatecznego odejścia. Ten egzystencjalny nurt w psychologii nie jest jednak widoczny dość wyraźnie.

Temat śmierci i umierania, można by odnieść takie wrażenie, już choćby za sprawą Freuda (a jak obszernie po nim) najchętniej zostałby zamieniony na sprawy przeciwległej tematycznie strony. Dużo bezpieczniej (nawet jeśli swego czasu kontrowersyjnie) myśleć, rozmawiać i debatować o seksualności, jej wypartych aspektach, uczeniu się i przeuczaniu, samorealizacji, strukturach poznawczych, społecznych mechanizmach zachowania i wielu innych ważnych kwestiach. Należy jednak zwrócić sprawiedliwość Freudowi, że pod koniec swojego życia i twórczości, zauważył to silne powiązanie między popędem do istnienia a thanatosem i nie on jedyny. Jednak czy to z powodu zmian kulturowych, które nas "wynaturzają" z przeżywania śmierci innych osób jako naturalnego porządku rzeczy, a nie "choroby", którą należy bezwzględnie wyplenić (wraz ze starością najlepiej); sekularyzacji, która coraz większą grupę społeczeństwa stawia wobec niewiedzy, co się wydarzy "po drugiej stronie" i tym samym odbiera poczucie bezpieczeństwa obiecywane przez systemy religijne; postępu technologicznego i niezwykłych odkryć naukowych, szczególnie w medycynie – śmierć jest stabuizowana, do pewnego stopnia nawet w psychologii.

Nie oznacza to oczywiście, że brakuje wybitnych postaci, których prace i mądrość wniosły tak wiele do opisu człowieka, który się mierzy z perspektywą, lękiem, pragnieniem śmierci, a także takiego, który przeżywa stratę, spodziewa się straty, jest w żałobie, przeszedł ją, próbuje dalej żyć.

Ale czy istnienie tych wyjątkowych badaczy ludzkiego losu nie jest jednak potwierdzeniem reguły?

Choć każdy wykształcony człowiek, który chwali się znajomością nawet podstaw psychologii i nauk pokrewnych, potrafi skojarzyć nie tylko nazwisko Freuda, ale z pewnością również Elizabeth Kùbler-Ross, nie oznacza to jeszcze, że psychologiczne aspekty umierania i żałoby są tematami "mainstreamowymi" i chętnie podejmowanymi w psychologii. Już nawet bardziej szczegółowa znajomość biografii autorki "Rozmów o śmierci i umieraniu" [1] daje wyraźnie do zrozumienia, jak niełatwa była jej droga i współpraca naukowa z autorytetami jej czasów, jak początkowo niewielkie zaufanie towarzyszyło jej badaniom i pracy z osobami u kresu życia. Znają to uczucie lekkiego zażenowania pracownicy hospicjów (a jednocześnie badacze), którzy opowiadają o swoich doświadczeniach innym naukowcom. Jakby śmierć była zaraźliwa (przez dotyk, powietrze, nawet przez opowieść), a osoba, która pracuje z umierającymi - z miejsca święta (do nieba chce iść za życia), nieludzka (normalny człowiek by tego nie wytrzymał) i przez to nietykalna, wzbudzająca dystans.

Śmierć jest bowiem podstawowym źródłem lęku. Lęk ten przenika doświadczenie wewnętrzne, a że jest dotkliwy, generuje liczne, czasem nieprzystosowawcze, mechanizmy obronne. Te sposoby bronienia się, paradoksalnie, mogą prowadzić do wielu symptomów, cech charakteru, objawów, tworzących barwny obraz psychopatologii. Terapeuta, który nie rozmawia ze swoim pacjentem o śmierci, pomija niezwykle ważną sferę życia i procesu leczenia (rozwoju).

Temat śmierci jest też rażąco pomijany w całej sferze zdrowia psychicznego (teoria, badania empiryczne, opisy przypadków). Gdyby nie opieka nad umierającymi pacjentami – jest to obszar, którego nie sposób zignorować – można by uznać, że śmierć i strach przed nią, są zagadnieniami marginalnymi i nieistotnymi w psychologii.

Tanatopsychologia taka, jaka jest, zajmuje się więc przede wszystkim:

- etapami godzenia się z nieuchronnością śmierci [2, 3, 4];
- reakcjami na diagnozę zapowiadającą śmierć [5];
- sposobami pracy terapeutycznej z osobami umierającymi [6];

- opisami żałoby po śmierci bliskiej osoby [7];
- rodzajami opieki nad osobami przeżywającymi żałobę [8];
- problemami etycznymi związanymi z opieką paliatywną, aborcją, eutanazją [9].

Tylko nieliczni autorzy, wśród nich znamienity Irvin Yalom [4, 10], zajmują się śmiercią nie tylko w odniesieniu do sytuacji umierania i nieuleczalnej choroby, ale również w kontekście życia i konsekwencji świadomości jej istnienia (śmierć jako tracenie siebie oraz świata).

Co ciekawe, choć tabuizacja śmierci jest dobrze widoczna zarówno w badaniach naukowych, jak i w życiu codziennym, nie da się zaprzeczyć, że istnieje nurt przeciwstawny wypieraniu jej ze świadomości. Skoro czegoś jest mało, albo niewiele, pojawia się potrzeba, by zaistniało - i to wyraźnie, wręcz skrajnie. Formy odreagowania nieobecności tematu umierania, w mediach na przykład, wszyscy znamy. Niepoliczalne ilości zabitych na odległych wojnach, ofiary morderstw i wypadków samochodowych, dziesiątki przypadków zmarłych na niezdiagnozowane choroby – to przykład przedstawiania śmierci z lotu ptaka. Innym rodzajem jest wiwisekcja na ekranie: zbliżenia kamery odbierającej niewinność zwłokom "grającym" zmarłą postać w którymś z licznych seriali kryminalnych, opuchnięta twarz, zszarzałe ciało, ciemne paznokcie, rozcięta skóra, kolejne warstwy powłok. Wszystkie przykre dla oka atrybuty martwości fizycznej, której na co dzień tak się obawiamy, uwidaczniane w powiększeniu na naszych wielkich i coraz bardziej ogromnych monitorach telewizyjnych. Choć się czasem wydaje, że już radio, prasa czy nawet telewizja, przekroczyły wszystkie granice epatowania trupem (i seksem – splątanie libido i thanatosa jak widać, jest ciągle atrakcyjne tematycznie), prawdziwa uczta ekscesu odbywa się zdecydowanie w słabo poddającym się cenzurze Internecie. Te niedojrzałe formy zajmowania się tematem śmierci są tylko potwierdzeniem, że bez śmierci nie da się żyć, jakkolwiek zagadkowo by to nie brzmiało. Może tylko warto by dodać, że chodzi o życie pełne sensu.

Literatura i sztuka filmowa jest pełna przykładów postaci, które skonfrontowawszy się ze śmiercią doznały gwałtownej przemiany sposobu życia. Podobne doniesienia płyną z gabinetów psychoterapeutycznych. Niedoszli samobójcy, ofiary wypadków, pacjenci onkologiczni bardzo często rozróżniają dwa kompletnie oddzielne etapy, które rozdziela doświadczenie własnej śmiertelności. Zmiana, której doznają, polega między innymi na poczuciu wyzwolenia od konieczności, możliwości banalizowania rzeczy i spraw nieważnych, poczuciu życia w teraźniejszości, docenianiu i żywym odbiorze podstawowych

faktów egzystencji (pór roku, świąt itp.), głębszej komunikacji z bliskimi, odrzuceniu obaw, lęków społecznych, wreszcie na większej skłonności do ryzyka [10].

I tu docieramy do miejsca, w którym rozkwitnąć mogą idee i teorie, hipotezy warte zweryfikowania i wyniki badań tych, którzy się w psychologii chcą zajmować umieraniem. Może nie tak w samym środku głównego nurtu nauki, zapewne nigdy (może i dobrze) nie będzie to temat szczególnie "modny", jednak zdecydowanie tematy związane z żałobą, śmiercią, stratą, są zawsze blisko korzeni, z których wywodzi się psychologia, czyli nieopodal filozofii, zwłaszcza egzystencjalnej.

Zdaniem – kluczem, swego rodzaju punktem wyjścia do zintegrowania tematu śmierci w psychologii, jest myśl Heideggera, chętnie powtarzana przez Yaloma [10]: Śmierć fizyczna unicestwia człowieka, ale idea śmierci go zbawia. Zbawienie to można rozumieć na różne sposoby.

Według Heideggera świadomość osobistej śmierci zadaje jednostce cierpienie, dzięki któremu przenosi się ona z niższego poziomu istnienia (stan zapominania o sobie) do wyższego (nieustanna świadomość bycia, stan ontologiczny).

Śmierć jest tym rodzajem warunku wyrwania jednostki z codziennego istnienia, "niezbywalnego wstrząsu", który umożliwia osobie przeżywanie swojej egzystencji w sposób autentyczny, intensywny, pełny radości i treści – jako przeciwstawienie funkcjonowania bez świadomości jej skończoności (wyobraźmy sobie życie bez śmierci).

Jaspers nazywa ten wstrząs "sytuacją graniczną".

Ludzkie zachowanie w kontekście śmierci, czy to patrząc na jego ciemny przejaw (przerażenie i pesymizm), czy też na jasny (autentyzm doświadczania) bardzo wyraźnie odnosi się do tego splątania skrajnych biegunów naszej egzystencji.

To splątanie nieustannie zmusza jednostkę do zadawania pytań o to, czym w ogóle jest "bycie" i w szczególności "bycie sobą". Dzięki świadomości, że można "nie być", człowiek zdaje sobie sprawę, że istnieje i że z tym istnieniem, swoim skończonym życiem, może coś zrobić, na przykład nadać mu jakiś sens [11]. Oczywiście, w konsekwencji dopuszczenia do pola uwagi wizji swojej skończoności, jednostka doświadcza lęku.

Zdaniem Tillicha [12] lęk przed śmiercią, przed niebytem stanowi naturalny kontekst, w którym przejawia się lęk przed losem, który jest przygodny, nieprzewidziany, podobnie jak ludzka śmierć. Ta z kolei nieprzewidywalność, przygodność życia i śmierci, bytu i niebytu, zagraża poczuciu sensu i twórczemu (duchowemu) charakterowi ludzkiej egzystencji. Przytłaczająca jednostkę obawa przez bezsensem swojego życia, które jest

skazane na nieznane w czasie i sposobie zakończenie, może mieć charakter "normalny" i "patologiczny" (neurotyczny). Niechęć do skonfrontowania się z rzeczywistymi cechami ludzkiej egzystencji skazuje jednostkę na wyjście najmniej korzystne, biorąc pod uwagę jej zdrowie psychiczne, to znaczy na neurozę, polegającą na ucieczce od życia. Klamra się tu domyka: o ile świadomość śmierci może człowieka zbawić, to znaczy w pewnym sensie uwolnić i oddać mu poczucie sprawczości oraz sensu, to ucieczka przed śmiercią i śmiertelnością (a także jej przejawem, jakim jest przemijanie) zamyka jednostkę w więzieniu neurozy.

Tillich sytuację taką nazywa zagrożeniem rozpaczą. Całe ludzkie życie jest próbą uniknięcia rozpaczy, a sposobem na to jest ,wg Tillicha, męstwo bycia, czyli jego afirmacja na przekór niebytowi (śmierci), zmaganie się z losem, walka z pustką i bezsensem, z winą i lękiem przed potępieniem [13].

Świadomość własnej śmiertelności wyróżnia człowieka ze świata zwierząt, czyni go dokładnie tym, czym (a dokładniej kim) jest. W pełni sobą można być tylko dzięki integracji tej idei: życie i śmierć są nierozłączne. Zarówno w życiu jednostki, jak i w nauce o nim, jaką jest psychologia, jasna i ciemna strona ludzkiej egzystencji skłania (i powinna skłaniać) do stawiania pytań i wątpienia.

Do szukania odpowiedzi na pytania związane nie tylko z życiem "w ciasnej twierdzy pewności" [13], ale także do mierzenia się z perspektywą skończoności, niebytu, utraty samego siebie i bliskich.

Czy nie tą właśnie poszukującą sensu swojego istnienia istotą interesuje się tak wnikliwie już od ponad stu pięćdziesięciu lat córka filozofii?

Czas otrząsnąć się z zapomnienia (?) o tak istotnym dla ludzkiego rozwoju psychicznego elemencie, jakim jest fakt śmiertelności i włączyć go w kontekst rozważań i badań psychologicznych tak zwanego głównego nurtu.

Piśmiennictwo

1. Kübler-Ross E.: Rozmowy o śmierci i umieraniu. Media Rodzina, Poznań 2007.
2. Kübler-Ross E.: Dzieci i śmierć. Media Rodzina, Poznań 2007.
3. Kübler-Ross E.: Śmierć. Ostatni etap rozwoju. Larum, Warszawa 2008.
4. Yalom I.D.: Patrząc w słońce. Jak przezwyciężyć grozę śmierci. Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 2008.

5. Krakowiak P.: Zdążyć z prawdą. O sztuce komunikacji w hospicjum. Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2006.
6. Kruk A., Książek J., Falba A.: Towarzyszenie umierającemu – lekcja. [W:] W drodze do brzegu życia, Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C., Jankowiak B. (red.). Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, ABIS, Białystok 2009, tom V.
7. Sanders C.M.: Jak przeżyć stratę dziecka. Powrót nadziei. Wydawnictwo GWP, Gdańsk 2001.
8. Krakowiak P.: Strata, osierocenie i żałoba. Poradnik dla pomagających i osób po stracie. Via Medica, Gdańsk 2007.
9. Iwaszczyszyn J.: Etyczna ocena eutanazji. Wydawnictwo PAT, Kraków 2003.
10. Yalom I. D.: Psychoterapia egzystencjalna. Wydawnictwo IPZ, Warszawa 2008.
11. Herman W.: Filozofia egzystencjalna. Politechnika Warszawska, Warszawa 2001.
12. Tillich P.: Męstwo bycia. Wydawnictwo Rebis, Poznań 1994.
13. Opoczyńska M.: Wprowadzenie do psychologii egzystencjalnej. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2004.

Marcinkowski JerzyT.[1], Zarzycki Andrzej[1], Edbom-Kolarz Anna[2], Bajek Anna[3], Klimberg Aneta[1], Galewska Irena[3], Chochowska Małgorzata[4], Kilarski Tomasz[5], Lindner zbigniew[5], Wiśniewska-Śliwińska Hanna[6]

Czy oto rodzi się „nowoczesny człowiek” - niewrażliwy na śmierć najbliższych? Część I. Pochówki z perspektywy historycznej

1. Zakład Higieny, Katedra Medycyny Społecznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
2. Klinika Zaburzeń Widzenia
3. Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu
4. Wyższa Szkoła Edukacji i Terapii w Poznaniu
5. Zakłady Przemysłu Drzewnego Lindner
6. Wydział Pedagogiczny, Akademia im. Jana Długosza w Częstochowie

Czyżby „nowoczesnego człowieka” opanowywał hedonizm?

Ostatnie pożegnanie - jeszcze kilkadziesiąt lat temu powszechnie, a obecnie coraz rzadziej - było i dla duszy zmarłego, i dla tych, których znał i pozostawiał. Dzisiejszy jednak Europejczyk - coraz częściej nie wierzący w życie pozagrobowe, zabiegany, zarabiający jak najwięcej, ale po to, by dogadzać samemu sobie - ma tyle pokus, że szkoda mu i czasu i pieniędzy na pogrzeby, stypy, pielęgnacje grobów, itp. Łatwiej kupić najtańszą formę pochówku dla bliskiego i szybko wyjechać na wspaniałe wczasy, kupić jeszcze jeden komputer, nabyć nowe mieszkanie… „Żyjemy tu i teraz” - to hedonistyczne podejście, które rozpowszechnia się w Europie. Zapoczątkowane przez praktycznych hedonistów, zamieszkujących Skandynawię, obejmuje dziś już całą Europę - i nie tylko. Na naszych oczach powstaje niemal schematyczny model współczesnego mieszkańca Ziemi, któremu wielowiekowe rytuały do niczego nie są już potrzebne. Wyraźnie widać, że „nowoczesny człowiek” posiada wyraziste rysy hedonisty. Jest żądny dóbr materialnych – co przejawia się w posiadaniu ładnego mieszkania, dobrego samochodu, nowoczesnego tabletu…

Przy tym tenże człowiek świadomy jest, że jego pozycja społeczna wyraźnie zależy od sylwetki wytrenowania. Dlatego intensywnie trenuje – do paru godzin dziennie. Staje się stałym bywalcem siłowni, sal gimnastycznych, pływalni, spa. Podczas tych treningów jest wyraźnie skupiony na swym kształceniu. Także na ogół widzimy go ze słuchawkami na uszach – odsłuchującego ważne teksty, wykłady, uczącego się języków obcych.

Styl życia współczesnego Japończyka – opisywany barwnie w massmediach – który po ciężkim i wyczerpującym dniu pracy korzysta z usług w obszarze seksu, a na weekendy

wypożycza od wyspecjalizowanej agencji kota do głaskania, szokuje nas, ale prawdopodobnie świat podąża w tym kierunku.

Historia widziana poprzez obrządki pogrzebowe

Jak pokazuje historia ludzkości, tradycje i rytuały były dla człowieka na przestrzeniu tysiącleci jego istnienia bardzo ważne. Choć tak różne w odmiennych szerokościach geograficznych, rytuały związane ze śmiercią, żałobą i pochówkami pochłaniały wiele czasu i wymagały dużych nakładów sił.

Rytuały pomagały skupić się na zmarłym i jednoczyły tych, którym ta śmierć zadała ból i pozwalały na oddanie mu hołdu, przy udziale wszystkich, którym był bliski.

Wspólne działanie w obliczu śmierci było aktywnością rozpoczynająca proces żałoby. W kulturze żydowskiej żegnano zmarłego przez 7 dni w jego własnym domu (shiva). W tym czasie żałobnicy, nie opuszczając domu, modlili się wraz z rabinem, który ostatniego dnia wyprowadzał żałobników na zewnątrz, by rozpoczęli nowe życie.

Z wielu publikacji dotyczących obrządków pogrzebowych wynika, że na ziemiach słowiańskich jeszcze na długo przed chrześcijaństwem, bo w epoce żelaza, obrządki te były niezwykle rozbudowane, przy czym kolejne fragmenty tego obrządku były starannie wykonywane przez rodziny zmarłych oraz ich krewnych. Pracowano wówczas przez wiele lat, aby należycie przygotować groby. Układano po kilku zmarłych we wspólnych grobach - a należy zauważyć, tradycja ta była starsza niż okres budowania piramid w Egipcie. Olbrzymią wiedzę na ten temat można pozyskać zwiedzając, m.in. muzea etnograficzne, w których to część poświęcona obrządkom pogrzebowym jest zazwyczaj znacznie rozbudowana. Także ciekawe są ekspozycje w różnych skansenach, gdzie również można dowiedzieć się wiele na temat ceremonii pogrzebowych, ich złożoności oraz charakterystycznych ich cechach na danym obszarze kulturowym.

Warto uzmysłowić, że Mahomet odnośnie praw sąsiada mówił: „Jeżeli on czegoś potrzebuje i możesz mu to pożyczyć, powinieneś to uczynić, pomóc wszystkim tym, czym możesz mu pomóc. Jeżeli poprosi o pomoc, powinieneś mu pomoc. Jeżeli on popada w smutek, powinieneś ulżyć mu w bólu i jeżeli twój sąsiad umiera, powinieneś udać się na jego pogrzeb”. Wzorem do naśladowania i źródłem inspiracji jest dla muzułmanów Sunna, która przytacza przykłady zaczerpnięte z życia Proroka. Wśród nich są sposoby zachowania się wobec osób chorych i zmarłych. Opisane są one w sześciu aktach grzeczności: „Każdy muzułmanin powinien dokonać sześciu aktów grzeczności wobec innego muzułmanina: powinien pozdrowić go, kiedy go spotyka; przyjąć jego zaproszenie, kiedy je dostaje; mówić „niech Bóg cię błogosławi”, kiedy ten kicha; odwiedzać go, gdy jest chory; iść za konduktem,

gdy umarł i chcieć dla niego tego, czego on chce” [1]. Zmarłego spowija się w biały całun zrobiony z prostego płótna i – o ile jest to możliwe – przenosi do meczetu, gdzie odbywają się ceremonie pogrzebowe. W przypadku, gdy jest to niemożliwe, ceremonia pogrzebowa odbywa się na cmentarzu. Uważa się, że muzułmanin powinien być pochowany w ciągu trzech dób po śmierci, przy czym niektórzy wyznawcy islamu uważają, iż pogrzeb powinien odbyć się w ciągu 24 godzin, najlepiej przed zachodem słońca. Zmarłego chowa się z twarzą zwróconą w kierunku Mekki [2].

Tymczasem w ostatnich latach obserwuje się coraz wyraźniejsze odchodzenie od tradycji w tym obszarze, postrzegane wyraźniej w niektórych państwach, jak np. Szwecja, czy Republika Czeska. Przejawia się to głównie tym – a dowiedzieć się o tym można od kierowników domów pogrzebowych, a więc osób najbardziej zorientowanych – że narasta liczba przypadków, kiedy na pogrzebie nie pojawia się nikt z rodziny i bliskich, a zmarły jest grzebany bądź kremowany wyłącznie przy udziale personelu zakładów pogrzebowych. Tutaj należy jeszcze wspomnieć o tym, że pochówki coraz częściej są anonimowe w tym sensie, że po zmarłym nie pozostaje ani grób, ani miejsce złożenia urny, ani jakakolwiek tabliczka z imieniem i nazwiskiem. Tak, więc jesteśmy świadkami coraz poważniejszych zmian w obrządkach pogrzebowych, które – czego można się spodziewać – coraz bardziej będą docierały także do Polski. Można przeto prognozować, że wielowiekowa tradycja związana z obrządkami pogrzebowymi będzie się stawała coraz bardziej uboga. Śledząc filmy, chociażby westerny, nierzadko spotyka się takie fragmenty scenariusza, kiedy to obmyślano zasadzkę na przestępcę, dotąd nieuchwytnego dla organów ścigania. Kiedy dowiadywano się, że zmarła matka czy też ojciec poszukiwanego przestępcy, a wiedziano gdzie i kiedy będzie odbywał się pogrzeb, to urządzano zasadzki w okolicach tego cmentarza, albowiem w tamtejszej kulturze nie do pomyślenia była sytuacja, żeby syn (w tym wypadku poszukiwany przestępca) nie pojawiłby się na pogrzebie matki bądź ojca. Tymczasem obecnie jesteśmy świadkami dokonywania się zmian, w tym jakże trudnym okresie dotyczącym pochówków najbliższych. Jak dotąd dzień pierwszego listopada każdego roku jest obchodzony bardzo uroczyście z udziałem praktycznie ogółu społeczeństwa, jako Dzień Wszystkich Świętych. Kolejny dzień, drugiego listopada, też jest powszechnie obchodzony w społeczeństwie polskim, jako Dzień Zaduszny, aczkolwiek już w mniejszym stopniu. Jeśli zmiany będą dokonywały się dynamicznie w tym obszarze, to również uwidoczni się to tym, że szereg producentów kwiatów, wieńców, świec i innych przedmiotów związanych z tradycją Dnia Wszystkich Świętych i Dnia Zaduszek będzie stopniowo upadać. Takie odchodzenie od tradycji związanych z pochówkami najbliższych ma – jak się okazuje – coraz

wyraźniejsze tło ekonomiczne. Jeśli bowiem ktoś nie ponosi opłat - z racji chociażby prolongacji grobów, kosztów utrzymywania grobów, w tym kosztów świec, kwiatów i innych symboli związanych z obrządkami cmentarnymi - to zaoszczędza. Rodzi się jednakowoż pytanie: jakim kosztem? Jeśli rodzic przekazuje swym potomkom taki brak zainteresowania pogrzebami i obrządkami pogrzebowymi swych najbliższych, to oczywistym jest, że i sobie szykuje podobne potraktowanie przez najbliższych w przyszłości.

Po co nam były i są potrzebne obrządki pogrzebowe?

Istnieje – jak się wydaje u większości osób – silna potrzeba psychiczna pożegnania się ze zmarłymi, z którymi byliśmy bardzo mocno związani uczuciowo. Dlatego jest nam tak ciężko pożegnać człowieka, który odszedł i żyć dalej. Jest to wyraźnie zauważalne w kulturze żydowskiej, gdzie przez 7 dni nie wychodziło się z domu, w którym mieszkał zmarły. Dopiero po tym czasie było wyjście ponowne na świat i uczenie się życia już bez obecności zmarłego.

Państwo coraz bardziej przejmuje pochówki – oczywistym jest, że jak najtańsze. Coraz mniej jest inwestycji w pomniki cmentarne, coraz mniej huczne bywają pogrzeby i stypy.

Podczas głośnego tsunami, które miało miejsce w 2007 roku i dotknęło głównie mieszkańców i turystów w Tajlandii zginęło, m.in. około 3,5 tys. Szwedów. Wśród nich małe dzieci. Po tej tragedii wyjechało na miejsce tego tragicznego zdarzenia wielu Szwedów, którzy szukali resztek ciał swoich bliskich po to, aby – w ujęciu psychologicznym – zakończyć proces żałoby. Szukali wówczas m.in. możliwości pogrzebowych resztek ciał swoich bliskich.

Zdarzają się szczególne przypadki próśb kierowanych do lekarza w odniesieniu do pochówków.

Przykład 1

W szpitalu powiatowym w Norrköping (Szwecja) 74-letni syn zwrócił się do ordynatora oddziału ortopedii z następującą prośbą dotyczącą jego 96-letniego ojca: proszę przechować w lodówce amputowaną nogę mego ojca (amputacja została wykonana z powodu ostrego niedokrwienia kończyny dolnej w przebiegu zaawansowanej miażdżycy tętnic), albowiem chcę w całości pochować mego ojca. Wzmiankowany ojciec był wówczas w bardzo ciężkim stanie klinicznym i zachodziła obawa jego rychłej śmierci.

Przykład 2

Do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej wpłynęła skarga przeciwko lekarzom z oddziału wewnętrznego, którzy nie chcieli udzielić

informacji na temat stanu zdrowia konkubenta 47-letniej kobiecie. Konkubent ten złożył pozew rozwodowy do sądu i oczekiwał na rozprawę sądową w tej sprawie. Jednakowoż zmarł w szpitalu przed terminem wyznaczonej w sądzie rozprawy rozwodowej. Doszło do sporu pomiędzy konkubiną a żoną odnośnie tego, która z nich ma pochować zmarłego. Obie usilnie do tego dążyły z tym, iż każda z nich wskazywała inny cmentarz do pochówku.

Powyższe przykłady dobitnie pokazują, jak wielkie mogą być potrzeby psychiczne w obszarze pochówków najbliższych, ukochanych osób.

Konsumpcja dóbr materialnych staje się priorytetem

W dzisiejszych społeczeństwach krajów wysoko rozwiniętych, do których coraz wyraźniej zalicza się także Polska, coraz większe znaczenie przywiązuje się do konsumpcji dóbr materialnych i do jak najczęstszych zmian tychże dóbr, co dla otoczenia ma świadczyć o zamożności danej osoby, jej dobrym samopoczuciu. Tak więc dla współczesnego człowieka, szczególnie młodego, ważne jest posiadanie nowego, z dobrymi osiągnięciami i modnego samochodu. Ponadto pożądany jest szereg innych dóbr materialnych, jak chociażby najnowsze telefony komórkowe z łatwym dostępem o Internetu, w tym Skype, w których są programy dotyczące osobistego kalendarza, gdzie zapisując planowane spotkanie w telefonie komórkowym równocześnie zapisuje się je w swoich skrzynkach mailowych. Odbywa się swoista pogoń za wejściem do jak najwyższej klasy społecznej, gdzie niejako obowiązuje ubiór z najbogatszych magazynów, wysokiej klasy kosmetyki, uczestnictwo w najbardziej prestiżowych wydarzeniach sportowych, artystycznych, pokazach mody, itp. Przy tym coraz wyraźniejsze jest odchodzenie o tradycji – chociażby dostrzegane w odniesieniu do mebli. Kiedyś meble starczały na 3 pokolenia, a nawet więcej. Teraz staje się odwrotnie, że coraz wyraźniejsze jest dążenie do jak najczęstszych zmian mebli, a dalej mieszkań, przenoszenie się do najbardziej prestiżowych dzielnic miast. Coraz większego znaczenia nabierają pobyty w nowoczesnych kurortach, spa, modne są określone trasy turystyczne.

Wykorzenianie cywilizacyjne

Jest to odejście od znanego od okresu starożytności określenia łacińskiego „nova veteris augere” - co w dowolnym tłumaczeniu oznacza „przeszłość ubogacać nowymi osiągnięciami”. Jeśli jest odwrotnie i ma miejsce odchodzenie od tradycji, to dochodzi do coraz wyraźniejszego „wyrywania człowieka” z wpływu przeszłości na przyszłość. Określa się to zjawisko, jako wykorzenienie cywilizacyjne, kiedy to wskutek tychże przemian rodzi się niejako „nowy człowiek”, jednakowoż podatny na wpływy nowych pomysłów (idei), które mogą go także niszczyć. Tą problematyką zajmowały się szeroko sympozja

międzynarodowe dla rodzin, na których obnażano tendencję wyrywania młodych pokoleń z wpływu rodziców. Tu można by się bardzo szeroko rozpisywać, chociażby o nowoczesnej muzyce, która jest na ogół całkowicie niezrozumiała dla starszych pokoleń i odrzucana przez te pokolenia, podobnie jak chociażby nowoczesne fryzury dziewcząt i chłopców z fantazyjnymi wystrzyżeniami, nierzadko z jaskrawymi kolorami, jak chociażby jaskrawa zieleń. Można także przytoczyć coraz modniejsze kolorowe tatuaże z różnymi wyobrażeniami figurowymi
i napisami, często obcojęzycznymi oraz *piercing*. Coraz częstsze są przypadki, że rodzina jest zszokowana widokiem młodej dziewczyny bądź chłopaka, która powraca, np. z wakacji, z niesamowicie fantazyjną fryzurą, tatuażami, ubiorem – a zmiany te są tak daleko idące, że są aż nie do zaakceptowania, albo bardzo trudne do zaakceptowania przez najbliższych. W tym miejscu warto też przypomnieć starania w kierunku wychowania młodego człowieka całkowicie oderwanego od tradycji, za to podporządkowanego idei państwowej, jak to miało miejsce np. w okresie istnienia stalinizmu, do którego to okresu przyporządkowano pojęcie „homo sovieticus”. Oczywiście takich prób było więcej, jak chociażby złej sławy Hitlerjugend. Tutaj warto odwołać się do prac znanych autorów, jak np. książka *Andrzeja Wielowieyskiego* „Przed trzecim przyspieszeniem” [3], książka prof. *Ewy Jabłońskiej-Deptułowej* pt. „Rodzino, dokąd zmierzasz?”, czy też książka autorów *Paolo Rodari i Andrea Tomielli* pt. „Atak na Ratzingera. Oskarżenia i skandale, przepowiednie i spiski wymierzone w Benedykta XVI” [4].

Wpływ globalizacji na obrządki pogrzebowe

Jesteśmy świadkami szybko zmieniającej się mentalności wokół obrządków pogrzebowych, co wynika z wielu powodów. Jako jeden z nich można wskazać globalizację w tym sensie, że coraz rzadsza staje się sytuacja, gdzie cała rodzina wielopokoleniowa zamieszkuje ściśle określone miejscowości, tj. w niedalekim wzajemnym od siebie oddaleniu członków szerokiej rodziny. Coraz częściej natomiast poszczególni członkowie rodziny migrują – także do innych krajów, na inne kontynenty. Przy tym współczesny człowiek coraz częściej nie ma własnego domu, ale mieszka w domach wynajętych. Taki to jest niejako standard w wysoko rozwiniętych krajach, a to z uwagi na fakt konieczności zmiany miejsca pracy. Coraz rzadsza jest sytuacja tradycji wielopokoleniowej, np. odnoszącej się do określonego rzemiosła, że kolejne pokolenia kontynuują tradycje rzemieślniczą w tym samym miejscu, w tych samych budynkach, pomieszczeniach przez szereg pokoleń. Jeśli odchodzi się od tych tradycyjnych sytuacji przywiązania całych rodzin do tego samego terenu, a niejako normą współczesnego człowieka staje się migracja, głównie związana z

koniecznością dokonywania zmian miejsca pracy, to cierpi na tym niejako zarówno obrządek pogrzebowy, jak i tradycyjna dbałość o miejsca pochówków swoich przodków. Zrozumiałym się staje, że w natłoku codziennych obowiązków coraz trudniej jest dojechać bądź dolecieć na inny kontynent na pogrzeb członka swej rodziny, czy też tradycyjne spotkanie rodzinne przy grobach swoich przodków.

Jaki pogrzeb: bogaty czy skromny?

Na obrządki pogrzebowe należy spojrzeć z dwóch stron, obrządków pogrzebowych, gdzie stara się, aby trumna i pozostały asortyment funeralny były jak najtańsze oraz obrządków, gdzie wręcz panuje przepych, budowane są duże nakłady kosztów, mauzolea rodzinne opatrzone licznymi i drogimi ozdobami. Przykład mogą stanowić współcześnie powstające mauzolea rodzin romskich – budowane oczywiście przez te rodziny, które są najzamożniejsze. Te mauzolea są budowane niekiedy przez dobrych wykonawców wg projektów znanych architektów.

O tym, jaki jest pogrzeb decydują także czynniki ekonomiczne. Zasiłek pogrzebowy jest tu jednym z najważniejszych faktorów. Im wyższy jest ten zasiłek w danym kraju, tym droższe z natury są tam ceny za „ostatnie pożegnanie”.

Trumna tematyczna

Jeśli rodzinie zmarłego, a często jemu samemu, bardzo zależy na bogatym obrządku pogrzebowym, to dostępne są w sprzedaży trumny tematyczne – np. myśliwska, na której znajdują się wykonane w drewnie rzeźby nawiązujące do myślistwa, czy też do innych zawodów. Chodzi o to, aby poprzez tematyczny charakter trumny, która staje się niemalże dziełem sztuki, odzwierciedli, czy się zmarły interesował, jaki był obszar jego działalności. Tego rodzaju elementy trumienne można traktować, jako oddawanie największego hołdu. Wiadomym jest, że obraz najbardziej przemawia do wyobraźni ludzkiej, a po zmarłym pozostaje pamięć i ta pamięć może być lepiej zachowywana poprzez elementy zawierające się w obrządku pogrzebowym.

Nekropolie – świadectwa historii narodów

Dobrze znane są takie nekropolie, jak np. cmentarz na Powązkach w Warszawie, cmentarz na Rossie w Wilnie, czy też cmentarz Łyczakowski we Lwowie. W tychże to metropoliach można obejrzeć, m.in. wspaniałe rzeźby bardzo znanych osobistości. Z tej racji te wybrane i najpiękniejsze nekropolie traktowane są jako zabytki kultury. Tego rodzaju zabytkami są także liczne nagrobki, kaplice znajdujące się w kościołach i bogato zdobione trumny, np. z rodzin królewskich. Poszczególne narody dążą do tego, ażeby miejsca pochówków ich byłych władców znajdowały się w jak najlepszym stanie – głównie z uwagi

na ruch turystyczny. Tutaj warto podać fakt z ostatniego okresu, jak wielkim wydarzeniem dla Anglików było odnalezienie po ponad 500 latach grobu króla Anglii, Ryszarda III. Przez wiele stuleci utrzymywano, ze ciało Ryszarda III, który poległ w bitwie, zostało pochowane w nieznanym miejscu. W literaturze Ryszard III był opisywany, m.in. przez Williama Szekspira, jako władca okrutny, bezwzględnie zabiegający o utrzymanie tronu poprzez fizyczne likwidowanie swoich konkurentów. Obecnie okazało się, że w świetle dokładnych badań jego szkieletu, a autentyczność osoby potwierdzono m.in. testami DNA, że władca ów cierpiał z powodu poważnej ułomności, jaką była znacznego stopnia skolioza, przez co prawe ramię władcy ustawione było wyraźnie wyżej aniżeli lewe – i wszystko to razem składało się niemalże na upiorny wizerunek władcy.

Ale są także tradycje bardzo dalekie od tego, co uznalibyśmy my, Europejczycy, za normalne.

Konieczność tworzenia muzeum funeralnego

Tematyka obrządków pogrzebowych jest obszernie eksponowana w wielu muzeach etnograficznych i to tych najbardziej znanych. Można tam śledzić, jak wielkim wydarzeniem społecznym były w przeszłości pogrzeby, np. miejscowego rolnika. W pogrzebach tych uczestniczyły całe wsie, przy czym złożony, wieloetapowy obrządek funeralny był ściśle przestrzegany. Stamtąd można czerpać wiedzę o dawniejszej kulturze i obyczajach. Można też dostrzegać różnice w obrządkach pogrzebowych nie tylko pomiędzy poszczególnymi regionami, ale także pomiędzy różnymi wyznaniami. Są np. dostrzegalne różnice kulturowe, w tym dotyczące obrządków funeralnych, pomiędzy rodzinami ewangelickimi a rodzinami katolickimi.

Największymi świadkami funeralnej historii są katedry, w których chowana była szlachta. Do dziś można w nich zobaczyć, jak kiedyś wyglądały trumny.

Zasiłek pogrzebowy

W Polsce zmniejszeniem wysokości zasiłku pogrzebowego z blisko 7.000 zł na 4.000 zł odbiło się szerokim echem w społeczeństwie, ale komentując tą sytuacje, należy mieć na względzie regulacje prawne w tym obszarze istniejące w innych państwach. Na przykład kanclerz Niemiec, Helmut Kohl, zniósł całkowicie zasiłek pogrzebowy, a w miejsce tego wprowadzono system ubezpieczeń społecznych. Warto podkreślać w debatach publicznych całkowicie odmienne spojrzenie na problem zasiłków pogrzebowych przez producentów związanych z branżą funeralną. W ich opinii jest to nieporozumienie, gdyż jest to w 100% dotowanie zakładów pogrzebowych przez państwo. Jeśli jedna z branż usługowych jest w 100% dotowana przez państwo, a inne w ogóle, to oczywistym jest, iż nie ma tutaj

pożądanej równości ekonomicznej – podstawowej zasady rynkowej. Tak więc zakłady pogrzebowe czekają na dotacje państwowe i pod te dotacje się „ustawiają”. Dodatkowym wątkiem jest to, że w zasadzie każdy może otworzyć zakład pogrzebowy, albowiem nie ma tutaj szczególnych wymagań. Tutaj też należałoby zastanowić się nad usługami świadczonymi przez osoby duchowne – pod kątem opłat za te usługi.

Kremacje

Kremacje stają się coraz częstsze. Należy zauważyć, że powoli zmienia się mentalność społeczna wokół tej formy pochówku, na której niepopularność w istotnym stopniu wpłynęła masowa kremacja w hitlerowskich obozach koncentracyjnych.

Choć niektórzy uważają, ze kremacja jest reliktem dawnych czasów, to nie można tego odnieść do współczesnej Europy. W Europie kremacja rozpowszechniła się dopiero w XIX w. Pierwsze współczesne krematorium w Europie uruchomiono w Mediolanie, w 1873 roku. W Europie od tego czasu kremacje stają się coraz częstsze. Kremacja natrafia oczywiście także na swoich przeciwników. We współczesny judaizmie reformowanym zgłasza się niewielkie zastrzeżenia przeciwko kremacji. Islam także jest przeciwny kremacji, m.in. dlatego, że ciało zmarłego powinno być ułożone tak, by było zwrócone w kierunku Mekki, ponieważ tak nakazuje rytuał. A to w przypadku kremacji jest niemożliwe. Kremacja wydaje się rozsądnym rozwiązaniem pod wieloma względami i najlepiej odpowiada realiom współczesnego świata, którego mieszkańcy żyją w cywilizacyjnym chaosie zmian, za którymi sami nie nadążają, przez co zdaja się na to co zobaczą w telewizji lub przeczytają w Internecie, często podróżują, zmieniają miejsce zamieszkania, i mieszają doświadczenia wielu kultur, wybierają dla siebie najprostsze rozwiązanie tłumacząc niejednokrotnie, że gdzieś indziej na świecie wszyscy tak robią. Jak często bywa zwyciężył też rachunek ekonomiczny. Po prostu kremacja oprócz tego, że higieniczna, nowoczesna, jest również tania. Spalanie zwłok w piecu kremacyjnym trwa około półtorej godziny. Tego nie da się porównać z czasem jaki jest potrzebny na całkowite zintegrowanie się ze środowiskiem szczątków pochowanych w tzw. „tradycyjny sposób”.

Istnieją przesądy na temat tradycyjnych pochówków, w rodzaju niżej podanego przykładu, które niejako zachęcają do kremacji.

Przykład przesądu: „Każdy powinien też wiedzieć, zanim zdecyduje się na pochówek tradycyjny, że z badań, które przeprowadza się przy okazji przenoszenia cmentarzy i zbiorowych ekshumacji (głównie stare cmentarze z XIX i początku XX wieku) wynika, iż od 2 do 4% ludzi było kiedyś chowanych żywcem! Świadczą o tym na przykład ułożenie ciała na boku lub na brzuchu czy zadrapania na wewnętrznej stronie wieka trumny”.

Zwyczaj palenia zwłok rozprzestrzenił się w czasach nowożytnych także za sprawą rewolucji francuskiej i wolnomularstwa. Kremację traktowano jako wyraz sprzeciwu wobec prawdy o zmartwychwstaniu i życiu wiecznym. Pierwsze krematorium pogrzebowe powstało w 1873 roku w Mediolanie. Nad budynkiem znajdował się napis „Wyrwani robactwu – niszczejemy w czystym ogniu” [5]. Kremacja coraz bardziej rozpowszechniała się. Kościół zaistniałej sytuacji przeciwstawiał się odmawiając pogrzebu katolickiego w przypadku kremacji. Zakaz ten zniósł papież Paweł VI instrukcją „De cadaverum crematione”. Zmianę stanowiska wyjaśniano faktem, że w XX wieku zniknęła antychrześcijańska motywacja kremacji. W Kodeksie Prawa Kanonicznego (KPK) z 1983 roku czytamy: „Kościół usilnie zaleca zachowanie pobożnego zwyczaju grzebania zmarłych. Nie zabrania jednak kremacji, jeśli nie została wybrana z pobudek przeciwnych nauce chrześcijańskiej” (KPK kan. 1176) [5].

We współczesnym świecie krematorium i kremację (niektórzy używają określenia „spopielanie” ze względu na skojarzenia z obozami zagłady) traktuje się jako nowoczesność, zastosowanie nowych technik, jak i technicznego obchodzenia się ze śmiercią. Tłumaczy się, że to bardziej higieniczne, tańsze i oszczędza miejsc. W XXI wieku prawie wszystko próbuje się usprawiedliwiać ekonomią, nowinkami technicznymi [6]. Rodzi się zatem pytanie, czy wszystko należy rozpatrywać tylko w tym kontekście w odniesieniu do życia, śmierci, wieczności.

Kremacja w krajach zachodnich wiąże się niekiedy z anonimowością. Po spaleniu nikt nie zabiera urny i nie grzebie prochów. Zdarzają się też skrajne pomysły, jak rozsypywanie prochów (dobrze, że w Polsce jest to zabronione), np. w ulubionym miejscu zmarłego lub przypadek, gdzie prochy jednego z redaktorów amerykańskiego komiksu zmieszano z farbą drukarską, która została użyta do druku specjalnego wydania tegoż komiksu. Odbyło się to, aby spełnić prośbę redaktora[5].

Biskupi polscy w liście do wiernych odczytanym 13.11.2011 roku proszą, „aby decyzji o kremacji nie podejmować pochopnie i wziąć pod uwagę chrześcijańską tradycję” [6].

Kościół zaleca, aby w przypadku kremacji najważniejsze obrzędy pogrzebu ze Mszą Świętą i pożegnaniem miały miejsce przed spopieleniem. W dodatku do Obrzędów pogrzebu wydanym w 2010 roku przez biskupów polskich czytamy: „Nie wydaje się stosownym, aby nad prochami celebrowano obrzędy, które mają na celu uczczenie ciała zmarłego” [6]. Po spopieleniu następuje dalsza część obrzędów, która ma miejsce w kaplicy cmentarnej lub na cmentarzu.

W Kościele prawosławnym zabrania się kremacji. Podczas modlitw żałobnych wypowiada się imię zmarłego, które umieszcza się w trumnie przy ciele zmarłego, ponieważ „imiona nasze zapisane są w niebie” (Łk 10, 20) [7], natomiast Kościół ewangelicki nie zabrania kremacji.

Skoro przez tyle wieków grzebano ciała zmarłych i stało się to naszą tradycją, należy zastanowić się, czy warto ulegać współczesnym trendom, modzie, a może jednak pozostać przy tym, co wykształciły pokolenia – przy tradycyjnym pochówku. Wyraża on bardziej naszą wiarę, miłość, cześć, oddanie.

Problemy ekologiczne w odniesieniu do pochówków

Interesujące są regulacje państwowe dotyczące obrządków funeralnych w poszczególnych państwach. Na przykład w Badenii-Wirtembergii zarządy cmentarzy nie dozwalają pochówków w trumnach dębowych, a to z tego powodu, że za długi jest okres rozpadu takich trumien, a zarządom cmentarzy zależy na jak najszybszym wykorzystywaniu miejsca cmentarnego na kolejne pochówki. Tego rodzaju zarządzenia wchodzą ostatnio w życie również na terenie Bawarii.

Dążąc do ograniczania skażenia środowiska eliminuje się w produkcji trumien farby „nitro”, zastępując je systemem wodnym – tzw. wymalowanie wodne.

Wymagania ekologiczne w odniesieniu do przemysłu funeralnego staja się coraz bardziej rygorystyczne. Jako przykład można podać, że w Danii wymagane jest, aby po spopieleniu trumny wraz z ciałem w popiołach nie pozostało więcej niż 100 gram metalu. W związku z tym coraz rygorystyczna jest produkcja trumien do spalania, a także konieczność produkcji coraz tańszych przeznaczonej na mające coraz częściej miejsce tzw. pogrzeby socjalne – bez rodziny i bez obrządków pogrzebowych, które urządzają lokalne samorządy.

Czechy

Czechy wskazuje się jako kraj, gdzie ateistyczne tradycje stały się powszechne. W tymże kraju najczęstszą formą pogrzebu są kremacje. Okazuje się, z informacji zebranych z zakładów pogrzebowych, że coraz częściej pozostają w nich nieodebrane urny z prochami.

Spojrzenie chrześcijańskie

Każdy naród ma swoje tradycje, które należy kultywować. Są narody, które mimo ogólnego trendu, nie asymilują nowości, trwają przy swoich tradycjach i kulturze. One determinują o narodzie. W Polsce mocno zakorzenioną tradycją jest przeżywanie świąt Bożego Narodzenia, Wielkanocy, Wigilii, czy święcenia pokarmów. Inni zachwycają się i podziwiają nas za to. Tutaj tradycja polska jest respektowana, a dlaczego zanika czy ma

zanikać w odniesieniu do innych obrzędów, przeżywania uroczystości, czy też pochówków. Dziś w dobie globalizacji, najchętniej widziałoby się jedno państwo, jedną kulturę, wszyscy tak samo. Tak się nie da. Osiągnięcia pokoleń, tradycje, zwyczaje, odmienna kultura ubogacają. Każdy naród wnosi coś innego do ogólnego dorobku narodów. W ostatnich latach zauważamy odchodzenie od naszych tradycji. Wiąże się to z migracją. Młodzi ludzie, wyjeżdżając głównie za pracą, przenoszą nowości na nasz grunt. Uważają, że w ten sposób są nowocześni, idą z duchem czasu, a Jan Paweł II w książce „Pamięć i tożsamość” mówi: „Naród, który traci pamięć, traci tożsamość” [8]. Józef Piłsudski stwierdza „Naród, który traci pamięć, przestaje być narodem, staje się jedynie zbiorem ludzi, zamieszkujących dane terytorium” [9]. Zbigniew Herbert wskazuje: „Naród, który traci pamięć, traci sumienie” [10]. Sumienie jest „najskrytszym ośrodkiem i sanktuarium człowieka” (KDK 16), ale sumienie musi być prawidłowo ukształtowane, o czym mówił Jan Paweł II w swojej homilii w Skoczowie w 1995 roku.

Przez pochówek bliskich, udział w pogrzebie wyrażamy naszą miłość i wdzięczność za dobro nam wyświadczone. Jeśli nie spełniamy tego nakazu, wynikającego z Dekalogu, przykazania miłości i uczynków miłosiernych co do ciała („Umarłych grzebać”) sumienie może dawać nam wyrzuty.

Pamięć zaś nie powinna ograniczać się do złożenia kwiatów, zapalenia zniczy – owszem, jest to ludzki gest, ale przede wszystkim powinna wyrażać się w modlitwie i ofierze Mszy Świętej za zmarłego.

Skąd chrześcijanie mają czerpać wiedzę dotyczącą życia religijnego, przeżywania różnych okoliczności życia, a także i pogrzebów? Informacje takie przede wszystkim należy czerpać z lektury Pisma Świętego i dokumentów Kościoła. Zarówno w Starym, jak i Nowym Testamencie znajdują się teksty dotyczące umierania, pogrzebów, modlitwy za zmarłych, żałoby po zmarłym. W Starym Testamencie są to teksty: 2 Mch 12, 39-45; Rdz 50,1; Tb 4, 3; 2 Sm 3, 21; Syr 7, 33-34; Syr 3, 1-16; Syr 8, 7; Syr 38, 16-23 [7]. Dokumenty te należy czytać, wprowadzać w życie i przekazywać młodemu pokoleniu, jak czynił to Roman Brandstaetter, który pozostawił swojemu wnukowi taki testament: „Będziesz Biblię nieustannie czytał (…) Nigdy się z nią nie rozstaniesz (…) A gdy się zestarzejesz, dojdziesz do przekonania, że wszystkie książki, jakie przeczytałeś w życiu, są tylko nieudolnym komentarzem do tej jedynej Księgi (…)” [11]. Wielu współczesnych ludzi nie posiada w swoim domu Pisma Świętego, bądź stoi ono na półce jako eksponat. Wszelkie tradycje i wiedza powinny być kształtowane i przekazywane w rodzinach, stąd zawołanie „Rodzino, dokąd zmierzasz”

Zakończenie

Kończąc można przytoczyć słowa *Sokratesa* „dzisiejsza młodzież lubi luksus, ma złe maniery, nie uznaje żadnych autorytetów i nie ma szacunku dla starszych. w naszych czasach dzieci stały się tyranami. nie są posłuszne swoim rodzicom, zbyt szybko jedzą i tyranizują nauczycieli.” (Sokrates, ok. 400 r. p.n.e.) i wielu innych uczonych pełne podejrzeń, że młode pokolenie, odrzucające tradycje, niesłuchające rad starszego pokolenia, podąża złą drogą. Wraz z kolejnymi pokoleniami dokonują się zazwyczaj także zmiany w obyczajowości, w tym w obrzędowości pogrzebowej. Utrata osób najbliższych jak dotąd była zawsze powiązana z przeżywaniem niepowetowanej straty – z intensywnym przeżywaniem żalu, co odbijało się wyraźnie nie tylko na sferze psychicznej i społecznej funkcjonowania człowieka, ale również biologicznej, jak np. w postaci tzw. wdowiego garbu. Tymczasem dokonujące się obecnie przemiany w obszarze kulturowym i społecznym, w tym związane z pochówkiem i obrzędowością pogrzebową, wydają się tak dynamiczne, a zarazem bardzo znaczne, iż rodzą się końcowe, niezmiernie istotne pytania:

Czy oto rodzi się „nowoczesny człowiek” - którego życiowym celem są dobra materialne, luksusowe i ciekawe życie, w którym śmierć wymazuje się z jego świadomości?

Czy i co należy ratować z tradycji odnoszącej się do obrządków pogrzebowych?

Być może odejście od pochówków wymagających wiele trudu i czasu do ich uroczystego przeprowadzenia, co miało miejsce jeszcze przed okresem kultury chrześcijańskiej, to odpowiedź na egocentryczność współczesnych ludzi, żyjących w pośpiechu i tak umierających, co można ująć krótko w następujących słowach: teraz liczy się rozkosz życia doczesnego, a dążenie do kariery i związany z tym pośpiech współczesnego życia doprowadza do rozbijania modelu relacji społecznych budowanych na przestrzeni wieków, prowadząc do samotności w milionowych miastach, rodzącej singli.

Piśmiennictwo

1. Ruthven M.: Islam. Prószyński i S-ka, Warszawa, 1998.
2. Kurowska A.C., Tookman A.: Medycyna paliatywna. [w:] Choroby wewnętrzne. Axford J (red.). Wyd. Medyczne Urban & Partner, 1999, 287-309.
3. Wejroch J, Górski J, Bratkowski S.: „Przed trzecim przyspieszeniem” – dyskusja nad książką Andrzeja Wielowieyskiego. Więź, 1970, 12: 30-51.
4. Rodari P, Tomielli A.: Atak na Ratzingera. Oskarżenia i skandale, przepowiednie i spiski wymierzone w Benedykta XVI. Wydawnictwo Edycja Świętego Pawła, 2011.
5. Jaklewicz T.: Ostrożnie z urną. Gość Niedzielny, 13.11.2011, 19-21.

6. List pasterski Episkopatu Polski o szacunku dla ciała zmarłego i obrzędach pogrzebu (w przypadku kremacji): strona internetowa: www.episkopat.pl, data pobrania 23.03.2013
7. Biblia Tysiąclecia. Pallottinum, Poznań, 2003.
8. Jan Paweł II.: Pamięć i tożsamość. Wydawnictwo Znak, Kraków, 2005.
9. Naród, który traci pamięć przestaje być Narodem… Józef Piłsudski. http://www.rowerowabrzoza.pl/index.php/archiwum/archiwum-2012/800-wito-odzyskania-niepodlegoci- (data pobrania 23.03.2013
10. http://pl.wikiquote.org/wiki/Nar%C3%B3d data pobrania 23.03.2013
11. Brandstaetter R.: Krąg biblijny i franciszkański. Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa, 1981.

Marcinkowski JerzyT.[1], Zarzycki Andrzej[1], Edbom-Kolarz Anna[2], Bajek Anna[3], Klimberg Aneta[1], Galewska Irena[3], Chochowska Małgorzata[4], Kilarski Tomasz[5], Lindner zbigniew[5], Wiśniewska-Śliwińska Hanna[6]

Czy oto rodzi się „nowoczesny człowiek” - niewrażliwy na śmierć najbliższych? Część II. Pierwsza nekropolia królewskiego miasta Poznania

1. Zakład Higieny, Katedra Medycyny Społecznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
2. Klinika Zaburzeń Widzenia
3. Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu
4. Wyższa Szkoła Edukacji i Terapii w Poznaniu
5. Zakłady Przemysłu Drzewnego Lindner
6. Wydział Pedagogiczny, Akademia im. Jana Długosza w Częstochowie

W Poznaniu, w stolicy Wielkopolski, już co najmniej od 1263 r. istniała w murach miasta pierwsza nekropolia – obecnie całkowicie zapomniana, na terenie obecnego placu Kolegiackiego. Tam bowiem w latach 1263-1780 stał jeden z największych w Polsce kościołów - kolegiata p.w. Św. Marii Magdaleny i znajdowała się nekropolia królewskiego miasta Poznania [1]. Zmarłych chowano nie tylko na cmentarzu wokół Kolegiaty - fary, ale i w części podposadzkowej kościoła, w której znajdowały się piękne marmurowe nagrobki, epitafia świadczące o dostojeństwie, dokonaniach życiowych znaczniejszych mieszkańców Poznania. Chowano tam bowiem elitę Poznania i Polski, w tym m.in. prawie wszystkich burmistrzów, rajców, starszych cechów królewskiego miasta, księży, duchownych fary. Znajdowały się tam epitafia, nagrobki przedstawicieli wielu wybitnych rodów mieszczańskich i szlacheckich: Strosbergów, Winklerów, Naramowskich, Heltów, Grodzickich, Peszlów, Jasińskich, Ponieckich czy Tomickich.

Tu spoczął również Józef Struś – Josephus Struthius (1510-1568) – doktor filozofii i medycyny, wybitny uczony, lekarz, prof. medycyny na Uniwersytecie w Padwie i jego wicerektor. Lekarz królowej węgierskiej Izabeli i króla polskiego Zygmunta II Augusta, leczył też skutecznie sułtana tureckiego Sulejmana II. Dwukrotnie był wybierany na burmistrza Poznania (1557 i 1558), choć mógłby być powoływany więcej razy, ale – jak to napisano w kronice – z powodu swych wad, chciwości i kłótliwości, nie wybrano jego ponownie na to stanowisko. Józef Struś był też autorem wielkiego dzieła Artis Sphygmicae, wydanego w Bazylei w 1555 r, poświęconego zagadnieniom tętna (336 stron). Dzieło to znane było wówczas we wszystkich krajach europejskich - i jako klasyka medycyny

europejskiej ponownie wydane zostało w 1961 r. we Włoszech i Polsce (1968). Józefa Strusia pochowano w poznańskiej kolegiacie w roku 1568 [2].

Tam też spoczął Walenty Wróbel, wybitny kaznodzieja, autor polskiego przekładu „Żołtarza (Psałterza) Dawidów” (Kraków 1539) [3]. W farze pochowano też jej proboszcza Józefa Pawłowskiego (1753-1759), szlachcica, sufragana poznańskiego, tytularnego biskupa niocheńskiego, zmarłego w wieku 61 lat - i wielu innych wybitnych przedstawicieli poznańskiej, polskiej nauki, kultury.

Poza tym kolegiatę otaczał cmentarz, na którym grzebano zmarłych parafian co najmniej od 1263 r. Chowano ich tam przez kilka stuleci. Zmarłych parafian składano w grobach także poza obrębem przykościelnym cmentarza farnego, choć niezbyt odległym od kolegiaty, lecz już za murami miasta. Ten nowy cmentarz założono przed 1421 r. w osadzie podmiejskiej zwanej Piaskami (m.in. okolice obecnego pl. Bernardyńskiego). Do nowego cmentarza przebito w murach miejskich furtę, zwaną Ciemną Bramką (znana od 1461 r., na linii obecnej ul. Za Bramką). Na nowym cmentarzu (działającym do 1805 r.) wybudowano gotycki kościół p.w. Wszystkich Świętych (przed 1433 r.), a przy nim hospicjum dla podróżnych.

Ceremoniał pogrzebowy na obu tych cmentarzach zależny był od zamożności, statusu społecznego zmarłej osoby. Starano się jednak, zwłaszcza od drugiej połowy XVI wieku, o zorganizowanie jak najbardziej okazałego pogrzebu i ci, których na to było stać, wydawali na ten cel sporo pieniędzy. Między innymi taki pełen wystawności i pokazowej pobożności ceremoniał pogrzebowy odbył się w poznańskiej farze w roku 1593. „Ciało rajcy Wojciecha Suszki, wystawiono u fary i otoczono światłem sześciu świec lanych i sześćdziesięciu małych świeczek, okadzano trociczkami i jałowcem, w nocy zaś czuwało przy nim kilka dziewczyn. Na pogrzeb zaproszono tyle osób, że aż troje posłańców było trzeba, aby wszystkich, kogo należało, obejść na czas z zaproszeniami. Rodzina odprowadziła nieboszczyka na miejsce wiecznego spoczynku, ubrana w żałobne stroje. Na czele pochodu żak niósł obraz Chrystusa Ukrzyżowanego, szli czarni mnisi (dominikanie), żacy z rektorem i kantorem szkoły. Biły dzwony w kilku kościołach. Rozdano jałmużnę ubogim, a dla uczestników żałobnej uroczystości urządzono po jej zakończeniu wspaniałą stypę. Sama „wódka do płukania ust” po uczcie kosztowała 8 groszy. Na jałmużnę wydano groszy 10!” [4]. Zapewne też postawiono rajcy nagrobek w kościele, tak jak i wielu możnym, zasłużony mieszkańcom Poznania. Odnosząc się do tego zwyczaju Wacław Potocki pisał w XVII w.:

„*Widząc nagrobki, choć się w proch trupy rozsypały*

Jakiejż pychy nie zaczą pisane tytuły?

Kiedy żywszy nie mając żadnej cnoty w sobie
Tysiącem ich po śmierci na kamieniu skrobie
Nas kto na to rozgrzeszy, żeby dla ozdoby
Stawieś w kościołach ludzi pomarłych osoby
Ba! i klękać przed nimi wyzywając w potrzebie
Który sami czekają sądu po pogrzebie.”

Mniej zamożni, czy wręcz biedni parafianie nie mogli oczekiwać na nagrobki, epitafia. Jednym z przykładów może być pochówek biednego szlachcica Jakuba Sokołowskiego w roku 1583, na przykościelnym farnym cmentarzu: „Czterej żebracy umyli i ubrali jego ciało, po czym znieśli je na dół (pewnie mieszkał w jakiejś izdebce lub komórce na poddaszu). Na cmentarz zanieśli go kopacze, którzy przygotowali grób. Nie miał biedak trumny, zwłoki przykryto „fartuchem”. Kondukt prowadzili mnisi. Jedyną paradą była asysta czterech mężczyzn, którzy idąc obok kopaczy nieśli zapalone świece, a większym wydatkiem – 10 groszy na dzwonienie”.

W przypadku zaś najbiedniejszych mieszkańców – należących do parafii św. Marii Magdaleny – ich pogrzeby odbywały się jeszcze skromniej. Biednych grzebano najczęściej już w dniu śmierci przy dzwonieniu tylko w jednym kościele, choć z księdzem. Przez stulecia, we wnętrzach kościoła św. Marii Magdaleny na okalającym go cmentarzu, pochowano tysiące osób, które wówczas umierały najczęściej w wieku 30-40 lat. Próg starości, czyli wiek 60 lat, osiągało wówczas zaledwie 6% populacji.

Wielu możnych tamtego świata stawiało w kościele wspomniane nagrobki z epitafiami. Jak pisała zapomniana poetka Antonina Niemiryczowa:

„To portret wszystkich, kto żył i kto żyje
Berła, korony kornie chylą szyje;
Kto najśliczniejszej jest w życiu urody,
To portret wszystkich, którzy tworzą mody.
Nie gardzi nikim ta trupia persona,
Gdy tak mocnego połknęła Samsona.
„Memento mori” to ci perswaduje,
Wszystko „vanitas”, co cię kontentuje.
W Bogu nadzieja, miłość, kontenteca,
To twe człowiecze dziedzictwo, forteca”.

Najzamożniejszym jednak nie starczały tylko nagrobki, aby zostać w wiecznej pamięci fundowali w kościele ołtarze, altarie, a nawet kaplice... nadaremnie. Bo jak pisał wiele stuleci

później Karol Marcinkowski: „Przejdziem przez ten świat jak pielgrzymi przez puszczę, wiatr za nami wszelki ślad stóp zamiecie”. Niestety, tak stało się z tysiącami osób pochowanych na cmentarzu przy kolegiacie Św. Marii Magdaleny oraz spoczywającymi wewnątrz kolegiaty. Teraz w tym miejscu jest tylko pusty plac i mało kto pamięta, że kiedyś to było miejsce sacrum, pierwsza nekropolia królewskiego miasta Poznania.

Piśmiennictwo

1. Jurek T.: Wokół zagadek najdawniejszych dziejów poznańskiej Fary [w:] Obraz historyczno-statystyczny miasta Poznania w dawniejszych czasach. t. II, Łukaszewicz J. (red.). Poznań, 1838. Kronika Miasta Poznania, 2003, 3.
2. Stembrowicz W.: Sylwetki wybitnych polskich kardiologów - Józef Struś (1510-1568). Polskie Towarzystwo Kardiologiczne, http://www.ptkardio.pl/Jozef_ Strus_1510_1568_-683, pobrano 23.03.2013.
3. Pietkiewicz R.: Żółtarz proroka Dawida w przekładzie Walentego Wróbla. Studium bibliograficzno-bibliologiczne. PWT, Wrocław. http://wroclaw.biblista.pl/ index.php? option=com_content&view=article&id=237:otarz-proroka-dawida-w-przekadzie-walentego-wrobla&catid=24&Itemid=66, pobrano 23.03.2013.
4. Sieciechowiczowa L.: Życie codzienne w renesansowym Poznaniu 1518-1619. PIW, Warszawa, 1975, 173.

Chochowska Małgorzata[1,2], Marcinkowski Jerzy T[2]

Tanatos merda ogonem - zjawisko uczłowieczania zwierząt w kulturze na przykładzie tradycji funeralnych

1. Wyższa Szkoła Edukacji i Terapii w Poznaniu
2. Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Katedra Medycyny Społecznej

Zwierzęta towarzyszą człowiekowi od tysięcy lat. Trudno jednoznacznie określić, kiedy zaczęły znaczyć dla człowieka więcej niż ich bezpośrednia wartość utylitarna, wyrażająca się w „przydatności" do ludzkich celów, a mierzona siłą mięśni, czy czujnością zmysłów. Starożytne cywilizacje widziały w zwierzętach uosobienie boskich sił natury. Zwierzętom oddawano boską cześć zarówno w starożytnej Grecji, jak i Rzymie, a w ich ciała mieli zwyczaj przyoblekać się starożytni bogowie [1].

Najwcześniej udomowiony został pies, spełniał on w kulturze ludzkiej rolę specyficzną i niepowtarzalną. Stało się tak dzięki wyjątkowym cechom gatunkowym psa i niejako pomimo małej - w porównaniu z innymi gatunkami - roli konsumpcyjnej. Choć o spożywaniu psiego mięsa świadczą źródła pisane oraz archeologiczne znaleziska kości psów pośród innych szczątków pokonsumpcyjnych [2], to główna rola psa opierała się na pilnowaniu siedzib ludzkich, stad, pomocy w polowaniu i walce (np. psy bojowe Celtów). Z tego powodu pies był najbliższym sprzymierzeńcem człowieka w próbach okiełznania otaczającej go przyrody. Bardzo wcześnie od momentu udomowienia obserwuje się też wzrost pozautylitarnej roli tego zwierzęcia. O jego roli w obrzędowości świadczą spotykane już od epoki mezolitu pochówki psów, a w późniejszym okresie także źródła pisane, zabytki ikonograficzne oraz mitologie poszczególnych ludów [2].

Najstarsze znaleziska pochówków zwierzęcych były odnajdywane w Polsce już z końcem XIX wieku i na początku XX wieku – pochodziły one z kultury amfor kulistych (ok. 3200-2500 p.n.e.) - znaleziono 15 grobów zwierzęcych [3]. W latach 30-tych XX wieku w Brześciu Kujawskim odnaleziono 8 szkieletów bydlęcych – należących do kultury ceramiki wstęgowej rytej (ok. 5500-4900 lat p.n.e.). W latach 30-tych ubiegłego wieku odkryto także pochówek zwierzęcy należący do kultury pucharów lejkowatych (ok. 4000-3000 lat p.n.e.) [3].

Jako pochówek zwierzęcy należy rozumieć zwierzę lub zwierzęta złożone w jamie lub grobie w sposób intencjonalny przez człowieka [2]. Znalezisko takie nie może spełniać norm

pozostałych form tzw. „depozytów zwierzęcych" – czyli szczątków zwierząt o charakterze pokonsumpcyjnym i odpadkowym. W znaleziskach uznanych za pochówki zwierzęce musi znajdować się przewaga kości zwierzęcych – w przeciwnym wypadku znalezisko takie zostanie uznane za grób ludzki z domieszką kości zwierzęcych. Klauzula o intencjonalnym działaniu ma z kolei wykluczać przypadkową śmierć zwierzęcia. O intencjonalności ma świadczyć: brak śladów pokonsumpcyjnych na kościach, sposób ułożenia ciała zwierzęcia i ewentualne zorientowanie względem stron świata, dodatkowe wyposażenie grobu oraz ewentualne sąsiedztwo z grobem ludzkim. Niestety, skutki działania procesów pośmiertnych mogą ten obraz zaciemniać [3].

Archeolodzy długo spierali się na temat charakteru pochówków zwierzęcych oraz celu, jakiemu miały one służyć. Pierwsze próby interpretacji pochówków zwierzęcych (1927 rok) ograniczały się w zasadzie do pojmowania ich roli jako przejawu kultu religijnego. Dopiero Konrad Jażdżewski w 1936 roku wysunął hipotezę o tym, że same zwierzęta mogły stanowić przedmiot takiego kultu, którego źródła dopatrywał się u kultur pochodzących z basenu Morza Śródziemnego. Potwierdzeniem kultu zwierząt miały być figurki i naczynia zoomorficzne. Ponadto badacz ten sugerował istnienie związku pomiędzy grobami zwierząt z okresu neolitu a kultem bydła w Indiach. W 1958 roku Lidia Gabałówna przyjęła założenie, że wszystkie znane groby bydlęce związane były z kultem zmarłych, przy czym zabijane zwierzęta same były otaczane czcią. Samodzielne groby zwierzęce uznała za tzw. „kenotafy" – czyli pochówki zwierzęce czynione zamiast pochówków ludzkich. Innego zdania był Tadeusz Sulimirski, który w 1959 roku snuł przypuszczenia, że zwierzęta składane do grobu miały stanowić dla niego ofiarę – świadczyć o wysokiej pozycji zmarłego lub towarzyszyć w zaświatach (np. w przypadku psa). Z kolei samodzielne pochówki zwierzęce badacz ten uznawał za krwawe ofiary składane siłom przyrody. Do tej hipotezy przychylił się również Hermann Behrens w 1964 roku, uznając samodzielne pochówki zwierzęce za ofiarę dla sił przyrody, uznał jednak, że pochówki psów mogły stanowić ekwiwalent bardziej kosztownego wyposażenia zmarłego na drogę w zaświaty (np. zamiast pary wołów). W 1974 roku Zygmunt Krzak dowodził, że składanie zwierząt w ofierze ma miejsce nieprzerwanie od starożytności do niemal czasów współczesnych – ofiary składali Egipcjanie, Grecy, Celtowie, Germanie i Słowianie. Uważał on, że źródła pisane (hymny Rigwedy, teksty hetyckie, poematy Homera) dowodzą utylitarnego charakteru pochówków zwierzęcych. Zabicie zwierzęcia miało zagwarantować pomyślność zarówno w życiu doczesnym, jak i wiecznym [3].

Wreszcie Axel Pollex w 1999 roku pogrupował pochówki zwierzęce związane z grobem ludzkim na czynione z następujących motywów: 1) socjologicznych – wskazywały na

wysoki status pochowanego; 2) religijnych – zwierzęta jako człowieka w drodze pośmiertnej; 3) emocjonalnych – ulubione zwierzęta. Z kolei samodzielne groby zwierzęce badacz ten podzielił na: 1) totemistyczne - grób zwierzęcia „totemu"; 2) emocjonalne – grób zwierzęcia otaczanego szacunkiem oraz 3) religijne – ofiary zakładzinowe, ofiary dla bogów lub symbol wskrzeszenia. Według Axela Pollexa o specjalnym charakterze znalezionego obiektu z pochówkiem zwierzęcym decydują: ślady ognia, dodatkowe wyposażenie, wiek zwierzęcia oraz specjalny sposób, w który je potraktowano. Przy czym badacz zauważa, że czynniki te są kluczowe w podejmowaniu próby odpowiedzi na pytanie, czy mamy do czynienia z grobem, ofiarą, czy darem grobowym.

Publikacje archeologiczne w szerokim stopniu opisują powyższe zagadnienia –. zainteresowanych czytelników pozostaje odesłać do literatury fachowej, gdyż zarówno ramy tej pracy, jak i ograniczona wiedza autorów nie pozwalają na szersze ujęcie tematu. Warto tu polecić choćby monumentalne dzieło Hermanna Behrensa z 1964 roku, omawiające problematykę pochówków zwierzęcych w okresie neolitu i początkach epoki brązu. Warto także wspomnieć o pracy Teresy Węgrzynowicz z 1982 roku: „Szczątki zwierzęce z czasów ciałopalenia zwłok" – nawiązującej w obszernych częściach do neolitu oraz będące aktualne dla wszystkich okresów; a także o pracy Małgorzaty Andrałojć: „Pochówki psów u pradziejowych społeczeństw Europy Środkowej" z 1986 roku [2].

Powyższe rozważania dowodzą faktu, że podnoszona ostatnio personifikacja zwierząt nie jest zjawiskiem nowym. W obecnych czasach mamy do czynienia z pewnym dualizmem w podejściu do zwierząt. Z jednej strony media przytaczają często przykłady znieczulicy i bestialskiego traktowania naszych „braci mniejszych": głodzenia, bicia czy beztroskiego porzucania na autostradzie w czasie kanikuły, z drugiej zaś strony obserwuje się zjawisko permanentnego uczłowieczania zwierząt domowych i uznawania ich za pełnoprawnych członków rodziny. Traktowanie zwierzęcia jako kolejnego dziecka w rodzinie dowodzą następujące opinie: „Mój pies jest członkiem rodziny, a tato mówi, że nasza suczka jest jego trzecią córką" [5].

Gorzej, gdy jedyne dziecko w rodzinie jest właśnie czworonożne – w Japonii mówi się nawet o modelu „on, ona i pies", co oznacza, że młode małżeństwa nie chcąc brać na siebie zobowiązań wynikających z trudu wychowywania dziecka, zadowalają się substytutem rodzicielstwa, przelewając swoją miłość na psa właśnie [4]. Pomimo wysiłków rządu i polityki prorodzinnej, dzietność w Japonii spada, za to liczba psów przekroczyła w tym kraju 13 milionów [5].

Z drugiej strony na skutek rozluźnienia więzi społecznych i zaniku wielopokoleniowej struktury rodziny, przysłowiowy „pies" bywa jedynym towarzyszem osoby starszej, dzieli z nią radości i smutki – jest z nią aż do śmierci. Nic więc dziwnego, że po śmierci takiego czworonożnego „domownika" należy zapewnić mu godne miejsce spoczynku. Jak mówi Urszula Sajewicz-Radtke, psycholog ze Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej: „pogrzeb ulubionego czworonoga, gada czy ptaka to jeden z elementów charakterystycznych dla współczesnej kultury uczłowieczania zwierząt. Stworzenie, z którym mieszkało się przez kilkanaście lat i często do niego mówiło, trudno przecież wyrzucić jak rozwalone krzesło" [6]. „Bardzo wielu ludzi jest bardzo zżytych ze swoimi pupilami. Traktuje je się jak kolejnych członków rodziny. Pomyślmy sobie choćby o osobach starszych, samotnych. Zwierzęta są dla nich jedynym stworzeniem, z którym stale przebywają na co dzień. Moment śmierci pupila to dla nich prawdziwy dramat. Nie wyobrażają sobie zaniesienia czworonoga do schroniska i utylizacji jego szczątków w spalarni" [7].

Tymczasem po śmierci pupila powinno się jego szczątki dostarczyć właśnie do przedsiębiorstwa, które ma podpisaną z daną gminą umowę dotyczącą utylizacji – np. schronisko dla zwierząt. Ciała zwierząt domowych traktowane są jako „odpady niebezpieczne 1 kategorii" i należy je - zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady Unii z 2002 roku [8] – utylizować w spalarniach, razem z innymi „odpadami" pomedycznymi. Kremacja psa kosztuje w poznańskim schronisku 25 zł, a kota 10zł [9], natomiast w Szczecinie – 50zł [8].

Jednak tak naprawdę niewiele osób poddaje się temu obowiązkowi. Za przykład niech posłużą dane szczecińskie: „Szczeciński Oddział Towarzystwa Opieki nad Zwierzętami (który zajmuje się inkasowaniem tzw. podatku od psa) dysponuje bazą danych prawie 20 tys. właścicieli psów. Zapewne jest ich (psów) nieco więcej. Nie wszyscy rejestrują czworonogi, nie ma żadnego systemu sprawdzania, kto płaci, a kto nie za psa. Kotów i drobniejszych zwierząt nie liczy nikt. Przyjmijmy, że w grę wchodzi ok. 30 tys. zwierzaków. To oznacza, że rocznie ponad 2 tys. psów i kotów żegna się z tym światem. Co z ich zwłokami robią właściciele?" [8]. W Szczecinie utylizacją martwych czworonogów zajmuje się spalarnia w Śmiłowie - w 2010 roku z jej usług skorzystało zaledwie 350 właścicieli zwierząt - przeważnie psów i kotów [8]. W tym przypadku bardzo zasadne staje się pytanie o to, co stało się z pozostałymi 1700 martwymi czworonogami?

Większość z nich spoczywa zapewne na działkach i terenach prywatnych, w podmiejskich lasach, skwerach, nadrzecznych bulwarach… W marcu 2010 roku strażnicy miejscy znaleźli w jednym ze szczecińskich parków świeży grób psa – był pomnik i znicze

[7]. W Krakowie zwierzęta są nielegalnie grzebane w Lasku Wolskim, a nawet Parku Jordana [9].

Przepisy nie pozwalają na grzebanie czworonożnych przyjaciół w miejscach przypadkowych – nie można ich nawet pochować we własnym ogródku [10]. Niestety ,należy jasno powiedzieć, że zwłoki pochowanego nielegalnie zwierzęcia stanowią ryzyko epidemiologiczne, a grzebanie zwierząt w miejscach do tego nieprzeznaczonych jest zabronione - zgodnie z przepisami ochrony środowiska [5]. Jak mówi Mirosław Michalczuk – Naczelnik Wydziału Inspekcji z Wojewódzkiego Inspektoratu Ochrony Środowiska w Białymstoku: „Padłe zwierzę jest odpadem i należy przekazać je jednostce wyspecjalizowanej i posiadającej uprawnienia do utylizacji. Padłe zwierzę jest materiałem organicznym i rozłoży się w gruncie, ale może spowodować zagrożenie epidemiologiczne. Przede wszystkim należy rozpatrzyć taką sytuację od strony zagrożenia sanitarnego. Pozostałości z rozkładu mogą przedostać się np. do wód podziemnych i gruntowych i doprowadzić do zanieczyszczenia takich wód" [5].

Niejasny jest wymiar kary, który można otrzymać w Polsce za pochowanie pupila pod przysłowiowym „krzakiem róży" – jedne źródła podają, że może być to nawet 500 zł mandatu [7, 8], z kolei gdzie indziej możemy przeczytać, że straż miejska nie ukaże mandatem osoby która dopuści się tego czynu, bo nie ma przepisu egzekwującego takie zachowanie - w takiej sytuacji sporządzony zostanie wniosek do sądu [5]. W Niemczech - podobnie jak w Polsce - zabronione jest zakopywanie ciała zwierzęcia w lesie czy na łące – grozi za to kara 15 tysięcy euro [11]. Natomiast w Niemczech dopuszczane jest grzebanie zwierząt na własnej działce, jednak mieszkańcy niektórych landów muszą wystąpić najpierw do urzędów weterynaryjnych o zgodę – wydanie której może się przeciągnąć nawet do dwóch tygodni, co z oczywistych względów jest bardzo kłopotliwe dla właściciela martwego czworonoga. Niestety, na „niecierpliwych" czekają bardzo wysokie kary – sięgające 10 tysięcy euro [11].

Rozwiązaniem dla osób, które nie potrafią pogodzić się z oddaniem swojego pupila do spalarni, a nie chcą też łamać prawa są zwierzęce cmentarze – zwane grzebowiskami. W Niemczech jest 120 grzebowisk, na których zostaje pochowany co dziesiąty z ponad 2,5 tysiąca umierających codziennie psów i kotów (szacuje się, że w kraju tym żyje 22 miliony zwierząt domowych) [11]. W nowożytnej Europie pierwsze grzebowisko zwierząt otwarto oficjalnie w 1881 roku, na terenie londyńskiego Hyde Parku [12], jednak obecnie najwięcej miejsc tego typu znajduje się w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie. Za jedno z najbardziej luksusowych uchodzi grzebowisko w Hartsdale –w okolicach Nowego Jorku [12]. Przywilej pochówku w Hartsdale został opłacony jednemu z psów przez amerykańską armię – był to

pies służący w jej szeregach [12]. Z kolei innemu psu „wieczny odpoczynek" opłaciła w tym miejscu Liga Antywiwisekcyjna – pies ten miał oddać życie w służbie nauki [12]. Na zwierzęcym cmentarzu w Dortmundzie jest z kolei najwięcej grobów kocich [11]. Popularność cmentarzy zwierzęcych na zachodzie Europy może wynikać z obowiązku rejestracji zwierząt – np. we wspomnianych Niemczech psy są znakowane elektronicznie. Kiedy zwierzę umiera, jego właściciel musi je wyrejestrować i przedstawić książeczkę zdrowia z adnotacją, że pochówek odbył się w miejscu do tego przeznaczonym [10].

Wydaje się, że w Polsce tego typu regulacje są też kwestią czasu – tymczasem w naszym kraju problem „godnego pochówku" zwierząt domowych pozostaje nierozwiązany. Należy zauważyć bowiem, że w Polsce istnieje tylko 10 legalnych grzebowisk zwierząt – przeważnie w okolicach większych miast – Białegostoku (od 2005 roku) [13], Wrocławia, Torunia (od 2008 roku) [14], Łodzi czy Gorzowa [15]. Najstarszym i największym miejscem tego typu jest powstałe w 1991 roku grzebowisko w Koniku Małym koło Warszawy [13] - w 2011 roku było tam pochowanych 7 tysięcy zwierząt domowych [8].

Pod koniec lat 90-tych (1997 rok) pojawiły się przepisy, które nakładały na gminy obowiązek zorganizowania cmentarzysk zwierząt [16]. Z tego powodu w wielu miastach podjęto działania zmierzające do wyznaczenia takich miejsc - w Poznaniu przy ulicy Wrzesińskiej na Miłostowie (w okolicy znajduje się duży cmentarz komunalny) [16]. Prowadzeniem cmentarza dla zwierząt w Poznaniu miała się zająć prywatna firma, jednak jak twierdzi Maciej Dźwig z Wydziału Gospodarki Komunalnej i Mieszkaniowej – pomimo ogłoszenia konkursu przez miasto - „nie było jednak chętnych na tego typu działalność" [16]. Sprawa utknęła w martwym punkcie, a w międzyczasie zmieniły się przepisy i obecnie gminy muszą jedynie umożliwić mieszkańcom utylizację martwych zwierząt (np. poprzez kremację). Działania zmierzające do urządzenia grzebowiska w Poznaniu zostały wstrzymane [16].

Również historia zabiegów wokół powstania grzebowiska pod Krakowem sięga lat 90-tych, kiedy to wskazano miejsce w Batowicach – w pobliżu istniejącego cmentarza komunalnego. Niestety, pomysł ten został oprotestowany przez tamtejszych mieszkańców, którzy nie mogli pogodzić się z faktem, że zwierzęta będą spoczywały tak blisko ludzi. W 2009 roku wydział Skarbu Urzędu Miasta Krakowa złożył wnioski o ustalenie warunków zabudowy dla dwóch grzebowisk: na działkach przy ul. Hallera oraz na Prądniku Czerwonym. Niestety ponownie na Woli Suchackiej pojawiły się protesty - głosów sprzeciwu nie słychać jednak dla drugiej z wymienionych lokalizacji, a miejsce ogrodzone ulicami i torami kolejowymi wydaje się dogodne [9].

Zawieszone zostały też działania zmierzające do utworzenia cmentarzyska w Inowrocławiu – miało ono powstać w okolicy planowanego schroniska dla psów na ulicy Bagiennej. Jak mówi Irena Nowakowska – szefowa organizacji Animals w Inowrocławiu - takie działanie miałoby ten dodatkowy wymiar, że: „człowiek przy okazji odwiedzin swojego zwierzaczka widziałby smutne oczy psów przebywających w schronisku. Może zlitowałby się nad którymś i przyjął pod swój dach" [14]. Powodem zawieszenia rozmów nad stworzeniem cmentarzyska w Inowrocławiu miał być - według słów rzecznika prasowego inowrocławskiego ratusza – brak odpowiedniego terenu, który można by przeznaczyć na taki cel: „Nie posiadamy wolnych i na tyle dużych obszarów, które moglibyśmy przeznaczyć na cmentarz dla zwierząt. Zlokalizowanie takiego miejsca wiązałoby się z koniecznością spełnienia restrykcyjnych wymogów sanitarno-epidemiologicznych" [14].

Okazuje się jednak, że działka przeznaczona na cmentarzysko dla zwierząt nie musi być bardzo duża – wprawdzie wielkość działki przeznaczonej pod grzebowisko w Prądniku Czerwonym pod Krakowem wynosi 8000 m^2 [9], ale w Rzędzianach pod Białymstokiem tylko 1000 m^2 [17].

To prawda, że zachodzi konieczność spełnienia pewnych wymogów „sanitarno-epidemiologicznych", a samo cmentarzysko powinno być objęte nadzorem weterynaryjnym, jednak wspomniane kryteria nie są na tyle rygorystyczne, by uniemożliwiać powstanie tego typu miejsc - zwłaszcza jeśli cmentarzysko ma stanowić miejsce spoczynku „małych zwierząt" (o masie do 20 kg), czyli większości zwierząt domowych. Udało się sprostać tym kryteriom m.in. w Rzędzianach pod Białymstokiem, gdzie od 2005 roku istnieje grzebowisko: „nie znaleźliśmy przeciwwskazań, które uniemożliwiałyby stworzenie cmentarza do grzebania małych zwierząt. (…) Nawet Sanepid, który poprosiliśmy o wydanie opinii uznał, że nie będzie on miał negatywnego wpływu na środowisko - mówi Karina Kurzewska, naczelnik wydziału architektury Starostwa Powiatowego. - A poza tym uważam, że należy pochwalić pomysłodawcę, bo na pewno chce stworzyć coś pożytecznego" [13].

Jak można się zorientować na podstawie powyższych rozważań, władze samorządowe w Polsce z różnych przyczyn odkładają działania związane z powstaniem grzebowisk, z tego powodu większość tych już istniejących w Polsce powstała z inicjatywy prywatnej [13]; zdarzają się też cmentarzyska zarządzane przez spółki miejskie (w Toruniu czy Gorzowie) [8]. Podobnie jest w Niemczech – większość cmentarzysk jest w rękach prywatnych, a tylko nieliczne należą do towarzystw ochrony zwierząt [11].

Interesujące są motywy, które skłoniły pomysłodawców do założenia cmentarzysk. Witold Wojda, właściciel najstarszego polskiego cmentarzyska zwierząt w Koniku Nowym,

opisuje następującą historię: „Przeczytałem w gazecie list pewnej pani, która straciła psa. Chciała się z nim godnie pożegnać (…) Prosiła panów wywożących odpady, by go gdzieś zakopali, zapłaciła im, a oni wrzucili go na górę śmieciarki. Serce mało jej nie pękło. Pomyślałem wtedy, że warto stworzyć miejsce, gdzie można by godnie pochować zwierzęta. Pomysł chwycił" [18].

Na osobiste przeżycia, choć co ciekawe, za każdym razem wynikające ze śmierci innego czworonoga – jako bezpośredniego impulsu do powstania grzebowiska – wskazuje też Krzysztof Iwaszko, właściciel cmentarzyska w Rzędzianach pod Białymstokiem: „Na pomysł otwarcia cmentarza dla zwierząt wpadłem, kiedy zadzwoniła do mnie zrozpaczona koleżanka, mieszkająca w bloku i poprosiła, bym pochował jej zdechłego królika. (…) Ten królik jest pierwszym zwierzęciem, pochowanym na cmentarzu tyle, że nielegalnie" [12]; a w innym miejscu: „Na taki pomysł wpadłem w dniu, kiedy ktoś z dalszej rodziny zadzwonił ze smutną wiadomością. Odszedł jego ukochany pies. Nie było mowy o pozostawieniu go po eutanazji w gabinecie weterynarza. Kuzyn chciał psa gdzieś pochować. I dopiero kiedy wrócił z martwym pupilem do mieszkania w bloku, w centrum miasta, uświadomił sobie, że nie wie, co zrobić. Stąd telefon do mnie, bo mieszkam tu, w Rzędzianach" [10]. A w jeszcze innym miejscu: „Zakładając go (cmentarz dla zwierząt – przypis autora), inspirowaliśmy się Kargulem i Pawlakiem (…). W popularnej komedii zobaczyliśmy, że taki cmentarz był w Ameryce. Pomyśleliśmy, dlaczego by nie otworzyć czegoś takiego u nas? My Polacy lubimy sprowadzać różne mody z USA, więc i pochówkami zwierząt też mogą być u nas ludzie zainteresowani. Na Podlasiu chowanie zwierząt na cmentarzach nie jest jednak jeszcze tak popularne, jak w Stanach. Zainteresowanie jednak wzrasta" [19].

Okazuje się, że czynnik ekonomiczny, zazwyczaj fundamentalny przy planowaniu każdej inwestycji może nie być w tym przypadku tak oczywisty. Najpierw należy wydać pieniądze na zakup gruntu, następnie urządzić teren, a potem cierpliwie czekać na zwrot inwestycji. Krzysztof Iwaszko, właściciel cmentarzyska w Rzędzianach: „…cmentarz funkcjonuje już trzy lata. W tym roku po raz pierwszy wyjdę na zero, nie dopłacę do interesu" [19]. Utworzenie grzebowiska w Gorzowie kosztowało 300 tysięcy złotych: „Grzebowisko stworzyliśmy na gruncie o powierzchni 1ha, który należy do naszej spółki. Wszystkie formalności trwały zaledwie kilka miesięcy. Teren został ogrodzony, stworzyliśmy alejki, zasadziliśmy zieleń, postawiliśmy budynek do przechowywania zwłok" [15]. Dyrektor gorzowskiego zakładu Utylizacji Odpadów – Magdalena Sobierajczyk przyznaje, że taka działalność nie jest opłacalna: „…prawie wychodzimy na zero. Zresztą nie chodzi o to, żeby na takiej działalności zarabiać. Najważniejsze jest rozwiązanie problemu, który tworzy się po

śmierci pupila. Teraz właściciele zwierzaków, którzy czują taką potrzebę, mogą godnie je pożegnać i bez skrępowania odwiedzać miejsce pochówku" [15]. Właśnie z uwagi na koszty samorządy chętnie powierzają prowadzenie cmentarzyska partnerom zewnętrznym – np. w Krakowie wyłoniono przedsiębiorcę, który będzie dzierżawił teren przeznaczony pod cmentarzysko przez 15 lat, po czym stanie się on jego własnością [8, 9].

Warto zadać sobie pytanie: kto decyduje się na pozostawienie szczątków pupila na cmentarzu dla zwierząt? Właściciele grzebowisk określają swych klientów w samych superlatywach. Karin Denkema (zarządzająca cmentarzyskiem w Dortmundzie Kley): „Korzystają z tej możliwości nie tylko starsze osoby, bardzo przywiązane do swoich ulubieńców. Coraz częściej o godny pochówek zabiegają młode rodziny z dziećmi" [11]. Krzysztof Iwaszko (właściciel cmentarzyska w Rzędzianach): „Ludzie, którzy decydują się na taki pogrzeb, byli bardzo związani uczuciowo ze swoimi pupilami. (…) Osoby starsze, często samotne – to chyba najliczniejsza grupa. Pies czy kot był ich jedynym towarzystwem przez długie lata. Zapełniał pustkę" [10]. Emil Wojda (właściciel cmentarzyska „Psi Los" w Koniku Nowym): „Ci ludzie, którzy pochowali tu swoje pupile, według mnie, są wspaniali (…) Widać, że naprawdę kochali swoje zwierzęta i nie mogli zostawić ich gdzieś w lesie czy po prostu wyrzucić do śmietnika" [13]; a w innym miejscu: „To są inni ludzie, wrażliwsi (…) Ktoś, kto odwiedza grób swojego zwierzaka, musi być dobry" [18]. Tomasz Jagielski (właściciel cmentarzyska „Tęczowy Most" w Szymanowie pod Wrocławiem): „Właściciele często traktują zwierzęta jak zmarłych członków rodziny" [18]. Podobnego zdania są też weterynarze: Wojciech Anczurowski: „Właściciele często przenoszą na nie całą swą czułość, traktują je jak ludzi, przeżywają też ich śmierć" [18].

Na cmentarzyskach zwierząt najwięcej jest wprawdzie psów i kotów, ale można tu pochować praktycznie każdego domowego pupila: króliki, świnki morskie, rybki czy węże [17]. W Rzędzianach: „Chociaż w nazwie cmentarza mówi się o ptakach (oficjalna nazwa cmentarzyska pod Białymstokiem to: „Grzebowisko małych zwierząt – ptaków i ssaków" – przypis autora), dotychczas jeszcze nie było takiego pochówku. Za to znalazł się sporych rozmiarów legwan. (…) Chomiki, świnki morskie – to drobnica. (…) Ale mamy tu też świnkę wietnamską. A to już nie przelewki, jakieś 60-70 kilogramów" [10]. Na „Psim Losie" pod Warszawą oprócz psów i kotów spoczywa: „…trochę kanarków, papug, szczurków, fretek i żółwi. (…). Ale i grób konia można znaleźć - ktoś przywiózł tu jego prochy" [18].

Być może z czasem w Rzędzianach zajdzie konieczność stworzenia Alei Zasłużonych Zwierząt. Decyzją Komendanta Policji w Białymstoku, w kwietniu 2010 r. został tam pochowany pierwszy w Polsce służbowy pies policyjny Riki, noszący służbowe imię:

Wadzon [13]. Jednak przeciwko tworzeniu Alei Zasłużonych Zwierząt pojawiają się głosy krytyczne – Adam Nowicki (student Politechniki Białostockiej): „Cmentarz dla zwierząt? Czemu nie. Jak ktoś chce, żeby jego zwierzak miał mogiłę to proszę bardzo, ale nie róbmy ze zwierząt ludzi, a to ewidentnie nadanie zwierzęciu przywilejów ludzkich" [5].

Nadaniem przywilejów ludzkich martwym zwierzętom jest też posiadanie przez nie własnego dnia wspominkowego. Dzień Pamięci o Zmarłych Zwierzętach jest Obchodzony w pierwszą niedzielę października – ze względu na zbieżność ze wspomnieniem świętego Franciszka, patrona zwierząt. Franciszek z Asyżu kojarzony jest ze szczególnie ciepłym i pełnym serca podejściem do „braci mniejszych" [10] – rzeczywiście warto w ten dzień pomyśleć o czworonożnych „domownikach", których już z nami nie ma.

Tego dnia cmentarzyska zwierząt ożywają. Co roku w pierwszą niedzielę października do Konika Nowego zjeżdżają tłumy, jak mówi właściciel Emil Wojda: „samochodu nie ma gdzie postawić. Kwiatki zostawią, świeczkę zapalą. Niektórzy przyprowadzają ze sobą nowe psy" [18]. Na grzebowiskach zwierząt rojno jest też w dniu 1 listopada – trudno przecież zapomnieć o czworonożnym członku rodziny: „W okolicach 1 listopada ruch się zwiększa. Nastrój taki, że ludzie ciągną i na ten cmentarzyk daleko za miastem" [10].

Nieco inne zwyczaje panują w Niemczech – tam na cmentarzyskach zwierząt uroczyście świętuje się koniec listopada – Niedzielę Zmarłych (Totensonntag), która jest ewangelickim odpowiednikiem Zaduszek. Wówczas na cmentarzysku zwierząt w Dormagen i Kolonii: „Rozbrzmiewają pieśni religijne, czytane jest Pismo Święte i wygłaszane kazanie. Uroczystości prowadzi Brigitte Bußmann, z wykształcenia teolog. Organizuje też modlitwy za zwierzęta cierpiące w masowych hodowlach, transportowane w niegodnych warunkach, bite, głodzone i maltretowane w laboratoriach naukowych" [11]. Ponadto na niektórych niemieckich cmentarzyskach kilka razy w roku odbywają się msze dziękczynne, na które wierni przychodzą ze swoimi zwierzętami. Co ciekawe, zdaniem Timo Rieg'a ze Stowarzyszenia Akcja Zwierzęta i Kościół (AKUT) w Bochum (celem stowarzyszenia jest włączenie zwierząt w życie Kościoła) - Kościół Ewangelicki nie protestuje przeciwko tym praktykom [11].

Należy jednak podkreślić, że w Koniku Nowym odwiedzający pojawiają się też w zwykłe niedziele – specjalnie z myślą o nich pod bramą cmentarzyska pojawia się stragan „…z kwiatami, świeczkami i wiatraczkami. Ludzie przyjeżdżają, wspominają, rozmawiają. Znają się, jeden drugiemu pomoże, gdy brakuje czasu, by przyjechać na grób i zapalić znicz" [18].

Niektórzy mają stałe pory odwiedzin – np. cztery razy do roku [18], inni przyjeżdżają w rocznicę śmierci zwierzęcia [18], jeszcze inni pojawiają się co miesiąc: „jest starsza pani, która raz w miesiącu przyjeżdża tu taksówką. Odkłada sobie specjalnie na ten cel pięćdziesiąt złotych" [10].

Dla osób, które nie mogą osobiście odwiedzić pupila pozostają odwiedziny wirtualne – usługę taką oferuje cmentarz w Rzędzianach. Po wpisaniu imienia zwierzęcia i numeru kwatery pojawia się zdjęcie mogiłki [12].

Cmentarzyska zwierząt, tak jak cmentarze ludzkie odzwierciedlają pewien „narodowy temperament". Dla przykładu na polskich cmentarzach znajdziemy zawsze feerię sztucznych kwiatów i znicze we wszystkich kształtach i kolorach, z kolei o groby na cmentarzach francuskich dba się bardziej powściągliwie - żywe kwiaty są luksusem, który należy się tylko wybitnym zmarłym – i to też nie wszystkim. Na sławnym paryskim cmentarzu Peire-Lachaise (na którym pochowana jest m.in. Edith Piath i Jim Morrison), jednym z niewielu grobów na którym zawsze leżą świeże kwiaty jest ten, w którym spoczywa Fryderyk Chopin. Dba o to polonia francuska.

O zmarłych zwierzętach pamięta się jeszcze wiele lat po śmierci, na mogiłkach pojawiają się ulubione zabawki. Z uwagi na wspomniany powyżej „narodowy charakter" na wielu grobach zwierzęcych leżą w Polsce: „smycze, kagańce, kolczatki, ogryzione lateksowe kości, wytarmoszone maskotki-pluszaki bez ucha lub ogonka" [10]. Są też przykłady prawdziwego zagospodarowania terenu wokół grobu:: „grób otacza jasny płotek, wewnątrz rozrzucono biały żwir. Na środku stoi wazon z ciętymi kwiatami, a dookoła osiem sztucznych bukietów. Między nimi pięć średniej wielkości zniczy i szósty, ogromny. O tablicę oparto zdjęcie kota, do złotej ramki przyklejono czerwone serduszka. Nad tym wszystkim góruje sztuczny kwiat z doczepioną do niego biedronką" [18].

I jeszcze jedna, typowo „lokalna" impresja – podobnie jak na ludzkich cmentarzach, na cmentarzyskach zwierzęcych zdarzają się kradzieże! Jednemu z pochowanych psów ukradziono posadzoną na mogiłce choinkę i cyprys [18].

Jeżeli w jednym grobie pochowane jest więcej niż jedno zwierzę należące do jednej rodziny, właściciele starają się traktować je sprawiedliwie. Warto przytoczyć sytuację zaobserwowaną na cmentarzysku w Koniku Nowym. Tak mówi właścicielka odwiedzająca grób swoich pupili: „Dzisiaj jest pierwsza rocznica śmierci naszego kota Dio. Zapaliliśmy świeczkę, zmieniamy wystrój grobu - mówi. I kładzie na płycie bukiecik fioletowych róż przetykanych białymi kwiatkami. Obok stoi choinka z dwoma serduszkami, też fioletowymi - po jednym na zwierzaka, bo przy kocie leży Pirat, owczarek podhalański" [18].

Na tablicach nagrobnych są też odpowiednie inskrypcje: „Najdzielniejszy, najweselszy, najbardziej kochany przyjaciel. (…) Na tablicach powtarzają się słowa: „wyjątkowy", „ukochany", „niezapomniany". Obok imion Oskar, Vega, Gałgan czy Rzepa wygrawerowano daty śmierci lub długość życia. (…); „Kochanie, odeszłaś za szybko, pogrążając nas w rozpaczy i łzach" [18].

Z powyższych rozważań wynika, że na cmentarzyskach zwierząt uwidocznione jest wyraźnie dążenie właścicieli do indywidualizowania miejsca pochówku. Każdy czworonóg jest przecież wyjątkowy. W tym kontekście antagonizmem jest próba unifikacji terenu cmentarzysk. Właściciele grzebowisk przyznają, że sposób, w jaki ludzie troszczą się o swoje zmarłe zwierzęta przerósł ich oczekiwania: „Miało być płasko, równiutko, jak na amerykańskim cmentarzu. Żeby kosiarka bez przeszkód przejechała i skosiła trawę. (…) Ale nic z tego nie wyszło. Płyty wprawdzie są płaskie, ale ludzie ustawiają na nich znicze, figurki swoich pupili, zostawiają ich ulubione zabawki" [10].

Właściciel cmentarzyska pod Białymstokiem, wychodząc naprzeciw zróżnicowanym oczekiwaniom klientów, chciał wprowadzić możliwość wykupienia płyty granitowej, jednak żaden z kamieniarzy, z którymi rozmawiał nie chciał współpracować [5]. Przyznaje ponadto, że przez pewien czas miał także problem ze znalezieniem osoby do obsługi cmentarza – „grabarza" [5].

Przy pochówku na polskich cmentarzyskach nie używa się trumien: „Trumien nie ma. Jakiś producent w Polsce próbował zapełnić i tę niszę, ale nie było zainteresowania. Dlatego zwierzęta zawijane są w materiał – białe płótno. Żadne tkaniny syntetyczne nie wchodzą w grę. Ze względów sanitarnych przed zakopaniem zwłoki przysypywane są wapnem" [10]. W Niemczech taka małą trumnę można zamówić [11].

W Polsce nie oferuje się też możliwości transportu martwych zwierząt – właściciel musi zwierzę dostarczyć własnymi środkami transportu. Co z osobami, które nie dysponują własnym środkiem transportu? – jak wiadomo grzebowiska znajdują się często poza zasięgiem komunikacji miejskiej. Zresztą nie wiadomo, czy środkami komunikacji miejskiej można w ogóle przewozić martwe zwierzęta. Tak czy inaczej, właściciele tacy muszą sobie „jakoś" poradzić: „…czasami mają problem z dowiezieniem zwłok (…) Jak nie ma syna czy zięcia z samochodem, proszą sąsiada. Jakoś sobie radzą" [10].

Formalności pogrzebowe związane z pochówkiem zwierzęcia można sfinalizować w ciągu jednego dnia [17] - pogrzeb zgłosić można telefonicznie [17]. W Polsce na pogrzeb pupila przybywają wszyscy domownicy, także z pozostałymi zwierzętami [17]. Późniejsze odwiedziny pochowanego pupila także przebiegają w towarzystwie innych domowych

czworonogów – z cmentarzysk zwierzęcych nie sposób przecież wygonić żadnego czworonoga [17].

Z kolei na cmentarzu w Dortmundzie Kley pochówkom nie towarzyszą specjalne ceremonie. Niekiedy właściciel wygłasza mowę pożegnalną w obecności członków rodziny. Niektórzy pozostawiają kwiaty, listy czy inne pamiątki [11]. Z kolei na grzebowisku w berlińskiej dzielnicy Tempelhof, właściciele pochowanych tam zwierząt mogą uczestniczyć w uroczystych ceremoniach pogrzebowych, mogą nawet ustawić na grobie zwierzęcia krzyż [11]. Co prawda właściciel tego cmentarzyska Reinhold Feldkamp - przewodniczący Niemieckiego Związku Zakładów Pogrzebowych dla Zwierząt (BVT) – przyznaje, że Kościół jest nieprzychylny umieszczaniu symboli religijnych na grobach zwierząt, ale jego zdaniem działanie takie wyrazem bardzo osobistego stosunku do zwierzęcia [11]. Symboli religijnych nie można umieszczać na polskich grzebowiskach zwierząt – jest to np. zastrzeżone w regulaminie cmentarzyska pod Białymstokiem [10].

Za pochówek czworonożnego przyjaciela rodziny należy oczywiście zapłacić, a wątek ten dotychczas nie poruszany w niniejszej pracy przedstawia się ciekawie.

W Szymanowie koło Wrocławia za jedno miejsce należy zapłacić 250 zł, dodatkowo co dwa lata trzeba przedłużyć korzystanie z grobu, co kosztuje kolejne 20 zł. W cenę wliczony jest koszt płyty nagrobnej i tabliczki z imieniem zwierzęcia [13]. Również w Koniku Nowym koszt pochówku wynosi 250 zł [13], jednak jeżeli zwierzę waży ponad 20 kg, za pochówek należy dopłacić 100 zł, pochowanie kolejnego pupila w tym samym grobie kosztuje 150 zł, a za całoroczną opiekę nad grobem należy zapłacić 50 zł [18]. W Rzędzianach koszt najtańszego pochówku wynosi 100 zł, najdroższy może być 2-3 razy droższy (zależy to m.in. od wielkości zwierzęcia) [5]; dochodzi też roczna opłata za utrzymanie grobu, w wysokości kilkudziesięciu złotych [10] - w cenę wliczone są: „…czynności pochówkowe w tym wynagrodzenie grabarza, koszt miejsca, betonowa czarna płyta i metalowa tabliczka z imieniem zwierzaka” [5]. Dla osób na emeryturze może być to spory wydatek, jednak według słów jednego z właścicieli cmentarzysk: „…nie żałują na ten cel” [10].

Korzystanie z usług wzmiankowanego już cmentarzyska zwierząt w Dortmundzie na tle rodzimych placówek tego typu, wydaje się dość drogie: „właściciel musi się liczyć z kosztami od 80 euro (za małe zwierzę) do 180 euro (za dużego psa) rocznie. Najkrótszy okres wynajmu miejsca pod grób wynosi zwykle 2-3 lata. Do tego dochodzi cena pochówku - od 80 do 125 euro, jeśli zwierzę ma spocząć w kartonie. Trumna to dodatkowy wydatek: od 35 do 120 euro - w zależności od wielkości. Niemieckie cmentarze oferują też całoroczną

pielęgnację grobu, spalenie zwłok w jednym ze zwierzęcych krematoriów, a nawet opiekę psychologa dla pogrążonego w smutku właściciela" [11].

Co zrozumiałe jeszcze drożej jest w najdroższym mieście świata, stolicy Japonii – Tokio. W dzielnicy Ikebukuro znajduje się kilkupiętrowy dom pogrzebowy „Zwierzęca Brama Aniołów". Na parterze tego przybytku, w atmosferze pełnej dostojeństwa można wybrać urnę dla swojego pupila, bez względu na to, czy: „…przyszliśmy z psem, kotem, iguaną, chomikiem, czy rybką nadymką" [4]. Najdroższe ceremonie odbywają się tu na czwartym piętrze: „Koszt pochówku zależy od wagi zwierzątka i może osiągać ceny powyżej tysiąca dolarów. Na tym piętrze za roczne wynajęcie oszklonej niszy, w której przechowuje się urnę, trzeba zapłacić 200 dolarów. W zamian za to rodzina może odwiedzać zmarłego kiedy tylko ma na to ochotę i pomodlić się nad jego prochami w ciszy i skupieniu" [4]. Okazuje się, że im niżej, tym taniej: „piętro niżej cena tej usługi spada o 100 dolarów. Najtaniej jest na pierwszym piętrze, gdzie mieści się coś w rodzaju zbiorowego grobowca, do którego zsypuje się prochy wszystkich spalonych zwierząt (…). Większość żałobników poprzestaje jednak na zakupie niezbyt wymyślnej urny za 30 dolarów i zabraniu prochów pupila do domu" [4].

Na usta ciśnie się pytanie – co z kryzysem? Krzysztof Iwaszko przyznaje, że w kryzysie jest nieco mniej klientów: „Zainteresowanie pochowania zwierzęcia na cmentarzu jest duże, chociaż w czasie kryzysu trochę zmniejszyło się" [5]. Okazuje się bowiem, że wszechobecny kryzys ekonomiczny w najmniejszym stopniu dotyka branży związanej z artykułami dla dzieci oraz dla… zwierząt – z zakupu tych artykułów rezygnuje się na końcu i najtrudniej [19-21]. Pomimo kryzysu, pochówkiem na cmentarzysku w Rzędzianach zainteresowani są klienci nie tylko z Białegostoku, ale też z Olsztyna, Łomży, a nawet Białorusi [10].

Ponadto grzebowiska starają się wychodzić frontem do właścicieli czworonogów w tym trudnym ekonomicznie czasie. Cmentarzysko w Dortmundzie przygotowało w 2004 roku specjalną ofertę dla dzieci, chcących uczcić w ten sposób pamięć swojego pupila. Oferta ta jest znacznie tańsza od pozostałych usług i wynosi 30-40 euro [11].

Doktor Krzysztof Łęcki, socjolog kultury z Uniwersytetu Śląskiego konkluduje, że pomimo kryzysu: „Żyjemy w dostatnich i spokojnych czasach. Dlatego Polacy mogą poświęcać wolne godziny i pieniądze na rzeczy, których wykonywania dawniej zwyczajnie by się wstydzili" [6].

Autorzy składają serdeczne podziękowania Panu Doktorowi Krzysztofowi Kurzykowi z Instytutu Archeologii, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, za pomoc w gromadzeniu materiałów do niniejszej pracy oraz nieocenioną konsultację archeologiczną.

Piśmiennictwo

1. Gilhus I.S.: Animals, Gods and Humans. Changing attitudes to animals in Greek, Roman and early Christian ideas. Routledge, New York, 2006.
2. Andrałojć A.: Rola psa w obrzędowości pradziejowych ludów Europy Środkowej [w:] Wierzenia przedchrześcijańskie na ziemiach polskich. Kwapiński M, Paner H (red.), Muzeum Archeologiczne w Gdańsku, Gdańsk 1993.
3. Kołodziej B.: Pochówki zwierzęce w neolicie na terenie ziem polskich. Materiały i Sprawozdania Rzeszowskiego Ośrodka Archeologicznego, Rzeszów, 2011, Tom 32, 55-107.
4. Wojciechowska M.: Japonia, Tokio – Księżniczka w wielkim mieście [w:] Kobieta na 2 krańcu świata, Wojciechowska M. (red.), Wydawnictwo GJ RBA Sp. & Co, Warszawa, 2012.
5. Cmentarz dla zwierząt? Tam pochowają twojego pupila. Już od stu złotych. Gazeta Współczesna – wydanie internetowe, 10 maja 2010, data pobrania 23.03.2013.
6. Pochowaj swojego pupila na cmentarzu dla zwierząt. Newsweek – wydanie internetowe, 30 września, 2010, data pobrania 23.03.2013.
7. Ziębka J, Zielińska G.: Zwierzętom należy się szacunek. Nawet po śmierci. Gazeta Wyborcza – wydanie internetowe, 04 maja 2011. http://szczecin.gazeta.pl/szczecin/1,34959,9534913, Zielinska__Zwierzetom_nalezy_sie_szacunek__Nawet_po.html, data pobrania 23.03.2013.
8. Ziębka J.: W Szczecinie brakuje cmentarza dla zwierząt. Gazeta Wyborcza - wydanie internetowe, 02 maja, 2011, data pobrania 23.03.2013.
9. Kozłowski JK.: Rozprzestrzenianie się gospodarki wytwórczej z pierwotnych centrów neolityzacji obszaru Starego Świata i jej adaptacja do warunków środowiskowych umiarkowanej strefy w Eurazji. [w:] Encyklopedia historyczna świata., Kozłowski JK (red), T. 1. Prehistoria, Kraków 1999.
10. Werpachowska J.: Jedyny na wschód od Wisły cmentarz dla zwierząt jest pod Białymstokiem. Kurier Poranny - wydanie internetowe, 25 października 2009, data pobrania 23.03.2013.
11. Domagała-Pereira K.: Koniec cmentarzy? Mój Pies, 2005, 11, 170,18.

12. Cmentarz dla zwierzaków. Gazeta Współczesna – wydanie internetowe, 28 stycznia, 2009, data pobrania 23.03.2013.
13. Kłopotowski A.: Psi raj pod miastem. Kurier Poranny - wydanie internetowe, 30 sierpnia 2005, data pobrania 23.03.2013.
14. Nawrocki D.: W Inowrocławiu nie będzie cmentarzyska dla zwierząt. Gazeta Pomorska-wydanie internetowe, 5 marca 2009, data pobrania 23.03.2013.
15. Ziębka J.: Cmentarz dla zwierząt nie jest drogą inwestycją. Gazeta Wyborcza – wydanie internetowe, 04 maja 2011, data pobrania 23.03.2013.
16. Bosakowska J.: Miasto już nie chce cmentarza dla zwierząt. Gazeta Wyborcza – wydanie internetowe, 15 lutego, 2007, data pobrania 23.03.2013.
17. Michałowska K.: Aleja zasłużonych psów. Gazeta Współczesna – wydanie internetowe, 8 września 2005, data pobrania 23.03.2013.
18. Wołczyńska M.: Psi Los: tu godnie spoczywa 6 tys. zwierząt. Gazeta Wyborcza - wydanie internetowe, 22 sierpnia 2009, data pobrania 23.03.2013.
19. Jakoniuk J.: Pawlak i Kargul byli inspiracją do pogrzebów zwierząt. Czas Białegostoku, data publikacji: 06 marca 2013, data pobrania 23.03.2013.
20. Rąpalski P.: Kraków: miasto wyznaczyło miejsce pod cmentarz dla zwierząt. Gazeta Krakowska, 03 maja 2010, data pobrania 23.03.2013.
21. Grzeszak A.: Portfel do przeglądu. Polityka, 5 (2893), 30.01-5.02.2013,.32-34, data pobrania 23.03.201.3

Szymanowska Joanna

Poczucie osamotnienia dziecka w rodzinie osieroconej

Wydział Pedagogiki i Psychologii, Uniwersytet w Białymstoku

Wprowadzenie

Współczesne rodziny polskie charakteryzuje dezintegracja w zakresie tradycyjnych form życia małżeńsko-rodzinnego i pozycji poszczególnych członków, w których racji bytu nie odnajdują rodziny tradycyjne, wielopokoleniowe, patriarchalne, opierające się na dominującej więzi rzeczowej. Ewoluowanie w kierunku rodziny małej składającej się z pary małżeńskiej i niepełnoletnich dzieci wynikało głównie z przeobrażeń dokonujących się w naszym kraju od czasu zakończenia II Wojny Światowej (m.in. zainicjowanych procesów industrializacji i urbanizacji, czy kształtujących się nowych stosunków społeczno-ustrojowych) oraz zmian zachodzących po roku 1989 (pojawiających się w przeobrażeniach strukturalno-ustrojowych, zmianach w prawie własności, systemie gospodarki) [1]. Głównych przyczyn dopatruje się zatem w rozwoju cywilizacyjnym znamiennym w krajach rozwiniętych gospodarczo oraz opierających się na idei i zasadach demokratycznych. Pojawiły się w tym czasie także związki alternatywne do rodziny zwane konsensualnymi, w skład których, zdaniem Slany, włącza się związki kohabitanckie, małżeństwa bezdzietne z wyboru, małżeństwa otwarte, wspólnotowo-komunalne, rodzicielstwo samotne, zastępcze lub kontraktowe oraz związki homoseksualne [cyt. za 2]. Łączy się to w dużym stopniu ze wzrostem aspiracji życiowych małżonków, emancypacją kobiet pragnących realizować się zawodowo i zajmować określone pozycje społeczne. Wyraźne zmiany obserwuje się także w obrębie typologii rodzin i kryteriów stanowiących podstawę stosownego ich klasyfikowania. Wprawdzie przez rodzinę rozumie się formalne małżeństwo z co najmniej jednym dzieckiem, to należy przypomnieć, iż istnieje tendencja do określania mianem rodziny także małżeństw bez dzieci i związków kohabitacyjnych bez potomstwa. Nie stanowi ona zatem grupy jednolitej, w związku z tym można umownie przyjąć jej podstawowy podział na rodzinę pełną (naturalną) z dwojgiem rodziców i dziećmi, zgodnie współdziałającą i połączoną silną więzią emocjonalną oraz rodzinę niepełną, w której obowiązek wychowania dzieci i prowadzenia domu spoczywa na jednym rodzicu. W klasyfikacjach rodzin wymienia się ponadto rodziny

rekonstruowane, adopcyjne i zastępcze [3]. Innego podziału dokonuje Stasiak, wyróżniając rodziny niekompletne, które nigdy nie były pełne oraz zdekompletowane, które w pewnym czasie z punktu widzenia ich struktury były zupełne [4]. Ze względu na przyczynę niekompletności wymienia się następujące kategorie rodziny niepełnych:

- osierocone na skutek śmierci współmałżonka
- rozbite na skutek rozwodu, separacji lub porzucenia
- niepełne biologicznie
- niepełne czasowo ze względu na charakter pracy rodzica, pobyt za granicą, w zakładzie karnym czy placówce leczniczej [5].

Z danych pochodzących z Narodowego Spisu Powszechnego wynika, że 14,4% rodziców w 2002 roku stanowiły samotne matki z dziećmi (z jednym dzieckiem – 64,9%, dwojgiem – 26,0%, trojgiem i więcej – 9,1%), zaś 2,0% samotni ojcowie (z jednym dzieckiem – 69,6%, dwojgiem – 22,8%, trojgiem i więcej – 7,6%) [6].

Zagadnieniem wartym pogłębienia jest zatem zwrócenie uwagi na konsekwencje niepełności rodziny, ze szczególnym uwzględnieniem środowisk, których niepełność spowodowana jest śmiercią jednego z rodziców. Innym problemem poddanym analizie będzie sytuacja dziecka, jego przeżycia związane z nieobecnością rodzica oraz powstałe w związku z nią poczucie osamotnienia.

Niepełność rodziny a realizacja funkcji socjalizacyjno-wychowawczych

Rodzinę samotnego rodzica, jak wskazują wyniki badań empirycznych, traktuje się niejednokrotnie bezzasadnie jako środowisko wychowawcze mniej wartościowe niż rodzina pełna [7, 8, 9]. Wypełnia ona prawidłowo większość funkcji rodziny, niemniej jednak faktem jest, że napotyka więcej trudności i zagrożeń w ich realizacji, przede wszystkim w wymiarze socjopsychologicznym i społeczno-wyznaczającym. Głównym powodem takiego stanu rzeczy jest brak dwóch wzorów osobowych, trudna sytuacja materialna, nadmierne przeciążenie jednego rodzica obowiązkami, których nieuniknioną konsekwencją może okazać się sprawowanie opieki nad nieusamodzielnionymi dziećmi na poziomie niedostatecznym. Znacznie łatwiejszą sytuację dla rozwoju społeczno-emocjonalnego dziecka w kręgu rodzin niepełnych, stwarza rodzina niepełna wskutek śmierci rodzica. Pomimo pogorszenia sytuacji materialnej rodziny oraz odczuwania smutku i tęsknoty, dziecko nie posiada negatywnych doświadczeń związanych z jego osobą, często go wspomina i idealizuje. Z badań wynika ponadto, że także opinia społeczna jest zdecydowanie przychylniejsza w ocenie sytuacji życiowej półsierot niż dzieci wychowywanych w rodzinach niepełnych z innych powodów.

Rodziny osierocone unikają w ten sposób swoistego naznaczenia i marginalizacji, co niewątpliwie przyczynia się do prawidłowego kształtowania się własnej samooceny dziecka [10].

Na gruncie nauk społecznych, głównie pedagogiki, socjologii i psychologii, rodzinę interpretuje się w kategorii fundamentalnego kręgu środowiskowego, grupy społecznej oraz instytucji. W ujęciu rodziny jako podstawowego środowiska wychowawczego rozpatruje się, jak stwierdza H. Radlińska, dwa zespoły jego składników, mianowicie czynniki widzialne, tj. warunki materialne, bytowe, łatwo obserwowalne i mierzalne oraz czynniki niewidzialne, kształtujące osobowość jednostki, nastawienie uczuciowe, wierzenia i zwyczaje stanowiące ogniwa moralności grupy [11]. Socjologowie definiując rodzinę uwzględniają jej cechy znamienne małym grupom pierwotnym opartym na więzach krwi, małżeństwie lub adopcji. Dominujące jest w tym przypadku podkreślanie istnienia w strukturze wewnątrzrodzinnnej układów ról, pozycji i wzajemnych interakcji pomiędzy członkami, uznającymi i realizującymi wspólne normy, wartości, cele [12]. Grupę rodzinną charakteryzuje zatem wspólne zamieszkanie, nazwisko, wspólna własność, ciągłość biologiczna oraz kultura duchowa. Traktowanie rodziny w kategorii instytucji społecznej pozwala na analizę specyfiki układu stosunków między osobami różnej płci i wieku, np. regulacji współżycia seksualnego, wydawania na świat potomstwa, wychowania, określania linii pokrewieństwa, dziedziczenia majątku oraz tworzenia wspólnego gospodarstwa domowego [13]. Rodzina, jako instytucja społeczna, stała się zatem przedmiotem studiów na temat jej struktury, zakresu działań, podziału i charakteru pełnionych przez poszczególnych członków ról, a także realizowanych funkcji zaspokajających najistotniejsze ich potrzeby. Wypełnianie podstawowych zadań rodziny rozważa się głównie w aspekcie realizacji funkcji instytucjonalnych i osobowych. W obszarze pierwszych zawiera się zachowanie ciągłości społeczeństwa, dostarczenie rodzinie dóbr materialnych, zabezpieczenie jej niesamodzielnych członków, przekazywanie wartości kulturowych, gwarantowanie przynależności do określonej klasy czy warstwy społecznej oraz kontrolowanie zachowań. W zakresie funkcji osobowych rozpatruje się stan realizacji powinności małżeńskich, rodzicielskich i braterskich [13]. Poza przekazywaniem swoim członkom norm życia zbiorowego i podstawowych wartości ludzkiej kultury, rodzina pełni zasadniczą rolę w sferze psychiczno-uczuciowej, co w przypadku członków najmłodszych ma istotny wpływ na ich społeczne przystosowanie w przyszłości. Poprzez intencjonalne oddziaływanie, jak pisze Adamski, jednostka zostaje „*przysposobiona do pełnienia ról społecznych związanych z płcią, ról rodzinnych i zawodowych, ról związanych z członkostwem w określonych grupach i instytucjach, a także ról związanych z przynależnością*

do kręgów koleżeńskich i towarzyskich" [13]. Coraz częstszym problemem współczesnej rodziny uniemożliwiającym właściwą realizację jej funkcji, zabezpieczenie warunków bytowych oraz wychowanie dziecka jest zaburzona struktura czyli niepełność.

Rodzina ma niewątpliwie największy wpływ na rozwój osobowości społecznej dziecka [14]. To w jej obrębie, w relacjach z osobami bliskimi rozwija ono podstawowe funkcje psychiczne, uczy się wartości, norm, wzorów zachowań, wzrastania w świat kultury danego społeczeństwa. W celu prawidłowego uspołecznienia, dziecko potrzebuje internalizacji wzorów postępowania obojga rodziców, pozwalających mu samodzielnie wypełniać przypisane role społeczne. W procesie socjalizacyjno – wychowawczym ma miejsce silna identyfikacja w zakresie płci, stąd też pełna struktura rodziny jest jednym z istotnych czynników warunkujących jego prawidłowy przebieg. Do innych, równie ważnych, zalicza się m.in. materialne podstawy funkcjonowania, kulturalne aspekty życia rodzinnego oraz modele świadomościowe życia rodzinnego [15]. Istotnymi czynnikami warunkującymi pozytywny przebieg procesów socjalizacyjno-wychowawczych jest też więź rodzinna oraz postawy rodziców wobec dziecka. Więź rodzinna, zdaniem L. Dyczewskiego, stanowi „wypadkową wewnętrznych i zewnętrznych sił istniejących w grupie rodzinnej i działających na jej członków. Siły te wynikają ze związku małżeńskiego, ze świadomości związków genetycznych, przeżyć emocjonalnych, stosunków zależności, współistnienia, (…) z czynników prawnych, religijnych i obyczajowych" [16]. Odzwierciedla ona zatem łączność dziecka z innymi osobami w rodzinie oraz jego poczucie przynależności do konkretnego środowiska rodzinnego. Dla prawidłowego rozwoju dziecko potrzebuje stałych relacji z obojgiem rodziców i ich nieustannej przy nim obecności. Miłość macierzyńska i ojcowska, będąca gwarantem właściwego rozwoju psychospołecznego dziecka, wzajemnie się w ten sposób uzupełnia, czyniąc tym samym możliwość przeżywania przez nie różnych stylów relacji pierwotnych [17]. Świadomość bliskiej więzi z matką, jej ciepło i serdeczność dają dziecku siłę do dalszego wzrostu. Wpływ ojca na rozwój dziecka może dokonywać się dwojako, w sposób pośredni i bezpośredni. Bezpośredni udział ojca w życiu dziecka przejawia się w jego stałej obecności i zaangażowaniu w codzienne zabiegi opiekuńcze, bezpośredni zaś realizuje się poprzez osobę matki. Zaspokajanie jej potrzeb przez męża i osiąganie zadowolenia z życia małżeńskiego wpływają bowiem na jakość kontaktów rodzica z dzieckiem i stosowane sposoby oddziaływań wychowawczych [1].

Zaburzenie w strukturze rodziny wskutek stałej nieobecności jednego z rodziców uniemożliwiającej identyfikację i akceptację ról, w tym związanych z płcią, upośledza właściwy przebieg rozwoju społecznego dziecka. Stabilne środowisko rodzinne powinno być

istotnym elementem równowagi emocjonalnej i psychicznej dziecka, zaś rozbicie rodziny przez śmierć, jak ujmuje Ziemska, „*stanowi zawsze szok i pozostawia u dziecka trwały uraz, który może być tylko łagodzony*" [14]. Wyjaśniając swoje stanowisko w tej kwestii autorka stwierdza, że „*rozłąka z jednym z rodziców może doprowadzić do pojawienia się u dziecka lęków, do utraty poczucia bezpieczeństwa. Rozbicie rodziny może też wywołać depresję, moczenie nocne i szereg innych objawów nerwicy*". [14]. Ze względu na różnorodne sytuacje trudne w rodzinie zaistniałe wskutek jej rozbicia, można uznać niepełność jako jedną z przyczyn aspołecznego zachowania się dziecka oraz źródło dziecięcego osamotnienia.

Osamotnienie – zarys problematyki

Precyzyjne zdefiniowanie pojęcia osamotnienie jest zadaniem niezwykle trudnym. Nie zawsze jest ono możliwe do opisania ze względu na mylne utożsamianie go i zamienne stosowanie z terminem samotność. Z uwagi na przyczyny wywołujące osamotnienie, Hołyst wskazuje cztery jego elementarne postacie, które są konsekwencją:

- utraty bliskiej osoby lub zerwania z nią kontaktu
- niezaspokojenia potrzeb dziecka przez osoby sprawujące nad nim opiekę
- długotrwałej samotności
- braku satysfakcji z istniejących relacji społecznych [18].

Szukając wielorakich przyczyn osamotnienia, badacze koncentrują uwagę w szczególności na:

- wczesnych doświadczeniach człowieka (teorie psychodynamiczne)
- sieci wzmocnień społecznych wpływających na jego zachowanie (teorie społecznego uczenia się)
- wartościach i normach kulturowych (teorie socjologiczne)
- różnych indywidualnych preferencjach i poglądach (teorie poznawcze) [19].

Może się ono pojawić z powodu przykrych przeżyć związanych z utratą bliskiej osoby bądź w następstwie braku poczucia więzi i satysfakcjonujących kontaktów jednostki z osobami znaczącymi. Istotą stanu osamotnienia jest poczucie braku miłości, zrozumienia, opuszczenia, odrzucenia i akceptacji [20]. Osamotnienie dziecka występuje najczęściej jako reakcja na ograniczenie lub całkowitą niemożność kontaktu z osobami bliskimi, spowodowaną najczęściej fizyczną nieobecnością rodziców [21]. Różne są jej rodzaje w zależności od czasu trwania, stopnia intensywności, głębi przeżyć oraz ich zakresu i treści, a także źródeł wywołujących osamotnienie [22]. Zdaniem Izdebskiej, można mówić o osamotnieniu dziecka w rodzinie, grupie rówieśniczej, grupie sąsiedzkiej, w szkole, placówce

pozaszkolnej, przed ekranem telewizora czy komputera [22]. Analiza problematyki osamotnienia dziecięcego w rodzinie osieroconej pozwala na wyszczególnienie jego różnych typów, m.in. częściowego (występującego w sytuacji braku jednego rodzica na skutek śmierci), wtórnego (powstałego w wyniku utraty osoby bliskiej), sytuacyjnego (jako konsekwencji odseparowania dziecka od osób bliskich z powodów od niego niezależnych), chronicznego (dotykającego dzieci po śmierci rodzica) oraz emocjonalnego (przejawiającego się osłabieniem więzi z jedną lub wieloma osobami, obniżającego poczucie własnej wartości dziecka, uniemożliwiającej odczuwanie sensu życia oraz bycia potrzebnym i kochanym) [23].

Śmierć rodzica jako źródło dziecięcego osamotnienia

Postrzeganie śmierci w świecie wszechogarniającej kultury masowej, jak twierdzi M. de Hennezel, ubogie jest w swojej duchowości, oschłe, skoncentrowane na konsumpcji, niejednokrotnie pozbawione refleksji, wartości i sensu [24]. O śmierci oraz związanym nierozłącznie z nią bólu, cierpieniu, rozpaczy, doświadczanym niepokoju można mówić zarówno w aspekcie medyczno-biologicznym, filozoficznym, religijnym, ale też psychologicznym i pedagogicznym odnoszącym się w sposób szczególny do samotności i osamotnienia człowieka w jej obliczu.

Wyróżnia się cztery zasadnicze ujęcia fenomenu śmierci, tj. śmierć jako:

- dobrodziejstwo życia ludzkiego, źródło nowego, wiecznego życia
- niegodne uwagi, biologiczne przerwanie czynności organizmu
- tragizm, beznadziejność, absurdalność, koniec wszystkiego
- ucieczka przed problemami, chorobą, samotnością i cierpieniem [25].

Trudno jest stworzyć szczególnie precyzyjne pozamedyczne wyjaśnienie pojęcia śmierć. Jest ona nieprzewidziana pod względem momentu i sposobu, w jaki przychodzi, niezależna od tego „*czy naszą reakcją na śmierć jest pragnienie i tęsknota, obawa lub lęk, przerażenie albo spokojne oczekiwanie, czy w całym naszym życiu dominuje doznanie znikomości i niestałości, bądź pełni i rozległości istnienia*” [26].

Podobnie zróżnicowane i skomplikowane są przeżycia osób w czasie żałoby, które mają charakter indywidualny, determinowany tym, kogo oraz kiedy i w jakich okolicznościach tracimy. Odczuwanie krzywdy zależy zatem od wielu czynników, m.in. od:

- określonego cyklu życia rodziny (sytuacji, gdy dzieci są dorosłe lub jeszcze nieusamodzielnione)
- przyczyn śmierci (nagła, w wyniku długotrwałej choroby)

- otwartości systemu rodzinnego (zdolności do komunikowania myśli i odczuć, umiejętności korzystania z systemu wsparcia społecznego),
- pozycji zmarłej osoby w rodzinie (wypełnianych przez nią funkcji, więzi emocjonalnych pomiędzy zmarłym a poszczególnymi członkami rodziny) [27].

Żałoba jest procesem stanowiącym pewnego rodzaju kontinuum etapów, przez które muszą przejść osoby borykające się z sytuacją trudną, kryzysową, jaką jest śmierć ich bliskich. W każdym z nich człowiek ma do zrealizowania określone działanie, zaś dopiero przejście przez jedno stadium umożliwia wejście do kolejnego. W doświadczaniu smutku po stracie, Herbert wyróżnia cztery fazy: otępienie po śmierci bliskiej osoby, tęsknotę i żal, dezorganizację i rozpacz z brakiem wizji na zmianę swojej sytuacji oraz reorganizację, w której następuje powolna akceptacja samotnego życia [28]. Podobny schemat doświadczeń po śmierci bliskich przedstawia Keirse. Według autora, pierwszy etap stanowi akceptacja rzeczywistości, zrozumienie zaistniałego faktu, podjęcie próby udzielenia odpowiedzi na pytania: jak? oraz dlaczego? Drugi etap związany z doświadczaniem bólu straty cechuje brak energii, bezsenność, zmęczenie, nadpobudliwość, ale też równolegle bunt, nienawiść, gniew. Trzeci okres to przystosowanie do nowej rzeczywistości, funkcji, zadań, roli w życiu przy jednoczesnym zaprzestaniu identyfikowania się ze zmarłym. Ostatnim etapem jest znalezienie dla osoby zmarłej nowego miejsca w życiu bliskiej mu osoby. Pozwala to rozpocząć funkcjonowanie poza związkiem ze zmarłym oraz ponowne dostrzeżenie innych ludzi [29]. Niemożliwym do wykonania zadaniem jest określenie wyraźnych granic czasowych życia w żałobie, aczkolwiek niektórzy badacze twierdzą, że faza uwalniania się od starych przyzwyczajeń i ustalonego porządku trwa około 8 tygodni, zaś całkowitego przystosowania się do nowych warunków pojawia się w okresie ponad dwóch lat od śmierci [30]. Sposoby radzenia sobie z żałobą, Gretkowski sugeruje analizować w konwencji romantycznej i współczesnej. Pierwszą z wymienionych, trwającą zazwyczaj wiele lat, cechuje opłakiwanie zmarłego, podtrzymywanie w pamięci i kultywowanie jego pozytywnego obrazu oraz więzi z nim jako wyznacznika sensu życia. Ujęcie współczesne charakteryzuje się dążeniem do szybkiego powrotu jednostki do normalnego codziennego funkcjonowania [31, 32].

Bezpośrednim następstwem w sytuacji śmierci rodzica jest zachwianie poczucia bezpieczeństwa, przy czym siła przeżywania straty zależy w głównej mierze od wieku dziecka. W okresie pełnego usamodzielnienia się dziecka następuje często częściowa zamiana ról z żyjącym rodzicem potrzebującym również opieki i wsparcia. Dopiero śmierć drugiego rodzica, jak piszą autorki R. Pawłowska i E. Jundziłł, „*czyni z człowieka sierotę i powoduje rozstanie z rolą dziecka. Często pojawiają się wówczas myśli o przemijaniu, a przede*

wszystkim świadomość tego, co nieuchronne – własnej śmierci" [33]. Sposób przybliżenia dziecku definicji śmierci powinien być bezwzględnie dostosowany do jego wieku, etapu rozwoju fizycznego, poznawczego i emocjonalnego. W rozmowie z nim nie należy stosować eufemizmów, metafor i kłamstw, a także nie unikać wyjaśnień na formułowane dziecięce pytania dotyczące przemijania. Pozwoli to na oswojenie śmierci tak, by nie była uważana za temat tabu, zbyt ponury i nie nadający się na treść rozmowy w gronie rodzinnym [34]. Dyskusja o śmierci okazuje się być niezwykle potrzebna, ważna i nieunikniona, zwłaszcza w sytuacji wyrażenia przez dziecko gotowości do jej choćby częściowego poznania. Nie jest jednak dobrym rozwiązaniem zniekształcanie obrazu śmierci bliskich dziecku osób porównując ich odejście do zaśnięcia, długoterminowego wyjazdu, czy przedłużającej się choroby. Dzieci przechodzą na swojej drodze do zrozumienia śmierci, jak konstatuje Brett, przez różne fazy. W wieku lat 3 uważają ją za wydarzenie tymczasowe, dopiero zaś po ukończeniu pięciu zaczynają rozumieć, że umieranie łączy się z niemożnością powrotu do życia. Błędem jest zatem nadmierna, niekontrolowana i nieracjonalna ochrona dzieci przed zetknięciem się ich ze śmiercią [35]. Przeżywając stratę, podobnie jak osoby dorosłe, potrzebują one okresu smutku i żałoby wypełnionej żalem, pustką i rozpaczą. Dziecięcym prawem jest zatem pozwolenie mu na indywidualne doświadczanie żałoby. Ważne jest, aby dzieci w okresie tym mogły swobodnie wyrażać swoje uczucia, a towarzyszący im dorosły zapewnił poczucie bezpieczeństwa, pomógł uspokoić się oraz zrozumieć zdarzenie, w którym uczestniczą [35]. Dziecko niemal zawsze idealizuje zmarłych rodziców, co jeszcze bardziej pogłębia doznaną krzywdę wyrządzoną przez „zły los". W sposób irracjonalny, jak pisze Jundziłł „*niektóre sieroty obwiniają siebie za śmierć rodziców, szukają winy w swym zachowaniu, w niedostatkach w swej dla nich miłości. Dlatego z takim trudem zachowują równowagę psychiczną, zwłaszcza w okresie dzieciństwa*" [36].

Dzieci, analogicznie do osób dorosłych, przechodzą przez różne etapy żałoby, począwszy od fazy protestu wypełnionej zaprzeczaniem i niedowierzaniem, przez rozpacz kumulującą odczucia bólu, zagrożenia i strachu, do fazy akceptacji, w której następuje coraz pełniejsze uświadomienie sobie zaistniałej sytuacji [37]. Jak ujmuje Pietrzyk, „*nie każdy potrafi płakać, więc trzeba go do tego zachęcić, dać mu na to przyzwolenie, wyjaśnić funkcje ujawniania łez, smutku, rozpaczy, złości, buntu, protestu. Bez uwalniania tęsknoty, bólu, czasami depresji, poczucia winy i krzywdy pozostający w żałobie nie będzie gotów do wyjścia z pustki po śmierci bliskiej mu osoby, do dalszego życia wśród ludzi i z ludźmi*" [38]. Rozmawianie z dzieckiem o śmierci, wspominanie z nim zmarłego rodzica jest nieodzowną częścią procesu żałoby. Dziecko, zanim pogodzi się ze stratą, odczuwa olbrzymia potrzebę

rozmowy i współtowarzyszenia członków rodziny w przeżywaniu bólu. Wyróżnia się trzy najważniejsze zadania stojące przed rodziną w żałobie. Pierwsze polega na zrozumieniu przerwania osobistych więzi łączących ze zmarłym oraz redukcji wewnętrznego napięcia spowodowanego stratą. Ważnym elementem staje się w tej sytuacji wyrażanie swoich emocji – żalu, lęku, wyrzutów sumienia. Drugim zadaniem jest przejęcie niektórych czynności dotychczas wykonywanych przez zmarłego. Polega ono na zmodyfikowaniu niedawnej struktury obowiązków i ról rodzinnych. Trzecim celem do osiągnięcia jest odnalezienie przez osieroconą rodzinę, a głównie dziecko, nowych relacji ze światem zewnętrznym [37].

Zakończenie

W sytuacji śmierci jednego z rodziców, pozostali członkowie niejednokrotnie nie potrafią pomóc dziecku w niwelowaniu stanu jego olbrzymiego osamotnienia, wywołanego poczuciem braku bezpieczeństwa, straty, żalu, smutku, bezradności, wszechogarniającej pustki. Swoją krzywdę i ból wyraża i niejednokrotnie manifestuje ono przez różne postawy w swoim zachowaniu: pragnie ciągłego współczucia, pomocy, nieustannego zwracania uwagi na jego potrzeby bądź przeciwnie – zamyka się w świecie własnych przeżyć, unika kontaktów społecznych, staje się zazdrosne, przejawia niewielkie zainteresowania sprawami domowymi i szkolnymi [22]. Dla prawidłowego rozwoju dziecka bardzo ważne jest dookreślenie relacji z żyjącym rodzicem i rodzeństwem. Na problem należy zatem spojrzeć także z perspektywy osamotnionej żyjącej matki lub ojca, odczuwających ciężar dokonywania samodzielnych wyborów, podejmowania decyzji, odpowiedzialności za wychowanie dzieci i co najważniejsze – niemożności zastąpienia nieobecności zmarłego. Dom rodzinny niejednokrotnie przestaje być w tym czasie dla dziecka miejscem wypoczynku, właściwej atmosfery rodzinnej, rozładowania napięć psychicznych czy zaspokojenia potrzeb emocjonalnych. Niezbędna dla przezwyciężenia poczucia osamotnienia w rodzinie osieroconej jest solidarność i łączność z bliskim osobami, okazywanie miłości, akceptacji pozwalającej reorganizować rozbite wewnętrzne więzi i utracone siły rodziny. Bardzo ważnym działaniem w tym czasie jest prowadzenie z dzieckiem rozmów o zmarłym, wspominanie różnych chwil razem spędzanych, nie powstrzymywanie go od łez, a utulenie w trakcie płaczu i towarzyszenie w smutku. W nazwaniu przeżywanych uczuć przez dziecko w wieku młodszym i wyciszeniu niepokojących stanów psychicznych pomocna jest zabawa, w której zachęcamy je do napisania opowiadania czy listu ujawniającego najpiękniejsze wspomnienia o zmarłym rodzicu bądź przygotowania jego portretu i opisania własnej tęsknoty. Dzieciństwo osierocone może być również szczęśliwe, jeżeli wypełnione jest, jak

konstatuje Izdebska, „*wzajemną troską, miłością, wzajemną odpowiedzialnością, wsparciem emocjonalnym, zespalającym i integrującym te osoby, które w rodzinie pozostały*" [22].

Piśmiennictwo

1. Brągiel J.: Więzi społeczne w rodzinie [w:] Pedagogika rodziny. Obszary i panorama problematyki, Kawula S., Brągiel J., Janke A. W. (red). Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2004, 117-136.
2. Kawula S.: Rodzina o skumulowanych czynnikach patogennych. [w:] Pedagogika rodziny. Obszary i panorama problematyki, Kawula S., Bargiel J., Janke A. W. (red). Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2004, 175-196.
3. Kwak A.: Rodzina – formy i warunki funkcjonowania [w:] Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku, Pilch T. (red.). Wydawnictwo Akademickie „Żak", Warszawa 2006, 311-320.
4. Stasiak H.: Kształty i wnętrza rodziny. Wiedza Powszechna, Warszawa 1975, 62.
5. Kozdrowicz E.: Sytuacja dziecka w rodzinie matki samotnej. Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1989.
6. Gospodarstwa domowe i rodziny, GUS, Warszawa 2003.
7. Filipczuk H.: Rodzina a rozwój psychiczny dziecka. Wydawnictwo Nasza Księgarnia, Warszawa 1981.
8. Kamiński A.: Funkcje pedagogiki społecznej. Wydawnictwo PWN, Warszawa 1974.
9. Zaborowski Z.: O rodzinie. Rodzina jako grupa społeczno-wychowawcza. Wydawnictwo Nasza Księgarnia, Warszawa 1980.
10. Graniewska D., Krupa K. Balcerzak-Paradowska J. (red.): Samotne matki, samotni ojcowie. O rodzinach niepełnych w Polsce Wydawnictwo IWZZ, Warszawa 1986.
11. Radlińska H.: Oświata i kultura wsi polskiej. Ludowa Spółdzielnia Wydawnicza, Wrocław 1979.
12. Zaborowski Z.: O rodzinie. Rodzina jako grupa społeczno-wychowawcza. Wydawnictwo Nasza Księgarnia, Warszawa 1980.
13. Adamski F.: Rodzina. Wymiar społeczno-kulturowy. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002.
14. Ziemska M.: Rodzina a osobowość. Wydawnictwo Wiedza Powszechna, Warszawa 1975.
15. Kubicka H.: Bezdomność rodzin samotnych matek. Społeczno-wychowawcze aspekty życia. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2005,42.

16. Dyczewski L.: Rodzina, społeczeństwo, państwo. Wydawnictwo Towarzystwa Naukowego KUL, Lublin 1994.
17. Schon L.: Synowie i ojcowie. Tęsknota za nieobecnym ojcem. Wydawnictwo GWP, Gdańsk 2002.
18. Hołyst B.: Na granicy życia i śmierci. Wydawnictwo PWN, Warszawa 1997.
19. Kmiecik-Baran K.: Poczucie osamotnienia – charakterystyka zjawiska. Przegl. Psychol., 1988, 31, 1086.
20. Olearczyk T. E.: Sieroctwo i osamotnienie. Pedagogiczne problemy kryzysu współczesnej rodziny. Wyższa Szkoła Filozoficzno-Pedagogiczna Ignatianum, Kraków 2007.
21. Łopatkowa M.: Samotność dziecka. Wydawnictwo Czytelnik, Warszawa, 1983.
22. Izdebska J.: Dziecko osamotnione w rodzinie. Kontekst pedagogiczny. Trans Humana, Białystok 2004.
23. Pawłowska E., Jundziłł E.: Pedagogika człowieka samotnego. Wydawnictwo GWSH, Gdańsk 2003.
24. Hennezel M. de.: Śmierć z bliska. Ci, którzy wkrótce odejdą, uczą nas żyć. Wydawnictwo Znak, Kraków 1998, 5-12.
25. Hołyst B.: Suicydologia. Wydawnictwo Lexis Nexis, Warszawa 2002.
26. Scheler M.: Cierpienie, śmierć, dalsze życie: pisma wybrane. Wydawnictwo PWN, Warszawa 1994
27. Krupa K.: Gdy umiera jedno z rodziców [w:] Samotne matki, samotni ojcowie. O rodzinach niepełnych w Polsce. Graniewska D., Krupa K., Balcerzak-Paradowska J. (red.). Wydawnictwo IWZZ, Warszawa 1986, 106-142.
28. Herbert M.: Żałoba w rodzinie. Jak pomóc cierpiącym dzieciom i ich rodzinom. Wydawnictwo GWP, Gdańsk 2005.
29. Keirse M.: Smutek, strata, żałoba. Jak sobie z nimi radzić. Jak pomóc innym. Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne, Radom 2004.
30. O'Connor N.: Pożegnanie miłości. Wydawnictwo Jacek Santorski & CO Agencja Wydawnicza, Warszawa 1994, 27-40.
31. Gretkowski A.: Ból i cierpienie. Wydawnictwo Naukowe Novum, Płock 2003.
32. Gretkowski A.: Misterium bólu, cierpienia i śmierci. Wydawnictwo Naukowe Novum, Płock 2006.
33. Jundziłł E., Pawłowska R.: Pedagog wobec osoby chorego. Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2010.

34. Kübler-Ross E.: Rozmowy o śmierci i umieraniu. Wydawnictwo Media Rodzina of Poznań, Poznań 1998, 24.
35. Brett D.: Bajki, które leczą. GWP, Gdańsk 2003, 156.
36. Jundziłł I.: W trosce o godność dziecka osieroconego [w:] Pedagogika opiekuńcza w okresie demokratycznych przemian, Żebrowski J. (red.). Gdańskie Towarzystwo Naukowe, Gdańsk 1998, 275.
37. Ogryzko-Wiewiórowska M.: Rodzina i śmierć. Wydawnictwo UMCS, Lublin 1994, 73-76.
38. Pietrzyk A.: Ta choroba w rodzinie. Impuls, Kraków 2006.

PROBLEMY WIELOKULTUROWOŚCI W MEDYCYNIE



Gryko Katarzyna[1], Krajewska-Kułak Elżbieta[2], Emilia Górska[1], Sochoń Katarzyna[1], Tołoczko Helena[1], Orzechowska Anna[1]

Tolerancyjność Polaków wobec innych narodów i mniejszości

1. Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wprowadzenie

Jeżeli ma się wystarczające środki, można rozbijać się po świecie i jako zglobalizowany tubylec wszędzie czuć się u siebie. Tymczasem zaś miliony ludzi, bez względu na to, jak długo harują w jakimś miejscu, na zawsze pozostaną tymi samymi obcokrajowcami, którymi byli w momencie swojego przybycia
Karl-Markus Gauß [1]

Ambrosewicz-Jakocobs [2] zwraca uwagę, iż na świecie żyje od około 3.000 do 7.000 różnych grup etnicznych i narodowych.

Grupa etniczna (inaczej: etnos), w znaczeniach antropologicznym i społecznym, za Wikipedia [3], to zbiorowość, która postrzega siebie samą lub postrzegana jest przez otaczające ją zbiorowości jako odrębną i specyficzną ze względu na jedną lub więcej cech, takich jak:

- kulturę (język, gwarę, religię, obyczajowość itp.)
- genealogię (wspólne losy/wspólna historia, wspólni przodkowie itp.)
- poczucie posiadania własnego terytorium i praw do niego
- odrębność osobowościową (stereotypy – czyli jak inni ich postrzegają, autostereotypy – czyli wyobrażenia o samych sobie)

W Polsce w Narodowym Spisie Powszechnym z 2011 roku [4] narodowość polską zadeklarowało 97,09% ankietowanych (wliczając osoby deklarujące również drugą narodowość).

887 tys. osób (2,26%) zadeklarowało dwie narodowości – polską i niepolską, 597 tys. osób (1,55%) zadeklarowało wyłącznie niepolską narodowość, z czego 46 tys. osób zadeklarowało dwie niepolskie narodowości [4].

W Polsce [cyt. za 4] nie obserwuje się masowego napływu imigrantów jak w krajach zachodnich, jednakże coraz więcej przedsiębiorstw sprowadza pracowników zza granicy, szczególnie z Ukrainy, Białorusi oraz Dalekiego Wschodu (Chiny, Wietnam).

Pojawiają się też [cyt. za 4], wraz z zagranicznymi przedsiębiorstwami otwierającymi fabryki w Polsce, zagraniczni pracownicy średniego i wyższego szczebla kierowniczego wraz z rodzinami, w tym oprócz pochodzących z Europy Zachodniej i Ameryki, także z Azji: Korei Południowej i Japonii.

Poniżasz tabela obrazuję strukturę narodowo-etniczną w Polsce według spisu ludności z 2011 [4].

Narodowość	**Liczba (w tys.) (w tym jako jedyna deklaracja)**	**Udział %**	**Różnica z 2002 r. (w tys.)**
Polacy	37 394 (36 522)	97,09% (94,83%)	▲410
Ślązacy	847 (376)	2,20% (0,98%)	▲674
Kaszubi	233 (16)	0,61% (0,04%)	▲228
Niemcy	148 (45)	0,38% (0,12%)	▼5
Ukraińcy	51 (28)	0,13% (0,07%)	▲20
Białorusini	47 (30)	0,12% (0,08%)	▼2
Romowie	17 (10)	0,04% (0,03%)	▲4
Rosjanie	13 (5)	0,03% (0,01%)	▲7
Amerykanie	12 (1)	0,03% (0,003%)	▲10
Łemkowie	11 (6)	0,03% (0,02%)	▲5
Anglicy	10 (1)	0,03% (0,003%)	▲9
Nieokreślona	521	1,35%	▼254
Ludność ogółem	**38 501**	**100%**	▲271
Źrodło:[4]			

Kolejna tabela [5] zawiera dane spisu z 2011 roku (zarówno osoby deklarujące tylko niepolską narodowość, jak i osoby deklarujące łącznie narodowość polską i niepolską) dla mniejszości liczących więcej niż 1000 osób, dotyczące ogółu osób mieszkających w Polsce. Mniejszości uznane w Polsce (wymienione w ustawie) zostały wytłuszczone [5].

	Grupa	**Liczba osób** Źrodło:[5]				
		Ogółem	**Jako pierwsza identyfikacja (w tym jedyna)**	**Jako jedyna identyfikacja**	**Jako druga identyfikacja**	**Wraz z identyfikacją polską**
1	Ślązacy	846719	435750	375635	410969	430798
2	Kaszubi	232547	17746	16377	214801	215784
3	**Niemcy**	147814	74464	44549	73350	63847
4	**Ukraińcy**	51001	38387	27630	12613	20797
5	**Białorusini**	46787	36399	30195	10388	15562
6	**Romowie**	17049	12560	9899	4489	7036
7	**Rosjanie**	13046	8203	5176	4842	7119
8	Amerykanie	11838	1239	813	10600	10811
9	**Łemkowie**	10531	7086	5612	3445	3621
10	Anglicy	10495	1560	1193	8935	9132
11	Włosi	8641	1690	912	6951	7548
12	Francuzi	7999	1506	1094	6439	6754
13	**Litwini**	7863	5599	4830	2264	2961
14	**Żydzi**	7508	2488	1636	5020	5355
15	Wietnamczycy	4027	3585	2910	442	1095
16	Hiszpanie	3967	496	403	3472	3432
17	Holendrzy	3927	860	520	3067	3326
18	**Ormianie**	3623	2971	2031	652	1524
19	Grecy	3600	1083	657	2517	2858
20	**Czesi**	3447	1307	969	2139	2176
21	**Słowacy**	3240	2294	1889	947	1114
22	Kociewiacy	3065	19	9	3046	3053
23	Kanadyjczycy	2991	297	97	2694	2824
24	Górale	2935	96	96	2839	2824
25	Bułgarzy	2171	1237	885	934	1224
26	Irlandczycy	2131	301	217	1830	1861
27	**Tatarzy**	1916	1000	665	916	1112
28	Szwedzi	1909	325	2140	1584	1633
29	Węgrzy	1728	710	413	1018	1213
30	Austriacy	1708	327	199	1381	1413
31	Australijczycy	1595	176	82	1419	1471
32	Chińczycy	1539	1082	989	457	497
33	Wielkopolanie	1515	468	380	1047	1109
34	Norwegowie	1489	225	151	1264	1307
35	Japończycy	1460	337	341	1087	1057
36	Mazurzy	1376	252	149	1125	1027
37	Hindusi	1357	831	702	525	627
38	Arabowie	1328	587	372	741	851
39	Belgowie	1191	218	118	973	1039
40	Turcy	1162	725	542	437	554

Tolerancja

Tolerancja jest to gotowość przyznania przedstawicielowi innego światopoglądu tej samej dozy inteligencji i dobrej woli, co sobie

Karl Rahner [6]

Ambrosewicz-Jakocobs [2] zwraca uwagę, iż na świecie większość napięć między ludźmi, wspólnotami ludzkimi i państwami, wywodzi się z uprzedzeń i braku tolerancji i

podkreśla, iż w nowo powstałych państwach czy regionach, pewne grupy etniczne, jak np. Serbowie w Chorwacji, Bośni i Hercegowinie, Albańczycy w Kosowie, Ormianie w Nagornym Karabachu, czy Azerowie w Nachiczewanie, są marginalizowane [2].

Słowo tolerancja (łac. *tolerantio*), za Słownik Języka Polskiego [7] oznacza wyrozumiałość, pobłażanie dla cudzych poglądów, upodobań, wierzeń, dla cudzego postępowania.

W Encyklopedii Powszechnej [8], tolerancję określa się, jako „*uznawanie prawa innych do posiadania poglądów, gustów itp. odmiennych od poglądów oceniającego*".

W Słowniku Wyrazów Obcych i Zwrotów Obcojęzycznych [9], tolerancja rozumiana jest jako „*wyrozumiałość, liberalizm w stosunku do cudzych wierzeń, praktyk, poglądów, postępów, postaw choćby się różniły od własnych, albo były z nimi sprzeczne*".

Słownik Psychologiczny [10] jako tolerancję definiuje *"postawę lub zachowanie polegające na uznawaniu prawa innych ludzi do posiadania przekonań, postaw i zachowań różnych od naszych, a nawet sprzecznych lub też nisko przez nas ocenianych*."

Państwa członkowskie ONZ, na spotkaniu w Paryżu w roku 1995, w związku z pogłębiającymi się zjawiskami nietolerancji, przemocy, nacjonalizmu, rasizmu i antysemityzmu, jakim towarzyszy marginalizacja i dyskryminacja mniejszości przyjęły Deklarację Zasad Tolerancji [11], w której w artykule 1. zapisano: "*tolerancja to szacunek, akceptacja i uznanie bogactwa różnorodności kultur na świecie, naszych form wyrazu i sposobów na bycie człowiekiem. Sprzyja jej wiedza, otwartość, komunikowanie się oraz wolność słowa, sumienia i wiary. Tolerancja jest harmonią w różnorodności. To nie tylko moralny obowiązek, ale także prawny i polityczny warunek. Tolerancja - wartość, która czyni możliwym pokój - przyczynia się do zastąpienia kultury wojny kulturą pokoju"*.

W opinii Węgrzeckiego [12] *"granicą tolerancji wobec postaw, poglądów i przekonań jest osobowe, biologiczne, ekonomiczne i duchowe zagrożenie, wyznaczane przez ludzkie potrzeby (miłość bliźniego), ale również przez szacunek do drugiego człowieka i własną moralność"* i w związku z tym bardzo trudno jest jednak wyznaczyć granicę między tolerancją i nietolerancją.

Według Hammera [13], „*nietolerancja, jako zespół uprzedzeń jest negatywną i arbitralną postawą, opartą na niekompletnych lub fałszywych informacjach, nadmiernie uproszczoną, często nielogiczną, sztywną i niezwykle odporną na zmiany*". Jak podkreśla autor [13] jest to „*nieakceptowanie „inności", cudzych zachowań, poglądów, stylu życia, wyglądu zewnętrznego, a także sfery światopoglądowej i ideowej drugiego człowieka, (...) dążenie do zniszczenia lub zmiany odmienności, obcości i tego, co nieznane* [13].

Tolerancja, w opinii Chlewińskiego [14], to „*pożądana cecha i do niej człowiek powinien być przyuczany i przygotowywany już w okresie wczesnego dzieciństwa, poprzez okazywanie dziecku bezwarunkowej miłości oraz stosowanie łagodnych i ciepłych metod wychowawczych”*. Autor [14] jest przekonany, iż bardzo istotne jest także dawanie pozytywnego, własnego przykładu, spójność słów i czynów, konsekwencja w postępowaniu i oddziaływaniu wychowawczym. „*Sprzymierzeńcem w kształtowaniu u siebie i innych ludzi postaw tolerancyjnych jest samodzielne myślenie. W ten sposób może uda się zapobiec nietolerancji. To jest też główna droga do pokonania uprzedzeń, które już częściowo zniekształciły nasze widzenie świata*” [14].

W badaniach ankietowych przeprowadzonych przez Borkowskiego [15], w latach 2001-2002 w grupie studentów stwierdzono, iż większość respondentów pod pojęciem „tolerancja” rozumiała przede wszystkim szacunek dla odmiennych poglądów (44% badanych) oraz akceptację odmienności w różnych jej postaciach. Pozostali twierdzili, iż jest to respektowanie praw innych ludzi (11%), obojętność wobec innych bez względu na to, jakimi są (3%) oraz wyrozumiałość, cierpliwość i pobłażanie dla innych ludzi (2%) [15]. Zdaniem badanych największy zakres tolerancji dotyczy sfery obyczajowości i życia codziennego (39%), życia politycznego (22%), a następnie religii (13%) oraz życia erotycznego (8%). Bez mała co piąty badany nie potrafił wskazać obszaru tolerancji w życiu codziennym Polaków [15]. Większość respondentów uważała, że zdolność do tolerancji nie zależy ani od wykształcenia, ani wieku, czy miejsca zamieszkania (36%). Jednakże 27% badanych wskazywało, że bardziej tolerancyjni są ludzie wykształceni, 19%, że ludzie młodzi, 15%, iż mieszkańcy miast, 2% ze mieszkańcy wsi i 1% mieszkańcy małych miast [15]. Za główne źródła nietolerancji studenci uważali wychowanie rodzinne (35%) oraz kościół (31%). W dalszej kolejności wymieniali massmedia (12%) i świat polityki (7%). W grupie źródeł tolerancji większość respondentów wskazała kontakt z ludźmi o innych poglądach (48%), wychowanie rodzinne (19%), podróże zagraniczne i poznawanie innych kultur (17%) oraz edukację szkolną i akademicką (10%) [15].

Za najczęstsze przejawy nietolerancji w Polsce, respondenci z badania Borkowskiego [15] uznali różne formy ksenofobii i rasizmu (29%), nieposzanowanie odmienności (18%), brak tolerancji wobec mniejszości seksualnych (12%), nietolerancję religijną (10%), subkultury agresji (3%), politykę (3%) oraz niechęć do niepełnosprawnych (2%). Studenci jedynie w 8% zgadzali się, a w 36% nie zgadzali ze stwierdzeniem, że dobrze jest, kiedy w jednym państwie mieszkają ludzie jednej narodowości [15]. Podali także, iż i w murach ich uczelni nie spotyka się objawów nietolerancji (81%), jedynie 19% uznało, że zetknęło się z

przejawami nietolerancji w środowisku akademickim. Niewielki odsetek (2,3%) potrafił wskazać konkretne przykłady zachowań negatywnych, wskazując niechęć i przejawy rasizmu wobec studentów obcokrajowców (5%), nietolerancję wobec odmiennych poglądów i preferencji politycznych (4%) oraz po 1% - niechęć do przedstawicieli odmiennych orientacji seksualnych, innych wyznań, a także nietolerancję związaną z młodzieżowymi subkulturami [15]. W pytaniu o stosunek do „innych" większość respondentów dokonywała pozytywnego wyboru kolegi na zajęciach: towarzystwo osoby niepełnosprawnej - 91%, Żyda - 83%, reprezentanta odmiennej orientacji seksualnej - 77%, przedstawiciela mniejszości romskiej - 74% [15].

Potyrała [16] twierdzi natomiast, że „*współżycia pokoleń w demokratycznym świecie, w którym obowiązują zasady równości musimy się dopiero wspólnie i wzajemnie uczyć, jakkolwiek niektórym trudno wyzbyć się skłonności do dominacji, restrykcji, fałszywych sądów, stereotypowego myślenia i działania (...). Zbyt często otoczenie, grupy społeczne wywierają nacisk na przejmowanie poglądów, przekonań, zachowań przez nie uznawanych, wyrażać brak zaufania, czy niechęć wobec odmienności innych, wymuszając częstokroć postawy konformistyczne".*

Stereotypizacja

W naszym społeczeństwie jeden przed drugim ma lęk.
Nie tyle boi się drugiego człowieka, ile ma strach, że ten drugi człowiek jest inny
Peter Fonda [6]

Samo słowo „sterotyp" [cyt. za 17] pochodzi od greckiego słowa: *stereós* - solidny, twardy, skamieniały, *typos* - wzór, forma.

Do nauk społecznych, cyt. za Burszta [17] wprowadził go, w roku 1922, amerykański dziennikarz Lippman zakładając, iż stereotypy - „*obrazy w naszych głowach*", są konieczne dla uproszczenia złożonej rzeczywistości. Autor [17] podkreśla, iż zakresy znaczeniowe i przejawy takich zjawisk, jak: „ksenofobia", „uprzedzenia", „nietolerancja", „etnocentryzm", a nawet „nacjonalizm" zachodzą na siebie, a tym co je łączy, są najczęściej pozytywne postawy wobec własnej grupy oraz negatywne wobec obcych i nieznanych [17].

Pojęcie „ksenofobia" [cyt. za 17] - z greckiego *xenos* - dziwny, obcy oraz *phobos* - strach lub awersja, oznacza dosłownie strach przed nieznajomymi.

W ostatnich latach zjawisko stereotypizacji i ksenofobii ma duże znaczenie ze względu na fakt, iż imigrantów, uchodźców oraz pracowników migrujących postrzega się, jako zagrożenie dla miejsc pracy, warunków dotychczasowego życia i tożsamości kulturowej.

Stereotypy, za Ambrosewicz-Jakobs [2], to „*nadmierne generalizacje (często błędne z powodu zbytnich uproszczeń) na temat rzeczywistości i innych ludzi, opierające się raczej na założeniach i niedoinformowaniu, a nie na faktach, nie biorące pod uwagę wielkiej różnorodności ludzi należących do danej grupy”,* które mogą „*dotyczyć poszczególnych grup etnicznych, kulturowych bądź religijnych, są powszechnie znane członkom społeczeństwa i z reguły wpływają na ich zachowanie”*.

Stosunek Polaków do innych narodów

W świecie nie istnieje cień, który byłby bardziej cieniem od innych
Nemer Ibn El Barud [6]

W opinii Strzeszewskiego [18], emocjonalny stosunek Polaków do innych narodów, nabiera szczególnie dużego znaczenia w obecnych czasach*, „gdy wzajemne kontakty z ludźmi różnych nacji nie są już czymś wyjątkowym, a z wolna stają się elementem codzienności”.*

W opinii Hahn [19], od lat trzydziestych XIX wieku siła i zasięg stereotypów wzmogły się, a upowszechnianie fałszywych wyobrażeń o innych kulturach, „przeciwnikach” stawało się cechą ogólnonarodową, czemu sprzyjał znaczny rozwój prasy trafiającej do szerszego grona odbiorców. Z drugiej strony, jak podkreśla autor [19] „*coraz silniejsza świadomość narodowa i przekonanie o wrodzonym antagonizmie między narodami i państwami sprawiły, iż upowszechnianie fałszywych wyobrażeń o domniemanych przeciwnikach stawało się cechą ogólnonarodową*”.

Nietolerancja, za Hammerem [13] może przybierać różne formy w zależności od siły, z jaką występuje, od dezaprobaty, z reguły nieuzewnętrznionej po dyskryminację słowną i czynną. Do jej przejawów autor [13] zalicza: uwagi słowne, przytyki, nagany, obrazę publiczną, bojkot, unikanie kontaktów, izolowanie osób i grup w tworzonych gettach, dyskryminację, czyli odmawianie praw, nacisk na asymilację osób różniących się od większości, a także wszelkiego rodzaju akty agresji.

W literaturze przedmiotu, za Ambrosewicz-Jacobs [2], wyodrębniono pewne czynniki mogące wpływać na podważenie posiadanych uprzedzeń i zaliczono do nich:

- zmieniający się klimat społeczny powodujący, że uprzedzenia stają się sprzeczne z normami
- przyjęcie tolerancyjnych praktyk wychowania dzieci w społeczeństwie
- kontakty między członkami różnych grup przy założeniu, iż spełnione zostaną pewne warunki: równy status grup, wsparcie ze strony autorytetu, np. trenera/nauczyciela

- bliski, przyjemny, nieformalny kontakt, współpraca między członkami danych grup
- przykłady pozytywnych postaw wobec innych grup
- tolerancja w środkach masowego przekazu
- uczenie się o własnym dziedzictwie religijnym i kulturowym, o religii i zwyczajach innych grup
- uznanie różnic i podobieństw wśród i między jednostkami oraz grupami
- zrozumienie faktu, iż każdy człowiek jest niepowtarzalny
- budowanie świadomości różnorodności pochodzenia (przodków), cech i zwyczajów, którymi wyróżniają się inne grupy etniczne, religijne i kulturowe
- poprawę samooceny i poczucia własnego bezpieczeństwa
- rozwijanie umiejętności krytycznego myślenia po to, by odróżnić rzeczywistość od fikcji, a fakty od opinii
- zrozumienie, że nadmierna generalizacja może prowadzić do negatywnych stereotypów
- rozwijanie empatii wobec ofiar uprzedzeń
- analizę własnych i cudzych zachowań wobec innych
- kontakty z ludźmi, którzy różnią się od nas.

Przeprowadzone w roku 2005 roku badania CBOS [20] na reprezentatywnej próbie losowej 1010 dorosłych mieszkańców Polski wykazały, iż większość ankietowanych (69%) uważała, że aby uznać kogoś za Polaka konieczne jest, żeby on sam czuł się Polakiem. Drugim, co do ważności kryterium polskości było, według nich, posiadanie polskiego obywatelstwa (34%). Prawie trzy czwarte badanych (71%) twierdziło, że możliwe jest, aby ktoś miał dwie ojczyzny, czuł się związany z dwoma krajami, a przeciwnego zdania był co piąty Polak (20%) [20].

W powyższym raporcie CBOS [20], ponad jedna czwarta respondentów (27%) znała kogoś należącego do mniejszości narodowej lub etnicznej. Nieliczni (2%) deklarowali, że sami do takich należą [21]. Najbardziej znanymi mniejszościami narodowymi lub etnicznymi w Polsce byli: Niemcy (54%), Ukraińcy (42%), Romowie (41%), Żydzi (31%), Rosjanie (19%) i Białorusini (17%) [20].

Polacy [20] stosunkowo chętnie przyznawali mniejszościom narodowym lub etnicznym prawo do nauki ich języków w szkołach, a nawet uczenia się w tych językach, jednak są raczej przeciwni używaniu języków mniejszości w sytuacjach oficjalnych - w

urzędach czy na tablicach z nazwami miejscowości, nawet jeśli miałyby być umieszczane obok tablic z nazwami polskimi.

Inne badania CBOS z 2005 roku [21], dotyczące stosunku Polaków do innych narodów, przeprowadzone na liczącej 973 osoby reprezentatywnej próbie losowej dorosłych mieszkańców Polski wykazały, iż najbardziej pozytywny stosunek Polacy wykazywali do Włochów i Czechów (co drugi badany). Niewiele rzadziej sympatią obdarzani byli Hiszpanie i Anglicy, a także Amerykanie, Francuzi, Grecy, Węgrzy, Holendrzy, Szwedzi i Słowacy (powyżej 40% Polaków), a niechęć o ponad połowę mniejsza grupa [21]. Więcej niż co dziesiąty Polak powstrzymywał się od określenia swojego stosunku do Irlandczyków, Litwinów, Duńczyków, Finów, Japończyków, Austriaków, Słoweńców, Łotyszy i Estończyków [21]. W stosunku do wszystkich wyżej wymienionych narodowości, średnie sympatii Polaków miały znak dodatni. Odrębną pozycję zajmują Niemcy, ponieważ w stosunku do nich Polacy podzielili się na trzy niemal równoliczne grupy: tak samo często jak sympatię deklarowali niechęć, a tylko minimalnie rzadziej obojętność. Ponad połowa Polaków deklarowała natomiast niechęć, a zaledwie kilkanaście procent - sympatię do Rosjan, Rumunów, Romów (Cyganie) i Arabów [21].

W podobnym badaniu CBOS z 2010 roku [22], obejmującym liczącą 1052 osoby reprezentatywną próbę losową dorosłych mieszkańców Polski, do narodów najbardziej lubianych przez Polaków należeli: Czesi, Włosi, Francuzi, Hiszpanie, Słowacy i Anglicy. Sympatię do nich deklarowała co najmniej połowa badanych (od 50% do 53%). Prawie połowa ankietowanych (od 45% do 49%) wyrażała sympatię do Węgrów, Greków, Holendrów, Irlandczyków, Norwegów i Amerykanów. Niewiele mniej osób pozytywnie postrzega Szwedów, Austriaków, Belgów, Duńczyków, Finów, Japończyków, Litwinów i Chorwatów (od 40% do 44% deklaracji sympatii) [22]. Zarazem niechęć do każdego z tych czternastu narodów deklarowało nie więcej niż jedna szósta badanych. Nieco mniejszy był rozmiar sympatii do Bułgarów, Estończyków i Łotyszy (od 33% do 37% respondentów), jednakże niechęć do nich deklarowało nadal mniej niż jedna piąta badanych. W stosunku do Niemców, Białorusinów, Gruzinów i Serbów sympatia deklarowana była również częściej niż niechęć, jednak przewaga sympatii wynosiła około 10 punktów procentowych [22]. Pod względem uczuć deklarowanych do Rosjan i Ukraińców badani dzielą się na trzy niemal równoliczne grupy – wyrażających sympatię, obojętność i niechęć, jednak z minimalną przewagą sympatii (34%). W stosunku do Żydów, Chińczyków, Ormian, Wietnamczyków oraz Czeczenów sympatia niemal równoważyła się z niechęcią, najczęściej zaś deklarowano obojętność. Niechęć nad sympatią przeważała w stosunku do Turków, Rumunów, Arabów i

Romów. W odniesieniu do Turków przewaga niechęci nad sympatią był stosunkowo niewielka. W nieco większym stopniu dotyczyła Rumunów, a najwyraźniej – w stosunku do Arabów i Romów [22].

Identyczne badania CBOS przeprowadził także w 2012 roku [23] na liczącej 1058 osób reprezentatywnej próbie losowej dorosłych mieszkańców Polski. Okazało się, iż najbardziej lubiani przez Polaków są Czesi i Słowacy, do których pozytywny stosunek wyrażało niemal trzy piąte badanych (58% i 57%) [23]. Niewiele rzadziej sympatią darzeni byli Włosi (55%), Anglicy (54%), Hiszpanie, Francuzi (po 53%), Norwegowie, Szwajcarzy, Węgrzy (po 52%), Szwedzi oraz Amerykanie (po 51%). Do kolejnych siedmiu narodów – Holendrów, Austriaków, Duńczyków, Belgów, Irlandczyków, Japończyków, Finów – sympatię deklarowała prawie połowa respondentów (od 45% do 49%). Wykazano [23], że w stosunku do wszystkich wymienionych wyżej nacji sympatia wyrażana była kilkakrotnie częściej niż niechęć. Około dwóch piątych ankietowanych (od 37% do 44%) przejawiało pozytywne uczucia wobec Chorwatów, Niemców, Greków, Litwinów, Bułgarów i Gruzinów. Przeważały one nad negatywnymi mniej więcej dwukrotnie. Około jednej trzeciej badanych (od 29% do 34%) deklarowało sympatię do Rosjan, Białorusinów, Żydów, Ormian, Chińczyków, Ukraińców, Egipcjan, Serbów oraz Wietnamczyków [23]. W przypadku tych narodów odnotowano [23] relatywnie niewielką przewagę uczuć pozytywnych nad negatywnymi, bądź względną równowagę sympatii i niechęci. W stosunku do kolejnych pięciu narodów – Turków, Libijczyków, Rumunów, Romów i Arabów – przeważała niechęć, przy czym wobec Romów i Arabów była ona wyrażana dwukrotnie częściej niż sympatia [23]. Raport [23] zwraca uwagę, iż w porównaniu z rokiem 2011 odnotowano wzrost sympatii do dwudziestu ośmiu narodów. W większości przypadków zmiany były jednak niewielkie. Relatywnie największa poprawa nastawienia nastąpiła w stosunku do Norwegów, Słowaków, Anglików i Szwedów. Wobec sześciu narodów zaobserwowano [23] wzrost niechęci, przy czym w stosunku do pięciu z nich – Chińczyków, Wietnamczyków, Turków, Litwinów, Arabów – był on niewielki. Jedynie stosunek do Greków uległ bardziej zauważalnemu pogorszeniu, co prawdopodobnie zdaniem CBOS [23], ma związek z kryzysem ekonomicznym w Grecji, dzięki któremu Grecy mogą być postrzegani jako „żyjący ponad stan", nieradzący sobie z własnymi długami. Stosunek Polaków [23] do innych europejskich narodów, które także w dużym stopniu są dotknięte kryzysem, takich jak: Irlandczycy, Hiszpanie czy Włosi, nie uległ pogorszeniu.

W badaniach Anam [24] okazało się, iż respondentom w większości nie przeszkadzało by, aby obcokrajowcem był ich kolega z zespołu w pracy (65%) lub

podwładny (66%). Stosunek badanych do cudzoziemców zmieniał się jedynie wraz ze wzrostem pozycji zawodowej tych ostatnich - w przypadku, gdyby obcokrajowiec miał zajmować wyższe stanowisko zawodowe, np. szefa firmy lub bezpośredniego przełożonego, stanowiłoby to już problem dla większej liczby osób, w tym 10% zdecydowanie by to przeszkadzało [24]. Fakt, iż obcokrajowiec byłby szefem firmy zdecydowanie nie przeszkadzało by 55% badanym, a 54% nie miałoby z tym problemu [24]. Wykazano także, iż stosunek respondentów do obcokrajowców był uzależniony także od wieku respondentów. Osoby najstarsze były mniej chętne zatrudnianiu obcokrajowców. Osobom w wieku 55-64 lata najbardziej przeszkadzałby obcokrajowiec jako właściciel firmy (21%) lub jako przełożony (22%) [24]. Osoby w wieku 45-54 lata - woleliby w 19% nie mieć obcokrajowca jako właściciela firmy, w której pracują i w 20% jako przełożonego. Ankietowanym w wieku 18-24 lata obcokrajowiec jako właściciel firmy przeszkadzałby tylko w 12%, a jako bezpośredni przełożony w 13% [24]. Kolejna zależność widoczna w badaniu dowodzi, że tolerancja dla obcokrajowców w pracy rośnie wraz z poziomem wykształcenia. Wyniki badań wskazują, że osoby z wykształceniem zasadniczym i podstawowym są najmniej chętne cudzoziemcom w pracy. Jeszcze więcej, bo prawie 1/3 osób z tej samej grupy badanych nie chciałaby, aby cudzoziemiec był ich bezpośrednim przełożonym. Dla porównania – jedynie 15% osób z wykształceniem wyższym miało by coś przeciwko obcokrajowcom w roli właścicieli i przełożonych [24].

Strzeszewski [21] prowadził badania dotyczące stopnia sympatii lub niechęci Polaków do innych narodów i wykazał, że Polacy na ogół większą sympatią darzyli mieszkańców krajów rozwiniętych, należących do bogatego Zachodu, niż przedstawicieli biedniejszych krajów wschodnioeuropejskich czy bałkańskich. Sympatią najczęściej darzyli Francuzów i Włochów (ponad połowa badanych deklarowała sympatię do nich, a niespełna jedna dziesiąta - niechęć) [21]. Niewiele mniejszą sympatią obdarzali Amerykanów, a także Węgrów i Czechów. Sympatia przeważała także nad niechęcią także w odniesieniu do Szwedów, Anglików, Greków, Austriaków oraz Litwinów, Słowaków i Słoweńców. Wyraźnie większą sympatią cieszyli się także Japończycy, w odniesieniu do Chińczyków i Wietnamczyków [21].

Według Borkowskiego [15] niechęć do Cygana wyraziło 14% ankietowanych, do geja lub lesbijki - 10%, do Żyda - 10%, a do osób niepełnosprawnych - 4%. Respondentów zapytano również o stosunek do innych nacji oraz o znajomość przedstawicieli mniejszości narodowych. Okazało się, iż większość respondentów nie miało nic przeciwko obecności obcokrajowców w murach swojej uczelni. Jednakże autor [15] stwierdził niechęć badanych

do Romów i Żydów (bardzo niski poziom akceptacji dla wejścia do rodziny) [15]. Stosunkowo niski był też poziom znajomości przedstawicieli mniejszości narodowych (30%) i przyjaźni z ich przedstawicielami (15%) oraz znajomości z obcokrajowcami (21%) [15].

Krajewska-Kułak i wsp. [25] badaniami objęli 150 studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku oraz 102 z Uniwersytetu im. Janki Kupały w Grodnie i wykazali, iż w opinii respondentów Polacy (12% badanych z Polski) i Białorusini (70,6%) to naród tolerancyjny. 37,4% osób z Polski i 12,7% z Białorusi uważało, iż tolerancyjność w ich narodach wzrasta. 57% z Polski i 34,3% z Białorusi znało osobę należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej [25]. Zarówno badani z Polski, jak i Białorusi nie chcieliby mieć za sąsiada, partnera/współmałżonka, kolegi w szkole lub na studiach narkomanów, homoseksualistów i nosicieli wirusa HIV. Badani z Polski wymieniali 23 mniejszości narodowe, etniczne mieszkające w Polsce, najczęściej Żydów (96,6%), Cyganów (88%) i Kaszubów (87,3%), a z Białorusi 21, najczęściej: Rosjan (94,1%), Polaków (95,1%) i Ukraińców (99,2%). Stwierdzono także [25], iż 40,7% respondentów Polski i 77,5% z Białorusi uważało, że przedstawiciele mniejszości narodowych i etnicznych powinni mieć możliwość nauki swojego języka w szkołach polskich na dodatkowych lekcjach. Okazało się [25], że 58% z Polski i 52,9% z Białorusi było przeciwnych, aby mniejszości narodowe otrzymywały pomoc finansową na podtrzymywanie własnej kultury, tradycji i tyle samo, aby mogli porozumiewać się w swoim języku w urzędach lokalnych. Wykazano [25], że 7,7% respondentów z Polski i 35% z Białorusi było przekonanych, iż mniejszości narodowe powinny mieć prawo umieszczania tablic z nazwami miejscowości we własnym języku obok tablic z nazwami polskimi/białoruskimi, tam gdzie mieszkają. Badani z Polski najwięcej cech pozytywnych przypisali Włochom, Francuzom, Grekom, z Białorusi - Anglikom, Finom i Francuzom, a najwięcej cech negatywnych badani z Polski przypisali: Cyganom i Rosjanom, a studenci z Białorusi - Niemcom, Arabom i Czeczenom [25].

Podsumowane

Niektórym są potrzebne okulary, aby widzieć jasno i wyraźnie:
nie pozwólcie im jednak mówić, że bez okularów nikt nie widzi wyraźnie.
John Locke [6]

W opinii Górniewicz [26] „*człowiek staje sie tolerancyjny wtedy, kiedy tolerancja stanowi sens życia istniejących obok niego ludzi i słowo to nie stanowi jedynie pustego hasła. Człowiek uczy się tolerancji niejako mimowolnie, bez szermowania wielkimi i wzniosłymi hasłami, tolerancja oddycha w środowisku ludzi tolerancyjnych”.*

W opinii Marcinkowskiego [27], dopiero „*w chwili obecnej nabierają w Polsce tempa przemiany społeczne od monokulturowości (oznaczającej taki rodzaj integracji i towarzyszącej jej tożsamości kulturowej, w której dominuje jednorodne kryterium przynależności rasowej), do wielokulturowości typowej dla społeczności wielonarodowych, np. amerykańskiej, kanadyjskiej, państw tzw. „starej" Unii Europejskiej"*.

Słusznie zauważa Marcinkowski [27], że w warunkach wielokulturowości można sprawnie działać i to w trudnych czasach wojny, świadczą dobitnie liczne przekazy historyczne, takie jak np. ze Szpitala Czerwonego Krzyża w klasztorze Sióstr Niepokalanek w Jarosławiu w latach 1914-1917, gdzie zachowały się zapisy świadczące o leczeniu tam, bez uprzedzeń, żołnierzy różnych narodowości, a *„…wszyscy ranni otoczeni byli troskliwą opieką… leczono katolików, protestantów, prawosławnych, Żydów, mahometan, wierzących i obojętnych religijnie…"*.

Burszta [17] podkreśla, że uprzedzenia i stereotypy, wyrażane poprzez rozmaite postawy, z reguły bazujące na liniach podziałów etnicznych i płciowych można już zaobserwować u bardzo małych dzieci. W związku z tym, wiele z nich zależy od tego, jak kogoś wychowywano w dzieciństwie, począwszy od nastawień wytworzonych przez rodziców poprzez nauczycieli, aż do kształtowania nas przez media i środowisko społeczne [17].

Ma to także szczególne znaczenie z uwagi na fakt, iż Polsce w roku 2012 studiowało 24 253 studentów zagranicznych ze 141 krajów, czyli o prawie 4 tysiące więcej niż w roku 2011 [28]. Stanowią oni 1,39% ogółu studentów w naszym kraju, czyli nie tylko znacząco mniej, niż w najwyżej rozwiniętych krajach Zachodu czy w Chinach, ale też mniej niż u naszych sąsiadów: w Czechach, na Węgrzech, Słowacji, Słowenii, Litwie, Łotwie, Estonii, a nawet w Bułgarii i Rumunii [28].

Piśmiennictwo

1. http://lubimyczytac.pl/cytaty/t/obcokrajowiec, data pobrania 4.04.2013.
2. Ambrosewicz-Jakocobs J.: Tolerancja-jak uczyć siebie i innych. Leyko, Kraków 2004.
3. http://pl.wikipedia.org/wiki/Grupa_etniczna, data pobrania 4.04.2013.
4. https://pl.wikipedia.org/wiki/Polska, data pobrania 4.04.2013.
5. http://pl.wikipedia.org/wiki/Mniejszo%C5%9Bci_narodowe_i_etniczne_w_Polsce, data pobrania 4.04.2013.
6. http://cytaty.klp.pl/scc-114.html, data pobrania 4.04.2013.
7. Szymczak M.: Słownik Języka Polskiego, Wydawnictwo PWN , Warszawa 1981.

8. Encyklopedia Powszechna PWN, t. 4, Warszawa 1987, 500.
9. Kopaliński Wł.: Słownik Wyrazów Obcych i Zwrotów Obcojęzycznych. PWN, Warszawa 1983, 427.
10. Szewczuk W.: Słownik psychologiczny. Wiedza Powszechna, Warszaw 1985, 323.
11. Deklaracja Zasad Tolerancji, http://debaty.tezeusz.pl/blog/201731.html, data pobrania 4.04.2013.
12. Węgrzecki A:. Tolerancja jako wartość osobowa [w:] Edukacja aksjologiczna. T. 3. O tolerancji, Olbrycht K. (red.). Wyd. Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1995, 17.
13. Hammer H.: Demon nietolerancji. Wydawnictwo WSiP, Warszawa 1994, 49.
14. Chlewiński Z.: Stereotypy: Struktura, funkcje, geneza. Analiza interdyscyplinarna [w:] Stereotypy i uprzedzenia. Chlewiński Z., Kurcz I. (red.). Instytut Psychologii PAN, Warszawa 1992, 309.
15. Borkowski R.: Tolerancja i nietolerancja. BIP, 2003, 116, 1-12.
16. Potyrała D.: Od akceptacji do tolerancji, przestrzeń szkoły, jako pole kształtowania pozytywnych stosunków międzyludzkich [w:] Kompetencje wychowawcze nauczycieli. Wybrane zagadnienia. Minkiewicz-Najtkowska J (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego, Poznań 2003, 40.
17. Burszta W. J.: Antropologia kultury. Tematy, teorie, interpretacje. Wydawnictwo Zysk i Spółka, Poznań 1998.
18. Strzeszewski M.: Stosunek Polaków do innych narodów, http://www. bezuprzedzen.org/doc/06Stosunek_Polakow_do_innych_narodow_2001_CBOS.pdf , data pobrania 30.07.2011.
19. Hahn H.H.: Stereotypy - tożsamość - konteksty. Studia nad polską i europejską historią, Wyd. Poznańskie, Poznań 2011.
20. Lewandowska J.: Raport CBOS: Tożsamość narodowa Polaków oraz postrzeganie mniejszości narodowych i etnicznych w Polsce, BS/84/2005, Warszawa, 2005, 1-17.
21. Strzeszewski M.: Raport CBOS: Stosunek do innych narodów, BS/1/2005, Warszawa, 2005, 1-10.
22. Wądołowska K.: Raport CBOS: Stosunek do innych narodów, BS/12/2010, Warszawa, 2010, 1-12.
23. Omyła-Rudzka M.: Raport CBOS: Stosunek do innych narodów, BS/22/2012, Warszawa, 2012, 1-13.

24. Anam R. Tolerancja Polaków a obcokrajowcy w pracy, Gospodarka.pl., http://www.egospodarka.pl/33182,Tolerancja-Polakow-a-obcokrajowcy-w-pracy,1,39, 1. html, data pobrania 30.07.2011
25. Krajewska-Kułak E., Shpakau A., Kułak W., Kułak A., Okurowska-Zawada B., Shpakau A.: Polish and Belaursian students' attitudes toward other nations. Prog. Heaith Sci., 2012, 2, 29-42.
26. Górniewicz J: Kategorie pedagogiczne. Wydawnictwo UWM, Olsztyn 1997.
27. Marcinkowski J.T.: Kulturowe uwarunkowania opieki zdrowotnej. Nierówności w dostępie do zdrowia [w:] Problemy wielokulturowości w medycynie, Krajewska-Kułak E., Wrońska I., Kędziora-Kornatowska K. (red.). Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2010, 165-172.
28. Raport "Studenci zagraniczni w Polsce 2013", http://www.studyinpoland.pl/ konsorcjum/pdfy/oraporcie_atudy_in_poland2012.pdf, data pobrania 4.04.2013.

Kułak Agnieszka[1], Kułak Piotr[2], Bejda Grzegorz[3]

Lalki Reborn - zabawka, oznaka pseudorodzicielstwa czy terapia?

1. Studenckie Koło Naukowe Kliniki Rehabilitacji Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Radiologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Papieski Wydział Teologiczny w Warszawie, Sekcja św. Jana Chrzciciela, Studium Teologii w Białymstoku

Wprowadzenie

Gdyby na wielkim świecie zabrakło uśmiechu dziecka, byłoby ciemno i mroczno, ciemniej i mroczniej niż podczas nocy bezgwiezdnej i bezksiężycowej - mimo wszystkich słońc, gwiazd i sztucznych reflektorów. Ten jeden mały uśmiech rozwidnia życie.

Julian Ejsmond [1]

Lalki Reborn są to lalki przypominające do złudzenia wielkością i ciężarem noworodki i niemowlęta, stąd często określane są, jako sztuczne dzieci.



Lalka Reborn, źródło: [2]

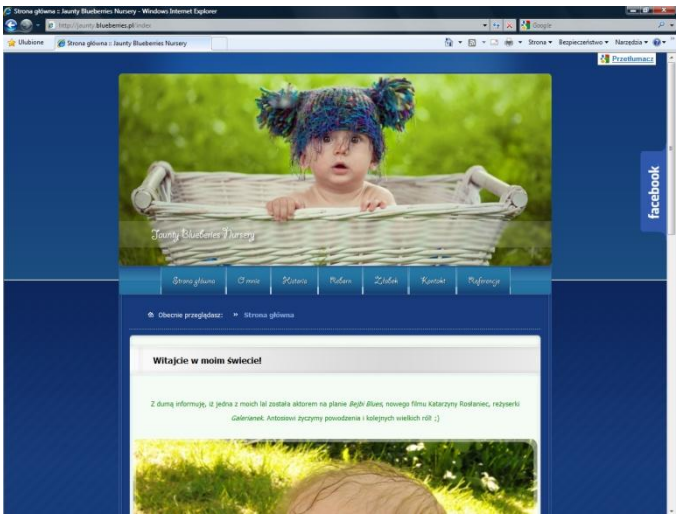
To obecnie jeden z najbardziej popularnych nowoczesnych trendów zarówno w sztuce lalkarskiej, jak i w kolekcjonowaniu artystycznych lalek, a także w terapii.

Pisząc o rebornach, korzystałam z informacji, które znalazłam na blogach artystek zajmujących się ich tworzeniem, forum kobiecych, w artykułach prasowych.

Reborning [cyt. za 3] przywędrował do Polski z zagranicy - z Niemiec, Wielkiej Brytanii i Stanów Zjednoczonych.

Lalek nie można kupić w żadnym sklepie w Polsce, ale znajdują się już strony artystów zajmujących się wykonywaniem lalek, jak np.:

- http://jaunty.blueberries.pl/index [3]



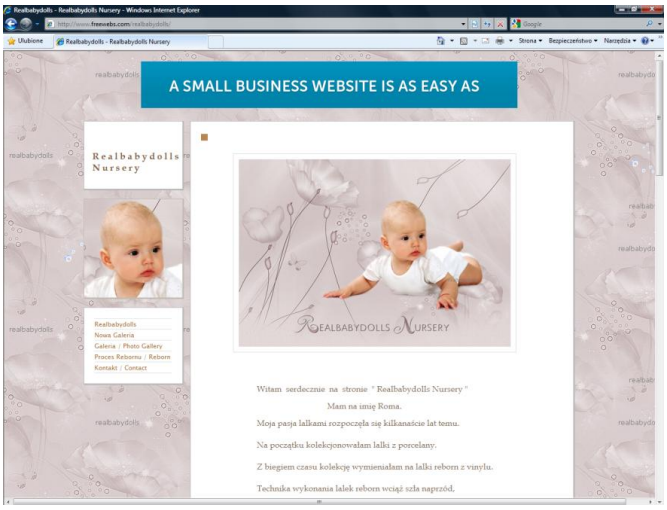
Strona www, źródło: [3]

- http://www.rebornbabiesworld.pl/home.html [4]



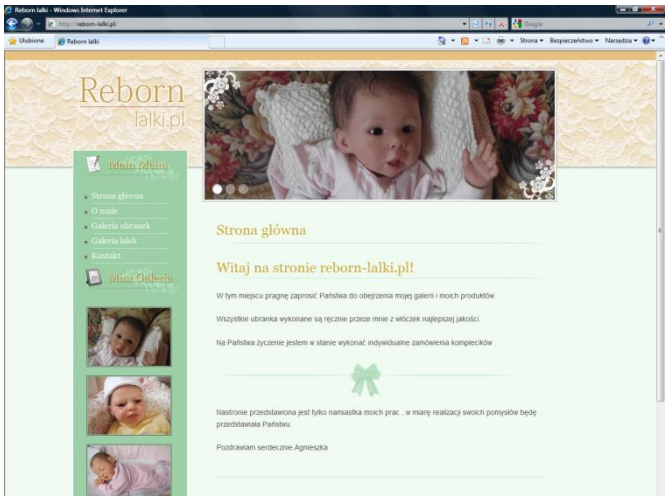
Strona www, źródło: [4]

- http://www.freewebs.com/realbabydolls/ [5]



Strona www, źródło: [5]

- http://reborn-lalki.pl/ [6]



Strona www Romy, źródło: [6]

- http://yeterllen.mblog.pl [7]



Strona www Romy, źródło: [7]

- http://www.binczewska.pl [8]



Strona www, źródło: [8]

Każda lalka jest wykonywana ręcznie, a artyści tworzący te wyjątkowe lalki skupiają się wokół Akademii Polskich Artystek Reborn.



Lalka Reborn, źródło: [2]

Lalka Reborn

Dzieci są jedyną formą nieśmiertelności, której możemy być pewni

Peter Ustinov [9]



Lalka Reborn, źródło: [10]

W tłumaczeniu z angielskiego „*reborn*" oznacza „odrodzony", "urodzony na nowo".

Sztuka wykonywania *Reborn Dolls* narodziła się w Stanach Zjednoczonych na początku lat dziewięćdziesiątych i z początku opierała się w znacznej mierze o realistyczny *repaint* lalek-niemowląt przeznaczonych do dziecięcej zabawy [11].



Lalka Reborn, źródło: [12]

Pierwszy reborn był oferowany w 2002 w serwisie Ebay [13].Twórcy *Reborn Dolls* zrzeszani są w międzynarodowej organizacji IDRA (*International Reborn Doll Artists*) [14], której cele skupiają się przede wszystkim na edukacji i rozwoju kunsztu wykonania lalek.

Z lalkami reborn [cyt. za 3] wiąże się następująca nomenklatura:

- **sculpt**, czyli rzeźba - stworzona przez rzeźbiarkę, ręcznie i w jednym egzemplarzu jako OOAK (One Of A Kind - jedyny w swoim rodzaju)
- **kit** - inaczej **model**, winylowy lub silikonowy składający się z głowy, rąk i nóg, opcjonalnie brzuszka, pleców - jest reprodukcją oryginalnej rzeźby, a zajmują się tym **producenci** tacy jak: Little Dreams Collection, Simply Reborn Limited, Nicky Creation, Secris's Dolls lub same rzeźbiarki.
- **prototyp** to pierwsze egzemplarze (zwykle 2-3) danego modelu, są "próbkami" kitu.
- **reborn** - oryginalnie nazywa się tak proces, który przechodzi lalka, by stać się "dzieckiem", ale także gotowy efekt tej pracy
- **reborning** - określa czynności wykonywane w ww. celu - dla odróżnienia procesu od skończonej lalki, kiedy nie jest to oczywiste;
- **rebornerka/rebornerystka** - artystka wykonująca proces rebornu
- **rooting** - z angielskiego "ukorzenianie" włosków w główce lalki, u nas przyjęło się także słowo "wszczepianie", które jest jak najbardziej odpowiednie.



Lalka Reborn, źródło: [12]



Lalka Reborn, źródło: [2]

Lalki wykonane są z winylu, który w dotyku i wyglądzie bardzo przypomina delikatną skórę dziecka. Można je dowolnie układać. Zachowane mają proporcje niemowlęcia. Fałdki i skóra mają realistyczną barwę. Lalki dopracowane są w najdrobniejszym szczególe - widać u nich naczynka krwionośne, mają prawdziwe lub sztuczne włosy i rzęsy, znamiona, pieprzyki, zmarszczki, nadające im jeszcze bardziej realistyczny wygląd.

Lalki reborn często są wzbogacone w wiele różnych mechanizmów, które sprawiają, iż podobnie, jak dziecko mogą śmiać się, płakać, poruszać główkami i kończynami, otwierać i zamykać oczy, a nawet oddychać, ponieważ nozdrza w ich noskach są otwarte i umożliwiają przepływ powietrza. Po przyłożeniu ucha do brzuszka lalki można również usłyszeć bicie serduszka i poczuć prawdziwe ciepło małego, dziecięcego ciałka...

Niektórzy uważają lalki reborn za coś wspaniałego, zachwycającego i pięknego, innym przypominają zwłoki niemowląt, budzą przerażanie i kojarzą się z jakąś patologią.

Pseudomacierzyństwo

Dziecko może nauczyć dorosłych trzech rzeczy: cieszyć się bez powodu, być ciągle czymś zajętym i domagać się ze wszystkich sił, tego czego się pragnie

Paulo Coleho [1]

Psychologowie na całym świecie zwracają uwagę na coraz zatrważające zjawisko traktowania rebornów, jako prawdziwych niemowląt.

Wiele stron internetowych wręcz reklamuje *Lifelike Babies,* jako idealne dla małżeństw, które nie mogą lub nie chcą mieć ,,prawdziwego" dziecka.



Lalka Reborn, źródło: [15]



Lalka Reborn, źródło: [2]

W Wielkiej Brytanii i Stanach Zjednoczonych [cyt. za 16] lalki reborn cieszą się dużą popularnością wśród kobiet biznesu i singielek. Z reguły są to osoby, które nie mają czasu na macierzyństwo, albo nie chcą mieć dzieci, a które jednocześnie pragną zaspokoić swój instynkt macierzyński, czując sie rodzicem, ale bez odpowiedzialności, chcąc zaistnieć w percepcji ludzi, jako matki [16, 17]. Nabywają więc lalkę reborn, urządzają dla niej pokoik, kupują dla niej ubranka, artykuły dla niemowląt, ubierają jak normalne dziecko, myją włosy, chodzą z nią na spacery w wózku, razem z nimi robią zakupy, noszą w modnych chustach, przewożą w samochodowym foteliku itd. [16, 17].

Zaleta realistycznych lalek reborn jest to, że w rzeczywistym świecie, w przeciwieństwie do prawdziwego dziecka, nie powodują bałaganu. W domu nie ma pieluch, nie ma brzydkich zapachów, nie ma karmienia, nie trzeba się z nimi bawić [18]. Lalki nigdy nie płaczą, nie chorują, nie wymagają stałej opieki i jak podkreśla Saltz [19] nigdy nie urosną, nie opuszczą matki, nigdy nie zawiodą, nigdy nie powiedzą "Nienawidzę cię!", a "matka", nigdy nie dozna od nich przykrości. Są więc idealne- zawsze będą słodkie, malutkie i już zawsze zmieszczą się w „maminym" nosidełku [18].

Niektóre matki, którym trudno pogodzić się z odejściem dziecka (syndrom opuszczonego gniazda - *Empty Nest Syndrome)*, zamawiają u artystów także repliki dorosłych dzieci, które się usamodzielniły, w postaci kopii dziecka z okresu niemowlęcego.

Przykładem może być Carol Laing [cyt. za 20, 21, 22], lat 53, która już podjęła kroki w celu odtworzenia szczęśliwych chwil ze swojej młodości, używając w tym celu realistycznych lalek. Matka dwóch dorosłych dzieci, które nadal z nią mieszkają, ale być może niedługo opuszczą rodzinny dom, stała się matką dwóch "odrodzonych lalek", którymi opiekuje się jak żywymi dziećmi [20, 21, 22]. Nadała im nawet imiona żyjących własnych dzieci - Rachell, która ma 20 lat i Adam, który ma 17 lat [20, 21, 22].

Pani Laing, Newark, Nottinghamshire, powiedziała [cyt. za 22]: "*Uważam, że lalki są bardzo pocieszające. One przywróciły mi wszystkie wspaniałe wspomnienia, jakie dotyczą moich dzieci, gdy byli mali (….) To sprawia, że jestem szczęśliwa - Uwielbiam być mamą. Jednym z najszczęśliwszych okresów w moim życiu był okres, gdy moje dzieci były małe. Jest to dla mnie sposób na odtworzenie tego. Jestem pewna, że wiele kobiet może odczuwać tak samo*".

Carol Laing lalki przebiera, czesze, wozi samochodem, bierze na spacer, na zakupy. Ma nadzieję, ze pewnego dnia w jej życiu pojawią się wnuki, które zastąpią lalki reborn [20, 21, 22].



Carol Laing ze swoimi dorosłymi dziećmi i ich „kopiami” lalkami reborn, źródło: [20]



Lalki reborn wykonane na wzór Rachelli i Adama, źródło: [20]



Carol Laing z lalka reborn w samochodzie, źródło: [20]



Carol Laing z mężem i lalkami reborn, źródło: [21]

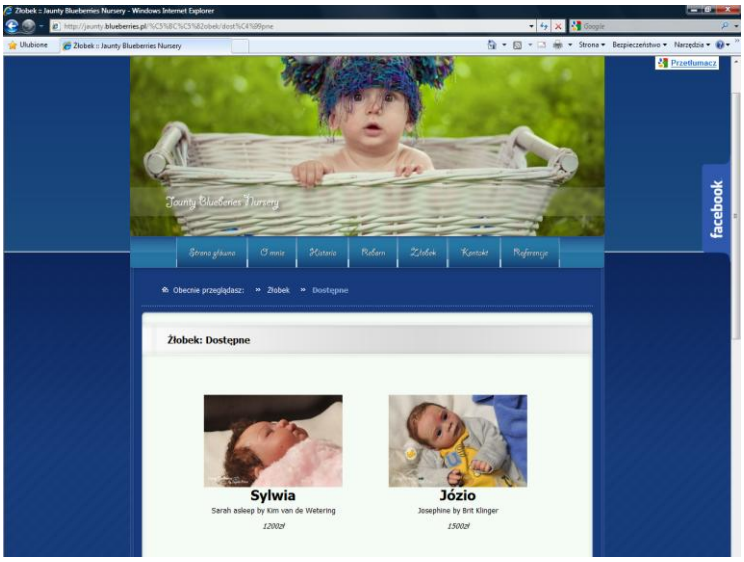
Wielu producentów lalek oferuje nawet możliwość stworzenia kopii zmarłego lub chorego dziecka, np. na podstawie zdjęcia.



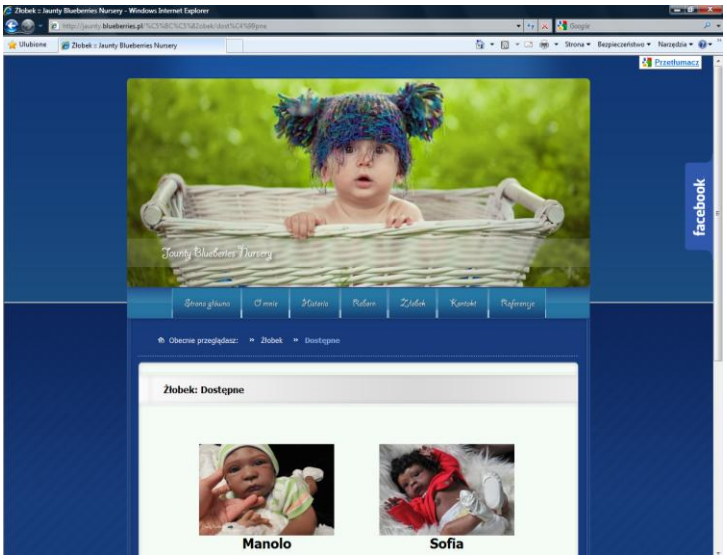
Lalka Reborn, źródło: [23]

Artystka wykonująca lalkę określana jest, jako „matka", dzień ukończenia lalki to „dzień narodzin", miejsce produkcji – „żłobek", a zakup to „adopcja".

Adopcji można dokonać internetowo.



Strona www adopcji lalki Reborn - żłobek, źródło: [3]



Strona www adopcji lalki Reborn, źródło: [3]



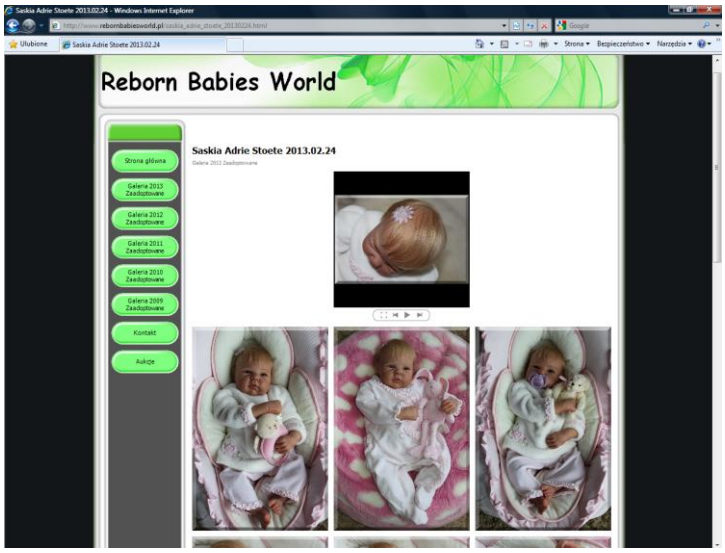
Strona www adopcji lalki Reborn, źródło: [24]



Strona www adoptowanych lalek Reborn, źródło: [24]



Strona www adopcji lalki Reborn, źródło: [23]



Strona www zaadoptowanej lalki Reborn, źródło: [25]

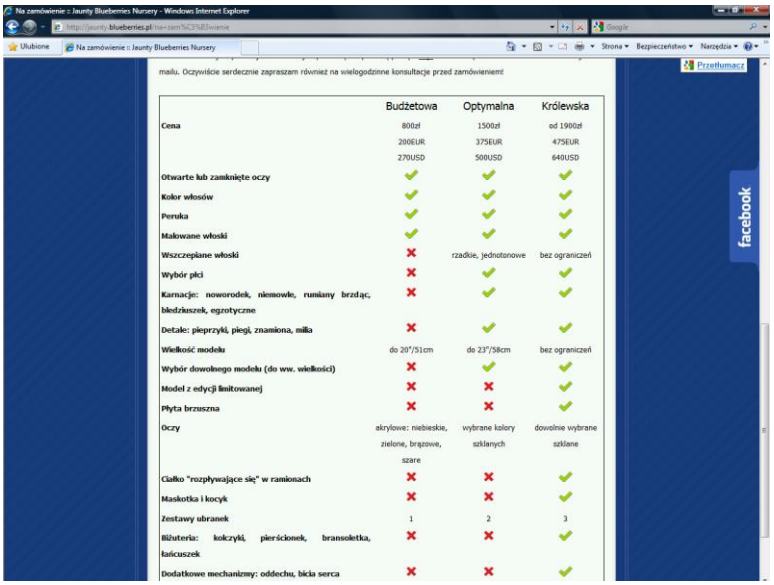
Można adoptować już wykonane lalki reborn, ale można je także zamawiać, np. na podstawie dostarczonego portretu. Przy składaniu wskazane jest wypisanie cech lalki w punktach, co artystce umożliwi uporządkowanie wizji malucha, a zebrane w jednym miejscu informacje uproszczą i usprawnią pracę. Na stronach www np. na http://jaunty.blueberries.pl/index [3], można zapoznać się z wymogami i nawet skopiować mini-formularz do wklejenia w mailu, w którym zamawiający musi udzielić odpowiedzi na poniższe pytania o:

- Wersję: budżetowa/optymalna/królewska:
- Otwarte lub zamknięte oczy:
- Kolor włosów:
- Rodzaj włosków: peruka/wszczepiane/malowane
- Płeć:
- Wielkość:
- Nazwa modelu:
- Płyta brzuszna:
- Karnacja:
- Detale:
- Rodzaj oczu:
- Kolor oczu:
- Maskotka i kocyk:
- Zestawy ubranek:
- Biżuteria:
- Dodatkowe mechanizmy:

Artyści są także otwarci na wielogodzinne konsultacje przed zamówieniem.

Nabywca, który zdecyduje się na taki zakup może się spodziewać, że wraz z lalką dostarczona mu zostanie także pełna wyprawka maluszka [18] - komplecik, w skład którego wchodzą: bluzeczki, spodenki, sweterki, magnetyczny smoczek, opaska na główkę, pieluszka, kocyk, a także... ulubiona maskotka, zabezpieczona pępowinka, opaska z datą urodzenia oraz certyfikat autentyczności.

Zaskakujący jest sposób opisywania produktu przez sprzedających, którzy reklamują je bowiem w taki sposób, by klient czuł, że nabywa prawdziwe dziecko [18].



Strona www ze wskazówkami do zamówienia lalki Reborn, źródło: [3]

Rola w terapii

Kiedy śmieje się dziecko, śmieje się cały świat

Janusz Korczak [26]

Wielu specjalistów od zdrowia psychicznego zaczyna jednak dostrzegać pozytywne aspekty korzystania z odrodzonych Baby Dolls terapii.



Lalka Reborn, źródło: [10]

Reborn dzieci mogą być wykorzystywane np. do terapii mowy i terapii fizycznej, w szczególności u dzieci [27].

Reborns mogą być także wykorzystane do terapii rodzicielstwa, w nauce osób, które wkrótce zostaną rodzicami lub dla młodych rodziców, jak dbać o noworodka [27].

Mogą także pomoc kobietom, która niedawno przeżyły śmierć dziecka, które straciły dziecko w czasie ciąży, którym trudno się pogodzić z myślą, że nigdy nie będą miały własnego dziecka, odczuwają pustkę, która musi zostać wypełniona.

Badania [cyt. za 13, 23] dowodzą, że tuląc dziecko dochodzi u matek do uwalniania hormonów, w tym oksytocyny, które wywołują lepsze samopoczucie i przywiązanie do dziecka, stąd niektórzy psychologowie uważają, że może to samo dotyczyć lalek reborn.

Czasami sięgają po lalki reborn także rodzice, którzy opłakują swoje zmarłe dzieci. Z jednej strony matki twierdzą, że nie są to typowe dzieci, ale z drugiej zastępują im je. Wiele matek, które utraciły dziecko w okresie ciąży, nigdy nie miało okazji zobaczyć lub trzymać go, stąd taką lukę może wypełnić taka lalka [28]. Jednakże w opinii psychiatry Sue Varma, może to się stać dla tych matek problemem, bo mimo, iż lalka może być swoistą podporą dla rodziców, to trzeba uważać, by nie stała się jedyną formą ich życia towarzyskiego [17].



Lalka Reborn, źródło: [28]

Zdarzają się przypadki, jak podkreśla psychiatra, Gail Saltz [19], kiedy dla kogoś walczącego z poczuciem straty (np. bezdzietna kobieta, albo ktoś, kto stracił dziecko), taka realistyczna Baby Doll, wypełnia zaistniałą pustkę. Lekarka [19] generalnie popiera wykorzystanie lalek reborns przez ludzi, którzy nie chcą jeszcze mieć prawdziwego dziecka, a także, aby pocieszyć rodziców pogrążonych w żałobie. W jej opinii naturalne jest, że ludzie, aby znaleźć sposób na zachowanie wspomnień o tych, których kochają, a których obok nie ma, wykorzystują tworzenie albumów fotograficznych, oglądanie zdjęć, odwiedzanie grobów, trzymanie urny z prochami na kominku, stąd sięganie także po lalki reborn [19].

Saltz [19], jednakże zwraca uwagę na fakt, aby pilnować, by ktoś, kto stracił dziecko zbyt mocno i na zbyt długo nie przywiązywał się do lalki, ponieważ to jeszcze bardziej może wiązać się z podtrzymywaniem smutku, niż z rozwiązaniem problemu. Lalki, bowiem nie goją ran psychicznych, a po prostu łagodzą ból [19].



Lalka Reborn i pensjonariuszka z chorobą Alzheimera, źródło: [28]

W Derbyshire w Wielkiej Brytanii, za Taylor [29], zaczęto badania związane z dawaniem lalek reborn pacjentom w celu poprawy zdrowia psychicznego chorych na Alzheimera i pacjentów z otępieniem w zakładach opieki długoterminowej. Okazało się, iż terapia lalką reborn znacznie (z 92 do 28%) ograniczyła liczbę pacjentów, którzy musieli brać leki psychotropowe [29, 30].

Na podstawie badań przeprowadzonych przez różnych badaczy w Stanach Zjednoczonych i Wielkiej Brytanii [30], kobiety cierpiące na chorobę Alzheimera, które

otrzymały lalkę, odczuwały to tak, jakby trzymały żywe dziecko. Dawało to im poczucie komfortu i bezpieczeństwa. Przypominało czasy, gdy były młodymi matkami. Pamiętać należy, iż wiele kobiet, z powodu choroby stało się bardzo wycofane i straciło zdolność mówienia lub uśmiechania. Dzięki terapii z lalkami reborn, spędzały godziny tuląc lalki w ramionach, mówiąc do nich, pocieszając je, co skutecznie je relaksowało i powodowało, iż „otwierały" się do komunikowania z innymi [30, 31, 32, 33, 34, 35].



Lalka Reborn i pensjonariuszka z chorobą Alzheimera, źródło: [32]

Badania naukowe [28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35] potwierdzają teorię, że stymulacja przez dotyk jest absolutnie niezbędne dla fizycznego, jak i psychicznego komfortu. Terapeutycznie stosowany jest w celu łagodzenia bólu, depresji i lęku, w celu wspierania pacjenta woli życia i pomocy wcześniakom, które zostały pozbawione dotyku w inkubatorze, aby mogły się prawidłowo rozwijać [28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35].

Niektórzy pacjenci zdają się wierzyć, że lalki są ich prawdziwymi dziećmi i często nadają im imiona własnych dzieci, czy wnuków [28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35]. Reborn terapia może być powszechnie wprowadzona we wczesnych i średnich stadiach choroby Alzheimera [28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35].

Podsumowanie

Nie możesz [...] powrócić do żłobka i bawić się swoimi zabawkami,
dopraszając się miłości i opieki tylko dlatego, że znasz ich wartość
Anne Rice [36]

O lalkach reborn ciągle mówi się i pisze niewiele, ale ciągle wywołują wiele kontrowersji - jednych cieszą, innych przerażają [37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44]. Dla jednych są sposobem terapii, dla innych przejawem mody, dla jeszcze innych objawem patologii.



Lalka reborn, źródło: [45]

Na forach internetowych, jak pisze Zasońska [41].: *„(....) padają takie określenia jak chore, przerażające, zboczone, niczym z horrorów. Niektórym kojarzą się ze zwłokami niemowlaków. Z drugiej strony wielbiciele Reborn nazywają je wspaniałymi, zachwycającymi, cudownymi, pięknymi. W niektórych wywołują obrzydzenie, w innych budzą instynkty macierzyńskie”.*

W literaturze przedmiotu nie ma, niestety, opisów szczegółowych badań na temat zjawiska kobiet posiadających lalki reborn.



Lalka Reborn, źródło: [15]

Piśmiennictwo

1. http://ecytaty.pl/dzieci/2.html/, data pobrania 19.03.2013.
2. http://www.angelinspiredreborns.com/finished.html/, data pobrania 19.03.2013
3. http://jaunty.blueberries.pl/index/, data pobrania 19.03.2013.
4. http://www.rebornbabiesworld.pl/home.html/, data pobrania 19.03.2013.
5. http://www.freewebs.com/realbabydolls/, data pobrania 19.03.2013.
6. http://reborn-lalki.pl/, data pobrania 19.03.2013.
7. http://yeterllen.mblog.pl/, data pobrania 19.03.2013.
8. http://www.binczewska.pl/, data pobrania 19.03.2013.
9. http://21malina.blox.pl/html/1310721,262146,21.html?951261/, data pobrania 19.03. 2013.
10. http://www.reborn-baby.com/, data pobrania 19.03.2013.
11. http://eachtra.blox.pl/2012/02/Reborn-Doll-dziecko-doskonale.html/, data pobrania 19. 03.2013.
12. http://www.dimplesandwrinklesnursery.com/what.html/, data pobrania 19.03.2013.
13. http://en.wikipedia.org/wiki/Reborn_doll/, data pobrania 19.03.2013.
14. http://www.internationalreborndollartists.com/Home/, data pobrania 19.03.2013.
15. http://www.boredborg.com/offbeat/reborn-dolls-almost-real-babies/, data pobrania 19.03.2013

16. http://parenting.pl/portal/lalki-reborn/, data pobrania 19.03.2013.
17. Roberts D.: Not Child's Play: I Feel Like I Have a Real Baby, http://abcnews.go.com/2020/story?id=6517455&page=1, data pobrania 19.03.2013.
18. http://www.ciazowy.pl/artykul,sztuczne-dzieci-czyli-dla-kogo-lalki-reborn,2154,1.html
19. Saltz Gail: Fake babies ease women's anxiety, sadness, http://www.today.com/id/26974105, data pobrania 19.03.2013.
20. http://tendriasqueverlo.blogspot.com/2011/10/echo-de-menos-mis-hijos-asi-que-compre.html, data pobrania 19.03.2013.
21. http://prozeny.blesk.cz/clanek/pro-zeny-rodina/155219/zena-pecuje-o-repliky-miminek-kopie - vlastnich-deti.html/ data pobrania 19.03.2013
22. http://www.dailymail.co.uk/news/article-2007958/A-family-reborn-mother-relives-childrens-early-days--baby-dolls.html/ data pobrania 19.03.2013
23. http://www.illusionsoflife.org/nur/nicu/connor/connor.htm/, data pobrania 19.03.2013.
24. http://www.babiesnestnursery.com/, data pobrania 19.03.2013.
25. http://www.rebornbabiesworld.pl/saskia_adrie_stoete_20130224.html/, data pobrania 19.03.2013.
26. http://cytatybaza.pl/cytaty/o-dzieciach/, data pobrania 19.03.2013.
27. http://www.edenslittleones.com/reborn-articles-written-by-the-artist/, data pobrania 19.03.2013.
28. http://www.bellawitch.com/cuddle_therapy%20science%20and%20facts%202.htm/, data pobrania 19.03.2013.
29. Taylor L.: Reborn Baby - Doll Therapy For Alzheimer's And Dementia, http://www.artipot.com/articles/665025/reborn-baby-doll-therapy-for-alzheimers-and-dementia. htm/, data pobrania 19.03.2013.
30. http://www.rebornfamily.com/reborn-dolls-for-doll-therapy/, data pobrania 19.03.2013.
31. http://ezinearticles.com/?Alzheimer-Patients-and-Reborn-Dolls&id=2777224/ data pobrania 19.03.2013.
32. http://lildumplins.webs.com/dollsandalzheimers.htm/ data pobrania 19.03.2013.
33. http://www.rebornstore.com/reborn-doll-therapy-for-alzheimers-disease/, data pobrania 19.03.2013.
34. http://craftsss.weebly.com/1/post/2012/12/making-reborn-dolls-for-the-alzheimer-and-dementia-market.html
35. http://www.enchantedmomentsnursery.com/Reborn-Doll-Therapy.html/, data pobrania 19.03.2013.

36. http://megathings.com/2013/01/10/reborn-doll-therapy/, data pobrania 19.03.2013.
37. http://szukaj.cytaty.info/cytaty/zabawki.htm/, data pobrania 19.03.2013.
38. Sobańska E.: Dla kogo pociecha z lalki, Angora, 2009, 34 z dnia 23 sierpnia, http://www.binczewska.pl/pliki/angora.pdf/, data pobrania 19.03.2013.
39. Kubik O.: Lalka reborn- dziecko czy zabawka?, http://dlalejdis.pl/artykuly/lalka_reborn___dziecko_czy_zabawka_/, data pobrania 19.03.2013.
40. Moda na lalę, http://www.lejdizmagazine.com/2013/03/poniedziaki-bez-cenzury-lala.html, data pobrania 19.03.2013.
41. http://eachtra.blox.pl/2012/02/Reborn-Doll-dziecko-doskonale.html/, data pobrania 19.03.2013.
42. Zasońska A.: Sztuczne dzieci, http://www.matkapolka.com.pl/pociechy/sztuczne-dzieci.html/, data pobrania 19.03.2013.
43. Burke K., Burke T.: Reborn Babies – The Post Abortion Connection, Rachel's Vineyard Ministries is an International Post abortion Healing Ministry of PriestsFor Lifewww.RachelsVineyard.org/, data pobrania 19.03.2013.
44. Bacvarow C.: Babies Reborn: Infant/Child Burials in Pre- and Protohistory, BAR International Series 1832, 2008, 197-204.
45. http://www.preciousrebornbabies.com.au/adopted.htm/, data pobrania 19.03.2013.

Kułak Agnieszka[1], Kułak Piotr[2], Bejda Grzegorz[3]

Żywe lalki - moda czy choroba?

1. Studenckie Koło Naukowe Kliniki Rehabilitacji Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Radiologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Papieski Wydział Teologiczny w Warszawie, Sekcja św. Jana Chrzciciela, Studium Teologii w Białymstoku

Wprowadzenie

Niektórzy ludzie, podobnie jak niektóre zabawki, przychodzą na świat ze skazą.
W pewnym stopniu jesteśmy podobni do zepsutych zabawek
Carlos Ruiz Zafón, Światła września [1]

Współcześnie istnieje moda nie tylko na małe dziewczynki startujące w konkursach piękności, ale także przyszła kolej na nastolatki ubierające się oraz zachowujące, jak żywe lalki.

Pisząc o żywych lalkach, korzystaliśmy z informacji, które znaleziono na blogach artystek zajmujących się ich tworzeniem, forum kobiecych, w artykułach prasowych.

W opinii Szmidt [2], w obecnych czasach każda dziewczynka miała śliczną, wystrojoną lalkę Barbie. To ona była pierwszym kontaktem z kobiecą sylwetką. Dzieci są doskonałymi obserwatorami, a istotą ich zabawy jest odgrywanie ról dorosłych, często bardziej niż swoich własnych dziecięcych, dlatego też ogromne znaczenie mają ich wyobrażenia siebie w przyszłości. Z tego względu tak ważna dla dziewczynki jest zabawa lalką uosabiającą dorosłą kobietę [2]. Autorka [2] zauważa, iż media masowe na każdym kroku podkreślają: „*chcesz mieć szczęśliwe życie, cudownego chłopaka i budzić zazdrość wśród rówieśników, bądź bardziej „naj”! Najpiękniejsza, najszczuplejsza, miej największe kuszące oczy i najwęższą talię, pokaż to światu, a i ty staniesz się ikoną, a i kto wie, przy odrobinie szczęścia może spotkasz równie idealnego Kena?”*

Niestety nastolatki uważają, że trzeba ponieść wiele wyrzeczeń, aby mieć taką idealną figurę, stąd poświęcają codziennie bardzo wiele czasu stylizacji, mocnemu makijażowi, wyrzekaniu się normalnych posiłków i ciągłej edukacji internetowej [2].

Dziewczynki, z reguły w wieku od 13-14 lat, zaczynają dążyć do odrębności, indywidualności, bardzo często szukają inspiracji w Internecie, a tu *„duże oczy, pełne usta, pudrowo-biała cera bez skazy - to stylizacja na żywe lalki, które z nastolatek zrobiły nową*

sensację Internetu - młode dziewczyny umieszczają w serwisach społecznościowych zdjęcia i filmy domowej roboty", na których wyglądają jak lalki Barbie lub anime [3, 4, 5].

Niestety, na całym świecie młode dziewczyny poddają się operacjom plastycznym, doczepiają sztuczne włosy i wykonują specjalny makijaż, ubierają się na różowo, by jak najbardziej upodobnić się do lalek.

Eden Wood

Eden Wood urodziła się w 2005 roku w Arkansas i od najmłodszych lat bierze ona udział w wielu konkursach piękności - "Małych miss" w Stanach Zjednoczonych, nosząc efektowny makijaż, doczepiane włosy i wystrzałowy, kobiecy strój [6, 7].



Eden Wood, źródło: [6]



Eden Wood, źródło: [7]

Angela Vollrath

Angela Vollrath ma już 59 lat, ale wciąż ubiera się i maluje tak, jak lalka Barbie i została nawet kiedyś wybrana Miss Barbie [8].

Rzadkie, utlenione włosy Angela uzupełnia treskami, ma piękne białe licówki, ubiera się w krótkie spódniczki i różowe sukienki, a stylizowanie się na żywą lalkę zajmuje jej codziennie rano około dwóch godzin [8].



Angela Vollrath, źródło: [9]

Valeria Lukyanova

Valeria Lukyanova pochodzi z Ukrainy i jest jedną z najsłynniejszych "żywych Barbie" na świecie [3].

W wywiadzie, jaki przeprowadził z nią "V Magazine" [cyt. za 10] przyznała, że jest instruktorką podróży astralnych i prawdziwe piękno wywodzi się nie z jej cielesności, a z pięknej duszy.

Jej wygląd nie jest jednak dziełem natury [3]. Dziewczyna poddała się dotychczas serii operacji plastycznych (trzynastu), dzięki którym poprawiła już sobie m.in.: linię szczęki, czoło, nos, policzki, szyję, podbródek, ramiona, biust, usta... [3, 10, 11].

Codziennie nakłada na siebie tonę makijażu, doczepia sztuczne włosy i nakłada szkła kontaktowe powiększające oczy [10].



Valeria Lukianova przed operacjami i po, źródło: [10]



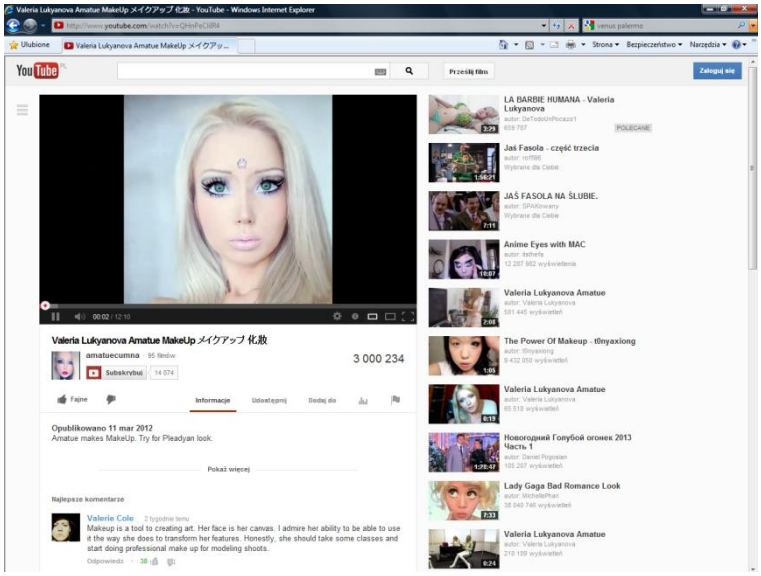
Valeria Lukianova, źródło: [3]

Valeria ma swój profil na facebooku - https://www.facebook.com/ValeriaLukyanova [12], który ma 769 tys. zdeklarowanych fanów (stan na 5.04.2013).



Valeria Lukyanova, profil na faceebooku, źródło:- [12]

Ma też konto na YouTube, a film, na którym pokazuje, jak wykonać makijaż obejrzało już 3000 234 osób (stan na 05.04.2913) [13].



Valeria Lukyanova, YouTube, źródło: [13]



Valeria Lukianova, źródło: [14]



Valeria Lukianova, źródło: [11]

Charlotte Poole

Charlotte Poole pochodzi z Leicestershire i ma 22 lata [15, 16]. To kolejna żywa lalka Barbie [15, 17]. Ma platynowe blond włosy, makijaż "na pandę" i tonę samoopalacza na sobie [15, 17].



Charlotte Poole, źródło: [15]

Sama o sobie pisze [15]: „*jako 11-latka byłam nieśmiała, puszysta i płaska. Chłopcy kopali mnie krzycząc, że jestem gruba, a ja stałam tam i marzyłam, żeby zniknąć (...) Ludzie podpalali mi włosy. Wrzeszczeli na mnie, naciągali mi spódnicę na głowę, rzucali we mnie jedzeniem. (...) Kiedy odkryłam dietę, utleniacze do włosów i make up wszystko się zmieniło. Z tłustego dziecka, którego nikt nie zauważał zamieniłam się w dziewczynę, która nie mogła przejść obok budowy bez gwizdów”*.

Charlotte Poole marzy o operacji nosa, korekcie zgryzu, a w przyszłości być może wypełniaczach i botoksie, ale jak na razie rodzice zafundowali jej operację plastyczną biustu [15]. To właśnie po tym zabiegu mieszkanka Leicester zyskała pewność siebie i nowe hobby - tymczasowe metamorfozy w *Charlotte Elizabeth*, czyli różową, słodką lalkę noszącą krótkie spódniczki, podwiązki, różowe włosy i biust w rozmiarze 75F [15].

Nie chciała być jednak wyłącznie kolejną „żywą lalką”, ale jak mówi [15]: „*pragnęłam wyróżniać się z tłumu Barbie. W końcu doszłam do wniosku, że powinnam*

postawić na gruntowne wykształcenie. Żadna z żywych lalek nie jest tak wyedukowana, jak ja".

Jest absolwentką prawa na Uniwersytecie Nottingham, potem uzyskała stopień magistra marketingu modowego (dyplom z wyróżnieniem) i pracuje jako *social media coordinator* w firmie zajmującej się modą [15, 18]. Ma w planach obronę doktoratu oraz zwiedzanie świata [15, 18].

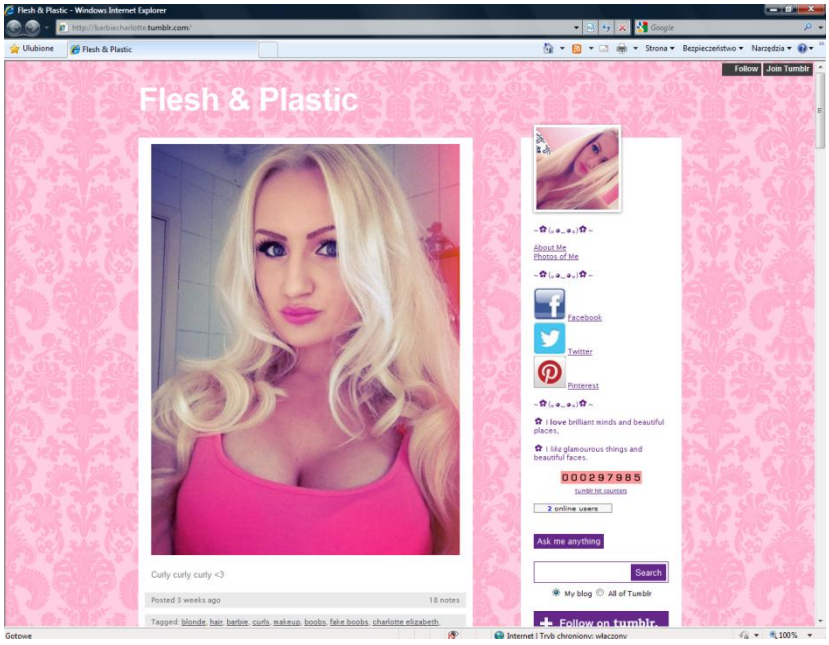


Charlotte Poole, źródło: [18]

Charlotte Pool prowadzi blog - http://barbiecharlotte.tumblr.com/ [19] oraz ma konto na Twitterze, na którym obok regularnie zamieszczanych swoich zdjęć z imprez i zwykłych, codziennych czynności oraz porad na temat operacji plastycznych, zamieszcza także cytaty z Tołstoja i Darwina, poleca dokumenty telewizyjne i dzieli się poglądami na temat bieżących wydarzeń na świecie [15].

Napisała na nim, iż w wolnych chwilach kobieta zajmuje się kolekcjonowaniem artykułów na swój temat: „*Bardzo miło wspominam jeden ze swoich ostatnich wywiadów.*

Dziennikarka, z którą rozmawiałam, była naprawdę kochana. Gazeta na szczęście napisała na mój temat całą prawdę, bez przeinaczania faktów. Po publikacji artykułu czuję się jednak „naga", wystawiona na widok ogółu" [18, 19].



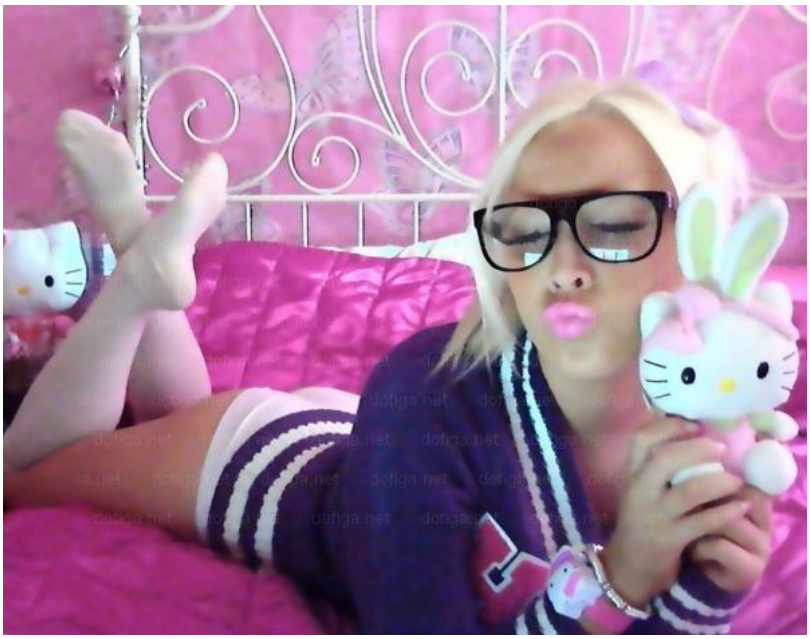
Strona www blogu Charlotte Pool, źródło: [19]



Charlotte Pool i różowy naszyjnik Barbie, który ma na każdej imprezie, źródło: [19]

Laura Vinicombe

Laura Vinicombe pochodzi z Wielkiej Brytanii, ma 22 lata i nadal jest zafascynowana lalkami do tego stopnia, że sypia na olbrzymim różowym łożu i ubiera się w koszulki z napisem Barbie [20, 21].

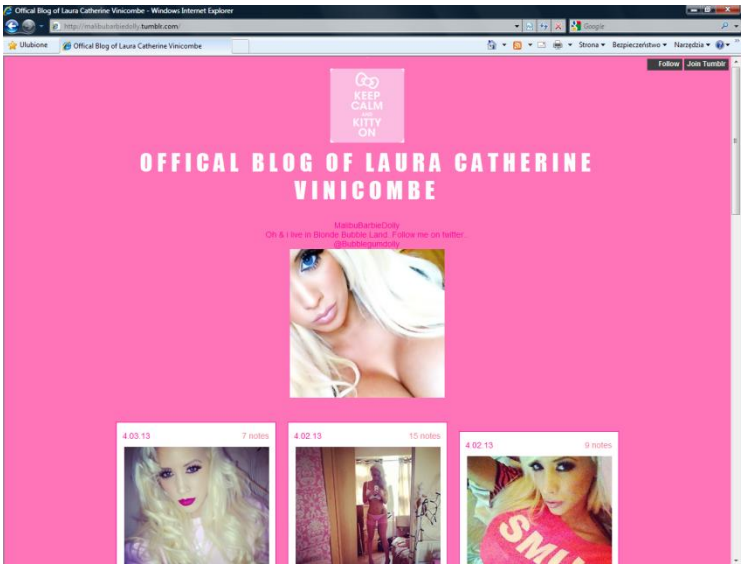


Laura Vinicombe, **źródło: [20]**



Laura Vinicombe, **źródło: [20]**

W celu upodobnienia się do ukochanej lalki farbuje włosy na platynowy blond, regularnie chodzi na solarium, powiększa sobie biust i poddaje twarz zabiegom z botoksem [20, 21]. Laura Vinicombe ma własny blog - http://malibubarbiedolly.tumblr.com/ [22], na którym umieszcza na bieżąco swoje zdjęcia



Strona www blogu Laura Vinicombe, źrodło: [22]

Charlotte Hothman

Charlotte Hothman ma 24 lata i wydała już wiele tysięcy funtów na operacje plastyczne (operację nosa i zabieg powiększenia ust) i większość oszczędności wydaje na różowe dodatki, aby tylko upodobnić się do lalki Barbie [23, 24].



Charlotte Hothman, źródło: [25]

Od 3. roku życia zbiera lalki Barbie [23, 24].



Charlotte Hothman, źrodło: [24]

Harajuku girl

Harajuku to dzielnica Tokio, w której rządzą najnowsze modowe trendy i gdzie w weekendy spotyka się młodzież, zamieniająca szkolne mundurki na zwariowane stroje inspirowane mangą i anime, czy lookami punkowymi [26].



Harajuku girl, źródło: [26]

Styl Harajuku [27] narodził się w latach 70., kiedy ten teren upodobali sobie artyści. Obecnie to najpopularniejsza dzielnica Tokio, gdzie nastolatki zmęczone szkolną codziennością mogą się wyszaleć i poprzebierać w swoje ulubione ciuchy, naśladując ulubione postaci z kreskówek i komiksów, kopiując ich ruchy, miny, zachowania [27].



Harajuku girl, źródło: [26]



Harajuku girl, źródło: [27]

Rozróżnia się tu style:

- *Gothic Lolita,* inspirowany wyglądem kobiet, dzieci i lalek wiktoriańskich, z nutą gotyckich klimatów i filmów grozy
- *Cosplay* (od costume play) natomiast polega na przebieraniu się w ulubione postacie z anime, mangi lub za swych idoli [27].

Harajuku girl, to określenie dziewczyny, która nosi krótkie sukienki, słodkie białe pantofelki, kucyki i masę kolorowych dodatków [26].

Dakota Rose

Dakota Rose, swoim fanom znana jako Kota Koti, pochodzi z zachodniego wybrzeża USA [28]. Jej wiek jest trudny do sprecyzowania. Niektóre źródła podają, że ma 16 lat, inne - że 18 lat [28].



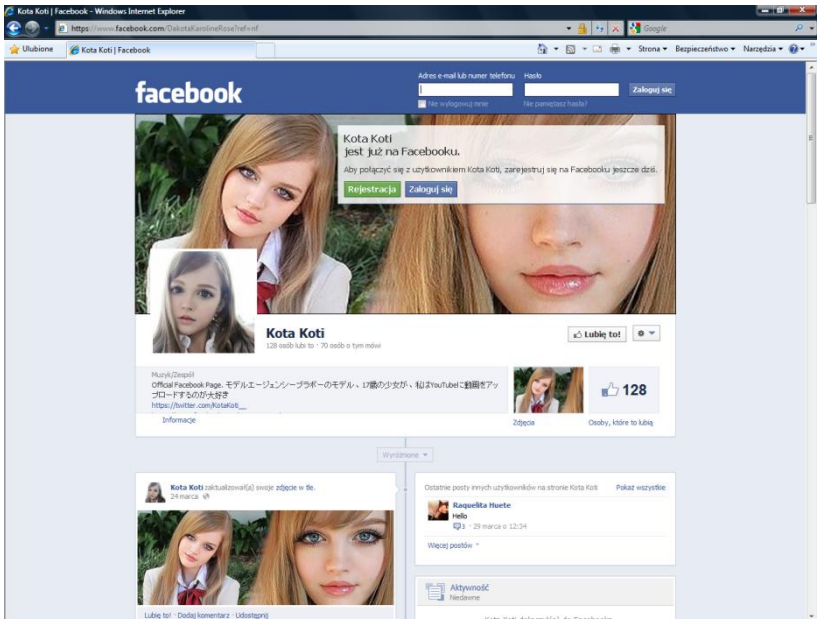
Dakota Rose, źródło: [29]

Jest szczególnie popularna w Azji, a jej styl jest inspirowany japońską subkulturą anime, w której wielkie oczy i długie proste włosy stanowią kluczowe elementy [28].

Popularność zdobyła za sprawą kosmetycznych i modowych porad umieszczanych w formie filmików w serwisie YouTube, na których pokazuje jak w kilku krokach zwyczajna

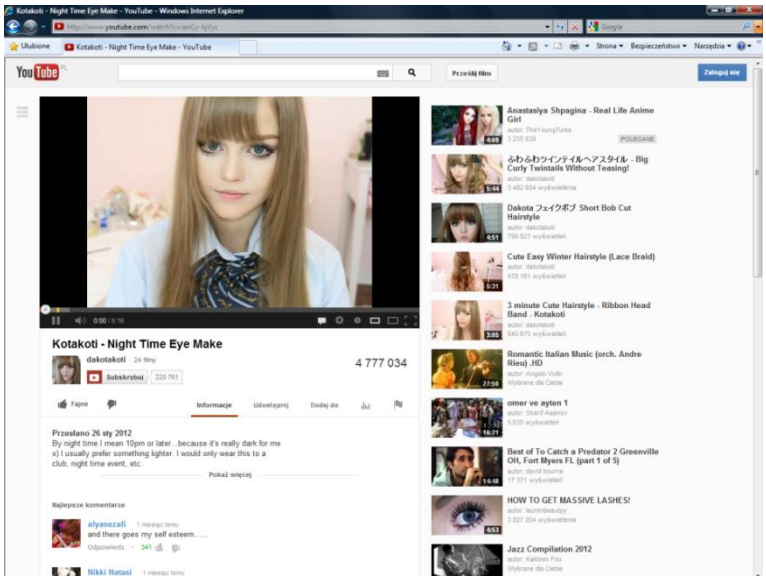
dziewczyna, wykonując odpowiedni makijaż i fryzurę oraz dobierając właściwe stroje może przeistoczyć się w "żywą lalkę Barbie" [28].

Kota Koti ma swój profil na faceebooku - https://www.facebook.com/DakotaKarolineRose?ref=nf [30].



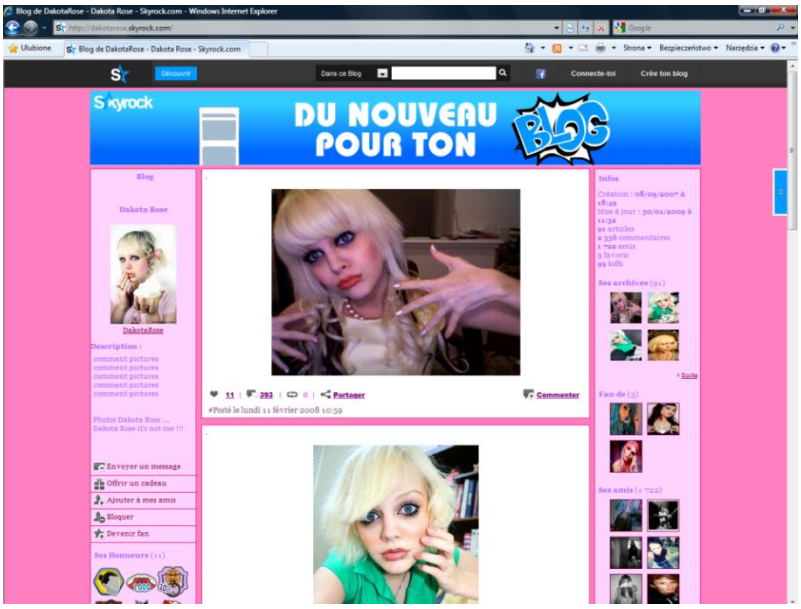
Kota Koti ma swój profil na faceebooku, źródło: [30]

Ma też konto na YouTube, a film, na którym pokazuje jak wykonać makijaż obejrzało już 4 777 034 osób (stan na 05.04.2913) [31].



Koti Kota, YouTube, źródło: [31]

Prowadzi także swój blog: http://dakotarose.skyrock.com/ [31].



Koti Kota, blog, źródło: [32]

Anastasiya Shpagina

Anastasiya Shpagina, to Ukrainka, która zasłynęła dzięki temu, że wygląda jak postać żywcem wzięta z japońskich anime [5].



Anastasiya Shpagina, źródło: [11]

W wywiadach przyznaje, że wzorowała się na koleżance z tego samego miasta - Valerii Lukyanovej [11].

Do niedawna była początkującą modelką, ale postanowiła zmienić imię na Fukkacumi, „*co miało zakończyć proces przemiany w żywą postać rodem z japońskich komiksów”* [11].

Anastasiya ma 157 cm wzrostu, schudła do 38 kilogramów, zapuściła włosy i ufarbowała je na czerwono [11].

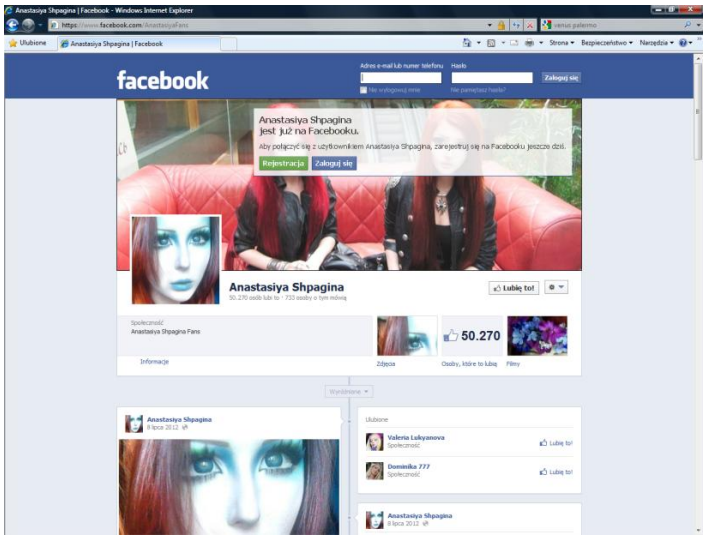
W jednym z wywiadów przyznała, że każdego dnia poświęca aż godzinę na makijaż oczu, ponieważ umalowanie jednego zajmuje jej około 30 minut [5]. Jednocześnie nie wyklucza, że w niedalekiej przyszłości zdecyduje się na operację plastyczną, która miałaby jeszcze bardziej upodobnić ją do bohaterek pokroju Czarodziejki z Księżyca [5].



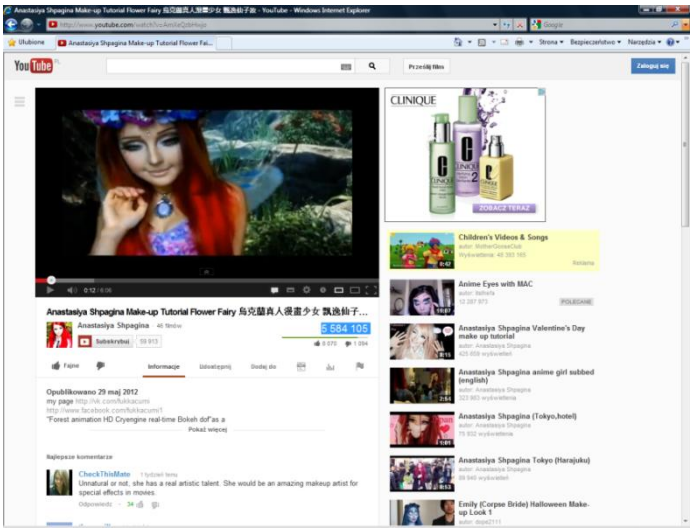
Anastasiya Shpagina, źródło: [33]

Anastasiya Shpagina ma także swoją stronę na facebooku: https://www.facebook.com/AnastasiyaFans [34], który to portal odwiedziło i polubiło go już 50 271 osób (stan na 5.04.2013).

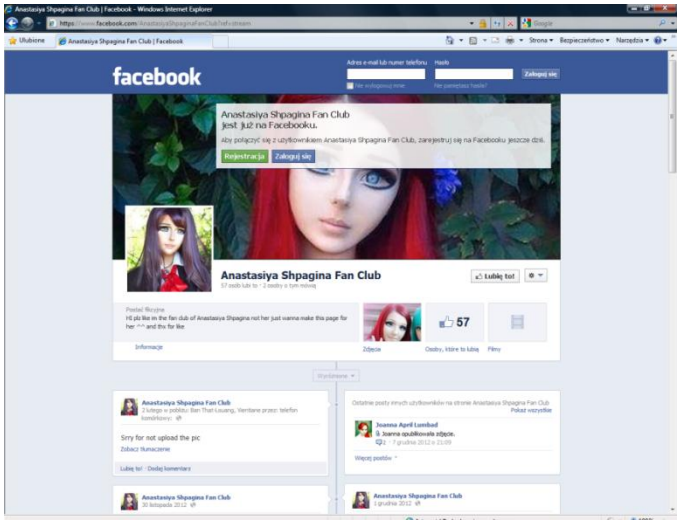
Ma też konto na YouTube, a film, na którym pokazuje, jak wykonać makijaż obejrzało 5 584 105 osób (stan na 05.04.2913) [35]. Ma również swój Fanclub [36].



Anastasiya Shpagina facebook, źródło: [34]



Anastasiya Shpagina Make-up Tutorial Flower Fairy, YouTube, źródło: [35]



Anastasiya Shpagina Fun club, źródło: [36]



Anastasiya Shpagina z koleżanką, źrodło: [11]

Venus Palermo

Venus Palermo, w sieci znana w sieci jako Venus Angelic, spędziła jakiś czas w Japonii, skąd powróciła do Londynu zafascynowana anime [28].

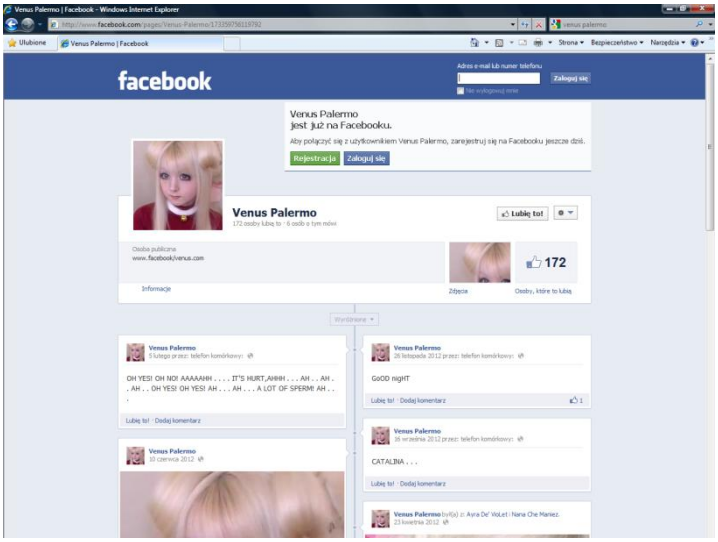


Venus Palermo, źródło: [37]

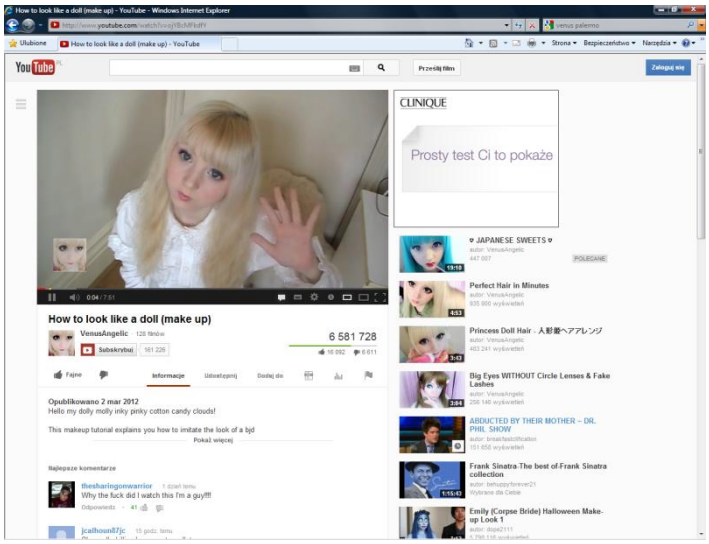
Obecnie zamieściła już trochę filmów na swoim profilu w serwisie YouTube, (ponad 10 milionów oglądających), z czego większość poświecona jest tematyce jak wykonać

samodzielnie pełne make i manikiurowe triki [28, 37]. W swoich filmikach pokazuje nie tylko techniki makijażu, czyli jak się malować, aby przypominać porcelanową lalkę, ale także sposoby przypinania peruki, powiększania oczu, ukrywania biustu i jakie należy przyjmować pozy, aby upodobnić się do słodkiej lalki [37]. W swoich wideo mówi udawanym japońskim akcentem, naśladując gesty oraz miny z anime [37].

Venus Palermo ma także swoją stronę na facebooku: http://www.facebook.com/pages/Venus-Palermo/173359756119792 [38], konto na YouTube, a film, na którym pokazuje jak wykonać makijaż obejrzało 6 581 728 osób (stan na 05.04.2913) [39], prowadzi także swój blog: http://www.venusangelic.com/ [40] oraz ma swój Fanclub [41], a je go strona na fecebooku liczy 84 404 fanów (stan na 5.04.2013.)



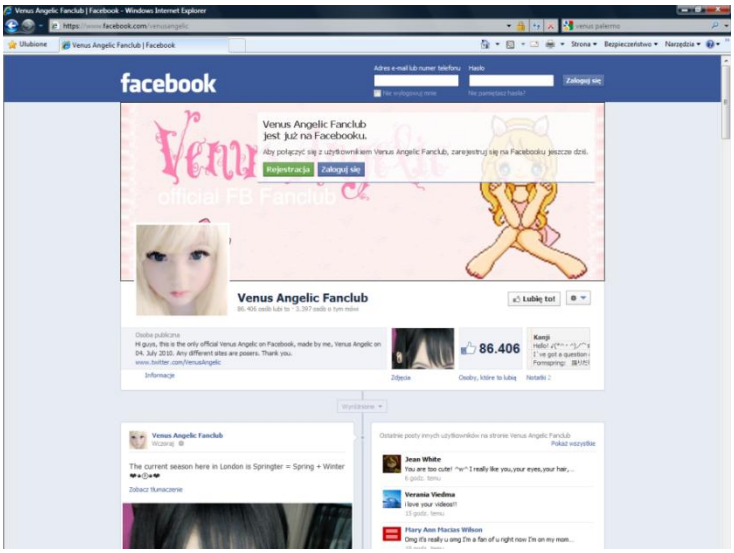
Venus Palermo profil feceebok: źródło: [38]



Venus Palermo YouTube, źródło: [39]



Venus Palermo blog, źródło: [40]



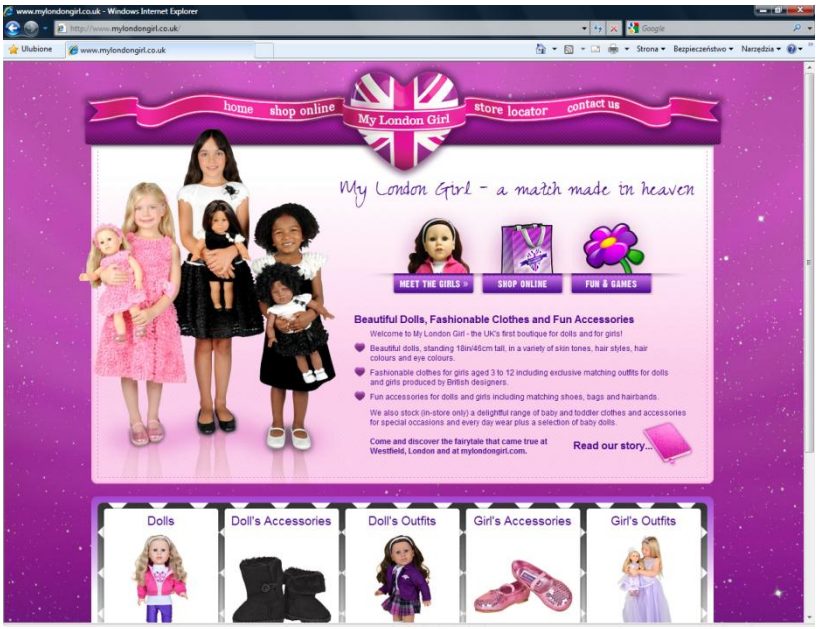
Venus Palermo, facebook Fanklubu, źródło: [41]

W wywiadach Venus deklaruje, iż: „*nie sądzę, bym kiedykolwiek przestała to robić. Mój styl będzie dorastał razem ze mną, a ja dalej będę robić to, co kocham*” [28].

Specjalne butiki

W Londynie [42] powstał butik „My London Girl”, którego najmłodsza klientka ma 3, a najstarsza 12 lat, a w którym dzieci wybierają designerskie stroje i akcesoria dla siebie oraz ich identyczną, miniaturową wersję dla swojej lalki. Projektantem ubrań jest David Charles. Na miejscu można kupić sobie również nową lalkę, która będzie łudząco podobna do jego właścicielki – będzie miała identyczny kolor skóry i oczu oraz takie same włosy [42].

Właściciele sklepu liczą na to, że dzięki butikowi wiele dziewczynek będzie chciało jak najdłużej bawić się lalkami i tym samym, przedłuży się ich dzieciństwo [42].



Oficjalna strona internetowa butiki, źródło: [43]



Model z Butiku My London Girl, źródło:[44]

Sytuacja w Polsce

W Polsce także można spotkać podobnie wystylizowane osoby [26].

Każdego roku organizowane są liczne zloty fanów mangi, a także różnego rodzaju festiwale poświęcone kulturze japońskiej [26]. Można wybrać się do Szczecina na Japan Fest, do Warszawy na Imprezę Wiwat Japonia i Festiwal Sushi, albo śledzić wydarzenia przygotowywane w ramach akcji Porytkon [26].

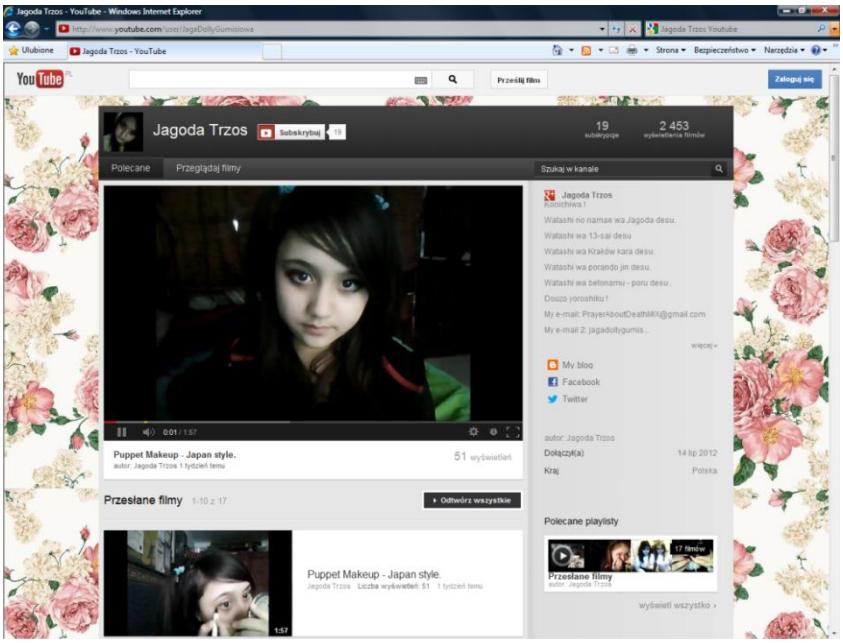


Candy, Meg , Anqu , Kasia , Kuromi i Asu, źródło: [26]



Żywa lalka, Polska, źródło: [45]

W Polsce mieszka także **Jagoda Trzos,** Polko-Wietnamka, znana również jako Jaga Dolly Gumisiowa jest żywą lalką anime [46].



Jagoda Trzos, YOuTube, źródło: [47]

Na stronie bloga Elżbiety „Ayumi" Okniańskiej, http://kirei-na-otaku.blog.onet.pl/informacje-o-blogu/ [27], zafascynowanej Japonią, mange i anime, można znaleźć wskazówki, jak wprowadzić elementy Harajuku do codziennego stylu. W tym celu autorka radzi [27]:

- zakładać ubrania warstwowo (spódnice na leggingsy, spodnie pod sukienki), jednocześnie mieszając style i kolory, coś, co z pozoru nie pasuje może okazać się bardzo oryginalną kreacją
- zmiksować ze sobą styl wieczorowy z casual (np. trampki z sukienką), co może dać bardzo ciekawy efekt - nie należy bać się łączyć ubrań znanych marek ze zwykłymi, „nietrendowymi" ubraniami
- dbać o jak największą liczbę dodatków, im więcej dodatków tym lepiej, a jako dodatki traktować należy także elektroniczne gadżety: odjazdowe, błyszczące komórki, odtwarzacze mp3 i laptopy
- nie bać się przeróbek, bo odrobina kreatywności i pracy pozwoli na stworzenie własnego niepowtarzalnego stylu, stąd wskazane farbowanie ubrań, wyszywanie, naszywanie aplikacji

- zadbać, aby makijaż był rzucający się w oczy, kolorowy lub monochromatyczny, nadający wygląd porcelanowej lalki a la Ziggy Stardust
- pamiętać, że pewność siebie, to podstawa stylu harajuku, a zadowolenie i duma ze swojego oryginalnego wyglądu to pierwszy krok do dobrego samopoczucia.

Podsumowanie

Życie każdego z nas jest materiałem przynajmniej na jedną książkę.
Na dramat, na komedię lub na książkę kucharską.
Aleksander Kumor [48]

Brytyjka Galia Slayen [23] postanowiła stworzyć Barbie o wzroście dorosłej kobiety. Zrobiony przez nią manekin miał 98 cm w obwodzie biustu, 45 cm w talii, 83 cm w biodrach i 175 cm wzrostu. Autorka [23] stwierdziła, iż „g*dyby Barbie była prawdziwą kobietą, miałaby poważną niedowagę i nieproporcjonalną sylwetkę*".

Trudno sobie wyobrazić, iż rodzice nie wiedzą, co dzieje się z wyglądem ich dziecka. Szmidt [49] zastanawia się, dlaczego rodzice akceptują to, co się dzieje z ich dzieckiem, szczególnie, że stylizacja ma podłoże seksualno - erotyczne. Mało tego, zauważa [49], iż dziewczyny, które wiodą prym w internetowym „świecie lalek", mają często pełną akceptację i również poparcie ze strony rodziców.

Boliwijski portal Opinion.com.bo [cyt. za 4] napisał o Dakocie Rose, że „*inspiruje tysiące dziewczyn na całym świecie, które chcą wyglądać jak ona",* co niepokoi ekspertów twierdzących, że „*kładzenie od najmłodszych lat zbyt dużego nacisku na wygląd może w przyszłości mieć katastrofalne skutki, prowadząc np. do depresji, stanów lękowych czy anoreksji*".

Dr Michael Fiorillo, chirurg plastyczny, w rozmowie z COED Magazine [cyt. za 50] stwierdził, co prawda, że Rosjanka Valeria Lukyanova być może nie zaobserwuje skutków ubocznych wykonanych przez siebie operacji, ale podkreślił, że „żywe lalki" powinny poddać się leczeniu psychiatrycznemu - *„nie po to jest chirurgia plastyczna".*

Coraz więcej specjalistów [cyt. za 50] ostrzega, że „*takie zachowanie może skutkować zbyt dużym przywiązaniem do wyglądu fizycznego. Młodym dziewczynom może być potem trudno zaakceptować zmiany własnego ciała, a kreowanie na „żywą lalkę" kieruje ich uwagę wyłącznie na powierzchowność*".

W opinii Szmidt [49] cena za stylizację a'la lalka Barbie może kosztować nastolatkę dużo więcej niż może się spodziewać od odrzucenia wśród rówieśników, przez izolowanie się od prawdziwego świta na rzecz tego, który ją zrozumie – Internetu do „uwielbienia" przez

panów, dla których młodociana manga lub Barbie jest podniecająca. Zdaniem autorki [49] opisane w artykule stylizacje propagują erotyzm, seks.

Psychologowie alarmują [cyt. za 51], iż młode dziewczyny hołdujące takim trendom propagują niebezpieczne zjawisko kulturowe.

Znany brytyjski psychoterapeuta Gray [cyt. za 4] ostrzega, że „*transformacja w zniekształcone i nierealne postacie, wyglądające na starsze niż w rzeczywistości prowadzi wręcz do niebezpiecznego zacierania granic między niewinnością dziecka, a seksualnością dorosłej osoby”*.

Celowe odmładzanie oraz podkreślanie swoich atutów z często świadomym emanowaniem dziecięcą seksualnością mogą stanowić pożywkę dla pedofilii i dewiantów. Lansując model nienaturalnego wizerunku, dziewczyny nie zdają sobie sprawy, że wiele nastolatek pójdzie ich tropem, a te, które nie będą w stanie sprostać modelowi, będą popadać w depresje, prowadzącą do zaburzeń psycho-fizycznych związanych z niewłaściwą oceną swojego ciała [51].



Valeria Lukyanova i Anastasiya Shpagina, źródło: [52]

Za ewidentny przykład powyższego psychologowie [cyt. za 37] podają Venus Angelic, jednakże matka [cyt. za 37], broni córki utrzymując, że "*lepiej, aby dziecko się przebierało i malowało, niż piło czy ćpało*" oraz twierdząc „*bardziej martwiłabym się, gdyby wracała do domu pijana albo zaszła w ciążę” [53].*

Piśmiennictwo

1. Carlos Ruiz Zafón: Światła września. Wydawnictwo Muza, Warszawa, 2011.
2. Szmidt E.: Nastolatki jak lalki Barbie, We-Dwoje, http://www.we-dwoje.pl/nastolatki;jak;lalki;barbie,artykul,28823.html, data pobrania 6.04.2013.
3. http://www.kotek.pl/kotek/56,126040,11573999,Zywe_lalki_podbijaja_internet_ale_ cena_ za_zabawe.html, data pobrania 6.04.2013.
4. http://www.bravo.pl/styl/artykuly/nastolatki-jak-zywe-lalki-nowa-moda/ida,1067488/, data pobrania 6.04.2013.
5. http://www.kozaczek.pl/plotka.php?id=40215, data pobrania 6.04.2013.
6. http://www.pudelek.pl/artykul/35205/wydali_pol_miliona_na_konkursy_pieknosci/, data pobrania 6.04.2013.
7. http://www.papilot.pl/ludzie/12403/To-nie-lalka-to-ZYWE-DZIECKO-Eden-Wood-ma-6-lat-a-jest-gwiazda-wyborow-miss.html, data pobrania 6.04.2013.
8. http://barylka.blog.pl/id,331122105,title,Zywe-lalki-Barbie,index.html?ticaid=5105 d0, data pobrania 6.04.2013.
9. http://www.ruhrnachrichten.de/lokales/schwerte/Operation-Schoen-oder-nicht-schoen; art937,90738, data pobrania 6.04.2013.
10. http://www.fakt.pl/zywa-lalka-Barbie-Tak-wygladala-przed-operacjami,artykuly,188239, 1.html, data pobrania 6.04.2013.
11. http://kobieta.interia.pl/z-zycia/news-zrobia-wszystko-zeby-wygladac-jak-lalki,nId, 639441, data pobrania 6.04.2013.
12. https://www.facebook.com/ValeriaLukyanova, data pobrania 6.04.2013.
13. http://www.YouTube.com/watch?v=QHnPeCliIR4, data pobrania 6.04.2013.
14. http://bebzol.com/pl/Zywa-lalka-galeria-zdjec.71635.html, data pobrania 6.04.2013.
15. http://www.kimono.pl/Zywa-lalka-Barbie-ma-platynowe-blond-wlosy-makijaz-na-pande-i-DYPLOM-PRAWA-a5086, data pobrania 6.04.2013.
16. http://www.papilot.pl/ludzie/21719/-Myslisz-ze-ta-dziewczyna-jest-perfekcyjna-Pozory-myla-Zobacz-co-z-nia-jest-nie-tak-FUJ.html, data pobrania 6.04.2013.
17. http://barbiecharlotte.tumblr.com/, data pobrania 6.04.2013.
18. http://www.papilot.pl/ludzie/20977/Charlotte-Poole-to-nowa-ZYWA-BARBIE-Podobno-jest-inteligentna-22latka-skonczyla-dwa-kierunki.html, data pobrania 6.04.2013.
19. http://barbiecharlotte.tumblr.com/, data pobrania 6.04.2013.

20. http://www.papilot.pl/ludzie/17643/2/Kolejna-ZYWA-BARBIE-To-juz-istna-plaga-kobietlalek-Poznajcie-Laure-LADNA.html, data pobrania 6.04.2013.
21. http://www.papilot.pl/tag/Laura-Vinicombe.html, data pobrania 6.04.2013.
22. http://malibubarbiedolly.tumblr.com/, data pobrania 6.04.2013.
23. http://www.papilot.pl/ludzie/21336/3/ZYWE-BARBIE-Te-kobiety-robia-wszystko-by-upodobnic-sie-do-seksownej-blond-lali.html, data pobrania 6.04.2013.
24. http://www.papilot.pl/ludzie/17402/24letnia-Charlotte-Hothman-to-prawdziwa-ZYWA-BARBIE-Zobaczcie-FOTO.html, data pobrania 6.04.2013.
25. http://kobieta.wp.pl/kat,65524,title,Chce-wygladac-jak-lalka-Barbie,wid,14334416, wiadomosc.html, data pobrania 6.04.2013.
26. http://lov3.pl/Harajuku-w-Polsce-gothic-girl-lolitki-i-styl-fairy-kei-a262, data pobrania 6.04.2013.
27. http://kirei-na-otaku.blog.onet.pl/2009/12/06/harajuku/, data pobrania 6.04.2013.
28. http://www.bravo.pl/styl/artykuly/nastolatki-jak-zywe-lalki-nowa-moda/ida,1067488/, data pobrania 6.04.2013.
29. http://www.patajo.pl/fakty/dakota-rose-czyli-ludzka-lalka-zdjecia/, data pobrania 6.04.2013.
30. https://www.facebook.com/DakotaKarolineRose?ref=nf, data pobrania 6.04.2013.
31. http://www.YouTube.com/watch?v=ianCy-kjVyc, data pobrania 6.04.2013.
32. http://dakotarose.skyrock.com/, data pobrania 6.04.2013.
33. http://www.mymodernmet.com/profiles/blog/list?tag=Anastasiya+Shpagina, data pobrania 6.04.2013.
34. https://www.facebook.com/AnastasiyaFans, data pobrania 6.04.2013.
35. http://www.YouTube.com/watch?v=AmXeQzbHwjo, data pobrania 6.04.2013.
36. https://www.facebook.com/AnastasiyaShpaginaFanClub?ref=stream, data pobrania 6.04.2013.
37. http://www.pudelek.pl/artykul/39530/15latka_ udaje_zywa_ lalke_wideo/, data pobrania 6.04.2013.
38. http://www.facebook.com/pages/Venus-Palermo/173359756119792, data pobrania 6.04.2013.
39. http://www.YouTube.com/watch?v=ojYBcMFkdfY, data pobrania 6.04.2013.
40. http://www.venusangelic.com/, data pobrania 6.04.2013.
41. https://www.facebook.com/venusangelic, data pobrania 6.04.2013.

42. http://dzieci.pl/kat,1024263,title,Chca-byc-jak-zywe-lalki,wid,13737881,wiadomosc.html? smgputicaid =6105d1, data pobrania 6.04.2013.
43. http://www.mylondongirl.co.uk/, data pobrania 6.04.2013.
44. http://www.retail-digital.com/stores/uks-first-doll-boutique-to-open-this-month, data pobrania 6.04.2013.
45. http://www.gothiclolita-poland.com/forum/index.php/topic,2799.msg132377.html, data pobrania 6.04.2013.
46. http://zywelalkiweuropie.blog.pl/id,331932442,title,Zywe-lalki-w-Europie-,index.html, data pobrania 6.04.2013.
47. http://www.youtube.com/user/JagaDollyGumisiowa, data pobrania 6.04.2013.
48. http://pl.wikiquote.org/wiki/Aleksander_Kumor, data pobrania 6.04.2013.
49. http://www.we-dwoje.pl/nastolatki;jak;lalki;barbie,artykul,28823.html, data pobrania 6.04.2013.
50. http://www.papilot.pl/psychologia/18410/3/Zywe-lalki-skad-ta-chora-moda-Przeczytaj-o-wszystkich-LOLITKACH-zobacz-ZDJECIA/2.html, data pobrania 6.04.2013.
51. http://www.dziecko.fit.pl/fit_junior/problemy/nastoletnie_lalki,763,1,0.html, data pobrania 6.04.2013.
52. http://www.axnspin.pl/wiadomosci/dziewczyny-jak-zywe-lalki, data pobrania 6.04.2013.
53. http://muzyka.interia.pl/pop/news/15-latka-zywa-lalka-straszne-chore-dziwne,1784185 50, data pobrania 6.04.2013.

Tołoczko Helena[1], Krajewska-Kułak Elżbieta[2], Orzechowska Anna[1], Sochoń Katarzyna[1], Górska Emilia[1], Gryko Katarzyna[1]

Percepcja wizerunku własnego ciała - wybrane aspekty

1. Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wprowadzenie

Jeśli ludzie będą zwracać uwagę tylko na wygląd,
nigdy nie nabiorą szacunku do umysłu.
Trudi Canavan [1]

W literaturze przedmiotu [2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11] podkreśla się, iż sposób postrzegania własnego ciała ściśle związany jest ze sposobem funkcjonowania psychicznego i społecznego, a obraz ciała najczęściej definiuje się jako *„zmysłowy obraz jego rozmiarów, kształtów i formy oraz uczuć dotyczących ciała jako całości lub tylko jego określonych części”*.

Satysfakcja z własnego ciała to pozytywny obraz ciała i jednocześnie wyższa samoocena, poczucie atrakcyjności, większa pewność siebie oraz poczucie szczęścia osobistego [2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11].

Niezadowolenie z własnego ciała może być związane ze zmianą liczby oraz jakości kontaktów społecznych i w konsekwencji prowadzić do autodestrukcyjnych zachowań kompensacyjnych, jak np. restrykcyjna dieta albo wykonywanie wyczerpujących ćwiczeń fizycznych pomimo pojawiającego się bólu i kontuzji, przyjmowanie sterydów lub innych używek, a nawet poddawanie się operacjom plastycznym [6, 7, 8, 9, 10, 11, 12].

Rozwój wizerunku ciała, za Rybicka-Klimczyk [15], jest uwarunkowany oddziaływaniem wielu czynników, takich jak:

- osobowościowe
- behawioralno-poznawcze
- intrapsychiczne
- indywidualne doświadczenia jednostki
- wpływy społeczno-kulturowe.

Jedną z definicji określających obraz ciała jako „*spostrzeżenia, myśli i uczucia człowieka, odnoszące się do jego własnego ciała*" podał 1990 roku Fisher [cyt. za 16], a która to zawiera 3 elementy:

- percepcyjny, a więc ocenę rozmiarów ciała
- kognitywny, czyli ocenę atrakcyjności ciała
- afektywny, czyli te emocje i reakcje, które towarzyszą ewaluacji ciała.

Ideał szczupłej sylwetki, za Rybicka-Klimczyk [15], został wykreowany i zinternalizowany przez społeczeństwo powojennych Stanów Zjednoczonych i był związany z przekonaniem, że społeczeństwo amerykańskie jest nadmiernie otyłe, posiada złe nawyki żywieniowe oraz prowadzi niezdrowy tryb życia, a co w konsekwencji negatywnie wpływa na ich ciała oraz osobowość. Stwierdzono, za Melosik [17], że większość młodych Amerykanek, przeglądając się w lustrze, widzi osobę z nadwagą i żywi przekonanie, że posiadanie idealnej szczupłej sylwetki stanowi gwarancję życiowego sukcesu.

W latach dwudziestych, za Wolf [18], kiedy kobiety uzyskiwały prawa wyborcze, nacisk na utrzymywanie diety i szczupłej sylwetki był znacznie większy niż w latach poprzednich.

Nieco później [cyt. za 18], w latach pięćdziesiątych akceptacja bardziej krągłej sylwetki była możliwa z uwagi na fakt, iż kobieta była w tym czasie utożsamiana z gospodarstwem domowym

W latach sześćdziesiątych, za [18], ideologia szczupłego ciała zaczęła nabierać coraz większego znaczenia z uwagi na fakt włączania się kobiet w sfery aktywności zarezerwowane dotychczas dla mężczyzn.

Powyższe, jak podaje Rybicka -Klimczyk [15], potwierdza Kilbourne, który uważa, że tyrania szczupłego ciała jest bezpośrednio związana z dążeniem do ograniczenia aspiracji kobiet w sferze posiadania władzy społecznej.

W krajach Europy Środkowej i Wschodniej ideał szczupłej sylwetki rozpowszechnił się dopiero po 1989 roku [cyt. za 15].

Podstawy teoretyczne

Kobieta, która ma mężczyźnie do zaoferowania jedynie zewnętrzny wygląd,
jest jak książka składająca się z ładnej okładki i niezapisanych kartek
Mikołaj Kozakiewicz [1]

W literaturze przedmiotu [7, 8, 16] podkreśla się, iż tak „*jak obraz siebie stanowi system przekonań jednostki dotyczący jej własnej osoby, tak obraz ciała stanowi mentalną reprezentację tego, jak postrzegamy nasze ciało i nieodłącznie wiąże się z jego oceną”*. Uważa się [7, 8, 9, 16, 19], iż człowiek nie jest w stanie obiektywnie ocenić tego jak wygląda,

wyobrażeniu własnego wyglądu nadaje jedynie znaczenie i ocenia go (subiektywnie) porównując do powszechnie występujących wzorców idealnego wyglądu i opierając swoją ocenę na ocenach innych ludzi. Obraz własnego ciała jednakże nierozerwalnie łączy się z oceną jego atrakcyjności przez człowieka, czyli stopniem, w jakim jest z niego zadowolony lub nie [7, 8, 9, 16, 19].

Izydorczyk i Rybicka-Klimczyk [2] podkreśla, iż w praktyce zazwyczaj zwraca się uwagę na dwa główne aspekty obrazu ciała:

- odpowiednią ocenę jego rozmiarów
- uczucia w stosunku do ciała (zadowolenie lub niezadowolenie).

W literaturze przedmiotu [cyt. za 20] wyodrębnia:

- percepcję ciała (*body percept*) - wewnętrzny, wzrokowy obraz kształtu i rozmiaru ciała, który może być adekwatny bądź nieadekwatny do rzeczywistego obrazu
- wyobrażenia o wyglądzie ciała (*body concept*) - przekonania i uczucia względem własnego ciała, poziom satysfakcji z jego wyglądu, zadowolenie z funkcjonalności i możliwości, które mogą być pozytywne lub negatywne.

Autorem pojęcia *body image,* za Brytek-Matera [21] jest Paul Schilder (1950).

We współczesnym rozumieniu [cyt. za 21], wizerunek ciała jest zjawiskiem wieloaspektowym, na które składa się:

- komponent percepcyjny – związany z możliwością (odpowiadającej stanowi rzeczywistemu) oceny rozmiarów i kształtu własnego ciała (subiektywne oszacowanie rozmiarów ciała)
- komponent poznawczy – sposób, w jaki człowiek myśli o swoim ciele
- komponent emocjonalny – składający się na uczucia dotyczące własnego ciała
- komponent behawioralny – postawy względem ciała jako całości i poszczególnych jego części
- interpretacja wewnętrznych bodźców (płynących z ciała)
- indywidualna interpretacja bodźców zewnętrznych (głównie wizualnych i dotykowych)
- opinie i oceny otoczenia oraz własne.

Ocena obrazu własnego ciała nie jest wyłącznie oceną tego, co dana osoba widzi w lustrze ani odbiciem rzeczywistego wyglądu, a raczej naszym subiektywnym osądem [22]. To myśli, spostrzeżenia i emocje dotyczące naszego ciała, które w naszej głowie tworzą obraz, mający wpływ na sposób, w jaki się widzimy [22].

W psychologii [20, 23], fenomen doświadczania własnej cielesności jest również opisywany za pomocą takich terminów, jak:

- schemat ciała (*body-scheme*)
- Ja cielesne (*body self*) c
- pojęcie ciała (*body-concept*).

W literaturze przedmiotu [24, 25, 26], najczęściej wymienianymi emocjami odnoszącymi się do obrazu ciała są uczucie zadowolenia i niezadowolenia z własnego ciała lub jego części oraz lęk przed przyrostem tkanki tłuszczowej, głównie w dolnych partiach ciała.

Emocje w znaczący sposób wpływają na sposób, w jaki jednostka spostrzega swoje ciało, a przy współdziałaniu z innymi zmiennymi, tj. samooceną, indywidualnym, związanym z ciałem doświadczeniem mogą stać się źródłem zaburzeń w jego percepcji [24, 25, 26]. Przeżywane przez człowieka w stosunku do własnego ciała są silnie determinowane nie tylko poprzez jego cechy osobowościowe, czy intrapsychiczne, ale również przez uwarunkowania społeczno-kulturowe, z których wywodzi się dany człowiek [24, 25, 26]. W opinii Smolaka i wsp. [24, 25, 26], niezadowolenie z ciała jest często operacjonalizowane jako rozbieżność między idealną a aktualnie postrzeganą własną sylwetką.

Cash [7, 8] zwraca uwagę na to, że źródłem niezadowolenia z własnego wyglądu może być nie tylko istniejąca, łatwa do zaobserwowania nadwaga, ale również utrzymujące się przekonanie o tym, że jest się grubym, co jest charakterystyczne zwłaszcza dla osób, które były kiedyś otyłe, a potem schudły.

Poznawczo-behawioralny model rozwoju obrazu ciała, za Shiep i Szymańska [27] obejmuje dwie grupy czynników, od których zależy przebieg tego procesu. Do pierwszej grupy należą przeszłe wydarzenia, postawy oraz doświadczenia, predysponujące jednostkę do określonego myślenia na temat własnego ciała, a wśród nich dużą rolę odgrywa proces „socjalizacji" w dzieciństwie, na przykład nadawanie znaczenia wyglądowi zewnętrznemu przez nośniki kulturowe (w tym media) [27]. Znaczny wpływ mają rodzina i rówieśnicy, kształtujący pierwsze wyobrażenia na temat cielesności (ich wpływ został określony jako „doświadczenie"). W opinii Shiep i Szymańskiej [27] środowisko rodzinne może modelować postawy dziecka wobec własnego ciała poprzez komentowanie jego wyglądu, a także proponowanie odpowiedniej diety i ćwiczeń, gdyż to według standardów narzuconych przez rodziców dziecko porównuje się z innymi. Czynnik „fizyczność", za Shiep i Szymańska [27], dotyczy wyglądu zewnętrznego i wpływa na to, jak dana osoba jest postrzegana i traktowana przez otoczenie - np. dzieci z nadwagą częściej niż szczupłe doświadczają odrzucenia przez

rówieśników. Ostatni czynnik to „cechy indywidualne osobowości" - do których należą samoocena (pozytywna stanowi bufor zapobiegający dyssatysfakcji z własnego ciała), perfekcjonizm, samoświadomość oraz potrzeba aprobaty społecznej [27]. Druga grupa czynników wywierających wpływ na obraz ciała dotyczy teraźniejszości, czyli obecnych wydarzeń i procesów [27].

W roku 2003, CBOS [28] przeprowadził badania na reprezentatywnej próbie losowo-adresowej dorosłych mieszkańców Polski (N=880). Wykazały one, że prawie każdy dorosły Polak (90%) podkreślał niebagatelne znaczenie w życiu wyglądu zewnętrznego, a w społeczeństwie powszechne było przekonanie, że atrakcyjny wizerunek przesądza o sukcesie w życiu osobistym (90%) i zawodowym (92%) [28]. Przystojny mężczyzna powinien być, zdaniem ankietowanych: wysoki (76%) i muskularny (37%), a piękna kobieta: zgrabna (63%) i szczupła (53%) [28]. Kobiety dwukrotnie częściej niż mężczyźni wyrażały się krytycznie o swoim wyglądzie (34% wobec 18%). Zdecydowanej większości Polaków (75%) zależało na korekcie swojej sylwetki: kobiety chciały być szczuplejsze (63%), a mężczyźni - lepiej zbudowani, bardziej muskularni (13%) [28]. Polacy twierdzili, iż dbają o wygląd zewnętrzny przede wszystkim dlatego, że chcą mieć lepsze samopoczucie (73%) i podobać się innym (54%) [28]. Im respondenci byli starsi, tym rzadziej przypisywali duże znaczenie własnemu wyglądowi, choć nawet dla nich jest on nadal ważny [28].

Poglądy naukowców

[...] gdy próbuje się kogoś ocenić po wyglądzie, bierze się pod uwagę tylko to, co ten ktoś pozwala zobaczyć
Robert Crais [1]

Badania [29, 30, 31, 32, 33] dotyczące percepcji własnego ciała, przeprowadzane są często w oparciu o test sylwetek wskazują, że niezadowolenie z obrazu ciała dotyczy wybranych atrybutów wyglądu zewnętrznego, głównie kształtu sylwetki oraz wagi ciała, ale także twarzy czy włosów.

Zarek [34] badaniami objęła 74 mężczyzn i 145 kobiet w wieku 19–25 lat i wykazała, iż kobiety były bardziej niż mężczyźni niezadowolone ze swego ciała, a w szczególności z obszarów dolnej części tułowia. Większa masa ciała była związana z większym niezadowoleniem z własnego ciała w grupie kobiet, natomiast w grupie mężczyzn nie była jednoznacznie związana z negatywną oceną ciała [34]. Zarówno w grupie kobiet, jak i mężczyzn większy stopień zróżnicowania obrazu ciała łączył się z większym niezadowoleniem z własnego ciała, przy czym obraz ciała kobiet był bardziej zróżnicowany

niż mężczyzn. Zarówno w grupie kobiet, jak i mężczyzn występują silne związki pomiędzy ocenami graniczących ze sobą obszarów ciała, tj. kończyn dolnych, centrum ciała, kończyn górnych i obszaru klatki piersiowej [34].

Ta sama autorka [34], późniejszymi badaniami objęła 177 osób w wieku 19–53 lat (średnia = 27,66; SD = 8,90), w tym 148 kobiet (średnia = 28,69; SD = 9,30) i 29 mężczyzn (średnia = 22,41; SD = 3,18), studentów Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie. Autorka [34] wykazała, iż elementy obrazu ciała uznawane za „części ciała" badani charakteryzowali w kontekście wyglądu (statycznego obiektu), a elementy obrazu ciała uznawane za „funkcje ciała" ujmowane były przez respondentów w kontekście działania (dynamicznego procesu). Relacja ta nie była jednak symetryczna, np. w kontekście działania mogły być oceniane elementy ciała, które nie były charakteryzowane jako funkcje. Stwierdzono także, iż poziom subiektywnej satysfakcji z własnego ciała związany był z postrzeganiem danego elementu ciała w aspekcie wyglądu albo działania, natomiast mniejsze znaczenie miało uznawanie go za część ciała lub jego funkcję [34]. W opinii autorek, większa akceptacja ciała mogła być związana z angażowaniem się w formy aktywności fizycznej, sprzyjające kształtowaniu kontekstu procesu dla oceny ciała [34].

Meyers i Biocci, za Izydorczyk [35] wykazali, że 95% kobiet nie posiadających zaburzeń odżywiania, przecenia wagę swojego ciała o około ¼, z czego 40% przecenia wielkość jednej z części swojego ciała (policzki, talię, biodra, uda) o przynajmniej ½.

Bordo [cyt. za 15] w przeprowadzonych w 1984 roku badaniach wykazał, iż 75% z 33 tysięcy kobiet uważało, że są otyłe, mimo że jedynie 25% miało nadwagę według standardów medycznych, a 30% niedowagę.

Badania Głębockiej i Kubata [36] wykazały, że im niższy był wskaźnik BMI u badanych, tym większe było zadowolenie z własnego wyglądu po dokonaniu porównania z modelem idealnym. Kobiety o średnim (19–23) i wysokim (>23) BMI były z efektów porównań niezadowolone.

Model rozwoju poczucia niezadowolenia z własnego ciała Smolaka i Thompsona [24] wyraźnie wskazuje, że płeć i BMI są czynnikami, które mogą sprzyjać częstszemu pojawianiu się negatywnych komentarzy na temat wyglądu ze strony rówieśników oraz rodziców i mogą one również zwiększać ryzyko molestowania seksualnego. Następne dwa ważne elementy to niski poziom autonomii i skoncentrowanie się na wadze ciała oraz kształcie sylwetki. W przypadku, gdy dojdzie do tego wpływ mediów oraz modelowanie jednostki przez otoczenie, to zarysuje się typowy schemat sprzyjający powstawaniu niezadowolenia z ciała [24].

Rybicka -Klimczyk [15] badaniami objęła 140 kobiet, wybranych z populacji w wieku od 16 do 50 lat, w średniej wieku 28,5 roku (SD=10,8) i średniej wskaźnika wagowo-wzrostowego (BMI) - 22,2 (od 15,4 do 34,3; SD=3,6). Autorka stwierdziła, że istnieją istotne różnice w percepcji i odczuwaniu wizerunku ciała przez badane kobiety w zależności od wieku. Im starsze wiekiem były kobiety, tym bardziej były świadome rzeczywistego wyglądu swojego ciała, ideału kobiecej sylwetki, do którego dążą oraz tego, jak powinna wyglądać ich sylwetka, zgodnie z obowiązującymi w kulturze standardami atrakcyjności. W opinii autorki [15] uzyskane wyniki sugerują istnienie odwróconej zależności pomiędzy internalizacją ideału szczupłej sylwetki a percepcją wizerunku ciała, ponieważ wykazano, że im silniejsza internalizacja, tym słabsza percepcja obrazu własnego ciała. Wyniki badań wykazały również istnienie zależności pomiędzy informacjami przekazywanymi przez mass media a wymiarem poznawczym i emocjonalnym wizerunku ciała. Kobiety, dla których środki masowego oddziaływania były ważnym źródłem informacji, cechowały się słabszą percepcją wizerunku ciała [15].

Głębocka [36] porównując poziomu zadowolenia z wyglądu wśród osób o średniej masie ciała, które nigdy nie były otyłe oraz wśród osób o średniej masie ciała, które w przeszłości były otyłe, stwierdziła znacznie mniejszy poziom zadowolenia oraz większy poziom lęku w drugiej z badanych grup.

Izydorczyk i Rybicka-Klimczyk [35] badaniami objęli 79 kobiet, które podzielili na dwie grupy: dziewczęta w okresie dojrzewania, tzw. adolescentki (grupa I, N = 26) i młode kobiety (grupa II, N = 53). Autorzy [35] wykazali, że w strukturze poznawczej wizerunku ciała adolescentki cechowały się niską percepcją rzeczywistego wyglądu swojego ciała (Ja realne) oraz rozbieżnością w strukturze Ja o charakterze „życzeniowym", natomiast młode kobiety były najbardziej świadome swojego Ja powinnościowego i tym samym w strukturze Ja cechowały się rozbieżnością o charakterze „powinnościowym". W przeprowadzonych badaniach wskazano na istnienie zależności pomiędzy wiekiem badanych kobiet a nasileniem lęku-cechy i lęku-stanu. Natężenie lęku jako aktualnie istniejącego stanu okazało się wyższe niż lęku-cechy [35]. Najwyższe natężenie lęku-stanu odnotowano w grupie młodych kobiet. Analiza jakościowa uzyskanych wyników sugeruje, że bardziej niezadowolone z wizerunku własnego ciała były adolescentki niż młode kobiety [35].

Jakubiec i Sekowski [16] przeprowadzili badania w grupie 180 osób, podzielone na trzy podgrupy- I - 60 osób nietańczących, 60 osób tańczących rekreacyjnie i 60 uprawiające taniec towarzyski jako dyscyplinę sportową. Autorzy [16] wykazali między innymi, iż kobiety tańczące amatorsko uzyskały wyższe wyniki od kobiet tańczących profesjonalnie w

zakresie percepcji ust, szerokości barków i wagi. Grupa tancerek profesjonalnych, w porównaniu do grupy tancerek - amatorek wyżej oceniła swoją zwinność [16]. U mężczyzn natomiast dostrzegli różnice w zakresie percepcji poszczególnych części i funkcji ciała, chociaż nie było ich wiele i dotyczyły jedynie percepcji zapachu ciała, nosa, podbródka, bioder oraz zdrowia [16]. Tancerze amatorzy uzyskali znacząco niższe wyniki w zakresie percepcji zapachu ciała, percepcji bioder oraz nosa. Różnice pomiędzy grupami mężczyzn dotyczyły natomiast niższych wyników tancerzy w zakresie zapachu ciała, podbródka, bioder oraz owłosienia ciała. Ponadto profesjonalni tancerze uzyskali znacząco wyższe wyniki od amatorów w zakresie percepcji zdrowia [16].

Badania [37] związane z postrzeganiem własnej sylwetki, a obrazem sylwetki idealnej przeprowadzono na Uniwersytecie Temple. W jego trakcie kobiety były ważone, mierzone, liczony był ich wskaźnik BMI, a następnie pytano je o odbiór własnego ciała. 81% kobiet było generalnie zadowolonych ze swojego wyglądu (w całej grupie obejmującej zarówno kobiety z niedowagą, szczupłe, normalne, z nadwagą i otyłe) [37]. Kobiety proszono także o wybranie z kilkunastu zdjęć takich, które najwierniej oddają ich wymarzone sylwetki i okazało się, iż co piąta otyła kobieta wskazywała na zdjęcie kobiety otyłej [37]. Następnie, kobiety proszono, by wskazały zdjęcia modelek o podobnej do nich figurze i stwierdzono, iż 86% kobiet otyłych wskazywało zdjęcia kobiet szczuplejszych niż one, co zdaniem autorów może oznaczać, że nie tylko dla otyłych kobiet ich sylwetka jest odpowiednia, ale również że mają one nierealistyczną ocenę swojego wyglądu [37].

Badania Sarwera [14] wykazały istnienia negatywnej korelacji pomiędzy poziomem samooceny a brakiem satysfakcji z własnego ciała u otyłych kobiet (n = 79). Im respondentki bardziej były niezadowolone z własnej sylwetki (prawie połowa kobiet wykazywała duży poziom dyssatysfakcji z talii i brzucha), tym niższe miały poczucie własnej wartości [14]. Autor [14] zaobserwowali także związek pomiędzy niezadowoleniem z własnego ciała a symptomami depresyjnymi (nie wykazano natomiast żadnych korelacji ze wskaźnikiem wagowo-wzrostowym).

Badania Brytek-Matera [38] w swoich badaniach 33 pacjentek z anoreksją (JP) i 38 pacjentek z bulimią psychiczną, celu oceny obrazu siebie/swojego ciała wykorzystała *Figure Rating Scale*, obrazkowy test zawierający dziewięć sylwetek kobiecych zróżnicowanych pod względem wielkości masy ciała, uporządkowanych od bardzo szczupłej (1) do otyłej (9). Badane osoby miały za zadanie wskazanie – ich zdaniem – aktualnej sylwetki, sylwetki, jaką chciałyby mieć oraz sylwetki, którą, zdaniem innych osób, powinny mieć. Na podstawie otrzymanych wyników można określić trzy wymiary Ja: Ja realne, Ja idealne i Ja

powinnościowe oraz stopnie rozbieżności pomiędzy stanami Ja: rozbieżność Ja o charakterze życzeniowym oraz rozbieżność Ja o charakterze powinnościowym. Do zbadania postaw wobec ciała wykorzystała natomiast *Body Attitude Test* [38]. Autorka [38] wykazała, że subiektywne doświadczanie własnego ciała oraz postawa wobec niego – głównie negatywne oszacowanie wymiarów ciała – zarówno w grupie badanych pacjentek z anoreksją, jak i bulimią psychiczną korelowała z rozbieżnością stanów Ja. Negatywne oszacowanie wymiarów ciała wskazało, że badane osoby postrzegały je jako większe niż jest ono w rzeczywistości (wskaźnik masy ciała badanych osób nie świadczy ani o nadwadze, ani o otyłości), zatem mamy do czynienia z rozbieżnością między postrzeganiem własnego ciała a przekonaniami względem niego. Zaburzenia w percepcji własnego ciała wiązały się z przeszacowaniem jego wielkości i kształtu oraz rozbieżnością Ja o charakterze życzeniowym [38].

BDD - fałszywy obraz własnego ciała

Po czterdziestym roku życia każdy jest już odpowiedzialny za wygląd swojej twarzy.
Abraham Lincoln [1]

BDD (*Body Dysmorphic Disorder*) [cyt. za 39] oznacza zaburzenie obrazu własnego ciała. W języku polskim zaburzenie to nazywane jest dysmorfofobią, czyli potocznie - usilnym lękiem przed brzydotą [cyt. za 39].

Twórcą tego teminu „dysmorfofobia" jest Morselli [cyt. za 40], który definiował ją jako subiektywne uczucie własnej brzydoty, wady fizycznej, czy szpecących zmian skórnych, które pacjent odczuwa, jako zauważalne dla innych, mimo że jego wygląd jest prawidłowy lub występują zmiany niewielkiego stopnia, najczęściej skórne, które chory wyolbrzymia.

Na początku XX wieku, za Conejo [40], psychiatrzy Kraepelin i Janet opisywali zespoły dysmorfofobii. Kraepelin definiował dysmorfofobię jako nerwicę kompulsywną, a Janet jako obsesję ze wstydem ciała.

Według klasyfikacji ICD-10 [41] dysmorfofobię zalicza się do zaburzeń hipochondrycznych będących utrwalonym koncentrowaniem się na domniemanej zmianie postaci lub kształtu ciała. W przypadku, kiedy zaburzenia postrzegania ciała mogą mieć również charakter fałszywych i niekorygowanych przekonań pochodzenia urojeniowego, którym nie towarzyszy sąd korygujący, według powyższej klasyfikacji, rozpoznaje się wówczas inne uporczywe zaburzenia urojeniowe [41].

Osoby odczuwające wypaczony obraz własnego ciała, wstydząc się swego wyglądu, izolują się od społeczeństwa, w skrajnych przypadkach popadają w obsesję, gdyż nie potrafią myśleć ani mówić o niczym innym, tylko o szpecącym je defekcie [cyt. za 39]. Mają także problemy z koncentracją, zaburzając przez to swoje normalne funkcjonowanie. Konsekwencją powyższego są stany lękowe, które wywołane są przekonaniem, że ów defekt się powiększy lub pojawią się podobne [cyt. za 39], nie mają realnej przyczyny, są wyimaginowane i wymagają pomocy psychiatrycznej [43] .

Pamiętać należy [cyt. za 42], iż schorzenie to wymaga leczenia psychiatrycznego z zastosowaniem leków antydepresyjnych oraz odpowiednich metod terapii poznawczo-

Osoby cierpiące na BDD boją się przebywać wśród ludzi, lękając się, że zostaną przez nich odrzucani, wyśmiewani, czy po prostu nieakceptowani [cyt. za 39]. Zdarza się, iż nawet, gdy defekt zostanie usunięty za sprawą operacji plastycznych lub innych zabiegów, chorzy znajdują sobie inny mankament, który staje się od nowa ich obsesją [cyt. za 39].

Philips [cyt. za 42], z Brown University School of Medicine na Rhode Island, przeanalizowała dane zebrane przez amerykańskich naukowców dotyczące postrzegania obrazu własnego ciała przez mężczyzn. Autorka [cyt. za 42] twierdzi, że w ostatnich 25 latach liczba mężczyzn niezadowolonych ze swojego wyglądu uległa potrojeniu i jest porównywalna z liczbą podobnie odczuwających kobiet. Tacy mężczyźni zadręczają się problemami z cerą (jak trądzik czy blizny), łysieniem, analizują kształt i wielkość nosa, rozmiary swoich narządów płciowych [cyt. za 42]. Choroba najczęściej objawia się zbyt częstą kontrolą wyglądu w lustrze, stałym porównywaniem się z innymi, poszukiwaniem akceptacji środowiska, nadmiernym dbaniem o wygląd i stosowaniem kamuflażu, np. ukrywaniem twarzy pod kapeluszem [cyt. za 42].

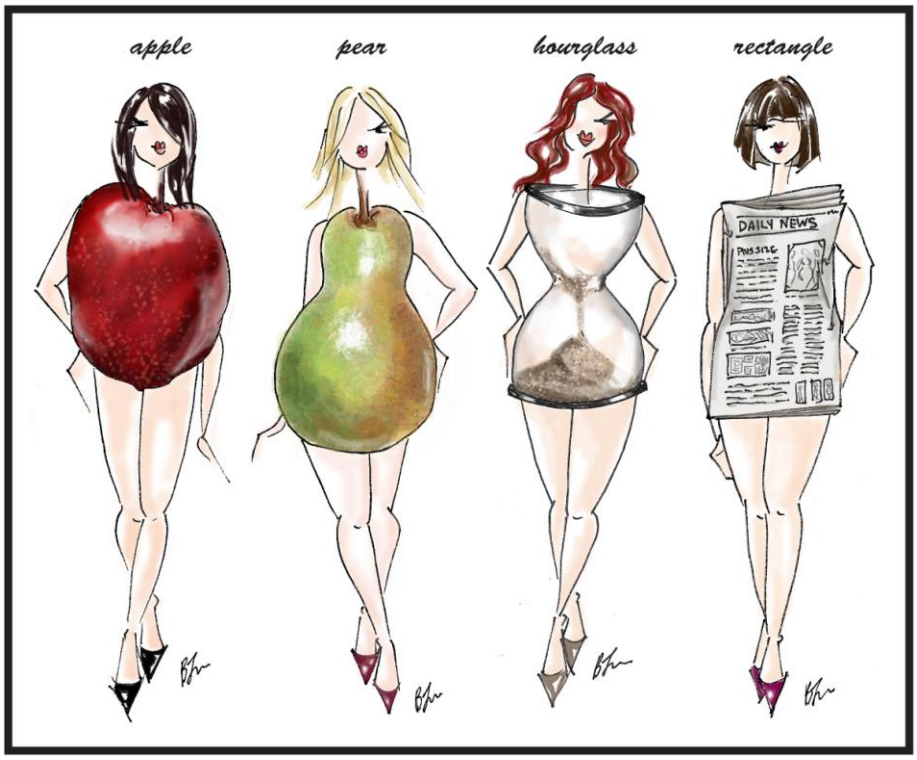
Philips [43] stwierdziła, iż ostatnio coraz więcej mężczyzn zamartwia się też słabo rozwiniętą muskulaturą i dotyczy to najczęściej mężczyzn, którzy są wysocy i dobrze zbudowani. Powyższe skłania wielu z nich do podejmowania nazbyt intensywnych ćwiczeń na siłowni, stosowania bardzo ścisłej diety, a nawet zażywania niebezpiecznych dla zdrowia steroidów. Dane wskazują, że około 6-7 proc. chłopców w wieku szkolnym zażywało tych hormonów [43].

Chorobliwie zaburzony obraz własnego ciała u mężczyzn, za Philips [43] , nie zawsze jest dobrze diagnozowany, a pacjenci zamiast do psychiatry trafiają do dermatologa albo oddają się operacji plastycznej. Powyższe może wynikać z faktu, iż mężczyźni krępują się mówić o psychicznych objawach choroby lekarzom. Często nie rozumieją, że ich problemy

behawioralnej. Zdaniem badaczy w przypadku tej choroby wymagane są nawet większe dawki leków niż w przypadku leczenia depresji [cyt. za 42].

Typy sylwetek

Kilka lat temu [44], dwie światowej sławy ekspertki od mody wydały książkę, w której ustaliły 12 podstawowych typów kobiecej sylwetki, a obecnie ten podział przyjmowany jest powszechnie i uznawany za najlepszy model opisujący popularnie występujące typy budowy ciała.



Typy sylwetki wg Trinny i Susannah [44]

Typ „jabłka” [44] - uznawany jest za najmniej bezpieczny dla zdrowia typ budowy, z uwagi na fakt, iż zaniedbanie diety i ćwiczeń może prowadzić do tak zwanej otyłości brzusznej, skutkującej znacznym otłuszczeniem otrzewnej i obciążeniem narządów wewnętrznych. Sylwetka charakteryzuje się sporym brzuchem, średnim lub dużym biustem, brakiem wcięcia w talii i dość szczupłymi nogami [44].

Typ „gruszki” [44] - szacuje się, iż statystycznie blisko 70 % kobiet ma budowę gruszki. Cechą charakterystyczą są szczupłe i smukłe ramiona, w miarę wąska talia oraz mocno zbudowany dół tułowia = szerokie biodra [44].

Typ „klepsydra” [44] - uznawany za idealną kobiecą sylwetkę. Charakteryzuje się proporcjonalnymi biodrami i ramionami, smukłą talią i średnim lub dużym biustem [44].

Typ ”kolumna” [44] - inaczej zwany także ogórkiem lub literką „I”. Szerokość ramion proporcjonalna do bioder, mało wyraźne wcięcie w talii, płaski brzuch i pośladki, zazwyczaj długie i szczupłe nogi [44]. Osoby z taką sylwetką nie mają raczej problemów z utrzymaniem wagi, bo taka budowa często wiąże się z dość szybkim metabolizmem, ale mankamentem takiej sylwetki jest jej „chłopięcy” wygląd [44]

Rola mediów w kształtowaniu wizerunku ciała

[...] kobiety przywiązują dużą wagę do wyglądu.
zresztą mężczyźni również, tyle że może lepiej to ukrywają.
Paulo Coelho [45]

Kultura masowa, za pośrednictwem mass mediów stale lansuje ideał szczupłej kobiecej sylwetki ciała, który jest niemożliwy do osiągnięcia dla większości kobiet.

W opinii Strzeleckiego i wsp. [46], problematyka powiązana z wizerunkiem kobiety w mediach staje się tematem coraz bardziej popularnym w Polsce, a ostatnie kilkanaście lat obserwacji procesów społecznych oraz pracy naukowo-badawczej ukazują smutny obraz Polki, jako przedstawicielki społeczeństwa młodej demokracji, a także bohaterki przekazów medialnych.

Analizy treści przekazów z mass mediów [cyt. za 15, 18] wskazują, że przeciętna modelka, tancerka lub aktorka jest szczuplejsza niż 95% populacji kobiet.

Badania [cyt. za 15, 18] nad 33 programami w telewizji amerykańskiej wykazały, że 69% postaci kobiecych, które w nich występują, było bardzo szczupłych, a jedynie 5% kobiet posiadało ciało z nadwagą. Obliczono również, że przeciętny amerykański telewidz ogląda rocznie około 5260 przekazów dotyczących pożądanej atrakcyjności kobiecego ciała, średnio 14 razy na dzień. Przekaz ten jest dodatkowo wzmacniany przez przypisywanie szczupłym osobom takich pozytywnych cech, jak sukces, zdrowie, posiadanie kontroli czy atrakcyjność seksualna [cyt. za 15, 18].

Jackson [47] podkreśla, iż badania prowadzone na gruncie psychologii społecznej wykazały istotne znaczenie czynników społeczno-kulturowych dla procesu rozwoju i kształtowania się obrazu ciała, dostarczających norm, jakie wyznaczają standardy atrakcyjności oraz które określają, jakie cechy fizyczne są społecznie cenione, a także jakie konsekwencje wiążą się z ich posiadaniem lub brakiem.

Tiggemann [30, 31] uważa, iż powyższe sygnały są szeroko rozpowszechniane i wzmacniane przez media, nie tylko tworzące i przekazujące wartości związane z atrakcyjnością ciała, ale również wyrażające oparte na płci kulturowej oczekiwania, przypisujące „kobiecości” i „męskości” pewne cechy fizyczne.

W opinii Rybickiej-Klimczyk [15], środki masowego przekazu są silnym nośnikiem socjokulturowego standardu atrakcyjności i pomimo, iż nie mogą samoistnie wywołać zaburzeń w obrazie ciała, to stanowiąc istotny czynnik ryzyka rozwoju
zaburzeń wizerunku ciała i w interakcji z innymi zmiennymi (*Body Mass Index*, płeć, wpływ otoczenia rodzinnego, społecznego) mogą wywołać zaburzenia w percepcji własnego ciała, a w dalszej perspektywie przyczynić się do rozwoju zaburzeń odżywiania się. Filmowi bohaterowie prezentują bowiem zawsze modele idealnego mężczyzny lub idealnej kobiety, zazwyczaj pięknych i szczupłych [15].

Wolf [23] sugeruje, iż kobiety czerpiące informacje z takich komunikatów w efekcie zostają poddane „terrorowi piękna", ponieważ mit piękna staje się dla nich integralną częścią kobiecej tożsamości, która w rzeczywistości zostaje zredukowana do jej cielesnej powłoki. W konsekwencji, za Rybicka-Klimczyk [15], „*kobiety skoncentrowane na własnym ciele nie są w stanie swobodnie realizować swych potrzeb i aspiracji zawodowych, bowiem liczy się przede wszystkim wygląd, który wciąż jest podstawowym kryterium ich oceny"*.

Media [cyt. za 15] lansują ciągle ideał szczupłej sylwetki, który wiąże się przede wszystkim z samodyscypliną wobec ciała oraz kontrolowaniem emocji, głodu i seksualności, ale jednocześnie zamieszczają reklamy restauracji, atrakcyjne przepisy kulinarne, a to w konsekwencji powoduje, iż osoby czytające są jednocześnie atakowane dwoma sprzecznymi typami przekazu „jedz" i „nie jedz".

Według Bordo [cyt. za 15, 35] „*dyskurs szczupłego ciała ma podwójne znaczenie: jest efektywną formą dyscyplinowania tożsamości kobiet, a także jednym z najbardziej efektywnych instrumentów różnicowania ludzi, wytwarzania bariery ja–inni, my–oni. Poza tym przymus posiadania we współczesnej kulturze krajów wysoko uprzemysłowionych szczupłego ciała jako źródła sukcesu w życiu wywołuje często u kobiet poczucie nieadekwatności ich ciała do propagowanego i lansowanego wizerunku szczupłości (chudości). Media przyczyniają się do wywoływania u kobiet przepaści między ciałem idealnym i własnym, co staje się źródłem ciągłego niepokoju o wygląd i wagę ciała"*.

Głębocka i Kublat [36] są przekonani, że pomimo, iż dorosłe kobiety oglądając medialne ideały piękności często mówią, że modelki są zdecydowanie za szczupłe, to większość z nich dąży do zmiany własnej sylwetki zgodnie z lansowanym przez media ideałem.

Niestety, problem dotyczy także dziewczynek, które porównują swój wygląd z wyglądem modelek, są z tych efektów porównań niezadowolone i częściej koncentrują się na wadze własnego ciała [10, 15, 35, 48].

Aronson [49] wykazał, że im częściej kobiety oglądały w mediach i prasie zdjęcia prezentujące ideał szczupłej sylwetki, tym bardziej oswajały się z nim i z czasem stawał się on dla nich mniej znaczący.

Podsumowanie

Istnieją kobiety, które nie są piękne, lecz tylko tak wyglądają
Karl Kraus [50]

Ogłodek i wsp. [51] zauważa, iż przymusowe dążenie do „piękna" może być komunikatem, którym osoba chce przekazać coś innym, o czym nie chce lub nie może mówić otwarcie, które może doprowadzać daną osobę do osiągnięcia przeciwnych do pierwotnie założonych rezultatów. Warto pamiętać jest w takich przypadkach o możliwości konsultacji psychologicznej lub psychiatrycznej u tych pacjentów, którzy oczekują od lekarzy nadmiernej koncentracji na „upiększaniu ich ciała" lub mają zaburzony obraz postrzegania siebie i otaczającego ich świata [51].

Piśmiennictwo

1. http://szukaj.cytaty.info/cytaty/wygl%C4%85d.htm, data pobrania 26.04.2013.
2. Izydorczyk B., Rybicka-Klimczyk A.: Diagnoza psychologiczna poznawczych i emocjonalnych aspektów obrazu ciała u dziewcząt i młodych kobiet polskich. Probl. Med. Rodz., 2008, 4, 24–35.
3. Slof R., Mazzeo S., Bulik C.: Characteristics of women with persistent thinness. Obes. Res. 2003, 11, 971–977.
4. Figueroa C.: Self-esteem and cosmetic surgery: is there a relationship between the two? Plast. Surg. Nurs. 2003, 23, 21–24.
5. Mendelson B., Mendelson M., White D.: Body-Esteem Scale for adolescents and adults. J. Pers. Assess. 2001, 76, 90–106.
6. Cash T., Fleming E.: Body image and social relations [In:] Body image. A handbook of theory, research, and clinical practice. Eds: T. Cash, T. Pruzinsky. The Guilford Press, New York 2002, 277–286.
7. Cash T.: Women's body image: The results of a national survey in the USA. Sex Roles, 1995, 3, 19–28.
8. Cash T.: Cognitive-behavioral perspectives on body image [In:] Body Image. A handbook of theory, research, and clinical practice. Eds: T. Cash, T. Pruzinsky. The Guilford Press, New York 2002, 38–46.

9. Stokes R., Frederick-Recascino C.: Women's perceived body image: relations with personal happiness. J. Women Aging, 2003, 15, 17–29.
10. Webster J., Tiggemann M.: The relationship between women's body satisfaction and self-image across the life span: the role of cognitive control. J. Genet. Psychol., 2003, 164, 241–252.
11. Zarek A.: Obraz ciała w ujęciu procesu lub obiektu a satysfakcja z własnego ciała. Ann. Acad. Med. Stetin, 2009, 55, 100-106.
12. Striegel-Moore R., Franko D.: Body image issues among girls and women [In:] Body image. A handbook of theory, research, and clinical practice. Eds: T. Cash, T. Pruzinsky. The Guilford Press, New York 2002, 183–191.
13. Olivardia R.: Body image and muscularity [In:] Body image. A handbook of theory, research, and clinical practice. Eds: T. Cash, T. Pruzinsky. The Guilford Press, New York 2002, 210–218.
14. Sarwer D.: Cosmetic surgery and changes in body image [In:] Body image. A handbook of theory, research, and clinical practice. Eds: T. Cash, T. Pruzinsky. The Guilford Press, New York 2002, 422–430.
15. Rybicka-Klimczyk A.: Środki masowego przekazu i ich rola w kształtowaniu wizerunku ciała u zróżnicowanych wiekiem życia kobiet polskich (analiza badań własnych). Probl. Med. Rodz., 2009, 3, 20–32.
16. Jakubiec B., Sekowski A.: Obraz ciała u tancerzy. Studia z Psychologii w KUL, 2007, 93-106.
17. Melosik Z.: Tożsamość, ciało, władza. Teksty kulturowe jako (Kon)teksty pedagogiczne. Wydział Studiów Edukacyjnych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Poznań–Toruń 1996.
18. Wolf N.: The Beauty Myth: How Images of Beauty Are Used Against Women. Harper Collins, New York 2002.
19. Jakubiec B.: Tancerzy obraz własny. Sport Wyczynowy, 2008, 1-3, 517-519.
20. Mandal E.: Ciało jako proces – ciało jako obiekt. Obraz ciała u studentów Akademii Wychowania Fizycznego i studentów kierunków uniwersyteckich. Czasopismo Psychologiczne, 2004, 10, 35–47.
21. Brytek-Matera A.: Obraz ciała - obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym. Wydawnictwo Delfin, Warszawa 2008.
22. http://www.plasterek.pl/1,JakUmyslWidziCialo.html, data pobrania 26.04.2013.

23. Agbelusi G.A., Famuyiwa O.O.: A case report of body dysmorphic disorder and literature. West Afr. J. Med., 2008, 27, 178-181.
24. Smolak, L., Thompson, J.K.: Body image, eating disorders, and obesity in youth (2nd ed). Washington DC: American Psychological Association, 2009.
25. Smolak, L., Stein, J.A.: The relationship of drive for muscularity to sociocultural factors, self-esteem, physical attributes gender role, and social comparison in middle school boys. Body Image, 2006, 3, 121-129.
26. Smolak, L., Murnen, S., Thompson, J. K.: Sociocultural influences and muscle building in adolescent boys. Psychology of Men and Masculinity, 2005, 6, 227-239.
27. Shiep S., Szymańska P.: Obraz ciała, stres i samoregulacja u osób uprawiających fitness w wieku późnej adolescencji i wczesnej dorosłości. Psychol. Rozw., 2012, 17, 97–113.
28. Biały K.: Stosunek do własnego ciała - ideał pięknej kobiety i przystojnego mężczyzny. Badanie CBOS, Warszawa, 2003, 10, 1-20.
29. Fallon A.E., Rozin P.: Sex differences in perceptions of desirable body shape. J. Abnorm. Psychol., 1985, 94, 102–105.
30. Tiggemann M:. Media exposure, body dissatisfaction and disordered eating: television and magazines are not the same. Eur. Eat. Disord. Rev., 2003, 11, 418–430.
31. Tiggemann M., Pennington B.: The development of gender differences in body-size dissatisfaction. Australian. Psych., 1990, 25, 306–313.
32. Garner D.M., Garfinkel P.E.: Eating Attitudes Test. http://www.ace-network.com/eatdis/EATtest.htm, data pobrania 21.04.2013.
33. Garner D.M.: The 1997 body image survey results. Psych. Today, 1997, ½, 30–55.
34. Zarek A.: Porównanie subiektywnej oceny ciała mężczyzn i kobiet w wieku 19–25 lat. Ann. Acad. Med. Stetin, 2007, 53, 26-33.
35. Izydorczyk B., Rybicka-Klimczyk A.: Środki masowego przekazu i ich rola w kształtowaniu wizerunku ciała u zróżnicowanych wiekiem życia kobiet polskich (analiza badań własnych). Probl. Med. Rodz ., 2009, 3, 20–32.
36. Głębocka A., Kulbat J.: Czym jest wizerunek ciała? [w:] Wizerunek ciała: Portret Polek (red. Głębocka A, Kulbat J). Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2005, 9–28.
37. http://www.sciencedaily.com/releases/2009/05/090507145747.htm, data pobrania 26.04.2013.

38. Brytek-Matera A.: Postawy wobec ciała a obraz samych siebie u kobiet z zaburzeniami odżywiania się. Badania na gruncie teorii rozbieżności Ja – Edwarda Tory Higginsa. Psych. Pol., 2011, 45, 671-682.
39. za http://kobieta20.pl/artykuly/bdd_ falszywy_obraz_wlasnego_ciala, data pobrania 26.04.2013.
40. Conejo G.A., Moreno P.M., Crespo H.D. et. al.: Complications of dysmorphophobia. Description of a self-mutilation case. Actas Esp. Psiquiatr., 2006, 34, 202-205.
41. http://icd10.pl/, data pobrania 26.04.2013.
42. http://www.zdrowie.med.pl/nowosc.phtml?slowo=tr%B1d&nr=19, data pobrania 26.04.2013
43. Philips K.A., Dufresne R.G.: Body Dysmorphic Disorder. Am. J. Clin. Dermatol., 2000, 1, 235.
44. http://blog.milkoshake.pl/2011/10/najlepsze-cwiczenia-dla-naszego-typu-figury/, data pobrania 26.04.2013.
45. http://cytaty.eu/motyw/wyglad.html, data pobrania 26.04.2013
46. Strzelecki W., Cybulski M., Strzelecka M, Dolczewska-Samela A.: Zmiana wizerunku medialnego kobiety a zaburzenia odżywiania we współczesnym świecie Now. Lek., 2007, 76, 173-181.
47. Jackson L.A.: Physical attractiveness: A sociocultural perspective [in:] Body Image. A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice (red. Cash TF, Pruzinsky T). The Guilford Press, New York–London, 2002, 13–22.
48. Ogden J., Mundray K.: The effect of the media on body satisfaction: The role of gender and size. Eur. Eat. Disord. Rev., 1996, 4, 171–182.
49. Aronson E., Wilson T.D., Akert R.M.: Psychologia społeczna. Serce i umysł. Wydawnictwo Zysk i sp., Poznań 1997.
50. http://cytaty.eu/motyw/wyglad.html, data pobrania 26.04.2013.
51. Ogłodek E., Moś D., Marek L., Araszkiewicz A., Placek W.: Czy droga piękna może być przymusem? Pol. Merk. Lek., 2009, 27, 529.

Kułak Piotr[1] , Kułak Agnieszka[2]

Specyficzne metody ozdabiania ciała

1. Zakład Radiologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Studenckie Koło Naukowe Kliniki Rehabilitacji Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wprowadzenie

Uroda jest podarunkiem na kilka lat

Oskar Wilde [1]

Ciało, za Szuszkiewicz [2] jest specyficznym nośnikiem informacji kulturowej, a *„niektóre osoby traktują je jako specyficzne „płótno", na którym dokonują inskrypcji o charakterze prywatnym oraz publicznym"* . Zdaniem autorki [2] takie inskrypcje *„mają najczęściej charakter symboliczny i ikoniczny zarazem, a treści w nie wpisane posiadają znaczenie bardzo osobiste i prywatne, choć mogą być również świadectwem przynależności grupowej, najczęściej o charakterze subkulturowym i wtedy stają się one czytelne dla członków danej społeczności, a przykładem tatuażu, jako symbolu przynależności grupowej, może być chociażby tatuaż więzienny".*

W literaturze przedmiotu, za Ciężki [3] wyróżnia się kilka rodzajów motywacji, stojących za poddawaniem się różnego rodzaju fizycznym transformacjom, w tym:.

- charakterze psychologicznym, jak na przykład chęć podkreślenia swojej indywidualności i kreatywności poprzez dany rodzaj modyfikacji ciała - modyfikacja ciała traktowana jest jako swego rodzaju zapis osobistych doświadczeń jednostki
- charakterze bardziej społecznym, niż indywidualnym - modyfikacja ciała jest w tym przypadku traktowana jako wyznacznik przynależności do określonej subkultury oraz odrębności od reszty społeczeństwa
- o charakterze duchowym - przeważające one w sytuacjach, kiedy modyfikacja ciała traktowana jest jako rytuał związany z bólem oraz gdy jednostka postrzega zabieg (kolczykowanie, tatuowanie, nacinanie ciała), jako konieczny element poszerzania samoświadomości i transcendencji.

Ozdabianie ciała, bądź zmienianie wyglądu, nie jest niczym nowym, a w pewnych rejonach Afryki rytualne tatuaże lub skaryfikacja (tatuaż bliznowy) od wieków były znakami rozpoznawczymi określonych rodów czy plemion.

Niektórzy ozdabianie ciała traktują jako sztukę, inni jako ekstrawagancję, a w wielu kulturach przypisuje mu się również znaczenie symboliczne.

Do znanych form modyfikacji ciała należą między innymi [2, 4]:

- tatuaże
- *piercing* – kolczykowanie, często stanowi swego rodzaju uzupełnienie dla wykonanych wcześniej tatuaży
- piętnowanie (*branding)*
- wypalanie (*burning)*
- wycinanie (*cutting)*
- skaryfikacje – tzw. tatuaże bliznowe.

Zdobienie ciała w plemieniu Mursi

Uroda kobiety jest formą władzy
Włodzimierz Pietrzak [1]

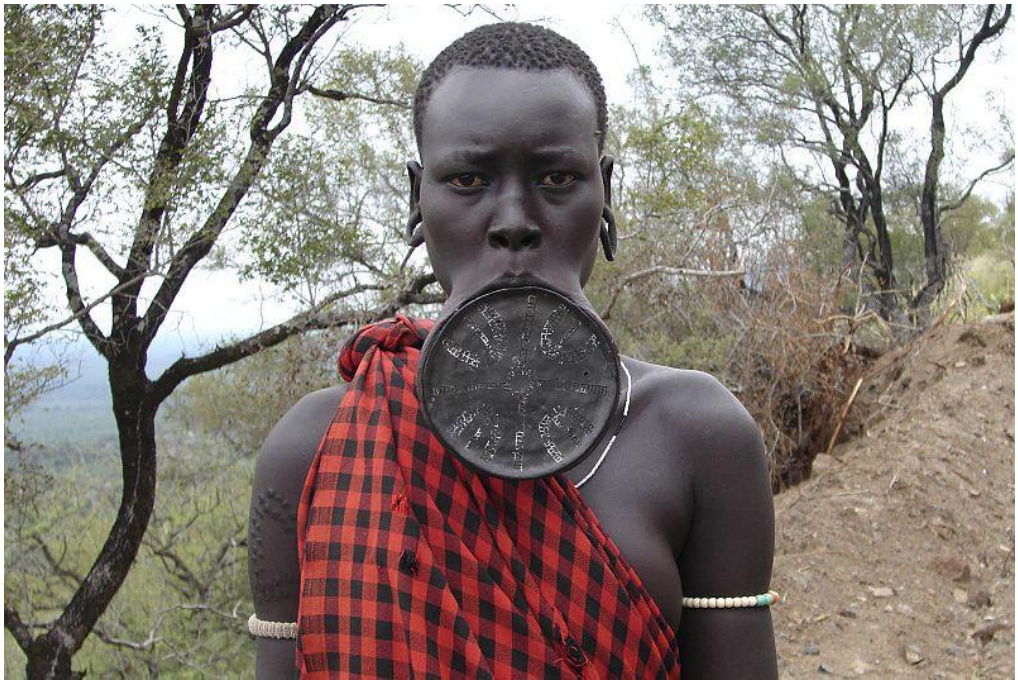
Jednym z bardziej specyficznych plemion przywiązujących ogromną wagę do zdobienia ciała, są Murs, lud pasterski w Etiopii, ściśle powiązany z ludem Suri [5, 6, 7, 8, 9].

Kobietom wkraczającym w dorosłe życie, rozcina się dolną wargę i umieszcza się w niej gliniany krążek Suri [5, 6, 7, 8, 9].

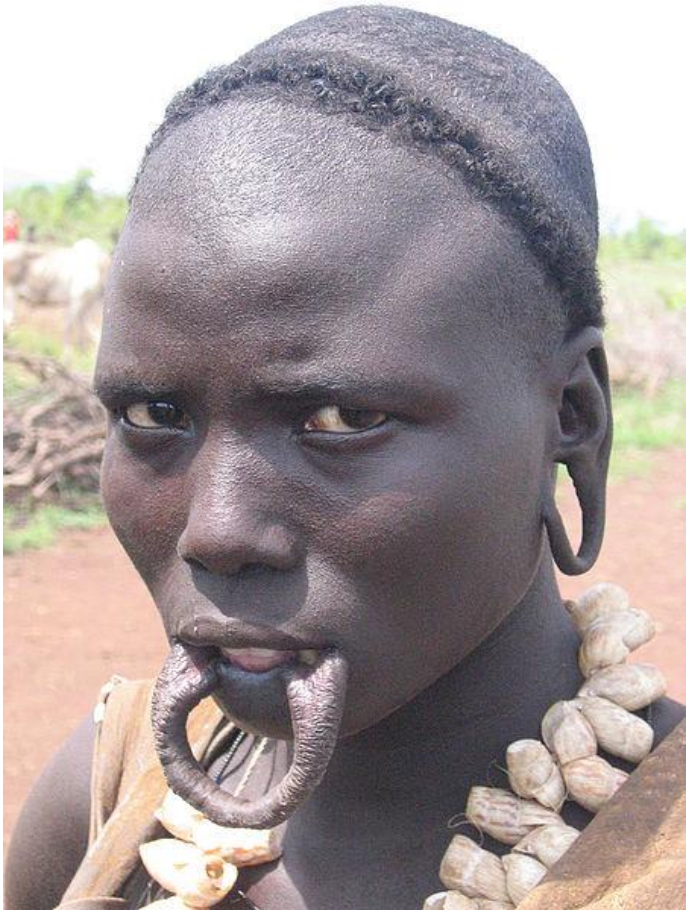
Przygotowania do tego obrzedu, jak podają Pawlicka i Pawlicki [9]. zaczynają już w dzieciństwie, kiedy to małym dziewczynkom rozcina się wargę i umieszcza w ranie patyk. W chwili, gdy rana się zagoi, w otwór wpychany jest owalny klocek rozciągający dziurkę, a później zastępuje go mały gliniany krążek [9]. W miarę upływu czasu zamienia się krążki na coraz większe, mogące osiągać nawet średnicę około 35 cm [5, 6, 7, 8, 9].

W celu ułatwienia jego noszenia, kobiety wybijają sobie dwa dolne siekacze [5, 6, 7, 8, 9].

Dorosłe kobiety nie noszą krążków non stop, a na co dzień chodzą z obwisłymi dolnymi wargami, a z odsłoniętych ust wyziera wówczas bezzębne dziąsło [9].



Kobieta Mursi z krążkiem, źródło: [8]



Kobieta z ludu Mursi bez krążka, źródło: [8]

Członkowie plemienia uważają, że im większy jest krążek w wardze kobiety, tym bardziej jest ona atrakcyjna i tym więcej krów jest skłonny oddać jej rodzinie mężczyzna, chcący się z nią ożenić [5, 6, 7, 8, 9].

Opisywane są nawet [5, 6, 7, 8, 9] walki, przy użyciu kijów, pomiędzy mężczyznami, o wybrankę na śmierć i życie.

Skąd wziął się zwyczaj umieszczania glinianego krążka w wardze kobiety nikt dokładnie nie wie, a jedna z hipotez głosi, iż stosowano to z obawy przed łowcami niewolników, którzy porywali afrykańskie kobiety i wywozili je do haremów [5, 6, 7, 8, 9, 10]. Inna hipoteza głosi, iż krążek miał odstraszać złe duchy, mogące przedostać się do wnętrza człowieka przez usta [5, 6, 7, 8, 9, 10]. Według jeszcze innej kobiety Mursi wyglądają właśnie tak, aby nie budzić pożądania mężczyzn z innych plemion afrykańskich [5, 6, 7, 8, 9, 10]. Z powodu tych krążków członkowie plemienia Mursi nie znają pocałunków.

Inn metodą zdobienia ciała mężczyzn z plemienia Mursi jest tworzenie na ciele obrazków, które zawierają informację o zabitych wrogach albo zwycięskich walkach [11].

Zdobienie ciała w plemieniu Hamerów

Uroda nie stanowi o niczym, gdy nie jest urodą serca

Pietrzak Włodzimierz [1]

Hamerowie, opisywani są jako to lud o charakterystycznych kościach policzkowych, strojach wykonanych ze skóry i sznurów koralików oraz o ciałach wysmarowanych grubą warstwą mazi o kolorze głębokiej miedzi [12].

Kobiety z tego ludu pokrywają swoja skórę, łącznie z włosami, wilgotną pastą barwy ochry i konsystencji rzadkiej gliny [12].

Mężatki noszą po kilka ciężkich miedzianych obroży zazwyczaj z 10 centymetrowym klinem z przodu i również metalowe spiralne bransolety [12].

Mężczyźni ozdabiają swoje ciała białą pastą, najczęściej przed rytualnymi tańcami. Wyjątkiem są wojownicy, którzy w poprzedzającym roku zabili człowieka lub jakieś groźne zwierzę - ci mają włosy ułożone za pomocą gliny, koralików [12].

Trwałe zmiany uzębienia

Uroda jest najlepszym listem polecającym.

Michel de Montaigne [13]

Makonde, to grupa etniczna w południowo-wschodniej Tanzanii i północnym Mozambiku [14].

Mężczyźni Makonde, plemienia z pogranicza Tanzanii i Mozambiku, dokonują u siebie trwałej zmiany naturalnego wyglądu zębów, piłując je na kształt trójkątów [10].



Maski Makonde, źródło: [15]

Członkowie plemienia Czokwe, zamieszkujący Angolę, Kongo i Zambię, wręcz uważają że spiłowane na końcach zęby odróżniają ich od zwierząt [10].

Współcześnie, najnowszym osiągnięciem stomatologii estetycznej jest, biżuteria nazębna - efektowna i zupełnie bezpieczna ozdoba, pozwalającą osiągnąć zwracający uwagę otoczenia efekt [16].

Do popularyzacji tej biżuterii, w dużej mierze przyczyniły się takie gwiazdy Mick Hucknall z Simply Red, czy Melanie C (dawna Spice Girl) [16].

O ile jest prawidłowo zamontowana, to w żaden sposób nie uszkadza tkanki zębowej [16, 17]. Biżuteria nazębna, to elementy z białego lub żółtego złota, cyrkonii lub szkła kryształowego, mocowane do powierzchni zęba za pomocą specjalnego kleju kompozytowego (stosowanego również przy mocowaniu zamków ortodontycznych), co gwarantuje, że powierzchnia zęba nie zostanie uszkodzona w czasie montażu, usunięcia lub wymiany na inny wzór [16,17]. Biżuteria utrzymuje się na zębach od kilkunastu miesięcy do kilku lat. W tym czasie nie ma żadnych ograniczeń co do sposobu żucia pokarmów czy sposobu dbania o higienę jamy ustnej. Biżuteria nazębna może być zdjęta z powierzchni zęba

w dowolnym czasie przez lekarza stomatologa, po wypolerowaniu szkliwa powierzchnia zęba pozostaje nienaruszona [16].

.



Biżuteria nazębna, źródło: [18]



Biżuteria nazębna, źródło: [17]

Honorowe blizny

Uroda była i zawsze będzie królową

Aleksander Dumas [13]

W przypadku niektórych ludów takich jak Hamerowie, czy Mursi, blizny są powodem do dumy [19]. Z powyższym wiąże się ważny rytuał, w którym biorą udział niewiasty. Jest nim jest biczowanie, które ma dowieść ich oddanie, miłość i lojalność jaką przejawiają względem brata. W czasie trwania rytuału nie dają po sobie poznać jakiego bólu i cierpienia doznają. Zaraz po jego zakończeniu w powstałe rany wcierają popiół, który z czasem wygoi je, ale pozostawi rozległe blizny będące dumą ich właścicielki [19].

Poddanie się biczowaniu ma jest swoistym kredytem zaufania udzielonemu bratu - okazaniem wobec niego oddania i lojalności. Hamerki darzone są dzięki temu ogromnym szacunkiem w swoim środowisku. Tamtejsze kobiety decydują się na taki zabieg, ponieważ w przyszłości mają zagwarantowaną pomoc ze strony mężczyzny, w intencji którego utworzyły blizny [19].



Hamerki - Blizny po biczowaniu, źródło: [20]

Długoszyje kobiety z plemienia Padaung

Gdy chodzi o modę, kobiety gotowe są ponieść każdą ofiarę

Stefan Zwieg [21]

Kobiety z tajskiego plemienia Padaung charakteryzuje szyja, nienaturalnie wydłużona za pomocą specjalnych obręczy [22, 23]. Pierwszy pierścień (o grubości ok. 1,5 cm i wadze do 1 kg) zakłada się dziewczynce, gdy ta ma około 5 lat, co roku dokłada się następne i w rezultacie masa ich dochodzi średnio do 10 kg [23]. Nienaturalnie długie szyje kobiety zawdzięczają nie tyle wydłużeniu się kręgów szyjnych, co osunięciu się kości obojczyka i żeber pod ciężarem metalu [23]. Jedna z legend głosi [23], że pierścienie miały prawdopodobnie chronić kobiety przed atakami tygrysów, które głównie rzucały się na szyję ofiary. Inna, że miały wspomagać dochowanie wierności mężowi - w przypadku zdrady zdejmowano je, a kobieta umierała w wyniku złamania szyi (nieużywane mięśnie szyi nie były w stanie utrzymać ciężaru głowy), lub żyła leżąc w bezruchu - świadomość śmierci miała bardziej przywiązać żonę do męża [23].



Dziewczynka z plemienia Padaung, źródło:[22]



Kobiety z pelmenia Padung, źródłp:[[24]



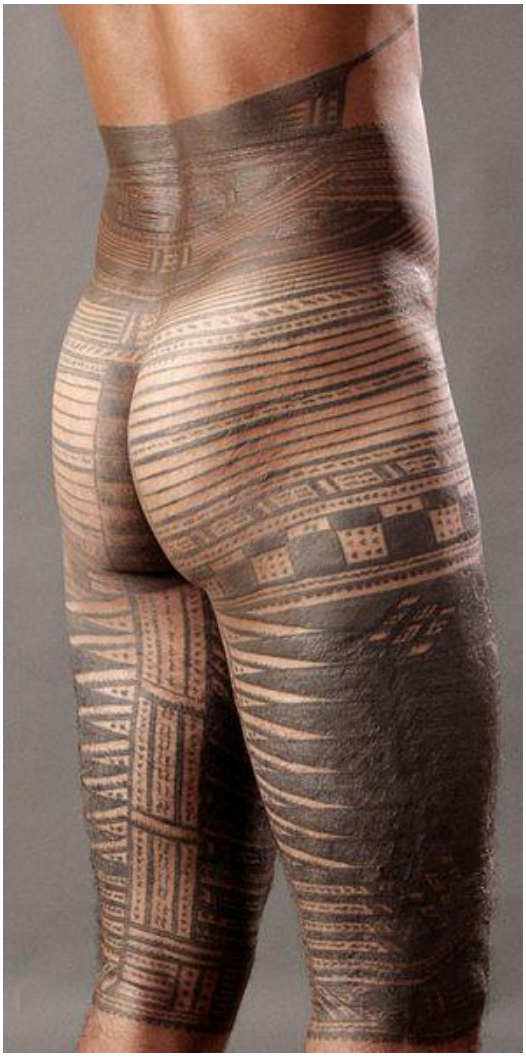
Kobieta żyrafa, źródło: [25]

Tatuaże

Czas sprawia, że uroda zwiotczeje, a piękno wyblaknie, ale mając męża, który sprawia, że śmiejesz się każdego dnia, masz na to skuteczne lekarstwo

Joanne Woodward [21]

Słowo "tatuaż" wywodzi się właśnie od samoańskiego *tatau*, zapisanego przez osiemnastowiecznych podróżników [26]. Tatuaż, to dowolny znak graficzny na ciele powstały w wyniku trwałego wszczepienia za pomocą specjalnej igły barwnika pod skórę [26].



Tradycyjny tatuaż samoański, źródło: [26]

Tatuaż znano prawdopodobnie już w zamierzchłej starożytności, bowiem w Pięcioksięgu w Księdze Kapłańskiej 19,28 znajduje się zakaz tatuowania ciała [26]. O tatuażach wśród starożytnych plemion celtyckich pisał również Juliusz Cezar w 5 księdze dzieła *O wojnie domowej* [26]. Pierwotnym znaczeniem tatuażu były obrzędy rytualne, na

który w wielu kulturach mogli sobie pozwolić jedynie nieliczni – najczęściej plemienni wojowie, a wykonania tatuażu uprawniało dopiero zabicie wroga i zdobycie jego (wytatuowanej) głowy [26].

Najbardziej znane są tradycyjne maoryskie tatuaże twarzy, zwane moko (maorys - Tā moko) - jeden z elementów tożsamości i dziedzictwa narodowego autochtonicznej ludności Nowej Zelandii [27]

Tatuowanie twarzy jest powszechne wśród wszystkich mieszkańców Polinezji [27]. Na Nowej Zelandii zwyczaj moko był wyrazem statusu społecznego, m.in. ze względu na koszt jego wykonania był dostępny tylko dla wodzów plemiennych i znamienitych wojowników [27]. Prawo do moko posiadali tylko mężczyźni [27].



Wódz maoryski z twarzą przyozdobioną tatuażem moko, źródło:[http://pl.wikipedia.org/wiki/Moko\]

Skrajnym przykładem takiej ekstrawagancji może być Julia Gnuse, dla której tatuowanie stało się pasją, po tym, jak dowiedziała się, że choruje na porfirię i od czasu choroby swoje ciało ozdobiła aż 95% obrazkami o różnej tematyce [28]. Pierwszy tatuaż zrobiła w wieku 35 lat [28]. Dzięki temu trafiła do Księgi Rekordów Guinnessa jako najbardziej wytatuowana kobieta świata [29].



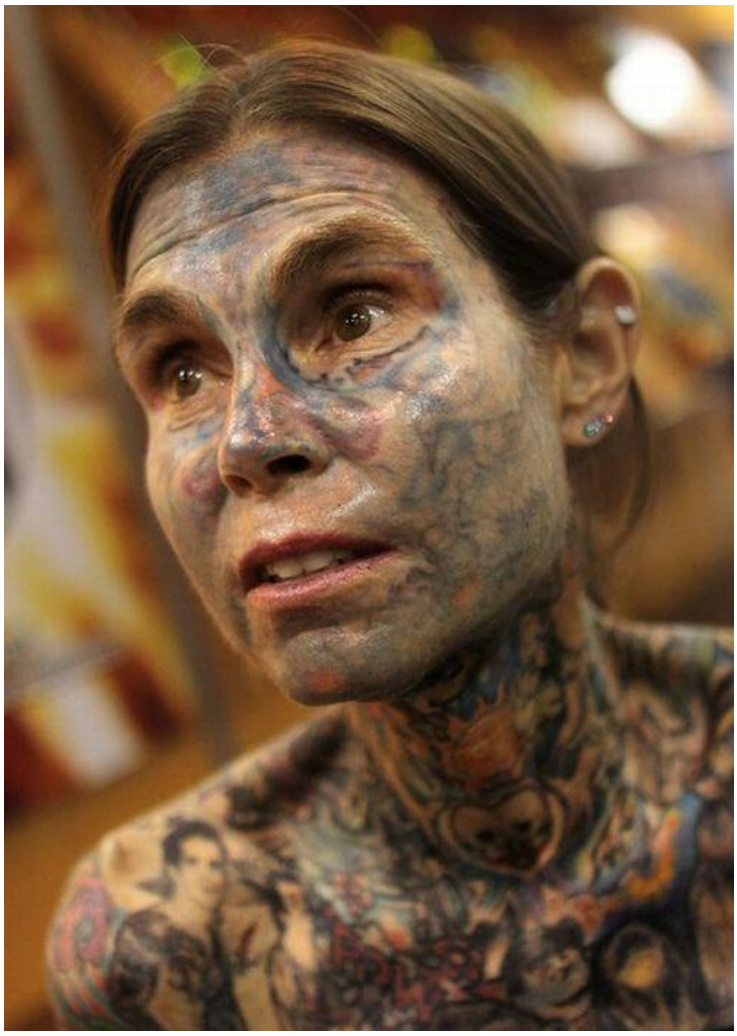
Julia Gnuse, źródło: [29]



Julia Gnuse, źródło:[29]



Julia Gnuse, źródło:[29]



Julia Gnuse, źródło:[29]

Tunele w uszach

Gubimy w kobiecie człowieka, namawiając ją, by robiła wszystko,
żeby przypodobać się mężczyźnie
Krystyna Kofta [21]

Tunele są to rozszerzone otwory w różnych miejscach ciała (najczęściej w małżowinie usznej) [30]. Ich wielkość waha się już od 1,6 mm do w zasadzie nieograniczonych rozmiarów [30].

Rozpychanie uszu i innych przekłutych miejsc na ciele znane jest z różnych plemion afrykańskich, australijskich, a także mieszkańców wysp Oceanii [30]. Niektóre ludy Ameryki Południowej także praktykowały taki sposób ozdabiania ciała, jako jeden z symboli przynależności do danej społeczności plemiennej [30].

Tunel można wykonać operacyjnie (polega to na wycięciu określonego miejsca na ciele, w którym umieszcza się tunel, najczęściej jest to płatek ucha), przez rozpychanie specjalnymi rozpychaczami, bądź wkładanie coraz większych kolczyków [30]. W zależności od miejsca przekłucia, tunele goją się od 4 tygodni do roku [30].



Przykładowe ozdoby tuneli, źródło: [30]



Tunel w uchu, źródło: [31]



Tunel w uchu, źródło: [32]

Bodypainting

Nie spotkałem jeszcze nikogo, kto by cnotę kochał tak jak urodę

Konfucjusz [33]

Bodypainting (ang. *body* – ciało, *painting* – malowanie, czyli malowanie ciała), za wikipedia [34] jest to sztuka malowania na ciele farbami.

Bodypainting, już od dziesiątków tysięcy lat znany był wśród starożytnych plemion na całym świecie [34], które używając sztuki malowania ciała chciały ukazać związek pomiędzy historią, duchowością oraz ciałem.

Aborygeni używali farby, by chronić ciało przed słońcem [34].

Pogańskie celtyckie plemiona w Szkocji za czasów rzymskiego cesarstwa malowały ciała wykorzystując *woad* (niebieski barwnik z urzetu barwierskiego), który miał chronić przed zimnem [34].

W Indiach i na Bliskim Wschodzie jest nadal praktykowany makijaż przy użyciu henny (Mehendi) [34].

Rdzenna ludność Ameryki Południowej używa *annato, huito*, lub mokrego węgla do zdobienia twarzy i ciała [34].

Warto także wspomnieć, iż niektóre naturalne ochry posiadają właściwości antyseptyczne i mogą także chronić nieodziane ciało przed owadami w ciepłych klimatach, henna jest wykorzystywana w leczeniu chorób skóry, przede wszystkim zapobiega grzybicy, a ze względu na ściągające właściwości, stosuje się ją przeciwko poceniu się stóp i rąk oraz w leczeniu ich pęknięć, odmrożeń i zrogowaceń [34]. Na bazie henny, oliwy i sproszkowanej siarki przygotowuje się także maść przeciw świerzbowi [34].

Początek współczesnego bodypainting przypada na lata 60-te [34]. Modele byli malowani farbą, następnie ich ciała odbijano na płótnie, lub innym podłożu, czego przykładem może być francuski artysta Yves Klein i jego seria obrazów "Anthropometries" [34].

W latach 70. i na początku lat 80. moda *glam rocku* przyjęła sztukę malowania twarzy, jako nową ekstremalną formę ekspresji [34].

Jedną z pierwszych współczesnych artystów bodypaintingu była Veruschka, malowała siebie samą chcąc zmienić swój wygląd [34].

W 2006 roku w Nowym Orleanie została otwarta przez Craig'a Tracy'ego pierwsza galeria poświęcona wyłącznie sztuce body painting (*The Painted Alive Galeria na Royal Street*) [34].

Odbywają się tez liczne Festiwale Bodypaintingu

- North American Body Painting Championchip - Vegas [35]
- Face and Body Art International Convention - Orlando, Florida [36]
- FPBA Convention - Las Vegas, Nevada [37]
- The Canadian Body Painting Festival - Kanada [38]
- World Bodypainting Festival - Austria [39]

Do najbardziej popularnych technik body paintingu należą

- Henna - *Mehendi* jest sztuką zdobienia ciała za pomocą pasty z naturalnej henny. Taki tatuaż z henny jest tymczasowy (ok. dwóch tygodni) [34, 40]
- Marker - w tej technice wykorzystuje się flamastry do malowania ciała, a efekt końcowy przypomina tatuaż. Jest łatwo zmywalny [34]
- Aerograf - pracujący z tą techniką używają aerografów i kompresora do malowania na ciele [34].



Mehndi, źródło: [40]



Bodypainting wykonany aerografem, źródło: [40]

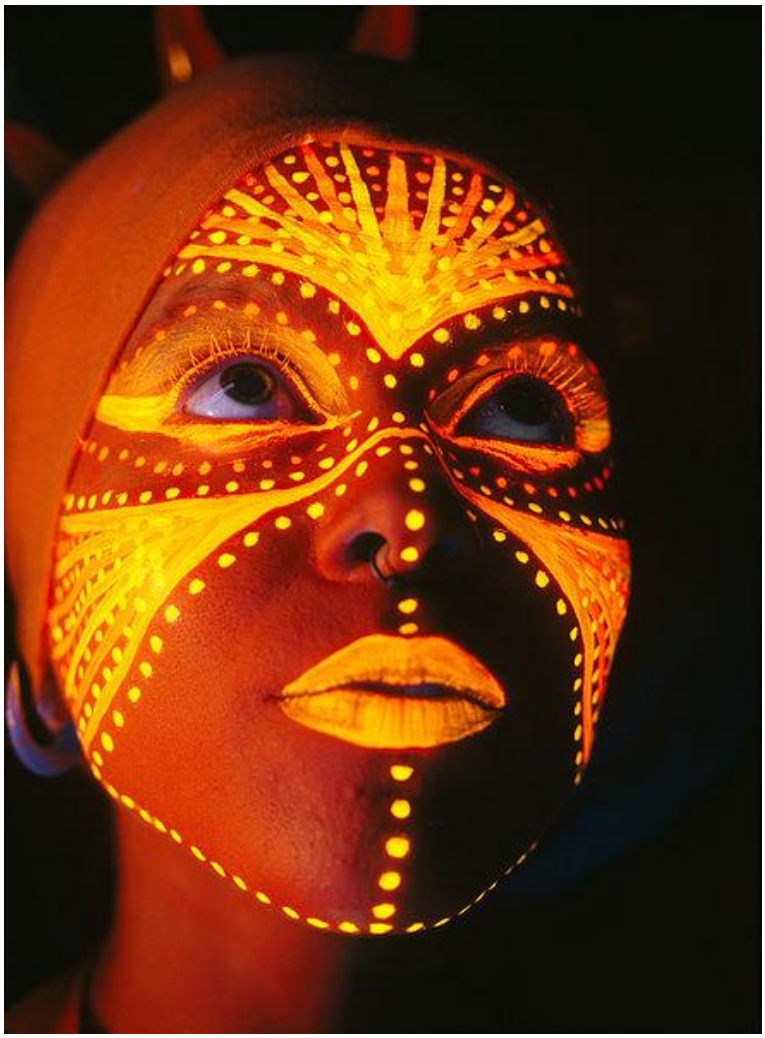
- Pędzel i gąbka - *brush and sponge* - tej technice artysta nakłada farby wodne, lateksowe lub tłuste na ciało za pomocą gąbek kosmetycznych i pędzli w celu ogólnego pokrycia ciała, cieniowania, a także do szczegółów [40]. Farbę wodną, tłustą - łatwo zmywalną, nietoksyczną, zwykle antyalergiczną farbę nanosi się za pomocą rąk, pędzla, gąbki, lub aerografu. Efekty użycia farb lateksowych są trwalsze, lecz mniej komfortowe dla modela (może doprowadzić do udaru cieplnego poprzez dokładniejsze pokrycie powierzchni ciała i tym samym hamowaniu wydalania potu) [40].



Bodypainting wykonany pędzlem, źrodło:[40]

- Efekty specjalne - to technika będąca kombinacją efektów specjalnych, malowaniem pędzlem oraz gąbką i malowanie aerografem [40]. Wszystkie techniki malowania są w tej metodzie dozwolone, z możliwością zmieniania kształtu ciała, a dodatki efektów specjalnych przeważnie są wykonane z lateksu oraz pianki, ale mogą być wykonane ze wszystkiego co zaplanuje artysta.

- UV body painting - Bodypainting UV może być wykonywany za pomocą pędzli i gąbek kosmetycznych oraz aerografów [40], a wykorzystuje się do niego specjalne fluorescencyjne farby świecące pod ultrafioletowym światłem.



Bodypainting z wykorzystaniem farb fluorescencyjnych. Źródło: [40]

Skaryfikacja

Często uwagę i zainteresowanie innych przyciąga nie uroda czy jej brak,
a naturalność i urok ożywionych emocjami rysów
Haruki Murakami [33]

Skaryfikacja (łac. *scarificare* - drapać; ang. *scar* - blizna) - odmiana sztuki zdobienia ciała poprzez nacinanie, zadrapywanie lub wypalanie skóry tak, że w danym miejscu tworzy

się jasna tkanka bliznowa, a z powstałej blizny tworzy się wzór, którego nie można już usunąć ani zmienić [41, 42]

Znaki na skórze można wykonywać na wiele sposobów [43]:

- poprzez cięcia
- wypalanie
- usuwanie skóry**,** za sprawą środków chemicznych czy poprzez zastosowanie specjalnej maszynki.

W Australii skaryfikacja była znakiem charakterystycznym dla danego plemienia Aborygenów [43].

W niektórych rejonach Afryki, za Koziorowska [10] zdobienie ciała skaryfikacją, czyli nacięciem skóry, jest stosowane także współcześnie. Operacja jest powtarzana kilkakrotnie, po raz pierwszy najczęściej odbywa się podczas inicjacji [10]. W dawnych czasach [10] ten sposób upiększania ciała występował u większości Afrykańskich ludów - trwałe blizny zdobiły twarz, plecy, uda i pośladki, a czasem pokrywały prawie całe ciało. Istotne było, by wzór był skomplikowany, a nacięcia równe i głębokie [Koziorowska]



Ceremonia inicjacji obejmująca skaryfikację, wioska Korogo, Papua-Nowa Gwinea, Autror: Franz Luthi, Sepik River initiations 1975, źródło:[42]

W południowej Afryce kobiety wciąż zdobią sobie brzuchy bliznami o przeróżnych wzorach [43]. W celu ich wykonania starsze kobiety rysują wzór ostrym patyczkiem, a

następnie unoszą skórę igłą i nacinają żyletką. Rany smaruje się krowim łajnem, aby zapobiec zakażeniu [43].

W Beninie (Afryka) skaryfikacja jest ceremonią, na szczęście zanikającą, w której biorą udział dzieci [43]. Wycina im się wzór na twarzy – taki, jak u ich ojców. Nacięcia mogą biec od nozdrzy pod brodą lub przez skronie, czoło i nos. Skaryfikacja upowszechniła się tutaj podczas walk plemiennych - każde plemię posiadało inny wzór na ciele i tak mogło, podczas potyczek, odróżniać swoich od obcych [43].

W rozwiniętych krajach Zachodnich skaryfikacja także jest formą przekazu (mniej lub bardzie wyraźnego) - ludzie pragną doświadczyć czegoś nowego, wyróżnić się spośród tłumu [43].



Skaryfikacja, Źrodło: [44]

Piercing

Aureola oświetla wszystkie skazy urody

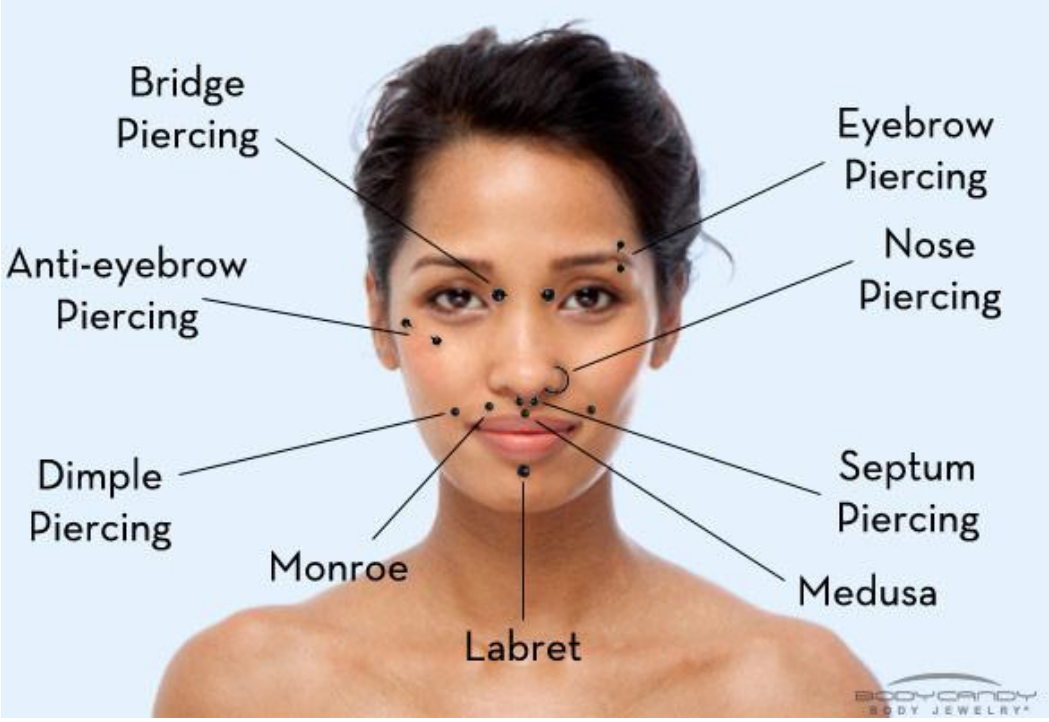
Stanisław Jerzy Lec [33]

Piercing (z ang., wym. *pirsing*; inaczej **kolczykowanie**, **przekłuwanie**), to forma ozdabiania ciała, polegająca na wykonywaniu przekłuć w specyficznych miejscach ciała (np. nos, język, miejsca intymne) i wprowadzaniu w takie miejsca kolczyków wykonanych z tytanu, biopalstu, teflonu (PTFE) i stali chirurgicznej [45].

Przekłuwanie ciała trwa z reguły około dwóch minut, przy czym samo przekłucie skóry – kilka sekund [45]. Zabieg wykonuje się z użyciem specjalnych szczypiec do podtrzymywania fałd skórnych, igły wenflonowej bądź specjalnej igły iniekcyjnej [45].

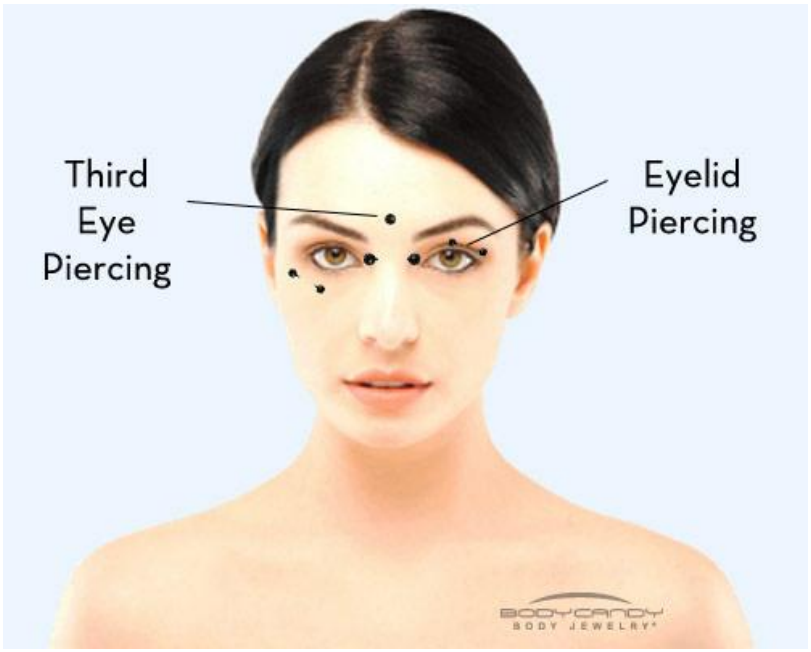
Osoba dokonująca zabiegu to Pierce. Ustala on z klientem, które dokładnie miejsce ma zostać przekłute, łapie je szczypcami, następnie przebija je igłą w którą (lub w jej plastikową obwódkę w przypadku wenflonu) i po przebiciu wkłada bezpośrednio kolczyk [45].

Do przekłuwania miękkich części uszu (płatków ucha) używa się czasem specjalnego pistoletu do piercingu [45]. Tzw. pistolety nie są przystosowane do żadnej innej części ciała niż płatek ucha, gdyż zamiast przekłuwać tkankę tak jak robi to igła – rozszarpują ją, co utrudnia gojenie, a w przypadku miejsca innego niż płatek ucha – zmniejsza możliwości dokładnego wymierzenia, włożenia kolczyka odpowiedniego rozmiaru i przebicia skóry pod odpowiednim kątem [45].



Lokalizacja piercingów twarzy, źródło: [46]





Rodzaje piercingów twarzy, źródło: [46]

Piercing płatka nosa - Kojarzony z kulturą orientalną, jest od wieków wykonywany w Indiach i w Nepalu [47]. W tych krajach wykonywany jest zazwyczaj w lewym nozdrzu u dziewcząt, co wiąże się z wiarą, iż ułatwi to poród. W ostatnich w kulturze zachodu kojarzony z subkulturami punk i Emo [47]. Jako biżuterię zazwyczaj stosuje się pierścień lub prosty kolczyk [47].



Piercing płatka nosa, źródło:[47]



Piercing płatka nosa, źródło:[47]

Piercing przegrody nosa - *Piercing septum* - zazwyczaj otwór dla biżuterii nie jest wykonywany bezpośrednio w tkance chrzęstnej przegrody nosowej, lecz poniżej niej, w płacie skóry który ją okrywa [47]. Procedura może być bolesna ze względu na duże unerwienie tego obszaru. Biżuterią zwykle są pierścienie lub proste kolczyki [47].



Piercing przegrody nosa, źródło:[47]



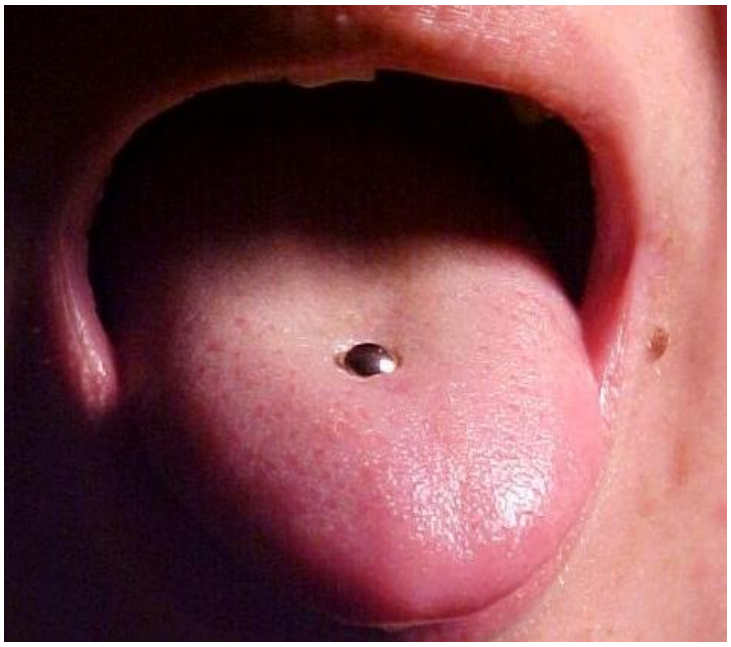
Piercing przegrody nosa, źródło: [47]

Bridge piercing -, to rodzaj piercingu, w którym przebicie przechodzi przez skórę znajdującą się nad nosem, jednakże otwór nigdy nie przechodzi przez kość [47].



Bridge piercing, źródło: [48]

Piercing języka - zazwyczaj odbywa się na środku lub symetrycznie (wtedy zwykle nazwane są "venoms") [47]. Przebicia tego rodzaju mogą być bolesne, a wciągu doby może nastąpić puchnięcie języka, w związku z czym biżuteria na czas leczenia (około miesiąca) jest dłuższa niż normalna [47]. Podczas okresu gojenia niektóre pokarmy powinny być unikane, takie jak nabiał, czy kawa [47].



Piercing języka, źródło: [48]

piercing wędzidełka - *Tongue web piercing* - piercing przechodzi przez więzadło pod językiem [47]. Więzadło musi być na tyle rozwinięte aby móc utrzymać biżuterię. Czas gojenia wynosi zwykle około miesiąca [47].



Piercing wędzideła, źródło: [49]

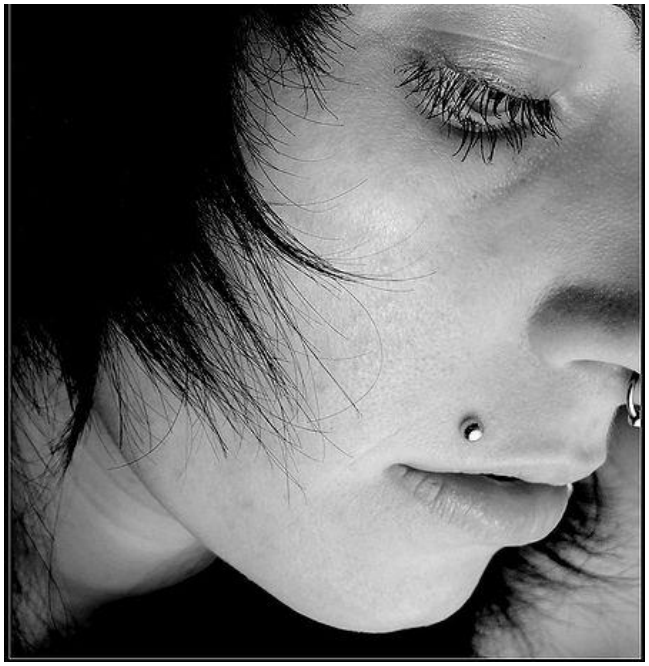
Piercing języczka - *Uvula piercing* - jest bardzo rzadki, gdyż procedura jest jednak skomplikowana.



Piercing języczka, źródło: [51]

Piercingi wargi mają dużo wariantów [47]:

- Piercing Monroe (Madonna), którego nazwa pochodzi od Marilyn Monroe, która powyżej górnej wargi przyklejała swój słynny pieprzyk



Piercing Monroe, źródło: [47]

- Piercing typu labret to zwykle piercing znajdujący się poniżej dolnej wargi



Piercing typu labret, źródło:[47]

- Medusa to piercing znajdujący się na środku powyżej górnej wargi



Piercing typu medusa, źródło: [47]

Czas leczenia się tego rodzaju przebić wynosi zwykle od 6 do 10 tygodni, a stosowaną biżuterią zwykle stosowaną w tych - pierścienie lub lab rety [47].

Piercing łuku brwiowego - *Piercing typu eyebrow* - jest położony na brwi, podczas gdy *anti-eyebrow* jest położony poniżej brwi [47].. Czas leczenia wynosi zwykle 6 do 8 tygodni [47].



Piercing luku brwiowego, źródło: [47]

Piercing policzka - *cheek piercing* - może mieć dwa warianty: zwykły, tzn. przebijający się do jamy ustnej oraz powierzchniowy, przyczepiony na tzw. dermal anchor (kotwicy skórnej) [47]. Piercing ten jest zwykle wykonywany w miejscu pojawiania się dołków, gdyż tam jest najmniejsze ryzyko uszkodzenia innej tkanki [47].

Piercing pępka - *Navel piercing* - zwykle nie przechodzi dokładnie przez pępek lecz przez płat skóry znajdujący się nad lub pod nim [45]. Piercing bezpośrednio przez pępek jest możliwy jedynie w przypadku, gdy osoba ma pępek wystający, tzw. *outie* [45]. Piercing ten jest jednym z najwolniej gojących się, czasem zajmując nawet rok zanim się w pełni wyleczy, co spowodowane jest małe ukrwienie tego obszaru ciała [45]. Biżuterią zazwyczaj stosowaną są pierścienie i skrzywione sztangi [45].



Navel piercing, źródło: [45]

Piercing sutków - *Nipple percing*- wykonują zarówno mężczyźni, jak i kobiety [45]. Przebicie jest zwykle wykonywane poziomo lub pionowo, a czas gojenia wynosi zwykle od 2 do 4 miesięcy [45]. Biżuterią zwykle stosowaną w tych piercingach to najczęściej pierścienie, sztangi oraz tzw. Nipple shield [45].

Piercing ten nie przeszkadza w karmieniu piersią, lecz nie zaleca się aby karmić z włożoną biżuterią [45].

Piercing może dotyczyć także narządów płciowych.

Piercing powierzchniowy dotyczy dowolnego miejsca na skórze.

Większość piercingów na skórze jest odrzucanych przez organizm w szybkim tempie, toteż większość przebić nigdy się nie goi i z tego względu piercing powierzchniowy jest w większości tymczasowy [45].

Terminologia związana jest z miejscami przebijanymi [45], np.:

- Hip - w miejscu gdzie widoczne są kości miednicy
- Madison - pod szyją, nad dekoltem
- Nape - z tyłu szyi
- Neck - na bokach szyi
- Wrist - na nadgarstku



Piercing powierzchowny, źródło: [http://pl.wikipedia.org/wiki/Piercing]

Corset, to podtyp piercingu powierzchniowego, zwykle ułożonego parami i rzędami dookoła kręgosłupa, swoim wyglądem przypominając gorset [45]. Ten rodzaj ozdób wystepuje często u kobiet z subkultury BDSM. Piercingi te odznaczają się dużym prawdopodobieństwem odrzucenia przez ciało [45].



Corset piercing, źródło: [45]

Hand Web - piercing dłoni - przebija błoniastą skórę pomiędzy kciukiem a palcem wskazującym [45]. Goi się powolnie, od 6 miesięcy do roku [45].



Hand piercing - źródło: [45]

Piśmiennictwo

1. http://szukaj.cytaty.info/cytaty/uroda.htm, data pobrania: 4.05.2013.
2. Szuszkiewicz M.: Duchowe uwarunkowania modyfikacji ciała, Sztuka Leczenia, 2009, 1-2, 29-36.
3. Ciężki J. Modyfikacje ciała. Wokół Bod mods, Współcześni prymitywiści, http://www.wa.umcs.lublin.pl/artforum/tworcy_i_dz/cialo_czl/r09.htm#_ftn, data pobrania: 4.05.2013.
4. Jelski A.: Tatuaż, Wydawnictwo Alfa, Warszawa, 1993.
5. Abbink J.: Ritual and political forms of violent practice among the Suri of southern Ethiopia, Cahiers d'études africaines, 1998, 38, 271–295.
6. Beckwith C., Fisher A.: The eloquent Surma of Ethiopia, National Geographic, 1991, 179, 76-99.
7. Unseth P. : Disentangling the Two Languages Called 'Suri, Occasional Papers in the Study of Sudanese Languages, 1997, 7, 49-69.
8. http://pl.wikipedia.org/wiki/Mursi, data pobrania: 4.05.2013.
9. Pawlicka A., Pawlicki J.: Światoholicy. We dwoje od Wyspy Wielkanocnej po Ziemię Ognistą, od Laponii po Papuę. 6 kontynentów, 60 krajów w 20 lat, Wydawnictwo Agora, Warszawa, 2012.
10. Koziorowska J.: Kontynenty Obyczaje i Kultura. Afryka., Wydawnictwo Publicat, MMV, Poznań, 2005.
11. http://m.interia.pl/facet/news,nId,450434, data pobrania: 4.05.2013.
12. http://www.timelessethiopia.pl/teksty/hamerowie_zosia/hamerowie.html, data pobrania: 4.05.2013.
13. http://ecytaty.pl/uroda/, data pobrania: 4.05.2013.
14. Damm K., Mikusińska A.: Ludy i języki świata. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2000.
15. http://www.genuineafrica.com/Makonde_Helmet_Mask_6.htm, data pobrania: 4.05.2013.
16. http://beautyclub.com.pl/piercing-a-biuteria-nazbna.html, data pobrania: 4.05.2013.
17. http://ciecie.yellowteam.pl/Medcom/bizuteria_nazebna.html**,** data pobrania: 4.05.2013.
18. http://www.anident.pl/pictures/bizuteria-nazebna-d.html, data pobrania: 4.05.2013.
19. http://www.podrozeblog.pl/dzikie-plemiona-znad-rzeki-omo/, data pobrania: 4.05.2013.
20. http://borsukwro.geoblog.pl/zdjecie/633174/hamerki-blizny-po-biczowaniu, data pobrania: 4.05.2013.
21. http://cytaty.sennik.biz/category/uroda, data pobrania: 4.05.2013.

22. http://podroze.gazeta.pl/podroze/2029020,114158,10513924,,9.html?ftst=1,data pobrania: 4.05.2013.
23. http://kok.blox.pl/2008/03/Osobliwosc-kobiet-z-plemienia-Padaung.html, data pobrania: 4.05.2013.
24. http://podroze.gazeta.pl/podroze/2029020,114158,10513924,,9.html?ftst=1,data pobrania: 4.05.2013.
25. http://www.malypodroznik.pl/dzieci/tajlandia/r_tajnaj.htm, data pobrania: 4.05.2013.
26. http://pl.wikipedia.org/wiki/Tatua%C5%BC, data pobrania: 4.05.2013.
27. http://pl.wikipedia.org/wiki/Moko\, data pobrania: 4.05.2013.
28. http://en.wikipedia.org/wiki/Julia_Gnuse, data pobrania: 4.05.2013.
29. http://fundir.org/gallery,julia_gnuse__najbardziej_wytatuowana_kobieta,2474,0,0.html, data pobrania: 4.05.2013.
30. http://pl.wikipedia.org/wiki/Tunel_(piercing), data pobrania: 4.05.2013.
31. http://forum.pliki.pl/viewtopic.php?f=75&t=1285, data pobrania: 4.05.2013.
32. http://forum.gazeta.pl/forum/w,567,126382583,126383531,Re_tunel_w_uchu.html,data pobrania: 4.05.2013.
33. http://m.mowimyjak.pl/styl-zycia/z-przymruzeniem-oka/jakie-sa-znane-aforyzmy-na-temat-urody-jakie-sa-znane-cytaty-o-urodzie,112_43523.html, data pobrania: 4.05.2013.
34. http://pl.wikipedia.org/wiki/Bodypainting, data pobrania: 4.05.2013.
35. http://www.eventbrite.com/event/449962851/eorg, data pobrania: 4.05.2013.
36. http://www.fabaic.com/newsite/index.php, data pobrania: 4.05.2013.
37. http://www.fpbaconvention.com, data pobrania: 4.05.2013.
38. http://www.bodypaintcanada.com/, data pobrania: 4.05.2013.
39. http://www.bodypainting-festival.com/en/, data pobrania: 4.05.2013.
40. http://pl.wikipedia.org/wiki/Mehendi, data pobrania: 4.05.2013.
41. http://www.bme.com/media/photo/scar/bme/, data pobrania: 4.05.2013.
42. http://pl.wikipedia.org/wiki/Skaryfikacja_(modyfikacja_cia%C5%82a), data pobrania: 4.05.2013.
43. http://zdrowie-i-uroda.wieszjak.pl/modyfikacje-ciala/294628,Skaryfikacja-blizny-z-wyboru.html, data pobrania: 4.05.2013.
44. http://www.banzaj.pl/galeria/skaryfikacja-05-galdok-6242-65582-jpg.html,data pobrania: 4.05.2013.
45. http://pl.wikipedia.org/wiki/Piercing, data pobrania: 4.05.2013.
46. http://blog.bodycandy.com/category/surface-piercings/, data pobrania: 4.05.2013.

47. http://pl.wikipedia.org/wiki/Piercing_okolic_twarzy, data pobrania: 4.05.2013.
48. http://xbeccaboo21x-pierced.blogspot.com/p/places-to-be-pierced.html, data pobrania: 4.05.2013.
49. http://xbeccaboo21x-pierced.blogspot.com/p/places-to-be-pierced.html, data pobrania: 4.05.2013.
50. http://community.tribalectic.com/Archives-Gallery-Tongue-Web-14758, data pobrania: 4.05.2013.
51. http://tattoo-a-pierc.blog.cz/en/category/uvula-piercing, data pobrania: 4.05.2013.
52. http://www.myspace.com/piercingpete/photos/26472101#%7B%22ImageId%22%3A26472101%7D, data pobrania: 4.05.2013.

ŚMIERĆ SPOŁECZNA



Twardowska-Rajewska Joanna

Stygmat starości z perspektywy młodości

Uniwersytet A. Mickiewicza, Wydział Studiów Edukacyjnych, Poznań

Wstęp

Żyjemy w świecie „znoszenia granic – w świecie globalizacji geograficznej, informacyjne i kulturowej. Zdobycze współczesnej medycyny prowadzą również do zniesienia granic między okresami rozwojowymi w ontogenezie człowieka, tj. między grupami wiekowymi. W praktyce, zgodnie z heterogenicznością procesu starzenia, czterdziesto- i siedemdziesięciolatek –„kidult", mogą się …prawie nie różnić. Czy „prawie" znaczy „duża różnica" ? Nadal jednak ludzie starzy wyróżniają się jako odrębna populacja.

Osoby, które przekroczyły 60./65. rok życia, wg kryteriów wieku chronologicznego (metrykalnego), zaliczane są do grupy wiekowej osób starych. Grupa ta nosi wszelkie cechy mniejszości społecznej, tworzy własną subkulturę (socjologiczna teoria subkultury Rose'a), a w jej ramach formułuje własne, specyficzne dla siebie normy i wartości. Jest to skutkiem zjawiska ekskluzji osób starszych poza młodsze grupy wiekowe oraz nasilenia interakcji między członkami własnej grupy, na zasadzie podobieństwa wartości i zainteresowań [1,2,3,4].

Osobom starszym, jako grupie społecznej, przypisywany jest względnie stały zbiór cech, tworzący schematyczny wizerunek grupy, określany „piętnem", „etykietą" czy „stygmatem" starości [4]. Jest to stereotyp, czyli „myślenie o skłonności do bezrefleksyjnego przypisywania ludziom cech tylko dlatego, że należą oni do pewnej grupy społecznej". Centralną rolę w stereotypie odgrywa charakterystyczna cecha, uważana za typową – wyróżniającą dla tej grupy. Stereotyp Duszy Grupowej (SDG) to uchwytna pomiarowo organizacja poznawcza („zbiorowy wróg" – spiskowa teoria grupy). A zatem - jakie cechy zawiera stereotyp grupy „osób w podeszłym wieku", że postrzegani są w taki sposób (negatywnie) – jako „inni" wobec młodszych.

SDG w sferze afektywnej jest predykatorem antypatii do starych, np.: jako do sąsiadów - nie można mieć do nich zaufania, jako do członków rodziny - chcą zawsze mieć racje i decydować itd. Są też tzw. „zbiorowym nieprzyjacielem": sięgają po miejsca pracy

przeznaczone dla młodych, „zjadają" przez wieloletnie (zbyt długie!) pobieranie emerytur ciężko wypracowane przez młodszych dobra. Z perspektywy historii XX wieku, tragedii ludzkości, będących konsekwencją upraktycznionych do postaci systemów totalitarnych, ideologii faszyzmu i komunizmu, zaprzeczających paradygmatowi „Innego", jako bytu zawsze godnego najwyższego szacunku – etyka jako nauka i praktyka (moralność) nie odgrywała kluczowej roli.

Czyli : stary to – inny (gorszy) – obcy – stanowiący zagrożenie?

I tutaj ukazuje się decydująca waga informacji o osobach starych (ten inny – ten obcy – jaki?). Ich uczciwe gromadzenie może, dostarczając pozytywnych informacji, zmienić negatywny stereotyp seniora, usunąć uprzedzenia, dyskryminujący dystans, wzbudzić sympatię, zaufanie. W ostatnich latach mamy możność oglądać filmy o ludziach starych, ich problemach (Jeszcze nie wieczór J. Bławuta, Pora umierać D. Kędzierzawskiej, Miłość Hanckego, Zamieszkajmy razem). Pozwalają one młodym, ze zatomizowanych rodzin, nie posiadających wiedzy o świecie prawdziwych więzów rodzinnych, świecie starości, odchodzenia, jednak wejść w ten świat, poznawać go.

Wracając do stereotypowego wizerunku człowieka starego - jako „innego", składają się na niego: niesprawność, a nawet niedołęstwo, wynikające z wielochorobowości, bezradność fizyczna i społeczna, nieużyteczność, potrzeba długoterminowego uzyskiwania pomocy i opieki, i wynikające z tego „bycie niepożądanym ekonomicznie" – kosztochłonnym, ponadto przykre cechy charakteru, dziwne zachowania.

Co więcej, kultywowane przez seniorów wartości w obszarze kultury i tradycji, często obce osobom młodym, prowadzą do zjawiska, które określane jest jako „dysfunkcjonalność kulturowa" starych (analogicznie do inności na tle rasowym, narodowościowym, religijnym) [5]. Co więcej, starość sama w sobie, ze swoim nieuchronnym przemijaniem, stanowi „anty-wartość" w rodzinie i społeczeństwie XXI wieku, w cywilizacji zachodniej, gdzie panuje etos wiecznej młodości, doskonałego zdrowia, idealnego piękna i sukcesu [6].

Ta „inność" osób starszych została dostrzeżona i sformułowana również w tzw. „krytycznej teorii wychowania wobec osób starszych w toksycznym społeczeństwie". Toksyczność społeczna wyraża się w szeroko rozumianej przemocy, pogardzie dla jednostki ludzkiej – seniora, w przekraczaniu obowiązujących praw i lekceważeniu uniwersalnych wartości, przez co narusza się godność ludzką, zaburzając rozwój i współdziałanie społeczne. Odzwierciedleniem tego są negatywne postawy i zachowania, doprowadzające do szkód moralnych, społecznych, fizycznych i psychicznych, tworzące bariery dla partycypacji społecznej osób starszych [7].

Mimo zagwarantowanych w ustawodawstwie polskim praw (zgodnych z europejskimi deklaracjami praw człowieka), ludzie starzy doznają ograniczeń w dochodzeniu do swoich praw, szczególnie w realizacji swoich uprawnień. Dotyczy to kwestii socjalnych (usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania, adaptacja mieszkań bez barier architektonicznych), medycznych (zaniechanie leczenia ze względu na podeszły wiek, brak rehabilitacji, wysokie ceny leków), prawa do pracy na emeryturze, prawa do ochrony życia rodzinnego (gorsza pozycja dziadków) [8, 9,11].

Wszystkie wyżej wymienione zjawiska dyskryminujące osoby starsze stanowią zagrożenie egzystencji w wymiarze biologicznym (zdrowotnym, materialno-socjalnym), psycho-społecznym, duchowym [7].

Marginalizacja i ekskluzja osób starszych ma ponadto wymiar „świadomościowy" [2]. Osoby starsze są pomijane w środkach masowego przekazu, w kulturze społecznej. Wręcz przeciwnie – utrwalany jest w masowych przekazach negatywny stereotypowy wizerunek, co może odbywać się również poprzez nieobecność, niedostateczną obecność lub jako obecność stygmatyzowanej starości.

Potrzeby osób starszych nie są zatem uwzględniane w kształtowaniu publicznej przestrzeni [2]. Według Szatur –Jaworskiej, taka marginalność nie jest zjawiskiem struktury społecznej, a obcości kulturowej („ten inny") i ograniczonego uczestnictwa seniorów w podstawowych instytucjach porządku społecznego. Automarginalizacja – to zjawisko nakładające się na marginalizację. Odzwierciedla ona określone cechy i zachowania osób starszych, jako wynik ich własnych decyzji, jednak podjętych w następstwie wadliwego funkcjonowania społeczeństwa [2,10] i rozgrywa się w sferze procesów psychicznych, społecznych, gospodarczych i politycznych [Frieske, Giddens cyt. za 2].

Zatem, skoro człowiek stary „ten inny", dla młodego jest niepotrzebny, musi być również zdany nieodwołalnie na automarginalizację i ekskluzję społeczną.

Czy tak w istocie jest, czy być powinno? Jak pisze Kapuściński, „*konkretny Ja mogę zaistnieć jako byt określony tylko w stosunku do konkretnego Innego, kiedy pojawi się On na horyzoncie mojego istnienia, nadając mi sens i ustalając moją rolę . Filozofia dialogu mówi, że „ja jestem – jak ten drugi jest*", J. Tischner: Filozofia dramatu, [cyt. za 12]. Ważny jestem Ja, ale w relacji z drugim człowiekiem- z Innym, o określonej tożsamości [Levinas cyt. za 12]). Co więcej, człowiek w odniesieniu do Innego musi brać na siebie odpowiedzialność za Niego i być gotowym ponieść konsekwencję takiej decyzji, takiej postawy [Tischner cyt. za 12]. Jest to ważny nakaz etyczny.

Idąc dalej, czy ja młody, ograniczony do swojej grupy wiekowej, nie uzurpuję sobie egoistycznie praw do bycia jedynym przedstawicielem ludzi (ludzkości), marginalizując starych, negując ich we wszelkich aspektach istnienia?

Do spotkania – współistnienia – współpracy – dialogu, trzeba przygotować się, przeciw obojętności, izolacji, egoizmowi, konsumeryzmowi, w imię humanitaryzmu i humanizmu.

A więc ludzie starzy, ze swoim bagażem przeżyć i doświadczeń (Piękny Umysł, Piękny Człowiek, Mistrz, Autorytet) są dla młodych zwierciadłem, pozwalającym ujrzeć siebie teraz i projektować wizję siebie w przyszłości, tworzyć filozofię swojej starości.

Jakie inne cechy zawiera stereotyp starości? Grupa seniorów nie manifestuje postaw agresywnych, które są charakterystyczne dla grup marginalizowanych, mimo swojego niezadowolenia z sytuacji życiowej. Przyczyna może tkwić w „słabości" osobniczej (somatycznej) i społecznej, gdyż osoba stara nie podejmuje walki w swoi interesie, nie wierzy bowiem w zwycięstwo, a otaczająca rzeczywistość działa jako „samospełniająca się przepowiednia" – potwierdzając negatywny scenariusz starości.

Czy wina za taką sytuację tkwi wyłącznie w osobach starszych?

Wydaje się, że transformacja lat 80 – tych w Europie środkowo- wschodniej – w Polsce, polityczna, gospodarcza, społeczna, spowodowała wśród ludzi starych lęk przed nowym, niezrozumiałym, więc obcym światem, lęk spotęgowany fizjologicznym spadkiem zdolności adaptacyjnych organizmu starego człowieka (wobec stresorów – a więc „nowego"), w konsekwencji wycofanie - automarginalizację, bierność seniora, jako obywatela (członka społeczności) słabego, ubogiego. Ostateczne prowadzi to do zinternalizowanie przez niego negatywnego stereotypu starości [2, 10, 11]. W konsekwencji taki senior jest „niewidoczny", nieobecny społecznie, bo nie artykułuje swoich potrzeb.

Taka oto sytuacja życiowa osób starszych powoduje, że nie są w stanie zabezpieczyć swoich nawet podstawowych potrzeb egzystencjalnych, tracą możliwość pełnego uczestnictwa w życiu społecznym, zawodowym, rodzinnym, ulegając ekskluzji [Trafiałek cyt. za 3]. W takiej sytuacji nie ma szans na wchodzenie w interakcje międzygeneracyjne w każdym wymiarze. Brak możliwości zdobywania nowych kwalifikacji (brak edukacji permanentnej i powstający analfabetyzm funkcjonalny), brak kompetencji do życia w nowym świecie trudnych wyzwań pociąga za sobą bierność i jest barierą dla ponownej inkluzji do społeczeństwa wielopokoleniowego XXI wieku. W ten sposób powstaje błędne koło przyczyn i skutków.

A więc stygmat starości, inność, ekskluzja czy poznanie, zbliżenie, zrozumienie, dialog młodych ze starymi? Upaniszada czyli bycie razem czy samotność?

Cel pracy

Autorka postanowiła zbadać, jak młodzież studencka postrzega osoby starsze, czy ten obraz wpisuje się w powszechnie panujący negatywny stereotyp starości i czy czyni starego człowieka „innym - obcym" ?

Materiał i metoda

121 studentów poznańskich uczelni wyższych (pedagogika, socjologia, dietetyka – studia stacjonarne) w wieku 20-30 lat, poddano badaniu metodą sondażu diagnostycznego, przy użyciu kwestionariusza wywiadu. Ankieta zawierała 11 pytań zamkniętych (oraz 6 metryczkowych) i została przeprowadzona w listopadzie 2012 roku.

Wyniki badania

Charakterystyka grupy badanych

Liczba badanych ogółem 121

Studenci pedagogiki P 86 (w tym 4 mężczyzn)

pracy socjalnej S 21 (w tym 1 mężczyzna)

dietetyki D 14 (w tym 3 mężczyzn)

Miejsce zamieszkiwania i pokoleniowość rodzinny studentów poszczególnych kierunków:

wieś (ogółem osób)	34		miasto (ogółem osób)	87
rodzina 3-pokoleniowa	P 6		P 11	
	S 6		S 2	
	D 2		D 1	
ogółem	14		14	razem 28
rodzina 2-pokoleniowa	P 6		P 24	
	S 4		S 9	
	D -		D 9	
ogółem	10		42	razem 52
rodzina 1-pokoleniowa	P 8		P 17	
	S -		S 4	
	D 1		D 5	
ogółem	9		26	razem 35

samotnie P 1 P 4

S - S -

D -rodzina 4-pokoleniowa D - razem 5

P 1 razem 1

Pytanie 1.

Rozpoznanie osoby starszej odbywa się zazwyczaj po wyglądzie zewnętrznym (85 na 121 respondentów)

Pytanie 2.

Za wiek podeszły większość badanych uważa osoby, które przekroczyły 70 lat (72/121 badanych), pozostali respondenci sądzą, że są to osoby powyżej 80. roku życia.

Pytanie 3.

Na pytanie, jaki jest stosunek do osób starszych – 50 badanych (na 121) odpowiedziało, że obojętny, 37 – niechętny, zaś 30 – życzliwy

Pytanie 4.

Wśród cech charakteryzujących osobę starszą najczęściej wymieniano gorszą pamięć (66/121), bycie schorowanym (64/121), słabość fizyczną i niesprawność (56/121) oraz konieczność otoczenia opieką (możliwy wybór trzech cech)

Pytanie 5.

Mimo tego większość pytanych twierdzi, że starość może być pomyślna (95/121)

Pytanie 6.

Również większość badany sądzi, że starość zależy od nas samych (117/121)

Pytanie 7.

Dotyczyło współpracy międzygeneracyjnej. I tu - 74 (na 121) badanych nie wierzy w możliwość dobrej współpracy z osobami starszymi, 41 – nie wierzy w możliwość bezkonfliktowego współżycia z seniorami, zaś 46 - nie znajduje pomocy i wsparcia ze strony najstarszych.

Pytanie 8.

Jako powody do zadowolenia seniorów wymieniane są najczęściej: posiadanie dużej ilości wolnego czasu do swojej dyspozycji (99/121), posiadanie emerytury oraz możliwość nieograniczonego wypoczynku i snu (po 40 osób) (możliwy wybór trzech odpowiedzi)

Pytanie 9.

Pytanie o bariery, jakie stwarza podeszły wiek: aż 72 badanych stwierdziło, że istnieje dyskryminacja w zatrudnieniu na emeryturze, zaś 37- dyskryminacja w zakresie bezpłatnej edukacji (języki obce, obsługa komputera)

Pytanie 10.

Za niestosowne zachowania osób starszych wymieniono niestosowne fasony odzieży (duże dekolty, krótkie spódnice) (82 badanych), uprawianie niektórych sportów, jak deskorolka, wrotki (50 osób) i używanie żargonu młodzieżowego (43 osoby) - możliwy wybór trzech odpowiedzi. Śmiały makijaż, seks i pikantne dowcipy były dużo rzadziej zaznaczane (odpowiednio 10, 10 i 15- krotnie) jako niestosowne dla wieku.

Pytanie 11.

Na pytanie o tolerancję seniorów dla osób młodych: aż 66 osób odpowiedziało, że starsi krytykują i poprawiają bez uzasadnienia, zaś 37 – że ingerują w życie młodych.

Omówienie

Ze względu na małą liczebność wśród badanej grupy studentów płci męskiej (tj.8/121 osób), nie korelowano wyników odpowiedzi na pytania z płcią, gdyż jest zbyt mała, niereprezentatywna populacja. Wynika to ze specyfiki studiów (pedagogika, praca socjalna, dietetyka).

Interesujący wydał się problem wpływu pokoleniowości rodziny oraz miejsca zamieszkania (pod kątem liczebności mieszkańców) na treści wybieranych odpowiedzi.

Otóż niezależnie od powyższych uwarunkowań (cech: III, IV pytanie metryczki) rozkład odpowiedzi był podobny

Na pytanie 1 - o rozpoznawalne cechy człowieka starego, zazwyczaj nie wybierano odpowiedzi b i c (zaburzony kontakt słowny, dziwne zachowania – tyko 4 wybory).

Na pytanie 2 nie wybrano odpowiedzi d (czyli próg starości to wiek >90 lat). W pytaniu 3 (stosunek do osób starych) znikoma liczba osób wybrała wariant c (wrogi) i d (agresywny).

W pytaniu 4 (typowe objawy starości) nie wybierano odpowiedzi: e, f i k (osoba płaczliwa, wroga/agresywna/ nieestetyczna/brzydka). Natomiast studenci zamieszkujący na wsi częściej wybierali odpowiedź h: osoba starsza wymaga pomocy i opieki (16 na 54 wybranych odpowiedzi na to pytanie), natomiast z miasta odpowiedź i: osoba starsza jest samotna (26/31). Może to świadczyć o zróżnicowanej sytuacji osób starszych: na wsi – w rodzinach wielopokoleniowych częściej senior jest odbiorcą usług opiekuńczych ze strony członka rodziny tzw. opiekuna rodzinnego, zaś w mieście – zatomizowana rodzina jest przyczyną samotności osoby starszej.

Pytanie 5. Ciekawe, że studenci z wiejskich rodzin 2- i 1-pokoleniowych, nie wybrały odpowiedzi, że „starość może być niepomyślna" , natomiast młodzież miejska nie zaznaczyła w ogóle odpowiedzi, że „starość nie zależy od nas". Może to obrazować pozytywne podejście do tego okresu życia i zerwanie z etykieta „fatum starości" na rzecz poczucia sprawstwa.

Pytanie 8 (o pozytywne strony starości) - młodzież studencka pochodząca ze wsi najczęściej wybierała odpowiedź b: „seniorzy mają dużo wolnego czasu". Może na emeryturze, nie tak jak w młodszym wieku, nie muszą przez 24-godziny doglądać gospodarstwa?

Na pytania 7 (relacje z seniorami osób młodych), 9 (dyskryminacja ze względu na podeszły wiek), 10 (niestosowne dla wieku zachowania osoby starszej) i 11 (stosunek starych do młodych) nie było istotnych różnic w wyborach odpowiedzi.

Wnioski z badań

Z wypowiedzi studentów uczelni wyższych Poznania można wywnioskować, że istnieje nadal zespół cech charakterystycznych dla populacji osób starszych, które można zaliczyć do " stygmatu starości". Są to: wiek > 70 lat, znamienny wygląd zewnętrzny, problemy zdrowotne i opiekuńcze typowe dla grupy seniorów, niezadowalające relacje między młodymi i starymi, które mogą być powodem obojętności lub niechęci, jaką są otaczani ludzie starzy w społeczeństwie. Młodzi, z jednej strony spostrzegają objawy dyskryminacji wobec osób starszych (w obszarze zatrudnienia na emeryturze i dostępie do edukacji), zaś z drugiej - nie akceptują niestosownego wyglądu lub zachowań dla osób starszych (kidult). Mimo wszystko sądzą, że starość jest raczej pomyślna, zależy od samego człowieka, a seniorzy mają wiele powodów do zadowolenia (m.in. dużo czasu wolnego na sen, wypoczynek, kościół i RTV oraz stabilne świadczenia emerytalne).

Podsumowując, portret współczesnego seniora w oczach młodzieży studenckiej jest jednak tradycyjny i zasadniczo nie odbiega od ugruntowanego negatywnego stereotypu starości.

Piśmiennictwo

1. Halicki J.: Społeczne teorie starzenia się. [w:] Zostawić ślad na ziemi, .Halicka M., Halicki J.: (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok, 2006, 255-276.
2. Szatur - Jaworska B.: Czy ludzie starzy w Polsce są zbiorowością zmarginalizowaną? [w:] Samodzielność ludzi starych z perspektywy medycyny i polityki społecznej.

Dotychczasowe doświadczenia UE i Polski. Błędowski P. (red.), Wyd. Polskie Towarzystwo Gerontologiczne. Oddział Mazowiecki, Warszawa, 2004, 153-168.

3. Orzechowska G.: Przeciw wykluczaniu społecznemu osób starszych. [w:] Instytucjonalne wsparcie seniorów – rozwiązania polskie i zagraniczne. Fabiś A. (red.), Wyd. Wyższa Szkoła Administracji, Bielsko-Biała, 2007, 13-21.
4. Kofta M., Sędek G.: Stereotypy duszy grupowej a postawy wobec obcych: wyniki badań sondażowych [w:] Psychologia rozumienia zjawisk społecznych, Wojciszke B., Jarymowicz M. (red.), Wyd. PWN, Warszawa - Łódź, 1999, 173-207.
5. Mausch K., Ryś E.: Starość jako piętno [w:] Życie w starości. Bugajska B. (red.) Wyd. Wydział Zdrowia i Pomocy Społecznej m. Szczecina i Wydział Humanistyczny Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin, 2007, 175-184.
6. Deręgowska J.: Postrzeganie starości i odchodzenia we współczesnym świecie [w:] Dorosłość wobec starości, Konieczna-Woźniak R. (red.), Wyd. Naukowe UAM. Poznań, 2008, 187 – 194.
7. Śliwerski B.: Krytyczna teoria wychowania wobec osób starszych w toksycznym społeczeństwie [w:] Przygotowanie do starości. Dzięgielewska M. (red.), Wyd. Zakład Oświaty Dorosłych Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, 1997, 85- 90.
8. Frąckiewicz L.: Bariery uczestnictwa ludzi starszych w integracji społecznej [w:] Przestrzeń życiowa i społeczna ludzi starszych, Dzięgielewska M. (red.), Wyd. Akademickie Towarzystwo Andragogiczne, Łódź, 2000, 33-42.
9. Tokarz B.: Stop dyskryminacji ze względu na wiek. Wyd. Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce, Warszawa, 2006.
10. Trafiałek E.: Jednostkowy wymiar polskiej starości [w:] Przestrzeń życiowa i społeczna ludzi starszych, Dzięgielewska M. (red.), Wyd. Akademickie Towarzystwo Andragogiczne. Łódź, 2000, 107-111.
11. Halicka M., Pędich W., Szatur-Jaworska B.: Prawa obywatelskie ludzi starszych w Polsce a europejskie deklaracje praw człowieka. Ekspertyza Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego. Gerontol. Pol., 1996, 4, 2, VI-XXX.
12. Kapuściński R.: Ten inny. Wyd. Znak, Kraków, 2006.

Łuszczyńska Maria

Świadomość śmiertelności a pomyślne starzenie się – komunikat z badań

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie

Wstęp

Relacja człowieka do śmierci – ze względu na jej uniwersalność – może służyć jako przesłanka do opisu zmiany społecznej. Oznacza to, że dzięki analizie, syntezie i przemodelowaniu relacji człowieka do śmierci można wpływać na zmianę, zachodzącą w wymiarze indywidualnym i społecznym. Dotychczasowe badania [1, 2, 3, 4] dowodzą, że ludzie niechętnie odnoszą się do swojej własnej śmiertelności, nie myślą o śmierci. Śmierć stanowi coś wstydliwego, swoiste tabu, przemilczane w nowoczesnym społeczeństwie [5, 6].

Takie podejście doprowadziło do „zinstytucjonalizowania" śmierci. Jedynie specjaliści – lekarze, pielęgniarki, opiekunowie, psychologowie, pracownicy zakładu pogrzebowego i kostnicy – mają bezpośredni kontakt ze śmiercią, która pozostaje niejako w izolacji społecznej. Osoby, którym do niej najbliżej z racji wieku i stanu zdrowia – o ile żyją w środowisku otwartym, a nie w instytucji – również są odgradzane od doświadczania śmiertelności, chyba że szukają z nią kontaktu osobistego, najczęściej poprzez praktykę religijną. Nie ma, niestety, w naszej kulturze takiego sposobu doświadczania śmierci, który byłby w największym stopniu osobisty, naturalny i nieobciążony jakąś ideologią.

Właśnie to może powodować, że sposób organizacji życia, stosunek do mijającego czasu i inne relacje społeczne są u osób unikających rozwoju świadomości swojej śmiertelności niejako zawieszone w próżni „niebytu". Można przypuszczać, że przez to rozwijają się strategie zastępcze – konsumpcjonizm, indywidualizm, zastępowanie życia rodzinnego pracą, niechęć do działań prospołecznych, do kontaktów z tymi, którzy zbliżają się do kresu życia. Perspektywa prywatna odgrodzona jest od publicznej rzeczywistości, której rytem jest karnawałowość, fiesta, kult życia. Z ujawnienie prywatnej śmierci może pojawić się wymiar nieznany lub niechętnie zapoznawany, równoważony – z jednej strony – przez „witalność" opisu rzeczywistości społecznej; z drugiej – będący przeciwwagą dla opisów „śmierci wypreparowanej" przez instytucje i specjalistów od zabezpieczania zjawiska śmierci, o których była mowa powyżej.

W tym kontekście, zasadnym wydaje się być badanie i prezentowanie perspektywy prywatnej na temat śmierci, z punktu widzenia tych osób, które o śmierci mogą mówić najwięcej, gdyż najczęściej o niej myślą – osób starszych. Może przyczynić się to do opisu postaw wobec śmierci wraz z ich charakterystyką. Efektem takiego badania może być powstanie typologii postaw wobec śmierci – katalogu, którego w szerszej skali, bez odniesienia do kontekstów religijnych czy medycznych, dotychczas nie stworzono. Opracowanie takich typologii może ułatwić analizę postaw wobec śmierci w różnych grupach wiekowych, następnie podjęcie próby oceny i przemodelowania tych postaw tak, by były jak najbardziej rozwojowe w kontekście temporalnego ograniczenia życia człowieka.

Ostatecznym wynikiem opisanego postępowania badawczego może być szersza refleksja na temat śmierci i umierania, która przyczyni się do zbudowania świadomości znaczenia śmierci jednostek i w grupach społecznych, a co za tym idzie – umożliwi zmianę społeczną w wymiarze egzystencjalnym i prakseologicznym. Jest to zgodne z postulatem rekonstruowania społeczno-kulturowej organizacji form praktycznej egzystencji ludzkiej przez pryzmat znaczenia nadawanego śmierci, przedstawionym przez Baumana [7].

Na ogół śmierć jest osadzana w kontekście medycznym, jako efekt choroby, a w mniejszym stopniu w kontekście chronologicznym, jako zjawisko o charakterze temporalnym, efekt przemijania. W piśmiennictwie badanie zjawiska śmierci odbywa się na pograniczu różnych dyscyplin nauki – psychologii, pedagogiki, socjologii, filozofii, kulturoznawstwa, medycyny, religioznawstwa, sztuki, nauk społecznych. Aparat naukowy wszystkich tych dziedzin przyczynia się do opisu tego uniwersalnego i wielowymiarowego zjawiska. Dotychczasowy zasób wiedzy na temat śmierci i umierania obejmuje głównie dorobek nauk medycznych i psychologicznych, które analizowały śmierć organicznie, a następnie podejmowały próbę analizy świata przeżyć osób umierających oraz ich opiekunów [8, 9, 10]. Właśnie te nauki dały początek tanatologii zajmującej się badaniami dotyczącymi śmierci, a jej interdyscyplinarny charakter obejmuje obecnie zarówno aspekty medyczne, filozoficzne, psychologiczne, społeczne i wtórnie kulturowe. Prekursorem zainteresowania śmiercią w perspektywie interdyscyplinarnej był Herman Fejfel [11].

W dotychczasowej praktyce pogłębione badania związane ze śmiercią ograniczały się bowiem jedynie do analizy sytuacji pacjentów terminalnie chorych i umierających w instytucjach do tego powołanych oraz sytuacji ich rodzin i opiekunów. Sporadycznie ukazują się badania sondażowe, ograniczające się do powierzchownych opinii na temat umierania [1, 2, 3, 4, 11, 12].

W polskiej literaturze przedmiotu brak również wyników badań ukazujących codzienne, niejako naturalne, nienacechowane „wyrokiem śmierci" doświadczenie umierania. Wymiar prywatny śmierci – w rozumieniu osób, których życie nieuchronnie zbliżają się ku końcowi – ma znaczenie nie tylko poznawcze, ale może również przebudowywać świadomość zbiorową i zmieniać postawę wobec śmierci [13].

Założenia i cel przeprowadzonych badań

Prezentowane w niniejszym artykule badania miały na celu określenie relacji młodych osób do śmierci w ogóle i śmierci własnej w szczególności. Dotyczyły one wstępnego rozpoznania i potwierdzenia charakterystyki postawy badanych wobec śmierci, zmierzającego do uchwycenia jakości, jawności i charakterystyki emocjonalnej tych relacji. Świadomie przeprowadzono je w grupie osób młodych (19–39 lat), bowiem – z uwagi na wiek – w sposób naturalny mają one jeszcze określony dystans do śmierci. Celem dodatkowym badań było ustalenie „naturalnej relacji do śmierci", nieobciążonej pytaniem o religijność, przekonania, ideologie polityczne i społeczne.

Założenia szerokiego projektu badawczego, dla którego prezentowane w niniejszym artykule badania mają charakter pilotażowy, sprowadzają się do następujących przesłanek:

1. Celem życia jest rozwój – indywidualny, interpersonalny, społeczny, globalny.
2. Fakt uświadomienia sobie własnej śmiertelności wywołuje kryzys – emocjonalny, psychiczny i mikrospołeczny (związany z funkcjonowaniem w najbliższych relacjach i otoczeniu).
3. Kryzys wymaga znalezienia konkretnych strategii radzenia sobie z tym faktem. Możliwe strategie to: (1) wyparcie; (2) zaprzeczenie; (3) zintegrowanie; (4) możliwe jakieś inne, nierozpoznane.
4. Jedyną konstruktywną i prorozwojową jest wieloetapowa strategia zintegrowania.
5. Świadomość śmiertelności wpływa na świadomość obecności w czasie, a ta z kolei – na profilaktykę starzenia się w wymiarze indywidualnym.
6. Zaplanowanie strategii starzenia się – psychologicznego, społecznego, ekonomicznego, filozoficznego – zabezpiecza przed wykluczeniem społecznym.
7. „Permanentny senior" – osoba w każdym wieku, mająca świadomość własnego przemijania i śmiertelności – może podejmować konstruktywne działania na rzecz innych osób, szczególnie tych, które z racji wieku i słabej obecności w życiu społecznym są zagrożone wykluczeniem.
8. Świadomość własnej śmiertelności i umierania buduje takie relacje społeczne, które pozwalają na rozwój oddolnych inicjatyw o charakterze obywatelskim i –

jednocześnie – osadzającymi działania społeczne w szeroko rozumianym „sensie życia".

Po badaniu pilotażowym, w ramach realizacji wspomnianego projektu badawczego, przewidziano kroki mające na celu ukazanie powszechnego doświadczania śmiertelności przez zdefiniowanie postaw osób starszych wobec procesu umierania – własnego i innych ludzi. Dzięki temu zostaną określone korelacje pomiędzy doświadczeniem starości a doświadczaniem przemijania, którego zwieńczeniem jest śmierć. W kolejnych etapach zamierzeniem jest – w oparciu o badanie osób starszych – stworzenie typologii postaw wobec śmierci oraz przekonanie się, czy ta typologia sprawdza się niezależnie od wieku, a także na ile te postawy mogą być modyfikowane i przyczyniać się do takiego doświadczania starości, które chroni przed wykluczaniem osób starszych z życia społecznego – w tym przypadku z racji zbieganiem się tego doświadczenia z końcem życia.

Pytania badawcze:

1. Z czym respondentom kojarzy się zjawisko śmierci – pojęciowo i emocjonalnie?
2. Jakie czynniki wpływają na wspólne zakresy rozumienia śmierci u respondentów (płeć, faza starości, wykształcenie, miejsce zamieszkania, sytuacja rodzinna i inne)?
3. Jakie postawy zajmują respondenci wobec śmierci jako zjawiska?
4. Jakie postawy zajmują respondenci wobec własnej śmierci?
5. W jaki sposób zmienia się stosunek do własnej śmierci na przestrzeni życia?
6. W jakie typologie można uporządkować postawy respondentów wobec śmierci i czym się te typologie charakteryzują?
7. Jakie czynniki mogą wpływać na zmiany typów postaw wobec śmierci?

Pytania do przeprowadzonego badania pilotażowego były następujące:

1. W jakim stopniu respondenci identyfikują się z własną śmiertelnością?
2. Jakie emocje towarzyszą respondentom w związku z myślą o śmierci i umieraniu?
3. Jakie miejsce (aktualne i pożądane) w świadomości życia zajmuje świadomość śmiertelności?
4. Jakie są strategie radzenia sobie z własną śmiertelnością?

Punktem wyjścia do rozważań o śmierci były procesy społeczne, toczące się wokół zmiany w systemie emerytalnym, zapoczątkowane w 2012 roku.

Metodologia badań

Założeniem głównym niniejszych badań było przekonanie o tym, że podejście do własnej śmiertelności wpływa na jakość życia i jakość starzenia się.

Badanie miało charakter pilotażowy i zostało przeprowadzone w oparciu o metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankiety w oparciu o kwestionariusz ankiety jako narzędzie badawcze [14].

Kwestionariusz do samodzielnego wypełniania składał sie z 21 pytań, z czego 19 było pytaniami zamkniętymi, natomiast 2 były pytaniami otwartymi, skonstruowanymi na zasadzie szybkich skojarzeń. Z 320 kwestionariuszy rozdanych i wypełnionych, 305 zakwalifikowano do analizy.

Dobór próby był celowo-losowy: do badania zostali zakwalifikowani respondenci ze względu na kryterium wieku. Respondenci byli w wieku 19 – 39 lat, ze względu na fakt, że te grupy wiekowe są pierwszymi, które obejmą w całości zmiany w systemie emerytalnym, wprowadzone przez rząd Tuska w 2012 roku.

W badaniu wzięło udział 180 kobiet (59%) i 125 mężczyzn (41%).

Respondenci pochodzili z czterech województw: małopolskiego, mazowieckiego, pomorskiego i wielkopolskiego; w tym: z obszarów wiejskich – 114 osób (37%), z małych miast – 100 osób (33%) i z dużych miast – 91 osób (30%).

Stan cywilny respondentów był następujący: panny/kawalerowie 116 osób (38%), zamężni/żonaci – 151 osób (49,5%), wdowy/cy 8 osób (2,5%), rozwiedzeni 9 osób (3%), kohabitujący 21 osób (7%).

Rozkład według grup wiekowych: w wieku 19–24 lata było 97 osób (32%), w wieku 25–33 lata – 104 osoby (34%); w wieku 34–39 lat – 104 osoby (34%).

Względem wykształcenia rozkład był następujący: z wykształceniem podstawowym – 12 osób (4%); ze średnim (liceum i szkoła zawodowa) – 143 osoby (47%); z wyższym (licencjackim i magisterskim) –140 osób (46%), z tytułem naukowym – 10 osób (3%).

Dzietność respondentów: nie posiadają dzieci 143 osoby (47%); jedno dziecko ma 48 osób (16%); dwoje dzieci – 74 osoby (24%); troje dzieci – 27 osób (9%); więcej niż troje dzieci – 13 osób (4%).

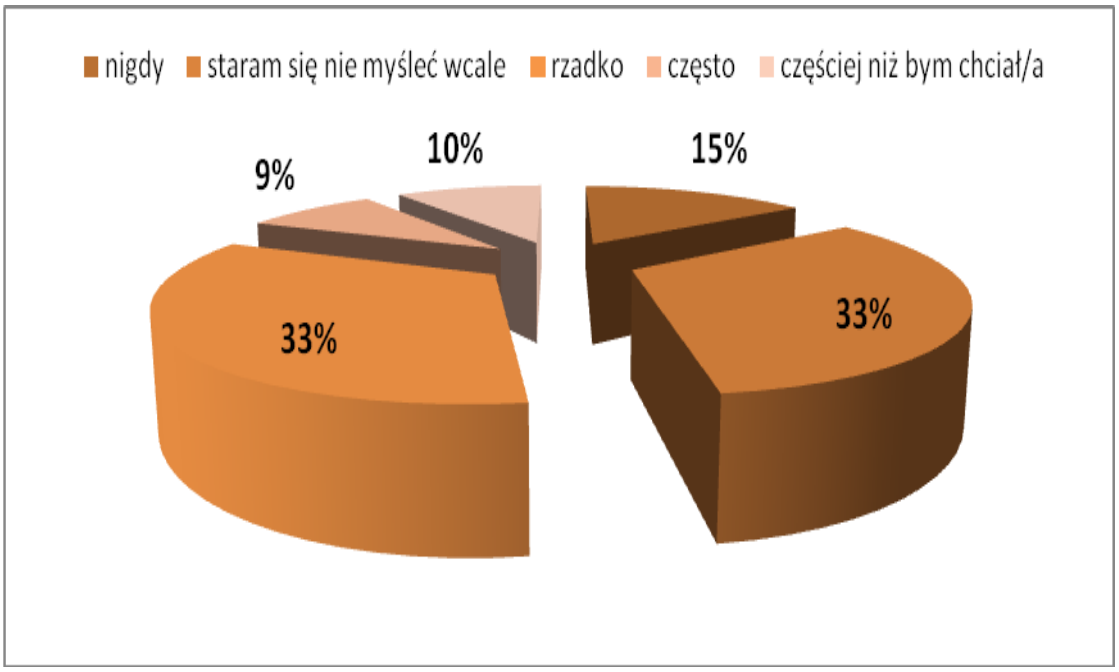
Badanie odbyło się między 4. a 26. sierpnia 2012 roku. Wyniki były prezentowane na konferencji *Ageing in the Light of Crisis*, zorganizowanej we wrześniu 2012 roku przez Uniwersytet Umeä w Szwecji.

Wyniki badania

Respondenci zostali poproszeni o odpowiedź na kilka pytań bezpośrednio związanych ze stosunkiem do śmierci i umierania.

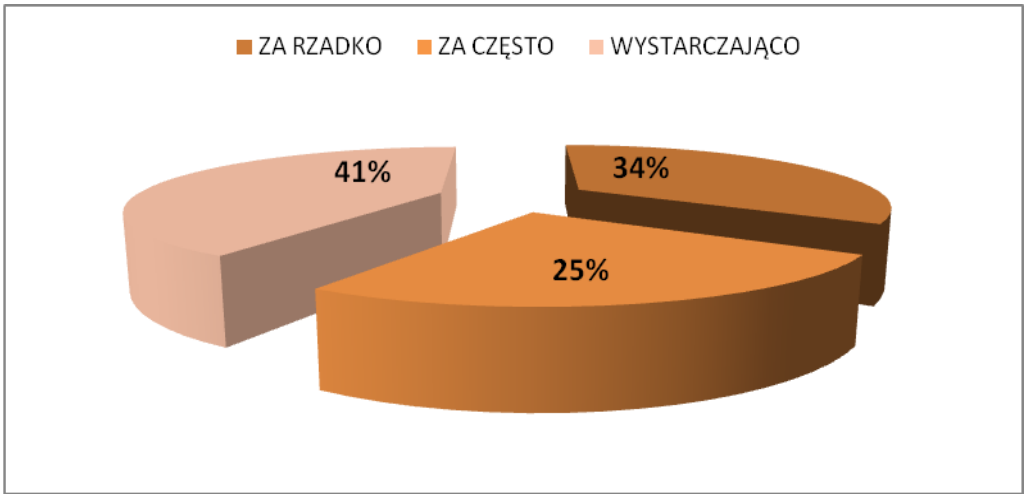
Pytania miały w założeniu mieć charakter neutralny, bez wprowadzania takich dodatkowych czynników, jak: doświadczenie śmierci bliskich osób, wiedza na temat śmierci, fakt bycia osobą wierzącą i religijną, i inne.

Na pytanie o częstotliwość zastanawiania się nad własną śmiercią zaledwie co 5 respondent (20%) odpowiadał, że myśli o śmierci często i częściej niż by chciał; 1/3 deklarowała, że jest bliska rzadkiemu myśleniu o śmierci (33%), a prawie połowa, że unika takich rozważań (48%). Wynika z tego ogólna tendencja do niezastanawiania się nad własnym umieraniem i szerszym, egzystencjalnym kontekstem życia (Ryc. 1).



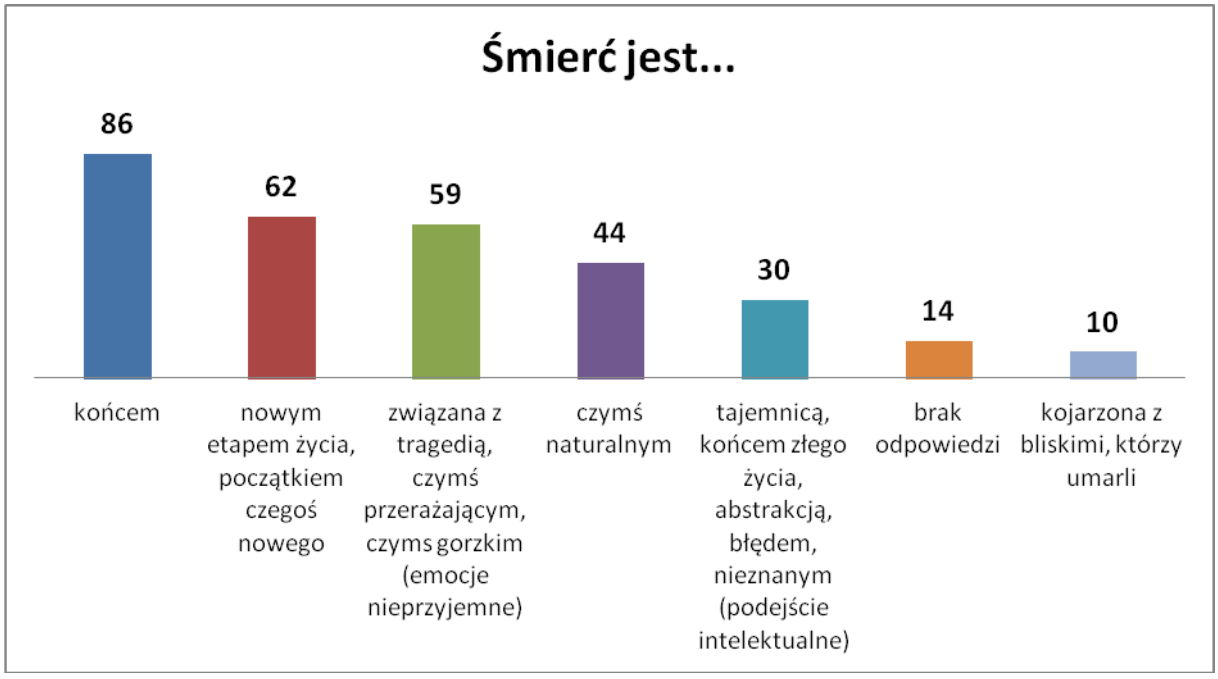
Rycina 1. Jak często myśli Pan/i o swojej śmierci?

Na pytanie o ocenę częstotliwości myślenia o śmierci przez innych ludzi, respondenci odpowiadali, że inni myślą o niej wystarczająco (41%), za rzadko (34%), za często (25%). Zdaniem respondentów 2/3 ludzi myśli w sposób zaburzający, dlatego zostali oni zakwalifikowani do grup innych niż odpowiedź (wystarczająco). Zastanawiająca jest też tendencja do blokowania refleksji o śmierci u respondentów (Ryc. 2), natomiast dostrzegania jej (za rzadko, za często) u innych. Można wysunąć przypuszczenie, że wszyscy zdaniem respondentów, powinni bardziej myśleć/mniej myśleć o śmierci inaczej niż sam respondenci.



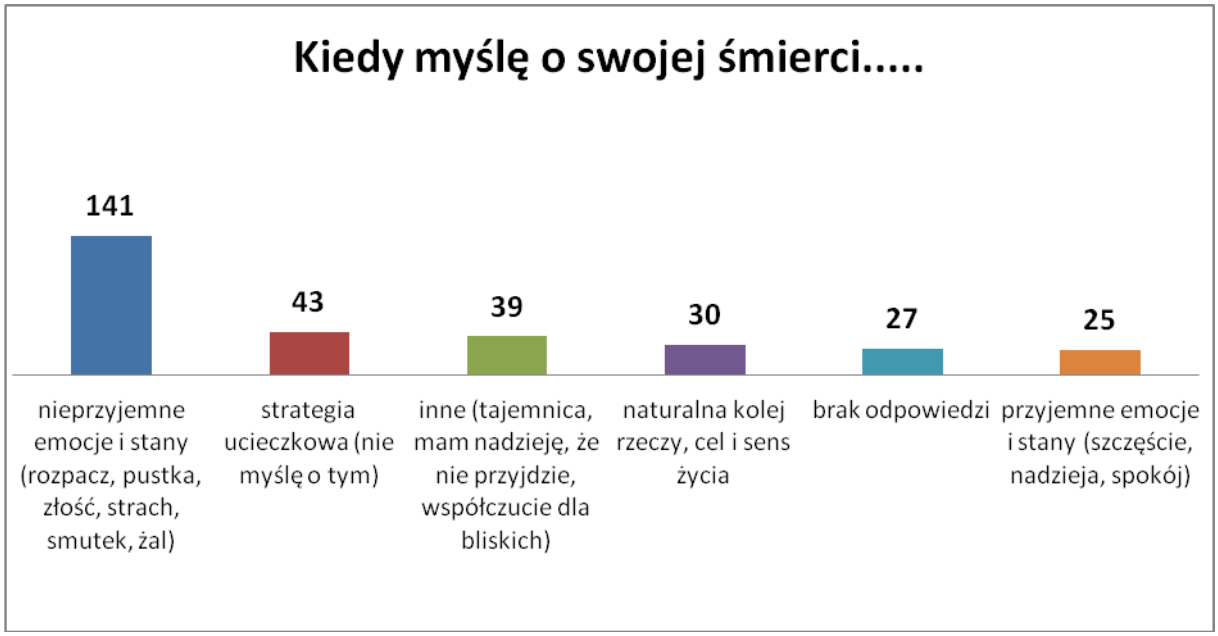
Rycina 2. Czy myśli Pan/i, że ludzie zastanawiają się nad swoją śmiertelnością?

Jeśli chodzi o skojarzenia odnośnie śmierci, o które respondenci byli pytani w jednym z dwóch pytań otwartych, po skategoryzowaniu odpowiedzi uzyskano wyniki przedstawione na Ryc. 3. Należy zauważyć, że 1/5 odpowiedzi jest kojarzona z cierpieniem, a prawie 1/3 z końcem.



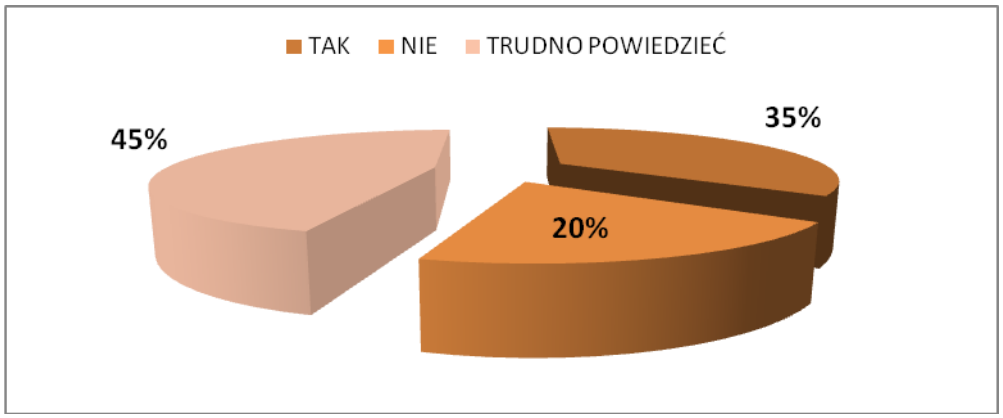
Rycina 3. Pytanie otwarte: Śmierć jest…

W innym pytaniu otwartym respondenci zostali zapytani o ich skojarzenia na temat myślenia o swojej śmierci. Prawie 2/3 odpowiedzi dotyczyło nieprzyjemnych skojarzeń o charakterze negatywnym. Znaczące jest również w tym miejscu, że prawie 10% osób w ogóle nie odpowiedziało na to pytanie (Ryc. 4)



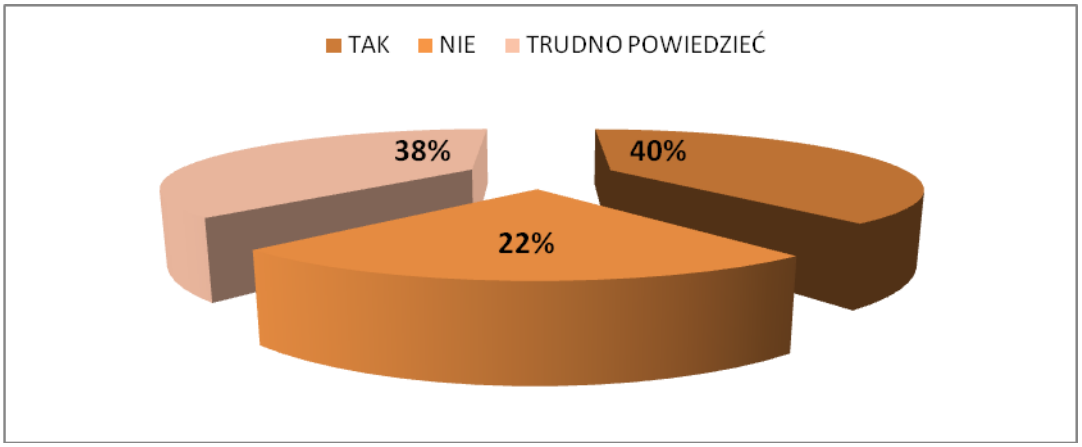
Rycina 4. Pytanie otwarte: Kiedy myślę o swojej śmierci…..

Na pytanie, czy respondenci czują się pogodzeni ze śmiercią, jedynie co trzeci udzielił odpowiedzi twierdzącej (Ryc. 5). Dodatkowo większość z nich była osobami religijnymi, o czym wspominali w pytaniach otwartych. Nie zbadano korelacji odwrotnie, gdyż planowo zabrakło pytań o wyznanie.



Rycina 5. Czy uważa się Pan/i za osobę pogodzoną ze śmiercią?

Uzyskane wyniki pokazują, że relacja między świadomością własnej śmiertelności i starością jest dla respondentów niejasna. (Ryc. 6) Co trzeciemu ankietowanemu trudno jest określić wzajemną relacje miedzy starością a świadomością własnej śmiertelności. 40% badanych widzi tę korelację. 22% postrzega źródeł pomyślnej starości w innych czynnikach niż pogodzenie się z własną śmiertelnością.



Rycina 6. Czy Pani/Pana zdaniem jakość starości zależy od pogodzenia się z własną śmiertelnością?

Dyskusja

W powyższych wynikach da się zauważyć pewną stałą tendencję do ujmowania tematu śmierci własnej jako czegoś, co nie dotyczy respondentów bezpośrednio. Symbolicznie można to ująć jako „bajkowy sposób myślenia" o śmierci. Czytając bajki mamy nadzieję, że każda bajka zawsze dobrze się skończy. Myśląc o śmierci mamy nadzieję, że śmierć dotyczy wszystkich tylko nie nas. „Myślenie bajkowe" sprowadza się do następującej narracji: każdy chce żyć długo, pracować jak najmniej, zarabiać jak najwięcej, być bogatym, wiecznie młodym i nigdy nie umrzeć. Konflikt wokół zmian w systemie emerytalnym, który był punktem wyjścia dla moich badań nad śmiercią i starością, ma swoje korzenie głębiej i można go sprowadzić do konfliktu pomiędzy „myśleniem bajkowym" a „ludzką rzeczywistością", manifestującą się w narracji: „wszyscy się starzejemy, z czasem jesteśmy coraz słabsi, zależni od innych i w końcu z pewnością umieramy. Respondenci wykazali, że ten wewnętrzny konflikt, dla którego stosunek do śmierci jest najgłębszą manifestacją, dotyczy ich i występuje.

Ten konflikt widać najlepiej analizując przekonania i wyobrażenia respondentów na temat starości i seniorów, jako grupy społecznej. Odnośnie osób starszych respondenci prezentują generalne tendencje pozytywnego i bardzo pozytywnego oceniania („mili", „kochani", „mądrzy", „doświadczeni", „sympatyczni", „pogodni", „potrzebni rodzinie"). Jednak starość już nie jest oceniana tak pozytywnie („najgorszy okres w życiu", „bieda", „choroba", „niedołęstwo", „zależność od kogoś", „samotność", „ostatni etap"). Respondenci

również nie myślą o swojej starości pozytywnie – ponad 2/3 respondentów ocenia, że ich okres emerytury będzie wiązał się z lękiem, osamotnieniem i chorobą, chociaż jednocześnie będą pogodzeni z losem, szczęśliwi wśród ludzi i wolni w działaniu (2/3 respondentów).

Respondenci kojarzą śmierć ze starością – pojęciowo, emocjonalnie, ale nie wiążą siebie w sposób egzystencjalny z własnym doświadczeniem starości i śmierci. Niektórzy respondenci, po wypełnieniu ankiety mówili, że przy okazji jej wypełniania po raz pierwszy zastanawiali się nad tymi kwestiami. Własna śmierć wywołuje w respondentach rozpacz, lęk, sprzeciw, ucieczkę, odcinanie się i myślenie z troską o najbliższych.

Analizując wyobrażenie o starości w ogóle, podejście do starości własnej oraz stosunek do swojej śmierci, odnosi się wrażenie swoistej „szklanej ściany" pomiędzy wyobrażeniami i życzeniami a możliwością pełnej integracji tych wyobrażeń z procesem rozwoju i procesem „nieustannego starzenia się". To ostatnie rozumiane jest jako takie przeżywanie życia, które w każdej chwili jego trwania utrwala świadomość przemijania i wykorzystuje ją na rzecz rozwoju.

Badania pogłębiające uzyskane wyniki mają na celu poprzez wywiady z osobami starszymi stworzenie nieobecnych w literaturze przedmiotu typologii podejścia do śmierci oraz zbadania, na ile te typologie są uniwersalne i czy przy ich pomocy można przemieniać istniejące postawy.

Piśmiennictwo

1. Badanie Nasze Postawy wobec umierania i śmierci, CBOS, BS/183/162/94, Warszawa, 1994.
2. Badanie O umieraniu i śmierci, CBOS, BS/146/2001, Warszaw , 2001.
3. Badanie Stosunek Polaków do śmierci, CBOS, BS/98//2005, Warszawa, 2005.
4. Badanie W obliczu śmierci CBOS, BS/165/2012, Warszawa, 2012.
5. Suchodolski B., przedmowa do Toynbee A. i in. Człowiek wobec śmierci. PWN, Warszawa 1968
6. Gorer G:. Death. Grief and Mourning, Nowy Jork, 1965.
7. Bauman Z.: Śmierć i nieśmiertelność. O wielości strategii życia. Wydawnictwo PWN, Warszawa 1998, 16-17.
8. Kübler-Ross E.: Życiodajna śmierć. O życiu, śmierci i życiu po śmierci. Księgarnia św. Wojciecha, Poznań, 1996.
9. Kessler D.: Śmierć jest częścią życia. O prawo do godnego umierania. Wydawnictwo Świat Książki, Warszawa, 1999

10. Roczeń R.: Na pograniczu życia. Wydawnictwo Semper, Warszawa 2007.
11. Fejfel H.: The Meaning of Death, New York, Blakiston Division, McGraw-Hill, 1959.
12. Riley J. W.: What People Think About Death [w:].J Brim I in. The Dying Patient, Russel Sage Foundation, 1970.
13. Ostrowska A.: Śmierć w doświadczeniu jednostki I społeczeństwa. Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2005.
14. Pilch T., Bauman T.: Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe. Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2010.

Jastrzębska Jolanta[1], Oskędra Iwona[2]

Przejawy dyskryminacji osób starszych w ocenie pracowników ochrony zdrowia na przykładzie opinii pielęgniarek

1. Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu UJ CM (WNZ UJ CM)
2. Zakład Pedagogiki Medycznej Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa WNZ UJ CM

Wstęp

Starość i starzenie się to zagadnienia, które od dawna skupiają na sobie uwagę opinii publicznej oraz środowisk naukowych. Z punktu widzenia jednostki, dożycie okresu starości świadczy o jej sukcesie, o dobrej adaptacji do środowiska, natomiast społeczne konsekwencje tego zjawiska, nie wywołują już tak jednoznacznie pozytywnych skojarzeń. Starość nie jest na ogół postrzegana jako naturalny etap rozwoju, który należy zaakceptować. Współczesne społeczeństwo wytworzyło negatywny obraz człowieka starszego, z czym często wiążą się negatywne przejawy zachowań wobec osób w tej grupie wiekowej, określane mianem dyskryminacji.

Dyskryminacja osób starszych nie jest zjawiskiem nowym, dotyka różnych obszarów życia publicznego, między innymi ochrony zdrowia. W literaturze podkreśla się, że ludzie w starszym wieku, to najbardziej zaniedbana medycznie grupa pacjentów. Problemy chorych w zaawansowanym wieku są często przemilczane, a działania skupiają się na ogół na leczeniu ostrych stanów chorobowych, częstszych wśród osób młodych [1].

Cel badań

Celem badań była diagnoza przejawów dyskryminacji wobec osób starszych, dostrzeganych przez pracowników ochrony zdrowia na przykładzie opinii pielęgniarek.

Materiał i metody.

Badania przeprowadzono w 2012 roku wśród 72 pielęgniarek zatrudnionych w dwóch placówkach medycznych na terenie województwa mazowieckiego.

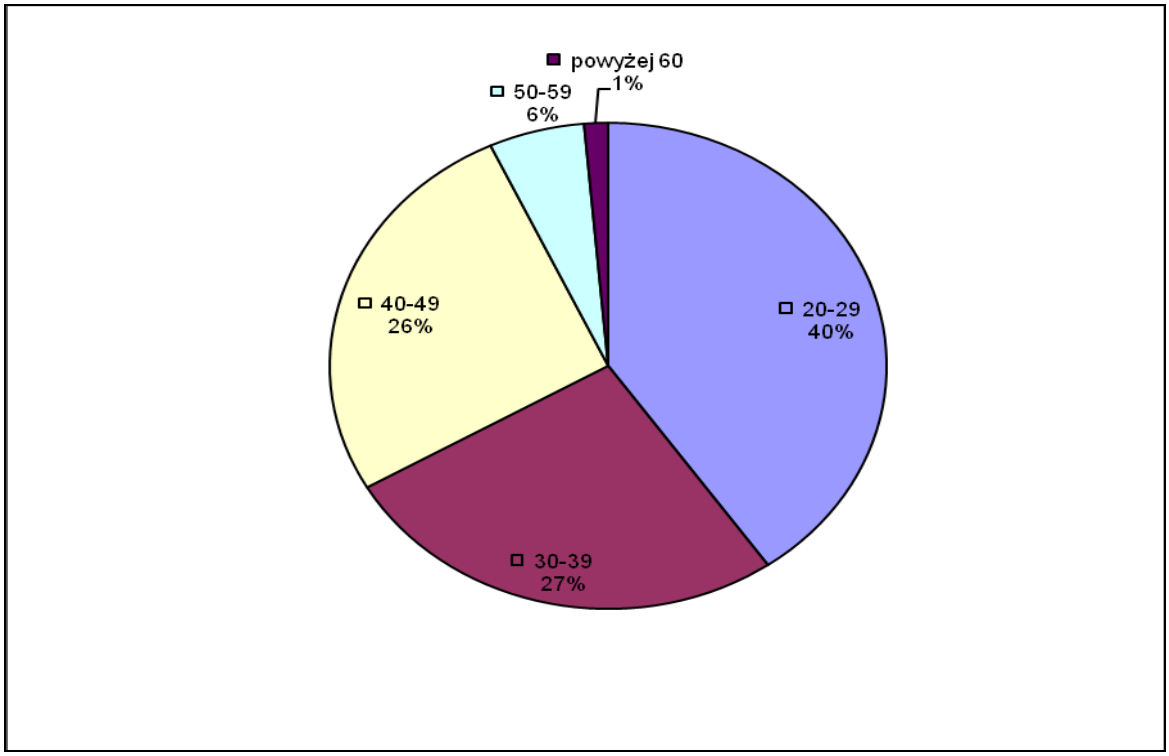
W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, techniką badawczą była ankieta, narzędziem; autorski kwestionariusz ankiety, składający się z 24 pytań; 5 otwartych, 3 półotwartych, 16 zamkniętych. Pytania podzielone były na 4 kategorie zagadnień: 1. cechy społeczno-demograficzne badanych; 2. rozumienie przez nich pojęcia dyskryminacja;

3. przyczyny i przejawy dyskryminacji wobec osób starszych obserwowane przez badanych w placówkach ochrony zdrowia i miejscu zatrudnienia; 4. osoby dyskryminujące.

W analizie zebranego materiału dokonano procentowych obliczeń częstotliwości odpowiedzi na pytania.

Wyniki

W badaniach wzięły udział 72 pielęgniarki, w przedziale wieku od 20. do powyżej 60. lat. Najliczniejszą grupę - 40%, stanowiły osoby w najmłodszym przedziale wieku od 20 - 29 lat, najmniej liczną - 1%, osoby w wieku powyżej 60 lat - Rycina 1.

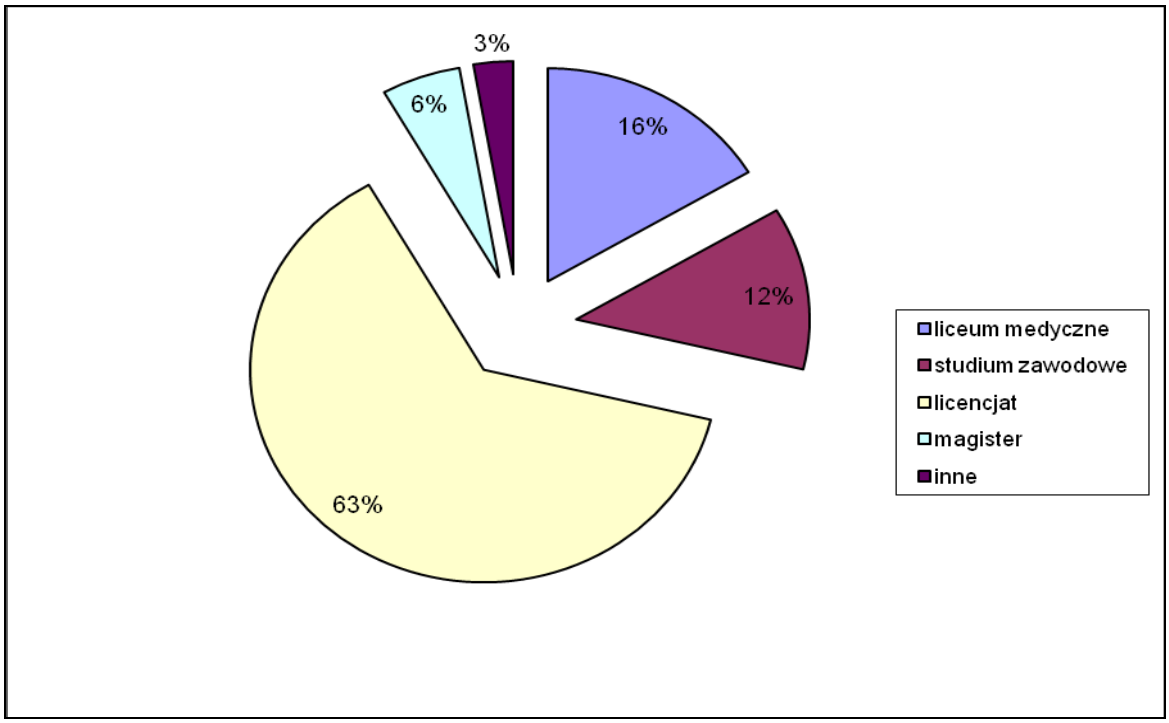


Rycina 1. Wiek badanych osób

Spośród badanych pielęgniarek, 54% zatrudnionych było w placówce specjalistycznej, 46% w szpitalu. Staż pracy badanych wynosił od 1 roku do 38 lat. Najdłuższy, powyżej 10 lat, posiadało 39% badanych, najkrótszy; od 1 roku do 5 lat - 35% pielęgniarek, 14% pracowało od 5 do 10 lat, 12% nie podało informacji na ten temat.

W badanej grupie, najwięcej pielęgniarek - 63%, posiadało wykształcenie wyższe zawodowe, najmniej - 6%, wykształcenie wyższe - Rycina 2.

Na podstawie uzyskanych wyników badań wykazano że, większość pielęgniarek - 79% utożsamiało pojęcie dyskryminacja z „traktowaniem innej osoby mniej przychylnie, niż innej ze względu na jakąś cechę” [2].



Rycina 2. Rodzaj ukończonego kształcenia przez badane osoby

Natomiast 17% badanych wskazało, że dyskryminacja to „traktowanie innej osoby bardziej przychylnie ze względu na jakąś cechę" [2]. Jedynie 4% pielęgniarek poprawnie wskazało, że termin dyskryminacja obejmuje oba powyższe stwierdzenia. Również nieliczna grupa pielęgniarek - 24%, potrafiła prawidłowo wskazać wszystkie przykłady zachowań dyskryminujących wobec pacjentów w podeszłym wieku. Najczęściej, jako przykład dyskryminacji, badane osoby wybierały zwracanie się do osoby starszej babciu, dziadku - 60%, najrzadziej likwidację w szpitalach oddziałów geriatrycznych - 3% badanych.

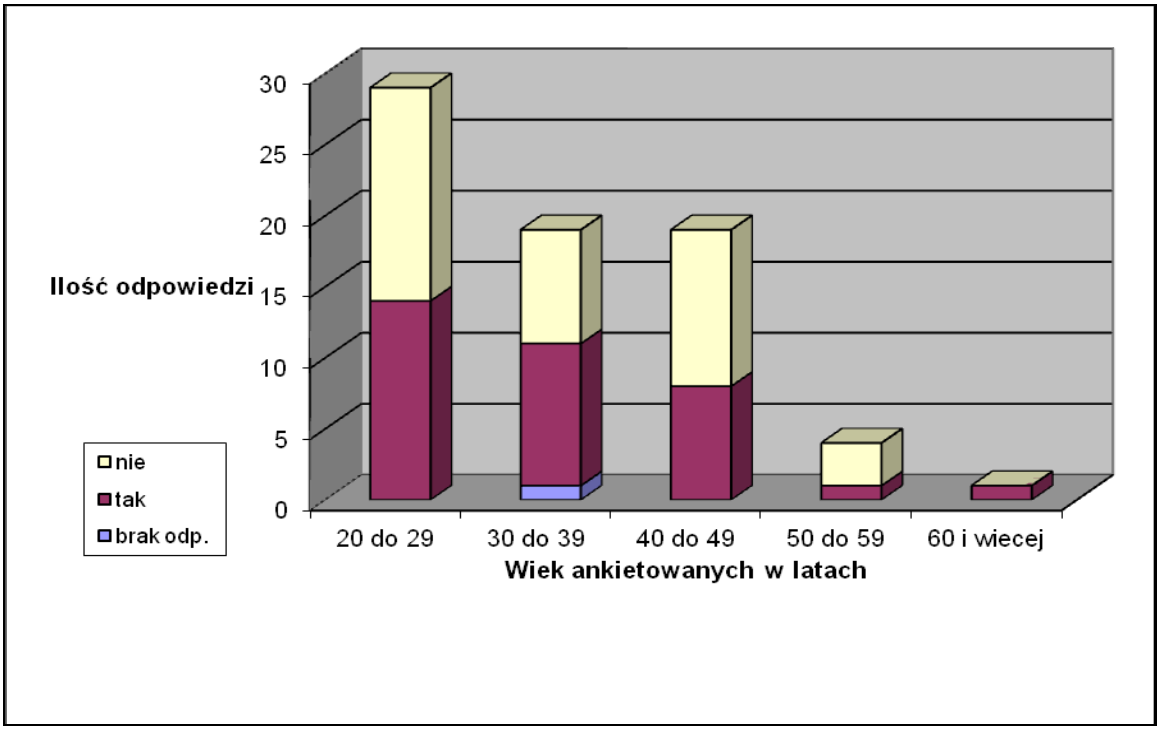
W badanej grupie, 52% pielęgniarek twierdziło, że pracownicy ochrony zdrowia nie ulegają stereotypom wobec osób starszych, z kolei 47% było odmiennego zdania, natomiast 1% badanych nie potrafił zająć w tej sprawie stanowiska.

Mimo, że ponad 50% pielęgniarek uważało, że pracownicy ochrony zdrowia nie ulegają stereotypom wobec osób starszych, to tylko 2% badanych nie kierowało się w swojej pracy stereotypami wobec tych pacjentów, natomiast pozostała część - 98%, ulegała takim stereotypom, postrzegając osoby starsze jako niecierpliwe - 57% badanych, uważające, że im się wszystko należy - 33%, nie akceptujące młodych ludzi - 8%.

Przekonanie o uleganiu stereotypom wobec pacjentów w starszym wieku przez pracowników ochrony zdrowia znalazło potwierdzenie wśród badanych pielęgniarek (47%) i było zróżnicowane w zależności od ich wieku. W kategorii wiekowej 20-29 lat, 56%

ankietowanych uważało, że dyskryminacja jest widoczna w placówkach ochrony zdrowia, 44% uważało, że nie. Wśród osób w wieku 30-39 lat, 50% dostrzegało problem dyskryminacji osób starszych, pozostałe 50% nie widziało takiego problemu. W grupie wiekowej 40-49 lat, tylko 42% uważało, że dyskryminacja jest widoczna, 58% nie dostrzegało tego zjawiska. Wyniki te wskazują, że w miarę wzrostu wieku badanych, coraz mniej pielęgniarek dostrzegało przejawy dyskryminacji wobec osób starszych ze strony pracowników ochrony zdrowia.

Przejawy dyskryminacji pacjentów w starszym wieku na gruncie placówki, w której pielęgniarki były zatrudnione, dostrzegło 39% badanych, 60% tego nie potwierdziło, a 1% badanych nie udzielił odpowiedzi. Dane te również były zróżnicowane w zależności od wieku badanych. Wśród pielęgniarek w wieku 20-29 lat - 48% potwierdziło, że w ich miejscu pracy dyskryminuje się osoby w starszym wieku, natomiast w grupie wiekowej 50-59 lat już jedynie 25% zaobserwowało zjawisko dyskryminacji - Rycina 3.



Rycina 3. Dostrzeganie przejawów dyskryminacji przez pielęgniarki w placówkach zatrudnienia a ich wiek.

Wyniki te wskazują, że wraz ze wzrostem wieku badanych, coraz mniej pielęgniarek zauważało przejawy dyskryminacji wobec pacjentów w starszym wieku, którymi się bezpośrednio opiekowały i jednocześnie dane te korespondują z danymi dotyczącymi opinii

pielęgniarek na temat ulegania stereotypom wobec osób starszych przez pracowników ochrony zdrowia ogółem.

Oceniając swoje własne postępowanie wobec pacjentów w starszym wieku, 66% pielęgniarek przyznało, że zawsze odnosiło się z szacunkiem do tych pacjentów, natomiast 8% postępowało tak, jedynie w stosunku do tych osób starszych, które były dla nich miłe. Tylko 26% badanych potwierdziło, że traktowało chorych w starszym wieku tak samo, jak wszystkich pozostałych pacjentów.

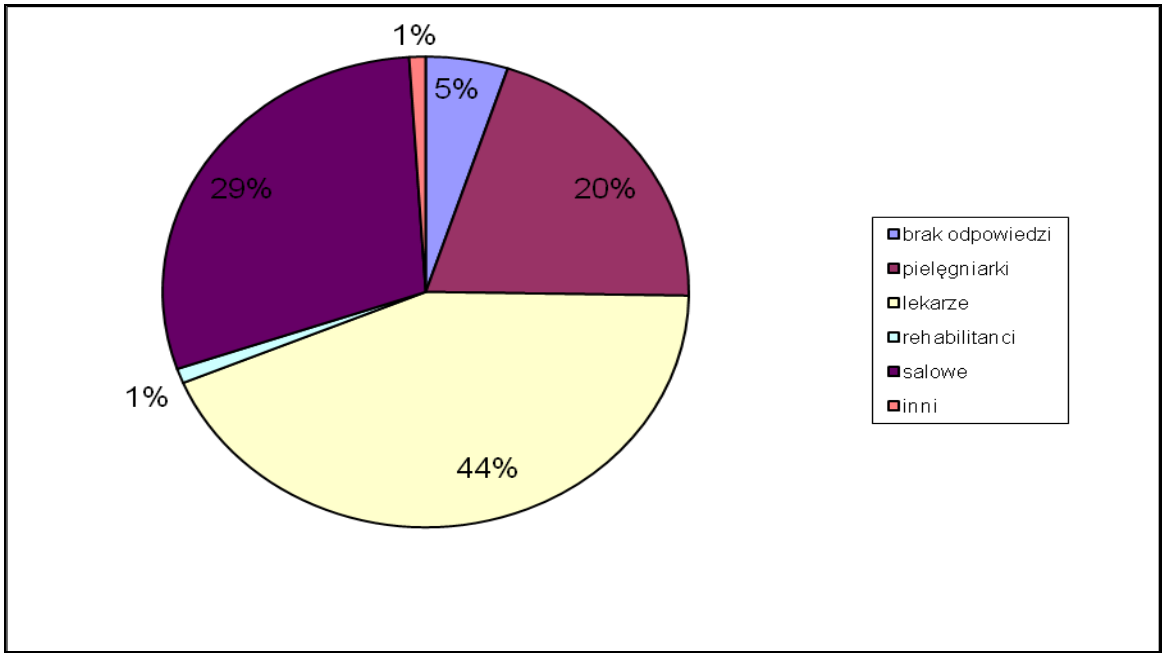
W opinii większości badanych pielęgniarek - 87%, w ich miejscu pracy starsi pacjenci byli traktowani tak samo jak inni, natomiast 13% ankietowanych było odmiennego zdania. Wśród przejawów zróżnicowania w traktowaniu pacjentów w starszym wieku w stosunku do innych chorych, pielęgniarki wymieniały: zbywanie starszych pacjentów - 46%, arogancję wobec nich - 28%, odsyłanie ich na inny termin - 25%, niemiłą obsługę - 22%, poświęcanie im mniejszej ilości czasu - 22%, lekceważenie i opryskliwość - 19%, nie reagowanie na prośby chorego - 16%, przedmiotowe traktowanie - 15% oraz traktowanie chorego „jak zbędny balast" - 7%. Powyższe zachowania personelu były przedmiotem skarg pacjentów, co potwierdziło 15% badanych, ale w opinii większości pielęgniarek (87%) chorzy w starszym wieku nie wiedzieli, do kogo mogliby się zwrócić, w przypadku doświadczania zachowań dyskryminujących.

Bezpośrednim świadkiem niewłaściwego traktowania pacjentów/seniorów przez personel było 24% badanych. Spośród nich jedynie 21% zareagowało, zwracając uwagę osobie, która zachowywała się w sposób niewłaściwy, pozostałe pielęgniarki nie zareagowały (79%). Mimo, że tak duży odsetek badanych nie podjął żadnego działania, zdecydowana większość pielęgniarek - 74%, uważało zjawisko dyskryminacji pacjentów ze względu na wiek, za poważny problem, a 14% za bardzo poważny. Natomiast 8% badanych było zdania, że dyskryminacja pacjentów/seniorów nie stanowi istotnego problemu lub że, w ogóle nie jest problemem - 4%.

Wśród przyczyn ulegania stereotypom pielęgniarki podawały; „że tak jest łatwiej" - 44%, „że wpływają na to współpracownicy" - 32%, „że jest to wpływ środowiska poza zawodowego" - 22%, a także „wpływ środków masowego przekazu" - 2%.

Osobami, które częściej dyskryminowały pacjentów w starszym wieku w opinii pielęgniarek byli pracownicy w młodszym wieku - 56% badanych, pracownicy szeregowi - 66% oraz osoby na stanowiskach - 44%. Natomiast spośród członków zespołu terapeutycznego, zachowania dyskryminujące najczęściej przejawiali lekarze - 44% badanych

i salowe - 29%, najrzadziej natomiast rehabilitanci - 1% i pozostali pracownicy - 1%. Odpowiedzi nie udzieliło 5% badanych - Rycina 4.



Rycina 4. Pracownicy ochrony zdrowia dopuszczający się zachowań dyskryminujących wobec pacjentów w starszym wieku w opinii badanych

Dyskusja

Uzyskane wyniki wskazują, że dyskryminacja pacjentów ze względu na ich wiek, jest zjawiskiem dostrzeganym przez pielęgniarki (47%) i stanowi według nich poważny problem (74%). Niepokojący może być fakt, że 39% badanych pielęgniarek zauważyło przejawy dyskryminacji we własnym miejscu pracy, ale aż 79% nie podjęło żadnej interwencji. Równocześnie z badań wynika, że pielęgniarki nie potrafią w sposób poprawny zdefiniować pojęcia dyskryminacja, jedynie 4% ankietowanych podało pełną, poprawną definicję tego terminu. Również niewielki odsetek badanych potrafił prawidłowo wskazać przykłady zachowań dyskryminujących pacjentów w podeszłym wieku.

Jak wynika z analizy piśmiennictwa oraz badań dotyczących zjawiska dyskryminacji, problem ten można określić, jako temat tabu. W zakresie omawianego zagadnienia niewiele jest doniesień, a niektóre formy dyskryminacji w ogóle nie istnieją w dyskursie naukowym. Najczęściej podawanym w literaturze przykładem dyskryminacji osób starszych w ochronie zdrowia jest brak systemowej opieki geriatrycznej [3], który w postaci z likwidacji w szpitalach oddziałów geriatrycznych wskazało 3% badanych. Kolejnym przykładem

dyskryminacji pacjentów w starszym wieku jest ograniczony dostęp do świadczeń medycznych [3], ten problem wskazało 26% ankietowanych.

Brak jest badań dotyczących zjawiska dyskryminacji prowadzonych bezpośrednio w środowisku medycznym. Poziom wiedzy na temat uprzedzeń, krzywdzących stereotypów oraz pojęcia dyskryminacji jest istotnym elementem, który może pomóc ujawnić te zjawiska i zaplanować skuteczne działania w walce z nimi [4]. Wyniki badań własnych wskazują, że badane pielęgniarki ulegają stereotypom (47%). W rzeczywistości jednak odsetek ten może być znacznie wyższy, co potwierdzają uzyskane odpowiedzi na pytanie „Jak pielęgniarki postrzegają ludzi starszych"? Wynika z nich, że pielęgniarki myślą o osobach starszych w sposób stereotypowy, nie zdając sobie z tego faktu sprawy. Przyczyną tego zjawiska może być brak wiedzy na temat myślenia stereotypowego oraz przejawów dyskryminacji. Same badane wskazują jako jedną z najczęstszych przyczyn powstawania stereotypów, powielanie istniejących w społeczeństwie obiegowych opinii.

Wnioski

1. Ponad 95% badanych pielęgniarek nie potrafi wskazać poprawnej definicji zjawiska dyskryminacji, a jedynie 24% rozpoznaje trafnie wszystkie jego przejawy.
2. Najczęściej obserwowanymi przez pielęgniarki przejawami dyskryminacji pacjentów/ seniorów są typowe formy zachowań dyskryminujących związane z przedmiotowym traktowaniem, brakiem uprzejmości, ograniczaniem świadczonych usług i dostępem do nich.
3. Przyczyną zachowań dyskryminujących wobec pacjentów w starszym wieku są w głównej mierze stereotypy społeczne dotyczące ludzi starszych, które również powielają badane pielęgniarki.
4. Mimo że, blisko 40% pielęgniarek dostrzega przejawy dyskryminacji wobec pacjentów

   w starszym wieku w swoim miejscu zatrudniania, to aż 79% nie podejmuje żadnych działań będąc świadkiem takich zachowań.
5. Dla 12% pielęgniarek, zjawisko dyskryminacji nie stanowi istotnego problemu (8%) lub

   w ogóle nie jest postrzegane jako problem (4%), stąd prezentowana przez część z nich postawa obojętności wobec jego przejawów.
6. Spośród pracowników ochrony zdrowia, grupą zawodową która najczęściej przejawia zachowania dyskryminujące wobec pacjentów podeszłym wieku są lekarze (44%),

jednak pielęgniarki jako grupa zawodowa znalazły się na trzecim miejscu (20%) w opinii samych pielęgniarek.

7. Pomimo, że pielęgniarki dostrzegają przejawy zachowań dyskryminujących wobec pacjentów/seniorów na gruncie placówek ochrony zdrowia i niektóre z nich podejmują działania interwencyjne, do uzyskane wyniki wskazują, że część pielęgniarek nie posiada wystarczającej wiedzy na temat zjawiska dyskryminacji, jego przejawów i konsekwencji.

Piśmiennictwo

1. Kilian M.: Źródła ateizmu i jego przejawy we współczesnym świecie. Gerontol. Pol., 2004, 12, 125-128.
2. Stowarzyszenie Interwencji Prawnej.: Poradnik Antydyskryminacyjny. poradnik.interwencjaprawna.pl/dyskryminacja_pa.htm, data pobrania 6.04. 2012
3. Szczerbińska K., Pietryka A.: Rozwój geriatrii w krajach europejskich - historia i zasoby (cz. 1). Gerontol. Pol., 2008, 16, 61-73.
4. Dziuban A.: Społeczny obraz starości i postrzeganie własnego ciała w procesie starzenia się. Gerontol. Pol., 2010, 18, 140-147.

Szafranek Anna

Przemoc względem pracowników Domów Pomocy Społecznej

Wydział Prawa, Uniwersytet w Białymstoku

Problematyka przemocy związanej z osobami starszymi od kilku lat stanowi zainteresowanie coraz większej liczby badaczy. Zarówno badania empiryczne, jak również statystyki pokazują, iż zjawisko to mimo trudności w zdiagnozowaniu nabiera coraz większego znaczenia. Nadużycia i zaniedbania wobec osób starszych w Domach Pomocy Społecznej są przykładem istnienia tego rodzaju problemu. Sytuacje konfliktowe, przemocowe mają bowiem miejsce w placówkach opiekuńczych. Świadczą o tym prowadzone w Polsce i w innych krajach badania empiryczne. Potwierdzają to także reportaże telewizyjne i doniesienia prasowe. Należy zauważyć jednak, że literatura dotycząca problemu przemocy instytucjonalnej jest dość uboga. I choć w innych krajach ów problem dostrzeżony został nieco wcześniej niż w Polsce, to jednak zarówno w literaturze polskiej, jak i zagranicznej zagadnienie przemocy w Domach Pomocy Społecznej jest słabo rozpoznane.

Sprawcą sytuacji przemocowych w warunkach instytucjonalnych może być nie tylko pracownik placówki, członek rodziny mieszkańca, ale także sam podopieczny. W dostępnej na ten temat literaturze zauważa się, że uwaga skupiona jest przede wszystkim na personelu jako osobach będących sprawcami przemocy. Innym, którzy mogą stać się potencjalnymi sprawcami przemocy, np. podopiecznym nie poświęca się zbyt dużo miejsca [1]. Mając to na uwadze, w prezentowanym artykule uwaga skupiona zostanie na osobach starszych, które również mogą być agresywne, wywoływać konflikty, prowokować innych, a nawet stosować wobec nich przemoc.

Na przełomie roku 2011 i 2012 w trzech Domach Pomocy Społecznej województwa podlaskiego przeznaczonych dla osób somatycznie chorych przeprowadzono badania mające na celu zdiagnozowanie występowania przemocy w placówkach opiekuńczej. Badaniami objętych zostało 60 mieszkańców instytucji oraz 30 pracowników. Przeprowadzone wywiady miały na celu ukazanie, że przemoc instytucjonalna może przebiegać w dwóch kierunkach: może być skierowana zarówno w stosunku do mieszkańców, jak również osób zatrudnionych w placówce.

Stefan Kraus opisuje, że zjawisko przemocy stosowanej przez podopiecznych instytucji opiekuńczych w stosunku do opiekunów jest powszechne i przybiera najróżniejsze postaci: uderzania, bicia, kurczowego trzymania się sprzętów lub opiekuna, rzucania przedmiotami, stawiania biernego oporu poprzez nie przyjmowanie leków, bądź utrudniając karmienie, przeciwstawianie się zabiegom pielęgnacyjnym, agresji emocjonalnej (przekleństwa, oskarżenia, wyrzuty słowne) oraz wzywanie pomocy bez wyraźniej potrzeby, w skrajnych przypadkach nawet, co kilka minut [2].

Agresja mieszkańców, szczególnie tych będących pod wpływem alkoholu jest problemem, z którym stykają się pracownicy wszystkich badanych Domów Pomocy Społecznej na Podlasiu. Jednocześnie personel zauważa, że nawet te osoby, które bywają agresywne pod wpływem alkoholu, to są przecież mieszkańcy placówki opiekuńczej, a głównym zadaniem personelu jest zapewnienie im bezpieczeństwa, jednak w takich przypadkach pracownicy muszą jednocześnie chronić siebie, innych podopiecznych oraz całe otoczenie przed agresją kłopotliwych mieszkańców. Warto jednocześnie zauważyć, iż bywają sytuacje, w których podopieczni stosujący agresję oskarżają pracowników o stosowanie przemocy pod ich adresem.

Najczęstszą formą przemocy, z jaką spotyka się personel placówek opiekuńczych jest agresja słowna oraz groźby. Jeden z pracowników agresję słowną w stosunku do pracowników DPS opisuje w następujący sposób: *na co dzień mamy najwięcej tej agresji słownej, wyzwisk, gestykulacji, pomawiania, wręcz szykanowania pracowników, mieszkańcy oskarżają pracowników o defraudację, złodziejstwa, że coś nierzetelnie wykonali (56; K: 36, 12).* Inna osoba zatrudniona w instytucji opowiedziała, że od jednego z podopiecznych będącego pod wpływem alkoholu w pierwszej kolejności usłyszała wyzwiska, po czym mieszkaniec zagroził, że zgłosi sprawę dyrekcji, co z pewnością poskutkuje zwolnieniem jej z pracy *(55; K: 36, 10).* Kolejny pracownik przywołał sytuację, w której miał za zadanie zakomunikować podopiecznemu informację o zmianie pokoju. Mieszkaniec nie wyraził jednak na to zgody, a na każdą próbę rozmowy reagował agresją, podniesionym głosem oraz krzykami. Twierdził, że nie życzy sobie, aby ktoś przychodził i przebywał w jego pokoju *(54; K: 40, 10).*

Również groźby są bolączką pracowników. Oprócz przykrości, jaką sprawiają im podopieczni wypowiadając negatywne, agresywne słowa jednocześnie wywołują one strach, a nawet obawę o swoje bezpieczeństwo. Pracownicy zdają sobie bowiem sprawę, że osoby z przeszłością kryminalną, które wcześniej popełniły zbrodnie, być może nie będą miały oporów przed skrzywdzeniem kolejnej osoby. Jeden z podopiecznych przyznał nawet, że pod

wpływem alkoholu zdarzyło się, że groził pielęgniarce. Tak oto wspominała tę sytuację pielęgniarka: *patrz kur… nie żyjesz ty i twoja rodzina (43; K: 66, chodzik, ZS, 6).* Jednak po tym zdarzeniu podopieczny bardzo wstydził się swojego zachowania i przeprosił osobę poszkodowaną. Jednak nie każdy mieszkaniec czuje skruchę i zachowuje się w taki sposób. Inna narratorka wspomniała, że pod jej adresem były kierowane groźby typu: *moje dni są policzone, że on mnie załatwi, że wie, gdzie mieszkam (54; K: 40, 10).* Kobieta przyznała, że słowa te zapadły jej głęboko w pamięć, następstwem były lęki, poczucie stresu oraz rzeczywista obawa o bezpieczeństwo swoje i swojej rodziny. Kolejna osoba opowiadała, że jeden z podopiecznych, który trafił do instytucji opiekuńczej prosto z zakładu karnego, od początku próbował zaznaczyć swoje terytorium. Należy przy tym zauważyć, że obawiali się go nie tylko mieszkańcy, ale również pracownicy, ponieważ na liście obecności rysował krzyże, szubienice, zaznaczał również pracowników, którzy powinni zostać zlikwidowani *(82; K: 29, 8).* Inny pracownik, o tym samym mieszkańcu mówił, że wszystkich straszył, bowiem kiedy coś nie było po jego myśli mówił, że on już raz w życiu zabił i może też drugi raz zabić *(90; K: 53, 12).* Kolejny pracownik motywował swoje obawy dotyczące opisywanego mieszkańca w następujący sposób: *skoro wiemy, że mieszkaniec jest akurat w trakcie wyroku za zabójstwo, więc można się liczyć ze wszystkim (87; M: 33, 11).*

Warto wskazać także inne formy przemocy stosowane przez mieszkańców. Chodzi o uporczywe nękanie oraz szantaż. Jeden z pracowników opowiadał, że już od dłuższego czasu otrzymywał głuche telefony z numeru prywatnego. Według pracownika była to forma przemocy. Sprawca nękał swoją ofiarę, przez co narażał ją na lęki i stres *(54; K: 40, 10).* Pojawiały się również próby szantażowania pracowników. Jedna z narratorek podkreślała, że *często się słyszy, że jak czegoś mi nie załatwisz to ja powiem, że zrobiłeś to i to, a ciekawe komu uwierzą. To jest szantaż, ale ja im nie ulegam (58; K: 41, 4).* Warto przywołać również słowa jednego z pracowników: *osoby sprawne kładą się na łóżkach i każą sprzątać, bo za to wam płacę na przykład. Ja to odbieram już jako takie wykorzystywanie, lobbing. To nie daje satysfakcji i się nie podoba (60; K: 37, 10).* Jak widać mieszkańcy placówek opiekuńczych potrafią być także złośliwi, dokuczliwi i niechętni do współpracy w ramach wykonywanych przez personel usług pielęgnacyjno-opiekuńczych.

Mimo, iż z przeprowadzonych badań wynika, że w Domach Pomocy Społecznej nie zaobserwowano przemocy seksualnej, to jednak w relacjach mieszkaniec – personel miały miejsce pewne zachowania podopiecznych, które można by uznać jako przejawy nadużyć seksualnych. Szczególnie kobiety pracujące w instytucjach opiekuńczych (a stanowią one większość) podkreślały, że mężczyźni-podopieczni lubią je dotykać w niedozwolony sposób.

Kiedy kobieta reaguje i prosi podopiecznego by nie zachowywał się w taki sposób, mieszkaniec zwykle reaguje agresją *(29; K: 52, 5).* Inna kobieta zatrudniona w instytucji relacjonowała, że zauważyła, jak mieszkańcy płci męskiej chodzą np. za paniami pokojowymi, podszczypują je, czy też w momencie kiedy panie sprzątają pokój *mieszkaniec bezczelnie leży na łóżku i komentuje, ta to ma tyłek taki, a nogi takie. A nawet potrafią mówić: a widzisz, a teraz musisz się schylić i musisz wypiąć do mnie tyłek, żeby posprzątać drugi pokój. To jest na granicy gwałtu wręcz (60; K: 37, 10).*

Problem przemocy seksualnej względem osób starszych w instytucjach opiekuńczych istnieje. Z badań przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych wynika, iż większość spośród 82 kobiet w wieku 60 lat i więcej, które doświadczały przemocy seksualnej zamieszkiwało w Domach Pomocy Społecznej. Sprawa nadużyć ujrzała światło dzienne, ponieważ świadkiem zaistniałych sytuacji był inny mieszkaniec placówki [3]. Również polska literatura podaje przykłady prób molestowania seksualnego pielęgniarek i opiekunek ze strony podopiecznych. Co prawda nie są to przypadki częste, ale jednak nie pozwalają na osiągnięcie satysfakcji z wykonywanej pracy [4].

Ostatnią kwestią wymagającą omówienia jest odpowiedź na pytanie, czy narrator, bądź inne osoby pracujące w instytucji były przedmiotem ataku fizycznego lub/i słownego ze strony mieszkańca. Z badań wynika, że pojawiały się formy przemocy fizycznej. Zdarzały się sytuacje, w których pracownik był uderzany przez mieszkańca. Podopieczny np. uderzył pracownika laską, były także przypadki rękoczynów.

Tabela 1. Pracownicy – ofiary sytuacji przemocowych w DPS.

Czy pracownik, bądź inne osoby pracujące w instytucji były przedmiotem ataku ze strony mieszkańców?	**N***
tak, była próba ataku na moją osobę (ale udaremniona)	3
tak, ze strony osób chorych psychicznie	2
tak, kiedy pracownik stanął w obronie innego mieszkańca	1
tak, zarówno ja jak i inni pracownicy	10
ja osobiście nie, ale inni pracownicy zostali zaatakowani	10
atak słowny na pracownika w obecności autorki (autorka jako naoczny świadek)	2
Razem	**28**

*Odpowiedzi nie sumują się do 60, ponieważ w tabeli nie uwzględniono narratorów, którzy nie udzielili odpowiedzi na to pytanie.

Pracownicy DPS, w którym przebywają zarówno mieszkańcy psychicznie chorzy, jak i osoby somatycznie chore twierdzili, że bywały ataki na personel, jednak w przypadku osób psychicznie chorych wynikało to ze stanu psychicznego podopiecznego, zaś osoby starsze mogą zaatakować pracownika będąc pod wpływem alkoholu *(23; M: 40, 6).* Jeden z pracowników podkreślał także, że stał się przedmiotem ataku, bowiem był świadkiem kłótni między mieszkańcami i stanął w obronie jednego z nich. Ponieważ sprawca uważał się za osobę poszkodowaną, dlatego też swoją agresję skierował ze współmieszkańca na pracownika *(27; K: 32, 4).*

Pracownicy podkreślali (3 osoby), że były próby ataku na ich osobę, do przemocy jednak nie doszło, gdyż została ona udaremniona: *raz się do mnie rzucił, to mu rękę przystopowałam (84; K: 51, 12).* Po takim zdarzeniu mieszkaniec został uświadomiony, że takie zachowanie jest niedopuszczalne, a oprócz tego jest również karalne. Inny pracownik – pielęgniarka opowiadała o sytuacji, która zdarzyła się w dyżurce. Podkreślała również, że agresja mieszkańca nie była skierowana bezpośrednio do niej, ale niestety na niej się skupiła, bo była w nieodpowiednim czasie w nieodpowiednim miejscu. Gdyby narratorka tego dnia nie pracowała, agresja skupiłaby się na kimkolwiek innym, kto byłby w tym momencie w dyżurce. Mieszkaniec kilka dni nie pił, nie miał za co kupić alkoholu, a czuł głód alkoholowy, więc zszedł z nożem w kieszeni na dół z całą swoją złością. Rozmówczyni opowiadała, że stała do mieszkańca tyłem i w momencie, kiedy on zamierzył się do uderzenia, ona siadała. I tylko to uchroniło ją przed uderzeniem *(88; K: 57, 20).* Mimo, iż w obu przypadkach nie doszło do ataku fizycznego, to jednak wydaje się, że zaufanie do mieszkańca, a być może i innych beneficjantów pomocy instytucjonalnej zostało nadszarpnięte.

Pracownicy przyznawali także, że zarówno oni, jak inne osoby pracujące w DPS stały się przedmiotem ataku ze strony mieszkańca. Tak wskazało 10 osób zatrudnionych w instytucji opiekuńczej. Mieszkańcy bardzo często atakują pracowników w sposób słowny. Sytuacje te dotyczą głównie kwestii finansowych, podopieczni bowiem nie chcą wydawać swoich pieniędzy, np. na leki, a wolą na alkohol *(25; K: 46, 11).*

Dwie kolejne osoby pracujące w instytucji opiekuńczej stały się przedmiotem ataku w tej samej sytuacji. Chodziło bowiem o wyżej już wspomnianą sytuację mieszkańca, który nie chciał się przeprowadzić z pokoju. Wszystkie obecne w danym pomieszczeniu osoby (same kobiety) zostały znieważone przez podopiecznego w sposób słowny, w tym jedna z nich została również zaatakowana fizycznie. Należy wspomnieć, że był wówczas trzeźwy. Osoba, która doznała ataku fizycznego przyznała w wywiadzie, że nie obawiała się seniora i podeszła do niego bardzo blisko, ponieważ owego dnia nie spożywał alkoholu i był trzeźwy.

W związku z tym nie brała pod uwagę, że w takich okolicznościach może jej coś grozić *(54; K: 40, 10).*

Warto przywołać jeszcze jeden przykład, który swój finał miał na sali sądowej. Kobieta została zaatakowana słownie oraz grożono jej nożem. Narratorka zauważyła, jak podopieczny, który przyszedł do DPS z zakładu karnego przebijał nożem koła w wózkach inwalidzkich. Chciała mu zwrócić uwagę, ale mieszkaniec zaatakował ją nożem oraz zagroził, że jeżeli poinformuje kogokolwiek o zaistniałej sytuacji, straci życie. Rozmówczyni nie tylko opowiedziała dyrekcji o całym zdarzeniu, ale również założyła sprawę sądową, którą wygrała i w konsekwencji senior trafił z powrotem do zakładu karnego. Warto jednak wspomnieć, iż sprawa toczy się dalej, bowiem niedługo przed wywiadem w DPS był kurator sądowy, który poinformował personel, że ów były podopieczny, który dopuścił się przemocy, w zakładzie karnym zachowuje się dobrze, ubiega się o przedterminowe zwolnienie i robi wszystko, by z powrotem trafić do tego samego Domu Pomocy Społecznej *(89; K: 52, 16).* Zastanawiające więc jest, dlaczego takie sytuacje mają miejsce? Dlaczego polskie prawo na to pozwala, że osoba która z premedytacją skrzywdziła innego człowieka może ubiegać się o powrót do miejsca, gdzie pracuje poszkodowana osoba.

Pracownicy odpowiadali także (10 wskazań), że oni wprawdzie nie stali się ofiarami ataku ze strony podopiecznych, ale ich koledzy pracujący w instytucji doświadczyli takich działań. Jeden z pracowników opowiadał, że pielęgniarka została uderzona, bowiem podopieczny wrócił do ośrodka pijany i oświadczył, że zgubił klucz do pokoju. Pielęgniarki szukały zapasowego egzemplarza w gabinecie dyrekcji, ale mieszkaniec niezadowolony, iż musi tak długo czekać uderzył jedną z nich *(86; K: 31, 9).* Inna podopieczna poruszyła również bardzo ważną kwestię: chodzi mianowicie o pojawiającą się agresję w przypadku, kiedy personel musi wykonać na mieszkańcu zabiegi higieniczne. Niektóre osoby wówczas buntują się i bywa, że stosują przemoc fizyczną: w postaci odpychania, uderzania, czy też szczypania *(59; K: 52, 2).*

Konieczne do omówienia wydają się jeszcze dwa przypadki, których mimo woli, autorka stała się naocznym świadkiem. W jednym wypadku pracownik został zaatakowany słownie przez mieszkańca będącego pod wpływem alkoholu. Podczas trwania wywiadu do pomieszczenia wszedł podopieczny, który spożywał już w danym dniu alkohol i poprosił o wypłacenie pieniędzy. Kiedy narratorka zwróciła mu uwagę, że znajduje się w nieodpowiednim stanie, wówczas podopieczny nazwał ją *głupią babą*. Co prawda chwilę później ją przeprosił, ale jak rozmówczyni stwierdziła, nie spodziewała się po mieszkańcu takiego zachowania *(84; K: 51, 12)*. Zaś w drugim przypadku tuż po zakończeniu wywiadu,

kiedy autorka opuściła pokój narratorki, znieważyła ona słownie pokojową. Kobieta była w stosunku do niej agresywna i wykrzykiwała, że powinna iść sobie sprzątać do siebie do domu, a nie wchodzić i zmywać podłogę w pokoju, skoro nikt jej o to nie prosił.

Należy zastanowić się również, w jaki sposób przywołane sytuacje mogą wpływać na pracowników instytucji opiekuńczych. Z pewnością można powiedzieć, że zostawiają ślad w psychice osób tam zatrudnionych i narażonych na akty przemocy. Stefan Kraus podkreśla, że każdy negatywny incydent (podobnie, jak podane wyżej przykłady) pozostawia negatywne ślady i powoduje zepsucie atmosfery między pracownikiem a podopiecznym. Zmęczony, a jednocześnie zestresowany pracownik zaczyna chronić swoją osobę poprzez wykonywanie pracy szybciej, przy mniejszym zaangażowaniu, próbując przy tym jak najszybciej uwolnić się od podopiecznego [2].

Zawsze wśród mieszkańców znajdą się osoby trudne: agresywne, nieszczere, egoistyczne itp. Dlatego też warto uświadomić sobie w porę z kim pracownicy mają do czynienia, ponieważ w przeciwnym razie osoby pomagające mogą zostać skutecznie zniechęcone do pracy, a nawet narażone na wystąpienie syndromu wypalenia zawodowego. [5]. Badania dotyczące tego problemu przeprowadziła Katarzyna Front wśród 65 pracowników Domu Pomocy Społecznej „Przystań" w Katowicach. Ponad 24% pracowników instytucji opiekuńczej przyznawało się do odczuwania stresu w bezpośrednim kontakcie z podopiecznymi. Opieka i praca z klientem długotrwałym wywołuje również frustrację. Taki zespół emocji odczuwało aż 37% badanych. Zaś nieustannie pogłębiające się uczucie frustracji może powodować obciążenie emocjonalne, które potwierdziło 35,4% respondentów. Niemal 28% ankietowanych stwierdziło nadmierne obciążenie psychiczne i trudności w radzeniu sobie z emocjami. Aż 38,8% osób zaobserwowało u siebie zaniżone poczucie empatii w stosunku do mieszkańców, a dalsze około 30% personelu zaczęło przejawiać obojętność w stosunku do swoich podopiecznych. Zwraca także uwagę, że aż 44,6% z nich wypełniało swoje obowiązki w sposób rutynowy. Tym samym nie angażowali się w pełni w rozwiązywanie problemów mieszkańców. Respondenci mieli również poczcie, że ich praca nie wpływała pozytywnie na podopiecznych, takiego zdania było 38,5% personelu. A taki stan powoduje, że 47,6% badanych było przekonanych, że nie będą w stanie osiągnąć celów zawodowych [6].

Na złą kondycję pracowników prowadzącą do syndromu wypalenia zawodowego mogą wpływać także konflikty pracowników z rodzinami mieszkańców. Jak już wspomniano w wcześniej z uzyskanych odpowiedzi wynika, że personel w sposób dość krytyczny ocenia rolę rodziny w rozwiązywaniu problemów podopiecznych. Respondenci wskazywali także, iż

najbliżsi podopiecznych rzadko współpracują z personelem, a zdarza się nawet, że stają się przyczynami konfliktów.

Wywiady przeprowadzone z 655 pracownikami instytucji opiekuńczych pokazują, że liczne konflikty personelu pogłębiają syndrom wypalenia zawodowego, a jednocześnie osłabiają poziom satysfakcji zawodowej pracowników. Konflikt pomiędzy rodzinami a personelem nasila się, kiedy osoby pracujące w instytucji cierpią na niedobór czasu przeznaczonego na wypełnienie swoich zadań. Nieporozumienia ulegają z kolei osłabieniu, kiedy personel dostrzega, iż oczekiwania rodzin mieszkańców dotyczące podopiecznych pokrywają się z oczekiwaniami i możliwościami pracowników. Dlatego też również relacje pomiędzy tymi grupami mogą mieć znaczący wpływ na opiekę długoterminową w Domach Pomocy Społecznej [7].

Inne badania przeprowadzone wśród 932 krewnych podopiecznych instytucji opiekuńczych oraz osób zatrudnionych w 20 domach opieki wskazało, że podstawowym czynnikiem powodującym minimalizację konfliktów we wzajemnych relacjach jest partnerstwo między rodzinami i personelem w sprawowaniu opieki nad podopiecznymi instytucji opiekuńczych [8].

Wydaje się, że wiele problemów, które mają miejsce w relacjach międzyludzkich w środowisku instytucjonalnym można by rozwiązać z korzyścią zarówno dla podopiecznych placówki, jak i osób tam zatrudnionych. Do tego celu potrzebna jest wiedza dotycząca starzenia się człowieka i zmian związanych z progresją wieku, znajomość potrzeb mieszkańców oraz możliwości ich świadczenia przez placówkę i zatrudniony tam personel, ale także empatia u mieszkańców i pracowników. Dobra komunikacja interpersonalna w społeczności instytucjonalnej, to dobre działania wzajemne: pracowników z myślą o mieszkańcach i mieszkańców placówki z myślą o pracownikach.

Piśmiennictwo

1. Gibbs L., Mosqueda L.: Confronting Elder Mistreatment in Long-Term Car. Annals of Long-Term Care, 2004, 12, 30-35.
2. Kraus S.: Krewki staruszek. Agresja w domach opieki społecznej dla seniorów. Wspólne tematy, 2001, 7-8, 63.
3. Teaser P.B., Roberto K.A.: Sexual Abuse of Older Adults: APS Casus and Outcomes. The Gerontologist, 2004, 6, 788-796.
4. Pod wiatr. Trudne sytuacje, negatywne emocje w opiece geriatryczne. Na temat, 2006, 4, 19.

5. Zadowolony mieszkaniec/pacjent jako gwarant mojego zatrudnienia. Zorientowanie domu pomocy społecznej i zakładu opiekuńczo-leczniczego na odbiorcę usług świadczonych w tych placówkach. Wspólne tematy, 2002, 11-12, 47.
6. Front K: Zjawisko wypalenia zawodowego pracowników domu pomocy społecznej [w:] Opieka i wychowanie w instytucjach wsparcia społecznego. Diagnoza i kierunki rozwoju, Szczepanik R., Wawrzyniak J. (red.). Wyd. Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi, Łódź, 2012, 303-305.
7. Abrahamson K., Suitor J.J., Pillemer K.: Conflict Between Nursing Home Staff and Resident`s Families. Does it Increase Burnout? JAH, 2009, 21, 895.
8. Pillemer K., Suitor J.J., Henderson C.R. et al.: A Cooperative Communication Intervention for Nursing Home Staff and Family Members of Residents. The Gerontologist, 2003, 43, 96.

Szydłowska Monika, Kicel Katrzyna

Obraz osoby w podeszłym wieku w opinii studentów

Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp

Starzenie się nie jest chorobą lecz naturalnym procesem zachodzącym w życiu każdego człowieka. Wg WHO starość rozpoczyna się od 60 r.ż., a zdaniem ONZ od 65 r.ż. Obecnie obserwuje się systematyczny wzrost odsetka ludzi starszych w społeczeństwach świata, w tym Polski, dlatego starość jest coraz powszechniej poruszanym tematem. Jest to złożone zjawisko wywołane m.in. poprzez ogólny rozwój medycyny i poprawę warunków życia [1, 2, 3, 4, 5].

Proces starzenia dotyka zarówno pojedynczych jednostek, jak i całej społeczności. Starzenie się powinno być bowiem rozpatrywane w trzech aspektach: biologicznym, psychologicznym oraz społecznym. W ujęciu biologicznym, wyznacznikami starzenia się są zmiany zachodzące w organizmie ludzkim od poziomu molekularnego przez narządowy do całościowego, będące tzw. „znamionami starości". Są to zmiany zachodzące w różnym tempie u różnych osób. Zaliczamy do nich: zaniki tkanek, zwyrodnienia, odwodnienie, usztywnienie struktur komórkowych, obniżenie zdolności adaptacyjnych i regeneracyjnych, zaburzenia metabolizmu oraz upośledzenie wielu funkcji. Psychologiczny aspekt starzenia łączy się ze zjawiskami tworzącymi osobowość człowieka. Zazwyczaj jest to obniżenie zdolności motorycznych, procesu zapamiętywania, myślenia i uczenia się, emocji oraz motywacji. Wraz z upływem lat zmienia się rola i pozycja człowieka w społeczeństwie. Nie znaczy to jednak, że człowiek stary nie jest społeczeństwu potrzebny. To on decyduje jaką rolę w nim odegra. Może dzielić się z otoczeniem swoja mądrością, wiedzą, bogactwem duchowym, czy doświadczeniem życiowym [1, 3].

Celem pracy było ukazanie wizerunku osoby starszej w społeczeństwie w oparciu o opinie studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Założono, że starość postrzegana jest w sposób pozytywny, a stosunek społeczeństwa do osoby w podeszłym wieku nie jest negatywny.

Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone w grupie studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Do realizacji założonego celu posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, w której wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety.

W badaniu wzięło udział 100 osób, w tym 54 przyszłych ratowników medycznych, 34 osoby studiujące pielęgniarstwo i 12 osób z kierunku farmacja. 78% badanych stanowiły kobiety, 21% mężczyźni, natomiast jedna osoba nie określiła swojej płci. Zdecydowanie największą grupą były osoby w wieku od 20 do 25 lat (57%), mniej liczną grupę - 32% stanowiły osoby między 18 a 20 rokiem życia. W wieku ≥ 40 lat było 5% badanych, w wieku od 35 do 40 lat było 4% badanych i o połowę mniej - 2% stanowiły osoby mające od 25 do 30 lat (Tabela I).

Analiza statystyczna

Analizę materiału przeprowadzono w oparciu o test Chi – kwadrat, Chi – kwadrat Pearsona i Chi – kwadrat największej wiarygodności (NW). Obliczenia wykonano przy użyciu pakietu statystycznego Statistica 10 oraz programu Microsoft Office Excel. Do weryfikacji hipotez statystycznych przyjęto poziom istotności p = 0,05.

Charakterystyka badanej grupy

Większość ankietowanych zamieszkiwała miasto wojewódzkie były to 42 osoby, nieco ponad połowę mniej osób mieszkało na wsi - 20 osób i w małym mieście - 18 osób. Najmniej było mieszkańców dużego i średniego miasta, odpowiednio po 9 i 11 osób.

Tabela I. Struktura wiekowa badanych.

Grupa wiekowa	Liczba osób	% osób
18-20 lat	32	32%
20-25 lat	57	57%
25-30 lat	2	2%
35-40 lat	4	4%
≥40 lat	5	5%
Razem	100	100%

Podobne do siebie grupy stanowiły osoby uważające swoją sytuacje materialną za dobrą (48%) i przeciętną (40%). Nieliczni określili ją jako bardzo dobrą (7%), 3% jako raczej złą oraz 1 osoba nie potrafiła ocenić swojej sytuacji materialnej i nikt nie uznał jej za złą. Ponad

połowa (53%) badanych żyła w rodzinie 2-pokoleniowej, 32% w rodzinie 3-pokoleniowej, 10% w 1-pokoleniowej oraz 5% określiło strukturę swojej rodziny jako wielopokoleniową (Tabela II).

Tabela II. Struktura rodziny badanych.

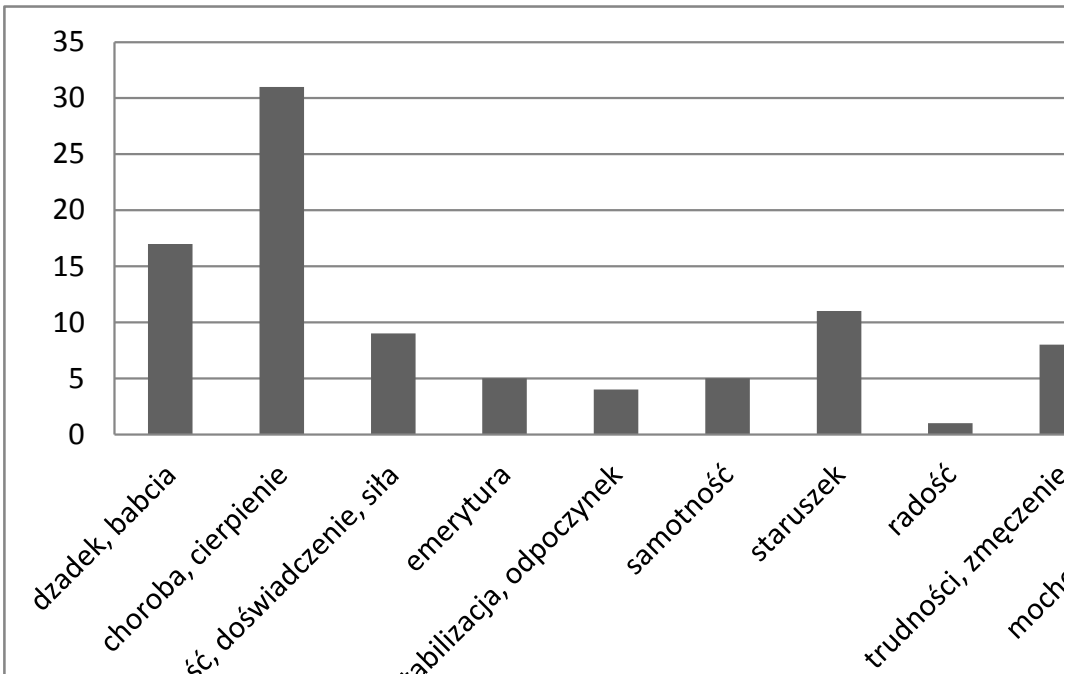
Struktura rodziny	Liczba osób	% osób
1-pokoleniowa	10	10%
2-pokoleniowa	53	53%
3-pokoleniowa	32	32%
Wielopokoleniowa	5	5%
Razem	100	100%

Wyniki

Uczestników badania zapytano o wiele aspektów związanych ze starością, m.in. czy myślą o starości, czy chcieliby dożyć wieku sędziwego, z czym kojarzy się im starość, jak oni i społeczeństwo odnoszą się do osób starszych i starych.

Ankietowani są podzieleni w kwestii chęci długiego życia wśród innych osób. 35% uważa, że każdy chciałby żyć długo, 44% jest odmiennego zdania, a 21% nie jest zdecydowana. Jednak większość badanych myśli o starości (62%), 24% nie myśli na ten temat, a 14% badanych nie udzieliło jednoznacznej odpowiedzi. Niespełna połowa badanych (47%) chciałaby dożyć do późnej starości, 27% nie, a 26% nie jest zdecydowanych. Poproszono badaczy aby podzielili się swoimi obawami związanymi ze starością. Myśląc o starości ponad połowa ankietowanych (56%) lęka się bycia ciężarem dla innych. Badani obawiają się samotności (45%) i niedołężności (41%). Średnio co piąta osoba boi się chorób (24%), utraty osób bliskich, cierpienia i utraty samodzielności (po 20%). Nie wykazano istotnych zależności pomiędzy obawami związanymi ze starością a wykształceniem ($p > 0,05$). Taka zależność ($p < 0,05$) występuje pomiędzy płcią a obawami związanymi z samotnością, a także złymi warunkami życia w okresie starości. Samotności obawia się 53% kobiet i 19% mężczyzn, o złe warunki życia boi się 5% kobiet i 19 % mężczyzn. Jedynie dwie osoby nie maja obaw związanych ze starością i są to mężczyźni.

Ankietowanych poproszono o podanie pierwszego skojarzenia jakie przychodzi im na myśl na określenie osoby starej. Odpowiedzi przyporządkowano do 10 kategorii, które przedstawiono na rycinie poniżej (Rycina 1). Na to pytanie nie odpowiedziało 7 osób.



Rycina 1. Skojarzenia dotyczące określenia osoby starszej.

Ankietowanych zapytano również z czym kojarzy im się starość. Badanym podano 15 propozycji skojarzeń. Ich zadaniem było zaznaczenie czy się z nimi zgadzają. Dla 92% ankietowanych starość jest czasem wspomnień. Niespełna 90% zgadza się, że to naturalny, nieuchronny, kolejny okres życia oraz że jest to czas przekazywania doświadczeń i wartości. Nie wiele mniej (85%) przyznaje, że starość jest czasem refleksji i przemyśleń. 66 osób twierdzi, że starość nie jest czasem dobrym na aktywność edukacyjną, a 49 osób jest zdania, że nie jest to także czas dobry na działalność społeczną. Uzyskane wyniki przedstawia Tabela III.

Zależność pomiędzy kierunkiem studiów, a opinią studentów na temat starości jako trudnego okresu ze względu na stan zdrowia (czas choroby) jest istotna statystycznie ($p < 0,05$).

Połowa studentów ratownictwa medycznego zgadza się z tym stwierdzeniem, 20% jest odmiennego zdania, a 30% odpowiedziało trudno powiedzieć. Natomiast aż 90% przyszłych pielęgniarek i pielęgniarzy twierdzi, że starość jest trudnym okresem ze względu na stan zdrowia, czas choroby, tylko 7% jest przeciwnego zdania i 3% nie ma zdania. Trzech studentów tego kierunku pominęło ten punkt. W przypadku farmaceutów niespełna 70% również uważa starość za trudny okres ze względu na stan zdrowia, 25% uważa inaczej, a 8% nie jest zdecydowana.

Tabela III. Z czym kojarzy się starość.

Starość to	Tak	Nie	Trudno powiedzieć
czas na uporządkowanie swoich spraw	48	32	19
czas na rozwinięcie swoich zainteresowań i spełnienie marzeń	46	37	15
naturalny, nieuchronny, kolejny okres życia	87	7	3
trudny okres ze względu na stan zdrowia (czas choroby)	63	16	18
czas na bilans życia	58	26	15
czas odpoczynku	82	9	8
czas radosny	34	33	30
czas poczucia osamotnienia, odrzucenia	26	38	33
czas na aktywność edukacyjną	14	66	17
czas wspomnień	92	2	4
czas refleksji i przemyśleń	85	7	6
czas przekazywania doświadczeń, wartości	87	7	5
czas zniedołężnienia, zależności od innych	45	30	24
czas pomocy dla dzieci, wnuków	79	9	11
czas na działalność społeczną	21	49	28

Analizie podano również sposób postrzegania osób starszych w społeczeństwie. Większość uważa, że ludzie starsi i na emeryturze są potrzebni społeczeństwu. Tego zdania jest 49% ankietowanych, w tym 39% studentów ratownictwa medycznego, 59% studentów pielęgniarstwa i 67% przyszłych farmaceutów. 41% uczestników badania, nie potrafi jednoznacznie określić czy osoby starsze są społeczeństwu potrzebne czy są dla niego obciążeniem. A co 10 badany uważa, że są jednak obciążeniem, ale nie ma wśród tych osób studentów farmacji. Wśród przyczyn dla których osoby starsze mogłyby być obciążeniem dla społeczeństwa najczęściej wymienianymi były: uzależnienie od innych osób (34%), fakt, iż ich leczenie pochłania więcej pieniędzy dlatego, że częściej i ciężej chorują (27%) oraz różne przywileje, za które płacą inni podatnicy, np. zniżki na przejazdy komunikacja miejską (10%). Jednocześnie 51% ankietowanych twierdzi, że osoby starsze nie są przez społeczeństwo szanowane, a jedynie 12% jest odmiennego zdania i 37% nie ma zdania. 37% badanych uważa też, że osoby w wieku podeszłym są w Polsce dyskryminowane, 29% nie zauważa dyskryminacji, a 32% nie ma zdania. Niespełna połowa respondentów (48%) sądzi, że otoczenie odnosi się do seniorów życzliwie, prawie co trzeci (30%) że obojętnie, 12% uważa, że niechętnie, a co dziesiąty, że trudno ten stosunek określić (Tabela IV). Według ankietowanych najżyczliwsi dla osób starszych są pracownicy placówek ochrony zdrowia (41%). Najbardziej niechętni są pracownicy urzędów (52%) i środków komunikacji miejskiej (47%), a największą obojętnością charakteryzuje się ulica (60%).

Tabela IV. Stosunek studentów do osób w podeszłym wieku.

Badana grupa	Stosunek otoczenia do osób w podeszłym wieku							
	Życzliwość		Obojętność		Niechęć		Trudno powiedzieć	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Ratownictwo medyczne (N=54)	27	50	17	31,48	6	11,11	4	7,40
Pielęgniarstwo (N=34)	14	41,17	10	29,41	5	14,70	5	14,70
Farmacja (N=12)	7	58,33	3	25	1	8,33	1	8,33

Kolejnej analizie poddano opinie studentów na temat problemów w sferze psychicznej występujących u osób starszych (Tabela V). Ankietowani mogli w tym pytaniu zaznaczyć 3 odpowiedzi. Wykazano istotne statystycznie różnice pomiędzy kierunkiem studiów a wskazywaniem depresji (różnica najbardziej istotna), otępienia i poczucia odrzucenia. Ratownicy medyczni najczęściej zaznaczali samotność jako problem sfery psychicznej starszych (64%). Wśród pielęgniarek najczęściej padało otępienie (71%) i depresja (65%). Farmaceuci natomiast wybrali samotność (67%) i poczucie odrzucenia (58%). 1 osoba pominęła to pytanie.

Tabela V. Problemy w sferze psychicznej.

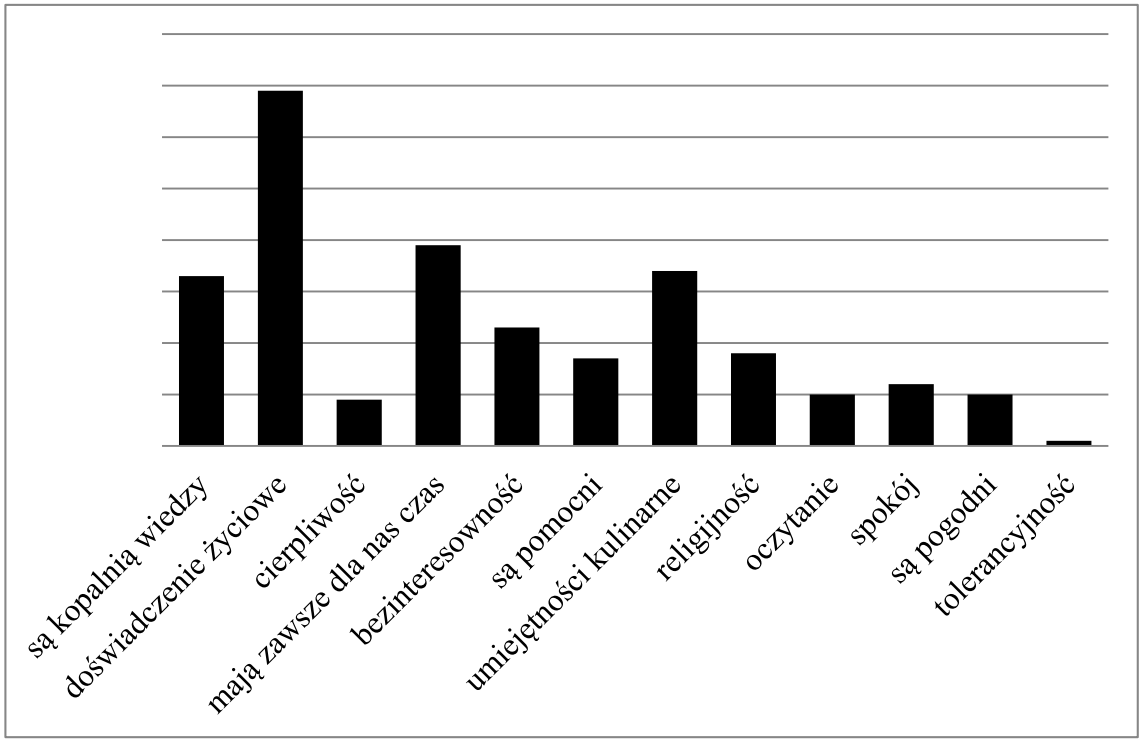
Problemy w sferze psychicznej	Badani (N = 100)						P
	Ratownictwo medyczne		Pielęgniarstwo		Farmacja		
	N	%	n	%	N	%	
Samotność	34	64,15	18	52,94	8	66,67	> 0,05
Osamotnienie	16	30,19	11	32,35	4	33,33	> 0,05
Depresja	14	26,4	22	64,71	1	8,33	< 0,05
Otępienie	26	49,06	24	70,59	4	33,33	< 0,05
Poczucie odrzucenia	30	56,60	9	26,47	7	58,33	< 0,05
Zaburzenia świadomości	21	39,62	11	32,35	3	25	> 0,05

Ankietowanych zapytano również o problemy zdrowotne osób starszych. Badani mieli możliwość zaznaczenia trzech odpowiedzi. Zebrane informacje przedstawia tabela 6. Niezależnie od kierunku studiów, najczęściej wskazywaną odpowiedzią, były choroby układu krążenia. Na drugim miejscu u ratowników medycznych i pielęgniarek, znalazły się choroby układu kostno-stawowego, u pielęgniarek łącznie z zaburzeniami pamięci. Wśród farmaceutów drugie miejsce zajęły zaburzenia wzroku. Zależności między kierunkiem studiów a zaburzeniami równowagi i funkcji zwieraczy były istotne statystycznie.

Tabela VI. Problemy zdrowotne w wieku starszym.

Problemy zdrowotne	**Badani (N = 100)**						P
	Ratownictwo medyczne		**Pielęgniarstwo**		**Farmacja**		
	N	%	N	%	N	%	
Choroby układu oddechowego	9	16,67	8	23,53	0	0	> 0,05
Choroby układu krążenia	39	72,22	22	64,71	10	83,33	
Choroby układu kostno-stawowego	26	48,15	16	47,06	5	41,67	
Nowotwory	6	11,11	6	17,65	1	8,33	
Osteoporoza	9	16,67	5	14,71	1	8,33	
Cukrzyca	10	18,52	7	20,59	1	8,33	> 0,05
Zaburzenia pamięci	18	33,33	16	47,06	2	16,67	
Zaburzenia wzroku	21	38,89	9	26,47	7	58,33	> 0,05
Zaburzenia słuchu	17	31,48	7	20,59	5	41,67	
Zaburzenia snu	6	11,11	3	8,82	2	16,67	
Zaburzenia równowagi	2	3,70	9	26,47	0	0	< 0,05
Zaburzenia funkcji zwieraczy	0	0	9	26,47	1	8,33	
Bezzębność	4	7,41	3	8,82	1	8,33	> 0,05

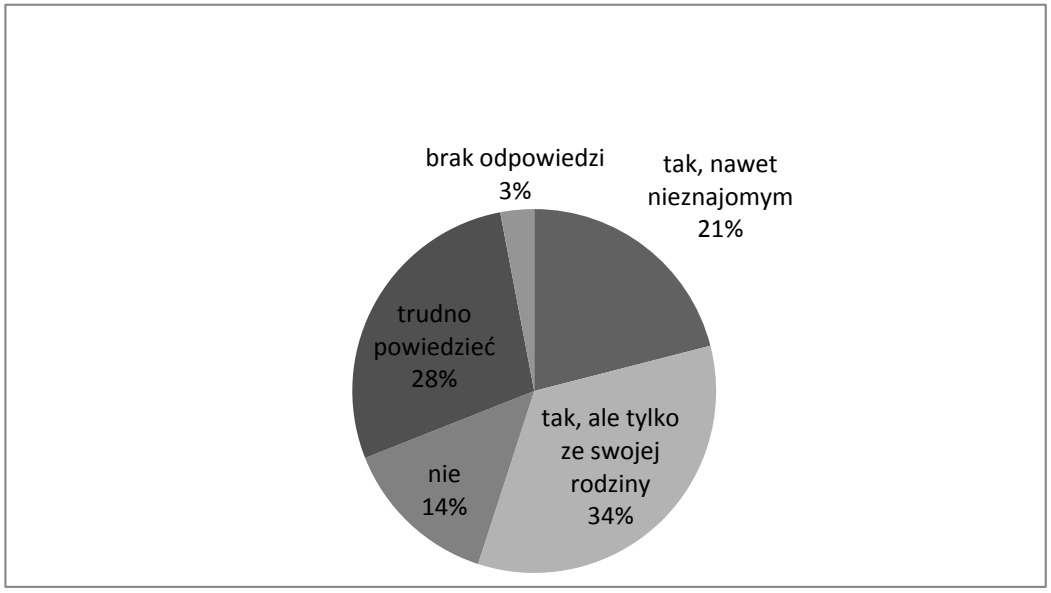
Zapytano badanych za co cenią ludzi w podeszłym wieku. Większość (69%) docenia ich duże doświadczenie życiowe. Liczy się to, że mają dla nas czas (39%), ich umiejętności kulinarne (34%) i fakt, że są kopalnią wiedzy (33%). Najmniej głosów zyskała tolerancja (1%) i cierpliwość (9%). Uzyskane wyniki przedstawia Rycina 2.



Rycina 2. Za co ceni się ludzi w podeszłym wieku.

Ankietowanych zadano pytanie czy chcieliby spędzić czas wolny opiekując się i pomagając osobom starszym. Ponad połowa badanych (55%) zadeklarowała taką chęć, z czego 62% (34% wszystkich badanych) pomagałoby tylko swojej rodzinie. Natomiast 14% nie zdecydowałoby się na opiekę i pomoc osobom w podeszłym wieku, a 28% nie określiła swojego stanowiska. Wyniki przedstawiono na Rycinie 3.

Większość badanych na starość chciałaby mieszkać we własnym mieszkaniu korzystając z doraźnej pomocy bliskich – rodziny, przyjaciół, sąsiadów (59%). Część osób chciałoby dzielić mieszkanie z dziećmi, wnukami lub dalszą rodziną (17%). 8% chciałoby mieszkać we własnym mieszkaniu, mając zapewnioną opłaconą przez siebie stałą pomoc osób zajmujących się opieką nad ludźmi starymi. Tylko 1 osoba zdecydowałaby się wynająć komuś pokój lub część mieszkania w zamian za opiekę lub zamieszkać w państwowym domu spokojnej starości. Wśród ankietowanych nie było osób, które chciałyby mieszkać we własnym mieszkaniu, mając zapewnioną bezpłatną, stałą pomoc instytucji lub wolontariuszy ani osób, które wyraziłyby chęć zamieszkiwania wspólnie z innymi starszymi ludźmi w celu wzajemnego wspomagania się.



Rycina 3. Chęci pomagania i opiekowania się starszymi w wolnym czasie.

W ostatnim pytaniu ankietowani mieli wymienić jedną ze znanych osób w podeszłym wieku, która mogłaby być wzorem do naśladowania. Niestety co 5 badany (22%) pozostawił to pytanie bez odpowiedzi. Odpowiedzi pozostałych uczestników podzielono na 5 kategorii: ludzie sceny (B. Tyszkiewicz, A. Dymna, W. Pyrkosz, T. Lipowska, M. Opania, Madonna), ludzie polityki (L. Wałęsa, Królowa Elżbieta II, prof. W. Bartoszewski, gen Jaruzelski), Jan Paweł II, Matka Teresa z Kalkuty, mama/babcia. Najczęściej typowano osoby z grupy pierwszej, ale najwięcej osób wymieniło Jana Pawła II (27 osób). Wyniki przedstawiono na Rycinie 4.



Rycina 4. Osoby w podeszłym wieku mogące być wzorem do naśladowania.

Dyskusja

Badania CBOŚ wskazują, że 72% dorosłych Polaków myśli o własnej starości, a z tego 34% często lub bardzo często. 23% badanych nie myśli o starości. Występuje wzrost zainteresowania własną starością wraz z wiekiem respondentów. W kwestii tej widoczna jest także przewaga kobiet nad mężczyznami (38% do 28%) [6]. Zbliżone wyniki uzyskano w badaniach własnych. Blisko dwie trzecie ankietowanych myśli o starości (62%), prawie co 4 osoba (24%) nie myśli na ten temat, a 14% badanych nie udzieliło jednoznacznej odpowiedzi. Jednakże wyniki własne nie wskazują na istotnie statystyczne zależności miedzy wiekiem i płcią a częstością myślenia na temat starości ($p > 0,05$).

Niezależnie od wieku większość ankietowanych obawia się chorób i niedołężności związanej ze starością (68%). Połowa boi się braku samodzielności, uzależnienia od innych i stania się dla nich ciężarem. 34% lęka się samotności a 5% poczucia bycia niepotrzebnym. Tylko 7% nie ma szczególnych obaw związanych ze starością [7]. W badaniach powtórzonych w 2012 r wzrosła liczba osób obawiających się niedołężności, chorób i utraty pamięci (73%), bojących się utraty samodzielności i związanych z tym konsekwencji (56%). Na podobnym poziomie przedstawia się grupa obawiająca się samotności (32%) i bycia ciężarem (6%) oraz grupa nie mająca obaw (6%) [6]. Badania własne natomiast na pierwszym miejscu stawiają obawy związane z byciem ciężarem dla innych (56%), na drugim lęk przed samotnością (45%), a dopiero na trzecim strach przed niedołężnością (41%). Średnio co piąta osoba czuje strach związany z chorobą (24%), utratą bliskich, cierpieniem i utratą samodzielności (po 20%). Mimo tego dla 31% badanych pierwszym skojarzeniem związanym z osobą starszą jest właśnie choroba i cierpienie. Wykazano zależność pomiędzy kojarzeniem starości z trudnym okresem ze względu na stan zdrowia i obawą przed niedołężnością ($p < 0,05$). 67% tych, którzy nie potrafili jednoznacznie wskazać czy starość jest trudna ze względu na stan zdrowia obawia się niedołężności podobnie jak jedna trzecia zwolenników i przeciwników tego stwierdzenia.

Dziuban zwraca uwagę, że ze względu na zmiany zachodzące w organizmie w czasie procesu starzenia się, obraz człowieka w kulturze konsumpcyjnej oraz dzięki kultowi młodego i atrakcyjnego ciała promowanego w mediach wiek podeszły jest często kojarzony z niedołężnością. Osoby starsze, jako naznaczone zmianami starczymi, mogą być często stygmatyzowane czy dyskryminowane [3]. W badaniach własnych 37% badanych zauważa przejawy dyskryminacji osób starszych w polskim społeczeństwie, 29% nie zauważa dyskryminacji, a 32% nie ma w tej kwestii określonego zdania. Kędziora – Kornatowska i Grzanka – Tykwińska [4] wskazują również, że seniorzy uważają się za osoby bezużyteczne i

stanowiące obciążenie dla populacji gdyż nie zawsze nadążają za postępem technologicznym. A nie podążanie za światem nauki może prowadzić do społecznego wykluczenia. W przeciwdziałaniu tym zjawiskom zaznaczają one rolę i misję Uniwersytetów Trzeciego Wieku, które mają „przygotować osoby starsze do aktywnego życia w społeczeństwie". Ich zdaniem również „brak samodzielności seniorów prowadzi do pogorszenia ich jakości życia, ale także obciąża resztę społeczeństwa" [4].

Pielęgniarki w badaniach Jurczak i wsp. utożsamiają starość z niezaradnością (33,33%), niepełnosprawnością, brakiem samodzielności i uzależnieniem od innych (23,33%), a w 26,33% uznają ten okres za „złotą jesień życia". Większość pracowników przedsiębiorstwa budowlanego CALBUD uważa starość za złotą jesień życia (28,57%), a lekarze kojarzą ją z odpoczynkiem, niezaradnością i niepełnosprawnością (34,29%) [5]. W badaniach własnych respondenci przyznają, że starość to czas wspomnień (92%), przekazywania doświadczeń, wartości i naturalny, nieuchronny, kolejny okres życia (87%). Starość jako czas trudny ze względu na stan zdrowia zajmuje 6 pozycję (63%), a jako czas zniedołężnienia i zależności od innych 10. Przykre, że dopiero na 11 miejscu, znajduje się starość postrzegana jako czas radosny (34%), a na ostatnich pozycjach jako czas na działalność społeczną i edukacyjną (21 i 14%).

Według badań CBOŚ większość społeczeństwa uważa, że ludzie starsi są potrzebni. 88% z tej grupy ceni ich za czas poświęcony na działalność społeczną, a 95% uważa, że warto jest korzystać z ich doświadczenia i wiedzy. Wśród nielicznych, uważających staruszków za obciążenie dla społeczeństwa, „niemal wszyscy (94%) uważają, że wynika to z faktu, iż częściej i ciężej chorują, a ich leczenie pochłania więcej funduszy. Duży problem – ich zdaniem – stanowi także uzależnienie osób starszych od innych ludzi (79% wskazań) oraz nierówność wynikająca z przywilejów, które im przysługują" [7]. Mimo iż 87% badanych „dostrzega potrzebę obecności seniorów w społeczeństwie", tylko 13% jest pewnych, że osoby te są szanowane, 51%, że raczej są szanowane (łącznie 64%) i aż 31% „nie dostrzega poszanowania ludzi starszych" [7]. Jest to mimo wszystko znaczący postęp (o 29 punktów) w porównaniu z rokiem 1998, kiedy to 35% badanych uważało, że osoby wiekowe są szanowane [7]. W badaniach własnych także większość badanych jest zdania, że społeczeństwo potrzebuje osób starszych, ale stanowi ona jedynie 49% wszystkich ankietowanych. Nie wielu mniej (41%) nie potrafi jednoznacznie określić czy osoby starsze są społeczeństwu potrzebne czy też są dla niego obciążeniem. A co 10 badany uważa, że są jednak obciążeniem. Wśród głównych przyczyn mogących stanowić obciążenie wymieniane są te same czynniki jak w badaniach CBOS, nie mniej ich rozkład przedstawia się nieco

inaczej. Najczęściej wymienianymi były: uzależnienie od innych osób (34%), fakt, iż ich leczenie pochłania więcej pieniędzy dlatego, że częściej i ciężej chorują (27%) oraz różne przywileje, za które płacą inni podatnicy (10%). Zupełnie inaczej ankietowani zapatrują się na poszanowanie seniorów przez społeczeństwo. W przeciwieństwie do badań prowadzonych przez CBOŚ jedynie 12% uważa, że społeczeństwo szanuje osoby starsze, a ponad połowa jest przeciwnego zdania (51%) i aż 37% nie potrafi określić czy osoby w podeszłym wieku są szanowane czy nie koniecznie.

Do najczęstszych chorób i problemów zdrowotnych niezależnie od kierunku studiów ankietowani zaliczyli choroby układu krążenia (73 wskazania). Wśród wszystkich respondentów na drugim miejscu najczęściej wskazywano choroby układu kostno-stawowego (47 wskazań) a na trzecim z niewielką różnicą wskazań zaburzenia wzroku (37) i zaburzenia pamięci (36). Najrzadziej wybierano bezzębność (8 wskazań), zaburzenia funkcji zwieraczy (10) oraz zaburzenia snu i równowagi (po 11 wskazań). W badaniach Jurczak i wsp. ankietowani w większości byli zdania, że osoby starsze często maja problemy z poruszaniem się. Choroby układu oddechowego były najrzadziej wskazywanym schorzeniem występującym u ludzi w podeszłym wieku. Lekarze na drugim miejscu umieścili choroby układu krążenia, często także wraz z grupa pielęgniarek wskazywali problemy wynikające ze schorzeń układu kostno-stawowego [5].

Badania Jurczak i wsp. wykazały zależność pomiędzy wykonywanym zawodem a wskazywaniem depresji jako problemu sfery psychicznej dotykającego ludzi starszych. „Depresję u ludzi w podeszłym wieku znacznie częściej wskazywali pracownicy budowlani, niż personel medyczny". Już nie zależnie od preferencji zawodowych wszyscy za najpoważniejszy problem tej strefy uznali samotność. 46% ankietowanych wskazywała także że staruszkowie czują się porzuceni [5]. Własne badania również wskazywały istotne różnice pomiędzy kierunkiem studiów a wskazywaniem depresji. Zdecydowanie częściej wskazywana była przez studentów pielęgniarstwa (64,7%) niż studentów innych kierunków (26,4% ratownictwo medyczne i 8, 33% farmacja). Również często respondenci wskazywali samotność (60%) i poczucie odrzucenia (46%).

Wnioski

1. Osoba starsza kojarzona jest z chorobą i cierpieniem.
2. Istnieje zależność pomiędzy kierunkiem studiów, a opinią na temat starości jako trudnego okresu ze względu na stan zdrowia.
3. Występują różnice pomiędzy kierunkiem studiów a wyborem depresji, otępienia i poczucia odrzucenia jako problemów natury psychicznej w starszym wieku.

4. Choroby układu krążenia są najczęstszymi problemami zdrowotnymi okresu starości.

Piśmiennictwo

1. Kędziora–Kornatowska K.: Wprowadzenie w zagadnienia starzenia się organizmu. Kędziora–Kornatowska K., Muszalik M.: Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku. Wydawnictwo CZELEJ Sp. z o.o., Lublin 2007, 3–20.
2. Wojtyniak B., Goryńskiego P. (red): Sytuacja zdrowotna ludności Polski. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny; Wydawca: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2008.
3. Dziuban A.: Społeczny obraz starości i postrzeganie własnego ciała w procesie starzenia się. Przegląd piśmiennictwa. Gerontol. Pol., 2010, 18, 140-147.
4. Kędziora–Kornatowska K., Grzanka–Tykwińska A.: Osoby starsze w społeczeństwie informacyjnym. Gerontol. Pol., 2011, 19, 107-111.
5. Jurczak A., Świątek M., Wieder–Huszla S., Grochans E., Szkup–Jabłońska M., Mroczek M.: Opinie wybranych grup społecznych o starości. Med. Środ., 2012, 15, 72-78.
6. Komunikat z badań CBOŚ: Polacy wobec własnej starości. Warszawa 2012.
7. Komunikat z badań CBOŚ: Polacy wobec ludzi starszych i własnej starości. Warszawa 2009.

Sienkiewicz Zofia[1], Fidecki Wiesław[2], Kobos Ewa[1], Wysokiński Mariusz[2], Leńczuk Gruba Anna [1], Wrońska Irena[2], Imiela Jacek[1]

Problemy osób w starszym wieku związane z samotnością

1. Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny
2. Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wstęp

Starość jest istotnym etapem życia człowieka, stanowi najbardziej zróżnicowaną jego fazę, nie podlegającą regułom i przebiegającą odmiennie u każdego człowieka. Okresu tego nie można uniknąć ani powstrzymać. Człowiek zmuszony jest do pogodzenia się z tym, że występuje okres dojrzewania, dorosłości, przekwita i odejścia. Są to prawdy oczywiste a mądrość człowieka powinna polegać na pogodzeniu się z nieuchronnością losu. Gdy zdołamy pogodzić się ze swym przeznaczeniem, wówczas starość może być dla nas miła i przyjemna.

Samotność - problem, który towarzyszy człowiekowi od najdawniejszych czasów. Sprecyzowanie dokładnego określenia, czym właściwie jest samotność jest trudne. Słownik języka polskiego określa samotność jako „*odczuwany stan braku towarzystwa bliskiej osoby, opuszczenia przez innych*" [1].

Problematyka procesów starzenia jest przedmiotem zainteresowania wielu dziedzin naukowych w tym nauk medycznych, a szczególnie gerontologii, socjologii i psychologii. Gerontolodzy opracowali teorię postrzegania starzenia jako kolejnego procesu w rozwoju człowieka, podkreślając jak dużą rolę w tym okresie odgrywają przeżycia i doświadczenia związane z utratą możliwości fizycznych, utratą partnerów, przyjaciół czy rówieśników, świadomości, że jest się potrzebnym (np. rodzinie) oraz aktywności zawodowej

Samotność może występować w każdym okresie życia człowieka, należy stwierdzić, że „*przejawia się bardziej w wieku zaawansowanym niż u mniej posuniętych w latach*" i „*daje znać o sobie bardzo szybko (...) w szczególnych okolicznościach: pogorszenia stanu zdrowia, zaprzestania pracy, rodzinnej żałoby"* [2, 3].

Problemem ludzi starszych staje się przede wszystkim samotność, choroba, inwalidztwo, często również życie w ubóstwie oraz poczucie nieprzydatności, co może

świadczyć o marginalizacji osób starszych jako grupie o zwiększonym zapotrzebowaniu na świadczenia medyczne i usługi opiekuńcze. Jednocześnie należy stwierdzić, że nie wszyscy starsi ludzie to pacjenci i podopieczni. Zdecydowana większość populacji zachowuje taki poziom zdrowia i sprawności, który umożliwia im udział w życiu społecznym i politycznym [4]. Dlatego warto podkreślić, że okres starości może być okresem zmiany możliwości, gdzie możliwości typu zewnętrznego ustępują możliwościom typu wewnętrznego. Wraz z upływem czasu możliwości zewnętrzne słabną, co objawia się pogorszeniem sprawności fizycznej i psychicznej, na ich miejsce pojawiają się natomiast nowe możliwości, tj. rozwaga, opanowanie, doświadczenie, umiejętność zachowania dystansu. Dlatego ważne jest, aby człowiek starszy nie przejmował się pojawiającymi się z wiekiem ograniczeniami, nie trzymał się kurczowo wcześniejszego sposobu życia i nie ulegał rezygnacji. Powinien zauważyć pozytywne cechy, jakie niesie ze sobą starość.

Prognozę wieku ludności wykazującą przewidywany, stały wzrost liczby osób powyżej 60 roku życia, zarówno mężczyzn, jak i kobiet przy jednoczesnym przewidywanym ciągłym spadku populacji w wieku 0 - 17 lat przedstawia Tabela I.

Tabela I. Prognoza wiekowa ludności.

Wiek i płeć	2005	2010	2015	2020	2025	2030
Ogółem	38123	37899	37626	37229	36598	35693
0-17 lat	7835	6811	6296	6070	5784	5325
60/65 lat i więcej	5885	6431	7468	8540	9254	9597
Mężczyźni - 65 lat lub więcej	1920	1956	2355	2886	3365	3573
Kobiety - 60 lat lub więcej	3966	4475	5113	5654	5889	6024

Źródło: [Dmochowska (red.), 2005].

Cel pracy

Celem pracy jest próba określenia problemów występujących u osób starszych związanych z samotnością.

Materiał i metody

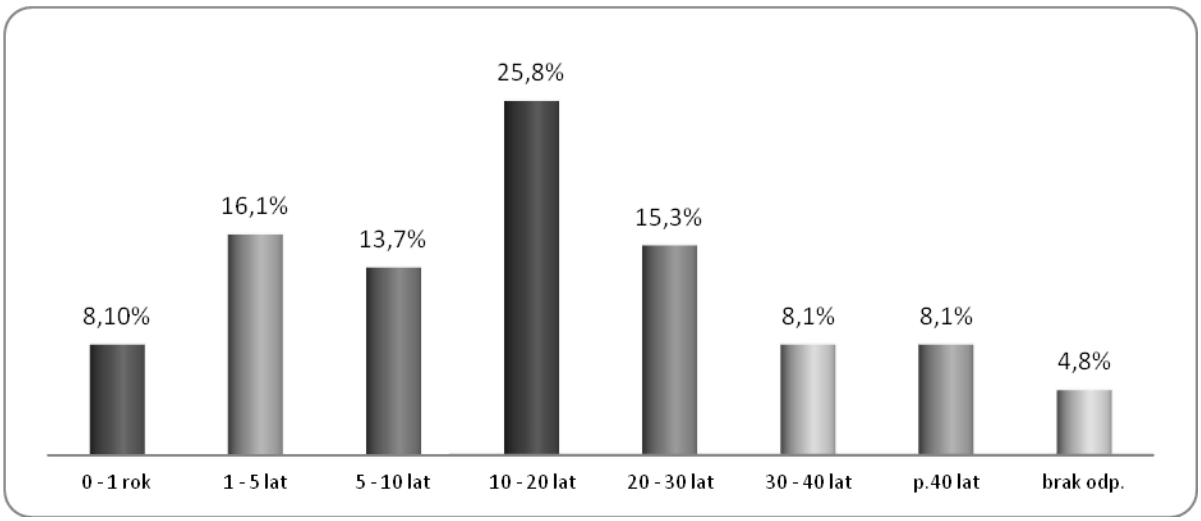
Materiał badawczy to badania pilotażowe Do zgromadzenia danych wykorzystano autorski kwestionariusza ankiety. Kwestionariusz zawierał 20 pytań (6 pytań

scharakteryzowało grupę badaną a 14 pytań analizowało problem samotności wśród osób starszych). Zastosowano formę pytań zamkniętych z możliwością wielokrotnego wyboru odpowiedzi. Zwrotnie zgromadzono 124 ankiety. Uzyskane wyniki to rozmowa z osobą starszą. W doborze respondentów kierowano się następującym kryterium - osoby mieszkające samotnie i w wieku nie niższym niż 60 lat.

W badaniu wzięły udział 124 osoby. Wyraźną większość stanowiły kobiety (N=110), N=14 to mężczyźni. Najwięcej osób (N=52) mieściło się w przedziale wiekowym 71-80 lat. W wieku 60-70 lat – N=35, w przedziale 81-90 lat – N=30 i najstarszych, w wieku 91-100 lat – N=7. Okres samotności analizowano od roku do 40 lat. Najliczniejszą grupą byli badani - 25,8% pozostający samotnie 10 – 20 lat. Badania przeprowadzono na terenie Warszawy, wśród osób przebywających w placówkach ochrony zdrowia.

Wyniki

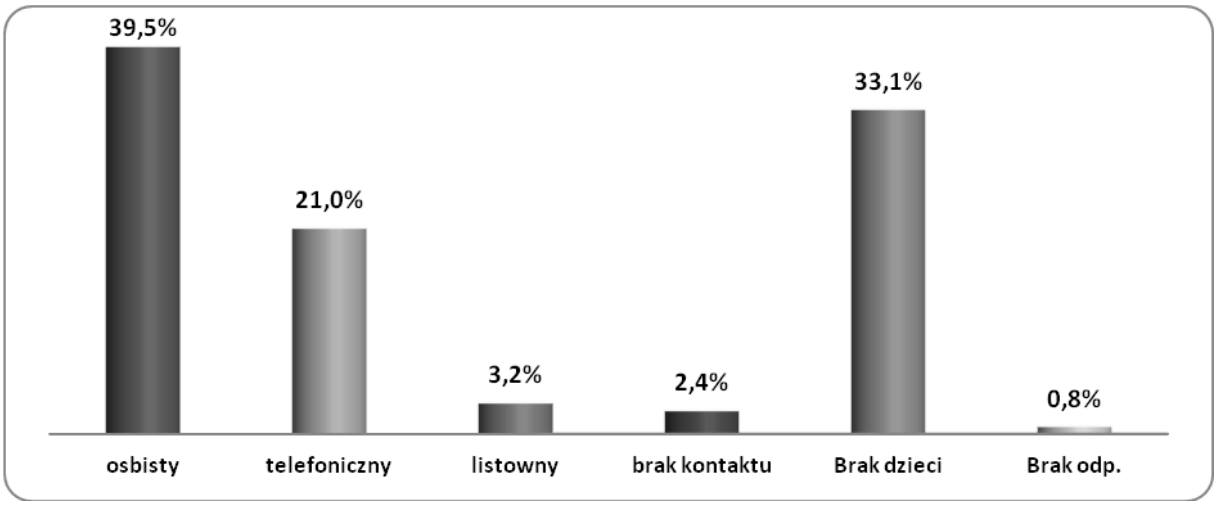
Okres samotności wśród badanych analizowano od roku do powyżej 40 lat. Najliczniejszą grupą były osoby pozostające samotne od 10 do 20 lat – 25,8%. Czas przeżyty w samotności nie dłuższy niż rok zgłosiło 8,1%, od 1roku do 5 lat żyło samotnie 16,1%, a od 5-10 lat – 13,7%, 20-30 lat – 15,3%, a 30-40 lat oraz ponad 40 lat przeżyło w samotności po 8,1% (Ryc. 1).



Rycina 1. Okres samotności.

Osoby starsze, samotne najczęściej - 40,3% mają kontakt ze swoimi dziećmi bezpośredni – osobisty, w 27,4% - kontakt telefoniczny, a w 3% - kontakt listowny. 2,4% osób podało brak jakichkolwiek kontaktów ze swoimi dziećmi. Badana grupa osób starszych

w 37,9% nie posiada dzieci, w tym 33,1% osób starszych nie miało ich w ogóle, a 4,8% już ich nie ma, ponieważ zmarły (Ryc. 2).

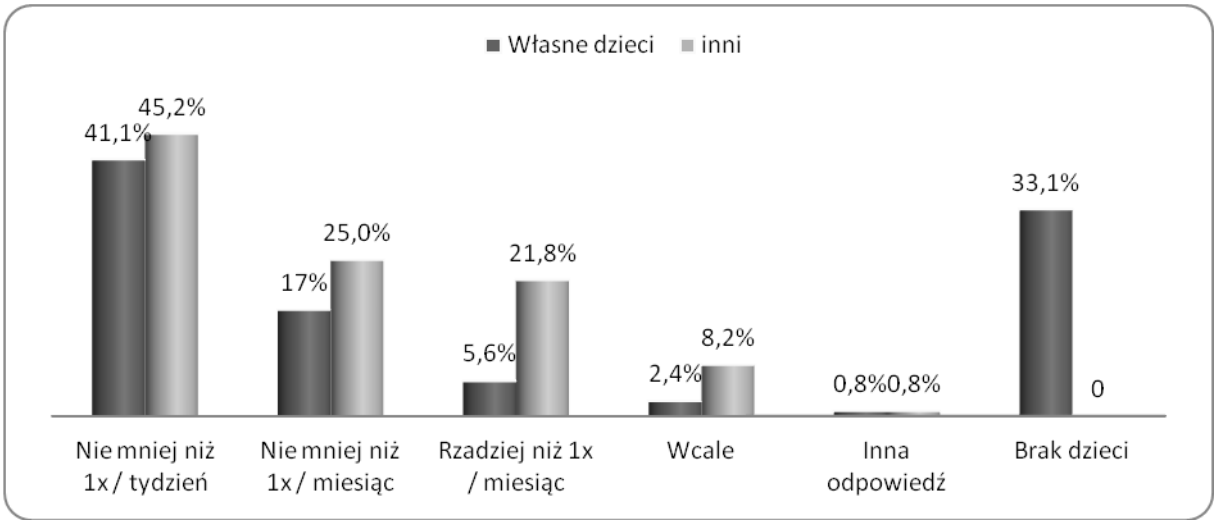


Rycina 2. Rodzaj kontaktowania się osób samotnych z dziećmi.

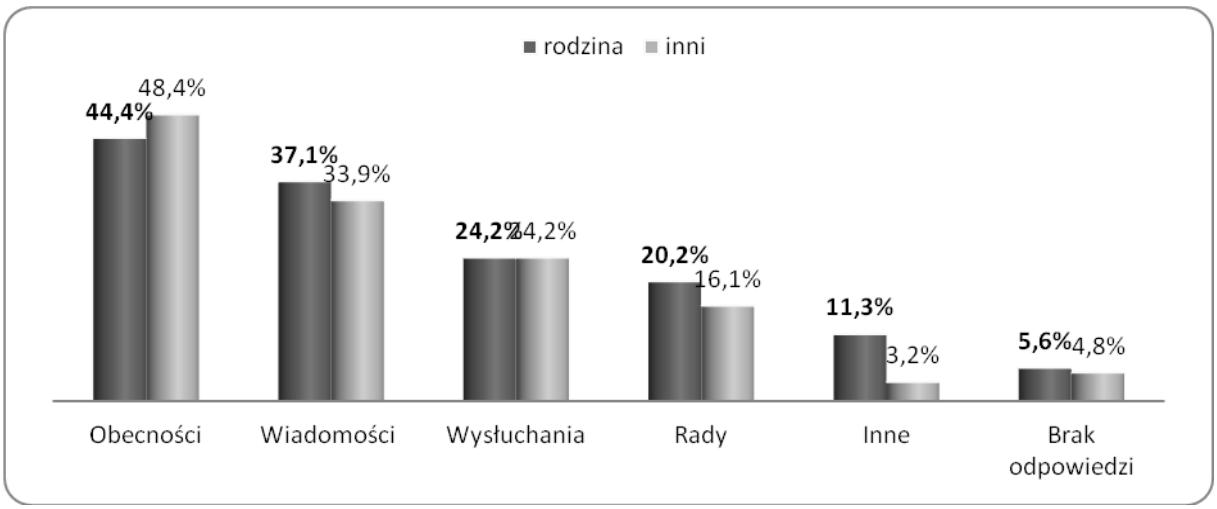
Ze swoimi dziećmi nie mniej niż jeden raz na tydzień kontaktuje się 41,1% ankietowanych osób częściej osoby samotne kontaktują się z innymi 45,2%. Nie mniej niż jeden raz na miesiąc spotyka się z dziećmi 17% badanych a z innymi osobami spotyka się 25% osób starszych samotnych. Rzadziej niż jeden raz na miesiąc z dziećmi spotyka się 5,6%badanych a z innymi 21,8%. W badanej grupie 2,4% osób starszych nie ma żadnych kontaktów ze swoimi dziećmi, również z innymi nie spotyka się 8,2% badanych. Analizowane dane kontaktów z dziećmi dotyczyły 66,9% badanych, ponieważ 33,1% osób starszych uczestniczących w badaniu nie posiadało dzieci (Ryc. 3).

Badani od swoich dzieci najczęściej oczekują: obecności - 44,4%, wiadomości o członku rodziny - 37,1%, zaspokojenia potrzeby bycia wysłuchanym i zrozumianym - 24,2%, rady, czy słowa otuchy - 20,2%. Z innych odpowiedzi - 10,5% wynika, że N = 6 nie ma już żadnej rodziny, N = 2 nikt z rodziny ich nie odwiedza i starają się sami organizować sobie czas, a N = 2 to samotne osoby, najbardziej oczekujące od odwiedzającego konkretnej pomocy, także materialnej, N = 1 „bliskości, miłości, pomocy, rodzinności, serca.” Wobec odwiedzających osób spoza rodziny - 48,4% osób starszych oczekuje ich obecności, 33,9% - wiadomości, 24,2% - wysłuchania i zrozumienia i 16,1% - rady i słowa otuchy. Wśród innych odpowiedzi - 3,2%, N=2 nikt nie odwiedza, N=1 oczekuje rozmowy na wybrane tematy, a

N=1 wymiany myśli, podtrzymania na duchu, wysłuchania i zaangażowania w sprawy społeczne (Ryc. 4).



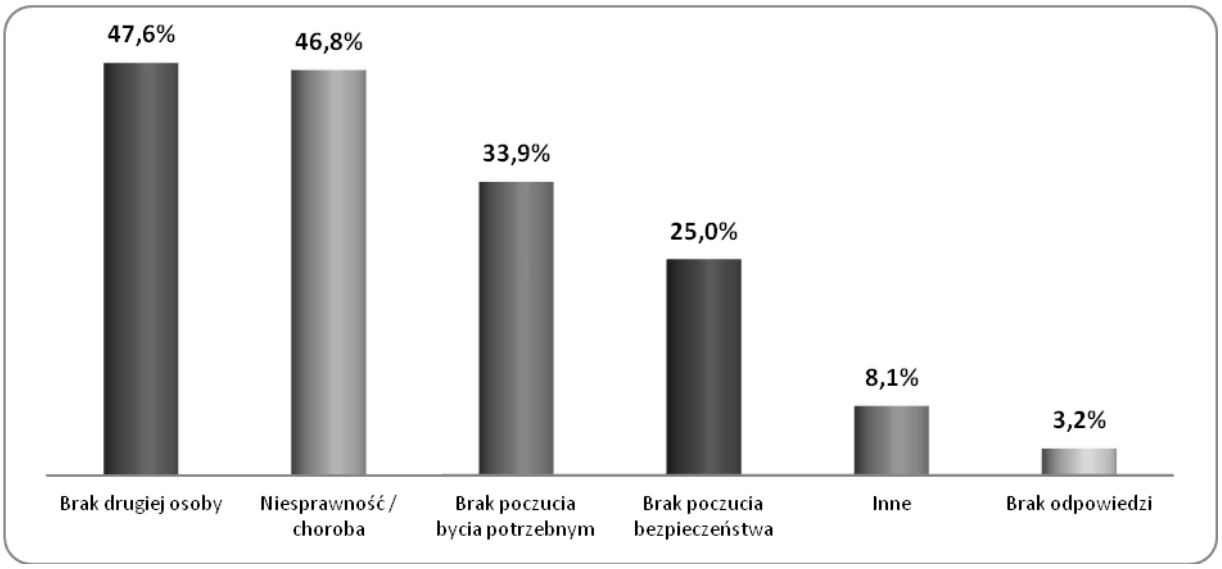
Rycina 3. Częstość kontaktów z własnymi dziećmi i odwiedzin innych osób.



Rycina 4. Oczekiwania samotnych wobec odwiedzających.

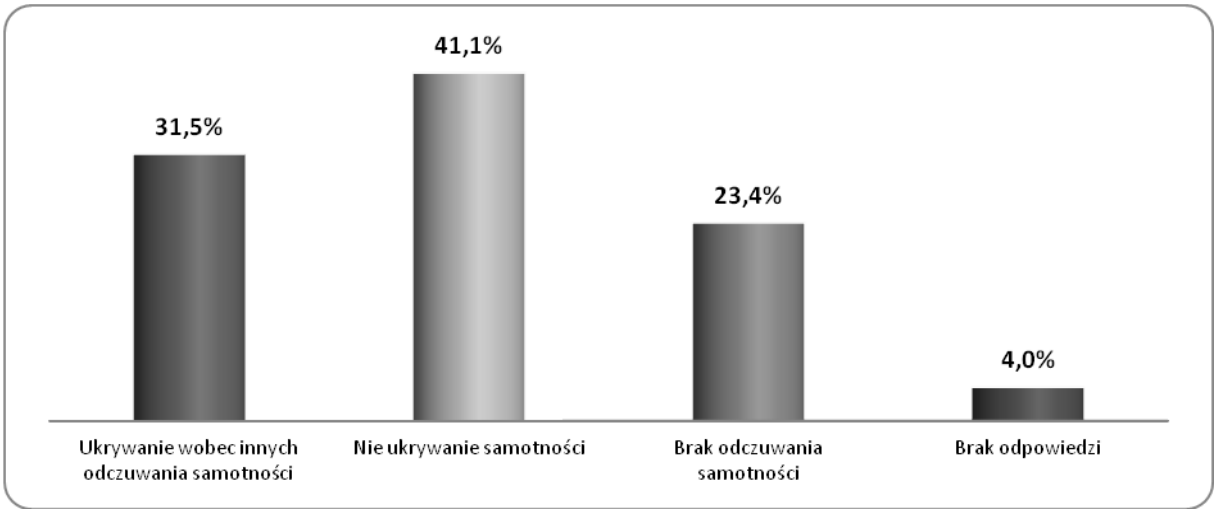
Najczęstszym problemem dla osób starszych, samotnych jest: brak drugiej osoby - 47,6%, niesprawność / choroba - 46,8%. Brak poczucia bycia potrzebnym odczuwa 33,9% osób starszych, a brak poczucia bezpieczeństwa – 25%. Inne obciążenia (8,1%) to: brak zrozumienia drugiej osoby, przebywanie w towarzystwie osób o innych zainteresowaniach, strach przed odrzuceniem, utrata statusu matki, ojca, brak środków na leczenie, remont domu,

brak pomocy przy większych świątecznych porządkach, brak przyjaźni i dożycia starości z towarzyszem (Ryc. 5).



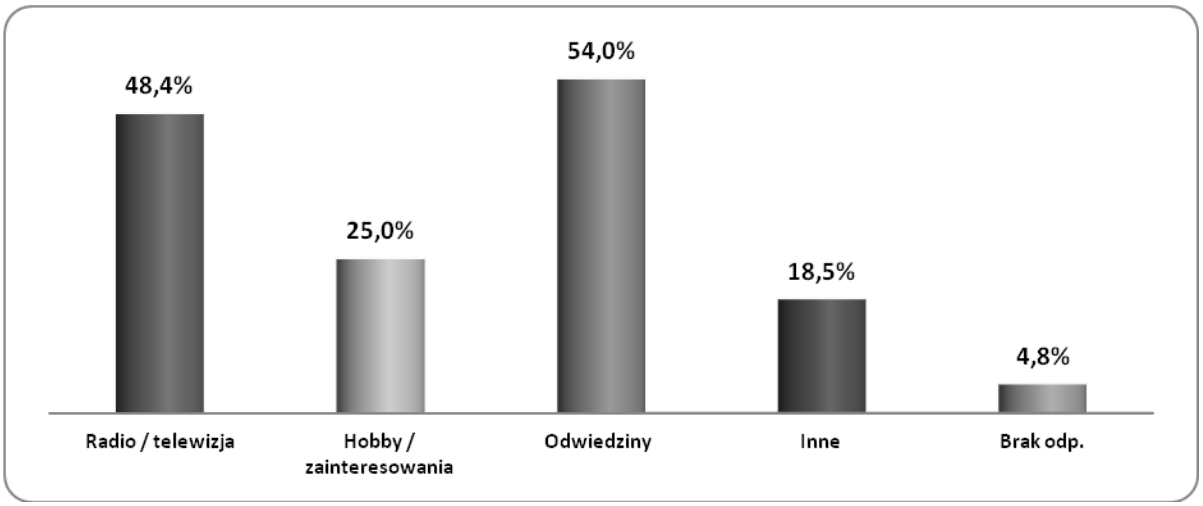
Rycina 5. Najczęstsze problemy w życiu osób samotnych.

W badanej grupie 31,5% osób starszych, przyznało, że wobec innych ukrywa swoje odczuwanie samotności, 41,1% - nie ukrywa jej. W badanej grupie 23,4% osób starszych stwierdziło, że nie odczuwa samotności (Ryc. 6).



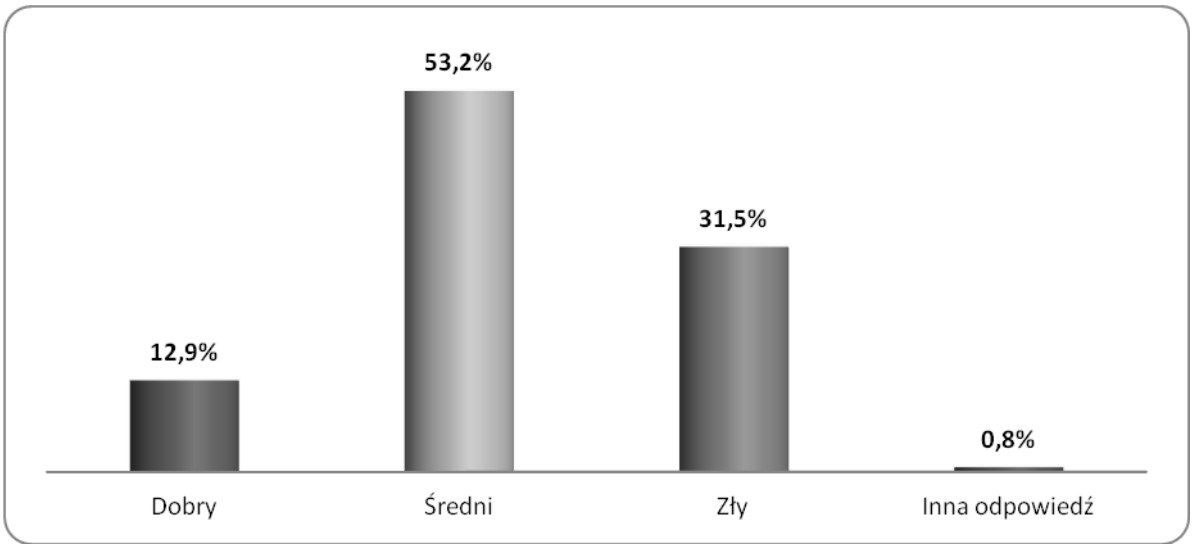
Rycina 6. Postawa osób samotnych wobec odczuwania samotności.

.

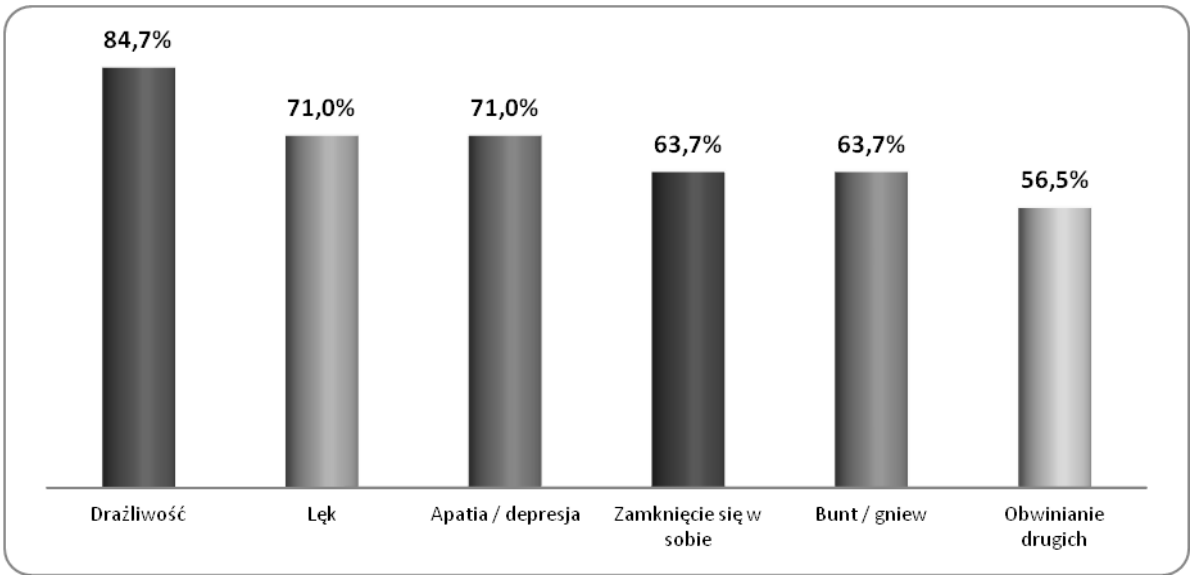


Rycina 7. Czynniki wpływające na zmniejszenie poczucia samotności.

Spośród czynników, które wpływają na zmniejszenie poczucia samotności na pierwszym miejscu osoby starsze wskazały odwiedziny drugiej osoby lub wizytę u niej - 54,0%, 48,4% badanych wymieniło radio / telewizję, a 25,0% - hobby / zainteresowania. Inne odpowiedzi stanowiły 18,5%. Wśród nich najczęściej pojawiały się odpowiedzi typu: przebywanie w kościele, modlitwa i kontakt z Bogiem. Jeszcze inne odpowiedzi, to: lektura, telefon / list, spokój, praca zawodowa, dowartościowanie przyjaźni, ulubione zajęcia. 4,8% ankietowanych nie dało żadnej odpowiedzi (Ryc. 7).

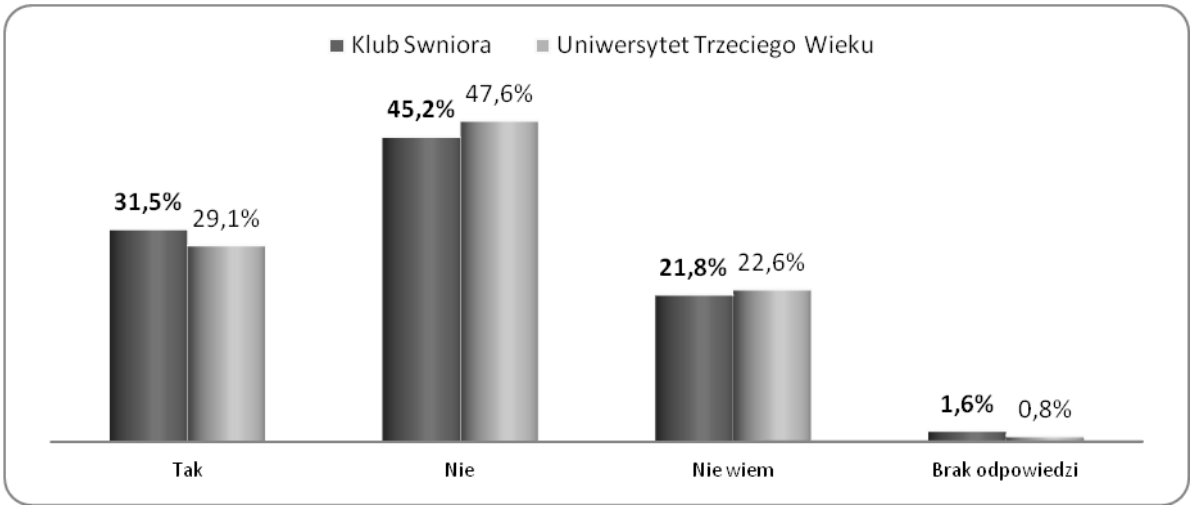


Rycina 8. Stan zdrowia w samoocenie osób samotnych.



Rycina 9. Reakcje badanych na samotność.

W badanej grupie najczęstszą reakcją na samotność bywa: drażliwość 84,7%, lęk, apatia, depresja po 71%, bunt / gniew, zamykanie się w sobie po – 63,7%, obwinianie innych o różne własne niepowodzenia – 56,5%



Rycina 10. Chęć uczęszczania do Klubu Seniora, na zajęcia do UTW.

Chęć uczęszczania do Klubu Seniora wyraziło 31,5 % osób samotnych a na zajęcia do Uniwersytetu Trzeciego Wieku 29,1%; porównywalnie nie ma potrzeby chorzenia do Klubu Seniora 45,2 %, a na zajęcia 47,6%, natomiast nie wie czy chce chodzić na zajęcia powyżej 20% badanych (Ryc. 10).

Dyskusja

Samotność to cierpienie nękające człowieka każdego dnia i nocy, doświadczenie braku i pustki. Osoby samotne na różny sposób szukają wyjścia ze swojej samotności. Dla jednych jest to poświęcenie czasu na hobby, ulubione zajęcia, dla innych – włączenie radia czy telewizji, czasem nawet tylko po to, by zagłuszyć otaczającą ich ciszę. W towarzystwie innych osób „*nie jest rzadkie, że rozmawia się nie w celu komunikowania z innymi, ale po prostu, by wyjść z milczenia, by czuć się w relacji z kimś drugim, by wyjść z naszej samotności. (...) Człowiek nie wytrzymuje wobec samotności i próbuje wyjść z niej za wszelką cenę*" [5, 6].

Osoby samotne niechętnie rozmawiają o swojej samotności. W likwidowaniu samotności bardzo ważną rolę odgrywają relacje interpersonalne zarówno z najbliższymi członkami rodziny, dziećmi, wnukami jak i ze znajomymi i sąsiadami. Osoby starsze najchętniej z bliskimi komunikują się w sposób bezpośredni, preferują rozmowę z bliskimi jako najistotniejszy czynnik przeciwdziałający samotności.

U osób w starszym wieku wyróżnia się spadek adaptacyjnych zdolności w wymiarze biologicznym i psychospołecznym, ograniczenie samodzielności życiowej oraz zależności od otoczenia. Problemem ludzi starszych staje się przede wszystkim samotność, choroba, inwalidztwo, często również życie w ubóstwie oraz poczucie nieprzydatności, co może świadczyć o marginalizacji osób starszych jako grupie o zwiększonym zapotrzebowaniu na świadczenia medyczne i usługi opiekuńcze.

W organizmie osoby starszej zachodzą również zmiany charakterologiczne, nierzadko o wydźwięku negatywnym. Często z powodu zmian, które pogarszają się wraz z wiekiem, zaznaczają się przejawy agresywności, manii prześladowczej staje się to przyczyną jeszcze większej samotności [7, 8, 9]. Niektóre osoby samotne, szukając kontaktu za wszelką cenę, telefonują bez ograniczeń do znanych im osób. Ze swoimi dziećmi nie mniej niż jeden raz na tydzień kontaktuje się 41,1% ankietowanych osób, nie mniej niż jeden raz na miesiąc spotyka się z nimi 11,2% badanych, rzadziej niż jeden raz na miesiąc – 5,6%. W badanej grupie 2,4% osób starszych nie ma żadnych kontaktów ze swoimi dziećmi. Jedna osoba odpowiedziała, że podobne kontakty ma „na bieżąco, w każdej potrzebie". Inne osoby przyjaciel / przyjaciółka, sąsiad / sąsiadka, znajomy / znajoma nie mniej niż jeden raz na tydzień odwiedzają w 45,2% osoby starsze. Odwiedziny nie mniej niż jeden raz na miesiąc występują u 25% badanych, a rzadziej niż jeden raz na miesiąc u 21,8% badanych. Niepokojące jest, że grupa 8,2% nie ma w miarę stałych kontaktów ze znajomymi (wcale – 4,0%, a kontakty pozostałych osób bywają wówczas gdy sami spotkają przypadkowo znajomą osobę).

Zdecydowana większość osób w starszym wieku zachowuje zdrowie i sprawność, co umożliwia im aktywny udział w życiu społecznym i politycznym [4]. Wraz z upływem czasu możliwości zewnętrzne słabną, co objawia się pogorszeniem sprawności fizycznej i psychicznej, na ich miejsce pojawiają się natomiast nowe możliwości, tj. rozwaga, opanowanie, doświadczenie, umiejętność zachowania dystansu. Ważne jest, aby człowiek starszy zaakceptował pojawiające się z wiekiem ograniczenia, zauważył pozytywne cechy, jakie niesie ze sobą starość.

Oczekiwania osób samotnych analizuje Rycina 4. Badani od swoich dzieci najczęściej oczekują: obecności - 44,4%, wiadomości o członku rodziny - 37,1%, zaspokojenia potrzeby bycia wysłuchanym i zrozumianym - 24,2%. Oczekiwania te mają wpływ na aktywność i czynne uczestnictwo osoby starszej w życiu rodzinnym.

Badacze podkreślają, że w życiu osób starszych ogromną rolę odgrywa aktywność, która jest potrzebą psychiczną i społeczną osób w każdym wieku, ponieważ im większa aktywność, tym lepsza samoocena, poczucie wartości i sensu życia [10].

Najczęstszym problemem dla osób starszych, samotnych jest: brak drugiej osoby - 47,6%, niesprawność/choroba - 46,8%. Brak poczucia bycia potrzebnym 33,9%, inne obciążenia (8,1%) to: brak zrozumienia drugiej osoby, przebywanie w towarzystwie osób o innych zainteresowaniach, strach przed odrzuceniem, utrata statusu matki, ojca, brak środków na leczenie, remont domu, brak pomocy przy większych świątecznych porządkach, brak przyjaźni i dożycia starości z towarzyszem.

W badanej grupie 31,5% osób starszych, przyznało, że wobec innych ukrywa swoje odczuwanie samotności, 41,1% - nie ukrywa jej. W badanej grupie 23,4% osób starszych stwierdziło, że nie odczuwa samotności. Na zmniejszenie poczucia samotności mają wpływ media, hobby, kontakty z innymi ludźmi. Spośród czynników, które wpływają na zmniejszenie poczucia samotności na pierwszym miejscu osoby starsze wskazały odwiedziny drugiej osoby lub wizytę u niej - 54,0%, 48,4% badanych wymieniło radio /telewizję, a 25,0% - hobby / zainteresowania. Inne odpowiedzi stanowiły 18,5%. Wśród nich najczęściej pojawiały się odpowiedzi typu: przebywanie w kościele, modlitwa i kontakt z Bogiem. Jeszcze inne odpowiedzi, to: lektura, telefon / list, spokój, praca zawodowa, dowartościowanie przyjaźni, ulubione zajęcia. 4,8% ankietowanych nie dało żadnej odpowiedzi. Należy zatem bać się samotności, czy odważnie wychodzić jej naprzeciw. Glosy są podzielone. Wykreowanie momentu samotności i milczenia wspomaga osobę w odnalezieniu samego siebie w oceanie życia" [11, 12]. Autorzy opracowań uważają, że „*samotność jest źródłem szczęścia i spokoju duszy*." „S*amotność nie ma nic wspólnego*

z brakiem towarzystwa" [12]. Zawiera ona w sobie także wiele pozytywnych cech. „*Dopiero w samotności człowiek jest naprawdę sob*ą" [6]. „*Samotność – mędrców mistrzami czyni." Samotność może być także okazją do rozwoju i dobrostanu wewnętrznego. Cenną okazją do wykorzystania. Sytuacją raczej poszukiwaną, niż znoszoną*" [13, 14].

Samoocena stanu zdrowia badanej grupy osób starszych jest pozytywna w ocenie 66,1% osób starszych (dla 12,9% dobra i 53,2% średnia). Badani w 31,4% ocenili swój stan zdrowia jako zły. Jedna osoba do odpowiedzi: „zły" dopisała: „*Samotność z konieczności (...) bardzo negatywnie wpływa na psychikę, codzienność, pracę*". W badanej grupie N=2 pozostawiły kwestionariusz bez odpowiedzi. „*Odnoszę wrażenie, że wraz z ubytkiem sił fizycznych staję się jakby bogatszy duchowo. To mi tłumaczy sens długiego życia. Warto żyć, nawet pokonując swoje słabości późnego wieku, by odkryć te bogactwa*" [8, 15].

Wspomniane ujemne cechy wieku podeszłego, niejednokrotnie nasilone lub wręcz wywołane doświadczeniem osamotnienia, nie są oczywiście udziałem ani wszystkich osób starszych, ani wszystkich samotnych. „Odkryć bogactwo każdego człowieka, które nie powinno być zaprzepaszczone, jeśli się nie chce stracić części kulturalnego dziedzictwa ludzkości – to zadanie społeczeństwa" [11]. Ludzie starsi, choć nie mają już wielu przymiotów właściwych młodemu pokoleniu, „posiadają coś cennego, czego brakuje ludziom młodym. Ludzie starsi mają: czas, mądrość i doświadczenie życiowe, umocnioną wiarę, mniejsze uzależnienie od konsumpcji, która zagraża młodym, wpływ na swoje rodziny (posługa babci i dziadka)" [12, 16]. Wśród negatywnych reakcji osób samotnych najczęściej obserwuje się: drażliwość 84,7%, lęk, apatię, depresja po 71%, bunt / gniew, zamykanie się w sobie po – 63,7%, obwinianie innych o różne własne niepowodzenia – 56,5%. Według Fryderyka Nietzsche samotność wpływa na nasze kontakty z innymi: „Samotność sprawia, że stajemy się bardziej surowi dla siebie samych, a łagodniejsi dla innych; i jedno, i drugie czyni nasz charakter lepszym" [3, 9]. Nie wszyscy zgadzają się z tym, niejednokrotnie osoby samotne łatwiej frustrują różne sytuacje, problemem stają się zdziwaczenia, depresje i choroby" [12, 17]. Należy podkreślić, że bardzo często występuje związek pomiędzy pojawiającymi się negatywnymi reakcjami na samotność, a faktem bycia samotnym.

Samotności przeciwdziała przebywanie z innymi, chęć uczestniczenia w spotkaniach w Klubie Seniora czy na zajęciach Uniwersytetu Trzeciego Wieku deklaruje 31,5% badanych osób samotnych, nie ma takiej chęci 45,2 %, a 21,8 % nie było zdecydowanych. Można powiedzieć, że skoro mamy propozycje działań to dlaczego statystyczny Polak z nich nie korzysta. Spotkania z osobami bliskimi mają zdecydowany wpływ na funkcjonowanie osoby starszej w społeczeństwie.

Z upływem lat zachodzą zmiany w warunkach życia i w indywidualnych zachowaniach. Od stanu niezależności, która odcisnęła się na dotychczasowej egzystencji, człowiek – starzejąc się przechodzi do stanu zależności mniej lub bardziej całkowitej; od percepcji bycia użytecznym do poczucia nieużyteczności; od ewidentnych zdolności operatywnych i twórczych do stwierdzenia nieudolności; od mocy do niemocy; od roli kompetentnego do niekompetentnego; od poczucia przynależności (do rodziny, grupy, wspólnoty) do separacji; od najsprawniejszej aktywności do stanu pasywności; od ciągłej konieczności i pragnienia poruszania się do siedzącego trybu życia i bezruchu; od przyjemności komunikacji i zwyczajnej ekstrawersji do samotności i introwersji" [11]. Zmiany te sprzyjają pojawieniu się depresji. Problem depresji osób w wieku podeszłym podjął na łamach „Geriatrii Polskiej" Parnowski [17]. W badaniach przeprowadzonych przez WHO w grupie 25 916 chorych stwierdzono wystąpienie depresji u 10,4% badanych. Wpływ na zwiększenie częstotliwości występowania miał wiek, związane z nim czynniki stresowe i współwystępowanie chorób somatycznych. Podkreśla się też, że depresja występuje częściej u chorych instytucjonalizowanych w wieku powyżej 75r.ż. chociaż wiek nie jest niezależnym czynnikiem ryzyka depresji, lecz związane z nim sytuacje stresowe (samotność, choroby somatyczne). U chorych w wieku powyżej 85r.ż. częstość występowania depresji oceniana jest na 11,3 - 15,4%. Depresja, jeśli wystąpi u osoby samotnej, stanowi bezsprzecznie ujemny wpływ na jej komunikację z otoczeniem, wywołuje izolację i zamykanie się w sobie. „Kto żyje sam, może zaniedbać wszystko: troskę o swoje ciało, czystość, istotne leki, pożywienie" [11]. W badanej grupie osób starszych występowanie depresji występowało u 71% badanych, pojawiały się zapisy, że na samym początku bycia samotnym występowało to znacznie częściej niż w późniejszym okresie. Niektórzy jednak będą się dalej upierać, że „samotność, prawdziwa samotność bez złudzeń, to stan poprzedzający obłęd lub samobójstwo" [12].

Osoby samotne uważają, że przeciwdziałanie ludzkiej samotności powinny podjąć przede wszystkim osoby duchowne, wolontariusze, pracownicy ochrony zdrowia. Przeciwdziałanie samotności w okresie wieku starszego powinno obejmować: prozdrowotny styl życia a w tym: stosowną do wieku i płci aktywność fizyczną dającą satysfakcję, zachowanie równowagi psychicznej, zachęcanie do pozytywnego myślenia pozwalającego na zachowanie pogody życia. Edukacja po tej linii osób młodych ma zapewnić aktywne, pogodne i bogate duchowo życie także po 60–ce. Należy pamiętać, że *„starości (...) nie można pozostawić «bez opieki», samej sobie. Starością też trzeba pokierowa*ć" [3, 5, 18, 19].

Chodzi głównie o to, by: „unikać i przeciwstawiać się automarginalizacji, nie zaakceptować «sytuacji starego» jako nieuniknionego, fatalnego modelu życia, podarować innym, pomimo własnej niepełnosprawności, pomoc w granicach osobistych możliwości, demonstrując w ten sposób własną użyteczność we wspólnocie" [9, 19]. Przygotowanie do starości to problem nie tylko jednostki i jej najbliższego otoczenia [14], to problem społeczny i w ostatnich latach bardzo często podejmowany w dyskusjach w krajach Unii Europejskiej i na świecie.

Każdy człowiek pragnie być niezależny, dokonywać czegoś, cieszyć się prestiżem, mieć możliwość przekazywania swej wiedzy, doświadczeń i umiejętności, mieć po prostu poczucie, że jest potrzebny. Nikt nie lubi być kontrolowany, oceniany, każdy chce mieć przekonanie o wpływie na własne życie i możliwość decydowania o nim.

Wnioski

Najczęściej występujące problemy związane z samotnością to: brak drugiej osoby, choroba, niepełnosprawność, brak poczucia bycia potrzebnym.

Reakcje, które związane są z samotnością to: drażliwość, depresja, lęk, zamykanie się w sobie.

Piśmiennictwo

1. Dunaj B.: Słownik współczesnego języka polskiego, Tom II. Wydawnictwo Wilga, Warszawa, 2000.
2. Abeln R.: Poszukaj samotnego. Wydawnictwo Benedyktynów, Kraków, 1993.
3. Bartoszek A.: Przesłanie Jana Pawła II do pielęgniarek, Mag. Piel. Poł., 2006, 4, 4-5.
4. Brzezińska A.I.: Charakterystyka procesu starzenia się. Aspekt psychologiczny [w:] Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne, Wieczorkowska-Tobis K., Talarska D. (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2008.
5. Kawczyńska- Butrym Z.: Rodzina – zdrowie – choroba. Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2001.
6. Skinner B.F., Vaughan M.E.: Przyjemnej starości. Kraków, 2004.
7. Garett G.: Potrzeby zdrowotne ludzi starych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 1990.
8. Garwacka-Czachor E.: Więcej zagrożeń niż szans. Mag. Pielęgniarki Położnej, 2005, 12, 12-13.
9. Jezierska M.B.: Pochylone nad człowiekiem, Tom I. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 1991.

10. Polak A., Porzych K.: Psychologiczne aspekty funkcjonowania osób starszych [w:] Kędziora-Kornatowska K., Muszalik M. (red.), Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku, Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2007,19.
11. Bortnowska H.: Sens choroby, sens śmierci, sens życia. Wydawnictwo Znak, Kraków, 1984
12. Nowicka A.: Wybrane problemy osób starszych. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków, 2006.
13. Rosental T.C., Wiliams M.E., Naugton B.J., red. wydania polskiego Pączek L., Niemczyk M.: Geriatria. Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2009.
14. Szarota Z.: Gerontologia społeczna i oświatowa, Uniwersytet Pedagogiczny, Kraków 2004.
15. Kurowska K.: Dodać zdrowia do lat. Mag. Pielęg. Położ., 2006, 5, 24-25.
16. Buczkowska E.: Kompetencja i profesjonalizm. Mag. Pielęg. Położ., 2006, 6, 4-5.
17. Parnowski T.: Depresje i psychozy w wieku podeszłym. Geriatr. Pol., 2005, 3, 54-60,
18. Kostka T., Koziarska – Rościszewska M.: Choroby wieku podeszłego. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2009.
19. Pawlukiewicz P.: Porozmawiajmy spokojnie o starości. Oficyna Wydawnicza Liberton, Warszawa, 1998.

Dąbrowska Barbara[1], Onopiuk Paweł[1], Czubaczyński Marcin[1], Dąbrowska Zofia[1], Kisiel Magda[1], Nowaszewska Beata[1], Sawicka Katarzyna[1], Dąbrowska Ewa[2]

Kserostomia – przegląd literatury

1. Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Stomatologii Społecznej i Profilaktyki Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.
2. Zakład Stomatologii Społecznej i Profilaktyki, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Suchość jamy ustnej lub kserostomia definiowana jest jako zmniejszenie ilości wydzielanej śliny z towarzyszącym uczuciem suchości w jamie ustnej. To częsty problem osób przewlekle chorych, zwłaszcza w wieku podeszłym. Zaburzenie prawidłowej pracy gruczołów ślinowych może być objawem chorób ogólnoustrojowych, ale często jest efektem ubocznym stosowanego leczenia. Objawy kserostomii powodują pogorszenie jakości życia chorego, zwiększenie podatności na infekcje jamy ustnej oraz utrudnienie mówienia i połykania. Stopień zaawansowania można oceniać stosując testy sialometryczne lub za pomocą Inwentarza Kserostomii. Ma to szczególne znaczenie w monitorowaniu skuteczności terapii. W leczeniu suchości w jamie ustnej istotne znaczenie mają higiena i pielęgnacja błon śluzowych oraz środki i preparaty pobudzające wydzielanie gruczołów ślinowych. W przypadku braku odpowiedzi komórek gruczołowych na stymulację zaleca się substytuty śliny [1].

Wyróżniamy dwie odmiany kserostomii:

- prawdziwą (*xerostomia prmiaria*, *vera*- wyniakającą z upośledzenia pracy gruczołów ślinowych)
- rzekomą (*xerostomia spuria, symptomatica* - przy zachowanej prawidłowej sekrecji ze ślinianek dochodzi do suchości w jamie ustnej).

Pojęcia te nie mogą być stosowane wymiennie. Ślina jest w 90% wytworem dużych gruczołów ślinowych a reszta pochodzi z małych gruczołów umieszczonych w błonie śluzowej policzków, warg, podniebienia, języka i gardła. Ślinianka przyuszna (największy gruczoł) wydziela głównie ślinę surowiczą. Natomiast podjęzykowa i podżuchwowa wydziela ślinę śluzowo-surowiczą. Spowodowane jest to większą ilością komórek śluzowych niż surowiczych w tych gruczołach. Jama ustna jest nawilżana śliną w trakcie żucia, poruszania językiem czy ruchów mimicznych. Składa się z wody w 99%, składników organicznych i nieorganicznych. Nie można podać stałych wartości składu śliny, ponieważ zależą one od

wieku, stanu zdrowia, leków i rodzaju pobudzenia sekrecji. Gruczoły ślinowe do jamy ustnej wydzielają ślinę surowiczą, gruczołową oraz mieszaną. Ma ona różne funkcje w jamie ustnej jak: wstępną obróbkę i przygotowanie pokarmu do połknięcia, odczucia smakowe, wstępne trawienie (amylaza ślinowa i maltaza), funkcję buforową (utrzymanie pH 6,8-7,2), wydalniczą, nawilżającą błonę śluzową, ochronną i działanie przeciwbakteryjne (laktoferryna, lizozym, mucyny, histatyny). Dodatkowo ślina ma funkcję demineralizującą szkliwo zębów poprzez składniki jak : jony wapnia, fosforany, staterynę, białka anionowe bogate w pralinę oraz jony fluoru dostarczane egzogennie przez pasy i płukanki [2, 3, 4, 5].

Prawidłowe wydzielanie śliny niestymulowanej wynosi od 0,25ml/min do 0,35ml/min a stymulowanej śliny od 1,0ml/min do 3,0ml/min. Zmniejszone wydzielanie śliny niestymulowanej jest mniejsze od 0,1ml/min a stymulowanej od 0,7ml/min. Wraz z wiekiem w procesie fizjologicznym dochodzi do redukcji komórek wydzielniczych gruczołów ślinowych., co prowadzi do zmniejszonej sekrecji śliny. Problem ten głównie dotyczy kobiet w okresie menopauzalnym i ludzi starszych po 65 roku życia. Stwierdzono również ten proces u 20% ludzi w wieku 18-34 lat.

Czynniki wywołujące kserostomię można podzielić na:

- ogólne: Zespół Sjögrena, Choroba Mikulicza, sarkoidoza, stres, leki, gorączka, odwodnienie, wymioty, biegunka, nadczynność tarczycy, cukrzyca typu I, AIDS, kamica i zapalenie gruczołów ślinowych, niedokrwistość Addisona-Biermera, zespół Parkinsona, choroba Alzheimera, awitaminoza (głownie B1, B2, B6, B12), reakcja odrzucenia po przeszczepach GvHD.
- miejscowe: palenie tytoniu, użytkowanie protez całkowitych, ustny tor oddychania, radioterapia.

Głównym efektem zmniejszonego wydzielania śliny jest wzrost podatności błony śluzowej na urazy i infekcje. Towarzyszy temu uczucie pieczenia przy spożywaniu ostrych, słonych i kwaśnych pokarmów, alkoholu i gorących napoi. Wrażliwość smakowa jest ograniczona a żucie i połykanie utrudnione. Dochodzi do zaawansowania procesów próchnicowych i zwiększonego niszczenia zębów i przyzębia. W konsekwencji próchnica przebiega intensywniej, obejmując wiele zębów. Odkładająca się płytka nazębna, na skutek złej higieny osób starszych, pogłębia procesy destrukcji tkanek twardych i miękkich jamy ustnej. Noszenie protez, charakterystyczne dla osób w podeszłym wieku, jest nie komfortowe i może spowodować dolegliwości bólowe z powodu otarć, nieprawidłowego nawilżania i wypłukiwania resztek pokarmowych. Pacjenci, użytkujący protezy, uskarżają się głównie na trudności w przyjmowaniu i rozdrabnianiu pokarmów, co wiąże się z koniecznością częstego

popijania pomiędzy kęsami. Kserostomii towarzyszy dysgeusia z przewagą smaku gorzkiego i słonego, fetor ex ore, pieczenie języka i warg- BMS (burning mouth syndrome. Powstają szczeliny i pęknięcia warg predysponujące do miejscowych nadkażeń. Błona śluzowa jest najczęsciej sucha, blada, popękana z utratą połysku. Występuje również zapalenie kątów ust, kandydoza, pobrużdżenie i atrofia brodawek języka. Trudność użytkowania protez całkowitych (słaba retencja, przemieszczenia protezy uszkadzają błonę śluzową powodując owrzodzenia), mogą powodować częste infekcje błony śluzowej i duży dyskomfort u pacjenta. Niedobory pokarmowe wynikające z braku lub utrudnienia procesu żucia mogą prowadzić do zaburzeń metabolicznych, osłabienia organizmu i awitaminoz. Dlatego, ważne jest, w procesie profilaktyczno-leczniczym takiemu pacjentowi zahamować wcześniej proces chorobowy [2, 3].

Zespół Sjögrena to choroba o podłożu autoimmunologicznym. W wyniku obecności przeciwciał skierowanych przeciwko komórkom przewodów wyprowadzających (przeciwciał Ro antySSA i La antySSB) oraz czynnika reumatoidalnego, dochodzi do destrukcji pęcherzyków wydzielniczych z towarzyszącym naciekiem limfocytarnym. Powoduje to zmieszenie wydzielania śliny oraz uczucie suchości i dyskomfortu. W przypadku zespołu Sjögrena, oprócz kserostomii, obserwujemy klasyczną triadę objawów: suchość gałki ocznej, suche zapalenie spojówki i rogówki [6, 7, 8].

Jednym z powodów występowania kserostomii jest przyjmowanie leków z powodu różnych chorób, których działaniem ubocznym jest zaburzenie wydzielania śliny i suchość jamy ustnej. Mogą być to farmaceutyki na chorobę Parkinsona, na niewydolność nerek i inne. Długotrwałe przyjmowanie leków może prowadzić do ograniczenia wydzielania śliny lub nawet jej zatrzymania. Po odstawieniu leków dochodzi do całkowitego odwrócenia niekorzystnych efektów. Literatura podaje ponad 400 leków, których przyjmowanie skutkuje powstaniem tej dolegliwości. Głównymi lekami wywołującymi kserostomię są:

- leki o działaniu moczopędnym (chlorotiazdy, hydrochlorotiazyd)
- leki przeciwdepresyjne (amitryptylina, imipramina)
- leki przeciwhistaminowe (klemastyna)
- neuroleptyki (pochodne fenotiazyny, butyrofenonu, tioksantenu)
- leki rozszerzające oskrzela (β2-adrenomimetyki, sterydy wziewne, cholinolityki wziewne)
- leki anksjolityczne (pochodne benzodiazepin: diazepam)
- leki cholinolityczne (atropina, skopolamina)

- leki hipotensyjne (antagoniści konwertazy angiotensyny: enalapril, captopril)
- opioidy (morifna, kodeina, petydyna)
- leki stymulujące układ immunologiczny (interferon alfa)

Podczas choroby nowotworowej, okolicy głowy i szyi, większość pacjentów jest napromieniowana. Radioterapia nowotworów głowy i szyi jest drugim głównym czynnikiem wywołującym kserostomię. Podczas napromieniania dochodzi do lizy komórek gruczołów ślinowych i zaburzenia ich funkcji. Rozmiar zmian uzależniony jest od absorbowanej dawki promieniowania, czasu ekspozycji oraz obszaru objętego napromieniowaniem. Bezpośrednio po terapii obserwuje się spadek sekrecji śliny o 60%. 70 Gy u 64% pacjentów powoduje kserosotmię utrzymującą się przez 3 lata. Radioterapia również może doprowadzić do martwicy popromiennej i do nieodwracalnych zmian w gruczołach ślinowych. Suchość jamy ustnej również może towarzyszyć przy przyjmowaniu cytostatyków. Bardzo ważna jest zwiększona profilaktyka choroby próchnicowej poprzez dodatkowe płukanie roztworami chlorheksydyny oraz płukankami zawierającymi fluorki [6, 7, 8, 9, 10, 11].

Uciążliwym powikłaniem suchości jamy ustnej oraz zaburzeniem układu odpornościowego i mechanicznej bariery jest zapalenie grzybicze. Spowodowane jest oportunistycznymi drożdżakami *Candida albicans, Candida krusi, Candida tropicallis, Candida stellatoideum*. Drożdżaki te stale rozmnażają się w jamie ustnej na błonie śluzowej, a następnie są usuwane wraz ze śliną. Przy zmniejszonym jej wydzielaniu, zaburzona jest równowaga ekologiczna, dochodzi do ich inwazji. Kandydoza jamy ustnej towarzyszy często chorobom układowym jak cukrzyca czy innym zaburzeniom endokrynologicznym i osłabiających odporność ogólną i miejscową. W przypadku zakażenia drożdżakami leczenie jest bardzo trudne, długotrwałe i nie gwarantujące wyleczenia choroby. Początkowo leczenie można zacząć od środków jak: chlorheksydyna 0,1-0,2% w roztworze wodnym, Povidone - iodine, Betadine 1% roztwór do płukania, Betaisodona 10% maść. Gdy nie wystarczają, trzeba zastosować antybiotykoterapię miejscową poprzez pędzlowanie Nystatyną, bądź Amfoterycyną B w postaci 3% kremu. Dodatkowo można dodawać te antybiotyki na powierzchnię protez szczególnie u ludzi starszych, u których często dochodzi do zaniedbania higieny protez na skutek ograniczeń psycho-ruchowych [12, 13, 14].

Kserostomię, która jest częściowo odczuciem subiektywnym, można zdiagnozować poprzez przeprowadzenie wywiadu podmiotowego, przedmiotowego pacjenta, a także specjalnych testów w celu dokładnej weryfikacji i oznaczenia choroby [15]:

- Test Foksa (badanie 10 pytań podmiotowych w kierunku kserostomii)

- Testy sjalometryczne:
  Pomiar ilości śliny stymulowanej (s-SFR)
  Pomiar ilości śliny niestymulowanej (u-SFR)
  Badanie wydzieliny gruczołów podniebiennych (PAL)
  Badanie poziomu wydzielania ślinek przyusznych (PAR)
  Ocena suchości błony śluzowej
- Test Schrimera
- Test opłatkowy
- Test lusterkowy – obejmuje 3-stopniową skalę
  I brak oporu podczas przesuwania lusterka po błonie śluzowej
  II mały opór podczas przesuwania lusterka po błonie śluzowej
  III znaczny opór podczas prób przesuwania lusterka po błonie śluzowej
- Analiza biochemiczna śliny
- Sialografia gruczołów ślinowych
- Scyntygrafia przy zastosowaniu technetu Tc-99m
- Tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny gruczołów ślinowych

Leczenie kserostomii nie jest prostym zadaniem, wiec należy zacząć od ustalenia etiologii choroby, edukacji pacjenta i rodziny by osiągnąć jak najlepszy efekt terapeutyczny. Priorytetem jest systematyczna higiena jamy ustnej, właściwa dieta (unikanie suchych, kwaśnych i słonych pokarmów) oraz unikanie kawy, tytoniu i alkoholu. Kęsy pokarmowe powinny być, miękkie, nawilżone, drobne i żute dokładnie, tak aby jak najbardziej pobudzić ślinianki do sekrecji śliny. Jeśli to możliwe, wyeliminować leki, bądź zachodzące między nimi interakcje, wywołujące kserostomię. U pacjentów poddawanych radioterapii wskazane jest zastosowanie amifostyny (chroniącej przed uszkodzeniem komórek) oraz chlorowodorku pilokarpiny w dawce 2,5-10 mg. Stosuje się leki działające na układ przywspółczulny powodujące zwiększone wydzielanie śliny: pilokarpina, cewimelina, fizostygmina. Terapia miejscowa polega na stosowaniu różnych środków bezpośrednio na błonę śluzową jamy ustnej jak: pasty do zębów z zawartością 4% betainy lub 1% laurylosiarczanu sodu, czy preparaty z chlorheksydyną. Poprawę jakości życia uzyskuje się poprzez stosowanie substytutu śliny w postaci: żeli (Biotene, Oral Balance), aerozoli (Glandosome Spray), tabletek do ssania (Saliva Orthana Lozenge), płukanek czy gum do żucia. U pacjentów używających uzupełnienia protetyczne zalecane są: Salivarex - płyn do rozpylania z karboksymetylocelulozą, Vivo-Dental - żel zawierający enzymatyczny system

przeciwbakteryjny, Si-Dent – płyn w aerozolu z układem silikon/poloksamer. Dodatkowo u pacjentów z silnie rozwiniętą próchnicą silna terapia fluorkowa (płukanki, substytuty śliny z fluorkiem sodu). W codziennej higienie można stosować płukanki ziołowe z siemienia lnianego, kwaitu malwy i prawoślazu. u pacjentów z resztkową sekrecją śliny można z powodzeniem stosować gumy do żucia bez cukru, gdyż u pacjentów z całkowitym brakiem wydzielania śliny są one tak samo przydatne jak produkty śliny zastępczej. Potwierdzono to w badaniach klinicznych dr Kerr'a i wsp. [16,17]. Aby pobudzić jak największe wydzielanie śliny, można zalecić pacjentowi oprócz leków lub farmakologicznych substancji ślinozastępczych, gumy bez cukru, bezcukrowe landrynki i cukierki. W tych produktach najczęściej występują substancje słodzące: aspartam, xylitol, sacharyna, sorbitol. Mają one właściwości pobudzające ślinianki do sekrecji śliny, a xylitol dodatkowo działa przeciwpróchnicowo. Innym związkiem stosowanym w kserostomii, może być kwas jabłkowy zawarty w owocowych tabletkach bez cukru. Suszone owoce przeżuwane dłużej stymulują ślinianki, ale dodatkowo mogą spowodować wyższe ryzyko powstania próchnicy [18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25]. Pacjenci powinni unikać produktów spożywczych o niskim, kwaśnym pH jak kawa(pH 5.0), napoje gazowane(pH 2.6), alkohol i napoje energetyczne [26, 27], ponieważ w kserostomii zaburzona jest funkcja buforowa śliny, a ciągłe niskie pH powoduje szybszy rozwój próchnicy. Pacjenci powinni zgłaszać się do stomatologa, co pół roku. Pacjenci cierpiący na zespół suchości jamy ustnej nie są ograniczeni w stosowaniu uzupełnień protetycznych, zakładania implantów i odbudowy estetycznej, ale są osobami podlegającymi dokładniejszemu badaniu, zmuszonymi do częstszych wizyt kontrolnych i profesjonalnej higienizacji [28, 29, 30, 31, 32].

Podsumowując, należy podkreślić, że czynnikami wywołującymi kserostomię są nie tylko zmiany fizjologiczne towarzyszące starzeniu się organizmu, ale również leki, czynniki miejscowe oraz ogólnoustrojowe. Terapia zespołu suchości jamy ustnej ma głównie na celu poprawę jakości życia chorego oraz niedopuszczenie do powstania kandydozy, owrzodzeń, zmian zapalnych błon śluzowych, tkanek przyzębia i zębów. Stosowanie preparatów ślinozastępczych powoduje podniesienie komfortu życia, a tym samym lepsze samopoczucie pacjenta. Brak jest na rynku idealnego preparatu ślinozastępczego, który mógłby w pełni zastąpić naturalną ludzką ślinę (funkcję nawilżania, trawienia, bakteriobójczą, immunologiczną). Spośród licznych środków stosowanych miejscowo jak pasty, żele, płukanki żaden nie okazał się na tyle skuteczny, aby suchość ustąpiła całkowicie. Leczenie kserostomii w dzisiejszych czasach jest leczeniem wielospecjalistycznym i zespołowym.

Piśmiennictwo

1. Pichór A., Doboczyńska A.: Suchość jamy ustnej - niedoceniany problem, Medycyna Paliatywna w Praktyce, 2008, 2, 26-28.
2. Moss S: Rola śliny w utrzymaniu zdrowia jamy ustnej. Stom. Współcz., 1994, 2, 154-158.
3. Wincewicz-Pietrzykowska A, Fabiszewski R: Ślina- rola biologiczna, skład i mechanizm wydzielania. cz. I, Czas. Stomatol., 1984, 37, 411-415.
4. Wincewicz-Pietrzykowska A, Fabiszewski R: Ślina- rola biologiczna, skład i mechanizm wydzielania. cz. II., Czas. Stomatol., 1984, 37, 581-587.
5. Jańczuk Z, Szymaniak E: Próchnica zębów. Biblioteka Stomatologa. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 1994.
6. Thanou-Stavraki A., James J.A.: Primary Sjogren's syndrome: current and prospective therapies. Semin. Arthritis. Rheum., 2008, 37, 273.
7. Wu A.J.: Optimizing dry mouth treatment for individuals with Sjögren's syndrome. Rheum. Dis. Clin. North. Am., 2008, 34, 1001.
8. Hay K.D., Thomson W.M.: A clinical trial of the anticaries efficacy of casein derivatives complexed with calcium phosphate in patients with salivary gland dysfunction. Oral Surg. Oral. Med. Oral. Pathol. Oral. Radiol. Endod., 2002, 93, 271.
9. Orzechowska – Juzwenko K., Kotlarek-Haus S.: Chemioterapia nowotworów, Wydawnictwo PZWL, Warszawa, 1990, 205.
10. Furness S., Worthington H.V., Bryan G., , et al.: Interventions for the management of dry mouth: topical therapies. Cochrane Database Syst. Rev. 2011, :CD008934.
11. Fox P.C., Cummins M.J., Cummins J.M.: A third study on the use of orally administered anhydrous crystalline maltose for relief of dry mouth in primary Sjögren's syndrome. J. Altern. Complement. Med., 2002, 8, 651.
12. Spiechowicz E.: Grzybice jamy ustnej. Med. Tour Press. Warszawa, 1998, 54.
13. Hernandez Y.L., Daniels T.E.: Oral candidiasis in Sjögren's syndrome: prevalence, clinical correlations, and treatment. Oral Surg. Oral. Med. Oral. Pathol., 1989, 68, 324.
14. Daniels T.E., Fox P.C.: Salivary and oral components of Sjögren's syndrome. Rheum. Dis. Clin. North. Am., 1992, 18, 571.
15. Papas A.S., Joshi A., MacDonald S.L. et al.: Caries prevalence in xerostomic individuals. J. Can. Dent. Assoc., 1993, 59, 171.

16. Kerr A.R., Corby P.M., Shah S.S., et al.: Use of a mucoadhesive disk for relief of dry mouth: a randomized, double-masked, controlled crossover study. J. Am. Dent. Assoc., 2010, 141, 1250.
17. Aframian D.J., Mizrahi B., Granot I., Domb A.J.: Evaluation of a mucoadhesive lipid-based bioerodable tablet compared with Biotène mouthwash for dry mouth relief--a pilot study. Quintessence Int., 2010, 41, 36.
18. Fox R.I., Stern M., Michelson P.: Update in Sjögren syndrome. Curr. Opin. Rheumatol., 2000, 12, 391.
19. Hay K.D., Morton R.P.: The efficacy of casein phosphoprotein-calcium phosphate complex (DC-CP) [Dentacal] as a mouth moistener in patients with severe xerostomia. N. Z. Dent. J., 2003, 99, 46.
20. Banting D.W., Papas A., Clark D.C., et al.: The effectiveness of 10% chlorhexidine varnish treatment on dental caries incidence in adults with dry mouth. Gerodontology, 2000, 17, 67.
21. Zero D.T.: Are sugar substitutes also anticariogenic? J. Am. Dent. Assoc., 2008, 139, Suppl: 9S -10S.
22. Ly K.A., Milgrom P., Rothen M.: Xylitol, sweeteners, and dental caries. Pediatr. Dent., 2006, 28, 154.
23. Ly K.A., Riedy C.A., Milgrom P., et al.: Xylitol gummy bear snacks: a school-based randomized clinical trial. BMC Oral Health, 2008, 8, 20.
24. Burt B.A: . The use of sorbitol- and xylitol-sweetened chewing gum in caries control. J. Am. Dent. Assoc., 2006, 137, 190.
25. Söderling E.: Controversies around Xylitol. Eur. J. Dent., 2009, 3, 81.
26. Rugg-Gunn A.J., Maguire A., Gordon P.H. et al.: Comparison of erosion of dental enamel by four drinks using an intra-oral applicance. Caries. Res., 1998, 32, 337.
27. Pedersen A.M., Bardow A., Nauntofte B.: Salivary changes and dental caries as potential oral markers of autoimmune salivary gland dysfunction in primary Sjogren's syndrome. BMC Clin. Pathol., 2005, 5, 4.
28. Daniels T.E., Wu A.J.: Xerostomia--clinical evaluation and treatment in general practice. J. Calif. Dent. Assoc., 2000, 28, 933.
29. Wu A.J.: The oral component of Sjögren's syndrome: pass the scalpel and check the water. Curr. Rheumatol. Rep., 2003, 5, 304.

30. Isidor F., Brøndum K., Hansen H.J. et al.: Outcome of treatment with implant-retained dental prostheses in patients with Sjögren syndrome. Int. J. Oral. Maxillofac. Implants., 1999, 14, 736.
31. Bornstein M.M., Cionca N., Mombelli A.: Systemic conditions and treatments as risks for implant therapy. Int. J. Oral. Maxillofac. Implants., 2009, 24, Suppl:12-27.
32. Wood M.R., Vermilyea S.G.: Committee on Research in Fixed Prosthodontics of the Academy of Fixed Prosthodontics. A review of selected dental literature on evidence-based treatment planning for dental implants: report of the Committee on Research in Fixed Prosthodontics of the Academy of Fixed Prosthodontics. J. Prosthet. Dent ., 2004, 92, 447.

Cybulski Mateusz[1], Krajewska-Kułak Elżbieta[1], Orzechowska Anna[3], Manias Sylwia[2], Sowa Paweł [4], Rozwadowska Emilia[1], Guzowski Andrzej[1]

Obraz osób z zaburzeniami słuchu i wzroku w świadomości studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Fonoaudiologii Klinicznej i Logopedii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
3. Dziekanat Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
4. Zakład Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wstęp

Według danych Światowej Organizacji Zdrowia oraz Banku Światowego, zawartych w „Światowym raporcie o niepełnosprawności" z 2011 roku, 15% ludności świata zmaga się z różnymi formami niepełnosprawności i odsetek ten ciągle wzrasta [1]. Sytuacja ta jest determinowana wieloma czynnikami, m.in. postępującym starzeniem się społeczeństwa w ujęciu globalnym, szybkim rozwojem cywilizacyjnym, nowo pojawiającymi się chorobami, czy konfliktami zbrojnymi. W krajach, gdzie toczą się wojny oraz w państwach rozwijających się odnotowuje się najwyższy przyrost osób niepełnosprawnych [2].

Najnowsze dane, dotyczące liczby osób niepełnosprawnych w Polsce pochodzą z Narodowego Spisu Powszechnego, przeprowadzonego w 2011 roku [3] i wskazują, iż liczba osób niepełnosprawnych ogółem wynosiła około 4,7 mln (12,2% populacji Polski). Najczęstszą przyczynę niepełnosprawności stanowiły schorzenia układu krążenia, narządów ruchu oraz schorzenia neurologiczne, a uszkodzenia narządu wzroku i słuchu stwierdzono w dość nikłym odsetku, dotyczyły jednak tysięcy osób i determinowały m.in. obniżenie sprawności w codziennym funkcjonowaniu [3].

Grupą społeczną, mającą największe problemy ze wzrokiem oraz słuchem są osoby starsze i przewiduje się, iż będzie to poważny problemem zdrowia publicznego, wzrastający wraz ze starzeniem się populacji.

Pamiętać należy, iż powyższe schorzenia obniżają jakość życia i determinują wiele negatywnych skutków, jak np. bariery komunikacyjne, depresja, upadki, utrata poczucia własnej wartości oraz zaburzenia funkcji poznawczych [4].

Utrata wzroku oraz zaburzenia widzenia należą do 10 najczęstszych przyczyn niepełnosprawności [4], a ich podstawą są powszechne wśród osób starszych choroby, takie

jak: związane z wiekiem zwyrodnienie plamki żółtej, zaćma, jaskra, retinopatia cukrzycowa oraz zanik nerwu wzrokowego [4]. Powyższe stanowią globalny problem, szczególnie w krajach rozwijających się, gdzie żyje 90% wszystkich niewidomych osób na świecie [5]. Szacuje się, iż ponad $^{2}/_{3}$ osób mających problemy ze wzrokiem, ma ponad 65 lat. Chociaż badania [5] nie wykazują istnienia różnic w częstości występowania zaburzeń widzenia u osób starszych, pomiędzy płcią żeńską i męską, to w rzeczywistości spotyka się więcej niewidomych kobiet, niż mężczyzn, ponieważ średnie przeciętne trwanie życia kobiet jest dłuższe, niż w wypadku mężczyzn [5].

Utrata słuchu jest kolejnym, równie istotnym jak problemy z widzeniem, zaburzeniem komunikacyjnym osób starszych, występującym nie tylko u ok. 90% osób powyżej 80 roku życia, ale także u 20,6% osób dorosłych w wieku 48-59 lat, częściej u mężczyzn, niż u kobiet [5].

Leczenie osób niepełnosprawnych stanowi wielkie wyzwanie dla systemów ochrony zdrowia. Badania przeprowadzone przez Andersona i wsp. [6] wykazały, że koszty niepełnosprawności w Stanach Zjednoczonych pochłaniają prawie 400 miliardów dolarów, a pacjenci z niepełnosprawnością płacą zwykle 3,5 razy więcej niż osoby w pełni sprawne.

W literaturze przedmiotu [cyt. za 7] zwraca się uwagę, iż osoby pochodzące z różnych krajów różnią się pomiędzy sobą pod względem postaw wobec osób niepełnosprawnych. Najbardziej pozytywne postawy przejawiają Niemcy, Anglicy i Włosi, mniej pozytywne – Chińczycy, Grecy oraz Arabowie. W każdej z tych narodowości najbardziej akceptowano osoby chore na astmę, cukrzycę, mające problem z układem krążenia i choroby stawów, a najmniej – osoby chore na AIDS, niepełnosprawne umysłowo oraz chore psychicznie [cyt. za 7].

Uważa się, że negatywne postawy wobec osób niepełnosprawnych mogą wystąpić szczególnie wtedy, gdy charakteryzują się one takimi cechami, jak np. manifestowanie kalectwa, zbytnie żądanie przywilejów, unikanie innych osób, zamykanie się w sobie, uskarżanie się na inwalidztwo, bierność i poddanie się z rezygnacją losowi, kpiące z kalectwa zachowanie się, a także złośliwość, agresywność czy nieliczenie się z innymi [cyt. za 7].

Studenci kierunków działających na Wydziałach Nauk o Zdrowiu w przyszłej swojej pracy zawodowej na co dzień będą mieli styczność z osobami niepełnosprawnym, w tym mającymi problemy wzrokowo-słuchowe, dlatego powinni być odpowiednio przygotowani do pracy z takimi osobami, uwrażliwieni na obcowanie z osobami niepełnosprawnymi oraz przejawiać postawy pełne empatii.

Od absolwentów tych Wydziałów w bardzo dużej mierze zależy bowiem los osób niepełnosprawnych. Zadaniem pielęgniarek jest troska i zapewnienie odpowiedniej pielęgnacji tym osobom, fonoaudiolog powinien trafnie przeprowadzić badanie oraz umieć rozpoznać ewentualną wadę słuchu, zaś specjalista zdrowia publicznego powinien czuć się zobligowany do tworzenia takich dokumentów i rozwiązań administracyjnych, które będą korzystne dla wszystkich osób niepełnosprawnych.

Cel pracy

Celem pracy była ocena postaw studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku wobec osób z zaburzeniami wzroku i słuchu.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono w okresie 15 luty – 8 marca 2013 roku w grupie 150 studentów studiów stacjonarnych I° i II° Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku na kierunkach: dietetyka (7,3%), elektroradiologia (11,3%), fizjoterapia (12,0%), logopedia z fonoaudiologią (10,0%), pielęgniarstwo (8,0%), położnictwo (16,7%), ratownictwo medyczne (5,3%) oraz zdrowie publiczne (29,3%). Badaną grupę stanowiło 136 kobiet (90,7%) i 14 mężczyzn (9,3%).

Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety za pomocą portalu www.ankietka.pl oraz podczas zajęć dydaktycznych.

Kwestionariusz ankiety zawierał 23 pytania, w tym 2 otwarte. Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (uchwała nr *R-I-002/250/2011*).

W trakcie zbierania i przetwarzania danych przestrzegano zapisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych. Zebrane dane opracowano statystycznie przy użyciu programu Microsoft Excel 2010.

Wyniki

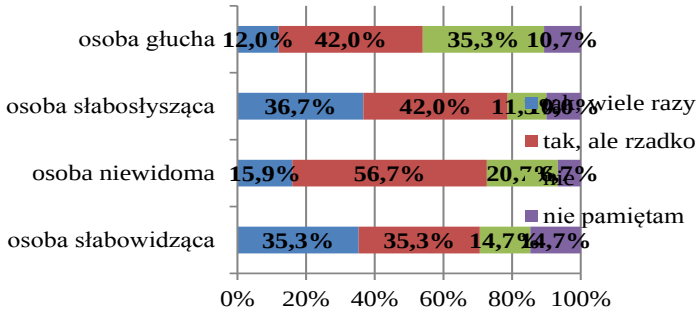
Najliczniejszą grupę stanowili studenci w wieku 24 lat (21,3%). Pozostałą liczebność próby z uwzględnieniem wieku obrazuje Tabela I.

Tabela I. Liczebność grupy z uwzględnieniem wieku respondentów

Wiek	Liczebność
19 lat	6,7% (10)
20 lat	10,0% (15)
21 lat	16,7% (25)
22 lata	20,7% (31)
23 lata	15,3% (23)
24 lata	21,3% (32)
25 lata	4,7% (7)
> 25 lat	4,7% (7)
Razem	**100,0% (150)**

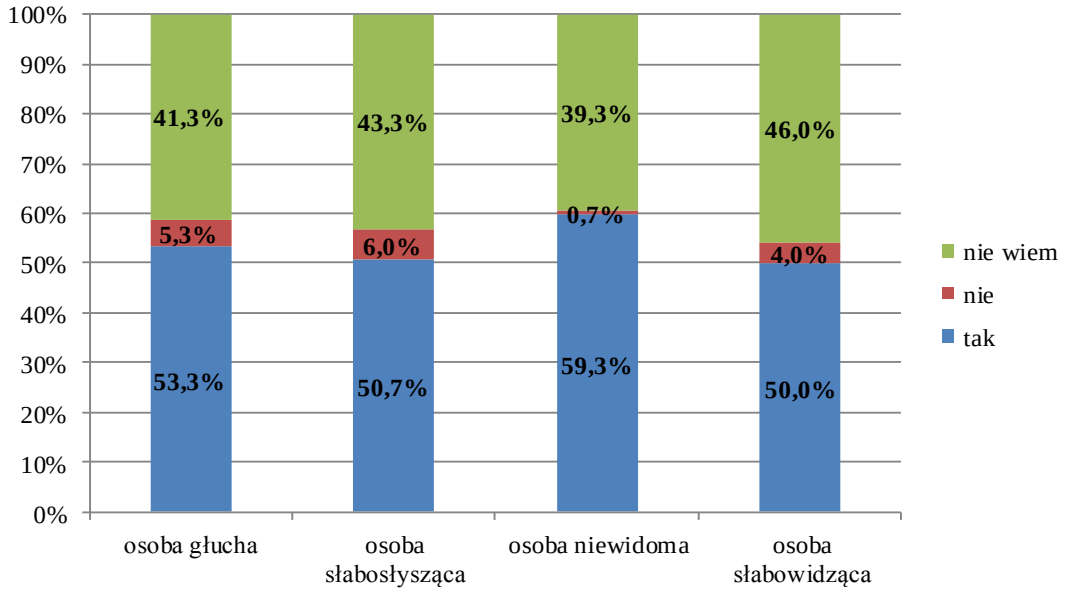
Ponad 76,0% badanych studentów było mieszkańcami miasta, a 23,3% mieszkało na wsi.

Ankietowani studenci najczęściej rzadko mieli do czynienia z osobami z wadą wzroku lub słuchu. Tylko w przypadku osoby słabowidzącej odnotowano taki sam rozkład odpowiedzi przy opcjach „tak, wiele razy" i „tak, ale rzadko" (35,3%). Szczegółowe wyniki prezentuje Rycina 1.



Rycina 1. „Czy spotkał(-a) Pan/Pani osobiście poniższe osoby?"

Ponad połowa respondentów chciałaby poznać osobiście osobę z zaburzeniami wzroku lub słuchu. Największy odsetek takich odpowiedzi (59,3%) odnotowano w przypadku osoby niewidomej. Pozostałe wyniki przedstawia Rycina 2.



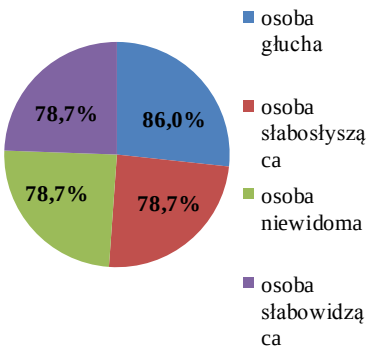
Rycina 2. „Czy chciałby Pan/chciałaby Pani osobiście poznać poniższe osoby”?

Zdecydowana większość ankietowanych uważała, że osoby z zaburzeniami wzroku i słuchu powinny zawierać małżeństwa (93,3%), „mieć dzieci” (88,7%) oraz „pracować zawodowo” (86,7%). Szczegółowe wyniki zaprezentowane zostały w Tabeli II.

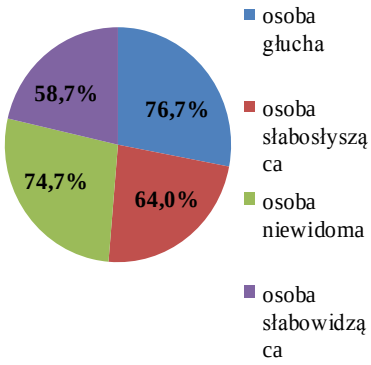
Tabela II. Opinie studentów na temat czynności, jakie powinny podejmować osoby z niepełnosprawnością słuchowo-wzrokową

Czy Pana/Pani zdaniem osoby z zaburzeniami wzroku i słuchu powinny…?		Odpowiedzi
pracować zawodowo	tak	86,7% (130)
	nie	13,3% (20)
zawierać małżeństwa	tak	93,3% (140)
	nie	6,7% (10)
mieć dzieci	tak	88,7% (133)
	nie	11,3% (17)
jeździć samochodem	tak	11,3% (17)
	nie	88,7% (133)
opiekować się osobami młodszymi niż one same	tak	48,0% (72)
	nie	52,0% (78)

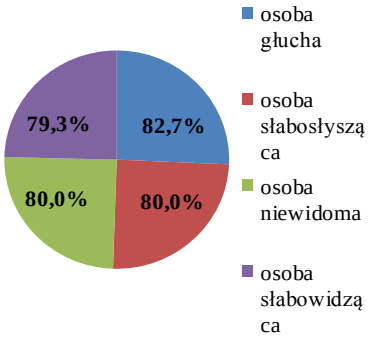
Potrzeba zrozumienia przez inne osoby



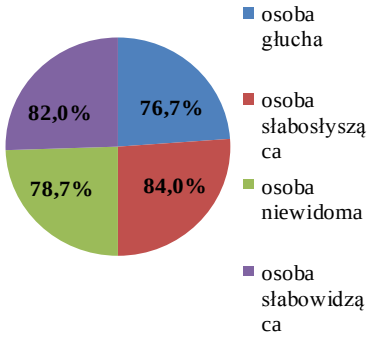
Poznanie i doskonalenie form komunikacji (jezyk migowy, alfabet Braille'a)



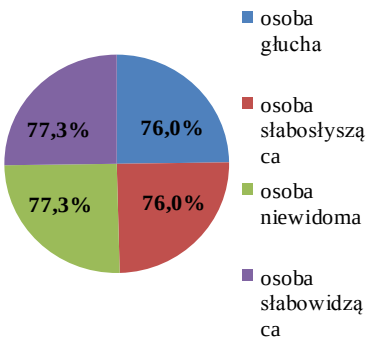
Integracja z innymi osobami



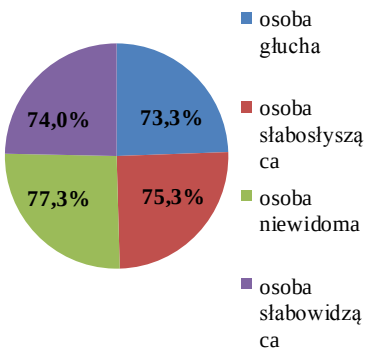
Możliwość realizacji zawodowej

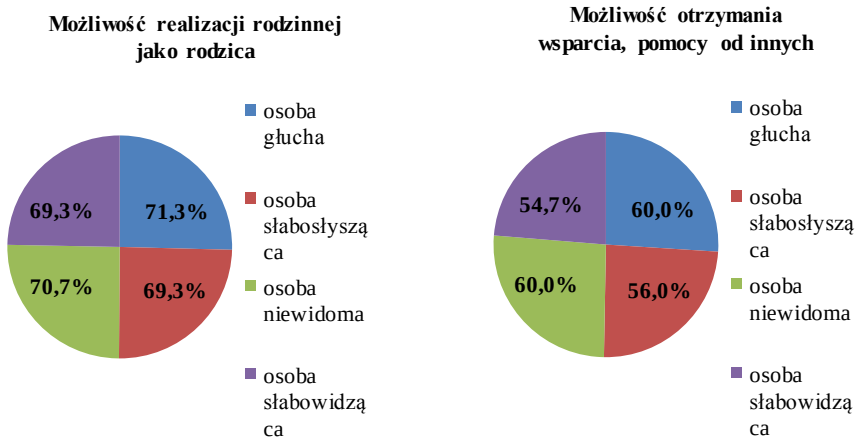


Możliwość realizacji społecznej



Możliwość realizacji rodzinnej jako współmałżonka





Rycina 3. „Jakie Pana/Pani zdaniem wartości są istotne dla poniższych osób?"

Zdaniem respondentów istnieje wiele wartości, które są istotne dla osób z zaburzeniami wzroku i słuchu.

Badani byli przekonani, iż najważniejszą wartością wśród osób:

- głuchych jest potrzeba zrozumienia przez inne osoby (86,0%)
- słabosłyszących i słabowidzących – możliwość realizacji zawodowej (odpowiednio 84,0% i 82,0%)
- niewidomych – integracja z innymi osobami (80,0%).

Pozostałe odpowiedzi przedstawia powyższa Rycina 3.

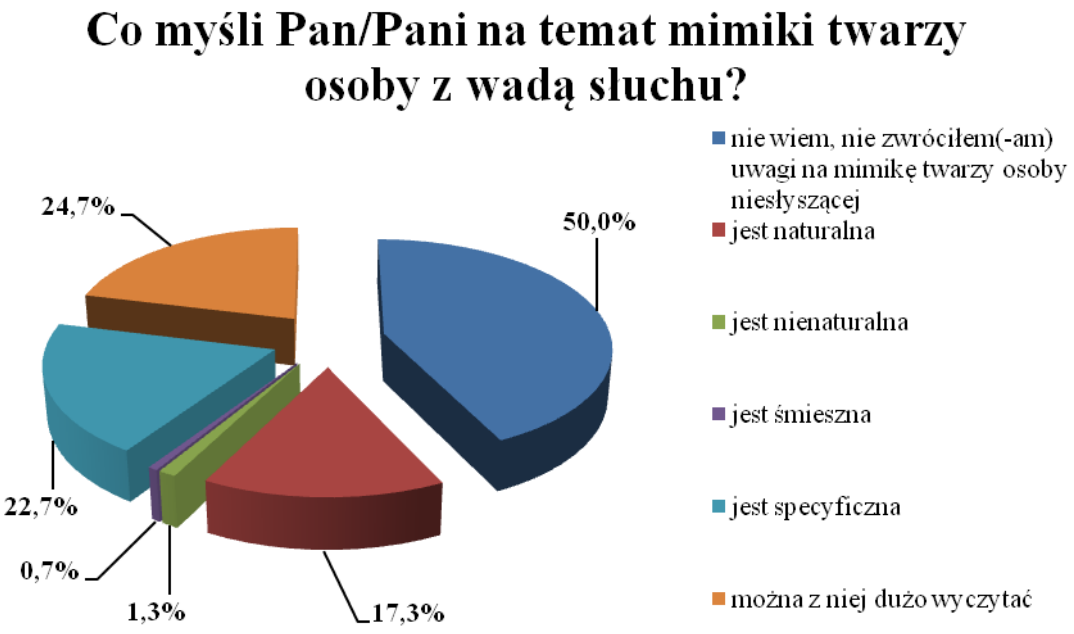
W sytuacji podróży środkiem komunikacji miejskiej z osobą z zaburzeniami wzroku lub słuchu zdecydowana większość respondentów (ponad 90,0%) traktowałaby je tak samo, jak inne osoby, które się tam znajdują (Tabela III).

Połowa badanych studentów uznała, że nigdy nie zwróciła uwagi na mimikę twarzy osoby z wadą słuchu. Taki sam odsetek ankietowanych stwierdził, iż naturalnym zachowaniem jest noszenie czarnych okularów przez osoby z wadą wzroku (Rycina 4 i 5).

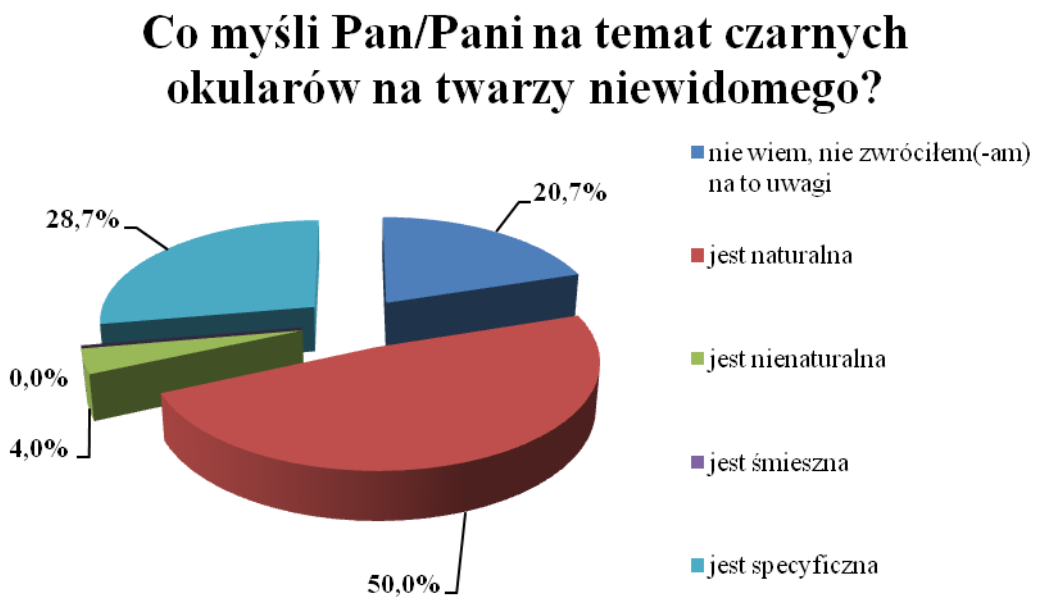
Większość studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, bez chwili wahania, pomagałaby osobie z niepełnosprawnością wzrokową lub słuchową, gdyby ta takiej pomocy potrzebowała. Szczegółowe odpowiedzi przedstawia Tabela IV.

Tabela III. Reakcje respondentów na przebywanie z osobami niepełnosprawnymi wzrokowo i słuchowo w miejscach publicznych.

Jest P. w tramwaju/autobusie/na ulicy/w sklepie i widzi P. dwie osoby porozumiewające się za pomocą języka migowego lub osobę poruszającą się z białą laską. Jak się P. zachowuje lub jak by się P. zachował (-a) w takiej sytuacji?	*uporczywie patrzę na te osoby*	*patrzę ukradkiem na te osoby*	*odwracam się i unikam kontaktu wzrokowego z takimi osobami*	*osoby te traktuję tak samo jak innych znajdujących się w tramwaju/autobusie/na ulicy*	*podchodzę i mówię do osoby, aby sprawdzić, czy osoba naprawdę nie słyszy lub nie widzi*
	odp.	***odp.***	***odp.***	***odp.***	***odp.***
osoba głucha	0,7% (1)	14,0% (21)	0,0% (0)	90,0% (135)	0,0% (0)
osoba słabosłysząca	1,3% (2)	6,7% (10)	2,7% (4)	92,7% (139)	0,7% (1)
osoba niewidoma	1,3% (2)	14,0% (21)	0,0% (0)	90,7% (136)	0,0% (0)
osoba słabowidząca	0,7% (1)	6,0% (9)	1,3% (2)	94,0% (141)	1,3% (2)



Rycina 4. Opinia respondentów na temat mimiki twarzy osób z wadą słuchu.



Rycina 5. Opinia respondentów na temat czarnych okularów na twarzy niewidomego.

Tabela IV. Postawy studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku wobec udzielenia pomocy osobie z zaburzeniami wzroku lub słuchu.

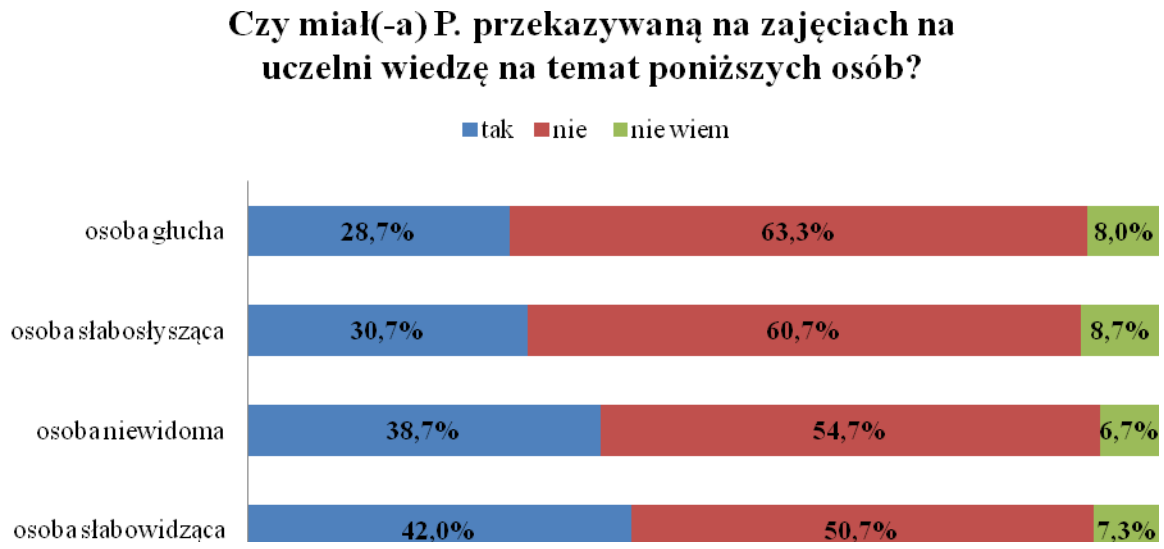
Co by Pan/Pani zrobił(-a) w przypadku, gdy osoba z zaburzeniami słuchu lub wzroku potrzebuje pomocy?	*pomagam bez chwili wahania*	*chciałbym/chciałabym pomóc, ale nie wiem jak*	*nie pomogę, bo boję się bariery komunikacyjnej*	*nie pomogę, mi też nikt nie pomaga*	*nie odczuwam chęci udzielenia pomocy*	*nie wiem*
	odp.	***odp.***	***odp.***	***odp.***	***odp.***	***odp.***
osoba głucha	73,3% (110)	20,0% (30)	1,3% (2)	0,0% (0)	0,0% (0)	6,0% (9)
osoba słabosłysząca	81,3% (122)	12,7% (19)	0,0% (0)	0,7% (1)	0,0% (0)	5,3% (8)
osoba niewidoma	78,0% (117)	16,0% (24)	0,7% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	6,0% (9)
osoba słabowidząca	82,7% (124)	11,3% (17)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,7% (1)	4,7% (7)

Respondenci w większości uważali, że osoby niewidome i głuche, jak też osoby słabosłyszące i słabo widzące, mają utrudnione życie, na przykład ze względu na barierę komunikacyjną (Tabela V).

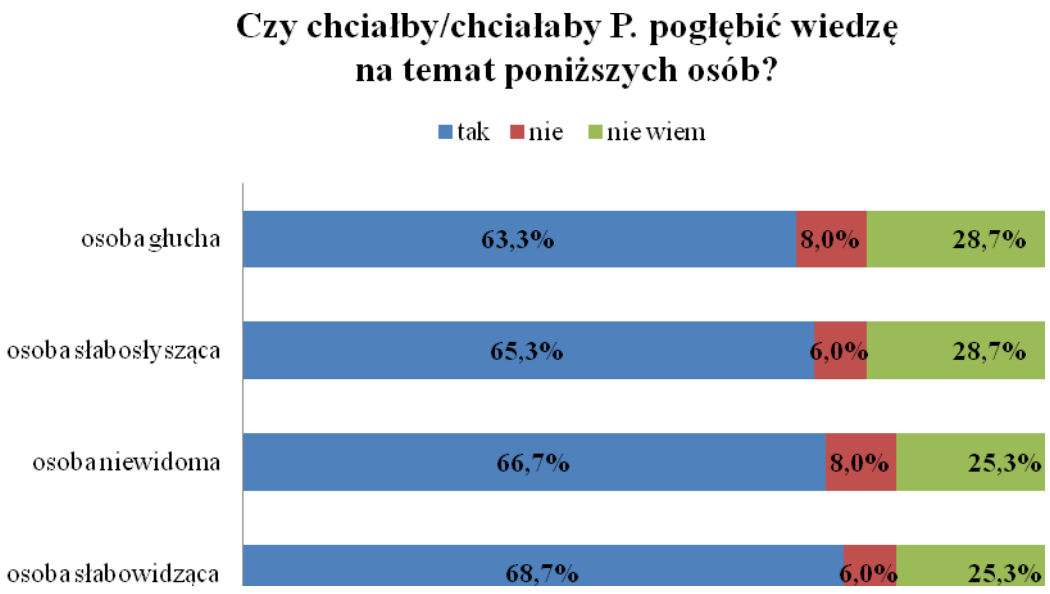
Tabela V. Postawy respondentów wobec funkcjonowania osób z niepełnosprawnością wzrokową i słuchową w świecie.

Jak Pan/Pani myśli, jak poniżej wymienione osoby funkcjonują w świecie?	*tak samo jak każdy*	*mają utrudnione życie, np. ze względu na barierę komunikacyjną*	*mają lepiej, bo mają specjalne przywileje*	*nie wiem*
	odp.	***odp.***	***odp.***	***odp.***
osoba głucha	6,0% (9)	86,0% (129)	1,3% (0)	6,7% (10)
osoba słabosłysząca	20,7% (31)	71,3% (107)	0,0% (4)	8,0% (12)
osoba niewidoma	6,0% (9)	86,0% (129)	0,7% (0)	7,3% (11)
osoba słabowidząca	21,3% (32)	70,0% (105)	0,7% (2)	8,0% (12)

Alarmującym wydaje się być fakt, że ponad połowa badanych podała, iż nie mieli zajęć, na których poruszana była tematyka osób z zaburzeniami wzroku i słuchu. W związku z tym $^{2}/_{3}$ respondentów wykazało zainteresowanie poszerzeniem wiedzy w powyższym zakresie. Faktyczna sytuacja przedstawiona została na Rycinie 6 i 7.



Rycina 6. Liczba przekazywanej wiedzy w zakresie osób z zaburzeniami wzroku i słuchu w opinii respondentów.



Rycina 7. Ilość przekazywanej wiedzy oraz chęć jej pozyskania w zakresie osób z zaburzeniami wzroku i słuchu w opinii respondentów.

Dyskusja

Z punktu widzenia biologicznego, za Brzuzy [8], osoby niepełnosprawne, w tym z zaburzeniami wzroku i słuchu zostali gorzej wyposażeni w możliwość dostosowania się do istniejących warunków życia, bardzo często już od urodzenia muszą zmagać się z licznymi przeciwnościami losu, a co się z tym wiąże mają oni znacznie mniejsze szanse osiągnięcia w życiu sukcesu, a niżeli ich „zdrowi" rówieśnicy.

Istotny jest także, za Casten i Rovner [9] stan psychiczny chorych, ponieważ osoby tracące wzrok nie chcą pogodzić się ze swoim kalectwem, ze swoją niepełnosprawnością, nie chcą zaakceptować istniejącego stanu rzeczy.

Problem zdrowotny często prowadzi do niesamodzielności, skazuje osoby chore na opiekę i pomoc innych osób, i jednocześnie powoduje, iż osoba niepełnosprawna ma świadomość własnego uzależnienia się od innych, co w sposób negatywny wpływa na jej samopoczucie i poczucie własnej wartości. Takie osoby narażone często są również na doświadczanie nieprzyjemnych i traumatycznych przeżyć związanych z procesami leczenia i rehabilitacji [10].

Nie można także pominąć aspektu ekonomicznego - osoby te mają większe trudności ze znalezieniem pracy, ich zarobki są niewielkie, a przyznawane renty nie zapewniają minimum socjalnego [cyt. za 8]. Brak pracy, za Ossowski [cyt. za 11] może powodować

subiektywne poczucie niewykorzystania posiadanych zdolności, a także może być źródłem spostrzegania siebie jako osoby bezwartościowej. Jednocześnie niski status materialny często powoduje poczucie beznadziejności i całkowitą rezygnację życiową.

Nie bez znaczenia jest problem niepełnosprawności w odniesieniu do oddziaływań społecznych. Osoby niewidome często doświadczają marginalizacji społecznej. Wynika ona z negatywnych i stereotypowych postaw społecznych, a zetknięcie się z niechęcią zdrowej części społeczeństwa prowadzi do samotności i alienacji. Takie typy postawy nieufności i braku akceptacji wynikają zazwyczaj z niewiedzy, nieumiejętności zachowania się wobec osoby niepełnosprawnej, a także chęci dowartościowania swojej osoby kosztem innych [12].

W literaturze przedmiotu [7, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22] wielokrotnie podkreślano wielowymiarowość postaw otoczenia wobec osób niepełnosprawnych.

Według Sękowskiego [22] postawy i oczekiwania ludzi pełnosprawnych wobec osób niepełnosprawnych przeważnie są negatywne.

Larkowa [15] zwraca uwagę na wpływ pięciu czynników na kształtowanie powyższych postaw, takich jak: środowisko społeczne, warunki ekonomiczne, widok nietypowych cech fizycznych, rodzaje kontaktów z osobami niepełnosprawnymi oraz informacje o tych osobach.

Witkowska [17] podaje, iż Jones i Guskin wyszczególniają osiem takich czynników: przedmiot i podmiot postawy, uwarunkowania wyrażania się postaw, determinanty charakteru postaw, konsekwencje, metodologię badań, teoretyczne podstawy badań oraz etyczne aspekty problemu.

W opinii ankietowanych przez Stankiewicza [19], niepełnosprawni spotykają się na ulicy raczej z nieprzyjemnymi reakcjami, takimi jak: niezdrowa ciekawość (47,83%), obojętność (30,43%), wrogość (8,7%).

Młodzież z badania Jasińskiej-Kani i Staszyńskiej [23] była wyraźnie otwarta na osoby niepełnosprawne.

W grupie siedemnastolatków z opracowania Biegańskiej [24] tylko jedna osób uznała stosunek Polaków do osób niepełnosprawnych jako bardzo dobry. Jako „dość dobry" określało go 17 osób, jako raczej „niedobry" -18, a „zły" - 7 osób.

W badaniu Krajewskiej-Kułak i wsp. [25] przeprowadzonych w grupie 101 studentów I roku kierunku pielęgniarstwo, ankietowani w 39,6% twierdzili, iż stosunek większości ludzi w naszym kraju do osób niepełnosprawnych jest dość dobry. W opinii badanych niepełnosprawni powinni zawierać małżeństwo (81,7%), mieć dzieci (94,1%), pracować

(81,2%), jeździć samochodem (47,5%), uczyć się w klasach integracyjnych (72,9%), a opiekować się nimi powinna z reguły rodzina (79,2%).

Wyniki badania CBOS z 2007 roku [18] wykazały, iż przeważająca większość ankietowanych (79%) uważała, że ludzie niepełnosprawni, jeśli chcą i mogą, powinni pracować, nawet gdy renta wystarcza im na utrzymanie. Przeciwny pogląd wyrażało 16% respondentów. Ponadto 61% badanych przyznało, że oprócz wynagrodzenia za pracę powinni oni pobierać również rentę. Co szósty respondent (17%) był przeciwny łączeniu pensji i renty, a 12% uważało, że w poszczególnych przypadkach powinno to zależeć od okoliczności. Zdecydowana większość Polaków (76%) opowiadała się za zatrudnianiem osób niepełnosprawnych razem ze zdrowymi pracownikami, natomiast 17% popierało segregacyjny model zatrudnienia [18]. O tym, iż niepełnosprawni powinni pracować, przekonanych było ponad 95% respondentów badanych przez Stankiewicza [18], ale jednocześnie ponad 82% było zdania, że ta praca nie powinna się odbywać w specjalnych zakładach zatrudniających samych inwalidów.

Obecnie ankietowani studenci w zdecydowanej większości reprezentowali postawę otwartości wobec osób z zaburzeniami wzroku i słuchu. Uważali, że osoby takie są w stanie prowadzić normalne życie pracując zawodowo (86,7%), zawierać małżeństwa (93,3%) i posiadać dzieci (88,7%). Jednocześnie ponad połowa (52%) badanych twierdziła, że niepełnosprawni słuchowo lub wzrokowo nie powinni samodzielnie opiekować się osobami młodszymi niż oni sami. Zdecydowana większość (88,7%) respondentów oceniała, że osoby dotknięte ww. niepełnosprawnością nie powinny prowadzić samochodu.

W badaniu Krajewskiej-Kułak i wsp. [25] studenci najczęściej deklarowali, iż osoby niepełnosprawne znają, ale niezbyt dobrze lub tylko z widzenia (25,7%). W swoim otoczeniu 24,8% badanych, ma lub miało osoby niepełnosprawnymi wśród znajomych, przyjaciół, a 23,8%, ma lub miało, takie osoby w rodzinie Pozostałe osoby twierdziły, iż nie znają takich osób (11,9%) lub nie mają żadnego kontaktu z nimi (9,9%).

Większość obecnie ankietowanych studentów miała sporadyczne kontakty albo nie spotkała wcale osób całkowicie niesłyszących lub niewidomych. Jedynie osoby słabowidzące i słabosłyszące były spotykane przez większość studentów często lub sporadycznie.

Zasadne wydaje się być podejrzenie, że znaczna część badanych studentów opierała swój pogląd na temat niepełnosprawnych słuchowo i wzrokowo o zindywidualizowany system wartości, często niezweryfikowany przez osobiste poznanie takich osób. W związku z tym można postawić pytanie, w jaki sposób zmieniłyby się postawy badanych, gdyby mieli oni możliwość osobistego poznania osób z opisywaną niepełnosprawnością?

Studenci z opracowania Krajewskiej-Kułak i wsp. [25], za grupy niepełnosprawnych, którym najtrudniej jest funkcjonować, uznały osoby: z uszkodzonym narządem ruchu (31,7%), niewidome (27,7%), niedostosowane społecznie (26,7%), z głębszymi zaburzeniami mowy (21,8%) lub głuche (15,8%).

W obecnych badaniach wydaje się, iż duże znaczenie w postrzeganiu osób niepełnosprawnych słuchowo i wzrokowo przez studentów może mieć także fakt, że ponad połowa respondentów nie miała zajęć dydaktycznych, w ramach których podejmowana byłaby problematyka ww. niepełnosprawności. Mogłoby to sugerować, że w istotnej części postawy respondentów wobec osób z zaburzeniami wzroku i słuchu nie są budowane w oparciu o wiedzę zdobytą na uczelni. Fakt, że ponad 2/3 ankietowanych zgłaszało potrzebę pogłębienia wiedzy na temat zagadnień związanych z utratą wzroku lub słuchu, powinien zostać wzięty pod uwagę przy tworzeniu przyszłych programów nauczania.

Obecnie ankietowani studenci wskazali wiele potrzeb i wartości charakterystycznych dla osób niesłyszących lub niewidzących, takich jak potrzeba zrozumienia przez inne osoby, możliwość realizacji zawodowej, czy integracja z innymi osobami.

W badaniu Krajewskiej-Kułak i wsp. [25] wykazano, iż większość studentów pielęgniarstwa podjęłaby się opieki nad niepełnosprawnymi, w tym z reguły nad młodzieżą (75,3%), a następnie nad dorosłymi (70,3%), nad osobami starszymi (70,3%) i nad dziećmi (44,5%). Osobami niedowidzącymi opiekowało by się 71,3% studentów, niewidomymi - 79,2% badanych, słabo słyszącymi - 81,1% studentów, a głuchymi - 76,3% badanych [25].

Badani Stankiewicza [19] w większości włączyliby się w akcję wolontarystycznej pomocy niepełnosprawnemu sąsiadowi (ponad 78%), nie mieliby nic przeciwko powstaniu w sąsiedztwie ośrodka dla niepełnosprawnych umysłowo (prawie 74%), ale jednocześnie znaczna część (prawie 22%) nie zabrała głosu w tej sprawie.

Obecni respondenci deklarowali jednocześnie chęć udzielenia pomocy takim osobom twierdząc, że bariera komunikacyjna w postaci utraty słuchu lub wzroku stanowi duże utrudnienie w codziennym życiu.

Najważniejsze, w opinii studentów kierunku pielęgniarstwo, z badania Krajewskiej-Kułak i wsp. [25] trudności, na jakie w życiu codziennym napotykają niepełnosprawni, związane są ze znalezieniem pracy (65,3%), prowadzeniem gospodarstwa domowego (52,5%), odrzuceniem przez przyjaciół (49,5%), nie realizowaniem marzeń rodzicielskich (50,5%) oraz odrzuceniem przez rodzinę (44,6%). Za grupy niepełnosprawnych, którym najtrudniej jest funkcjonować, uznały osoby: z uszkodzonym narządem ruchu (31,7%), niewidome (27,7%),

niedostosowane społecznie (26,7%), z głębszymi zaburzeniami mowy (21,8%) lub głuche (15,8%) [25].

Pankiewicz i wsp. [21] wykazali, iż niepełnosprawni fizycznie, w przeważającej większości (49,3%) uważali sytuację życiową osób psychicznie chorych za zdecydowanie gorszą (26,44%) i raczej gorszą (22,98%) w porównaniu do sytuacji życiowej innych niepełnosprawnych.

W XXI wieku coraz bardziej powszechne i popularne stają się wszelkie nośniki elektroniczne, których użycie wymaga wykorzystania zmysłu wzroku i słuchu. Szczególnie wśród ludzi młodych obserwuje się coraz dłuższy czas spędzania przed monitorem komputera oraz głośne słuchanie muzyki. Powoduje to dużo większe obciążenie narządów wzroku i słuchu, a w konsekwencji, przy uwzględnieniu czynnika czasu, może prowadzić do zaburzeń w ich funkcjonowaniu.

Konieczne jest zatem wykorzystanie pozytywnych, nastawionych na duże zrozumienie postaw osób młodych wobec niepełnosprawnych słuchowo lub wzrokowo i uzupełnienie ich o wiedzę nt. zagrożeń wynikających z wykorzystywanych w codziennym życiu urządzeń elektronicznych.

W celu zmiany postaw społecznych wobec osób niepełnosprawnych, które są wynikiem pewnego stereotypu funkcjonującego w społeczeństwie, stającym się barierą w postrzeganiu i funkcjonowaniu osób niepełnosprawnych, są coraz liczniejsze kampanie społeczne.

Nie każdy wie, iż głusi posiadają własna historię, dziedzictwo kulturowe, które pielęgnują, rozwijają i przekazują z pokolenia na pokolenie, że wydają periodyk „*W świecie ciszy*”, że organizowane są liczne kampanie społeczne uwrażliwiające społeczeństwo na problemy tej grupy chorych

Niestety, większość (82,2%) studentów z badania Krajewskiej-Kułak [25] nie potrafiła wymienić żadnej kampanii społecznej dotyczącej osób niepełnosprawnych, a reszta wskazała jedynie:

- akcję „Niepełnosprawni-pełnosprawni w pracy” - realizowaną przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i mającą na celu tworzenie większych możliwości zatrudniania osób niepełnosprawnych na otwartym rynku pracy
- działania Fundacji „Nie jesteś sam”, założonej przez TVN w 2001 roku
- akcje Stowarzyszenia „Razem łatwiej”, zajmującą się niesieniem pomocy osobom potrzebującym, znajdującym się w trudnej sytuacji życiowej, a także osobom starszym i samotnym.

Podobnie zdecydowana większość (86,1%) studentów nie potrafiła wymienić żadnej organizacji działającej na rzecz osób niepełnosprawnych [25].

W Polsce organizowanych jest wiele kampanii skierowanych bezpośrednio do:

- osób niewidomych i niedowidzących, jak np. *"Spójrz Dziecku w Oczy", Dni Badań Okulistycznych Noworodków i Niemowląt"* [26], „Niewidomi kelnerzy" [27], „Mapy dla niewidomych" [28], „*Co widza niewidome dzieci*?" [29], czy „*Zobacz przez dotyk*" [30], „*Rower dla niewidomych*" [31]
- osób głuchych i niesłyszących, jak np. *"Zauważ nasze słowa"* [32], '"*Usłysz krzyk niesłyszących*" [33]

Podsumowaniem obecnych badań i rozważań może być hasło Międzynarodowego Festiwalu Kultury Głuchych The Deaf Way II (2002 rok.), The Gallaudet University, Waszyngton DC, USA - *„Głusi mogą wszystko... oprócz słyszenia"* [34].

Wnioski

1. Studenci Wydziału Nauk o Zdrowiu UMB w zdecydowanej większości wykazywali pozytywne postawy wobec osób z niepełnosprawnością wzrokową i słuchową.
2. Istnieje konieczność wzbogacenia programów nauczania na kierunkach tworzących Wydziały Nauk o Zdrowiu w treści obejmujące wiedzę w zakresie osób z zaburzeniami wzroku i słuchu.

Piśmiennictwo

1. World Health Organization [WHO] and the World Bank [WB]. Summary: World Report on Disability 2011, 7-8.
2. Durocher J., Lord J, Defranco A.: Disability and global development. D.H.J. , 2012, 5, 132-135.
3. http://www.niepelnosprawni.gov.pl/niepelnosprawnosc-w-liczbach-/dane-demografi czne/, data pobrania 29.04.2013.
4. Wallhagen M., Pettengill E., Whiteside M.: Sensory impairment in older adults. 1. Hearing loss. Am. J. Nur.,, 2006, 106, 40.
5. Touhy T.A.: Communicating with older adults. [In:] Touhy TA, Jett KF. Ebersole & Hess' Toward Healthy Aging, 8th Edition. Elsevier Mosby, St. Louis 2012, 81-106.
6. Anderson W.L., Wiener J.M., Finkelstein E.A., Armour B.S.: Estimates of national health care expenditures associated with disability. J. Disabil. Pol. Stud., 2011, 21, 230-240.
7. Zasępa E., Czabała Cz., Starzomska M.: Postawy wobec niepełnosprawności i osób

niepełnosprawnych. Człowiek-niepełnosprawność-społeczeństwo, 2005, 1, 23-36.

8. Brzuzy G.: Uszkodzenie wzroku a poczucie jakości życia, Rocznik Naukowy Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej w Bydgoszczy Nauki o Edukacji, 3, 137-150, http://www.kpsw.edu.pl/menu/pobierz/ NOE3/137_Grzegorz%20Brzuzy.pdf, data pobrania 29.04.2013.
9. http://www.kpsw.edu.pl/menu/pobierz/NOE3/137_Grzegorz%20Brzuzy.pdf, data pobrania 29.04.2013.
10. Casten R.., Rovner B.: Depression in age-related macular degeneration. J. Vis. Impair. Blind., 2008, 102, 591–599.
11. Oleś P.: Jakość życia w zdrowiu i chorobie [w:] Jak świata mniej widzę: zaburzenia widzenia a jakość życia. Oleś P., Steuden S., Toczołowski J. (red.), Wydawnictwo KUL, Lublin 2002, 37-42.
12. Ossowski R.: Pedagog specjalny wobec współczesnych problemów życiowych osoby niepełnosprawnej. [w:] Rehabilitacja niewidomych i słabo widzących. Kuczyńska-Kwapisz J. (red.). Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej, Warszawa 1996, 6-10.
13. Patkiewicz J.: Jakość życia dzieci i młodzieży niepełnosprawnej w Polsce i w krajach Unii Europejskiej. Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem Oddział Wojewódzki, Wrocław 2004.
14. Kossewska J.: Społeczeństwo wobec osób niepełnosprawnych - postawy i ich determinanty. Studia Psychologica I., 2003, 14, 1-11.
15. Larkowa H.: Postawy społeczne wobec osób z odchyleniami od normy [w:] Pedagogika rewalidacyjna, A. Hulek (red.). PWN, Warszawa 1988, 479.
16. Witkowski T.: Rozumieć problemy osób niepełnosprawnych (13 rodzajów niepełnosprawności). Wydawnictwo MDBO, Warszawa 1996.
17. Witkowska B.: Osobowościowe uwarunkowania postaw wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Prz. Psychol., 2001, 44, 239–254.
18. Chajda E.: Postawy wobec osób niepełnosprawnych. Badanie CBOS. Komunikat z badań. BS/169/2007, Warszawa, 2007, 11, 1-25.
19. Stankiewicz P.: Raport Z Badania Postaw Wobec Osób Niepełnosprawnych. Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Problemami Emocjonalnymi „SPOZA", Warszawa, 2008, 1-16.
20. Pankiewicz P., Erenc J., Lemska M.: Sytuacja społeczna niepełnosprawnych psychicznie postrzegana przez niepełnosprawnych fizycznie. Wyniki badań. Ann.

Acad. Med. Gedan., 2002, 32, 185-191.

21. Kowalik St.: Bariery utrudniające włączanie osób niepełnosprawnych w życie społeczne. Próba sformułowania nowego podejścia teoretycznego. Nauka, 2007, 3,43-69
22. Sękowski T.: Analiza ilościowa i jakościowa zmian w nasileniu cech osobowościowych uczestników projektu. Raport z badań rezultatów miękkich przeprowadzonych w ramach projektu. „Per linguas mundi ad laborem (przez języki świata do pracy)" *Iw equal*, www.kul.pl/files/292/files/Tomasz_Sekowski_raport.doc, data pobrania 29.04.2013.
23. Jasińska-Kania A., Staszyńska K.M.: Diagnoza postaw młodzieży województwa podlaskiego wobec odmienności kulturowej. Wydawnictwo Biały Kruk, Białystok 2008.
24. Biegańska A.: Model niepełnosprawności w mediach a postawy wobec osób niepełnosprawnych. Szkoła specjalna, 2005, 42-78.
25. Krajewska-Kułak E., Kułak W., Łukaszuk C., Lewko J. i wsp.: Postawy studentów kierunku pielęgniarstwo wobec osób niepełnosprawnych. Hygeia Public Health, 2011, 46, 335-361.
26. http://www.fundacja-vega.pl/, data pobrania 29.04.2013.
27. http://www.kampaniespoleczne.pl/kampanie,1489,niewidomi_kelnerzy, data pobrania 29.04.2013.
28. http://www.kampaniespoleczne.pl/wydarzenia,950,mapy_dla_niewidomych, data pobrania 29.04.2013.
29. http://www.kampaniespoleczne.pl/kampanie,1248,co_widza_niewidome_dzieci, data pobrania 29.04.2013.
30. http://prtime.pl/case-study/kampania-spoleczna-zobaczyc-przez-dotyk---wroclaw-w-mi niaturze-dla-ing-real-estate-development/?lang=pl, data pobrania 29.04.2013.
31. http://www.rowerdlaniewidomych.pl/, data pobrania 29.04.2013.
32. http://www.przeciwprzemocy.pl/aktualnosci/85-zauwaz-nasze-slowa-kampania-spole czna-na-rzecz-srodowiska-osob-nieslyszacych, data pobrania 29.04.2013.
33. http://www.przeciwprzemocy.pl/aktualnosci/55-uslysz-krzyk-nieslyszacych-24-05-201 2 r-warszawa, data pobrania 29.04.2013.
34. Duszczak J.: Niesłyszący-Głusi-Głuchoniemi, http://www.kampania.logen.pl/pobierz/ JaroslawDuszak.pdf, data pobrania 29.04.2013.

Wejda Urszula[1], Krajewska-Kułak Elżbieta[2], Kowalewska Beata[2]

Pomoc bezdomnym w Polsce i w Unii Europejskiej

1. Samodzielny Publiczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Choroszczy
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wprowadzenie

W literaturze przedmiotu, za Przemeńskim [1] uważa się iż „*najważniejszymi zadaniami instytucji pomocy niesionej osobom bezdomnym jest interweniowanie w sytuacjach stwarzających zagrożenie dla życia, udzielanie schronienia i zapewnianie podstawowych środków utrzymania, jak również pomoc w integracji ze społeczeństwem”*.

W celu pełnej realizacji tych podstawowych obszarów niezbędna jest infrastruktura, składająca się z różnego rodzaju placówek udzielających pomocy osobom bezdomnym, odpowiednich uregulowań prawnych, gwarantujące udzielenie pomocy na właściwym poziomie wszystkim bezdomnym oraz właściwego, do realizowanych zadań, poziomu ich finansowania [1].

Dębski [2] problemy w udzielaniu pomocy bezdomnym dzieli na bezpośrednie i pośrednie.

W grupie czynników bezpośrednich wyróżnia [2]:

- zbyt długi okres przebywania w placówce dla osób bezdomnych
- uzależnienie od pomocy
- wyuczoną bezradność
- niski poziom partycypacji osób bezdomnych w systemie wsparcia
- brak pracy z osobą bezdomną w kierunku wyjścia z bezdomności.

W grupie czynników pośrednich wymienia [2]:

- myślenie o problemie bezdomności wyłącznie w kategoriach pomocy społecznej a nie szeroko rozumianej polityki społecznej
- brak systemu wsparcia dla specjalistów pomocy społecznej
- brak programów prewencyjnych i profilaktycznych dla osób zagrożonych bezdomnością
- charytatywny model udzielania pomocy oraz wadliwa rejonizacja pomocy

- brak odpowiedniej infrastruktury dla osób bezdomnych
- brak mieszkań socjalnych bądź komunalnych dla osób bezdomnych
- brak ogólnopolskich standardów pracy podejmowanej z osobami bezdomnymi
- brak analizy ekonomicznej systemu wsparcia osób bezdomnych
- brak szczegółowej diagnozy problemu bezdomności dokonanej na podstawie prowadzonych badań naukowych
- brak monitorowania zjawiska bezdomności
- brak umocowań problemu bezdomności w kluczowych dokumentach lokalnych
- brak lokalnych programów walki z problemem bezdomności i łagodzenia jej skutków.

Formy wsparcia osób bezdomnych

W Polsce osobom bezdomnym pomoc świadczą instytucje administracji samorządowej i rządowej oraz organizacje pozarządowe. Do instytucji administracji publicznej należą m.in.: ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, ośrodki pomocy społecznej, administracje samorządowe oraz służba zdrowia [3].

Zgodnie z Ustawą z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej [3], pomoc osobom bezdomnym należy do zadań własnych gmin i może mieć formę udzielenia schronienia, zabezpieczenie posiłku, ubrania, a także zasiłków celowych na pokrycie wydatków na świadczenia zdrowotne. Osoba bezdomna może zostać objęta indywidualnym programem wychodzenia z bezdomności, polegającym na wspieraniu osoby bezdomnej w rozwiązywaniu jej problemów życiowych, w szczególności rodzinnych i mieszkaniowych oraz pomocy w uzyskaniu zatrudnienia. Indywidualny program wychodzenia z bezdomności winien być opracowywany przez właściwego pracownika socjalnego wraz z osobą bezdomną [3].

W cytowanej ustawie [3, cyt. za 4] podkreśla się w sposób szczególny, że ośrodkiem wsparcia dla osób potrzebujących pomocy jest środowiskowy dom samopomocy, dzienny dom pomocy, schronisko i dom dla bezdomnych oraz klub samopomocy.

W Polsce do najbardziej aktywnych instytucji pomagających bezdomnym należą:

- **CARITAS -** katolicka organizacja charytatywna powstała w 1926 roku [5,6]. Pomoc przez nią sprawowana przybiera różne formy, w tym prowadzenie schronisk dla bezdomnych (głównie mężczyzn), pomoc terapeutyczną, zwłaszcza antyuzależnieniową, prowadzenie łaźni dla bezdomnych oraz domów dziennego pobytu dla bezdomnych. Najbardziej rozpowszechnionymi placówkami Caritas są kuchnie, wydające w określonych godzinach gorące posiłki [5,6]. Prawie we

wszystkich parafiach, w tzw. punktach socjalnych, można w określonych godzinach i pod pewnymi warunkami uzyskać doraźną pomoc materialną, żywność, używaną odzież, sprzęty oraz inne artykuły pochodzące od indywidualnych dawców lub firm [5,6].

- **Fundacja „Pomoc Społeczna SOS”** [7], której celem jest krzewienie idei obywatelskiej samoorganizacji, samopomocy i pomocy wzajemnej; podejmowanie w tym zakresie praktycznej działalności w imię wspólnego dobra i społecznej solidarności; niesienie pomocy dzieciom pozbawionym opieki, których prawa nie są respektowane, dzieciom maltretowanym i przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu; wyrównywanie szans rozwojowych kobiet, mężczyzn i młodzieży oraz wspieranie ich reintegracji poprzez aktywizację społeczno-zawodową w formie szkoleń, kursów, warsztatów i programów edukacyjnych [7].
- **Fundacja Pomocy Wzajemnej "BARKA"** została założona w 1990 roku [5]. Jej celem jest zapewnienie szansy odbudowy życia przez stworzenie programu pomocy wzajemnej dla tych, którzy nie znajdują miejsca w społeczeństwie. Działalność Fundacji opiera się przede wszystkim na czterech programach związanych z:
    1. tworzeniem Domów Wspólnot Barki, zajmujących się odbudową struktur psychicznych i moralnych osób odrzuconych społecznie;
    2. edukacją osób odrzuconych społecznie;
    3. tworzeniem nowych miejsca pracy dla osób długotrwale bezdomnych i bezrobotnych
    4. adaptacją i budownictwem socjalnym [5].

  Z inicjatywy Fundacji tworzone są warsztaty, gospodarstwa, a także sklepy z odnowionymi przez podopiecznych meblami i całym wyposażeniem mieszkań. Fundacja prowadzi też programy ekologiczne (np. "Dla Ludzi i Środowiska") oraz szkolenia dla pracowników socjalnych i samorządowych [5].
- **MONAR i MARKOT -** Stowarzyszenie MONAR zostało zarejestrowane w 1989 roku [8]. Głównym jego celem jest przeciwdziałanie narkomanii, leczenie osób uzależnionych oraz pomoc narkomanom i ich rodzinom, a także ludziom żyjącym z AIDS i HIV. W różnych placówkach MONARU na terenie całego kraju istnieją punkty konsultacyjne, poradnie uzależnień, detoksy, rodzinne poradnie profilaktyki uzależnień, grupy wsparcia. Stowarzyszenie prowadzi również program “*Street Workers*”, organizuje szkolenia, konferencje i seminaria oraz współpracuje z mediami [8]. W ramach Stowarzyszenia, od ok. 1992 roku, zaczęły powstawać tzw.

MARKORT-y, czyli schroniska dla bezdomnych [8]. Przebywający tam bezdomni mają obowiązek pracy i całkowitej abstynencji, samodzielnego przygotowywania posiłków, sprzątania, czy budowania różnych obiekty przeznaczone od wspólnego użytku [8].

- **Pogotowie Interwencji Społecznej (PIS)** - powstało w sierpniu 1995 roku po uzyskaniu lokalu w pobliżu Dworca Centralnego w Warszawie [5]. Jest to placówka uzupełniająca działania schronisk i ośrodków pomocy społecznej, a jej celem jest pomoc poprzez system psycho- i socjotechnicznych działań opiekuńczych i dążenie do jak największego usamodzielnienia człowieka. Pracownicy placówek zachęcają podopiecznych do wykorzystania własnych uzdolnień i podjęcia trudu samodzielnej egzystencji społecznej oraz pomagają w wyjściu z apatii, bierności i życiowej niesamodzielności [5]. Pogotowie prowadzi także doraźne ratownictwo społeczne, tzw. pierwszą pomoc socjalną w sytuacjach bezpośrednio zagrażających egzystencji człowieka (np. przy braku jakichkolwiek środków utrzymania, odzieży, dokumentów, noclegu), a także gromadzi dane i dokumentację swoich podopiecznych (karta usług PIS, kwestionariusz wywiadu, pisma interwencyjne itp) [5].
- **Stowarzyszenie Pomocy Bezdomnym** - zostało zarejestrowane w 1991 roku i zajmuje się ochroną godności bezdomnych, niesieniem pomocy w zaspokojeniu ich podstawowych potrzeb życiowych, a gdy to możliwe - pomocą w powrocie do życia w społeczeństwie. Podejmuje także starania o przekształcenie systemu pomocy społecznej w zakresie ochrony bezdomnych, publikuje opracowania, organizuje szkolenia i konsultacje [9]. Przy Stowarzyszeniu działa Warszawskie Pogotowie Interwencji Społecznej, które udziela pomocy doraźnej bezdomnym i długofalowego wsparcia w wychodzeniu z bezdomności [9].
- **Stowarzyszenie solidarności wobec AIDS,** powstało w 1989 roku, jako pierwsza organizacja pozarządowa zajmująca się wyłącznie działaniami związanymi z HIV i AIDS, a której celem było udzielanie podopiecznym wsparcia medycznego, socjalnego, terapeutycznego i prawnego [8].
- **Towarzystwo Pomocy im. Brata Alberta** jest niezależną, katolicką organizacją dobroczynną działającą od 1981 roku, a jednocześnie jedną z pierwszych i największych w Polsce organizacji pozarządowych pomagających bezdomnym [10]. Jego celem jest niesienie pomocy osobom bezdomnym, ubogim i samotnym (odwiedzanie w domu, zakupy, załatwianie spraw w urzędach), udzielanie pomocy

prawnej, współdziałanie z terenowymi organami władzy i administracji państwowej, instytucjami społecznymi i kościelnymi oraz gromadzenie środków pieniężnych na potrzeby podopiecznych, udzielanie pomocy materialnej i żywnościowej rodzinom najuboższym, wielodzietnym, a także czasami opłacanie kursów zawodowych [10].

- **Wspólnota Katolicka Chleb Życia** powstała w roku 1976 i ostatecznie ukształtowała się w 1981 roku [7]. Początek jej dało nagłe nawrócenie młodego małżeństwa, Pascala i Marie – Annick Pingault, którzy po odejściu od wiary katolickiej oraz poszukiwaniach w ideologiach politycznych i społecznych, w narkotykach i filozofiach Wschodu, zwrócili się do Jezusa, w duchu pokuty i dziękczynienia [7]. Fundacja „Domy Wspólnoty Chleb Życia", powstała w 2002 roku z inspiracji Przełożonej polskiej Wspólnoty Chleb Życia, siostry Małgorzaty Chmielewskiej. Zasadniczy cel Fundacji oscyluje wokół poprawy sytuacji osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, który realizowany jest w drodze czterech programów [7]:
  1. praca, nie jałmużna - przeciw bezrobociu
  2. podaruj mi szkołę - fundusz stypendialny
  3. wiejskie centrum edukacji i kultury - dla dzieci i młodzieży ze wsi
  4. dary rzeczowe – działalność charytatywna.

Do placówek zajmujących ludźmi bezdomnymi zalicza się [6]:

- Noclegownie, przeznaczane dla bezdomnych, nie mających żadnego schronienia, skierowanych przez Ośrodki Pomocy Społecznej, policję i inne. Pomoc udzielana w nich ma charakter doraźny, dając możliwość dziennego pobytu zgodnie z regulaminem placówki oraz zapewniając dodatkową pomoc.
- Schroniska dla bezdomnych mieszczące się przede wszystkim w większych skupiskach miejskich i oferujące swoim podopiecznym dach nad głową, nocleg, posiłek, odzież, środki higieny. Nie są miejscem stałego pobytu osób bezdomnych. Charakterystyczna jest dla nich duża rotacja podopiecznych. Schroniska prowadzą działalność socjalną, kulturalno-oświatową i obejmują podopiecznych opieką duszpasterską. Podopieczni w schroniskach zobowiązani są do pracy wedle swoich możliwości oraz stanu zdrowia. Sami utrzymują porządek domu oraz terenu placówki. Wykonują tez prace związane z prowadzeniem kuchni, kotłowni i in.
- Domy dla samotnych matek funkcjonują w Polsce już od 1950 roku, ale były wówczas prowadzone przez zgromadzenia zakonne. Przeznaczone są dla kobiet posiadających bardzo małe dzieci oraz oczekujących narodzin dziecka, odrzuconych przez rodzinę i

najbliższe środowisko. W domach mają one możliwość skorzystania z pomocy socjalnej, niektórych porad prawnych i psychologicznych. Same dbają o porządek w domu, gotuję, piorą, angażują się w prace porządkowe u darczyńców. Opiekują się małymi dziećmi. Dzieci w wieku szkolnym uczęszczają do szkoły.

- Hostele pomocy społecznej przeznaczone są dla bezdomnych mających trwały związek z miejscem, w którym znajduje się hostel, Pobyt ogranicza się zwykle do sześciu miesięcy, z możliwością przedłużenia na rok. W placówce prowadzi się pomoc socjalną.
- Domy dla osób starszych i chorych mające charakter domów pobytu stałego, a nawet dożywotniego, dla ludzi starszych, niepełnosprawnych i chorych. Mieszkańcy tego rodzaju placówek nie stracili swych domostw, ale ze względu na brak jakiejkolwiek pomocy nie mogli w nich pozostać.
- Domy aktywności życiowej przeznaczone są dla najmłodszej grupy bezdomnych, niezaradnych życiowo i mają na celu przygotowanie podopiecznych do samodzielności życiowej.
- Mieszkania readaptacyjne dla bezdomnych mają na celu zapewnienie schronienia osobom go pozbawionym oraz przygotowanie mieszkańców do pełnej samodzielności i powrotu do środowiska.

Bezdomność a Unia Europejska

Unia Europejska to ważny obszar pracy nad bezdomnością, w którym poszczególne państwa mogą wymieniać się strategiami bezdomności, dzielić doświadczeniem oraz wspólnie monitorować etapy pracy w walce z tym zjawiskiem [9]. *Może być ona swoistą siłą napędową w walce z bezdomnością i już teraz walka z tym zjawiskiem stanowi jeden z priorytetów jej działań* [9]. Według raportu dotyczącego zabezpieczenia społecznego i wykluczenia społecznego *The Joint Report on Social Protection and Social Inclusion 2009*, aby skutecznie walczyć z najbardziej skrajną formą wykluczenia społecznego, jaką jest bezdomność, potrzebny jest ustawiczny wysiłek w tym kierunku [11,12,13].

W 2008 roku Parlament Europejski przyjął deklarację dotyczącą rozwiązania problemu bezdomności ulicznej (*Written Declaration on Ending Street Homelessness*), która wzywa Radę, aby zgodziła się na podjęcie wspólnych działań w obrębie Unii Europejskiej na rzecz rozwiązania problemu bezdomności ulicznej do roku 2015, a Komisję Europejską do corocznego informowania o działaniach i postępach w kwestii zakończenia bezdomności osiągniętych w państwach członkowskich UE oraz nawołuje państwa członkowskie do

opracowania „zimowego planu kryzysowego" stanowiącego część szerszej strategii bezdomności [11,12,13].

Do wybranych organizacji zajmujących się pomocą ludziom bezdomnym w Polsce i w Europie zaliczamy np. FEANTSA, EAPN i OEIL-JT [5,12,13].

Europejska Federacja Krajowych Organizacji Pracujących z Bezdomnymi - FEANTSA (*European Federation of National Organisations Working with the Homeless*), została utworzona w 1989 roku, jako stowarzyszenie non-profit, działające w oparciu o prawo belgijskie i skupiającą ponad 60 organizacji pozarządowych ze wszystkich krajów UE i z innych krajów europejskich [5]. Członkami federacji są stowarzyszenia krajowe i regionalne pracujące z bezdomnymi, w tym federacje schronisk, organizacje mieszkań socjalnych i tzw. gazety uliczne (street papers), które są opracowywane i dystrybuowane przez osoby bezdomne. Dofinansowywanie pochodzi z Komisji Europejskiej (departament generalny ds. zatrudnienia i spraw społecznych) wspieranej przez Parlament Europejski [5]. Federacja współpracuje z Organizacją Narodów Zjednoczonych, a od 1991 roku działa również jako Europejskie Obserwatorium Bezdomności i należy do Platformy Europejskich Społecznych Organizacji Pozarządowych. Jest członkiem założycielem Europejskiego Forum Mieszkalnictwa (EHF), pełniącego funkcję organizacji parasolowej, które skupia 10 ogólnoeuropejskich stowarzyszeń. Od 1995 realizuje projekt "Europejska Platforma IGLOO", którego celem jest promowanie projektów łączących wsparcie społeczne, dążenie do zapewnienia przyzwoitego mieszkania, szkolenia i tworzenie nowych miejsc pracy [5].

Do innych zadań Europejskiej Federacji Krajowych Organizacji Pracujących z Bezdomnymi należy między innymi:

- promowanie i wspieranie pracy organizacji pozarządowych zajmujących się świadczeniem usług na potrzeby osób bezdomnych
- współpraca między organizacjami pozarządowymi a instytucjami publicznymi na płaszczyźnie lokalnej, regionalnej, krajowej i europejskiej,
- współpraca z innymi międzynarodowymi organizacjami
- opracowywanie i publikowanie raportów, informacji, statystyk na temat bezdomności, a także analiz porównawczych między krajami, pokazujących trendy na poziomie europejskim
- umożliwianie wymianę informacji i *know-how* pomiędzy organizacjami członkowskimi, a także propagowanie skutecznych działań i nowatorskiego podejścia do problemu bezdomności na licznych konferencjach i seminariach europejskich [5].

Caritas Internationalis jest kościelną federacją 146 organizacji Caritas ze 194 państw całego świata [5]. Jej jednostki centralne pełnią rolę koordynacyjną, informacyjną i reprezentacyjną przy organizowaniu pomocy w skali globalnej [5].

Europejska Sieć Przeciwko Ubóstwu EAPN (*European Anti-Poverty Network*) jest niezależną koalicją organizacji pozarządowych i grup zaangażowanych w walkę z biedą i społecznym wykluczeniem we wszystkich państwach członkowskich Unii Europejskiej, łączącej 23 specjalistyczne organizacje europejskie, takie jak: Caritas Europa, Emmaus International, Eurolink Age, Europejska Rada Organizacji Służb ds. AIDS - EUROCASO, FEANTSA, Europejska Federacja Banków Żywności, Europejska Federacja na rzecz Pomocy Społecznej i Integracji poprzez Zapewnianie Mieszkania - EUROPIL, Europejskie Forum na rzecz Dzieci - EFCW, Europejska Sieć Rodzin Niepełnych - ENOPF, Europejska Sieć Bezrobotnych - ENU, ENOW, Grass Roots Organisations Operating Together in Sisterhood - GROOTS, Międzynarodowe Stowarzyszenie Organizacji Charytatywnych - AIC, Międzynarodowa Rada Pomocy Społecznej - ICSW, Międzynarodowa Federacja Pracowników Socjalnych - IFS, Międzynarodowy Ruch ATS Czwarty Świat, Międzynarodowa Sieć Gazet Ulicznych, Międzynarodowa Grupa Kobiet Wolontariuszek na rzecz Edukacji i Rozwoju - VIDES, Mobility International, Quaker Council for European Affairs - QCEA, Czerwony Krzyż - Biuro Kontaktowe w UE, Armia Zbawienia [5]. EAPN należy do Platformy Europejskich Społecznych Organizacji Pozarządowych i do jej zadań należy miedzy innymi [5]:

- uczynienie walki z biedą i odrzuceniem społecznym jednym z priorytetów polityki Unii Europejskiej
- promowanie i zwiększanie efektywność działań różnych organizacji
- prowadzenie lobbingu w obronie interesów osób indywidualnych i grup borykających się z ubóstwem i wykluczeniem
- analizowanie polityki i programów Unii Europejskiej, które mają wpływ na ludzi żyjących w biedzie oraz doświadczających odrzucenia społecznego
- lobbowanie instytucji europejskich, organizowanie grup roboczych, konferencji i seminariów na tematy związane z biedą i odrzuceniem społecznym
- rozpowszechnianie informacji na temat programów Unii Europejskiej, w które mogą włączyć się organizacje członkowskie.

EAPN jest także forum wymiany informacji na temat polityki społecznej w krajach członkowskich, a także jako forum wymiany doświadczeń pomiędzy organizacjami zaangażowanymi w walkę przeciwko biedzie [5].

Europejska Organizacja Stowarzyszeń na rzecz Reintegracji i Zapewnienia Mieszkania Młodym Pracownikom OEIL-JT (*Organisation Europeenne des Associations pour l'Insertion et Logement des Jeunes Travailleurs*) powstała w 1990 w celu promowania integracji młodzieży poprzez jej usamodzielnianie (zapobieganie by młodzi ludzie nie zostali wykluczeni ze swojej lokalnej społeczności) [5].

Działania Europejskiej Organizacji Stowarzyszeń na rzecz Reintegracji i Zapewnienia Mieszkania Młodym Pracownikom między innymi**:**

- ułatwiają start życiowy młodym pracownikom np. poprzez zapewnienie mieszkania, szkoleń, zatrudnienie i działania kulturalne
- promują współpracę pomiędzy organizacjami członkowskimi poprzez realizację wspólnych programów [5].

Organizacja ta ma na swoim koncie projekty pilotażowe w sferze mobilności młodych, studia na temat sytuacji młodych w Europie i praktyki integracyjne, a także liczne konferencje i seminaria [5].

Warto także wymienić **Zgromadzenie Sióstr Misjonarek Miłosierdzia,** wielonarodowościowe zgromadzenie zakonne założone przez błogosławioną Matkę Teresę z Kalkuty [14]. Siostry posługują najbiedniejszym z biednych w różnych krajach na całym świecie. Zbierają z ulic miasta ludzi bezdomnych, aby ich umyć, opatrzyć im rany, nakarmić; uczą dzieci – głównie na ulicach; prowadzą domy dla porzuconych dzieci, starając się o ich adopcję; zajmują się trędowatymi, odwiedzają domy starców, szpitale, więzienia [14].

Przykłady narodowych strategii bezdomności stosowanych obecnie w Europie

Anglia - w państwie tym udało się znacznie zmniejszyć zjawisko bezdomności począwszy od bezdomności ulicznej w latach dziewięćdziesiątych [7]. Ogólnym celem strategii bezdomności w Anglii jest zapobieganie bezdomności, udzielanie wsparcia osobom narażonym na bezdomność, radzenie sobie z przyczynami i objawami bezdomności w szerszym kontekście, pomoc w ucieczce z bezdomności większej liczbie osób, większa liczba stałych form zamieszkania [7]. W roku 1998 rząd postanowił zredukować liczbę osób doświadczających bezdomności ulicznej o dwie trzecie i osiągnął ten cel. W 2008 roku wprowadzono strategię walki z bezdomnością, której celem było zlikwidowanie bezdomności ulicznej do roku 2012. Wdrożenie strategii finansowane było dzięki funduszom w wysokości 230 milionów funtów, które w ciągu trzech lat były dostępne władzom lokalnym i

organizacjom pozarządowym. Jednym z celów było również zmniejszenie o połowę liczby gospodarstw domowych przebywających w mieszkaniach tymczasowych [7].

Dania - strategie bezdomności były już gotowe w latach 90. tych [7]. Dzięki znacznym środkom finansowym, w latach 2009 – 2012 przeznaczono 500 milionów koron duńskich na strategię, której pierwszym etapem było podejście „*Housing First*" (Najpierw Mieszkanie). Podstawowe cele wytyczonych działań obejmowały zlikwidowanie bezdomności ulicznej, znalezienie młodym ludziom alternatywy dla schronisk dla osób bezdomnych, skrócenie pobytu w placówkach tymczasowego zakwaterowania i zapewnienie zakwaterowania osobom opuszczającym szpitale lub zakłady zdrowotne [7].

Finlandia - zaczęła wdrażać strategie bezdomności już w roku 1987 i od tego czasu osiągnęła znaczne postępy na tym polu [7]. Działania miały na celu zmniejszenie liczby osób bezdomnych o połowę do roku 2011 oraz wyeliminowanie bezdomności chronicznej i trwałej do roku 2015. Na realizację planu 2009-2011 przeznaczono w sumie 100 milionów euro. Finlandia, uznawana za pioniera w dziedzinie rozwiązań typu „*Housing First*", wyznaczyła sobie ambitny cel zlikwidowania placówek tymczasowych i zastąpienia ich formami mieszkalnictwa długoterminowego [7].

Francja - za kwestie priorytetowe w okresie 2008-2012 uważała mieszkalnictwo i bezdomność [7]. W listopadzie 2009 roku wdrożono szczegółową strategię bezdomności, typu „*Housing First*", której głównymi celami było: znaczne zmniejszenie liczby osób mieszkających na ulicach oraz wdrożenie usług koncentrujących się na człowieku, opartych na prawach człowieka i dostosowanych do indywidualnych potrzeb osób doświadczających bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego. Najważniejszym elementem tej strategii było uskutecznienie egzekwowalności prawa do mieszkania, które uzyskało podstawy prawne we Francji w 2007 roku [7].

Holandia - za cel postawiła sobie rozwiązanie problemu bezdomności w czterech największych miastach w kraju [7]. Pierwszym celem była poprawa sytuacji osób uznawanych za bezdomne, a kolejnym przeciwdziałanie bezdomności w grupie osób, które są zagrożone bezdomnością oraz zapewnienie im odpowiedniego wsparcia. Celem nadrzędnym jest rozwiązanie problemu bezdomności do roku 2013. Działania opierają się na zintegrowanym i dostosowanym do indywidualnych potrzeb wsparciu. Mimo że obejmują one tylko cztery największe miasta w kraju, mniejsze miasta są również zaangażowane w krajowe działania na rzecz bezdomności [7].

Irlandia - na lata 2008-2013 ustalono strategiaę "*The Way Home*" (Droga do domu), będącą kontynuacją strategii wcześniejszych [7]. Wyróżniono w niej sześć najważniejszych

celów: przeciwdziałanie bezdomności, eliminowanie konieczności spania na ulicy, eliminację bezdomności chronicznej i trwałej, zapewnienie potrzeb mieszkaniowych oraz zwiększenie skuteczności usług dla osób bezdomnych i lepszą koordynację sposobów finansowania [7].

Norwegia - działania mające na celu przeciwdziałanie bezdomności zostały wprowadzone, jako strategia narodowa w roku 2004 [7]. W strategii nazwanej „Ścieżka do własnego domu" (*The Pathway to a Permanent Home*), do końca 2007 roku, wyznaczono zrealizowanie następujących celów: zmniejszenie liczby wniosków o eksmisję o 50%, a samych eksmisji o 30%; sprawienie, by nikt już nie był zmuszony mieszkać w placówkach tymczasowych po opuszczeniu zakładów karnych lub opieki zdrowotnej oraz by nocowanie w schronisku nie było możliwe bez uprzedniego podpisania umowy „*quality agrement*" (umowa określająca jakość usług), a pobyt w zakwaterowaniu tymczasowym nie przekraczał okresu trzech miesięcy. Od 2009 roku Norwegia podejmuje wzmożone wysiłki, aby uporać się z problemem bezdomności wśród młodzieży [7].

Portugalia - narodowa strategia integracji osób bezdomnych (*National Strategy for the Integration of Homeless People – Prevention, Intervention and Follow-up*) została wprowadzona w marcu 2009 roku [7]. Obejmuje ona lata 2009-2015 i jest to pierwsza narodowa strategia mająca na celu walkę z bezdomnością w tym kraju. To również pierwszy kraj w Europie Południowej, który opracował taką strategię [7].

Szwecja - ma dwudziestoletnią tradycję związaną z tworzeniem narodowych strategii mających na celu walkę z bezdomnością [7]. Wyznaczona na lata 2007-2009 miała: zmniejszyć liczbę eksmisji (i wyeliminować eksmisje dzieci); ułatwić wejście na ogólnodostępny rynek mieszkaniowy osobom czekającym na mieszkania na tzw. drabinkach mieszkaniowych (system hierarchizacji mieszkań), osobom przebywającym w mieszkaniach treningowych lub lokalach zapewnionych przez pomoc społeczną lub innych usługodawców oraz zmniejszyć liczbę osób, które po opuszczeniu zakładów karnych, opiekuńczych lub mieszkań chronionych nie mają opcji mieszkaniowych. Według tej strategii każdy powinien mieć zapewniony dach nad głową oraz dalsze kompleksowe wsparcie dostosowane do indywidualnych potrzeb osoby bezdomnej [7].

Wielka Brytania - w Anglii, Szkocji, Walii i Irlandii Północnej istnieją oddzielne strategie bezdomności [7].

Szkocja - pionierskie ustawy o mieszkalnictwie wprowadzone w 2001 i 2003 roku umożliwiły osobom bezdomnym dostęp do mieszkań, a do 2012 roku wszystkie osoby, które stały się bezdomne nie z własnej winy musza mieć dostęp do stałego miejsca zamieszkania [7]. Powyższą kwestia zajmuje się grupa robocza składająca się z przedstawicieli władz

centralnych i lokalnych (*Scottish Government and Convention of Scottish Local Authorities*), mających duży wpływ na politykę. Pierwsze spotkanie grupy miało miejsce w październiku 2009 roku, a program pracy i cel na rok 2012 obejmował stworzenie wspólnego podejścia do kwestii bezdomności, zapobieganie, dostęp do mieszkalnictwa (towarzystwa mieszkaniowe i sektor prywatny) oraz inwestycje terenowe [7].

Walia - w 2009 roku wprowadziła dziesięcioletni plan walki z bezdomnością obejmujący sześć strategicznych celów: przeciwdziałanie bezdomności w każdej postaci, współpracę pomiędzy organizacjami i w ramach polityki bezdomności, umieszczenie klienta w centrum usług, przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu, zapewnienie równości w dostępie do usług oraz jak najlepsze wykorzystanie środków [7].

Irlandia Północna - pierwsza strategia dotycząca bezdomności została tu wprowadzona w 2002 roku, obejmując takie elementy jak: zapobieganie bezdomności, pomoc w wyjściu z bezdomności oraz pomoc tym, którym udało się wyjść z bezdomności [7].

Węgry - Ministerstwo Polityki Społecznej na Węgrzech ogłosiło narodową strategię w 2008 roku [7]. Węgry, jako pierwszy kraj w Europie Wschodniej, wypracowały narodową strategię, jednak prace nad nią nie zostały zakończone, a wdrożenie jej w obecnej sytuacji politycznej stoi pod znakiem zapytania [7].

Piśmiennictwo

1. Przymeński A. Aktualny problem bezdomności w Polsce. Aspekt polityczno-społeczny [w:] Dębski M., Stachura K. red. Oblicza bezdomności, Wyd. Bernardinum Sp. z p o.o, Gdańsk, 2007: 17-27.
2. Dębski M.: Analiza „systemu" pomocy osobom bezdomnym w Polsce. Próba krytycznej syntezy [w:] Problem bezdomności w Polsce. Wybrane aspekty diagnoza zespołu badawczego działającego w ramach projektu „Gminny standard wychodzenia z bezdomności", Dębski M. (red.), Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Gdańsk, 2010, 361-375.
3. Ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz. U. 2004 nr 64 poz. 593), (Dz. U. 2008 r. nr 115), (Dz. U. 2009 r. nr 6 poz. 33).
4. Sawicka I.: Ludzie bez schronienia czyli wymiary współczesnej bezdomności [w:] Patologie naszych czasów, red. Drążek A., Drążek E., Wyd. Prymat, Białystok, 2007, 62-70.
5. http://wiadomosci.ngo.pl/wiadomosci/37738.html, data pobrania 16.08.2012.

6. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej – Program „Bezdomność" , Warszawa, 2000, 4.
7. http://www.fundsos.netix.pl/, data pobrania 16.04.2012.
8. http://pl.wikipedia.org/wiki/Zofia_Kuratowska, data pobrania 16.04.2012
9. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej: Wykluczenie i integracja społeczna w Polsce, Ujęcie wskaźnikowe, Warszawa 2006, 14: http://rszarf.ips.uw.edu.pl /wykluczenie/raport_ undp.pdf, data pobrania 8.08.2012.
10. http://www.bratalbert.org.pl/portal/images/PDF/stat.pdf , data pobrania 16.08.2012
11. http://www.chlebzyc.s16.o12.pl/wordpress/, data pobrania 16.08.2012.
12. FEANTSA -http://www.feantsa.org/code/en/hp.asp, data pobrania 8.02.2012 Wygnańska, Julia. Raport dla Europejskiego Obserwatorium Bezdomności FEANTSA. Europejskie Obserwatorium Bezdomności: http://www.bratalbert.org.pl/portal/images/PDF/stat.pdf , d data pobrania 16.04.2012
13. http://www.feantsa.org/code/en/pg.asp?Page=1169, data pobrania 16.04.2012.
14. http://pl.wikipedia.org/wiki/Misjonarki_Mi%C5%82o%C5%9Bci, data pobrania 28.08.2012.

Wejda Urszula[1], Krajewska-Kułak Elżbieta[2], Kowalewska Beata[2]

Ocena postaw studentów wobec bezdomności

1. Samodzielny Publiczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Choroszczy
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wprowadzenie

W Polsce, za Dębskim [1], brak jest dokładnych danych na temat bezdomności, nikomu nie udaje się rzetelnie ustalić, ilu jest bezdomnych i w związku z tym liczbę osób bezdomnych szacuje się pomiędzy 30, a nawet 300 tysięcy.

Moszczuk [2] podkreśla, że istnieje wiele różnych definicji pojęcia bezdomności i wiele różnorakich jego przyczyn wynikających z:

- z sytuacji społeczno-ekonomicznej kraju, w tym wzrostu bezrobocia, postępującej likwidacji hoteli robotniczych, braku miejsc w szpitalach, zakładach opiekuńczych, domach pomocy społecznej, braku opieki nad wychowankami domów dziecka po ukończeniu 18 lat, braku ośrodków dla nosicieli wirusa HIV,
- z sytuacji prawnej, polegającej na możliwości wyeksmitowania lokatora "donikąd" za zaległości w opłatach czynszowych,
- z przyczyn związanych z patologiami, w tym z powodu alkoholizmu, przestępczości, odrzucenia lub braku opieki ze strony najbliższych, rozwodu lub trwałego rozpadu więzi formalnych lub nieformalnych, prostytucji kobiet, przemocy w rodzinie,
- z przyczyn natury socjopsychologicznej, w tym świadomego wyboru innego sposobu życia, odrzucenia obowiązującego systemu wartości,
- przyczyn osobowościowych, w tym poczucia niższości, osamotnienia, wstydu, przekonania o złej naturze świata i ludzi [2].

Piekut – Brodzka [3], wśród przyczyn leżących po stronie samych bezdomnych wymienia:

- czynniki związane z zakłóconym procesem socjalizacji w grupach pierwotnych, w tym złego przygotowania do samodzielnego życia, brakiem możliwości samodzielnego mieszkania, niemożnością zamieszkania z najbliższymi po rozwodach, separacjach, powrotach z więzienia,

- przyczyny związane z nieumiejętnością przystosowania się do sytuacji społeczno-ekonomicznej, w tym poddawanie się przedmiotowemu traktowaniu przez pracodawców, brakiem możliwości zatrudnienia się za godziwą płacę,
- przyczyny związane z nieprzystosowaniem się do sytuacji obyczajowo-kulturowej, w tym traktowanie współmałżonków jako własności, rozwody, niełożenie na rodzinę,
- przyczyny związane z piciem i nadużywaniem alkoholu [3].

Nowakowska [4] podaje, iż potoczne charakterystyki osób bezdomnych są bardzo zróżnicowane, a powszechnie funkcjonujące stereotypowe określenia to: lumpy, menele, kloszardzi, sami sobie winni, alkoholicy, złodzieje, nic nie warci, brudni, zdegenerowani. Można się także spotkać z opiniami, iż stanowią margines społeczny, są wyrzutkami, że powinniśmy się ich wstydzić, bać, że budzą wstręt i inne negatywne emocje. Spośród aktywności osób bezdomnych poza piciem alkoholu wymieniane były: zbieranie puszek, grzebanie w śmietnikach, żebranie i zaczepianie porządnych obywateli [4].

Celem pracy magisterskiej była ocena postaw studentów WNoZ UMB wobec bezdomności.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono w grupie 100 studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Wydziału Nauk o Zdrowiu, po uzyskaniu zgody komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku R-I-002/141/2011 w okresie od 1 do 15 listopada 2011 roku.

Wykorzystano w nim autorski kwestionariusz ankietowy Zakładu Zintegrowanej Opieki Medycznej UMB, składający się z II części, I – 5 pytań metryczkowych, i II – 19 pytań zasadniczych. Rozdano 100 ankiet i zwrotnie otrzymano 100.

Wyniki

W badaniu wzięło udział 100 studentów kierunku pielęgniarstwo Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, 97% kobiet, w wieku od 18 do powyżej 30 lat, przy czym 80% badanej grupy stanowiły osoby w przedziale wiekowym 18 - 25 lat.

W badaniu wzięli udział studenci, których miejscem zamieszkania najczęściej było miasto (63%).

Kontakt z bezdomnymi deklarowało 39% studentów - 29% spotkało go na ulicy, 23% na dworcu, 7% w szpitalu, a 41% w innych miejscach takich jak: pod sklepem, w pracy, na lotnisku, na klatce schodowej, w autobusie.

W opinii badanych większości ankietowanych (54%) trudno było określić, czy bezdomnego należy się bać. W opinii 5% studentów bezdomnych należy się bać. Przeciwne zdanie wyraziło 41% badanych.

W kolejnym pytaniu chęć poznania przedstawiciela tej grupy społecznej zadeklarowało tylko 17% studentów, zdecydowana większość badanych (47%) nie miała wyrobionej opinii w tej kwestii, a 36% ankietowanych nie chciałoby poznać bezdomnego.

W zdecydowanej większości studenci nie chcieli, aby w ich sąsiedztwie „koczowali" bezdomni. Takie zdanie wyraziło aż 81% ankietowanych. Odmienną opinię miał tylko 1% badanych, a 18% było niezdecydowanych.

Studenci zapytani o to, czy termin „bezdomny" oznacza to samo co „bezrobotny", w znacznej większości odpowiedzieli nie (73%). Odmienną opinię wyraziło 19% badanych, a 8% było niezdecydowanych.

Studenci biorący udział w ankiecie zostali zapytani o to, czy ich zdaniem w Białymstoku jest dużo bezdomnych. Co drugi z nich (51%) miał problem z udzieleniem odpowiedzi na to pytanie. O tym, iż jest ich mało - przekonanych było 9% badanych, a 40% twierdziło że dużo.

Szacunkowo największa liczba ankietowanych (44%) podawała, iż bezdomni stanowią ok. 1-5% mieszkańców Białegostoku. 12% studentów biorących udział w badaniu oszacowało tę liczbę na 10 do 20% mieszkańców Białegostoku, a ok. 1% mieszkańców wskazało 18% badanych osób. W tej kwestii swojego zdania nie wyraziło aż 26 % studentów.

Według ankietowanych statystyczny bezdomny to: mężczyzna (82% ankietowanych), osoba starsza (51%), stanu wolnego (47%), mieszkaniec większego miasta (45%), z wykształceniem zawodowym (40%), nie mający dzieci (33%) i pochodzący z rodzin mających tylko matkę lub tylko ojca (28%). Studenci rzadziej wskazali osobę z wykształceniem średnim (6%), młodą (6%), mieszkańca małego miasta (4%), osobę pochodzącą z rodzin pełnych (4%), mającą dzieci (7%). Jako osobę bezdomną studenci najrzadziej wytypowali osoby zamężne oraz z wyższym wykształceniem (po 2 osoby). Kobiety, jako osobę bezdomnej nie wskazał żaden z respondentów.

Bezdomny, według studentów, trudni się: zbieraniem złomu (77%), żebraniem (68%), zbieraniem makulatury (52%), nic nie robi (35%), kradnie (14%) lub szuka pracy (5%). Odpowiedź inne zaznaczyło 11%, w tym aż 6% z nich wskazało picie alkoholu jako główne zajęcie bezdomnych, pozostali badani wymieniali zbieranie puszek i „petów", grzebanie w koszach oraz zbieranie jedzenia. Problem z udzieleniem odpowiedzi na to pytanie miało 4% ankietowanych.

Pierwszymi słowami, jakie kojarzyły się ankietowanym z bezdomnymi, były najczęściej- brudny - 73%, biedny - 60%, cuchnący - 42%, nieszczęśliwy - 36%, samotny - 26%, śmieciarz lub wymagający wsparcia i pomocy - po 23%, częściej wyśmiewany - 10%, częściej krzywdzony - 4%, po 3% - leniwy, niewykształcony, bardziej uciążliwy, 2 %- bardziej bezbronny, po 1% - bardziej agresywny, bardziej wrażliwy. 1% badanych nie miał jednoznacznej opinii w powyższej kwestii.

Według studentów cechy zewnętrznego wyglądu, które najbardziej charakteryzują bezdomnych to: zaniedbany, brudny, śmierdzący (82%), nieogolony (24%), źle, skromnie ubrany (7%) , wychudzony (6%), inny (3%). Problem z odpowiedzią miało 2% badanych.

Studenci zapytani o to, co ich zdaniem najbardziej cenią bezdomni, uznali, że jest to miejsce do spania (82%), jedzenie (70%), pieniądze i zasiłek (48%), poszanowanie godności (16%), niezależność (8%), po 7% - czyste ubranie lub wolność, po 6% - spokój lub alkohol, 5% - przyjaźń, 3% - prace i 1% - religię. Problem z wyrażeniem swej opinii miało 6% studentów.

Przyczyn utrzymywania się bezdomności ankietowani dopatrywali się przede wszystkim w braku zaradności ludzi (48%), w konfliktach w rodzinie (42%), w braku miejsc pracy (36%), niechęci do szukania pracy (33%), opłacalności korzystania z zasiłków (29%) (Tab. I).

Tabela I. Przyczyny utrzymywania się bezdomności

Przyczyna	Liczba osób
brak zaradności ludzi	48
konflikty w rodzinie	42
brak miejsc pracy	36
niechęć do szukania pracy	33
opłacalność korzystania z zasiłków pomocy opieki społecznej	29
bezdomność jest i będzie zawsze	23
brak kwalifikacji potrzebnych na rynku pracy	18
ukończeniu szkół, po których nie ma pracy	11
opłacalności pracy „na czarno”	5
w korzystaniu z pomocy rodziny	4
można sobie dobrze radzić finansowo bez stałej pracy	2
Inne	8 4 - alkoholizm 2- nałogi
trudno powiedzieć	9

Studenci uznali, że do negatywnych skutków bezdomności należą przede wszystkim: zły stan psychiczny, przygnębienie (59%), ubożenie rodzin osób bezrobotnych (31%), odzwyczajanie się od pracy (30%), skłócenie, rozbicie rodzin (28%), łatwiejsze wchodzenie w konflikt z prawem (27%). Pozostałe wskazania zawiera Tabela II.

Tabela II. Negatywne skutki bezdomności

Skutki	Liczba osób
zły stan psychiczny, przygnębienie	59
ubożenie rodzin osób bezrobotnych	31
odzwyczajanie się od pracy	30
skłócenie, rozbicie rodzin	28
łatwiejsze wchodzenie w konflikt z prawem (wzrasta przestępczość)	27
godzenie się na niskie zarobki, aby tylko mieć pracę	18
konieczność pracy „na czarno", bez uprawnień socjalnych, np. bez prawa do emerytury, ubezpieczeń zdrowotnych, urlopu	18
godzenie się pracowników na wyzysk, złe traktowanie w pracy, aby tylko pracę utrzymać	14
młodzi ludzie po ukończeniu szkół nie mogą rozpocząć samodzielnego, dorosłego życia	7
trudno powiedzieć	10

W opinii studentów bezdomni mogą obecnie liczyć na pomoc PCK (72%), kościoła (49%), władz miasta/gminy (35%) lub organizacji pozarządowych (33%), rodziny lub państwa (po 8%), przyjaciół (5%) lub znajomych (4%). Zdaniem 17% nie mogą liczyć na niczyją pomoc.

Zdaniem studentów najczęściej obserwuje się społeczny - brak więzi międzyludzkich (48%) i ekonomiczny - niezaspokojenei potrzeb (46%) poziom wyizolowania bezdomnych, rzadziej indywidualny - zabuzrenai emocjonalne, niska samoocena (40%) lub instytucjonalny dezioreintacja w instytucjonalnych mechanizmachw sparcia) - 21%. Zdania w powyzszej kwestii nie miało 19% badanych.

Problemami, które utrudniają wyjście z bezdomności są przede wszystkim problemy psychologiczne (46%), prawne (37%) oraz społeczne (31%). Inne wskazania zawiera Tab. III.

Pomoc bezdomnym, zdaniem respondentów powinni świadczyć Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej (64%), rząd (28%), kościół i związki wyznaniowe (26%), wszyscy ludzie (22%), organizacje pozarządowe (20%), urząd gminny (16%) lub urząd pracy (15%). 6% badanych nie miało jednoznacznej opinii w tej kwestii.

Tabela III. Wyniki zaznaczonych odpowiedzi - problemy, które utrudniają wyjście z bezdomności.

Problem/	Liczba osób
problemy psychologiczne (wyuczona bezradność, brak umiejętności długofalowego planowania	46
problemy prawne (nieposiadanie meldunku, zadłużenie	37
problemy społeczne (niewystarczające wykształcenie, brak umiejętnych zachowań społecznych)	31
zaspokajanie tylko podstawowych potrzeb, poczucie winy za zaistniałą sytuację	21
problemy systemowe (niedomaganie instytucjonalne	7
trudno powiedzieć	12

Kolejne pytanie sprawdzało znajomość akcij społecznych organizowanych na rzecz bezdomnych. Okazało się, że aż 63% studentów nie znało zadnej akcji zaznaczając odpowiedź „trudno powiedzieć", a 8% ankietowanych nie udzieliło dopowiedzi na to pytanie. Pozostała część badanych (29%) najczęściej wymieniało: PCK, CARITAS oraz wigilię dla bezdomnych.

Studenci zapytani, czy chcieliby pomagać bezdomnym, w zdecydowanej większości (56%), nie wyrazili swojej opinii. Takiej pomocy nie chciało udzielać 6% badanych. Pomoc zadeklarowało 35% badanych. Jedna osoba zadeklarowała, że już pomaga i chce nadal okazywać bezdomnym swą pomoc.

Dyskusja

Przemeński za bezdomnych płytko [5] uznaje osoby zasadniczo zdolne do samodzielnego życia w formach społecznie akceptowanych, ale w przypadku których brak własnego dachu nad głową spowodowany jest przyczynami, którym nie są w stanie zapobiec własnym staraniem (np. brakiem uprawnień do lokalu mieszkalnego, utratą dochodów z powodu bezrobocia, brakiem wystarczających dochodów z tytułu wykonywanej niskopłatnej pracy lub przysługujących świadczeń, takich jak np. zasiłek stały, renta, emerytura). Ta grupa bezdomnych nie potrzebuje, programów integracyjnych, pracy lub/i dostępnego mieszkania, na tych samych prawach, na jakich korzystają z nich już inni obywatele (np. mieszkanie w zasobach komunalnych z przysługującym dodatkiem mieszkaniowym [5].

Inną grupą, zdaniem autora [5] są ludzie w najcięższym położeniu, a wśród nich tych, określani w części literatury światowej jako „bezdomni uliczni" (*street homeless)* i „bezdomni schroniskowi" (*shelter homeless),* zaspokajający swoje potrzeby paramieszkaniowe w różnego rodzaju obiektach niemieszkalnych, np. w bunkrach, zsypach,

rurach ciepłowniczych, kolektorach ściekowych oraz ci, którzy znaleźli schronienie w różnego typu placówkach dla bezdomnych, jak np. noclegownie, schroniska, hostele itp.

W opinii społecznej, za Lech [6] funkcjonuje przekonanie, jakoby bezdomność była często świadomym wyborem, stąd pomoc dla bezdomnych traktowana jest często jako niesprawiedliwa, czy zmarnowana.

Mądrzycki [7] uważa, że stereotypy są ściśle związane z procesem kategoryzacji dokonywanym w percepcji, jednakże różnią się od niej jednak pod pewnymi względami. Zdaniem autora [7] cechuje je mniejsza adekwatność w stosunku do rzeczywistości, co oznacza, że poszczególne cechy przypisane określonej kategorii osób są często wyolbrzymione i zaostrzone, a w konsekwencji przypisywane odgórnie osobom, którzy tych cech mogą nie posiadać. Mają charakter społeczny, funkcjonują w jednej zbiorowości ludzi i dotyczą innej zbiorowości, często dziedziczone i tworzone przez wiele pokoleń, czy grup społecznych, a nie pojedyncze osoby [7]. Stereotypy, za Mądrzycki [7], stanowią sztywne i trwałe schematy poznawcze, co w dużym stopniu wynika z przyjmowania ich we wczesnym okresie życia, jak również presji społecznej dotyczącej ich przyjmowania. Funkcjonują też różne określenia stereotypu, w tym: wyobrażenie, wierzenie, utrwalone wrażenie, wynik kategoryzacji, nawyk myślowy, rodzaj opinii, nieuprawniona generalizacja, zbiór sądów przekonaniowych, czy uogólnień. W opinii autora [7] treść stereotypów często uznawana jest za nieuzasadnioną błędną, tendencyjną, nadmiernie upraszczającą, a także niezgodną z rzeczywistością, nadmiernie sztywną, prowadzącą do uprzedzeń i dyskryminacji. Wśród funkcji, jakie pełnią stereotypy wskazuje się na trzy ich elementy [7]:

- poznawcze - upraszczające percepcję, wyjaśniające zjawiska niezrozumiałe, umożliwiające ekonomizację poznania
- przystosowawcze - umożliwiające szybką orientację w otoczeniu i adekwatną do nich reakcję człowieka
- obronne - stanowiące wzmocnienie uznawanych wartości oraz usprawiedliwienie dla negatywnych działań, bądź ich braku w sytuacji, kiedy wydaje się to zasadne.

Wygnańska [8] i Chyła [9] podkreślają, iż najczęściej myśląc o bezdomności, zwracamy uwagę, że związana jest ona z barkiem mieszkania lub dachu na głową. Zdaniem ww autorów [8, 9] można wyróżnić cztery podstawowe kategorie rozumiane, jako bezdomność lub wykluczenie mieszkaniowe, w tym:

- brak dachu nad głową **(**mieszkanie w miejscach publicznych, niezabezpieczonych mieszkaniach, przebywanie w noclegowni z koniecznością spędzenia kilku godzin w ciągu dnia w miejscach publicznych)
- brak mieszkania **(**schroniska dla bezdomnych, również specjalistyczne zakwaterowanie wspierane)
- niezabezpieczone mieszkanie **(**osoby z konieczności zamieszkujące czasowo u rodziny lub przyjaciół, osoby posiadające nakaz eksmisji oraz osoby zagrożone przemocą domową)
- nieodpowiednie mieszkanie **(**wszelkiego rodzaju konstrukcje tymczasowe, nielegalne zajmowanie budynków, mieszkania substandardowe - nie nadające się do zamieszkania oraz mieszkania przeludnione).

W badaniu Bartczaka i wsp. [10] według łodzian, bezdomny był najczęściej kojarzony z osobą brudną (82,9%), nieodpowiedzialną (56,4%), nieszczęśliwą (60,5%), niezaradną (54%) i leniwą (47,6%). Autorzy badania, za pomocą pytania otwartego, zebrali także zbiór określeń, jakimi na oznaczenie bezdomnych posługiwały się osoby w otoczeniu respondenta. W wyniku próby ich kategoryzacji wyróżnili następujące określenia bezdomnych: neutralne: *bezdomny, kloszard, osoba bez dachu nad głową,* odzwierciedlające tryb życia bezdomnego: *włóczęga, łazik, wędrowiec*, itp., będące zdrobnieniami, zwykle przestarzałych, imion: *Pawełek, Edzio, Henio*, itp. , skupiające się na wyglądzie: *brudas, łachmaniarz, śmierdziuch, fleja, obdartus*, itp, odnoszące się do sposobu zarobku: *złomiarz, śmieciarz, graciarz ,* związane z nałogami: *pijaczek, pijus, ćpun*, itp., dotyczące postrzeganych osiągnięć życiowych bezdomnego: *nieudacznik, niedojda, życiowa łamaga,* odnoszące się do dyspozycji osobowościowych: *cwaniak, nierób* oraz określenia ogólnikowe o zdecydowanym podłożu negatywnym: *menda, żul, bej,* itp. [10].

W badaniu Krajewskiej-Kułak i wsp. [11] którymi objęła 100 białostockich licealistów, w wieku od 15 do 19 lat, pierwszymi słowami, jakie kojarzyły się z bezdomnymi były najczęściej: brudny (56%), biedny (55%), cuchnący (30%), nieszczęśliwy (30%), wymagający wsparcia, pomocy (28%) i samotny (22%).

W badaniu Kułak i wsp. [12] dotyczącym grupy 120 osób młodzieży gimnazjalnej, pierwszymi słowami przychodzącymi na myśl badanych do określenia bezdomnych były: biedny, nieszczęśliwy, samotny, wymagający wsparcia i pomocy.

W obecnym badaniu pierwszymi słowami, jakie kojarzyły się ankietowanym z bezdomnymi, były najczęściej- brudny - 73%, biedny - 60%, cuchnący - 42%, nieszczęśliwy - 26%.

W badaniu Bartczaka [10], zdaniem zdecydowanej większości łodzian, typowy bezdomny to mężczyzna (91,9%), osoba w wieku powyżej 30 lat (95,2%), której wykształcenie nie przekracza średniego (72,3%). Żaden z respondentów nie uznał, że bezdomny mógłby ukończyć studia wyższe. 46% łodzian uznało również, że osoba bezdomna wychowała się z jednym rodzicem lub bez rodziców (w tym pytaniu liczba odpowiedzi „trudno powiedzieć" była bardzo duża i wynosiła ponad 30% odpowiedzi). Najbardziej zdecydowani w ocenie pochodzenia rodzinnego bezdomnych byli bezrobotni. Aż 62,5 % osób w tej kategorii wskazało na wychowywanie się z jednym rodzicem lub bez rodziców osoby bezdomnej. Interesujący jest fakt, że osoby będące w gorszej sytuacji materialnej zdecydowanie częściej uznawały, że bezdomny jest osobą, która mogła się wychowywać bez jednego rodzica lub bez rodziców, natomiast osoby lepiej sytuowane materialnie są podzielone w swoich opiniach. Duża część badanych przez Bartczaka i wsp. [10] osób, bo aż 73,8%, sądziła także, że bezdomny jest osobą nie pozostającą w stałym związku, a ponad połowa (58,2%) była zdania, że osoba bezdomna zwykle posiada dzieci.

We wspomnianym badaniu Krajewskiej-Kułak i wsp. [11] statystyczny bezdomny to w opinii licealistów mężczyzna (83%), osoba starsza (75%), stanu wolnego (62%), mieszkaniec większego miasta (55%), z wykształceniem zawodowym (50%), nie mający dzieci (47%) i pochodzący z rodzin mających tylko matkę lub tylko ojca (47%). Rzadziej to osoba z wykształceniem średnim (16%), mieszkaniec małego miasta (12%), kobieta (10%), osoba pochodząca z rodzin pełnych (10%), mająca dzieci (7%), zamężne (5%), młoda (2%), z wyższym wykształceniem (1%) [11].

W badaniu Kulak i wsp. [12] statystyczny bezdomny to: osoba starsza, mężczyzna, z rodzin mających tylko matkę lub tylko ojca, stanu wolnego, mieszkaniec większych miast, nie mający dzieci i z wykształceniem zawodowym.

W obecnym badaniu statystyczny bezdomny to: mężczyzna (82% ankietowanych), osoba starsza (51%), stanu wolnego (47%), mieszkaniec większego miasta (45%), z wykształceniem zawodowym (40%), nie mający dzieci (33%) i pochodzący z rodzin mających tylko matkę lub tylko ojca (28%).

W badaniu Bartczaka [10], osoby bezdomne, w porównaniu z innymi ludźmi, są: zdecydowanie częściej krzywdzone i wyśmiewane (84,7%), bardziej bezradne i skłonne do samobójstwa (55,8%), bardziej uciążliwe i trudne we współżyciu (62,6%), nie są natomiast

bardziej agresywne i niebezpieczne dla otoczenia (76,1%) i bardziej wrażliwe i więcej rozumiejące (58,4%).

W badaniu Krajewskiej-Kułak i wsp. [11] ankietowani licealiści mieli odmienne zdanie, niż ankietowani z ww badania, ponieważ bezdomnych za osoby zdecydowanie częściej krzywdzone uznało ich 10% licealistów, za bardziej wyśmiewane - 13%, za bardziej uciążliwe - 6%, za bardziej agresywne - 3%, a za bardziej wrażliwe - tylko 1% badanych.

Gimnazjaliści z badania Kułak i wsp. [12] w 18,3% gimnazjalistów uznali, iż bezdomni są częściej wyśmiewani, a 8,3% iż częściej krzywdzeni niż inni ludzie.

Łodzianie w badaniu Bartczaka i wsp. [10] uważali, iż głównym źródłem dochodu bezdomnych jest zbieranie makulatury i złomu (70,6%) lub jałmużna (23,5%).

Licealiści z badania Krajewskiej-Kułak i wsp. [11] głównych źródeł dochodu bezdomnych dopatrywali się w zbieraniu złomu (76%), żebraniu (68%) i zbieraniu makulatury (60%).

W badaniu Kułak i wsp. [12] gimnazjaliści byli przekonani, iż bezdomni utrzymują się przede wszystkim ze zbierania złomu (83,3%) lub zebrania (68,3%).

W obecnym badaniu bezdomny, według studentów, trudni się: zbieraniem złomu (77%), żebraniem (68%), zbieraniem makulatury (52%), nic nie robi (35%) lub pije alkohol (14%).

Osoby bezdomne w opinii respondentów Bartczaka i wsp. [10] budziły lęk przed dotykiem i ewentualnym zakażeniem, przeniesieniem się choroby skóry wśród połowy łodzian, częściej wśród kobiet (74,3%) niż u mężczyzn (62,2%). Podobny lęk odczuwało średnio 70% najmłodszych i najstarszych z wykształceniem nie wyższym niż średnie. Nieco mniej, bo około 63 % osób w średnim wieku i z wykształceniem wyższym [10].

W badaniu Krajewskiej-Kułak i wsp. [11] 46% respondentów twierdziło, iż bezdomnych nie należy się bać, jednakże bardzo podobny odsetek (42%) nie miał w tej kwestii zdania. Poznać bezdomnego nie chciałoby 42% licealistów, a „koczujących" bezdomnych w pobliżu swojego miejsca zamieszkania nie chciałoby mieć 52% z nich.

W opracowaniu Kułak [12] o tym iż bezdomnych nie należy się bać przekonanych było jedynie 9,2% badanych. Poznać bezdomnego nie chciałoby 40,8% osób, a mieć za sąsiada nie chciałoby mieć 70,8% z nich. W opinii większości obecnie ankietowanych studentów trudno było określić, czy bezdomnego należy się bać.

W pracy Bartczaka i wsp. [10] z listy 17 konkretnych powodów popadania w bezdomność łodzianie najczęściej wybierali uzależnienia, eksmisję z mieszkania oraz utratę pracy. Blisko połowa wskazała też, że bezdomność może być efektem opuszczenia przez najbliższą rodzinę [10].

Licealiści z badania Krajewskiej-Kułak i wsp. [11] przyczyn bezdomności upatrywali w braku zaradności ludzi, braku chęci do poszukiwania pracy, w konfliktach w rodzinie, w ukończenie szkół, po których nie ma pracy oraz w braku kwalifikacji potrzebnych na rynku pracy.

Obecnie badani przyczyn utrzymywania się bezdomności dopatrywali się przede wszystkim w braku zaradności ludzi, w konfliktach w rodzinie, w braku miejsc pracy, niechęci do szukania pracy oraz opłacalności korzystania z zasiłków.

W wśród podmiotów, do których powinna należeć pomoc bezdomnym, łodzianie z badania Bartczaka i wsp. [10] najczęściej zaliczali Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej (70,8%), rząd (42,9%), organizacje pozarządowe (42,2%), kościół i związki wyznaniowe (40,0%), urząd gminy (32,4%), powiatowy urząd pracy (26,5%) oraz zwykłych obywateli (20,5%).

W badaniu Krajewskiej-Kułak i wsp. [11] respondenci twierdzili, iż bezdomni obecnie mogą liczyć na pomoc przede wszystkim PCK, kościoła, organizacji pozarządowych oraz władz miasta/gminy. Ich zdaniem powinni pomagać bezdomnym: Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, rząd oraz wszyscy ludzie.

W badaniu Kułak i wsp. [12] respondenci przede wszystkim wskazywali na władze miasta/gminy (43,35) oraz organizacje pozarządowe (41,7%).

W opinii studentów bezdomni mogą obecnie liczyć na pomoc PCK (72%, kościoła (49%), władz miasta/gminy (35%) lub organizacji pozarządowych (33%).

Barczak oraz wsp. [10] badali gotowość do udzielania pomocy bezdomnym na kilka sposobów i wykazali, iż dla bezdomnego pomoc zadeklarowało 38,5% łodzian, lokując go w grupie przypadków najrzadziej wskazywanych. Chęć udzielenia pomocy bezdomnemu wzrastała wraz z wiekiem. Różnicowało ją również wykształcenie – deklaracje pomocy zgłaszały znacznie częściej osoby z wykształceniem podstawowym lub zasadniczym (47,8%) niż osoby z wykształceniem średnim (33,7%) i wyższym (32,4%) [10].

W badaniu Krajewskiej-Kułak i wsp. [11] chęć pomocy bezdomnym zadeklarowało 40% licealistów, a 5% już takiej pomocy udzielało. Prawie identyczny odsetek młodzieży (46%) miał jednak problem z jasnym wyrażeniem swojej deklaracji w powyższej kwestii [11].

Gimnazjaliści z badania Kułak i wsp. [12] najczęściej byli osobami niezdecydowanymi w powyższej kwestii, ale jednocześnie było gotowych taką pomoc świadczyć .

Obecnie badani studenci zapytani, czy chcieliby pomagać bezdomnym, w zdecydowanej większości (56%), nie wyrazili swojej opinii. Takiej pomocy nie chciało udzielać 6% badanych. Pomoc zadeklarowało 35% badanych. Jedna osoba zadeklarowała, że już pomaga i chce nadal okazywać bezdomnym swą pomoc.

W opinii Chyły [9], bezdomność, jako piętno i potwierdzenie społecznych stereotypów, jest kojarzona przede wszystkim z bezdomnością „uliczną".

Bezdomni, za Oliwia- Ciesielska [13] mają jednak świadomość własnej inności, niechęci innych wobec ich zaniedbanego wyglądu i sposobu życia.

Wnioski

1. Większość respondentów miała kontakt z bezdomnymi, ale jednocześnie zadeklarowała niechęć do tego, aby w ich sąsiedztwie przebywali bezdomni.
2. W opinii badanych statystyczny bezdomny to mężczyzna, osoba starsza, stanu wolnego, mieszkaniec większego miasta, z wykształceniem zawodowym, zaniedbany, brudny i śmierdzący, którego głównymi zajęciami są: zbieranie złomu, żebranie i zbieranie makulatury.
3. Ankietowanym studentom bezdomny kojarzył się z osobą brudną, biedną, cuchnącą, nieszczęśliwą i samotną.
4. Studenci w większości uważali że, bezdomni najbardziej cenią sobie miejsce do spania i jedzenie, a głównym skutkiem ich statusu społecznego jest zły stan psychiczny i przygnębienie.
5. Większość respondentów uważało, że pomagać bezdomnym powinien przede wszystkim Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej i jedynie co trzecia z nich zadeklarowała chęć świadczenia takiej pomocy.
6. Większość studentów nie potrafiła wymienić żadnej akcij społecznej organizowanej na rzecz bezdomnych.

Postulaty

Studenci Wydziału Nauk o Zdrowiu to osoby które w przyszłości, po zakończeniu studiów i podjęciu pracy zawodowej będą mieli kontakt z przedstawicielami różnych grup społecznych.

W związku z powyższym powinni:

- być kształceniu w duchu holistycznego postrzegania opieki medycznej, co pozwoli im na empatyczne podejście do osób bezdomnych, uwzględniające ich potrzeby biop-psycho-społeczne

- mieć kontakt z bezdomnymi, jako potencjalnymi podopiecznymi w ich przyszłej pracy zawodowej.
- powinni poznać potrzeby i chcieć pomóc bezdomnym w trudnej sytuacji jakiej się znaleźli, co umożliwia im na Wydziale Nauk o Zdrowiu, działanie Centrum Wolontariatu oraz Studenckie Koło Naukowe Wolontariuszy Medycznych, które pozwala osobom chętnym nieść pomoc osobom bezdomnym w akcji Bez domu, ale nie bez pomocy" organizowanych wspólnie z Komendą Wojewódzką Policji
- w treściach kształcenie pielęgniarek powinny znaleźć się tematy dotyczące problemów bezdomnych, zarówno w aspekcie medycznym, jak i społecznym

Piśmiennictwo

1. Dębski M. Socjodemograficzny portret zbiorowości ludzi bezdomnych – ciągłość czy zmiana? Metodologiczne problemy badania bezdomności w województwie pomorskim w latach 2001-2005. [w:] Oblicza bezdomności. Dębski M., Stachura K. (red.), Uniwersytet Gdański, Gdańsk, 2008, 137-178.
2. Moczuk E.: Bezdomność jako problem społeczny w świadomości osób bezdomnych Polityka Społeczna, 2000, 10, 14-17.
3. Piekut – Brodzka D. M.: O bezdomnych i bezdomności. Aspekty fenomenologiczne, etiologiczne, terapeutyczne, wyd. Chrześcijańska Akademia Teologiczna, Warszawa 2000.
4. Nowakowska A.: Społeczne postrzeganie bezdomności. Zjawisko stereo typizacji [w:] Oblicza bezdomności, Dębski M., Stachura K. (red.), Wyd. Bernardinum Sp. z p o.o., Gdańsk, 2007, 37-46.
5. Przymeński A.: Aktualny problem bezdomności w Polsce. Aspekt polityczno-społeczny [w:] Oblicza bezdomności, Dębski M., Stachura K. (red.), Wyd. Bernardinum Gdańsk, 2007, 17-37.
6. Lech A.: Świat społeczny bezdomnych i jego legitymizacje. Katowice: Biblioteka pracownika socjalnego, 2007, 1-318.
7. Mądrzycki T.: Deformacje *w* spostrzeganiu ludzi, Warszawa, PWN, 1986, 1-137.
8. Wygnańska J.: Raport o polityce społecznej wobec bezdomności w Polsce. Europejskie Obserwatorium Bezdomności. Europejsk Federacji Narodowych Organizacji Zaangażowanych na rzecz Bezdomnych. FEANTSA, http://www.kph.org.pl/publikacje/raport_sw_2010.pdf, data pobrania 6.07.2012.

9. Chyła A.: Bezdomność - problem społeczny, Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, 2010, 1-9.
10. Bartczak J., Bernacka A., Janik J., Kulczyńska A., Kwiatkowska A., Lipiec M., Olczyk A., Rostocki J., Rygier K., Skiba P., Zieja A., Zygmunt E. Postawy łodzian wobec bezdomnych, 1-41, www.eksoc.uni.lodz.pl/is/lodzianie-o-bezdom.pdf, data pobrania 6.07.2012.
11. Krajewska-Kułak E., Van Damme–Ostapowicz K., Rozwadowska E., Lewko J., Łukaszuk C. R., Rolka H. J., Sierakowska M., Szyszko-Perłowska A., Kulmaczewska M. A., Radziejewski P., Moczydłowska A.: Ocena postaw młodzieży wobec bezdomności. [w:] Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C.R, Lewko J. red. W drodze do brzegu życia. Białystok: Duchno, 2011, 9, 219-229.
12. Kułak A., Kułak P., Blecharczyk B., Shpakau A.: Postawy uczniów gimnazjum wobec osób bezdomnych, Pielęgniarstwo XXI wieku, 2011, 37, 11-16.
13. Oliwia-Ciesielska M.: Piętno bezdomności http://www.wykluczenie.pl/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=305, data pobrania 6.07.2012.

Kuszczak Anita

Problem stygmatyzacji osób dotkniętych mutyzmem

SKN Wolontariuszy Medycznych przy Zakładzie Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Mutyzm określany jest jako brak lub ograniczenie mówienia (ekspresji oralnej) przy zachowaniu rozumienia mowy i możliwości porozumiewania się za pomocą pisma.

Powyższe zaburzenie może pojawiać się u osób, u których zachowana jest w pełni sprawność aparatu mownego zarówno w części centralnej (ośrodki mózgowe), jak też w części obwodowej (sprawnie funkcjonujący układ oddechowy, fonacyjny i artykulacyjny oraz prawidłowo zbudowany i w pełni sprawny narząd słuchu) [1].

Ze względu na etiologię wyodrębnia się mutyzm organiczny i funkcjonalny (psychogenny). Przyczyną mutyzmu organicznego są uszkodzenia mózgu lub organiczne uszkodzenia obwodowych narządów mowy, lub ich dysfunkcje (np. nieprawidłowości w budowie krtani, podniebienia, języka, szczęk, warg, pierścienia zwierającego gardło itp.), dające w efekcie wady artykulacyjne [2]. Niekiedy współwystępują z nim objawy innych uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego, wśród których wymieniane są najczęściej:

- **Apraksja oralna** będąca zaburzeniem w dowolnych ruchach warg i języka wywołane trudnościami w odpowiednim ułożeniu mięśni tych organów. Trudności w praksji oralnej przejawiają się zaburzeniami w wykonywaniu takich czynności, jak: dmuchanie, gwizdanie, wysuwanie języka itp. i mogą występować bez znacznych niedowładów mięśniowych. Artykulacja jest niewyraźna, zamazana, mówienie sprawia dziecku trudności i mutyzm jest konsekwencją takiej sytuacji.
- **Mutyzm akinetyczny,** który występuje na tle patologicznie spowolniałej wszelkiej aktywności ruchowej, co przejawia się brakiem reakcji na wszystkie bodźce ze środowiska (nie tylko werbalne). Reakcje wegetatywne, takie jak: ziewanie, kaszel, mruganie są obecne. Mutyzm nie zawsze jest całkowity, czasami można uzyskać zredukowane odpowiedzi (wypowiadane szeptem). Dziecko z akinezą sprawia wrażenie zmęczonego fizycznie i psychicznie, co przejawia się bardzo wolnym tempem wykonywania nawet krótkich zadań i szybkim rozproszeniem uwagi. Akineza

występuje w różnych schorzeniach neurologicznych, a głębokość mutyzmu i efekty terapii logopedycznej zależą od przebiegu choroby.

- **Mutyzm hiperkinetyczny,** w którym obserwowany jest ogólny niepokój ruchowy przejawiający się w ruchach niecelowych, przymusowych i niekontrolowanych, czasami w postaci ruchów stereotypowych. Dotyczą one całego ciała, zwłaszcza rąk, utrudniając znacznie wykonanie ruchów celowych. W ekspresji oralnej, zamiast reakcji werbalnej, może pojawiać się krzyk lub głośne nieartykułowane dźwięki. W głębokich stopniach niepokoju ruchowego kontakt z dzieckiem jest bardzo trudny; dziecko może spełniać krótkie polecenia, ale dłuższe ćwiczenia są niemożliwe.
- **Mutyzm afatyczny** objawiający się brakiem ekspresji werbalnej w głębokiej formie afazji ruchowej. W odróżnieniu od afazji totalnej rozumienie jest zachowane. Mutyzm afatyczny ma na ogół charakter przemijający, a postępowanie terapeutyczne jest takie, jak w terapii afazji [3].

O mutyzmie funkcjonalnym mówimy, gdy występują zewnętrzne czynniki patogenne o różnym charakterze, np.: nieprawidłowa struktura rodziny, błędy wychowawcze, silne przeżycia psychiczne, długotrwałe sytuacje stresowe itp. Jednocześnie nie ma żadnych dysfunkcji mózgu ani zaburzeń w budowie i funkcjonowaniu narządów mowy [2].

Według Minczakiewicz [4] wyróżnia się dwa rodzaje mutyzmu funkcjonalnego: mutyzm całkowity oraz częściowy (selektywny, wybiórczy). Herzyk wyróżnia dodatkowo mutyzm sytuacyjny.

Mutyzm sytuacyjny pojawia się u dzieci normalnie mówiących w sytuacjach nowych czy trudnych, wycofuje się natomiast wraz ze zmianą sytuacji. Ten rodzaj mutyzmu ma charakter przejściowy, co oznacza, że jego objawy pojawiają się w momencie zetknięcia się dziecka z nową sytuacją i ustępują po pewnym czasie, kiedy dziecko przyzwyczai się do nowej sytuacji. Objawy mutyzmu sytuacyjnego pojawiają się najczęściej, kiedy dziecko rozpoczyna uczęszczanie do przedszkola lub szkoły i utrzymują się od kilku dni do kilku tygodni. Mutyzm sytuacyjny przejawia się najczęściej tym, że dziecko nie mówi w czasie lekcji i przebywając w klasie. Może natomiast rozmawiać poza lekcjami, ale tylko z częścią kolegów i niektórymi nauczycielami. Czasami dziecko rozmawia z nauczycielem, kiedy nie słyszą go koledzy. Zdarza się jednak, że w nowej sytuacji, w obecności obcych osób dziecko przestaje rozmawiać z tymi, z którymi rozmawiało normalnie do tej pory, nawet z najbliższymi - rodzicami czy rodzeństwem. Częstym objawem towarzyszącym jest także zachowywanie przez dziecko fizycznego dystansu do osób obcych i nieznanych przedmiotów

otaczających je w nowym miejscu. Dzieci z mutyzmem często czują się osamotnione, ponieważ ze względu na swoje zaburzenie nie mogą nawiązać kontaktu z rówieśnikami. Zdarza się również, że nauczyciele nieświadomi przyczyny ich milczenia traktują je z niechęcią i próbują wymusić reakcję werbalną. Z tego względu pierwsze doświadczenia w szkole mogą być dla dzieci z mutyzmem traumatyczne, często nie chce ono wracać do szkoły po pierwszym nieudanym dniu nauki. Warto więc, by nauczyciele zetknąwszy się z tego typu zaburzeniami u swoich podopiecznych informowali natychmiast rodziców, a także zachowali się odpowiednio i zadbali o właściwą reakcję innych uczniów. Gdy sytuacja pobytu w przedszkolu lub szkole przestaje być dla nich sytuacją nową, zazwyczaj zaczynają normalnie rozmawiać [5].

Mutyzm całkowity określa się mianem „mutyzmu histerycznego". Charakteryzuje się tym, że dziecko zupełnie nie mówi, nie używa języka mówionego w żadnej sytuacji. Niekiedy pojawiają się takie symptomy, jak dramatyczny krzyk (czasem spazmatyczny ze sztywnieniem mięśni języka i warg), nieartykułowane dźwięki, bezgłośny szept, czasem reakcje niewerbalne (kiwanie głową potwierdzające zgodę lub kręcenie głową wyrażające zaprzeczenie, gest dłoni, spuszczanie oczu, grymas złości lub niezadowolenia itp.)

W mutyzmie całkowitym nie obserwuje się zaburzeń w budowie i funkcji narządów mownych, ani też trudności motorycznych (lokomocyjnych czy manualnych). U dzieci szkolnych zachowana bywa umiejętność i możliwość pisemnego porozumiewania się z otoczeniem. Mutyzm całkowity ma charakter psychogenny i może być reakcją dziecka na sytuacje trudne, może być wynikiem wstrząsu pochodzenia urazowego, bolesnych przeżyć i doświadczeń [4].

Mutyzm wybiórczy został przedstawiony po raz pierwszy w 1877 roku przez Kussmaula, który opisał 3 przypadki zjawiska, które nazwał *aphasia voluntaria*. W 1934 roku Tramer wprowadził obowiązujący do dziś termin „mutyzm wybiórczy" [6]. Opisane przez niego zaburzenie najczęściej rozwijające się we wczesnym dzieciństwie polega na tym, że dziecko nie odzywa się w pewnych sytuacjach, a rozmawia swobodnie w określonych okolicznościach [7].

W IV edycji Klasyfikacji Zaburzeń Psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-IV) z 1994 r. podano ścisłe kryteria mutyzmu wybiórczego:

1. Przewlekła odmowa mówienia w określonych sytuacjach społecznych (w których oczekuje się od dziecka wypowiedzi ustnych, np.: w szkole) pomimo mówienia w innych sytuacjach.

2. Zaburzenie ma wpływ na osiągnięcia edukacyjne lub zawodowe, lub na komunikację społeczną
3. Problemy związane z mową trwają nie krócej niż miesiąc (nie dotyczy to pierwszego miesiąca nauki szkolnej).
4. Odmowa mówienia nie jest spowodowana brakiem umiejętności lub swobody w posługiwaniu się językiem mówionym wymaganym w danej sytuacji społecznej.
5. Odchylenie, które nie może być dokładniej zaklasyfikowane wśród zaburzeń komunikowania się (np. jąkania się) i nie występuje wyłącznie w przebiegu przetrwałych zaburzeń rozwojowych, schizofrenii lub innych zaburzeń psychicznych [8].

Mutyzm wybiórczy jest schorzeniem rzadkim, którego częstotliwość występowania w populacji dzieci i młodzieży wynosi 0,02%, a wśród dzieci leczonych psychiatrycznie ok. 0,2%. W okresie rozpoczynania nauki szkolnej występuje mutyzm przejściowy [6]. Dotychczas nie było żadnych badań epidemiologicznych zaburzeń wieku dziecięcego, które pozwoliłyby oszacować występowanie mutyzmu selektywnego na próbie międzynarodowej [9]. Brown i Lloyd stwierdzili, że spośród angielskich dzieci, rozpoczynających naukę w wieku 4,5-5,5 lat, po 8 tygodniach chodzenia do szkoły nie mówiło 0,72%, ale z upływem czasu większość z nich zaczynała mówić. Mutyzm wybiórczy częściej występuje u dziewczynek (wśród wszystkich przypadków opublikowanych w języku angielskim do roku 1992 – 145 na 220 to dziewczynki, a 75 na 220 to chłopcy). Przedstawiona sytuacja jest odwrotna wśród dzieci z opóźnionym rozwojem mowy – tutaj stosunek dziewcząt do chłopców wynosi 1:2, 1:3. Wiek występowania mutyzmu wybiórczego jest różnie oceniany przez autorów i waha się pomiędzy końcem okresu rozwoju mowy a początkiem okresu dojrzewania [6].

Dzieci z mutyzmem wybiórczym charakteryzują szczególne rysy osobowości i sposoby zachowania. Najczęściej obserwuje się u nich nieśmiałość i lękliwość, niedojrzałość emocjonalną, wrażliwość. W zachowaniu zwraca uwagę upór, stawianie biernego oporu, kontrolowanie i manipulowanie otoczeniem oraz przyjmowanie postawy wycofanej. Wycofaniu towarzyszy jednak czujność i baczne obserwowanie otoczenia. Zazwyczaj dzieci te bardzo szczegółowo zapamiętują wydarzenia i otoczenie, z którym nie komunikują się werbalnie. Zahamowaniu mowy może towarzyszyć zahamowanie aktywności ruchowej, co znajduje wyraz w wyglądzie dzieci mutystycznych. Wykazują one sztywność postawy, głowę i ramiona mają przygięte do przodu, unikają kontaktu wzrokowego z rozmówcą. Opisane

zachowanie może służyć zachowaniu rezerwy i postawy obronnej w sytuacji odczuwanego przez dziecko zagrożenia stwarzanego przez nieznane otoczenie. Niewerbalne formy komunikowania się są zachowane [8] (mimika, śmiech, grymas niezadowolenia lub złości, gestykulacja, np.: gest przywoływania, przeczenia, potakiwania, znaki proksemiczne – zbliżanie się do kogoś, odsuwanie, odwracanie głowy, a ponadto kontakt za pomocą pisma). Całkowicie inne jest zachowanie dzieci autystycznych w domu, gdzie są one pełne życia, gadatliwe, dominujące, niekiedy agresywne i kontrolujące całą rodzinę [4, 8].

Negatywny stosunek dziecka do otoczenia bywa czasami wzmacniany przez wrogie, pełne dezaprobaty nastawienie środowiska, drastyczne próby złamania uporu dziecka, nakładane sankcje, różnego rodzaju kary itp. [4].

Etiologia mutyzmu wybiórczego jest najprawdopodobniej wieloczynnikowa [6]. Najczęstszą diagnozowaną przyczyną schorzenia są egzogenne czynniki patogenne, takie jak: silne przeżycia lękowe, długotrwałe sytuacje stresowe, utrata bliskiej osoby, upokorzenia, uderzenie w godność dziecka, drastyczne poniżanie przez rodziców, etykietowanie, deprywacja potrzeb psychicznych, nieprawidłowa struktura rodziny, uczucie odrzucenia przez rodziców [4]. W etiologii zaburzenia podkreśla się rolę podatności na zranienia, szczególnie w okresie rozwoju mowy [7].

U dzieci o prawidłowym przebiegu rozwoju psychicznego mutyzm wybiórczy pojawia się stosunkowo rzadko, częściej spotykany jest u dzieci z odchyleniami rozwojowymi (np.: z upośledzeniem umysłowym, z zaburzeniami mowy, utrudniającymi komunikację z otoczeniem (jąkanie, bełkot), z dysfunkcją narządu ruchu (np.: po amputacji kończyn) [4]. Może współwystępować z takimi zaburzeniami wieku dziecięcego, jak moczenie nocne, zaburzenia jedzenia, nadpobudliwość psychoruchowa i tiki. Zazwyczaj towarzyszą mu zaburzenia lękowe, często o takim natężeniu lęku społecznego, że spełnione są kryteria fobii społecznej (DSM-IV).

Jako jedną z przyczyn mutyzmu wybiórczego autorzy poddają czynniki genetyczne. Doktor Salvatore Grosso zaobserwował pewien wzorzec dymorfizmu twarzy u dziewczynki z tym zaburzeniem, opisywany wcześniej przez Simonsa, na który składały się: spłaszczenie grzbietu nosa, wąska górna warga, poszerzona rynienka nosowo-wargowa, wywinięta dolna warga i mikrognacja. Dodatkowo zauważono występowanie krótkich i szerokich palców. Na podstawie kariotypu komórek krwi stwierdzono nieprawidłowy wzór chromosomów z delecją krótkiego ramienia chromosomu 18. Na tej podstawie powstała sugestia o grupie pacjentów, u których wystąpienie mutyzmu jest uwarunkowane genetycznie [9].

Mutyzm pochodzenia urazowego nie zawsze jest powodowany jednym silnym, dającym się określić bodźcem. Czasami bywa, że u podstaw mutyzmu leży szereg pozornie drobnych, jednakże bolesnych dla dziecka przeżyć, np.: drwiny ze strony kolegów, przykre dla dziecka żarty i epitety, ponaglenia, wytykanie błędów, przedrzeźnianie itp. [4].

Przedstawione zaburzenie jest często obecne w rodzinach posługujących się gwarą i rodzinach imigrantów. Według autorów w rodzinach imigranckich na relację pomiędzy matką a mutystycznym dzieckiem może mieć wpływ matczyne poczucie odsunięcia i jej negatywny stosunek do nowego kraju i języka. Używanie innego języka w domu, innego w kontaktach społecznych zostało w literaturze nazwane urazem kulturowym [6].

W rodzinach dzieci z mutyzmem wybiórczym charakterystyczny jest symbiotyczny związek matka-dziecko, często kompensujący kobiecie brak satysfakcji w małżeństwie. Ten silny związek zaspokajający potrzebę przynależności ogranicza równocześnie potrzebę odrębności, a dając dziecku poczucie bezpieczeństwa ogranicza rozwój niezależności i wzmacnia jego lęk przed światem. Dziecko nie ma okazji ani spotykania nieznajomych po za domem, ani szansy obserwowania kontaktów społecznych matki. Najczęstsze nieprawidłowości w osobowości matek dzieci mutystycznych to nadopiekuńczość, niedojrzałość emocjonalna i skłonność do depresji [8].

Opis ojca dziecka mutystycznego jest często negatywny. Jest on pasywny, obojętny chłodny emocjonalnie. Niekiedy dominuje poprzez swoją surowość i stosowanie kar cielesnych, wywołując tym samym u dziecka strach i zażenowanie, co może być przyczyną odmowy mówienia, także w stosunku do niego. Często ojcowie dzieci z mutyzmem mają powyżej 40 lat w chwili urodzenia się dziecka, bądź też często przebywają po za domem [6].

Mutyzm jest objawem występującym w wielu schorzeniach, zatem dla ustalenia mutyzmu wybiórczego należy przeprowadzić dokładne różnicowanie, przede wszystkim z mutyzmem całkowitym, rozumianym jako całkowite zahamowanie funkcji mowy, które może towarzyszyć licznym schorzeniom neurologicznym i psychiatrycznym. Pediatra, który stwierdzi, że dziecko nie mówi, powinien zebrać dokładny wywiad dotyczący objawu, ustalić wstępne rozpoznanie i zdecydować dokąd dalej skierować dziecko (do psychologa dziecięcego, neurologa, laryngologa foniatry czy na naukę języka) [8].

Logopeda bywa często pierwszym specjalistą, do którego szkoła czy przedszkole kieruje rodzica z dzieckiem, które nie mówi. Mutyzm wybiórczy nie jest jednak w sensie ścisłym problemem logopedycznym, a psychologicznym. Mimo to jest wielu logopedów, którzy podejmują się takiego zadnia i radzą sobie w pracy z mutyzmem wybiórczym. W

wypadku tego zaburzenia pomocna jest każda profesjonalna interwencja. Najgorszy sposób traktowania dzieci z mutyzmem wybiórczym to pozostawienie ich bez pomocy, bo każdy dzień, miesiąc i rok takiego spokoju utrwala mechanizmy powodujące mutyzm.

Dzieci z mutyzmem poza tym, że nie mówią nie sprawiają większych kłopotów wychowawczych. W związku z powyższym wielu rodziców i nauczycieli przyjmuje strategię dostosowania się, ewentualnie przeczekiwania. Komunikują się z dziećmi na piśmie, stosują też pozawerbalne środki komunikacji. Często dzieci mutystyczne są bardzo inteligentne. Ich poziom osiągnięć w nauce sprawia, że nawet jeśli porozumiewają się nietypowo, to jednak nauczyciele spostrzegają je jako zdolne i zmotywowane do nauki. Do pewnego momentu edukacji to wystarcza. Nauczyciele czują się na tyle usatysfakcjonowani, że zaprzestają pracy w kierunku doprowadzenia takich dzieci do stanu, w którym będą normalnie mówić. Z czasem jednak potrzeba porozumiewania się z dzieckiem staje się na tyle silna i ważna, że rodzic idzie z dzieckiem do specjalisty - i często bywa, że jest to właśnie logopeda.

Wielu logopedów, którzy zajmują się takim dzieckiem, klasycznie zaczynają od ćwiczeń artykulacji. Postępy przy takiej terapii u dzieci z mutyzmem są wtedy, niestety, niewielkie. Nawet jeśli dziecko będzie wykonywać ćwiczenia, to nie zlikwiduje to jego problemów z porozumiewaniem się za pomocą mowy.

Dzieci z mutyzmem często zaczynają mówić szeptem bądź cichutko, dość niewyraźnie. Trzeba pracować nad wzmocnieniem pojawiającego się głosu dziecka. Warsztat logopedy może być na takim etapie niezwykle pomocny i cenny.

Ćwiczenia logopedyczne nie mogą być jednak stosowane na samym początku pracy z dzieckiem dotkniętym mutyzmem wybiórczym. Musi je poprzedzić praca terapeutyczna - prowadzona albo przez samego logopedę, albo przez terapeutę, z którym logopeda może zacząć na pewnym etapie pracy z danym dzieckiem współpracować [10].

W dobrze zorganizowanej terapii przestrzegać należy zasad indywidualizacji, wszechstronnego rozwoju dziecka i stopniowania trudności. Taki sposób postępowania proponuje Herzyk dzieląc terapię na etapy:

1. **Etap pierwszy**

Terapeuta jest biernym obserwatorem kontaktu dziecka z osobą, z którą dziecko zwykle rozmawia, najczęściej matką lub innym członkiem rodziny. Należy dokładnie obserwować, kiedy od dziecka można uzyskać odpowiedź werbalną i jaka jest to odpowiedź. Należy także zarejestrować, czy i w jaki sposób dziecko wypełnia instrukcje werbalne (np. „przynieś", „podaj", „weź", „pokaż", „narysuj" itp.), jakie są jego reakcje niewerbalne (np. ruchy głową

wyrażające odpowiedź „tak/nie”; także inne gesty). Wskazany jest dystans fizyczny, tzn. terapeuta powinien prowadzić obserwacje z pewnej odległości, nie należy zbliżać się do dziecka, ponieważ może ono zareagować lękiem i nawet nie rozmawiać z matką.

2. **Etap drugi**

Terapeuta skraca dystans fizyczny, zbliża się do dziecka, może zacząć rozmawiać z matką oswajając w ten sposób dziecko ze swoją obecnością, ale jeszcze nie zwraca się do niego bezpośrednio.

3. **Etap trzeci**

Terapeuta nawiązuje z dzieckiem bezpośredni kontakt niewerbalny (np. podaje mu zabawkę, pomaga mu układać klocki itp.) oraz mówi do niego (np. pochwały: „dobrze narysowałeś” itp.) nie wymagając od dziecka żadnych odpowiedzi. Nadal matka pełni wiodącą rolę w rozmowie.

4. **Etap czwarty**

Terapeuta prosi dziecko o niewerbalną odpowiedź (np. „podaj mi”, „połóż na stole”, itp.). Matka nadal jest blisko dziecka, rozmawia z nim, chociaż terapeuta coraz częściej zaczyna ją zastępować.

5. **Etap piąty**

Terapeuta zwraca się bezpośrednio do dziecka z pytaniem wymagającym wykonania gestu potakującego lub zaprzeczającego, bądź odpowiedzi „tak/nie” (np. „byłeś dzisiaj w szkole?”, „byłeś na spacerze?”). Matka jest jeszcze blisko dziecka, ale już z nim nie rozmawia, chyba że dziecko zwróci się bezpośrednio do niej.

6. **Etap szósty**

Tylko terapeuta rozmawia z dzieckiem, matka staje się biernym obserwatorem siadając nieco dalej od dziecka. Zajęcia nie powinny wymagać od dziecka ciągle odpowiedzi werbalnych. Należy zaczynać od zabaw czy zajęć nie wymagających wypowiedzi (np. rysowanie). Podczas wykonywania (np. rysunku) terapeuta może zadawać dziecku pytania lub komentować czynności dziecka (np. „jakim kolorem pomalujesz dom?”, „gdzie narysujesz okno?” - dziecko może odpowiadać werbalnie albo pokazywać). Starsze dzieci mogą głośno czytać (ale raczej krótkie teksty np. podpisy pod obrazkami). Możemy także poprosić dziecko, aby podpisało obrazek, a potem głośno przeczytało ten podpis.

7. **Etap siódmy**

Matka znajduje się w dalszym dystansie od dziecka. Terapeuta może stosować metody „*rozhamowujące*” mówienie (np. wyliczanki, piosenki, liczenie przedmiotów itp.). Razem

z dzieckiem można omawiać obrazek (np. „co robi dziewczynka?"). Na tym etapie dziecko powinno już odpowiadać werbalnie na pytania i prośby skierowane do niego przez terapeutę.

8. Etap ósmy

W pomieszczeniu zostaje tylko terapeuta i dziecko, matka znajduje się w innym pokoju. Kontynuujemy zajęcia typu: odpowiedzi na pytania, omawianie obrazków, komentarze do czynności wykonywanych przez dziecko (np. „a co zrobisz teraz?", „ile klocków weźmiesz?" itp.).

9. Etap dziewiąty

W pomieszczeniu znajduje się inna osoba (oprócz terapeuty i dziecka), z którą dziecko nie rozmawia (np. wychowawczyni z przedszkola lub nauczyciel). Terapeuta jest w roli matki, a więc osoby, z którą dziecko już rozmawia. Kolejno krok po kroku stosowane są takie same etapy jak poprzednio [1].

Z metod pedagogicznych w leczeniu mutyzmu wybiórczego stosuje się przede wszystkim terapię behawioralną. W literaturze nie ma jednego uznanego schematu postępowania, jego brak jest spowodowany mnogością czynników wywołujących to zaburzenie. Drugą ważną przyczyną jest rzadkość zespołu, która uniemożliwia przeprowadzenie szeroko zaplanowanych badań mogących potwierdzić lub wykluczyć skuteczność proponowanej przez dany ośrodek metody leczenia. Ważne jest jak najszybsze usunięcie objawu, aby dziecko nie traciło miesięcy, czy lat nauki i kontaktów społecznych [6].

Koncepcje behawioralne uważają mutyzm selektywny za zachowanie wyuczone, które często rozwija się jako ucieczka od lęku, albo sposób na zdobycie uwagi innych. W modelu tym mutyzm selektywny jest widziany jako produkt serii wydarzeń warunkujących i niezależnie od pierwotnej przyczyny tego zachowania, istnieje zazwyczaj jakaś wtórna korzyść dla dziecka, która podtrzymuje mutyzm na przestrzeni czasu. Dlatego też terapie behawioralne używają technik, takich jak kontrola wzmocnień, modelowanie oraz wygaszanie bodźca, ćwiczenie i modelowanie umiejętności społecznych w celu zwiększenia ilości werbalizacji w otoczeniu, w którym dziecko wcześniej pozostawało milczące.

W terapii behawioralnej kładzie się szczególny nacisk na udaremnienie podejmowanych przez dziecko prób komunikacji pozawerbalnej z jednoczesnym stopniowym uzależnianiem spełniania jego życzeń od ich wypowiadania. Praca z milczącym dzieckiem jest trudna i wymaga ogromnej cierpliwości, a także akceptacji przez terapeutę długotrwałego milczenia i braku aktywności dziecka. Niezwykle istotna jest współpraca ze strony domu i

szkoły, a także rówieśników. Innym, efektywnym pod względem kosztów i strat, działaniem są techniki samo-modelowania, polegające na robieniu nagrań wideo i/albo na taśmę magnetofonową, które są edytowane, aby pokazać dziecko w trakcie mówienia w otoczeniu, gdzie wcześniej było milczące. Samo-modelowanie jest również łączone z wygaszaniem bodźca i technikami wzmacniania. W niektórych przypadkach słuchanie nagrań w rzeczywistości zwiększa lęk dziecka związany z mówieniem, co czyni tę interwencję niewłaściwą dla części populacji mutyzmu selektywnego [9].

Milczenie dziecka nawet wówczas, gdy pojawia się w sytuacji niektórych tylko osób, jest zawsze świadectwem zaburzenia jego osobowości. Zarówno rodzice, jak i terapeuci (psycholog, logopeda) powinni brać pod uwagę fakt, że w przypadku dziecka dotkniętego mutyzmem nie można stosować żadnych form przymusu i kar (zarówno psychologicznych, jak i fizycznych) lecz uciekać się do zrozumiałych dla dziecka, akceptowanych przez nie kontaktów społecznych, różnych form porozumiewania się za pomocą budzących jego zainteresowanie środków: wyliczanek, rysunków, wyliczanych wierszyków, zagadek, historyjek, zabaw ruchowych, zabaw ze śpiewem, pisma itp. W każdym przypadku, obojętnie czy mamy do czynienia z mutyzmem organicznym czy funkcjonalnym, zachodzi potrzeba mówienia do dziecka i organizowania normalnych warunków komunikacyjnych, prowokujących do interakcji [4].

Leczenie mutyzmu wybiórczego powinno być rozpoczynane jak najwcześniej. Istotne znaczenie dla rozwoju dziecka ma postawa osób opiekujących się nim i zajmujących się jego wychowaniem oraz czynniki wynikające z jego struktury psychicznej, a więc będące początkowo konsekwencją jego psychologicznych uwarunkowań, a następnie jego aktualnej struktury psychicznej. Wpływa to na kształtowanie się obrazu rodziców oraz samego siebie [7].

Praca z milczącym dzieckiem jest trudna i wymaga ogromnej cierpliwości. Stanowi sprawdzian dla samego terapeuty, jego możliwości akceptacji długotrwałego milczenia i braku aktywności dziecka. Jednostronny tylko kontakt słowny może wytworzyć u terapeuty poczucie bezsilności i braku możliwości pomocy mutystycznemu dziecku i doprowadzić do rezygnacji z prób leczenia. Celem terapii jest m. in. motywacji do porozumiewania się za pomocą słów, przez pokazanie, jakie przynosi ono korzyści w życiu codziennym [8].

Z badań Z. Szymańskiej i M. Tramera wynika, że dziecko zazwyczaj nie wie, dlaczego milczy. Często szczegółowa analiza sytuacji życiowej dziecka z mutyzmem i jego rodziny wyjaśnia istotę i przyczyny trudności w wyniku których nastąpiło milczenie. Stąd też nasuwa

się konkluzja, by przed podjęciem terapii z dzieckiem dotkniętym mutyzmem, dokładnie zapoznać się z jego sytuacją rodzinną, przedszkolną czy szkolną, stanem rozwoju potrzeb dziecka i jego potrzeb oraz okolicznościami, w jakich doszło do pojawienia się symptomów mutyzmu i wziąć je pod uwagę przy ustalaniu programów oraz doborze metod i środków terapeutycznych [4].

Należy pamiętać, że jedynie całościowe spojrzenie na dziecko w kontekście objawów prezentowanych przez nie i objęcie długoterminową, wielopłaszczyznową psychoterapią daje szanse zmniejszenia lub ustąpienia objawów [7].

Piśmiennictwo

1. Herzyk A.: Afazja i mutyzm dziecięcy. Wydawnictwo Polskiej Fundacji Zaburzeń Mowy, Lublin 1992.
2. Bogdańska T.: Mutyzm-wybrane zagadnienia. Logopeda, 2006, 1, 46-50.
3. Mieszkowicz M.: Mutyzm dziecięcy – diagnoza i terapia. http://poradnik-logopedyczny.pl/zaburzenia-mowy/rozpoznanie-i-terapia/52/mutyzm-dzieciecy-terapia -i-diagnoza.html, data pobrania 27.03.2013.
4. Minczakiewicz E.: Mowa – rozwój – zaburzenia – terapia. Wydawnictwo WSP, Kraków 1997.
5. Karasek – Sajbor B.: Mutyzm dziecięcy. http://www.logopedia.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=297&Itemid=37, data pobrania 26.03.2013.
6. Kołakowski A., Liwska M., Wolańczyk T.: Mutyzm wybiórczy u dzieci – przegląd piśmiennictwa. Psych. Pol., 1996, 30, 233-246.
7. Nowak M., Janas-Kozik M.: Dialog w milczeniu-rozumienie i terapia pacjentki mutystycznej. Psychoterapia, 2009, 1, 57-63.
8. Liwska M., Kołakowski A., Wolańczyk T.: Dziecko milczące – opis 5 przypadków mutyzmu wybiórczego. Ped. Pol., 1996, 71, 1023-1029.
9. Prażmowska D.: Mutyzm wybiórczy u dzieci – omówienie piśmiennictwa i przedstawienie przypadku rodzinnego. Psychiatria, 2002, 15, 469-476.
10. Ołdakowska-Żyłka B.: Logopedzi jako specjaliści pomagający dzieciom z mutyzmem wybiórczym. http://www.logopeda.org.pl/publikacja.php?id=45, data pobrania 29.03.2013.

Orzechowska Anna[1], Krajewska-Kułak Elżbieta[2], Cybulski Mateusz[2], Tołoczko Helena[1], Sochoń Katarzyna[1], Emilia Górska[1], Gryko Katarzyna[1]

Problem dzieciobójstwa na przestrzeni wieków

1. Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wprowadzenie

Troska o dziecko jest pierwszym i podstawowym sprawdzianem
stosunku człowieka do człowieka
Jan Paweł II [1]

Zabijanie nowo narodzonych dzieci występowało od najdawniejszych czasów. W niektórych epokach traktowano je zupełnie neutralnie i nie przewidywano żadnych kar za taki czyn, a czasami było wręcz pożądane, w innych - wymierzano za to okrutne kary.

Przypadki dzieciobójstwa, za Świątek [2], zwłaszcza czynnego, spotykały się ze szczególnie negatywną oceną matki-dzieciobójczyni, zaś obecnie, w dobie rozkwitu przekazów medialnych, sprawczynie dzieciobójstwa na ogół spotykają się ze współczuciem i zrozumieniem.

W literaturze przedmiotu, za Bloch-Bogusławska i wsp. [3], podkreśla się, iż czyny tego rodzaju popełniane są zazwyczaj ze wstydu i strachu przed reakcją otoczenia na niechcianą ciążę, ale mogą być również związane z trudną sytuacją społeczną matki lub jej schorzeniami natury psychicznej.

Wybrane fakty z historii

Oszczędzaj łez swoim dzieciom, aby miały czym płakać nad twoją trumną
Pitagoras [4]

U starożytnych Greków, Rzymian, Spartan, plemion słowiańskich i germańskich dokonywano dzieciobójstwa, gdy nadmierny przyrost rodziny utrudniał wyżywienie i wychowanie dzieci, albo też gdy dziecko obarczone było wadami rozwojowymi [5, 6, 7].

W starożytnej Grecji dopuszczalne było zabijanie noworodków ułomnych, o czym grecki pisarz Plutarch pisał tak: [cyt. za 7, cyt. za 8] : „*Gdy rodziło się dziecko, ojciec nie był*

w prawie chować go, brał je i zanosił na miejsce spotkań, gdzie zasiadali najstarsi spośród członków tej samej fyli. Oni to badali noworodka. Jeśli miał prawidłową budowę i był silny, nakazywali go żywić i przydzielali mu jeden z dziewięciu tysięcy działów ziemi. Jeśli niemowlę miało wadliwą budowę, odsyłali je na miejsce zwane Apotheai, będące urwiskiem w górach Tajgetu. Sądzili bowiem, że lepiej było dla niego samego i dla polis, aby nie żyło to, co od samego początku nie miało zdrowia i siły (...)". Pisał o tym także Platon [9]: „*A dzieci tych gorszych, gdyby się tym innym jakieś ułomne urodziło to też w jakimś miejscu, o którym się nie mówi i nie bardzo wiadomo, gdzie by ono było, ukryją jak się należy*" , Arystoteles [10] i Polibiusz [11].

W czasach antycznych porzucanie dzieci, zwłaszcza noworodków płci żeńskiej, było zasadą i z reguły kończyło się ich śmiercią [7].

W dawnym Rzymie, za Brzezińska [7], ojciec rodziny dysponował nadmiernie szeroką, wręcz nieograniczoną władzą, a w jego rękach pozostawało życie jego potomstwa, ponieważ miał prawo nie przyjąć do rodziny dziecka bez względu na jego płeć, nawet jeżeli było zdrowe. W tym okresie porzucano także dzieci pozamałżeńskie i dziewczynki, jednak ojciec, jak pisze Brzezińska [7], który pierwotnie porzucił dziecko, miał prawo po namyśle, zważając na *patria potestas*, żądać oddania swojego potomka od tego, kto go odnalazł, bez uregulowania kwestii finansowych związanych z jego utrzymaniem. W przypadku, gdy dziecko urodziło się z wadami rozwojowymi, trzeba było uzyskać świadectwa pięciu obywateli rzymskich, którzy potwierdzali, że urodziło się ono „potworkiem", po czym można je było wyeliminować ze społeczeństwa [6].

W niektórych starogermańskich prawach, za Borkowska-Bagieńska i Lesinski [12] uznanie dziecka za członka wspólnoty następowało z chwilą nadania mu imienia, zazwyczaj po kilku dniach od porodu, a w czasach najdawniejszych takim wymaganym gestem było, np. podniesienie dziecka przez ojca lub jego nakarmienie. Odpowiednim przykładem, za Grudzień [6] może być prawo Fryzów, które pozwalało matce dziecka bezkarnie zabić nowo narodzone dziecko, ale tylko w okresie od porodu do pierwszego karmienia, czyli jeszcze przed przyjęciem go do społeczności. Dzieciobójstwo popełnione przez matkę na dziecku nieślubnym nie było karane, albo było zagrożone niewielką karą [6].

W Japonii, za Księżopolska-Breś [13] powszechnie akceptowane było dzieciobójstwo noworodków zdeformowanych, które zwane były *mobikami*, co przetrwało aż do czasu uzyskania przez Zachód wpływu na prawodawstwo japońskie

Dzieciobójstwo przybierało także charakter religijny, jak na przykład w Kartaginie czy w Fenicji, gdzie prawo życia i śmierci przejęli kapłani, którzy składali z dzieci ofiary bogom [6].

Grudzień [6] podaje, iż dopiero chrześcijaństwo zmieniło radykalnie poprzedni sposób oceny dzieciobójstwa, jako *„czynu społecznie akceptowanego, powodowanego dobrem rodziny, wspólnoty plemiennej lub grupy społecznej albo też czynu nieakceptowanego, ale dającego się usprawiedliwić trudną sytuacją matki i zagrożonego stosunkowo niewielką karą do zwyczaju traktowania tego czynu jako zabójstwa i to haniebnego, bo popełnionego na bezbronnej, niewinnej osobie”.*

W średniowieczu wpływ chrześcijaństwa wyrażał się poprzez uznanie dzieciobójstwa za zbrodnię szczególnie ciężką [6, 14].

Konstantyn w IV w. n.e. za dzieciobójstwo wprowadził karę śmierci (zakopanie żywcem lub wbicie na pal) [6, 14]. Matkę, która zabiła swojego noworodka, za Grudzień [6] topiono w worku razem z psem i małpą, a w razie braku małpy - z kotem, kogutem i wężem. Taką śmierć przez utopienie uznawano bowiem za śmierć hańbiącą. W przypadku, gdy w danej miejscowości trudno było o wodę, wtedy prawo dopuszczało pogrzebanie winnej żywcem lub stracenie przez ścięcie głowy, ale często przed ścięciem głowy obcinano również ręce [6]. W razie stwierdzenia okoliczności obciążających, do których zaliczano między innymi urodzenie dziecka nieślubnego, nieochrzczenie dziecka przed zabójstwem lub gdy w danej miejscowości taka zbrodnia zbyt często się powtarzała, celem odstraszenia innych, zalecano rozszarpanie skazanej gorącymi kleszczami [6].

Skala zjawiska na świecie

Jedna śmierć to tragedia, milion – to statystyka [15]

Za pierwszą próbę globalnej analizy problemu przemocy, za Kühn, [cyt. za 16], uznaje się opracowane w 2006 roku, przez niezależnego eksperta ONZ Paulo Sergio Pinheiro, problemu przemocy wobec 2,2 bln dzieci żyjących na świeci. Większość z nich mieszka w krajach rozwijających się. W raporcie szacuje się, że około 53 000 dzieci rocznie ginie wskutek zabójstw [cyt. za 16]. Raport nie podaje danych dotyczących pozostałych przypadków krzywdzenia dzieci ze skutkiem śmiertelnym podkreślając, że znajomość skali, charakterystyki i tendencji zjawiska jest niska, ponieważ brakuje porównywalnych i spójnych systemów do oszacowania problemu [cyt. za 16].

Dane z *National Child Abuse and Neglect Data System* (NCANDS) z 2006 roku wskazują, że w USA ponad 1 500 dzieci rocznie umiera na skutek przemocy i/lub zaniedbania [cyt. za 16].

Międzynarodowe badania porównawcze, za Kühn [cyt. za 16], przeprowadzone przez UNICEF *(The United Nations Children's Fund),* w oparciu o statystyki WHO, nie wskazują jednak na wzrost ilości przypadków śmiertelnych będących konsekwencją krzywdzenia. W latach 70. i 90. skalę problemu w USA oszacowano na 2,4 przypadków śmiertelnych na każde 100 000 dzieci, co można porównać z uśrednionymi danymi NCANDS ***(****The National Child Abuse and Neglect Data System****),*** za lata 2000–2008 (2,2 przypadków) [cyt. za 16]. W raporcie UNICEF z 2003 roku [cyt. za 16], w 23 analizowanych krajach, liczba przypadków śmiertelnych obniżyła się, w czterech pozostała bez zmian, a w pięciu nieznacznie wzrosła. Ponadto, badania prowadzone w USA pod koniec lat 70. i w latach 80. wykazały, że ponad 85% wszystkich przypadków nie było określonych w certyfikatach zgonu jako śmierci spowodowanej krzywdzeniem, lecz jako przypadkowe albo niemożliwe do ustalenia [cyt. za 16].

W latach 90., w krajach OECD *(Organization for Economic Cooperation and Development)* za Kühn [cyt. za 16], na skutek krzywdzenia i zaniedbania umierało około 3 500 dzieci rocznie. Najmniej przypadków śmiertelnych odnotowały Hiszpania, Grecja, Włochy i Irlandia. Natomiast USA, Meksyk i Portugalia miały od dziesięciu do piętnastu razy więcej przypadków.

Przytaczane statystyki UNICEF z 2003 roku, jak podaje Kühn [cyt. za 16], dotyczą uśrednionych rocznych przypadków śmiertelnych, będących wynikiem krzywdzenia i zaniedbywania dzieci do 15. roku życia. Szacuje się, iż w latach 2003–2009 w Izraelu 32 dzieci zostało zamordowanych przez rodziców, co stanowi około 5–6 przypadków rocznie i jest jedną z wyższych statystyk na świecie, natomiast na terenie krajów byłego ZSRR prawdopodobieństwo śmierci dziecka w wyniku przemocy jest trzy razy większe niż w krajach UE [cyt. za 16]

Karty historii z Polski

Tam, gdzie nie ma dzieci, brakuje nieba
Algernon Charles Swinburne [17]

W Polsce, w zależności od regionu, kary śmierci za dzieciobójstwo były odmienne, a lokalne różnice na ziemiach polskich wynikały również z tego, iż karę dostosowywano do lokalnej tradycji i ludowych przesądów [18, 19].

W Lubaniu w 1403 roku, za Wrzesiński [18] obok szubienicy pogrzebano żywcem oraz przebito palem Annę Bonsch za utopienie w studni swego nowo urodzonego dziecka. Taki sam wyrok wydano za dzieciobójstwo w tym mieście w 1559 roku, a w 1603 roku na Marii Krause za zabicie swojego dziecka nożyczkami [18].

W 1571 roku, za Wrzesiński [18], obok szubienicy w Gryfowie Śląskim pogrzebano żywcem lokalną dzieciobójczynię. Wyrokiem ławy z pobliskiego Lwówka Śląskiego w 1567 roku za uduszenie noworodka żywcem uśmiercono Urszulę, córkę Walentego Beyera, odźwiernego Bramy Bolesławieckiej. Po wykopaniu dołu kat wrzucił doń kobietę, przysypał częściowo ziemią, po czym wbił w jej ciało pal i żyjącą jeszcze szybko zakopał [18].

W Małopolsce, za Wrzesiński [18] w latach 1554-1646 odnotowano ponad 20 przypadków zabójstwa dziecka przez niezamężne kobiety, za co na śmierć skazano siedem kobiet z Krakowa, z których trzy utopiono w Wiśle. Akty kryminalne z lat 1544-1599 z miasta Poznania, za Wrzesiński [18], opisują osiem przypadków dzieciobójstwa i jeden przypadek przerwania ciąży. W siedmiu z tych przypadków wykonano taką właśnie karę śmierci przez zakopanie żywcem i wbicie w skazane kołka. Karę tę wykonano również w Kazimierzu w 1595 r. na Małgorzacie Olszowskiej z Łęgów [18].

W 1559 roku, za Wrzesiński [18], zakopano żywcem, a następnie przebito palem dzieciobójczynię z Oleśnicy, natomiast we Wrocławiu w latach 1456-1526 taką karę wykonano co najmniej trzykrotnie.

W Poznaniu, w latach 1544-1599, w *Acta Criminalia* wymieniono osiem przypadków popełnienia przez matki dzieciobójstwa tuż po porodzie i jeden spędzenia płodu przez matkę kobiety ciężarnej [19]. W siedmiu przypadkach kobiety skazano na karę śmierci przez zakopanie żywcem i przebicie palem, a wyjątek zastosowano jedynie do kobiety, której ze względu na zły stan zdrowia, zamieniono karę śmierci na wieczną relegację [19].

Na Dolnym Śląsku [19], w mieście Lwówek Śląski, w 1567 roku za uduszenie noworodka skazano na karę śmierci przez zakopanie żywcem córkę odźwiernego Bramy Bolesławieckiej. Za zabicie własnego dziecka lwówecka ława nakazała Barbarę Schulze zaszyć w lnianym worku ze sporym kamieniem, a następnie zrzucić z mostu do rzeki Bóbr [19]. Podobne kary wykonano w 1610 roku na jednej z córek mieszczańskich, w 1619 roku na córce miejskiego farbiarza oraz za zabójstwo swego nieślubnego dziecka Urszulę Gläser, w 1623 roku utopiono również córkę mistrza sukienniczego [19].

W Wielkopolsce najczęściej dzieciobójców zakopywano żywcem, na Śląsku zazwyczaj topiono skazane w rzece, natomiast w Małopolsce ścinano [18].

Prawdopodobnie do XIII wieku karą za dzieciobójstwo była „główszczyzna" [19]. Jednym z nielicznych wyjątków było Mazowsze, gdzie w przypadku dzieciobójstwa, kobieta była pozywana na rozprawę sadową tylko wtedy, gdy popełniona przez nią zbrodnia (krzywda wyrządzona dziecku lub uduszenie płodu) została publicznie ogłoszona, a zarządzenie to wprowadził w 1482 roku książę Bolesław V dla ziemi zakroczyńskiej [19].

W XIII-XIV wieku [19] wprowadzano na zachodnich ziemiach polskich nowe prawa niemieckie (głównie saskie i magdeburskie) na czele z tzw. Zwierciadłem Saskim, dzielące się na prawo lenne (*Lehnrecht*) i prawo ziemskie (*Landrecht*). Druga część Zwierciadła zawierała pouczenia dotyczące wykonywania kary za pozbawienie życia drugiego człowieka [19]. Zapisano m.in.: "*Kto zabije umyślnie, wedle prawa musi być karany*..." [19]. W rzeczywistości jednak karę śmierci wielokrotnie łagodzono, np. na skutek: zeznań przed ławą sędziowską, interpretacji wydarzenia, wieku i pochodzenia dziecka (płodu) oraz przychylności sądu [19].

Dopiero niemiecka ustawa karna cesarza Karola V w 1532 roku, zwana *Constitutio Criminalis Carolina* [19] wprowadziła na ziemiach polskich (początkowo południowo-zachodnich) bardziej szczegółowe wytyczne dotyczące dzieciobójstwa. Zlikwidowano w niej możliwość wykupienia się od kary i pojednania oraz zapisano, że rodzaj kary, na który skazywano winną zależał od tego, czy płód był rozwinięty oraz czy kobieta brała czynny udział w dzieciobójstwie [19]. Wymierzaną karą miało być zakopanie żywcem i przebicie serca palem, a najsurowszą karę wymierzano wówczas, gdy płód był na tyle rozwinięty, iż można było zauważyć wszystkie jego członki. W okolicach o natężonym procederze, przez uśmierceniem winowajczyni, kat szarpał i przypalał skórę kobiety rozżarzonymi szczypcami [19].

W Polsce tortury i wyroki śmierci za dzieciobójstwo sejm zniósł w 1776 roku, natomiast w okresie rozbiorów stosowano generalnie kodyfikacje państw zaborczych [18].

W roku 1765, za Dłużyński [cyt. za 6], król pruski Fryderyk Wielki wydał edykt, na mocy którego każda dzieciobójczyni podlegała karze śmierci przez ścięcie mieczem, niezależnie od tego, czy spowodowała śmierć swego dziecka przez zadanie obrażeń, czy przez zaniedbanie udzielenia potrzebnej noworodkowi pomocy.

Dopiero w XVIII wieku, jak podaje Grudzień [6], pod wpływem krytyki surowości kary, ale i jej bezcelowości, nastąpił zasadniczy zwrot w kierunku łagodniejszego karania dzieciobójczyń i zniesienia kary śmierci za ten czyn.

Pod koniec XVIII wieku zagadnienie dzieciobójstwa przestało być przedmiotem żywego zainteresowania ogółu [6].

W połowie XIX wieku w kodeksach karnych wielu państw, za Grudzień [6], dzieciobójstwo zostało wyodrębnione jako „*przestępstwo swoiste oparte na odrębnej konstytucji prawnej i do kodeksów wprowadzono znane obecnie pojęcie przestępstwa typu uprzywilejowanego, wyraźnie zmniejszając sankcje za tego typu czyny*". Kara śmierci została zastąpiona głównie przez kary więzienia [6].

W XX wieku motywami zabijania nowo narodzonych dzieci były także względy polityczne, np. w nazistowskich Niemczech, czy komunistycznych Chinach [6].

W 1924 roku policja wykryła aż 1.117, a rok później 1.052 zabójstw noworodków [20, 21]. W pozostałych latach okresu międzywojennego liczba ta była nieznacznie niższa i wynosiła w granicach 800 do 900 dzieciobójstw rocznie [20, 21].

Liczba rejestrowanych dzieciobójstw, za Pomarańska-Bielecka [20] spadła znacznie po II wojnie światowej. W pierwszych latach powojennych rejestrowano około 100 osądzonych przypadków rocznie [20].

W latach 1951–1952 w ogóle nie była prowadzona statystyka dzieciobójstw, a w kolejnych latach liczba tych przestępstw malała (około 50 dzieciobójstw rocznie w latach 60.) [20].

W 1956 roku stworzono inną możliwość rozwiązania problemu niechcianej ciąży, zalegalizowano aborcję z przyczyn społecznych, co nie wpłynęło jednak w sposób znaczący na zmniejszenie się popełnianych dzieciobójstw [20].

Tokarczyk [5] podkreśla, iż „*mimo stuleci rozważań o istocie dzieciobójstwa, sposobach definiowania, karania, zapobiegania temu zjawisku, nadal w wielu częściach świata traktuje się dzieciobójstwo jako efektywny, chociaż budzący grozę w wielu z nas, sposób kontroli liczby rodzących się dzieci w obrębie płci (np. Chiny, Indie, gdzie głównie noworodki płci żeńskiej padają przedmiotem dzieciobójstwa lub eskimoskie plemię Nasilik, które za pomocą dzieciobójstwa kontroluje proporcję narodzin dziewczynek i chłopców), czy też sposób na kontrolę populacji, gdy zasoby są zbyt ubogie, by pozwalać na swobodny rozwój demograficzny grupy (np. tubylcy niektórych wysp Polinezji) lub stanu zdrowia społeczności (grupy zamieszkujące pustynię Kalahari zabijają nowo narodzone dziecko, jeśli jego starsze rodzeństwo nie nauczyło się jeszcze chodzić)"*

Statystyki policyjne są przerażające i mimo, iż z roku na rok liczba dzieciobójstw zmniejsza się, to nadal szokuje fakt dokonania tego czynu [22]:

Rok	Art. 149 - dzieciobójstwo: Matka, która zabija dziecko w okresie porodu pod wpływem jego przebiegu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5. źródło: [22]
2012	22
2011	24
2010	26
2009	28
2008	33
2007	34
2006	42
2005	41
2004	61
2003	41
2002	46
2001	46
2000	59
1999	54

Wybrane formy dzieciobójstwa, ze szczególnym uwzględnieniem Polski

Jeżeli najbardziej niewinne i bezbronne dziecko nie może czuć się bezpiecznie w jakimś społeczeństwie, wówczas już nikt bezpiecznie czuć się w nim nie może!

Stefan Wyszyński [23]

W literaturze przedmiotu [cyt. za 16], w przypadkach zabójstw dzieci, ze względu na wiek ofiary wyróżnia się:

- dzieciobójstwo (tzw. *neonaticide*) popełniane przez matki w okresie porodu
- zabójstwa małych dzieci (tzw. *infanticide)* do 1. roku życia dziecka
- zabójstwa starszych dzieci dokonane przez osoby spokrewnione (tzw. *filicide*)
- zabójstwa dokonywane przez osoby niespokrewnione.

Zaniedbywanie dziecka [cyt. za 24], łączy się natomiast z niezaspokojeniem jego podstawowych potrzeb zarówno fizycznych, jak i psychicznych, a śmierć dziecka nie jest

wynikiem działania sprawcy, lecz zaniechaniem działań opiekuńczych, które klasyfikuje się jako:

- chroniczne (np. długotrwałe niedożywianie)
- ciężkie (np. dziecko, które utopiło się pod nieobecność opiekunów).

W piśmiennictwie zwraca się uwagę na kilka zmiennych zwiększających ryzyko śmierci dzieci spowodowane krzywdzeniem:

- **wiek** [cyt. za 16] - według danych WHO ujętych w *Studium o przemocy wobec dzieci*, przypadkami zabójstw najczęściej zagrożone są małe dzieci w wieku do 4 lat, w szczególności do czasu osiągnięcia 1. roku życia, zaś głównymi sprawcami ich śmierci są rodzice lub osoby niespokrewnione, sprawujące bezpośrednią opiekę nad nimi [cyt. za 16]. Kolejną grupą wiekową są chłopcy w wieku 15–17 lat, a sprawcami ich śmierci - najczęściej rówieśnicy lub osoby znajome [cyt. za 16]. Do zabójstw dochodzi w wyniku bójek i porachunków, często popełnionych pod wpływem alkoholu lub narkotyków. Desegregacja danych ze względu na wiek dziecka ma znaczenie dla rozróżnienia przyczyn śmierci związanych z maltretowaniem czy zaniedbaniem ze strony opiekunów a przemocą wśród grup młodzieżowych [cyt. za 16]
- **płeć** [cyt. za 16] - według NCANDS, krzywdzenie dzieci ze skutkiem śmiertelnym dotyczy w porównywalnym stopniu najmłodszych chłopców i dziewczynek. Również przypadki zabójstw wśród najmłodszych dzieci dotyczą w równym stopniu obydwu płci: 54% chłopców i 46% dziewczynek [cyt. za 16]. Sytuacja wygląda natomiast inaczej w przypadku nastolatków w wieku 12–17 lat, gdzie chłopcy (81%) są bardziej narażeni na zabójstwa, w większości popełnionych przez osoby niespokrewnione, które posłużyły się bronią palną (86%) [cyt. za 16]
- **czynniki społeczno-gospodarcze** [cyt. za 16] - *Studium o przemocy wobec dzieci* wskazuje, jak poziom rozwoju gospodarczego kraju zamieszkania może być zmienną w statystykach przypadków zabójstw dokonywanych na dzieciach. Powyższą zależność potwierdzają dane z 2002 roku, wskazujące na ponad trzy razy wyższy stosunek przypadków w krajach o niskim poziomie dochodu narodowego, niż w krajach o wysokim dochodzie [cyt. za 16]. Ponad 95% wszystkich zabójstw młodzieży w wieku 15–17 lat dotyczyła krajów o średnim i niskim poziomie rozwoju. Według statystyk dotyczących tego przedziału wiekowego szacuje się, że 9,8 na 100 000 chłopców ginie w nisko i średnio rozwiniętych krajach, w stosunku do 3,2 chłopców w

krajach wysoko rozwiniętych [cyt. za 16]. Te same statystyki dotyczące dziewczynek wynoszą odpowiednio 3,5 i 1,5 w nisko i wysoko rozwiniętych krajach [cyt. za 16]. Również statystyki dla Wielkiej Brytanii wskazują, że mieszkańcy najbiedniejszych dzielnic są 6 razy bardziej zagrożeni zabójstwem niż ci z bogatszych dzielnic [cyt. za 16].

Libera i wsp. [25] podjęli się próby określenia częstości dzieciobójstwa i porzuceń w Polsce w latach 1973-2002, pokazania skali tego problemu w poszczególnych województwach w latach 1999-2002 oraz analizy wpływu stopy bezrobocia na częstość porzuceń i dzieciobójstw w okresie 1999-2002. Autorzy [25] analizowali dane udostępnione przez Dział Statystyczny Ministerstwa Sprawiedliwości (liczba prawomocnych skazań za dzieciobójstwo i porzucenie), Policyjny System Statystyki Przestępczości TEMIDA (uwzględnia informacje o kobietach podejrzanych o dzieciobójstwo i osobach podejrzanych o porzucenie — przestępstwa stwierdzone) oraz Główny Urząd Statystyczny (Bezrobocie Rejestrowane w Polsce GUS, 2004). Badania [25] wykazały, iż częstość dzieciobójstw w latach 1973-2002 w Polsce nie była zbyt wysoka. Od roku 1973 do 2002 liczba dzieciobójstw zmniejszała się, przy czym największa tendencja spadkowa wystąpiła w latach siedemdziesiątych. Najwięcej dzieciobójstw odnotowano w województwie mazowieckim. W województwie opolskim nie odnotowano takiego przestępstwa. Stopa bezrobocia, przyjęta jako wskaźnik stanu zamożności danego regionu kraju, w bardzo małym stopniu wpływała na częstość dzieciobójstw w latach 1999-2002 [25].

May-Chahal i wsp. [26] sugerują, iż statystyki śmiertelności zawierają niewiele informacji o możliwym związku pomiędzy krzywdzeniem a zgonem dziecka. Uważają także [26], iż statystyki dotyczące krzywdzenia dziecka, jako przyczyny śmierci są zaniżone, ponieważ w oficjalnym raportowaniu nie są uwzględniane powiązania pomiędzy krzywdzeniem a śmiertelnością oraz, iż istnieją czynniki niesprzyjające podniesieniu świadomości dotyczącej związku pomiędzy krzywdzeniem a śmiercią dzieci, utrudniające oficjalne dostrzeżenie tego problemu i wprowadzenie właściwej rejestracji przypadków. Autorzy [26] dokonali, w latach 1998–2000, analizy dokumentacji medycznej dotyczącej śmierci dzieci na oddziale pomocy doraźnej jednego ze szpitali w Anglii. Dane uzyskiwali w drodze obserwacji, wywiadów, przeglądu literatury i badania ankietowego i wykazali, że brak jest stosownych systemów służących gromadzeniu informacji ułatwiających lepsze uwidocznienie zależności pomiędzy krzywdzeniem a zgonami dzieci [26]. Badanie [26] wykazało także, że uznanie przypadku za krzywdzenie miało miejsce tylko wówczas, gdy

dostępne były niezbite dowody, jak np. jednoznaczne oznaki urazu i przyznanie do winy rodzica lub opiekuna.

May-Chahal i wsp. [26] podkreślają, iż zgonu dziecka nie uznaje się za wynik krzywdzenia, ani nie rozważa w kontekście krzywdzenia w sytuacjach nie budzących, wątpliwości, a do wątpliwości w powyższym aspekcie autorzy zaliczają:

- *„zgony możliwe do przewidzenia, gdy na przykład dziecko podłączone jest do aparatury podtrzymującej życie lub cierpi na zagrażającą życiu chorobę;*
- *zgony dzieci cierpiących na choroby przewlekłe lub długotrwale niepełnosprawnych. Śmierć może być w takich przypadkach nieoczekiwana lub niewyjaśniona, ale w praktyce jest ostatecznie wiązana z historią choroby dziecka;*
- *zgony możliwe do wyjaśnienia w kontekście publicznym, na przykład wypadki komunikacyjne lub upadki w miejscach publicznych;*
- *zgony, do których dochodzi w środowisku domowym i tłumaczone jako wypadek, jeśli przedstawione zostanie jednoznaczne wyjaśnienie okoliczności pozostające w zgodzie z urazami i objawami stwierdzonymi u dziecka”.*

W opinii badaczy [26] każda z tych kategorii może obejmować zgony będące w rzeczywistości wynikiem krzywdzenia (sfabrykowana lub fikcyjna choroba, zaniedbanie lub dzieciobójstwo). „*Ojciec może na przykład celowo rozbić samochód, w którym znajdują się jego dzieci. Jeśli wszyscy pasażerowie zginą, trudno odróżnić taką sytuację od wypadku komunikacyjnego. Ofiarami krzywdzenia mogą też być dzieci niepełnosprawne - krzywdzenie w tej sytuacji trudno wykazać, ponieważ rodzice wypracowują dobre relacje z personelem medycznym, a personelu nie dziwi zły stan zdrowia dziecka”.*

May-Chahal i wsp. [26] uważają, iż wiele wypadków przeanalizowanych w ramach badania potencjalnie mogło mieć związek z zaniedbaniami, a za przykład „*śmierć przez zadzierzgnięcie w przypadku trzylatka, który w środku dnia bawił się na łóżku piętrowym. Oboje rodzice byli wówczas w domu, mimotego śmierć dziecka zauważono dopiero po dłuższym czasie. Kolejny przykład to historia dwójki dzieci, które zginęły w pożarze. Źródłem ognia były świece zapalone w plastikowej wanience po tym, jak w domu odcięto elektryczność”.*

Bloch-Bogusławska i wsp. [3] podjęła się próby oceny okoliczności i przyczyn nagłych zgonów dzieci w okresie porodu i noworodków, w tym również płodów martwo urodzonych oraz próby scharakteryzowania zjawiska dzieciobójstwa na podstawie materiałów Zakładu Medycyny Sądowej w Bydgoszczy z lat 1992-2006 [3]. Materiał źródłowy stanowiły

łącznie 7942 protokoły badań sądowo-lekarskich (oględzin zewnętrznych i otwarcia zwłok), z których wyodrębniono 54 przypadki dotyczące nagłych zgonów dzieci w okresie porodu i noworodków, tj. dzieci od chwili urodzenia do 28. dnia życia. Autorzy [3] podczas opracowania danych brali pod uwagę wiek i płeć ofiar, miejsce ujawnienia zwłok, dojrzałość do życia pozałonowego, wyniki prób hydrostatycznych oraz wyniki badań mikroskopowych wycinków narządów wewnętrznych. Wszystkie przypadki podzielili [3] na trzy grupy: zgony z przyczyn chorobowych noworodków żywo urodzonych, zgony żywo urodzonych dzieci w okresie porodu oraz osobno martwo urodzone płody. W analizowanym materiale stwierdzono 18 przypadków (1/3 analizowanych przypadków), które zakwalifikowano jako dzieciobójstwo, mające charakter zarówno dzieciobójstwa czynnego, jak i biernego, przy czym czynne występowało częściej [3]. Najczęściej stwierdzano zamknięcie dróg oddechowych i zadzierzgnięcie [3]. Pod względem częstości występowania poszczególnych form dzieciobójstwa, w sposobie działania dominowało pozostawienie dziecka bez podstawowej opieki bezpośrednio po urodzeniu [3]. Skutki urazów czaszkowo-mózgowych stanowiły bezpośrednią przyczynę zgonu trójki dzieci, przy czym złamanie kości czaszki występowało w 2 przypadkach [3]. Dzieciobójstwo czynne przez zadanie ran kłutych lub ciętych zaobserwowano w pojedynczych przypadkach [3]. Zwłoki dzieci ujawniane były najczęściej w obszarze terenów leśnych [3].

Badania Tomaszewskiej i Staśkiewicza [27] obejmujące lata 60-te wykazały, iż główną przyczyną połowy analizowanych przypadków dzieciobójstwa było gwałtowne uduszenie (zadławienie).

Kołowski i Nowak [28] w swoich badaniach wykazali, iż pozostawienie dziecka bez podstawowej opieki bezpośrednio po urodzeniu zajmowało drugie miejsce pod względem częstości występowania poszczególnych form dzieciobójstwa. W przypadkach gwałtownego uduszenia, jako przyczyny dzieciobójstwa stwierdzali tamponadę gardła i krtani, zaś dzieciobójstwo czynne, poprzez zadanie ran kłutych lub ciętych obserwowali w pojedynczych przypadkach [28].

W danych literaturowych, za Marzec-Holka [29], za miejsce ukrycia i następnie ujawnienia zwłok dziecka najczęściej wskazywane jest porzucenie na polu, zakopanie w ziemi bądź ukrycie w zaroślach.

Podsumowanie

Potrzebujemy świata, gdzie dzieci nie tylko
przetrwają, ale także będą szczęśliwe.
Lachman [30]

Współcześnie, za Jarosz [31] dzieciobójstwo i zabijanie dzieci jest potępiane w większości społeczeństw i kultur, jednak przez tysiąclecia stanowiło ono akceptowany element życia społecznego, a antropolodzy stwierdzają jego występowanie we wszystkich kulturach.

W opinii Resztak [32] „*dzieciobójstwo jest jednym z bardzo trudnych i jak najbardziej współczesnych przestępstw typu uprzywilejowanego. Kobiety, które skłaniają się do popełnienia takiego czynu zwykle mają życiowe problemy, jakimi jest strach oraz lęk przed brakiem akceptacji społeczeństwa. Tu można wyróżnić: młode kobiety, panny, które zaszły w ciąże z przypadkowymi mężczyznami. Nie można także pominąć kobiet, które są w związku małżeńskim i popełniają dzieciobójstwo, ponieważ dziecko było owocem zdrady. W kodeksie karnym jest wiele łagodzących kar za popełnienie tego przestępstwa”*.

May-Chahal i wsp. [26] sugerują, iż ze śmierci dzieci w niewielkim tylko stopniu wyciąga się wnioski zarówno w kontekście służby zdrowia, jak i poza nią, zgony dzieci nie są w sposób systematyczny analizowane celem wykluczenia (bądź potwierdzenia), że ich przyczyną było krzywdzenie [26].

Piśmiennictwo

1. http://www.cytaty.info/temat/dziecko.htm, data pobrania 12.04.2013.
2. Świątek B.: Dzieciobójstwo – aspekty prawne i psychologiczne [w:] Problemy współczesnej tanatologii: medycyna - antropologia kultury - humanistyka. Kolbuszewski J. (red.) . Wrocławskie Towarzystwo Naukowe, Wrocław, 2003, tom 7, 203-207.
3. Bloch-Bogusławska E., Wolska E., Paradowska A.: Zgony dzieci w wieku Noworodkowym ze szczególnym uwzględnieniem dzieciobójstwa w materiałach Zakładu Medycyny Sądowej w Bydgoszczy w latach 1992-2006. Arch. Med. Sąd. Krym., 2008, 17, 145-149.
4. http://www.cytaty.info/temat/dziecko-10.htm, data pobrania 12.04.2013.
5. Tokarczyk R.: Prawa narodzin i śmierci. Kantor Wydawniczy Zakamycze, Kraków, 2000.
6. Grudzień V.: Dzieciobójstwo. Zarys historii stosowania kar. Wydawnictwo Szkoły Policji w Katowicach, Katowice, 2012.
7. Brzezińska J.: Dzieciobójstwo aspekty prawne i medyczne. Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa, 2013.

8. Tazbirowa J., Wipszycka E.: Historia Starożytność. Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa, 1997.
9. Platon: Państwo. Wydawnictwo ANTYK, Kęty, 2003, t. I.
10. Arystoteles: Polityka. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa, 1964.
11. Polibiusz: Dzieje, XXXVII, przekład: S. Hamer. Biblioteka Przekładów z Literatury Antycznej PAN, Wrocław, 1957–1962.
12. Borkowska-Bagieńska E., Lesiński, B.: Historia prawa sądowego. Wydawnictwo LexisNexis, Warszawa, 2010.
13. Księżopolska-Breś A.: Odpowiedzialność karna za dzieciobójstwo w prawie polskim. Wydawnictwo Wolter Kluwer Polska, Warszawa, 2010.
14. Rudzka M.: Dzieciobójstwo w ustawodawstwie karnym. Archiwum Medycyny Sądowej, Psychiatrii Sądowej i Kryminalistyki, Warszawa ,1955. tom VII.
15. http://pl.wikiquote.org/wiki/Statystyka, data pobrania 12.04.2013.
16. Kùhn G.: Przypadki krzywdzenia dzieci ze skutkiem śmiertelnym. Dziecko krzywdzone, 2010, 3, 7-23.
17. http://www.cytaty.info/temat/dziecko-9.htm, data pobrania 13.04.2013
18. Wrzesiński S.: Kat w dawnej Polsce , na Śląsku i Pomorzu. Wydawnictwo Replika, Zakrzewo, 2010.
19. http://historycy.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=134%3Adzieciobojstwo-na-ziemiach-polskich-od-xiii-do-xviii-w&catid=39%3Aredniowiecze&Itemid=53, data pobrania 13.04.2013.
20. Pomarańska-Bielecka M.: Prawna i socjologiczna charakterystyka występku dzieciobójstwa. Dziecko krzywdzone, 2010, 3, 31-42
21. Makarewicz H.: Przestępstwo dzieciobójstwa z art. 149 kk. W świetle badań statystycznych. Palestra, 1975, 12, 43.
22. http://statystyka.policja.pl/portal/st/1102/63417/Dzieciobojstwo_art_149.html, data pobrania 11.04.2013.
23. http://www.cytaty.info/temat/dziecko-5.htm, data pobrania 13.04.2013
24. ACF: Fatalities, Child Maltreatment. Administration for Children and Families 2008, www.acf.hhs.gov/programmes/cb/pubs/cm08, data pobrania 13.04.2013.
25. Libera A., Cegielkowska-Bednarczyk A., Oleszczuk J.: Dzieciobójstwa i porzucenia w Polsce. Zdr. Publ., 2007, 117, 160-163.

26. May–Chahal C., Hicks S., Cunningham J.: Zgony dzieci a krzywdzenie dzieci. Projekt badawczy dotyczący klasyfikacji przyczyn zgonu w opiece szpitalnej. Dziecko krzywdzone, 2010, 3, 63-77.
27. Tomaszewska Z., Staśkiewicz J.: Sądowo--lekarska analiza dzieciobójstwa. Arch. Med. Sąd. Krym., 1970, 20, 293-297.
28. Kołowski J., Nowak K. M.: Dzieciobójstwo w świetle wyników sekcji zwłok i danych akt sądowych z lat 1990-2000 (wybrane zagadnienia). Arch. Med. Sąd. Krym., 2005, 40, 125-129.
29. Marzec-Holka K.: Dzieciobójstwo. Przestępstwo uprzywilejowane czy zbrodnia. Uniwersytet Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz, 2004.
30. Lachman P., Poblete X., Ebigbo P.O. et al: Challenges facing child protection. Child. Abuse Neglect., 2002, 26, 587–617.
31. Jarosz E.: Ochrona dzieci przed krzywdzeniem. Perspektywa globalna i lokalna. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, 2009.
32. Resztak I.: Dzieciobójstwo przestępstwo typu uprzywilejowanego, http://archive.nbuv.gov.ua/portal/Soc_Gum/Nvlduvs/2012_4/12ritpt.pdf, data pobrania 11.04.2013.

Kazberuk Grzegorz

Dzieciobójstwo medialne. Przypadek Katarzyny W.

TVP S.A. o/Białystok

W ostatnich czasach szczególnie popularnym tematem medialnych debat stał się problem dzieciobójstwa. Doniesienia prasowe i telewizyjne co kilka miesięcy informują społeczeństwo o odnalezieniu zwłok dzieci zabitych przez matki.

Zjawisko spędzania płodu, dzieciobójstwa lub składania ofiar z ludzi – szczególnie dzieci – nie jest zjawiskiem obcym w wielu kulturach. Nie są to zjawiska obce, pojawiające się i znikające w procesie rozwoju cywilizacyjnego, lecz ciągle – choć w marginalnym stopniu – istniejące w wielu kulturach [1]. Za tymi praktykami stały zawsze teorie tłumaczące, usprawiedliwiające takie działania człowieka. Regulacja urodzeń dokonywana w ten sposób (niemowlęta selekcjonowano z uwagi na brak woli posiadania kolejnego potomka, cechy fizyczne, pochodzenie i płeć), kwestie związane z kategoriami religijno-obyczajowymi (praktyka składania ofiar z niewinnych dzieci jako zapewnienie skuteczności obrzędu mającego na celu pozyskanie powodzenia i szczęścia) wystepują również współcześnie [2, 3]. Morderstwa rytualne charakterystyczne dla społeczeństw funkcjonujących w głębokiej przeszłości dokonywane są także dziś. Grupy społeczne o zamkniętej strukturze, oparte na zespole specyficznych praktyk religijnych (np. sekty, wspólnoty bazujące na kultach afrykańskich) praktykują rytualne dzieciobójstwa, jednak ze wzgledu na specyfikę tych społeczności fakty takie rzadko mogą wyjść „na światło dzienne".

Dzieciobójstwo jest jednym z tych zjawisk, które przechodziły wielką ewolucję tak na tle zwyczajów społecznych, jak i na gruncie prawodawstwa. Kształtowanie się odpowiedzialności prawnej za dzieciobójstwo, jej geneza i ewolucja znajduje odzwierciedlenie w bogatej literaturze dotyczącej tego zjawiska w ujęciu jurystycznym zarówno w ujęciu ogólnym [4, 5, 6, 7], jak i bardzo szczegółowym [8, 9]. Z uwagi na wieloaspektowy charater dzieciobójstwa, znajdujący swoje reperkusje w różnych dziedzinach życia, w literaturze tematu znalazły się również obszerne analizy opracowane z perspektywy nauk prawnych uwzględniając apekt społeczny [10, 11, 12] lub medyczny [13] tego aktu. Szczególnie wymowne są analizy oparte o dane statystyczne, których metedologia, oparta o

rzetelnie udokumenatowane dane, pozwala na wygenerowanie pewnego zblizonego do stanu faktycznego obrazu poczynań kobiet decydujących się na zabicie własnego dziecka [14, 15, 16]. Tylko prace oparte na analizach pojedyńczych przypadków dają pewne wyobrażenie o powodach, którymi kierują się dzieciobójczynie w swoich działaniach, choć nie zawsze są one łatwe do zinterpretowania nawet w orzecznictwie psychologów sądowych [17].

Fakt istnienia tego rodzaju zachowań w przeszłości społeczeństw cywilizownych znalazł również odzwierciedlenie w opracowaniach historycznych [18, 19] koncentrując się zwykle na jurystycznej stronie takich praktyk [20, 21]. Z uważnej lektury ksiąg grodzkich i ławniczych można się dowiedzieć, na przykład, o sprawie Marianny Ziębińskiej oskarżonej o cudzołóstwo i dzieciobójstwo. Skazano ją na karę ścięcia. Gubernator Galicji Antoni Pergen zmienił karę na chłostę po 200 plag przez dwa kolejne piątki. Akta sprawy zapisano w języku polskim i po łacinie. Dowiemy się również o tym, jak przebiegała sprawa Katarzyny Szewcównej z Uszwicy, oskarżonej o stracenie dziecięcia. Skazano ją wyrokiem Sądu na karę zakopania żywcem i przebicia palem oraz dlaczego powstał Dekret Najwyższej Apelacji Lwowskiej zmieniający karę śmierci orzeczoną wobec wspomnianej Szewcównej za dzieciobójstwo na karę 2 lat więzienia w kajdanach oraz karę chłosty 25 plag wymierzaną co pół roku w tym czasie, wraz z informacją o 3 kolejnych egzekucjach tej kary. A także poznać okoliczności sprawy Teresy Flądrowej oskarżonej o dzieciobójstwo. Skazana na karę robót publicznych na 1 rok i 6 miesięcy oraz wymierzaną w tym czasie, co pół roku chłostę w wymiarze 25 plag batogiem. Dekrety i raporty sądowe, księgi sądów kryminalnych, dokumenty kamer i inne archiwalne ślady archeologii prawnej naszego państwa przynoszą informacje o procedowaniu tego rodzaju przypadków i okolicznościach ich zajścia [22].

W materiałach etnograficznych, opierających się w pewnym stopniu na zapisach sądowych, znajdujemy również wiele informacji na temat dzieciobójstwa – jako alternatywy dla aborcji farmakologicznej lub fizycznej w przypadku niechcianej ciąży. Wprawdzie często dominował pogląd, że świadectwa etnograficzne dowodzą stosowania dzieciobójstwa jako metody regulacji urodzin li tylko u pozaueropejskich ludów „pierwotnych“, a nie w rzeczywistości chrześcijańskiej Europy. Nowsze prace dowodzą jednak, że przed schyłkiem XVIII w. panowała w Europie pewna tolerancja dla dzieciobójstwa, przynajmniej w społecznościach wiejskich [23]. We wczesnonowożytnej Polsce ujawnione przypadki dzieciobójstw – podobnie, jak w innych karajach Europy – nie były zbyt liczne. Niewielka liczba procesów wytaczanych sprawczyniom wynikała jednak nie z unikalności tego aktu, ale z nikłej jego wykrywalności. Dziecko, jako wynik konsumpcji nieformalnego związku, stygmatyzujący kobietę, w większości przypadków zmuszał je do dokonania dzieciobójstwa.

Był to sposób ostateczny, nierzadko rozpaczliwy, zawsze obarczony ogromnym ryzykiem. Żeby spełnił swoją rolę, trzeba było ukryć ciążę, urodzić w ukryciu, a potem pozbyć się ciała noworodka. Bez pomocy innych było to praktycznie niemożliwe, a mogło skończyć się postawieniem przed sądem i skazaniem na śmierć. Sytuacja ta dotyczyła zwykle kobiet samotnych: panien, wdów lub opuszczonych przez mężów. Kobiety zamężne, nawet jeśli dopuszczały się dzieciobójstwa, nie musiały ukrywać swego stanu, zaś ich tłumaczenia, że urodziły martwe dziecko uważano za całkowicie wiarygodne.

Prasa ogólnodostępna, jako antenaci współczesnych mediów masowych, poza dostarczaniem ważnych informacji dotyczących bieżących spraw związanych z wydarzeniami w kraju i świecie, powoli zaczęła schlebiać gustom czytelników. Tak oto redakcja na łamach *Kuriera Warszawskiego* anonsowała swoje przyszłe działania: „*Przytem oświadcza Redakcja – tak brzmi owo wcześniej wspomniane zobowiązanie – że na przyszłość umieszczać będzie w piśmie swoiem doniesienia osądzonych co miesiąc w każdem wydziale Sądu Appell. Spraw Krym. wymieniając w krótkości istoty czynu spraw ważniejszych interesować mogących, z treścią wyroków w nich wydawanych; mianowicie obwieszczać będzie o podobnych sprawach do sądzenia przychodzących, którym to nowym rodzajem wiadomości z pewnego źródła czerpanych (dla statystyki także pod pewnym względem użytecznych) powołaniu swemu zaspokajania ciekawości publicznej pragnie zadość uczynić*”. Dopiero pod koniec pierwszego rocznika, 1 grudnia 1821 roku, redakcja przedstawiła swoje zamierzenia, jeśli chodzi o prezentowanie na łamach *Kuriera Warszawskiego* wiadomości z sądów. Uczyniła to na czołówce, w *Nowościach Warszawskich*, tuż po krótkim przedstawieniu spraw osądzonych w październiku przez Wydział I-szy Sądu Apelacyjnego Królestwa Polskiego „z rekursów od wyroków sądów kryminalnych i policyjno-poprawczych do niego złożonych”. Warto je przytoczyć, bo były to sprawy niezwykle charakterystyczne i – zdaje się – typowe dla tamtych czasów: jedna o krzywoprzysięstwo, jedna o rabunek, jedna o dzieciobójstwo, jedna o morderstwo, jedna o podpalenie, osiem o kradzież, jedna o „opór w exekucji”, jedna „o nieprzyzwoite zachowanie się w Kościele”, jedna o nadużycie władzy i dwie o obelgi [24]. Jak widać tematyka dzieciobójstwa od pierwszych chwil funkcjonowania środków masowego informaowania odbiorców znalazła swoje miejsce na łamach gazet. Choć w marginalnym wymiarze, jednak zaistniała i powoli zdobywała sobie miejsce w świadomości czytelników. Stopniowa specjalizacja tytułów prasowych przyniosła efekt w postaci periodyków branżowych zorientowanych na przestępczą działalność człowieka. To w takich magazynach jak *Gazeta Sądowa Warszawska*, opisywano przestępczy proceder, jakim było dzieciobójstwo dokonywane przeważnie przez akuszerki i ich pomocnice zwane „fabrykantkami aniołków“.

To określenie mówi wiele o skali procederu. Skala zjawiska ukazywana na łamach prasy przerażała swoimi rozmiarami, a sądy wobec wykrytych spraw ferowały wyroki względnie łagodne. Opinia publiczna była w zasadzie wstrząśnięta dwa razy tego typu zdarzeniami. Po raz pierwszy zbrodnie dzieciobójstwa zostały ujawnione w roku 1880 przy okazji procesu akuszerki Wiktorii Szyfersowej. Dziesięć lat później, w roku 1890, o problemie zrobiło się głośno przy okazji wykrycia zbrodni przy ulicy Śliskiej w Warszawie. Podczas pożaru domu, w mieszkaniu jednej z lokatorek Marianny Skublińskiej wykryto zwłoki 16 noworodków. Historia wywołała ogromne poruszenie, podsycane przez prasę. Odkrycie to ujawniło, iż przez dekadę nic się nie zmieniło w tej kwestii. Problem miał skomplikowaną naturę prawną i społeczną. Zapotrzebowanie na mamki sprawiało, że opłacało się urodzić, a potem zabić dziecko. Presja społeczna wywierana na kobiety posiadające nieślubne dzieci – owoce grzesznych związków - pogłębiała problem. *Gazeta Sądowa Warszawska* tak pisała o tym zjawisku: „*Położenie niezamężnej matki jest okropne, opuszczona przez mężczyznę, rzucona na pastwę nędzy i wstydu, czując się związaną z dzieckiem, którego nie ma za co wychować, a które przeszkadza jej współczesnie do wszelkiego rodzaju zarobku – nie dziw, że kobieta taka, przeszedłszy wszyskie stopnie rozpaczy i nędzy, przy fatalnym zbiegu okoliczności, pozbywa się tego dziecka, które jej tylko ciężarem się stało, i spełnia dzieciobójstwo*“ [25, 26].

Film od swego początku był przedsięwzięciem komercjalnym, chociaż dostępnym dla uboższych warstw społecznych, dla ludu. Istatne było, aby na ekranach kinowych pojawiały się tematy schlebiające gustom i zainteresowaniom takiej grupy odbiorców. Temat dzieciobójstwa – atrakcyjny dramaturgicznie – znalazł również odzwierciedlenie na srebrnym ekranie. Bardzo popularnym, by nie rzec, przebojowym filmem poruszającym problem społecznego funkcjonowania dzieciobójczyni jest powstały w roku 1933 *Wyrok życia* znany też pod alternatywnym tytułem *Kto winien?*. Reżyserem filmu był Juliusz Gardan, wystąpiła w nim czołówka aktorów polskiego ówczesnego kina. Premiera filmu miała miejsce 24 grudnia 1933 (!). Zacytujmy opis tego obrazu: „*Przed sądem toczy się rozprawa przeciwko dziewczynie, która zabiła swoje dziecko. Grozi jej kara śmierci. Tylko obrończyni Krystyna, nie wierzy w jej winę. Od Jadzi dowiaduje się, jak doszło do tego tragicznego wydarzenia... Jadzia pochodzi z biednej rodziny. Przyjechała do Warszawy i znalazła pracę w mennicy. Za zaoszczędzone pieniądze wybrała się z koleżankami na wycieczkę za miasto. Spotkała mężczyznę, któremu - naiwna i lekkomyślna - uległa. Usiłowała go potem odnaleźć, ale on nie zostawił po sobie żadnego śladu. Kiedy już nie dało się ukryć, że jest w ciąży, wyrzucono ją z pracy. Bez środków do życia tułała się przepędzana z miejsca na miejsce. Po urodzeniu dziecka zrozpaczona chce się utopić razem z dzieckiem, lecz tylko ono, potrącone, wpada do*

wody... Krystynie udaje się uzyskać wyrok uniewinniający. Zabiera Jadzię do swego domu i tu okazuje się, że owym uwodzicielem jest mąż Krystyny. Usiłuje on popełnić samobójstwo. Ciężko rannego obie kobiety pielęgnują. Jadzia - widząc, że kocha on tylko swoją żonę - potajemnie odchodzi" [27].

Media masowe stały się współcześnie: jednym z najważniejszych instrumentów władzy społecznej, są narzędziem kontroli i zarządzania społecznego, mobilizacji i pobudzania innowacyjności; media są głównym środkiem transmisji i źródłem informacji niezbędnej do funkcjonowania instytucji publicznych i społecznych; mogą być substytutem siły fizycznej lub zachęt materialnych; publicznym forum (areną), na którym sprawy życia społecznego są prezentowane i rozważane, zarówno w skali narodowej, jak i międzynarodowej; kluczem do sławy i zdobycia pozycji osoby powszechnie znanej, jak również do skutecznego działania w sferze publicznej; dominującym źródłem obrazów i definicji rzeczywistości społecznej; to one tworzą, gromadzą i publicznie przedstawiają wartości kulturowe i społeczne; źródłem publicznego systemu znaczeń, który dostarcza kryteriów i miar osądzania, co jest normalne, a co odbiega od oficjalnego oraz publicznie uznanego standardu normalnego zachowania i opinii, zarówno w wymiarze społecznym, jak i normatywnym.

Pod koniec XIX stulecia ukształtował się podział prasy na elitarną i bulwarową. Reklama stała się głównym źródłem dochodu gazet i czasopism, przy czym rosła dominacja wielkich koncernów prasowych. Gazeta popularna jest nazywaną komercjalną z dwóch powodów: działania dla zysku właścicieli oraz zależności od reklam, (co umożliwiło rozwój masowego czytelnictwa). Cele komercjalne miały wielki wpływ na treści gazet, w sensie ich populizmu oraz poparcia dla idei biznesu, wolnego rynku i konsumeryzmu. Rozwój komercjalizmu doprowadził do nowego typu gazety: o treści lekkiej, rozrywkowej, ciekawej, sensacyjnej, kupowanej przez czytelników o niskim dochodzie. Dzisiaj na ogół nazywa sie ją tabloidem, z uwagi na mniejszy niż tradycyjny format papieru i formę graficzną (duże zdjęcia na pierwszej stronie). Przykładem jest *Super Ekspress* i *Fakt*. Miejsce bardziej poważnych wydarzeńń politycznych, zajęły sensacje i skandale, zwłaszcza zbrodnie i seks. Problemem staje się odwracanie się młodych czytelników od poważnych informacji i dysput politycznych ku sensacji i prasie tabloidalnej. Odróżnić jednak należy wzrastającą pozycję rynkową prasy komercyjnej (jako instrumentu reklamy i rozrywki) od nawyku czytania gazet przede wszystkim dla informacji politycznej. Nawet niegdyś poważne polityczne dzienniki ulegają czytelnikom, przybierając formę tabloidów politycznych (wielkie krzyczące nagłówki na pierwszej stronie, sensacje polityczne, etc.). Chociaż typ prasy tabloidowej dominuje dzisiaj

na rynku czytelniczym, prasa codzienna czerpie swój prestiż nadal z dawnego modelu "mieszczańskiego", który preferuje poważne informacje polityczne i gospodarcze [28].

Prasa nastawia czytelników głównie na konsumpcjonizm, kiedyś główną funkcją gazet był przekaz informacji, ciekawostek, takich, które dostarczały czytelnikom wiedzy, które rozwijały czytelników w pewien sposób. Teraz prasa dostarcza głównie sensacji. Obecny cel gazety to nie dostarczanie wiedzy tylko „newsów". I to też nie byle jakich „newsów", im bardziej kontrowersyjne, tym lepiej gazeta się sprzedaje. Można odnieść wrażenie, że prasa podsyca u czytelników pewną rządzę ciekawości na temat osobistych szczegółów z życia gwiazd, najlepiej kompromitujących lub wręcz intymnych. Poziom zawartości gazet czy czasopism stale ewoluuje, ale niestety w tym negatywnym kierunku. Ponieważ dziennikarze posuwają się do coraz śmielszych artykułów na temat, na przykład, rodzinnego życia gwiazd. Paparazzi nie pozostawiają znanym ludziom nawet chwili prywatności, by ująć coś w najbardziej dwuznacznym momencie lub nawet w zwyczajnej sytuacji, którą później skrzętnie ubarwią dziennikarze dzięki swoim „fachowym" umiejętnościom.

Nikt nie kwestionuje faktu, że media masowe prezentują przemoc. Można ją odnaleźć we wszystkich gatunkach i formach. Generalnie można je sprowadzić do tego rodzaju reprezentacji, które opierają się na upokarzaniu, zadawaniu bólu, uprzedmiotowianiu jednostek czy wręcz ich unicestwianiu. Na obecności tego rodzaju przedstawień, które z cierpienia i przemocy czynią towar. Które w końcu prezentują okrucieństwo w sposób pozbawiony jakiegokolwiek aspektu moralnego i wartości informacyjnej, a tym samym przekształcają je w estetyczny ornament, którego jedyną funkcją jest zwiększenie oglądalności lub wysokości sprzedanego nakładu [29]. Okrucieństwo mediów masowych polega głównie na tym, że informując codziennie o dramatycznych zdarzeniach, tragediach, zbrodniach i nieszczęściach zarówno na poziomie formy, jak i treści upodabniają się do przekazów rozrywkowych, zmuszając widzów do przyjmowania ich w taki sposób, jakby rzeczywiście przynależały do tego gatunku.

Obecnie wydarzenia medialne są swego rodzaju obrzędami. Dzięki swojej dramaturgicznej formie stają się rytualnymi aktami. Jak wszyskie ryty przejścia wywołują lęk i fascynację zarówno uczesniczących w nich bohaterów, jak i życzliwych, bezstronnych obserwatorów. W stopniu nie mniejszym niż główni bohaterowie – my, świadkowie tych obrzędów przechodzimy te same stadia rytuału. Przyjmując zaproszenie do uczestnictwa w medialnym obrzędzie, wraz z protagonistami zdarzenia bierzemy urlop od codziennej rutyny. Doświadczamy liminalności ich sytuacji, wstrzymujemy oddech i denerwujemy się,

wyczekując ich powrotu oraz dalszego biegu zdarzeń. Wracając do codzienności po zakończeniu zdarzenia – oddychamy z ulgą [30]. Chcąc niechcąc, włączamy się w wszechogarniający współczesną kulturę voyeuryzm, definiowany jako „przyjemność z poczuciem winy", przyjemność masową, dostępną dla każdego odbiorcy mass mediów. Współczesny konsument przekazów medialnych staje się reprezentantem nacji podglądaczy, opętanych masową konsumpcją informacji na temat pozornie realnego i niestrzeżonego prywatnego życia innych [31]. Najchętniej, jeśli obiektem zainteresowania jest osoba popularna – celebryta. Daniel Boorstin sformułował lapidarną definicję tego ludzkiego niby-zdarzenia: „*celebrity to osoba, która jest znana z tego, że jest dobrze znana*". To postać wytworzona przez nas wszystkich, przez tych, którzy chętnie o niej czytają, oglądają ją na ekranie telewizora, plotkują o niej w gronie przyjaciół. Celebrity jest zawsze współczesne – stworzone przez media. Mogą powstać w dowolnym kraju i w jakichkolwiek warunkach ustrojowych. Są wynikiem zacierającego się podziału na sferę publiczną i prywatną, efektem upadku zorganizowanych form współistnienia społecznego oraz utowarowienia codziennego życia [32]. Konsekwencją popełnianych afer i sensacji, chętnie podchwytywanych i prezentowanych przez media.

Cechą wspólną skandali jest zaistnienie nieprawidłowości, „*naruszenie panujacych norm moralnych bądź też obowiązującego prawa, które już wyrządziło szkody materialne czy ideowe albo może je dopiero wyrządzić*" [33]. Skandalom zwykle towarzyszą liczne przekazy medialne, które przyczyniają się do powstania wrażenia, że problem jest znaczący.

Problem dzieciobójstw stał się ostatnio głośny, gdyż tylko w ciągu tygodnia w różnych miejscach Polski znaleziono siedmioro zabitych dzieci. W Pruszkowie Barbara G. uśmierciła dziewięcioletniego Marcina i siedmioletnią Anetę. We Wrotnowie na Mazurach znaleziono cztery uduszone noworodki. W Legnicy, z kolei, ciało dziecka odkryto w kontenerze na śmieci. Przypadki, niestety ,można mnożyć, jednak tylko jeden poruszył całym społeczeństwem naszego kraju. 25 stycznia 2012 roku ok. godz. 10:00 wszystkie serwisy informacyjne w kraju podają następującą wiadomość: „*Cały Sosnowiec szuka półrocznej Magdy, która we wtorkowy wieczór została porwana przy skrzyżowaniu ulic Legionów i 1 Maja. Policja wyznaczyła 5 tys. zł nagrody za pomoc przy znalezieniu dziecka. Nagrodę w wysokości 5 tys. zł wyznaczył komendant policji w Sosnowcu za pomoc w odnalezieniu sześciomiesięcznej Magdy. Według relacji matki, niemowlę zostało we wtorek wieczorem porwane z wózka w centrum Sosnowca. Od kilkunastu godzin trwają poszukiwania…*". Tak rozpoczęła się historia Madzi z Sosnowca, jej rodziców, detektywów i policjantów, ludzi szukających zaginionego dziecka oraz dziennikarzy serwisów informacyjnych i tabloidów

[34, 35]. Matka powiedziała, że ktoś jej ukradł Magdę z wózka w Sosnowcu przy ulicy Legionów. Zła wiadomość natychmiast poszła w miasto. I w media. To był gotowy scenariusz. Ruszyła produkcja. Biedna dziewczyna – współczuło pół Internetu, pół supermarketu i pół przystanku tramwajowego. Ona kłamie, zobaczcie na jej oczy, ojciec nie wygląda na smutnego – oskarżała druga połowa. Idealna sprawa dla mediów, nie można wymyślić lepszej. Bez takich spraw telewizje by upadły. Uruchamia lęki pierwotne, bo strach przed utratą, porwaniem, śmiercią dziecka jest jednym z najsilniejszych, jaki istnieje. I hipotezy, tropienie spisku: porwanie, oddanie, sprzedaż, Niemcy, porywacze, może cała grupa. Wreszcie transmisja na żywo z poszukiwania zwłok, nieustanna konferencja niedetektywa Rutkowskiego, chwilowo prawdziwe wiadomości, dementowane przez inne. Do tego dziesiątki ekspertów, psychologów, socjologów, kryminologów….

Emocje nie opadły, sprawa nabiera kolejnych wymiarów. Co zrobiono nie tak, kto jest winny już nie w sprawie, ale w sposobie prowadzenia sprawy? I co kierowało matką? Jak mogła to zrobić? Co z instynktem macierzyńskim? Świadomie czy nie, sama czy z kimś? A w miejscu, gdzie znaleziono zwłoki dziecka morze świeczek, tłum ludzi i towarzyszące im wiernie media [36].

Od ekspertów, prawników, kryminologów, psychologów, publicystów otrzymywaliśmy informacje, jak wyglądały godziny przed i po zdarzeniu. Na potrzeby sprawy Katarzyny W. narodził sie nawet nowy gatunek psychologa – wirualny diagnosta. Nie musi on mieć kontaktu z pacjentem. Wystarczy mu rzut oka na zdjęcie i informacje medialne – opinia na okładkę tabloidu gotowa. Mimo licznych konferencji prasowych organizowanych przez prokuraturę, policję i detektywa dowiadywaliśmy się coraz więcej – wiedząc coraz mniej [37]. Poznaliśmy życie rodziny W. O Katarzynie dowiedzieliśmy się bardzo wiele: jakie ma nastawienie do macierzyństwa, co ogląda w kinie, w co się ubiera, czym farbuje włosy oraz jaki jest jej erotyczny temperament. Makabryczna atrakcyjność zdarzenia nie inspirowała do zastanowienia się nad istotą i powodami zjawiska dzieciobójstwa we współczesnej Polsce. Schemat pars pro toto nie zadziałał. Od ogółu przeszliśmy w medialnych przekazach do szczegółu, a nie odwrotnie. Rzeczowa informacja o skali zjawiska nawet, jeśli się pojawiła, nie przebiła się do społecznej świadomości.

W ustawodawstwie karnym obowiązującym na ziemiach polskich od 1932 roku dzieciobójstwo i porzucenie uznawano za przestępstwa. Literatura przedmiotu nie jest zgodna, co do skali tego problemu, co uwarunkowane jest dwoma czynnikami: autorzy analizują różne przedziały czasowe, korzystają z odmiennych źródeł. Istniała potrzeba określenia częstości dzieciobójstwa i porzuceń w Polsce w latach 1973-2002; pokazania skali

tego problemu w poszczególnych województwach w latach 1999-2002 oraz analiza wpływu stopy bezrobocia na częstość porzuceń i dzieciobójstw w okresie 1999-2002. Po przeanalizowaniu danych udostępnionych przez Dział Statystyczny Ministerstwa Sprawiedliwości (liczba prawomocnych skazań za dzieciobójstwo i porzucenie), Policyjny System Statystyki Przestępczości TEMIDA (uwzględnia informacje o kobietach podejrzanych o dzieciobójstwo i osobach podejrzanych o porzucenie – przestępstwa stwierdzone) oraz Główny Urząd Statystyczny (Bezrobocie Rejestrowane w Polsce GUS, 2004) wynika, że częstość dzieciobójstw i porzuceń w latach 1973-2002 w Polsce nie jest zbyt wysoka. Od roku 1973 do 2002 liczba dzieciobójstw zmniejszała się, przy czym największa tendencja spadkowa wystąpiła w latach siedemdziesiątych. Częstość porzuceń kształtuje się odmiennie w poszczególnych dziesięcioleciach. Najwięcej porzuceń zarejestrowano w województwie śląskim, a najmniej w województwach pomorskim, podlaskim i podkarpackim. Najwięcej dzieciobójstw odnotowano w województwie mazowieckim. W województwie opolskim nie odnotowano takiego przestępstwa. Stopa bezrobocia, przyjęta jako wskaźnik stanu zamożności danego regionu kraju, nie różnicuje częstości porzuceń, a w bardzo małym stopniu wpływa na częstość dzieciobójstw w latach 1999-2002 [38].

Z badań Eugeniusza Bielickiego, opublikowanych przez Bydgoskie Towarzystwo Naukowe wynika, że tylko 10 proc. tych czynów popełniają matki z biednych, wielodzietnych rodzin, natomiast 90 proc. - samotne młode kobiety (w wieku 18-25 lat) obawiające się agresji środowiska, wstydu [39]. Atmosfera potępienia za nieślubne dziecko lub za oddanie go do adopcji powoduje, że sprawczynie ukrywają ciążę. Polskie dzieciobójczynie w większości decydują się na tak drastyczny czyn z powodu długiej depresji. Nierzadko po zabiciu dziecka próbują popełnić samobójstwo.

Nie należy ulegać złudzeniu, że dzieciobójczynie są "urodzonymi zbrodniarkami". Specjaliści spierają się o psychologiczne przyczyny dzieciobójstw. Najczęściej wskazują na to, że jego sprawczynie – mimo fizjologicznych objawów, bólu i skurczów – uparcie nie przyjmują do wiadomości, że są w ciąży, a w konsekwencji – nie potrafią zaakceptować porodu. Psychiatrzy mówią tu o syndromie tzw. wypierania własnej ciąży. Skutkiem psychicznego "wypierania własnej ciąży" bywa to, że kobiety, które zaszły w nią wbrew swojej woli, nie rozważają nawet dokonania aborcji. Potrzeba trzech etapów, aby ciąża przebiegła w normalny sposób: kobieta musi mieć świadomość, że zaszła w ciążę, następnie – że dziecko jest chciane, tak jakby włączone w historię rodziny i wreszcie, że w momencie porodu noworodek oddzieli się od matki. Bardzo często w wypadku dzieciobójstwa brakuje jednego lub więcej z tych etapów. Inną konsekwencją może być to, że nie uważają

noworodka za własne dziecko, ale za "część swojego ciała". Niektóre dzieciobójczynie mówią: „wyrzucić odpadek“, nie mają zupełnie świadomości, że wydały na świat dziecko". W Polsce prawdziwa liczba dzieciobójstw lub morderstw kilkunastotygodniowych dzieci jest o wiele wyższa, niż wynikałoby z policyjnych statystyk. W Niemczech wykrywa się 13-15 proc. takich czynów, specjaliści z Komendy Głównej Policji i kryminolodzy twierdzą zaś, że w naszym kraju połowę [40]. Rzeczywistą liczbę dzieciobójstw trudno oszacować (Prof. Brunon Hołyst szacuje, że w Polsce liczba dokonywanych dzieciobójstw kształtuje się na poziomie 70-80 przypadków rocznie) [41], gdyż kodeks karny za takie przestępstwo uznaje zamordowanie dziecka, które przeżyło nie więcej niż siedem dni.

Dzieciobójczynie odbywające karę pozbawienia wolności są wyjątkowo ostro traktowane przez współwięźniarki odsiadujące wyroki za pospolite przestępstwa. Wyrządzenie krzywdy dziecku, a więc osobie bezbronnej jest traktowane jako oznaka słabości. Więźniowie takie przestępstwa traktują jako ohydne, a ich sprawcy są bezlitośnie piętnowani. Wśród skazanych kobiet dzieci są na piedestale, bo to właśnie ich brakuje kobietom najbardziej. Kary za dzieciobójstwo odbywa w polskich więzieniach jedynie kilka kobiet. Około 130 pań odsiaduje natomiast wyroki za maltretowanie własnych dzieci.

Taki obraz dzieciobójstwa szkicują osoby znające problematykę. Inaczej funkcjonuje ona w sferze medialnej. Wirtuale więzi, emocje, symaptie i empatia są ludziom tym bardziej potrzebne, im mniej tych elementów w realnym świecie opartym na rzeczywistych wizjach. Empatię do realnej osoby łatwiej zastąpić wirtualną czułością wobec obcej osoby. Mała Madzia i jej matka odegrały taką rolę w naszej polskiej rzeczywistości. Polska przejęła się ich losem. Współczuła i szukała. Dopóki sytuacja nie zaczęła się odwracać. Matka Zrozpaczona przemieniła się w Matkę Potwora. Dobr stało się złem. Współczucie zastąpiła pogarda. Wrogość zastąpiła życzliwą mobilizację społecznego współczucia. Sosnowiecki spektakl medialny – stał się opowieścią nie o nas. My jesteśmy obserwatorami, lustartorami, sędziami [42]. Matka Madzi zdołała oszukać wielu ludzi w tym kraju, budząc litość, współczucie. Daliśmy się omamić, a nikt nie lubi być oszukiwany [43]. Powody działania nieszczęsnej matki coraz bardziej schodzą na plan dalszy [44]. Ważna staje się jej kreacja. Trudno o lepszą okazję dla stabloidyzowanych, opartych na emocjach mediów. Informacje są o tyle ważne, o ile wywołują podniecenie. Te zaś są pożywką umysłów szukających w emocjach ucieczki od rzeczywistości i samoświadomości. Rządy dusz przejmują mass media. Okazuje się, że można przerwać nadawany program publicystyczny w ogólnopolskiej stacji telewizyjnej, aby nadać transmisję z konferencji prasowej detektywa. To pokazało siłę widza i czytelnika. Okazuje się, że to oni dyktują układ telewizyjnych ramówek oraz piszą artykuły. I co za tym

idzie, osłabiona zostaje odpowiedzialność za to, co się publikuje i mówi [45]. Powstała przestrzeń, w której niskie uczucia można przeżywać w sposób wzniosły. Swoje lęki i frustracje przeżywamy w przestrzeni publicznej. Już nie zastanawiamy się, dlaczego zabiła [46]. Dużo bardziej interesujące jest to, co sprawia, że nad więźniarką wiozącą dzieciobójczynię z aresztu do sądu krąży nadający na żywo helikopter stacji telewizyjnej, a kanał informacyjny transmituje rozprawę. Dlaczego? Może dlatego, że Katarzyna W. dotknęła silnego archetypu upadłej femme fatale, mitycznej Medei. Zgniłego jabłka infekującego wszystko, co jest wokół. Jak magnes przyciąga i czyni zło. Takie postacie-symbole istnieją od zawsze, ale na powierzchnię społecznych emocji wypływają rzadko.

Dopiero odpowiednie działania medialne mogą spowodować podsycanie ludzkiej ciekawości, nachalne lansowanie wątpliwej jakości celebrytów, nawet jeśli tego bardzo pragną, nie można tłumaczyć względami ekonomicznymi lub dążeniem do przedstawienia prawdy tam, gdzie jej nie ma [47]. Akcja towarzyszenia Katarzynie W. przez fotoreporterów *Super Ekspressu* nie wpisuje się w żadną misję, a na pewno nie daje obrazu jej osobowości psychologicznej. Jest materiałem do medialnej żonglerki [48], a nawet poszukiwania sięgającej w przeszłość analogii z innymi głośnymi zabójczyniami. Starszym odbiorcom ten przypadek może przypominać słynny poszlakowy proces Rity Gorgonowej, którym w latach 30-tych XX w. żyła polska opinia publiczna [49]. Katarzyna W. nieco ją przypomina, bo w obu przypadkach motywy zbrodni były niejasne.

Media nie pytają już, czy to ona zabiła córkę. Pytają wyłącznie, jak i dlaczego. Tabloidy nie tylko wydały wyrok na matkę z Sosnowca, ale wręcz zaprosiły do jego wspólnego wykonania. Na stronie internetowej *Faktu* przez kilka dni wisiała sonda dla czytelników, w której mogli podjąć decyzję: „*Ruszył proces matki Madzi z Sosnowca. Czy powinna dostać dożywocie?*“ Ponad 90% uczestników sondy wybrało opcję TAK… Wydarzenie medialne wykorzystają nie tylko dziennikarze. Także sądy będą miały okazję poprawić swój wizerunek.

Ten proces to przykład robienia wydarzenia z czegoś ,co nie ma istotnego wpływu na życie Polaków. Dla większości z nas, wychowujących swoje dzieci, to wydarzenie nie ma żadnego znaczenia. Ludziom borykającym się z problemami materialnymi w codziennym życiu taki spektakl ulgi nie przyniesie. W sensie psychologicznym niczego to w nas nie zmienia, poza wzrostem nakładu tabloidów i oglądalności kanałów telewizyjnych oraz coraz głębszymi podziałami w życiu publicznym [50]. Nie zmieni to wydarzenie także postrzeganie wielkiego nieobecnego tych medialnych wiwisekcji, których ofiarą jest dziecko – mężczyzny. O ojcu zwykle się milczy. To matka jest figurą odpowiedzialną za kłopoty rodzinne. W

naszych głowach nadal króluje ten sam schemat, bezrefleksyjnie tkwiący w nawyku myślowym od stuleci. Ojciec występuje jako ktoś z boku – bardziej jako obserwator niż uczestnik [51, 52].

Cała sprawa powoli zaczyna przechodzić także w sferę popkultury. Detektyw Rutkowski zamierzał nakręcić film o całej sprawie zatytułowany *Napiętnowani* [53]. Pomysł został zarzucony. Na rynku księgarskim pojawiły się pamiętniki męża dzieciobójczyni oraz próba sportretowania Katarzyny W., jako młodej kobiety, która straciła dziecko [54, 55].

W Teatrze Nowym w Warszawie planowana jest premiera Muzycznego spektaklu pt.: *MACABRA DOLOROSA, albo rewia DADA w 14 piosenkach z monologami* w reżyserii Pawła Szarka oparty na motywach historii Katarzyny W., tekstach z Medei, listach Magdy Goebbels oraz materiałach dotyczących spraw słynnych dzieciobójczyń. Spektakl wystawiony ma być *„w formie surrealistycznego show nawiązującego do rewii DADA z pierwszej połowy 20 wieku, noir kabaretu niemieckiego, w duchu dokonań ekspresjonistycznych opowiedziana zostanie historia przemocy, szaleństwa i upadku człowieka w jego najbardziej intymnej i organicznej sferze - rodzicielstwie; kobiety/matki - w kontekście reżimu, ideologii totalitarnych, choroby i depresji"* [56].

W przypadku Katarzyny W. ciąg dalszy jej historii nastąpi z pewnością.

Piśmiennictwo

1. Komosa U.: Spędzanie płodu, dzieciobójstwo i ofiary z dzieci formą kontroli urodzeń w wybranych kulturach świata. Miscellanea anthropologica et sociologica, 1997, 5, 230-236.
2. Łopatowska-Nowak M.: Krótka historia dzieciobójstwa. Fronda, 2012, 65, 72-83.
3. Bronowska K., Żywucka-Kozłowska E.: Dzieciobójstwo – aspekty społeczne i prawne. Historia dzieciobójstwa. Homo Politicus, 2009, 194, 39-49.
4. Papierkowski Z.: Dzieciobójstwo w świetle prawa karnego. Studium prawno-porównawcze. TN KUL, Lublin 1947.
5. Księżopolska-Breś A.: Odpowiedzialność karna za dzieciobójstwo w prawie polskim. Oficyna Wolters Kluwer business, Warszawa 2010.
6. Brzezińska J.: O dzieciobójstwie z perspektywy statystyk. Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego, 2010, 26, 11-34.
7. Bartoszewski J.A., Halaunbrenner-Lisowska J.: Dzieciobójstwo: aspekty prawne, medyczne i społeczne. Departament Szkolenia i Doskonalenia, Wydawnictwo MSW, Warszawa 1974.

8. Więckiewicz K.: Dzieciobójstwo – kontrowersje wokół artykułu 149 kodeksu karnego. Studia Iuridica, 2009, 50, 185-193.
9. Rabiega R.: O współdziałaniu w popełnieniu przestępstwa indywidualnego niewłaściwego typu uprzywilejowanego (uwagi na tle dzieciobójstwa w polskim prawie karnym). Ius Novum, 2012, 1, 115-126.
10. Marzec-Holka K.: Dzieciobójstwo – przestępstwo uprzywilejowane czy zbrodnia. Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej, Bydgoszcz 2004.
11. Szwed M., Wieczorek L.: Dzieciobójswo. Od przepisu prawa do indywidualnego przypadku. Oficyna Wydawnicza Humanitas, Sosnowiec 2009.
12. Latoś A.: Zabiłam własne dziecko... Studium przypadków zabójczyń dzieci oraz możliwości ich resocjalizacji. Wydawnictwo UKW, Bydgoszcz 2013.
13. Gałęska-Śliwka A.: Dzieciobójstwo. Analiza karno-medyczna. WN UMK, Toruń 2011.
14. Borowska-Solonynko A., Krajewski P.: Przyczyny zgonów dzieci w okresie okołoporodowym, w warunkach pozaszpitalnych na podstawie materiału ZMS WUM. Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii, 2011, 41, 139-145.
15. Bloch-Bogusławska E., Wolska E., Paradowska A.: Zgony dzieci w wieku noworodkowym ze szczególnym uwzględnieniem dzieciobójstwa w materiałach zakładu Medycyny Sądowej w Bydgoszczy w latach 1992-2006. Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii, 2008, 58, 145-149.
16. Ptaszyńska-Sarosiek I., Niemcunowicz-Janica A., Filimoniuk M, Okłota M., Wardaszka Z., Szeremeta M., Sackiewicz A.: Analiza zgonów noworodków w oparciu o protokoły sekcyjne Zakładu Medycyny Sądowej w Białymstoku w latach 1955-2009. Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii, 2011, 56, 367-372.
17. Juszczak D.: Dzieciobójstwo – trudności orzecznicze na podstawie opisu przypadku. Post. Psych. Neurol., 2008, 17, 175-177.
18. Wrzesiński Sz.: Dzieciobójstwo na ziemiach polskich od XIII do XVIII wieku. http://historycy.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=134%3Adzieciobojstwo-na-ziemiach-polskich-od-xiii-do-xviii-w&catid=39%3Aredniowiecze&Itemid=53, data pobrania 26.04.2013.
19. Olszewski A.: Dzieciobójstwo w Polsce. Dziś. Przegląd społeczny, 2005, 11, 32-41.
20. Grudzień V.: Dzieciobójstwo. Zarys historii stosowania kar. Wydawnictwo Szkoły Policji w Katowicach, Katowice 2012.
21. Markiewicz J.: Przestępstwa przeciwko rodzinie w Kodeksie Karzącym Królestwa

Polskiego z 1818 r. i Kodeksie Kar Głównych i Poprawczych z 1847 r. Teka Komisji Prawniczej, 2008, 1, 112–130.

22. Uruszczak W.: Acta nigra maleficorum Wisniciae. Księga czarna złoczyńców Sądu Kryminalnego w Wiśniczu (1629–1665). Archiwum Państwowe w Krakowie, Kraków 2010, 91–94, 94–97, 113–126, 165–172, 173–174, 215–226.
23. Wiślicz T.: Upodobanie. Małżeństwo i związki nieformalne na wsi polskiej XVII-XVIII wieku. Wydawnictwo Chronicon, Wrocław 2012.
24. Milewski S.: Natłok słuchaczów był wielki…. Palestra, 2011, 11-12,. 219-230.
25. Kominek M.: Przestępczość kobieca u schyłku XIX wieku na podstawie Gazety Sądowej Warszawskiej, Konferencja Naukowa Zbrodnie, sensacje i katastrofy w prasie polskiej do 1914 roku, 0-21.10.2009, Lublin.
26. Stępnik K., Gabryś M.: Zbrodnie, sensacje i katastrofy w prasie polskiej do 1914 roku. Wydawnictwa WSPA, Lublin 2010, 153-161.
27. http://www.filmpolski.pl/fp/index.php/22424., data pobrania 26.04.2013
28. Goban-Klas T.: Społeczeństwo medialne. Geneza, ewolucja, eksplozja. Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 2005, 81-82.
29. Krajewski M.: Okrucieństwo w telewizji, okrucieństwo telewizji [w:] Od kontrkultury do popkultury, Golka M.: (red.). Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2002, 29-30.
30. Dayan D., Katz E.: Wydarzenia medialne. Historia transmitowana na żywo. Muza S.A., Warszawa 2008..
31. Białek-Szwed O.: Voyeryzm medialny. W kontekście współczesnej prasy w Polsce. Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2012.
32. Godzic W.: Znani z tego, że są znani. Celebryci w kulturze tabloidów. Wydwnictwo Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2007, 44-49.
33. Kepplinger H.M.: Mechanizmy skandalizacji w mediach. Wydawnictwo UJ, Kraków 2008, 7.
34. http://www.dziennikzachodni.pl/artykul/500976,smierc-magdy-z-sosnowca-kalendarium -wydarzen,id,t.html?cookie=1, data pobrania 26.04.2013.
35. http://www.se.pl/wydarzenia/kraj/kalendarium-sprawy-madzi-dzien-po-dniu-od smierci-dziecka-do-procesu-katarzyny-wasniewskiej_307338.html, data pobrania 26.04.2013.

36. Kołodziejczyk M, Pytlakowski P.: Magda, media i my. Wariant piąty. Polityka, 2012, http://www.polityka.pl/kraj/analizy/ 1524175,3,magda-media-i-my.read, data pobrania 26.04.2013.
37. Więckiewicz M.: Konferencja prasowa – od skandalizacji do skandalu. Analiza przypadku. Tematy z Szewskiej, 2011, 2, 109-114.
38. Libera A., Cegiełkowska-Bednarczyk A., Oleszczuk J.: Dzieciobójstwa i porzucenia w Polsce. Zdrowie Publiczne, 2007, 117, 160–163.
39. Bielicki E.: Młodociani przestępcy: ich wartości i orientacja wartościująca. Bydgoskie Towarzystwo Naukowe, Bydgoszcz 1991.
40. Brzozowska M., Kaczmarek M.: Materialnoprawne i kryminalistyczne aspekty przestępstwa zabójstwa. Materiały wewnętrzne Szkoły Policji w Pile, Piła, 2011, 21-23.
41. Hołyst B.: Dziecko to ofiara idealna. Rzeczpospolita, 2013, 93, A17
42. Żakowski J.: Sąd nad czarownicą. Polityka, 2013, 9, 20-21.
43. Grabau A.: Lincz na Katarzynie W. Przegląd, 2013, 9, 8-10.
44. Pietraszewski M.: Zbrodnia na złość mężowi. Gazeta Wyborcza, 2013. http://wyborcza.pl/1,87648,13165980,Zbrodnia_na_zlosc _mezowi.html, data pobrania 26.04.2013.
45. Okoński M., Wilczyński P.: Wyrok w imieniu ludu. Tygodnik Powszechny, 2013, 9, 18-19.
46. Lach B.: Dlaczego zabijają. Przegląd, 2013, 9, 12-14.
47. To ja wymysliłem sesję Katarzyny W. Wywiad Agnieszki Niewińskiej ze Sławomirem Jastrzębowskim redaktorem naczelnym „Super Expressu“. Do rzeczy, 2013, 5, 42-43.
48. Jastrzębowski J.: Mama Madzi ratuje media. Nowe Media, 2013, 3, 17-21.
49. Kucharczyk M.: Katarzyna W. jak Rita Gorgonowa. Tym żyła i żyje Polska. TVN24, 2013,http://www.tvn24.pl/wiadomosci-z-kraju,3/katarzyna-w-jak-rita-gorgonowa-tym-zyla-i-zyje-polska,299662.html, data pobrania 26.04.2013.
50. Król M.: Proces Katarzyny W. jest potrzebny do życia różnej maści kapłanom medialnym. W sieci, 2013, 8, 64-65.
51. Sowa A.: Niewidzący. Polityka, 2013, 17/18, 42-43.
52. Reszka P.P.: Ona morduje, on pokój maluje. Duży Format, 2013, 6/1013, 2-4
53. Tycner A.: Detektyw i jego trofeum. Do rzeczy, 2013, 8/008, 40-42.

54. Moja prawda. Pamiętniki Bartka Waśniewskiego, Super Express, Super Album, nr 1/2013, Warszawa, 2013.
55. Bartosz I.: Wybaczcie mi. Wiara, Nadzieja, Miłość. Wydawnictwo G+J, Warszawa, 2012.
56. http://teatrnowy.com.pl/spectacle/, data pobrania 26.04.2013.

Zalewska - Ćwikła Martyna[1], Kowalczuk Krystyna[2], Elżbieta Krajewska-Kułak[2]

Koncepcje uzależnień od alkoholu

1. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wprowadzenie

Szacuje się, że aż 800 tysięcy Polaków posiada problemy alkoholowe. Zazwyczaj są to osoby, u których intensywność, powtarzalność i jakość spożywania alkoholu może wskazywać na rozwój uzależnienia od alkoholu. U wielu osób, u których jeszcze nie można stwierdzić uzależnienia od alkoholu, można zaobserwować szkody w obszarach: zdrowia somatycznego, psychicznego, zawodowego, rodzinnego oraz prawnego [1].

Termin „alkoholizm" został wprowadzony przez Hussa w 1849 roku. Oznacza chorobę, która jest jedną z konsekwencji nadużywania alkoholu, czyli spożywania danej substancji w sposób powodujący negatywne, w dalszych fazach dramatyczne konsekwencje zarówno osobie uzależnionej, jak i osobom w bliskim otoczeniu. Jest chorobą tak głęboko zaburzającą świadomość i wolność człowieka, że dla większości stanowi zagrożenie życia [1]. Niszczy wszystkie sfery życia osoby nadużywającej alkohol: psychiczną, duchową, moralną oraz religijną. Powoduje stopniowo utratę wolności oraz odpowiedzialności. W stadium zaawansowanym degraduje sferę fizyczną, która jest najczęstszym powodem podjęcia decyzji o zaprzestaniu picia alkoholu. Alkoholizm to choroba chroniczna, z konsekwencjami do końca życia. Alkoholik do końca swojego życia pozostaje alkoholikiem, uzależniony może stopniowo wychodzić z czynnej fazy choroby i stawać się trzeźwym alkoholikiem [1].

Do rozpoznania uzależnienia, według Światowej Organizacji Zdrowia, potrzebne jest stwierdzenie, że u pacjenta w czasie ostatniego roku wystąpiły trzy lub więcej objawów lub cech spośród poniżej przedstawionych [2, 3, 4]:

- silne pragnienie lub poczucie przymusu zażywania substancji;
- upośledzona zdolność kontroli nad zachowaniem związanym z zażywaniem substancji, dotycząca rozpoczynania, kończenia lub ilości. Jest jedną z najważniejszych cech zespołu uzależnienia;

- fizjologiczne objawy stanu abstynencyjnego spowodowane przerwaniem lub zredukowaniem dawki alkoholu. Zażywanie tej samej bądź podobnej substancji w celu złagodzenia lub uniknięcia objawów abstynencyjnych;
- stwierdzenie tolerancji wobec danej substancji;
- narastające zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności lub zainteresowań z powodu zażywania danej substancji, zwiększona ilość czasu poświęconego na zdobywanie lub picie alkoholu albo na odwracanie następstw jego działania;
- kontynuowanie zażywania substancji pomimo wyraźnych dowodów szkodliwych następstw – takich jak uszkodzenie wątroby, obniżenie nastroju i depresja, po okresie intensywnego zażywania substancji. Następstwa działania alkoholu manifestują się różnymi chorobami typu stłuszczenia wątroby, alkoholowe zapalenia wątroby oraz alkoholowa marskość wątroby.

Na podkreślenie zasługuje fakt, iż wpływ alkoholu na psychikę człowieka ma charakter biochemiczny i dokonuje się w jego biologicznym środowisku, obejmując etapy, takie jak: wchłanianie alkoholu, metabolizm oraz skutki przemian. Nadużywanie alkoholu prowadzi do uszkodzenia wielu narządów wewnętrznych: wątroby, trzustki, błony śluzowej żołądka, tkanki mózgowej oraz obwodowego układu nerwowego [2].

W okresie życia studenckiego wiele osób sięga po alkohol oraz środki psychoaktywne. Niektórzy doświadczą w związku z tym wielu problemów, których nasilenie będzie różne w zależności od osobowości studenta [5]. Spowodowane jest to życiem w czasach gwałtownych przemian społecznych. W sytuacji, w której niemal wszystko wolno. Niejeden człowiek gubi się i niszczy własne życie. Prawa wolności niejednokrotnie są okrutne i pozbawiają wielu młodych ludzi nadziei na godne warunki bytu i na dobrą przyszłość [1].

W tego typu kontekście społecznym na największe niebezpieczeństwo narażone są osoby młode, nie posiadające określonej hierarchii wartości, które uczą się odróżniania dobra od zła, rzeczywistości od fikcji. Wiele osób jest zupełnie zagubionych. Wyrządzają bolesne krzywdy samym sobie i ludziom we własnym otoczeniu. Na podstawie literatury można stwierdzić, iż w ostatnich latach nastąpiła tendencja wzrostowa liczby osób pomiędzy 18. a 30. rokiem życia popełniających samobójstwa, nadużywających alkoholu oraz osób sięgających po środki psychoaktywne. Również profesjonalna profilaktyka uzależnień przeżywa kryzys. Nigdy w naszym kraju nie było tak wielu programów profilaktycznych, zwalczających uzależnienia młodych ludzi od alkoholu oraz środków psychoaktywnych [1, 6].

Naukowcy starają się wytłumaczyć powód zażywania i ulegania uzależnieniom od substancji. Stworzyli trzy różne teorie uzależnień [5]:

- pierwsze podejście koncentruje się na neurobiologicznych strukturach, wyjaśniające uzależnienia pojęciami biologicznymi
- drugie jest typowym podejściem psychologicznym, skoncentrowanym na modelach behawioralnych
- trzecie podejście społeczno – kulturowe, odwołuje się do czynników kulturowych, jak i środowiskowych, które zwiększają prawdopodobieństwo uzależnienia od substancji.

Teoria biologiczna - stanowi jeden z obszarów badań zajmujących się cechami biologicznymi warunkującymi powstawanie uzależnienia od substancji. W tym zakresie można wyróżnić dwa kierunki badań [5] zajmujące się różnicami podatności na uzależnienie się na podstawie cech genetycznych, sprawdzający uzależnienie, a powstałe zmiany w mózgu, spowodowane przewlekłym przyjmowaniem substancji.

Czynniki genetyczne przedstawiane są na podstawie kilku hipotez. Zgodnie z jedną z nich, ludzie mogą dziedziczyć skłonność do rozwinięcia się uzależnienia poprzez tzw. uwrażliwienie. Badania rodzinne dotyczące zaburzeń związanych z używaniem alkoholu sugerowały, że u ponad 1/3 krewnych osób uzależnionych od alkoholu rozpoznano podobne cechy uzależnienia. Związek ten był silniejszy w badaniu, w którym uwzględniono częstość uzależnienia wśród rodzeństwa. Wykazano, że 50% rodzeństwa płci męskiej spełniało kryteria uzależnienia alkoholowego, natomiast tylko 24% płci żeńskiej. Podobny charakter uzależnienia występuje w stosunku do substancji psychoaktywnych [5].

Klinicyści zajmujący się tematem badań dotyczących uzależnienia tworzą model teorii uwrażliwienia na powstawanie zaburzeń związanych z używaniem substancji, w których uwrażliwienie jest rezultatem czynników środowiskowych oraz genetycznych.

Wyniki badań prowadzonych na grupie bliźniąt wykazały występowanie czynnika genetycznego. Prawdopodobieństwo wystąpienia uzależnienia od alkoholu u bliźniąt wynosi 39-90%. Dotychczas nie odkryto pojedynczego genu odpowiedzialnego bezpośrednio za uwrażliwienie na konkretne substancje. Prawdopodobnie większe znaczenie ma ilość genów lub niepełna ekspresja kilku głównych genów [5].

Neuroadaptacja, oznacza zmiany w mózgu, które powstają na wskutek wielokrotnego przyjmowania substancji, których celem jest przeciwstawienie się szkodliwemu działaniu danych substancji. Może występować, jako [5] adaptacja wewnątrzukładowa występująca w

miejscu działania danej substancji, adaptacja międzyukładowa działająca na zmiany w zakresie różnych mechanizmów wyzwalanych pod wpływem danej substancji.

Substancja przyjmowana w sposób regularny wyzwala w mózgu zmiany w zakresie procesów chemicznych. Zaprzestanie zażywania danej substancji powoduje zakłócenie hemostazy w mózgu.

Istnieje wiele teorii psychologicznych wyjaśniających uzależnienie od substancji [5].

Zdaniem Tesson „*Behawiorystyczne modele nałogu skupiają się na zachowaniu dającym się bezpośrednio obserwować. Część z nich podkreśla fakt, że zachowanie jest podtrzymywane (lub staje się bardziej prawdopodobne) z powodu następstw (bodźców wzmacniających) takiego zachowania. Samo podawanie substancji jest więc przykładem zachowania instrumentalnego, ponieważ działania osób są instrumentalne wobec uzyskiwanych konsekwencji (efektów działania substancji)"* [5].

Jedną z teorii poznawczych jest założenie, że ważnym czynnikiem wpływającym na rozwój problemów z zażywaniem substancji psychoaktywnych oraz alkoholu jest samoregulacja. Oznacza ona świadome podjęcie decyzji zmierzającej do zmiany przebiegu własnego zachowania lub też nieautomatyczną zdolność do prowadzenia, planowania oraz kontrolowania własnego zachowania w sposób odpowiedni do zmieniających się warunków. Zachowania nałogowe traktowane są jako rezultat nadmiernego zaufania do struktury zewnętrznej. W przypadku uzależnienia od substancji, nadmiernego zaufania do używania substancji – jako sposobu podtrzymywania równowagi fizycznej i psychicznej [5].

Niektórzy teoretycy twierdzą, iż ludzie skłaniają się do zachowań typowo nałogowych na wskutek tak zwanej osobowości nałogowej.

Według Eysencka możemy wyróżnić trzy główne wymiary osobowości [5]:

- psychotyczną (P)
- neurotyczną (N)
- ekstrawersyjną (E).

Osobowość psychotyczna odzwierciedla skłonności do występowania psychozy czynnościowej, która charakteryzuje się: agresywnością, chłodem, egocentryzmem, bezosobowością oraz impulsywnością [5].

Wymiar neurotyczny charakteryzuje się skłonnością do chwiejności uczuciowej, między innymi do: zmienności nastroju, drażliwości oraz przejawianiu lęku.

Badania nad uzależnieniem się od substancji psychoaktywnych oraz alkoholu a osobowością ekstrawersyjną nie wykazały zależności. Natomiast badania nad pozostałymi

osobowościami wykazały, że osoby uzależnione częściej posiadają osobowości psychotyczne oraz neurotyczne [5].

Teoria racjonalnego wyboru - uzależnienie od substancji wiąże się bezpośrednio z utratą kontroli nad jej używaniem, czego dokładnym przejawem może być dalsze zażywanie środka psychoaktywnego lub alkoholu, pomimo chęci jej ograniczenia lub zaprzestania używania. W pewnych okolicznościach problem może przybierać na sile. W sytuacji, gdy osoba uzależniona od alkoholu, nie spożywa alkoholu od kilku lat, a przechodzi obok baru wtedy może wystąpić tak zwany przejaw „słabej woli". Zgodnie z tą teorią [7], nałóg to przykład postępowania wbrew własnej woli. Osoby uzależnione poddawane są próbie, która polega na dokonaniu prawidłowego wyboru pomiędzy dwiema decyzjami, pierwszą – ominięciem baru, drugą – wejściem i spożyciem alkoholu. Najczęściej osoby wybierające drugą opcje są świadome konsekwencji i złego wyboru [5].

Na postawie licznych badań wyodrębniono teorie społeczno – kulturowe - wiele czynników społecznych, jak i środowiskowych posiada wpływ na zażywanie substancji psychoaktywnych oraz alkoholu. Prawdopodobieństwo występowania danych uzależnień jest wysoka u osób przejawiających zachowania antyspołeczne. Ludzie młodzi z objawami lęków oraz depresji należą do najczęstszych osób posiadających skłonności do wystąpienia uzależnień. Innym czynnikiem jest także częste spędzanie czasu z rówieśnikami, jak i charakterystyczne środowisko rodzinne. Duże ryzyko wystąpienia u dziecka uzależnienia wynika z nałogu rodziców lub bliskich krewnych. Wielu polskich autorów uważa, że stosowanie leków przez rodziców ma związek z rozpoczęciem spożywania dużej ilości alkoholu oraz konopi przez dzieci. Natomiast spożywanie alkoholu przez starsze rodzeństwo wpływa na częstość sięgania po wszystkie substancje psychoaktywne oraz alkohol przez młodsze rodzeństwo. Złe stosunki w rodzinie, takie jak: dysharmonia warunkująca kształtowanie zachowań, niski poziom więzi rodzinnych zwiększają także ryzyko wystąpienia uzależnienia [5, 8].

Płeć jest silnym wyznacznikiem zachowań związanych z uzależnieniem od alkoholu. Badania przeprowadzone w 1990 roku wśród dorosłych osób zamieszkujących Stany Zjednoczone wykazały, że alkohol spożywa 71% mężczyzn i 59% kobiet [9, 10].

Zdaniem Gomberg [11] istnieje związek pomiędzy alkoholem a stanami hormonalnymi i funkcjami metabolicznymi. Liderem tego odkrycia był Jones, który przeprowadził badania wskazujące na szczególne efekty oddziaływania alkoholu na zdrowie kobiet. Uważał, że cykl miesiączkowy ma wpływ na sposób, w jaki kobieta reaguje na

alkohol (kobiety spożywające alkohol w pierwszym, środkowym i ostatnim dniu cyklu najsilniej były odurzone alkoholem, najmniej natomiast podczas krwawienia miesięcznego). Kobiety upijają się szybciej niż mężczyźni, natomiast u kobiet otyłych ulega on wolniejszej przemianie metabolicznej niż u mężczyzn.

Woronowicz stwierdza, że kobiety częściej piją z powodu [12]: problemów emocjonalnych, zaburzeń nerwicowych i zaburzeń snu, depresji, zaburzeń lękowych, sytuacji w domu, przeżycia traumatycznego zdarzenia, samotności, wahań nastroju spowodowanych cyklem miesiączkowym, objawów „opuszczonego gniazda", przeszłości (w dzieciństwie były ofiarami nadużyć seksualnych), problemów seksualnych.

Alkohol towarzyszy człowiekowi przez całe dzieje ludzkości. Posiada różne oblicza. W życiu wielu ludzi stanowi jeden z symboli, używanych do podkreślenia ważnych, uroczystych chwil. Spożywany w umiarkowanych ilościach potrafi rozweselać, rozluźniać oraz nie stanowi żadnego zagrożenia dla człowieka. Ten sam alkohol potrafi zabijać, oszukiwać oraz uzależniać. Dla jednych alkohol jest oznaką przyjaźni, radości, zabawy, natomiast dla innych może stanowić zniewolenie, nieszczęście oraz cierpienie. Alkohol nie stanowi zagrożenia dla człowieka w sposób automatyczny lub nieuchronny [1].

Podłoża uwarunkowań problemów alkoholowych można doszukiwać się w cechach osobowościowych [1].

Wiele badań epidemiologicznych potwierdza tezę o obciążeniach genetycznych choroby alkoholowej. Badania przeprowadzonego przez Dziewieckiego wykazały, że istnieje podwyższone ryzyko wystąpienia problemów alkoholowych oraz podwyższona tolerancja na alkohol. Podwyższona tolerancja oznacza, że dany człowiek może jednorazowo spożywać stosunkowo duże ilości alkoholu, zanim pojawią się psychofizyczne objawy ze strony organizmu [1]. Wbrew przekonaniom rozpowszechnionym w środowisku, tak zwana „twarda głowa" nie jest oznaką zdrowia fizycznego, ale przeciwnie jest sygnałem ostrzegawczym, iż dany człowiek należy do grupy osób z podwyższonym ryzykiem wystąpienia problemów alkoholowych. Stwierdzenie podwyższonej tolerancji jest jednak określeniem bardzo nieprecyzyjnym. W rzeczywistości bowiem, organizm nie toleruje alkoholu, dlatego też u osób, które posiadają zmniejszoną tolerancję, organizm broni się poprzez wywołanie nieprzyjemnych stanów fizjologicznych. U osób nadużywających, obrona ta jest opóźniona i daje mniejsze efekty [1].

Kolejnym czynnikiem ryzyka wystąpienia choroby alkoholowej jest sposób interpretowania własnego życia i otaczającego świata. Człowiek dojrzale myślący,

zrównoważony emocjonalnie podejmuje decyzje w oparciu o dokładną analizę sytuacji, w której aktualnie się znajduje oraz w oparciu o własne powinności, aspiracje i życiowe plany. W takiej sytuacji nie dochodzi do podejmowania działań, które mają destrukcyjny wpływ na własne życie. Jeśli nawet doszłoby z jakiegoś względu do nadużycia alkoholu, to już jednorazowe doświadczenie negatywnych konsekwencji takiego zachowania, stanowiłoby motyw, by nie powtórzyć podobnego błędu w przyszłości [3]. Inaczej kształtuje się zachowanie człowieka w sytuacji kryzysu psychicznego. Człowiek ten nie jest zdolny do podejmowania decyzji destrukcyjnych i irracjonalnych. W płaszczyźnie emocjonalnej zaczynają dominować coraz silniejsze napięcia emocjonalne i bolesne nastroje, co w bezpośredni sposób odbija się na podejściu człowieka do alkoholu. W sytuacji takich uczuć jak: lęk, niepokój, bezradność, rozgoryczenie, niepewność czy też nienawiść, alkohol staje się bardziej atrakcyjny [1].

Oprócz dwóch powyższych czynników dużą rolę przypisuje się moralności człowieka, która może mieć bezpośredni i pośredni wpływ na postawę człowieka wobec alkoholu. W tej sytuacji człowiek potrafi odróżnić, jakie decyzje prowadzą do szczęśliwego życia, a jakie krzywdzą i prowadzą do różnych form kryzysu i cierpienia. Im większa świadomość i dojrzałość moralna, tym mniejsze szanse na wystąpienie problemów alkoholowych, z alkoholizmem włącznie [1].

Podobnie czynnik duchowy odgrywa ważną rolę w przypadku narażenia na rozwój uzależnienia od alkoholu. Dojrzała duchowość stwarza szansę na wypracowanie właściwej filozofii własnego życia, a przez to odpowiednie nastawienie wobec alkoholu. Życie duchowe jest powiązane bezpośrednio z życiem religijnym. Złączenie powyższych dwóch wymiarów prowadzi do wewnętrznej wolności i odpowiedzialności we wszystkich dziedzinach życia, a zatem również w odniesieniu do alkoholu. Zaniedbanie życia duchowego i religijnego powoduje dezintegrację osobowości i postępowania, w konsekwencji do kryzysu i cierpienia. Człowiek zadowala się przyjemnością chwili, a nie dążeniem do trwałej i ugruntowanej radości. Z tego względu niedojrzałość w sferze duchowej i religijnej w istotny sposób wiąże się ze zwiększonym ryzykiem problemów alkoholowych [1].

Duże znaczenie odgrywa także środowisko rodzinne w którym znajduje się i funkcjonuje dana osoba. W swoim postępowaniu wobec alkoholu człowiek nie jest tylko uzależniony od wewnętrznych uwarunkowań i przeżyć, ale także od całego kontekstu społecznego, ekonomicznego, obyczajowego, politycznego, prawnego, w którym żyje i kształtują się jego sposoby myślenia i wartościowania. W Polsce nastawienie do alkoholu jest

bardzo niekorzystne i w zasadniczy sposób przyczynia się do zwiększenia liczby osób z problemami alkoholowymi [1].

Wiąże się to z zaburzoną mentalnością oraz obyczajowością. W szerokich kręgach społeczeństwa utrzymuje się tendencja do spożywania alkoholu przy każdych świętach oraz nadarzających się spotkaniach towarzyskich. Niezwykle groźne jest w naszym społeczeństwie tolerowanie wczesnej inicjacji alkoholowej. Czasami młodzież lub nawet dzieci dostają puszkę piwa lub lampkę szampana od własnych rodziców. Spożywanie alkoholu przez starszych nastolatków nie budzi zdziwienia ani sprzeciwu ze strony innych osób [1].

Na podstawie literatury możemy zauważyć dużą tolerancję społeczeństwa dotyczącą spożywania alkoholu nawet w miejscach całkowicie zakazanych, np.: w miejscu pracy czy też przez osoby, które sprawują ważne funkcje społeczne.

Obok przyzwolenia na spożywanie alkoholu w naszym społeczeństwie, pojawia się także problem lobby proalkoholowego. Alkohol stanowi produkt, na którym jest najłatwiej i najszybciej zarobić pieniądze. Z tego względu alkohol traktowany jest jako zwyczajny towar, który powinien podlegać wyłącznie prawom konsumenckim, z zupełnym pominięciem kryterium zdrowia oraz dobra społecznego [1].

Kolejnym negatywnym czynnikiem społecznym jest, brak precyzyjnych norm prawnych. Obowiązujące w Polsce prawo nie ogranicza w skuteczny sposób sprzedaży alkoholu osobom niepełnoletnim oraz nielegalnych reklam w tej dziedzinie. Nie stanowi wystarczającej pomocy i ochrony przed przemocą spowodowaną nadużywaniem alkoholu występującą często w rodzinach z osobami uzależnionymi [1]. Taka sytuacja powoduje poczucie bezkarności osób uzależnionych od alkoholu. Inne kraje ukazują, iż proste rozwiązania prawne w tej dziedzinie są możliwe do przyjęcia i ich przestrzegania. W USA według prawa karnego osobie prowadzącej samochód po spożyciu alkoholu pozostawia się do wyboru: utratę prawa jazdy lub podjęcie terapii alkoholowej. Kolejnym przykładem słabości norm prawnych w tej dziedzinie jest udzielanie koncesji na alkohol sklepom położonym blisko placówek wychowawczych typu szkoły [1].

Podsumowanie

Wszystkie wyżej wymienione czynniki bezpośrednio wpływają na rosnącą liczbę osób z problemami alkoholowymi. Dlatego też spożywanie alkoholu przez dzieci, młodzież oraz osoby dorosłe nie jest przypadkowe. Błędna postawa wobec alkoholu, którą młodzież nabywa w środowisku rodzinnym i szkolnym może być drogą do rozwoju uzależnienia.

Piśmiennictwo

1. Dziewiecki M.: Nowoczesna profilaktyka uzależnień. Wydawnictwo Jedność, Kielce 2001, 25-119.
2. Augustyńska B., Grodzki L.: Uzależnienie od alkoholu – diagnoza i terapia. Wydawnictwo BEL, Bydgoszcz 2007.
3. Cichoż - Lach H., Grzyb M., Celiński K., Słomka M.: Nadużywanie alkoholu a alkoholowa choroba wątroby. Alkoh.Narkom., 2008, 1, 57-59.
4. Farnik M.: Uzależnienie od alkoholu. Świat Medycyny i Farmacji, 2008, 7, 36-38.
5. Tesson M., Degenhardt L., Wayne H.: Uzależnienia. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
6. Płachecka L., Płotka A., Malicki D.: Alkoholizm wśród dzieci i młodzieży – przyczyny zjawiska i strategie zapobiegania. Pielęgniarstwo XXI wieku, 2007, 1, 121.
7. Szukalski B.: Syntetyczne narkotyki i związane z nimi zagrożenia. Farmacja Polska 2007, 63, 13, 579-581.
8. Olesińska A.: Zjawisko alkoholizmu wśród dzieci i młodzieży. Psychologia i rzeczywistość, 2003, 2.
9. Habrat B.: Alkoholizm mężczyzn i kobiet – biologiczne uwarunkowania różnic. Świat Problemów 2002, 10, 15-17.
10. Kowalcze M.: Uzależnienie od alkoholu u kobiet. Problemy medycyny rodzinnej 2008, 10, 3, 50-57
11. Youch G.: Women and Alcohol. Dangerous Pleasure. Crown Publisher Inc. New York 1986
12. Woronowicz B.: Bez tajemnic o uzależnienia i ich leczeniu. Instytut Psychiatrii i Neurologii. Warszawa 2001, 25

Zalewska - Ćwikła Martyna[1], Kowalczuk Krystyna[2], Łukaszuk Cecylia [2]

Prawdy i mity na temat uzależnień młodzieży

1. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wprowadzenie

W obecnych czasach coraz więcej młodzieży próbuje bezkarnie eksperymentować z różnymi rodzajami środków psychoaktywnych. Wśród tak szerokiej gamy narkotyków jest szansa, że każdy człowiek może odnaleźć własny „złoty środek".

Zażywanie amfetaminy urosło do rangi problemu w wielu krajach. Powyższy środek psychotropowy wywołuje najcięższe powikłania zarówno psychiczne, jak i fizyczne [1].

Synteza amfetaminy została przeprowadzona w 1887 roku [2]. Do lat dwudziestych XX wieku nie była testowana na ludziach. Siarczan amfetaminy sprzedawany był jako środek zmniejszający przekrwienie śluzówki nosa. Znalazł zastosowanie w leczeniu astmy, depresji oraz w chorobie Parkinsona [2].

Amfetamina i jej pochodne, na przykład metamfetamina oraz fenmetrazyna są środkami pobudzającymi pochodzenia syntetycznego, określane jako amfa, speed, power, snift, „biały antek" bądź witaminą A. Wyglądem przypomina biały, beżowy proszek lub białe porowate tabletki. Typowe objawy występujące podczas zażywania amfetaminy to rozszerzone źrenice, brak apetytu, ruchliwość, gadatliwość, suchość w ustach, przyspieszona czynność serca oraz liczba oddechów [3].

Praktyka psychiatryczna pokazuje, że jednorazowe przyjęcie nawet 50 mg dawki powoduje wystąpienie pełnoobjawowego zespołu paranoidalnego z zaburzeniami myślenia, urojeniami ksobnymi oraz omami słuchowymi [4].

Stanowi środek stymulujący, silnie pobudzający. Pobudzenie po spożyciu utrzymuje się około 2-3 godzin, a czasami nawet dłużej. Daje wrażenie dużej siły, energii oraz usuwa zmęczenie. Po upływie czasu działania narkotyku, osoba uzależniona odczuwa ogromne zmęczenie oraz senność.

Człowiek długo zażywający łączy amfetaminę z heroiną, barbituranami lub z benzodiazepinami, co powoduje łagodniejsze objawy po zaprzestaniu działania narkotyku.

Dłuższe zażywanie prowadzi do stanów lękowych, depresyjnych, halucynacji oraz omamów słuchowych. Stany depresyjne są ściśle powiązane z myślami samobójczymi. W skrajnych przypadkach prowadzi do trudno wyleczalnych psychoz, zaburzeń osobowości, śpiączki oraz śmierci [5, 6].

Amfetaminy halucynogenne wywołują doznania będące połączeniem amfetaminopodobnego pobudzenia i lekkiego zniekształcenia percepcji zmysłowej.

Kolejny dostępnym środkiem w Polsce i na świecie jest Ecstasy, która może prowadzić do ogólnego uczucia empatii i dobrego usposobienia wobec wszystkich ludzi [7].

Skład Ecstasy może być zmienny. Dotychczas przeprowadzono syntezę 1000 wariacji omawianej substancji psychoaktywnej. Najważniejsze z nich, będące w użyciu to:

- metylenedioksyamfetamina (MDA)
- metylenedioksymetamfetamina (MDMA)
- metylenedioksyetamfetamina (MDEA).

Śmiertelna dawka MDMA wynosi 120mg, natomiast w Polsce pigułki Ecstasy zawierają od 28 do 170 mg MDMA. Badania przeprowadzone na zwierzętach wykazały, że główne działanie tych narkotyków odbywa się za pośrednictwem chemicznego przekaźnika mózgu, jakim jest 5-hydroksytryptamina (5HT serotonina). Zarówno MDA, jak i MDMA powoduje zwiększone wydzielanie serotoniny, a następnie powstrzymują jej syntezę, co powoduje, że mózg ulega wyczerpaniu [2, 6, 7].

Ecstasy, inaczej nazywana jest ice, chris, crystal i wyglądem przypomina różnego kształtu tabletki lub drażetki z wytłoczonymi wzorami, symbolami lub motywami. Podstawowymi objawami zażywania jest dobre samopoczucie, tachykardia, brak uczucia zmęczenia, wyostrzona percepcja kolorów i dźwięków, subiektywna łatwość nawiązywania kontaktów. Charakterystycznym działaniem narkotyku jest podniesienie temperatury ciała do 41-42^{0}C w ciągu kilku minut [5, 6]. Odpowiada za proces szybkiego uzależnienia, jest szkodliwy dla zdrowia psychicznego oraz fizycznego. Działanie narkotyku trwa kilka godzin. Po zaprzestaniu działania narkotyków biorący odczuwa ogromne zmęczenie, bóle głowy, nudności, wymioty, dekoncentrację, irracjonalny strach oraz kłopoty z pamięcią [5, 6].

Środki odurzające uzyskiwane z konopi indyjskich są najbardziej popularne w naszym kraju. Istnieje duża akceptacja społeczna tego narkotyku. Z literatury wynika, że określana jest za dodatek do imprez towarzyskich, jak i młodzieżowych [8].

Istnieje wiele różnych odmian Cannabis sativa (konopie siewne), nazywanych stosowanie od miejsca występowania. Zawartość żywicy oraz kształt są uzależnione od

środowiska, w którym rosną. W żywicy zidentyfikowano ponad 400 związków chemicznych, w tym 60 substancji psychoaktywnych, tak zwanych kannabinoidów. Jednym z najbardziej aktywnych związków jest delta-9-tetrahydrokannabinol (THC). Marihuana jest dostępna na czarnym rynku w wielu odmianach, różniących się od siebie zawartością THC, od 1% do 30%. Dawka THC w jednym papierosie z marihuaną zawiera od 1 do 30 mg, w zależności od jakości i rodzaju materiału [2, 9].

Wokół marihuany wykształcił się bogaty folklor i powstały idiomatyczne określenia, takie jak ganja, trawa, herbatka, joint, marycha, maryśka, skręt, samosiejka, ziele, zioło. Wygląd narkotyku jest silnie zróżnicowany: od brązowych liści, nasionek po fifki, fajki oraz liście zawinięte w bibułkę papierosową. W celach narkotycznych wykorzystuje się liście, nasiona i kwiaty konopi. Sprzedawana jest w postaci jointa, przypomina pokruszoną, wyschniętą natkę pietruszki, machorkę. Inną formą używania marihuany jest picie wywaru w postaci czystej lub mieszanej z alkoholem. Osobę zażywającą charakteryzuje euforia, gadatliwość, zwiększony apetyt, zaburzenia koordynacji ruchowej, poczucia odprężenia oraz słodkawą woń oddechu, włosów oraz ubrań [2].

Długotrwałe palenie marihuany powoduje zaburzenie oceny sytuacji, spadek koncentracji, zobojętnienia, przewlekłego zapalenia krtani, oskrzeli oraz astmy. Wieloletnie palenie powoduje zanik zainteresowań oraz wystąpienie zespołu amotywacyjnego [5, 6]. Metabolizowana jest w organizmie zarówno na aktywne, jak i nieaktywne metabolity. Część z nich jest absorbowana przez komórki tłuszczowe, co powoduje długotrwałe pozbywanie się substancji z organizmu [2].

Terminologia stosowana do pochodnych opium jest dość skomplikowana. Najczęściej termin opioidy stosowany jest do wszystkich narkotyków naturalnych i syntetycznych, które posiadają morfinopodobne działanie. Działanie ich polega na wiązaniu się ze specjalnymi receptorami w układzie nerwowym. Opioidy wnikają w komórki nerwowe, w których działają endorfiny, przez co wpływają na funkcjonowanie nerwu, zmieniając przepływ związków chemicznych przez błonę komórkową lub przez modyfikację wydzielania innych przekaźników chemicznych. Dalsze działanie uzależnione jest od rodzaju opioidu. Niektóre stymulują receptory, inne blokują, a kolejne mogą zarówno stymulować, jak i blokować [2].

Pochodne opium są odbierane w mózgu przez receptory opiatowe, które niejako są aktywowane przez opiaty. Receptory te znajdują się w strukturach mózgowych, jak i poszczególnych układach. Organizm wytwarza substancje zbliżone do opiatów, które wpływają na układ oddechowy, hormonalny, pokarmowy czy też odbieranie bodźców

bólowych. Heroina posiada silne działanie przeciwbólowe wpływające nie tylko na mózg, ale również na rdzeń kręgowy [10].

Najpopularniejsze nazwy to brown sugar, hera, kompot, makiwara oraz mleczko. Najczęściej występuje jako: proszek lub blok, różnokolorowe ziarenka, bladoniebieskie o zapachu przypominającym ocet lub też puder koloru białego. Osoba zażywająca posiada obniżony próg bólowy, zmniejszoną ilość oddechów, źrenice zwężone niereagujące na światło, zaburzoną równowagę. Przy dłuższym czasie zażywania może nastąpić gwałtowny spadek masy ciała, obniżenie odporności organizmu, obrzęk płuc, mdłości, wodniste spojrzenie oraz zakłócenia rytmu serca [5, 11].

Heroina stanowi najniebezpieczniejszy narkotyk świata. Jest 25 razy silniejsza niż morfina oraz dwa razy szybciej uzależnia. Działanie objawia się po upływie od 2 do 6 godzin. W chwili po wstrzyknięciu pojawia się tak zwany „kop" – stan euforyczny. Na samym początku osoba przyjmuje heroinę, aby osiągnąć stan euforyczny. Narkotyk niszczy mózg oraz rdzeń kręgowy. Osoba biorąca przyzwyczaja się do środka znieczulającego, jakim jest opium, które jest zawarte w heroinie. Przy próbie odstawienia najmniejsze dotknięcie wiąże się z ogromnym bólem oraz rozległymi siniakami. Po dłuższym zażywaniu pojawiają się zakłócenia w układzie wydalniczym, moczowym, oddechowym, wewnętrzne krwawienia oraz liczne zakażenia [5, 6].

Kolejnym środkiem narkotycznym jest kokaina. Na podstawie licznych badań wykazano, że silnie uzależnia psychicznie – po spożyciu pierwszej dawki zaobserwowano ponowną chęć zażycia narkotyku. Kokaina niszczy struktury czołowe mózgu odpowiedzialne między innymi za funkcjonowanie społeczne, zachowania moralne oraz zdolność wyciągania wniosków [4]. Stymuluje mózg przez zwiększenie aktywności przekaźników chemicznych, takich jak noradrenalina, serotonina i dopamina. Jej skuteczność, jako miejscowego środka znieczulającego, wiąże się ze zdolnością do hamowania przewodzenia impulsów nerwowych. Wiązka nerwów, która zawiera dopaminę najprawdopodobniej jest odpowiedzialna za doznawanie przyjemności. Kokaina najskuteczniej, wraz z amfetaminą, pobudza tę wiązkę nerwów. Stymuluje układ współczulny, który odgrywa rolę w przebiegu reakcji pojawiającej się na skutek zadziałania bodźców zidentyfikowanych przez człowieka, jako zagrażające życiu, zdrowiu lub dobremu samopoczuciu. Układ ten powoduje przyspieszoną akcję serca, podwyższenie ciśnienia skurczowego krwi, rozszerzenie naczyń krwionośnych mięśni, zwężenie naczyń znajdujących się w skórze, przyspieszenie metabolizmu oraz hiperwentylację [2, 12]. Kokaina potocznie nazywana jest śniegiem, koką, białą damą,

krakiem, koksem lub witaminą C. Najczęściej spotykana w postaci białego lub beżowego proszku z wyglądu przypominającego mąkę lub krystaliczny puder. Kokainę zazwyczaj się wącha. Osoby uzależnione podgrzewają, używają do inhalacji, rozpuszczają, przyjmują w kroplach oraz ostatecznie wprowadzają bezpośrednio do naczyń żylnych. Bez względu na sposób zażywania działa bardzo szybko – już po kilku minutach pojawia się uczucie wzrastania energii, podwyższenie samooceny, nasilenie popędu seksualnego oraz wzrost pewności siebie [3].

Krótkotrwałe działanie kokainy – liczone w minutach sprawia, iż osoby zażywające często sięgają po kolejne dawki. Osoba zażywająca jest pobudzona, posiada rozszerzone źrenice, katar, napady strachu, ogólne pobudzenie psychoruchowe, nadmiernie poci się, występuje wzmożona aktywność intelektualna, zmniejszone zmęczenie, często kończy się utratą przytomności [3]. Na podstawie literatury można stwierdzić, że jest to narkotyk, który uzależnia najmocniej. Kokaina może wywołać napady lękowe, halucynacyjne, prowadząc do agresywnego zachowania. Działa destrukcyjnie na tkanki i błony śluzowe [5, 6]. Długotrwałe zażywanie prowadzi do nieodwracalnego uszkodzenia nerwów oraz uszkodzenia drobnych naczyń krwionośnych w mózgu. Innymi objawami są zwężone naczynia krwionośne w błonie śluzowej nosa, prowadzące do chronicznego kataru, owrzodzenia lub uszkodzenia chrząstki nosowej. U niektórych osób stwierdzono osłabienie funkcji hormonalnych i rozrodczych. Najpoważniejsze skutki działania kokainy występują podczas ciąży. Prowadzi to najczęściej do przedwczesnego porodu lub martwego płodu [2].

Crack stanowi słabiej oczyszczoną odmianę kokainy, w postaci kamyczków lub żwiru podgrzewanego na folii. Zawiera 70-90% czystej kokainy. Młodzi ludzie częściej sięgają po tego typu odmianę kokainy, ponieważ jest tańsza i łatwiejsza w użyciu, a efekt odurzenia następuje po kilkunastu sekundach. Działa na komórki centralnego układu nerwowego, wywołując euforię oraz pobudzenie seksualne. Przyswajany jest bezpośrednio w płucach i mózgu, omijając wątrobę, co przyspiesza działanie. Crack bardzo szybko zaburza układ oddechowy, doprowadza do spadku wagi, dodatkowo pojawiają się zaburzenia myślenia (urojenia) oraz postrzegania (halucynacje) [4].

Na podstawie literatury stwierdzono, że halucynogeny (LSD) poszerzają świadomość i dostarcza doznań mistycznych, czy raczej zaburzają działanie zmysłów i ograniczają poczytalność? Wykorzystywane były w resocjalizacji przestępców i terapii chorób psychicznych. Huxley, jeden z orędowników LSD, zachwalał jego właściwości, kazał

sobie podać na łożu śmierci. Substancja istnieje 72 lata i wciąż toczą się wokół niej zażarte spory [13].

LSD-25, czyli dietyloamid kwasu lizergowego, jest najbardziej znaną substancją używaną nielegalnie. Jej działanie polega na zmianie percepcji rzeczywistości. W podstawowej formie występuje w sporyszu pasożytującym na kłosach żyta. Jest substancją bezbarwną, bez smaku i zapachu, trudną do organoleptycznego rozpoznania. Zwane jest acidem, kwasem, kwachem, listkiem. Najczęściej spotykana w formie znaczku papierowego o rozmiarach 0,5 na 0,5 cm nasączonego bezwonnym, bezsmarowym płynem. Efekty po zażyciu występują dosyć szybko [3]. Początkowo przeważają pobudzenia ze strony autonomicznego układu nerwowego (strach, drżenia), potem następuje zmiana świadomości oraz wzrost wrażliwości zmysłów. Stan po zażyciu LSD nazywany zjawiskiem psychodelicznym, od bardzo przyjemnych do wręcz koszmarnych. Efekty te są określane, jako pseudohalucynacje, ponieważ osoba zażywająca ma świadomość o nierealności przeżywanych wizji. Działanie utrzymuje się przez 5 do 8 godzin. Człowiek przekręca fakty, dotyka, czuje, smakuje rzeczy, których nie ma w pobliżu lub nie istnieją. Mózg staje się nadwrażliwy już przy dawce 35 mikrogramów. Może to powodować trwałe uszkodzenie. Nawet mała ilość jednorazowego zażycia LSD może spowodować trwałą chorobę umysłową [5, 6, 14].

LSD na ogół nie powoduje uzależnienia oraz nie prowadzi do śmierci. Wyjątek stanowi połączenie LSD z marihuaną, alkoholem bądź amfetaminą. Takie połączenie może wywołać śmiertelne skutki. Długotrwałe zażywanie LSD powoduje występowanie stanów psychotycznych z tendencjami do samobójstw, zabójstw oraz zachowaniem antyspołecznym. Po kilkunastu miesiącach lub latach mogą pojawiać się omamy wzrokowe i słuchowe, które występowały bezpośrednio po zażyciu narkotyku. Pojawiają się samoczynnie i towarzyszy im silny lęk [3].

Na podstawie literatury można stwierdzić, że najmłodsze dzieci przygodę z narkotykami zazwyczaj rozpoczynają z najtańszymi i najłatwiej dostępnymi preparatami. Nazywanymi potocznie budzio, klej, rozpuchol. Powyższe produkty są środkami chemicznymi, będącymi w codziennym użyciu, np.: zwykłe kleje typu butapren, lakiery do włosów, płyn przeciw zamrażaniu szyb, środki do czyszczenia metali, zmywacze do paznokci, eter, benzyna oraz rozpuszczalniki do farb [15].

Osobie zażywającej towarzyszy zapach kleju lub acetonu. Podstawowymi objawami są zaburzenia równowagi, bóle głowy, klatki piersiowej oraz mięśni, podwójne widzenie, szum w uszach, rozszerzone źrenice, ślinotok oraz wymioty [16].

Tego rodzaju narkotyki charakteryzują się dużą dostępnością, ponieważ większość środków jest legalna i są do kupienia w każdym sklepie oraz posiadają relatywnie niską cenę w stosunku do innych środków odurzających [17].

Działanie ich powoduje bezpośrednie porażenie układu nerwowego. Wdychanie substancji zatrzymuje naturalny dopływ tlenu do tkanek mózgowych, co prowadzi do obumierania tysięcy komórek neuronów. W pierwszej kolejności oddziałują na mózg, móżdżek i rdzeń. Początkowe spożycie przypomina upojenie alkoholowe. Jednorazowo umiera 350 000 komórek, pozostałe ulegają zaburzeniu. Wdychanie już przy pierwszej próbie grozi śmiercią. Szczególnie groźne jest bezpośrednio po spożytym posiłku, ponieważ może dojść do uduszenia własnymi wymiotami [5, 6].

Na podstawie literatury można wyodrębnić wiele mitów na temat uzależnień. Zdania naukowców na ten temat są podzielone. I tak istnieje podział narkotyków na twarde i miękkie.

Badania naukowe wykazały, iż wszystkie narkotyki są twarde, ponieważ mają działanie szkodliwe. Natomiast grupa polskich naukowców stwierdziła, że wszystkie są miękkie, tylko ludzie nie potrafią sobie z nimi poradzić. Podział na miękkie i twarde nie jest adekwatny do otaczającej rzeczywistości, ponieważ nie ma jasno określonej linii oddzielającej te dwa typy narkotyków. Każdą substancję można omawiać pod dwoma aspektami: medycznym i farmakologicznym. W kontekście medycznym można postawić następujące pytania? Jak działa dana substancja? Jak długo trwa stan zmienionej świadomości? Jakie są efekty uboczne po zażyciu? Czy uzależnia psychicznie lub fizycznie? W aspekcie społecznym można rozważać, jak zażywanie określonej substancji wpływa na funkcjonowanie osoby biorącej? [5].

Porównanie w tych dwóch aspektach substancji pozwala na wyjaśnienie, dlaczego nikotyna, legalna w każdym państwie jest mniej szkodliwa od marihuany nielegalnej w wielu krajach. Pod względem medycznym nikotyna powoduje wiele chorób, lecz ilość problemów pod aspektem społecznym, które powoduje marihuana znacznie przewyższają argumentację. Bardzo ważny fakt, wiele substancji uzależnia powodując w pierwszej kolejności aspekt społeczny, a dopiero potem aspekty medyczne. Człowiek zawsze na początku umiera społecznie, a dopiero potem medycznie [5].

Koleiny mit dotyczy całkowitej nieszkodliwości marihuany. Pod względem aspektu medycznego, marihuana jest dosyć łaskawym narkotykiem. Posiada właściwości THC, czyli tetrahydrokanabinolu, tak zwane czynniki psychoaktywne, które rozkładają się w tłuszczach. Dlatego marihuana jest do wykrycia do 2 tygodni, a w niektórych przypadkach nawet do miesiąca. Marihuana nie niszczy komórek nerwowych, tak jak robi to alkohol, amfetamina, LSD, ale wpływa w istotny sposób na pracę mózgu. Umiejscawia się w pobliżu synaps. Osoba regularnie zażywająca tego typu narkotyk ma spowolniony przepływ impulsów elektrycznych, co powoduje utrudnione myślenie, zapamiętywanie oraz percepcję [5].

Analizując dane z piśmiennictwa można zauważyć następujące stwierdzenie ”Jednorazowe spróbowanie heroiny nie grozi żadnymi konsekwencjami”. Oczywiście odpowiedz jest negatywna.

Heroina należy do narkotyków, które albo bierze się codziennie, albo wcale. Decydując się na spróbowanie tej substancji, liczyć się należy z tym, że trzeba będzie brać do końca życia. Heroina uzależnia na poziomie komórkowym, co prowadzi do ingerowania w metabolizm organizmu wbrew woli osoby biorącej. Decyzja o spróbowaniu heroiny przypomina świadomą decyzję zarażenia się wirusem HIV. Z tą tylko różnicą, że osoba zakażona z HIV przez kilka lat dzięki dobrej farmakologii może prowadzić normalne życie. Heroina uzależnia w tak wysokim stopniu, iż staje się najwyższa w klasyfikacji potrzeb. Jest substancją bardzo mocno uzależniającą, ponieważ zatrzymuje produkcję endorfin w organizmie, tak zwanego „hormonu szczęścia”. Nawet po odstawieniu heroiny wstrzymana jest nadal produkcja endorfin, co powoduje obsesyjną potrzebę wzięcia heroiny [5].

Koleiny mit dotyczy amfetaminy, która powinna ułatwiać naukę. Tak w rzeczywistości się nie dzieje, ponieważ amfetamina to narkotyk przyspieszający pracę serca, powodujący złudzenie siły fizycznej, lecz nie poprawiający percepcji. Pojawia się nadaktywność psychoruchowa, która wręcz utrudnia koncentrację. Wniosek, iż amfetamina pomaga w uczeniu wypłynął stąd, że likwiduje na wiele godzin potrzebę snu, co umożliwia dłuższe siedzenie nad materiałem. Następnego dnia pojawia się tak zwane „zejście”, które powoduje luki w pamięci. Nauczyciele podejmują próby zniechęcenia studentów do wykorzystywania amfetaminy do nauki używając argumentu, iż po wzięciu narkotyku nic dana osoba nie zapamięta z materiału, z którego się uczyła – co jest bezsensownym argumentem, bo przecież większość uczy się po to, aby zaliczyć, a nie zapamiętać [5].

Podsumowanie

Na podstawie dostępnej literatury można stwierdzić ,że żadna osoba uzależniona biorąc narkotyki pierwszy raz nie robiła tego z myślą: „chcę być narkomanem". Żadna z nich nie przypuszczała, że się uzależni. Do tego pierwszego razu każdy narkoman dorabiał stosowną ideologię – „to miał być jedyny raz", „mam silną wolę", „jestem młody, więc mogę eksperymentować". Każdy młody człowiek powinien być uświadomiony, że podobne przekonania towarzyszą w podejmowaniu decyzji na temat różnych aspektów życia, codziennie, chociaż człowiek nie zdaje sobie z tego sprawy.

Piśmiennictwo

1. Korpetta E., Szmerdt-Sisicka E.: Co to znaczy uzależnienie? Wydawnictwo Spectrum, Warszawa 2000, 1-17.
2. Robson P.: Narkotyki. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków, 1998.
3. Juczyński Z.: Narkomania. Podręcznik dla nauczycieli i wychowawców i rodziców. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002.
4. Korpetta E., Szmerdt-Sisicka E.: Narkotyki w Polsce. Mity i rzeczywistość. Wydawnictwo Prószyński i Spółka, Warszawa 2000.
5. Drążek A., Drążek E.: Patologie naszych czasów. Wydawnictwo Prymat, Białystok 2007, 50-240.
6. Tesson M., Degenhardt L., Wayne H.: Uzależnienia. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
7. Szukalski B.: Syntetyczne narkotyki i związane z nimi zagrożenia. Farm. Pol., 2007, 63, 13, 579-581
8. Wrona J.: Narkotyki, Narkomania krótka analiza problemu. Wydawnictwo Colonel, Częstochowa 2002.
9. Janeczko Z., Strzałka M.: Substancje roślinne o właściwościach odurzających – użycie lecznicze a narkomania. Farm. Pol., 2004, 60, 176.
10. Korpetta E., Szmerdt-Sisicka E.: Opiaty. Wydawnictwo Spectrum, Warszawa 2000.
11. Woynarowska B., Mazur J.: Psychoactive substance use and other risk behaviours among adolescents 11-15-years-old in Poland 2002. Alkoh. Narkom., 2003,16, 155.
12. Szukalski B.: Neurobiologiczne podstawy uzależnienia od narkotyków. Farm. Pol., 2009, 65, 656-657.

13. Szymbroski K.: Terapia za jeden halucynogen. Charaktery – magazyn psychologiczny 2010, 2, 68-71.
14. Korpetta E., Szmerdt-Sisicka E.: Halucynogeny. Wydawnictwo Spectrum, Warszawa 2000, 1-14.
15. Moneta – Malewska M.: Narkotyki w szkole i w domu, zagrożenie. Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 2000.
16. Korpetta E., Szmerdt-Sisicka E.: Mieszanki - skuny, kwasy, wziewne. Wydawnictwo Spectrum, Warszawa 2000, 1-17.
17. Youch G.: Women and Alcohol. Dangerous Pleasure. Crown Publisher Inc. New York, 1986.

Zalewska - Ćwikła Martyna[1], Kowalczuk Krystyna[2], Łukaszuk Cecylia [2]

Choroba alkoholowa – rozpoznanie oraz leczenie

1. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wprowadzenie

Alkohol towarzyszy człowiekowi przez całe dzieje ludzkości. Spożywany w umiarkowanych ilościach potrafi rozweselać, rozluźniać oraz nie stanowi żadnego zagrożenia dla człowieka. Ten sam alkohol potrafi zabijać, oszukiwać oraz uzależniać. Dla jednych alkohol jest oznaką przyjaźni, radości, zabawy, natomiast dla innych może stanowić zniewolenie, nieszczęście oraz cierpienie [1].

Literatura przedmiotu podaje, iż jest to choroba oparta na podstawie błędnej filozofii życia. Polega ona na dążeniu człowieka do poprawy własnego nastroju bez dążenia do zmiany sytuacji, która spowodowała jego obniżenie. Tego typu naiwna filozofia prowadzi do rozwoju choroby alkoholowej. Zaburzenia postrzegania samego siebie, swojego otoczenia oraz sfery emocjonalnej i intelektualnej powodują dalsze spożywanie nadmiernej ilości alkoholu, pomimo coraz bardziej dotkliwych konsekwencji [1].

Uzależnienie od alkoholu jest chorobą rozwijającą się bardzo podstępnie, bez świadomości zainteresowanej osoby. Objawy choroby uwidaczniają się przede wszystkim w [2]:

- zmianie tolerancji na alkohol – podwyższenie tolerancji ujawnia się, gdy po wypiciu określonej dawki alkoholu występują znacznie słabsze efekty, czyli aby uzyskać ten sam stan upojenia alkoholowego, dana osoba musi znacznie więcej spożyć alkoholu;
- objawach abstynencyjnych – podczas przerywania spożywania alkoholu po dłuższym czasie lub zmniejszenia ilości wypijanego alkoholu pojawiają się typowe objawy zespołu abstynencyjnego. Osoba uzależniona szybko stara się dane cierpienia usunąć poprzez wypicie kolejnych dawek alkoholu;
- subiektywnym poczuciu łaknienia alkoholu – w miarę długiego odstępu czasu od ostatniego spożywania alkoholu, występuje wewnętrzny przymus spożywania alkoholu, połączonego z poczuciem paniki;

- koncentracji życia wokół picia – obecność alkoholu w codziennym życiu staje się priorytetem. Osoba poświęca dużo uwagi dla okazji dających możliwość spożycia alkoholu;
- utracie kontroli nad piciem – po wypiciu określonej ilości alkoholu występuje niemożność określenia, decydowania o ilości i o momencie przerwania spożywania alkoholu;
- zaburzeniu pamięci i świadomości – po wypiciu alkoholu powstają tak zwane „luki pamięciowe" powodujące, iż coraz więcej sytuacji i zachowań dzieje się poza świadomością osoby pijącej;
- nawrotach picia po próbach utrzymywania okresowej abstynencji – od czasu do czasu człowiek staje się świadomy, iż posiada problem z alkoholem i próbuje udowodnić sobie i osobom bliskim, że potrafi funkcjonować bez alkoholu poprzez zaprzestanie spożywania alkoholu. Próby najczęściej kończą się niepowodzeniem.

Wyróżnia się cztery fazy choroby alkoholowej [2, 3]:

- faza wstępna – picie alkoholu w celu uzyskania ulgi lub też wzrostu tolerancji na alkohol. Pijący nie upija się, ale doprowadza się do stanu odprężenia emocjonalnego. Początkowo osoba pije okazjonalnie, ale wraz ze wzrostem poziomu tolerancji alkoholowej sięga coraz częściej po alkohol w celu osiągnięcia błogostanu;
- faza ostrzegawcza – alkohol staje się narkotykiem, występują coraz częściej luki pamięciowe. Osoba w pewnym momencie uświadamia sobie, że jej picie alkoholu wychodzi poza granice normy, pojawia się poczucie winy, wyrzuty sumienia oraz unikanie rozmów na temat alkoholu. Pije szybko i ukradkiem, maskuje problem przymusowego odprężenia się przez alkohol;
- faza krytyczna – występuje niepohamowany głód alkoholowy, pojawia się kompletna utrata panowania nad spożywaniem alkoholu. Alkoholik siebie i bliskie osoby przekonuje, że posiada kontrolę nad ilością spożywanego alkoholu. Następuje zjawisko zaniedbywania pracy, rodziny, bliskich, przyjaciół, wyraźne zawężenie zainteresowań. Życie danej osoby koncentruje się na piciu alkoholu;
- faza przewlekła – okresy tak zwanych „ciągów" – kilkudniowe picie. Następuje osłabienie zasad moralnych, uszkodzenie myślenia i zdolności oceny, spożywanie alkoholu niekonsumpcyjnego, np.: denaturatu, lęki, napady drgawkowe, spadek tolerancji na alkohol, psychozy alkoholowe, ciężkie choroby somatyczne oraz zgon.

Wychwycenie początkowej fazy choroby alkoholowej jest niezmiernie trudne, ponieważ granica pomiędzy towarzyskim piciem a uzależnieniem jest bardzo płynna. Zależy od wielu czynników oraz samego człowieka [2].

Płeć jest silnym wyznacznikiem zachowań związanych z uzależnieniem od alkoholu. Badania przeprowadzone w 1990 roku wśród dorosłych osób zamieszkujących Stany Zjednoczone wykazały, że alkohol spożywa 71% mężczyzn i 59% kobiet [4, 5, 6].

Alkoholizm w zaawansowanej fazie jest bardzo trudną chorobą, dlatego też niezmiernie ważne jest rozpoznanie choroby we wczesnym stadium. Na podstawie kryteriów diagnostycznych oraz mechanizmów uzależnienia do podstawowych i bezpośrednich znaków rozpoznawczych należy utrata kontroli ilości spożywanego alkoholu [1].

Ważną umiejętnością jest nie tylko diagnozowanie alkoholizmu, ale też rozpoznawanie zjawisk oraz zachowań, które stanowią początek choroby alkoholowej. Podstawową sferą, którą niszczy alkohol jest sfera emocjonalna. W przypadku dużej liczby zmartwień oraz problemów człowiek nie jest w stanie kontrolować własnego obniżonego nastroju. Natomiast pod wpływem alkoholu potrafi zmienić własne nastawienie. Próby poprawienia nastroju bez dążenia do poprawy i zmiany stanu własnego życia stanowią najczęstszą przyczyną nadużywania alkoholu [1].

Choroba alkoholowa rozwija się w zróżnicowanym tempie, w zależności od osobowości oraz okoliczności, w jakiej dana osoba się znajduje. Do podstawowych czynników, które wpływają na tempo rozwijania się alkoholizmu należy [1, 7]:

- wiek inicjacji alkoholowej – choroba alkoholowa rozwija się znacznie szybciej u osób, które bardzo wcześnie sięgnęły po alkohol pierwszy raz. Jeżeli kontakt z alkoholem był już w wieku szkoły podstawowej, to uzależnienie może rozwinąć się nawet w ciągu kilka miesięcy po pierwszym kontakcie z alkoholem;
- ilość i częstość wprowadzanego alkoholu do organizmu – zależy od kilku uwarunkowań: od stanu psychicznego danej osoby, od stopnia obrony organizmu przed alkoholem oraz od zwyczajów panujących w danym środowisku.

Jednym z najpowszechniej używanych systemów klasyfikujących zaburzenia psychiczne jest skala DSM-IV. Zawiera kryteria diagnostyczne nadużywania substancji oraz uzależnienia od substancji [8].

Kryteria nadużywania substancji są szkodliwym modelem używania substancji, prowadzący do istotnych kliniczne szkód zdrowotnych lub do cierpienia, który w ciągu ostatnich 12 miesięcy przejawiał się jednym (lub więcej) z następujących zdarzeń:

- powtarzające się używanie substancji, uniemożliwiające właściwe wypełnianie podstawowych obowiązków w pracy, w szkole lub w domu (np. powtarzające się nieobecności w pracy lub obniżenie wydajności pracy; nieobecności w szkole, zawieszenie w obowiązkach ucznia lub relegowanie ze szkoły w związku z używaniem substancji, zaniedbywanie dzieci lub gospodarstwa domowego);
- powtarzające się używanie substancji w sytuacjach, w których stwarza to fizyczne zagrożenie (np. prowadzenie samochodu lub kierowanie maszynami pod wpływem substancji);
- powtarzające się konflikty z prawem, związane z używaniem substancji (np. zatrzymania z powodu niewłaściwych zachowań, związanych z używaniem substancji);
- kontynuowanie używania substancji mimo stałych lub nawracających problemów społecznych lub interpersonalnych, powodowanych lub nasilanych przez działanie substancji (np. kłótnie ze współmałżonkami w związku z następstwami intoksykacji, bijatyki).

Natomiast kryteria uzależnienia od substancji to szkodliwy model ich nadużywania, prowadzący do klinicznych szkód zdrowotnych lub do cierpienia w ciągu ostatnich 12 miesięcy, który przejawiał się co najmniej trzema z następujących kryteriów [8]:

- tolerancja rozumiana ‚jako: zapotrzebowanie na znacznie większe, niż wcześniej dawki substancji, konieczne do osiągnięcia stanu intoksykacji lub pożądanego efektu, lub znacznie osłabiony efekt działania dotychczas przyjmowanej dawki substancji;
- objawy odstawienia, charakteryzujące się zespołem odstawiennym, charakterystycznym dla danej substancji;
- przyjmowaniem tej samej (bądź też innej) substancji w celu złagodzenia objawów odstawiennych lub w celu ich uniknięcia;
- substancja jest często przyjmowana w dawkach większych niż zamierzone lub przez czas dłuższy niż planowany;
- uporczywe pragnienie używania substancji lub nieudane próby jego ograniczenia czy kontrolowania;
- poświęcenie dużej ilości czasu na działania zmierzające do uzyskania substancji, do jej używania (np. wspólne picie) lub do uwolnienia się od jego działania;
- zaprzestanie lub ograniczenie istotnej aktywności społecznej, zawodowej lub wypoczynkowej ze względu na używanie substancji;

- kontynuowanie używania substancji mimo świadomości, że doświadczane, trwałe lub nawracające dolegliwości somatyczne lub psychiczne zostały prawdopodobnie spowodowane lub nasilone przez tę substancję.

Szacuje się, że aż 800 tysięcy Polaków posiada problemy alkoholowe. Zazwyczaj są to osoby, u których intensywność, powtarzalność i jakość spożywania alkoholu wskazują, iż rozpoznaje się u nich uzależnienie od alkoholu. U wielu osób, u których jeszcze nie możemy stwierdzić uzależnienia od alkoholu, obserwujemy szkody w obszarach: zdrowia somatycznego, psychicznego, zawodowego, rodzinnego oraz prawnego. Osoby te wraz z bliskimi wymagają interwencji terapeutycznych w celu zminimalizowania i ograniczenia szkodliwego i ryzykownego modelu picia. Występują liczne programy terapeutyczne, lecznictwo stacjonarne, ambulatoryjne, dzięki którym dana osoba może ograniczyć ilość spożywanego alkoholu lub wyleczyć się z uzależnienia całkowicie [9].

Po rozpoznaniu uzależnienia, problem też może być rozwiązany za pomocą samodzielnego zaprzestania picia. Osoba może podjąć decyzję o zaprzestaniu lub ograniczeniu spożywania alkoholu bez żadnej pomocy. Inaczej nazywana samorzutną remisją. Jest częstym sposobem rozwiązywania problemów alkoholowych [9].

Innym rozwiązaniem są grupy samopomocy. Ruch AA – anonimowych alkoholików i inne grupy samopomocy stanowią istotny element leczenia zaburzeń używania alkoholu. Członkowie grupy wzajemnie oddziaływają na siebie w zakresie wspólnego i zidentyfikowanego problemu. Ruch nie korzysta z profesjonalnej pomocy. Pierwsza grupa AA powstała w USA w 1935 roku, powołana przez dwóch alkoholików. Później samoistnie ruch rozwinął się na całym świecie. W chwili obecnej powołane AA stanowi organizację międzynarodową. Podstawą programu AA jest wyleczenie z nałogu na drodze przestrzegania „Dwunastu kroków", udziału w spotkaniach i zajęciach grupy [9].

„Dwanaście kroków anonimowych alkoholików [7]:

1. przyznaliśmy, że jesteśmy bezsilni wobec alkoholu, że przestaliśmy kierować własnym życiem;
2. uwierzyliśmy, że siła większa od nas samych może przywrócić nam zdrowie;
3. postanowiliśmy powierzyć naszą wolę i nasze życie opiece Boga, jakkolwiek Go pojmujemy;
4. zrobiliśmy gruntowny i odważny obrachunek moralny;
5. wyznaliśmy Bogu, sobie i drugiemu człowiekowi istotę naszych błędów;
6. staliśmy się całkowicie gotowi, aby Bóg uwolnił nas od wszystkich wad charakteru;

7. zwróciliśmy się do Niego w pokorze, aby usunął nasze braki;
8. zrobiliśmy listę osób, które skrzywdziliśmy i staliśmy się gotowi zadośćuczynić im wszystkim;
9. zadośćuczyniliśmy osobiście wszystkim, wobec których było to możliwe, z wyjątkiem tych przypadków, gdy zraniłoby to ich lub innych;
10. prowadziliśmy nadal obrachunek moralny, z miejsca przyznając się do popełnianych błędów;
11. dążyliśmy poprzez modlitwę i medytację do coraz doskonalszej więzi z Bogiem, jakkolwiek Go pojmujemy, prosząc jedynie o poznanie Jego woli wobec nas oraz o siłę do jej spełnienia;
12. przebudzeni duchowo w rezultacie tych kroków, staraliśmy się nieść posłanie innym alkoholikom i stosować te zasady we wszystkich naszych poczynaniach."

Program dwunastu kroków to przewodnik na całe życie dla ludzi chcących samodzielnie walczyć z uzależnieniem. Innymi elementami walki z chorobą alkoholową są spotkania dyskusyjne, spotkania z mówcą. Do stałych elementów grupy AA należy: organizacja spotkań rocznicowych, zabaw tanecznych i plenerowych bez alkoholu, udział w pielgrzymkach trzeźwościowych [9].

Kolejnym rozwiązaniem są leczenia specjalistyczne. Na podstawie literatury można stwierdzić, że żadna z trzech metod stosowana u osób uzależnionych nie jest lepsza od następnej. Wykazano, że istotną rolę do powodzenia terapii jest indywidualne dopasowanie rodzaju leczenia do osoby uzależnionej. Występuje pięć modeli spożywania alkoholu, na podstawie których można ustalić rodzaj leczenia [9]:

- model moralny – decyzja o piciu podejmowana jest osobiście, podczas gdy były dostępne inne rozwiązania;
- model amerykański – zaburzenia są postępującą i nieodwracalną chorobą, która stanowi mieszaninę przyczyn psychicznych, fizycznych oraz duchowych;
- model biologiczny – za przyczynę zaburzeń uważa się procesy fizjologiczne bądź genetyczne;
- model uczenia społecznego – zakładający występowanie złożonego procesu uczenia się poprzez interakcję osoby z jej otoczeniem;
- model społeczno-kulturowy – używanie alkoholu kształtowane jest przez subkulturę oraz społeczność, występowanie alkoholizmu w rodzinie, cechy osobowościowe i ogólny poziom funkcjonowania społecznego.

Osoba uzależniona zgłaszająca się na terapię do specjalisty rozpoczyna proces oceny i ustalania celów leczenia. W ocenie wykorzystywane są formalne oraz nieformalne testy psychologiczne, procedury oparte na obserwacji zachowań pacjenta. W Polsce podstawowym celem leczenia jest całkowita abstynencja od alkoholu. Jednak coraz częściej spotykamy się ze zmianami polegającymi na zredukowaniu używania alkoholu do poziomu umiarkowanego i stabilnego. W chwili ustalenia oceny i celu terapii, następnym krokiem jest wykorzystanie posiadanych informacji do przydzielenia danej osoby do jak najlepszego programu pomocy, odpowiadającego indywidualnym potrzebom osoby uzależnionej. Leczenie może odbywać się w poradni, w szpitalu lub też miejscu pośrednim [9].

Podczas prowadzenia leczenia istnieje możliwość zastosowania kilku rodzajów terapii [10]:

- trening asertywności w leczeniu uzależnienia – stanowi element wspomagający psychoterapię, jego zadaniem jest pomoc na etapie kształtowania i utrzymywania zachowań abstynenckich;
- terapia uzależnienia według modelu Minnesota – odpowiada kilku etapom procesu. Rozpoczyna się od detoksykacji, poprzez diagnostykę psychologiczną do ostatecznego etapu, jakim jest dobranie indywidualnego programu leczenia;
- modele oparte na teorii uczenia się – polegają na kształtowaniu mechanizmów umożliwiających radzenie sobie w sytuacjach stresowych, ponadto duży nacisk kładzie się na zmianę traktowania alkoholu, jako pozytywnego czynnika w regulacji emocji;
- terapia oparta na psychologii Ja – polega na prowadzeniu długoterminowej terapii z głębokimi zmianami stwarzającymi możliwość powstania dojrzałej osobowości. Radzenie z alkoholizmem staje się skutkiem głębokiej przemiany wewnętrznej;
- strategiczno - strukturalna psychoterapia uzależnienia – wykorzystywane są instrumentalne oddziaływania poznawcze (edukacja), autoanaliza zdarzeń, osobistych schematów myślenia i postępowania, dostarczanie przykładów i wzorów postępowania [3].

Badania oraz praktyki kliniczne wykazały, iż każda przerwa w spożywaniu alkoholu jest korzystna dla osoby uzależnionej. Po upływie 3 - 4 tygodni abstynencji poprawia się zakres funkcji neuropsychologicznych i poznawczych. Proces poprawy może trwać nawet latami. W rozważaniach nad skutecznością leczenia osób z chorobą alkoholową widoczna jest koncentracja na całkowitej, bezwarunkowej i bezterminowej abstynencji. W każdym

przypadku terapia może do tego zmierzać, ale nie może być warunkiem oceny leczenia i powrotu do zdrowia. W żadnej innej chorobie nie jest wykorzystywane to kryterium, uznając za sukces każdą uzyskaną remisję [9].

Osoby, które podjęły decyzję o leczeniu poddawane są na początku detoksykacji, ponieważ może być ona przeprowadzona w warunkach domowych. Detoksykacja alkoholowa polega na podawaniu stopniowo zmniejszanej dawki środków uspokajających, zazwyczaj Librium i Chlormetiazolu [11].

Podobnie, jak w przypadku innych uzależnień, kluczowym krokiem wyzwolenia się z nałogu jest chęć pacjenta do podjęcia leczenia lub uzyskanie skierowania na leczenie pod przymusem. Postępowanie w stosunku do osób uzależnionych od alkoholu zostało określone w Ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Poddanie się leczeniu odwykowemu w standardowych przypadkach jest dobrowolne. Jednak wobec osób, które w związku z nałogiem powodują rozpad życia rodzinnego, demoralizację małoletnich, uchylają się od pracy albo systematycznie zakłócają spokój lub porządek publiczny można zastosować przymus leczenia. W tym celu kieruje się daną osobę na badania, podczas których biegły sądowy wydaje opinię na temat alkoholika. Kwalifikuje do przymusowego leczenia oraz wskazuje rodzaj zakładu leczniczego. Na badanie kieruje gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych. Wniosek do komisji może wystosować każda osoba, która potrafi udokumentować fakty będące podstawą do zastosowania przymusowej terapii. O obowiązku poddania się leczeniu orzeka w postępowaniu nieprocesowym sąd rejonowy. Do uzyskanego wniosku od gminnej komisji lub prokuratury dołącza się zebraną dokumentację wraz z opinią biegłego. Jeżeli badanie przez biegłego nie zostało dotychczas przeprowadzone, sąd zarządza poddanie zainteresowanego specjalistycznym badaniom. W terminie do jednego miesiąca od dnia złożenia wniosku sąd orzeka o zastosowaniu lub uchyleniu obowiązku poddania się leczeniu. Po prawomocnym zarządzeniu przymusowego leczenia sąd wzywa daną osobę do stawienia się dobrowolnie w wyznaczonym dniu we wskazanym zakładzie leczenia odwykowego. W przypadku uchylenia się od wykonania tych zaleceń, zostanie zastosowany przymus. Osoba objęta nakazem sądu nie może opuszczać terenu zakładu bez zgody kierownika zakładu. Sąd może także uznać potrzebę zastosowania wobec alkoholika całkowitego ubezwłasnowolnienia. Darmowe świadczenia zdrowotne w zakresie terapii i rehabilitacji współuzależnienia oraz profilaktyki uzyskują także członkowie rodziny osoby uzależnionej od alkoholu, dotknięci następstwami nadużywania alkoholu przez alkoholika. Dzieci uzyskują także pomoc psychologiczną i socjoterapeutyczną w publicznych zakładach

opieki zdrowotnej, publicznych poradniach specjalistycznych oraz placówkach opiekuńczo-wychowawczych i resocjalizacyjnych [12].

Podsumowanie

Wywieranie nacisku na tworzenie oraz realizowanie programów profilaktycznych, jak i edukacyjnych zmniejszy liczbę osób uzależnionych od alkoholu i substancji psychoaktywnych. Większa liczba młodych ludzi będzie świadoma, jakie zagrożenia oraz konsekwencje niesie za sobą nagminne spożywanie alkoholu oraz zażywanie substancji psychoaktywnych.

Piśmiennictwo

1. Dziewiecki M.: Nowoczesna profilaktyka uzależnień**.** Wydawnictwo Jedność, Kielce, 2001, 25-119.
2. Drążek A., Drążek E.: Patologie naszych czasów**.** Wydawnictwo Prymat, Białystok, 2007, 50-240.
3. Farnik M.: Zastosowanie wybranych metod psychoterapii w leczeniu uzależnienia od alkoholu**.** Świat Med. Farm., 2009, 4, 49-51.
4. Habrat B.: Alkoholizm mężczyzn i kobiet – biologiczne uwarunkowania różnic. Świat Problemów, 2002, 10, 15-17.
5. Kowalcze M.: Uzależnienie od alkoholu u kobiet**.** Probl. Med. Rodz., 2008, 10, 3, 50-57.
6. Youch G.: Women and Alcohol**.** Dangerous Pleasure. Crown Publisher Inc. New York, 1986.
7. Woronowicz B.: Bez tajemnic o uzależnieniu i ich leczeniu**.** Instytut Psychiatrii i Neurologii. Warszawa 2001, 25
8. Tesson M., Degenhardt L., Wayne H.: Uzależnienia. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2005.
9. Szczepkowski J.: Terapia młodzieży nadużywającej alkoholu i narkotyków – ale jaka? Świat problemów, 2006, 4, 32-35.
10. Królak E., Król-Fijewska M.: TAZA – trening asertywności**.** Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości. Warszawa 2002, 14.
11. Robson P**.:** Narkotyki. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 1998.
12. www.narkotyki.pl, data pobrania 14.02.2012.

Sawicki Adam

Filozoficzne spojrzenie na starość

Politechnika Białostocka

Ante senectutem curavi, ut bene viverem,
in senectute, ut bene moriar: bene autem
mori est libenter mori.
(Zanim nadeszła starość, troszczyłem
się, aby dobrze żyć, na starość troszczę
się, aby dobrze umrzeć. A dobrze
umrzeć to znaczy umrzeć chętnie.)
przeł. Stanisław Stabryła

Seneka

Istotną charakterystyką człowieka jest ta oto jego cecha, że jego życiowym problemem jest to, że nieustannie zmaga się on ze swoim *zmęczeniem.* Owo zmęczenie wynika z faktu, że określa go jego aktywność, która jest zmaganiem się go ze środowiskiem życia, czyli przyrodą, którą określamy mianem *pracy*. Praca zaś jest *świadomym* przekształcaniem przyrody, które ma na celu wywalczenie takiego obszaru wolności, w obrębie którego człowiek będzie mógł czuć się bezpiecznie i rozwijać potencje życiowe, które w nim tkwią z racji tego, że jest otwarty na biologiczne trwanie i przetrwanie. Praca jest więc poniekąd warunkiem ludzkiego istnienia. Ale, jak to zostało powiedziane, praca jest ściśle sprzężona ze świadomością istoty ludzkiej i rozumnością jej działań. Dlatego też praca wymaga przygotowania do niej, to znaczy świadomego nastawienia na działania z niej wynikające. Efektem pracy jest zaistnienie w środowisku ludzkim jej wytworów, natomiast kosztem pracy jest *zmęczenie*, które jej towarzyszy. Fakt pracy pokazuje zatem, że istnienie ludzkie jest okupione *trudem*, który za znanym polskim psychiatrą, Kazimierzem Dąbrowskim, można nazwać *trudem istnienia*.

Ten egzystencjalny trud wykracza poza aktywność ludzką, która wyraża się w pracy. Człowiek bowiem nie jest bytem, który swoje działanie może dowolnie przedłużać. Granicą jego aktywności jest bowiem właściwa mu psychofizyczna kondycja, fakt, że swoje życie realizuje on w ramach określonej struktury bytowej. Cechą człowieka, ale także i każdej innej

biologicznej istoty jest nieustanność *zużywania się* i zżywania się w czasie i przestrzeni, które wpisane są w jego bytowanie uprzednio przed wszelką aktywnością. Życiowym optimum człowieka jest jego „dopasowanie się" do środowiska, w którym żyje, a także zdolność do oddziaływania na to środowisko pod kątem swoich bytowych potrzeb, a również z uwzględnieniem potrzeb innych ludzi, którzy to środowisko z nim wspólnie zajmują. Realizuje się on konserwując swoje istnienie i dynamizując je. To jednak nie wypełnia jego życiowego programu, ponieważ istotnym składnikiem człowieczeństwa poszczególnej osoby jest jej relacja do innych ludzi. To samo dotyczy owych innych i efektem współbytowania w życiowym środowisku jest zawiązanie relacji interpersonalnych. Wtopienie się jednostki w przyrodnicze środowisko życia znajduje swoje dopełnienie w tym, że funkcjonuje ona w sieci powiązań z innymi ludźmi i ma tu miejsce proces wzajemnego dopełniania się różnych osób, które to dopełnianie się można określić jako *współprzydatność*. Ta współprzydatność oznacza więź nie tylko materialno-wytwórczą, ale także więź uczuciowo-przeżyciową i intelektualno-poznawczą. W tym znaczeniu możemy mówić o wielopiętrowości, czy wielopoziomowości relacji międzyludzkich.

Człowiek, jako wyodrębniona jednostka, w świecie innych ludzi odczuwa *potrzebę bycia potrzebnym*. Istnienie świata społecznego jest ufundowane właśnie na tym oto fakcie, że ta potrzeba istnieje. Nie oznacza to jednak, że związanie jednostki ze światem innych ludzi w przebiegu jej życia ma charakter permanentny i raz na zawsze zadekretowany. Pojedyncza osoba tworzy swój wewnętrzny świat, który możemy określić mianem *prywatnej duchowości*. Działania życiowe, które są skierowane na zewnątrz, w stronę przyrody i w stronę innych ludzi powodują, że to duchowe centrum jednostki narażone jest na nieustanne rozpraszanie i zagraża mu brak spójności. Nie jest przy tym tak, że te zewnętrzne siły i oddziaływania dają się w jakiś dostatecznie określony sposób kontrolować i ich wpływ może być zadowalająco filtrowany. Ważne są sytuacje i okoliczności życiowe, w których dany człowiek się znajduje. Ów sytuacyjno-okolicznościowy wymiar powoduje, że duchowy samorozwój człowieka nie dokonuje się w sposób ciągły, lecz ma charakter procesu w dużej mierze skokowego, związany jest z obroną swojej duchowej autonomii, z przeżywaniem okresów zawieszenia aktywności duchowej, ale także z mniej lub bardziej wzmożonym przejawianiem jej na zewnątrz, w kierunku innych osób. Duchowość często przejawia się pod postacią różnych form *twórczości*. Jednak, jak to było wyżej stwierdzone, okoliczności życia mogą powodować zahamowanie możliwości takiego twórczego przejawiania się na zewnątrz. Na poziomie życia zawodowego jednostki charakter pracy, którą ona wykonuje, ilość czasu wolnego, którym dysponuje niejednokrotnie udaremnia twórczy rozwój.

Normalny rozwój osoby powinien wiązać się ze wzmaganiem się w niej owego duchowego wektora jej bytowania. Rzeczywisty bieg życia nie musi jednak potwierdzać tej prawidłowości. Ludzie borykają się ze swoją cielesnością i to uwikłanie w cielesność może im przesłaniać duchowe horyzonty ich istnienia. Istnienie człowieka jest, w rzeczy samej, nieustannym dramatem zachowania równowagi pomiędzy sferą duchową i cielesną. Cielesność podtrzymuje warunki rozwoju ducha, w jego doczesnych, ziemskich odniesieniach, natomiast duchowość nadaje cielesności ontyczny kierunek. Starzenie się i starość, obrazowo mówiąc, osłabia i usuwa tę podporę ducha, którą stanowi ludzka cielesność. Duchowość niejako zawisa w egzystencjalnej próżni, ponieważ traci odniesienia do treści, które napełniają ją fizyczno-cielesne treści życia ludzkiego. Możemy tu zatem mówić o jakimś zasadniczym *ogołacaniu* istoty ludzkiej, które ma miejsce wraz z postępami procesu starzenia się, które prowadzą ostatecznie do śmierci. Z religijnego punktu widzenia jest to zwykłą koleją ludzkiego losu, że wartości związane z ciałem i przywiązaniem do cielesności muszą ustąpić miejsca skoncentrowaniu się na duchowym centrum ludzkiej istoty. Mówi o tym nie tylko religia chrześcijańska, ale także wszystkie inne religie, w szczególności hinduizm, buddyzm czy islam. Warto jest zresztą zwrócić uwagę i na ten oto fakt, że we wszystkich wielkich tradycjach religijnych starość jest otaczana szczególną czcią i to nie ze względu na to, że ludzie starzy są cieleśnie niedołężni i słabi, ale ponieważ oczekuje się, że kontakt ze starym człowiekiem jest rozumiany jako spotkanie z duchową dojrzałością i pełnią otwarcia na rzeczywistość nadnaturalną.

Ponieważ postępy procesu starzenia się wiążą się z narastaniem życiowego zmęczenia, to można zadać pytanie o to, czy można wskazać na rodzaj postawy, którą starzejący się człowiek może i powinien zająć wobec tych nieuchronnych zdarzeń, które w sposób najbardziej bezpośredni go dotyczą i których przecież w żaden sposób nie może od siebie oddalić. Taką postawą powinna być, jak się zdaje, *rezygnacja*, która oznacza wycofywanie się i zarazem chęć wycofywania się z roszczeń, które starzejące się ciało może żywić w stosunku do świata. Podstawowa konstatacja człowieka starzejącego się polega na tym, że stwierdza on *nieprzystawalność* swojej osoby do świata, który w swoim biegu wymyka się coraz bardziej nie tylko żywemu jego oglądowi, ale także próbie jego rozumowego objęcia. Swoisty „poślizg" myślenia starego człowieka w stosunku do przyrodniczego świata i zamieszkujących go ludzi stawia go w sytuacji nienadążania za biegiem spraw. Co w tej sytuacji oznacza przyjęcie postawy rezygnacji? Czy jest to tylko poczucie klęski i wycofywanie się niejako tylnymi drzwiami rzeczywistości?

Rezygnację możemy pojąć jako wycofywanie się fizyczno-biologiczne, które jest zgodne z biegiem natury i taka postawa ma swoje uzasadnienie chociażby w filozoficznej postawie stoicyzmu. Stoicyzm oznacza mądrościowe postrzeganie rzeczywistości i znamionuje go wcześniejsze już wypracowywanie postawy *dystansu* wobec światowych wydarzeń. Stoicyzm, w odróżnieniu od na przykład poglądu epikurejskiego, ale także aktywistycznie rozumianego chrześcijaństwa, kładzie zdecydowany nacisk na ten oto fakt, że przylgnięcie człowieka do świata, do zdarzeń, które mają w nim charakter nieprzewidywalny i często przypadkowy – nie oznacza jeszcze wniknięcia w kosmiczny rozum, *Logos*, który światem rządzi i decyduje o przemianach w nim zachodzących. Ów kosmiczny porządek każe widzieć światowe wydarzenia z pozycji znacznego dystansu i niesie ze sobą nastrój, który można określić mianem *pogodnej rezygnacji*. Czy jednak takie wzniesienie się ponad niedoskonałość ciała, targanego bólem i chorobami nie jest jakimś rodzajem intelektualnej iluzji?

Zmęczenie życiem może posiadać swój wymiar nie tylko fizyczny, lecz także psychiczny i intelektualny. Dochodzi do tego bilansowanie przebiegu swojego dotychczasowego życia, rozważanie wszystkich jego porażek i osiągnięć. W przypadku bilansu negatywnego stanowi to dodatkowe obciążenie i nie pozwala na trwanie w stanie pogody ducha. Słynny polski psychiatra Antoni Kępiński pisze, że: „Świadomość wypełnienia własnego życia byłaby lżejsza do zniesienia, gdyby to wypełnienie było rzeczywiście realizacją tkwiących w człowieku możliwości. Gdyby starość była prawdziwą jesienią życia. Niestety, niewielu ludzi może śmiało wytrzymać test ewangelicznej frazy: «po owocach poznacie ich». Większość przeżywa boleśnie poczucie frustracji, ich bilans życia jest ujemny. To poczucie ujemnego bilansu jest, jak się zdaje, swoiste dla naszej epoki, w której problem realizacji siebie, mimo na pozór obiektywnie lepszych niż dawniej warunków, jest specjalnie trudny”[1].

Starość jest etapem niejako zamykania czy domykania swojego życia. Brak perspektywy przyszłości, wobec bliskości śmierci i świadomość, że nie wydarzy się już nic istotnego, co mogłoby zmienić ogólny bilans życia może prowadzić do przygnębienia i apatii. Tak naprawdę człowiek stary żyje głównie swoją przeszłością. Następuje znieruchomienie doświadczeń, które odnoszą się już tylko do czasu minionego. Przestrzeń aktualnych odniesień radykalnie się kurczy, co pogłębione jest przez coraz częstsze odchodzenie grupy rówieśników. Trudno w tej sytuacji jest mówić o braku zmęczenia psychicznego, nakładającego się na wyniszczenie i zmęczenie fizyczne. Kępiński w ten oto sposób opisuje ten proces zamykania się w przeszłości swojego życia i jego doświadczeń: „Dynamika

życiowa na starość słabnie. Ludzie starzy zwykli mówić, że starość Panu Bogu się nie udała. Brakuje już sił, łatwo przychodzi zmęczenie, zużyty organizm częściej daje znać o sobie, słabną siły odpornościowe, błaha choroba może być przyczyną katastrofy, trudniej chwyta się informacje z otaczającego świata, procesy percepcji i zapamiętywania świata są mniej sprawne, słabnie chęć działania i przekształcania otoczenia – chętniej natomiast rzutuje się w przeszłość; ożywają wspomnienia minionych lat, które przez kontrast z przykrą rzeczywistością nabierają ciepłego kolorytu („drzewiej inaczej bywało") itd.".

Wydaje się, że harmonijna, pogodna rezygnacja jest jednak *możliwa*. Dużo bowiem zależy tutaj od wcześniejszego przygotowania, będącego rodzajem psychicznej terapii do takiego stanu. Harmonia uprzedniego życia decyduje o możliwości przeżywania takiej harmonii w starości. Życie nadmiernie aktywne, skoncentrowane na doznawaniu samych tylko bieżących bodźców i potęgowanie ich ponad potrzebę powoduje, że nie pojawia się istotna potrzeba dystansowania się do świata. Człowiek, który nie jest świadom swojej bytowej autonomii w całym splocie chaosu życia, które go otacza – z pewnością będzie gorzej znosił postępy starzenia się. Starożytni filozofowie (Demokryt, Arystoteles, Epikur) w harmonii upatrywali źródła szczęścia. Życie człowieka starego nie musi być życiem szczęśliwym. Ważne jest to, aby nie było nieszczęśliwe. To zaś możliwe jest wtedy, kiedy swoje minione życie rozpatruje się jako szczęśliwie przeżyte. Człowiek posiadający odpowiednie, refleksyjne i filozoficzne nastawienie do życia będzie zmierzał w stronę swojej starości z wyprzedzającym ją dystansem.

Pogodna rezygnacja natrafia niejednokrotnie na złudzenia wytwarzane przez ludzką wyobraźnię. Profesor Maria Szyszkowska analizując zagadnienie niezgody na przemijanie, która dotyczy nie tylko ludzi starych, pisze: „Niezgoda na przemijanie przybiera postać oczekiwania, że to, co zachodzi obecnie, będzie miało swoją kontynuację. Zdarza się często, że nie mogąc doczekać się rozwoju oczekiwanych zdarzeń, dopisujemy ich ciąg dalszy w naszej pamięci. Wtedy rozgrywa się bieg wypadków w świecie pozornym. Trzeba pamiętać o tym, że taka ułuda może nabierać pozoru faktów rzeczywistych"[2]. Wydaje się, że w starczym wieku czymś bardziej właściwym jest wędrówka w swojej pamięci do czasów minionych (najczęściej są to wspomnienia z dzieciństwa) niż tworzenie konstruktów wyobraźni, dotyczących swojej przyszłości.

W przebiegu swojego aktywnego życia człowiek jest tym, który poszerza obszar interakcji społecznych i to rodzi poczucie wrośnięcia w świat ludzkich spraw. Starość jednak nieuchronnie ten obszar zawęża i stary człowiek jest zmuszony przez upływ czasu do koncentrowania się na bardziej wewnętrznym kręgu swoich życiowych interesów. Dużą rolę

odgrywają tutaj relacje z bliższą rodziną i znajomymi. Bliski kontakt z nimi pozwala złagodzić skutki nagłego zerwania z aktywnością zawodową. Ważne jest też posiadanie zainteresowań, zwłaszcza intelektualnych i kulturalnych. W dzisiejszej rzeczywistości miejsce ludzi starych zostało w wielu wypadkach zmarginalizowane. Zanik rodziny wielopokoleniowej powoduje, że nie stanowią już oni autorytetu, jak to miało miejsce dawniej. W związku z tym większego znaczenia mają różne formy aktywności ludzi starych we własnym kręgu (kluby seniora, stowarzyszenia).

Tak czy inaczej starość się łączy się z *rezygnacją*. Człowiek zbliża się do momentu odejścia ze świata. Tradycyjną i dla wielu ludzi starych jedyną formą godzenia się z koniecznością życiowej rezygnacji jest uczestnictwo w życiu religijnym. Osoba, która w ciągu swojego życia budowała opartą na wierze relację z Bogiem, zapewne jest lepiej przygotowana do pogodzenia się z tym, co jest nieuchronne. Aktywność fizyczną, która słabnie, może rekompensować wzmożoną aktywnością religijno-duchową. Z perspektywy religijnej można patrzyć na swoje życie minione, aktywne i aktualne, rezygnujące w kategoriach ofiarowania go Bogu, natomiast cierpienia i choroby podeszłego wieku włączać w obszar zbawczego cierpienia Chrystusa. Być może trudniej jest dojrzewać do postawy rezygnacji w przypadku ludzi niewierzących. W tym jednak wypadku można akcentować rolę wymiany pokoleniowej. Człowiek stary postrzega siebie jako ogniwo w odwiecznej biologicznej sukcesji pokoleń i z tego względu jego życie nabiera ponadjednostkowego sensu.

Bardzo istotna jest rola, którą spełnia *otoczenie* starzejącego się człowieka. Chodzi tu głównie o ludzi młodszych spośród tego otoczenia. Ważna jest ich tolerancja, życzliwość i wyrozumiałość w kontakcie ze starym, zrezygnowanym człowiekiem. Ci młodsi ludzie powinni sobie też uświadamiać, że i większość z nich w przyszłości będzie znajdować się w podobnej sytuacji. Wydaje się, że edukacja szkolna powinna być w większym aniżeli dotychczas stopniu nastawiona na kształtowanie takich form spolegliwego kontaktu z ludźmi starymi. W świecie wiary w postęp i sukces postawa rezygnacji wydaje się być czymś nieprzystającym do optymistycznego obrazu całości. Jednak prawa rozwoju ludzkiego życia taką postawę czynią koniecznością. Z filozoficznego punktu widzenia wolność ludzka jest formą *uświadomionej konieczności* (stoicy, Spinoza). Warto jest tę formułę ludzkiej wolności mieć na względzie w kontaktach z ludźmi starymi, zdając jednocześnie sobie sprawę z tego, że ona młodych również dotyczy.

Dla otoczenia człowiek stary powinien być nie tylko kimś, komu należy zapewnić opiekę medyczną i socjalną, ale należy traktować tego człowieka jako kogoś, kto może młodszym przekazać mądrość płynącą z jego doświadczeń życiowych. Pisze o tym

Szyszkowska: „Paradoks naszej kultury polega wszak na tym, że równolegle do przedłużania życia ludzkiego zaznacza się deprecjacja wieku, doświadczenia i *mądrości.* Nośnikiem ciągłości kulturowych w dawnych epokach były zwyczaje, legendy, epopeje i pieśni ludowe. Przekazywał tę tradycję *człowiek*, a nie środki techniczne. Współcześnie człowiek stary stracił autorytet jako przekaźnik wartości kulturowych. Dawniej był on reprezentantem tradycji i wiedzy; dziś, niestety, zdobywa prestiż przystosowując się do młodej generacji. A właściwa współczesnemu człowiekowi ruchliwość sprawia, że deprecjonuje on też wartość wrastania w krąg bliskich, w terytorium geograficzne, w świat określonych wartości kulturowych"[2].

To, co określa się mianem więzi międzypokoleniowej polega właśnie na przekazie ludziom młodszym przez starszych wiedzy o charakterze mądrościowym. Stary człowiek więcej widział i więcej doświadczył, więc może te doświadczenia przekazać nie dla samego tylko przykucia uwagi słuchaczy na swojej osobie, lecz przede wszystkim po to, aby młodzi mogli z tej wiedzy wysnuć wnioski co do swojego, życia, aby dowiedzieli się, czego w życiu należy unikać, a co czynić. Szyszkowska słusznie zauważa: „Dlaczego pokoleniu, które wschodzi, wydaje się, że nie przyniesie mu korzyści czerpanie z wiedzy starszego pokolenia? Wprawdzie własnymi doświadczeniami nie można nikogo ochronić przed dokonaniem analogicznych błędów, ale wiele można się nauczyć, słuchając doświadczeń czyjegoś życia. Znałam dziecko dziewięcioletnie, które począwszy od czasów przedszkolnych unikało kontaktu z dziećmi, wybierając niezmiennie towarzystwo dorosłych. Słuchało. Niezwykłe koleje losu owego dziecka i przyspieszone dojrzewanie talentu ma swoje źródło w tej tak rzadko spotykanej postawie"[2].

Jednak inną kwestią jest to, że mądrość starości nie przychodzi sama z siebie. Jest ona bilansem całego przeżytego życia, tego kim dany człowiek był, jak się zachowywał, jakim wartościom hołdował. La Rochefoucauld przekornie zauważa: „Starcy lubią dawać dobre rady, aby się pocieszyć, że nie są już zdolni dawać złych przykładów"[3]. Oczywistym jest, że aby przekazywać młodym pozytywne wzorce życiowe, to najpierw trzeba w swojej biografii je posiadać. Charakterystyczne dla starości jest bilansowanie swojego życia, rozważanie złych i dobrych stron swojej biografii. Całe życie człowieka w sensie psychicznym polega właściwie na projekcie przyszłości, prospekcji i na powrocie w przeszłość, czyli retrospekcji. Na starość wszystko przechyla się w stronę przeszłości, co niesie swoje konsekwencje dla życia. „W życiu przychodzi czas, gdy odcinek przeszłości zaczyna wyraźnie przeważać nad odcinkiem przyszłości. Wówczas po raz pierwszy zaczyna się robić «bilans życia». Wydaje się, że moment ten nastaje wcześniej u mężczyzn (około 40. roku życia) niż u kobiet (w okresie klimaksu).[…] Człowiek stary ma już niejeden «bilans

życia» poza sobą; przez wiele lat dzielących go od wspomnianego przełomu zdążył się on przyzwyczaić do różnorodnych ocen swego życia. Przyzwyczajenie się do oceny własnego życia, która z reguły nie wypada zbyt korzystnie, łączy się z przyjęciem postawy pewnego dystansu wobec samego życia. Życie nie jest już takie «na serio», jak w okresie młodości i dojrzałości. Jak w dziecinnych latach, zaczyna ono nabierać posmaku zabawy"[1].

Owo dystansowanie się psychiczne, spoglądanie na życie przez pryzmat wieczności, *sub specie aeternitatis* – wydaje się być reakcją jak najbardziej pozytywną, chociaż nie wszystkim chyba dostępną. Zresztą dystans do siebie, pewien rodzaj autoironii, w ogóle wydaje się być przydatny w życiu, bo pozwala na znoszenie trudnych sytuacji i pułapek, które życie zastawia. Wielcy myśliciele, nauczyciele ludzkości nauczali właśnie tej sztuki *dystansu*. Biblijny Kohelet powiada: "Ale choćby człowiek żył długie lata i zawsze radował się nimi, będzie pamiętał o dniach ciemności, których nadejdzie wiele. A co nadchodzi, jest marność"[4]. Rzymski stoik Seneka stwierdza: „Największą zatem pociechą dla człowieka jest myśl, że wszyscy przed nim cierpieli i wszyscy po nim będą cierpieli to, co jego spotkało. I dlatego wydaje mi się, że to, co natura uczyniła czymś najbardziej uciążliwym, uczyniła powszechnym, ażeby wobec okrucieństw Przeznaczenia pociechą był ich równy podział [5]. Przytoczone myśli są właśnie przykładem takiego podejścia do życia i jego niewygód, w tym niewygody starości, które przygotowuje się do trosk i nieszczęść, jakie mają nastąpić. Na tym właśnie polega to wiecznościowe podejście do swojego losu w starości.

Świat współczesny, ze swoim szalonym tempem przemian, które zaskakują nie tylko ludzi starych, ale i młodzi nie mogą za nimi nadążyć – zdaje się coraz mniej przywiązywać wagę do doświadczenia starości. Mądrość Koheleta nie jest dziś w cenie, ponieważ w świecie „dynamicznego kapitalizmu" wszystko jest przeliczane na wartości materialne i finansowe. Ludzie starzy nie mieszczą się w tym schemacie, ponieważ ich świat przesunięty jest już w stronę wnętrza, życia wewnętrznego i nie ogarnia tego wszystkiego, co dzieje się w środowisku zewnętrznym. Ludzie starzy są nieraz traktowani jak ktoś obcy, kto przychodzi z zupełnie innej planety i mówi o rzeczywistości wyblakłej z punktu widzenia ich, pełnego atrakcji, życia. Te przemiany w podejściu do ludzi starych podkreślał Kępiński: „W większości społeczeństw zarówno pierwotnych, jak też o wysokim stopniu rozwoju kulturalnego, pozycja ludzi starych była wysoka. Często w ich rękach skupiała się władza, otaczano ich szacunkiem, zapewniano im środki do życia nieraz lepsze niż młodszym członkom społeczeństwa. Pozycja społeczna człowieka starego dawała poczucie bezpieczeństwa. […] Ludzi starych zamyka się dziś najchętniej w domu starców. Są oni niepotrzebni. Domy starców, podobnie jak zakłady dla chronicznie chorych psychicznie, są

instytucjami, które odgrywają w stosunku do ludzi analogiczną rolę, jak skład złomu dla urządzeń technicznych. Jest w nich ukryty pod płaszczem humanitaryzmu bezwzględny wyrok: jesteście nam niepotrzebni"[1].

Powyższa analiza jest konstatacją gorzką, ale niestety prawdziwą. To, że buduje się coraz więcej domów starców wcale nie musi świadczyć o tym, że czyni się to ze względu na ich społeczną pozycję i autorytet życiowy czy też moralny. Chodzi raczej o *odizolowanie* ich od rodzin, o to, aby nie odgrywali w niej żadnej roli, mimo że zapewnia się im przecież w tych nowych miejscach pobytu niezbędny komfort materialny i opiekę. Kępiński zapytuje i odpowiada: „Nasuwa się pytanie, dlaczego człowiek stary w społeczeństwach o wysokim standardzie życiowym stał się zawadą, a nie stał się nią w społeczeństwach o niskim poziomie uprzemysłowienia (podobnie zresztą ma się sprawa z dziećmi, choć zdarza się to rzadziej niż w wypadku ludzi starych. Można by odpowiedzieć po prostu, że w parze z bogactwem idzie egoizm. Można by przyczyny szukać w gwałtownym tempie przemian, do których ludzie starzy nie są w stanie się przystosować i dlatego we współczesnym społeczeństwie zawadzają. Z drugiej jednak strony mogłyby być wykorzystane ich zdolności integracyjne, których taki brak współcześnie się odczuwa. Można by także mówić o ogólnym poczuciu niepotrzebności, które nurtuje nie tylko ludzi starych, a które wynika ze skomplikowania się stosunków społecznych. Na zasadzie psychologicznego rewanżu im bardziej człowiek staje się niepotrzebny, tym silniej atakuje tych, którzy są jeszcze mniej potrzebni. Ludzie starzy stanowiliby wentyl agresji dla wyładowania własnych frustracji"[1].

Co więcej, ogarniające coraz szersze kręgi społeczeństw Zachodu, nastawienie pro – eutanazyjne, lansowanie poglądu, że *estetyka* życia jest czymś ważniejszym od wartości samego życia powoduje, iż rozpowszechnia się postawa przedmiotowego podejścia do starych ludzi i ich starzenie się, umieranie i śmierć pojmuje się w aspekcie, rzecz można, czysto „technicznym", bez refleksji nad tajemnicą przemijania i śmierci, która odsyła w stronę tego wymiaru ludzkiego istnienia, który ma charakter już *metafizyczny*.

Pogląd Tadeusza Kielanowskiego, wyrażony jeszcze w latach 70 – tych ubiegłego wieku, a więc wtedy, gdy o legalizacji eutanazji poważnie w Europie nie myślano, stosuje inną argumentację przemawiającą za wartością eutanazji, aniżeli powoływanie się na estetykę życia. Pisze on mianowicie: „Mimo doskonalszej niż obecnie walki z bólem, w przyszłości starców nadal będą trapiły ułomności i niedomogi późnego wieku, a to tym silniej, bo jak powiedziano, starości będą dożywać także ludzie słabi z natury i chorowici. Jeżeli nadal będzie wzrastać oświata i rozumienie faktu, że na starość i jej niedomagania nie ma lekarstwa, że żadne ludzkie serce nie potrafi przekroczyć granicy trzech miliardów uderzeń – ludzie

zapewne będą chcieli częściej niż dzisiaj unikać męki umierania z choroby, przedkładając nad nią śmierć bezbolesną, w wybranym przez siebie momencie. Problem eutanazji, czyli dobrej śmierci, będzie musiał znaleźć biologiczne i humanistyczne rozwiązanie" [6].

Powyższa argumentacja bardziej odnosi się do świadomości ludzi, którzy na starość sami dostrzegają bezsensowność znoszenia fizycznego bólu i sami od siebie występują z „inicjatywą eutanazyjną". Nie ma tu mowy o estetyce życia człowieka starego i cierpiącego, ale o *bezsensowności* znoszenia uporczywych bólów, gdy wiadomo, że te, aż do śmierci, nie ustąpią. Można jednak wątpić w powszechność takiego poglądu wśród ludzi starych. Godność ludzką da się pojąć nie tylko przecież jako nieprzyjmowanie sytuacji, w której jedynym towarzyszem starego człowieka jest tylko ból jego niewydolnego już ciała. Ból jest wszakże nieodzownym składnikiem ludzkiej egzystencji i nawet nie akceptując go – można go mężnie znosić. Wszakże najsilniejszy nawet ból nie będzie trwał wiecznie.

Innym jeszcze aspektem starości jest zagadnienie *zniedołężnienia starczego.* Człowiek nie od razu przecież wchodzi w czas pełnego zniedołężnienia. Proces starzenia się, w niektórych przypadkach, rozciąga się na 10-20 lat. Starzenie się to stopniowo postępujące ograniczenia o charakterze ruchowym i percepcyjnym. Natura tak człowieka ukształtowała, że w sposób dość płynny wchodzi w stan zniedołężnienia. Starość zatem, w sensie biologicznym, nie powinna go zaskakiwać. Jednak tutaj wiele zależy od ukształtowania indywidualnej psychiki. Są ludzie, którzy buntują się przeciwko zniedołężnieniu, ale i wielu jest takich, jak się zdaje zwłaszcza tych, którzy są bardziej świadomościowo i sposobem życia związani z odwiecznym biegiem praw natury, którzy ten fakt zniedołężnienia przyjmują że spokojem.

Starzenie się nie jest jednak czymś w rodzaju bezbolesnego wycofywania się z życia poprzez spadek biologicznej dynamiki. Zdawać sobie trzeba sprawę, że ze starzeniem się związane jest narastanie i spotęgowanie różnego rodzaju fizycznych dolegliwości. Trudno jest zachować pełną pogodę ducha, gdy człowieka szarpie fizyczny ból. Wprawdzie żyjemy, jak to stwierdził w swoim napisanym w 1966 roku zbiorze esejów pod tytułem *Obecność mitu* (wydany w 1972 w Paryżu) polski filozof Leszek Kołakowski, w *kulturze analgetyków*. Co znamionuje tę kulturę? Ucieczka od bólu zarówno w jego fizycznej, jak i psychicznej postaci. To zaś wiąże się z wzmożonym stosowaniem dużych ilości leków przeciwbólowych. Lecz problem leży też w ogólnej współczesnej mentalności, która w cierpieniu nie dopatruje się żadnej wartości. Kielanowski wypowiada się na temat owej „walki z bólem" w ten oto sposób: „Dowodem na to, że współczesny człowiek nie toleruje bólu jest wzrastająca konsumpcja wszelkich środków przeciwbólowych – przykładem są popularne tabletki

przeciwbólowe, kupowane na całym świecie w olbrzymich ilościach bez recepty w kioskach ulicznych. Nikt nie wyobraża też sobie dziś najmniejszego zabiegu, nie tylko wyrwania zęba – bez znieczulenia. Mała odporność na troski dnia codziennego, na kłopoty, na ból moralny, pociąga za sobą lawinowo rosnącą konsumpcję leków psychotropowych, uspokajających i nasennych" [6].

Liczą się w kulturze konsumpcji tylko przyjemne bodźce i doznania. Ludzie w ciągu swojego życia stają się kimś w rodzaju kolekcjonerów tych pozytywnych bodźców. Tymczasem starość dostarcza ich coraz mniej. Ból można redukować farmakologicznie, natomiast na starość dotkliwe jest to uczucie, że ból i jego przyczyny od człowieka nie odstępują. Dlatego ważną rzeczą staje się tu wyrabianie w sobie cechy *wytrwałości* i *cierpliwości*. Kultura podsuwa tutaj wiele wzorców, czy to postaci realnie w przeszłości istniejących, które taką cierpliwością się wykazywały, czy też mitologicznych postaci. Cierpliwości nie wyrobi się w sobie środkami chemicznymi, trzeba tu zaprząc wolę.

Starość jest etapem *schodzenia* ze sceny świata. Jest przygotowaniem się na spotkanie z Nieznanym, które nastąpi po śmierci. Tak, jak w dzieciństwie oczekiwaliśmy ciągle niespodzianek, które się przed nami odsłonią, w młodości i wieku dojrzałym otwieraliśmy kolejne bramy życia, nie będące przecież bramami do raju, tak też na starość stoimy przed Bramą Śmierci, która zasłania dostęp do Tajemnicy. Bramy tej nie będziemy musieli sami otwierać. Otworzy się ona sama. Ważne jest to, z jakim moralnym rachunkiem swojego życia ją przekroczymy.

Piśmiennictwo

1. Kępiński A.: Rytm życia. Wydawnictwo Literackie, Kraków 1994.
2. Szyszkowska M.: Stwarzanie siebie. Wydawnictwo Interlibro, Warszawa 1998.
3. La Rochefoucauld: Maksymy i rozważania moralne, przełożył Tadeusz Boy – Żeleński. Wydawnictwo Zielona Sowa, Warszawa 1977.
4. Eklezjasta, 11, 8, przełożył Czesław Miłosz [w:] Księgi Pięciu Megilot. Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1984.
5. Seneka L.A.: Myśli, przełożył Stanisław Stabryła. Wydawnictwo Verum, Kraków 1987.
6. Kielanowski T.: Rozmyślania o przemijaniu. Wydawnictwo Omega, Warszawa 1973.

BIO-PSYCHO-SPOŁECZNE PROBLEMY FUNKCJONOWANIA RODZINY



Guzowski Andrzej[1], Krajewska – Kułak Elżbieta[1], Rozwadowska Emilia[1], Cybulski Mateusz[1], Kuć Dariusz[2], Zieliński Kajetan[3]

Rola rodziny w wychowywaniu dzieci

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Białostockie Hospicjum Dziecięce
3. Student Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie

Wprowadzenie

Wychowanie jest procesem złożonym, oddziaływającym na różne płaszczyzny funkcjonowania człowieka oraz zadaniem ciągłym - rozpoczynającym się od momentu urodzenia dziecka i trwającym przez całe życie, a najważniejszym podmiotem odpowiedzialnym za wychowanie, jest rodzina rozpoczynająca ten proces. Pamiętać jednak należy, za Szacką [1], iż na wychowanie człowieka w ciągu jego życia wpływają także instytucje poza rodzinne, z których większość dobro społeczeństwa i rodziny stawia sobie jako nadrzędny cel. Oprócz instytucji rodziny, znamienną rolę w wychowaniu odgrywa także grupa rówieśnicza. Jednakże to rodzina, jest fundamentem na którym opiera się socjalizacja przyszłych pokoleń. Można więc w tym miejscu za Kiereś [2] powiedzieć, że rodzina jako fundament wychowawczy, jest także początkiem wzorców instytucjonalnych. Autorka [2] stwierdza wręcz, że: *„rodzina jest pierwszą w porządku natury społecznością, wszystkie inne formy życia społecznego włącznie z państwem tworzą się w analogii do rodziny. Rodzina to nie tylko kolebka życia ludzkiego, ale też przyczyna wzorcza wszelkich struktur społecznych i instytucji państwowych…. Oznacza to, że jaka rodzina takie życie społeczne i państwowe”.* Rodzina w takim rozumieniu, jest najbardziej naturalnym miejscem życia człowieka.

Zdaniem teoretyków wychowania [1, 2, 3, 4], rodzina jest tylko jednym ze środowisk wychowawczych, jednakże odgrywającym w tym procesie najważniejszą rolę.

Cudak [2] zwraca uwagę, że rodzina, która jest „*wspólnotą członków, ma wpływ na kształtowanie osobowości, cech charakteru, rozwoju biologicznego i psychicznego. Jest także fundamentem i początkiem drogi życiowej”*. Z uwagi na to, że jako podstawowa, pierwotna grupa wychowawcza jest wspólnotą, to w jej wnętrzu musi występować struktura dialogiczna. W związku z tym, zadaniem wychowawczym rodziny jest nauka i przygotowanie do dialogu człowieka, czyli do rozwoju w różnych jego wymiarach aksjologicznym, ekonomicznym psychospołecznym, czy też kulturowym, a w obecnych czasach globalizacji, także

międzykulturowym [2].

Tischner [4] zwracał uwagę na znaczenie kształtowania człowieka jako bytu, który *„w znacznej mierze, odnosząc się do wartości będących poza nim, buduje siebie jako wartość – wartość szczególną, której na imię Ja”.* Jego zdaniem [4], jednym z najistotniejszych zadań człowieka jest wykształcenie w sobie autonomicznego Ja, które oprócz samostanowienia o sobie, będzie też kształtować swoje wnętrze w drodze ku wartościom.

Izdebska [5] w swoich rozważaniach nad rodziną, zwraca natomiast uwagę na fakt, że dziecko może tylko i wyłącznie zdrowo się rozwijać, jeżeli jego socjalizacja odbywa się w wolności. W tym miejscu trzeba jednak zaznaczyć, iż ta wolność musi być zawsze zadaniem wynikającym z powszechnie obowiązujących praw, czy też kontekstu kulturowego, w jakim człowiek żyje. Wskazuje [5] więc na fakt, że rodzina to specyficzna wspólnota w jakiej żyje człowiek. Żadna inna grupa, do której jednostka przynależy, nie ma tak rozbudowanych więzi emocjonalnych, jak grupa społeczna, jaką jest rodzina. Dalej Autorka [5] zauważa, że to właśnie rodzina pozwala dziecku „*wspiąć się na szczyt piramidy potrzeb Maslowa*”, ponieważ *„ta wyjątkowość i specyfika oddziaływań wychowawczych w rodzinie sprawia, że rodzina jest dla dziecka pierwszym i podstawowym, najważniejszym miejscem rozwoju, edukacji, zaspokajania potrzeb ludzkich, jak potrzeba miłości, bezpieczeństwa, uznania, samorealizacji oraz potrzeb fizjologicznych”.*

Potrzeby powyższe mogą być tylko i wyłącznie realizowane w momencie, kiedy dziecko w odpowiedni sposób uspołecznia się na przestrzeni poszczególnych faz rozwojowych. Erikson [6], jak już wspomniano, scharakteryzował etapy życia i socjalizacji człowieka w swojej teorii psychospołecznego rozwoju. Bee [7] opisując teorie Eriksona wskazuje na fakt, że: *„rozwój człowieka wynika z interakcji pomiędzy wewnętrznymi instynktami a zewnętrznymi kulturowymi i społecznymi wymaganiami” i* analizując dalej jego twierdzi, że: *„prawidłowe rozwiązanie każdego dylematu prowadzi do wzbogacenia się o szczególne cnoty, jak na przykład ufność –nieufność, nadzieje”.* W związku z tym *„rodzić musi dziecko obdarzać miłością, przewidywać jego potrzeby i nigdy go nie zawieść”,* gdyż badania wykazały, że „*niemowlęta nad którymi opieka była nieregularna i nieczuła charakteryzują się nieufnością”* [7].

Już na przykładzie tego pierwszego stadium rozwojowego widać, jak olbrzymia jest rola matki, ojca lub opiekuna, w kształtowaniu i nabieraniu cech osobowościowo-społecznych, niezbędnych do dalszego funkcjonowania w otaczającym nas świecie.

Zdaniem Cudaka [3], wychowanie dziecka w rodzinie, to zarówno „*prawo jak i obowiązek rodziców”*. Powyższa myśl jest konkluzją słów Jana Pawła II [8], który w liście do

rodzin pisze: *„Pośród tych wielu dróg rodzina jest drogą pierwszą i z wielu względów najważniejszą. Jest drogą powszechną, pozostając za każdym razem drogą szczególną, jedyną i niepowtarzalną, tak jak niepowtarzalny jest każdy człowiek. Rodzina jest tą drogą, od której nie może on się odłączyć. Wszak normalnie każdy z nas w rodzinie przychodzi na świat, można więc powiedzieć, że rodzinie zawdzięcza sam fakt bycia człowiekiem”*.

Jan Paweł II [8] w swoim nauczaniu na temat pedagogiki rodziny cały czas stawiał na podejście personalistyczne i zgodnie z nauczaniem Kościoła Katolickiego stwierdzał, że rodzice są odpowiedzialni za kształtowanie potomstwa już od momentu poczęcia, a wyraz temu dał w słowach: *„Matka już w prenatalnym okresie kształtuje nie tylko organizm dziecka, ale pośrednio całe jego człowieczeństwo (...) Chociaż proces ten przebiega nade wszystko od matki ku dziecku, to jednak odpowiada mu zarazem swoisty wpływ mającego się narodzić dziecka na matkę. Ten proces obustronny i wzajemny ujawni się z kolei na zewnątrz po przyjściu dziecka na świat*”.

Za Janem Pawłem II [8] można powiedzieć, że rezultat wychowania dziecka jest taki, jakie są więzi w rodzinie i ile w niej jest miłości wewnętrznej, gdyż to właśnie stosunki wewnątrz rodziny kształtują cały proces wychowawczy.

W tym miejscu należy także przypomnieć, że wychowanie odbywa się dwu wektorowo, ponieważ zarówno rodzice kształtują swoje potomstwo, jak i potomstwo w szczególny sposób wpływa na postawy życiowe rodziców.

Wojda [8], podobnie jak Jan Paweł II uważa, że to właśnie rodzina ma obowiązek dawania podstawowych wzorców zachowań. Autor [9] wręcz stwierdza, że to właśnie rodzina jest tym podstawowym środowiskiem, gdzie dziecko: *„uczy się odnoszenia do innych osób, panowania nad swoimi reakcjami, wyrażania uczuć. Dzięki rodzinie przyswaja sobie prawidłowe nawyki i normy postępowania. Silna tendencja do naśladowania osób z najbliższego otoczenia wymaga od rodziny nienagannych wzorów postępowania. Powinna panować konsekwencja i jednomyślność w formułowaniu nakazów i poleceń. Rodzice powinni także stopniowo umożliwiać dziecku zabawę z rówieśnikami. Wtedy pod koniec wieku przedszkolnego będzie ono potrafiło nawiązać pozytywne kontakty z innymi dziećmi”* .

Przemiany struktury rodziny Polskiej i ich wpływ na wychowanie

Okres 1945-1989

W tym okresie wyłaniał się problem związany z rodziną Polską w dobie globalizacji oraz przemian ustrojowych naszego kraju. W Polsce, za Kepskim [10] przemiany struktury rodziny, które wpłynęły niewątpliwie na wychowanie dziecka można podzielić na dwa etapy:

- pierwszy - po zakończeniu II wojnie światowej, kiedy nastąpiła migracji ludności ze wsi do miast, podobna do XIX wiecznej migracji w Anglii
- drugi - to transformacja ustrojowa i jej następstwa czyli okres od 1989 roku do 1995 czyli do czasu ustabilizowania się rynku finansowego w Polsce.

Każdy z tych okresów niewątpliwie sprawił, iż struktura rodziny uległa zmianie i już prawie nie możliwe jest spotkanie rodzin wielopokoleniowych mieszkających pod jednym dachem razem, gdzie oprócz przekazywania tradycji bardzo istotnym elementem była wewnętrzna kontrola w rodzinie oraz kontrola społeczna otoczenia. Obecnie dominującym wzorcem rodziny jest dwa plus jeden, natomiast krewni, czy tez dziadkowie znajdują się gdzieś w oddali.

W opinii Kępskiego [10], zmiany wynikające z globalizacji, jak i transformacji ustrojowej Polski zmieniły rolę rodziców, jak i ich udział w wychowywaniu dzieci. Zdaniem autora [10], do początku lat 50. XX wieku, Polska rodzina była patriarchalna i charakteryzowała się silną władzą ojca. Ojciec w takiej rodzinie był: *„dysponentem majątku rodzinnego i, w znacznym stopniu, osób - członków rodziny. Dzieci mogły wyjść z pod jego władzy po osiągnięciu pełnoletniości, która określana była przez obowiązujące prawo dość późno, np. po ukończeniu 24 roku życia."* [10]. Taka sytuacja była wynikiem zarówno agrarnego charakteru naszego społeczeństwa, jak i bardzo tradycyjnego podejścia do instytucji rodzinny. Odbudowa państwa po II wojnie światowej spowodowała oderwanie młodego pokolenia od ziemi, a społeczeństwo polskie z agrarnego zaczęło zmieniać się w industrialne. Ludność zaczęła migrować do miast, gdzie oderwana od rodzinnych tradycji zaczynała budować nową ludową rzeczywistość. Obrazowała się ona np. tym, że w wielkich kombinatach, takich jak Nowa Huta, przy tych samych maszynach pracowali przodownicy, jaki i przodowniczki pracy, co stawiało ich na równym poziomie. Kępski [9] zwraca uwagę na fakt, że pokolenie powojennej młodzieży pracującej w miastach było lepiej wykształcone od rodziców oraz miało wyższy statut materialny, co pozwalało na ich usamodzielnienie i oderwanie od wartości rodzinnych. Industrializacja społeczeństwa, jak zauważa Kępski [9] wymusiła też zmianę struktury polskiej rodziny, a drogę od rodziny patriarchalnej do partnerskiej, ukoronował nowy kodeks Rodzinny i Opiekuńczy uchwalony w 1964 roku. Dokument ten *„zapewniał zarówno żonie jak i mężowi równe prawa (czasem żonie większe) spełniał wszystkie postulaty środowisk reformatorskich. Zaistniały warunki, aby powstał nowy model rodziny w Polsce : rodzina partnerska"* [10].

Okres 1989-1995

Kolejne zmiany w strukturze rodziny, za Beisert [11], przyniósł rok 1989, kiedy to

transformacja ustrojowa sprawiła, że brak stabilności finansowej i przechodzenie z socjalizmu do gospodarki rynkowej, pozbawiło Polaków bezpieczeństwa socjalnego. Przejście to nie odbyło się bez zmiany statusu materialnego polskich rodzin, jak już wspomniano powyżej. Państwo polskie zaczęło też zmieniać podejście do rodziny jako takiej - do tej pory system zapewniał pracę oraz fasadowe bezpieczeństwo finansowe. Społeczeństwo z małymi wyjątkami żyło na podobnej stopie życiowej jednak oczekiwania poprawy bytu były sferą marzeń [11]. Rok 1989 pozwolił realizować marzenia o lepszym jutrze, jednak znaczna część społeczeństwa pomimo uzyskania wolności straciła dotychczasową stabilność ekonomiczną. Ciągła niepewność o swój byt doprowadziła do tego, że polska rodzina w okresie przemian ustrojowych zmieniła wewnętrzny charakter swojego świata wartości i stanęła w perspektywie pytania „mieć czy być" [11].

Autorzy akcji „Stawiam na rodzinę" na swojej stronie internetowej [12] zwracają uwagę, że zmiana ustrojowa sprawiła, iż: *„młodzi ludzie byli bezbronni wobec wyzwań otaczającego świata, własnych aspiracji i aspiracji ich rodziców przekazywanych im w procesie wychowywania. Światowe trendy – zakładanie rodziny w późniejszym wieku, mniejsze zainteresowanie potomstwem dotarły do Polski niezwykle szybko. Młodzi chcieli szczęścia rodzinnego, ale przekazane im wzorce przekazane przez rodziców było zdecydowanie nieadekwatne do zastosowania we współczesnym świecie – w szczególności w dużych miastach, gdzie dynamika związana z pracą, z ruchliwością społeczną, aspiracjami często była sprzeczna"* .

Zdaniem Tyszki [13] rodziny położyły większy nacisk na *„dobry status materialny oraz sukces. Coraz bardziej ceni się takie wartości jak wykształcenie, które stwarza perspektywy satysfakcjonujących dochodów i zapewnienia prestiż społeczny[…] W jednych przypadkach są to starania mające na celu zapewnienie minimum socjalnego rodzinie – w innych celem najwyższym jest zapewnienie rodzinie luksusu*". Zmiana w myśleniu polskich rodzin zmieniła także podejście do wychowywania przyszłych pokoleń. Zaczęły one inwestować w edukację dzieci i w tym okresie rozpoczął się tak zwany „bum edukacyjny" [13].

Z badań statystycznych zawartych na oficjalnym portalu promocyjnym Rzeczypospolitej Polskiej [14] wynika, że: w połowie lat 90. wyższe wykształcenie miało 6,8% ludności, policealne - 2,6%, średnie (ogólnokształcące, techniczne i zawodowe) - 50,5%, podstawowe - 33,7%, a niepełne podstawowe lub żadnego - 6,3%. Między 1988 a 2006 rokiem udział osób z wykształceniem wyższym w całej populacji zwiększył się z 6,5% do 14,6%. Odsetek osób z wykształceniem średnim wzrósł z poniżej 25% do 35%. W 2006

roku powszechność wykształcenia co najmniej średniego była w Polsce wyższa od średniej dla krajów Unii Europejskiej.

Dane przedstawione powyżej potwierdzają tezę, że razem ze zmianą ustrojową w Polsce zmieniło się również podejście rodziców w „projektowaniu" przyszłości swoim dzieciom. Już nie tak, jak w okresie 1945-1989, liczyło się wykształcenie zawodowe i średnie techniczne, tylko wyższe i to najlepiej specjalistyczne.

Tyszka [15] powołując się na Raport o sytuacji rodzin polskich z 1995 roku i na raporty Centralnego Urzędu Pracy (CUP) z 1990, 1991 oraz 1992 roku, podkreśla kolejną istotną zmianę w funkcjonowaniu polskiej rodziny: *„Zaobserwowano pogarszająca się sytuację zdrowotną naszego społeczeństwa, co wywołuje bardziej negatywne skutki w życiu rodzin. Znaczna jest liczba samorzutnych (a być może i wywołanych) poronień, a także zgonów niemowląt; zwiększa się nadumieralność mężczyzn dekompletująca rodziny, a w ostatnich czasach pojawiła się także zwiększona śmiertelność kobiet".*

Mariański [16] zwraca także uwagę na fakt, że po transformacji ustrojowej *„widoczne społecznie są alternatywne formy życia małżeńskiego: związki homoseksualne, małżeństwa grupowe małżeństwa na próbę, kohabitacja, niepełne związki wynikające z rozwodów"*. Autor [16] twierdzi także, iż wskutek upadku tradycyjnej rodziny, obecna nie jest często wstanie przeprowadzić *„podstawowych procesów socjalizacyjnych, nie potrafi już przygotować młodych ludzi do życia w społeczeństwie ani nie pomaga w wystarczający sposób w budowaniu ich tożsamości osobowej"* .

Po pierwszym maja 2004 roku przyszła kolejna rewolucja w polskiej rodzinie, ponieważ akcesja Polski do Unii Europejskiej sprawiła zawirowania wobec celów wychowawczych i struktury rodziny [17]. Wstąpienie Polski w struktury unijne sprawiło, że przed obywatelami naszego państwa otwarły się rynki pracy państw unijnych [11]. Emigracja zarobkowa sprawiła, że pojawiło się takie pojęcie jak „euro-sieroctwo" [17, 18].

Mianem eurosieroctwa psychologowie, za Kozak [19] określają „*zjawisko pozostawiania w kraju dzieci przez rodziców wyjeżdżających za granicę (...), zdaniem, dzieci pozbawione stałego kontaktu nawet z jednym z rodziców, czują się jak sieroty"*.

W opinii Milczarskiego [20] najwięcej eurosierot pochodzi ze środowisk dotkniętych trudną sytuacją materialną. Badania zrealizowane na zlecenie Rzecznika Praw Dziecka przez Wyższą Szkołę Pedagogiki Resocjalizacyjnej Pedagogium w Warszawie pokazują, że opiekę nad pozostawionymi dziećmi najczęściej sprawują dziadkowie (46%), a zdarza się, że dzieci zajmują się sobą nawzajem (2%) [20].

Roguska [19], w raporcie badania CBOS podaje, iż od 2000 do 2010 roku, co

dziesiąty dorosły Polak (10%) pracował za granicą. Biorąc pod uwagę to, że 1% badanej próby odpowiada mniej więcej 280 tys. osób w całej dorosłej populacji Polski, można szacować, że w omawianym okresie pracowało za granicą ponad 3 miliony Polaków (nie licząc tych, którzy z powodu pracy za granicą byli nieobecni w gospodarstwie domowym podczas badania i nie mogli wziąć w nim udziału). Liczba Polaków pracujących za granicą już po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej sięgała niemal 2,5 miliona (z czego blisko 2 miliony wyjechało już po akcesji). Zdecydowanie najwięcej osób, znalazło pracę w Niemczech (39%), następnie w Wielkiej Brytanii (22%), we Włoszech (11%), Holandii (9%) oraz Hiszpanii (7%) [19].

W badaniu z 2012 roku, przeprowadzonym na liczącej 1.007 osób reprezentatywnej próbie losowej dorosłych mieszkańców Polski, za Roguska [12] potwierdzono badania z 2010 roku, wskazujące iż w ciągu ostatnich dziesięciu lat co dziesiąty dorosły Polak pracował za granicą. Co setny (1%) deklarował, że obecnie jest zatrudniony poza krajem i były to osoby, które mieszkały w Polsce i dojeżdżały do pracy za granicę lub mieszkały stale za granicą, ale przebywały w kraju w czasie realizacji badania. Zdecydowana większość spośród tych, którzy w ciągu ostatniej dekady podejmowali pracę za granicą, pracowała poza krajem w okresie, kiedy Polska była już członkiem Unii Europejskiej, przy czym 72% wyjechało za granicę już po akcesji, a co dziesiąty, jeszcze przed 1 maja 2004 roku, ale kontynuował pracę po przystąpieniu Polski do UE [21].

W roku 2012, podobnie jak w 2010, najpopularniejszym celem wyjazdów zarobkowych Polaków były Niemcy, gdzie zatrudnienie znalazła więcej niż jedna trzecia respondentów, którzy w ostatniej dekadzie pracowali (lub pracują obecnie) za granicą (36%). Drugim najważniejszym kierunkiem migracji była Wielka Brytania, gdzie w ostatnim dziesięcioleciu pracowała więcej, niż co piąta osoba zarobkująca za granicą (21%), a następnie Holandia (12%), Norwegia (8%), Stany Zjednoczone (8%), Włochy (7%), a także we Francja (6%) [17]. Zainteresowanie zatrudnieniem za granicą wyrażała jedna piąta dorosłych Polaków. Połowa z nich (co stanowi 11% ogółu badanych) podjęła już lub zamierzała podjąć, realne starania o uzyskanie takiej pracy. Pozostali deklarowali, że byliby nią zainteresowani, gdyby dostali propozycję zatrudnienia, ale sami nie zamierzają o to zabiegać. W ciągu ostatniego roku zainteresowanie pracą za granicą wzrosło [21].

Wiele rodzin w związku z wyjazdem za granice stało się więc rodzinami nie pełnymi, a pamiętać należy, iż brak ojca bądź matki może doprowadzać do dysfunkcji w rodzinie i sprawić, że dorastające dziecko nie będzie posiadało odpowiednich wzorców do naśladowania.

Ks. Paszkowski [22] zwraca uwagę, iż rozłąka małżeńska i rodzinna zaburzają funkcjonowanie wspólnoty rodzinnej: stają się przyczyną oziębienia stosunków między małżonkami, wzrasta niepokój i niepewność o przyszłość rodziny, pojawiają się zakłócenia w procesie socjalizacji – nerwowość i apatia dzieci, osłabienie intensywności urodzin i w konsekwencji rozpad małżeństw.

Kozak [19] w związku z opuszczeniem doświadczanym przez dziecko, także dostrzega liczne konsekwencje, takie ja np.: psychologiczne (dotyczące trudności powstających w obszarze poczucia własnej przynależności, poczucia bezpieczeństwa w relacjach, braku poczucia bliskości) oraz pedagogiczne (np. pogorszenie wyników w nauce, trudności z zachowaniem dostosowanym do zasad funkcjonowania w społeczeństwie np. kradzieże, uzależnienia).

Kepiński [23] słusznie zauważył, że „*dziecko, kładąc się do snu, nie chce zerwać kontaktu z realną rzeczywistością, trzyma za rękę matkę lub ojca, a gdy ich nie ma, przytula do siebie swego misia*".

Przekaz między generacyjny a wychowanie w rodzinie

Wcześniej już wspomniano, że rodzina uważana jest za pierwsze i najważniejsze środowisko w życiu dziecka. To bowiem rodzice przekazują pierwsze wzorce do naśladowania, to w rodzinie dziecko nawiązuje pierwsze kontakty z innymi ludźmi i zdobywa pierwsze doświadczenia. W związku z tym, to jacy są rodzice, jakie prezentują postawy wychowawcze oraz jaką stwarzają atmosferę wychowawczą w rodzinie rzutuje na to, jakie dziecko wychowają.

Jednym z istotnych czynników kształtujących osobowość dziecka są zdaniem Ziemskiej [19] postawy wychowawcze rodziców.

Makarovič [cyt. za 24], wyróżnia kilka typologii postaw rodzicielskich, takich jak:

- *typ monarchiczny* - gdzie władza rodzicielska znajduje się w "rękach" matki, ale z reguły jest to władza życzliwa,
- *typ demokratyczny* - dziecko ma prawo do dużej niezależności, ale w sytuacji trudnej, może liczyć na pomoc matki,
- *typ tyraniczny* - matka ma dużą władzę, przez co dziecko nie może spełniać swoich pragnień; matka wykorzystuje dziecko jako narzędzie dzięki, któremu może osiągać własne cele,
- *typ anarchiczny* - matka nie przejmuje się sytuacją swojego dziecka, dlatego zezwala mu na dużą niezależność; dziecko nie może liczyć na pomoc w sytuacji trudnej.

Ziemska [24] dzieli postawy rodzicielskie na właściwe i niewłaściwe. Do

właściwych postaw zalicza [24]:

- *akceptację* - czyli przyjęcie - kochanie dziecka niezależnie od jego możliwości, dysfunkcji, usposobienia, osobowości, trudności - rodzice akceptujący, nie ukrywający przed dzieckiem swoich uczuć, okazujący mu miłość i tolerancję, starający się zaspokoić jego potrzeby, dający mu poczucie bezpieczeństwa i uznania, upominający je i dający do zrozumienia, że to co robi w tej sytuacji jest złe, jednak nie dopuszczający do dziecka uczucia, że zła jest jego cała osobowość, kochający je za to, że jest, nawet w sytuacji gdy dziecko zachowuje się nagannie
- *uznanie praw dziecka w rodzinie jako równych* - rodzice akceptujący i ustosunkowujący się do aktywności dziecka, zawsze mający na względzie jego poziom rozwoju i umiejętności, nie stosujący kar i wymuszeń, ale tłumaczący dziecku, wyjaśniający mu co jest dobre i pożądane, zapewniający mu odpowiedni zakres swobody i indywidualności
- *współdziałanie z dzieckiem* - świadczy o tym, iż rodzice świadomie wciągają dziecko do życia rodzinnego, mając przy tym na względzie jego możliwości rozwojowe, są aktywni w nawiązywaniu kontaktu i we współdziałaniu z dzieckiem, gotowi pomóc, wyjaśnić dziecku, ale także uczący go samodzielności i umiejętności poszukiwania
- *rozumną swobodą* - rodzice utrzymujący autorytet oraz kierujący dzieckiem, ale równocześnie dający mu poczucie swobody i pozwalający na samodzielną zabawę z dala od nich

Do grupy postaw niewłaściwych Ziemska [24] zalicza:

- *postawę nadmiernie wymagającą* - rodzice pragnący mieć idealne dziecko, co prowadzi do tego, iż nie liczą się z jego potrzebami oraz możliwościami - stale krytykują dziecko, poprawiają oraz uzupełniają, traktują z pozycji autorytetu, bez jakichkolwiek praw
- *postawę unikającą* - rodzice mało interesujący się dzieckiem i jego problemami, często zaniedbujący nawet podstawowe, biologiczne potrzeby - kontakt z dzieckiem jest pozornie dobry i maskowany poprzez obdarowywanie dziecka wieloma prezentami, zauważyć można niedbałość o bezpieczeństwo, niekonsekwencję w stawianych wymaganiach; nie angażuje się dziecka do spraw życia rodzinnego
- *postawę nadmiernie chroniącą* - rodzice w każdej sytuacji życiowej znajdują zagrożenie dla dziecka i starają się je przed nim uchronić, w ten sposób paraliżują wszelką samodzielną działalność dziecka, jest ono uważane za wzór doskonałości i

wychowywane jest bezkrytycznie, a rodzice ulegają dziecku za każdym razem i spełniają jego każde życzenie

- *postawę odtrącającą* - rodzice są niechętni lub nawet wrodzy względem swojego dziecka, żywią wobec niego uczucie rozczarowania i zawodu, demonstrują wobec niego zachowania negatywne i otwarcie go krytykują, stosują surowe kary zastraszenia, nakazy i zakazy, zupełnie nie tolerują jego wad i nie biorą pod uwagę stopnia rozwoju.

Szczepańska [25] podkreśla, że większość (56%) badanych, ze 870 osób reprezentatywnej próby losowej dorosłych mieszkańców Polski, spoglądając wstecz na swoje życie dostrzegało pozytywny wpływ dziadków i babć. Respondenci najczęściej twierdzili, że dzięki babciom i dziadkom mają poczucie, że są kochani (61%). W większości deklarowali również, że otrzymali od nich podstawy wiary religijnej (59%) i zasady moralne (58%). Dziadkowie i babcie, to także źródło wiedzy o dziejach rodziny (dla 55% ogółu ankietowanych), o niektórych wydarzeniach historycznych (46%) oraz patriotyzmie (49% uczyło się od nich miłości do ojczyzny) [20]. Nieco ponad połowa Polaków (53%) twierdziła, że dziadkom zawdzięcza takie cechy charakteru, jak: samodyscyplina, pracowitość, obowiązkowość i silna wola, a dwie piąte (40%) – że dziadkowie nauczyli ich różnych praktycznych umiejętności. Co piąta osoba (21%) zawdzięczała im jakieś hobby lub kontynuowała ich zainteresowania. Mniejszą liczebnie grupę stanowili ankietowani, którzy otrzymali od dziadków mieszkanie (13%) bądź odziedziczyli po nich spadek (7%). Duży wpływ dziadków na wnuki wynikał między innymi z tego, że niemal połowa dorosłych Polaków (47%) właśnie swoim babciom i dziadkom zawdzięczała opiekę i wychowanie [25].

Role dziadków ulegają zmianie wraz z przemianami struktury i funkcji rodziny. Obejmują one w mniejszym lub większym stopniu zarówno czynności konstytuujące płaszczyznę behawioralną tych ról, jak i dotyczące ich oczekiwania, samych aktorów oraz osób, wśród których i wobec których są one pełnione. Rosnące znaczenie dziadków we współczesnych polskich rodzinach znajduje odzwierciedlenie w świadomości społecznej, co wykazują raporty np. z badań Centrum Badania Opinii Społecznej.

Wyniki badań przeanalizowanych przez Wciórkę [26], na reprezentatywnej próbie losowej 1.022 dorosłych Polaków, w odniesieniu do postrzegania osób starszych w roli dziadków, wykazały, że: zdecydowana większość (87% badanych) uważała, że ludzie starsi są potrzebni społeczeństwu, przy czym częstsze było takie przekonanie wśród młodszych, niż wśród samych seniorów. Niemal powszechne było docenianie roli starszych osób w rodzinie, ponieważ spośród uważających osoby starsze za potrzebne: 97% badanych stwierdziło, że

mają oni czas dla wnuków, podczas gdy rodzice intensywnie pracują, a 90% wyraziło przekonanie, że dziadkowie pomagają finansowo dzieciom i wnukom [26].

Według cytowanych badań [26] - 66% dorosłych Polaków oczekiwało pomocy od dzieci i wnuków, kiedy pomoc taka stanie się niezbędna, ale w warunkach zachowania własnego gospodarstwa domowego, a tym samym przynajmniej częściowej niezależności. Jedynie 12% chciałoby dzielić mieszkanie z dziećmi/wnukami wówczas, kiedy ze względna wiek i stan zdrowia będą mieli trudności w samodzielnym prowadzeniu gospodarstwa domowego [26].

W badania Kowalczuk [27] wykazały, że blisko trzy czwarte dorosłych Polaków (72%) miało poczucie, że coś zawdzięcza swojej babci lub dziadkowi. Co szósty (16%) twierdził, że nie ma im nic do zawdzięczenia, a co dwunasty (8%) nigdy nie poznał lub nie pamięta swoich dziadków. W odniesieniu do roku 2000 i 2007 roku, zdecydowanie więcej badanych deklarowało, że odczuwa wobec dziadków wdzięczność. Zmniejszyła się natomiast zarówno liczba respondentów, którzy mają odmienne zdanie na ten temat, jak i tych, którzy w ogóle nie znali swoich dziadków. Potwierdza to zdaniem autorki [27] wyrażaną już wcześniej opinię, że w Polsce wzrasta rola dziadków, co dzieje się tak najprawdopodobniej dlatego, że zwiększa się ich udział w wychowaniu wnuków.

Rola ojca w wychowywaniu dzieci

W opowiadaniach starożytnego Wschodu, za Truszkowską [28] „*przedstawiano specyfikę ojcowskiego uczucia do dziecka, porównując miłość ojców do słońca, które ogrzewając ziemię decyduje o wydawaniu przez nią plonów i same rośliny pobudza do rozwoju, jest potrzebny w życiu dziecka dla jego prawidłowego rozwoju i pobudzania jego aktywności*.” Miłość matki porównywano do ziemi, gdyż była ona potrzebna tak jak dobra gleba roślinie [28].

Już Freud [29] pisał: *nie potrafię wskazać na żadną inną potrzebę dzieciństwa równie silną jak potrzebę ojca”,* a Kłapa, za Truszkowską [30] twierdził, że *"trudno być dobrym człowiekiem, bardzo trudno być dobrym mężem, najtrudniej być dobrym ojcem"*. Sarte [31] był przekonany, że „*matki dają naszemu duchowi ciepło a ojcowie – światło”,* a Busch [32], że „*ojcem zostać łatwo, znacznie trudniej nim być”*.

Zbyrad [32] zwraca uwagę, iż współcześnie rola mężczyzny, zwłaszcza w życiu rodzinnym uległa osłabieniu, a źródeł utraty silnej pozycji męża i ojca upatruje w zdobyciu przez kobietę niezależności ekonomicznej (z uwagi na pracę zawodową), w pozbawieniu mężczyzny funkcji kierowniczej w rodzinie (utraty przywileju głowy rodziny) oraz w możliwościach technologicznych umożliwiających poczęcie dziecka bez udziału mężczyzny.

Zmiany te w opinii autorki [33] prowadzą do wielu negatywnych skutków łącznie ze spychaniem mężczyzny na margines życia rodzinnego i aby to udowodnić, wystarczy jej zdaniem sięgnąć do rodziny tradycyjnej i porównać ją z rodziną współczesną.

W starożytności, za Zawisza-Smejlis [34] ojciec miał nieograniczoną władzę nad członkami swojej rodziny, a w judeochrześcijańskiej tradycji - był przedstawicielem Boga na ziemi.

W XVII wieku [34] pozycja ojca nadal była niekwestionowana, a w oświeceniu zwiększyło się znaczenie jego relacji uczuciowej w rodzinie oraz podkreślona jego rola wychowawcza.

Władzę ojcowską [34] zaczął tracić mężczyzna wraz z rewolucją francuską, w kolejnych stuleciach ów proces zaczął się pogłębiać, a zmiany cywilizacyjne, jakie dokonały się na przełomie XIX i XX wieku, dodatkowo jeszcze zachwiały jego autorytet.

W rodzinach tradycyjnych epoki preindustrialnej, za Adamski [35], mąż i ojciec miał mocną pozycję, tzw. patriarchat. Mężczyzna będąc głową domu, absolutnym władcą w rodzinie (podobnie, jak monarcha w państwie absolutnym), był przez wszystkich domowników nazywany ojcem, nawet jeśli był bezdzietnym kawalerem. Ponosił całkowitą odpowiedzialność za wszystko co działo się w domu, łącznie z opieką nad dziećmi i ich wychowaniem [1]. Stanowił wzór męskich cech osobowości, uosabiał odwagę i siłę fizyczną. Dzieci czuły głębokie zobowiązanie do czci i szacunku wobec niego [1, 35, 34]

Na przestrzeni wieków, za Ratyński [36], ojciec przeszedł z „*centrum na peryferie życia rodzinnego" (...) władca zrzucail swe atrybuty i stał się poddanym żonie – typ rodziny mamizm, bywa że i dzieciom – typ rodzinny króla Maciusia"*.

Socjologowie, za Giddens [37], od końca lat 30-tych XX wieku do lat 70-tych, zaobserwowali trend, którym stało się zjawisko tzw. ojca nieobecnego, czyli skupionego na pracy zarobkowej, widującego swoje dzieci jedynie późnymi wieczorami i podczas weekendów. Obecnie to pojęcie nadal jest żywe, jednakże jego przyczyną jest nie tylko praca, ale wzrastająca ilość rozwodów i separacji. Szendlak [38] zauważa, iż w połowie lat 60-tych w Stanach Zjednoczonych ze swoimi dziećmi żyło 6 na 10 ojców. Pod koniec lat 90-tych była to już mniejszość – 45%. W takich sytuacjach, za Giddens [37] wielu ojców straciło kontakt z dziećmi.

Zwraca się też uwagę na upadek samej idei ojcostwa, gdyż wiele dzieci dorasta bez autorytetów, co z kolei prowadzi do problemów z akceptacją norm społecznych w życiu dorosłym, czy nieumiejętności zawierania dojrzałych związków uczuciowych [37]. Część badaczy, za Giddens [80] podkreśla, że nie o to chodzi, czy ojciec jest w domu, ale o to, w

jakim stopniu uczestniczy w życiu rodzinnym i obowiązkach rodzicielskich. Ważna jest jakość opieki, wsparcia i uwagi, jaką dzieci otrzymują od swoich ojców [37].

W Polsce, za Boguszewski [39], od początku lat dziewięćdziesiątych, wraz z przemianami ustrojowymi oraz ściśle się z tym łączącymi przeobrażeniami w świadomości społecznej i zmianami w funkcjonowaniu współczesnych rodzin, intensywnie wzrosła liczba rozwodów. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) [cyt. za 39], w roku 1991 orzeczono ich 33,8 tys., w 1995 – 38,1 tys., a w 2000 roku – 42,8 tys. Od tego czasu daje się zauważyć jeszcze bardziej intensywny i systematyczny wzrost liczby postanowień sądów o rozpadzie małżeństwa – z 45,4 tys. w 2002 roku do 56,3 tys. w 2004 roku, 67,6 tys. trzy lata temu i 71,9 tys. przed dwoma laty. Dane GUS [XII] wskazują, że w 2011 roku rozwiodło się prawie 65 tys. par małżeńskich, czyli o ponad 3 tys. więcej niż rok wcześniej, a współczynnik rozwodów się zwiększył (o 0,1 pkt.) i wyniósł 1,7‰. W latach 1990-2002 orzekano ok. 40-45 tys. rozwodów rocznie, po czym nastąpił gwałtowny wzrost - do 72 tys. w 2006 roku, a obecnie orzekanych jest ok. 65 tys. rozwodów rocznie. W 2010 roku na każde 10 tys. istniejących małżeństw 68 zostało rozwiązanych na drodze sądowej, podczas gdy na początku lat 90-tych było ich niespełna 50. W miastach intensywność rozwodów była ponad 2-krotnie wyższa niż na wsi i wynosi – odpowiednio: 88 i 37 na 10 tys. istniejących małżeństw.

W opinii Ziemskiej [40] ojcowie mają zazwyczaj określone wyobrażenie dotyczące wzorowej rodziny, wzorowego ojca, wzorowej żony, czy wzorowego dziecka, jednakże istnieje kilka elementów decydujących o efektywności pełnienia ojcowskiej roli, takich jak:

- przeświadczenie o ważności roli ojca w rodzinie (to, czy ojciec jest przekonany, że jego rola jest ważna, a nie drugorzędna w stosunku do innych ról, jakie pełni, np. roli pracownika, męża)
- stopień identyfikacji z rolą (czy ojciec ma poczucie, że nikt nie może go zastąpić w wypełnianiu ojcowskich obowiązków, czy nie uważa, że może być zastąpiony w realizacji swoich zadań w rodzinie przez żonę)
- treść motywacji życia rodzinnego (czy ojciec uważa, że wspólnie z żoną realizują cele rodziny, którą założyli, jako całość, czy też cele osobiste, własne plany i aspiracje).

W literaturze przedmiotu [35, 47, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 24, 40, 53] wspomina się, że ojciec spełnia minimalną rolę w wychowywaniu córek, przede wszystkim dlatego, iż proces ten jest przedmiotem oddziaływań matek. Matka często jest dla syna wzorem kobiety, a ojciec dla córki wzorem mężczyzny. Pod wpływem autorytetu ojca i jego cech osobowości takich jak: siła charakteru, odwaga, cierpliwość, odpowiedzialność,

sprawiedliwość, konsekwencja, opiekuńczość, a także jego stosunku do matki - kształtują się wyobrażenia córki o mężczyźnie, jego roli wobec kobiet, pozycji w społeczeństwie i w rodzinie [35, 47, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 24, 40, 53].

Truszkowska [33] podkreśla, iż „ *rola ojca nie polega na zastępowaniu matki w rodzinie czy utożsamianiu się z jej zadaniami wychowawczymi, ale na udzielaniu jej moralnego poparcia i wzmacnianiu jej autorytetu u dzieci, wychowywaniu przy udziale specyficznych męskich cech”*.

Obecnie, za Przetacznik-Gierowska i Makiełło-Jarża [54] coraz częściej zaczyna się doceniać znaczenie interakcji między ojcem, a niemowlęciem. Autorki [54] podają, iż w badaniach nad zachowaniem dzieci 7- i 8-miesięcznych w interakcji z rodzicami stwierdzono, że reakcje na widok ojców były znacznie żywsze, niż na widok matek.

W piśmiennictwie [35, 47, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 24, 40, 53] zwraca się uwagę, iż najważniejszy okres kształtowania się osobowości dziecka, to czas między ósmym, a dwunastym miesiącem jego życia i obecność ojca w tym czasie, ma zasadnicze znaczenie.

Badania przeprowadzone przez Hoffmana [cyt. za 55] wskazują, iż nieobecność ojca odbija się szczególnie niekorzystnie na rozwoju moralnym synów. Chłopcy przejawiali w mniejszym stopniu poczucie winy po przekroczeniu różnego rodzaju norm. Inaczej sytuacja wyglądała wtedy, gdy ojciec liczył się z opinią dziecka - uczucia moralne były wówczas rozwinięte wszechstronnie zarówno u dziewcząt, jak i chłopców [cyt. za 55].

Po drugiej wojnie światowej Gardner [cyt. za 49] prowadził badania dotyczące cech ojca, które podobały się chłopcom oraz tego, co wpływało na ich postawę wobec ojca. W tym celu przebadano 388 dzieci w wieku od 9 –15 lat w Nowym Yorku. Badani obydwu płci wytykali ojcom min.: późne powroty do domu, wybuchy gniewu i złości, częste wymierzanie kary. Do pozytywnych cech zaliczali: otrzymywanie kieszonkowego i prezentów, częste przebywanie w towarzystwie ojca, wspólne wycieczki. Dzieci wyraziły pragnienie przebywania z ojcem, rozmowy, obdarzania ciepłem i miłością [cyt. za 49].

Zdaniem Braun-Gałkowskiej [42, 43, 44] brak postawy opiekuńczej u ojca wpływa na dziecko gorzej, niż jego nieobecność w domu.

W pierwszych latach życia, za Delumcau i Roch [56] ojciec wraz z matką odgrywa podstawową rolę w kształtowaniu osobowości dziecka, ponieważ: „*zapewnia dziecku przestrzeń przejściową, w ramach której może ono zaprawiać się do uczestnictwa w działalności na świecie*.” Duży wpływ na dziecko ma bezpośredni kontakt z nim przez dotyk -

to czy np. ojciec bierze dziecko na ręce, podnosi do góry, patrzy na niego, zachęca do zabawy, służy pomocą, wspiera, zapewniając mu tym bezpieczeństwo [64].

Liczni autorzy [35, 47, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 24, 40, 53] podkreślają, iż do odpowiedzialnego ojcostwa należą:

- samowychowanie siebie do pełnienia roli ojca
- wybór żony – matki dla swych dzieci i troska o stały jej rozwój
- stworzenie warunków do przyjęcia dziecka (założenie rodziny), zaplanowanie i udział w poczęciu, towarzyszenie w rozwoju dziecka do porodu, udział w porodzie
- udział w wychowywaniu dzieci, uczenie ich rozumienia świata
- wprowadzanie dzieci w świat dorosłych
- wprowadzanie w domu zasad dających poczucie bezpieczeństwa i stabilności
- przewodzenie rodzinie aż do czasu wyjścia dziecka z domu.

W piśmiennictwie [56, 57] podkreśla się także, iż biorąc pod uwagę cechy psychiczne ojca można powiedzieć, że jest on wiele mniej lękliwy od matki, jest dla dziecka przykładem, wzorem odwagi, która jest niezbędna do pokonywania trudności przez dziecko w przyszłym okresie życia.

Ojciec, za Pellegrino [57] staje się dla dziecka prawdziwym *„mostem niezastąpionym w okresie przechodzenia od dzieciństwa do wieku dojrzałego*".

W opinii Lach i Szczupal [58], to właśnie ojcowie odznaczają się na ogół większą stanowczością i surowością, a pozytywny wpływ na dzieci tych cech jest uwarunkowany współwystępowaniem innych dyspozycji, takich jak opiekuńczość i zrozumienie. Zdaniem autorów [48] ojcowie, których charakteryzuje czułe i opiekuńcze nastawienie do dziecka, wpływają na ukształtowanie się w nim dużej odporności na pokusy, postaw altruizmu i ułatwiają rozwój uczuć wyższych.

W opinii Mezzeny [59] ojciec pomaga przejść dziecku od fazy statycznego spokoju i poczucia bezpieczeństwa, do dynamicznego rozwiązywania napotkanych problemów, dodaje otuchy i uczy niezależności, przygotowuje dziecko na niebezpieczeństwa, pomaga mu dokonywać samodzielnych wyborów, zachęca do działania, uczy odpowiedzialności.

Stosunek ojca do dziecka, za Pospiszyl [55] zależy w dużej mierze od typu organizacji rodziny, a im rodzina większa i wyraźniej w niej zaznaczona dominacja ojca, tym stosunek ojca do dzieci jest bardziej odległy, a jego zachowanie surowsze. Im rodzina mniejsza i gdy w relacjach między rodzicami oraz między ojcem i dziećmi nie ma dominacji, tym większa jest bliskość emocjonalna między członkami rodziny [55]. Autor [55] uważa, że dziecko, aby było

zaakceptowane przez ojca, musi się podporządkować jego autorytetowi, gdyż to właśnie ojciec zachęca je do ryzyka, do podejmowania różnego rodzaju działań, które mogą mu się wydawać za trudne, ale stają się możliwe dzięki jego zachęcie

Ziemska [24,40] podkreśla, iż „o*jcowie często nie zdają sobie sprawy z tego, jak bardzo spostrzegawcze są ich dzieci, i1e myśli i uczuć budzi w nich osoba ojca, jakie myśli i uczucia łączą się u nich z obrazem ojca*", stąd zdaniem autorki istotny jest stosunek ojca do matki. Młodzi ludzie oceniają bowiem całość zachowań ojca w życiu rodzinnym, stąd okazując szacunek matce, ojciec uczy dzieci poszanowania godności kobiety: chłopców - szanować dziewczęta, a dziewczętom wskazuje potrzebę szacunku dla własnej kobiecości [24,40].

Szczególnym wyzwaniem dla rodziców jest wychowanie dziecka niepełnosprawnego.

W literaturze przedmiotu [60, 61 62] opisywane są przypadki, że z zadań wpisanych w rolę rodzicielską znacznie częściej nie wywiązują się ojcowie, niż matki. Ojcowie nie przeżywają niepełnosprawności dziecka w mniejszym stopniu niż matki, jednak czynią to bardziej powściągliwie. Uważa się, iż postawę ojców w procesie wychowawczym dziecka niepełnosprawnego można odnieść do koncepcji rozwoju psychospołecznego Eriksona, według której w każdym okresie życia człowieka może nastąpić kryzys psychospołeczny związany z pojawieniem się nowych potrzeb, nowych wymagań stawianych człowiekowi przez otoczenie [60,61,62]. Kryzys, według Eriksona [6], ma charakter rozwojowy, nie jest dla człowieka katastrofą, ale punktem zwrotnym w dotychczasowym życiu, a jego pomyślne rozwiązanie wyznaczają następujące czynniki: ufność, autonomia, inicjatywa, pracowitość, tożsamość, intymność, generatywność oraz integralność, a także opanowanie przez osobę nowej funkcji, umożliwienia radzenie sobie z wymaganiami w kolejnych etapach życia.

Niektórzy autorzy [60,61,62] podkreślają, iż „*w postawie ojcowskiej wobec dziecka z niepełnosprawnością zdrowa tożsamość przejawia się świadomością faktu uczestnictwa w procesie opieki, rehabilitacji i wychowania dziecka od chwili narodzin*" i zauważają, że wczesny kontakt ojca z niepełnosprawnym dzieckiem powinien rozpocząć się od poznawania jego potrzeb i oczekiwań oraz od uczenia się adekwatnego reagowania na te potrzeby. Ojciec powinien uczestniczyć w codziennych czynnościach opiekuńczych i pielęgnacyjnych, w dalszym etapie rozwoju dziecka powinien pomóc w rozpoznawaniu i ukazywaniu dziecku jego możliwości oraz tego, co jest dla niego osiągalne, w związku ze specyfiką niepełnosprawności [60,61,62].

Meyer [54] zbadał jakie zmiany zachodzą w życiu ojców po przyjściu na świat dziecka niepełnosprawnego i wykazał, iż dla niektórych jest to wyzwanie pozwalające im

rozwinąć uprzednio nieznane aspekty swojej osobowości, a dla innych wiąże się ze stałym, niemalejącym stresem, powodującym dezorientację w celach życiowych oraz zmiany w modelu pracy.

W literaturze przedmiotu [29, 65] wyróżniają dwa podstawowe typy miłości ojcowskiej:

- bezwarunkową (*unconditional*) - ojcowie charakteryzują się całkowitym, krańcowym poświęceniem, poprzez akceptację wszystkiego co robi dziecko oraz cierpliwe wspieranie wszystkich jego działań i dążeń
- przekształcającą (*transforming*) - ojcowie uważają, iż przez czyny zmieniające otoczenie (np. zmiana wystroju pokoju dziecka, budowanie specjalnego sprzętu do zabawy w ogrodzie) mogą w sposób znaczący zmienić swoje niepełnosprawne dziecko, podwyższyć jego możliwości życiowe.

Pamiętać należy, że ojciec odgrywa szczególną rolę w procesie wychowywania dzieci. Badania, za Kluczyńska [66] pokazują różnice w zakresie opieki nad dzieckiem między matką, a ojcem. Matki częściej skoncentrowane są na opiece, podczas gdy w relacjach ojcowskich dominuje zabawa. Męskość jest często kojarzona z niezależnością i sugeruje się, że tego właśnie ojcowie uczą swoich synów i córki, podczas gdy matki częściej określają się jako zbyt opiekuńcze i nadmiernie martwiące się o dzieci. Ojcowie bardziej aktywnie spędzają czas wolny z dzieckiem (wycieczki, spacery, udział w meczach, jazda na rowerze), aniżeli matki (koncentracja na opiece), co tym samym ma większą wartość dla dzieci [66].

Mac [67] prowadząc badania w domu rodzinnym młodocianych przestępców wykazała, że relacje dziecka z ojcem mają ogromne znaczenia w życiu zwłaszcza dorastających synów. Z badań autorki [67] wynikała, iż ojcowie młodocianych przestępców mało zajmowali się synami w okresie poniemowlęcym oraz przedszkolnym. Matki przyznawały, iż mężowie nie interesowali się synami, a nawet występowały sytuacje, że przez większość dnia ojca nie było w domy, w związku z czym rzadko widywał syna [67].

Na relacje ojciec–córka uwagę zwróciła Błaszczyk [68], twierdząc, że w okresie dzieciństwa, obecność ojca i jego relacja z córką pomaga w rozwinięciu samodzielnego „ja" dziecka, ponieważ umożliwia on córce przejście od fazy statycznego spokoju i poczucia bezpieczeństwa, do dynamicznego rozwiązywania napotykanych problemów. Zdaniem autorki [68] obecność i miłość ojca stanowią zachętę do dalszego rozwoju osobowości dziecka i wytyczają kierunek, w jakim ten rozwój ma następować. Ojciec staje się także dla niej modelem męskości, co pozwala poznawać specyficzne cechy płci odmiennej [68].

W piśmiennictwie [69, 70] podkreśla się, iż wiele kobiet popełnia błędy odsuwania

męża na plan dalszy, gdy pojawi się dziecko. Odsuwanie męża i ojca od opieki nad dzieckiem widoczne jest zwłaszcza w sytuacji narodzin niepełnosprawnego dziecka. Potwierdzają to wypowiedzi matek, które często przyznają, że były zbyt opiekuńcze wobec dziecka, ograniczając dostęp męża, który z biegiem czasu „wycofywał" się z opieki nad dzieckiem, a w konsekwencji opuszczał rodzinę. Całe ich życie rodzinne zaczyna koncentrować się wokół dziecka, po czym po usamodzielnieniu dzieci, pozostaje tzw. syndrom opuszczonego gniazda [69, 70].

Piśmiennictwo

1. Szacka B.: Wprowadzenie do socjologii. Oficyna -W" Naukowa, Warszawa, 2008.
2. Kiereś B.: Rodzina w kulturze [w:] Małżeństwo o rodzina w życiu i rozwoju człowieka Gryżeń K. (red.), Wyd. UKSW, Warszawa, 2009, 17-26.
3. Cudak H.:. Wychowanie dzieci we wspólnocie rodzinnej w naukach Jana Pawła, Pedagogika Rodziny, 2006, 1, 19 -28.
4. Tischner J.: Wobec wartości. Wyd. W drodze, Poznań, 2001.
5. Izdebska J.: Rodzina – podstawowe środowisko życia dziecka [w:] Dziecko w rodzinie i w środowisku rówieśniczym Izdebska J. (red.).,Wyd. Trans Humana, Białystok, 2003, 70 -88.
6. Erikson E.H.: Childhood and Socjety. Norton & company, INC. NY, 1963, 248-250.
7. Bee H.: Psychologia rozwoju człowieka, Wyd. Zysk i S-ka, Poznań, 2005.
8. .http://www.sp9.lm.pl/Artykuly/Zespol%20wypalania%20sie%20sil.pdf, data pobrania 6.07.2012
9. Wojda E.: Przygotowanie dziecka do podjęcia nauki szkolnej. Życie Szkoły, 2001, 3, 148-153.
10. Kępski Cz.: Rodzina w Polsce w okresie transformacji ustrojowej a przemiany ekonomiczne i społeczne (wybrane problemy), Pedagogika Rodziny, 2008, 1, 28-45.
11. Beisert M.: Przemiany współczesnej rodziny polskiej, Rocznik Lubuski, 2006, 32, 19-37.
12. http://www.postawnarodzine.pl/, data pobrania 6.07.2012.
13. Morgan S.: An illustrative case of high-empathy teachers, J. Hum,. Educ. Dev., 1984, 1, 143-148.
14. http://www.kbroszko.dominikanie.pl/jp2_list_do%20_rodzin.html\, data pobrania 6.07.2012

15. Morgan S.: A model of the empathic process for teachers of emotionally disturbed children, Am. J. Orthopsych., 1979, 3, 446-453.
16. Mariański J.: Kryzys moralny czy transformacja wartości?, Wyd. Towarzystwa Naukowego KUL, Lublin, 2001.
17. Kozdrowicz E., Walczak B.: Szkoła wobec mobilności zawodowej rodziców i opiekunów. Wyd. Centrum Metodycznego Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, Warszawa, 2008.
18. Nowak M., Gawęda A., Janas-Kozik M.: Zjawisko eurosieroctwa a kierunki pracy terapeutycznej i leczenia psychiatrycznego – prezentacja przypadku, Psychiat. Pol., 2012, 46, 295-304.
19. Kozak S.: Patologia eurosieroctwa w Polsce: skutki migracji zarobkowej dla dzieci i ich rodzin. Wyd. Delfin, Warszawa, 2008.
20. http://www.pwt.wroc.pl/utw/pliki/utw_wyklad_13.pdf
21. Roguska B.: Praca Polaków za granicą. Raport CBOS BS/160/2010, Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa, 2010, 12,1-9.
22. http://szukaj.cytaty.info/cytaty/ojciec...htmm, data pobrania 6.07.2012
23. http://www.edukacja.edux.pl/p-881-rola-ojca-w-zyciu-rodziny-referat-na-zebranie.php, data pobrania 6.07.2012
24. Roguska B.: Wyjazdy zarobkowe za granicę. Raport CBOS BS/149/2012, Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa, 2012, 12,1-10.
25. Ziemska M.: Postawy rodzicielskie, Wyd. Wiedza Powszechna, Warszawa, 1973.
26. Szczepańska J.: Co im zawdzięczamy? Opinie w przeddzień święta babć i dziadków. Raport CBOS: BS/3/2008, Warszawa, 2008, 1-8.
27. Wciórka B.: Polacy wobec ludzi starych i własnej starości, Raport CBOS: BS/157/2009, Warszawa, 2009, 1-13.
28. Zbyrad T.: Rola ojca w rodzinie wczoraj i dziś. O potrzebie reaktywacji ojcostwa. http://www.pedkat.pl/images/czasopisma/po1/art18.pdf , data pobrania 6.07.2012.
29. Kowalczuk K.: Rola dziadków w naszym życiu. Raport CBOS BS/ 8/2012, Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa, 2012, 1, 1-8.
30. Podstawowe informacje o sytuacji demograficznej Polski w 2011 roku, GUS, http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/l_podst_inf__o__syt_demograficznej_2011.pdf, data pobrania 7.01.2013
31. http://www.pedkat.pl/images/czasopisma/po1/art18.pdf , data pobrania 6.07.2012.
32. http://www.postawnarodzine.pl/, data pobrania 6.07.2012.

33. Freud Z.: Wstęp do psychoanalizy, PWN, Warszawa, 1977.
34. Zawisza-Smejlis J.: Rola ojca w procesie wychowania dziecka niepełnosprawnego [w:] Rodzina wobec zagrożeń, Duda M. (red.), Wyd. PAT, Kraków, 2008, 189-197.
35. Adamski F.: Rodzina. Wymiar społeczno-kulturowy. Wyd. UJ., Kraków, 2002
36. Ratyński W.: Problemy i dylematy polityki społecznej w Polsce, Wyd. Centrum Doradztwa i Informacji Delfin, tom 1, Warszawa, 2003.
37. Giddens A.: Socjologia, PWN, Warszawa, 2004.
38. Szlendak T.: Socjologia rodziny. Ewolucja, historia, zróżnicowanie, PWN, Warszawa 2010.
39. Boguszewski R.: Stosunek Polaków do rozwodów, Raport CBOS:BS/43/2008. Warszawa, 2008, 3, 1-9.
40. Ziemska M.: Rodzina a osobowość. PWN, Warszawa, 1975.
41. Adamski F.: Socjologia małżeństwa i rodziny. PWN, Warszawa, 1984.
42. Braun–Gałkowska M., Psychologia domowa. Małżeństwo – dzieci – rodzina, Warmińskie Wydawnictwo Diecezjalne, Olsztyn, 1990.
43. Braun-Gałkowska M.: Psychologiczna analiza systemów rodzinnych osób zadowolonych i niezadowolonych z małżeństwa, Wyd. Towarzystwa Naukowego KUL, Lublin, 1992.
44. Braun-Gałkowska M.: Rozwój miłości w małżeństwie [w:] Jak być szczęśliwym w małżeństwie, Adamski F. (red.), Wyd. WAM, Kraków, 1997, 99-114.
45. Krajewska-Kułak E., Klapa W., Lewko J., Wrońska I., Łukaszuk C., Jankowiak B., Bartoszewicz A., Rolka H., Laskowska A., Krajewska K., Sierakowska M., Szyszko-Perłowska A. Rola pielęgniarki w edukacji rodzin w trudnej sytuacji życiowej, Zdrowie Publiczne, 2005, 115, 528-531.
46. Pluta A.: Za progiem ojcostwa i rodziny, Ludowa Spółdzielnia Wydawnicza, Warszawa, 1984.
47. Pospiszyl K.: O miłości ojcowskiej, Instytut Wydawniczy CRZZ, Warszawa, 1976.
48. Pulikowski J., Warto być ojcem, Inicjatywa Wydawnicza „Jerozolima", Poznań, 2002.
49. Rembowski J.: Rodzina jako system powiązań [w:] Rodzina i dziecko, Ziemska M (red.), PWN, Warszawa,1980, 127-142.
50. Rembowski J.: O empatii i niektórych sposobach jej badania. Kwart. Pedagog. 1982, 3-4, 107-120.

51. Rembowski J.: O niektórych teoretycznych i metodologicznych problemach empatii, Zeszyty Naukowe Wydziału Humanistycznego Uniwersytetu Gdańskiego, Psychologia, 1984, 6, 99 – 112.
52. Ziemska M.: Postawy rodzicielskie, Wyd. Wiedza Powszechna, Warszawa, 1973.
53. Witczak J., Ojcostwo bez tajemnic, Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa, 1987.
54. Przetacznik-Gierowska M., Makiełło-Jarża G.: Psychologia rozwojowa i wychowawcza wieku dziecięcego. Wyd. Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa, 1992.
55. Delumcau J., Roch D.: Historia ojców i ojcostwa. Oficyna Wydawnicza Volumen, Warszawa, 1995.
56. Pellegrino G.*:* Mali dzisiaj, dorośli jutro. Wyd. Salezjańskie, Warszawa, 1995.
57. Lach J., Szczupał B.: Rola ojca w rodzinie, Edukacja i dialog, 1998, 10, 50-54.
58. Mezzena G., Rodzice i dzieci. Poradnik psychologiczny, Wyd.OO (Ojców) Franciszkanów, Niepokalanów, 1995.
59. Pospiszyl K.: Ojciec a rozwój dziecka. Wyd. Wiedza Powszechna, Warszawa, 1980.
60. Tripp A.: Comparison of attitudes of regular and adapted physical educators toward disabled individuals, Percept. Mot. Skills, 2988, 66, 425-426.
61. Cebernik R.: Rola ojca w rozwoju dziecka i jej społeczno - kulturowe uwarunkowania [w:] Zadania i role społeczne w okresie dorosłości, Appelt W.K., Wojciechowska J. (red.), Wyd. Fundacji. Humaniora, Poznań, 2002, 54-66
62. Hulewska A.: Stereotypy związane z płcią a realizacja zadań rozwojowych w okresie dorosłości. [w:] Zadania i role społeczne w okresie dorosłości, Appelt W.K., Wojciechowska J. (red.), Wyd. Fundacji. Humaniora, Poznań, 2002, 35-47.
63. Twardowski A.: Sytuacja rodzin dzieci niepełnosprawnych [w:] Dziecko niepełnosprawne w rodzinie, Obuchowska I. (red.), Wyd. WSiP, Warszawa, 1991, 20.
64. Meyer D.J.: Uncommon fathers: reflections on raising a child with a disability, Woodbine House, Bethesda, 1995, 1-206.
65. Bray A., Skelton E. J., Ballard K., Clarkson J.: Fathers of children with disabilities: some experiences and reflections, New Zealand Journalof Disability Studies, 1995, 1, 164-176.
66. Carpenter B.: Sustaining the family: meeting the needs of families of children with disabilities, Brit. J.f Spec. Educ., 2000, 27, 135-144.

67. Kliszcz J., Nowicka-Sauer K., Hebanowski M.: Humanizacja studiów lekarskich a kształcenie postaw empatycznych u studentów medycyny, Pol. Tyg. Lek., 1996, 23-26, 357-360.
68. Kluczyńska U.: „Nowe ojcostwo" w kontekście przemian męskości w kulturze współczesnej [w:] Miłość, wierność na rozstajach współczesności. Kształty rodziny współczesnej, Muszyński W., Sikora E. (red.), Wyd. Adam Marszałek, Toruń, 2008, 170-186.
69. Mac A.: Dom rodzinny młodocianych przestępców agresywnych [w:] Małżeństwo i rodzina w ponowoczesności. Szanse- zagrożenia- patologie, Muszyński W., Sikora E. (red.), Wyd. Adam Marszałek, Toruń, 2008, 430-431.
70. Błaszczyk M.: Przemiany relacji ojciec–córka w ujęciu biograficznym. Komunikat z badań [w:] Miłość, wierność i uczciwość na rozstajach współczesności. Kształty rodziny współczesnej, Muszyński W., Sikora E.(red.), Wyd. Adam Marszałek, Toruń 2008, 187-198.

Guzowski Andrzej[1], Krajewska – Kułak Elżbieta[1], Zieliński Kajetan[2], Rozwadowska Emilia[1], Kuć Dariusz[3], Cybulski Mateusz[1]

Rola wsparcia w funkcjonowaniu chorego niepełnosprawnego, intelektualnie ze szczególnym uwzględnieniem roli rodziny

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Student Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie
3. Białostockie Hospicjum Dziecięce

Rodzaje niepełnosprawności intelektualnej

Wczesne koncepcje niepełnosprawności intelektualnej, za Kijak [1] wprowadziły wiele określeń, które już dziś nie są stosowane, takich jak: upośledzenie umysłowe, oligofrenia, niedorozwój umysłowy, obniżona sprawność umysłowa, opóźnienie w rozwoju umysłowym, zahamowanie rozwoju psychicznego, obniżona sprawność psychiczna, dzieci specjalnej troski, osoby z odchyleniem od normy, ludzie nienormalni lub ludzie sprawni inaczej.

Wymienione terminy bywają nadal używane zamiennie, jednakże w ostatnich latach określenie „niepełnosprawność intelektualna" postrzegane jest jako najmniej pejoratywne, stawiające upośledzenie umysłowe na równi z innymi niepełnosprawnościami.

W piśmiennictwie międzynarodowym [cyt. za 1] używa się obecnie dwóch podstawowych pojęć określających opisywane zjawisko, są to: upośledzenie umysłowe (*mental retardation*) oraz niepełnosprawność intelektualna (*intellectual disability*).

Zgodnie z definicją Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego [cyt. za 2], upośledzenie umysłowe, to „*znaczne obniżenie poziomu ogólnego funkcjonowania intelektualnego, któremu towarzyszą istotne ograniczenia w zakresie funkcjonowania adaptacyjnego, właściwego dla danego okresu rozwoju"*.

Wyjaśniając pojęcie niepełnosprawności intelektualnej, za Kijak [1], wszystkie pojawiające się od początku XX wieku definicje można rozpatrywać z punktu widzenia dwóch perspektyw: medycznej i społecznej.

W modelu medyczno-opiekuńczym [cyt. za 1], osoby niepełnosprawne intelektualnie określane były, jako „*niezdolne do pełnienia ważnych ról i funkcji społecznych",* a niepełnosprawność była widziana jako tragedia osobista. W konsekwencji doprowadziło to do ustanowienia jednostkowego i w dużej mierze zdeterminowanego przez medycynę podejścia

do niepełnosprawności [cyt. za 1].

W ujęciu tym, za Barnes i Mercer [3], niepełnosprawność intelektualna postrzegana jest jako problem na poziomie jednostkowym i sprowadzana do indywidualnego ograniczenia sprawności. Uważa się, że tylko medycyna może opracować słuszne i skuteczne metody leczenia, a konsekwencją powyższego było umieszczanie osób niepełnosprawnych w ośrodkach odosobnienia. Zdaniem autorów [3] model medyczny jakby przyczynił się do „ukrycia" niepełnosprawności.

Według Majewskiego [4], omawiana koncepcja medyczna za bardzo podkreśla fakt, że osoba niepełnosprawna musi dostosować się do zaistniałej sytuacji, nie zwracając uwagi na konieczność rozwoju indywidualnego i dostosowania środowiska społecznego i fizycznego do potrzeb osób niepełnosprawnych.

W modelu systemowym [cyt. za 1], uważa się, że nie wystarczy niepełnosprawność postrzegać jedynie w kategoriach biologicznych i fizycznych.

W Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) uwzględniono społeczny aspekt niepełnosprawności i ograniczenia związane z udziałem w życiu społecznym, a pod pojęciem niepełnosprawności rozumie się „*wielowymiarowe zjawisko wynikające ze wzajemnych oddziaływań między ludźmi, a ich fizycznym i społecznym otoczeniem*", obejmujące także uszkodzenia, ograniczenia aktywności i ograniczenia uczestnictwa [cyt. za 1].

Najnowsza, ogólnie przyjęta i stosowana w Polsce od 1997 roku, definicja upośledzenia umysłowego zawarta jest w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD – 10) [5] charakteryzuje „*upośledzenie, jako zahamowanie lub niepełny rozwój umysłowy, wyrażający się przede wszystkim w upośledzeniu umiejętności, które ujawniają się w okresie rozwojowym i stanowią o ogólnym poziomie inteligencji, tzn. zdolności poznawczych, mowy, motorycznych i umiejętności społecznych. Może występowa samodzielnie lub z innymi zaburzeniami psychicznymi i fizycznymi*".

Kijak [1] zwraca uwagę, iż klasyfikacja jednostek niepełnosprawnych intelektualnie jest problemem złożonym.

Współcześnie [4, 6, 7, 8, 9] wyróżnia się kilka kryteriów wpływających na różnorodność, takich jak:

- **kryteria pedagogiczne** - ustalające możliwości wychowania i nauczania, rozpatrywane przy uwzględnieniu zasobu wiadomości i umiejętności przewidzianych programem nauczania, w tym umiejętność rysowania, malowania, lepienia, liczenia czytania, pisania, a także biorące pod uwagę charakterystyczne trudności w nauce

szkolnej oraz tempo uczenia się

- **kryteria psychologiczne** - uwzględniające całą osobowość człowieka oraz procesy regulacyjne: orientacyjno-poznawcze, intelektualne, emocjonalne, motywacyjne, mechanizmy kontroli, procesy wykonawcze, a także uwzględniające społeczne cechy osobowości, uwzględniające pomiar stopnia rozwoju inteligencji, czyli swoisty wskaźnik niepełnosprawności intelektualnej
- **kryteria medyczne** - uwzględniające całokształt badań medycznych, biorące pod uwagę rodzaj czynników etiologicznych oraz zespoły objawowe, leczenie i prognozę
- **kryteria ewolucyjne** - polegające na porównaniu poziomu rozwoju czynności orientacyjno-poznawczych, intelektualnych, emocjonalnych, motywacyjnych, wykonawczych osoby niepełnosprawnej intelektualnie z poziomem wyżej wymienionych czynności osoby pełnosprawnej intelektualnie
- **kryteria społeczne** - biorące pod uwagę zaradność ogólną jednostki, jej niezależność, samodzielność odpowiedzialność, uspołecznienie, czyli zdolność radzenia sobie w różnych sytuacjach życiowych i społecznych stosownie do wieku i środowiska społecznego, z którego ona pochodzi.

W opinii Kirenko i Parchomiuka [10], upośledzenie umysłowe, to nie konkretna jednostka chorobowa, ale zespół skutków chorób i uszkodzeń centralnego układu nerwowego. Autorzy [10] podkreślają, iż w najnowszym ujęciu, w diagnozie niepełnosprawności intelektualnej, zwraca się uwagę nie tylko na istotne ograniczenia w funkcjonowaniu intelektualnym (IQ. poniżej 70), ale również na zaburzenia umiejętności przystosowawczych (poznawczych, społecznych i praktycznych).

Umiejętności poznawcze, które mogą ulec zaburzeniu, to przede wszystkim: porozumiewanie się, umiejętność czytania i pisania, samodzielność, umiejętność kierowania sobą [10].

Do umiejętności społecznych można zaliczyć: funkcjonowanie interpersonalne, odpowiedzialność, nawiązywanie przyjaźni, postępowanie według zasad, przestrzeganie prawa oraz umiejętność zagospodarowania wolnego czasu [10].

Umiejętności praktyczne natomiast głównie: czynności niezbędnych do codziennej egzystencji, przygotowywania posiłków, troski o zdrowie, troski o utrzymanie domu, gospodarowanie pieniędzmi, podejmowania pracy zarobkowej, dbania o własne bezpieczeństwo [10].

W literaturze [10,11,12,13] uważa się, iż ważnym kryterium diagnostycznym upośledzenia umysłowego jest wystąpienie objawów przed 18 rokiem życia [10].

Niepełnosprawność intelektualna, za Sękowska [11] może mieć różny stopień nasilenia, a podstawą klasyfikacji, wprowadzoną przez Światową Organizację Zdrowia, jest skala inteligencji o średniej 100 i odchyleniu standardowym 15 lub 16 punktów ilorazowych.

Według najczęściej używanej w Polsce skali Wechslera, wyróżnia się [2, cyt. za 13, cyt. za 9] następujące stopnie upośledzenia umysłowego (w ICD – 10 i DSM-IV):

- upośledzenie umysłowe w stopniu lekkim – IQ. 55-69 w skali Wechslera (według ICD-10) lub IQ 50-55 do ok. 70 (według DSM -IV)
- upośledzenie umysłowe w stopniu umiarkowanym – IQ 35-49 (według ICD-10) lub IQ 35-40 do ok. 50-55 (według DSM -IV)
- upośledzenie umysłowe w stopniu znacznym – IQ 20-34 (według ICD-10) lub IQ 20-25 do ok. 35-40 (według DSM -IV)
- upośledzenie umysłowe w stopniu głębokim – IQ poniżej 20 (według ICD-10) lub IQ 20-25 (według DSM -IV).

W 1887 roku Down, za Grzywa [14] nazwał osoby, które z jednej strony mają ponadprzeciętne zdolności umysłowe, z drugiej – niski poziom inteligencji, sawantycznymi idiotami (fr. *savant*: uczony). Po stu latach zmieniono nazwę opisywanego stanu, zaczęto określać go jako „zespół sawanta".

Aktualnie [cyt. za 14] podkreśla się, że w literaturze naukowej znajdują się opisy około 100 przypadków zespołu sawanta, a na świecie żyje około 50 takich osób.

Zazwyczaj IQ tych osób mieści się w granicach 40-70 [14].

Treffet [15] podkreśla, że zespół 4-6 razy częściej występuje u mężczyzn, jest wrodzony albo nabyty w następstwie uszkodzenia mózgu, a zdolności sawantyczne mogą pojawić się nagle i równie nagle zaniknąć, ale mogą też trwać przez całe życie.

Zespoł Sawanta, za Salovita [16] występuje u około 10% osób autystycznych, 0,05-0,14% osób z uszkodzeniem mózgu lub niedorozwojem umysłowym i 0,14% osób z niedorozwojem umysłowym.

Wybrane postawy i reakcje związane z niepomyślną diagnozą

Przy ocenianiu możliwości utrzymania zdrowia lub powrotu do niego, a także funkcjonowania w chorobie, istotne jest określenie postaw wobec zdrowia i choroby, przejawianych nie tylko przez osobę chorującą, ale także przez społeczeństwo, osoby zaangażowane w pomaganie, kształcenie i leczenie. Na stan zdrowia wywiera bowiem wpływ wiele niezależnych czynników, takich jak: uwarunkowania genetyczne, środowisko życia i pracy oraz styl życia i preferowane formy zachowania [17].

Bąk-Sosnowska [17] w funkcjonowaniu człowieka wyróżnia kilka sfer:

- cielesną (dotyczącą uwarunkowań biologicznych, w której większość zachodzących reakcji ma charakter odruchowy, popędowy i świadoma ich kontrola jest ograniczona)
- psychiczną (dotyczącą intelektu, emocji, relacji z otaczającym światem, w tym z innymi ludźmi, w dużym stopniu podlegająca świadomej kontroli, jednakże niektóre aspekty życia psychicznego mogą pozostawać nieuświadamiane)
- duchową (dotyczącą uczuć wyższych, doznań estetycznych i religijnych, której rozwój wymaga świadomego i systematycznego zaangażowania człowieka) stanowiącą najwyższy szczebel na drabinie potrzeb.

Według Aronsona i wsp. [18, 19] postawy, to „*względnie trwałe oceny ludzi, obiektów lub pojęć, które zawsze mają komponenty: emocjonalną, poznawczą i behawioralną. Oznacza to, że człowiek ma pewne przekonania dotyczące zdrowia i choroby, związane z tym emocje (np.: smutek, lęk, wstręt), co wiąże się z określonymi zachowaniami (np.: odrzucenie, izolacja, nadopiekuńczość, akceptacja)”*.

W literaturze, za Bąk-Sosnowska [20], wymienia się kilka sposobów, w jaki ludzie reagują na niepomyślną diagnozę, chorobę:

- zaprzeczanie – nieprzyjmowanie do wiadomości, czyli wypieranie diagnozy - chory zachowuje się tak, jakby był zupełnie zdrowy i lekceważy objawy
- pomniejszanie – przyjęcie diagnozy do wiadomości, ale minimalizowanie jej, znajdywanie racjonalnego wytłumaczenia dla pojawiających się objawów
- wyolbrzymienie – nadmierna koncentracja na objawach i znaczna przesada w ich opisywaniu, myślenie katastroficzne, pesymistyczna wizja przyszłości, niezależnie od faktycznej powagi sytuacji
- przyjęcie diagnozy – zaakceptowanie obiektywnego stanu rzeczy, dostrzeganie zarówno negatywnych aspektów sytuacji, jak i możliwości, które można wykorzystać.

Ból matki, która w warszawskim szpitalu urodziła córeczkę z zespołem Downa został opisany słowami *„Czarno – biała posadzka zawirowała mi w oczach...Dziecko ma prawdopodobnie zespół Downa*” [21].

Wśród postaw człowieka dotyczących zdrowia i choroby, za Aronson i wsp. [15,16], wyróżnia się postawy wobec własnego doświadczenia zdrowia lub choroby oraz postawy innych ludzi w stosunku do chorego i jego stanu zdrowia. Od tych ostatnich zależy także stosunek chorego do siebie samego oraz własnych możliwości. Postawy mogą bowiem wzmacniać, jak i osłabiać odporność człowieka, zarówno w procesach zdrowia, jak i stanach chorobowych [15,16].

Kondaš [cyt. za 16] postawy chorego wobec własnej choroby dzieli na: bagatelizujące, odrzucające, lękowe, hipochondryczne, patologicznej chęci chorowania, roszczeniowe oraz realistyczne.

Makselon [cyt. za 16] wyróżnia trzy rodzaje postaw: akceptującą, iluzoryczną oraz nadziei (dyspozycja do długotrwałego wysiłku w przezwyciężaniu choroby, mobilizacja do aktywności).

Od jakości relacji interpersonalnych w otoczeniu chorego zależy ich wpływ na stan psychiczny człowieka, stąd w opinii Kiecolt-Glaser i Glaser [23], tak istotne jest, aby chory miał wsparcie i to nie jednej, a kilku osób.

Istotne jest także znaczenie, jakie osoba chora, niepełnosprawna i jej rodzina, nadają samej chorobie, niepełnosprawności i czy traktują niedyspozycję, jako [20]:

- przeszkodę, która staje na drodze do osiągnięcia celu
- stratę, która przyczynia się do fizycznych albo niematerialnych ubytków
- ulgę, ponieważ zastępuje coś znacznie gorszego, co wyobraził sobie chory lub co miało miejsce w jego otoczeniu
- korzyść, gdyż wiąże się z materialnymi (np. możliwość wykonania wszechstronnych badań diagnostycznych, renta) albo niematerialnymi profitami (np. większe zainteresowanie ze strony bliskich, możliwość okazywania własnych emocji)
- wartość, gdy choroba i cierpienie przyczyniają się do nabrania korzystnego dystansu wobec rzeczywistości, wzmacniania charakteru, czy rozbudzenia uczuć religijnych.

Larkowa [24, 25] uważa, iż negatywne postawy i zachowanie otoczenia wobec osób niepełnosprawnych mogą powodować u nich poczucie mniejszej wartości, zgorzkniałości, przewrażliwienie, stany depresji, lęk, unikanie ludzi, agresywność itp. Negatywne relacje osób niepełnosprawnych mogą nasilać z kolei negatywne postawy i zachowania osób pełnosprawnych oraz odwrotnie - pozytywne postawy i zachowania zarówno osób pełnosprawnych, jak i niepełnosprawnych wobec siebie nawzajem, mogą wywierać wpływ dodatni, zarówno na rozwój osobowości i możliwości osób niepełnosprawnych, na ich postawy i zachowania, jak też na kształtowanie się postaw i zachowania otoczenia wobec nich [25].

W opinii de Walden-Gałuszko [26], pojawienie się choroby/niepełnosprawności jednego z członków rodziny, powoduje zaburzenie całego systemu jej funkcjonowania, konieczność przeorganizowania struktury rodziny, w której każda osoba ma ustaloną pozycję, miejsce i rolę. Niepełnosprawność stanowi dla rodziny nowe wyzwanie, do którego musi się

ona zaadaptować. Istotne jest więc, aby nie odbierać choremu całkowicie udziału w życiu rodzinnym, czy też w podejmowaniu ważnych decyzji oraz aby pacjent, w miarę sił i możliwości, uczestniczył w różnych wydarzeniach, nie czuł się niepotrzebny i wykluczony z grona rodzinnego [26].

Udział rodziny na każdym etapie przebiegu choroby jest olbrzymi, a najważniejsze jest wspieranie emocjonalne w trudnych momentach chorowania, motywowanie do leczenia i walki z chorobą, niedopuszczanie do powstania trudnych momentów podczas leczenia, kiedy chory chce się poddać i zaprzestać uciążliwego leczenia [26].

W przeżyciach rodziców po uzyskaniu informacji o niepełnosprawności dziecka, bez względu na jej rodzaj, za Twardowski [27], można wyróżnić kilka okresów:

- **okres szoku** – okres krytyczny lub okres wstrząsu emocjonalnego, pojawia się bezpośrednio po tym, kiedy rodzice dowiadują się, że ich dziecko jest niepełnosprawne i nie będzie rozwijać się prawidłowo. Większość z nich załamuje się, odczuwają rozpacz, żal, poczucie krzywdy, bezradności. Często pojawiają się niekontrolowane reakcje emocjonalne np. płacz, agresja słowna oraz reakcje i stany nerwicowe np. zaburzenia snu, łaknienia, stany lękowe, które najczęściej negatywnie wpływają na wzajemne relacje między rodzicami oraz ich stosunek do chorego dziecka.
- **okres kryzysu emocjonalnego** – okres rozpaczy lub depresji, kiedy rodzice nadal przeżywają wcześniejsze negatywne emocje, ale są już bardziej wyciszeni. Nie potrafią się pogodzić z tym, że mają niepełnosprawne dziecko, są zrozpaczeni, bezradni, przygnębieni, odczuwają zawód i poczucie niespełnionych nadziei spowodowane rozbieżnością między wymarzonym a rzeczywistym obrazem swego dziecka, mogą mieć poczucie winy wynikające z przekonania, że to z ich powodu dziecko jest niepełnosprawne, i że nie mogą dla niego nic zrobić. Zazwyczaj bardzo pesymistycznie oceniają także przyszłość dziecka. Silne przeżywanie problemów własnych oraz rodziny może wywołać agresję w ich wzajemnych kontaktach oraz bunt i wrogość wobec najbliższego otoczenia. W tym okresie bardzo często występuje zjawisko odsuwania się ojca od rodziny, izolowanie się od jej spraw, ucieczkę w alkohol, pracę zawodową lub społeczną, bądź całkowite opuszczenie rodziny.
- **okres pozornego przystosowania się do sytuacji** - rodzice podejmują nieracjonalne próby radzenia sobie z sytuacją wychowania chorego dziecka, nadal nie mogą pogodzić się z faktem jego ułomności i stosują różne mechanizmy obronne, jak np. podważanie trafności uzyskanej diagnozy, ponawianie jej w różnych placówkach z

nadzieją uzyskania pozytywnego orzeczenia o stanie zdrowia dziecka, czy też poszukiwanie winnych niepełnosprawności dziecka. Przypisują winę błędom i zaniedbaniom lekarzy, ale także scedowują winę na siły nadprzyrodzone (Boga, zły los), bądź siebie nawzajem, doszukując się np. zaburzeń genetycznych.

- **okres konstruktywnego przystosowania się do sytuacji** - analizowanie przez problemu, pod kątem, czy i w jaki sposób można pomóc swemu dziecku. Poszukiwanie informacji na temat prawdziwych przyczyn choroby dziecka, jej konsekwencji, metod postępowania z dzieckiem oraz ewentualne zabezpieczenie jego przyszłości, a także dostrzeganie postępów czynionych przez dziecko i doświadczanie z tego tytułu satysfakcji i radości.

Za model, który sprawnie uporządkuje wiedzę na temat pożądanych zachowań osób mających bliskich z chorobami przewlekłymi, uważa się model Medalie [28], model opieki nad pacjentem przewlekle chorym, zakładający, iż rodzina chorego ma do wykonania szereg zadań, które powinny mu pomóc w przystosowaniu się do sytuacji choroby oraz przezwyciężeniu jej skutków, takich jak:

- wspieranie emocjonalne chorego
- adaptacja do szeregu działań leczniczych, jakie należy wykonywać, zwalczając chorobę lub jej skutki.
- rozumienie przez pozostałych członków rodziny istoty choroby, jaka dotknęła jednego spośród nich, a także prawdopodobnych zmian i komplikacji, jakie z niej mogą wyniknąć
- nauka, jak zapobiegać zaostrzeniom objawów chorobowych – nawrotom
- podtrzymanie i staranne kultywowanie, jak to tylko możliwe, obyczajów, świąt i rytuałów rodzinnych, w miarę możności z udziałem osób spoza ścisłego systemu rodzinnego, by chory nie uczuł się odtrącony
- umiejętność zaangażowania wpływów zewnętrznych wówczas, gdy jest to potrzebne i towarzysząca temu umiejętność przekształcania swojej struktury wewnętrznej [28].

Rodzaje wsparcia chorych i ich rodzin

Firnowska Mankiewicz [26] analizując jakość życia rodzin z dzieckiem niepełnopsrawnym i pełnosprawnym stwierdziła, że nie ma w powyższym statystycznie istotnych różnic w zależności od: miejsca zamieszkania (miasto/ wieś), wieku rodziców dzieci zdrowych i niepełnosprawnych, także liczebności rodzin, poziomie wykształcenia rodziców i ich przynależności zawodowej. Statystycznie istotne różnice dotyczyły kompletności rodzin:

18% dzieci niepełnosprawnych żyło w rodzinie niepełnej rozbitej (częściej przez śmierć jednego z rodziców, niż przez rozwód), gorszej sytuacji materialnej rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym (co spowodowane było niemożnością podjęcia pracy przez matkę, wydatkami związane z leczeniem) oraz oceny swojej sytuacji, jako gorszej od sytuacji innych rodzin dokonanej przez rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym. Autorka [26] zauważyła także, że rodzice dzieci niepełnosprawnych potrafią lepiej niż rodzice dzieci zdrowych radzić sobie z rozwiązywaniem sytuacji konfliktowych, a także, że mogą w takiej sytuacji w pełni liczyć na współmałżonka, co jej zdaniem może wiązać się z faktem, iż rodziny te muszą na co dzień radzić sobie z niezmiernie trudnymi problemami i to niejako uczy ich członków umiejętności radzenia sobie z drobniejszymi kłopotami. Choroba dziecka motywuje zatem, uruchamia mechanizmy radzenia sobie z problemami i w pewien sposób uodparnia rodziców [29,30].

Langford i wsp. [31] oraz Hupcey [32] wyróżniają kilka rodzajów wsparcia:

- strukturalne – określane, jako obiektywnie istniejącą w środowisku jednostki sieć społeczną, składającą się z nieformalnych i formalnych możliwych źródeł pomocy, w której osadzona jest osoba lub osoby będące potencjalnymi adresatami wsparcia, stanowiąca bazę, dzięki której może zachodzić proces wsparcia
- funkcjonalne – odnoszące się do funkcji i jakości interakcji społecznej, w której uczestniczą co najmniej dwie osoby i w trakcie której zachodzi proces wsparcia, czyli przekazywanie lub wymiana różnego rodzaju zasobów.
- instrumentalne - polegające na udzielaniu informacji lub instruktażu dotyczącego konkretnych sposobów postępowania w określonej sytuacji
- emocjonalne - łagodzące negatywne uczucia, wyzwalające poczucie nadziei, poprawiające samoocenę i samopoczucie
- informacyjne - pozwalające na lepsze zrozumienie i ocenę sytuacji kryzysowej
- rzeczowe - będące konkretną pomocą materialną i finansową
- duchowe - odnoszące się do sfery sensu i ducha, łagodzące cierpienie i ból związane, np. z chorobą, czy kalectwem
- spostrzegane - będące przekonaniami jednostki dotyczącymi dostępności wsparcia, a także subiektywną oceną jakości uzyskiwanego wparcia
- faktycznie otrzymywane - mierzone obiektywnie lub szacowane na podstawie relacji osoby, do której jest ono kierowane.

Kawczyńska-Butrym [32] wymienia wsparcie:

- informacyjne
- emocjonalne
- materialne (rzeczowe i finansowe)
- świadczenie usług i rozwoju, które dotyczy dzieci i może początkowo polegać na kształtowaniu umiejętności psychomotorycznych, a później na ukierunkowaniu zainteresowań i wyrównaniu szans edukacyjnych.

Karwowska [33] wyróżnia wsparcie:

- profilaktyczno-wychowawcze
- kompensacyjne
- psychologiczno-pedagogiczne
- ratownicze
- informacyjne
- duchowe

oraz

- profesjonalne (lekarze, psycholodzy prawnicy itp.)
- nieprofesjonalne (świadczone w ramach pomocy nieformalnej)
- samopomocowe (grupy rodziców dzieci niepełnosprawnych działające na zasadzie grup wsparcia)
- w drodze wolontariatu [33].

Maciarz [34,35] wyróżnia:

- wspomaganie psychoemocjonalne (psychiczne wspomaganie rodziny w sytuacji kryzysu)
- wsparcie opiekuńczo-wychowawcze (oddziaływania pedagogizujące i realna pomoc w opiece nad dzieckiem np. w przedszkolu integracyjnym, świetlicy terapeutycznej itp.)
- wsparcie socjalno-usługowe (pomoc materialna świadczona przez instytucje i stowarzyszenia)
- wsparcie rehabilitacyjne (organizacja właściwego leczenia, rehabilitacji, zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny).

Kahn i Antonucci, za Pommersbach [37] dzielą zachowania wspierające na trzy grupy:

- wyrażanie opieki i emocjonalnej bliskości
- dostarczanie informacji o poprawności podejmowanych działań
- dostępność pomocy polegającej na poświęceniu czasu, wysiłku i pieniędzy.

Wills, za Pommersbach [37], wyróżnia wsparcie:

- podtrzymujące samoocenę - porównywalne ze wsparciem emocjonalnym, gdyż obecność bliskich osób oraz doświadczanie akceptacji przeciwdziała negatywnym skutkom stresu, a podtrzymywanie samooceny jest jedną z funkcji wsparcia społecznego
- prestiżowe - gdyż możliwe jest, iż wspierające właściwości więzów społecznych wynikają z samego faktu ich istnienia
- informacyjne – jest dostarczaniem informacji, rady oraz wyrażaniem oceny w sytuacjach konfliktowych.
- instrumentalne - dostarczanie pomocy w rozwiązywaniu trudnych zadań życiowych, może przybierać formę pożyczania pieniędzy, czy dóbr
- obcowanie społeczne - jest jedną z form radzenia sobie ze stresem poprzez udział w różnych formach życia towarzyskiego, np. koncertach, spotkaniach, wyjścia do kina, teatru, udział w imprezach turystycznych, sportowych.
- motywacyjne - ma szczególne znaczenie dla osób, które znalazły się sytuacji trudnej, a która ma postać chroniczną, polega na zachęcaniu i motywowaniu podmiotu do wytrwania w wysiłkach zmierzających do zlikwidowania problemu lub tylko do znacznego poprawienia swojej sytuacji.

Sęk [41,38] wyróżnia się kilka rodzajów wsparcia chorych/niepełnosprawnych:

- naturalne - przez partnera życiowego, grupy przyjacielskie, rodzinę, itd., funkcjonujące spontanicznie
- sformalizowane – przez grupy zawodowe, stowarzyszenia i instytucje, w tym także instytucje związane z opieką zdrowotną, funkcjonujące według określonych reguł, mniej spontanicznie i rzadko na zasadzie wzajemności, a niekiedy dostęp do nich jest utrudniony i mogą nawet stygmatyzować
- poznawcze (informacyjne) - sprzyjające lepszemu zrozumieniu sytuacji i problemu, dzieleniu się własnym doświadczeniem, powstawaniu grup samopomocy, zawierające informacje zwrotne na temat skuteczności różnych działań zaradczych oraz powodujące utrzymywanie się poczucia kontroli nad sytuacją i utrzymanie poczucia sprawstwa
- instrumentalne - rodzaj instruktażu o konkretnych sposobach postępowania, forma modelowania skutecznych zachowań zaradczych, stosowane w poradnictwie zdrowotnym i psychologicznym oraz w uzasadnionych sytuacjach, na wyraźne życzenie, ważną rolę dla osób przewlekle chorych

- rzeczowe (materialne) - obejmujące pomoc rzeczową i finansową, bezpośrednie fizyczne działanie (karmienie, udostępnienie schronienia, itd), działalność charytatywną, zaopatrzenie w lekarstwa i środki leczenia, działanie na rzecz osób potrzebujących
- duchowe - ogrywające dużą rolę w sytuacjach kryzysu egzystencjalnego, terminalnych, nasyconych cierpieniem i lękiem przed śmiercią, udzielane przede wszystkim w hospicjach i zespołach opieki paliatywnej
- emocjonalne - przekazywanie emocji podtrzymujących, uspokajających, odzwierciedlających troskę, pozytywne ustosunkowanie, mające na celu opiekę, uwalniające od napięć i negatywnych uczuć, wpływające na samoocenę, dające poczucie nadziei
- społeczne (*social support*) - będące pomocą dostępną dla jednostki w sytuacjach trudnych, stresowych lub okazywaniem potrzebującemu, jest kochanym, godnym troski, cenionym i wartościowym, częścią „sieci" wzajemnych zobowiązań w relacjach z rodzicami, małżonkiem, partnerem, innymi krewnymi, przyjaciółmi, w kontaktach ze społecznością, kościołem, klubem, a nawet ulubionym zwierzakiem.

Powyższe wsparcie społecznie zauważa także Piwoński [42], a po raz pierwszy termin ten pojawił się w literaturze przedmiotu w latach 70-tych XX wieku, głównie w ośrodkach Stanów Zjednoczonych, Kanady i Anglii [40, 41, 38].

W latach 40-tych XX wieku psychoterapeuta Carll Rouson Rogers, za Frankiewicz [42], umiejscowił zachowanie wspierające w centrum teorii psychoterapii skoncentrowanej na osobie i w tym samym czasie wzrosło także zainteresowanie wsparciem społecznym wśród pielęgniarek.

W badaniach nad systemami wsparcia społecznego wyróżnia się dwa podstawowe nurty, z których pierwszy koncentruje się nad ich leczniczymi właściwościami, a drugi rozpatruje owe systemy jako źródła pomocy w życiu codziennym i sytuacjach kryzysowych.

Winiarski [43] zauważa, że wsparcie społeczne jest „z *jednej strony buforem, który chroni ludzi przed utratą względnie pełnej samodzielności i sprawności życiowej z drugiej stymulatorem sił ludzkich niezbędnych w przezwyciężaniu trudności, rozwiązywaniu problemów, przekraczaniu granic swoich możliwości".*

Według Kawuli [44, 45], wsparcie społeczne oznacza wszelką pomoc na rzecz jednostki lub grupy, w sytuacjach trudnych, stresowych, przełomowych, których (jednostka lub grupa) samodzielnie nie byłaby w stanie przezwyciężyć i należy je rozpatrywać w dwóch

aspektach; jako „*pomoc dostępną jednostce lub grupie w sytuacjach trudnych, stresowych, przełomowych, a których bez wsparcia ze strony innych osób nie są w stanie przezwyciężyć”* oraz jako „*rodzaj interakcji społecznej podjętej przez jedną lub dwie strony w sytuacji problemowej, w której dochodzi do wymiany informacji, emocjonalnej lub instrumentalnej”*. Zdaniem autora [44] wymiana ta może być jednostronna lub dwustronna, stała lub zmieniać się, stąd wsparcie społeczne wydaje się zachodzić w różnych sytuacjach i fazach ludzkiego życia, a działania wspierające go w czterech podstawowych układach:

- człowiek–człowiek (relacje rodzinne, rówieśnicze, sąsiedzkie, zawodowe, koleżeńskie)
- człowiek–grupa (rodzina własna, stowarzyszenia, środowiska sąsiedzkie i lokalne, kościoły, grupy podkulturowe, grupy wsparcia)
- człowiek–instytucje (instytucje pomocy i porady prawnej, medycznej i socjalnej, instytucje usługowe, edukacyjne, instytucje szeroko rozumianej polityki społecznej, instytucje samorządowe i samopomocowe)
- człowiek–szersze układy (obejmujące relacje w wymiarze środowiska okolicznego, gminy, miasta lub jego dzielnicy, rejonu zamieszkania, regionu etnicznego i kulturowego (tzw. małe ojczyzny), organizacji i stowarzyszeń regionalnych, ogólnopolskich, międzynarodowych).

Sęk i Cieślak [39] definiują wsparcie społeczne w dwu ujęciach:

- funkcjonalnym, jako rodzaj integracji społecznej, która zostaje podjęta przez jednego lub obu uczestników w sytuacji problemowej, trudnej, stresowej lub krytycznej, a które może zachodzić: w parze, między jednostką, a grupą oraz pomiędzy grupami
- strukturalnym, jako obiektywne istniejące i dostępne sieci społeczne, które wyróżniają się od innych sieci tym, że poprzez fakt istnienia więzi, kontaktów społecznych, przynależności, pełnią funkcję pomocną wobec osób znajdujących się w trudnej sytuacji, co nie zmienia jego istoty tkwiącej w funkcji, jaką sieć (naturalna grupa odniesienia, formalna grupa, instytucja) pełni wobec osób, które są w niej osadzone.

Kawula [44, 45] wymienia pięć płaszczyzn wsparcia społecznego: emocjonalne, wartościujące, instrumentalne, informacyjne i duchowe.

Zdaniem Cobba [46] wsparcie społeczne jest *„procesem, który powinien pomóc człowiekowi w samodzielnym rozwiązaniu jego życiowych problemów. Na wsparcie składają się informacje dające jednostce poczucie, że jest ona członkiem sieci komunikacyjnej i wzajemnych zobowiązań oraz że jest otoczona opieką, miłością, szacunkiem i poważa”*.

Informacje płyną do jednostki z otoczenia, prowadząc ją do przekonania, że jest kochana, ceniona, że ktoś się nią opiekuje i że jest członkiem sieci składającej się z ludzi o wzajemnych zobowiązaniach [46].

Poprawa [44] wyróżnia cztery typy wsparcia społecznego:

- emocjonalne (wyrażanie troski, zaufania, bliskości, stworzenie możliwości autoekspresji itp.)
- informacyjne (dostarczenie nowych umiejętności, informacji, udzielanie rad itp.)
- instrumentalne (dostarczenie dóbr materialnych, wspólne rozwiązywanie trudnych zadań)
- oceniające (wyrażenie akceptacji, zrozumienia, zachęty itp.).

W literaturze dotyczącej problematyki wsparcia społecznego [cyt. za 41], oprócz rodzinnych źródeł wsparcia (mąż, żona, dzieci, rodzice, rodzeństwo i dalsi krewni), podkreśla się rolę przyjaciół, znajomych i sąsiadów oraz zwraca uwagę, że efekt pomocy uzależniony jest od rodzaju sytuacji stresowej, nasilenia stresu oraz od indywidualnych potrzeb osoby przeżywającej trudność.

Uważa się, za Salmon [48], iż korzyści płynące, zwłaszcza ze wsparcia emocjonalnego, są o wiele większe, niż z niejednej terapii medycznej. Udowodnili to między innymi Williams i Waler-Morrison [cyt. za 48], którzy stwierdzili, iż np. w wypadku poważnych chorób somatycznych, takich jak: choroba wieńcowa lub rak piersi, pacjenci z większym wsparciem szybciej zdrowieją i dłużej żyją. Ochronny czynnik wsparcia odgrywa także pewną rolę w lżejszych chorobach somatycznych i stanach, od infekcji górnych dróg oddechowych, po ciążę [cyt. za 48]. Mechanizmy łączące wsparcie ze stanem zdrowia są złożone. Przede wszystkim pacjenci, którzy mają odpowiednie wsparcie, łatwiej stosują się do zaleceń lekarza. Obniża się także poziom ich niepokoju emocjonalnego, który już sam w sobie może negatywnie wpływać na leczenie i powrót do zdrowia, co ma także prawdopodobnie wpływ bezpośredni na niektóre mechanizmy fizjologiczne, zablokowane przez mechanizmy stresogenne powstałe w wyniku choroby [cyt. za 48]

Przyjmuje się, za Sęk i Cieślak [38], iż jednym z najważniejszych źródeł wsparcia społecznego dla człowieka chorego/niepełnosprawnego jest rodzina, ponieważ w niej, poprzez pozytywną więź emocjonalną, możliwe jest zaspokojenie wszystkich potrzeb psychicznych swoich członków, a zwłaszcza potrzeby pewności i bezpieczeństwa, przynależności, solidarności i łączności z bliskimi osobami, akceptacji, uznania, miłości oraz samourzeczywistniania. Autorki [38] uważają, iż bliskie więzi z najbliższą rodziną stanowią ochronę przed poczuciem alienacji oraz wzmacniają odporność człowieka. Zwracają także

uwagę na fakt, iż wsparcie społeczne może przynieść nie tylko efekty pozytywne, ale niejednokrotnie powodować skutki ujemne, np. poczucie zagrożenia, poczucie nadmiaru kontroli ze strony otoczenia, ograniczenie rozwoju samodzielnych form radzenia sobie z trudnościami i wymaganiami życia codziennego itp. [38].

W opinii Kossakowskiego [49], rodzina jest niezawodnym, trwałym, a przede wszystkim najważniejszym źródłem oparcia dla każdego dziecka, „*tym bardziej dla dziecka niepełnosprawnego. Jest podstawowym systemem opiekuńczym, zapewniającym opiekę i odpowiedzialność za dziecko niepełnosprawne. Stanowi ważne ogniwo w systemie opiekuńczym, trwałe i niezawodne źródło oparcia we współczesnym świecie. Szczególnie ważnym problemem, przed którym staje rodzina, jest fakt zaistnienia choroby, niepełnosprawności, u jednego z jej członków. Środowisko rodzinne jest tym, które w pierwszej kolejności zostaje dotknięte taką sytuacją. Istnieją takie rodziny, które są pogodzone z faktem choroby dziecka, ale zostawiające go sobie samemu, otaczające dziecko zbyt troskliwą opieką, co prowadzi do obniżonej sprawności dziecka, poprzez stawianie mu wymagań przekraczających jego możliwości". Rodzina zmuszona jest do stałych kontaktów i wpływów środowiska, z jednej strony poprzez „strzeżenie granic wpływów środowiska, z drugiej do zmiany przyjmowania jej wpływów i zasad funkcjonowania*".

Według Taranowicza [50] sposób, w jaki rodzina radzi sobie z zaistniałą sytuacją, zależy od zasobów, którymi dysponuje, w tym:

- materialnych (dochody, warunki mieszkaniowe)
- kulturowych (wiedza, umiejętności, wzory zachowania, system wartości i norm)
- czasowych (czas poświęcony bezpośrednio dla osoby niepełnosprawnej, bez szkody dla innych obszarów aktywności)
- ludzkich (liczebność rodziny, wiek członków rodziny, stan ich zdrowia i sprawności)
- zdolności do wsparcia społecznego.

W tym miejscu należy podkreślić, iż bardzo ważne jest, aby członkowie rodziny osoby niepełnosprawnej zrozumieli, iż możliwość przebywania w swym naturalnym otoczeniu jest często podstawową kwestią, która decyduje o jej chęci do życia.

Muszyńska [49] uważa, iż wśród rodziców często panuje przekonanie, jakoby prawdziwa rehabilitacja i efektywne wspomaganie rozwoju ich niepełnosprawnych dzieci było możliwe tylko za sprawą działań fachowców, przy zastosowaniu specjalistycznych metod i urządzeń oraz wyjątkowych środków. Podkreśla jednak, że jest ona możliwa także poprzez wychowanie rodzinne, czyli wspomaganie dziecka w różnych jego sferach, nie tylko

w tej, której bezpośrednio dotyczy defekt [50]. Zdaniem autorki [52], niezależnie bowiem od rodzaju niepełnosprawności, wieku, płci dziecka, bezpośrednim skutkom niewłaściwego wychowania towarzyszą:

- nieprawidłowości rozwoju społecznego, przejawiające się najczęściej nieumiejętnością nawiązywania i utrzymywania kontaktów społecznych i zaburzeniami przebiegu tych kontaktów
- zaburzenia rozwoju emocjonalnego, wyrażające się przede wszystkim brakiem odporności emocjonalnej ze wszystkimi tego braku skutkami
- niedostatki motywacji, manifestujące się stanami bierności i apatii
- niedostatecznie rozwinięta samodzielność dziecka.

Udziałem rodziców pragnących wspierać rozwój społeczny swojego dziecka powinno więc być [52]:

- organizowanie sytuacji skłaniających dziecko do kontaktowania się z innymi osobami (mogą to być celowo organizowane sytuacje obcowania ze sobą, współdziałania, czy współpracy)
- wzmacnianie tych zachowań, które polegają na próbie nawiązania kontaktu
- przeciwdziałanie skutkom niepowodzeń w porozumiewaniu się
- organizowanie sytuacji wyzwalających przeżycia dziecka, skłaniających je do dzielenia się nimi z innymi osobami
- umożliwienie zdobywania wiedzy (interesujące wiadomości również prowokujące dziecko do nawiązywania kontaktu z innymi).

Pamiętać jednak należy, iż każde współdziałanie wymaga uzgodnienia reguł, wymiany poglądów, zrozumienia potrzeb innych ludzi, co przyczynia się do regulowania własnych pragnień i zachowań. Pod wpływem wspólnych zadań kształtuje się bowiem wewnętrzna potrzeba traktowania innych ludzi w taki sposób, w jaki sami chcieliby być traktowani.

Muszyńska [52] podkreśla, że funkcjonowaniu osób niepełnosprawnych często towarzyszy:

- brak poczucia bezpieczeństwa, związany z sytuacjami rozłąki
- stany niezaspokojenia potrzeby kontaktu emocjonalnego i akceptacji, wynikające z odtrącających postaw rodziców, rodzeństwa i rówieśników
- uczucie niemożności realizacji potrzeby poznawczej będące skutkiem ograniczeń w poznawaniu rzeczywistości
- frustracje potrzeby autonomii

- zakłócenia w sferze potrzeby sensu życia stanowiące konsekwencję utraty dotychczas uznawanych wartości
- zagrożenia poczucia własnej wartości i godności będące skutkiem stykania się z ludzką ciekawością i poniżającą litością, oddziaływania rodziców powinny być skierowane przede wszystkim na zapewnienie dziecku pozytywnych doświadczeń w radzeniu sobie z sytuacją trudną oraz ze znoszeniem negatywnych stanów emocjonalnych będących jej następstwem.

Badania Kramarczyk [53] i Pisuli [55, 56, 57] wskazują, że rodzice dzieci niepełnosprawnych nie tworzą z reguły niestety najlepszych warunków dla rozwoju odporności emocjonalnej. Bardzo często bowiem sami potrzebują pomocy, aby móc skutecznie wspierać rozwój swojego dziecka, a wzajemna pomoc i wsparcie, jakiej sobie udzielają, łącząc się w mniej lub bardziej formalne grupy, jest niestety niewystarczająca [53, 54, 55, 56].

Bardzo ważnym aspektem rozwoju dziecka, bez względu na to, czy jest to dziecko pełnosprawne, czy niepełnosprawne, który często podlega nieprawidłowościom, jest sfera motywacji do różnego rodzaju działań na rzecz szeroko rozumianej rehabilitacji oraz działań samodzielnych [57, 59]. Kształtowanie zdolności do kierowania własnym postępowaniem, jak podkreśla Obuchowska [58], jest zadaniem trudnym, przede wszystkim ze względu na fakt, iż efektywna realizacja tego celu wymaga od rodziców, aby dając dziecku swobodę np. w wyborze zabawy, towarzysza zabaw itd., ograniczali swoją rolę do dyskretnego obserwowania poczynań dziecka, ewentualnie służenia radą. Niejednokrotnie rodzice zmuszeni są na pozwolenie, aby dziecko poznało wszystkie bolesne konsekwencje błędów własnego postępowania i jedynie co mogą, a nawet powinni, zrobić w takiej sytuacji, to uczyć go właściwego reagowania na niepowodzenia [57, 58].

Istotne jest także znaczenie, jakie dla wspierania rozwoju dziecka niepełnosprawnego, ma wychowanie w rodzinie [58]. Takie elementy jak: znajomość dziecka, przebywanie z nim przez całą dobę, zainteresowanie efektami swojej pracy, miłość, cierpliwość, pełne oddanie, mogą być wykorzystywane przy wsparciu wysiłków rodziny określonymi działaniami zewnętrznymi. Pod tym ostatnim pojęciem, za Obuchowska [58], rozumie się:

- dostarczanie rodzicom wiedzy na temat swoistości niepełnosprawności jaką dotknięte jest ich dziecko, specyfiki rozwoju dziecka z tą niepełnosprawnością, kierunków i metod oddziaływań, które mogą być udziałem rodziców, a które wspierają rozwój dziecka i przyczyniają się do postępów rehabilitacji

- organizowanie pomocy zmniejszającej ryzyko wystąpienia u rodziców frustracji, przeciążenia, depresji
- otoczenie rodzin posiadających dziecko niepełnosprawne różnymi formami opieki terapeutycznej pozwalającej minimalizować, bądź usuwać skutki frustracji, konfliktów, które się już pojawiły
- kształtowanie, przez szeroko rozumianą oświatę i wychowanie, właściwych postaw społecznych wobec osób niepełnosprawnych i ich rodzin, a przez nie tworzenie warunków do integracji.

W opinii Muszyńskiej [59], w wspieraniu rodziców dziecka niepełnosprawnego, olbrzymią rolę może odegrać pomoc dziadków, co umożliwi obojgu rodzicom np. na podjęcie pracy zawodowej. Podobną rolę pełnią także dziadkowie w innych rodzinach, jednakże w sytuacji rodziny posiadającej dziecko niepełnosprawne, pomoc taka jest szczególnie cenna, chociażby ze względu na fakt, iż potrzeby finansowe takiej rodziny są zwykle większe. Najważniejsze jest jednak wsparcie emocjonalne, duchowe, jakie udzielają dziadkowie. Zwykle dysponują oni, jak określa Muszyńska [56], tzw. *"mądrością życiową, umiejętnością dokonywania rozróżnień między sprawami mniej i bardziej istotnymi, dokonywaniu słusznych wyborów, spokojnego dystansu wobec tego, co nieuchronn*e". W opinii autorki [59], są to bezcenne, wprost nieocenione dary dla każdej rodziny i każdego jej członka. Wsparcie emocjonalne udzielane przez dziadków, wpływa bowiem nie tylko na samopoczucie i funkcjonowanie osób wobec których jest kierowane, ale ich spokój, rozwaga, pogoda ducha, wpływają znacząco na tzw. atmosferę domową. Dziadkowie są często dla niepełnosprawnego wnuka osobami szczególnymi, gdyż ofiarowują mu nie tylko miłość (dla niektórych dziadków niepełnosprawny wnuk jest tym "najukochańszym"), ale i pełne zrozumienie, które ma swoje podstawy w psychologicznej i społecznej sytuacji dziadków. Muszyńska [59] podkreśla także, iż więź między niepełnosprawnymi wnukami, a dziadkami, nie ulega rozluźnieniu, gdy dziecko dorasta, jak to często bywa w przypadku dzieci pełnosprawnych [59].

Piśmiennictwo

1. http://textland.pl/rodzina-i-wychowanie, data pobrania 4.01.2013.
2. Carson R.C., Butcher J.N., Mineka S.: Psychologia zaburzeń. Człowiek we współczesnym świeci, GWP, Gdańsk, 2003.
3. Barnes C., Mercer G.: Niepełnosprawność, Wydawnictwo Sic., Warszawa, 2008.

4. ICD, http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en, data pobrania 13.01.2013.
5. Majewski T.: Biopsychospołeczna koncepcja niepełnosprawności. Szkoła Specjalna, 1997, 3, 131-134.
6. Kirejczyk K.: Oligofrenopedagogika, WSPS, Warszawa, 1978.
7. Kirejczyk K.: Upośledzenie umysłowe. Pedagogika, Wydawnictwo PWN, Warszawa, 1981.
8. Wyczesany J.: Oligofrenopedagogika. Wybrane zagadnienia pedagogiki upośledzonych umysłowo, Oficyna Wydawnicza „Impuls", Kraków, 1998.
9. Wyczesany J.: Pedagogika upośledzonych umysłowo. Wybrane zagadnienia, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków, 2005.
10. Kirenko J., Parchomiuk M: Edukacja i rehabilitacja osób z upośledzeniem umysłowym, Wyd. Akademickie WSSP, Lublin, 2008.
11. Sękowska Z.: Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej. Wyd. WSPS, Warszawa, 1998.
12. Carson R.C., Butcher J.N., Mineka S.: Psychologia zaburzeń. Człowiek we współczesnym świeci, GWP, Gdańsk, 2003.
13. Cytowska B.: Drogi edukacyjne dzieci niepełnosprawnych intelektualnie. Wyd. Instytutu Pedagogiki Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław, 2002.
14. Grzywa A.: Kaprys natury, czyli o zespole sawanta, Medycyna i Pasje, 2010, 4, 6-8.
15. Bąk-Sosnowska M.: Zdrowie i choroba - czyli gdzie leży granica pomiędzy normą a patologią, Poradnik Medyczny, 2003, http://www.poradnikmedyczny.pl /mod/archiwum/ 3453_zdrowie_choroba_gdzie.html, data pobrania 6.07.2012
16. Treffet D.A.: The idiot savant: a review of the syndrome, Am. J. Psychiatry., 1988, 145, 563-572.
17. Saloviita T., Ruusila L., Ruusila U.: Incidence of Savant Syndrome in Finland. Percept. Mot. Skills., 2000, 91, 120-122.
18. Domarecka–Malinowska E.: Rodzina dziecka niepełnosprawnego [w:] Wybrane zagadnienia z pedagogiki specjalnej, Tomasik E. (red), Wyd. Wyższej Szkoły Pedagogiki Specjalnej, Warszawa, 1997, 68-80.
19. Bąk-Sosnowska M.: Choroba w życiu człowieka [w:] Psychologia. Podręcznik dla studentów kierunków medycznych, Trzcieniecka-Green A. (red.), TAiWPN UNIVERSITAS, 2006, Kraków, 172 – 228.
20. Feliks P.: Życie w ukryciu, Wyd. Cogito, 1998, 2, 8.

21. Aronson E., Pines A.M., Kafry D.: Ausgebrannt Vom Überdruß zur Selbstentfaltung, Klett Cotta Verlag., Stuttgart, 2006, 1-206.
22. Aronson E., Pines A.M., Kafry D.: Ausgebrannt Vom Überdruß zur Selbstentfaltung, Klett Cotta Verlag., Stuttgart, 2006, 1-206.
23. Popielski K.: Psychologiczne aspekty doświadczenia schorzeń reumatycznych, Reumatologia, 2005, 3, 160-165.
24. Kiecolt-Glaser J.K., Glaser R. Stress and immune function in humans [w:] Psychoneuroimmunology, Ader R., Felten D.L., Cohen N. red. Academic Press, New York , 1991, 849–869.
25. Larkowa H.: Integracja społeczna widziana oczyma psychologa [w:] Integracja społeczna ludzi niepełnosprawnych – zadania pedagoga, Hulek A. (red.), Studia Pedagogiczne, Wrocław, 1987, 30.
26. Larkowa H.: Postawy społeczne wobec osób z odchyleniami od normy [w:] Pedagogika rewalidacyjna, Hulek A. (red.), Wyd. PWN, Warszawa 1988, 478-491.
27. De Walden-Gałuszko, K.: Psychoonkologia, Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków, 2000.
28. Twardowski A.: Sytuacja rodzin dzieci niepełnosprawnych [w:] Dziecko niepełnosprawne w rodzinie, Obuchowska I. (red.), Wyd. WSiP, Warszawa, 1991, 20.
29. Medalie J., H. The patient and family adjustment to chronic disease in the home. Disabil. Rehabil., 1997, 19, 163-170.
30. Firnowska Mankiewicz A.: Jakość życia rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym., Psychol. Wychow., 1999, 2, 134-144.
31. Langford C.P., Bowsher J., Maloney J.P., Lillis P.P.: Social support: a conceptual analysis. J. Adv. Nurs., 1997, 25, 95-100.
32. Hupcey J.E.: Clarifying the social support theory-research linkage. J. Adv. Nurs., 1998, 27, 1231-1241.
33. Karwowska M.: Zmaganie się z problemami dnia codziennego przez rodziców wychowujących dziecko z niepełnosprawnością umysłową (w świetle badań własnych), Roczniki Naukowe Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej w Bydgoszczy Nauki o Edukacji, 2008, 3, 93-109.
34. Karwowska M.: Wspieranie rodziny dziecka niepełnosprawnego umysłowo (w kontekście społecznych zmian), Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków, 2003.
35. Maciarz A.: Wspomaganie rodziny w wychowaniu i rehabilitacji dzieci, Problemy Opiekuńczo - Wychowawcze, 1992, 5/6, 254-257.

36. Maciarz A.: Psychoemocjonalne i wychowawcze problemy dzieci przewlekle chorych. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków, 1998.
37. Pommersbach J.: Wsparcie społeczne a choroba. Przegl. Psychol., 1988, 31, 503–525.
38. Sęk H.: Wsparcie społeczne — co zrobić, aby stało się pojęciem naukowym? Prz. Psychol., 1986, 29, 791–800.
39. Sęk H., Cieślak R.: Wsparcie społeczne — sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia społecznego, wybrane koncepcje teoretyczne [w:] Wsparcie społeczne, stres i zdrowie Sęk H., Cieślak R. red., Wyd. PWN, Warszawa, 2004, 11-28.
40. Piwoński J, Piotrowski R.: Poziom wsparcia społecznego i stresu a choroba niedokrwienna serca. Badanie Pol-MONICA, Kardiol. Pol., 1998, 48, 847-853.
41. Jaworska-Obłój Z., Skuza B.: Pojęcie wsparcia społecznego i jego funkcje w badaniach naukowych. Przegl. Psychol.. 1986, 3, 733–746.
42. Frankiewicz A.: Ocena poziomu wsparcia społecznego u pacjentów hospitalizowanych w oddziale neurochirurgii. Ann. UMSC, Sec. D, 2005, supl. 16, 60, 471-474
43. Winiarski M.: Pedagogika społeczna humanistycznie zorientowana [w:] Pedagogika społeczna: dokonania, aktualność, perspektywy, Kawula S. (red.), Wyd. A. Marszałek, Toruń, 2001, 8.
44. Kawula S.: Wsparcie społeczne – kluczowy wymiar pedagogiki społecznej, Pedagogika Opiekuńczo-Wychowawcza, 1996, 1, 6.
45. Kawula S.: Wsparcie społeczne [w:] Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej, Lalak D., Pilch T. (red.), Wyd. Akademickie „Żak", Warszawa, 1999, 338.
46. Cobb S.: Social support as a moderator of life stress. Psychosom. Med., 1976, 38, 300-314.
47. Poprawa R.: Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem [w:] Podstawy psychologii zdrowia. Dolińska-Zygmunt G. (red.)., Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław, 2001, 103–141.
48. Salmon P.: Psychologia w medycynie. Wspomaga współpracę z pacjentem i proces leczenia. GWP, Gdańsk, 2002, 1-272.
49. Kossakowski Cz.: Węzłowe problemy pedagogiki specjalnej", Wyd. Edukacyjne Akapit, Toruń, 2003.

50. Taranowicz I.: Rodzina a problemy zdrowia i choroby [w:] Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny, Barański J., Piątkowski W. (red.), Wrocław, 2002, 2002, 105-115.
51. Muszyńska E.: Dziadkowie w rodzinie z niepełnosprawnym dzieckiem, Światło i cienie, 1998, 3, 1-3.
52. Kawula S.: Wsparcie społeczne [w:] Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej, Lalak D., Pilch T. (red.), Wyd. Akademickie „Żak", Warszawa, 1999, 338.
53. Muszyńska E.: Wspomaganie rozwoju dziecka niepełnosprawnego w rodzinie [w:] Sytuacja życiowa dziecka niepełnosprawnego w rodzinie, Ossowski R. (red.), Wyd.. Uczelniane WSP, Bydgoszcz, 1993, 73 – 83.
54. Kramarczyk E.: Upośledzenie dziecka jako niesprawiedliwość zadana przez los i ludzi: doświadczenia matek. Psychol. Wychow., 1989, 32, 412-423.
55. Pisula E.,: Spostrzeganie własnego dziecka przez rodziców dzieci autystycznych. Szkoła Specjalna, 1991, 2, 76-83.
56. Pisula E.: Autyzm – fakty, wątpliwości, opinie. Wyd. WSPS, Warszawa, 1993.
57. Pisula E., Danielewicz D.: Doświadczenia młodzieży związane z posiadaniem rodzeństwa z zaburzeniami rozwoju – wpływ rodzaju zaburzeń, płci i kolejności urodzeń, Ann. UMCS Sect. D, 2005, 40, supl. 6, 366-370.
58. Obuchowska I.: Dynamika nerwic, Wyd. WSiP, Warszawa, 1976.
59. Obuchowska I.: Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. Wyd. WSiP, Warszawa, 1991.

Guzowski Andrzej[1], Krajewska – Kułak Elżbieta[1], Zieliński Kajetan[2], Rozwadowska Emilia[1], Kuć Dariusz[3], Cybulski Mateusz[1]

Rodzina i jej funkcje a wypalenie sił u rodziców dziecka z niepełnosprawnością

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Student Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie
3. Białostockie Hospicjum Dziecięce

Rodzina, jako najbardziej istotny element wychowawczy, jest odpowiedzialna za całościowe kształtowanie człowieka od najmłodszych lat, aż do jego śmierci, ale postrzeganie rodziny może różni się np. w zależności od dziedziny nauki która się nią interesuje - inaczej będzie postrzegana w aspekcie socjologicznym, psychologicznym, pedagogicznym, a odmiennie w medycznym.

Encyklopedia Pedagogiczna XXI wieku [1], tę małą grupę społeczną, jaką jest rodzina, nazywa „*duchowym zjednoczeniem szczupłego grona osób”*.

Szczepański [2] uważa, że rodzina, to grupa *„złożona z osób połączonych stosunkiem małżeńskim i rodzicielskim. (...) pokrewieństwo może być rzeczywiste lub zastępcze (...) żyjących zazwyczaj pod jednym dachem i tworzących jedno gospodarstwo domowe obejmujące dwa pokolenia (mała rodzina) lub trzy pokolenia (wielka rodzina)”*

Auleytner [3], definiując rodzinę koncentruje się na osobie dziecka i podkreśla, iż jest ona „*pierwszą instytucją wychowawczą, w której przebiega proces socjalizacji dzieci, kształtowanie ich osobowości oraz przygotowanie do przyszłych ról społecznych. Rodzina gwarantuje prawidłowy rozwój biologiczny i psychiczno – społeczny dziecka. Rodzina oddziałuje na dziecko poprzez określony swoisty układ stosunków społecznych, na których podłożu dziecko przyswaja sobie określone wartości i wzory osobowe”*.

Piotrowski [cyt. za 4] twierdzi, że to „*komórka, która zaspokaja podstawowe potrzeby swych członków”*, a Dyczewski [5] że jest „*środowiskiem kształtowania tożsamości społeczno–kulturowej (...) twórcą i przekazicielem kultury”*.

Newland [cyt. za 6], uważa, iż: „*rodziny istnieją we wszystkich społecznościach ludzkich po to, by płodzić i wychowywać potomstwo i w ten sposób zapewnić przetrwanie danej grupy. Nie ma innej instytucji, która okazałaby się zdolna do zapewnienia takiej osobistej, zindywidualizowanej opieki i ochrony, jaką potrafią dawać sobie nawzajem członkowie rodziny. W wielu społecznościach rodzina stanowi przy tym również podstawową*

komórkę ekonomiczną (produkcyjną), lecz nawet i wtedy, gdy rynek przejmuje znaczną część gospodarczej działalności komórki rodziny i tak utrzymują się jej funkcje bytowe (utrzymanie), żywienie, wychowanie".

Zaborowski [7] definiuje rodzinę, jako „*grupę naturalną opartą na związkach krwi, małżeństwa lub adopcji".*

Levi -Strauss [8] w tłumaczeniu pojęcia „rodziny" wskazuje na jej niezmienne właściwości (cechy dystynktywne), takie jak:

- wywodzenie się z małżeństwa
- tworzenie jej przez męża, żonę, dzieci urodzone z ich związku, czyli tzw. jądro, wokół którego mogą się ewentualnie skupiać inni krewni
- wzajemne powiązania członków rodziny: więzami prawnymi, prawami oraz obowiązkami natury gospodarczej, religijnej i innej, ścisłą siecią praw i zakazów seksualnych oraz zmiennym i zróżnicowanym zespołem uczuć, takich jak miłość, przywiązanie, uznanie, obawa i tym podobne.

Funkcje rodziny

W literaturze przedmiotu [9, 10, 11, 12, 13, 14, 15] uważa się, iż funkcje rodziny są ściśle związane z jej strukturą. Zdaniem Tyszki [12], są one „*odzwierciedleniem życia rodziny w jego różnorakich formach"* i składają się na nie odmienne moduły ją budujące, takie jak np. podstawy, które regulują jej życie oraz sposób w jaki dana rodzina się utrzymuje, bądź jest utrzymywana oraz fakt, czy jest to rodzina wielopokoleniowa, czy też nuklearna (mała).

W opinii de Barbaro [10] struktura rodziny to „*niewidzialna sieć wzajemnych oczekiwań, warunkująca sposób, w jaki członkowie rodziny wchodzą ze sobą w interakcje".*

W tym miejscu warto podkreślić za Simon [11], iż w każdym systemie rodzinnym wyróżnia się podsystemy, trwale związane z podstawowymi funkcjami rodziny, w tym takie jak: małżeński, rodziców, dzieci oraz podsystemy chwilowe i zadaniowe (np. podsystem zwierzających się sobie kobiet, podsystem osób mających wspólne hobby). W obrębie podsystemów istnieją odrębne reguły interakcji, nie obowiązujące w całej rodzinie [11].

Zdaniem Bradshawa [9] głównymi elementami w systemie rodzinnym są:

- stosunek matki do samej siebie i do ojca
- stosunek ojca do samego siebie i do matki.

Na pełnienie funkcji przez rodzinę, za Grudniewskim [16], w jednakowym stopniu wpływają: współzależność członków, ich wzajemne oddziaływanie na siebie oraz układ ról pełnionych w tej grupie społecznej.

Funkcje rodziny, za Tyszka [12], to „*wyspecjalizowane oraz permanentne działania i współdziałania członków rodziny, wynikające z bardziej lub mniej uświadamianych sobie przez nich zadań, podejmowanych w ramach wyznaczonych przez obowiązujące normy i wzory, a prowadzące do określonych efektów głównych i pobocznych”*.

Adamski [17] proponuje podział funkcji rodziny na:

- instytucjonalne (dotyczące rodziny i małżeństwa jako instytucji społecznych) oraz osobowe
- pierwszorzędowe (istotne) oraz drugorzędowe (akcydentalne) - ze względu na znaczenie funkcji w życiu rodziny.

Zdaniem Szackiej [18], rodzinę i jej funkcji należy rozumieć jako „*instytucję kontrolującą proces reprodukcji osobników ludzkich. Składa się na nią zarówno biologiczna reprodukcja przedstawicieli gatunku Homo Sapiens, jak i społeczno kulturowa reprodukcja członków danej zbiorowości”*. Autorka [18] zwraca także uwagę na różnice pomiędzy rodziną, jako grupą społeczną, a rodziną jako instytucją, wskazując że o ile instytucja jest ukierunkowana na reprodukcję (biologiczną lub kulturową), to rodzina, jako grupa społeczna o charakterze pierwotnym - na wytworzenie więzi.

Według Szczepańskiego [2] za funkcje rodziny należy uważać te, które sprawiają, iż dzięki uczestnictwu w małej grupie społecznej jaką jest rodzina, człowiek ma możliwość nabywania kompetencji do życia w grupach społecznych o bardziej globalnym zasięgu [2].

Zaborowski [7] jest przekonany, iż rodzina to rodzaj wspólnoty, której podstawową funkcją jest *„utrzymanie ciągłości gatunkowej (biologicznej) społeczeństwa, stąd prokreacja dzieci jest istotną jej funkcją”*. W jego opinii [7] członkowie rodziny powiązani są nie tylko węzłami pokrewieństwa, ale także związkami prawno–ekonomicznymi, ponieważ młodzi członkowie tej wspólnoty wspólnie korzystają z opieki i świadczeń materialnych ze strony dorosłych oraz zostają przez nich wprowadzeni w świat kultury. W większości rodzin dzieci są wdrażane do odpowiednich form zachowania, a ich postępowanie podlega ocenie i kontroli z punktu widzenia wzorców i norm uznawanych przez rodziców [7].

Ziemska [4] wymienia 5 podstawowych funkcji rodziny:

- prokreacyjną
- zarobkową
- usługowo – opiekuńczą
- socjalizującą
- psychohigieniczną.

Funkcja prokreacyjna, zdaniem Ziemskiej [4], „*dostarcza nowych członków nie tylko dla własnej grupy, lecz również i dla całego społeczeństwa",* stąd uznaje się, że bardzo ważnym jej zadaniem jest zadowolenie seksualne. Tyszka [12] wskazuje ponadto, że funkcja ta zaspokaja potrzeby emocjonalne partnerów i pozwala na wchodzenie w nowe role społeczne, takie jak ojcostwo, czy macierzyństwo, stąd w przeciwieństwie do Ziemskiej, z funkcji prokreacyjnej wyodrębnia także funkcję seksualną twierdząc, że wiąże się ona nierozerwalnie z omawianym wyżej zadaniem rodziny. Na szczególne znaczenie tej funkcji zwraca uwagę także Adamski [17], którego zdaniem „*tylko rodzina jest religijnie i prawnie uznanym środowiskiem powoływania nowego życia i dostarczania społeczeństwu nowych członków".*

Kolejną funkcją wymienianą przez Ziemską [19] jest funkcja ekonomiczna, co *„ściśle się wiąże z funkcją zarobkową, która pozwala na zaspokojenie potrzeb ekonomicznych rodziny i indywidualnych potrzeb bytowych człowieka".*

Tyszka [12] z funkcji zarobkowej wyodrębnia dodatkowo cztery podfunkcje, takie jak:

- produkcyjna - wytwarzanie takiego dobra, którego konsumpcja w okresie gospodarki naturalnej jest wyłącznym źródłem jej (rodziny) utrzymania
- zarobkowa - możliwość zdobywania pieniędzy niezbędnych dla utrzymania rodziny
- gospodarcza - gromadzenie wszelkich dóbr niezbędnych do funkcjonowania rodziny np.: mieszkanie, samochód
- usługowo-konsumpcyjna - wykonanie wszelkich prac, najczęściej fizycznych, w celu utrzymania rodziny.

Podfunkcja usługowo–konsumpcyjna w podziale Tyszki [12], u Ziemskiej traktowana jest jako samodzielne zadanie rodziny i nazwana „funkcją usługowo-opiekuńczą" [19].

Ziemska [19] wymieniając kolejną funkcję rodziny wskazuje na znaczenie socjalizacji, która według Szackiej [18] jest nauką „*elementarnych wzorów zachowań i podstawowych ról społecznych. Człowiek w trakcie socjalizacji pierwotnej uczy się że jest dzieckiem, dziewczynką... […] Uczy się także że rodzice mają nad nim władzę",* obejmując nie tylko dzieci, ale wszystkich ich członków, od dziadków do wnuków.

Tyszka [12] zwraca także uwagę, na taki proces, jak socjalizacja pierwotna, który powinien być działaniem zaplanowanym (wewnątrzrodzinnym) i jakie każdy członek rodziny przechodzi w jej obrębie.

Socjologowie, za Szacka [18], wskazują także na drugi etap socjalizacji, czyli socjalizację wtórną, odbywająca się już po za środowiskiem domowym, która to właśnie uczy

człowieka nowych ról społecznych, takich jak: kolega, uczeń, pracownik oraz daje człowiekowi do wyboru różne płaszczyzny funkcjonowania, zarówno aksjologiczne, jak i materialne. Prawidłowo przeprowadzona socjalizacja pierwotna, w której człowiek uczy się podstawowych wzorów zachowań dla danej kultury sprawia, że wybory w trakcie wtórnej socjalizacji są zgodne z normami przyjętymi przez społeczeństwo, w którym dana jednostka funkcjonuje. Jeżeli jednostka w sposób nieprawidłowy przejdzie socjalizację pierwotną i zostaną przekazane jej złe wzorce, wtedy jej na każdym etapie życia należy przeprowadzić powtórną socjalizację poprzez naśladowanie mechanizmów socjalizacji pierwotnej i wtórnej (resocjalizacja) [18].

Ostatnią z wymienionych przez Ziemską [19] funkcji rodziny są zadania psychohigieniczne, zwracające uwagę na fakt, że *„dobrze funkcjonująca rodzina kształtuje człowieka dojrzałego emocjonalnie i psychicznie zrównoważonego”,* bowiem zadaniem rodziny jest wewnętrzny szacunek do siebie nawzajem oraz zaspokajanie potrzeb emocjonalnych. Człowiek w rodzinie musi znaleźć tyle oparcia, aby mógł sam w przyszłości samo stanowić o sobie [19]. Podobnie uważał amerykański psycholog Erikson [20], który w latach 60. zaproponował swój model psychospołecznej teorii rozwoju osobowości. Zauważył on [20], że zaniedbania emocjonalne ze strony rodziców, które były w dzieciństwie, bardzo często ujawniały się dopiero w wieku późniejszym. W swojej teorii podzielił życie ludzkie na osiem etapów, z których każdy powinien zakończyć się rozwiązaniem konkretnego kryzysu. Wyjście z kryzysu może być negatywne, bądź pozytywne. Zdaniem autora [20], pierwszy kryzys, który nazwał *stadium podstawowej ufności i nieufności,* dotyczy wieku od 0 do 1 roku życia. Dziecko w pierwszym etapie swojego życia, w rozwoju psychospołecznym, uczy się ufności do otaczającego do świata, poprzez relacje ze środowiskiem, które go otacza i jeżeli odczuwa otaczającą go miłość matki - nabiera ufności do niej, a następnie do innych członków rodziny. W przypadku, jeżeli nie otrzyma miłości i ciepła od matki, rozwiązanie kryzysu będzie negatywne w postaci rozwoju i ugruntowywania się jego nieufności [20]. Kolejne kryzysy to: pomiędzy autonomią, a wstydem i zwątpieniem (wczesne dzieciństwo), pomiędzy inicjatywą, a poczuciem winy (wiek zabaw), pomiędzy produktywnością, a poczuciem niższości, między tożsamością, a dyfuzją ról (dorastanie, pokwitanie), między intymnością, a izolacją (młodość), pomiędzy płodnością i stagnacją (wiek dorosły) oraz między integralnością „ego”, a rozpaczą (dojrzałość) [20].

Ziemska [4] wskazała również, że we współczesnej rodzinie funkcja zaspokajania potrzeb psychospołecznych wysuwa się na pierwszy plan, ponieważ w pierwszych latach zmierza się do ukształtowania świata młodego człowieka w taki sposób, aby mógł

bezpiecznie wykształcić swoją tożsamość. Prawidłowe realizowanie zadania psycho-higienicznego w rodzinie, w opinii autorki [4], pozwala na przejście „*od więzi raczej rzeczowych w rodzinie (zwłaszcza gdy rodzina była związana z warsztatem produkcyjnym) do więzi głównie osobistych oraz przejście od możliwości istnienia dystansu emocjonalnego w rodzinie dawnej, akceptowanego w formie ceremonialnego zwracania się do siebie, do bardziej spontanicznej wymiany uczuć i bezpośredniej ich ekspresji”*. Wszystkie zachowania rodziny mające na celu doprowadzenie do psychicznej równowagi jej członka, kierują się bowiem w stronę najpierw ukształtowania tożsamości człowieka, tak aby nie była rozproszona, a następnie doprowadzeniu do tego, aby człowiek świadomie przyjmował nowe role społeczne, takie jak: małżonka, dziadka czy pracownika [4].

Oprócz wymienionych przez Ziemską [4] zadań rodziny, warto wymienić jeszcze funkcje, które wyznaczył Tyszka [12]:

- kulturalną
- religijną
- rekreacyjno – towarzyską
- emocjonalno – ekspresyjną.

Funkcja kulturalna ma na celu wprowadzenie nowego członka społeczeństwa w życie kulturalno historyczne zbiorowości, w której aktualnie się on znajduje oraz doprowadzenie do „*wpojenia norm i skali wartości”,* jakimi dana zbiorowość się posługuje [12]. Zdaniem Dyczewskiego [21] fakt, że rodzina składa się z kilku pokoleń, pozwala na łatwą transmisję danych związanych z kulturą i historią, które odbywa się w rodzinie, jako przekaz ustny i najczęściej dotyczy faktów z życia rodziny, która jest umiejscowiona w danej czasoprzestrzeni. Autor [5] pisze, że „*gdyby nie opowieści dziadków i rodziców, niejedno dziecko nie wiedziało by, że w Wigilię Bożego Narodzenia wnoszono snop siana i stawiano go w roku izby, lub że siano kładziono pod stołem…”*. Podobnie uważa Kłoskowska [22]: *„poprzez sagę rodzinną oraz opowieści o minionych losach i aktualnych działaniach swoich rodziców, każde dziecko wyrasta w rzeczywistości swojego narodu, swojej klasy, swojego społeczeństwa i lokalnej społeczności”.*

Funkcja religijna dotyczy zwłaszcza rodzin, które wyznają jakiś określony światopogląd i ma na celu wychowanie potomstwa zgodnie z wyznawanymi wartościami religijnymi. [12]. Dyczewski [22] uważa, iż wiąże się ona z funkcją kulturalną rodziny, ponieważ zarówno w kościele Katolickim, Protestanckim, jak i cerkwi Prawosławnej, „*rodzinna wspólnotowość jest*

bardzo istotnym faktem np. we wspólnym celebrowaniu takich świąt, jak Boże Narodzenie czy Wielkanoc".

Funkcja rekreacyjno – towarzyska, ma z jednej strony nauczyć korzystania z wolnego czasu oraz „*dbałości o dobrą atmosferę w rodzinie",* a z drugiej - nawiązywania kontaktów towarzyskich i w dużej mierze jest realizowana w czasie socjalizacji pierwotnej [12].

Funkcja emocjonalno–ekspresyjna, zdaniem Tyszki [12], jest ukierunkowana na wyrażanie swojej osobowości i obejmuje nawiązywanie bliskich relacji, przyjaźni, doprowadzając do prawidłowego rozwoju psychospołecznego członków rodziny.

Warto pamiętać, iż wszystkie omówione w tym rozdziale funkcje rodziny są dynamiczne, ponieważ zmieniająca się cywilizacja współczesnego świata stawia przed rodziną coraz to nowe zadania.

Część teoretyków rodziny, np. Mariański [23] twierdzi nawet, że niektóre funkcje wypadają, lub tracą swoją siłę. Luckamn [24], niemiecki socjolog rodziny podkreśla wręcz, że „*rodzina nie potrafi już przygotować młodych ludzi do życia w społeczeństwie ani nie pomaga wystarczająco w budowaniu ich tożsamości osobowej. Większość rodzin w społeczeństwie ponowoczesnym, nie przekazuje treściowo określonej moralności, lecz ogólne reguły nie naruszające autonomii jednostki i jej wolności wyboru".*

Typy rodzin

Field [25] wyróżnia 5 typów rodzin:

- **prawidłową,** powstającą na bazie kochającego się związku małżeńskiego (kobiety i mężczyzny) o dojrzałej osobowość, który tworzy harmonijną całość, a prawidłowe zaspokajanie potrzeb, porozumiewanie się oraz troska o siebie dają podstawę wychowania dzieci. Małżonkowie mają poczucie zaspokojenia najważniejszych potrzeb dziecka - miłości, bezpieczeństwa i akceptacji. W takiej rodzinie komunikacja pomiędzy jej członkami jest szczera i otwarta, a konflikty rozwiązywane są zaraz po pojawieniu się problemu, w sposób szanujący godność własną i współmałżonka. Dzieci mają dużo swobody, aby być sobą, a rodzice zachęcają je do wyrażania swojego zdania w sprawach dotyczących całej rodziny, są wdrażane do samodzielności i odpowiedzialności
- **władzy,** w której zasady przedkłada się ponad stosunki międzyludzkie i uczucia. W rodzinie tej dominuje surowość w relacjach, a jej członkowie często odczuwają samotność. Dzieci są pod silną ich władzą i są surowo karcone za każde przewinienie. Rodzice nie zauważają postępów dzieci, przyjmują je za oczywiste, a dobre zachowanie

nigdy nie jest dostatecznie zadowalające. Rodzice nie mówią także dzieciom, że są przez nich kochane

- **nadopiekuńczą,** gdzie dzieci są głównym czynnikiem determinującym plany rodziców, którzy żyją i poświęcają się dla nich. Ich własne potrzeby i rozwój schodzą na plan drugi. Rodzice spełniają życzenia i pragnienia dzieci, zachowując się tak, jakby potrzebowali zgody na sprawowanie funkcji rodzicielskich. Dzieci wychowywane w takiej rodzinie mają wygórowane oczekiwania, ponieważ nigdy nie odmawiano im i nie stawiano żadnych wymagań
- **chaotyczną,** postrzeganą jako rodzina pozbawiona więzi, w której występują ciągłe konflikty, dręczenie innych swoimi problemami. Z reguły są to rodziny dysfunkcyjne, zaburzone, rodziny alkoholików, narkomanów itp., gdzie dzieci są ignorowane lub wykorzystywane. W rodzinie dominują konflikty współmałżonków, wieczne awantury i agresja. Rodzice są nieodpowiedzialni, kierują się nastrojami, a wobec dzieci nie są konsekwentni.
- **uwikłaną,** gdzie rodzice wykorzystują dzieci do zaspokojenia własnych potrzeb i bardzo często jedno z rodziców manipuluje dziećmi, wywołując w nich stałe poczucie winy i stawiając je w sytuacji bez wyjścia. Powstałe w ten sposób poczucie zagrożenia, bądź obcości w relacjach małżeńskich wywołuje koncentrację na dzieciach.
- Kavula [26] rozróżnia rodzinę:
- **małą** (nuklearną) - jako grupę społeczną, u której za podstawę przyjmuje się związek małżeński i wynikający z niego stosunek najbliższego pokrewieństwa lub adopcji, obejmującą dzieci, rodziców, a nawet czasem dziadków zamieszkujących razem i prowadzących wspólne gospodarstwo domowe.
- **dużą (**klan, ród, dynastia, czy rozproszona rodzina duża lub zredukowana rodzina duża) - obejmującą dalszych krewnych, (ciotki, kuzynów i wujków) a przynajmniej krewnych w linii prostej do trzeciego pokolenia.

Wymienia też [26] następujące trzy zasady wyróżniania jednostek rodziny.

- pierwszy - ze względu na liczbę osób będących w związku małżeńskim: małżeństwo monogamiczne (mężczyzna i kobieta), małżeństwo poligamiczne, czyli wielożeństwo i wielomęstwo oraz małżeństwo grupowe
- drugi - ze względu na wyróżniającą cechę rodziny np. o charakterze strukturalnym (rodzina wielodzietna, niepełna, z jednym dzieckiem), osadniczym (rodzina wiejska, miejska), czy społeczno–zawodowym (rodzina rzemieślnicza, chłopska, inteligencka,

przedsiębiorców itd.)

- trzeci - ze względu na kompletność lub niekompletność struktury (pełna , niepełna) [26].

Struktura pełną (dwu i trójpokoleniowa) to [26]:

- *rodzina naturalna***,** czyli taka, która powstała z pierwszego związku małżeńskiego rodziców
- *rodzina zrekonstruowana*, czyli utworzona z powtórnego związku małżeńskiego rodziców lub jednego z nich.
- *rodzina przysposobiona*, czyli małżeństwo prawnie przysposabia sobie lub adoptuje dziecko, które staję się ich dzieckiem.
- *rodzina zastępcza*, czyli rodzina wychowuje dziecko, które prawnie nie jest ich własnym dzieckiem, a koszty utrzymania dziecka pokrywa państwo.
- *rodzina kontraktowa*, czyli taka która czasowo i odpłatnie sprawuje opiekę nad dzieckiem, głównie z inicjatywy terenowych ośrodków pomocy społecznej.

Struktura niepełna – powstaje z powodu śmierci współmałżonka lub rozwodu [26]:

- *rodzina sieroca*, gdzie obydwojga rodziców brak na wskutek śmierci, a dzieci pozostają pod opieką krewnych, ale nie przebywają w domu dziecka.
- *rodzina półsieroca*, gdzie jednego rodzica brak na wskutek śmierci, a dzieci pozostają pod opieką drugiego rodzica.
- *rodzina rozbita*, która powstała w skutek zerwania więzi miedzy małżonkami, co w następstwie często prowadzi do rozwodu
- *rodzina samotnych osób*, gdzie przeważnie opiekę nad dziećmi sprawują niezamężne matki.

W literaturze przedmiotu [27, 28] funkcjonują także:

- **typy rodzin w zależności od hierarchii poważania i znaczenia w rodzinie**
  - patriarchalna – rodzina z dominującą pozycją mężczyzny (ojca)
  - matriarchalna – dominującą pozycję w rodzinie zajmuje kobieta
  - egalitarna – małżonkowie mają równe prawa i obowiązki
- **typy rodzin w zależności od dziedziczenia nazwiska majątku i pozycji społecznej**
  - patrylinearna – dziedziczenie w rodzinie następuje po ojcu (w linii męskiej)
  - matrylinearna – dziedziczenie następuje po matce (zjawisko to występuje w społeczności żydowskiej

Podstawy teoretyczne zjawiska wypalenia sił u oiekunów osób niepełnosprawnych

Zespół wypalenia (ang. *burnout syndrom*), za Maslach [28, 29, 30], jest „*przedłużoną reakcją na przewlekle działające stresory emocjonalne i interpersonalne, związane z pełnieniem określonych funkcji, najczęściej pracą zawodową, obecnie definiowaną z reguły, jako zespół wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji i obniżonego poczucia dokonań osobistych*".

Po raz pierwszy definicję „zespołu wypalenia" podał w roku w 1974 roku Herbert Freudenberger [31 32], amerykański analityk i określił nim „*spadek energii u pracownika, pojawiający się na skutek przytłoczenia problemami innych*". Autor [31, 32] uznał jego występowanie za typowe dla profesji, których istotą jest praca z ludźmi i podkreślał, iż rozwija się przede wszystkim u osób, których praca jest społecznie i etycznie bardzo odpowiedzialna.

Zespół wypalenia, w opinii Aronsona [33, 34], to stan, w którym „*osoba go doświadczająca czuje brak motywacji, ambicji oraz powołania do pracy którą wykonuje (...), stan przemęczenia, który może posiadać wiele podstaw*". Autor [33, 34], w oparciu o prace Buchka i Hackenberga, sporządził listę cech z uwzględnieniem głównej, za jaką uznał wyczerpanie.

W literaturze przedmiotu [33, 34, 35, 36] objawy wypalenia zawodowego dzieli się na trzy kategorie:

- *fizyczne* - rak energii, chroniczne zmęczenie, osłabienie, podatność na wypadki, napięcie i kurcze w obrębie mięśni szyi i ramion, bóle pleców, zmiana zwyczajów żywieniowych, zmiana wagi ciała, zwiększona podatność na przeziębienia i infekcje wirusowe, zaburzenia snu, koszmary senne, zwiększone przyjmowanie leków lub konsumpcja alkoholu w celu zniwelowania wyczerpania fizycznego
- *emocjonalne* - uczucie przeziębienia, uczucie bezradności, uczucie beznadziejności i braku perspektyw, niepohamowany płacz, dysfunkcje mechanizmów kontroli emocji, uczucie rozczarowania, poczucie pustki emocjonalnej, pobudliwość, uczucie pustki i rozpaczy, uczucie osamotnienia, uczucie zniechęcenia
- *psychiczne* - negatywne nastawienie do siebie, do pracy, do życia, przesyt, wykształcenie nastawienia dezawuującego klientów (cynizm, lekceważenie, agresja), utrata szacunku do siebie, poczucie własnej nieudolności, poczucie niższej wartości, zerwanie kontaktów z klientami i kolegami.

Zespół wypalenia zawodowego (*professional/job burnout syndrom),* wyodrębniła Maslach [29], prowadząc badania wśród pracowników wykonujących zawody społeczne i uznała go, jako specyficzny syndrom pojawiający się u ludzi pracujących na rzecz innych osób, pozostających w bezpośredniej z nimi relacji interpersonalnej. Za komponenty tego zespołu

uznała [29]

- **wyczerpanie emocjonalne** (*emotional exhaustion*) - centralny wymiar, najbardziej odczuwalny i doświadczany w zespole, poczucie, iż jest się ogromnie zmęczonym, obciążonym i wyeksploatowanym emocjonalnie oraz że zasoby emocjonalne są niezwykle uszczuplone i nie ma się już chęci do działania. osoba taka staje się drażliwa i impulsywna, brakuje jej radości, jest smutna. dzisiaj, zgodnie z najnowszym ujęciem. Wyodrębnia tylko wyczerpanie *(exhaustion)*, które rozumiane jest, jako poczucie wyczerpania sił zarówno emocjonalnych, jak i fizycznych
- **depersonalizację** (*detached concern/depersonalization*) - negatywne, znieczulone, bezduszne, przedmiotowe, zdystansowane traktowanie innych osób pozostających w zależnym kontakcie interpersonalnym (pacjenci, uczniowie, wychowankowie, itp.). Dzisiaj wymiar ten nazywany jest przez Maslach cynizmem (*cinicism),*a przejawia się on oziębłością, chłodem, czy też obojętnością, tak w relacjach interpersonalnych, jak również w relacji do wykonywanych zadań
- **obniżone poczucie dokonań osobistych** (*reduced personal accomplishment)*- rozumiane, jako brak satysfakcji zawodowej, spadek lub utrata poczucia własnych kompetencji zawodowych, a także utratę sukcesów w pracy. aktualnie, autorka określa ten element syndromu jako nieefektywność (*inefficacy)*, a rozumiany jest on jako utarta zaufania do siebie samego, swoich umiejętności i zdolność.

Golembiewski [37, 38], w oparciu o teorię stworzoną przez Maslach, skonstruował ośmiofazowy model wypalenia zawodowego:

- Faza I – stan początkowy – niski poziom wszystkich wymiarów wypalenia się (syndrom nie istnieje)
- Faza II – wysoki poziom depersonalizacji, niski poziom wyczerpania emocjonalnego i poczucia osiągnięć
- Faza III – wysoki poziom poczucia osiągnięć osobistych, niski depersonalizacji i wyczerpania emocjonalnego
- Faza IV – wysoki poziom depersonalizacji i poczucia osiągnięć osobistych, niski wyczerpania emocjonalnego
- Faza V – wysoki poziom wyczerpania emocjonalnego, niski poziom poczucia osiągnięć osobistych i depersonalizacji
- Faza VI – wysoki poziom depersonalizacji i wyczerpania emocjonalnego, niski poczucia osiągnięć osobistych

- Faza VII – wysoki poziom wyczerpania emocjonalnego i poczucia braku osiągnięć osobistych, niski poziom depersonalizacji
- Faza VIII – wysoki poziom wszystkich trzech wymiarów (faza najbardziej niebezpieczna).

Każdą fazę [37, 38, 39, 40] należy rozpatrywać w trzech wymiarach i w dwóch stopniach nasilenia się objawów: niskim (L - *low*) i wysokim (H - *high*). I faza - określa niski poziom wypalenia zawodowego w zakresie wszystkich trzech wymiarów. Faza II-VII - średni poziom wypalenia w zakresie wszystkich trzech wymiarów, a faza VIII - wysoki poziom wypalenia w zakresie wszystkich trzech wymiarów.

Kamrowska [41], źródła wypalenia lokalizuje w trzech płaszczyznach:

- **indywidualnej**: tzw. sprzyjające cechy osobowości – niska samoocena, defensywność, zależność, bierność, perfekcjonizm; poczucie kontroli zewnętrznej, nieracjonalne przekonania, niskie poczucie sprawności zaradczej, specyficzny typ kontroli polegający na unikaniu sytuacji trudnych,
- **interpersonalnej**: między pracownikami, a chorymi – emocjonalne zaangażowanie, między przełożonymi i współpracownikami, konflikty interpersonalne, rywalizacja, brak wzajemnego zaufania, zaburzona komunikacja, agresja werbalna, mobbing, zamierzone lub niezamierzone przyczynianie się pracodawcy do poczucia obniżania wartości pracowników, np. kwestionowanie kompetencji i blokowanie aktywności zawodowej,
- **organizacyjnej**: cele instytucji jako sprzeczne z wartościami i normami uznawanymi przez pracownika (np. brak czasu na prowadzenie życia rodzinnego), stresory związane ze środowiskiem fizycznym (np. hałas, stresory związane ze sposobem wykonywania pracy, np. pośpiech, monotonia, praca w godzinach wieczornych i nocnych), stresory związane z funkcjonowaniem pracownika jako członka organizacji (np. brak możliwości wypowiadania swojej opinii w istotnych sprawach), stresory związane z rozwojem zawodowym (niezadowolenie z przebiegu kariery, brak możliwości rozwoju zawodowego, brak poczucia stałości pracy), styl kierowania niedostosowany do zadań placówki i potrzeb pracowników.

Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne (APA *American Psychology Association)*, za Kamrowską [41] w procesie wypalenia zawodowego wyróżnia kilka faz:

- *miesiąc miodowy* – okres zauroczenia pracą i pełnej satysfakcji z osiągnięć zawodowych, energia, optymizm i entuzjazm,

- *przebudzenie* – czas, w którym człowiek zauważa, że idealistyczna ocena pracy jest nieadekwatna, pracuje coraz więcej i stara się, by idealistyczny obraz nie uległ zaburzeniu,
- *szorstkość* – realizacja zadań zawodowych wymaga coraz więcej wysiłku, dołączają się kłopoty w kontaktach społecznych.
- *wypalenie pełnoobjawowe* – rozwija się pełne wyczerpanie fizyczne i psychiczne, pojawiają się zaburzenia depresyjne, poczucie pustki i samotności, chęć wyzwolenia się, ucieczki z pracy,
- *odradzanie się* – czas leczenia „ran" powstałych po wypaleniu zawodowym.

Freudenberger [32] w zespole wypalenia zawodowego doszukuje się dwunastu stadiów, takich jak:

- przymus ciągłego udowadniania własnej wartości
- wzrost zaangażowania w pracę
- zaniedbywanie własnych potrzeb
- zaburzona proporcja między potrzebami wewnętrznymi a zewnętrznymi wymogami
- przewartościowanie, zmącenie percepcji i przytępienie postrzegania, aby móc dalej żyć, człowiek musi zastosować mechanizm wyparcia w konfrontacji z
- pojawiającymi się problemami
- następuje ostateczne wycofanie się, nabieranie wrogości do społeczeństwa
- znaczące zmiany w zachowaniu, izolowanie się
- utrata poczucia, że ma się własną osobowość
- pustka wewnętrzna. ataki fobii i paniki
- ogólny stan determinuje depresja. rozpacz, wyczerpanie, obniżenie nastroju.
- wypalenie pełnoobjawowe, na plan pierwszy wysuwa się całkowite wyczerpanie psychiczne, fizyczne i emocjonalne.

Fengler [31, 32] z kolei, wyodrębnia dziesięć etapów rozwoju wypalenia zawodowego:

- grzeczność i idealizm
- przepracowanie
- coraz bardziej zmniejszająca się grzeczność
- poczucie winy z tego powodu
- coraz większy wysiłek, żeby być grzecznym i solidnym
- brak sukcesów
- bezradność

- utrata nadziei
- wyczerpanie, awersja do klientów, apatia, złość
- wypalenie: oskarżenie siebie, ucieczka, cynizm, sarkazm, reakcje psychosomatyczne, nieobecność w pracy, wypadki, nieprzemyślana rezygnacja z pracy, sztywne trzymanie się przepisów w pracy, upadek społeczny.

W literaturze przedmiotu [42, 43] wskazuje się na różnorodność objawów wypalenia zawodowego. W opinii Frenglera [43] są to: niechęć towarzysząca wychodzeniu do pracy, ciągłe skargi na odczuwany brak chęci do pracy bądź przepracowanie, poczucie izolacji od świata, odbieranie życia jako ciężkiego i ponurego, wzrastająca ilość negatywnych wzajemnych przeniesień w kontaktach z klientami, poirytowanie, negacja, drażliwość, częste choroby bez rozpoznawalnych przyczyn oraz myśli o ucieczce i samobójstwie. Według Barańskiego [9] objawami są: fizyczne znużenie, zaburzenia somatyczne i czynnościowe, wybuchy gniewu i irytacja, okresy bezczynności w pracy, inicjowanie konfliktów w pracy, ucieczka przed decyzjami, zmiana zachowań lekarza – nadmierne spożywanie alkoholu, zażywanie narkotyków, brak poczucia identyfikacji z zawodem

Pines [36], podkreśla iż zjawisko wypalenia może stanowić podłoże do rozwoju niektórych jednostek chorobowych (np. depresji, czy uzależnień) i należy je różnicować m.in. z:

- *tzw. „codziennym stresem"* – zespół wypalenia traktowany, jako specyficzna reakcja psychologiczna w odpowiedzi na przewlekły stres związany z określonym typem pracy/zajęcia
- *mobbingiem* – w różnicowaniu pomaga brak specyficznej dla zespołu wypalenia sylwetki psychologicznej
- *depresją* - w różnicowaniu pomaga fakt, iż ludzie z zespołem wypalenia mogą bardzo dobrze funkcjonować w sytuacjach pozazawodowych, podczas gdy zaburzenia depresyjne dotyczą wszystkich sfer życia.
- *przewlekłym zmęczeniem* – w różnicowaniu pomaga fakt, iż po odpoczynku osoba zmęczona czuje sie lepiej, zaś przy zespole wypalenia każdy kontakt z sytuacją, która do niego doprowadziła, wyzwala objawy. Ludzie zmęczeni często mają poczucie spełnienia, sukcesu podczas gdy „wypaleni" odczuwają jedynie porażkę.

Problem wypalenia zawodowego w środowisku osób opiekujących się osobami niepełnosprawnymi

W literaturze przedmiotu [20, 41, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52], podkreśla się iż wypalenie zawodowe dotyczy przede wszystkim osób zatrudnionych w zawodach

wymagających emocjonalnego i bliskiego kontaktu z drugim człowiekiem, a do tych z pewnością należą lekarz, pielęgniarka, duchowny, pracownik socjalny, pracownicy służb.

Coraz częściej bywa on rozpoznawany również u osób, które nieprofesjonalnie sprawują opiekę nad osobami chorymi (rodzina, opiekunowie).

Większość badaczy zespołu wypalenia [28, 29, 41, 43, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 55] skupia się jednak przede wszystkim na wypaleniu w pracy zawodowej, a tylko nieliczni odnoszą go do sytuacji rodzinnej.

W opinii niektórych autorów [54, 55, 56, 57, 58, 59], długotrwała konieczność sprawowania opieki nad przewlekle chorym członkiem rodziny, może doprowadzić do distresu oraz spowodować wystąpienie „zespołu wypalenia", który jest czymś innym niż wypalenie w pracy zawodowej, ale jego przyczyny, przebieg i skutki są podobne.

Za pionierkę powyższych badań uznaje się Sullivan, za Dąbrowska [60], która w 1979 roku zapoczątkowała rozważania nad zespołem wypalenia w kontekście rodzin. W swoich badaniach zajęła się rodzicami dzieci autystycznych i stwierdziła, że długotrwałe zajmowanie sie dzieckiem niepełnosprawnym prowadzi do poczucia osamotnienia, izolacji, beznadziejności oraz do utraty sił [cyt. za 60]. Głównej przyczyny wystąpienia zespołu wypalania sil upatrywała w braku chwili wytchnienia i w konieczności sprawowania ciągłej opieki nad dzieckiem, a za wyznaczniki zespołu wypalenia u rodziców uznała [cyt. za 60]:

- utratę kontaktów i więzów rodzinnych
- brak zainteresowań
- rezygnację
- nadpobudliwość
- niezadowolenie ze swojej sytuacji
- negatywne odczucia wobec chorego dziecka
- obniżoną ocenę jego rozwoju
- podwyższony poziom lęku związany z doświadczanym distresem
- bezsenność
- bóle głowy
- zaburzenia układu pokarmowego
- zaburzenia i układu krążenia.

W polskim piśmiennictwie problem ten opisali Gałkowski [61], Pisula [62] i Sekułowicz [59].

Pisula [62] prezentuje pogląd, że przyczyną pojawienia się u rodziców poczucia

„wypalania się sił" jest brak postępów w rozwoju dziecka, a także fakt nieuzyskiwania „*wsparcia, adekwatnych usług terapeutycznych, edukacyjnych, itp*." Autorka [62] powołując się na wyniki badań angielskich uczonych podkreśla, iż w wyniku długotrwałego stresu i poczucia „wypalania się sił" u matek nastąpiło „*zdecydowane pogorszenie się ich stanu zdrowia, nasilenia takich dolegliwości jak: cukrzyca, rozedma płuc, nadciśnienie*.", stąd bardzo ważne jest „*udzielanie matce dziecka niepełnosprawnego wsparcia psychicznego w sytuacjach stresu, wyczerpania i zniechęcenia*". Opieka nad dzieckiem ciężko chorym, niepełnosprawnym sprzyja bowiem rozwojowi oraz umacnianiu się u rodziców/opiekunów dziecka niepokoju i poczucia zagrożenia, spowodowanych np. zaostrzeniami choroby i uciążliwością leczenia dziecka. Rodzice ulegają psychicznemu zmęczeniu, przeżywają liczne załamania i ulega osłabieniu ich wiara w zdolność do wysiłku [62].

Zespół wypalania sił występuje również wśród nauczycieli, którzy podejmują się pracy z osobami niepełnosprawnymi, w tym np. z autyzmem, co opisał między innymi Sekułowicz [62].

Zdaniem Maciarz [63], na zespół wypalenia sił bardziej narażone są samotne matki, nadmiernie obciążone obowiązkami i nie mające wsparcia ze strony osób bliskich.

Z powyższym zgadza się także Siek [64] twierdząc, że matki dzieci niepełnosprawnych „wypalają się" na skutek przeżywania silnych stresów, co pogarsza sprawność funkcjonowania ich aparatu psychicznego: przeżywają obniżone nastroje, ujawniają zmniejszone poczucie bezpieczeństwa, osłabia się ich wiara w siebie, wzmaga działanie mechanizmów obronnych. Wieloletnie obciążenie stresem procentuje wzrostem poziomu lęku, poczucia winy i urazy oraz nastawienia na agresywną obronę tj. drażliwością i wyższą niż u matek dzieci zdrowych agresywnością pośrednią i słowną [64].

Badania porównawcze prowadzone przez Siemińską [65], w grupie rodziców dzieci chorych na białaczkę, dostarczają wyników o charakterystycznych sposobach radzenia sobie z sytuacją stresu, odmiennych w przypadku ojców i matek. Autorka wykazała duże trudności ojców w przekształceniu znaczenia sytuacji, jej redefinicji. Mimo potencjalnie wyższych zdolności do takich działań na płaszczyźnie intelektualnej (wykazywanej w innych wymiarach), w przypadku choroby własnego dziecka, bezradność ojców w tym zakresie była znacznie większa, odmiennie od postawy matek, które radziły sobie aktywniej i skuteczniej. U podłoża trudności w redefinicji sytuacji choroby dziecka przez ojców autorka upatruje kilka czynników, do których zaliczyła: relatywnie silniejsze odczuwanie choroby przez ojca, niski poziom wiedzy na temat problemów dziecka, ich przyczyn, rokowań, form pomocy, a także większa gotowość matek do podejmowania działań opiekuńczo- pielęgnacyjnych,

uwarunkowana nie tylko biologicznie, ale też kulturowym podziałem ról, wychowaniem, oczekiwaniami społecznymi [65].

Piśmiennctwo

1. Encyklopedia Pedagogiczna XXI wieku. Tom 5, praca zbiorowa, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa, 2006.
2. Szczepański J.:. Elementarne pojęcia socjologii. Wydawnictwo PWN, Warszawa, 1972.
3. Auleytner J., Głębicka K.: Polskie kwestie socjalne na przełomie wieków, Wyższa Szkoła Pedagogiczna Towarzystwa Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa, 2001.
4. Ziemska M.: Rodzina a osobowość. Wydawnictwo PWN, Warszawa, 1975.
5. Dyczewski L.: Rodzina twórcą i przekazicielem kultury. Wyd. Towarzystwa Naukowego KUL, Lublin, 2003.
6. Frąckiewicz L.: Polityka społeczna, Fundacja dla Wspierania Śląskiej Humanistyki, Katowice, 1993.
7. Zaborowski Z.: O rodzinie. Rodzina jako grupa społeczno – wychowawcza, Wydawnictwo. Nasza Księgarnia, Warszawa, 1980.
8. Levi-Strauss C.: Rodzina, [w:] Antropologia kultury, Mancwela A. (red.), cz. I, Uniwersytet Warszawski, Warszawa, 1955, 297-312.
9. Bradshaw J.: Zrozumieć rodzinę. Wydawnictwo PTP, Warszawa, 1994.
10. De Barbaro B.: Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny, Wydawnictwo UJ., 1999.
11. Simon F.B., Stierlin H.: Słownik terapii rodzin., GWP, Gdańsk, 1998, 1-511.
12. Tyszka Zb.: Socjologia rodziny, Wydawnictwo PWN, Warszawa, 1976.
13. Tyszka Zb.: Rodzina a bezrobocie w okresie transformacji systemu społeczno – gospodarczego w Polsce [w:] Rodzina Polska w okresie kryzysu i ożywienia gospodarczego (1990-1995), Rakowski W. (red.), Wydawnictwo Polskiego Towarzystwa Demograficznego, Warszawa, 1997, 189-198.
14. Tyszka Zb.: Relacja rodzina – społeczeństwo globalne w okresie transformacji [w:] Rodzina współczesna, Ziemska M. (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa, 2005, 25-32.
15. Tyszka Zb., Wachowiak A.: Podstawowe pojęcia i zagadnienia socjologii rodziny, Wydawnictwo Akademii Rolniczej im. Augusta Cieszkowskiego, Poznań, 1997.
16. Grudniewski T.: Funkcje społeczne i struktura rodziny, Wychowanie na co dzień, 1999, 4, 8-12

17. Adamski F.: Rodzina. Wymiar społeczno-kulturowy. Wydawnictwo UJ., Kraków, 2002
18. Szacka B.: Wprowadzenie do socjologii. Oficyna "W" Naukowa, Warszawa, 2008.
19. Ziemska M.: Rodzina a osobowość. Wydawnictwo WN, Warszawa, 1975.
20. Erikson E.H.: Childhood and Socjety. Norton & company, INC. NY, 1963, 248-250.
21. Dyczewski L.: Więź między pokoleniami w rodzinie. Wydawnictwo Towarzystwa Naukowego KUL, Lublin, 2002.
22. Kłoskowska A.: Zagadnienia potrzeb i aspiracji kulturalnych środowisk robotniczych. Kultura i Społeczeństwo, 1969, 13, 73-84.
23. Mariański J.: Kryzys moralny czy transformacja wartości?, Wydawnictwo Towarzystwa Naukowego KUL, Lublin, 2001.
24. Luckmann Th.: Die Währungen des „Sozialkapitals" [w:] Moral im Allltag. Sinvermittlung und moralische Kommunikation in intermediären Instytutionen. Hrsg. Luckman Th. (red.), Gütersloh, 1998, 222.
25. Field D.: Osobowości rodzinne, Wydawnictwo Logos, Warszawa, 2007.
26. Kawula S.: Wsparcie społeczne [w:] Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej, Lalak D., Pilch T. (red.), Wydawnictwo Akademickie „Żak", Warszawa, 1999, 338.
27. Szlendak T.: Socjologia rodziny. Ewolucja, historia, zróżnicowanie, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2010.
28. Maslach C: Burnout. Hum. Behav. 1976, 5, 16-22.
29. Maslach C., Schaufeli WB., Leiter MP: Job burnout. Annu. Rev. Psychol., 2001, 52, 397-422.
30. Weber A, Jaekel-Reinhard A.: Burnout syndrome: a disease of modern societies?, Occup. Med. Lond., 2000, 50, 512-517.
31. Freudenberger H.J.: Staff burnout. J. Social Issues, 1974, 30, 159-165.
32. Aronson E., Pines A.M., Kafry D.: Ausgebrannt Vom Überdruß zur Selbstentfaltung, Klett Cotta Verlag., Stuttgart, 2006, 1-2
33. Aronson, E., Wilso, D., T., Akert R.M.: Psychologia społeczna. Serce i umysł., Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań, 1997.
34. Henzel-Korzeniowska A.: Wypalenie zawodowe, fanaberia intelektualna czy rzeczywisty problem. Lek. Rodz., 2004, 9, 146-150.
35. Pines A.M.: Wypalenie w perspektywie egzystencjalnej [w:] Wypalenie zawodowe-przyczyny, mechanizmy, zapobieganie, Sęk H. (red.), Wydawnictwo Nauk. PWN, Warszawa, 2000, 32- 57.

36. Golembiewski R.T.: A note on Leiter.s study. Highlighting two models of burnout. Group. Org. Stud., 1989, 14, 5- 13.
37. Golembiewski R.T., Boudreau R.A., Sun B.C., Luo H.: Estimates of burnout in public agencies. Public. Administr. Rev., 1998, 58, 59-65
38. Terelak J.: Psychologia stresu, Oficyna Wydawnicza. Branta, Bydgoszcz, 2001.
39. Terelak J.: Człowiek i stres, Oficyna Wydawnicza. Branta, Bydgoszcz, 2008.
40. Kamrowska A.: Wypalenie zawodowe, Pol. Merk. Lek., 2007, 23, 317-319.
41. Barański J.: Ryzyko niepowodzeń w praktyce lekarskiej. Lek. Rodz., 2005, 10, 1110-1113.
42. Fengler J.: Pomaganie męczy - wypalenie w pracy zawodowej, przekład: Pietruszewski K., GWP, Gdańsk, 2000.
43. Costantini A., Solano L., Di Napoli R., Bosco A.: Relationship between hardiness and risk of burnout in a sample of 92 nurses working in oncology and AIDS wards. Psychother. Psychosom. 1997, 66, 78-82.
44. Dębska G., Cepuch G.: Wypalenie zawodowe u pielęgniarek pracujących w zakładach podstawowej opieki zdrowotnej, Probl. Pielęg., 2008, 16, 273-279.
45. Fengler J: Pomaganie męczy - wypalenie w pracy zawodowej, przekład: Pietruszewski K., GWP, Gdańsk, 2000.
46. Costantini A., Solano L., Di Napoli R., Bosco A.: Relationship between hardiness and risk of burnout in a sample of 92 nurses working in oncology and AIDS wards. Psychother. Psychosom., 1997, 66, 78-82.
47. Dębska G., Cepuch G.: Wypalenie zawodowe u pielęgniarek pracujących w zakładach podstawowej opieki zdrowotnej. Probl. Pielęg., 2008, 16, 273-279.
48. Gretkowski A. Ks.: Syndrom wypalenia wśród duchowieństwa na przykładzie wybranej grupy księży diecezji płockiej [w:] Wypalenie zawodowe pracowników służb społecznych, Zbyrad T. (red.), Wyd. Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II w Lublinie. Wydział Zamiejscowy Nauk o Społeczeństwie w Stalowej Woli. Instytut Socjologii, Stalowa Wola, 2008, 170-186.
49. Mojs E., Głowacka M.D.: Wypalenie zawodowe u polskich pielęgniarek, Nowiny Lekarskie, 2005, 74, 238–243.
50. Ogińska–Bulik N.:, Stres zawodowy w zawodach usług społecznych, źródła, konsekwencje zapobieganie, Wyd. Difin, Warszawa, 2006.
51. Rostowski J.: Zarys psychologii małżeństwa. Psychologiczne uwarunkowania dobranego związku małżeńskiego. PWN, Warszawa, 1987.

52. Świderski T., Langer D., Popkowska-Zerbin H.: Wypalenie zawodowe a poczucie koherencji u lekarzy. Nowiny Psychol., 1999, 3, 69-74.
53. Wilczek-Różyczka E., Plewa Z.: Wypalenie zawodowe u pracowników ochrony zdrowia, Med. Rodz., 2008, 3, 69-73.
54. Knypll K.: Wypalenie zawodowe, Miesięcznik STOMOZ, Stowarzyszenie Menadżerów Opieki Zdrowotnej, 2001, 9, 53-55.
55. Maslach C: Wypalenie – w perspektywie wielowymiarowej [w:] Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie. Sek H (red.), Wyd. PWN, Warszawa, 2006, 13 – 32.
56. Brodniak W.A: Choroba psychiczna jako przedmiot badań socjologicznych. Przegląd literatury światowej, Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna, 1999, 17, 48-71.
57. Brodniak W.A.: Choroba psychiczna w świadomości społecznej, Oficyna Naukowa, Warszawa, 2000, 1-259.
58. Bulenda T., Zabłocki J.: Ludzie niepełnosprawni w środowisku społecznym [w:] Pedagogika społeczna. Człowiek w zmieniającym się świecie. Pilch T., Lepalczyk J.I. (red), Wydawnictwo PZWL, Warszawa, 1993, 371.
59. Heuvel E.T., de Witt L.P., Schure L.M., Sanderman R., Meyboom – de Jong B: Risk factors for burn – out in caregivers of stroke patients, and possibilities for intervention, Clin. Rehabil., 2001, 15, 669 – 677.
60. Magliano L., Fadden G., Madianos M., de Almeida J.M., Held T., Guarnerei M., Marasco C., Tosini P., Maj M: Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol., 1998, 33, 405 –412.
61. Tan L.L., Wong H.B., Allen H.: The impact of neuropsychiatric symptoms of dementia on distress in family and professional caregivers in Singapore. Int. Psychogeriatr., 2005, 17, 253-263.
62. Gałkowski T.: Dziecko autystyczne i jego rodzice, Wydawnictwo PTWK, Warszawa, 1984.
63. Pisula E., Zespół wypalenia się sił u rodziców dzieci autystycznych, Now. Psychol., 1994, 3, 83-89.
64. Maciarz A.: Psychoemocjonalne i wychowawcze problemy dzieci przewlekle chorych. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków, 1998.
65. Siek S.: Poziom agresywności i lęku u matek dzieci niepełnosprawnych. Studia z psychologii. Tom IX. Wyd. Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa, 1999.

Malesińska Magdalena, Sacharewicz Agata, Prokop-Zaniewska Aleksandra, Łuszcz Anna, Stepek Agata, Roszko-Kirpsza Izabela, Olejnik Beata Janina, Maciorkowska Elżbieta

Socjologiczna rola rodziny w występowaniu zachowań ryzykownych u dzieci i młodzieży

Zakład Medycyny Wieku Rozwojowego i Pielęgniarstwa Pediatrycznego UMB

Wstęp

Człowiek, jako istota społeczna rozwija się w relacji z innymi ludźmi, a najbliższą mu komórką społeczną jest rodzina, której członków łączą bezpośrednie relacje. W rodzinie w sposób naturalny podczas socjalizacji pierwotnej, następuje rozwój osobowości jednostki [1].

Rodzina, oprócz środowiska lokalnego i grup rówieśniczych, jest jednym z najważniejszych środowisk wychowawczych. Ma ogromną przewagę w stosunku do innych środowisk wpływających na rozwój dziecka, ponieważ jej oddziaływanie wychowawcze zaczyna się od najmłodszych lat życia dziecka.

Rodzina jest pierwszą i najważniejszą, chociaż najmniejszą, fundamentalną komórką społeczną w życiu dziecka. Dziecko jest jej spokrewnionym członkiem od momentu narodzin i pozostaje nim do późnej starości, bądź należy do niej na mocy adopcji albo zwykłej przynależności rodzinnej.

Rodzina zaspokajając potrzeby swych członków i całego społeczeństwa pełni wiele ważnych funkcji [1]. Najważniejszym zadaniem rodziny jest rola socjalizacyjna, która przejawia się we wprowadzaniu członków rodziny w życie społeczne, przekazywanie im obyczajów, norm zachowań czy wartości kulturowych danego społeczeństwa.

Najbardziej optymalne warunki do pełnienia funkcji wychowawczej ma rodzina pełna, złożona z obojga rodziców i dzieci, połączonych ze sobą silną więzią emocjonalną, w której przestrzega się powszechnie uznawanych zasad, norm i wartości. Pełnienie funkcji socjalizacyjnej polega na zaspokajaniu potrzeb biologicznych i psychospołecznych dzieci i młodzieży, a w szczególności zapewnienie bezpieczeństwa, miłości, przynależności. Rodzina uczy i umożliwia dzieciom aktywny udział w różnego rodzaju czynnościach i obowiązkach domowych. Funkcja socjalizacyjna rodziny polega również na pogłębianiu u dzieci i młodzieży więzi emocjonalnej z krewnymi, przyjaciółmi i znajomymi. Rodzina kształtuje i

przygotowuje do pełnienia ról społecznych, internalizacji wartości, norm społecznych oraz wzorów zachowań.

Rodziny pełne tworzą idealne warunki do rozwoju dziecka, zapewniając mu poczucie bezpieczeństwa, wzajemne wsparcie i poszanowanie jego wartości. Według Jocza, typowa jest rodzina dwupokoleniowa. Zdarza się występowanie rodzin niepełnych, gdzie brakuje co najmniej jednego z rodziców lub potomstwa, co spowodowane jest śmiercią lub odejściem jednego ze współmałżonków, bądź też urodzeniem dzieci przez niezamężną kobietę [1].

Każde dziecko rodzi się z pewnymi uwarunkowaniami genetycznymi oraz wrodzonymi możliwościami i zdolnościami, które kształtują jego rozwój i wychowanie pod wpływem istniejących czynników środowiskowych. Stanowią one również podłoże dla rozwoju jego osobowości. Cechy osobowości w głównej mierze kształtują się pod wpływem doświadczeń i oddziaływań rodzinnych. Prawidłowe oddziaływania rodziny prowadzą do kształtowania się prawidłowej, dojrzałej osobowości, zaś nieprawidłowe mogą skutkować osobowością nie w pełni dojrzałą lub zaburzoną. Szczególne znaczenie mają doświadczenia wyniesione z dzieciństwa, ponieważ rzutują one w sposób znaczący na całe życie dorosłego człowieka.

Zachowania rodziców w stosunku do dziecka mogą prowadzić do jego wycofania się z kontaktów z otoczeniem, ale mogą także spowodować wejście dziecka w zachowania ryzykowne. Zdaniem Kunikowskiego nieprawidłowe postawy rodziców i popełniane przez nich błędy wychowawcze są, obok uwarunkowań materialnych rodziny i sytuacji dziecka w rodzinie, najważniejszymi przyczynami trudności wychowawczych [2].

Zgodnie z badaniami przeprowadzonymi przez Jocza najbardziej szkodliwy jest liberalny system wychowania, który polega na nie stawianiu wymagań dziecku, a jednocześnie braku wsparcia emocjonalnego ze strony rodziców [3].

Obecność obojga rodziców oraz ich zaangażowanie w dojrzały styl wychowania, polegający na stawianiu wymagań i emocjonalnym wspieraniu dziecka chroni młodzież przed patologicznymi zachowaniami, w tym również przed używaniem substancji psychoaktywnych.

Środowisko rodzinne odgrywa również rolę w procesie socjalizacji poprzez celową działalność wychowawczą, jak też spontaniczne procesy przystosowania się do życia społecznego w drodze naśladownictwa i identyfikacji [3].

Celem pracy była ocena socjologicznej roli rodziny w występowaniu zachowań ryzykownych u dzieci i młodzieży.

Materiał i metody

Badaniami objęto 755 uczniów w wieku od 12 do 18 roku życia pochodzących ze środowiska wiejskiego oraz 894 uczniów w tym samym wieku mieszkających w Białymstoku. Badania przeprowadzono za pomocą autorskiego anonimowego kwestionariusza w roku szkolnym 2008/2009 w I i II klasach gimnazjów oraz II klasach liceów ogólnokształcących. Kwestionariusz badawczy składał się ze 86 pytań, ułożonych w 5 części tematycznych obejmujących charakterystykę rodziny badanego ucznia, palenie papierosów, spożywanie alkoholu, używanie narkotyków, zachowania agresywne.

Badania kwestionariuszowe zespół badający przeprowadzał po wcześniejszym ustaleniu dogodnego terminu z pedagogiem szkolnym oraz wychowawcami poszczególnych klas, które brały udział w badaniach.

Badania prowadzone były za zgodą Kuratorium Oświaty w Białymstoku i Dyrekcji Szkół objętych badaniami. Pisemna zgodę na realizację badań na terenie szkoły wyraziły Dyrekcje poszczególnych placówek oświatowych na specjalnie przygotowanym formularzu zgody. Przed przystąpieniem do badań zostało wykonane wcześniejsze badania pilotażowe w grupie 60 uczniów (po 20 w każdej z klas). Przed przystąpieniem do badań uczniowie zostali poinformowani o celu i metodach prowadzonych badań. Każdy uczeń pełnoletni wyraził zgodę na przystąpienie do badań, zaś w przypadku dzieci i młodzieży niepełnoletniej zgodę na badania wyrazili ich rodzice lub opiekunowie prawni.

Na prowadzenie badań zgodę wyraziła Komisja Bioetyczna UMB (Nr R-I-002/16/2007).

Analizie poddano szereg zależności pomiędzy zmiennymi o charakterze jakościowym. Przedstawiano je za pomocą tabel dwudzielnych w postaci liczebności oraz wartości procentowej. Zależności statystyczne pomiędzy zmiennymi oceniano przy użyciu testu niezależności χ^2 Pearsona [4].

Wszystkie hipotezy statystyczne weryfikowano na poziomie istotności $p<0,05$. Większość obliczeń została przeprowadzona w oparciu o pakiet statystyczny Statistica 8.0 firmy StatSoft.

Wyniki

Badaniami objęto 755 uczniów ze środowiska wiejskiego oraz 894 uczniów z miasta Białegostoku w wieku od 12 .do 18. roku życia. Uczniowie I klasy gimnazjum ze środowiska miejskiego stanowili 320 badanych dzieci, wśród których było 135 (42%) dziewczynek i 185 (58%) chłopców. W populacji wiejskiej uczniów I klas gimnazjum było 318, wśród których były 162 dziewczynki (50,9%) i 156 chłopców (49,1%). Uczniowie II klas liceów

ogólnokształcących ze środowiska miejskiego stanowili 291 osób, w tym dziewcząt było 201 (69,1%), a chłopców 90 (30,9%). Grupa badanych ze środowiska wiejskiego stanowiła 175 osób, w tym były 103 dziewczynki (58,9%) i 72 chłopców (41,1%). Uczniowie III klas gimnazjum środowiska miejskiego stanowili 284 osoby; dziewcząt było 134 osoby (47,2%), zaś chłopów 150 (52,8%). W badanej populacji wiejskiej uczniowie klas III stanowili 262 osób. Dziewczynek było 140 (53,5%) zaś chłopców 122 (46,5%).

Badane zachowania ryzykowne częściej odnotowano wśród uczniów zamieszkujących miasto niż wieś. Palenie papierosów deklarowało 27,0% uczniów ze środowiska miejskiego i 12,8% uczniów ze wsi ($p<0,001$).

Spożycie alkoholu wśród uczniów środowiska miejskiego odnotowano u 57,9% badanych, w odróżnieniu od badanych ze środowiska wiejskiego (31,1%) ($p<0,001$).

Widoczne jest również zróżnicowane korzystanie z narkotyków w zależności od miejsca zamieszkania badanych uczniów i wskazuje na większe ich wykorzystanie przez dzieci i młodzież miejską (20,7%), w porównaniu ze środowiskiem wiejskim (9,0%) ($p<0,001$).

Niepokojącym zjawiskiem jest również narastająca agresja, którą zgłaszało 57,2% badanych ze środowiska miejskiego i 42,8% ze wsi ($p<0,01$) (Tab. I).

Tabela I. Występowanie zachowań ryzykownych u dzieci i młodzieży.

	Palenie papierosów*** (%)		Spożycie alkoholu*** (%)		Używanie narkotyków*** (%)		Zachowania agresywne** (%)	
	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś
Tak	27,0	12,8	57,9	31,1	20,7	9,0	57,2	49,0
Nie	73,0	87,2	42,1	68,9	79,3	91,0	42,8	51,0

** $p<0,01$ *** $p< 0,001$

Na częstość palenia papierosów wśród badanych uczniów ewidentny wpływ w środowisku miejskim miała struktura rodziny. Odsetek palących papierosy w rodzinach niepełnych wynosił 44,4%, zaś w rodzinach pełnych 23,6% ($p<0,001$). Zjawisko to na wsi miało znacznie mniejszy zasięg i nie wykazywało dużych różnic w zależności od struktury rodziny (Tab. II).

Tabela II. Struktura rodziny a występowanie zachowań ryzykownych u badanych dzieci.

	Palenie papierosów (%)				Spożycie alkoholu (%)				Używanie narkotyków (%)				Zachowania agresywne (%)			
	Pełna **		Niepełna ***		Pełna **		Niepełna ***		Pełna #		Niepełna #		Pełna **		Niepełna #	
	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś
Tak	23,6	12,8	44,4	13,0	55,5	12,5	70,8	14,2	17,2	16,6	38,9	25,0	55,9	31,5	63,9	64,9
Nie	76,4	87,2	55,6	87,0	44,5	87,5	29,2	85,8	82,8	83,4	61,1	75,0	86,4	68,5	36,1	35,1

** p<0,01 *** p< 0,001 # NS – brak istotności statystycznej

Spożycie alkoholu było znacznie częstsze w rodzinach niepełnych. Do spożycia alkoholu przyznało się 70,8% uczniów ze środowiska miejskiego i 14,2% ze środowiska wiejskiego pochodzących z rodzin niepełnych (p<0,001).

Używanie narkotyków w obu analizowanych środowiskach również było częstsze w rodzinach niepełnych. W środowisku miejskim przynajmniej raz używało narkotyki 38,9% badanych, odsetek ten w środowisku wiejskim wynosił 25,0%. W rodzinach pełnych ze środowiska miejskiego 17,2%, zaś ze środowiska wiejskiego 16,6% zażywało środki narkotyczne.

Zachowania agresywne dominowały w rodzinach niepełnych obu badanych środowiskach i prezentowały się w zbliżonych odsetkowo wartościach w mieście (63,9%) i na wsi (64,9%).

W rodzinach pełnych większą częstość zachowań agresywnych odnotowano w środowisku miejskim (55,9%) niż środowisku wiejskim (31,5%) (p<0,01) (Tabela II).

Przeprowadzona analiza częstości palenia papierosów w zależności od zamożności rodzin badanych uczniów wykazała, iż zdecydowanie więcej dzieci i młodzieży palących papierosy pochodziło z rodzin biednych i średnio zamożnych zarówno w mieście (42,3%) ,jak też i na wsi (21,1%)(p<0,001). W rodzinach zamożnych w mieście odsetek ten wynosił 32,2% zaś na wsi 4,7% (p<0,001).

Spożycie alkoholu było zdecydowanie większe w rodzinach średnio zamożnych i biednych zarówno w mieście (56,9%), jak i na wsi (52,0%). W rodzinach zamożnych odsetek dzieci i młodzieży nadużywającej alkoholu zdecydowanie większy był w środowisku miejskim (64,5%) niż w środowisku wiejskim (15,6%) (p<0,001).

Używanie narkotyków było zdecydowanie większe w środowisku miejskim w rodzinach zamożnych (30,6%) oraz średnio zamożnych i biednych (19,1%). W badanej grupie

dzieci i młodzieży ze środowiska wiejskiego używanie narkotyków było stosunkowo niskie niezależnie od zamożności rodziny (Tab. III).

Tabela III. Zamożność rodziny a występowanie zachowań ryzykownych u badanych dzieci.

	Palenie papierosów (%)				Spożycie alkoholu (%)				Używanie narkotyków (%)				Zachowania agresywne (%)			
	Zamożna ***		Średnio zamożna i biedna **		Zamożna ***		Średnio zamożna i biedna #		Zamożna ***		Średnio zamożna i biedna ***		Zamożna #		Średnio zamożna i biedna #	
	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś
Tak	32,2	4,7	42,3	21,1	64,5	15,6	56,9	52,0	30,6	3,1	19,1	3,8	60,3	59,3	70,4	70,2
Nie	67,8	95,3	57,7	78,9	35,5	84,4	43,1	48,0	69,4	96,9	80,9	96,2	39,7	40,7	29,6	29,8

** p<0,01 *** p< 0,001 # NS – brak istotności statystycznej

Zachowania agresywne przejawiało 60,3% uczniów ze środowiska miejskiego oraz 59,3% uczniów ze środowiska wiejskiego pochodzących z rodzin zamożnych. Wśród dzieci pochodzących z rodzin średnio zamożnych i biednych odsetek dzieci przejawiających zachowania agresywne był jeszcze wyższy i wynosił w środowisku miejskim i wiejskim po około 70,0%.

Na występowanie zachowań ryzykownych u badanych dzieci i młodzieży w badanej grupie, duży wpływ miało miejsce pracy rodziców. Dzieci miejskie, których rodzice pracowali za granicą zdecydowanie częściej w stosunku do swoich kolegów paliły papierosy (44,1%), spożywały alkohol (67,8%), używały narkotyków (33,9%) oraz przejawiały lub były świadkami agresji (55,9%). Częstość występowania tych zjawisk wśród dzieci wiejskich była niższa. Zdecydowanie rzadziej obserwowano zachowania ryzykowne u dzieci rodziców pracujących w kraju zarówno w mieście, jak i na wsi (Tabela IV).

Tabela IV. Miejsce pracy rodziców a występowanie zachowań ryzykownych u badanych dzieci.

	Palenie papierosów (%)				Spożycie alkoholu (%)				Używanie narkotyków (%)				Zachowania agresywne (%)			
	W kraju ***		Za granicą **		W kraju ***		Za granicą #		W kraju ***		Za granicą **		W kraju **		Za granicą #	
	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś
Tak	25,7	12,4	44,1	17,1	57,2	28,8	67,8	56,2	19,8	8,7	33,9	12,5	57,2	49,4	55,9	43,7
Nie	74,3	87,6	55,9	82,9	42,8	71,2	32,2	43,8	80,2	91,3	66,1	87,5	42,8	50,6	44,1	56,3

** p<0,01 *** p< 0,001 # NS – brak istotności statystycznej

Dyskusja

Jedną z najważniejszych funkcji rodziny jest funkcja socjalizacyjna, która przejawia się we wprowadzaniu członków rodziny w życie społeczne, przekazywanie im obyczajów, norm zachowań czy wartości kulturowych danego społeczeństwa.

Ważna jest również funkcja opiekuńcza, która polega na udzielaniu pomocy poszczególnym jej członkom w trudnych sytuacjach życiowych. Z kolei funkcja ekonomiczna zapewnia członkom rodziny niezbędne zabezpieczenie finansowe, co ma szczególne znaczenie w edukacji dzieci i młodzieży [5].

Najbardziej optymalne warunki dla pełnienia funkcji wychowawczej ma rodzina pełna, złożona z dwojga rodziców i dzieci, połączonych ze sobą silną więzią emocjonalną, w której przestrzega się powszechnie uznawanych zasad, norm i wartości. Pełnienie funkcji socjalizacyjnej przez rodzinę polega na zaspokajaniu potrzeb biologicznych i psychospołecznych dzieci i młodzieży, a w szczególności zapewnienie bezpieczeństwa, miłości, przynależności. Rodzina uczy i umożliwia dzieciom aktywny udział w różnego rodzaju czynnościach i obowiązkach domowych. Funkcja socjalizacyjna rodziny polega również na pogłębianiu u dzieci i młodzieży więzi emocjonalnej z krewnymi, przyjaciółmi, znajomymi. Cechy osobowości w głównej mierze kształtują się pod wpływem doświadczeń i oddziaływań rodzinnych. Prawidłowe oddziaływania rodziny prowadzą do kształtowania się prawidłowej, dojrzałej osobowości, zaś nieprawidłowe mogą skutkować osobowością nie w pełni dojrzałą lub zaburzoną. Szczególne znaczenie mają doświadczenia wyniesione z dzieciństwa, ponieważ rzutują one w sposób znaczący na całe życie dorosłego człowieka.

Według Durki na atmosferę rodzinną składają się relacje między rodzicami, między nimi a dziećmi oraz więzi między rodzeństwem. Jeśli któryś z tych układów jest zaburzony, może stanowić czynnik wyzwalający zachowania niepożądane, jeśli natomiast zaburzenie dotyczy pozostałych związków rodzinnych zagrożenie to jest zdecydowanie jeszcze silniejsze [7].

Wychowanie dziecka nie jest sprawą prostą. Wiele błędów popełniają rodzice często w tzw. dobrej wierze. Część z nich wynika, niestety, z niewiedzy lub niemożności czy też braku zainteresowania dzieckiem. Zachowania rodziców w stosunku do dziecka mogą prowadzić do wycofania się go z kontaktów z otoczeniem, ale mogą także spowodować wejście dziecka w zachowania ryzykowne.

Dodatkowo środowisko rodzinne odgrywa rolę w procesie socjalizacji poprzez celową działalność wychowawczą, jak też spontaniczne procesy przystosowania się do życia społecznego w drodze naśladownictwa i identyfikacji

Zainteresowanie rodziców okazywane dziecku poświęcanie mu czasu, troska o dobre relacje są jednymi z najskuteczniejszych sposobów zapobiegania paleniu papierosów, upijaniu się i zażywaniu narkotyków.

Zdaniem Malewskiej rodzice winni być przede wszystkim konsekwentni, odważni, posiadać silną wolę i być odpowiedzialni za swoje dzieci. Wielu autorów podkreśla, że sięganie przez osoby w wieku rozwojowym po środki uzależniające nie jest zjawiskiem przypadkowym. Panuje powszechny pogląd, że niewłaściwe środowisko rodzinne oraz wypaczona osobowość dziecka są w głównej mierze zalążkiem uzależnień [8].

Nieprawidłowo funkcjonująca rodzina to także nie wypełnianie swoich obowiązków przez rodziców, brak prawidłowych wzorców postępowania dla dziecka, brak właściwych kontaktów w rodzinie, często niezbędnych do prawidłowego rozwoju emocjonalnego najmłodszych jej członków. Jakże często niedojrzałość emocjonalna rodziców, brak oparcia i zrozumienia ze strony rodziny, a z drugiej strony chęć bycia niezależnym i często odrzucanie proponowanych przez rodziców wzorców prowadzi do wczesnego zainicjowania zachowań ryzykownych.

Dodatkowo z badań przeprowadzonych przez Brzezińską i Neumann wynika, iż posiadanie rodzeństwa stwarza doskonałe możliwości do uczenia się interakcji społecznych. Bycie zaś jedynakiem prowadzi do nadmiernej kontroli ze strony rodziców i ograniczenia aktywności własnej jednostki, co z kolei może wpłynąć w przyszłości na bardziej utrudnione kontakty w grupie rówieśniczej [9].

Brak autorytetów, niewłaściwe wzorce zachowań, niepełny nadzór rodziców i nie w pełni skuteczna profilaktyka ułatwiają, a czasami wręcz są przyzwoleniem do występowania zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży, z wszystkimi ich konsekwencjami.

Palenie papierosów jest powtarzającym się negatywnym zachowaniem, realizowanym pod wpływem potrzeby zapewnienia społecznych i emocjonalnych celów. To w rodzinie odbywa się po raz pierwszy przekaz elementarnych wiadomości ze sfery zachowań zdrowotnych poprzez transmisję postaw rodziców wobec palenia papierosów. Rodzina, jako najmniejsza komórka społeczna winna podjąć właściwą edukację zdrowotną dziecka wskazując na szkodliwość palenia papierosów.

Rodzice są wzorem zachowań dla dzieci, a palenie papierosów przez dorosłych kształtuje postawy i zachowania dzieci i młodzieży w tym zakresie. Według badań Malińskiej i wsp. dzieci rodziców palących częściej sięgają po papierosy niż dzieci osób nie palących. Dodatkowo palenie papierosów przez rodziców w domu ułatwia dorastającemu dziecku dostęp do papierosów [10].

Wśród dzieci i młodzieży pochodzących z miasta Białegostoku odsetek uczniów palących papierosy był wyższy i wynosił 27,0% niż wśród uczniów pochodzących z terenów wiejsko-gminnych (12,8%).

Z obserwacji Żuralskiej i wsp. wynika, że próby palenia papierosów częściej podejmowali uczniowie z rodzin niepełnych (77,8%) niż z rodzin pełnych (57,9%) [11]. Podobne wyniki uzyskali Buczkowski i wsp., którzy także wykazali, że częściej palili uczniowie z rodzin niepełnych (68,0%) w porównaniu do uczniów z rodzin pełnych (48,0%) [12].

W badanej grupie dzieci i młodzieży zarówno w środowisku miejskim, jak też wiejskim palenie papierosów było zdecydowanie wyższe w rodzinach niepełnych i wynosiło odpowiednio 44,4% w mieście i 13,0% na wsi.

Świderska - Kopacz oraz wsp. w swoich badaniach wykazali, że uczniowie z rodzin niepełnych palą częściej, a także palą więcej papierosów. Dowiedziono, iż około 6 i więcej sztuk papierosów dziennie paliło 3,6% uczniów mieszkających z obojgiem rodziców i 8,6% uczniów mieszkających w rodzinie niepełnej [13].

Palenie papierosów przez dzieci i młodzież wiąże się również z sytuacją materialną ich rodzin. Według badań CBOS uczniowie pochodzący z rodzin zamożnych w mniejszym odsetku palili papierosy (46,0% badanych), zaś ci, którzy określili warunki materialne w rodzinie jako złe częściej sięgali po papierosa (56,0% nie paliło papierosów) [14].

Przeprowadzone badania wśród dzieci i młodzieży w obu analizowanych środowiskach województwa podlaskiego wykazały, iż najwyższy odsetek uczniów palących papierosy był w rodzinach średnio zamożnych i biednych zarówno w mieście (42,3%), jak i na wsi (21,1%).

Jak pokazują badania CBOS w ośrodku warszawskim regularne palenie deklarowało 41,0% uczniów, których oboje rodzice na stałe lub sezonowo przebywali poza granicami kraju i 20,0% uczniów rodziców nie pracujących w ciągu ostatniego roku za granicą. Wyższy odsetek regularnych palaczy był wśród młodzieży, która deklarowała, że ojciec, a nie matka pracował za granicą [14].

Z naszych przeprowadzonych badań wśród dzieci i młodzieży z terenów miejskich i wiejskich wynika również, iż bardziej narażone na palenie papierosów są dzieci, których rodzice pracują poza granicami kraju. Odsetek ten był zdecydowanie wyższy wśród dzieci miejskich (44,1%) niż wiejskich (17,1%).

W uzależnieniu dzieci i młodzieży od alkoholu podstawowe znaczenie mają wzorce rodzinne związane z konsumpcją alkoholu. Brak wsparcia i kontroli ze strony rodziców w tym

zakresie są istotnie związane z częstotliwością picia, nasileniem picia oraz upijaniem się dzieci i młodzieży. Znane są również sytuacje, gdzie w rodzinach, w których nie spożywa się alkoholu odsetek dzieci i młodzieży pijącej alkohol jest wysoki.

Wśród badanych przez nas odsetek dzieci i młodzieży ze środowiska miejskiego, którzy deklarowali spożycie alkoholu wynosił 57,9%, natomiast w środowisku wiejsko-gminnym odsetek ten był znacznie niższy i wynosił 31,1%.

W rodzinach niepełnych ze środowiska miejskiego, badane dzieci znacznie częściej spożywały alkohol. W mieście odsetek ten wynosił 70,8%, natomiast na wsi 14,2%.

Spożywanie alkoholu przez dzieci i młodzież bardzo często wiąże się również z sytuacją materialną ich rodzin. Z badań CBOS wynika, iż po alkohol nie sięgało 47,0% uczniów oceniających swoje warunki materialne jako złe i 43,0% oceniających sytuację materialną swojej rodziny jako dobrą [14].

Z przeprowadzonych badań wśród dzieci i młodzieży województwa podlaskiego wynika, iż większy odsetek uczniów spożywających alkohol był w rodzinach zamożnych miejskich (64,5%), na wsi zaś w rodzinach średnio zamożnych i biednych (56,9%).

Dużą rolę w inicjacji i częstości spożywania alkoholu odgrywa codzienna obecność lub brak rodziców w domu, co często wiąże się z miejscem ich pracy.

Z badań przeprowadzonych przez CBOS w środowisku warszawskim wynika, że spożycie alkoholu odnotowano u 70,0% badanych uczniów, których matki na stałe lub sezonowo pracowały poza granicami kraju i 60,0% uczniów, których ojcowie na stale lub sezonowo pracowali poza granicami kraju. Natomiast, jeżeli oboje z rodziców badanych uczniów przebywali poza granicami kraju w celach zarobkowych, to spożywanie alkoholu odnotowano u 57,0% dzieci [14].

Dużym problemem współczesnej ludności stały się również częste migracje zagraniczne, które stanowią jeden z najważniejszych czynników wpływających na zmniejszającą się liczbę ludności w poszczególnych regionach kraju. Spowodowane jest to w dużej mierze sytuacją gospodarczą państwa, a więc umocnieniem się kursu złotego oraz zahamowaniem wzrostu gospodarczego w krajach docelowych dla emigracji zarobkowej z Polski, przede wszystkim do Wielkiej Brytanii, Irlandii i Danii [6].

Zjawisko to ma kolosalne znaczenie, gdyż tylko prawidłowo funkcjonująca rodzina jest w stanie chronić dzieci i młodzież przed wchodzeniem w zachowania ryzykowne.

Migracje zarobkowe rodziców mogą być stałe lub okresowe, mogą też trwać różnie długo, jednak zwykle poprawiają sytuację finansową osoby wyjeżdżającej, jak również jej całej rodziny. Dość często jednak za granicę wyjeżdża tylko jeden z małżonków. Według

Jocza i wsp. migracja zarobkowa wśród społeczności miejskiej często ma istotny wpływ na funkcjonowanie rodziny. Autor podkreśla również, iż zagraniczne migracje zarobkowe, oprócz finansowych i zawodowych korzyści, mają też konsekwencje negatywne, przede wszystkim dla rodziny i wychowania dziecka [1].

Rozłąka w rodzinie przynosi wiele skutków ubocznych, począwszy od problemów psychospołecznych, osłabienia więzi, dezintegracji rodziny, prowadząc nawet do jej rozpadu. Doświadczenia te mają istotny wpływ na procesy socjalizacji dzieci. Pogorszeniu ulegają warunki wychowawcze, osłabieniu ulega wsparcie członków rodziny, w zdecydowanie mniejszym stopniu egzekwowane są stawiane wcześniej wymagania, osłabieniu ulega także kontrola społeczna. Nieobecność jednego lub obojga rodziców powoduje problemy które dziecko próbuje rozwiązywać samo używając substancji psychoaktywnych [1].

Przeprowadzone badania wśród uczniów pochodzących z województwa podlaskiego wykazały, iż praca zarobkowa rodziców poza granicami kraju miała duży wpływ na częstość spożywania alkoholu przez ich dzieci. Wśród uczniów, których rodzice pracowali za granicą odsetek dzieci i młodzieży spożywającej alkohol wynosił 67,8% w mieście i 56,2% na wsi.

Od wielu lat podejmowane są działania przez różne organizacje społeczne mające na celu ograniczanie spożycia alkoholu, jednak wciąż są one niewystarczające, bowiem mimo licznych form i akcji antyalkoholowych nieustannie wzrasta jego spożycie. Niezbędna jest nadal ciągła, systematyczna, długofalowa, świadoma i przemyślana współpraca różnych podmiotów w celu przeciwdziałania zjawisku alkoholizmu, a początek działań profilaktycznych powinien mieć miejsce w rodzinie [15].

Obecność obojga rodziców oraz ich zaangażowanie w dojrzały styl wychowania, polegający na stawianiu wymagań i emocjonalnym wspieraniu dziecka, chroni młodzież przed patologicznymi zachowaniami, jakim jest używanie substancji psychoaktywnych.

Profilaktyka uzależnień od narkotyków wśród dzieci i młodzieży powinna być rozpoczynana i prowadzona również w domu rodzinnym. Środowisko rodzinne ukształtowane w oparciu o określone, powszechnie akceptowane normy i wartości, samo w sobie stanowi barierę ochronną przed różnego rodzaju patologiami, w tym również uzależnieniem od narkotyków. Zapobieganie narkomanii u dzieci i młodzieży to przede wszystkim wspieranie ich prawidłowego rozwoju psychospołecznego oraz budowanie i rozwijanie zdrowych relacji rodzinnych pomiędzy rodzicami i dziećmi. Ryzyko sięgania po narkotyki jest mniejsze, jeżeli dzieci i młodzież łączą silne więzy z rodziną, zdają sobie sprawę z własnej wartości, są twórczy i rozwijają swoje zainteresowania, potrafią myśleć samodzielnie, a także są odporni na negatywne wpływy kolegów i środowiska. Poświęcanie dzieciom i młodzieży w

miarę możliwości jak najwięcej czasu pomaga rozwiązywać wiele trudnych dla nich problemów. Dzięki rozmowom z dziećmi, szczególnie na tematy trudne, pozwala poznać ich opinie oraz odpowiednio je kształtować.

Wśród dzieci i młodzieży badanej przez nas odsetek uczniów zażywających narkotyki wynosił 20,7% w środowisku miejskim, i 9,0% w środowisku wiejskim.

Z badań Jędrzejczak i wsp. wynika, iż na zażywanie narkotyków przez dzieci i młodzież wpływ ma między innymi sytuacja prawna ich rodzin. W rodzinach pełnych narkomania wśród dzieci i młodzieży występuje znacznie rzadziej (9,2%) niż w rodzinach niepełnych (25,0%) [16].

Badania nasze obejmujące dzieci i młodzież szkół wiejskich wykazały, iż wśród uczniów pochodzących z rodzin niepełnych 25,0% badanych deklarowało używanie narkotyków. Wśród badanych uczniów ze środowiska miejskiego wychowujących się w rodzinach niepełnych odsetek ten był znacznie wyższy i wynosi 38,9%.

Jak wskazują dane literaturowe na fakt używania narkotyków przez dzieci i młodzież wpływ ma również sytuacja materialna ich rodzin. Z badań CBOS wynika, iż 25,0% uczniów określających warunki materialne swojej rodziny jako dobre deklarowało zażywanie narkotyków. Zbliżony odsetek uczniów (22,0%) określających warunki materialne swojej rodziny jako złe również przyznał się do zażywania narkotyków [17].

W badaniach naszych prowadzonych wśród dzieci wiejskich wynika, iż częściej korzystają z substancji odurzających dzieci pochodzące z rodzin średnio zamożnych i biednych (3,8%), natomiast w środowisku miejskim odsetek ten był znacznie wyższy wśród dzieci pochodzących z rodzin zamożnych i wynosił 30,6%.

Według badań CBOS migracja zarobkowa rodziców badanych dzieci i młodzieży odgrywała również dużą rolę w zażywaniu narkotyków. Kontakty z narkotykami deklarowało 21,0% uczniów, których rodzice w ciągu ostatniego roku pracowali za granicą, w porównaniu do tych, których rodzice w ciągu ostatniego roku nie pracowali za granicą (14,0%). Częściej do zażywania narkotyków przyznawali się uczniowie, których matki pracowały za granicą (29,0%) [17].

Jak wynika z literatury i badań własnych korzystanie z narkotyków jest zjawiskiem zdecydowanie bardziej nasilonym w aglomeracjach miejskich. Z badań przeprowadzonych w grupie dzieci i młodzieży miasta Białegostoku wynika, że po narkotyki sięgało 33,9% dzieci, których rodzice pracowali za granicą, w porównaniu do dzieci wiejskich, gdzie odsetek ten wynosił 12,5% badanych.

Aby zapobiegać oraz zminimalizować skutki narkomanii wśród dzieci i młodzieży niezbędna jest współpraca wielu osób, a mianowicie nauczycieli, rodziców, psychologów jak też samych uczniów. Należy przede wszystkim podnosić poziom świadomości dzieci i młodzieży na temat konsekwencji płynących z zażywania narkotyków oraz propagować zdrowy styl życia. Organizowanie różnych zajęć pozalekcyjnych i propagowanie aktywności fizycznej szkolnej i poza szkolnej odwraca po części uwagę uczniów od alkoholu, narkotyków i palenia papierosów.

Organizacja oraz upowszechnianie działań profilaktycznych nie zlikwiduje jednak w całości problemu narastającej narkomanii wśród dzieci i młodzieży, możne jedynie ten problem ograniczyć i zminimalizować skutki odległe, jakie niesie ze sobą narkomania. Skuteczność działań profilaktycznych upatruje się przede wszystkim w jej systematyczności.

Niepokojącym zachowaniem, dynamicznie narastającym, również w krajach cywilizowanych jest przemoc wśród dzieci i młodzieży, szerząca się w rodzinach, szkołach i różnych instytucjach. Krzywdzenie dziecka ma miejsce często w domu rodzinnym, w szkole, często również przez starszych kolegów. Przemoc fizyczna, wykorzystanie seksualne, maltretowanie psychiczne, zaniedbywanie potrzeb dziecka to najczęstsze formy przemocy wobec dzieci i młodzieży, które pozostawiają często ślad w ich dalszym życiu. Wszystkie te zachowania mogą rodzić u dzieci i młodzieży agresję.

Odsetek agresji wśród dzieci i młodzieży ze środowiska miejskiego w naszych badaniach wynosił 57,2%. W środowisku wiejskim był on równie wysoki i wynosił 49,0%.

Wśród badanych uczniów pochodzących z rodzin niepełnych zachowania agresywne deklarowało 63,9% badanych ze środowiska miejskiego i 64,9% badanych ze wsi.

Z badań przeprowadzonych przez Komendant-Brodowską i wsp. wynika, iż uczniowie pochodzący z rodzin ubogich byli bardziej narażeni na dręczenie niż uczniowie z rodzin o przeciętnej sytuacji finansowej. Wśród uczniów z rodzin najbiedniejszych niemal co piąty był ofiarą dręczenia. Odsetek ofiar dręczenia wśród uczniów oceniających sytuację materialną swojej rodziny, jako przeciętną wynosił około 8% [18].

Według obserwacji Mazur i wsp. w latach 2002-2006 wzrósł odsetek dziewcząt, pochodzących z rodzin najbogatszych, które były sprawczyniami przemocy w szkole (z 5,1% do 7,4%) [19].

Według Zemło przemoc fizyczna jest wpisana w relacje pomiędzy rówieśnikami, ponieważ jest swoistym sprawdzaniem ich siły i pozycji w grupie [20].

Wśród uczniów badanych przez nas pochodzących z rodzin średnio zamożnych i biednych z terenów wiejskich zjawisko przemocy odnotowano aż u 70,2% badanych, zaś w środowisku miejskim odsetek ten był zbliżony i wynosił 70,4%.

Miejsce pracy rodziców podobnie, jak przy występowaniu innych zachowań ryzykownych miało również wpływ na częstość występowania zachowań agresywnych wśród dzieci i młodzieży. Z przeprowadzonych przez nas badań wynika, iż częściej zachowania agresywne odnotowano wśród uczniów, których rodzice pracowali w kraju (57,2% miasto i 49,4% wieś).

W związku z rosnącą liczbą i częstotliwością występowania zachowań ryzykownych u dzieci i młodzieży winny być podjęte działania mające na celu upowszechnianie wiedzy na temat właściwych zachowań moralnych i zdrowotnych, w tym promowanie i kształtowanie zdrowego stylu życia od najmłodszych lat życia dziecka.

Koncepcja wszechstronnej edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży winna zwierać holistyczne podejście do zdrowia we wszystkich jego aspektach, uwzględniając wszystkie czynniki warunkujące zdrowie społeczeństwa. Zarówno programy edukacyjne, jak też wzorce osobowe powinny pomóc w wykorzystaniu wszystkich okoliczności sprzyjających edukacji zdrowotnej. Zdobyta wiedza winna pochodzić z różnych źródeł ,tj. od rodziców, nauczycieli, rówieśników, środków masowego przekazu oraz czytelnych reklam i być zharmonizowana. Zarówno rodzina, jak i placówki oświatowe powinny tworzyć warunki i oczekiwane możliwości sprzyjające rozwojowi zdrowego stylu życia.

Wcześnie podjęta szeroko rozumiana edukacja zdrowotna powinna przekazać wiedzę o istniejących zachowaniach ryzykownych, kształtować właściwą postawę wobec tych zachowań oraz umiejętności życiowe umożliwiające dokonywanie wyborów sprzyjających właściwym zachowaniom, jak też przygotowanie dzieci i młodzieży do podejmowania stosownych działań służących poprawie stanu fizycznego i psychicznego.

Analizując oba środowiska, miejskie i wiejskie, zauważa się niewielkie różnice w częstości występowania zachowań ryzykownych u dzieci i młodzieży, na niekorzyść środowiska miejskiego, niemniej jednak tempo narastania zachowań ryzykownych na wsi wydaje się być bardzo duże, co może skutkować w niedługim czasie zrównaniem częstości występowania tych zachowań zarówno w aglomeracjach miejskich, jak i wiejskich.

Wnioski

1. Częstość występowania badanych zachowań ryzykownych w badanej grupie dzieci i młodzieży była większa w środowisku miejskim niż wiejskim

2. Na częstość występowania zachowań ryzykownych u badanych dzieci i młodzieży ze środowiska miejskiego i wiejskiego wpływ miały: stan prawny rodziny, miejsce pracy rodziców badanych, a także sytuacja materialna ich rodzin.

Piśmiennictwo

1. Jocz W.: Struktura i sytuacja materialna białostockich rodzin. Wykształcenie i zatrudnienie rodziców badanej młodzieży. [w:] Raport z badania. Styl życia młodzieży Białegostoku. Centrum Kształcenia Ustawicznego w Białymstoku, Mantur J. (red.), Białystok 2012, 161-179.
2. Kunikowski J.: Trudności wychowawcze we współczesnej rzeczywistości społecznej. [w:] Zagrożenia w wychowaniu i socjalizacji młodzieży oraz możliwości ich przezwyciężania, Sołtysiak T. (red.). Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2005, 17-26.
3. Jocz W: Rola rodzin w wychowaniu prozdrowotnym oraz tworzeniu środowiska sprzyjającego zdrowiu. [w:] Styl życia młodzieży Białegostoku a zdrowie, Wieczorek-Łada J., Jocz W.: (red.). Urząd Miejski w Białymstoku. Wydział Spraw Społecznych, Bialystok 2006, 198-222.
4. Yates D., Moore D., McCabe G.: The Practice of Statistics. New York: W. H. Freeman, 1999.
5. Ciechaniewicz W.: Pedagogika. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
6. Rakowska J., Wojewódzka-Wiewiórska A.: Zróżnicowanie przestrzenne obszarów wiejskich w Polsce-stan i perspektywy rozwoju w kontekście powiązań funkcjonalnych. Ekspertyza wykonana na zamówienie Ministerstwa Rozwoju Regionalnego, Warszawa, 2010, 7-16.
7. Durka G.: Sytuacja rodzinna, szkolna i rówieśnicza uczniów pijących alkohol. [w:] Zagrożenia w wychowaniu i socjalizacji młodzieży oraz możliwości ich przezwyciężania, Sołtysiak T. (red.). Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2005, 339-348.
8. Malewska-Moneta M.: Narkotyki w szkole i domu: zagrożenie. Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 2000.
9. Brzezińska A., Neumann M.: Poczucie jakości życia a zaburzenia zachowania chłopców w późnej fazie dorastania. [w:] Zagrożenia rozwoju w okresie dorastania, Brzezińska A., Bardziejewska M., Ziółkowska B. (red.). Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2003, 69-92.

10. Malińska K., Steinborn B., Ryll P.: Palenie tytoniu w aspekcie zachowań zdrowotnych młodzieży. Prz. Lek., 2007, 64, 767-769.
11. Żuralska R., Dziedziczko A.: Palacze tytoniu wśród młodzieży szkolnej. Zdr. Pub., 2005, 115, 502-504.
12. Buczkowski K., Czerwionka - Szaflarska M., Ziółkowski M., Giziński W.: Wybrane czynniki wpływające na palenie papierosów przez młodzież. Ped. Pol., 2003, 78, 785-789.
13. Świderka-Kopacz J., Marcinkowski J.T.: Zachowania zdrowotne młodzieży gimnazjalnej i ich wybrane uwarunkowania. Cz. I. Palenie tytoniu. Probl. Hig. Epidemiol., 2007, 88, 441-445.
14. Młodzież a substancje psychoaktywne. Komunikat z badań. Warszawa, Centrum Badania Opinii Społecznej. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2009, 2-10.
15. Problematyka uzależnień wśród dzieci i młodzieży-skala zjawiska w województwie podlaskim. Białystok, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Białymstoku. Obserwatorium Integracji Społecznej, 2011, 4-12, 24-41.
16. Jędrzejczak M., Kocur J., Boroń-Hładki I., Dudek T.: Profilaktyka narkomanii w rodzinie. Zdr. Publ., 2004, 114, 356-361.
17. Centrum Badania Opinii Społecznej. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Młodzież 2010. Opinie i Diagnozy nr 19, Warszawa, 2011, 138-157, 145-157.
18. Komendant-Brodowska A., Poleszczuk-Giza A., Dombi-Baczko A.: Przemoc w szkole. Raport z badań. Instytut Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa, 2011, 10-13, 20-34.
19. Mazur J.: Status materialny rodziny i otoczenia a samopoczucie i styl życia młodzieży 15-letniej. Wyniki badań HBSC 2006 w ujęciu środowiskowym. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, 2007, 77-84, 136-146.
20. Zemło M: Środowisko szkolne w opinii uczniów szkół białostockich. [w:] Raport z badania. Styl życia młodzieży Białegostoku. Mantur J. (red.). Centrum Kształcenia Ustawicznego w Białymstoku 2012, 30-49.

Sienkiewicz Zofia[1], Śniegucka Małgorzata[1], Wrońska Irena[2]

Rola rodziny w opiece nad pacjentem w hospicjum domowym

1. Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny
2. Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wstęp

Miłość zaczyna się od troski o najbliższych – tych w domu

Bł. Matka Teresa z Kalkuty [1]

W codziennym życiu, zwłaszcza w młodości, wizja choroby i śmierci odsuwana jest na dalszy plan. Dolegliwości ze strony organizmu traktowane są jako przejściowe, nad którymi nie warto się zastanawiać. Istnieje przeświadczenie, że choroby przeznaczone są dla innych. Przychodzi jednak czas, gdy okazuje się, że mogą dotknąć każdego człowieka. Wraz z chorobą nie poddającą się leczeniu przyczynowemu dochodzi do osłabienia, obniżenia funkcjonowania organizmu, lęku i niepewności. Człowiek zostaje stopniowo odsuwany od dotychczasowych sfer działania, niwelowane są jego plany, marzenia, aspiracje. Staje w obliczu dolegliwości fizycznych i psychicznych, bólu i cierpienia. Wtedy najbardziej potrzebuje, aby był przy nim ktoś bliski, kto będzie mu towarzyszył i wspierał. Taką rolę może spełnić rodzina chorego. To członkowie rodziny znają się najlepiej, wiedzą, jak stworzyć atmosferę zaufania, troski, jak się ze sobą komunikować. W obliczu nieuleczalnej choroby członka rodziny pozostali domownicy mogą czuć się bezradni i zagubieni. Przeraża ich wizja utraty kochanej osoby oraz obowiązków, którym mogą nie podołać. Potrzebne jest wsparcie z zewnątrz, zarówno dla chorego, jak i jego rodziny. Taką pomoc może zapewnić wszechstronna i specjalistyczna opieka hospicyjna. Jest to najbardziej rozpowszechniona forma opieki paliatywnej, czyli wg WHO: „*wszechstronnej, całościowej opieki nad pacjentami chorującymi na nieuleczalnie, nie poddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące choroby. Jej nadrzędnym celem jest poprawa jakości życia chorego i jego rodziny poprzez zaspokojenie potrzeb fizycznych, psychicznych, społecznych i duchowych*”.

Pierwsze hospicja powstały już w średniowieczu. Były to schroniska, przytuliska, sale gościnne, zajmowano się ubogimi, pielgrzymami, starcami, osieroconymi dziećmi i chorymi

[2]. W czasach nowożytnych opiekę hospicyjną można obserwować głównie we Francji, Irlandii, Anglii [2, 3]. Pierwsze hospicjum dostosowane do współczesnych potrzeb i warunków zawdzięcza się Cicely Saunders, która w 1967r. założyła w Londynie Hospicjum św. Krzysztofa. Za tym przykładem powstały hospicja w Europie i na świecie. W Polsce ruch hospicyjny zaczął rozwijać się na początku lat 80-tych XIX w., w latach 90-tych intensywnie tworzono hospicja na terenie całej Polski. Nastawione były one głównie na opiekę domową [2, 3, 4].

Według badań przeprowadzonych przez Aleksandrę Ciałkowską – Rysz i Tomasza Dzierżanowskiego z 2011 w Polsce funkcjonuje 321 jednostek, które posiadają umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenie paliatywnej opieki domowej dla dorosłych [5]. Z badań tych wynika, że ośrodków opieki domowej brakuje tylko w nielicznych powiatach. Zróżnicowane są za to nakłady finansowe w przeliczeniu na jednego mieszkańca danego województwa, co może ograniczać dostęp do hospicyjnej opieki domowej mimo dużej liczby jednostek świadczących takie usługi.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 2009 r. chory objęty opieką hospicyjną ma dostęp do świadczeń 7 dni w tygodniu. Wizyty pielęgniarskie odbywają się co najmniej 2 razy w tygodniu, wizyty lekarskie przynajmniej 2 razy w miesiącu. Porady lekarzy specjalistów, psychologów, rehabilitantów zależą od indywidualnych ustaleń lekarza prowadzącego [6].

Należy zauważyć, że ciągle za mało podkreśla się znaczenie rodziny w życiu pacjentów w hospicjum domowym. Bez niej nie byłaby możliwa taka forma opieki. Pracownicy hospicjum tylko ograniczoną część czasu spędzają przy chorym. Po ich wyjściu, opiekun zostaje sam z ogromem problemów, cierpieniem i wieloma dylematami. Od rodziny chorego i jej współpracy z personelem medycznym zależy, jakość sprawowanej opieki. Najczęściej rodzina nie ma doświadczenia w pielęgnacji chorego, musi wykonywać czynności, z którymi nigdy wcześniej się nie zetknęła. Nagle musi też zmienić swoje plany, zamiary i wartości.

Rola rodziny powinna być częściej zauważana w problematyce opieki paliatywnej. Jej zaangażowanie, poświęcenie wymaga szacunku, podziwu, zrozumienia i wszechstronnej pomocy.

Cel badań

Celem pracy było poznanie roli rodziny w opiece nad pacjentem w hospicjum domowym.

Realizując cel pracy analizowano zmiany zachodzące w rodzinie w czasie choroby wpływające na dezorganizację dotychczasowego życia rodziny, rolę rodziny w opiece nad pacjentem w hospicjum domowym, analizowano uczucia towarzyszące rodzinie chorego, czynności pielęgnacyjne wykonywane przez opiekunów chorych oraz źródła wsparcia rodziny w opiece nad pacjentem w hospicjum domowym.

Materiał i metody

Badaniem objęto grupę 20 osób sprawujących opiekę nad chorymi terminalnie w Warszawie, od lutego do kwietnia 2012 roku. Wybrani opiekunowie chorego byli koordynatorami opieki nad chorym. Wśród nich było 15 kobiet i 5 mężczyzn.

W pracy wykorzystano następujące techniki badań:

- obserwację
- wywiad z rodziną chorego
- swobodne rozmowy z opiekunami chorych
- analizę dokumentacji

W trakcie obserwacji zgromadzono informacje o relacjach panujących w rodzinie, sposobach komunikacji między członkami rodziny, o czynnościach wykonywanych przy chorym. Rozmowy z rodzinami chorych miały przede wszystkim na celu wsparcie emocjonalne, poznanie oczekiwań i zapewnienie o pomocy w opiece. Przeprowadzano je od 2 do 5 razy w tygodniu.

Do przeprowadzenia wywiadu z rodziną chorego posłużono się autorskim kwestionariuszem wywiadu. Składał się on z 14 pytań, w tym pierwsze było pytaniem otwartym i dotyczyło zmian zachodzących w rodzinie pod wpływem choroby jednego z jej członków. Pozostałe pytania koncentrowały się głównie na czynnościach pielęgnacyjnych wykonywanych przy chorym przez jego rodzinę, uczuć im towarzyszących a także źródeł informacji na temat pielęgnacji i ewentualnego wcześniejszego doświadczenia w zajmowaniu się chorym.

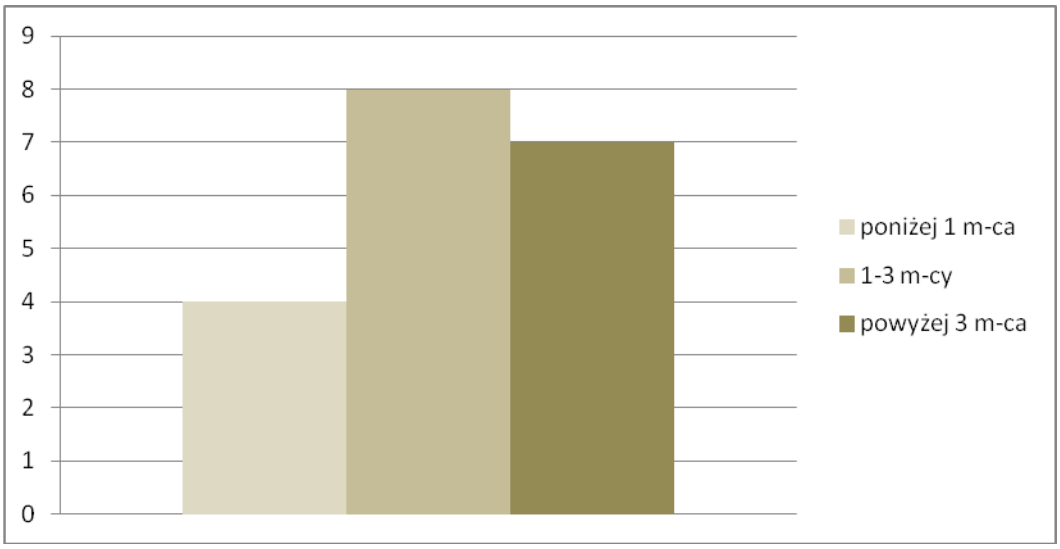
Wszystkie techniki badawcze wykorzystywano za zgodą osób badanych. Starano się o stworzenie przy tym spokojniej, życzliwej atmosfery. Większość rozmów i wywiadów przeprowadzono bez uczestnictwa samych chorych.

Wyniki

Badaniem zostało objętych N=20 osób, w tym 15 kobiet i 5 mężczyzn. W 8 przypadkach byli to współmałżonkowie chorych terminalnie (N=7 żona, N=1 mąż), w 1 konkubina. 8 opiekunów chorych to ich dzieci N=5 córka, N=3 syn, 1 zięć i 1 wnuczka.

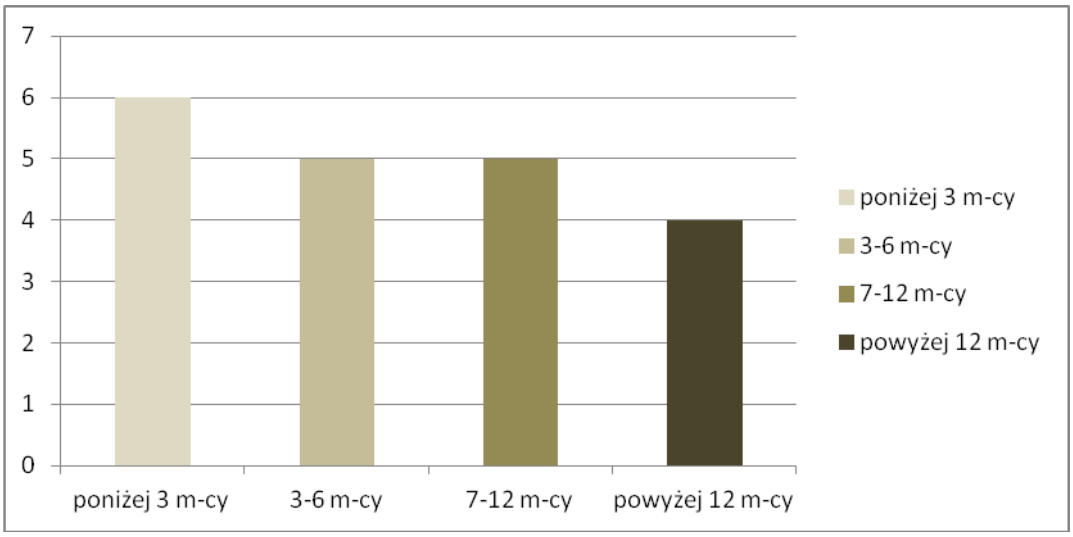
Wszystkie osoby badane mieszkały w Warszawie. 15 z nich mieszkało wspólnie z chorym, 5 oddzielnie. Osoby, które nie mieszkały z pacjentami hospicjum domowego, odwiedzały go codziennie, spędzały z nim od kilku do kilkunastu godzin na dobę. Średnia wieku chorych hospicjum domowego wynosiła 75 lat.

Rodzina opiekująca się chorym w środowisku domowym najczęściej korzystała z pomocy hospicjum domowego od 1 do 3 miesięcy, równie długo powyżej 3 miesięcy, najkrócej odnotowano korzystanie poniżej jednego miesiąca. Opieka ta trwała w 4 przypadkach poniżej 1 miesiąca, N=8 od 1-3 miesięcy, pozostałe osoby korzystały z takiej formy pomocy powyżej 3 miesięcy. Wszyscy chorzy cierpieli na choroby nowotworowe, nie poddające się leczeniu przyczynowemu, po jego zakończeniu lub bez jego podejmowania (Ryc. 1).



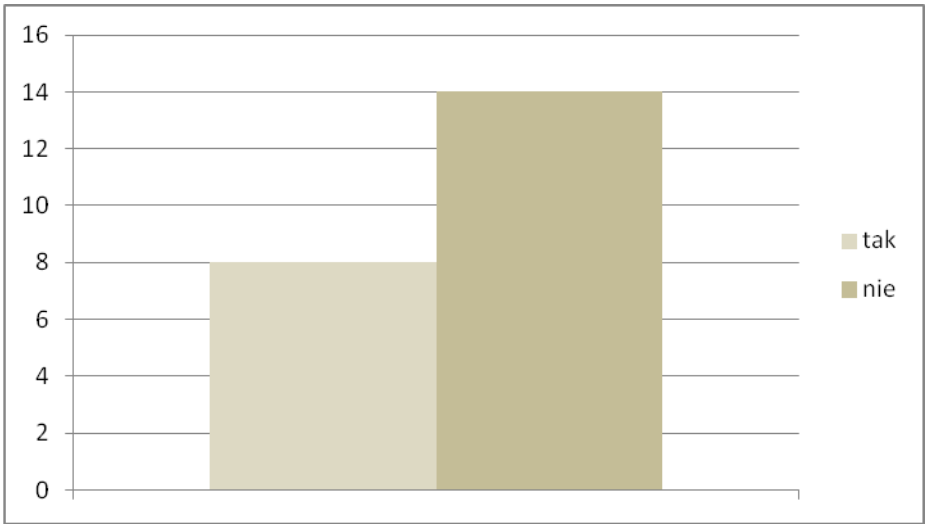
Rycina 1. Okres korzystania z pomocy hospicjum domowego.

Opiekunowie chorych zajmowali się ich pielęgnacją w domu zanim skorzystali z pomocy specjalistycznej. Najczęściej N=6 okres zajmowania się chorym w domu wynosił poniżej 3 miesięcy, po N=5 od 3 do 6 miesięcy i od 7 do 12 miesięcy, N=4 powyżej 12 miesięcy (Ryc. 2).



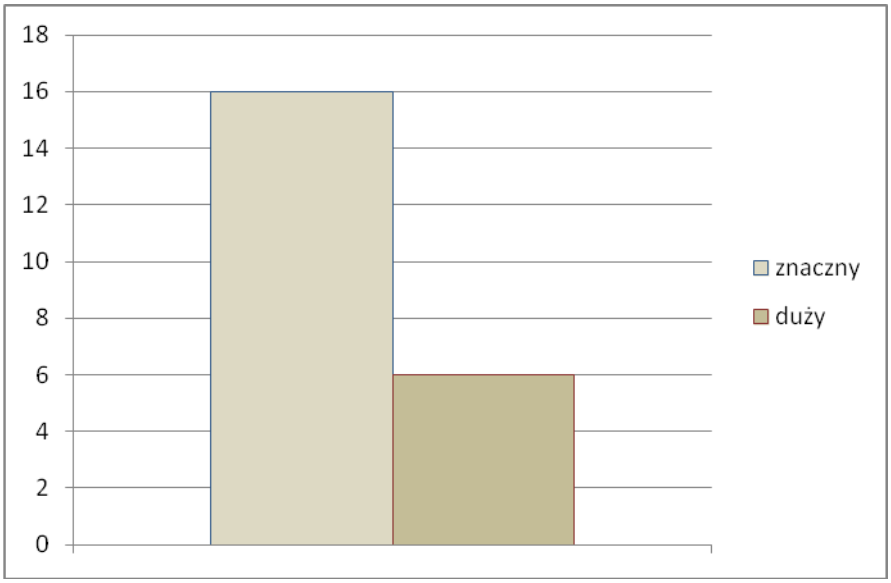
Rycina 2. Okres zajmowania się chorym w domu.

13 osób zajmujących się chorymi nie miało w takiej opiece żadnego doświadczenia. Nikt dotąd nie wymagał od nich takiego zaangażowania w pielęgnację chorego, nie spotkali się z chorobą nowotworową w najbliższej rodzinie. Tylko 7 z nich zajmowało się wcześniej osobą nieuleczalnie chorą i deklarowało doświadczenie w takiej opiece (Ryc. 3).



Rycina 3. Doświadczenie opiekunów w zajmowaniu się chorymi.

Choroba członka rodziny wpływa na dezorganizację życia osoby udzielającej opieki. W 100% jest to duży lub znaczny stopień reorganizacji życia. Nikt z badanych nie stwierdził, że choroba najbliższej osoby nie zdezorganizowała dotychczasowego funkcjonowania rodziny bądź zmieniło je w niewielkim stopniu (Ryc. 4).



Rycina 4. Stopień dezorganizacji funkcjonowania rodziny z powodu choroby jednego z jej członków.

Podczas wywiadu, głównym opiekunom chorego zadano pytanie otwarte o zmiany, jakie choroba w rodzinie poczyniła w dotychczasowym życiu.

Niektóre z odpowiedzi:

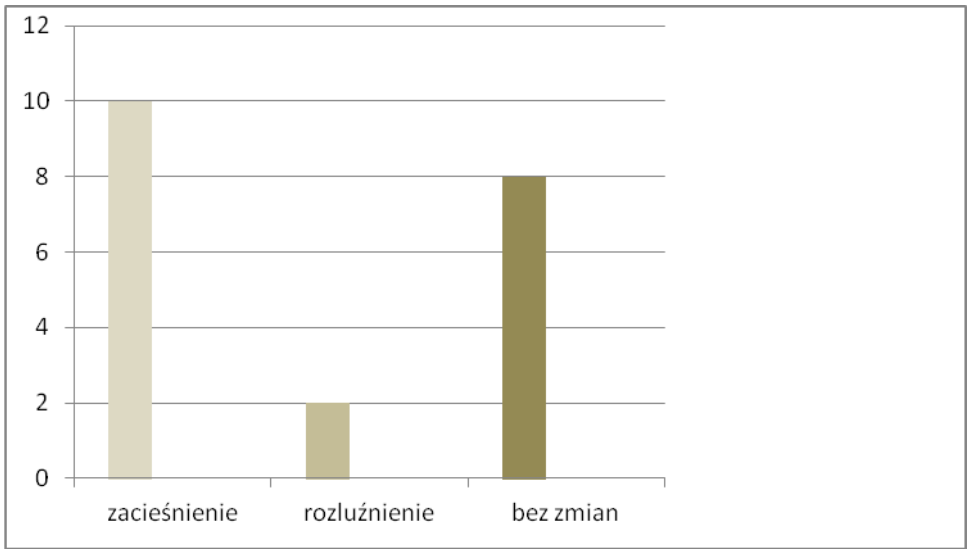
- *„Choroba mamy bardzo ograniczyła moją aktywność we wszystkich sferach życia: zawodowego, rodzinnego, towarzyskiego. Uniemożliwia mi ona także regenerację sił, co pogorsza stan mojego zdrowia. Niestabilna kondycja chorej uniemożliwia planowanie*

  i niweczy wszelkie plany, co jest dużym utrudnieniem i dyskomfortem. Reasumując: nie mam tzw. Własnego życia''
- *„Znaczną część czasu przeznaczonego na pracę zawodową muszę teraz poświęcać na opiekę nad chorą oraz załatwianie spraw związanych z chorobą w urzędach, w aptekach,*

  w sklepach medycznych oraz w ośrodkach służby zdrowia''
- *„Chora mieszkała dotąd samodzielnie, teraz mieszka z nami i jest całkowicie ode mnie uzależniona. Nie można jej zostawić samej w domu, wymaga ciągłej opieki, obecności i całodziennej obsługi. Od czasu opieki nad chorą nie mogę nigdzie wyjechać ani wyjść gdzieś wieczorem"*

- *„Przed chorobą nie zdążyliśmy załatwić wielu spraw, ślubu, spraw mieszkaniowych. Chory nie zorganizował sobie zasiłku i renty socjalnej. Znacznie pogorszyła się nasza sytuacja finansowa''*

Choroba w rodzinie zmieniła jej więzi zdaniem 12 badanych. W 10 przypadkach było to zacieśnienie więzi, a tylko w 2 rozluźnienie. Według 8 osób choroba bliskiego nie zmieniła więzi rodzinnych (Ryc. 5).



Rycina 5. Zmiana więzi rodzinnych podczas choroby.

Dla 100% badanych (N=20) źródłem wsparcia była pielęgniarka, dla N=17 lekarz, dla N=3 psycholog, rehabilitant dla N=2 (Tab. I).

Tabela I. Wsparcie psychofizyczne rodziny ze strony poszczególnych pracowników hospicjum domowego.

Źródła wsparcia	**N**
pielęgniarka	20
lekarz	17
psycholog	3
rehabilitant	2

* liczby nie sumują się do 100% ponieważ badani mogli wskazać więcej niż jedną odpowiedź

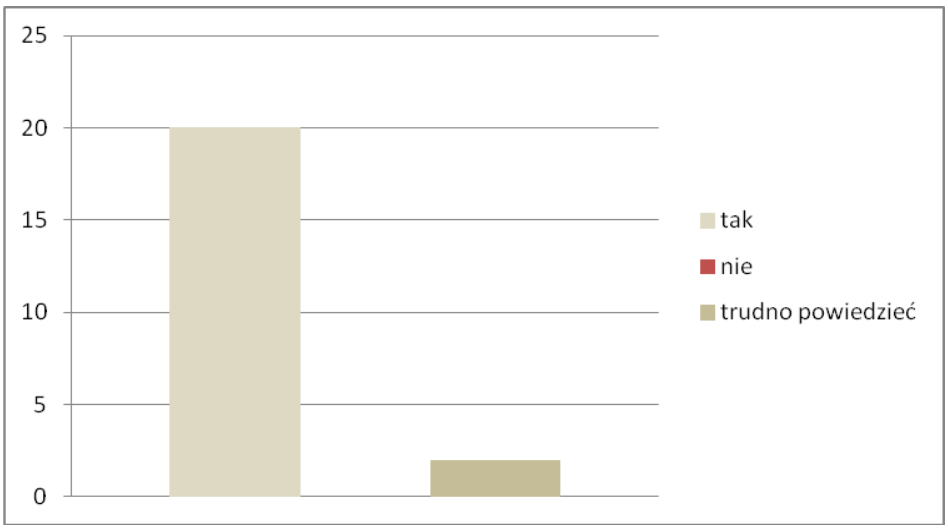
Wsparcie dla rodziny poza personelem medycznym stanowią członkowie najbliższej rodziny N=16, znajomi N=4, krewni, przyjaciele po N=2 oraz jedna osoba badana wskazała osobę obcą, niezwiązaną z rodziną jako źródło największego wsparcia podczas sprawowania opieki w środowisku domowym (Tab. II).

Tabela II. Wsparcie rodziny ze strony osób innych niż personel medyczny.

Źródła wsparcia	**N**
najbliższa rodzina	16
krewni	2
przyjaciele	2
znajomi	4
obcy	1

* liczby nie sumują się do 100% ponieważ badani mogli wskazać więcej niż jedną odpowiedź

Hospicjum domowe ułatwiło zajmowanie się chorym w odczuciu rodziny, dla N=19 badanych. Tylko 1 osoba na tak zadane pytanie nie umiała odpowiedzieć (Ryc. 6).



Rycina 6. Ułatwienie zajmowania się chorym dzięki hospicjum domowemu w odczuciu rodziny.

Dyskusja

Przebywanie chorego w domu zapewnia mu bardziej osobistą opiekę, niż w instytucjach stacjonarnych. Obciąża to jednak rodzinę, eksploatuje ją, wiąże się z wieloma

problemami. Osoba umierająca potrzebuje w tym trudnym dla siebie okresie tych, których kocha, z którymi czuje się najlepiej oraz otoczenia, gdzie panuje atmosfera skupienia i miłości.

Dom, gdzie człowiek się wychował, mieszkał, spędzał czas z najbliższymi, jest dla każdego najważniejszym miejscem. Gdy dręczą go ciężkie objawy fizyczne i psychiczne jak ból, nudności czy lęk przed śmiercią, tym bardziej lepiej czuje się w znanym otoczeniu. W przypadku objawów niedających się opanować w domu, konieczne może być przebywanie w ośrodku stacjonarnym, często jednak zaleca się, by chory do końca pozostał we własnym domu. [7] Dobrze wyedukowana rodzina, przy wsparciu hospicjum, wydaje się być najwłaściwszą formą opieki chorego umierającego. Dzięki rodzinie chory może ostatnie chwile spędzić w najbliższym sobie otoczeniu, wśród swoich ścian, obrazów, książek, kwiatów.

Od środowiska, w którym znajduje się chory zależy bardzo wiele. Ma ono znaczenie nie tylko dla komfortu fizycznego, ale przede wszystkim psychicznego. Niestety w placówkach stacjonarnych, zwraca się najczęściej uwagę na biofizyczny aspekt choroby. [7, 8]. Może to wynikać z dużej ilości pacjentów, ograniczonego czasu, ale też z traktowania śmierci tylko w kategoriach medycznych.

Niegdyś przebywanie osoby umierającej w domu było czymś naturalnym. Opiekę roztaczała nad nią nie tylko najbliższa rodzina, ale dalsi krewni i sąsiedzi. Nawet po śmierci ciało swojego bliskiego pozostawiano w domu do czasu pogrzebu. Otaczano je szacunkiem i należytą powagą. Palono świece, modlono się wspólnie ze wszystkimi domownikami, często też z mieszkańcami okolicy.

Dziś często człowiek boi się śmierci, przebywania z osobami umierającymi. Wiele osób nie czuje odpowiedzialności za opiekę nad swoimi najbliższymi lub boi się, że jej nie podoła [7]. W trudnych ekonomicznie czasach problemem jest też fizyczne zapewnienie opieki choremu. Nie każdy może pozwolić sobie na rezygnację z obowiązków zawodowych, urlopu czy tymczasowego zwolnienia z pracy. W codziennym, pospiesznym życiu, nastawionym na potrzeby materialne, łatwo jest zapomnieć o duchowym i psychicznym wsparciu najbliższych.

W opiece nad chorym najważniejsza jest bezpośrednia, serdeczna i naturalna pomoc, zwłaszcza ze strony najbliższych. Człowiek umierający, często bezradny, niesamodzielny, potrzebuje jej szczególnie. Nie może być izolowany, osamotniony, pozbawiony miłości i fachowej opieki. Powinien za to przebywać w obecności bliskich. Nawet jeśli jest to

obecność milcząca, trzymanie za rękę, dotyk, uśmiech. Te wszystkie potrzeby może zapewnić choremu jego własny dom.

W większości publikacji, poruszających problematykę opieki paliatywnej i hospicyjnej, zwracana jest uwaga na duże znaczenie rodziny w opiece nad chorymi. Autorzy podkreślają, że choroba terminalna dotyczy nie tylko pacjenta, ale także jego najbliższych. Wszyscy muszą zmagać się z cierpieniem, niepewnością dotyczącą przyszłości, zmianą planów i wartości. Od rodzin chorych zależy w dużej mierze jakość sprawowanej opieki i sposób przeżywania ostatnich chwil życia. W większości analizowanej literatury można zauważyć przekonanie, że opieka domowa jest najlepsza dla chorego a dom to najwłaściwsze miejsce umierania człowieka. To w domu, wśród najbliższych osób, znanego otoczenia, cierpiący chory czuje się najlepiej.

Autorzy publikacji [9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22,23, 24 , 25, 26, 27, 28] poświęconych opiece nad chorymi, wymieniają czynności pielęgnacyjne, które muszą wykonywać opiekunowie chorych. Są to: mycie, zmiana opatrunków, wstrzyknięcia, karmienie, zmiana pozycji ułożenia, ubieranie, pielęgnacja odleżyn i stomii. Z badań własnych wynika, że takie czynności wykonuje większość rodzin zajmujących się swoimi najbliższymi w domu.

Z badań przeprowadzonych przez Alicję Włoch wśród opiekunów chorych w Krakowie [9] wynika, że 84% spośród nich odczuwa zmęczenie. Z badań własnych wynika, że takie uczucie deklaruje 60% badanych. A. Włoch dowodzi, że źródłem oparcia dla opiekunów chorych są w 47% dorosłe dzieci, w 26% współmałżonek, przyjaciele i znajomi w 15%. Badania własne pokazują, że najbliższa rodzina jest oparciem dla 70% opiekunów, przyjaciele i znajomi dla 30% osób.

Z badań Sękowskiej, Sienkiewicz i Wójcik [10] wynika, że opieka pielęgniarska w ocenie 75% badanych usprawnia opiekę rodziny nad chorym w domu.

Z badań własnych wynika, że opieka hospicjum domowego, w tym pielęgniarska, ułatwia zajmowanie się chorym w odczuciu 90% rodzin.

W publikacjach zwracano uwagę na zmiany, jakie zachodzą w rodzinie pod wpływem choroby jednego z jej członka. Autorzy dowodzą, że niemal zawsze choroba reorganizuje dotychczasowe życie. Podobne wnioski płyną z badań własnych. Wszyscy badani opiekunowie chorych twierdzą, że choroba w rodzinie zmieniła jej życie w znacznym bądź dużym stopniu. Wyniki własne potwierdzają opinie prezentowane w piśmiennictwie. Rola rodziny w opiece nad chorymi, zwłaszcza umierającymi, jest bardzo istotna. Rodziny muszą wykonywać liczne czynności pielęgnacyjne, godząc je z obowiązkami domowymi.

Towarzyszy im na ogół zmęczenie. Chorym i osobom nimi się opiekującymi potrzebne jest wsparcie z zewnątrz. Istotne jest zapewnienie specjalistycznej opieki, w tym pielęgniarskiej, jak również pomoc najbliższej rodziny, przyjaciół, znajomych.

Opieka nad rodziną chorego to istotna część filozofii postępowania w opiece paliatywnej. Choroba nieuleczalna nie dotyczy tylko samego chorego, ale całej rodziny. Odpowiednio wyedukowana i przygotowana rodzina to niezastąpione źródło opieki nad cierpiącym człowiekiem.

Wśród „Rekomendacji organizacji opieki paliatywnej w krajach członkowskich Rady Europy'' z 2003 roku [11] istotną część zajmują te, które dotyczą rodziny: „Celem i zasadą jest pomoc tym, którzy są blisko chorego (przede wszystkim członkom rodziny), przez rozwinięcie ich zdolności do udzielania choremu praktycznej pomocy oraz wsparcia emocjonalnego, a także adaptacji do trudnego procesu i radzenia sobie w sytuacji straty i w żałobie. Szczególną uwagę należy zwrócić na zapobieganie depresji wywołanej przez wyczerpanie." Oddzielnie zalecenia dotyczą też komunikowania się z chorym i z rodziną.

Wsparcie rodziny jest zadaniem całego zespołu domowej opieki hospicyjnej, ale szczególną rolę spełnia pielęgniarka. To ona najczęściej przebywa z chorym i jego rodziną, najwięcej czasu poświęca na rozmowy z nimi. Pielęgniarka powinna współpracować z rodziną, wspierać jej działania, odpowiednio instruować, ale nigdy krytykować i kontrolować. Winna też słuchać tego, co ma do powiedzenia rodzina, jakie są jej obawy, problemy, oczekiwania. [4, 12] Do zadań pielęgniarki należy też edukacja rodziny. Dotyczy ona głównie takich zagadnień, jak:

- respektowanie praw chorego
- zapewnienie choremu bezpieczeństwa, spokojnej atmosfery
- zadbanie o wygodę chorego
- pielęgnowanie skóry, ewentualnie odleżyn, zmiana pozycji ułożeniowej
- dieta, sposób karmienia, podawania posiłków
- podawanie leków do wkłucia podskórnego
- podawanie leków drogą doustną
- pielęgnacja kolostomii, jejunostomii, gastrostomii, tracheotomii
- sposób postępowania w sytuacjach nagłych, np. krwotok
- obsługa urządzeń technicznych, np. pompy infuzyjnej, nebulizatora

Rodzina powinna mieć pewność, że może liczyć na personel hospicjum domowego w razie potrzeby. Zostawia się w tym celu numery telefoniczne, pisemne instrukcje, aby

rodzina czuła się bezpieczniej. Trzeba często rozmawiać z rodziną, zarówno z chorym, jak i osobno. Uspokojona rodzina jest w stanie lepiej zajmować się chorym. [13] Każda rozmowa z rodziną powinna być prowadzona w sposób opanowany, kulturalny, spokojny, z respektowaniem jej praw. Nie można nic narzucać rodzinie, ale tłumaczyć i przede wszystkim wspierać.

Choroba i jej skutki przyczyniają się do zmian nie tylko wśród najbliższej rodziny, ale też w jej relacjach społecznych. Rodziny obecnie często żyją w izolacji, zwłaszcza w środowiskach miejskich. Takie wyobcowanie może być w czasie choroby silniejsze. W tym trudnym okresie rodzina nie oczekuje pomocy ze strony sąsiadów czy znajomych, ale od systemu opieki medycznej [14]. W związku z postępującą chorobą, ciężkimi objawami fizycznymi i psychicznymi potrzebna jest jej profesjonalna pomoc. Często obserwuje się zacieśnienie więzi rodzinnych i nie otwieranie się na innych [4]. Cała rodzina interesuje się chorym, odwiedza, mobilizuje siły do opieki. Nie chce, by o jej kłopotach wiedzieli sąsiedzi i znajomi.

Rodzina koncentruje się na chorym, poświęca jemu swój czas, ale przez to może zaniedbywać własne potrzeby. Znacznemu ograniczeniu ulega kontakt z przyjaciółmi, wyjścia do kina, spotkania w kawiarni. Osoba opiekująca się chorym nie ma czasu zająć się sobą, wypocząć, oddać się swojemu hobby. Może to wynikać z sytuacji finansowej lub z reakcji społeczeństwa na chorobę. [15] Znajomi, przyjaciele mogą nie wiedzieć, jak zachować się wobec osoby chorej i jej rodziny, odczuwać lęk przed chorobą i przez to ograniczać kontakty. Do tego dochodzi istniejąca niestety jeszcze teoria o „zaraźliwości'' choroby nowotworowej. Ludzie nastawieni na zapewnienie sobie jak najlepszego bytu, zamykają się na potrzeby innych [8]. Nie chcą słuchać zwierzeń drugiego człowieka, nie mają czasu wesprzeć go ani duchowo, ani fizycznie. Są jednak i takie osoby, które interesują się innymi, służą pomocą. Nie wynika to z ich ciekawości, ale z chęci ulżenia w potrzebie, w przygotowaniu posiłku czy w zajęciu się dziećmi.

Niezależnie od stopnia wsparcia społecznego, cały ciężar opieki nad chorym spada na jego rodzinę. To ona musi zapewnić całodobową opiekę, wiedzieć, jak się zachować w trudnych sytuacjach, w czasie ciężkich objawów choroby to członkowie rodziny poświęcają najwięcej czasu, aby zapewnić jak największy komfort swojemu najbliższemu. Tym bardziej cenna jest pomoc zespołu domowej opieki hospicyjnej, zwłaszcza wolontariuszy. Dzięki nim rodzina może czuć się bezpieczniej i mieć choć niewielką część czasu dla siebie. Istotna jest równowaga między poświęceniem się choremu przez jego opiekuna, a zwróceniem się na własne potrzeby [14]. Ważne jest, aby członkowie rodziny

znaleźli czas dla siebie, na zajęcie się własnym zdrowiem, drobnymi sprawami codziennymi i kontaktami towarzyskimi.

Rodziny chorych korzystają z pomocy hospicjum domowego po kilku – lub kilkunastomiesięcznej opiece nad chorymi w warunkach domowych. Konieczne jest zatem propagowanie idei hospicjum domowego w społeczeństwie, przedstawienie jego celów i założeń, zachęcanie do korzystania z pomocy hospicjum.

Istotne jest zwrócenie uwagi społeczeństwa na konieczność pomocy rodzinom nieuleczalnie chorym w lokalnym środowisku

Wnioski

Rola rodziny w opiece nad chorym w domu polega na wykonywaniu przy chorym wszystkich czynności, takich jak: zabiegi pielęgnacyjne i higieniczne, karmienie, ubieranie, masaż obrzęków. Rodziny chorych wykonują trudne i obciążające fizycznie i emocjonalnie czynności pielęgnacyjne oprócz codziennych domowych obowiązków

Choroba w rodzinie dezorganizuje jej dotychczasowe życie w znacznym bądź dużym stopniu.

Większość rodzin nie ma doświadczenia w opiece nad chorymi. Podczas pielęgnacji chorych, ich najbliższym towarzyszy najczęściej współczucie, bezradność i zmęczenie.

Najbliższa rodzina chorego to głównie źródło wsparcia, obok personelu medycznego, w trosce o jego komfort i bezpieczeństwo.

Pomoc ze strony pracowników hospicjum domowego jest istotna w odczuciu rodzin chorych. Największe wsparcie opiekunowie otrzymują od pielęgniarek i lekarzy.

Piśmiennictwo

1. Kisiel D.: Słowa jak drogowskazy. Myśli Matki Teresy z Kalkuty. Płocki Instytut Wydawniczy, Płock , 2000.
2. Górecki M.: Hospicjum w służbie umierających. Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa, 2000.
3. Górecki M.: Prawda umierania i tajemnica śmierci. Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa, 2010.
4. de Walden – Gałuszko K, Kaptacz A.: Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2005.
5. Ciałkowska-Rysz A, Dzierżanowski T.: Ocena sytuacji w opiece paliatywnej w Polsce w 2011 roku. Med. Paliat., 2011, 4, 214-220.

6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. Nr 139, poz.1138).
7. Kawczyńska – Butrym Z. Rodziny osób niepełnosprawnych. Wydawnictwo IF i S PAN, Warszawa, 1994.
8. Kübler – Ross E.: Rozmowy o śmierci i umieraniu. Wydawnictwo Media Rodzina, Poznań 2005.
9. Służba człowiekowi u kresu życia. Materiały z VIII Konferencji Naukowej Jasna Góra 30 stycznia – 1 lutego 2004 r. Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej, Częstochowa 2005.
10. Sękowska M, Sienkiewicz Z, Wójcik G.: Zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską u pacjenta po 65 roku życia w środowisku domowym. [w:] Juszczyk M, Fidecki W. (red.) Promocja zdrowia inwestycją w społeczeństwo XXI wieku. Wyższa Szkoła Ekonomii i Prawa, Kielce 2011.
11. Rekomendacje 24 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich dotyczące organizacji opieki paliatywnej przyjęte przez Komitet Ministrów 12 listopada 2003 na 860 Konferencji Zastępców Ministrów. Wyd.Polskie ECEPT, Abedek, Poznań 2005.
12. de Walden – Gałuszko K .(red.) Podstawy opieki paliatywnej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
13. Twycross R, Lack S.: Leczenie terminalnej fazy choroby nowotworowej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1991.
14. Ostrowska A.: Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa. Wydawnictwo IF i S PAN, Warszawa, 2005.
15. Kawczyńska – Butrym Z.: Rodzina – zdrowie - choroba. Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2001.
16. Kaczmarek M, Żułtak – Bączkowska K, Szymkowicz – Kowalska M. Analiza problemów medycznych i psychospołecznych pacjentów objętych opieką Hospicjum Domowego w Szczecinie w 2007 r., Med. Paliat., 2011, 2, 81-86.
17. Holistyczna opieka paliatywna w zaawansowanej fazie choroby nowotworowej. Materiały wykorzystane podczas kursu w ośrodku Caritas Diecezji Płockiej w Popowie k. Warszawy. Wydawnictwo Biblos, Tarnów, 2003.
18. Ciałkowska – Rysz A. Wytyczne organizacji opieki paliatywnej. Twój Magazyn Medyczny 2005, 10, 9-12.
19. Hebanowski M, de Walden - Gałuszko K, Żylicz Z.: Podstawy opieki paliatywnej w chorobach nowotworowych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa,1998.

20. Boulay S, Rankin M. Okno nadziei. Wydawnictwo Znak, Kraków, 2009.
21. Florkowska M. Radość dawania. Wydawnictwo św. Stanisława BM, Kraków, 2010.
22. Sobański P, Krajnik M, Opolski G.: Opieka paliatywna w niewydolności serca. Via Medica , Gdańsk 2011.
23. Szewczuk W. Psychologia. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa, 1990
24. Kübler – Ross E. Życiodajna śmierć. O życiu, śmierci i życiu po śmierci. Księgarnia św. Wojciecha, Poznań, 2005.
25. Ładyka J. Kultura i światopogląd. Szkice krytyczne. Wydawnictwo Comandor, Warszawa, 2002.
26. de Walden – Gałuszko K. Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotanatologii. Uniwersytet Gdański, 1992.
27. de Walden – Gałuszko K, Majkowicz M. Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk, 1994.
28. de Walden – Gałuszko K, Majkowicz M. Model oceny jakości opieki paliatywnej realizowanej w warunkach ambulatoryjnych. Akademia Medyczna Zakład Medycyny Paliatywnej, Gdańsk, 2000.

Śniegucka Małgorzata[1], Sienkiewicz Zofia[1], Wrońska Irena[2]

Problemy rodziny opiekującej się nieuleczalnie chorym w środowisku domowym

1. Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny
2. Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wstęp

Czasami trudniej nam uśmiechnąć się do tych, którzy z nami mieszkają,
do najbliższych członków naszej rodziny, niż uśmiechnąć się do tych,
którzy nie są aż tak blisko nas
Bł. Matka Teresa z Kalkuty [1]

Choroba, pojawiająca się u jednego z członków rodziny, to problem, przed którym stają jej wszyscy najbliżsi. Nowe sytuacje zawsze budzą lęk i niepokój, zwłaszcza, gdy nie wiadomo, czego można się spodziewać. Najwięcej obaw budzą dolegliwości fizyczne bliskiej osoby, takie jak ból, duszność, osłabienie. Opiekunowie często mogą czuć się bezradni [2, 3]. Widząc cierpienie kochanego członka rodziny, pogarszający się komfort życia, postępujące znużenie, sami również cierpią.

Adamczak podzieliła zmagania się członków rodziny chorego na siedem etapów. Nie muszą one pojawiać się jeden po drugim, mogą występować niezależnie od siebie. Wymienia wśród nich: fazę braku mobilizacji, wahania nastroju, zwątpienia, nadawanie znaczenia chorobie, radzenie sobie z trudnościami i ich przezwyciężaniu [4].

Reakcje rodziny podobne są do reakcji samych chorych. Zaprzeczanie, lęk, gniew, przygnębienie, obserwowane wśród nieuleczalnie chorych, występują też u ich najbliższych. Dołącza się do tego zniecierpliwienie i rozdrażnienie. Najczęściej na początku choroby cała rodzina mobilizuje siły do opieki nad chorym, z czasem występują okresy zniechęcenia, poczucia winy, przeplatają się one z ponowną mobilizacją [3].

Czasami zdarza się, że rodzina próbuje zrzucić obowiązki wynikające z opieki nad chorym, na inne osoby. Jest to spowodowane niechęcią do sprawowania opieki bądź niewiarą we własne siły i umiejętności. Część rodziny próbuje pozostawić chorego w szpitalu, choć nie wymaga on w danej chwili takiej wysokospecjalistycznej opieki szpitalnej, lecz

specjalistycznej opieki paliatywnej. Zdarzają się naciski, a nawet groźby w stosunku do lekarza, który proponuje opiekę domową. Obserwuje się wzrost postaw roszczeniowych, zwłaszcza u osób młodych, dobrze sytuowanych [5]

Najczęściej w rodzinach osób chorych można zaobserwować bardzo duże zaangażowanie w opiekę nad chorym [6]. Często jedna osoba staje się odpowiedzialna za realizację i koordynację funkcji opiekuńczej. Mimo dużego stresu, wywołanego chorobą najbliższej osoby, rodzina mobilizuje siły, by jak najlepiej opiekować się nią. Koncentruje się nad chorym, stara się jak najlepiej zaspokoić jego potrzeby. Członkowie rodziny unikają konfliktów, ustępują choremu, oszczędzają kłopotów. Często jednak ograniczają przy tym komunikację, nie chcą o wszystkim informować chorej osoby, unikają rozmów [7].

Troska o najbliższych, chęć zapewnienia im jak najlepszej opieki, może czasami przerodzić się w nadopiekuńczość [6, 7]. Opiekunowie chcą we wszystkim wyręczać ciężko chorą osobę. Wykonują za nią wiele czynności, które mogłaby wykonać sama, np: zmiana pozycji złożeniowej, poprawienie poduszki, umycie rąk, itd. Z nadopiekuńczości może wyniknąć zaniedbanie przez opiekuna własnego zdrowia. Poświęcając cały swój czas, siłę choremu, nie myśli się o sobie i swoich potrzebach. Taka silna chęć działania, która nie zawsze przynosi upragniony skutek, może jednak prowadzić do napięcia emocjonalnego, rozdrażnienia, nawet frustracji [8]. Rodzina może krępować nie tylko fizyczną niezależność chorego, ale i społeczną [9] . Nie pozwala mu na samodzielne wyjście, wizytę znajomych, itd.

Reakcje rodziny na chorobę bliskich zależą od wielu wskaźników m. in. więzi w niej panujących, sytuacji materialnej, doświadczenia, wieku [3, 6, 10] Często choroba łączy rodzinę we wspólnym działaniu dla dobra chorego. Czasami jednak rodziny, gdzie panuje konflikt, wzajemne obwiniają się, nie naprawiają swoich reakcji w trudnych sytuacjach [10] Wiek opiekunów, sprawność fizyczna i umysłowa także ma znaczenie dla zachowania się ich w obliczu nieuleczalnej choroby bliskiej osoby. Inne też będą reakcje w rodzinie zamożnej, mogącej sobie pozwolić na udogodnienia techniczne, dodatkową opiekę, inne zaś w rodzinach z problemami finansowymi.

Cel badań

Celem pracy była analiza problemów pojawiających się w rodzinie sprawującej opiekę nad nieuleczalnie chorym przebywającym w domu.

Materiał i metody

Badaniem objęto grupę 20 osób sprawujących opiekę nad chorymi terminalnie, w Warszawie, od lutego do kwietnia 2012 roku. Wybrani opiekunowie chorego byli koordynatorami opieki nad chorym, wśród nich było 15 kobiet i 5 mężczyzn.

W pracy wykorzystano następujące techniki badań:

- obserwację
- wywiad z rodziną chorego
- swobodne rozmowy z opiekunami chorych
- analizę dokumentacji

W trakcie obserwacji zgromadzono informacje o relacjach panujących w rodzinie, sposobach komunikacji między członkami rodziny, o czynnościach wykonywanych przy chorym. Rozmowy z rodzinami chorych miały przede wszystkim na celu wsparcie emocjonalne, poznanie oczekiwań i zapewnienie o pomocy w opiece. Przeprowadzano je od 2 do 5 razy w tygodniu.

Do przeprowadzenia wywiadu z rodziną chorego posłużono się autorskim kwestionariuszem wywiadu. Składał się on z 14 pytań, w tym pierwsze było pytaniem otwartym i dotyczyło zmian zachodzących w rodzinie pod wpływem choroby jednego z jej członków. Pozostałe pytania koncentrowały się głównie na czynnościach pielęgnacyjnych wykonywanych przy chorym przez jego rodzinę a stwarzające problemy w zakresie sprawowania opieki nad chorym w domu, uczuć im towarzyszących a także źródeł informacji na temat pielęgnacji i ewentualnego wcześniejszego doświadczenia w zajmowaniu się chorym.

Wszystkie techniki badawcze wykorzystywano za zgodą osób badanych. Starano się o stworzenie przy tym spokojniej, życzliwej atmosfery. Większość rozmów i wywiadów przeprowadzono bez uczestnictwa samych chorych.

Wyniki

Badana grupa to 15 kobiet i 5 mężczyzn. W 8 przypadkach byli to współmałżonkowie chorych terminalnie (N=7 żona, N=1 mąż), w 1 konkubina. 8 opiekunów chorych to ich dzieci N=5 córka, N=3 syn, 1 zięć i 1 wnuczka. Wszystkie osoby badane mieszkały w Warszawie. 15 z nich mieszkało wspólnie z chorym, 5 oddzielnie. Osoby, które nie mieszkały z pacjentami hospicjum domowego, odwiedzały go codziennie, spędzały z nim od kilku do kilkunastu godzin na dobę. Średnia wieku chorych hospicjum domowego wynosiła 75 lat. Wszystkie osoby badane mieszkały w Warszawie. 15 z nich mieszkało wspólnie z chorym, 5 oddzielnie, co przedstawia ryc. 3. Osoby, które nie mieszkały z pacjentami

hospicjum domowego, odwiedzały go codziennie, spędzały z nim od kilku do kilkunastu godzin na dobę. Rodzina opiekująca się chorym w środowisku domowym najczęściej korzystała z pomocy hospicjum domowego od 1 do 3 miesięcy, równie długo powyżej 3 miesięcy, najkrócej odnotowano korzystanie poniżej jednego miesiąca

Czynności pielęgnacyjne wykonywane przez rodzinę chorego często bywają źródłem problemów pojawiających się w rodzinie. Rodziny chorych nieuleczalnie stoją przed wieloma nowymi zadaniami, którym muszą podołać. Obciąża ich to zarówno fizycznie, jak i emocjonalnie. Wykonują codzienne domowe obowiązki, a oprócz nich muszą sprostać działaniom pielęgnacyjnym i higienicznym (Tab. I)..

Tabela I. Czynności pielęgnacyjne wykonywane przy chorym przez jego rodzinę a będące źródłem problemów dla rodziny chorego.

Czynności pielęgnacyjne	**N**
mycie	18
zmiana opatrunku	7
zmiana worka stomijnego	6
zastrzyki	9
zmiana pozycji ułożenia	12
karmienie	11
ubieranie	15
zmiana pielucho majtek	13
pielęgnacja tracheotomii	2
pielęgnacja gastrostomii	1
wykonywanie wlewu przeczyszczającego	4
pielęgnacja odleżyn	6
masaż obrzęku limfatycznego	7

* liczby nie sumują się do 100% ponieważ badani mogli wskazać więcej niż jedną odpowiedź

Rodzina chorego, najwięcej problemów N=18 miała z myciem chorego w środowisku domowym, dla N=15 problemem było pomaganie w ubieraniu, dla N=13 zmiana pampersów, pielucho majtek, problemem dla N=11 było karmienie chorego. Niektóre czynności były

bardzo specyficzne, typowe dla zawodu pielęgniarki a tym samym stwarzały więcej problemów dla osób zajmujących się opieką nad chorym w domu. Były to: wstrzyknięcia N=9, zmiana opatrunku N=7, masaż obrzęku limfatycznego N=7, zmiana worka stomijnego N=6, wykonywanie wlewu przeczyszczającego N=4. W badanej grupie osób pojawiły się również wysokospecjalistyczne czynności pielęgnacyjne N=2 pielęgnowanie tracheostomii N=1 pielęgnowanie gastrostomii.

Podczas świadczenia opieki choremu członkowi rodziny towarzyszą różne uczucia, początkowo pojawia się złość, strach, bezradność.

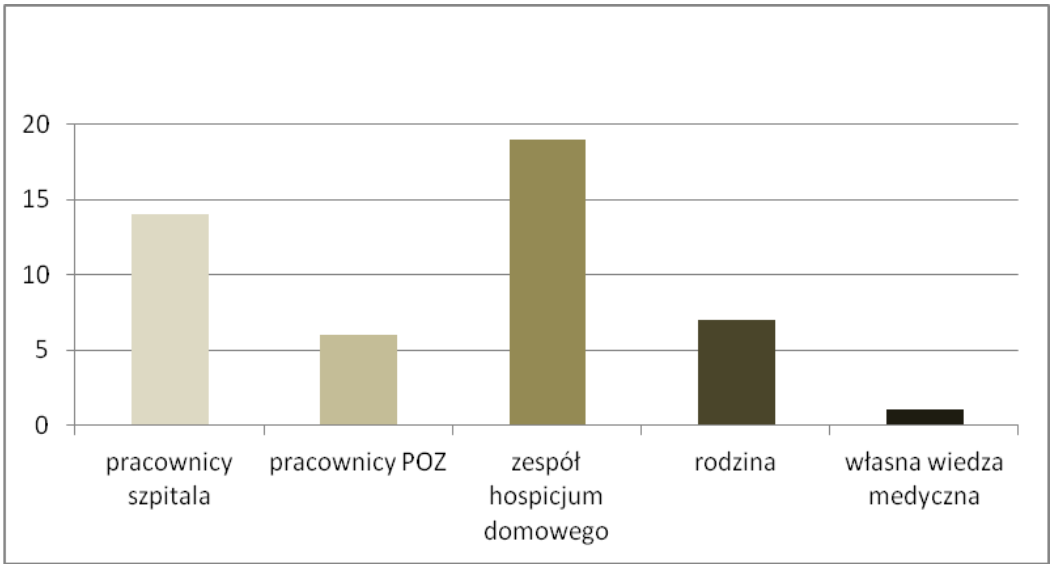
Podczas sprawowania opieki nad bliskim, N=18 badanym towarzyszyło współczucie, N=15 odczuwało bezradność, N=12 deklarowało zmęczenie. Przygnębienie wyrażało N=10, zniecierpliwienie N=6, rozdrażnienie i złość po N=4, gniew, lęk po N= 3 (Tab. II)

Tabela II. Uczucia towarzyszące rodzinie podczas pielęgnowania chorego.

Uczucia rodziny	**N**
bezradność	15
strach	0
lęk	3
przygnębienie	10
złość	4
gniew	3
współczucie	18
zniecierpliwienie	6
rozdrażnienie	4
zmęczenie	12
inne	1

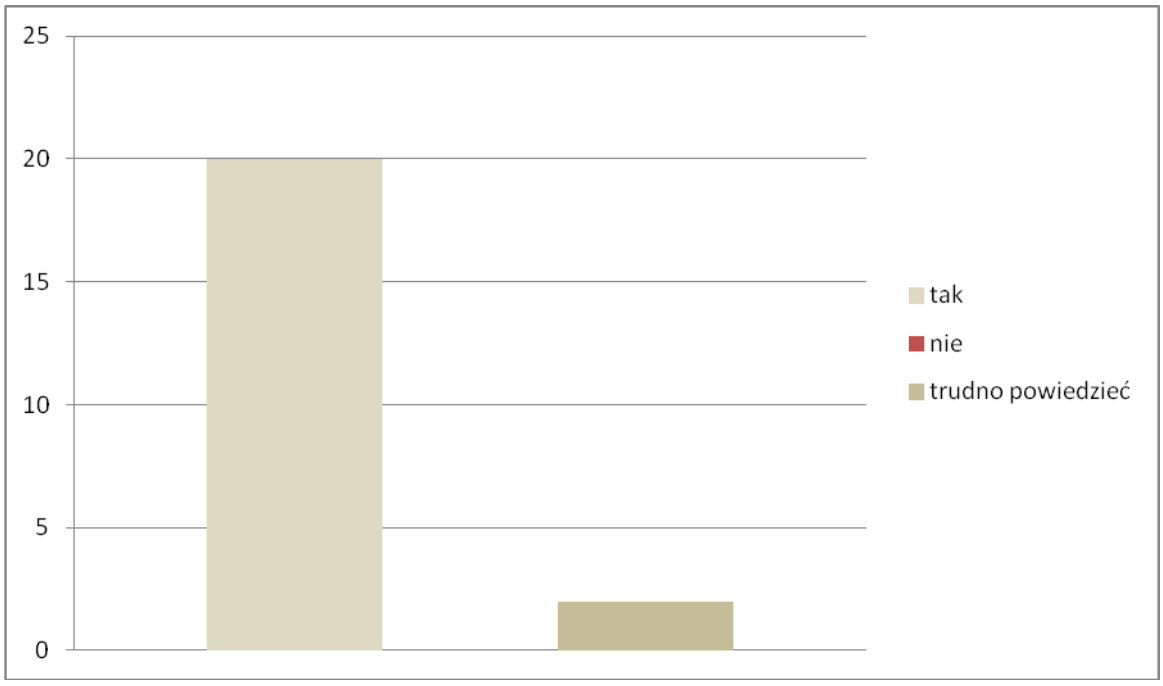
***** liczby nie sumują się do 100% ponieważ badani mogli wskazać więcej niż jedną odpowiedź

Zdecydowana większość badanych, N=19 wskazała pracowników hospicjum domowego, jako źródło informacji na temat opieki nad chorym. Dla N=14 z nich takim źródłem byli pracownicy szpitala, dla N=7 rodzina, dla N=6 pracownicy Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Jedna osoba z badanych korzystała z własnej wiedzy medycznej w opiece nad osobą chorą w domu (Ryc. 1).



Rycina 1. Źródła informacji rodziny na temat opieki nad chorym

Hospicjum domowe ułatwiło zajmowanie się chorym w odczuciu rodziny w 19 przypadkach. Jedna osoba nie potrafiła udzielić odpowiedzi na pytanie, czy hospicjum domowe ułatwiło zajmowanie się chorym w środowisku domowym (Ryc. 2).



Rycina 2. Ułatwienie zajmowania się chorym dzięki hospicjum domowemu w odczuciu rodziny.

Dyskusja

W domu, wśród najbliższych osób, znanego otoczenia, cierpiący chory czuje się najlepiej. Problemy, które najczęściej występują w opiece nad chorym w środowisku domowym to niemal według wszystkich autorów publikacji poświęconych tej tematyce, to czynności pielęgnacyjne, które muszą wykonywać opiekunowie chorych, brak przystosowania mieszkania do opieki nad chorym. Wśród czynności najczęściej wymieniane to: mycie, zmiana opatrunków, wstrzyknięcia, karmienie, zmiana pozycji ułożenia, ubieranie, pielęgnacja odleżyn i stomii.

Z badań własnych wynika, że takie czynności wykonuje większość rodzin zajmujących się swoimi najbliższymi w domu np. mycie chorego N=18.

Rodziny chorych terminalnie stają przed niezwykle trudnymi problemami, najczęściej takimi, z którymi nigdy wcześniej się nie zetknęli. Dotyczą one zarówno sfery fizycznej, psychospołecznej jak i duchowej. Rodzina może tracić kontrolę nad sytuacją, w jej życiu zachodzi wiele zmian, tych w relacjach z najbliższymi, jak również w kontaktach społecznych. Staje ona przed nowymi obowiązkami, trudnymi życiowymi decyzjami, często zmianą dotychczasowych wartości.

Chory, będący pod opieką hospicjum domowego, przeszedł już pewien etap nieuleczalnej choroby i związane z nim wydatki finansowe. Był to zakupów leków, opatrunków, koszt prywatnych wizyt u lekarzy, bioenergoterapeutów, itp. Im dłużej trwa choroba, tym wydatki są wyższe. Wzrastają one wraz z postępem choroby, jej powikłaniami, a nie polepszają w sposób znaczący komfortu bytowego chorego [11]. Członkowie rodziny w czasie choroby bliskiego rezygnują z podejmowania dodatkowej pracy, osiągają też mniejsze dochody z własnej działalności z powodu ograniczonego czasu, jaki mogą na to poświęcić.

Choroba zmusza rodzinę do przejęcia obowiązków, które dotychczas sprawował chory, co może wiązać się za zmianą ról, odgrywanych przez poszczególnych członków rodziny. Czasami rozłożenie opieki jest równomierne, często spada ona na jednego członka rodziny. Zazwyczaj jest to osoba wspólnie zamieszkująca z chorym, najczęściej współmałżonek [12]. Jeżeli choruje kobieta, to mąż przejmuje liczne obowiązki domowe, czasem opiekę nad dziećmi. Wymaga to od niego wiele poświęceń i nauki, gdyż większością spraw dotychczas mógł się nie zajmować. Według Elisabeth Kübler - Ross mężczyźni gorzej znoszą wszelkie zmiany w związku z nieuleczalną chorobą w rodzinie. Muszą podejmować

obowiązki, które dotychczas wykonywała żona, to oni muszą je obsługiwać, zamiast być obsługiwanym [11]. Mogą nie być przyzwyczajeni do gotowania, prania, odrabiania lekcji z dziećmi, zakupów. Dużym problemem może też być pielęgnacja ciężko chorej żony. Wiąże się to nie tylko z obciążeniem fizycznym, ale też emocjonalnym. Nie jest łatwe mycie, karmienie bezradnej, cierpiącej kochanej osoby. Wymaga też wielu umiejętności i sprawności ruchowej. Odrębną sprawą jest pogodzenie tych obowiązków domowych i zawodowych. Mężczyzna mogą dobrze radzić sobie w trudnej sytuacji, mogą też wymagać pomocy z zewnątrz ze strony rodziców, krewnych, pracowników opieki społecznej.

Choroba współmałżonka, także dla kobiety wiąże się z wieloma zmianami i nowymi obowiązkami, które musi podejmować. Mogą to być sprawy finansowe czy techniczne, którymi dotąd zajmował się mężczyzna. Trzeba też pogodzić zapewnienie opieki nad dziećmi z czasem poświęconym pielęgnacji męża. Kobieta może poczuć się osobą osamotnioną, jak samotna matka [11]. To ona musi zapewnić byt rodzinie, zarówno duchowy jak i materialny. Zdaniem Z. Kawczyńskiej – Butrym to kobieta jest najczęściej odpowiedzialna za opiekę nad chorym w rodzinie [13]. Sprawuje swoje obowiązki, jako żona, matka, siostra, synowa, córka. Jest to związane z cechami, jakie przypisuje się kobietom: wrażliwością, opiekuńczością, jak też z tradycją. W dawnych, wielopokoleniowych rodzinach kobiety sprawowały funkcje opiekuńcze, wspomagane były przez swoje krewne. Obecnie rodziny są małodzietne, dzieci często mieszkają samodzielnie, mają liczne obowiązki zawodowe, co zmniejsza pomoc kobiecie opiekującej się chorym [6].

Rodzina ulega reorganizacji także w przypadku, gdy zachoruje rodzic. Wówczas młody człowiek musi przejąć opiekę, jaką sam był do niedawna otoczony. Są osoby, które czują odpowiedzialność za swoich rodziców, powinność moralną i prawną zapewnienia im pomocy. Wiąże się to z trudnym problemem pogodzenia pracy zawodowej, kariery naukowej, obowiązków wobec własnej rodziny z opieką nad rodzicami. Ze względów finansowych, praca zawodowa może być ważniejsza od czasu poświęconego chorej matce czy ojcu. Młodzi ludzie nie mogą pozwolić sobie na utratę pracy z powodu częstych zwolnień i urlopów [12]. Opieka nad chorym rodzicem stanowi duże obciążenie emocjonalne. Ogranicza także ich aktywność społeczną oraz zmusza do nauki nowych umiejętności.

Niezależnie, kto z członków rodziny choruje, zdarza się, że obowiązki przez niego dotąd sprawowane, są zbyt szybko przejmowane przez rodzinę [2]. Może to wynikać z nadopiekuńczości lub z przekonania, że chory człowiek nie może już podejmować żadnych decyzji.

Umiejętne nawiązanie porozumienia, zarówno werbalnego, jak i niewerbalnego, ma istotne znaczenie w procesie opieki paliatywnej. Może ono zapewnić choremu i jego rodzinie poczucie bezpieczeństwa i zrozumienia. Dobra komunikacja ułatwia rozpoznanie problemów i potrzeb pacjenta i rodziny oraz pomaga w włączeniu ich w proces postępowania. Służy wspieraniu chorego i jego najbliższych w trudnych sytuacjach, zwłaszcza w okresie umierania [12].

Aby umiejętnie nawiązać kontakt z chorym i jego rodziną, trzeba otworzyć się na ich potrzeby i uważnie słuchać. Niezwykle ważne jest, aby czuli się zrozumiani, widzieli koncentrowanie się na ich odczuciach. Należy przy tym zwrócić uwagę na wszelkie komunikaty niewerbalne: mimikę twarzy, dotyk, poruszanie się.

Elisabeth Kübler - Ross dowodzi, że samopoczucie chorych poprawia się, jeśli szczerze rozmawia się o ich stanie zdrowia i możliwościach dalszego postępowania [11]. Okazanie życzliwości, zainteresowania może podnieść wartość chorego, który często czuje się osamotniony, zrezygnowany i pozbawiony wszelkiej nadziei. Dzięki dobrej komunikacji między chorym i osobami nim się opiekującymi, oczekiwania chorego, jego reakcje i decyzje, staną się bardziej jasne i pozwolą na podjęcie działań zmierzających do osiągnięcia jak najlepszego komfortu dla umierającego człowieka. Dobry kontakt i zaufanie chorego i jego najbliższych do personelu medycznego, może sprawić, że będą oni stosowali się do wszelkich zaleceń, mówili o swoich obawach i problemach. Właściwe porozumiewanie się znacznie ułatwia wspólną pracę chorego, rodziny i zespołu hospicyjnego.

Ostatni etap życia człowieka jest niezwykle trudny nie tylko dla niego samego. To rodzina obserwuje jego cierpienie, postępujące osłabienie, często zmiany charakterologiczne, niekiedy zaburzenia psychiczne. Umieraniu mogą towarzyszyć ciężkie objawy somatyczne, co pogłębia rozpacz jego najbliższych. Szczególnie wtedy potrzebne jest silne i serdeczne wsparcie wszystkich domowników, stworzenie serdecznej atmosfery. Ważne jest zrozumienie osób opiekujących się chorym, poświęcenie im należytej uwagi, wysłuchanie pytań takich, jak: jak długo jeszcze?, dlaczego on się tak męczy?, czy zrobiłam wszystko, aby on mógł wyzdrowieć?

Najważniejsze w nawiązaniu rozmowy z chorym jest stworzenie odpowiedniej atmosfery: cichej, spokojnej i przyjaznej. Należy uszanować wolę chorego, jeśli chce on, aby w rozmowie uczestniczyła jego rodzina. W takiej sytuacji najpierw trzeba słuchać chorego, później jego bliskich. Dobrze, gdy pacjent jest w pozycji siedzącej, co sprzyja rozmowy partnerskiej i zmniejsza poczucie niższości u niego. Należy zwrócić uwagę na własne

opanowanie, uśmiech, nie unikanie wzroku, brak pośpiechu. Na początku rozmowy trzeba się przedstawić, podać rękę, wyjaśnić cel rozmowy, wykorzystać podstawowe zasady uprzejmości. Jeżeli chory zadaje pytania ich uważnie wysłuchać, postarać się odpowiedzieć, wyjaśnić obawy, niepokoje i zaproponować plan dalszego postępowania. Musi być to powiedziane prostym, zrozumiałym językiem, pozbawionym szorstkich słów [9].

Do rozmowy mogą zachęcić chorego pytanie otwarte. Ma on wówczas możliwość pełniejszego wypowiadania się, opowiadania o swoich problemach, udrękach i oczekiwaniach. Nie zawsze chory chętnie odpowiada na pytania, często unika odpowiedzi. Można spróbować to zmienić, zadając dodatkowe pytania, zapewniając, że będzie uważnie słuchany. Prowadząc rozmowę, trzeba obserwować chorego, mimikę i zachowanie, z których też niewiele można się dowiedzieć. U osób starszych, zmęczonych, osłabionych można zadawać pytania zamknięte. Pozwala one na uzyskanie informacji bez zbytniego przeciążenia chorego i przedłużania rozmowy.

W trakcie rozmowy nie można okazywać zniecierpliwienia, pospieszać chorego, wykonywać nerwowych ruchów. Trzeba pozwolić na zastanowienie, czasem milczenie i ciszę. Nie należy jednak prowadzić zbyt długich rozmów, można je podzielić na etapy, pamiętając, że jest to człowiek ciężko chory.

Główne zasady porozumiewania mogą pomóc w rozmowie z chorym, jeśli nie zapomni się przy tym o wyczuciu, intuicji i zwykłej ludzkiej uprzejmości. Chory musi wiedzieć, ze rozmowa służy temu, aby lepiej poczuć jego potrzeby i pomóc w możliwie najlepszy sposób. Trzeba więc tak z nim rozmawiać, aby poczuł się jak szanowana, godna zainteresowanie osoba a nie kolejny przypadek chorobowy.

Rodziny stojące w obliczu śmierci kogoś bliskiego, mogą nie wiedzieć, jak mają się zachować, jak postępować. To głównie pielęgniarka powinna pomóc bezradnej rodzinie, podpowiedzieć, co można zrobić, aby ulżyć choremu w jego ostatnich chwilach. Najważniejsze wskazówki, które personel medyczny może przekonać rodzinie umierającego człowieka, to:

- respektowanie wszystkich praw chorego do samego końca
- umożliwienie pożegnania z osobami, które wskaże chory, zwłaszcza z dziećmi
- informowanie chorego, gdzie się znajduje i jakie czynności są przy nim wykonywane - uważne słuchanie
- wykonywanie wszystkich zabiegów precyzyjne i zdecydowanie, ale delikatnie i z szacunkiem

- zapewnienie bliskości najbliższej osoby, dotykanie, cicha rozmowa
- kontakt z duchownym, jeśli chory sobie tego życzy
- podawanie leków przeciwbólowych do końca życia chorego
- podawanie płynów często, w małych ilościach
- ograniczenie uciążliwych zabiegów
- zapalenie świec, modlitwa według przekonań rodziny
- staranie się nie okazywanie silnych emocji w obecności chorego
- powstrzymywanie się od oceny chorego, takiej jak: jak on wygląda? Dlaczego jest taki chudy?

Żylicz, opierając się na zachodnioeuropejskim protokole, podaje konkretne propozycje postępowania w poszczególnych objawach, mogących wystąpić w okresie umierania [cyt. za 14]. Odnosi się do bólu, duszności, suchości jamy ustnej. Wskazuje także na konieczność modyfikacji niektórych dawek leków, podawanie leków drogą podskórną, nadziej dożylną.

Informacje o stanie zdrowia należą się każdemu choremu, jego rodzinie zaś w takim stopniu, jaki życzy sobie chory. Szczególnie w opiece domowej, gdzie rodzina współopiekuje się chorym, powinna mieć wiedzę o objawach postępującej choroby. Najważniejszy jest jednak chory, z jego życzeniami trzeba się liczyć na pierwszym miejscu [9].

Rodzina najczęściej pierwsza wie o złym rokowaniu choroby swojego bliskiego. [4, 11] Często jednak zataja tę informację przed nim, chcąc oszczędzić mu bólu i przygnębienia. Nie oznacza to jednak, że chory nie może zdawać sobie sprawy ze swojego stanu w oparciu o inne źródła lub po prostu z własnego przeczucia. W literaturze dotyczącej opieki paliatywnej dostrzec można problem i w jaki sposób, i kiedy przekazać informacje o złym rokowaniu, a nie problem: czy powiedzieć prawdę? [2, 3, 9, 11]. Przekazywanie informacji o niepomyślnym rokowaniu jest procesem [2, 3, 9, 11, 12].

Rozpoczyna się od ustalenia, co chory wie na temat swojego stanu zdrowia i czego chce się o nim dowiedzieć. Należy uważnie wysłuchać chorego, jego opinii i pytań, następnie odpowiedzieć na te zagadnienia, których oczekuje chory. Trzeba to zrobić w sposób łagodny, zrozumiały dla chorego, bez używania żargony medycznego. Jeżeli chory nie chce znać prawdy o swoim zdrowiu, nie można tego mówić na siłę. Trzeba dać czas, aby oswajał się ze swoją sytuacją i reagował na swój własny sposób. Każdą rozmowę należy zakończyć akcentem nadziei. Twycross proponuje takie słowa: „*Bez względu na to, co się stanie, zrobię wszystko, aby im pomóc, lub będziemy rozwiązywali każdy nowy problem wynikający z twojej choroby*'' [9].

Informacje o nie pomyślnym rokowaniu przekazuje choremu i rodzinie lekarz, ale pielęgniarki nie może uciec od rozmów o cierpieniu i śmierci. Musi umieć odpowiadać na trudne pytania, wspierać duchowo i emocjonalnie, pomóc choremu w odzyskaniu równowagi. De Walden - Gałuszko wskazuje na poszanowanie woli chorego, dotyczącej zaprzeczenia i innych mechanizmów obronnych. Należy wówczas nie niszczyć złudzeń ani w nich chorego umacniać [2, 3, 7]. Przekazanie informacji o złym rokowaniu nie może zniszczyć nadziei chorego [3, 9, 11, 12]. Zawsze może pozostać nadzieja na umieranie bez cierpienia, na to, że dobrze wychowało się swoje dzieci, że ktoś będzie z chorym do samego końca.

Na podtrzymywanie nadziei u umierających chorych szczególnie kładzie nacisk Kübler - Ross [11]. Wskazuje ona, że nie trzeba kłamać, rozwiewać nadziei, ale dzielić ją z pacjentami. Nadzieja pozwala chorym na przetrwanie tego trudnego dla nich czasu, często poprawia ich samopoczucie. O nadziei mówił również Jan Paweł II: „*Prośba, jaka wypływa z serca człowieka w chwili ostatecznego zmagania z cierpieniem i śmiercią, zwłaszcza wówczas, gdy doznaje on pokusy pogrążenia się w rozpaczy i jakby unicestwia się w niej, to przede wszystkim prośba o obecność, o solidarność i o wsparcie w godzinie próby. Jest to prośba o pomoc w zachowaniu nadziei, gdy wszystkie ludzkie nadzieje zawodzą*.” [9]

Podobnie, jak z chorym trzeba rozmawiać o złym rokowaniu z jego rodziną. Informacje powinny być przekazywane stopniowo, delikatnie, tyle, ile życzy sobie chory i na tyle, aby rodzina właściwie włączyła się w opiekę nad nim. Rodzina chorego potrzebuje czasu na oswojenie się z nową sytuacją, potrzebuje wsparcia psychofizycznego, duchowego i emocjonalnego. Zarówno choremu, jak i jego rodzinie, łatwiej jest przejść okres umierania, gdy nie ma między nimi zmowy milczenia [3, 12, 11]. Mogą wówczas wspólnie dzielić swój ból, cierpienie, obawy i lęki. Rozmawianie o śmierci wśród najbliższych nie musi być trudne, ale wymaga wsparcia. Należy przekazać, że rodzinie, że prawdomówność pozwoli na wzajemne wspieranie, wspólne przeżywanie ostatniego okresu choroby.

Zawsze należy pamiętać o przestrzeganiu praw rodziny chorego. To ona opiekuje się chorym, cierpi z nim i do niej należy podejmowanie trudnych decyzji. Zadaniem pielęgniarki jest wspieranie rodziny, włączanie jej w pielęgnację, ale nie narzucanie swoich przekonań i krytykowanie. Rodzinie należy się też uczciwa informacja o tym, co dzieje się z chorym, jakie objawy mogą jeszcze wystąpić. Należy więc na bieżąco wyjaśniać rodzinie zmiany, zachodzące u chorego, które nie są zależne od niego samego i, na które nie ma wpływu. Od personelu medycznego zależy jaka wiedza zostanie przekazana rodzinie, aby pomóc choremu umrzeć spokojnie i godnie.

Wnioski

Większość rodzin nie ma doświadczenia w opiece nad chorymi. Podczas pielęgnacji chorych, ich najbliższym towarzyszy najczęściej współczucie, bezradność i zmęczenie.

Dla opiekunów chorych sprawujących opiekę nad najbliższymi najwięcej problemów dostarczają czynności pielęgnacyjne: mycie, zmiana opatrunku, zastrzyki, zmiana pozycji ułożenia, karmienie, ubieranie, zmiana pielucho majtek, pielęgnacja stomii, wykonywanie wlewu przeczyszczającego, masaż obrzęku limfatycznego.

Pomoc ze strony pracowników hospicjum domowego jest istotna, rodziny chorych korzystają z pomocy hospicjum domowego po kilku – lub kilkunastomiesięcznej opiece nad nimi w warunkach domowych. Konieczne jest zatem propagowanie idei hospicjum domowego w społeczeństwie, przedstawienie jego celów i założeń, zachęcanie do korzystania z pomocy hospicjum.

Istotne jest zwrócenie uwagi społeczeństwa na konieczność pomocy rodzinom nieuleczalnie chorym w lokalnym środowisku.

Piśmiennictwo

1. Kisiel D.: Słowa jak drogowskazy. Myśli Matki Teresy z Kalkuty. Płocki Instytut Wydawniczy, Płock 2000.
2. Hebanowski M., de Walden - Gałuszko K., Żylicz Z.: Podstawy opieki paliatywnej w chorobach nowotworowych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998.
3. de Walden – Gałuszko K.: Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotanatologii. Uniwersytet Gdański, Gdańsk 1992.
4. Górecki M.: Hospicjum w służbie umierających. Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2000.
5. Służba człowiekowi u kresu życia. Materiały z VIII Konferencji Naukowej Jasna Góra 30 stycznia – 1 lutego 2004 r. Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej, Częstochowa 2005.
6. Kawczyńska – Butrym Z:. Rodzina – zdrowie - choroba. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2001.
7. de Walden – Gałuszko K., Kaptacz A.: Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
8. Szewczuk W.: Psychologia. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1990.

9. Twycross R., Lack S.: Leczenie terminalnej fazy choroby nowotworowej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1991.
10. Ostrowska A.*:* Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa. Wydawnictwo IF i S PAN, Warszawa 2005.
11. Kübler – Ross E.: Rozmowy o śmierci i umieraniu. Media Rodzina, Poznań 2005.
12. Holistyczna opieka paliatywna w zaawansowanej fazie choroby nowotworowej. Materiały wykorzystane podczas kursu w ośrodku Caritas Diecezji Płockiej w Popowie k. Warszawy. Wydawnictwo Biblos, Tarnów 2003.
13. Kawczyńska – Butrym Z.: Rodziny osób niepełnosprawnych. Wydawnictwo IF i S PAN, Warszawa 1994.
14. Sobański P., Krajnik M., Opolski G.: Opieka paliatywna w niewydolności serca. Via Medica, Gdańsk 2011.
15. Jan Paweł II*:* Evangelium Vitae. Wydawnictwo Wrocławskiej Księgarni Archidiecezjalnej, Wrocław 1995.

Iwański Tomasz Aleksander

Epidemiologia zjawiska przemocy w rodzinie w Polsce i na świecie

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 7 SUM, Katowice

Zjawisko przemocy wobec drugiego człowieka, począwszy od pojawienia się istot rozumnych na ziemi, po dzień dzisiejszy, związane jest z ludzką egzystencją. Obserwując historię można dostrzec mnogość dokonanych przemian społeczno–ekonomicznych, które miały wpływ na ewaluację indywidualnej wrażliwości jednostki wobec postrzegania i interakcji z problematyką przemocową. Osoby uległe, starsze, niepełnosprawne, chore oraz dzieci, pozbawiane były prawa do godnego życia. W opinii społecznej owych czasów widok posiniaczonego dziecka lub starszej osoby nie wzbudzał podejrzeń, jak również nie wiązał się z jakimikolwiek konsekwencjami prawnymi.

W literaturze przedmiotu [1, 2, 3, 4, 5] są liczne przykłady stosowania agresywnych metod wychowawczych, porzucania lub wręcz uśmiercania uciążliwych podopiecznych, a powodów dokonywania brutalnych mordów na najmłodszych dopatrywać się można w przyczynach socjalnych oraz ekonomicznych rodzin. Najczęstszym powodem pozbawiania dziecka życia, była choroba lub deformacja nowonarodzonego potomka, ale dzieci wykorzystywano również do celów rytualno-religijnych, o czym wspomina np. Biblia [6, 7]. Przemoc traktowano także często, jako nieodzowny element funkcjonowania rodziny [4].

Rozwój nauk medycznych oraz postęp technologiczny przyniósł przełom w kształtowaniu odpowiednich postaw etycznych oraz zmianę poglądów dotyczących poszanowania ludzkiego życia. Nauki chrześcijańskie uwrażliwiły człowieka wobec dziecka, ukazując istotę duszy nadawanej jeszcze przed jego narodzeniem. W 315 roku n.e. [8] ochrzczony cesarz rzymski Konstantyn, wydał pierwszy edykt przeciwko niezabijaniu i niewolnictwu dzieci, natomiast jeden z jego następców - Walentynian, w 365 roku n.e., zniósł prawo do zabijania własnego dziecka. Istotnym faktem umocnienia prawodawstwa przeciwko tej formie przemocy było opracowanie Kodeksu Teodozjusza II [9] i uchwalenie go przez tegoż cesarza w 438 roku n.e. [9]

W przekonaniach większości społeczności w starożytnej Grecji i Rzymie, a także w kulturze judeo-chrześcijańskiej, ludzie musieli być „regularni” i piękni, ponieważ zostali bowiem stworzeni na wzór i podobieństwo Boga lub bogów [cyt. za 10]. Wszelka

odmienność była traktowana, jako kara za grzechy rodziców lub uważana za ingerencję Złego. Powszechnym zwyczajem było więc porzucanie słabych, kalekich lub w inny sposób upośledzonych dzieci, na górze Tajgetos. Rodziny skazywały praktycznie w ten sposób dziecko na śmierć. Zwolennikiem takiego postępowania był np. Platon, filozof ateński, który uważał, że dzieci kalekie należy ukrywać, a nawet pozbywać się ich [cyt. za 10]. W Sparcie nadzór państwa nad obywatelami rozpoczynał się tuż po ich narodzinach. Jeżeli noworodek przedstawiony przez ojca eforom [tj. urzędnikom państwowym) był słaby, kaleki [cyt. za 10] lub źle rozwinięty, rodzicom nakazywano porzucić go na cmentarzysku w górach Tajgetu [cyt. za 10]. Mógł je stamtąd zabrać jedynie litościwy helot (poddany chłopski), by wychować na podobnego sobie niewolnika [cyt. za 10].

Praktyka porzucania niepełnosprawnych dzieci znana była również w średniowieczu, kiedy to zasilały one najczęściej szeregi włóczęgów i żebraków [cyt. za 10]. Jednakże w tym samym czasie powstawały już pierwsze przytułki dla sierot [cyt. za 8].

Renesans oraz niedaleko później okres oświecenia, poprzez rozwój nauki, ale i zarazem wpływ nurtów filozoficznych uszlachetniły spojrzenie na drugiego człowieka, w tym przede wszystkim na dziecka [8].

W literaturze przedmiotu [8] wiek XIX określa się „wiekiem dziecka". W tym to okresie głównie medycyna chirurgiczna zaczęła specjalizować się w rozwoju technik diagnostycznych oraz terapeutycznych wobec najmłodszych, a w literaturze fachowej pojawiały się pierwsze opracowania naukowe na temat chorób dziecięcych i problematyki ich wychowania [8].

Pod koniec XIX wieku w USA [11] utworzono charytatywne stowarzyszenie działające na rzecz dzieci, które przekształcono później w największą międzynarodową organizację – Towarzystwo Zapobiegania Cierpieniom Dziecka (*International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect – ISPCAN*).

W Polsce i na świecie problematyka przemocy w rodzinie była przez szereg lat pomijana. Dopiero dzięki ekspansji programów społecznych, kampaniom medialnym oraz coraz większemu zainteresowaniu świata naukowego, nastąpiło poszerzenie wiedzy w zakresie tematyki przemocowej. Dzięki temu rozwojowi umożliwiono rozróżnienie specyficznych rodzajów przemocy np. wobec dziecka, określanej definicyjnie zespołem maltretowania, przemocy wobec osób starszych, niepełnosprawnych, przemocy szkolnej, partnerskiej, a także innych form związanych z agresją, samookaleczaniem, dotykających specyficznych płaszczyzn poznawczo - rozwojowych.

Rozpatrując genezę zjawiska krzywdzenia najmłodszych członków rodziny w analizie epidemiologicznej, trudne jest ujęcie tegoż tematu stricte obiektywnie. Wynika to z faktu, iż większa liczba przypadków dzieci, z rozpoznanym zespołem maltretowania, nie jest ewidencjonowana. Kolejnym utrudnieniem związanym z poznawaniem tego zjawiska, jest problem niejednoznacznego określania charakteru uszkodzeń, według międzynarodowego nazewnictwa chorób ICD 10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) [12]. Jednostki chorobowe zdiagnozowane podczas przyjęcia, hospitalizacji dziecka, określają częściej skutki zespołu maltretowania, aniżeli przyczyny, które bezpośrednio je powodują. W literaturze [13,14] wskazuje się problem niejednoznaczności określeń charakteryzujących definicję krzywdzenia, w tym przypadku dziecka, które zawierałyby treści uwzględniające aspekt kulturowy, społeczny, a także mocnych merytorycznie, nie poddających się wpływom lobbingujących grup interesu.

Wspominane pierwsze wzmianki naukowe na temat maltretowania dziecka poruszył w 1860 roku francuski lekarz Ambrose Tardieu [cyt. za 15] w swoim artykule z zakresu medycyny sądowej.

Kilkadziesiąt lat później, w roku 1929, przedstawiono pracę Parisot'a i Caussade'a [cyt. za 16]. którzy opracowali „Raport o znęcaniu się nad dzieckiem".

W 1946 radiolog i pediatra Caffey [17] opublikował opracowanie pt. *Liczne złamania kości długich u niemowląt z chronicznymi krwiakami podogonowymi* ("*Multiple Fractures in the Long Bones of Infants Suffering from Chronic Subdural Hematoma*.

W 1962 roku Kempe [cyt. za 18,19] przyczynił się do tego, iż pojęcie „zespołu dziecka bitego", oficjalnie wprowadzono do literatury medycznej, jak i jednostek chorobowych. Oparte było ono na ówczesnym przykładzie badanego dziecka niedożywionego, z licznymi złamaniami niewyjaśnionego pochodzenia. Raport z badań oraz pracę zatytułowaną „*The Battered Child Syndrom*" (BCS), Caffey [17] oraz Kempe [20] przedstawili w Los Angeles w 1962 roku, na Sympozjum Amerykańskiej Akademii Pediatrii.

Obecnie najwięcej badań dotyczących zjawiska krzywdzenia dzieci przeprowadzono w USA [cyt. za 20]. Przy określonych kryteriach odnotowuje się 1-2% przypadków maltretowania dzieci [21], z których około 10% przed 5. rokiem życia trafia do szpitala, by uzyskać pomoc chirurgiczną. W 1986 roku ponad 1,5. miliona dzieci w USA było oficjalnie uznanych za wykorzystywane [21]. W stosunku do roku 1980 był to 75% wzrost, w tym trzykrotny - dotyczący wykorzystywania seksualnego. Ponadto lokalne organizacje zajmujące się opieką nad dziećmi niepełnosprawnymi, wskazują [22], iż ta grupa powinna być szczególnie chroniona z uwagi na możliwość ujścia uwagi faktu maltretowania. W Wielkiej

Brytanii [23] dzięki statystykom NSPCC (*National Society for the Prevention of Cruelty to Children* - Towarzystwa Dla Prewencji Okrucieństwa) oraz ministerstwa zdrowia szacuje się, iż 1-1,5% dzieci jest maltretowanych poniżej 4 roku życia. Badania przeprowadzane we Francji [16] ukazują, że notuje się tam 50. 000 do 70. 000 takich przypadków rocznie. Najmniejszy odsetek krzywdzenia dzieci występuje w krajach skandynawskich [cytat za 24], gdzie prawna ochrona dziecka jest wysoce restrykcyjna Jest to około 0.035% w Danii i 0.026 % w Szwecji [cyt. za 23].

Śmiertelność związana z zespołem maltretowania szacuje się na około 4. 000 zgonów rocznie w USA [cyt. za 24]. W Wielkiej Brytanii umiera 1 dziecko na 200 przypadków dzieci krzywdzonych. Według Browne'a [25] notuje się tam 2. zgony dziennie, z powodu maltretowania dzieci poniżej 5 roku życia. We Francji [16] liczba zgonów dzieci krzywdzonych szacuje się na około 200-600 rocznie, a wskaźnik śmiertelności w wyniku maltretowania, w krajach rozwiniętych, mówi o 6.-7 zgonach na 100.000 żywych urodzeń.

W Polsce zjawisko maltretowania dziecka, po raz pierwszy zostało zdefiniowane w 1981 roku na sympozjum naukowym, zorganizowanym przez sekcję Dziecięcej Chirurgii Urazowej Polskiego Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych [cyt. za 26]. Stwierdzono, iż jedno na tysiąc dzieci hospitalizowanych w Polsce jest leczone z powodu krzywdzenia fizycznego. Problem dotyczył częściej dziewczynek, niż chłopców, w wieku od kilku miesięcy do kilku lat [27]. Badania Sajkowskiej [28] przeprowadzone na reprezentatywnej grupie Polaków, wykazały, że średnio jedna czwarta badanych dzieci doświadcza surowych kar fizycznych. Około 60% karanych było klapsem, w 27% przypadków miało do czynienia z zaniedbaniem. Wykazano również, że 29% badanych dzieci było pozostawianych bez opieki. Karanie fizyczne było bardzo rozpowszechnione w wielu grupach społecznych, bo aż 36% badanej populacji dopuszczało stosowanie kar cielesnych pomimo szerokiego społecznego poparcia dla wprowadzenia sankcji prawnych. Zwolennikami takiego rozwiązania byli ludzie młodzi, osoby ze średnim wykształceniem i powyżej oraz osoby niewierzące i osoby, u których nie stwierdzono stosowania kar fizycznych w okresie dzieciństwa. Ponad 50% badanych podzielało opinię, iż dziecko jest własnością rodziców i tylko oni mogą o nim decydować [28]. Aż 23% badanych zgadzało się ze stwierdzeniem, że surowe wychowanie hartuje dziecko, a 34% twierdziło, iż dziecko powinno się bać swoich rodziców. Badania retrospektywne dotyczące stosowania kar fizycznych u dorosłych w ich okresie dzieciństwa, wykazały, że występowały one z różnym nasileniem. Była to powszechnie stosowana kara w środowisku rodzinnym, i tylko 1/5 badanych wychowała się w rodzinach, w których nie stosowano żadnych form karcenia

fizycznego. Czynnikiem wpływającym na występowanie tego zjawiska był alkohol, niski poziom wykształcenia oraz zamieszkiwanie w wielkich miastach (powyżej 500 tysięcy mieszkańców) [28]. Zauważalnym aspektem krzywdzenia dzieci jest również przemoc emocjonalna - poniżanie i wyzywanie, wygórowane wobec nich oczekiwania, porównywanie do innych dzieci, zaniedbywanie, brak odczuwalnego uczucia miłości rodzicielskiej to najczęstsze doznania sfery psychicznej w rozumieniu maltretowania emocjonalnego, co potwierdzało ok. 1/3 badanych [28].

Wykorzystywanie seksualne, jako jedno z rodzajów krzywdzenia dzieci, jest trudne do określenia [29]. Statystycznie szacuje się na około 15% przypadków kontaktu dziecka z różnymi formami tego zjawiska [14]. Osoby nieujawniające swoich wcześniejszych kontaktów o charakterze seksualnym, noszących znamiona wykorzystania, stanowią w Polsce, za Pacewicz [30], średnio około 30% stwierdzanych przypadków.

Według badań socjologicznych, za Sajkowska [20], w sprawie doświadczenia różnych form wykorzystania seksualnego, 8% dzieci deklarowało, iż co najmniej raz dorośli zachęcali je do wspólnego oglądania pornografii, 3,6% dzieci miało doświadczenia kontaktów fizycznych o charakterze seksualnym z osobami dorosłymi. 23% dzieci znało co najmniej jedno dziecko, które było namawiane przez dorosłych do oglądania pornografii, 12% znało dzieci, które doświadczyły kontaktów fizycznych o charakterze seksualnym z osobą dorosłą [cyt. za 31].

Kolejną formą krzywdzenia jest agresja. Dane Fundacji „Dzieci Niczyje", za Urban [32] wskazują, iż 47% dzieci doświadczyło agresji werbalnej ze strony rodziców, a 14% uczniów szóstych klas szkół podstawowych, co najmniej raz dostało od rodziców lanie, czego wynikiem były widoczne ślady na skórze, takie jak siniaki lub zadrapania. Rodzice często stosują kary fizyczne za drobne przewinienia - dotyczy to 12% dzieci. Ponad 30% dzieci znało, co najmniej jedną osobę, która doznała urazu z powodu pobicia w rodzinie lub jest często, z błahych powodów karana fizycznie przez rodziców [31]. Różne formy bicia były najczęstszą metodą karania fizycznego wskazywaną przez 21% dzieci w ostatnich klasach szkoły podstawowej, natomiast 87% dzieci doświadczających różnych form krzywdzenia w rodzinie czuło, iż w takich sytuacjach potrzebuje pomocy i wsparcia [31]. 13% deklarujących potrzebę pomocy nigdy nie zwróciło się o nią, gdyż uznali, że nie mają do kogo. Według deklaracji rodziców, co dziesiąte dziecko dostało porządne lanie w ciągu miesiąca poprzedzającego badanie, co piąte w ciągu ostatniego roku. 43% rodziców stwierdza, że nie bije swoich dzieci [31]. W trakcie badań wskazano, że wiek dziecka nie jest przeszkodą w stosowaniu kar fizycznych - najczęściej bite były dzieci

w wieku przedszkolnym (20%) i dzieci poniżej 3 lat (14%) [31]. Wraz z wiekiem dziecka odsetek rodziców deklarujących brak przemocy w stosunku do nich był mniejszy. Stanowi to potwierdzenie, iż najczęstszym sposobem karcenia małych dzieci był klaps, a u dzieci starszych występowały inne formy karania. W tak zwanych "dobrych rodzinach" skala stosowania surowych kar fizycznych wobec dzieci wcale nie odbiegała od wskazań dotyczących ogółu rodziców. Klapsy i bicie ręką stosowało wobec dzieci 82% rodziców z warszawskich rodzin o wysokim statusie socjoekonomicznym. Blisko 25% przyznawało, że robi to często, 5%, że bardzo często. Solidne lanie sprawiało swoim dzieciom 38,5% rodziców, 4,5% przyznało, że dzieje się tak często. Do bicia pasem bądź innym przedmiotem przyznało się 44% badanych [28].

Przejawami krzywdzenia dzieci jest również ich zaniedbywanie (doświadczenia 65,5% badanych) oraz emocjonalne krzywdzenie dzieci (60%) [28]. Ponad połowa badanych w ostatnim roku spotkała w swojej praktyce zawodowej przemoc wobec dzieci w rodzinie, a w 17% stwierdzono wykorzystywanie seksualne podopiecznych [33].

W latach 90. policyjne statystyki, za Padło [34], odnotowały dwukrotny wzrost przypadków przemocy rodzinnej, znęcania się nad ich członkami, w tym dziećmi. Podczas, gdy w 1990 roku zarejestrowano 11.503 podejrzanych o popełnienie tego przestępstwa, w ostatnich latach liczba ta przekracza 20 tys. (21.122 w 1998 roku). Przy małym wzroście ogólnej liczby przestępstw w latach 1990-96, liczba przestępstw przeciw rodzinie wykazuje znacznie silniejszą dynamikę. Trudno określić, w jakim stopniu tak znaczny wzrost zarejestrowanych przestępstw wynika z nasilenia się przemocy rodzinnej, w jakim zaś ze wzrostu zgłaszalności spowodowanego większą wrażliwością społeczną i świadomością ofiar, co do przysługujących im praw. Odsetek ofiar przemocy domowej wzrósł 3-krotnie, w ciągu ostatnich 4 lat. Warto wspomnieć, że w przypadku odnotowania krzywdzenia żony, gdy w rodzinie są dzieci, są one równie często ofiarami fizycznego i psychicznego krzywdzenia przez ojca bądź ojczyma [34].

Według Zakładu Statystyki Medycznej Państwowego Instytutu Higieny [cyt. za 31] rocznie, od 1991 roku, liczbę zewidencjonowanych przypadków zespołu maltretowania szacuje się na około 140-180. Rzeczywiste liczby są zdecydowanie większe, biorąc pod uwagę nieodnotowywanie poza szpitalami dzieci krzywdzonych, nie określanie przyczyn uszkodzeń zgodnie z klasyfikacją ICD oraz trudności organizacyjne w przepływie informacji [23].

Uwzględniając nierzadko spotykane ekonomiczno–uczuciowe koneksje pomiędzy ofiarą, a sprawcą, badania nad przemocą w środowisku rodzinnym cechują się wyjątkową

trudnością w uzyskaniu wspomnianego już wcześniej obiektywizmu. Dane TNS OBOP [cyt. za 35] dla Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej z 2007 roku wskazują, iż Polacy pomimo niezgadzania się ze stereotypami związanymi z przemocą, w dużej mierze akceptują niektóre z nich. Prawie połowa badanych podzielała pogląd, że ofiara przemocy akceptuje swój los, w skutek czego reaktywność społeczna na zaobserwowane przypadki krzywdzenia jest tak niska. Dane te potwierdzają się również w uzyskanych wypowiedziach na temat występowania przemocy w polskim społeczeństwie, gdzie badani szacowali, iż z przemocą zetknęła się połowa polskich rodzin. Prawie dwie trzecie Polaków potrafiło wskazać w swoim otoczeniu ofiarę krzywdzenia, natomiast zastanawiającym jest fakt, że zjawisko przemocy, traktowane jest w deklaracjach badanych bardziej jako problem ogólnokrajowy, aniżeli lokalny [35]. Najczęściej uwidoczniony był element przemocy emocjonalnej oraz fizycznej, a co trzeci badany doświadczał jakiejkolwiek przemocy ze strony członka swojej rodziny. Chorzy i niepełnosprawni byli dwa razy częściej ofiarami, niż osoby zdrowie, niezależne od opieki innych. Wśród badanych panował pogląd o niepowtarzalności faktu krzywdzenia, jednakże sprawcy wykazują większą wątpliwość zaniechania eksponowania swoich zachowań przemocowych, niż ofiary. Według respondentów najbardziej prawdopodobną powtarzalnością cechowała się przemoc psychiczna ojczyma. Istotnym wydaje się także fakt współistnienia epizodu alkoholowego przy występowaniu przemocy w rodzinie - prawie połowa badanych uwidaczniała fakt upojenia alkoholowego sprawcy [35].

Badania CBOS [36] przeprowadzone na reprezentatywnej próbie losowej 1.048 dorosłych mieszkańców Polski wykazały, że 23% dorosłych Polaków deklarowało, iż padło ofiarą przemocy. Co dziesiąty (10%) doświadczył agresji na ulicy, ale nie w pobliżu domu, natomiast co czternasty (7%) w najbliższej okolicy miejsca zamieszkania. W domu z aktami przemocy spotkało się 6% dorosłych. Co dwudziesty (5%) padł ofiarą przemocy w lokalu gastronomicznym – restauracji, kawiarni, na dyskotece. Mniej liczne grupy doświadczyły agresji w pracy bądź w szkole, w środkach komunikacji lub w jakimś innym miejscu (po 3%). Mężczyźni znacznie częściej niż kobiety przyznawały, że zdarzyło im się paść ofiarą agresji (odpowiednio: 28% i 18%). Jedna trzecia kobiet (33%) deklarowała, że zna przynajmniej jedną kobietę, która podczas konfliktów małżeńskich bywa bita przez męża [36] Połowa z nich (17% ogółu kobiet) znała przynajmniej kilka takich kobiet, a więc prawdopodobnie żyje w środowisku, w którym przemoc jest normą. W ciągu ostatnich czterech lat zmniejszył się odsetek kobiet znających bite kobiety (o 8 punktów). Większość dorosłych (68%) przyznała, że w ich domach zdarzają się różnego rodzaju konflikty, sprzeczki lub awantury. W większości gospodarstw domowych, w których miały miejsce ujawnione konflikty, były one

jedynie sporadyczne. Kilka razy w miesiącu lub częściej kłóciło się 19% dorosłych. Najczęstszą przyczyną kłótni były sprawy finansowe – brak pieniędzy, spory co do tego, na co je wydać. Od jedenastu lat systematycznie zmniejsza się grupa rodziców przyznających, że czasem biją dzieci, wzrasta natomiast odsetek tych, którzy twierdzą, że ich dziecko nigdy nie dostało lania (z 43% w roku 1998 do 69% 2009) [36].

Badanie CBOS z 2011 „Przemoc w szkole 2011" [37] przeprowadzone w populacji 3.169 uczniów, 883 nauczycieli oraz 2.301 rodziców (w tym 428 dzieci w wieku szkolnym), na zlecenie grup wydawniczych: Polskapresse, Media Regionalne, Fundacji Orange oraz Wydawnictwa Pedagogicznego Operon, organizatorów i partnera programu „Szkoła bez przemocy", wykazało iż w opinii 63% uczniów przemoc w szkole była, a 27% - jest poważnym problemem. Niespełna 25% uczniów zadeklarowało, że nie doświadczyła żadnej formy przemocy, zaś prawie 8% stało się ofiarami 10 lub więcej rodzajów zachowań agresywnych. W konfliktach rówieśniczych (które dotyczyły 2/3 uczniów) dzieci radziły sobie same lub liczyły na pomoc rówieśników. Jedynie 15% rodziców zdawało sobie sprawę z zatargów swojego dziecka z kolegami. Podobnie w przypadku obrażania połowa uczniów przynajmniej raz padła ofiarą tego rodzaju przemocy, a tylko 13% rodziców o tym wiedziało. Raport podkreśla, że skłonność do jakiejkolwiek reakcji na przemoc spada z wiekiem. Najbardziej skorzy do pomagania i proszenia o pomoc dorosłych byli uczniowie podstawówek [37]. Prawie połowa uczniów miała nieporozumienie, bądź konflikt z przynajmniej jednym nauczycielem, chociaż tylko 7% rodziców odpowiedziało twierdząco na pytanie o konflikty dziecka z nauczycielem. Blisko 40% rodziców uważało, że jeśli ich dziecko dobrze się uczy i zachowuje, nie muszą spotykać się z nauczycielami. Wśród rodziców wyraźnie dominowało myślenie, że kontakt ze szkołą konieczny jest tylko w momencie, gdy dzieje się coś złego. Uczniów zapytano łącznie o 26 form przemocy z jakimi mogą spotkać się w szkole. Najczęstszym zachowaniem mającym znamiona przemocy werbalnej było słowne obrażanie, przezywanie i wymyślanie pomiędzy uczniami – aż 47% uczniów miało do czynienia z takim zachowaniem, a 27% więcej niż raz. Niewiele rzadziej uczniowie spotykali w szkole przemoc w postaci plotek, pomawiania i oszczerstw (35% uczniów) oraz przemoc fizyczną w postaci umyślnego potrącenia i przewrócenia (28%, w tym 12% więcej niż raz) [37]. Z przemocą materialną spotkało się od 5% uczniów (wymuszenie, rabunek, zniszczenie przedmiotów) do 13% (kradzież). Z przemocą seksualną zetknęło się natomiast od 4 (prób obnażenia) do 7% uczniów (próby dotykania). Nieco częściej dochodziło do tzw. cyberbullying'u, a więc wykorzystywania nowoczesnych technologii (internet, telefon komórkowy) do zachowań agresywnych. Wyraźnie najrzadziej (około 3%)

uczniowie spotykali się z najgroźniejszymi formami przemocy fizycznej (m.in. grożenie niebezpiecznym przedmiotem, pobicia z obrażeniami cielesnymi), z czego tylko 1% częściej niż raz. Aż 1/5 uczniów deklarowało, że doświadczyło upokorzenia przez nauczyciela. Podobna grupa wskazała, że nauczyciel używał wobec nich obraźliwych słów. 14% uczniów twierdziło także, że nauczyciel stosował pod ich adresem groźby. Przemoc nauczyciela względem ucznia wydaje się być znacznie powszechniejsza w gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych. O tych zachowaniach agresywnych względem uczniów najczęściej nie wiedzieli rodzice. Tylko 5% rodziców twierdziło, że jakiś nauczyciel wobec ich dziecka używał obraźliwych słów [37] Prawie połowie nauczycieli zdarzyło się, że ich polecenia wydawane uczniom były ignorowane do tego stopnia, że dezorganizowało to prowadzenie lekcji. Tylko nieco mniejsza grupa przyznała się do bycia prowokowanymi w celu wybuchu gniewu (42%). Bardziej niepokojąca jednak jest inna liczba: 19% pedagogów doświadczyło obrażania ze strony uczniów (zaś prawie połowa wiedziała, że zdarzyło się to ich kolegom nauczycielom). Inne formy przemocy występowały znacznie rzadziej [37].

W Stanach Zjednoczonych Ameryki, za NCEA (*National Center of Elder Abuse*) cyt. za Parnowski [38] szacuje się, że na początku lat 90. tych liczba ludzi źle traktowanych w wieku powyżej 65. roku życia nie przekraczała miliona. Kilka lat później bo w 1996 roku liczba ta już przekracza milion i notuje się znaczne zwiększenie liczby doniesień w instytucjach rządowych o fakcie krzywdzenia osób starszych [cyt. za 38].

Reasumując można stwierdzić, że przemoc w rodzinie jest zjawiskiem powszechnym, nie znającym granic oraz nie związanym z rozwojem gospodarczym lub kulturalnym. Dotyczy ludzi w każdym wieku, zarówno jako ofiar, jak i sprawców, bez względu na umiejscowienie w strukturze społecznej, bez związku ze zdobytym wykształceniem lub wykonywanym zawodem.

Piśmiennictwo

1. Wytwicki W.: Platon / Przekład. Recto, Warszawa, 1991.
2. Modrzewski A.F.: Andrzeja Frycza Modrzewskiego o naprawie Rzeczypospolitej: wybór / z przekł.[łac.] Cyprjana Bazylika (r. 1577). E. Wende i S-ka, Warszawa, 1914.
3. Arries P.: Centuries of Childhood. Vintage Books, New York , 1962.
4. Pietkiewicz B.: Raport dla dorosłych o skutkach bicia dzieci. Polityka. 2005, 3, 3-10.
5. Robin M: Historical introduction. Sheltering arms: the roots of child protection, in Child Abuse. Newberger EH, ed. Little, Brown and Co., Boston, 1982.
6. Płatek M.: Ochrona dzieci przed przemocą w rodzinie.. http://www.psep.pl/

pliki/strony/lekcje/2005_2006/zima/3aneks.pdf., data pobrania: 12.12.2012.

7. Tysiąclecia, Biblia. Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu, Pallottinum, Poznań, 2012.
8. Stoba Cz., Sroka M.: Historyczne i etyczne aspekty przemocy nad dzieckiem. Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej, 2002, 4, 245-249.
9. Wołodkiewicz W.:. Palestra Pismo Adwokatury Polskiej. http://www.palestra.pl/index.php?go=artykul&id=779 , data pobrania: 12.12.2012.
10. Kułak W.: Transkulturowa neurologia i psychiatria [w:] Problemy wielokulturowości w medycynie. Krajewska - Kułak E., Wrońska I, Kędziora - KornatowskaK. (red.), PZWl, Warszawa, 2010, 261-279.
11. Mossakowska B.: Sprawozdanie z IX Międzynarodowego Zjazdu ISPCAN Chicago 1992. Pamiętniki z III Ogólnopolskiego Spotkania - Ochrona Dzieci Przed Okrucieństwem. Łódź, 1994.
12. System Rejestracji Systemów Kodowania i Statystyki Resortowej. http://srk.csioz.gov.pl/php/index.php?_mod=hcdmod&_op=listall&id=70, data pobrania: 12.12.2012.
13. Sajkowska M.: Wykorzystywanie seksualne dzieci - teoria badania praktyka. Fundacja "Dzieci Niczyje", Warszawa, 2004.
14. Sajkowska M.: Wykorzystywanie seksualne dzieci - Ustalenia terminologiczne, skala zjawiska, oblicza problemu społecznego. Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka, 2001, 1, 5-29.
15. Szymańczak M.: Pojęcie "krzywdzenie dzieci" [w:] Jak organizować lokalny system pomocy dzieciom krzywdzonym. Sajkowska M. (red.), Fundacja "Dzieci Niczyje", Warszawa, 2002.
16. Girodet D.: Lenfant maltraite. Collection medecine enfance, addescence. Afirem, 1987, 24.
17. Caffey J.: Multiply Fractures in the Long Bones of Infats Suffering from Chronic ubdural Hematoma. Am. J. Roentgenol.Radium. Ther., 1946, 56, 163-173.
18. Silverman F.N.: The rentgen manifestations of unrecognised sceletal trauma in infants.AJR., 1953, 69, 413-436.
19. Kempe C.H., Silverman F.N., Steele B.F., Droegemueller W., Silver H.K.: . The battered-child syndrome. JAMA, 1962, 181, 17-24.
20. Sajkowska M.: Dzieci wykorzystywane seksualnie - polskie badania. Niebieska Linia. 2002, 3.

21. Hilfer C., Holgersen L.O.: Massive chylous ascites ad transected pancreas secondary to child abuse. Pediatr. Radiol., 1995, 2, 117.
22. American Academy of Pediatrics: Committee on Child Abuse and Neglect and Committee on Children with Disabilities. Assessment of maltreatment of children with disabilities. Pediatrics, 2001, 108, 508-512.
23. Margolis A.: Zespół Dziecka Maltretowanego - diagnostyka medyczna.Fundacja "Dzieci Niczyje", Warszawa, 1998.
24. Wojaczyńska-Stanek K.: Puls Medycyny. http://pulsmedycyny.pl/2578193,82185, lekarz-ma-obowiazek-prawny-zgloszenia faktu -maltretowania-dziecka, data pobrania: 12.12.2012.
25. Browne K.: The risk approach to child maltreatment. Communication IV, Padwa, 1993.
26. Kędra E., Pietras J.: Wybrane zagadnienia przemocy wobec dzieci [w:] Wybrane zagadnienia z pediatrii i opieki nad dzieckiem niepełnosprawnym, Edyta Kędra., WSM Legnica, Legnica, 2011, 9-14.
27. Marzec-Holka K.: Nie będziesz bił dziecka swego! : studium z zakresu profilaktyki społecznej. Wydawnictwo Uczelniane WSP, Bydgoszcz, 1996.
28. Sajkowska M.: Epidemiologia i charakter zjawiska krzywdzenia dzieci w statystykach i badaniach naukowych. [w:] Dziecko krzywdzone, Czyż E., Szymańczak J. (red.), Fundacja "Dzieci Niczyje", Warszawa, 1995, 25-40.
29. Mierzwińska-Lorencka, J. Karnoprawna ochrona dziecka przed wykorzystaniem seksualnym. Wolters Kluwer Polska – LEX, Warszawa 2012, 1, 25
30. Pacewicz A.: O nadużyciach seksualnych wobec dzieci. Instytut Psychologii Zdowia i Trzeźwości, Warszawa, 1992.
31. Dzieciństwo bez przemocy - Kampania Społeczna. Krzywdzenie dzieci - statystyki, wyniki badań. http://www.przemoc.com.pl/materialy2.html#t212, data pobrania: 12.12.2012.
32. Urban E.: Krzywdzenie dzieci. Ocena skali zjawiska i możliwości interwencji. Zdr. Publ., 2002, 112, 382-390.
33. Ulotka informacyjna dla dzieci. Wydawnictwa szkolne i pedagogiczne., WSIP. www.wsip.pl/content/download/ 4906/44559/file/02_ Ulotki_ informacyjne.pdf., data pobrania: 12.12.2012.
34. Padło W.: Działalność policji w zakresie zapobiegania przemocy i wykorzystywania seksualnego dzieci. Dziecko Krzywdzone, 2003, 5, 68-73.

35. Wyniki badań TNS OBOP dla Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej - ogólnopolska diagnoza zjawiska przemocy w. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej. http://www.mpips.gov.pl/przemoc-w-rodzinie/diagnoza-zjawiska-przemocy-w-rodzinie-w-polsce/, data pobrania: 12.12.2012.
36. CBOS. Raport CBOS Komunikat BS/35/2009. Przemoc i konflikty w domu. 2009, 3, 1-17.
37. Przemoc w szkole. Raport z. Szkoła bez przemocy. http://www.szkolabezprzemocy.pl /pliki/318-sbp2011-raport-glowny-calosc.pdf. , data pobrania: 12.12.2012.
38. Parnowski T.: Komentarz do artykułu pt. Oznaki złego traktowania osób starszych. Medycyna po Dyplomie. 2000, 9, 7.

Iwański Tomasz Aleksander

Rodzaje przemocy w rodzinie

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 7 SUM , Katowice

Wprowadzenie

Funkcjonująca w definicyjnym ujęciu charakterystyka zjawiska krzywdzenia, za Melibruda [1], określa przemoc w rodzinie, jako „*działanie bądź zaniechanie, dokonywane w środowisku rodziny przez jednego z jej członków względem pozostałych, której celem jest wyrządzanie szkody*". Może, za Mikołajczyk [2], przybierać formę agresji fizycznej lub werbalnej, ukierunkowanej na świadomy zamiar skrzywdzenia lub zniszczenia. Jest również swoistego rodzaju cierpieniem, zadawanym słabszej, bezbronnej ofierze, procederem moralnie złym, negowanym przez normatyw relacji i interakcji społecznych [2].

Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku [3] określa przemoc w rodzinie, jako jednorazowe lub powtarzające się umyślne działanie lub zaniechanie naruszające prawa lub dobra osób, w szczególności narażające te osoby na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia, naruszające ich godność, nietykalność cielesną, wolność, w tym seksualną, powodującą szkody na zdrowiu fizycznym lub psychicznym, a także wywołujące cierpienia i krzywdy moralne u osób dotkniętych przemocą. Z uwagi na to, iż w dostępnej literaturze [1, 4, 5, 6, 7] można spotkać wiele teorii dotyczących powstawania zjawiska przemocy, ujawnia się fakt, iż funkcjonowanie tejże problematyki w wielu dyscyplinach naukowych, nie gwarantuje spójności w koncepcji tłumaczącej jednoznacznie genezę faktora przemocy w rodzinie.

Przemoc w rodzinie charakteryzuje się określonymi formami oddziaływania wobec członków rodziny, a ofiara jest najczęściej doświadczana nie tylko jednym jej rodzajem. Zauważa się różnorodne nasilenie współistniejących w danym momencie faktorów przemocy [4].

Browne i Herbert [8] w 1999 roku sklasyfikowali rodzaje przemocy następująco:

1. Aktywne nadużycie wobec ofiary:

- przemoc fizyczna
- przemoc emocjonalna / psychiczną
- przemoc o charakterze seksualnym

2. Bierne zaniedbania:

- zaniedbanie / brak opieki medycznej
- przemoc materialna / ekonomiczna
- brak należytej opieki, prostytucja

Z uwagi na spotykaną w relacjach społecznych przemoc, wynikającą z zaniedbania, jak i przemoc ekonomiczną, formy te wymienia się często w głównej klasyfikacji wraz z fizyczną, psychiczną oraz seksualną.

Biorąc pod uwagę płaszczyznę funkcjonowania przemocy dotyczącej relacji wewnątrz rodzinnych, można wyróżnić przemoc:

- partnerską wzajemną
- wobec jednego partnera
- wobec osób starszych
- wobec niepełnosprawnych członków rodziny
- wobec dzieci [4].

Istnienie przemocy w rodzinie wiąże się ze zjawiskiem korelacji różnych sfer w perspektywie funkcjonowania społecznego jej członków [2]. Jednym z najczęściej wymienianych aspektów powyższego jest wymiar prawny. Kodeks karny, rodzinny, jak i kodeks wykroczeń, czy ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, określają proceder krzywdzenia, jako czyn zabroniony, którego popełnianie warunkuje odpowiednie sankcje [9].

Różnorodność oraz spektrum oddziaływania zjawiska przemocy wskazuje także na jej równie złożoną etiologię. Ratyński [10] wyróżnia pięć głównych źródeł przemocy w rodzinie:

- biologiczne
- psychologiczne
- czynniki środowiskowe
- alkohol
- zjawiska społeczne.

Analizując jakościowy wymiar stosowanej przemocy, za Melibruda [1], wyodrębnia się dwa główne rodzaje przemocy:

- gorącą
- chłodną

Przemoc gorąca [1, 5, 6] jest swoistego rodzaju eksplozją zachowań agresywnych. Jak opisuje zjawisko Melibruda, [1] to „*dynamiczne pękanie tamy emocji, furia, stawiana czasami u progu ekstatycznego "upajania" się aktem przemocy przez sprawcę. Charakteryzuje się*

krzykiem, agresją fizyczną, werbalną, zapoczątkowaną przez przysłowiowy drobiazg. Podstawą, w tym przypadku, inicjowania impulsu wybuchu emocji jest utrzymujący się przez pewien czas stresor, niekoniecznie związany ze środowiskiem rodzinnym. Jego oddziaływanie powoduje u sprawcy zmniejszenie zahamowania mechanizmów wewnętrznej kontroli emocji i jej epatację będącą odreagowaniem na ów stresor. Osoba krzywdząca wykorzystuje nierzadko przewagę fizyczną lub poczucie władzy psychicznej, funkcjonując w poczuciu bezkarności i przekonaniu o niemożności obrony ze strony ofiary. Adresatem tego typu zachowań przemocowych są przeważnie dzieci oraz osoby starsze" [1].

Przeciwieństwem agresywnego wybuchu jest powolne, aczkolwiek wyrafinowane, realizowanie zamierzonych celów przemocowych wobec ofiary [5, 6]. Schemat postępowania sprawcy w **przemocy chłodnej** podobny jest do zorganizowanego działania, zgodnego z wcześniej opracowanym scenariuszem. Emocje są silnie stłumione, poddane kontroli oraz imperatywne w zamierzeniach krzywdziciela. Przemoc ta wykorzystywana jest instrumentalnie i uzasadniana, jako narzędzie wychowawcze, bądź sprawiedliwy, lecz bolesny środek ingerowania w wewnętrzną płaszczyznę decyzyjności ofiar [1]. Genezą powstawania tego typu oddziaływania jest brak akceptacji deficytów psychicznych lub fizycznych u osoby krzywdzącej, których odczuwalna funkcjonalność powoduje poczucie niemocy i kierunkuje potrzebę ich zagłuszenia poprzez akt przemocy. Z uwagi na uzasadniającą postawę, bogato tłumaczącą celowość owego postępowania, sprawcy często zatracają świadomość szkodliwości postępowania wobec innych członków rodziny. Docelowo przemocą chłodną doświadczane są najczęściej dzieci oraz osoby niepełnosprawne, gdzie właśnie element wychowawczy zgodny z przyjętymi celami sprawcy stanowi główny powód eksponowania zachowań przemocowych [1].

Cechy charakteryzujące przemoc w rodzinie to [5, 6]:

- intencjonalność, którą rozumie się jako zamierzone działanie mające na celu kontrolowanie, podporządkowanie ofiary
- nierównowaga sił, zarówno fizycznych, jak i psychicznych - osoba stosująca przemoc dąży do powstania różnic wykorzystując je w intencjach przemocowych
- zadawanie cierpienia oraz bólu mające na celu osłabienie ofiary przez odebranie jej siły do samoobrony
- naruszanie praw i dóbr osobistych - będące następstwem między innymi wykorzystywania nierównowagi sił.

Mając na uwadze złożoność jakościową zjawiska oraz wspomniany wcześniej szeroki

zakres jego funkcjonowania w korelacjach społecznych, wartym zaznaczenia jest fakt cyklicznego oddziaływania przemocy w rodzinie.

Walker [11] określa trzy fazy powtarzającego się cyklu przemocowego:

- **Faza narastającego napięcia** - to okres, w którym pojawia się wyczuwalne napięcie, wiele sytuacji w relacjach rodzinnych kończy się w tej fazie kłótnią, różnorodnymi spięciami w komunikacji pomiędzy sprawcą, a ofiarą. Atmosfera wysycona jest stresem, frustracją, roszczeniowością. Ofiara stara się poprawiać wzajemne relacje z agresorem, przyjmując postawę, z początku coraz bardziej uległą kierunkującą w efekcie do bezgranicznego serwilizmu.
- **Faza wybuchu** - charakteryzuje incydent, bądź kilka zachowań agresywnych czynionych przez sprawcę wobec ofiary, mających na celu przerwanie napięcia i rozładowania negatywnych emocji. Przybiera formę kłótni, awantury często z elementami przemocy fizycznej (pobicie, pobicie z użyciem przedmiotu). Inicjacja faktu rozładowania emocji w tej fazie następuje poprzez wywołanie błahego problemu, który jest kondensatorem wybuchowego zachowania agresora. Ofiara wobec zachowania sprawcy reaguje wstrząsem emocjonalnym, najczęściej podejmując czynności mające na celu uzyskanie pomocy: wzywa policję, opuszcza dom, uruchamia działania proceduralne (rozwód, sprawa karna).
- **Faza miodowego miesiąca** - czas, w którym sprawca zmienia swoje postępowanie wobec ofiary, przeprasza, za wyrządzone krzywdy, obiecuje poprawę oraz wykazuje nierzadko bardzo emocjonalnie skruchę. Etiologia owej zmiany jest bardziej związana z obawą konfrontacji z policją, sądem, opinią wśród sąsiadów, w środowisku pracy itd. Następnie ofiara przyjmuje do wiadomości intencję poprawy, wybacza sprawcy, a po pewnym czasie swoistej fazy plateau notuje się ponowny wzrost napięcia pomiędzy sprawcą a ofiarą.

W początkach cyklu przemocy, przedstawione powyżej fazy nie charakteryzują się taką gwałtownością oraz brutalnością, jak w przypadku dłuższego okresu eksponowania zachowań przemocowych przez sprawcę [6]. Ważnym zaznaczenia jest fakt, iż w miarę progresu długości oraz jakości doznawanej przemocy, fazy miesiąca miodowego następczych cyklów są coraz krótsze oraz mniej efektywne w swoim zamierzeniu. Ofiara traci nadzieję na poprawę stosunków z oprawcą, co w większości przypadków odbiera jej siłę do jakiegokolwiek działania [5, 6].

Mechanizmy przemocy

Pranie mózgu

Mechanizm ten charakteryzuje się określonym, powtarzalnym i celowym oddziaływaniem na ofiarę, dzięki czemu zmianie ulegają jej potrzeby, przekonania a nawet uczucia i po raz pierwszy zdefiniowany w latach 50.tych XX wieku podczas wojny koreańskiej [12]. Sposób owej reedukacji wiąże się ze stosowaniem określonych metod kierunkujących zamierzoną perswazję sprawcy wobec ofiary, a przede wszystkim **poniżania, degradacji** [6]. Sprawca jest głównym, a czasem jedynym opiniotwórcą ofiary w wielu aspektach jej funkcjonowania. Wykorzystując swoją pozycje, upokarza, przedstawiając ją w karykaturalnym świetle, wyśmiewa, zaniża ocenę jej własnej wartości. Bardzo często występuje również zjawisko **izolacji**, pozwalające na odcięcie ofiary od innych źródeł uzyskiwania informacji [6]. Inwigilacja w życie prywatne, przechwytywanie poczty, czytanie, podsłuchiwanie rozmów itp. powodują, iż ofiara rezygnuje ze znajomości, nie chcąc narażać swoich znajomych oraz siebie na zaczepne ataki ze strony sprawcy. Sposób oddziaływania na ofiarę wiąże się również z doprowadzaniem jej do **wyczerpania**, w płaszczyźnie fizycznej, jak i psychicznej [6]. Praktyka realizująca tę metodę to przede wszystkim ograniczanie snu, pokarmu, dostępności do leczenia, bądź wymuszania nieakceptowanych praktyk seksualnych. Sprawca często grozi swojej ofierze, zastrasza oraz ośmiesza. Proces ten wprowadza drugą osobę w narastający **lęk oraz depresję** [6]**.** Przyczynia się również do tego brak przewidywalności reakcji sprawcy, ofiara nie wie kiedy będzie **nagradzana, a kiedy karana** za swoje zachowanie. To zauważalny brak kontroli sytuacji w oczach osoby krzywdzonej, ponadto całą siłę oraz **uwagę** koncentruje ona na sprawcy, starając się spełnić jego oczekiwania.

Syndrom wyuczonej bezradności

Jest to stan, w którym osoba krzywdzona nabiera poczucia bezradności i staje się bezbronna wobec postępowania sprawcy [11] Traci całkowicie siłę do walki, przeciwstawienia się doświadczanej przemocy. Pojawia się zauważalna pasywność w aktywności rodzinnej oraz przekonanie o braku możliwości jakiejkolwiek zmiany na lepsze. W skutek, czego ofiara zdając sobie sprawę o fakcie krzywdzenia, akceptuje je, nie podejmując żadnych kroków w celu uzyskania pomocy. Istotnym faktem jest to, iż w syndromie wyuczonej bezradności może wystąpić brak woli życia, jednakże nie jest to jednoznaczne z możliwością dokonania aktu samobójczego. Wspomniany syndromza Kluczyńska [12], odbiera ofierze tzw. “dumę i opór”, które mogłyby przyczynić się w dużej mierze do targnięcia na własne życie.

***PTSD (zespół stresu pourazowego - post traumatic stress disorder*)**

Jest, za Krukow i Lipczyńskim [13], swoistego rodzaju odmianą zaburzeń lękowych, powstałych w skutek oddziaływania traumatycznego przeżycia (w wyniku działań wojennych, tragedii losowej, wypadku drogowego, klęski żywiołowej). Osoby dotknięte tym zespołem ujawniają zaburzenia osobowościowe, nerwicowe, jak również objawy somatyczne. Po doświadczonym zdarzeniu oraz okresie latencji, który może utrzymywać się od kilku tygodniu do kilku miesięcy, pojawiają się pierwsze objawy trwające czasami kilka lat, a u chorej osoby zauważa się zanik podstawowego stanu fizycznego spokoju i komfortu. PTSD uwidacznia się w większym stopniu na skutek doznania krzywdy ze strony drugiego człowieka [6].

***STSD (wtórny zespół stresu pourazowego - secondary traumatic stress disorder*)**

Zespół ten, za Chabowski [14], towarzyszy osobom, które nie doświadczają bezpośrednio traumatycznego przeżycia, lecz są świadkami przeżywania wydarzeń przez innych. Z uwagi na funkcjonowanie zjawiska przemocy w rodzinie pomiędzy osobami dorosłymi, najczęstszym adresatem STSD mogą być dzieci obserwujące przemocowe relacje swoich opiekunów, przy czym, w opinii Cash'a [15], objawy u osób z STSD są takie same jak w przypadku PTSD.

Syndrom sztokholmski

Występuje, za Bąk-Sosnowską [16], u ofiar będących w długotrwałym związku relacji ze sprawcą, naprzemiennie doświadczających strachu przed ukaraniem oraz następczo ulgi związanej z nagrodą, ułaskawieniem, a nawet fascynacją, co prowadzi do zintensyfikowania zależności z osobą krzywdzącą. Przykładem tego zaburzenia jest reakcja przetrzymywanych zakładników banku Kreditbank przy placu Norrmalmstorg w Sztokholmie w sierpniu 1973 roku, którzy przebywając kilka dni z porywaczami, po ich złapaniu i obezwładnieniu, odmawiali współpracy z policją, broniąc sprawców tego napadu - wtedy to właśnie po raz pierwszy użyto terminu "syndromu Sztokholmskiego", a dokonał tego szwedzki kryminolog oraz psycholog Nils Bejerot [17].

Proces wiktymizacji

Przy długotrwałym doświadczaniu przemocy, osoba krzywdzona nabiera przekonania, że zasługuje na krzywdę i akceptuje siebie jako ofiarę [6]. Związane jest to z nieskutecznymi próbami wyjścia z sytuacji problemowej, nieefektywną obroną na ataki agresora, a także wtórną traumą związaną ze świadomością reakcji lub jej brakiem ze strony otoczenia [18]. Sprawca odczuwa powyższy stan u swojej ofiary, co utwierdza go w przekonaniu o skuteczności postępowania i zachęca do dalszego eksponowania

zachowań przemocowych [6].

Przemoc w środowisku dorosłych

Przemoc partnerska.

Pomiędzy osobami będącymi partnerami w związkach formalnych i nieformalnych, jak również w relacjach hetero i homoseksualnych, również istnieje wzajemna przemoc. Fakt ten nie jest tylko i wyłącznie wewnętrznym problemem danej rodziny, ale stanowi również istotny problem zdrowia publicznego. Najczęściej można spotkać się z przemocą wobec kobiet, jednakże w ostatnich latach przemoc partnerek wobec mężczyzn jest równie zauważalna.

Zgodnie z ogólną definicją przemocy, za Melibruda [1], jest to *„każde zachowanie, które powoduje powstawanie u partnera szkody fizycznej, psychicznej, seksualnej bądź ekonomicznej”*.

W opinii Makara-Studzińskiej i wsp. [19], formy jakie przyjmuje przemoc partnerska to:

1. Przemoc fizyczna
   - ciężka (pobicie, pobicie z użyciem przedmiotu, szarpanie za włosy)
   - lekka (popychanie, szczypanie)

2. Przemoc psychiczna
   - werbalna (upokarzanie, porównawczość, wyśmiewanie, wyzwiska, groźby, wulgaryzacja)
   - pozawerbalna (obraźliwe gesty, uporczywe wpatrywanie, przedrzeźnianie, nieodzywanie)

3. Przemoc seksualna
   - gwałt i inne nadużycia seksualne

4. Przemoc ekonomiczna / zaniedbanie
   - kontrolowanie wydatków
   - ograniczanie dostępu do pieniędzy
   - ograniczanie w kontaktach ze znajomymi, izolowanie
   - konfiskowanie, niszczenie prywatnych rzeczy

Przemoc wobec kobiet

W tradycji wielu kultur i grup społecznych zachowania przemocowe wobec kobiety są ściśle związane z dominacją mężczyzny, jako jej partnera w związku i spotykają się z ogólną akceptacją [19]. Mężczyzna, zajmując patriarchalne miejsce w rodzinie, korzysta ze swojego „męskiego prawa” do wymierzania kary fizycznej partnerce. Badania, za Makara-Studzińską i

wsp. [19] wskazują, iż taki wysoce kontrastowy model relacji przemocowych występuje najczęściej w krajach słabo rozwiniętych, a głównymi czynnikami predysponującymi do przemocy wobec kobiet jest między innymi: brak kompetencji społecznych u mężczyzn, umiejętności komunikacyjnych. Sprawców cechuje afektyzm oraz zaburzenia psychopatologiczne, takie jak: depresja, lęk, czy histeria. Są to jednostki antyspołeczne, o obniżonej samoocenie, agresywne, również z zaburzoną kontrolą emocjonalną. Czynnikami demograficznymi są w tym wypadku młody wiek oraz niski dochód, ponadto nadużywanie alkoholu jest jednym z głównych czynników sprawczych [2].

Badania zrealizowane metodami jakościowymi w Centrum Praw Kobiet, za Duch-Krzysztoszek [20] wskazują, że przemocy ze strony mężów/partnerów doświadczają kobiety o różnym statusie zawodowym, zarówno kobiety z wyższym wykształceniem, jak i te z podstawowym, aktywne i nieaktywne zawodowo, wykonujące niewykwalifikowane prace, jak również specjalistki w swoich dziedzinach, pracujące dorywczo i mające własne firmy, zależne ekonomicznie od mężów, a także zarabiające od nich wielokrotnie więcej.

Według Dąbkowskiej [21], przemoc wobec kobiet zaczyna się od małych gestów, słów, zachowań - z początku są one lekceważone, pomniejszane w oczach ofiar, godzące się ze swoją pasywną reakcją, interpretując to łaskawą możliwością “kupienia” sobie i dzieciom spokoju. W konsekwencji proces owej zafałszowanej akceptacji zachowań przemocowych ze strony partnera wpływa negatywnie na racjonalną ocenę sytuacji, wskutek czego ofiara traci własną moc i siłę kontrreakcji [21].

Przemoc wobec mężczyzn

Wstyd związany z krzywdzeniem przez kobietę powoduje, iż wielu mężczyzn ukrywa ów fakt [19]. Panuje również przeświadczenie, że zamysł “kobiety bijącej mężczyznę” jest niedorzeczny. Kobiety natomiast atakują swojego partnera bardzo często w obronie własnej, co z kolei skutkuje agresywną reakcją u mężczyzny, związaną z poczuciem urażonej dumy. Konflikt ma charakter instrumentalny. Czynniki związane z ryzykiem występowania przemocy wobec mężczyzn, to między innymi projekcja agresji przeniesiona z ojca, brata na obecnego partnera, jak również brak odczuwanej satysfakcji seksualnej lub problemy z autokontrolą zachowań agresywnych. Najczęstszą formą agresji kobiecej jest przemoc werbalna [19].

Przemoc wobec osób starszych

Zjawisko krzywdzenia osób w podeszłym wieku istniało w strukturach społecznych od dawna [6]. Historyczny punkt widzenia ukazuje, iż była to przede wszystkim przemoc fizyczna oraz inne towarzyszące formy krzywdzenia ze strony

członków rodziny lub osób obdarzonych zaufaniem. Ostatnie lata przyniosły większe zainteresowanie problemem krzywdzenia tej grupy. Istotnym punktem zwrotnym w ujawnieniu przemocy wobec osób starszych, jako problemu społecznego, było utworzenie Międzynarodowej Organizacji Zapobieganiu Przemocy wobec Osób Starszych (*International Network for the Prevention of Elder Abuse - INPEA*) w 1997 roku, a w 2002 roku opublikowano raport WHO zawierający między innymi opis znaczenia przemocy wobec osób starszych w perspektywie relacji pomiędzy przemocą a zdrowiem [6, 22]. Polskie badanie, przeprowadzone na zlecenie Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej przez Polską Akademię Nauk [22] wskazuje, że 11,8% Polaków izoluje starszych członków rodziny, jak również 13,2% badanych stosuje przemoc ekonomiczną wobec tej grupy. Zgodnie ze wspomnianym wcześniej raportem WHO z 2002 stwierdzono, iż zjawisko to jest przewidywalne i można podejmować przeciwko niemu działania zapobiegawcze [22].

Analiza zjawiska przemocy wobec osób starszych, za Sygit i Ossowski [23], wskazuje główne formy krzywdzenia jakimi są:

- **krzywdzenie fizyczne**, związane z zadawaniem bólu fizycznego oraz powstawaniem wszelkiego rodzaju obrażeń na skutek oddziaływania siły ze strony agresora (bicie, kopanie, szarpanie, popychanie, krępacja)
- **krzywdzenie psychiczne oraz emocjonalne**, rozumiane jako oddziaływanie na ofiarę, w wyniku, którego odczuwa ona strach przed konsekwencją relacji ze sprawcą, jak również obawę przed jego rozgniewaniem lub możliwością doświadczenia przemocy. Krzywdzenie to przyjmuje najczęściej formę werbalną, jak np.: napaści słowne, zastraszanie, groźby, ton deprecjonujący, infantylizujący odbiorcę itp. Należy również wspomnieć o formie przemocy psychicznej mającej związek z tzw. postawą paternalistyczną, kiedy opiekun narzuca swoją opiekę w sposób ingerencyjny bez zgody podopiecznego.
- **przemoc ekonomiczna**, jako bezprawne oraz niewłaściwe rozporządzanie własnością, zasobami osoby starszej, która w wyniku swoich dysfunkcji jest zmuszona obdarzyć zaufaniem własnego opiekuna. Sprawca może przyjąć pasywną formę wykorzystania ekonomicznego, wynikającą z jego dysfunkcji społecznych, niskiego poczucia wartości, frustracji związanej z pełnieniem funkcji opiekuńczej nad starszą osobą, oddziaływaniem substancji psychoaktywnych. Druga forma jest zdecydowana na działanie stricte przemocowe, postawa sprawcy charakteryzuje się agresywnością, bezwzględnością oraz chęcią kontrolowania sytuacji w celu uzyskania celu.

- **zaniedbanie**, jako działanie popełniane przez opiekuna, polegające na odmowie opieki lub niedostatecznym spełnianiu tego obowiązku albo powinności wobec osoby wymagającej takiej opieki. W niektórych przypadkach jest celowo zaniechany. Wiąże się z niedostarczaniem osobie starszej takich elementów potrzebnych do życia jak np: ubranie, pożywienie, środki higieny jak również lekarstwa.

Pavlou i Lachs [cyt. za 24] określili wskaźniki, dzięki którym można rozpoznać zaniedbanie, a wśród nich:

- odwodnienie, niedożywienie, zaniedbanie w zakresie higieny osobistej, nie dbanie o czystość łóżka
- nie zgłaszanie lub nie leczenie dysfunkcji zdrowotnych
- niebezpieczne i stwarzające ryzyko warunki mieszkaniowe
- złe warunki sanitarne
- zgłoszenie faktu zaniedbania przez osobę starszą

Spotykaną formą, tego rodzaju krzywdzenia, jest również samozaniedbanie [24]. Problem ten uwidacznia się, kiedy osoba starsza nie zapewnia sobie możliwości realizowania własnych potrzeb poprzez odmawianie przyjmowania posiłków, zakupu odzieży, stosowania zasad higieny, jak również zapewnienia podstawowego bezpieczeństwa. Stan ten objawia się najczęściej syndromem zbieractwa, hodowania dużej ilości zwierząt, pogniecionymi, brudnymi okryciami wierzchnimi, brudną skórą, często z towarzyszącą grzybicą paznokci, skołtunionymi włosami [24].

Gibbons i wsp. [25] wskazują na czynniki, które warunkują fakt pojawienia się problemu samozaniedbania:

- syndrom Capgrassa (są to urojenia związane z podejrzeniem, iż członek rodziny lub opiekun sprawujący opiekę nad starszą osobą jest zastąpiony sobowtórem, wygląda tak samo lecz w odczuciu osoby starszej jest kimś obcym)
- zaburzenia funkcji poznawczych (demencja)
- depresja (jako przygnębienie, spowolnienie ruchowe, ujawnia się niepokój jak również zaburzenia łaknienia, zaburzenia snu)
- niepełnosprawność wyuczona (gdy wieloletnie funkcjonowanie w stanie dysfunkcji prowadzi do bezradności w podejmowaniu działania)
- lęk związany z instytucjonalizacją (będący trudnością w odnalezieniu się osoby starszej w systemie organizacyjnym rozwiniętych społeczeństw, lęk przed rejestrowaniem się w przychodni, wizytą w banku itp.)

- zaburzenia w stanie funkcjonalnym (rozumiane jako dysfunkcja pomiędzy stanem fizycznym, związanym z nim stanem zdrowia a funkcjonowaniem w płaszczyźnie rodzinnej, towarzyskiej)
- dysfunkcje oraz utrata określonych zdolności. (na przykład manualnych, racjonalizowania zagrożenia)
- styl życia (gdy akceptuje się oddziaływanie czynników negatywnych, burzących zdrowy tryb życia, między innymi złe odżywianie, ograniczenie aktywności ruchowej, stosowanie używek)
- symulowanie (choroby, napadu, utraty wartościowej rzeczy)
- zaburzenia psychiczne
- uzależnienie od alkoholu
- nieumiejętność radzenia sobie z oddziaływaniem stresu.

Zaawansowany wiek osoby, jak również izolowanie się od społeczeństwa, brak wsparcia, przewlekłe choroby i cykliczne korzystanie z usług pogotowia ratunkowego, częste hospitalizacje, to typowe czynniki ryzyka wystąpienia samozaniedbania.

Przemoc wobec osób niepełnosprawnych

Jedną z możliwych przyczyn pojawiania się przemocy w rodzinie jest występująca wśród jej członków niepełnosprawność. Deficyty psychoorganiczne mogą narazić osoby niepełnosprawne na pewne formy poniżenia, nieodpowiednie traktowanie, jak również pełną ekspozycje zachowań przemocowych kierowanych ze strony sprawcy [6].

W ujęciu definicyjnym, najpełniejsze znaczenie pojęcia niepełnosprawności wprowadza Konwencja Narodów Zjednoczonych o prawach osób niepełnosprawnych z 13 grudnia 2006 rok [cyt. za 26]. Zgodnie z jej zapisem, niepełnosprawność to „*długotrwała, obniżona sprawność fizyczna, umysłowa, intelektualna i sensoryczna człowieka, która w zetknięciu z różnymi barierami może ograniczać pełne i efektywne uczestnictwo w życiu społecznym na równych zasadach z innymi obywatelami”* [26]. Polskie prawodawstwo [27] określiło niepełnosprawność, jako „*sprawność fizyczną lub umysłową, trwale lub okresowo utrudniającą, ograniczającą lub uniemożliwiającą funkcjonowanie codzienne, naukę prace oraz pełnienie ról społecznych zgodnie z normami prawnymi i zwyczajowymi”*. Powyższa treść została opublikowana w Karcie Praw Osób Niepełnosprawnych z 1997 roku, ale jako zapis niewiążący prawnie, wyraża jedynie wolę parlamentarzystów [27]. Dokument został ratyfikowany przez Polskę 6.09.2012 roku [28].

Rodzaj deficytu klasyfikuje niepełnosprawności, jako fizyczne oraz intelektualne [6].

Niepełnosprawność fizyczna związana jest z uszkodzeniem narządu ruchu, ale może być także spowodowana przewlekłymi chorobami wewnętrznych narządów organizmu. Światowa Organizacja Zdrowia [cyt. za 29] definiuje taki stan, jako *„uszkodzenia i braki w anatomicznej strukturze narządu ruchu, zaburzenia czynności motorycznych, deformację narządów ruchu”*. Ograniczeniom w takich przypadkach ulegają w przyjętej klasyfikacji kończyny górne, dolne, kręgosłup. Formą uszkodzenia narządu ruchu mogą być urazy oraz amputacje, jak również zaburzenia czynności motorycznych z powodu etiologii neurologicznej (udary mózgowe, wylewy krwi do mózgu, zmiany porażenne) i deformacje spowodowane przez wady wrodzone [29].

Niepełnosprawność intelektualna, za Zima-Parjaszewska [30], określana jest zamiennie, jako upośledzenie umysłowe, niedorozwój lub oligofreni. Są to terminy używane powszechnie w zuniwersalizowanym języku medycznym oraz rehabilitacyjnym. Współczesna literatura [6, 30] jednakże ewaluuje ten trend nazewniczy i wprowadza termin zastępczy, „niepełnosprawność intelektualna”. Główna interpretacja tegoż terminu odrzuca definiowanie dysfunkcji intelektualnej jako choroby, a przede wszystkim choroby psychicznej. Jest to ograniczenie w funkcjonowaniu intelektualnym, jak również w zachowaniu przystosowawczym płaszczyzny poznawczej oraz społecznej. Dysfunkcją charakteryzuje się tu przede wszystkim sfera percepcyjna utrudniająca uczenie się oraz rozwijanie różnych sprawności. Przyczyną tejże niepełnosprawności jest uszkodzenie lub nieprawidłowa budowa mózgu, i/lub zaniedbanie rozwoju dziecka. Rozróżnia się cztery stopnie niepełnosprawności intelektualnej - lekki, umiarkowany, znaczny oraz głęboki [30].

Osoby z deficytami są narażone na takie same formy przemocy w rodzinie, jak osoby pełnosprawne, a forma oraz jakość doznawanej przemocy związana jest z poziomem niepełnosprawności [6]. Najczęstszym problemem z jakim spotyka się ta grupa, jest naruszanie nietykalności cielesnej poprzez eksponowanie wobec nich przemocy fizycznej o różnym nasileniu. Charakter owego krzywdzenia może przybierać trwałą formę znęcania, w szczególności w stosunku do osób będących w zależności ze swoimi opiekunami [31]. Dotyczy to zarówno osób dorosłych, jak i dzieci niepełnosprawnych. Objawem tej formy krzywdzenia mogą być najczęściej te, które przyjmują formę zewnętrznych obrażeń skóry: sińce, krwiaki, obrzęki tkanek miękkich, ślady uderzeń różnymi przedmiotami, a także oparzenia. Na skórze głowy miejscem narażonym na urazy są włosy. Przetarcia, plackowate obszary łysienia oraz wylewy podskórne mogą być objawem targania lub tarcia. Spotykane są również otarcia i obrzęki okolicy nadgarstków oraz śródstopia związane z ograniczaniem swobody ruchu, powstałe w wyniku stosowania sznurów, pasów lub innych rzeczy

krępujących osobę niepełnosprawna [6].

W literaturze przedmiotu [6,30,31] podkreśla się, iż krzywdzeniu psychicznemu/emocjonalnemu ulegają w szczególności dotkliwie, osoby z deficytami intelektualnymi. Często jest to forma werbalnej deprecjacji takiej osoby, uwzględniająca stopień jej niepełnosprawności. Również sfera pozawerbalna, w postaci gestów, min, odwracania się plecami do rozmówcy, powoduje poczucie zdegradowania, wzmaga tym samym uwrażliwienie doświadczanej przemocy. Przemoc emocjonalna u osoby niepełnosprawnych powoduje lub pogłębia zaburzenia mowy, jak również ma wpływ na wystąpienie pewnych objawów somatycznych, takich jak np. bóle brzucha, głowy, moczenie oraz zanieczyszczanie się, bez etiopatologii medycznej [6]. Trudno dostrzegalne symptomy tej formy krzywdzenia to: nadmierna lękliwość, wycofanie się, pogłębiające się stany depresyjne, jak również zachowania destruktywne oraz autodestruktywne. U dzieci spotyka się nadmierne podporządkowanie dorosłym oraz kłamliwość. Nierzadko osoby takie izolują się, nie przejawiają społecznej aktywności, są przygnębione i zaniżają swoje poczucie wartości [6].

Równie często, w opinii Mrugalskiej i Zimy [33], występuje forma przemocy w płaszczyźnie zależności ekonomicznej wobec swoich opiekunów - swoistego rodzaju ubezwłasnowolnienie. Powyższe charakteryzuje się ograniczeniem lub całkowitym odseparowaniem osoby niepełnosprawnej od własnych środków pieniężnych. Dyspozycja finansów realizowana jest bez wiedzy i zgody osoby pokrzywdzonej. Nierzadko zdarzają się oszustwa, jak i kradzieże. Przez ubezwłasnowolnienie osoby, która ze względu na rodzaj deficytu, lub inne zaburzenia psychiczne, uzależnienia od środków psychotycznych i odurzających pozbawiana jest praw społecznych, często dochodzi do stygmatyzacji jednostki oraz zaburzenia świadomości poszanowania jednostki. Głównym objawem takiego nadużycia są cechy zaniedbania [6]. Osoby są niedożywione, ich ubiór jest nieadekwatny do pory roku, zniszczony, a stan higieny ciała zły. Mogą również ujawniać się nieleczone infekcje, alergie lub inwazje pasożytnicze. W literaturze przedmiotu [6, 32] często wspomina się również o fakcie wykorzystywania seksualnego osób niepełnosprawnych, a sprawcami których są osoby znane ofierze, np. członkowie rodzin, pracownicy ośrodków opiekuńczych. Należy tutaj dodać, iż ofiary nie zgłaszają tego typu przemocy, najczęściej z powodu wspomnianej już zależności ekonomicznej wobec sprawcy, a pozostający w związkach boją się odrzucenia lub odseparowania od własnego potomstwa. Efektem tego krzywdzenia są wszelkiego rodzaju uszkodzenia obszarów genitalnych oraz śluzówek ustno - gardłowych [34].

Przemoc wobec dzieci

Krzywdzenie najmłodszych również implementuje się w historii ludzkiej cywilizacji od dawna, jednakże w ostatnim czasie, mamy do czynienia ze wzrostem agresji w relacjach rodzinnych, która jest bezpośrednią przyczyną wzrostu przemocy domowej [35,36,37]. Najczęściej ofiarami tej przemocy są bezbronne dzieci, które przeżywają ból i cierpienie w różnych płaszczyznach. Analiza epidemiologiczna, jak i etiologiczna powyższego zjawiska jest bardzo trudna z uwagi na fakt, iż większość przypadków dzieci z rozpoznanym problemem krzywdzenia, nie była ewidencjonowana. Niemniej jednak w XIX wieku pojawiły się pierwsze organizacje zajmujące się ochroną dzieci krzywdzonych, jako rezultat rosnącego zainteresowania uwidaczniającym się problemem przemocy wobec dziecka, w tym w latach pięćdziesiątych dwudziestego wieku powstały pierwsze opracowania naukowe dotyczące powyższego problemu [cyt. za 38].

W Polsce, w latach osiemdziesiątych utworzono Komitet Ochrony Praw Dziecka, zajmujący się badaniem owego zjawiska, który był pierwszą tego typu organizacją w Europie Wschodniej [39].

W końcu XX wieku obserwuje się rozwój kampanii społecznych, mających na celu uświadomienie społeczeństwa o skali narastającego problemu [40,41]. W tym też okresie organizowano wiele konferencji naukowych, na których prezentowano przypadki dzieci maltretowanych oraz ewaluowano dostępną wiedzę dotyczącą genezy, jak i profilaktyki problemu oraz pomocy ofiarom. Dzięki badaniom przeprowadzonym w ostatnich latach przez Fundację „Dzieci Niczyje", możliwe było profesjonalne określenie skali zjawiska krzywdzenia w Polsce [42].

Maltretowanie dzieci jest różnie definiowane. Najczęściej jest rozumiane jako: krzywdzenie fizyczne, seksualne, psychiczne (emocjonalne) oraz zaniedbanie [7, 43, 44]. Brak jest natomiast jednolitej formy określenia tego problemu, na co zwróciła uwagę Sajkowska [45]. Pospiszyl [46] odnosi się w jego definiowaniu, do niewłaściwego zachowania innych osób (opiekunów, rodziców) w stosunku do dziecka, z powodu to którego ono cierpi. Ponadto wskazuje, iż krzywdzenia doświadcza się, gdy cierpienie, bezsilność i poczucie niesprawiedliwości pojawiają się razem. W terminologii używanej do opisu zjawiska, pojęcie „krzywdzenia dziecka" jak i „dziecka maltretowanego" jest związane z anglojęzycznymi terminami: *child abuse*, *neglected child*, *maltreated child*, *battered child* [45, 47, 48] Znaczenie powyższego tłumaczone jest jako: nadużywanie, wykorzystywanie dziecka, zaniedbywanie, krzywdzenie, złe traktowanie, maltretowanie. Definicja „*Battered Child and Child Abuse*" opracowana przez CJOMS (Zarząd Międzynarodowych Nauk

Medycznych) oraz WHO (Światową Organizację Zdrowia) w 1974 roku [cyt. za 49] mówi, że: „*… za krzywdzenie dziecka uważa się każde zamierzone lub niezamierzone działanie osoby dorosłej, społeczeństwa lub państwa, które ujemnie wpływa na rozwój fizyczny lub psychospołeczny dziecka*” .

W 1974 roku w USA [cyt. za 49] powstała również definicja bardziej szczegółowa i koncepcyjna, przedstawiająca maltretowanie jako „*krzywdzenie fizyczne lub psychiczne, wykorzystywanie seksualne, zaniedbywanie i maltretowanie dziecka poniżej 18 roku życia, stanowiące zagrożenie dla zdrowia i rozwoju dziecka przez osobę, która jest odpowiedzialna za opiekę i troskę o dziecko*”. Ukazuje ona kategoryzację czterech typów patologicznego zachowania dorosłego w stosunku do dziecka, cechujących się: krzywdzeniem fizycznym, psychicznym, wykorzystywaniem seksualnym i zaniedbywaniem. W wielu przypadkach krzywdzenia typy owych zachowań mogą się na siebie nakładać i współistnieć w wielu płaszczyznach relacji rodzinnych i środowiskowych [1].

Zespół Dziecka Maltretowanego

Medyczna klasyfikacja oraz pierwsze próby zdefiniowania zespołu dziecka maltretowanego zostały zainspirowane pracą francuskiego profesora medycyny sądowej Tardieu, który przedstawił w 1980 roku w swoim artykule, wyniki badań dotyczących medyczno - społecznych skutków maltretowania dzieci [38, 43, 44]. Następnie w 1929 roku, na XIV Kongresie Medycyny Sądowej, Parrisot i Causade przedstawili “*Raport o znęcaniu się nad dzieckiem*” [43].

Kolejny krok rozwoju zainteresowania tematyką krzywdzenia dziecka, należał do środowiska amerykańskich pediatrów i radiologów, kiedy to w 1946 roku, radiolog Caffey użył terminologii maltretowania, opisując krwiaki wewnątrzczaszkowe oraz obrażenia kości długich u dzieci, u których wspomniane urazy uznane zostały jako następstwo rozmyślnego krzywdzenia fizycznego (“*liczne złamania kości długich u niemowląt z chronicznymi krwiakami podoponowymi*”) [38, 43].

Opracowaniem stricte medycznym owego zjawiska zajął się w 1961 roku Kempe, definiując zespół dziecka maltretowanego jako „*stan kliniczny, występujący u dzieci doznających ciężkich obrażeń fizycznych zadawanych przez rodziców lub opiekunów”* [50]. Jego definicja dotyczyła jedynie urazów fizycznych w grupie dzieci do 3 roku życia. W późniejszym okresie zrozumiano jednak, iż jest to zjawisko bardziej skomplikowane w swojej formie oraz występujące także wśród innych grup wiekowych [52].

Zespół dziecka maltretowanego, to złożone zjawisko fizycznego aspektu

wykorzystania przemocy, znęcanie psychiczne lub seksualne wykorzystywanie dziecka [51, 53]. W uzupełnieniu powyższej klasyfikacji, dodać trzeba również fakt zaniedbania sfery psychofizycznej, dotyczącej opieki medycznej, bezpieczeństwa, przebiegu nauki szkolnej, stanu odżywienia dziecka jak i płodu, w związku z czym wyróżnia się [51, 53]:

- krzywdzenie fizyczne dziecka
- krzywdzenie psychiczne dziecka
- wykorzystywanie seksualne dziecka
- zaniedbywanie w płaszczyźnie bytowej oraz wychowawczej.

Krzywdzenie fizyczne, jest oparte na przemocy fizycznej stosowanej przez osobę dorosłą w stosunku do dziecka, w wyniku której dziecko doznaje obrażeń cielesnych [43, 51]. Są to sińce, oparzenia, rany, urazy głowy, urazy kończyn, urazy jamy brzusznej. Często obserwuje się różnorodność występowania wspomnianych objawów, co do ich częstości, jak i wielkości urazowej. W trakcie badania pacjenta odkrywane są cechy urazów świeżych i przestarzałych, nachodzących na siebie w procesie diagnostycznym, nierzadko wykrywane przez przypadek podczas diagnostyki innych jednostek chorobowych [43].

Fizyczne oddziaływanie na dziecko, które mieści się w wymiarze definicyjnym pojęcia krzywdzenia, to nie tylko znęcanie się, okrucieństwo i tortury, ale przede wszystkim kary fizyczne. Przemoc fizyczna występuje we wszystkich środowiskach codziennego życia dziecka, jednakże zauważono jej ekspansję w środowiskach spauperyzowanych [53].

Konsekwencją fizycznego maltretowania dzieci w wielu przypadkach jest śmierć [43]. W przypadku, gdy proces krzywdzenia jest rozłożony w czasie i nie ma tak tragicznego zakończenia, u dzieci mogą pojawić się zaburzenia psychofizyczne, takie jak upośledzenie umysłowe, zaburzenia emocjonalne oraz psychiczne. Zaburzeniom mogą również ulegać ich stosunki interpersonalne i zdolność do adaptacji w środowisku. Dziecko bite często, wykazuje postawę zależności wobec oprawcy, izolując się jednocześnie w kontaktach interpersonalnych, co może cechować się, zarówno wzrostem agresywności w stosunku do rówieśników, jak i labilnością emocjonalną w stosunku do dorosłych. Mogą pojawić się, za Kaźmierczak-Mytkowska [54] również zachowania autodestruktywne, kierunkujące postępowaniem dziecka do samouszkodzeń, a także podejmowania prób samobójczych

Badania Szubert i wsp. [55] ukazują, iż ciągłe napięcie nerwowe, stres wywoływany traumą fizyczną, jak i towarzyszący proces zaburzeń psychospołecznych, powodują nieodwracalne zmiany w układzie neurohormonalnym, cechujące się zmniejszeniem odporności dziecka w reakcjach afektywnych na czynniki środowiska zewnętrznego. Jest to

spowodowane nadmiernym wydzielaniem przez organizm kortyzolu (hormonu stresu), który wpływa negatywnie na komórki hipokampa, zaburzając jego funkcje dotyczące pamięci, koncentracji, kontroli emocji [55].

Amerykańscy naukowcy, za Pietkiewicz [56], badający bite dzieci z rumuńskich sierocińców stwierdzili, iż towarzyszące powyższemu zmiany psychofizyczne, mogą prowadzić do zakłócenia rozwoju mowy, uruchamiają nadpobudliwość i depresję.

Objawy krzywdzenia fizycznego

Ślady na skórze

Wybroczyny krwawe - najczęściej w formie sińców i wylewów podskórnych o różnym kolorycie wchłaniania [43]. Przyjmuje się, iż wiek wylewu początkuje kolor czerwony, który pojawia się do 24 godzin po urazie, następnie w okresie od 5 do 7 dni kolor zmienia się w zielony. W ciągu następnych 2 tygodni pojawia się barwa żółta, natomiast do 4 tygodni wylew brązowieje i zanika [43]. Umiejscowienie zmian pourazowych jest charakterystyczne dla nieosłoniętych rejonów ciała takich jak np. powierzchnia uda, pośladki, okolica lędźwiowa, tułów. Mogą one występować również na głowie (na częściach wypukłych), kończynach (urazy dystalnych okolic stawowych uważa się za przypadkowe, związane z aktywnością ruchową dziecka) oraz w okolicy narządów płciowych zewnętrznych. Uszkodzeniom mechanicznym mogą również ulegać śluzówki jamy ustnej [43, 57].

W grupie objawów uszkodzeń skóry powstałych z powodu wynaczynienia krwi na skutek działania siły fizycznej, wyróżnia się za Margolis [43], ślady takie jak:

- ślady ostro-brzeżne zadawane przedmiotami o ostro zakończonych krawędziach - metalowych, drewnianych
- ślady rąk spowodowane szarpaniem lub gwałtownym ściśnięciem skóry
- ślady dłoni z widoczną fakturą odbitych palców
- ślady zagardlenia z powodu duszenia rękami, sznurem.
- ślady szczypania
- ślady ugryzienia zębami
- odciski przedmiotu, którym uderzane było dziecko.

W okolicach ubogich w tkankę podskórną (skóra wokół oczodołu, skóra zewnętrznych narządów płciowych) dochodzi najczęściej do masywnych wylewów z towarzyszącym obrzękiem [43].

Oparzenia

Powstają w wyniku kontaktu gorącego przedmiotu lub płynu ze skórą dziecka.

Występują w około do 9% przypadków ofiar hospitalizowanych, jako efekt urazu nieprzypadkowego, będącego efektem gniewu, zadawanej kary [43]. Miejscem, w którym najczęściej dochodzi do oparzeń (powierzchownych lub głębokich II i III stopnia) są środowisko domowe. W przypadku niemowląt oraz dzieci do czternastego roku życia jest to jedna z najczęstszych przyczyn zgonu. Stone i wsp. [58] opracowali listę kryteriów kierunkujących podejrzenie celowości i nieprzypadkowości diagnozowanego urazu oparzennego:

- oparzenie rąk i nóg symetryczne, głębokie
- liczne wylewy i blizny w różnych stadiach gojenia
- współistnienie różnych objawów przemocy fizycznej wobec dziecka (w tym i wynikających z zaniedbania) 4. hospitalizacja z powodu urazu nieprzypadkowego w wywiadzie dot. historii chorób dziecka
- zwłoka w kontakcie z pomocą medyczną powyżej 2 godzin od oparzenia
- ślady oparzeń starsze, niż zgłaszany czas urazu
- relacje opiekunów na temat mechanizmu powstania urazu nieadekwatne do wieku dziecka i jego zdolności psychomotorycznych.
- relacja opiekunów o odnalezienia już poparzonego dziecka, bez wskazywania świadków zdarzenia
- oparzenie spowodowane przez rodzeństwo lub inne dziecko
- krewni lub znajomi przynoszą dziecko do szpitala zamiast rodziców
- zachowanie dziecka jest zbyt uległe (nie płacze przy zmianie bolesnych opatrunków, zabiegach)
- inne wypadki oparzeń w wywiadzie rodzinnym.

Zlokalizowanie zmiany oparzennej na skórze, jak również charakteru, pozwala na określenie mechanizmu jej powstania [43]. Oparzenia płynem powstają poprzez rozlanie gorącej cieczy na ciele dziecka, lub zanurzenie w niej kończyny lub większej części ciała. Przy zanurzaniu dziecka w gorącej cieczy na kończynach uwidaczniają się tzw. “skarpetkowe” lub “rękawicowe” oparzenia. W przypadkach, gdy dziecko „wierzga nogami”, na powierzchni całego ciała występują liczne rozsiane zmiany spowodowane rozbryzgiem gorącej cieczy. Oparzenia okolicy głowy, twarzy i tułowia są często przypadkowe z powodu wylania przez dziecko płynu będącego w zasięgu jego rąk, uwzględniając posiadane zdolności ruchowe, np. sięgnięcie po kubek z gorącą herbatą, kawą z poziomu wysokiego blatu [43].

Nieprzypadkowe oparzenia przedmiotami charakteryzują się głębokim śladem o nieregularnych kształtach z powodu długiego czasu ekspozycji na wysoką temperaturę [43]. Warto dodać, iż zamierzone oparzenie występuje w obszarach skóry dziecka zazwyczaj przykrytych ubraniem, co sugeruje patomechanizm maltretowania [43]. Oparzenia przypadkowe są najczęściej powierzchowne, ponieważ czas ekspozycji na gorącą powierzchnię przedmiotu trwa ułamki sekund w skutek czego kształty mają zamazane brzegi. Warto również wspomnieć o rzadko spotykanych rodzajach oparzeń głębokich, powodowanych oddziaływaniem mikrofal - notowano bowiem przypadki wkładania niemowląt do kuchenek mikrofalowych [43]. Z uwagi na rodzaj technologii, efekt oparzeń jest bardzo trudny do leczenia. Uszkodzenia są rozległe i głębokie, przeżywalność ofiar znikoma. Innym rodzajem tej sklasyfikowanej formy przemocy fizycznej są uszkodzenia powodowane przez środki chemiczne [43]. Sposób, w jaki dziecko doznaje owego oparzenia jest bardziej związany z formą zaniedbania, aniżeli świadomym aktem krzywdzenia fizycznego. Najczęściej kontakt z substancją żrącą ma miejsce poprzez ekspozycję na skórze, śluzówkach, a także w wyniku jej połknięcia [43].

Należy dodać, iż jednym z objawów fizycznych na skórze, charakterystycznych dla ofiar przemocy jest łysienie plackowate, występujące również u dzieci, jako wynik mechanicznego tarcia główką po podłożu, lub efekt długotrwałego stanu napięcia - stresu, powodowanego faktorem krzywdzenia [59, 60].

Urazy kości

Uszkodzenia kości występujące w przypadku oddziaływania krzywdzenia fizycznego są trudno rozpoznawalne u noworodków i dzieci małych, dopiero gdy pojawiają się pewne objawy złamania, diagnostyka oraz postępowanie jest ułatwione [43, 61]. W przypadku izolowanych uszkodzeń układu kostnego obiektywna diagnoza pojawia się przy dopiero przy badaniach radio-diagnostycznych: RTG, tomografii komputerowej CT *(computed tomography)* lub rezonansie magnetycznym MRI *(magnetic resonance imaging).* W literaturze przedmiotu [43, 62] wskazuje się, iż najliczniejszą grupą pacjentów, u których występowały urazy nieprzypadkowe, to dzieci poniżej 3 roku życia, w tym ponad połowę stanowiły dzieci poniżej 1 roku życia.

Czynniki, które ułatwiają diagnostykę złamań u dzieci, bez pewnych objawów uszkodzenia układu kostnego to [43]:

- największy odsetek urazów nieprzypadkowych układu kostnego dotyczy dzieci poniżej 3 roku życia.

- relacja rodziców jest niespójna z rzeczywistym obrazem urazu, zgłaszają się po dłuższym czasie od momentu zdarzenia, nie podają obiektywnych przyczyn urazu, lub nie wiedzą jak doszło do złamania.
- nie zgłoszenie wcześniejszych złamań, które występują w badaniu radiologicznym jest bezpośrednim czynnikiem ukierunkowującym do podejrzenia krzywdzenia fizycznego.

Uszkodzenia układu kostnego typowe dla urazów nieprzypadkowych u dzieci poniżej 3 roku życia, to [63]:

- złamania kości długich (piszczeli, udowej u niemowląt w szczególności)
- łopatki, żeber (efekt potrząsania),
- mostka, wyrostków kolczystych kręgów (ubytki), dystalna część
- obojczyka,
- złamania kości ramiennej, w szczególności u dzieci poniżej 3 roku życia,
- kości palców u niemowlaków, które jeszcze nie chodzą.
- spiralne złamania trzonu kości długich w pierwszym roku życia
- złamania kości czaszki o zróżnicowanym charakterze i etiologii najczęściej u dzieci poniżej 9 miesiąca życia. (kość potyliczna, skroniowe złamania złożone)
- urazy przynasadowe, a typowe cechy złamań okolicy przynasadowej, to: w obrębie przynanasady: - oderwanie, pogrubienie, kostnienie, fragmentaryzacja, oderwanie części - rączka od kubła, wpuklenie jądr; w obrębie okostnej - oddzielenie, wylewy podokostnowe, krwiak; w obrębie kości - zgrubienie kory trzonu, nowotworzenie od strony okostnowej.
- urazy nasad (oderwanie, przy urazach nasad występuje często duży obrzęk tkanek miękkich, wzrost leukocytozy powyżej 20 000/mm3 - obraz kliniczny przy podejrzeniu maltertowania uwiarygadnia się w takim przypadku jedynie dopiero po dokładnej radiodiagnostyce)
- urazy żeber (patognomiczne dla urazów nieprzypadkowych, przy zespole dziecka potrząsanego, szczególnie występujące u dzieci poniżej 1 roku życia, gdzie nawet masaż serca nie powoduje złamań w obrębie kości żeber)

Ponadto na fakt krzywdzenia fizycznego, mogą wskazywać współistniejące obrażenia, w szczególności o podobnym charakterze i różnym czasie regeneracji [43,61].

Urazy głowy

Każde uderzenie dziecka w twarz lub głowę powinno być traktowane jako obraz

krzywdzenia fizycznego. Wczesne opracowania naukowe zespołu maltretowania, za Marciński [62], podkreślają możliwość uszkodzenia układu nerwowego na skutek urazów głowy. W szczególności uwagę absorbują późniejsze objawy urazów okolicy twarzoczaszki, ujawniające się w formie zaburzeń psychicznych i innych zespołów psychoorganicznych. Przypadki z postaciami ciężkich obrażeń czaszkowych występują rzadko w praktyce klinicznej. W grupie badanych przypadków stwierdzono, iż około 80% urazów u dzieci nie ma związku z zespołem krzywdzenia fizycznego, a pozostałe 20% rozkłada się na uszkodzenia pod- i nadoponowe, z uwzględnieniem towarzyszących urazów tkanki kostnej i tkanek miękkich [43].

Konieczne jest, ażeby dzieci do 3 roku życia, trafiające do diagnostyki w przypadku urazu głowy, miały standardowo wykonywane badanie radiologiczne struktur kostnych. Nie można jednak zapominać o zagrożeniach wynikających z nadmiernej ekspozycji na promieniowanie jonizujące, o czym wspomina Marciński [63].

Uszkodzenia powstałe na skutek urazu głowy to przede wszystkim [43, 61, 63]:

- *krwiaki nadoponowe* - powstają najczęściej przy upadku dziecka głową w dół. Uszkodzone naczynia tętnicze i żylne umiejscowione pomiędzy czaszką, a oponą twardą powodują powstanie krwiaka. Nie zagrażają życiu i rzadko bywają wynikiem bezpośredniego następstwa oddziaływania przemocy fizycznej.
- *krwiaki podoponowe (podtwardówkowe)* - ujawniają się, w wyniku nie-przypadkowego oddziaływania wektora siły fizycznej na głowę dziecka. Są to jednostki zagrażające życiu, w patomechanizmie powodują narastanie nadciśnienia śródczaszkowego, obrzęk mózgu, jak i następczo zmiany malacyjne tkanki mózgowej, a przy niekorzystnym rokowaniu wgłobienie mózgu i śmierć dziecka.

Ciężkie uszkodzenia głowy spowodowane urazem nieprzypadkowym są w 80% przypadków powodem zgonu, szczególnie u niemowląt [43]. Objawami towarzyszącymi mogą być również: wypadanie włosów i łysienie, krwiaki okularowe związane z przesuwaniem się krwiaka w stronę twarzy. Wszelkie przestarzałe zasinienia na skórze, a w szczególności wokół oka, za uchem w okolicy wyrostka sutkowatego, kierunkują podejrzenie urazu głowy. U niemowlęcia w wyniku urazu może dojść do wstrząsu na skutek mechanizmu hipotensyjnego i w efekcie, niebezpiecznych zaburzeń akcji serca [64].

Urazy oka i ucha

Na skutek bezpośredniego urazu gałki ocznej może wystąpić obrzęk, jak również zwichnięcie lub wypadnięcie soczewki [65]. Pęknięcie gałki i zniszczenie jej struktury włącznie. Uszkodzenia wewnątrzgałkowe, to przede wszystkim wylewy do ciała szklistego,

pourazowe odklejenie siatkówki, uszkodzenia tęczówki (rozszczep). Typowym objawem urazu nieprzypadkowego w stosunku do niemowlęcia jest wylew krwi z tętnicy siatkówkowej, który powstaje również na skutek nagłego i mocnego ściśnięcia klatki piersiowej [65]. W przypadku uszkodzeń ucha, najczęstszym objawem charakteryzującym maltretowanie jest krwiak podchrząstkowy. Długotrwałe uderzanie dziecka w ucho może spowodować deformację małżowiny usznej, a mocne - może przyczynić się z kolei do uszkodzeń mózgu, zerwania naczyniówki oraz powstania krwiaków podoponowych, co wiąże się z bezpośrednim zagrożeniem życia dziecka [43, 62].

Urazy jamy ustnej

Cairns i wsp. [66] określili, iż najwięcej urazów nieprzypadkowych głowy zlokalizowanych było na twarzy dziecka [77%). Rzadko stwierdzano występowanie urazów wewnątrz jamy ustnej, czego przyczyny dopatrywano się w niewystarczającym stopniu wykwalifikowania personelu dokonującego oględzin pourazowych [66].

Objawy maltretowania wewnątrz ustnego, które wiążą się z oddziaływaniem przemocy to, za Borysewicz-Lewicką i Olczak-Kowalczyk [57]:

- wybroczyny, pęknięcia, zasinienia śluzówek
- rozdarcie wędzidełek (przy próbie wkładania na siłę przedmiotów do ust dziecka]
- blizny, oparzenia
- uszkodzenia zębów
- pourazowe wady zgryzu.

Forma krzywdzenia o charakterze seksualnym pozostawia swój ślad w jamie ustnej pod postacią nadkażeń bakteryjnych i infekcji wirusowych [57]. Najczęściej spotykanymi zmianami w obrębie śluzówek są infekcje wirusem HPV, objawiające się rozrostem kłykcin kończystych [57]. Spotykana jest również opryszczka genitalna *Herpes Simplex* typu 2, rzeżączka, kiła [57]. Uważa się, iż uraz tkankowy pod postacią wybroczyn krwawych, na granicy podniebienia twardego i miękkiego, związany jest z mechanicznym uszkodzeniem po kontakcie oralno- genitalnym [57]. Zaniedbanie, dotyczące braku ciągłości opieki dentystycznej, powoduje zmiany próchnicze, nawracające infekcje oraz ubytki tkankowe [57]. Problemy natury emocjonalnej, za Haduch i wsp. [67], uwidaczniają się pod postacią regresywnego ssania palca, lub objawów samookaleczeń.

Urazy jamy brzusznej

Urazy w obrębie jamy brzusznej spotyka się rzadziej w opisie typowych objawów zespołu dziecka maltretowanego [62]. Występują częściej u dzieci starszych, co jest związane

z mechanicznym działaniem wektora siły na jamę brzuszną, przyjmują znaczny odsetek fizycznego oddziaływania (kopnięcie, uderzenie, pchnięcie) i stanowią bezpośrednie zagrożenie życia u dziecka [43].

Objawy związane z urazami jamy brzusznej w zespole dziecka maltretowanego to między innymi [62]: przewlekłe bóle brzucha, objawy ostrego bólu brzucha, towarzyszące otarcia oraz zasinienia powłok skórnych.

Najczęstszymi uszkodzeniami w obrębie jamy brzusznej są pęknięcia narządów miąższowych (wątroba, śledziona, nerki), jak i pęknięcia z perforacją torebki organów takich jak: jelita, dwunastnicy, żołądka [43,61]. Spotkać można również uszkodzenia dużych naczyń tętniczych oraz żylnych, a w płucach mogą powstać odmy samoistne, jak również wylewy krwi do jamy opłucnowej [62].

Inne rodzaje fizycznego krzywdzenia dziecka

Zespół dziecka potrząsanego

Nazywany jest również zespołem szarpanego niemowlęcia (z ang.: *whiplash-shaken-infant-syndrome*) [68]. To szczególny zespół maltretowania, dotyczący przeważnie niemowląt poniżej 6 miesiąca życia, związany z narastającą frustracją osoby opiekującej się dzieckiem, na skutek płaczu dziecka i odczuciu bezradności opiekuna wobec powyższego. Problem dotyczy najczęściej rodziców młodych, których cechuje niedojrzałość emocjonalna wobec obowiązków macierzyńskich, ojcowskich. Ofiarami tej formy przemocy są również dzieci z rodzin o niskim wskaźniku pozycji społecznej, jak i materialnym. Czynnikiem ryzyka mogą być również środowiska rodzin patologicznych oraz fakt powierzania opiekunce opieki nad dzieckiem, w pierwszych miesiącach jego życia. Rodzice pozbawieni wtedy codziennego obcowania ze swoim potomkiem, w konfrontacji z płaczem, usiłują uspokoić dziecko, potrząsając nim. [68,69].

Mechanizm powstawania urazu podczas potrząsania związany jest ściśle z anatomiczną budową ciała dziecka. [62,68,69]. Proporcja wielkości głowy w stosunku do reszty ciała wskazuje, iż jest ona cięższa i trudniej stabilizowana przez aparat mięśniowy szyi. Ponadto niezrośnięte szwy ciemiączka i szwy czaszkowe umożliwiają bezwładny ruch mózgu w jamie czaszki (tzw. rozkojarzenie) przy każdym gwałtownym szarpnięciu. Potrząsanie wywołuje stłuczenie mózgu kończące się mikrowylewami do przestrzeni podoponowej, do opon oraz w przestrzeń między półkulami. Pojawiają się również wynaczynienia krwi do siatkówki oka, są one dominującym objawem występującym w przypadkach potrząsania [69]. Grożą one w późniejszym okresie postępującą retinopatią, zanikami nerwów wzrokowych, a nawet pełną ślepotą. Uszkodzeniom ulega również klatka

piersiowa. Dziecko trzymane jest mocno za żebra, które dzięki późniejszej radiodiagnostyce ukazują liczne mikropęknięcia i deformacje pourazowe [69].

Objawy zespołu potrząsania w pierwszych jego chwilach występowania, są trudne do określenia. Często nie ma zewnętrznych obrażeń, a występujące objawy neurologiczne mają charakter uogólniony (senność, drażliwość, wymioty) [62]. Przy długotrwałym występowaniu tej formy krzywdzenia, obraz kliniczny cechuje się zaognieniem objawów, szczególnie ze strony układu nerwowego - obrzęk mózgu, krwotoki śródczaszkowe, a w efekcie drgawki i utrata przytomności kończąca się zgonem [68].

W wyniku działania patologicznych sił powstałych przez mechanizm szarpania i potrząsania, odległymi skutkami tej formy krzywdzenia w układzie nerwowym, mogą być różnorodne uszkodzenia mózgu - począwszy od niedotlenienia, aż po mechaniczne uszkodzenia tkankowe, powstawanie torbielowatych zmian charakterystycznych przy rozmiękaniu mózgu, rozrosty tkanki glejowej, wodogłowie [43, 61]. Występuje również wysypka na skórze twarzy, policzkach. Zmiany mają charakter licznych czerwonych punktów. Są to mikrowylewy naczynek krwionośnych, powstałe z powodu częstych i nagłych wybuchów krzyku, lub długotrwałego płaczu. Śmiertelność dzieci potrząsanych jest wysoka. Uszkodzenia zachodzące w tkance mózgowe, powodują ciężkie upośledzenia w późniejszym rozwoju psychofizycznym. Dzieci, które przeżyły, są narażone na niedorozwój umysłowy, zaburzenia funkcjonalności wielu narządów, np. oczu (ślepota), uszu (głuchota), dysfunkcje układowe, przede wszystkim układu ruchowego: spastyka, porażenia kończynowe, układu nerwowego (padaczka) [68].

Zespół Münchausena

Zespół Münchausena (*per procura/by proxy* – w zastępstwie) jest określeniem specjalnego krzywdzenia dzieci, polegającego na przedstawianiu przez matkę całkowicie zmyślonego wywiadu, dotyczącego objawów choroby dziecka [43, 70, 71]. Matki mogą dokonywać również na dziecku czynności wywołujące symptomy chorób somatycznych (podduszanie poduszką, podtruwanie), co powoduje w konsekwencji niepotrzebną diagnostykę różnicową, długą hospitalizację i wysoko specjalistyczne leczenie dziecka. Wiek dzieci, których dotyczy wspomniane krzywdzenie, nie przekracza w większości przypadków szóstego roku życia, co spowodowane faktem, iż małe dziecko nie jest w stanie przekazać obiektywnej informacji o postępowaniu opiekuna i nie ma wystarczającej wiedzy, by odróżnić zachowania patologiczne od właściwych. Wskazuje się, za Berent i wsp. [72], iż wiekiem, w którym dochodzi do zdiagnozowania tego rodzaju krzywdzenia, jest najczęściej okres pomiędzy drugim, a trzecim rokiem życia. Sprawcą tej

formy krzywdzenia jest przeważnie matka mająca związek z paramedycznym wykształceniem. Proceder może być również związany z uzyskiwaniem przez matkę zysków związanych z roszczeniami finansowymi, jak również chęcią poprawy warunków życiowych, dostępnością do leków lub innych substancji psychoaktywnych [43, 71, 72].

Pierwszy raz szerszą informację o zespole Münchausena u dorosłych zamieszczono w 1951 roku na łamach „The Lancer" w artykule Richarda Ashera [cyt. za 71]. W 1977 roku Roy Meadown [cyt. za 70] opisał zastępczy zespół Münchausena (*Münchhausen sydrome by proxy*), dotyczący dzieci. Od tamtego czasu problem uwidocznił się znacznie w opracowaniach naukowych pediatrów, gdzie pojawiły się również inne nazwy tego zjawiska: „zatrucie nieprzypadkowe", „nieprzypadkowe duszenie" lub „chemiczne krzywdzenie dziecka", „zespół Polle" [43].

Diagnostyka zespołu wiąże się z uważną i wnikliwą analizą przedstawionych przez matkę informacji na temat etiologii schorzenia. W trakcie hospitalizacji, by udowodnić podejrzenia celowego krzywdzenia dzieci przez matki, instaluje się ukryte kamery w pokojach pobytu, ukazujące proceder np. duszenia poduszką do wystąpienia bezdechu i drgawek, lub dodawanie do posiłków substancji chemicznych, wywołujących ciężko diagnozowalne zatrucia układu pokarmowego. Wskazuje się, za Groth [71], iż sprawcami mogą być osoby, które w przeszłości były poddawane fabrykowaniu objawów choroby przez własnych opiekunów. W przypadku stwierdzenia występowania Zespołu Münchausena u jednego z potomstwa, ważnym jest diagnozowanie całego środowiska rodzinnego. Opiekunowie najczęściej przenoszą powyższy proceder na młodsze dziecka, zwłaszcza w przypadku kiedy starsze wykazuje czynny opór rodzicowi. Patogeneza tego postępowania może być również związana z brakiem akceptacji przez rodzica co do uzyskania odrębności psychospołecznej dziecka i próbą jego separacji, zawłaszczenia. To również pewna forma uprzedmiotowionej autoagresji i samookaleczenia, w przypadku kiedy matka traktuje swoje dziecko, jako część siebie [71]. Jednakże trzeba zaznaczyć, iż forma powyższej agresji nie ma charakteru gniewnego. Osoba krzywdząca jest opanowana, spokojna, zorganizowana, co w bezpośredniej konfrontacji utrudnia szybką diagnozę tegoż zespołu. Dużą rolę w diagnostyce odgrywają pielęgniarki, które dzięki wnikliwej obserwacji i trafnym rozpoznaniom potrafią odróżnić objawy chorób rzeczywistych od symulowanych [71].

Do kryteriów rozpoznawania Zespołu Munhausena zalicza się, za Groth [71] :

- występowanie symptomów bez jasnej etiologii ich pochodzenia
- choroba dziecka ma charakter nawracający i jest przewlekła

- rozkojarzenie treści wyników laboratoryjnych w konfrontacji z objawami
- opiekun relacjonuje objawy z zapałem, natarczywie i wytrwale
- opiekun sugeruje wykonywanie inwazyjnych i bolesnych zabiegów diagnostycznych, domagając się potwierdzania diagnoz, ponadto zaprzecza posiadania wiedzy na temat przyczyn choroby dziecka
- z uwagi na znajomość procedur medycznych, opiekun nie odstępuje dziecka, nawet w sytuacjach, kiedy zazwyczaj taka obecność nie jest konieczna
- przy pogorszeniu się stanu zdrowia dziecka, opiekun zachowuje spokój i opanowanie
- słabnięcie lub cofanie się objawów choroby, gdy opiekuna nie ma w obecności dziecka
- jeśli opiekun orientuje się, że jest wysuwane wobec niego podejrzenie maltretowania, zabiera dziecko i nawiązuje kontakt z innym ośrodkiem leczniczym.

Pomimo konieczności diagnozowania pacjentów, u których podejrzewa się Zespół Münchausena, rodzą się kontrowersje dotyczące etyki zabiegów, naruszających prywatność pacjentów, a krótka historia badawcza problemu ukazywała wielokrotnie negatywne skutki przedwczesnych i niewłaściwych rozpoznań tej formy krzywdzenia [71].

Topienie dziecka

Forma krzywdzenia polegająca na świadomym podtapianiu dziecka, szczególnie w trakcie kąpieli, uwidoczniona w grupie wiekowej dzieci w wieku od 8 do 24 miesiąca [43]. Czynniki ryzyka związane są przede wszystkim z sytuacją psychospołeczną matki, a częstym powodem takiego postępowania z dzieckiem jest depresja rodzica lub wynik zaniedbania [43].

Zatrucia solą (nieprzypadkowe)

Można wyróżnić dwa rodzaje hipernatremii związanej ze świadomym krzywdzeniem dziecka [43]. Pierwsza jest związana z podawaniem w pokarmach lub per rectum dużych ilości soli, co zwiększa poziom sodu w organizmie. W konsekwencji powoduje to reakcje ze strony organizmu, takie jak wymioty, biegunka, bezpośrednio wpływające na proces odwodnienia. Przy objawach ze strony układu pokarmowego mogą się również pojawić objawy z ośrodkowego układu nerwowego, jako współistniejące przy odwodnieniu: zamroczenie, śpiączka, wzmożenie odruchowe, drgawki. Drugim sposobem hipernatremizacji organizmu jest odwodnienie przez niepodawanie płynów [43].

Aspiracja przypraw kuchennych i ekspozycja na substancje narkotyczne

W historii krzywdzenia wyróżnić można również tak wyrafinowane sposoby znęcania się nad dzieckiem, jak podawanie do górnych dróg oddechowych przypraw kuchennych pod

postacią kulek [43]. Najczęstszą przyprawą jest pieprz, który może powodować niedrożność aparatu oddechowego i śmierć dziecka na skutek niedotlenienia. Do definicji krzywdzenia fizycznego zostały także włączone narkotyki, podawanie niemowlętom, jak i starszym dzieciom i pośrednio lub bezpośrednio wpływające krzywdząco na dziecko. W literaturze przedmiotu sugeruje się [43], iż biorąc pod uwagę status społeczny rodziców dziecka, przy niejasnych objawach w zachowaniu dziecka, powinno winno wykonać się test na obecność substancji odurzających w moczu, krwi.

Przemoc seksualna wobec dziecka

Temat związany z przemocą o charakterze seksualnym wobec dziecka stale wyzwala szeroką dyskusję na wielu płaszczyznach. Pomimo iż nie jest to zjawisko nowe, to w ostatnich latach, dzięki stopniowemu poszerzaniu akceptacji społecznej natury ludzkiej seksualności, występuje swoistego rodzaju detabuizacja owego problemu, rozumiana bardziej jako umiejętność otwartego definiowania, ukazywania oraz rzetelnej oceny procederu, aniżeli poszerzanie zakresu jego normy [73]. Biorąc pod uwagę uwarunkowania prawne i obyczajowe, trudno jest jednak określić sztywne normy mówiące o poprawności w kontaktach seksualnych z dziećmi. Jednocześnie istnieje trudność w uniwersalizowanym definiowaniu problemu, a funkcjonujące określenia to: nadużycie seksualne, wykorzystanie seksualne, molestowanie seksualne, pedofilia - w stosowanej angielskojęzycznej terminologii: *child sexual abuse*, *child sexual molesting, pedophilia* [45].

W rozumieniu pojęć „molestowania, wykorzystania i nadużycia", kontakt z dzieckiem o charakterze seksualnym jest skoncentrowany na relacji bezpośredniej. Termin „pedofilia" określa uogólnione zachowania i działania mające na celu zaspokojenie potrzeb seksualnych. Można wyróżnić relację nieznajomego z dzieckiem, która ma przeważnie charakter epizodyczny, jak również relacje powtarzające się, najczęściej spotykane w rodzinie, które noszą miano relacji kazirodczych [53].

Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization WHO*) [cyt. za 45] "*wykorzystywanie seksualne dziecka to włączanie w aktywność seksualną, której nie jest ono w stanie zrozumieć i udzielić na nią świadomej zgody i/lub nie jest dojrzałe rozwojowo i nie może zgodzić się w ważny prawnie sposób i/lub która jest niezgodna z normami prawnymi lub obyczajowymi danego społeczeństwa. Z wykorzystaniem seksualnym mamy do czynienia, gdy taka aktywność wystąpi między dzieckiem a dorosłym, lub dzieckiem a innym dzieckiem, jeśli te osoby ze względu na wiek lub stopień pokrewieństwa pozostają w relacji opieki, zależności, władzy. Celem takiej aktywności jest zaspokojenie potrzeb innej osoby*."

Obszary funkcjonowania aktywności przemocy seksualnej to za Sajkowską [45] przede wszystkim:

- namawianie lub zmuszanie dziecka do angażowania się w prawnie zabronione czynności seksualne
- wykorzystywanie dziecka do prostytucji lub innych prawnie zakazanych praktyk o charakterze seksualnym
- wykorzystywanie dziecka do produkcji materiałów lub przedstawień o charakterze pornograficznym.

W Wielkiej Brytanii, Komitet do spraw Dzieci Wykorzystywanych Seksualnie (*Standing Committe on Sexually Abused Children - SCSAC*) [45, 74] przyjął, iż za dziecko seksualnie wykorzystywane uznać można „*każdą jednostkę w wieku bezwzględnej ochrony, jeśli osoba dojrzała seksualnie, czy to przez świadome działanie, czy też przez zaniedbywanie swoich społecznych obowiązków lub obowiązków wynikających ze specyficznej odpowiedzialności za dziecko, dopuszcza się zaangażowania dziecka w jakąkolwiek aktywność natury seksualnej, której intencją jest zaspokojenie osoby dorosłej*".

Natomiast w USA, według federalnej Ustawy na temat Profilaktyki i Przeciwdziałania Krzywdzeniu Dzieci - CAPTA (*Child Abuse Prevention and Treatment Act*) [45], wykorzystywanie seksualne dziecka to „*niewłaściwe zachowania seksualne z udziałem dziecka, takie jak: dotykanie genitaliów dziecka i doprowadzanie do dotykania przez dziecko genitaliów innej osoby, stosunek seksualny z dzieckiem, kazirodztwo, gwałt, sodomia, ekshibicjonizm i komercyjna eksploatacja dziecka"*. Zachowania takie uznawane są za wykorzystywanie seksualne dziecka jedynie wtedy, gdy sprawcą jest osoba odpowiedzialna za opiekę nad dzieckiem bądź spokrewniona z dzieckiem.

Przyjmuje się, za Serwin i wsp. [75], iż skala wykorzystywania seksualnego dzieci dotyczy 10%-20% dziecięcej populacji. Najczęściej sprawcami wykorzystywania są członkowie rodzin i akt taki dokonywany jest wielokrotnie. W wielu przypadkach sprawca jest znany dziecku i rodzinie. Nierzadko obserwuje się również przyzwolenie członków rodziny, na świadome kontakty o charakterze seksualnym ich potomstwa ze sprawcą. Przyczyny kierujące takim zachowaniem mogą być związane ze statusem ekonomicznym, jak i obyczajowością danej rodziny, grupy społecznej. Charakterystyka ofiar związana jest z płcią - szacuje się, za Kowalczyk [76], że co najmniej trzy razy więcej przypadków nadużyć seksualnych dotyka dziewczęta. W ostatnich latach obserwuje się tendencję ewidencjonowania takich nadużyć również w grupie chłopców. Istotnym jest fakt mówiący o tym, że czynności tych dopuszcza się więcej mężczyzn w porównaniu z kobietami. Dodać

trzeba, iż nadużycia seksualne wobec chłopców łączą się najczęściej z aktem przemocy fizycznej [76].

Dzięki prawnym ustaleniom wielu krajów, określono minimalny wiek przyzwolenia, powyżej którego kontakty seksualne dziecka nie spotykają się z żadną lub prawną konsekwencją [45]. Dla tychże krajów, uwzględniając kulturowe i społeczne tradycje, jest to różna bariera. W wielu krajach Europy w tym i w Polsce, minimalny wiek dla dziecka do dozwolonych kontaktów o charakterze seksualnym, to ukończone 15 lat [45]. Hiszpania jest krajem, w którym określono najniższy próg – 12 lat, a w Rumunii - to 14 lat tylko w przypadku stosunków waginalnych z dziewczynką, inne nie spotykają się z koniecznością prawnego przyzwolenia. Ukraina i Litwa wprowadziły pojęcie indywidualnej dojrzałości seksualnej, którą określają specjaliści w przypadku podejrzenia wykorzystania seksualnego dziecka [45]. W krajach Ameryki Północnej wiek przyzwolenia określany jest przeważnie w granicach 12-16 roku życia. Ameryka Łacińska wprowadziła bariery pomiędzy 14, a 18 rokiem życia. Filipiny podobnie jak Hiszpania określiły wiek przyzwolenia na 12 lat. Tajlandia wprowadziła barierę 13 roku życia [45].

Różnorodność przedstawionych definicji, związana jest z wpływem grup społecznych opracowujących określenie owego zjawiska, nie rozbudowują one jednak w sposób obiektywny ram znaczeniowych problemu. Jakakolwiek aktywność o charakterze seksualnym w stosunku do dziecka jest traktowana jako wykorzystanie, lub jak wskazuje Strzelecka [77] „*Niezależnie od tego, którym z tych pojęć się posłużymy, za każdym ukryta jest krzywda dziecka – ofiary przemocy*". Nie uwzględnia się kryteriów związanych ze sferą przyzwolenia obyczajowego, których prawo nie zabrania. Przy ogólnym opracowaniu definicji wykorzystywania seksualnego dziecka, istnieje ubogość dotycząca uznania przejawów seksualności u dzieci. W opinii Filar [78], nie są np. rozpatrywane ich potrzeby rozwojowe oraz konsekwencje związane z zamykaniem seksualności w sztywne ramy tworzonych definicji.

W określaniu relacji między dorosłym a dzieckiem, mających na celu seksualne zaspokojenie ze strony dorosłego, wyróżnia się relacje o charakterze kontaktu fizycznego, werbalnego, pozawerbalnego [73].

Kontakty fizyczne, polegające na pobudzeniu intymnych części ciała są to za Lew-Starowicz [73]:

- dotykanie (świadome pobudzanie) intymnych części ciała dziecka
- całowanie (świadome pobudzanie) intymnych części ciała dziecka

- ocieractwo (świadomie pobudzające aktywność seksualną dziecka) - kontakty oralno-genitalne, stosunki udowe, penetracja seksualna (oralno-genitalna).

Kontakty werbalne [45,73] polegają na rozmowach o treści seksualnej mające na celu aktywizację seksualności dziecka, wzbudzeniu w nim zainteresowania:

- ekspozycja anatomii i czynności seksualnej z aktywnym włączeniem dziecka do wzajemnego oglądania, towarzyszenia przy masturbacji
- podglądactwo przy czynnościach biologiczno-higienicznych: kąpieli, mikcji, defekacji

Kontakty pozawerbalne ukierunkowują się nie tylko na proceder komercyjnego wykorzystywania dzieci (np. dziecięca pornografia, czyli utrwalanie wizerunku dziecka dla realizacji potrzeb seksualnych dorosłego), ale również obejmują natręctwo gestykulacji, zachowań o charakterze seksualnym [45].

Ukazane powyżej relacje mogą się ze sobą łączyć zarówno formą, jak i treścią, a objawy nadużycia seksualnego wobec dziecka dotykać zarówno sfery fizycznej, jak i psychicznej. Oznaki na ciele zanikają najczęściej do 48 godzin po zdarzeniu, mogą być również nieobecne, w przypadku kiedy nie towarzyszyła im ukierunkowana przemoc. Objawy ostre, wymagające interwencji medycznej to [75, 79]:

- urazy zewnętrznych i wewnętrznych narządów płciowych
- krwiaki podskórne, podśluzówkowe
- otarcia, zadrapania
- urazy okolicy odbytu (hemoroidy, pęknięcia odbytu, uraz odbytu, utknięcie ciała obcego)
- urazy w obrębie jamy ustnej
- infekcje wirusowe, bakteryjne, grzybicze, odparazytalne, choroby przenoszone drogą płciową (STD *sexually transmitted disease*) takie jak: LGV, *Cryptosporidia*, *Lambliosis*, HIV, HPV, HSV typ 2, HBV, HCV, *Isospora belli*, *Microsporidia*, *Gonorrhoea*, *Syphilis*.

Pewnym objawem w diagnostyce maltretowania, jest obecność nasienia na skórze, ciąża, jak również wspomniane wcześniej zakażenia patogenami STD (*Sexually Transmitted Disease* - chorób przenoszonych drogą płciową), przy wcześniejszym wykluczeniu autoinokulowania oraz innych dróg infekcji [75, 80].

Sfera psychiczna dziecka ujawnia określone symptomy związane z faktem wykorzystywania seksualnego, co prezentuje czterostopniowa klasyfikacja objawów [cyt. za 80]:

- bezpośrednia komunikacja (uwolnienie emocji i przeżyć - dziecko opowiada o fakcie krzywdzenia)
- pośrednia komunikacja (pojawiające się lęki, napięcia, dziecko podejmuje zabawy o charakterze erotycznym, reaguje nietypowo na bodźce seksualne)
- objawy urazowe ostre (objawy psychosomatyczne: moczenie nocne, zaburzenia snu, bóle brzucha, głowy, zaburzenia koncentracji, problemy z nauką, labilność emocjonalna)
- objawy chronicznego stresu (samookaleczenia, próby samobójcze, zachowania aspołeczne np. prostytucja).

Nie można zapomnieć również o zaburzeniach osobowościowych dziecka krzywdzonego seksualnie, o których wspomniał Hańbowski [81]. Związane są one z występowaniem "Kompleksu Edypa", polegającego na zmianie relacji wewnątrz rodzinnej, zachodzącej po kontakcie seksualnym z jednym z opiekunów, w której pojawia się destabilizacja kontaktów z drugim opiekunem. Impulsywność przeżyć sfery cielesnej deprecjonuje go i stawia w opinii dziecka jako surowego rywala. Fakt ten ukazuje utratę wiarygodnego punktu odniesienia, co do zasobu, jakim jest rodzina. Negacja ta może również przekładać się na ocenę jakości komunikacji z daną płcią w relacjach społecznych bliższych oraz dalszych [81].

Zaniedbanie

Potrzeby fizyczne dziecka (zapewnienie odpowiedniego stanu odżywienia, higieny, a także ubioru dopasowanego do pory roku i stanu zdrowia) uwidaczniane w procesie opieki, powinny być realizowane przez osobę sprawującą nad nim pieczę [82,83]. Obraz zaniedbania stanowi również niedopełnienie obowiązku edukacji, jak i niezapewnianie dziecku warunków do zdobywania wiedzy. Obuchowska [cyt. za 46] określa zaniedbanie, jako podporządkowanie dziecka niekorzystnym dla niego warunkom, klasyfikując je jako przemoc wobec wymagań jego rozwoju. Natomiast Sajkowska i Fluderska [49] utożsamiają zaniedbanie, po części, z krzywdzeniem psychicznym.

Zaniedbanie może być spowodowane brakiem wiedzy rodziców, złym stanem socjalno-bytowym, jak również brakiem doświadczenia w sprawowaniu opieki [51]. Zaniedbane dzieci można również spotkać w rodzinach dobrze sytuowanych, inteligenckich, gdzie rodzice zajęci są pracą, kariera zawodową i brak czasu definiuje wspomniane zachowania przemocowe [51].

Obiektywne ujmując, precyzowanie skali oddziaływania tej formy krzywdzenia jest

trudne, biorąc pod uwagę brak zorganizowanego przepływu informacji pomiędzy organami mogącymi monitorować w sposób ciągły skalę problemu. Niewątpliwie najczęściej do zdiagnozowania zespołu maltretowania w ujęciu zaniedbania, będzie dochodziło w ośrodkach opieki zdrowotnej, rzadziej w szkołach, czy przedszkolach, co związane jest z obniżeniem odporności dziecka zaniedbanego, a może mieć również wpływ na zwiększenie wskaźnika śmiertelności wśród pacjentów tej grupy maltretowania.

Do uwidocznienia formy zaniedbania, którą jest brak zapewnienia należytej opieki medycznej dziecku, dochodzi także w warunkach opieki szpitalnej lub ambulatoryjnej. Opiekunowie wówczas nie dopełniają zaleceń lekarskich, pielęgniarskich (np. pacjenci chorzy przewlekle, wymagający okresowych wizyt kontrolnych, jak w przypadku leczenia cukrzycy, alergii). Mogą też występować zaniedbania dietetyczne charakteryzujące się brakiem suplementacji substancji odżywczych oraz budulcowych, odpowiednich do wieku dziecka.

Natomiast według Sajkowskiej [45], 7.2% przebadanych dzieci z reprezentatywnej przez nią grupy szóstoklasistów, potwierdziło pozostawianie ich bez opieki oraz brak kontroli i zainteresowania nimi ze strony opiekunów.

Badania Niedzielskiego i wsp. [84] przeprowadzone w 2005 roku w Górnośląskim Centrum Zdrowia Dziecka w Katowicach, analizujące przypadki pacjentów, u których zdiagnozowano zespół dziecka maltretowanego ukazały, iż zaniedbanie jest główną przyczyną hospitalizacji dziecka (52,1%), zwłaszcza w grupie pacjentów poniżej 1 roku życia (33,3%).

Przemoc emocjonalna

W środowiskach funkcjonowania dziecka, zauważyć można tendencję do eksponowania zachowań przemocowych, przyjmujących formę werbalną. Nie zawsze są kierowane świadomie, niemniej jednak charakter ich oddziaływania na psychikę dziecka jest równie niszczący.

Sobkowska [85] określa przemoc psychiczną, jako rozmyślne niszczenie lub znaczące obniżanie możliwości prawidłowego rozwoju dziecka, poczynając od wyzwisk, do emocjonalnego odrzucenia, a także stawianie dziecku nadmiernych wymagań, przy jednoczesnym braku uwzględnienia jego możliwości rozwojowych. Negatywne przeżycia powodowane są również przez dokuczanie dziecku bez użycia narzędzi. Ukierunkowane słowa emocjonalnie krzywdzące, niosą za sobą afektywną agresję, dotyczą obraźliwych porównań, deprecjonują i depersonalizują dziecko w ustach sprawcy. W opinii Trochy [86], mogą być również wulgarnym, jak i emocjonalnym elementem, parafrazującym niepowodzenie dziecka oraz zachowaniem naruszającym godność dziecka poprzez jego

poniżanie wyszydzanie lub straszenie.

Brągiel [87] wyróżnia cztery typy rodziców maltretujących dziecko emocjonalnie:

- rodzice ośmieszający dziecko lub wyśmiewający się z niego
- oskarżający lub znieważający obelgami
- mający nierealne oczekiwania względem dziecka
- rywalizujący (mówiący rzeczy niemiłe, aby podważyć kompetencje dziecka i jego dojrzałość).

Powyższą klasyfikację, za Brzozowską [51] można rozwinąć o bardziej wysublimowane typy zachowań takie jak:

- całkowite lub okresowe odrzucenie dziecka, kiedy to opiekun przestaje wykazywać zainteresowanie realizacją potrzeb swojego podopiecznego. Odsunięcie funkcjonuje przede wszystkim w płaszczyźnie psychicznej, gdzie opiekun przestaje okazywać dziecku wartość jak i kierunkuje postawę braku wsparcia w sytuacjach dla dziecka trudnych
- zjawisko izolacji - uniemożliwienie wychowankowi prawidłowego procesu kształtowania relacji społecznych, poprzez wpływanie destruktywnie na znajomości przez niego nawiązywane. Dziecko przyjmuje wtedy pasywną formę w kontaktach z rówieśnikami i osobami starszymi, zawierzając swoje oczekiwania społeczne izolującemu go opiekunowi. U dziecka umacnia się samotność i poczucie braku w jego środowisku osób mu życzliwych. Ta forma współistnieje często w korelacji z krzywdzeniem o charakterze seksualnym.
- terror - ma na celu upokorzenie dziecka przy użyciu technik porównawczych oraz prześmiewczych, a następnie wymuszenie na dziecku ściśle określonego zachowania. Wychowanek nastraja się wrogo do środowiska, w którym się znajduje, ponadto system zachowań dziecka, w efekcie, w dużej mierze dyktowany jest przez oczekiwania sprawcy. W patokontaktach uwidacznia się również ignorancja wobec potrzeb podopiecznego, jak i pozbawianie dziecka naturalnej stymulacji poprzez wsparcie. Wynikiem tego, osobowość dziecka usztywnia się. Następuje autoizolacja emocjonalna oraz intelektualna.
- korupcja - przyjmująca różne formy w płaszczyźnie psychicznej oraz fizycznej, mająca na celu wzmacnianie pożądanych zachowań dziecka, poprzez stymulowanie określonym czynnikiem (gratyfikacja rzeczowa, obietnica, pochwały). Prowadzi nierzadko do zachowań nieaprobowanych przez ogólnie przyjęte normy społeczne,

wręcz degeneracyjnych. Stosunki dziecka ze środowiskiem charakteryzują pogłębiające się konflikty. Uwidaczniają się postawy afektywne, występuje izolacja i zachowania agresywne.

- nadopiekuńczość rodziców wobec dziecka, objawiająca się nadmiernym kontrolowaniem, wnikającym w sferę prywatności wychowanka. Mechanizm ten powoduje odczucie osaczenia, zwiększa poczucie winy jak również wywołuje presję lojalności. Tacy rodzice wykonują za dziecko większość czynności dnia codziennego, które powinno wykonywać samodzielnie. Postępowanie to prowadzi do następczych ograniczeń rozwojowych w sferze psychosomatycznej, a także utratę indywidualnych zdolności do przystosowywania oraz uczenia się.

W tym miejscu należy podkreślić, iż nadmierne oczekiwania wobec dziecka, to krzywdzenie dotykające jego możliwości intelektualno-motorycznych, co może współistnieć z przemocą fizyczną, gdy nie zostaje zaspokojony niski poziom określonych potrzeb opiekunów

W opinii Herman [88] efekty krzywdzenia emocjonalnego uwidaczniają się już w trakcie maltretowania dziecka. Również w późniejszym okresie dorastania, dorosłości, scheda traumatycznych przeżyć eksponuje zachowania przemocowe ofiary. Doświadczenia te często są tłumione i w sytuacjach kryzysowych eksplodują na innych członków w środowisku własnej rodziny lub najbliższego otoczenia. Narastająca frustracja powoduje chęć rozładowania napięcia za pomocą używek (alkoholizm, narkomania), ale i również może mieć wpływ na występowanie zaburzeń psychicznych objawiających się różnego rodzaju dewiacjami [51].

U dziecka w efekcie krzywdzenia emocjonalnego mogą występować zaburzenia mowy (jąkanie, niedopowiadanie końcówek wyrazów, ściszanie głosu podczas wypowiedzi), ale także zaburzenia snu, psychoruchowe pobudzenie, niekontrolowane skurcze mięśni [89].

Zdaniem Krawczyk [90] objawy psychosomatyczne ułatwiające różnicowanie tej formy przemocy, w fazie diagnostyki medycznej to: drżenia, tiki nerwowe, zaburzenia gastryczne, biegunka, uporczywe bóle i zawroty głowy, bóle żołądkowe, bóle mięśni, potliwość oraz nietrzymanie kału i moczu.

Często pojawia się również ssanie kciuka lub charakterystyczne kołysanie, jako objaw “choroby sierocej” [51]. Dzieci krzywdzone w emocjonalny sposób wykazują również postawę nadopiekuńczą wobec małych dzieci. Ponadto stan psychiczny dziecka wypełnia obawa i lęk przed porażką, brak pewności siebie w wykonywanym działaniu. Dziecko nie akceptuje swojej osoby, posiada zaniżoną samoocenę. Krańcowym objawem zaburzeń

psychospołecznych w wyniku krzywdzenia emocjonalnego są nerwice, rozwój depresji oraz towarzyszące temu ucieczki z domu, narastające problemy szkolne. Ofiary podejmują próbę przerwania narastającego napięcia emocjonalnego dokonując samookaleczenia, jak i prób samobójczych [51].

Piśmiennictwo

1. Melibruda J.: Poradniki - Eksperci radzą. Niebieska Linia. http://www.niebieskalinia.pl/przewodnik_ustawa/poradnik_-_eksperci_radza/01. Jerzy_Mellibruda.pdf. , data pobrania: 11.09.2012.
2. Mikołajczak M.: Publikacje edukacyjne. http://www.publikacje.edu.pl/publikacje.php?nr=6241, data pobrania: 11.09.2012.
3. Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie. Internetowy System Aktów Prawnych. http://isap.sejm.gov.pl/ DetailsServlet?id= WDU2005 1801493, data pobrania: 11.09.2012.
4. Romańska A., Mroczek B., Karakiewicz B.: Przemoc w rodzinie jako istotny problem medycyny rodzinnej. Fam. Med. Primary Care Rev., 2008, 10, 641-647.
5. Michalska K., Jaszczak-Kuźmińska D.: Przemoc w rodzinie. Parpamedia, Warszawa, 2007.
6. Iwański, T.: Przemoc w rodzinie wobec osób starszych i niepełnosprawnych. [w:] Przemoc w rodzinie wobec osób starszych i niepełnosprawnych - poradnik dla pracowników pierwszego kontaktu, Michalska K., Jaszczak-Kuźmińska D. (red.). Parpamedia, Warszawa, 2010, 125-132.
7. Piekarska A.: Dziecko Krzywdzone. http://www.dziecinstwobezprzemocy.pl/repository/edukacyjne/kw3_Piekarska_A.pdf. , data pobrania: 11.09.2012.
8. Browne K., Herbert M.: Zapobieganie przemocy w rodzinie. Tłum. M. Babiuch. WSIP, Warszawa, 1999.
9. Polanowski J.: Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie. Prawo i praktyka. Parpamedia, Warszawa, 2008.
10. Ratyński W.: Problemy i dylematy polityki społecznej w Polsce. Tom 1. Centrum Doradztwa i Inforamcji Difin Sp. z o.o., Warszawa, 2003.
11. Walker L.E.: The Battered Woman Syndrome, Third Edition. Springer Publishing Company, New York, 2009.
12. Kluczyńska S.: Teoria wyuczonej bezradności. Niebieska Linia, 1999, 5.
13. Krukow P., Lipczyński A.: Psychiatria.pl. http://www.psychiatria.pl/txt/a,3694,0,

zespol-stresu-pourazowego-charakterystyka-psychologiczna-i-neuropsychologiczna #.UL0oQoP8KDs, data pobrania: 11.09.2012.

14. Chabowski M.: psychologia-spoleczna.pl. http://www.psychologia-spoleczna.pl/aktualnosci-czytelnia-58/141-ratownicy-i-pracownicy-spoleczni-narazeni-na-ptsd.html., data pobrania: 11.09.2012.
15. Cash A.: Psychologia dla bystrzaków. Helion, Gliwice, 2007.
16. Bąk - Sosnowska M.: Psychosomatyka.net. Przemoc domowa. http://psychosomatyka.net/artczytaj.php?id=11, data pobrania: 11.09.2012.
17. Stockholm Syndrome. McGraw-Hill Concise Dictionary of Modern Medicine. http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/Stockholm+Syndrome, data pobrania: 11.09.2012.
18. Bobrowicz M.: Geneza, istota i rola w przekształcaniu polityki traktowania ofiar przestępstw [w:] Wiktymizacja wtórna, Geneza, istota i rola w przekształcaniu polityki traktowania ofiar przestępstw. Mazowiecka L. (red.), Wolters Kluwer business, Warszawa, 2012.
19. Makara-Studzińska M., Grzywa A., Turek R.: Przemoc w związkach między kobietą a mężczyzną. Post. Psychiat. Neurol., 2005, 14, 131-136.
20. Duch-Krzystoszek D.: Komentarz do artykułu Małgorzaty Dąbkowskiej. Alkoh. i Narkom., 2009, 22, 21-28.
21. Dąbkowska M.: Zaburzenia stresowe pourazowe jako wynik przemocy ze strony partnera. Alkohol. i Narkom, 2009, 22, 11-28.
22. Preven Elder Abuse. http://www.preventelderabuse.eu/doc/284.pdf., data pobrania: 11.09.2012.
23. Sygit E., Ossowski R.: Przemoc wobec osób starszych ze względu na ich wiek, płeć i wykształcenie. Gerontol. Pol., 2008, 16, 163-168.
24. Tobiasz-Adamczyk B., Florek M. i wsp.: Zaniedbywanie i samozaniedbywanie wśród osób starszych w opinii pracowników socjalnych i medycznych. Gerontol. Pol., 2008, 16, 169-179.
25. Gibbons S., Lauder W., Ludwick R.: Self-Neglect: A Proposed New NANDA Diagnosis v17(1) 10-18. Wiley Online Library. http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-618X.2006.00018.x/abstract., data pobrania: 11.09.2012.
26. Rzecznik Praw Obywatelskich. http://www.rpo.gov.pl/ index.php?md=8962., data pobrania: 11.09.2012.
27. Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r. - Karta Praw Osób

Niepełnosprawnych. Internetowy System Aktów Prawnych. http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WMP19970500475., data pobrania: 11.09.2012.

28. MPiPS. Ratyfikacja Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych przez Polskę. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej. http://www.mpips.gov.pl/spoleczne-prawa-czlowieka/konwencja-o-prawach-osob-niepelnosprawnych/ratyfikacja-konwencji-o-prawach-osob-niepelnosprawnych-przez-polske/, data pobrania: 11.09.2012.
29. Rogala A.: Osoba z niepełnosprawnością ruchową. ABCD edukacji włączającej. http://www.abcd.edu.pl/index.php/component/content/article/83-osoba-z-niepenosprawnoci- ruchow., data pobrania: 11.09.2012.
30. Zima-Parjaszewska M. Niepełnosprawność intelektualna jako przesłanka dyskryminacji. Towarzystwo Edukacji Antydyskryminacyjnej. http://www.tea.org.pl/userfiles/file/Seminaria/Niepelnosprawnosc_%20Intelektualna_MZima_TEA.pdf. , data pobrania: 11.09.2012.
31. Staręga A.: Przemoc wobec osób niepełnosprawnych. Niebieska Linia. 2003, 4.
32. Kane J.: Program Daphne Przemoc a niepełnosprawmość. Bruksela : Komisja Europejska DG ds. Sprawiedliwości, Wolności i Bezpieczeństwa, 2008.
33. Mrugalska K., Zima M.: Doświadczanie przemocy przez osoby niepełnosprawne. Biuletyn RPO Konferencja naukowa "Przeciw przemocy w rodzinie. Ręce są do przytulania", Warszawa, 2010, 97-112.
34. Jarząbek G., Kapczuk K., Pawlaczyk M., Wachowiak-Ochmańska K., Sowińska-Przepiera E., Friebe Zb.: Ofiary przemocy seksualnej - problem ginekologii wieku rozwojowego. Ginekol. Prakt., 2005, 84, 58-62.
35. Skalbmierska A.: Hipotetyczne przyczyny agresji i przemocy wśród młodzieży. http://www.profesor.pl/mat/pd1/pd1_skalbmierska_030307_1.pdf, data pobrania: 11.09.2012.
36. Skoczylas P., Żebrowski M.: Ocena stopnia narażenia dzieci i młodzsieży na agresję w szkole w środowisku wielkomiejskim. Probl. Hig. Epidemiol. 2009, 9, 191-194.
37. Mazur J., Woynarowska B., Kołolo H., Malkowska A.: Przemoc wśród młodzsieży w wieku 11-15 lat a nadużywanie alkoholu i wybrane uwarunkowania psychospołeczne. Alkohol. i Narkom., 2005, 18, 9-23.
38. Stoba Cz., Sroka M.: Historyczne i etyczne aspekty przemocy nad dzieckiem. Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej, 2002, 4, 245-249.
39. Komitet Ochrony Praw Dziecka. http://www.kopd.pl/, data pobrania: 11.09.2012.
40. Kampanie społeczne. Fundacja Dzieci Niczyje. http://fdn.pl/kampanie-spoleczne , data

pobrania: 11.09.2012.

41. PARPA. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, 2012. http://www.parpa.pl/,, data pobrania: 11.09.2012.
42. Badania. Fundacja Dzieci Niczyje. http://fdn.pl/badania, data pobrania: 11.09.2012.
43. Margolis A.: Zespół Dziecka Maltretowanego - diagnostyka medyczna.Fundacja "Dzieci Niczyje", Warszawa, 1998.
44. Urban E.: Krzywdzenie dzieci. Ocena skali zjawiska i możliwości interwencji. Zdr. Pub., 2002, 112, 382-390.
45. Sajkowska M.: Wykorzystywanie seksualne dzieci - Ustalenia terminologiczne, skala zjawiska, oblicza problemu społecznego. Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka, 2001, 1, 5-29.
46. Pospiszyl I.: Przemoc w rodzinie. WSZiP, Warszawa, 1998.
47. Mossakowska B.: Sprawozdanie z IX Międzynarodowego Zjazdu ISPCAN Chicago 1992. Pamiętniki z III Ogólnopolskiego Spotkania - Ochrona Dzieci Przed Okrucieństwem. Łódź, 1994.
48. Szymańczak J.: Przemoc w rodzinie Zarys problematyki. Kancelaria Sejmu Biuro Studiów i Ekspertyz, Warszawa, 2000.
49. Sajkowska M., Fluderska G.: Problem krzywdzenia dzieci. FDN, Warszawa, 2001.
50. Kempe C. H., Silverman F.N., Steele B.F., Droegemueller W., Silver H.K.: . The battered-child syndrome. JAMA, 1962, 181, 17-24.
51. Brzozowska A.: Krzywdzenie dziecka - fizyczne i emocjonalne. Psychiatria. 2007, 5, 464-468.
52. PARPA. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, 2012. http://www.parpa.pl/, data pobrania 30 listopad 2012.
53. Urban E.: Krzywdzenie dzieci. Ocena skali zjawiska i możliwości interwencji. Zdr. Publi., 2002, 112, 382-390.
54. Kaźmierczak-Mytkowska A.: Funkcje adaptacyjne samookaleczeń i parasamobójstw młodzieży z doświadczeniami przemocy w rodzinie. http://cldim. zgora.pl/uploads/download/funkcje_samookaleczen.pdf data pobrania: 2 wrzesień 2012.
55. Szubert S., Florkowski A., Bobińska K.: Wpływ stresu na zmiany plastyczności mózgu i rozwój wybranych zaburzeń psychicznych. Pol.Merk.Lek. 24, 2008, 162-165.
56. Pietkiewicz B.: Raport dla dorosłych o skutkach bicia dzieci. Polityka. 2005, 3, 3-10.
57. Borysewicz-Lewicka M., Olczak-Kowalczyk D.: Zespół dziecka maltretowanego w

aspekcie stomatologicznym. Czas.Stomatol., 2009, 62, 859-886.

58. Stone N.H., Rinaldo L., Humphrey C. R.: Child abuse by burning. Surg. Clin. North Am., 1970, 50, 1419-1424.
59. Dziecko Krzywdzone. Pedagog Szkolny. http://pedagogszkolny.pl/articles. php?article_id=76 , data pobrania: 11.09.2012.
60. Wojtyna E., Dosiak M.: Łysienie plackowate, jako przejaw nieuświadomionej traumy: opis przypadku. Post. Psych. Neurol., 2007, 21, 57-59.
61. Sirotnak A., Grigsby T., Krugman R.: Przemoc fizyczna wobec dzieci. Pediatria po dyplomie. 2006, 10, 42-58.
62. Marciński A.: Urazy nieprzypadkowe u dzieci - symptomatologia zespołu dziecka krzywdzonego. Standardy medyczne/Pediatria, 2009, 6, 639-650.
63. Marciński A.: Radiologia - postępy w pediatrii w roku 2001. Med. Prakt., 2002, 2, 146-149.
64. Dattaro A.: Urazy/urazy u dzieci. [w:] Medycyna ratunkowa. Seria Podręczników Medycznych do Egzaminów Testowych (NMS), Wipfler E.J., Jakubaszko J., Plantz S.H. (red.), ElsevierUrban & Partner, Wrocław, 2008, 17, 658-663.
65. Grałek M., Kocyla-Kaczmarewicz B.: Objawy oczne w zespole dziecka maltretowanego. Okulistyka, 2003, 6, 16-18.
66. Cairns A.M., Mok J.Y., Welbury R.: Injures to the head, face, mouth and neck in physicaly abused children in community setting. Int. J. Paediatr. Dent., 2005, 15, 310-318.
67. Haduch I., Sysa-Jędrzejowska A., Zalewska-Janowska A.: Zmiany skórne powstające w wyniku samouszkodzeń. Dermatol. Klin., 2006, 8, 288-290.
68. Lachowska M., Frącka B.: Zespół dziecka potrząsanego. Pediatria. 2003, 78, 755-758.
69. Grałek M., Kocyla-Kaczmarewicz B.: Zespół dziecka potrząsanego. Okulistyka, 2010, 13, 93-95.
70. Janas-Kozik M., Albert J., Kresimon E., Stokowacka-Zakzrewska M., Wawrzyniak K.: Choroba somatyczna czy zespół Munchausena z przeniesienia? Choroba matki czy dziecka? Kontrowersje diagnostyczne. Przegl. Lek., 2007, 64, 71-75.
71. Groth J.: Zespół Munchausena per procura. Pielęg. Pol. 2007, 4, 285-290.
72. Berent D., Florkowski A., Gałecki P.: Przeniesiony zespół Munchausena. Psychiat. Pol., 2010, 44, 245-254.
73. Lew-Starowicz Z.: Przemoc seksualna. Medycyna po dyplomie. 2004, 13, 61-66.
74. Skrzypulec V., Rozmus-Warcholińska W., Kowalczyk R., Walaszek A., Piela B.:

Algorytm postępowania w przypadku podejrzenia nadużycia seksualnego u dziecka. Standardy Medyczne. 2004, 12, 1318-1325.

75. Serwin A.B., Dziużycka M., Myśliwiec H., Chodynicka B.: Zakażenia przenoszone drogą płciową u dzieci wykorzystywanych seksualnie. Med. Wiek.Rozw.2003, 7, 359-368.
76. Kowalczyk R.: Seksualność dzieci i młodzieży. Norma a patologia. Klin. Pediat., 2010, 18, 5121-5124.
77. Strzelecka J.: Mroczna strona seksualności - sprawcy przmocy seksualnej wobec dzieci. Charakterystyka i etiologia sprawstwa w świetle teorii i badań. [w:] Tabu seksuologii. Jodko A. (red.), Academica, Warszawa, 2008, 57-70.
78. Filar M.: Wykorzystywanie seksualne dzieci. Fundacja Dzieci Niczyje. [Online] 2002. http://fdn.pl/sites/default/files/file/,data pobrania: 17 wrzesień 2012.
79. Zieliński T., Sirko I., Poręba R.: Nadużycia seksualne u dzieci. Ginekol. Parkt. 2003, 4, 19-22.
80. Skrzypulec V., Kowlaczyk R., Walaszek A.. i wsp.: Nadużycia seksualne wobec nieletnich - współpraca lekarza i psychologa. Ginekol. Prakt., 2005, 84, 53-57.
81. Hańbowski W.: Kompleks Edypa w przypadku nadużycia seksualnego. Psychiatr. Pol., 2000, 34, 89-98.
82. Szymańczak J.: Przemoc w rodzinie Zarys problematyki. Kancelaria Sejmu Biuro Studiów i Ekspertyz, Warszawa, 2000.
83. Brągiel J.: Zrozumieć dziecko skrzywdzone, Uniwersytet Opolski, Opole, 1996.
84. Niedzielski A., Hemeniuk E., Iwański T., Czochra T.,[w:] Selected problems of disabled child development. Bogucka-Kocka A., Kocki J. (red.), Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Lublin, 2009, 255-263.
85. Sobkowska A.: Przemoc wobec dziecka w rodzinie. Edukacja i Dialog. 1999, 8, 61-66.
86. Trocha O.: Przemoc psychiczna wobec dziecka - apekty prawne. Dziecko krzywdzone,, 2011, 37, 4.
87. Brągiel J.: Zagadnienia przemocy wobec dziecka w rodzinie. [w:] Pedagogika rodziny., Kawula S., Brągiel J., Janke A.M., Wyd. Amam Marszałek, Toruń, 2005.
88. Herman J. L.: Przemoc uraz psychiczny i powrót do równowagi. GWP, Gdańsk, 2000.
89. Zaburzenia emocjonalne dzieci i młodzieży. http://warszawa.pcts.pl/arts/data pobrania data pobrania : 11.09.2012.
90. Krawczyk E.: Zaburzenia emocjonalne i agresywne. Serwis Pomocy Dziecku. http:// pomocdziecku.um.warszawa.pl/index.php?wiad=96, data pobrania: 11.09.2012.

Iwański Tomasz Aleksander

Skutki przemocy w rodzinie - wybrane aspekty

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 7 SUM, Katowice

Przemoc jest zjawiskiem, którego oddziaływanie ma znaczący wpływ na odbiór szerokiego spektrum negatywnych doświadczeń i związanych z tym korelacji, pojawiających się w wielu płaszczyznach funkcjonowania człowieka [1]. Konsekwencje owych doświadczeń mogą się ujawniać w bezpośredniej formie symptomów zaburzeń zdrowotnych. Począwszy od uwidocznionych objawów pourazowych (zranienia, oparzenia, złamania), po trudno diagnozowalne urazy wewnątrz-narządowe, zaburzenia układowe, funkcjonalne, a nawet śmierć [2]. Doświadczanie krzywdzenia może mieć również wpływ na ryzyko występowania chorób o podłożu psychosomatycznym i pojawiają się wówczas zaburzenia emocjonalne, złe samopoczucie, stany depresyjne, jak również ujawniają się choroby psychiczne [3]. U dzieci mogą wystąpić gorsze wyniki w nauce, nieposłuszeństwo, labilność emocjonalna, niespokojny sen, a także związane z doznaną przemocą dolegliwości fizyczne, np.: bóle głowy, objawy dyspeptyczne, moczenie nocne [2,4,5]. Ponadto stwierdzono, iż u dzieci wzrastających w rodzinach przemocowych może się wykształcić zespół DDA (Dorosłe Dziecko Alkoholika), nie związane bezpośrednio z nadużywaniem alkoholu przez członków rodziny.

W Polsce, za Gąsior [6], zaznacza się również ową charakterystykę zaburzeń przemocowych skrótem DDD (Dorosłe Dziecko rodziny Dysfunkcyjnej).

Zgodnie z klasyfikacją WHO z 2002 roku [cyt. za 7], wyróżniamy poniższe konsekwencje zdrowotne pojawiające się w wyniku oddziaływania przemocy:

Konsekwencje fizyczne [7]:

- rany brzucha i piersi
- siniaki i pręgi
- skaleczenia i otarcia
- uszkodzenia oczu
- syndromy chronicznego bólu
- inwalidztwo

- fibromialgia (zespół bólowy w układzie ruchu o podłożu psychogennym)
- złamania
- zaburzenia dyspeptyczne
- zespół jelita drażliwego
- obniżenie funkcjonalności fizycznej

Konsekwencje w sferze seksualnej i reprodukcyjnej [7]:

- zaburzenia ginekologiczne
- niepłodność
- zapalenie miednicy
- komplikacje w okresie ciąży/poronienie
- dysfunkcje seksualne
- choroby przenoszone drogą płciową
- zagrożenia związane z ryzykowną aborcja
- niechciana ciąża

Konsekwencje psychologiczne i związane z zachowaniem [7]:

- nadużywanie substancji psychoaktywnych
- depresja i niepokój
- zaburzenia jedzenia i snu
- poczucie wstydu i winy
- fobie, zaburzenia paniczne
- brak aktywności fizycznej
- niskie poczucie własnej wartości
- PTSD (*Post-Traumatic Stress Disorder*)
- zaburzenia psychosomatyczne
- palenie
- zachowania samobójcze i samouszkodzenia
- ryzykowne zachowania seksualne

Konsekwencje zdrowotne kończące się śmiercią [7]:

- śmiertelność związana z AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*)
- śmiertelność związana z ciążą
- zabójstwo
- samobójstwo

Biorąc pod uwagę konsekwencje dotykające psychofizycznego rozwoju dziecka, uwidaczniają się następujące objawy [4]:

- zachowania agresywne i autodestrukcyjne (samookaleczanie, parasamobójstwa, samobójstwa)
- zachowania opozycyjno - buntownicze wobec opiekunów, innych osób dorosłych oraz rówieśników.
- zaburzenia koncentracji
- zaburzenia regulacji uczuć, impulsywność
- niebezpieczne i nietypowe wzorce przywiązania
- zaburzone relacje rówieśnicze (postawa unikająca lub agresywna)
- pogorszenie wyników w nauce
- zaburzenia depresyjne
- objawy psychosomatyczne
- zaburzenia konwersyjne
- PTSD.

Funkcjonowanie dziecka w przewlekłym stresie powoduje za Pawlaczyk [8] nadmierną aktywność osi podwzgórza - przysadki - nadnerczy i pobudzenia układu katecholaminowego. Stan ten może mieć zatem wpływ na obumieranie neuronów i opóźnianie mielinizacji komórek nerwowych co objawia się zaburzeniami mowy, a powodem tego są trudności w wykonywaniu szybkich i precyzyjnych ruchów w mięśniach artykulacyjnych. W opinii Murawiec [9], oddziaływanie długotrwałego napięcia stresopochodnego wpływa na szereg negatywnych zmian neurobiologicznych.

Dziecko krzywdzone rozwija się z reguły gorzej, niż swoi rówieśnicy. Niedożywienie, brak odpowiedniej opieki lekarskiej, pielęgnacji, może bowiem istotnie hamować prawidłowy rozwój oraz prowadzić do upośledzenia czynności życiowych. Poza **zaburzeniami rozwoju biologicznego**, obserwuje się również **zaburzenia w rozwoju mechanizmów poznawczych** [10]. Funkcjonowanie przemocy w życiu młodego człowieka powoduje, iż analizatory zmysłowe mające zapewniać prawidłowy odbiór bodźców zewnętrznych wykazują niesprawność w swoim działaniu. Przekłada się to na trudności w wykorzystywaniu przez organizm wrodzonych predyspozycji poznawczych. Hamowanie przestrzeni do działania poprzez świadome zakazy lub brak zauważalnego zainteresowania dorosłych osiągnięciami dziecka, wpływa na wytworzenie obszaru utraconego rozwoju. Elementem destruującym może być również częsta demotywacja, jak również niesprzyjająca atmosfera wychowawcza.

Konsekwencją doświadczanej przez dziecko przemocy, są także **zaburzenia rozwoju emocjonalnego** [10]. Brak możliwości reagowania na czynniki przemocowe, blokowanie emocji oraz doświadczanie poczucia bezsilności powodują, iż dziecko popada w skrajne wycofanie lub przeciwstawne, często agresywne przekraczanie granic normatywnych - życia "na krawędzi". Zaburzona jest funkcja oceny, jak i kontroli zależności pomiędzy własnym zachowaniem, a skutkami postępowania. W dalszym rozwoju dysfunkcja ta prowadzi do zespołu wyuczonej bezradności. Najbardziej istotną dysfunkcją z punktu widzenia długofalowych skutków w relacjach środowiskowych i rodzinnych życia dziecka, jest zaburzenie rozwoju społecznego. Wzorce odziedziczone przez dzieci pochodzące z rodzin patologicznych, powielają się w ich przyszłych relacjach społecznych w rozumieniu procesu socjalizacji i tworzenia więzi. Analizy, za Śledzianowskim [11], wykazują iż dużą rolę w zjawisku przestępczości odgrywa niekorzystna relacja z rodzicami, obecność problemu alkoholowego, błędy wychowawcze oraz negatywna atmosfera w środowisku rodzinnym. Interesującym jest fakt, iż sprawcami przestępstw indywidualnych są osoby, które rozwijały się w niekorzystnych warunkach, natomiast przestępstw grupowych dopuszczają się osoby krzywdzone w przeszłości częściej przez matkę. W opinii Herman [1], podczas procesu wychowawczego zachodzącego w rodzinie przemocowej, u dziecka tworzy się zafałszowany model rozumienia ról społecznych, co skutkuje nieprawidłowymi wzorcami komunikowania się oraz brakiem umiejętności rozwiązywania problemów w sytuacjach kryzysowych.

Dąbkowska [3] uważa, iż wynikiem oddziaływania przemocy są również następstwa definiowane jako zaburzenia psychiatryczne. U ofiary, W wyniku działania silnego stresora, może pojawić się **ostra reakcja na stres** określana, jako przemijające zaburzenie o znacznym nasileniu, które rozwija się jako reakcja na wyjątkowy stres fizyczny lub psychiczny u osoby nie przejawiającej wcześniej żadnego zaburzenia psychicznego. Za czynniki sprzyjające występowaniu powyższego zaburzenia, uważa się: faktory organiczne związane z podeszłym wiekiem, stan wyczerpania organizmu lub niski próg wrażliwości osoby jak również dysfunkcje obronnych mechanizmów radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych [3]. Reakcją charakteryzującą powyższe zaburzenie jest tzw. zawężenie pola świadomości, które cechuje się zaburzeniami orientacji, odbioru oraz interpretacji bodźców, częściową lub całkowitą amnezją. Ofiara w mechanizmie zawężenia może ulec reakcji zamarcia, lub odwrotnie, wykazywać nadmierną aktywność. Warto wspomnieć również o możliwości wystąpienia reakcji **fugi dysocjacyjnej,** polegającej na powstaniu nagłej i głębokiej niepamięci wstecznej z jednoczesnym imperatywem podróżowania do określonego, czasami odległego celu. Osoba z takim zaburzeniem zapomina kim jest, nie pamięta swojej przeszłości, dba jednakże o

podstawowe potrzeby, komunikuje się ze środowiskiem. Symptomem lęku w ostrej reakcji na stres są objawy autonomiczne: przyspieszenie akcji serca, pocenie się oraz zaczerwienienie skóry, które zazwyczaj mijają do kilku godzin [3].

Kolejnym z objawów jest **zaburzenie adaptacyjne** [3], czyli reakcja na zmiany zachodzące w relacjach rodzinnych, których występowanie modyfikuje plany życiowe. Wymagają one określonej adaptacji do nowych, często utrudnionych warunków życiowych lub zmienionej relacji z drugą osobą. Owy stan powoduje trudności w funkcjonowaniu społecznym, działaniu jednostki na skutek zaburzeń w sferze emocjonalnej [3].

Doznane urazy mogą również usposabiać do występowania wspomnianego już wcześniej zespołu stresu pourazowego PTSD [12]. W chwili przywołującej wspomnienie traumatycznego zdarzenia z przeszłości, pojawiają się objawy intensyfikujące strach i wzmagające bezradność. Osoba w okresie ujawnienia PTSD nękana jest przez uporczywe i przykre sny, wyobrażenia, natrętne myśli, przywołujące traumę. Do najczęściej występujących zaburzeń, powodujących regres w sferze doświadczonej przemocy, za Hajdo [12] zalicza się zakres objawów dotyczacych płaszczyzny psychicznej, jak i fizycznej - iluzje, halucynacje, reminiscencje dysocjacyjne. Na skutek owych mechanizmów dochodzi do fizjologicznej reaktywności - zmiany zachowania oraz wzrostu wrażliwości w płaszczyźnie relacji, związanego bardziej z działaniem obronnego mechanizmu zawężenia. Jest to swoista ochrona przed doznawaną burzą uczuć i emocji, jednakże pomimo niej, tłumienie objawów jeszcze bardziej pogłębia wstrząs pourazowy. Następuje bowiem zawężenie świadomości i izolacja społeczna i osoba krzywdzona wycofuje się z kontaktów z innymi ludźmi. Zauważalną zmianą w zachowaniu osoby z PTSD jest również anestezja emocjonalna [12].

W przypadku przeświadczenia o braku możliwości zmiany aktualnej sytuacji życiowej, przy współudziale mechanizmów deprecjonujących oraz przemocowych ze strony oprawcy, u ofiary może pojawić się **fobia społeczna [13].** Pod pojęciem tym rozumie się obawę przed oceną płynącą z otaczającego środowiska osoby krzywdzonej. Osoba taka pozostaje na uboczu, unika konfrontacji z grupą, jak i jakiejkolwiek ekspozycji na pełnienie uwidocznionej roli w grupie. Powyższemu stanowi towarzyszą często objawy wegetatywno - somatyczne zwane pierwotnymi objawami lękowymi, ujawniające się nagłą potrzebą mikcji lub defekacji, nudnościami i obawą przed wymiotami, drżeniem kończyn, zaczerwienieniem skóry, które jeszcze bardziej nasilają poczucie dyskomfortu i wzmagają strach, uniemożliwiając swobodny kontakt i relacje społeczne [13]. Konsekwencją owego zaburzenia jest znaczny stopień upośledzenia funkcjonowania w społeczeństwie, a co z tym związane, obniżenie jakości życia. Ponadto u ofiar przemocy w wyniku jej

oddziaływania, psychiatrzy, za Płocką - Lewandowską [14], definiują **skłonność do zaburzeń somatyzacyjnych.** Pod tym pojęciem rozumie się zespoły zaburzeń różnoobjawowych, kierunkujących przeświadczenie o potrzebie uzyskania pomocy wśród różnych specjalistów. Objawy takie często nakładają się na siebie, lecz w toku diagnostyki medycznej nie potwierdzają somatycznych dysfunkcji organizmu. Najczęstszymi objawami charakteryzującymi takie zaburzenia to, za Brzozowska [4]:

- bóle (kończynowe, migrenowe, odkręgosłupowe)
- objawy skórne (świąd, wysypki)
- objawy w klatce piersiowej (dolegliwości stenokardialne, trudności w oddychaniu)
- objawy w jamie brzusznej (dolegliwości dyspeptyczne, częste defekacje, zespół jelita drażliwego)
- objawy układu moczowo - płciowego (częste mikcje, zaburzenia funkcji seksualnych).

Dąbkowska [3] podkreśla, iż w wyniku oddziaływania różnych form przemocy, w zachowaniu ofiary pojawiają się reakcje określane mianem mechanizmów obronnych układu nerwowego, będące psychogennymi zaburzeniami dysocjacyjnymi, których występowanie jest związane z funkcjonowaniem jednostki w sytuacji zbyt trudnej, nierozwiązywalnej, cechującej przemocowe relacje w środowisku domowym. W przypadku silnych objawów dysocjacyjnych, zachodzące zmiany osobowościowe mogą mylnie sprowadzać diagnostykę psychiatryczną w kierunku wskazywania u pacjenta występowania zaburzeń schizofrenicznych.

Klasyfikuje się, za Dąbkowska [3], następujące rodzaje zaburzeń dysocjacyjnych: osłupienie dysocjacyjne (stupor), fugę dysocjacyjną, amnezję dysocjacyjną, trans i otępienie, osobowość mnogą, przejściowe zaburzenia dysocjacyjne - konwersyjne (dawniej histeria) oraz zaburzenia dysocjacyjne - konwersyjne nieokreślone.

W opinii Jarząbek i Grętkiewicz-Tomczyk [15], konsekwencjami doświadczania przemocy seksualnej we wczesnej fazie objawowej są symptomy fizyczne, a w późniejszym okresie - również zaburzenia psychosomatyczne oraz psychiczne. W zależności od charakteru krzywdzenia pierwsze dysfunkcje objawiają się około drugiego, trzeciego tygodnia po zdarzeniu. Mogą to być: bierność, chęć izolowania się, zaburzenia snu - pojawiające się lęki i koszmary nocne, nagły atak depresji, fobie, zaburzenia seksualne. Badania Lew-Starowicza [16] wskazują, iż w okresie 2 lat od epizodu gwałtu, u prawie połowy kobiet ujawniają się zaburzenia nerwicowe, lęk przed ponownym zgwałceniem, a także inne zaburzenia emocjonalne, a u dziecka natomiast, we wczesnej fazie objawowej,

poza obiektywnymi objawami fizycznymi pojawiają się również objawy behawioralne. Poprzez formę, którą przybierają, mogą stać się, za Jarząbek i Gretkiewicz-Tomczyk [15] czynnikiem katalizującym traumatyczny efekt doznanej przemocy, takim jak np.:

- nadmierna erotyzacja dziecka, inicjująca zachowania prowokacyjne i uwodzicielskie wobec rówieśników i/lub osób dorosłych.
- malowanie rysunków z erotycznymi treściami, mające w przypadku dziecka charakter odtwórczy
- podejmowanie zabaw erotycznych
- agresja seksualna wczesna lub nasilona
- nieadekwatne do wieku słownictwo, określające sferę seksualną
- masturbacja, nieadekwatna do fazy rozwoju psychoseksualnego
- regresja emocjonalna objawiająca się ssaniem kciuka
- moczenie nocne
- stosowanie używek - narkotyków, alkoholu
- zaburzenia relacji z rówieśnikami
- prostytuowanie się
- zaburzenia łaknienia (bulimia, anoreksja).

Dziecko może przejawiać również zaburzenia w sferze psycho-emocjonalnej [17]. W szczególności związane jest to z relacjami w grupie rówieśniczej. Pojawiają się lęki związane z kontaktem z ludźmi, nocne koszmary, narasta poczucie winy, alienacja i niska samoocena. Na skutek nawarstwienia się napięcia emocjonalnego, dziecko może podejmować czyny autoagresywne, samookaleczając się, bądź popełniając próbę samobójczą. Odległe skutki wykorzystywania o charakterze seksualnym wiążą się z ofiarą na całe jej życie. Jarząbek [15] wspomina tu o tzw. osobowości wielokrotnej, objawiającej się wahaniami nastrojów, brakiem akceptacji własnego ciała, podejmowaniem ryzykownych oraz poniżających praktyk seksualnych wobec siebie i innych osób. Płaszczyzna kontaktów seksualnych jest spłycona jedynie do przedmiotowego zmniejszania napięcia seksualnego, bez angażowania sfery uczuciowej. Lew-Starowicz [18] podaje, iż występuje zależność pomiędzy doświadczeniem pedofilnym w dzieciństwie, a napaścią i gwałtem w dorosłym życiu kobiety. W opinii Jarząbek i Gretkiewicz-Tomczyk [15] wynika to z faktu, iż ofiara przemocy seksualnej podejmuje przez całe życie ryzykowne i prowokujące zachowania seksualne, a ponadto swoją postawą umożliwia sprawcy wyczucie swoistej podatności na atak.

Za jedno z głównych źródeł przemocy w rodzinie uważany jest także alkohol [19].

Jego oddziaływanie na rodzinę oraz przyszłe życie jej członków jest znaczące. Funkcjonowanie w środowisku, w którym nadużywany jest alkohol jest specyficzne, a wszelkie reguły, które cechują zdrową rodzinę transformują się w patologiczne relacje. Dziecko wzrasta w poczuciu braku zaufania wobec członków swojej rodziny, osób obcych. Według Skrzypczyk [20] - w kręgu trzech zasad „nie": „nie ufać", „nie mówić" (powodująca, iż dzieci nie podejmują rozmowy dotyczącej problemu alkoholowego występującego w rodzinie) i „nie odczuwać" (mechanizm tej „rady" pozbawia konieczności wnikania we własne emocje). Bardzo często dziecko oszukuje się, że doświadczana przemoc nie powoduje w nim negatywnych odczuć. Zafałszowuje się obraz odczuwania wewnętrznej rzeczywistości, co stanowi podwalinę zaburzeń w przyszłym funkcjonowaniu społecznym. Często dziecko obarczane jest również rolą, wadliwą dla stopnia rozwoju psychospołecznego, nakazującą się mu pełnić funkcje bohaterskie, w tym ratownika chroniącego rodziców przed skutkami nadużywania alkoholu, godzenie zwaśnionych rodziców, opiekowanie się młodszym rodzeństwem. Nierzadko rola odwraca się i z bohatera dziecko staje się ofiarą. Przejmuje na siebie zbyt wiele obowiązków, a poczucie stabilności i pewności siebie niknie w obliczu coraz krótszych abstynencji opiekunów [20]. Nierzadko dziecko staje się „błaznem" rozbawiając na życzenie odurzonych opiekunów. W reakcji na agresję ze strony rodziców może także podejmować rolę buntownika i uciekiniera, w której zaczyna wagarować, wiązać się z grupami rówieśniczymi, wykazywać zachowania antyspołeczne i zdemoralizowanie. Kolejnym typem podejmowanej roli w rodzinie dysfunkcyjnej z problemem alkoholowym jest postawa „szarej myszki", charakteryzująca dziecko ukryte w cieniu, nie zwracające na siebie uwagi [20]. Wewnątrz ofiary narasta napięcie emocjonalne, zatraca się granica pomiędzy rzeczywistością, a światem wyimaginowanym. Dzieci w obliczu doznawanej krzywdy zamykają oczy, konfabulując o nierzeczywistych realiach. Czasami zdarza się, że dziecko podejmuje próbę zetknięcia swojego opiekuna z rzeczywistością - mówi się wówczas, iż pełni rolę prowokatora. Pod tym pojęciem rozumie się bardzo emocjonalne próby wytykania błędów, kończące się pogłębieniem poczucia winy u rodzica alkoholika [20]. W opinii Skrzypczyk [20] w powyższych relacjach może występować różnorodność podejmowanych ról przez dzieci, będących wyrazem postawy obronnej wobec doświadczanej przemocy i próbą harmonizowania działających wzorców funkcjonowania. Przykłady te wskazują również na negatywny proces socjalizacji, jakim instytucja rodziny nie powinna doświadczać dziecka. Obarczenie go brakiem umiejętności realizowania podstawowych potrzeb miłości, bezpieczeństwa, czy przynależności, może bowiem skutkować trudnościami

przystosowawczymi do życia społecznego w okresie dorosłości. Obserwuje się, jak podkreśla Pawlaczyk [8], także zaburzenia w relacjach zawodowych i interpersonalnych, lecz niektóre badania wskazują, iż konfrontowanie się w dzieciństwie z tym problemem pozwala na wypracowanie cech i zachowań przystosowawczych.

W latach 70. tych ubiegłego stulecia, za Woronowicz [21], utworzono w Nowym Jorku grupę wsparcia *Hope for Adult Children of Alcoholic* (Nadzieja dla Dorosłych Dzieci Alkoholików), która zapoczątkowała rozwój naukowego zainteresowania nad powyższym zespołem dysfunkcji. W 1979 roku, opublikowano artykuł w amerykańskim wydaniu Newsweek'a, który był pierwszym, opisującym problem DDA (Dorosłe Dziecko Alkoholika) na tak szeroką skalę [cyt. za 21]. W trakcie spotkań terapeutycznych utworzono wówczas „*The Laundry List*", dokument opisujący zaburzenia DDA, który stał się materiałem wykorzystywanym później do szeroko zakrojonej terapii w wielu stanach USA [22].

DDA, za Kowalewską [23] charakteryzują się pewną substytuzacją doświadczonej patologii w okresie dzieciństwa, którą powielają w relacjach w aktualnych związkach, co wiąże się z osobami kompulsywnymi, uzależnionymi, agresywnymi, powielającymi patologiczne wzorce zachowań wyniesione ze środowiska rodzinnego. Część DDA nie podejmuje legalizacji własnych związków w obawie o regres relacji przemocowych, jak również świadomie rezygnuje z macierzyństwa. Instytut Psychologii Zdrowia, dzięki badaniom ukazał występowanie nasilenia cech psychopatologicznych w dorosłym życiu, wśród dzieci wychowujących się w rodzinach z problemem alkoholowym [23].

W literaturze przedmiotu [24,25,26] podkreśla się, iż osoby z syndromem DDA charakteryzują poniższe cechy:

- lęk przed utratą kontroli
- lęk przed uczuciami
- lęk przed konfliktem
- nadmierne poczucie odpowiedzialności
- poczucie winy
- niezdolność do odprężenia się i spontanicznej zabawy
- niszcząca samokrytyka
- życie w świecie zaprzeczeń
- trudność w utrzymywaniu bliskich kontaktów
- pozostawanie w roli ofiary
- zachowania kompulsywne

- tendencja mylenia miłości z litością
- lęk przed porzuceniem
- myślenie schematyczne w kolorach „biały – czarny”
- utrwalone poczucie żalu
- zdolność przetrwania (cecha pozytywna).

Piśmiennictwo

1. Herman J. L.: Przemoc uraz psychiczny i powrót do równowagi. GWP, Gdańsk, 2000.
2. Margolis A.: Zespół Dziecka Maltretowanego - diagnostyka medyczna.Fundacja "Dzieci Niczyje", Warszawa, 1998.
3. Dąbkowska M.: Psychiatryczne następstwa przemocy domowej. Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej, 2005, 5, 103-108.
4. Brzozowska A.: Krzywdzenie dziecka - fizyczne i emocjonalne. Psychiatria, 2007, 5, 464-468.
5. Piekarska A.: Przemoc, kary cielesne i krzywdzenie dzieci. http://www. dziecinstwobezprzemocy.pl/ repository/edukacyjne/kw3_Piekarska_A. pdf.,data pobrania: 25.11. 2012.
6. Gąsior K.: Czynniki zagrażające rozwojowi dzieci w rodzinie z problemem alkoholowym na przykładzie Dorosłych Dzieci Alkoholików. Alkohol. i Narkom., 2008, 21, 247-262.
7. Makara-Studzińska M., Grzywa A., Turek R.: Przemoc w związkach między kobietą a mężczyzną. Post. Psychiat. Neurol., 2005, 14, 131-136.
8. Pawlaczyk B.: Rola hormonów w regulacji homeostazy organizmu człowieka. Homines Hominibus. 2010, 6, 7-20.
9. Murawiec S.: Depresja.org. Wpływ stresu na mózg. http://www.depresja.org/ teksty/tekst.php?co=dlalekarzy&id_inf=137. data pobrania: 25.11. 2012.
10. Butscher M.: Przyczyny przemocy wobec dziecka oraz jej psychologiczne konsekwencje. Bioetyczne Zeszyty Pediatrii, 2006, 3, 23-34.
11. Śledzianowski J.: Przemoc wobec dziecka przenoszona z pokolenia na następne pokolenie. Post. Psychiat. Neurol., 2002, 2, 15.
12. Hajdo P.: Poziom złości i mechanizmy obronne a nasilenie symptomów PTSD na przykładzie ofiar przemocy domowej. Psychoterapia, 2007, 143, 79-86.

13. Iwański, T.: Przemoc w rodzinie wobec osób starszych i niepełnosprawnych. [w:] Przemoc w rodzinie wobec osób starszych i niepełnosprawnych - poradnik dla pracowników pierwszego kontaktu, Michalska K., Jaszczak-Kuźmińska D. (red.). Parpamedia, Warszawa, 2010, 125-132.
14. Płocka-Lewandowska M.: Zaburzenia somatyzacyjne. Psychiatria. www.psychiatria. med. pl/darmowy_pdf.phtml?indeks=4&indeks_art=31, data pobrania: 25.11. 2012.
15. Jarząbek G., Grętkiewicz-Tomczyk A.: Problem przemocy seksualnej wobec dzieci. Ginek. Prakt., 2007, 2, 30-33.
16. Lew-Starowicz Z.: Seksuologia Sądowa. Wydawnictwo PZWL, Warszawa, 2000.
17. Kowalczyk R.: Seksualność dzieci i młodzieży. Norma a patologia. Klin. Pediat., 2010, 18, 5121-5124
18. Lew-Starowicz Z.: Przemoc seksualna. Medycyna po dyplomie. 2004, 13, 61-66.
19. Mikołajczak M.: Publikacje edukacyjne. http://www.publikacje.edu.pl/ publikacje.php?nr=6241, data pobrania: 25.11. 2012.
20. Skrzypczyk W.: Dzieci alkoholików - zdarzenia traumatyczne. Fundacja Wspierania Rozwoju Pełnego Zdrowia, Łodź, 2000.
21. Woronowicz B.T.: DDA. Portal psychologiczny. http://www.psychologia.net.pl/ slownik.php?level=68, data pobrania: 25.11. 2012.
22. The Laundy List. Adult Children of Alcoholics World Service Organization Inc. http://www.adultchildren.org/lit/Laundry_List.php. data pobrania: 25.11. 2012.
23. Kowalewska, K., i wsp.: Wydział Pedagogiki, Socjologii i Nauk o Zdrowiu UZ. http://www.wpsnz.uz.zgora.pl/pliki/prace_ studentow/prace2/DDA.pdf., data pobrania: 25.11. 2012.
24. Kucińska, M.: DDA. Charaktery. http://www.charaktery.eu/charaktery/ 2002/10/1599/DOM-BEZ-%C5%9ACIAN-DZIECI-BEZ-RODZIC%C3%93W/, data pobrania: 25.11. 2012.
25. Charakterystyczne cechy Dorosłych Dzieci Alkoholików. EPrace. http://problemy-zyciowe-dda.eprace.edu.pl/1118,Charakterystyczne_cechy_Doroslych_Dzieci_ Alkoholikow. html., data pobrania: 25.11. 2012.
26. Kucińska, M.: DDA - kim jesteśmy? Instytut Psychologii Zdrowia. http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/50-artykuly/796-dda-kim-jestesmy.html., data pobrania: 25.11. 2012.

Turko Barbara, Romanowska Joanna

Świadomość rodziców na temat wpływu profilaktyki logopedycznej na rozwój mowy u dzieci

Studenckie Koło Naukowe Wolontariuszy Medycznych przy Zakładzie Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wprowadzenie

Umiejętność poprawnego mówienia jest w naszych czasach szczególnie ważna. Coraz większą rolę odgrywają bowiem środki przekazu opierające się na słowie mówionym. Tymczasem polskie statystyki podają wysokie (utrzymujące się od wielu lat na tym samym poziomie) wskaźniki wad wymowy u dzieci [1]. Aby temu zapobiegać na terenie przedszkoli powinna być prowadzona szeroka działalność profilaktyczna i korekcyjna, zmierzająca do korygowania niedoborów rozwojowych, także w sferze mowy. Kozłowska stwierdza, że owe założenia nie sprawdzają się w praktyce. Podaje, że na wady wymowy cierpi ok.30-40% uczniów z niepowodzeniami szkolnymi, a w 50% przypadków, przyczyn upatrywać się powinno w zbyt małej liczbie wykwalifikowanych logopedów i niskim poziomie wiedzy nauczycieli w zakresie logopedii [1]. Ze względu na powyższe, oraz fakt, że nie wszystkie dzieci uczęszczają do przedszkola, autorytety z dziedziny logopedii podkreślają coraz wyraźniej fakt, że niezwykle ważne jest kształtowanie prawidłowych postaw rodzicielskich. Świadome postępowanie rodziców kształtuje u dziecka postawę komunikacyjną, która wyraża się chęcią bycia odbiorcą i nadawcą informacji [2].

Wysoka świadomość rodziców na temat etapów prawidłowego rozwoju mowy dzieci, pozwala im na natychmiastowe wychwycenie każdej nieprawidłowości w przyswajaniu języka i natychmiastową reakcję, w postaci zgłoszenia się do specjalisty i rozpoczęcia odpowiedniej terapii. Wszyscy autorzy w literaturze przedmiotu zgodnie twierdzą, że im wcześniej rozpoczęta rehabilitacja – w pierwszym lub drugim roku życia – tym lepsze uzyskuje się efekty [3].

Zdaniem Kaczmarka [4] w rozwoju mowy dziecka można wyróżnić następujące okresy:

0. Etap przygotowawczy (3-9 miesiąc życia płodowego), kiedy dopełniają się dwa podstawowe dla kształtowania się mowy warunki – wykształcają się nadawcze i odbiorcze narządy mowy oraz rozpoczyna się ich funkcjonowanie.
1. Okres melodii (1 rok życia), dla którego charakterystyczne jest głużenie i gaworzenie.
2. Okres wyrazu (1-2 rok życia), gdy sygnały jednoklasowe reprezentują obszerną wypowiedź, są zbudowane ze strzępków wyrazów, pojedynczych wyrazów lub kilku, ale bez zastosowanie reguł gramatycznych.
3. Okres zdania (2-3 rok życia), podczas którego słownik dziecka znacznie się wzbogaca i zaczyna ono przyswajać reguły, co skutkuje powstawaniem pierwszych zdań.
4. Okres swoistej mowy dziecięcej (3-7 rok życia), gdy mowa doskonali się we wszystkich aspektach.

Jegier i Kosowska [5] podkreślają fakt, iż ze względu na bardzo szybkie tempo rozwoju dziecka w tym czasie i szeroką skalę czynności, w ramach których mogą wystąpić zaburzenia w rozwoju, rodzice muszą wykazywać się olbrzymią umiejętnością obserwacji, aby wszelkie uchybienia i opóźnienia od normy zostały możliwie najwcześniej wychwycone. Nieprawidłowości w rozwoju ruchowym niemowląt podejrzewane są, gdy opóźnienie w stosunku do przyjętych norm wynosi minimum miesiąc w pierwszym półroczu życia, minimum dwa w drugim kwartale i trzy lub więcej w czwartym kwartale. Autorki apelują do rodziców o rozumne przyglądanie się rozwojowi dzieci i jednocześnie o pamiętanie, że każde dziecko ma swój naturalny i bardzo indywidualny rytm.

Niezwykle istotne jest, aby rodzice stali się bardziej świadomi na temat rozwoju dziecka w okresie prenatalnym. Pozwoliłoby to w wielu przypadkach zredukować lub wyeliminować czynniki mogące zaburzać rozwój mowy po pojawieniu się dziecka na świecie. Okres ten jest istotny, ze względu na to, że rozwija się wtedy podstawowy organ nadawczy i odbiorczy mowy, czyli mózg i drogi nerwowe. Jest to także czas tworzenia się i intensywnego treningu organu produkującego substancję foniczną, który tworzą nasada, krtań i płuca. Podczas życia płodowego rozwijają się również zmysły, m.in. niezwykle istotny dla mowy słuch. Rocławski [6] wśród wielu czynników, które w trakcie okresu prenatalnego mogą niekorzystnie wpływać na późniejszy rozwój mowy wymienia: zbyt młody lub zbyt zaawansowany wiek rodziców, palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, trudne warunki socjalno-bytowe, przeciążenia psychiczne u matki, zażywanie niektórych leków przez ciężarną, choroby matki czy konflikt serologiczny.

Oprócz czynników wpływających na dziecko w okresie prenatalnym, olbrzymie znaczenie na rozwój mowy, ma również sam poród. Negatywne skutki może mieć

przedwczesne odpłynięcie wód płodowych, przodujące łożysko lub wypadnięcie pępowiny, nieprawidłowe ułożenie płodu, poród przy pomocy kleszczy czy próżnociągu, a także ciąża przenoszona lub poród przedwczesny [6]. Wszystkie te czynniki mogą prowadzić do niedotlenienia płodu i uszkodzenia struktur ośrodkowego układu nerwowego, bez którego sprawnego funkcjonowania niemożliwe jest osiągnięcie w późniejszym okresie pełnej sprawności komunikacyjnej. Szczególnie wysokie ryzyko wystąpienia wad wymowy odnotowuje się w grupie dzieci przedwcześnie urodzonych, gdyż jak podaje Milewski [7] rozwój mowy trwa od poczęcia, a w przypadku wcześniaków proces ten jest w swym naturalnym rytmie poważnie zaburzony, mowa często rozwija się na nietypowej, zdarza się, że patologicznej podstawie.

Po przyjściu na świat, dziecko jest narażone na równie wiele czynników, które w sposób pośredni lub bezpośredni rzutują na rozwój narządów artykulacyjnych i funkcji komunikacyjnych. Autorzy są zgodni, co do ogromnej roli sposobu odżywiania niemowlęcia. Najkorzystniejsze dla mięśni i struktur aparatu artykulacyjnego jest karmienie naturalne. Nieprawidłowe karmienie sztuczne powoduje zaburzenia czynności fizjologicznych narządu żucia. Rocławski [8] zauważa znaczną odmienność pracy mięśni podczas karmienia sztucznego. Podczas karmienia sztucznego żuchwa jest pozbawiona bodźców doprzednich, jak przy karmieniu naturalnym, przez co może ulega cofnięciu, wargi stają się hipotoniczne, usta nawykowo otwarte. Może dochodzić do licznych wad zgryzu, jak np. tyłożuchwie, czy wysunięcie siekaczy górnych, a to do wad wymowy, np. sygmatyzmu w przyszłości. Stecko [9] twierdzi, że z punktu widzenia logopedy, jeśli dziecko nie jest karmione naturalnie w wyniku małej aktywności dziecka, jego wargi, język i policzki wymagają usprawniania, skrócone wędzidełko podjęzykowe rozciągania poprzez masaż języka, a mięsień okrężny ust usprawniania poprzez masaż warg. Masaż zewnętrzny przełyku powinien być przeprowadzany przed karmieniem, jeżeli dziecko ma trudności w połykaniu, czy krztusi się.

Wielu autorów podkreśla, że częste są wypadki występowania wad wymowy i zgryzu u dzieci, u których wystąpiło zbyt długie używanie smoczka lub nawyk ssania. Ortodonci są zgodni, że nawyk ssania stanowi ważny czynnik wad zgryzu, zaburzeń szkieletowych i zębowo-zębodołowych, które mają ścisły związek z późniejszym występowaniem sygmatyzmu, m.in. międzyzębowego [10]. Według Zaleskiego [11] smoczek powinien być stosowany tylko przez pierwsze trzy miesiące życia do zasypiania i natychmiast usuwany po zapadnięciu w sen. Oprócz powstawania wad zgryzu, przetrwały odruch ssania niekorzystnie wpływa na rozwój mowy dziecka także przez zniechęcanie niemowlęcia do gaworzenia.

Równie ważny, jak sposób odżywiania niemowlęcia, jest rodzaj podawanych pokarmów w kolejnych miesiącach życia. Zbyt długie karmienie pożywieniem papkowatym może być przyczyną przetrwałego niemowlęcego połykania, które przebiega przy rozwartych szczękach z językiem wsuniętym między wałki dziąsłowe. Połykanie niemowlęce powinno przekształcić się w poniemowlęce wraz z pojawieniem się zębów mlecznych i przystosowaniem się systemu nerwowo-mięśniowego do nowych warunków w jamie ustnej. Przetrwałe połykanie typu niemowlęcego skutkować może wadami zgryzu typu zgryz otwarty przedni, tyłozgryz czy zgryz krzyżowy, które powodować mogą deformacje w artykułowaniu głosek [8].

Prawidłowe, fizjologiczne oddychanie przez nos wpływa korzystnie na kształtowanie szczęk. Powietrze przechodząc przez nos jest ogrzewane, oczyszczane i nawilżane, przez co ryzyko narażenia na drobnoustroje jest mniejsze, a dziecko rzadziej się przeziębia [8]. Stecko [9] zauważa, że widok dziecka śpiącego z otwartą buzią dziecka nikogo nie dziwi, ale skutki takiego sposobu oddychania ujawniają się dopiero po trzecim roku życia. Uchylone usta i płasko ułożony język przy oddychaniu pozostają w takiej pozycji także w czasie połykania i mówienia.

Podstawę prawidłowego rozwoju mowy stanowi sprawnie działający słuch, dlatego jedną z najważniejszych kwestii, jakie poruszają specjaliści w dziedzinie profilaktyki logopedycznej i audiologicznej, są objawy zaburzeń słuchu, jakie są w stanie dostrzec rodzice przy wnikliwej i rozumnej obserwacji reakcji dziecka od pierwszych dni życia. Minczakiewicz [12] podkreśla, że dzieciom z ubytkami słuchu należy nieść natychmiastową pomoc, gdyż uczą się one mowy od otoczenia właśnie za pomocą słuchu, dzięki niemu sprawują także kontrolę nad własnymi wokalizacjami i doskonalą je. Autorka przestrzega, że szczególnie zwracać uwagę rodziców powinny tzw. spokojne niemowlęta, które ciągle śpią, nie przejawiają spontanicznej aktywności wokalicznej, czyli nie głużą, nie gaworzą. Należy tu różnicować te dwa procesy, gdyż głużenie może występować także u dzieci głuchych, a dopiero na etapie gaworzenia widoczne są odchybienia od normy. U starszych dzieci deficyty słuchowe są łatwiejsze do rozpoznania, gdy np. nie reagują na polecenia, nie szukają źródła dźwięku. Zaleski [11] podaje prosty sposób na samodzielne zbadanie słuchu niemowlęcia w warunkach domowych, które polega na ułożeniu dziecka na kolanach matki, zachęceniu do zabawy wybranym przedmiotem, podawaniu przez drugą osobę różnych sygnałów dźwiękowych i obserwacji reakcji dziecka. Dziecko, które nie reaguje na dźwięk przerwaniem zabawy i szukaniem lokalizacji źródła dźwięku, powinno budzić niepokój.

W takich przypadkach należy natychmiast zgłosić się na badania słuchu, gdyż praktyka audiologiczna pokazuje, że im wcześniej dziecko otrzyma pomoc w postaci aparatu czy implantu ślimakowego i rozpoczęcia rehabilitacji, tym mniejsze skutki na mowę wywrze wada słuchu [5]. Zaleski podaje, że w 6 miesiącu życia podejrzenie niedosłuchu powinno być już potwierdzone, a dziecko zaaparatowane [11].

Zaleski [11] dzieli środowiska rodzinne na takie, które ułatwiają dziecku rozwój mowy i takie, które go utrudniają. Podobnie, jak wielu innych specjalistów, podkreśla istotę zjawiska „kąpieli słownej", czyli mówienia do dziecka w każdej możliwej sytuacji, o wszystkim, co je otacza. Środowisko kształtowania się mowy jest ważne także, gdy dziecko jest w tzw. wieku zadawania pytań, u dzieci, które mogą zadawać pytania i otrzymują cierpliwe odpowiedzi, lepiej rozwija się mowa sytuacyjna. Demel [13] zauważa, że nie każda rodzina pełni tę rolę dobrze. Zdarza się, że rodzice czy dziadkowie sami przyczyniają się do powstawania zaburzeń mowy przez nadmierny liberalizm, a nawet naśladowanie dziecięcej wymowy - czyli spieszczenia. Dziecko w ten sposób utrwala sobie błędne wzorce artykulacyjne.

Każda niepłynność w mowie dziecka zostaje zauważona przez otoczenie, zaś uwagi rówieśników mogą wpływać na tworzenie się poczucia niskiej wartości. Z powyższych względów wynika, iż profilaktyka niepłynności mówienia jest ważnym elementem w przebiegu kształtowania się mowy dziecka. Ważnym czynnikiem zapobiegającym przekształceniu się zwykłej niepłynności w jąkanie, jest atmosfera panująca w domu. Rodzice muszą wspierać dziecko w pokonywaniu trudności, a dom powinien być miejscem, gdzie panuje spokój i atmosfera bezpieczeństwa i wzajemnej akceptacji. W tym celu należałoby wyeliminować jakiekolwiek kary cielesne oraz ograniczyć oglądanie przez dziecko programów telewizyjnych powodujących stres i lęk. Istotnym elementem profilaktyki niepłynności mowy jest ustabilizowanie codziennego rozkładu zajęć, obowiązków i czasu wolnego. Rodzice dzieci, u których pojawiły się epizody niepłynności, mogą pomagać swoim pociechom radzić sobie ze stresem poprzez słuchanie muzyki relaksacyjnej, masaże, ćwiczenia fizyczne i picie ziół uspokajających [14].

Rodzice powinni posiadać wiedzę na temat najistotniejszych momentów z okresu rozwoju komunikowania werbalnego ich dzieci. Po pierwszym roku życia oczekuje się od malucha posługiwania się około czterema słowami. Natomiast dwuroczne dziecko powinno wypowiadać proste zdania zawierające podmiot i orzeczenie. Według Zaleskiego [11] sześciomiesięczne opóźnienie mowy nie musi wywoływać niepokoju, jeśli jednak minie dziecko po trzecich urodzinach posługuje się tylko kilkoma słowami, jest to sygnał

ostrzegawczy, który powinien spowodować udanie się do specjalisty. Opóźnienie rozwoju mowy może mieć charakter przejściowy, jak również może być objawem istotnie klinicznych zaburzeń takich jak np.: niedosłuch, upośledzenie umysłowe, autyzm czy mózgowe porażenie dziecięce.

Cel pracy

Celem pracy była analiza poziomu wiedzy rodziców dzieci w wieku przedszkolnym na temat profilaktyki logopedycznej i jej wpływu na rozwój mowy.

Materiał i metoda

Narzędziem badawczym była autorski kwestionariusz ankiety składający się z dwóch części ogólnej i szczegółowej. Część ogólna zawierała pytania socjodemograficzne, natomiast część szczegółowa osiemnaście pytań dotyczących profilaktyki logopedycznej i rozwoju mowy u dzieci. Pytania części szczegółowej dotyczyły zarówno oceny czynników wpływających na rozwój artykulacji, wiedzy na temat rozwoju dziecka, powodów, z jakich rodzice byliby skłonni zgłosić się do logopedy po specjalistyczną diagnozę, jak i samooceny ankietowanych na temat ich wiedzy w zakresie profilaktyki logopedycznej oraz ewentualnej chęci pogłębienia tej wiedzy.

Badanie zostało przeprowadzone w grupie 102 rodziców dzieci trzy-, cztero-, pięcio- i sześcioletnich z Przedszkola Samorządowego nr 25 KRAINA UŚMIECHU w Białymstoku.

Wyniki

W badaniu wzięło udział 102 rodziców dzieci w wieku od trzech do sześciu lat z Przedszkola Samorządowego nr 25 KRAINA UŚMIECHU w Białymstoku, w tym 76 matek i 26 ojców. Wiek rodziców zamykał się w przedziale 21-48 lat. Wśród badanych nie było osób z wykształceniem podstawowym, 1/3 grupy stanowiły osoby z wykształceniem średnim, z wykształceniem zawodowym 6%, a przeważającą ilość, bo aż 59% osoby z wyższym wykształceniem.

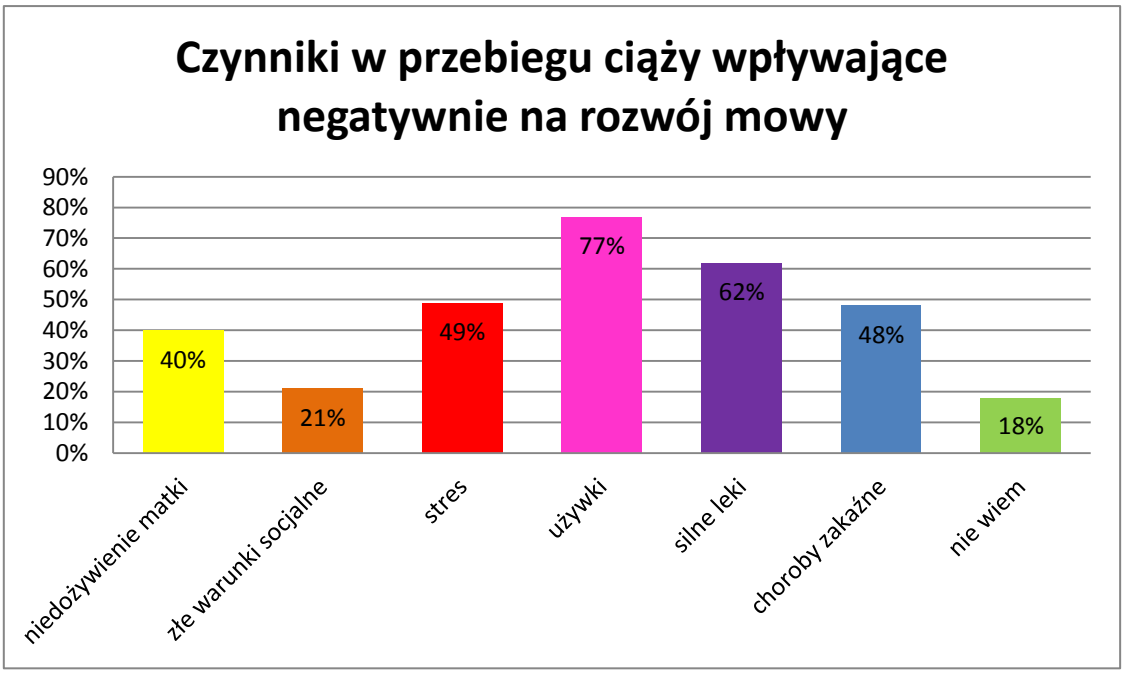
Pierwsze pytanie zadane rodzicom dotyczyło wpływu nieprawidłowego przebiegu ciąży na rozwój mowy dziecka. Tylko 3% ankietowanych nie widziało zależności między nieprawidłowym przebiegiem ciąży a rozwojem komunikowania się dziecka, przeważająca większość (86%) była świadoma związku, a 11% nie znało odpowiedzi na powyższe pytanie (Rycina 1).

Badana społeczność została poproszona o wskazanie czynników, które oddziałują negatywnie na rozwój narządów mowy w okresie prenatalnym. Respondenci mogli wskazać więcej niż jedną odpowiedź. Najwięcej osób wskazało używki (77%), 62% silne leki, połowa stres i choroby zakaźne, 40% niedożywienie matki, natomiast najmniej ankietowanych

zaznaczyło złe warunki socjalne. Tylko 1/5 rodziców nie potrafiła wskazać żadnego z wymienionych czynników. Szczegółowy rozkład odpowiedzi przedstawia Tabela I i Rycina 2.



Rycina 1. Wpływ przebiegu ciąży na rozwój mowy dziecka.

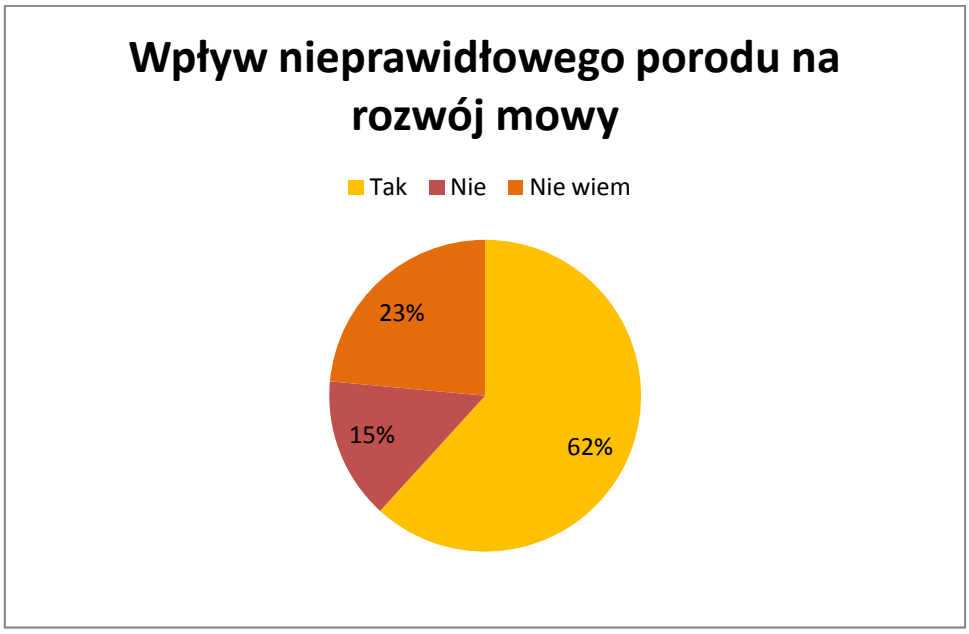


Rycina 2. Czynniki w przebiegu ciąży wpływające na rozwój mowy.

Tabela I. Czynniki w przebiegu ciąży wpływające na rozwój mowy.

Wpływ czynników w okresie prenatalnym wpływających negatywnie na późniejszy rozwój mowy dziecka							
Wskazana odpowiedź	Niedożywienie matki [N osób]	Złe warunki socjalne [N osób]	Stres [N osób]	Używki (alkohol, narkotyki, papierosy) [N osób]	Przyjmowanie silnych leków w ciąży [N osób]	Choroby zakaźne np. różyczka, odra, ospa, grypa [N osób]	Nie wiem [N osób]
Wpływa	**41**	**21**	**50**	**79**	**63**	**49**	**18**
Nie wpływa	**61**	**81**	**52**	**23**	**39**	**53**	**84**

Odpowiedź twierdzącą na temat wpływu nieprawidłowego porodu na rozwój mowy dziecka, wskazało tylko 2/3 rodziców. 15% odpowiedziało przecząco, podczas gdy na pytanie o wpływie przebiegu ciąży odpowiedź „nie” zaznaczyło tylko 3%. (Rycina 3).



Rycina 3. Wpływ nieprawidłowego porodu (przedwczesnego, przedłużającego się, ciąży przenoszonej) na rozwój mowy.

Dużą wiedzą rodzice wykazali się, zapytani o najkorzystniejszy dla rozwoju aparatu artykulacyjnego sposób karmienia niemowlęcia. Jako optymalne karmienie naturalne wskazało aż 82% badanych, nikt nie wybrał karmienia sztucznego. 4% nie wiedziało, który

sposób jest korzystniejszy, natomiast według pozostałych rodzaj karmienia nie wpływa w żaden sposób na rozwijanie się aparatu mowy dzieci.

Żadne spośród rodziców w poprzednio omawianym pytaniu nie wskazało karmienia sztucznego jako korzystnego dla rozwoju aparatu mowy, jednak aż 1/5 respondentów nie była świadoma negatywnego oddziaływania ssania smoczka na narządy artykulacyjne. Tylko niewiele ponad połowa wiedziała, że ma to wpływ na powstawanie wad wymowy. (Rycina 4)



Rycina 4. Wpływ ssania smoczka na powstawanie wad wymowy.

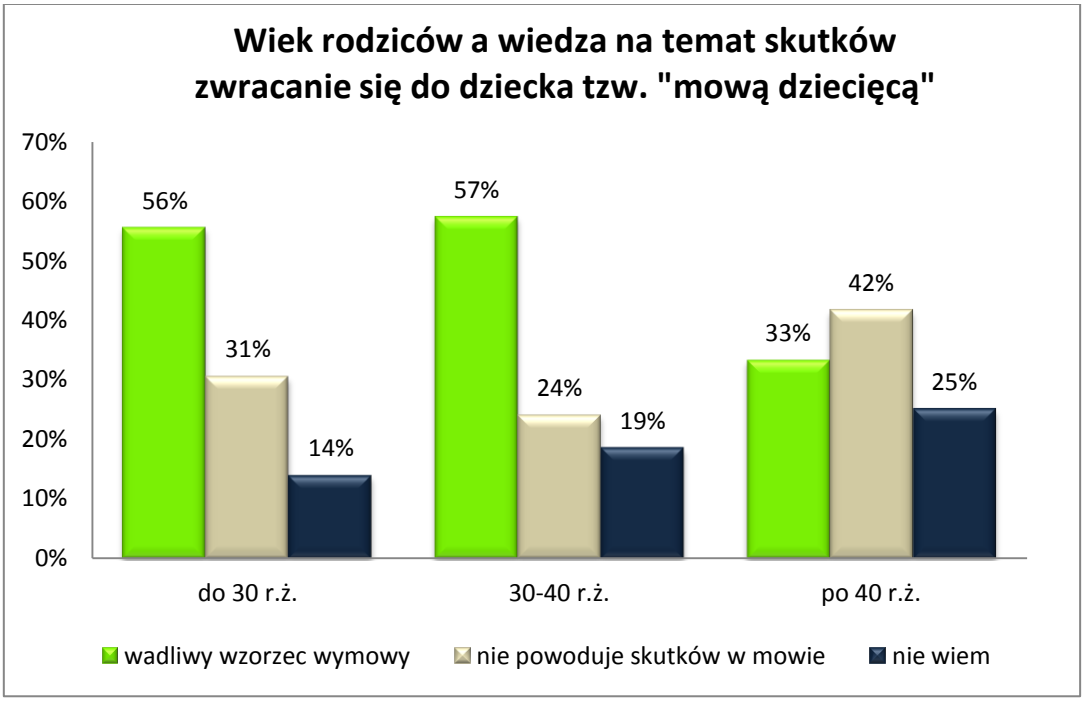
Ankietowani zapytani o prawidłowy sposób oddychania przez dziecko podczas snu w zdecydowanej większości wskazali oddychanie nosem, 16% nie wiedziało który sposób jest prawidłowy, a 4 % odpowiedziało nieprawidłowo, wskazując oddychanie ustami.

Badani opiekunowie zapytani o to, czy powinno się mówić do noworodka, prawie wszyscy byli zgodni, że trzeba to robić w każdej możliwej sytuacji.

Jednak w pytaniu na temat wpływu używania tzw. „mowy dziecięcej" (mówienie ze zdrobnieniami i spieszczeniami) już tylko połowa wykazała się świadomością negatywnego jej oddziaływania na rozwój mowy. 1/3 nie zdawała sobie sprawy, że takie zachowane może skutkować przyswojeniem przez dziecko nieprawidłowego wzorca wymowy i w przyszłości ryzykiem wystąpienia wad wymowy.

Pomiędzy wiekiem rodziców a wiedzą na powyższe pytanie widać pewną zależność. W dwóch najmłodszych grupach ankietowanych (do 30 roku życia i w przedziale 30-40 lat) ponad połowa rodziców miała świadomość negatywnego wpływu używania zdrobnień i spieszczeń na kształtowanie wzorca wymowy ich dzieci. Natomiast w najstarszej grupie

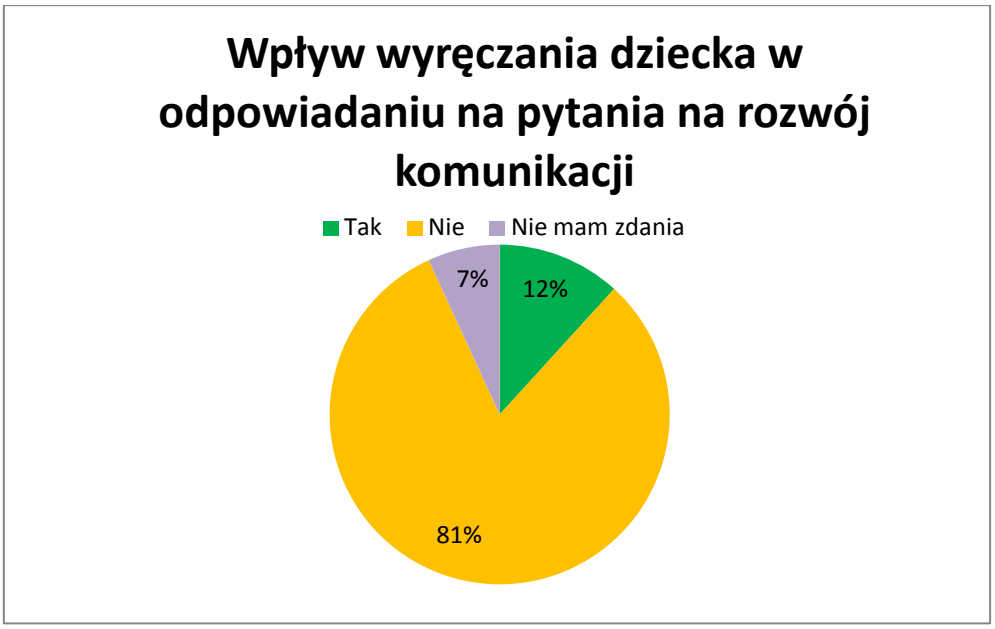
respondentów (po 40 roku życia) większość zaprzeczyła powiązaniu między tymi czynnikami. Szczegółowy rozkład wyników w podanych grupach wiekowych przedstawia Rycina 5.



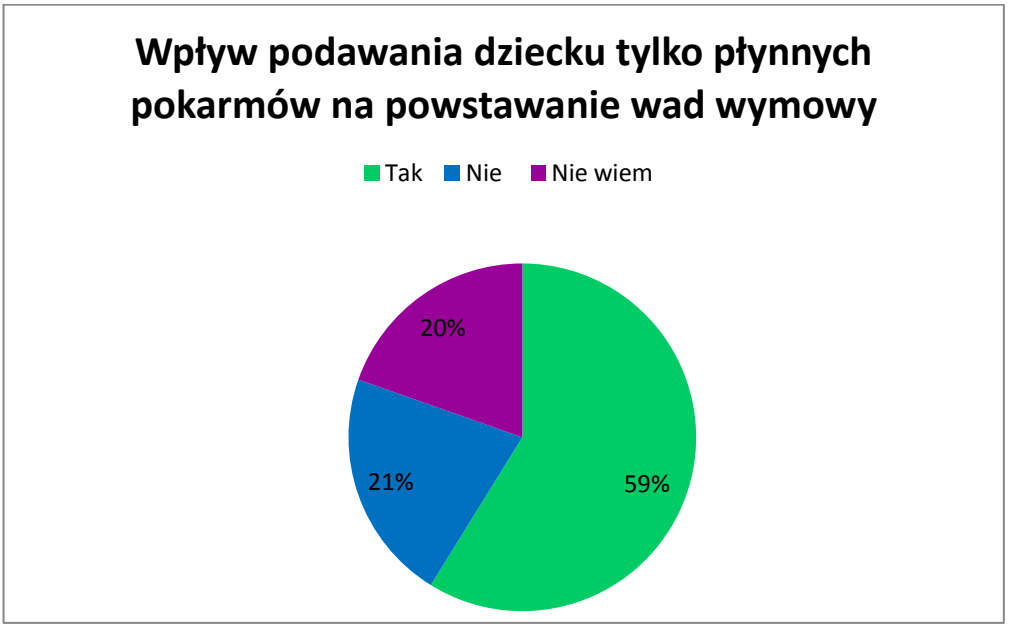
Rycina 5. Zależność między wiekiem rodziców a świadomością negatywnego wpływu używania zdrobnień i spieszczeń w komunikacji z dzieckiem.

Zdecydowana większość respondentów (81%) uważała, iż nie należy wyręczać dziecka w odpowiadaniu na pytania, 7% nie miała na ten temat zdania, ale pojawiła się także grupa osób, z których odpowiedzi wynika, że wyręczanie dziecka w odpowiadaniu na pytania innych osób, nie oddziałuje negatywnie na rozwój ich komunikacji, a eliminuje niepotrzebny stres. Stanowili 12% ankietowanych (Rycina 6).

W kolejnym pytaniu, które sprawdzało, czy rodzice uważają, że podawanie małemu dziecku tylko pokarmów miękkich i płynnych, może zaburzać prawidłowy rozwój artykulatorów i wywoływać wady wymowy, odpowiedzi rozłożyły się wyraźnie na trzy grupy. Najliczniejsza grupa osób (ok. 60%) była świadoma negatywnych skutków podawania pożywienia w płynnej postaci, jednak po 20% badanych zaprzeczała temu i nie wiedziała, czy taka zależność ma miejsce. Szczegółowe dane zawiera Rycina 7.



Rycina 6. Wpływ wyręczania dziecka w odpowiadaniu na pytania innych osób na rozwój komunikowania.

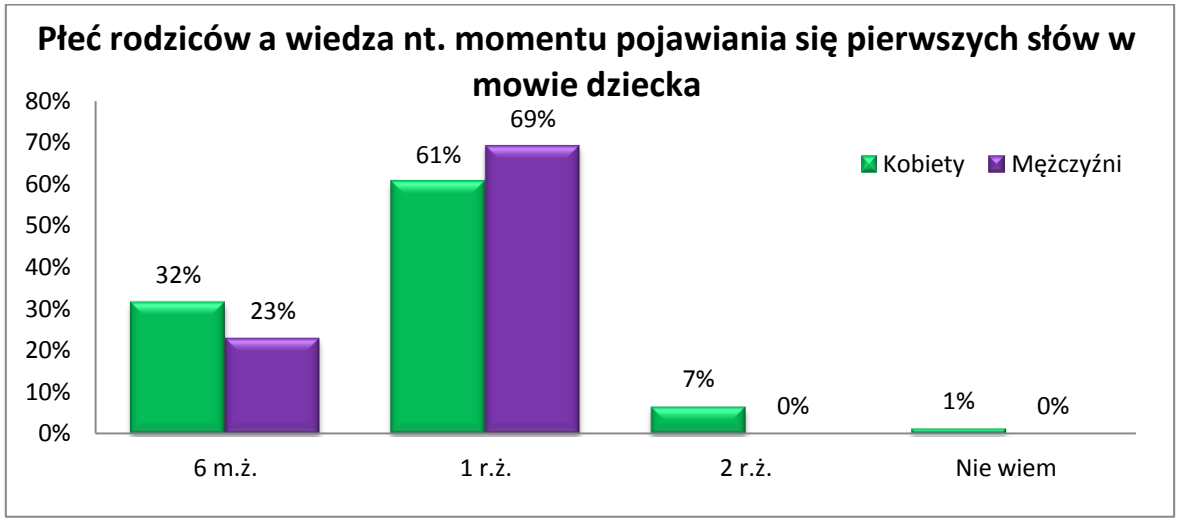


Rycina 7. Podawanie dziecku tylko pokarmów płynnych a powstawanie wad wymowy.

Jedynym pytaniem, w którym 100% rodziców miała pewność, co do tej samej odpowiedzi było pytanie 16 dotyczące wpływu zaburzeń słuchu na rozwój mowy dziecka. Wszyscy odpowiedzieli twierdząco.

Znaczną rozpiętość wyników odnotowano przy dwóch kolejnych pytaniach, w których rodzice musieli wykazać się wiedzą na temat czasu, kiedy w mowie dziecka pojawiają się pierwsze wyrazy i pierwsze zdania. Szósty miesiąc życia, jako moment wystąpienia pierwszych słów w mowie dziecka wskazała aż 1/3 ankietowanych, okres po pierwszym roku życia odnotowano w przypadku 63% osób, 2% nie wiedziało, kiedy to następuje, a według pozostałych pierwsze wyrazy odnotowuje się u dzieci dopiero po drugich urodzinach.

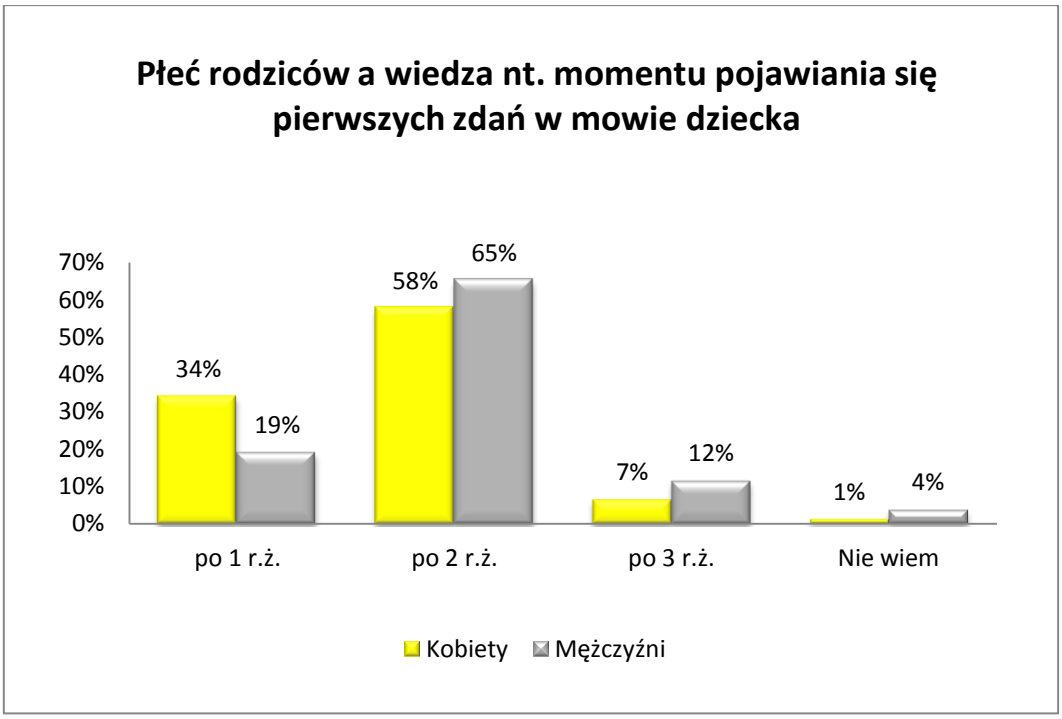
Istnieje zależność pomiędzy wynikami z omawianego pytania, a płcią respondentów, bowiem o 8% więcej mężczyzn niż kobiet wskazało na prawidłową odpowiedź, czyli pierwszy rok życia. Więcej kobiet niż mężczyzn wskazało błędne odpowiedzi – szósty miesiąc życia i drugi rok życia. Zależności przedstawia Rycina 8.



Rycina 8. Zależność między płcią a wiedzą na temat momentu wystąpienia pierwszych słów w mowie dziecka.

Bardzo podobnie rozłożyły się głosy w pytaniu o moment pojawienia się w mowie pierwszych zdań. 60% wskazało prawidłową odpowiedź, czyli drugi rok życia. 30% pierwszy rok życia, 8% trzeci rok życia, a 2% respondentów nie znała odpowiedzi.

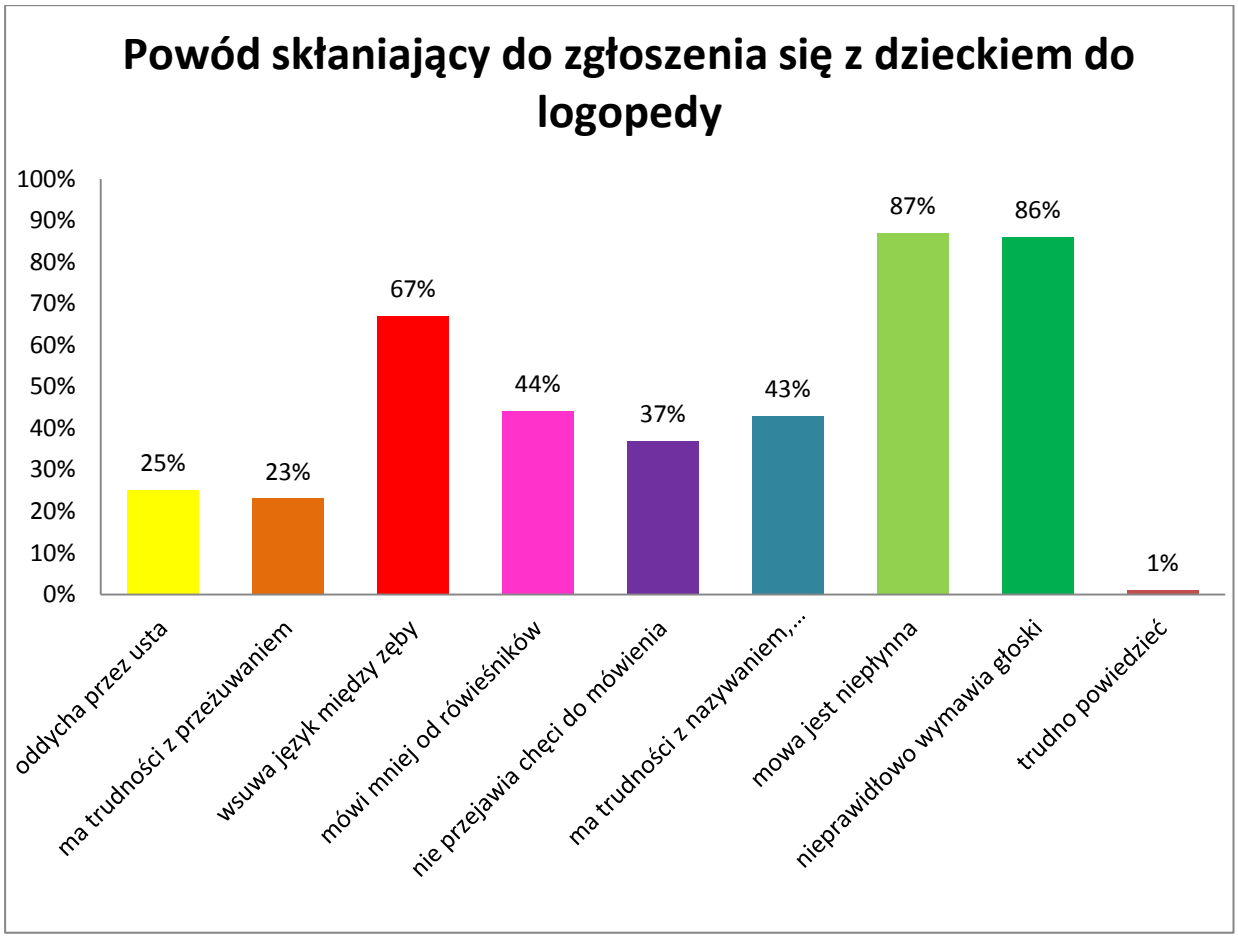
Porównano uzyskaną wiedzę na powyższy temat w grupie mężczyzn i w grupie kobiet. Mężczyźni ponownie wykazali się większą wiedzą. Drugi rok życia wskazało aż 65% z nich, podczas gdy kobiety odpowiedziały prawidłowo tylko w 58%. Więcej panów niż pań wskazało odpowiedź „Nie wiem" (o 3%) i trzeci rok życia (o 5%). Duża liczba osób wskazała na pierwszą odpowiedź – „Po pierwszym roku życia" (34% kobiet i 19% mężczyzn (Rycina 9).



Rycina 9. Zależność między płcią a wiedzą na temat momentu wystąpienia pierwszych zdań w mowie dziecka.

W kolejnym pytaniu rodzice zostali poproszeni o wskazanie sytuacji, które skłoniłyby ich do szukania pomocy u logopedy. Mogli wskazać więcej niż jedną odpowiedź. Najczęściej powtarzającymi się odpowiedziami, na które wskazało po 90% ankietowanych były: *Gdy mowa dziecka jest niepłynna (przeciąga lub powtarza głoski/sylaby/słowa)* i *Gdy dziecko nieprawidłowo wymawia głoski*. Duża część rodziców wskazała także na wsuwanie języka między zęby podczas artykulacji. Podobna liczba badanych uznała za przyczynę, która skłoniłaby ich do wizyty u logopedy to, że ich dziecko mówi mniej od rówieśników, nie przejawia chęci do mówienia i ma trudności z nazywaniem przedmiotów, odpowiadaniem na pytania, opowiadaniem (po ok.40%). Zaledwie jedna osoba zaznaczyła „Trudno powiedzieć" (Rycina 10).

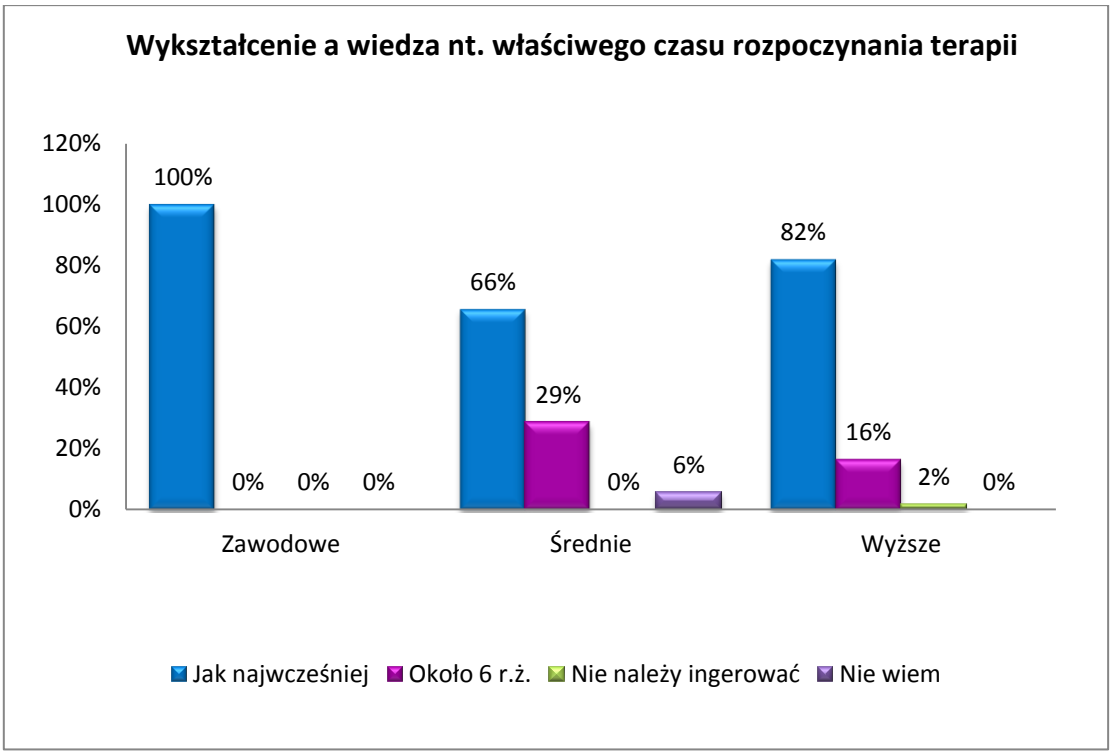
Matki i ojcowie byli w miarę zgodni, co do właściwego ich zdaniem momentu rozpoczynania terapii w przypadku wystąpienia u dzieci wad wymowy. Ponad ¾ badanych zgadzała się, że terapia powinna być rozpoczęta jak najszybciej po ujawnieniu się wady. 20% wskazało na moment przed rozpoczęciem nauki szkolnej, czyli szósty rok życia. Niewielka część badanej populacji nie wiedziała (2%) lub uważała, że nie należy ingerować, a mowa sama się rozwinie (1%).



Rycina 10. Objaw skłaniający rodziców do zgłoszenia się z dzieckiem do logopedy.

Rycina 11 przedstawia, jak rozłożyły się odpowiedzi w powyższym pytaniu zależnie od wykształcenia rodziców. Najlepiej wypadli rodzice o wykształceniu zawodowym, wszyscy zgodnie odpowiedzieli, że terapię należy rozpoczynać jak najwcześniej. Wśród pozostałych grup wyniki były bardziej rozbieżne. Rodzice wskazywali także szósty rok życia (29% osób z wykształceniem średnim i 16% z wyższym). Wśród rodziców z wykształceniem średnim pojawiła się także odpowiedź „Nie wiem" (6%). Jeden rodzic z wyższym wykształceniem stwierdził, że nie należy ingerować, mowa sama się rozwinie (Ry. 11).

86% badanych, wiedziało że rodzice mają wpływ na rozwój mowy swoich dzieci i usuwanie wad wymowy, w przypadku ich wystąpienia. Odpowiedź przeczącą na to pytanie wskazało 12% rodziców, twierdząc, że należy to pozostawić specjalistom. Szczegółowe dane na Rycinie 12.

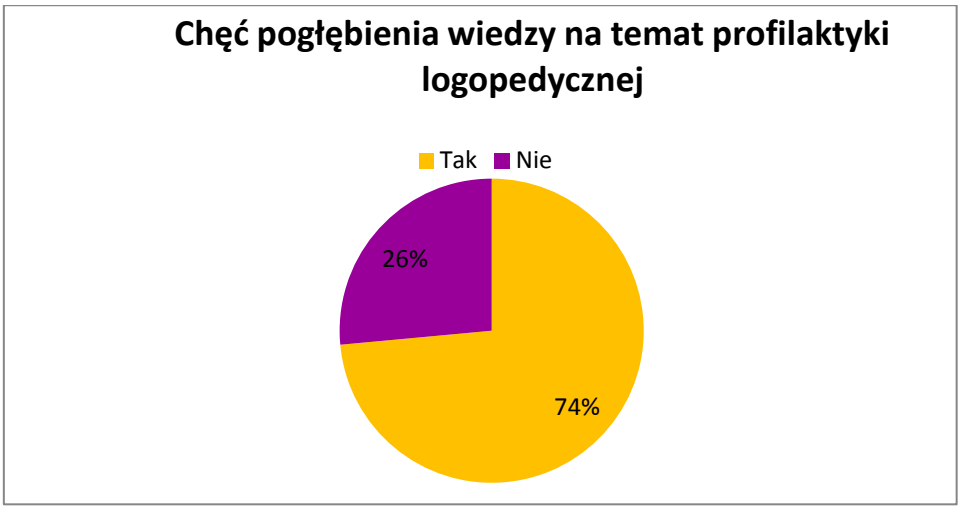


Rycina 11. Zależność między wykształceniem a wiedzą na temat właściwego momentu podjęcia terapii logopedycznej.



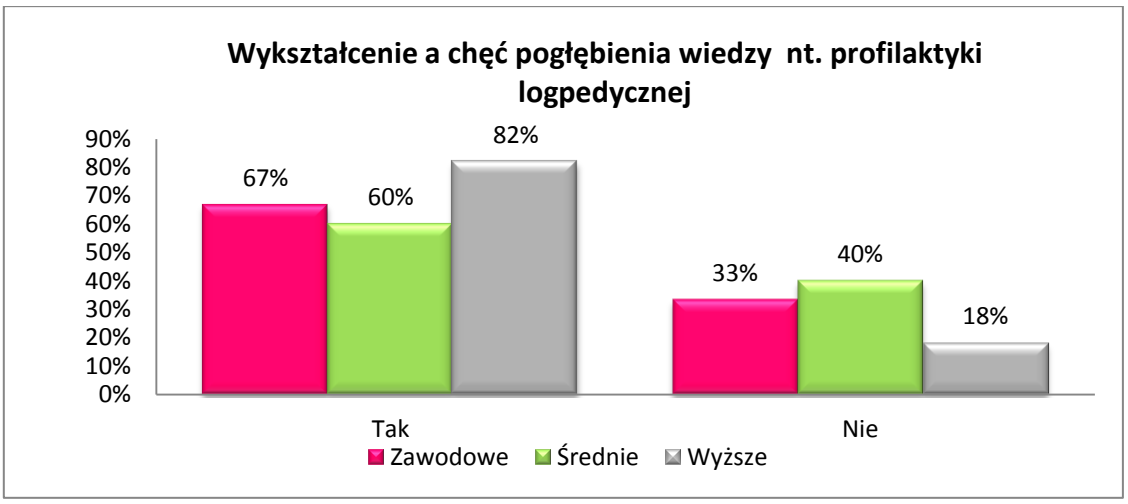
Rycina 12. Wpływ rodziców na rozwój mowy i usuwanie wad wymowy u dziecka.

Badani rodzice wykazali znaczną chęć pogłębienia swojej wiedzy na tematy poruszone w ankiecie, bo aż ¾ z nich zaznaczyło odpowiedź „Tak, chciałabym/chciałbym dowiedzieć się więcej o rozwoju mowy" w ostatnim pytaniu. Pozostali respondenci uważali, że ich wiedza jest wystarczająca. Rozkład odpowiedzi został przedstawiony na Rycinie 13.



Rycina 13. Chęć pogłębienia wiedzy na temat profilaktyki logopedycznej przez rodziców.

Sprawdzono jak rozkładają się głosy w powyższym pytaniu w grupach o danym wykształceniu. Najbardziej chętni do pogłębienia wiedzy byli rodzice o wykształceniu wyższym (aż 82%). Z kolei najwięcej osób, których uważało, że wiedzą o profilaktyce wystarczająco dużo, odnotowano w grupie z wykształceniem średnim (40%).



Rycina 14. Zależność między wykształceniem rodziców, a ich chęcią pogłębienia wiedzy o profilaktyce logopedycznej.

Dyskusja

W 2006 roku na Podyplomowym Studium Logopedii i Glottodydaktyki Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie Stępień podjęła się próby zbadania świadomości czynników warunkujących poprawny rozwój językowy dziecka u rodziców, pisząc na ten temat pracę dyplomową pod kierunkiem Rocławskiego. Badaniu poddano 50 rodziców dzieci 3- i 4-letnich, których zadaniem było wypełnienie ankiety. Po przeprowadzeniu badania i podsumowaniu ankiety stwierdzono, że na zadanych 850 pytań (17 pytań x 50 osób) uzyskano 573 prawidłowych odpowiedzi, co stanowiło 67 %. Wynik badania wskazał, iż rodzice wykazali się wysoką świadomością czynników warunkujących poprawny rozwój językowy dziecka [cyt. za 15].

W badaniu przeprowadzonym w Samorządowym Przedszkolu nr 25 w Białymstoku przebadano większą liczbę rodziców – 102 osoby, a wiek dzieci mieścił się w szerszym zakresie (od trzech do sześciu lat).

Stępień badając wiedzę ankietowanych na temat wpływu nieprawidłowego przebiegu ciąży lub samego porodu na rozwój mowy dziecka uzyskała 66% odpowiedzi poprawnych „tak" i 30% odpowiedzi „nie" oraz 4% „nie wiem" [cyt. za 15].

Rodzice dzieci w białostockim przedszkolu zapytani o wpływ nieprawidłowego przebiegu ciąży na rozwój mowy dziecka byli bardziej zdecydowani o jego szkodliwym działaniu, aż 86% ankietowanych odpowiedziała prawidłowo, dostrzegając zależność, 11% nie znało odpowiedzi, a jedynie 3% nie dostrzegało związku. Bardziej zbliżone wyniki do Stępień uzyskano w obecnym badaniu, pytając rodziców, czy nieprawidłowy poród wpływa na rozwój mowy. Aż o 24% mniej rodziców była świadoma tego powiązania, niż w przypadku pytania o przebieg ciąży. 15% odpowiedziało „nie", a 23% „nie wiem".

Ciekawy wynik uzyskała autorka warszawskiego badania, pytając rodziców o najkorzystniejszy sposób karmienia dziecka, dając im trzy możliwości odpowiedzi: karmienie naturalne, sztuczne oraz stwierdzenie, że sposób karmienia nie ma większego znaczenia dla dziecka. Wszyscy rodzice wskazali na karmienie naturalne.

Aktualni ankietowani nie byli tak jednomyślni, prawidłową odpowiedź „karmienie naturalne" wybrało 82% spośród nich, a 4% nie wiedziało jak odpowiedzieć na pytanie. 14% stwierdziło, że sposób karmienia nie ma wpływu na rozwój aparatu mowy dziecka. Nikt nie wskazał, na karmienie sztuczne, podobnie jak u Stępień.

W pracy pod kierunkiem Rocławskiego poruszono także kwestię wadliwych nawyków ssania u dzieci. Zapytano rodziców o wpływ ssania smoczka, palca lub stałego przetrzymywania czegoś w buzi na powstawanie wad wymowy. Otrzymano 78%

prawidłowych odpowiedzi „tak", 8% odpowiedzi nieprawidłowych „nie" i 14 % odpowiedzi „nie wiem" [cyt. za 15].

W obecnym badaniu ankietowani byli pytani o podobną kwestię, jednak wśród czynników szkodliwych wymieniono jedynie ssanie smoczka i palca. Uzyskano podobny wynik, odpowiedzi były jedynie nieco bardziej zróżnicowane: 55% odpowiedzi twierdzących, 22% przeczących i 23% „nie wiem".

Zbliżony wynik stwierdzić można też w obydwu badaniach w kwestii poziomu wiedzy rodziców na temat prawidłowego sposobu oddychania przez dziecko podczas snu. Stępień [15] otrzymała 90% wskazań na oddychanie nosem i 10% odpowiedzi „wszystko jedno jak oddycha". Rodzice dzieci z przedszkola w Białymstoku w 80% byli świadomi, że prawidłowo dziecko powinno oddychać przez nos, 16% nie widziało, który sposób uznać za bardziej optymalny, a 4% wskazało oddychanie przez usta.

Bardzo ciekawie głosy rozłożyły się w obydwu badaniach przy pytaniach, sprawdzających, czy rodzice wiedzą kiedy dziecko powinno wypowiadać pierwsze słowa i zdania. W badaniu Stępień na pytanie o pierwsze słowa uzyskano 70% poprawnych odpowiedzi „ok. pierwszego roku życia", 22% niepoprawnych odpowiedzi „szósty miesiąc życia" i 4 osoby udzieliły odpowiedzi „ok. drugiego roku życia". Na pytanie *Kiedy dziecko zaczyna mówić pierwsze zdania?* otrzymano 74 % prawidłowych odpowiedzi „między 2. a 3. rokiem życia", 11 osób odpowiedziało „między 3. a 4. rokiem życia" i dwie osoby „ok. 1. roku życia" [cyt. za 15].

W obecnym badaniu 62% ankietowanych wskazało pierwszy rok życia, jako moment pojawienia się w mowie pierwszych słów, 29%, czyli prawie co trzeci odpowiedział, że pierwsze słowa pojawiają się już w szóstym miesiącu życia dziecka, 6%, że w drugim roku życia, a 2% nie wiedziało, kiedy to następuje. W przypadku prośby o wskazanie czasu, kiedy dziecko zaczyna używać pierwszych zdań podczas komunikowania się z otoczeniem, 60% rodziców wiedziała, że powinno to nastąpić po drugim roku życia. 30% zaniżyła wiek występowania pierwszych zdań do pierwszego roku życia, a 8% respondentów byłaby w stanie czekać na wystąpienie zdań w mowie ich dziecka aż do trzeciego roku życia, pozostałe 2% to odpowiedzi „nie wiem".

Jedną z najważniejszych kwestii w profilaktyce logopedycznej jest uświadomienie rodzicom, jakimi problemami zajmują się logopedzi oraz co powinno zaniepokoić ich w przebiegu rozwoju ich dziecka i skłonić do wizyty u specjalisty w dziedzinie logopedii celem postawienia diagnozy i ewentualnego wczesnego rozpoczęcia terapii. Kwestię tę poruszyła w Węsierska w napisanej w roku 2009 roku rozprawie doktorskiej pod tytułem

Efektywność działań profilaktyczno-terapeutycznych logopedów w środowisku życia dzieci w wieku przedszkolnym [16]. Autorka bardzo szeroko ujęła temat profilaktyki logopedycznej, przebadała dużą ilość dzieci w wieku przedszkolnym, logopedów, współpracujących z nimi lekarzy, a także grupę rodziców. Zebrała na przykład opinie rodziców/opiekunów na temat przejawów zaburzeń mowy dziecka, wymagających konsultacji/opieki logopedycznej. Przebadała w tym celu aż 383 osoby. Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź. Uzyskała następujące wyniki:

- Dziecko nie przejawia motywacji do mówienia - 37% ankietowanych
- Dziecko ma kłopoty z nazywaniem, odpowiadaniem na pytania, opowiadaniem - 38%
- Dziecko mówi mniej od swoich rówieśników - 19%
- Mowa dziecka jest niepłynna – dziecko powtarza lub przeciąga głoski,sylaby, całe wyrazy; ma problem z wypowiedzeniem jakiegoś słowa –nie może wydobyć głosu, ma problemy z oddechem, gdy mówi - 57%
- Dziecko nawykowo oddycha przez usta - 21% [cyt.za 16]

Ankietowani w przedszkolu KRAINA UŚMIECHU w Białymstoku także zostali zapytani, co skłoniłoby ich do zgłoszenia się z dzieckiem do logopedy. Odpowiedzi rozłożyły się nieco inaczej niż u Węsierskiej, jednak można zauważyć pewnie prawidłowości. Identyczna liczba rodziców w obydwu badaniach (37%) wskazała brak motywacji/chęci do mówienia, jako czynnik, który mógłby skłonić ich do wizyty u logopedy. Z kolei odpowiedź „Gdy dziecko mówi mniej od rówieśników" w obecnym badaniu wskazało dwa razy więcej respondentów (44%). Podobny wynik uzyskano, pytając o trudności z nazywaniem, odpowiadaniem na pytania, opowiadaniem, odpowiedź tą wybrało 43% badanych. W białostockim badaniu znacznie więcej rodziców (87%) wskazała także niepłynność, jako sygnał, że w mowie dziecka wystąpiły nieprawidłowości i potrzebuje konsultacji u specjalisty. Równie mała grupa (tylko 21%), jak w przypadku rodziców przebadanych przez Węsierską, szukałaby pomocy w gabinecie logopedycznym, w sytuacji, gdy ich dziecko oddychałoby przez usta.

W rozprawie doktorskiej Węsierskiej zbadano także poglądy rodziców/opiekunów na temat optymalnego wieku dziecka, w którym powinno być kierowane na konsultację logopedyczną. Opinie rodziców na temat momentu, w którym powinna nastąpić pierwsza konsultacja logopedyczna, były podzielone. Większość opiekunów widziała potrzebę dokonania przesiewowego badania mowy wraz z rozpoczęciem uczęszczania dziecka do przedszkola. Autorka stwierdziła za budujący fakt, że rodzice są przekonani o konieczności

konsultacji z logopedą w pierwszych latach życia dziecka – do 4. roku życia. Inne udzielone przez rodziców/opiekunów odpowiedzi to: w momencie dostrzeżenia problemów z mową u dziecka, niezależnie od wieku; gdy dziecko zaczyna mówić; w sytuacji, gdy nie przejawia motywacji do mówienia; w każdym roku pobytu dziecka w przedszkolu. Jeden z rodziców uznał, że wskazane jest, by pierwsza konsultacja logopedyczna odbywała się tuż po urodzeniu dziecka – na oddziale noworodkowym. Przytoczone wypowiedzi rodziców/opiekunów świadczą o wzrastającej świadomości potrzeby wczesnej promocji rozwoju mowy dziecka [cyt. za 16].

Wnioski te potwierdza badanie Stępień, która w ankiecie także zapytała rodziców *Kiedy należy rozpocząć korygowanie mowy dziecka?,* stawiając przed nimi trzy możliwości odpowiedzi: „po 3. roku życia, kiedy dziecko idzie do przedszkola", „w 6. roku życia, przed pójściem do szkoły" oraz „jak najwcześniej po ujawnieniu się zaburzenia mowy". Poprawną, czyli ostatnią z wymienionych odpowiedzi uzyskała od 48% respondentów, 44% wskazało moment pójścia do przedszkola, a tylko czworo spośród pięćdziesięciu rodziców poczekałaby z tym do ukończenia przez dziecko szóstego roku życia [15].

Respondenci z Białegostoku także w większości byli świadomi, iż terapię należy rozpoczynać jak najwcześniej dla uzyskania optymalnych wyników, odpowiedź tę wskazało 77% rodziców. 2% odpowiedziało na powyższe pytanie „nie wiem", jeden rodzic uważał, że żadna ingerencja nie jest potrzebna, a mowa sama się rozwinie. Podobnie jak w przytoczonych wyżej wynikach, wśród rodziców z Białegostoku także znalazła się grupa, która czekałaby z rozpoczęciem terapii do szóstego roku życia, osoby te stanowiły 20% badanej grupy.

Porównanie badania z 2006 roku [15] z obecnym pozwala wysnuć wnioski, że niewiele zmieniło się na przestrzeni siedmiu lat także odnośnie świadomości rodziców na temat wpływu, jaki mają na rozwój mowy swoich dzieci i usuwanie wad wymowy. Stępień badając świadomość wpływu rodziców na rozwój mowy swojego dziecka uzyskała 88% odpowiedzi poprawnych „tak", 6 osób odpowiedziało „nie wiem". Wśród odpowiedzi prawidłowych 25 osób udzieliło wyjaśnienia, w jaki sposób można wpłynąć na rozwój mowy. Badani rodzice zwrócili uwagę na: ćwiczenia przed lustrem układania języka, ust; rozmowy z dzieckiem, czytanie, korygowanie błędnej wymowy, śpiew, zabawy z dzieckiem, nauka wyliczanek, wierszyków, prawidłowe mówienie do dziecka [cyt. za 15].

Aktualnie 86% potwierdza, że jako rodzice, mają wpływ na rozwój mowy swoich dzieci i usuwanie u nich ewentualnych wad wymowy. 2% odpowiedziało „nie wiem", a pozostałe 12% uważało, że nie ma wpływu i należy to pozostawić specjalistom.

Wnioski

1. Ponad 4/5 badanych zdawało sobie sprawy z zależności między nieprawidłowym przebiegiem ciąży a późniejszym rozwojem mowy, natomiast o związku nieprawidłowego porodu z rozwojem mowy wiedziało już tylko niecałe 2/3 rodziców.
2. Tylko połowa rodziców była świadoma negatywnego wpływu ssania smoczka na narządy artykulacyjne i wymowę.
3. Co piąty rodzic nie wiedział, jaki jest poprawny sposób oddychania lub wskazał niepoprawny.
4. Większość rodziców po 40. roku życia nie zdawało sobie sprawy z negatywnych skutków używania zdrobnień i spieszczeń podczas mówienia do dziecka na kształtowanie jego wzorca wymowy.
5. Mniej niż połowa rodziców zgłosiłaby się z dzieckiem do logopedy w przypadku: trudności z przeżuwaniem pokarmów, oddychania przez usta, nieprzejawiania chęci do mówienia, trudności z nazywaniem przedmiotów, odpowiadaniem na pytania i opowiadaniem oraz gdy dziecko mówi mniej od rówieśników.
6. 3/4 rodziców chciałaby pogłębić swoją wiedzę na temat rozwoju mowy i profilaktyki logopedycznej, najbardziej chętni byli rodzice z wykształceniem wyższym.

Postulaty

Konieczność podjęcia działań w celu zwiększenia świadomości rodziców na temat rozwoju mowy, czynników wywołujących zaburzenia tego procesu i roli, jaką oni sami odgrywają lub powinni w kształtowaniu prawidłowego wzorca mowy swoich dzieci, potwierdza fakt, że tylko niewielki odsetek spośród ankietowanych wie, że w przypadku nieprawidłowego sposobu oddychania czy problemów z przeżuwaniem (odpowiednio 25% i 23%) należy skonsultować się z logopedą.

Wydaje się celowe organizowanie szkoleń dla rodziców dotyczących szeroko rozumianego zakresu profilaktyki logopedycznej, gdyż aż 3/4 spośród ankietowanych wyraziło chęć pogłębienia swojej wiedzy. Logopedzi powinni być zatrudniani w każdym żłobku i przedszkolu i służyć poradą, gdy rodzice mają wątpliwości, czy przebieg procesu rozwijania się mowy ich dziecka jest prawidłowy i czy odpowiednio je stymulują. Odpowiedni poziom wiedzy rodziców, na pewno pozwoliłby na wcześniejsze wykrywanie wad wymowy i skuteczniejszą terapię.

Kobiety, które rodzą swoje pierwsze dziecko, powinny być instruowane przed wypisem ze szpitala, o tak ważnych dla rozwoju mowy kwestiach, jak:

- prawidłowy sposób karmienia dziecka

- konieczność mówienia do niego od pierwszych chwil
- szkodliwość ssania smoczka, czy używania zdrobnień i spieszczeń
- najważniejsze przełomowe momenty w rozwoju mowy (kiedy następują)
- czynniki, które powinny je niepokoić i z którymi należy niezwłocznie zgłosić się do specjalisty.

Stąd wniosek, że dobrym rozwiązaniem byłoby zatrudnianie logopedów, zwłaszcza specjalistów w dziedzinie wczesnej interwencji logopedycznej, także na oddziałach neonatologicznych.

Piśmiennictwo

1. Kozłowska K.: Wady wymowy można usunąć, Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP, Kielce, 1998.
2. Gunia G., Lechta V.: Wprowadzenie do logopedii, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków. 2011.
3. Emiluta-Rozya D.: Wspomaganie rozwoju mowy dziecka w wieku przedszkolnym, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, Warszawa, 2006.
4. Kaczmarek L.: Nasze dziecko uczy się mowy, Wydawnictwo Lubelskie, Lublin, 1977.
5. Jegier A., Kosowska M.: Relacje dziecka z wadą słuchu w szkole, Difin SA, Warszawa, 2011.
6. Rocławski B., Fedorowska W., Wardowska B.: Wczesne uwarunkowania rozwoju mowy. Wywiad biologiczno-środowiskowy, Wydawnictwo Glottispol, Gdańsk, 1997.
7. Milewski S., Kaczorowska-Bray K.: Logopedia. Wybrane aspekty historii, teorii i praktyki, Wydawnictwo Harmonia Universalis, Gdańsk, 2012.
8. Rocławski B.: Opieka logopedyczna od poczęcia, Wydawnictwo Glottispol, Gdańsk, 1998.
9. Stecko E.: Zaburzenia mowy dzieci – wczesne rozpoznawanie i postępowanie logopedyczne, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa, 2002.
10. Kahl-Nieke B.: Wprowadzenie do ortodoncji, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław, 1999.
11. Zaleski T.: Opóźnienia w rozwoju mowy, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2002.

12. Minczakiewicz E.M.: Mowa – rozwój – zaburzenia – terapia. Wydawnictwo WSP, Kraków, 1997.
13. Demel G.: Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola. Wydawnictwo WSiP, Warszawa, 1996.
14. Lichota E.J.: Profilaktyka jąkania i niepłynności mówienia. Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk, 2008.
15. http://renatastepien.republika.pl/swiadomosc%20profilaktyki%20logopedycznej.htm, data pobrania 24.03.2013
16. http://www.sbc.org.pl/Content/12754/doktorat2954.pdf, data pobrania 10.04.2013

Kowalik Jolanta[1], Galerczyk Monika[2]

Ocena wiedzy członków rodzin pacjentów ze stwardnieniem rozsianym na temat choroby

1. Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego Wydział Rehabilitacji Akademii Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie
2. Collegium Masoviense Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu w Żyrardowie

Wstęp

Stwardnienie rozsiane (*sclerosis multiplex* – SM) jest przewlekłą chorobą zapalno-demielinizacyjną. Szczególnie często pojawia się ona w strefach klimatu chłodnego, umiarkowanego, morskiego, przejściowego lub kontynentalnego. Jest bardziej rozpowszechniona w krajach uprzemysłowionych, bogatych i zurbanizowanych. Ze względu na położenie geograficzne Polska należy do krajów o wysokiej częstotliwości występowania choroby na 100 000 mieszkańców [1]. Na całym świecie choruje ponad 1 000 000 ludzi, z tego w Europie ok. 450 000 [93]. Choroba ta może wystąpić w każdym wieku, ale największa liczba zachorowań pojawia się pomiędzy 20 a 40 rokiem życia. Częściej chorują kobiety niż mężczyźni – w stosunku 2:1 [1, 2].

Zmiany demielinizacyjne zachodzą w różnych obszarach OUN, dlatego też obserwujemy różnorodne objawy kliniczne. Może to być utrata wzroku, niedowład kończyn, czy też zmęczenie [3]. Początek schorzenia bywa gwałtowny. Najczęstsze objawy to: zaburzenia widzenia (podwójne widzenie, utrata wzroku w jednym oku), osłabienie siły mięśniowej kończyny, drętwienie połowy twarzy. Inne objawy SM to między innymi osłabienie siły mięśniowej lub niedowłady, spastyczność (nadmierne napięcie mięśni), zaburzenia koordynacji ruchowej (zawroty głowy, utrata równowagi, drżenia kończyn, niestabilny chód), zaburzenia wzrokowe (oczopląs, niewyraźne widzenie, dwojenie obrazu, zaburzenia widzenia barw, zaburzenia gałkoruchowe), zaburzenia czucia, mowy (spowolniała, bełkotliwa, skandowana), zaburzenia zwieraczy (częstsze, niepełne opróżnianie pęcherza moczowego, zaparcia stolca), zaburzenia seksualne, odczucie przebiegania prądu wzdłuż kręgosłupa (objaw Lhermitte's), chorzy bardzo często odczuwają zmęczenie, które nie ma związku z wykonywaniem jakichkolwiek czynności [4], dołączają się problemy emocjonalne (labilność nastroju, depresja, lęki) oraz problemy z pamięcią. Objawy chorobowe nasilają się pod wpływem ciepła [5].

Ze względu na różnorodny przebieg schorzenia przyjęto standardy, według których określa się przebieg SM [6]. Wyróżnia się postać rzutowo-remisyjną choroby, wtórnie-postępującą, pierwotnie-postępującą oraz postępująco-rzutową. Najczęściej spotykana jest postać rzutowo-remisyjna. Charakteryzuje ją występowanie tzw. rzutów choroby. Objawy te mogą utrzymywać się różnie długo – od kilku dni do kilku tygodni, po czym wycofują się całkowicie lub częściowo. Po okresie wyciszenia następuje kolejny rzut choroby. U 50% chorych po około 10 latach choroba przechodzi w postać wtórnie-postępującą. Coraz rzadziej pojawiają się rzuty, objawy choroby nasilają się, a stan chorego stopniowo ulega pogorszeniu. Inny przebieg ma postać pierwotnie-postępująca. Występuje ona u około 15-20% pacjentów. Charakterystyczne jest to, że nie występują rzuty, ale stale nasilają się objawy neurologiczne. Najrzadziej spotykana jest postać postępująco-rzutowa [4,6].

Leczenie i rehabilitacja

Leki, które są stosowane w leczeniu SM mogą wpływać na przebieg choroby lub zmniejszać jej objawy. O doborze sposobu leczenia decyduje charakter i okres choroby. W trakcie rzutu choroby podawane są glikokortykosterydy: Solu-Medrol (Methyloprednizolon), Encorton, Dexamethason [7]. Wprowadzenia leków nowej generacji daje nadzieję na opracowanie skutecznego leczenia. Dostępne są leki immunomodulacyjne. Do tych leków należą interferon beta-1b (Betaferon), interferony beta-1a (Avonex, Rebif), Copaxon (octan gliatrimeru), Mitoksantron [8].

Stosowane są również leki immunosupresyjne (zmniejszają aktywność układu immunologicznego), takie jak: Azathiopryna, Cyklofosfamid, Metotreksat, Kladrybina, Immunoglobuliny. Ze względu na występowanie wielu dolegliwości, należy w miarę potrzeby wdrożyć leczenie objawowe. Ma ono na celu zniesienie takich objawów jak spastyczność, depresja czy problemy z oddawaniem stolca i moczu [8].

Rehabilitacja w SM powinna obejmować problemy fizyczne, psychiczne oraz społeczne chorego. Powinien brać w niej udział interdyscyplinarny zespół specjalistów – psycholog, neurolog, logopeda, rehabilitant, terapeuta zajęciowy. Zapewnienie dostępu do rehabilitacji umożliwi podtrzymanie sprawności, przedłuży funkcjonowanie społeczne i zawodowe. W przebiegu schorzenia dochodzi do niesprawności, która bardzo utrudnia codzienne funkcjonowanie chorego [9]. Rehabilitacja jest więc bardzo ważna. Pomaga dłużej zachować sprawność. Rodzaj i zakres ćwiczeń powinien być dobierany indywidualnie, a wysiłek nie może być zbyt duży. Chorym proponuje się różne formy rehabilitacji: kinezyterapię, fizykoterapię, hydroterapię, hipoterapię [10].

Stopień nasilenia objawów choroby, przede wszystkim stopień niewydolności ruchowej, ogranicza możliwość kontaktów społecznych oraz możliwość pracy zawodowej. Powoduje to u chorych obniżenie komfortu psychicznego, a także zadowolenia z własnej sytuacji życiowej. Dochodzi do zakłócenia w realizacji różnych planów życiowych, utraty cenionych wartości oraz wzajemnych relacji z osobami z najbliższego i z dalszego środowiska społecznego [11].

Należy pamiętać, że ani chory, ani jego rodzina nie powinni być pozostawieni sami sobie. Na terenie naszego kraju są powołane różne instytucje, których zadaniem jest pomoc osobom potrzebującym. Są to między innymi: Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego (PTSR) – ogólnopolska organizacja zrzeszająca osoby chore na SM, ich rodziny i przyjaciół. Można tu również otrzymać poradę psychologa. Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) – środki przeznaczane są na rehabilitację zawodową i społeczną osób niepełnosprawnych, Centra Pomocy Rodzinie (min. pomagają pokryć część kosztów potrzebnych do przystosowania mieszkania dla potrzeb osoby niepełnosprawnej), Ośrodki Opieki Społecznej (pomoc w opiece nad chorym), Caritas i inne. Można zwrócić się o pomoc do lekarza rodzinnego lub odpowiedniego specjalisty. Niestety, wiele osób nie korzysta z takich możliwości, obawiając się, że będą odebrani, jako nieudacznicy. Jest to myślenie błędne. Właśnie często uzyskanie odpowiedniej pomocy sprawia, że opieka, a tym samym życie z osobą chorą na SM jest dużo łatwiejsze, a życie rodzinne nadal okazuje się być najważniejszym celem.

Cel badań. Celem badań była ocena poziomu wiedzy członków rodzin pacjentów ze stwardnieniem rozsianym na temat wybranych aspektów dotyczących choroby oraz ocena wpływu choroby na funkcjonowanie rodzin chorych. Postawiono następujące pytania badawcze:

1. Czy członkowie rodzin chorych na SM mają wiedzę na temat wpływu regularnego wysiłku na funkcjonowanie chorych?
2. Czy i w jakim stopniu choroba wpływa na funkcjonowanie psychospołeczne rodzin?

Materiał i metoda. Badania przeprowadzono w okresie od czerwca do października 2011 wśród 50-ciu członków rodzin pacjentów ze stwardnieniem rozsianym zamieszkałych w województwie mazowieckim. Ankietowani zostali poinformowani o celu badania i wyrazili zgodę na anonimowy udział. Ankietę wypełniali samodzielnie, pytania nie sprawiały im trudności. Materiał badawczy do pracy został zebrany metodą sondażu diagnostycznego w oparciu o technikę ankiety. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety, który składał się z 30 pytań.

W badaniu udział wzięło 50-ciu członków rodzin pacjentów chorych na stwardnienie rozsiane: 33 (66%) kobiety i 17 (34%) mężczyzn. Wśród osób biorących udział w badaniu 12% to osoby poniżej 30. roku życia, 38% to osoby w przedziale 30-40 lat, 26% pomiędzy 41. a 50. rokiem życia, natomiast 24% ankietowanych było powyżej 51. roku życia. Wśród osób biorących udział w badaniu nie było ani jednej osoby z wykształceniem podstawowym, 24% miało wykształcenie zawodowe, 60% średnie, a 16% wyższe. W dużym mieście (powyżej 100 tys. mieszkańców) mieszkało 66% osób, w mieście średniej wielkości (do 100 tys. mieszkańców) – 26% osób, 4% pochodziło z małego miasta (do 10 tys. mieszkańców), kolejne 4% ze wsi. (Tabela I).

Tabela I. Charakterystyka badanej grupy.

			Ilość respondentów	Wartość %
1	Płeć	Kobiety	33	66%
		Mężczyźni	17	34%
2	Wiek respondentów	Poniżej 30 lat	6	12%
		31-40 lat	19	38%
		41-50 lat	13	26%
		51 lat i więcej	12	24%
3	Miejsce zamieszkania	Miasto pow. 100 tys. mieszkańców	33	66%
		Miasto do 100 tys. mieszkańców	13	26%
		Miasto do 10 tys. mieszkańców	2	4%
		Wieś	2	4%
4	Wykształcenie respondentów	Wyższe	8	16%
		Średnie	30	60%
		Zawodowe	12	24%
		Podstawowe	0	0%

Spośród osób biorących udział w badaniu 40% podało, że osobą chorą na SM jest ich współmałżonek, dla 8% respondentów osobą chorą był syn lub córka, dla 10% - rodzice, dla 40% - partnerzy życiowi, a dla 2% - dziadkowie. Dla 30% członków rodzin respondentów czas trwania choroby to mniej niż 5 lat, również 30% członków rodzin choruje na SM od 6 do 10 lat. 26% chorych od 11 do 20 lat, a 14% członków rodzin osób biorących udział w badaniu choruje na SM ponad 20 lat. Najmłodsza chora osoba miała 25 lat, a najstarsza 67. Średni wiek chorego to 42 lata. 28% członków rodzin osób biorących udział w badaniu miało poniżej 30 lat, 30% chorych było w przedziale wiekowym miedzy 31, a 40 rokiem życia, 26% między 41, a 50 rokiem życia. 16% chorych członków rodzin respondentów miało powyżej 51 lat.

Wśród chorych członków rodzin respondentów 1 osoba (2%) posiadała wykształcenie podstawowe, 20 osób (40%) miało wykształcenie zawodowe, średnie – 21 (42%) osób, a wyższe 8 osób (16%). Czynnych zawodowo było 26% chorych na SM członków rodzin osób biorących udział w badaniu, 74% nie pracowało. (Tab. II)

Tabela II. Charakterystyka grupy chorych na SM członków rodzin respondentów.

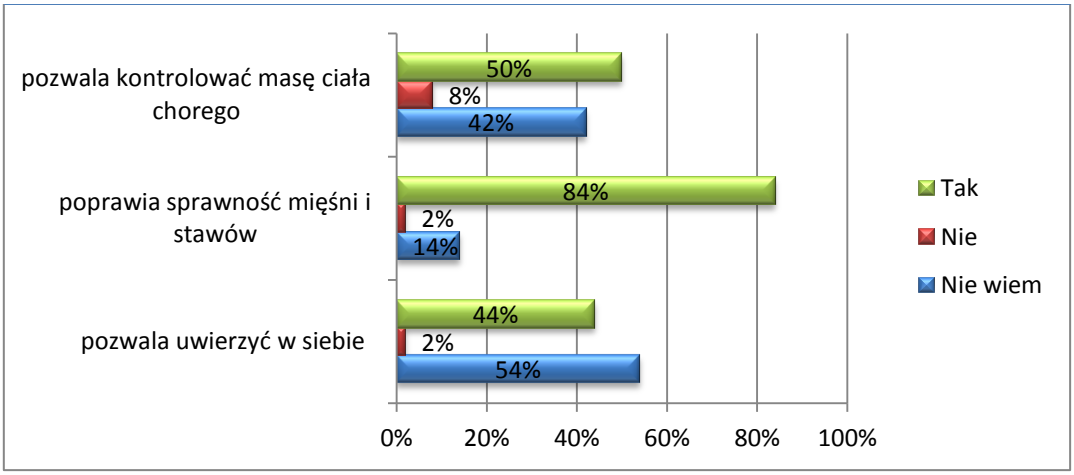
	Charakterystyka grupy chorych na SM członków rodzin respondentów		N	%
1	Członkowie rodzin respondentów – chorzy na SM	Żona/mąż	20	40%
		Syn/córka	4	8%
		Matka/ojciec	5	10%
		Partner/ka	20	40%
		Babcia/dziadek	1	2%
2	Wiek chorych członków rodzin respondentów	do 30 lat	14	28%
		31-40 lat	15	30%
		41-50 lat	13	26%
		powyżej 51 lat	8	16%
3	Czas trwania choroby członków rodzin respondentów	poniżej 5 lat	15	30%
		6-10 lat	15	30%
		11-20 lat	13	26%
		dłużej niż 20 lat	12	14%
4	Wykształcenie chorych członków rodzin respondentów	wyższe	8	16%
		średnie	21	42%
		zawodowe	20	40%
		podstawowe	1	2%
5	Aktywność zawodowa chorych na SM członków rodzin respondentów	pracują zawodowo	13	26%
		nie pracują zawodowo	37	74%

Wśród osób chorych na SM u 26 osób (52%) zdiagnozowano przebieg rzutowo-remisyjny, u 15 osób (30%) wtórnie-postępujący, u 6 osób (12%) pierwotnie-postępujący, a u 3 osób (6%) – postępujący z rzutami. 12 chorych na SM (24%) spośród członków rodzin respondentów porusza się samodzielnie, 4 osoby (8%) poruszają się przy pomocy drugiej osoby, przy pomocy balkonika porusza się 12 chorych (24%), a 22 osoby (44%) używają wózka inwalidzkiego. Objawy występujące u chorych na SM członków rodzin osób biorących udział w badaniu to przede wszystkim: u 13 osób (8%) występują niedowłady, zaburzenia równowagi u 31 osób (20%), spastyczność u 21 osób (14%), ataksja u 1 osoby (1%), dysartria u 1 osoby (1%), łatwa męczliwość u 39 osób (26%), ograniczenie ruchomości w stawach u 8 osób (5%), bóle u 13 osób (9%), zaburzenia w oddawaniu moczu u 24 osób (16%). Problemy

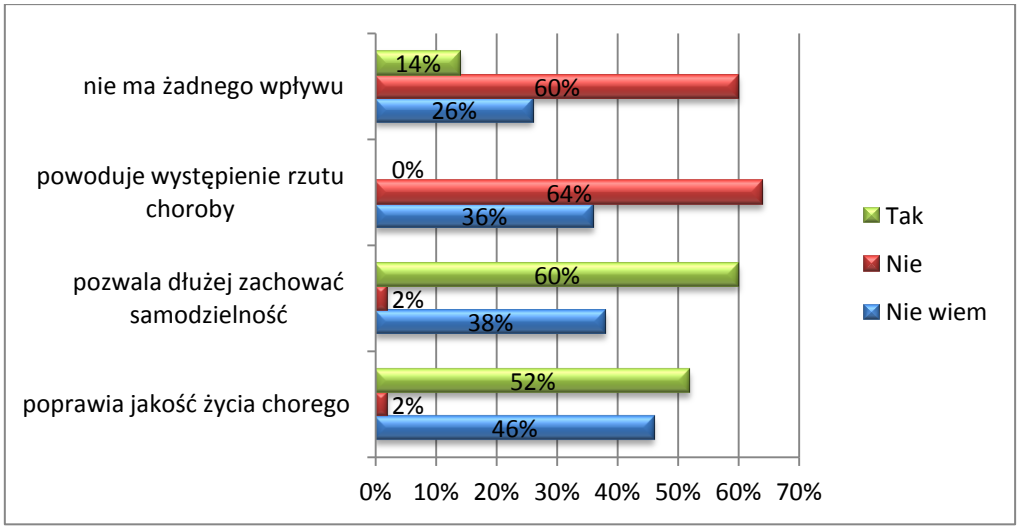
występujące u chorych na SM członków rodzin respondentów to przede wszystkim: u 26 osób (27%) niska samoocena, depresja u 20 osób (21%), zaburzenia uwagi u 4 osób (4%), lęk u 8 osób (9%), zaburzenia pamięci u 16 osób (17%), zaburzenia koncentracji u 21 osób (22%).

Wyniki badań

Wyniki badań przedstawiają wiedzę członków rodzin chorych na SM na temat wybranych problemów związanych z chorobą. Respondenci odpowiadali również na pytania dotyczące wpływu choroby na ich funkcjonowanie, wsparcia i możliwości uzyskania pomocy dla tych chorych oraz jak radzić sobie ze stresem i wypaleniem opiekuna.



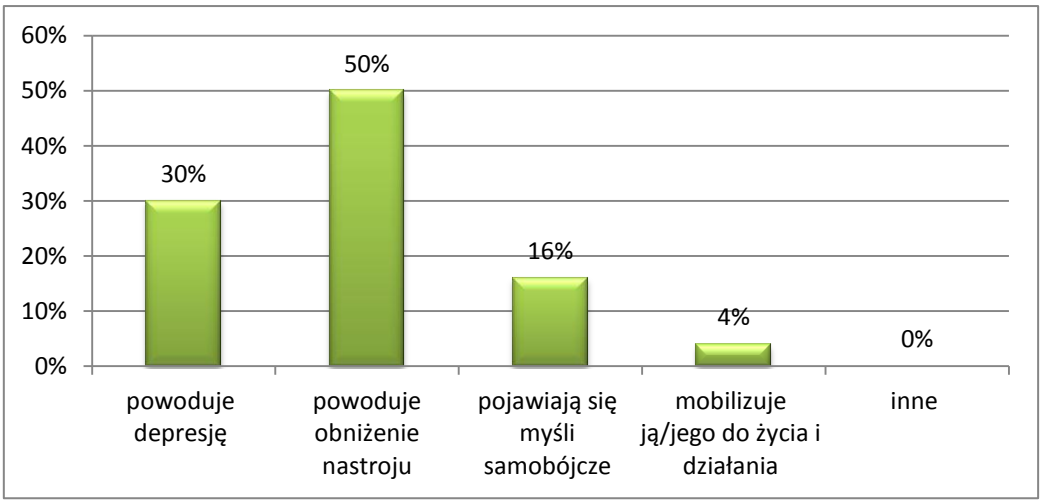
Rycina 1. Opinie respondentów na temat wpływu regularnego wysiłku na funkcjonowanie chorych na SM.



Rycina 2. Opinie respondentów na temat wpływu regularnego wysiłku na funkcjonowanie chorych na SM.

Ryciny 1 i 2 przedstawiają opinie osób biorących udział w badaniu na temat wpływu regularnego wysiłku na funkcjonowanie chorych na SM. 84% ankietowanych uznała, że regularny wysiłek fizyczny w przypadku chorych na SM poprawia sprawność mięśni i stawów. Mniej niż połowa (44%) respondentów uznała, że wysiłek fizyczny pozwala chorym uwierzyć w siebie. Ani jedna osoba nie potwierdziła, że regularny wysiłek powoduje wystąpienie rzutu choroby, ponad połowa (64%) biorących udział w badaniu jest przeciwnego zdania, a 36% odpowiedziało „nie wiem". 60% ankietowanych uznało, że regularny wysiłek pozwala chorym dłużej zachować samodzielność. Ponad połowa (52%) uznało, że wysiłek poprawia jakość życia chorego, 2% było przeciwnego zdania, a odpowiedź „nie wiem" wybrało 46% badanych.

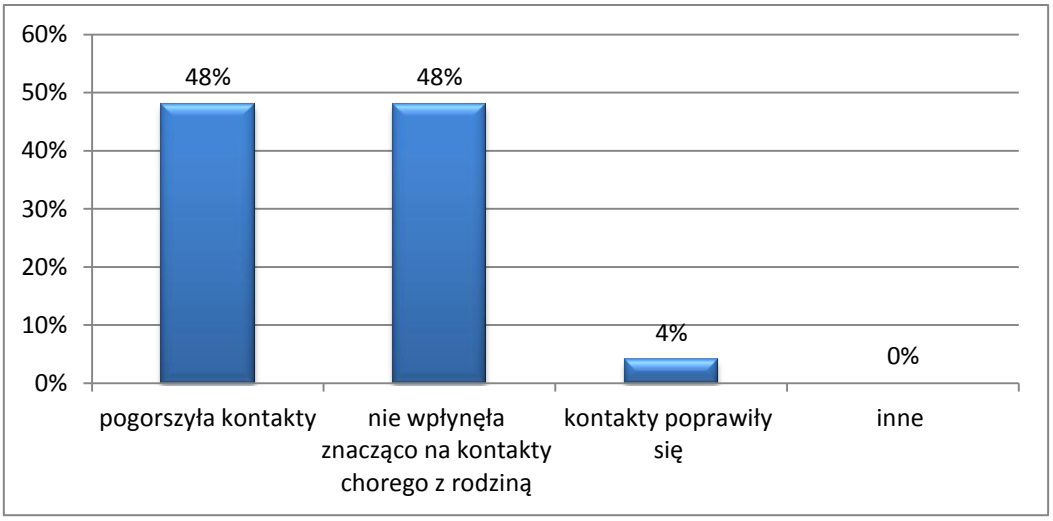
30% respondentów, uznało, że choroba SM powoduje depresję, aż 50% uważa, że powoduje obniżenie nastroju, 16% uznało, że jest przyczyną myśli samobójczych, a tylko 4% stwierdziło, że mobilizuje do życia (Ryc. 3).



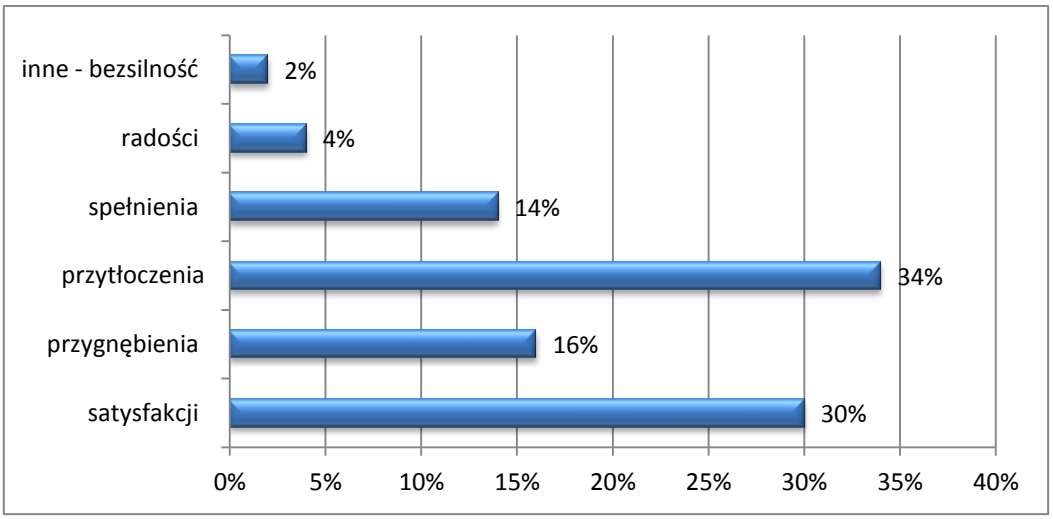
Rycina 3. Wpływ choroby SM na funkcjonowanie psychiczne chorych członków rodzin respondentów.

Prawie połowa (48%) osób biorących udział w badaniu uznała, że w przebiegu choroby, kontakty z rodziną osób cierpiących na to schorzenie pogorszyły się. Kolejne 48% uznało, że choroba nie wpłynęła znacząco na kontakty chorych z rodziną, pozostałe 4% twierdzi, że kontakty poprawiły się (Ryc. 4).

Opieka nad osobą chorą na SM u 2% respondentów powoduje uczucie bezsilności, u 4% radości. Kolejne 14% odczuwa spełnienie, 34% jest przytłoczonych, 16% czuje się przygnębionych, a 30% odczuwa satysfakcję (Ryc. 5).



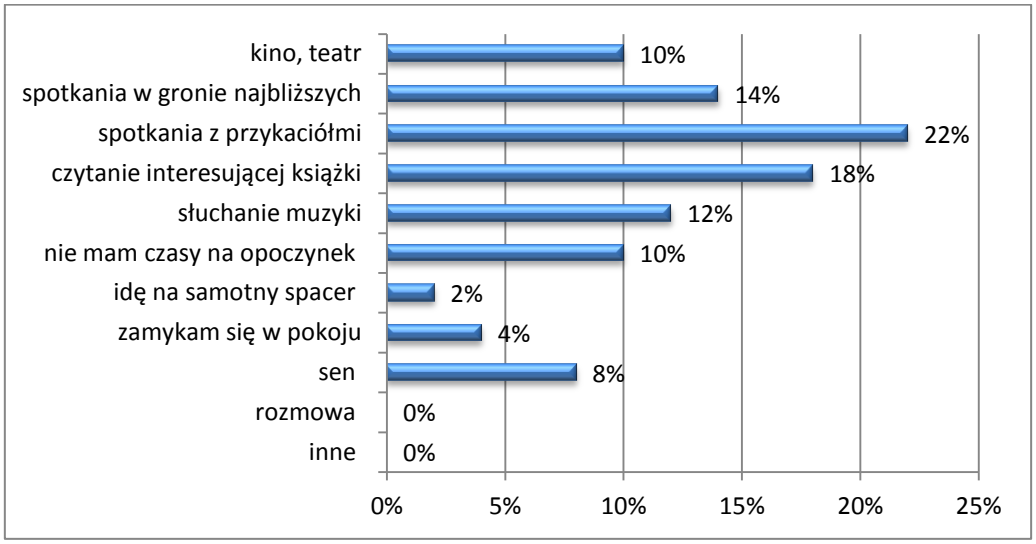
Rycina 4. Wpływ choroby SM na kontakty z rodziną chorych członków rodzin respondentów.



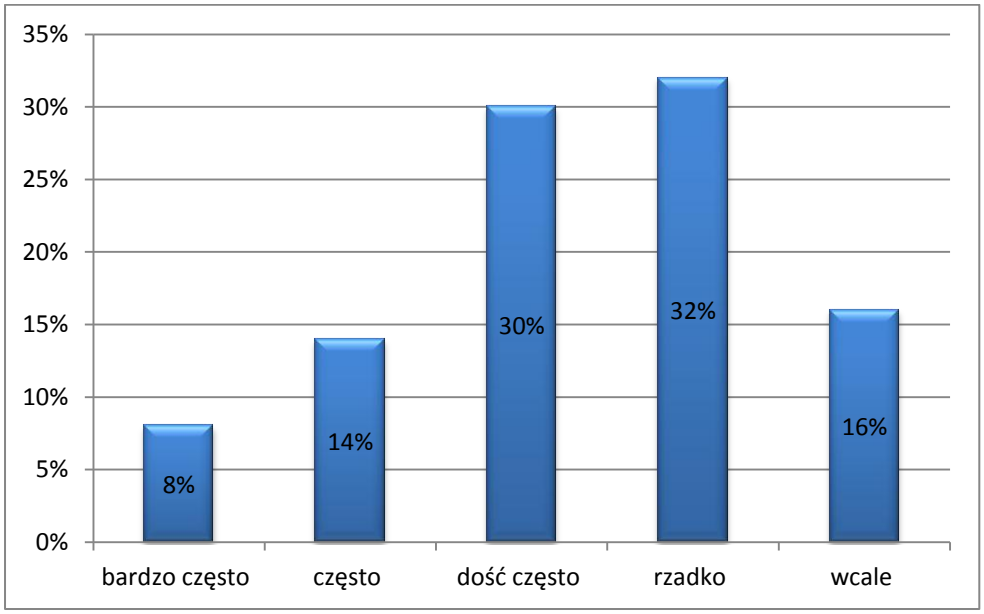
Rycina 5. Uczucia związane z opieką nad osobą chorą na SM towarzyszące respondentom.

W wolnym czasie 10% respondentów chodzi do kina, teatru, 14% wybiera spotkania w gronie najbliższych. Kolejne 22% korzystając z wolnego czasu spotyka się z przyjaciółmi, 18% czyta interesujące książki, a 12% słucha muzyki. Swój wolny czas 8% ankietowanych przeznacza na sen, 4% zamyka się w pokoju, kolejne 2% idzie na samotny spacer. Aż 10% osób biorących udział w badaniu deklaruje brak czasu na odpoczynek. Ani jedna osoba nie przeznacza wolnego czasu na rozmowę (Ryc. 6).

Z pomocy innych bardzo często korzysta 8% respondentów, często 14%, a dość często 30%. Kolejne 32% rzadko, a 16% wcale nie korzysta z pomocy, (Ryc. 7).



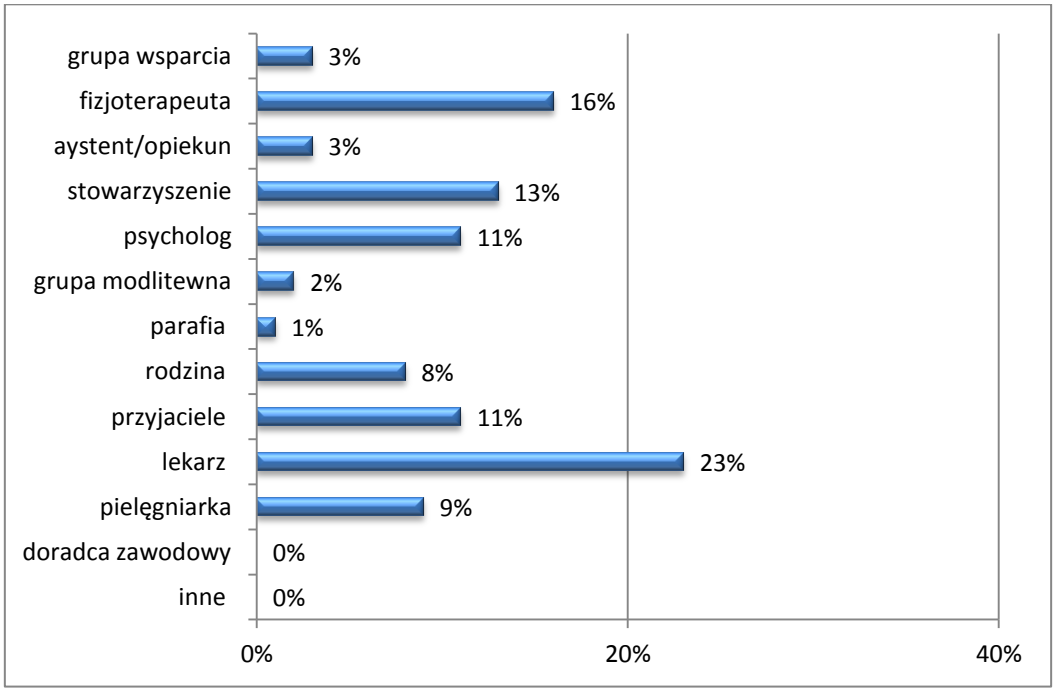
Rycina 6. Spędzanie wolnego czasu przez respondentów.



Rycina 7. Jak często respondenci korzystają z pomocy innych.

Opiekując się osobą chorą na SM po 3% respondentów korzysta z pomocy grup wsparcia oraz asystenta osoby niepełnosprawnej. O poradę fizjoterapeuty zwraca się 16%, ankietowanych, a 13% szuka pomocy w stowarzyszeniu chorych na SM. Po 11% deklaruje korzystanie z porad psychologa i przyjaciół. W grupie modlitewnej pomocy poszukuje 2%

ankietowanych, 1% w parafii. Pozostałe 8% zwraca się o pomoc do rodziny, 23% do lekarza, a 9% do pielęgniarki (Ryc. 8).



Rycina 8. Pomoc, z jakiej korzystają najczęściej respondenci.

Dyskusja

Stwardnienie rozsiane jest przewlekłą chorobą zapalno-demielinizacyjną ośrodkowego układu nerwowego (OUN). W trakcie jej trwania dochodzi do wystąpienia objawów uszkodzenia układu nerwowego oraz niesprawności fizycznej, których konsekwencją jest upośledzenie funkcjonowania psychospołecznego chorych [12]. SM i jego następstwa stwarzają okoliczności obciążające, które są źródłem bardzo przykrych, trudnych do zniesienia dolegliwości [11].

Stwardnienie rozsiane to choroba o licznych objawach klinicznych takich jak m.in. niedowłady, zaburzenia chodu i koordynacji, zaburzenia seksualne, dysfunkcja zwieraczy, problemy ze wzrokiem, ból, pogorszenie czynności poznawczych, depresja i lęk oraz zmęczenie. SM rozwija się między 20, a 40 rokiem życia, czyli w szczytowym okresie kształcenia się, rozwoju kariery zawodowej, realizacji planów zawodowych i rodzinnych. Diagnoza choroby jest przyczyną zmiany życiowych planów i zamierzeń [13].

Celem niniejszych badań była ocena poziomu wiedzy członków rodzin pacjentów ze stwardnieniem rozsianym na temat wybranych aspektów choroby. Z powodu wielu objawów

choroby, różnorodności problemów związanych z chorobą oraz z powodu ograniczeń związanych z ilością pytań w kwestionariuszu, w badaniu skoncentrowano się tylko na niektórych aspektach związanych z SM. W tym opracowaniu ograniczono się do przedstawienia wiedzy członków rodzin na temat wpływu regularnego wysiłku fizycznego na funkcjonowanie chorych na SM.

Większość osób chorych na SM to ludzie w młodym wieku. Wśród chorych członków rodzin respondentów ponad połowa nie przekroczyła 40 roku życia. Czas zachorowania ma swoje przełożenie na wykształcenie – wczesne rozpoznanie choroby często uniemożliwia kontynuację nauki. W badanej grupie większość chorych posiadała wykształcenie średnie i zawodowe, 8 osób miało wykształcenie wyższe. Tylko 13-tu chorych było czynnych zawodowo. Biorąc pod uwagę przebieg choroby, najwięcej, bo u 26 osób był to przebieg rzutowo-remisyjny, wtórnie-postępujący u 15 osób, u kolejnych 6 osób choroba miała przebieg pierwotnie-postępujący, jedynie u 3 osób postępujący z rzutami. Według Z. Kazibutowskiej postać rzutowo-remisyjna SM występuje u około 80% chorych. U większości po 5-7 latach przechodzi w postać wtórnie-postępującą. Postać pierwotnie-postępująca występuje u około 20% pacjentów. Najrzadziej występuje postać postępująca z rzutami [14]. Objawy towarzyszące chorobie wpływają na funkcjonowanie fizyczne pacjentów oraz często ograniczają chorym poruszanie się. Wśród członków rodzin respondentów 22 osoby używały wózka inwalidzkiego, 12 osób poruszało się samodzielnie lub przy pomocy balkonika. Problemy występujące u chorych członków rodzin osób biorących udział w badaniu można podzielić na 2 grupy: problemy ruchowe i społeczno-psychologiczne. Najważniejsze problemy występujące u chorych z rodzin osób ankietowanych to: łatwa męczliwość, zaburzenia równowagi, zaburzenia w oddawaniu moczu, spastyczność, niedowłady oraz dolegliwości bólowe. Najczęstszym problemem psychospołecznym dotyczącym chorych na SM wskazanym przez respondentów była depresja i zaburzenia koncentracji. H. Bartosik-Psujek podaje, że zmęczenie dotyczy około 80% chorych, a zaburzenia pamięci około 50% [15].

Dla chorych na SM bardzo ważne jest wykonywanie regularnych ćwiczeń. Wysiłek nie może być zbyt duży. Ponad połowa ankietowanych uważa, że regularny wysiłek fizyczny w przypadku chorych na SM nie ma żadnego wpływu na stan ich zdrowia. Te same osoby uważają, że regularny wysiłek pozwala dłużej zachować samodzielność, nie ma wpływu na wystąpienie rzutu choroby oraz poprawia jakość życia chorego. Według 42 osób poprawia sprawność mięśni i pozwala kontrolować masę ciała. Samodzielność daje większą wiarę we własne możliwości. Jednak ponad połowa ankietowanych nie wiedziała czy dotyczy to

również osób chorych na SM. Większość respondentów uznała, że regularny umiarkowany wysiłek fizyczny zapobiega wystąpieniu cukrzycy, chorobie niedokrwiennej serca oraz chorobie nadciśnieniowej. Według Z. Maciejaka regularny wysiłek ma pozytywny wpływ na stan fizyczny chorego na SM. Regularne ćwiczenia pozwalają przedłużyć sprawność, dzięki temu chory może pozostać samodzielny i odsunąć moment całkowitego uzależnienia od innych [8].

W miarę postępu, choroba może mieć negatywny wpływ na funkcjonowanie psychiczne chorego. Respondenci uznali, że choroba powoduje obniżenie nastroju, depresję, pojawianie się myśli samobójczych. H. Bartosik-Psujek uważa, że w SM częściej niż u zdrowych spotyka się depresję [15].

Rodziny chorych przeżywają wiele problemów związanych chorobą. Na podstawie badań funkcjonowania rodzin stwierdza się, że pod wieloma względami rodziny te funkcjonują podobnie jak przeciętne polskie rodziny. Danuta Ochojska w badaniach dotyczących psychologicznej analizy sytuacji w rodzinach osób dorosłych chorych na stwardnienie rozsiane podaje, że możemy mieć tendencje do patrzenia na sytuację chorych i ich rodzin z własnej perspektywy. Nie zdajemy sobie sprawy, że dzięki mechanizmom przystosowawczym nasza reakcja mogłaby być inna [16]. Dlatego ważne jest aby w badaniach zarówno chorych jak i ich rodzin pytać o ich subiektywne odczucia. Na pewno stwardnienie rozsiane wpływa negatywnie na funkcjonowanie rodziny chorego. Mówi się, że jest to sytuacja kryzysu. Rodzi ona lęk przed utratą chorej osoby, mogą pojawić się obawy przed własną śmiercią. Reakcje rodziny zależą w dużym stopniu od sytuacji w okresie poprzedzającym rozpoznanie choroby. Tam gdzie występowały w rodzinie napięcia, występuje dalszy wzrost zaburzeń. Zwiększeniu ulegać mogą problemy małżeńskie, dochodzi do pogłębienia się zmęczenia, depresji, rozpaczy, bezradności. Często ujawnia się bierna i jawna agresywność [16]. Osoby biorące udział w badaniu wśród uczuć związanych z opieką nad osobą chorą na SM najczęściej wymieniały przytłoczenie (34%), przygnębienie (16%), bezsilność (2%). Z drugiej strony 30% badanych odczuwa satysfakcję z opieki nad osobą chorą, spełnienie 14% członków rodzin, a radość 4% osób.

Prawie połowa osób biorących udział w badaniu twierdziła, że choroba pogorszyła kontakty chorego z rodziną, tyle samo uznało, że nie wpłynęła na te kontakty znacząco. Tylko 2 osoby uznały, że kontakty te poprawiły się. Danuta Ochojska przedstawia m.in. badania innych naukowców, którzy ukazują problemy dotyczące rodzin chorych z punktu widzenia samego chorego. Badając chorych na SM metodą projekcyjną wskazują oni, że relacje ze

współmałżonkiem są przez tych chorych oceniane jako zaburzone: konflikty, lekceważenie, złość [16].

Opiekunowie osób chorych powinni również znaleźć czas dla siebie. Oni także potrzebują kontaktów towarzyskich, wyjścia do kina, a nawet możliwości przeczytania ulubionej książki czy po prostu wyspania się. Są to bardzo dobre sposoby, aby uniknąć syndromu wypalenia. Respondenci różnie spędzają swój wolny czas: spotkania z przyjaciółmi wybiera 18 osób, czytanie interesującej książki – 15 osób, spotkanie w gronie najbliższych – 12 osób. Słuchając muzyki wypoczywa 10 osób, kino i teatr wybiera 8 osób, brak wolego czasu deklaruje 8 osób. D. Ochojska podaje, że w wyniku pojawienia się choroby bardzo często dochodzi do ograniczenia w kontaktach rodzin chorych z otoczeniem, ograniczeń spędzania czasu wolnego [16].

Wraz z postępem choroby może zaistnieć potrzeba zapewnienia choremu kompleksowej opieki. Nie tylko chory, ale i opiekun może korzystać z pomocy innych. Bardzo często korzysta z niej tylko 8% ankietowanych, a 14% wcale takiej pomocy nie szuka. Najczęściej korzystają z pomocy lekarza, fizjoterapeuty, stowarzyszenia chorych na SM. Tylko 8% uzyskuje pomoc ze strony rodziny. Najwięcej osób skorzystałoby z pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej. 18 zwróciłoby się o pomoc do przychodni POZ, a 14 osób wybrałoby powiatowe centrum pomocy rodzinie. Tylko 1 osoba wskazała dom pomocy społecznej. W rozwiązywaniu problemów dotyczących chorych na SM opiekunowie korzystają najczęściej z porad lekarza specjalisty (neurolog), wiedzy szukają w Internecie. Do lekarza rodzinnego zgłasza się 7%, a 5% opiera się na własnych doświadczeniach. Tylko 3% szuka pomocy u fizjoterapeuty i psychologa. Wśród ankietowanych 40% nie zna organizacji wspierających chorych na SM i ich rodziny. Większość deklaruje znajomość takich organizacji i wymienia Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Badania przeprowadzane wśród chorych i ich rodzin potwierdzają ogromną rolę tych organizacji w procesie zmagania się z chorobą. Podkreślają oni, ze najlepsze jest wsparcie ze strony ludzi, którzy mają podobne problemy. Dotyczy to zarówno chorych jak i ich rodzin. Udzielanie informacji, służenie radą, wysłuchanie, dodawanie otuchy, wsparcie zarówno medyczne, rehabilitacyjne jak i emocjonalne – to są cele działalności tych organizacji i taką pomoc można tam uzyskać [16].

Przeprowadzone badania oraz analiza wyników, wskazują na potrzebę poszerzenia grupy badawczej, jak również zastosowanie większej ilości zmiennych. Choroba przewlekła jaką jest SM dotyka najczęściej ludzi młodych i trwa do końca ich życia. Objawy choroby, a przede wszystkim postępująca niepełnosprawność, mają duży wpływ na funkcjonowanie

pacjentów, a także ich rodzin powodując obniżenie nastroju chorych, pogorszenie wzajemnych relacji w rodzinach oraz w środowisku, a także najczęściej niemożność podjęcia lub kontynuowania pracy zawodowej. Zasadna jest ocena wiedzy członków rodzin chorych na SM oraz wpływu choroby na funkcjonowanie rodzin chorych także z tego względu, że mało jest takich badań w Polsce. Te poszerzone badania, nowe uzyskane wyniki i ich analiza umożliwiłyby pogłębienie wiedzy na temat funkcjonowania fizycznego i psychospołecznego rodzin chorych na SM.

Wnioski

1. Członkowie rodzin chorych na SM biorący udział w badaniu mają podstawową wiedzę na temat wpływu regularnego wysiłku fizycznego na funkcjonowanie chorych. Uważają, że dzięki rehabilitacji można poprawić sprawność ruchową, dłużej zachować samodzielność, a co za tym idzie poprawić jakość życia chorego.
2. Prawie połowa respondentów stwierdziła, że choroba pogorszyła kontakty chorego z rodziną. Taka sama ilość osób podała, że choroba nie wpłynęła znacząco na kontakty chorego z rodziną.
3. U większości członków rodzin chorych na SM biorących udział w badaniu, opieka nad osobą chorą powoduje uczucie przytłoczenia, przygnębienia i bezsilności.

Piśmiennictwo

1. Selmaj K.: Stwardnienie rozsiane. Wydawnictwo Medyczne Termedia, Poznań, 2006.
2. Stelmasiak Z.: Praktyczne aspekty stwardnienia rozsianego. Med. Rodz., 2001, 12, 5-9.
3. Polman Ch. H.: Stwardnienie rozsiane: przewodnik po lekach i leczeniu. Wydawnictwo PTSR, Warszawa, 2007.
4. Olek M. J., Dawson D.V.: Stwardnienie rozsiane i inne zapalno-demielinizacyjne choroby OUN [w:] Bradley W.G., Daroff R.B., Ferichel G.M. (red.): Neurologia w praktyce klinicznej zaburzenia neurologiczne t. 2. Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2006.
5. Prusiński A.: Neurologia praktyczna. Wydawnictwo PZWL, Warszawa, 2005.
6. Szepietowska E.M.: Procesy pamięciowe u osób chorych na stwardnienie rozsiane: analiza neuropsychologiczna. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin, 2006.
7. Berlit P.: Neurologia kompendium. Wydawnictwo PZWL, Warszawa, 2008.

8. Maciejak Z.: Postępowanie w specjalnych sytuacjach życiowych chorych na stwardnienie rozsiane. Pol. Prz. Neurol., 2008, 4, supl. A, 74-75.
9. Zakrzewska-Pniewska B. (red.): Stwardnienie rozsiane. Nowy poradnik dla pacjenta. Wydawnictwo Medyczne Termedia, Poznań, 2010.
10. Fagius J.: Stwardnienie rozsiane – wskazówki dla pacjentów i osób z rodziny. Rada Główna PTSR, Warszawa, 2003.
11. Szafraniec L., Czernicki J.: Społeczne wyznaczniki jakości życia chorych ze stwardnieniem rozsianym i ich wpływ na poczucie komfortu psychicznego. Post. Rehabil., 1998, 12:51-57.
12. Kesserling J., Beer S.: Rehabilitation in multiple sclerosis. Adv. Clin. Neurosci. Rehab., 2002, 2: 6-8.
13. Szafraniec L., Czernicki J.: Wybrane elementy jakości życia u chorych na stwardnienie rozsiane. Post. Rehabil., 1996, supl. 2:305-309.
14. Kazibutowska Z.: Diagnostyka, rokowanie i leczenie w stwardnieniu rozsianym w kontekście zagadnień rehabilitacji. Pol. Przegl. Neurol., 2008,4, supl.A, 46 – 47.
15. Bartosik–Psujek H.: Leczenie objawowe stwardnienia rozsianego. Pol. Przegl. Neuro., 2008, 4, supl. A, 71-72.
16. Ochojska D.: Stwardnienie rozsiane i rodzina. Psychologiczna analiza sytuacji w rodzinach osób dorosłych chorych na stwardnienie rozsiane. Wydawnictwo WSP, Rzeszów 2000.

WYBRANE PROBLEMY INTERDYSCYPLINARNEJ OPIEKI MEDYCZNEJ



Moczydłowska Alicja[1,2], Krajewska-Kułak Elżbieta[3], Bielski Krzysztof[1], Perkowska Ewa[4,5], Fiega Ewa[1,6]

Wsparcie społeczne w chorobie

1. Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem
2. Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży
3. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
4. Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Białymstoku
5. Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży

W latach siedemdziesiątych XX wieku, jak podaje Sęk i Cieślak [1], po raz pierwszy pojawił się termin „wsparcia społecznego". Niestety, mimo upływu lat, jego określenie do dnia dzisiejszego nie ma jednoznacznej definicji [1].

Jak podkreślają Szymańska i Sienkiewicz [2] „*literatura na temat wsparcia społecznego ma w zdecydowanej większości charakter empiryczny, nie odwołuje się do konkretnej płaszczyzny teoretycznej. Opracowania empiryczne zazwyczaj opierają się na definicjach wsparcia społecznego o zróżnicowanym zakresie desygnatów, które przyjmowane są na podstawie różnorodnych kryteriów. Wyznacznikami mogą być na przykład określone narzędzia pomiaru, tworzone na doraźny użytek badawczy"*

Pojęcie „wsparcie społeczne", za Szymańska i Sienkiewicz [3] jest określeniem wieloznacznym i niejasnym zarówno pod względem treściowym, jak i zakresowym. Według Kirenko [3] można je rozumieć, jako:

- oczekiwaną pomoc dostępną jednostce lub grupie w sytuacjach trudnych, stresowych, przełomowych, których nie są w stanie samodzielnie przezwyciężyć;
- postawę pomagania osobom potrzebującym w odzyskaniu utraconej równowagi psychicznej lub zapobiegania sytuacjom mogącym taki stan wywołać;
- przekaz informacji budujących u jednostki świadomość tego, że jest szanowana, podlega opiece, funkcjonuje jako członek określonej sieci komunikacji i wzajemnych zobowiązań;
- zasoby dostarczane przez innych, jako pomoc w radzeniu sobie lub wymiana zasobów w interakcjach społecznych.

W literaturze przedmiotu [4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18] podkreśla się, iż w utrzymaniu zdrowia człowieka wsparcie społeczne odgrywa szczególnie ważną rolę: zmniejsza poczucie osamotnienia, ochrania przed chorobą, wspomaga procesy zdrowienia, powoduje wzrost samoopieki, wzmacnia chęć przezwyciężenia sytuacji trudnej, pozwala modyfikować swoje dotychczasowe przyzwyczajenia lub zmienić nastawienie do dalszego leczenia. W związku z powyższym wsparcie społeczne często określa się jako powszechnie oczekiwaną pomoc, dostępną dla jednostki w sytuacjach trudnych, stresowych, w których nie jest ona w stanie sama uporać się z problemami [4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13,1 4, 15, 16, 17, 18].

Istnieje wiele teorii i definicji wsparcia społecznego, jednak ich autorzy, za Jaworowska – Obój i Skuza [5] twierdzą, że brak powszechnie tego czynnika może mieć wpływ na powstanie wielu chorób, zaś posiadanie go z pewnością chroni przed zachorowaniem. Podstawą wsparcia jest otoczenie społeczne, dzięki któremu osoba może otrzymać potrzebną, oczekiwaną i pożądaną pomoc w sytuacjach trudnych, często w poczuciu osamotnienia - bezradności. Stan ten bez wątpienia wpływa na obniżenie odporności psychicznej i fizycznej, predysponując do wielu chorób somatycznych, jak zawał mięśnia sercowego, nowotwory i wiele innych często zaliczanych do chorób cywilizacyjnych [cyt. za 5]. Często następstwem są choroby psychiczne, depresje lub zaburzenia osobowości. Problem jednak wydaje się bardziej złożony, gdyż wsparcie społeczne może powodować skutki ujemne, jak poczucie zagrożenia, poczucie nadmiaru kontroli ze strony bliskich i otoczenia, ograniczenia radzenia sobie z problemami dnia codziennego i wiele innych. Na podstawie badań z pewnością możemy stwierdzić, że osoba dobrze zintegrowana ze społeczeństwem powinna być zdrowsza, w odniesieniu do osób nieposiadających doświadczeń w tym zakresie. Ważne w tej kwestii są predyspozycje osobnicze [cyt. za 5].

W opinii Sęk [19], wsparcie społeczne to pewien rodzaj interakcji podejmowanej w sytuacji problemowej lub trudnej i ukierunkowanej na zbliżenie jednego lub obu uczestników do rozwiązania problemu, przezwyciężenia trudności, restrukturyzację zakłóconej relacji z otoczeniem oraz podtrzymywanie emocjonalne. Może to być zjawisko jednostronne lub dwustronne, a kierunek relacji: wspierający, wspierany, stały, bądź zmienny, zachodzący w różnych odstępach czasowych. Skuteczność powyższego zależy także od stopnia zgodności między wsparciem oczekiwanym a uzyskanym. W trakcie udzielanego/otrzymywanego wsparcia zachodzi wymiana emocji (wsparcie emocjonalne),

informacji (wsparciem informacyjne), instrumentów działania (wsparcie instrumentalne) oraz dóbr materialnych (wsparcie rzeczowe) [19].

Wsparcie podczas choroby lub niepełnosprawności, jak uważa Sęk [19], może być interpretowane, jako rodzaj pomagania chorym i ich rodzinom, wpływając mobilizująco na jednostkę, w celu radzenia sobie z własnymi problemami. Należy jednak pamiętać o najważniejszym źródle wsparcia społecznego dla pacjenta, jakim jest jego rodzina, przyjaciele, znajomi – wszyscy, którzy są z bliskiego otoczenia, obdarzeni zaufaniem i pozostający w bliskim kontakcie emocjonalnym [1, 20, 21, 22]. Rodzina jest najważniejsza i niezawodna w sytuacjach wyjątkowo kryzysowych, gdy towarzyszy nieuleczalna choroba. Nie można zapomnieć, że grono najbliższych może udzielić wsparcia, które da siłę uporania się ze stresem wywołanym przez chorobę [1, 20, 21, 22].

Wtórnym źródłem wsparcia społecznego mogą być instytucje państwowe i prywatne zapewniające opiekę i pomagające w codziennym funkcjonowaniu i rozwoju, np. fundacje, domy pomocy społecznej, hospicja, stowarzyszenia, rodziny chorych oraz wolontariusze [1, 20, 21, 22].

Przeprowadzone badania [1, 21, 22, 23] dowiodły, że we wszystkich kulturach wsparcie społeczne sprzyja lepszemu funkcjonowaniu jednostek, rodzin, najbliższych, grup sąsiedzkich i współpracowników wpływając korzystnie na zdrowie fizyczne i społeczne. Działa jak „bufor" wobec negatywnych skutków stresu, oddziałując pozytywnie na przebieg leczenia, rehabilitacji oraz rekonwalescencji po przebytych chorobach. Otrzymywanie go daje możliwość lepszego radzenia ze stresem i napotykanymi trudnościami, wpływając bardzo korzystnie na psychikę człowieka chorego [1, 21, 22, 23].

Małkowska-Szkutkin [24], na podstawie przeprowadzonych badań potwierdziła, że w Polsce większość ludzi dorosłych postrzega wokół siebie osoby lub instytucje, gdzie mogą się zwrócić o pomoc w sytuacjach trudnych. Jednak zdaniem badanej młodzieży twierdzą oni, że nie mają nikogo bliskiego, kogo mogliby poprosić o pomoc [24].

Pamiętać należy, iż ludzie różnią się jednak od siebie pod względem potrzeby wsparcia społecznego, a różnice te zależne są od wielu czynników, w tym np.: wiek, płeć, warunki społeczne [1, 24]. W przypadku, gdy człowiek ma prawidłowo rozwinięte potrzeby wsparcia i pozwoli na ich ujawnienie się, umie z niego korzystać. W tej sytuacji należy zgodzić się z opinią, że wsparcie społeczne jest zjawiskiem dość skomplikowanym, a dążenie ludzi do jego uzyskania jest właściwością indywidualną [1, 24].

Wsparcie społeczne wzmacnia [1, 25]:

- dostarczanie informacji dających możliwość uniknięcia bardzo ryzykownych zachowań, stresów,
- dostarczanie wzorców zachowań,
- podniesienie poczucia własnych wartości, tożsamości i kontroli nad otoczeniem,
- oddziaływanie na normy społeczne,
- uzyskanie pomocy materialnej, wsparcia emocjonalnego.

Obok pozytywnych aspektów wsparcia, mogą pojawić się i negatywne ich oddziaływania, wiążące się z powstałym napięciem społecznym, których źródłem mogą być zbyt wysokie wymagania stawiane wobec osób udzielających pomocy, krytykowanie ich lub wtrącanie się w ich prywatne życie [22, 23]. Ocena otrzymanego wsparcia bywa często zakłócona przez stresujące zdarzenie życiowe, na które pacjent jest narażony, a objawia się to brakiem umiejętności radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych [22, 23].

Relacje pomiędzy wsparciem społecznym a rozpoznaną u pacjenta chorobą nowotworową niesie wiele niepowodzeń. Bloom i Kessler [21] w swoich badaniach dowiedli, że większość przyjaciół osoby chorej onkologicznie „usuwa się w cień" na wieść o rozpoznaniu „rak". W ten sposób zostaje ona pozbawiona wsparcia w sytuacji, kiedy jest to jej najbardziej potrzebne. Bloom i Kessler [21] przytaczają i wyjaśniają dwa mechanizmy powodujące odizolowanie się otoczenia od osoby chorej. Jednym z nich jest tzw. stigma – rozumiana, jako negatywna ocena osoby chorej, w wyniku której osoba ta umiejscawiana jest poza pewnymi kręgami społecznymi bez wyznaczników relacji międzyludzkich. Brak atrybutów jest faktem społecznie dyskryminującym w środowisku. Wskazują [21] również na fakt, iż choroba nowotworowa rzutuje na ograniczenie aktywności pacjenta

W literaturze [1, 21] często podkreśla się, iż w kontaktach z chorymi nowotworowymi zarówno personel medyczny, jak i rodzina, nie wiedzą co mają im powiedzieć, o czym z nimi rozmawiać i w końcu jak pomóc. Powstałe napięcie emocjonalne zwłaszcza u osób odwiedzających, doprowadza do stanu „wycofania się" z otoczenia ludzi chorych. Wśród nich są i takie osoby, które sądzą, że kontakt z osobą nieuleczalnie chorą wpływa na nich antyzdrowotnie, czego konsekwencję może być, np. podzielenie jej losu.

Kawczyńska-Butrym [26] wsparcie określa jako *„szczególny sposób i rodzaj pomocy udzielanej poszczególnym osobom i grupom głównie w celu mobilizowania ich sił, potencjału i zasobów, które zachowali, aby mogli sami sobie radzić ze swoimi problemami*", zaś Jaworowska-Obój i Skuza [5], jako pomoc udzielaną jednostce w sytuacjach trudnych i stresowych.

W opinii Kirenko i wsp. [27, 28], wsparcie społeczne jest związane z otrzymaniem powszechnie oczekiwanej pomocy i to w takich sytuacjach, w których dana osoba nie jest w stanie sama poradzić

Franks i wsp. [18] określają wsparcie społeczne, jako swoisty układ społecznych relacji i więzi, które pozytywnie, pośrednio lub bezpośrednio, oddziaływają na jednostkę. W opinii autora [18] zakłada ono istnienie między ludźmi relacji pozwalającej osobie wspomaganej dostrzec i odczuć, że ma wokół siebie ludzi, na których może polegać, co w konsekwencji stwarza jej poczucie bezpieczeństwa i oparcia [18].

Wsparcie społeczne, za Kawula [29] rozpatruje w dwóch aspektach, jako „*pomoc dostępną jednostce lub grupie w sytuacjach trudnych, stresowych, przełomowych, a których bez wsparcia ze strony innych osób nie są w stanie przezwyciężyć"* oraz jako „*rodzaj interakcji społecznej podjętej przez jedną lub dwie strony w sytuacji problemowej, w której dochodzi do wymiany informacji emocjonalnej lub instrumentalnej",* jako wymianę jednostronną lub dwustronną, stałą lub zmieniającą się.

Kawula [29] uważa, iż może ono zachodzić w różnych sytuacjach i fazach ludzkiego życia, a działania wspierające go muszą zachodzić w czterech podstawowych układach, takich jak:

- człowiek – człowiek (relacje rodzinne, rówieśnicze, sąsiedzkie, zawodowe, koleżeńskie),
- człowiek – grupa (rodzina własna, stowarzyszenia, środowiska sąsiedzkie i lokalne, kościoły, grupy podkulturowe, grupy wsparcia),
- człowiek – instytucje (instytucje pomocy i porady prawnej, medycznej i socjalnej, instytucje usługowe, edukacyjne, instytucje szeroko rozumianej polityki społecznej, instytucje samorządowe i samopomocowe),
- człowiek – szersze układy (obejmujące relacje w wymiarze środowiska okolicznego, gminy, miasta lub jego dzielnicy, rejonu zamieszkania, regionu etnicznego i kulturowego (tzw. małe ojczyzny), organizacji i stowarzyszeń regionalnych, ogólnopolskich, międzynarodowych).

Rolę wsparcia społecznego Kawula [29] widzi, jako niezbywalny składnik „spirali życzliwości" i wytycza warunki, jakie powinny być spełnione, aby ten szczególny rodzaj relacji międzyludzkiej mógł zaistnieć i funkcjonować w środowisku:

- środowisko powinno mobilizować potencjał i energię jednostek lub grup dla rozwiązania problemów trudnych, wymagających interwencji, wsparcia i pomocy ze strony innych,
- środowisko i jego elementy składowe powinny zgłaszać gotowość współdziałania w rozwiązywaniu problemów,
- środowisko powinno oferować konkretną pomoc w odpowiedniej formie i postaci,
- środowisko powinno poddać analizie i ocenie efekty udzielanego wsparcia [29].

Wills, za Pommersbach [30], wyróżnił kilka rodzajów wsparcia:

- *podtrzymujące samoocenę* - porównywalne ze wsparciem emocjonalnym, gdyż obecność bliskich osób oraz doświadczanie akceptacji przeciwdziała negatywnym skutkom stresu, a podtrzymywanie samooceny jest jedną z funkcji wsparcia społecznego
- *prestiżowe* - gdyż możliwe jest, iż wspierające właściwości więzów społecznych wynikają z samego faktu ich istnienia,
- *informacyjne* – jest dostarczaniem informacji, rady oraz wyrażaniem oceny w sytuacjach konfliktowych,
- *instrumentalne* - dostarczanie pomocy w rozwiązywaniu trudnych zadań życiowych, może przybierać formę pożyczania pieniędzy czy dóbr,
- *obcowanie społeczne* - jest jedną z form radzenia sobie ze stresem poprzez udział w różnych formach życia towarzyskiego, np. koncertach, spotkaniach, wyjścia do kina, teatru, udział w imprezach turystycznych, sportowych,
- *motywacyjne* - ma szczególne znaczenie dla osób, które znalazły się sytuacji trudnej, a która ma postać chroniczną, polega na zachęcaniu i motywowaniu podmiotu do wytrwania w wysiłkach zmierzających do zlikwidowania problemu lub tylko do znacznego poprawienia swojej sytuacji [30].

Langford i wsp. [31] oraz Hupcey [32] wyróżniają wsparcie:

- *strukturalne* – określane, jako obiektywnie istniejąca w środowisku jednostki sieć społeczna, składająca się z nieformalnych i formalnych możliwych źródeł pomocy, w której osadzona jest osoba lub osoby będące potencjalnymi adresatami wsparcia, stanowiąca bazę, dzięki której może zachodzić proces wsparcia,
- *funkcjonalne* – odnoszące się do funkcji i jakości interakcji społecznej, w której uczestniczą co najmniej dwie osoby i w trakcie której zachodzi proces wsparcia, czyli przekazywanie lub wymiana różnego rodzaju zasobów,

- *instrumentalne* - polegające na udzielaniu informacji lub instruktażu dotyczącego konkretnych sposobów postępowania w określonej sytuacji,
- *emocjonalne* - łagodzące negatywne uczucia, wyzwalające poczucie nadziei, poprawiające samoocenę i samopoczucie,
- *informacyjne* - pozwalające na lepsze zrozumienie i ocenę sytuacji kryzysowej,
- *rzeczowe* - będące konkretną pomocą materialną i finansową,
- *duchowe* - odnoszące się do sfery sensu i ducha, łagodzące cierpienie i ból związane, np. z chorobą czy kalectwem,
- *spostrzegane* - będące przekonaniami jednostki dotyczącymi dostępności wsparcia, a także subiektywną oceną jakości uzyskiwanego wparcia,
- *faktycznie otrzymywane* - mierzone obiektywnie lub szacowane na podstawie relacji osoby, do której jest ono kierowane.

Według Axera [33], obiektywnie istniejące sieci wsparcia ujmowane są również jako źródła wsparcia, które dzieli się na trzy podstawowe systemy oparcia społecznego:

- instytucje lub sieć instytucji, które udzielają ludziom pomocy medycznej, psychologicznej, społecznej, również programy pomocy, które zaspokajają potrzeby klientów, głównie poprzez zasoby ich naturalnego otoczenia,
- organizacje pomocy oparte na działalności profesjonalistów w danej dziedzinie oraz organizacje powstające spontanicznie: stowarzyszenia, grupy wolontaryjne, grupy wsparcia, skupiające ludzi o podobnych problemach, zapobiegające ich izolacji, dające poczucie przynależności, pozwalające na wymianę doświadczeń, informacji oraz służące ochronie interesów swoich członków,
- osoby z najbliższego otoczenia jednostki, których uczucia, postawy, zachowania wpływają korzystnie na podmiot.

Kawczyńska - Butrym [26] wymienia systemy:

- pierwotne (rodzina, osoby lub inne rodziny, które posiadają podobny problem, rodziny zaprzyjaźnione, osoby będące członkami różnych stowarzyszeń, przyjaciół i bliskich znajomych, sąsiadów),
- wtórne (grupy samopomocy, stowarzyszenia, grupy wyznaniowe, charytatywne, fundacje, przedszkola, szkoły specjalne i integracyjne, domy pomocy społecznej).

Łuszczyńska [34] podkreśla, iż badania prowadzone w różnych populacjach chorych, czy też osób cierpiących z innych powodów, potwierdzają występowanie tendencji spadkowej w otrzymywaniu wsparcia z różnych źródeł w miarę upływu czasu od wystąpienia traumy,

choroby, straty. Spadkowi otrzymywanego wsparcia społecznego towarzyszy także coraz mniejsze zadowolenie z procesu wspierania [34].

Piśmiennictwo

1. Sęk H., Cieślak R.: Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia społecznego, wybrane koncepcje teoretyczne. [w:] Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. Sęk H., Cieślak R. (red.). Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004, 11-28.
2. Szymańska J., Sienkiewicz E.: Wsparcie społeczne. Curr. Probl. Psychiatry, 2011, 12, 550-553.
3. Kirenko J., Byra S.: Zasoby osobiste w chorobach psychosomatycznych. Wydawnictwo UMCS. Lublin 2008.
4. Taylor S.E.: Psychologia zdrowia: nauka i praktyka. Now. Psychol., 1992, 1, 37–56.
5. Jaworska-Obój Z., Skuza B.: Pojęcie wsparcia społecznego i jego funkcje w badaniach naukowych. Przegl. Psychol., 1986, 3, 733-746.
6. Bishop G.D.: Psychologia zdrowia. Zintegrowany umysł i ciało. Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2000.
7. DeLongis A., Folkman S., Lazarus R.S.: The impact of daily stress on health and mood: Psychological and social resources as mediators. J. Pers. Soc. Psychol., 1998, 54, 486–495.
8. Kobasa S.C., Puccetti M.C.: Personality and social resources in stress resistance. J. Pers. Soc. Psychol., 1983, 45, 839–850.
9. Pommersbach J.: Wsparcie społeczne a choroba. Przegl. Psychol., 1988, 31, 503–525.
10. Rice P.L.: Stress and health. 3rd Edition, Brooks/Cole, Pacific Grove, 1998, 1-380.
11. Sęk H.: Społeczna psychologia kliniczna. Wydawnictwo PWN, Warszawa 1991, 1-574.
12. Sęk H.: Wsparcie społeczne - co zrobić, aby stało się pojęciem naukowym? Przegl. Psychol., 1986, 29, 791–800.
13. Sheridan C.L., Radmacher S.A.: Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia. Wydawnictwo IPZ PTP, Warszawa 1998.
14. Silver R.L., Wortman C.B.: Radzenie sobie z krytycznymi wydarzeniami w życiu. Now. Psychol., 1984, 4–5, 29–59.

15. Ponczek D., Nowicki A., Zegarski W., Banaszkiewicz Z.: Ocena jakości życia chorych leczonych chirurgicznie z powodu raka odbytnicy w aspekcie czynników społeczno-demograficznych. Współcz. Onkol., 2006, 10, 164–170.
16. Kurowska K., Kościelna H.: Orientacja życiowa a wsparcie społeczne u osób z kolostomią wyłonioną z powodu raka jelita grubego. Współcz. Onkol., 2008, 12, 228–233.
17. Trzciński R., Biskup-Wróblewska A., Dziki A. Życie emocjonalne pacjentów ze stomią. Proktologia, 2005, 6, 299–306.
18. Franks P., Campell T., Schields C.G.: Social relationship and health. The relative roles of family functioning and social-support. Social Sci. Med., 1992, 34, 779-788.
19. Sęk H.: Wsparcie społeczne jako kategoria zasobów. [w:] Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki, Juszczyński Z., Ogińska-Bulik N. (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2003, 14-25.
20. Kujawska – Tenner J., Łuczak J., Okupy M., i wsp.: Zwalczanie bólów nowotworowych. Wydawnictwo MZiOS. Warszawa 1994, 48-60.
21. Bloom S., Kessler L.: Emotional Support Following Cancer. A Test of the Stigma and Social Activity Hypotheses. J. Health Soc. Behav., 1994, 35, 118-133.
22. Kmiecik-Baran K.: Skala wsparcia społecznego. Teoria i właściwości psychometryczne. Przegl. Psychol., 1995, 38, 201–214.
23. Woynarowska B.: Edukacja zdrowotna. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 2008.
24. Małkowska-Szkutkin A.: Spostrzegane wsparcie społeczne. [w:] Zdrowie subiektywne, zadowolenie z życia i zachowania zdrowotne uczniów ponadgimnazjalnych w Polsce w kontekście czynników psychospołecznych i środowiskowych, Oblacińska A., Woynarowska B. (red.). Wydawnictwo Instytutu Matki i Dziecka, Warszawa 2006, 91-110.
25. Ostrowska A.: Promocja zdrowia ludzi chorych i niepełnosprawnych. [w:] Promocja zdrowia, Karski J. B. (red.). Wydawnictwo Ignis, Warszawa 1999, 118 i 349-366.
26. Kawczyńska-Butrym Z.: Niepełnosprawność´ – specyfika pomocy społecznej. Wydawnictwo Śląsk, Katowice 1998.
27. Kirenko J., Parchomiuk M.: Wsparcie społeczne młodzieży z mózgowym porażeniem dziecięcym i jego uwarunkowania. Auxilium Sociale. Wsparcie Społeczne, 2000, 1, 56.
28. Kirenko J.: Nie jesteś sam. Wsparcie osób z niepełnosprawnością. Reg. Ośrodek Polityki Społecznej, Lublin, 2002.

29. Kawula S.: Wsparcie społeczne – kluczowy wymiar pedagogiki społecznej. Pedagogika Opiekuńczo-Wychowawcza, 1996, 1, 6.
30. Pommersbach J.: Wsparcie społeczne a choroba. Przegl. Psychol., 1988, 31, 503–525.
31. Langford C.P., Bowsher J.,Maloney J.P., Lillis P.P.: Social support: a conceptual analysis. J. Adv. Nurs., 1997, 25, 95-100.
32. Hupcey J.E.: Clarifying the social support theory-research linkage. J. Adv. Nurs., 1998, 27, 1231-1241.
33. Axer A.: Społeczne systemy oparcia w środowisku chorego psychicznie. Stud. Socjol., 1983, 4, 200.
34. Łuszczyńska A. Wsparcie społeczne a stres traumatyczny. [w:] Wsparcie społeczne, stres i zdrowie, Sęk H., Cieślak R.(red.). Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004, 202–203.

Moczydłowska Alicja[1,2], Krajewska-Kułak Elżbieta[3], Bielski Krzysztof[1], Fiega Ewa [2,4], Perkowska Ewa[5,6], Kowalewska Beata[3,7]

Satysfakcja chorych z opieki medycznej

1. Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem
2. Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży
3. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
4. Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży
5. Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
6. Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Białymstoku
7. Instytut Medyczny im. Bł. Matki Teresy z Kalkuty Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

Opinia chorych jest niezwykle cennym źródłem informacji na temat jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych przez zakłady opieki zdrowotnej.

W literaturze przedmiotu, za Wrońskim i wsp. [1], iż pojęcie „jakości usługi medycznej" pojawiło się na początku XX wieku w Stanach Zjednoczonych, a pierwszą grupą zawodową dążącą do niej byli chirurdzy. Przyczyniło się do tego także powstanie w 1913 roku organizacji *American College of Surgeons*, która zapoczątkowała tworzenie standardów dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych w szpitalach [1].

W opinii Wrońskiego [2] „*jakość usług medycznych jest nierozerwalnie związana ze standardami medycznymi, których zadaniem jest wskazanie lekarzowi odpowiedniej ścieżki postępowania diagnostyczno-leczniczego"*

W innej pracy, Wroński i wsp. [2] podkreślają, że w drugiej połowie XX wieku, w różnych placówkach, w tym także w zakładach opieki zdrowotnej, zaczęto stosować zarządzanie przez jakość (TQM – *Total Quality Management*), polegające na wytwarzaniu coraz lepszych jakościowo produktów po to, aby skutecznie konkurować z innymi organizacjami na rynku.

Palczewska [3] w swoim artykule przybliża historię kompleksowego zarządzania jakością, które rozpoczęło się w Japonii po zakończeniu II wojny światowej, pod rządami amerykańskich władz okupacyjnych, kiedy to pozwolono pochodzącym z USA specjalistom w dziedzinie statystycznej kontroli jakości, między innymi Edwardsowi Demingowi i Josephowi Juranowi, propagować wśród japońskiej kadry kierowniczej swoje idee zarządzania firmą. W kolejnym etapie, powyższe teorie zostały rozwinięte przez rodzimych japońskich naukowców i praktyków, takich jak Kaoru Ishikawa czy Genichi Tauguchi,

a z czasem koncepcja TQM zaczęła być stosowana nie tylko w zakładach przemysłowych, ale także w innego typu instytucjach, również w placówkach ochrony zdrowia. TQM w odniesieniu do placówek ochrony zdrowia to podejście do zarządzania organizacją, skoncentrowane na jakości, oparte na udziale wszystkich członków organizacji i nakierowane na osiągnięcie długotrwałego sukcesu dzięki zadowoleniu pacjenta oraz korzyściom dla wszystkich członków organizacji i dla społeczeństwa [3].

Za podstawowe elementy totalnego zarządzania jakością Palczewska [3] uważa:

- koncentrację działalności placówki ochrony zdrowia na potrzebach pacjenta,
- zaangażowanie i współdziałanie wszystkich pracowników organizacji wokół zespołów międzyoddziałowych,
- dążenie do stałego doskonalenia i uczenia się.

Vuori [4] jest przekonany, iż potwierdzeniem wysokiej jakości opieki jest zadowolenie z niej pacjenta.

Kurpas i wsp. [5] podkreślają, iż najlepszym źródłem informacji o jakości usług z perspektywy pacjenta jest badanie satysfakcji, rozpatrywanej jako jedna ze składowych jakości opieki medycznej oraz główny czynnik warunkujący przestrzeganie zaleceń lekarza, prowadzący do lepszych efektów klinicznych samej opieki zdrowotnej.

W opinii Maciąg i Sakowskiej [6] można wyróżnić trzy kluczowe sfery jakości usług medycznych, których systematyczne usprawnianie optymalnie zaspokaja potrzeby i oczekiwania:

- sferę organizacyjną – w celu zwiększenia bezpieczeństwa i zdobycia zaufania pacjentów, instytucje opieki zdrowotnej powinny spełniać oczekiwania dotyczące takich cech jakości jak: niezawodność, dostępność oraz odpowiedzialność
- sferę informacyjną, należącą do podstawowych zasobów placówki medycznej oddziałujących na bezpieczeństwo i satysfakcję pacjenta, ponieważ ułatwiona komunikacja, umiejętność słuchania potrzeb pacjentów, kompetentna i wiarygodna informacja zmniejszają barierę nieufności pomiędzy świadczeniobiorcą, a świadczeniodawcą
- sferę techniczną – związaną z przestrzeganiem procedur pod względem technicznym, a więc wyeliminowaniem przyczyn potencjalnych usterek.

Maciąg i Sakowska [6] zwracają także uwagę, iż w celu uzyskania opinii o jakości świadczeń w różnych obszarach działalności placówki ochrony zdrowia, wpływających zarówno bezpośrednio, jak i pośrednio na finalny kształt usługi, stosuje się wybrane narzędzia

oceny satysfakcji pacjentów [6]. Najczęściej używaną w tym celu jest pięciostopniowa metoda oceny zwana skalą E/P (ang. *excellent/poor*), np.: Jak ocenia Pan(i) pracę personelu lekarskiego? (możliwe odpowiedzi: bardzo dobrze, dobrze, raczej dobrze, źle, bardzo źle) [6]. Innymi popularnymi skalami są skala satysfakcji VS/VD (*very satisfied/very dissatisfied* – bardzo zadowolony, bardzo niezadowolony), pięciostopniowa skala atrybutów (bardzo życzliwie/bardzo nieżyczliwie) oraz skala Likerta (zdecydowanie się zgadzam/zdecydowanie się nie zgadzam) [6]. Innym, „bezpieczniejszym" sposobem prowadzenia badań satysfakcji pacjentów, jest korzystanie ze sprawdzonych i stosowanych metod, a jedną z pomocnych w przeprowadzeniu tego rodzaju badań, pasujących do specyfiki analizowanej instytucji jest metoda *servqual*. Została ona opracowana przez Parasuramana, Zeithalma i Berry'ego oraz szczegółowo opisana w artykule tych autorów pt. *A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research*, opublikowanym w Journal of Marketing w 1985 roku [6].

Swoistej metaanalizy dziesięciu prac poświęconych satysfakcji pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej dokonali Marcinowicz i Grębowski [7] i stwierdzili, że we wszystkich publikacjach poziom zadowolenia pacjentów był wysoki, a odsetek pozytywnie oceniających opiekę zdrowotną świadczoną w poradniach (funkcjonowanie rejestracji, praca personelu pielęgniarskiego, poświęcanie wystarczającej ilości czasu przez lekarzy, ocena ich fachowej wiedzy, ocena możliwości uzyskania porady lekarskiej), znacznie większy w porównaniu z odsetkiem niezadowolonych osób. Autorzy [7] wykazali, iż liczba pacjentów niezadowolonych z usług podstawowej opieki zdrowotnej była mała, ale zróżnicowana w zależności od sposobu zbierania danych: w badaniach prowadzonych metodą sondażu z wykorzystaniem ankiety pocztowej była większa, natomiast w badaniach polegających na wywiadzie – mniejsza [7].

Celem uzyskania wiarygodnych wyników, dotyczących jakości opieki medycznej, konieczne jest otrzymanie informacji zarówno od osób świadczących usługi medyczne, jak i od ich biorców, a jedną z metod oceny poziomu opieki - badanie satysfakcji chorych [8, 9, 10, 11, 12].

Zgodnie z definicją słownika języka polskiego PWN [13] „*satysfakcja to przyjemność, jaką odczuwamy, gdy osiągamy coś, na czym nam zależało*" lub „*zadośćuczynienie za wyrządzoną komuś krzywdę lub za obrazę*".

Określenie słowa satysfakcja, z łac. *satis*, za Gutysz-Woźnicka i Dyk [14] oznacza „wystarczająco", czyli tyle, ile potrzeba do pełnego zaspokojenia oczekiwań, potrzeb, dążeń, w sposób taki, aby nie było miejsca na skargę.

Satysfakcja pacjenta, za Kulczycka [15], to stopień akceptowania przez niego opieki, w odniesieniu do jego oczekiwań i potrzeb, ale także reakcja emocjonalna i subiektywna, na którą mają wpływ osobiste oczekiwania, wartości i wcześniejsze doświadczenia pacjenta.

W literaturze [16-17] poświęconej opisywanej tematyce można znaleźć wiele definicji określających „satysfakcję pacjenta".

Według Yellen i wsp. [17], w ślad za Towarzystwem Pielęgniarek Amerykańskich (*The American Nurses Association* - ANA), „satysfakcja pacjenta", nazwana jest miarą opinii pacjenta lub rodziny na temat udzielonej opieki pielęgniarskiej.

Wilkin i wsp. [cyt. za 16] utożsamiają satysfakcję pacjenta z pełnym zaspokojeniem oraz zabezpieczeniem jego pragnień lub potrzeb.

Spojrzenie na placówkę opieki zdrowotnej z perspektywy pacjenta z pewnością różni się od wyobrażeń kadry zarządzającej i profesjonalistów zawodów medycznych. W odczuciu człowieka chorego, za Kurpas i Steciwko [18] oraz Gaweł i wsp. [9], wysoka jakość usług medycznych oceniana jest w wielu aspektach. Zaliczmy do nich: dostęp do świadczeń zdrowotnych, skuteczność terapii, dostateczną informację na temat własnego zdrowia, bezpieczeństwo pacjenta, czy edukacje zdrowotną [9, 18].

Na satysfakcję pacjenta składa się wiele czynników, takich jak: opieka lekarska, pielęgniarska, badania diagnostyczne. Na odczucia chorego w trakcie hospitalizacji rzutują także warunki hotelowe czy wyżywienie.

Określenie kryteriów, którymi posługują się pacjenci przy formułowaniu swoich oczekiwań, służą do weryfikacji wyników badań i stawiania wymagań pracownikom medycznym [19].

W opinii Palczewskiej [3], pacjent oczekuje od personelu medycznego ciągłości procesu leczenia i pielęgnacji, komfortu psychicznego i dobrej relacji z personelem. Istnieje wiele czynników determinujących proces komunikowania się z chorym, do których zalicza się: wiek, płeć, grupę społeczną, z której pochodzi lub jednostkę chorobową z uwzględnieniem jej rokowania [3].

Zdaniem Mykowskiej [20] satysfakcja pacjenta zależy od różnicy pomiędzy tym, co pacjent otrzymuje, a jego subiektywnymi oczekiwaniami. W przypadku, gdy różnica jest pozytywna, pacjent jest usatysfakcjonowany, jeżeli negatywna świadczy to o niezadowoleniu

osoby korzystającej z opieki medycznej. Oczekiwania, z którymi pacjent przychodzi do zakładu opieki zdrowotnej, mają dwa źródła. Pierwsze z nich, zewnętrzne, to doświadczenie i uzyskane informacje określane, a drugie - wewnętrzne to zbiór potrzeb charakterystycznych dla danej osoby. Źródła zewnętrznych oczekiwań mogą być skrajnie różne i zmieniać się w czasie. Do najważniejszych potrzeb Mykowska [20] zalicza: potrzebę informacji, kontroli sytuacji, bezpieczeństwa, zainteresowania i wsparcia społecznego, szacunku i akceptacji, intymności i poufności, przyjaznej atmosfery.

Suhonen i wsp. [22] w zakresie opieki, grupuje oczekiwania pacjentów przebywających w szpitalu w takie wymiary, jak: środowisko zewnętrzne, komunikacja, dostęp do informacji, współuczestnictwo i zaangażowanie, relacje międzyludzkie, postawa i zachowanie personelu, profesjonalizm, kompetencje.

Według Lawthers [22] najważniejsze obszary oczekiwań każdego pacjenta to:

- dostępność do opieki zdrowotnej
- dobra komunikacja i informacja przekazywana w sposób zrozumiały (odnośnie choroby, leczenia itp.)
- respektowanie jego praw i preferencji przy wyborze sposobu leczenia
- kontynuacja i koordynacja całego procesu terapeutycznego (konsultacje z innymi lekarzami, koordynacja procesu przez lekarza, gdy poszczególne etapy leczenia odbywają w innych ośrodkach itp.)
- komfort psychiczny (podczas badania i samego procesu leczenia)
- dopasowanie opieki do indywidualnych oczekiwań i potrzeb [22].

Pacjent i jego rodzina, którzy występują w roli klienta, mają prawo pytać, wybierać, oceniać, a usługodawca musi liczyć się z ich opinią. Jakość opieki i leczenia jest bowiem poziomem zgodności pomiędzy celem działalności lekarzy i pielęgniarek, a rzeczywistą opieką [22].

Negatywne odczucia pacjenta, jak podkreślają Małecka i Marcinkowski [23], mogą być spotęgowane: jego złym stanem zdrowia, nieznajomością fachowego języka, jakim posługują się pracownicy ochrony zdrowia, a także nieprzyjaznym, wzbudzającym lek z powodu wyglądu sprzętu medycznego. Jest ona zwykle subiektywna i uzależniona od stopnia satysfakcji z przebytego procesu leczenia [23].

Wysocki [24] zauważa, że skuteczne monitorowanie i rozwiązywanie problemów związanych z jakością usług, ocena preferencji oraz satysfakcji, umożliwiają optymalizację procesu zarządzania placówkami opieki zdrowotnej, zaś jakość opieki oraz

jej funkcjonowanie jako systemu ocenia się na różnych poziomach. W przypadku pacjenta, w ocenie pracy placówki zdrowotnej, istotne są: efekty i koszty własne leczenia, postawa personelu, czas oczekiwania na świadczenia (dostępność, ciągłość), ale także estetyka bazy placówki. Pracownicy ochrony zdrowia, oceniając jakość świadczonych usług, kierują się innymi kryteriami niż te, które są ważne z punktu widzenia pacjenta i uważają za istotne np. liczbę udzielonych świadczeń, liczbę zdeklarowanych pacjentów, właściwe stosowanie uznanych standardów i nowoczesnych procedur medycznych [24].

W związku z powyższym Mahon [25] satysfakcję nazywa zjawiskiem wielowymiarowym, skorelowanym z oczekiwaniami pacjenta. W sytuacji, gdy do zakładu opieki zdrowotnej przychodzi pacjent z niskimi oczekiwaniami, jego satysfakcja z opieki będzie prawdopodobnie wyższa i odwrotnie. Z tych powodów ważne jest, przed przystąpieniem do oceny satysfakcji chorego, określenie jego oczekiwań względem personelu [25].

Wysoki poziom jakości świadczonych usług na oddziałach szpitalnych, za Sierpińska i Dzirba [19] ma przełożenie na zdrowie i życie pacjenta, ponieważ często zapobiega błędom jatrogennym i pomyłkom, z którymi wiążą się wysokie koszty szpitala.

Kwestia badania satysfakcji pacjentów nie budzi wątpliwości, a otrzymane w toku badań nad nią wyniki, za Gaweł i wsp. [9], mają przede wszystkim służyć podnoszeniu jakości opieki w zakładzie udzielającym świadczeń zdrowotnych, przez identyfikowanie obszarów wymagających zmian, poprawy i wprowadzenia nowych rozwiązań. Systematyczne badanie, pomiar i ocena poziomu opieki, nie tylko pielęgniarskiej, mogą być podstawą do jej doskonalenia i zapewnienia odpowiedniego poziomu jakości pielęgnowania. Przyczyni się to do zgodności z oczekiwaniami świadczeniobiorców i świadczeniodawców. Wszelkie ujawnione niedociągnięcia mogą być podstawą do opracowania programu doskonalącego i zapewniającego odpowiednią jakość usług w szpitalu [9].

Hupert [26] w ogólnopolskich badaniach 327 pacjentów z 24 przychodni podstawowej opieki zdrowotnej wykazał, iż średni odsetek pacjentów, którzy wybrali zdecydowanie pozytywną ocenę różnych aspektów opieki medycznej w poradniach, wynosił 62,7%, natomiast tych, którzy dokonali oceny negatywnej (odpowiedzi „raczej nie” i „zdecydowanie nie”) – 9,7%. Najwyżej oceniana była uprzejmość i bezinteresowność lekarzy, czystość i estetyka przychodni, obecność lekarzy w oznaczonych godzinach oraz stosowne o tym informacje [26].

Jędrzejczyk i wsp. [27] przeprowadzili badania wśród ponad tysiąca pacjentów dwunastu losowo wybranych przychodni podstawowej opieki zdrowotnej Gdańska oraz Sopotu i wykazali bardzo pozytywną ocenę opieki pielęgniarskiej oraz lekarskiej. Odsetek pacjentów, którzy w skali od 1 do 5 ocenili bardzo dobrze lub dobrze różne aspekty opieki pielęgniarskiej i lekarskiej, wahał się od 78,0% do 97,8% [27].

Gruszczak i wsp. [28] analizą objęli 130 pacjentów hospitalizowanych na oddziałach internistycznych Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 4 w Lublinie i stwierdzili, iż większość nich pozytywnie oceniła dostępność do podstawowej opieki zdrowotnej, a zdecydowanie gorzej - dostęp do opieki specjalistycznej. Blisko połowa ankietowanych uważała, że w naszym kraju istnieje równy dostęp do opieki zdrowotnej. Większość badanych była przeciwna wprowadzeniu „koszyka świadczeń gwarantowanych" lub nie miała w tej sprawie zdania. Wśród przeciwników „koszyka" dominowały osoby starsze, zaś młode były zwolennikami takiego rozwiązania [28].

Kurpas i wsp. [5] dopatrują się trudności oceny samego zjawiska satysfakcji pacjenta, w wielowymiarowości czynników prowadzących do jego osiągnięcia, nasilanej dodatkowo przez stale kształtującą się opiekę zdrowotną w naszym kraju.

W 2001 roku przeprowadzono ogólnopolskie badania CBOS [29], na reprezentatywnej grupie 1087 Polaków, które pozwoliły pacjentom na zasygnalizowanie utrudnienia w uzyskaniu informacji o tym, gdzie można uzyskać poradę, czy też pomoc (42%). Wykazano w nich, iż aż 48% respondentów uskarżało się na to, że nie są traktowani równo, a także, że nie spotykają się z życzliwością i troską ze strony personelu (32%) [29].

W innych ogólnopolskich badaniach CBOS z 2001 roku [30] uzyskano już znacznie lepsze oceny odnośnie traktowania pacjentów przez personel. Jedynie 3% badanych uskarżało się na to, że nie byli traktowani przez lekarzy grzecznie i z szacunkiem, chociaż jednocześnie, aż 36% uznało, iż byli zazwyczaj właściwie traktowani (zawsze 60%) [30].

Także w opracowaniu CBOS z 2001 roku [31], przeprowadzone na reprezentatywnej grupie 1032 Polaków, 17% pacjentów deklarowało, że nie byli w pełni informowani o stanie zdrowia i przebiegu leczenia, a 9% z nich uważało, że uzyskiwane informacje nie były podawane w sposób zrozumiały [31].

Kolejne badania CBOS z 2001 roku [32] analizując opinie 1069 Polaków o błędach medycznych i zaufaniu do lekarzy wykazały, że w przypadku, gdy lekarz postawił diagnozę i zalecił leczenie, niewiele osób (6%) starało się zawsze uzyskać dodatkową opinię od innego lekarza. Tylko co jedenasty badany (9%) deklarował, że robił to często. Nieco więcej osób

natomiast zawsze (10%) lub często (15%) sięgała po książki, czasopisma albo inne źródła dodatkowych informacji o chorobie i leczeniu. Prawie połowa ankietowanych (49%) uważała za ważne zasięgnięcie dodatkowej opinii u innego lekarza. Przeciwnego zdania była ponad jedna trzecia badanych (36%). Większość respondentów miała zaufanie do lekarzy, u których się leczyła, ale tylko co szósty (16%) określał to zaufanie, jako bardzo duże, a prawie dwie trzecie (64%) - jako dość duże [32].

Prot i wsp. [33], w badaniach 55 pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii, korzystających z opieki oddziału dziennego, poradni lub zespołu leczenia domowego, wykazali, iż byli oni bardziej zadowoleni z otrzymanej opieki, niż z ilości poświęconego im czasu. Umiejętności i zachowania personelu zyskały najwyższą średnią ocen spośród omawianych kategorii. Uzyskiwane informacje dotyczące sytuacji zdrowotnej, diagnozy i rokowania, respondenci częściej oceniali pozytywnie niż informacje o ofercie i programach ośrodka. Wydatki na leczenie rzadziej oceniano pozytywnie, niż atrakcyjność otoczenia. Najwięcej ocen pozytywnych znalazły działania nakierowane na samego pacjenta, mniej - dotyczące poprawy relacji społecznych. Podstawowy niedostatek organizacyjny - to niepełna ciągłość opieki, szczególnie w dni wolne i w godzinach nocnych. Niezadowalające były oceny na temat pracy z rodziny w procesie leczenia [33].

Miller i wsp. [34], analizując przekonania 191 pacjentów oczekujących na wizytę u lekarza ogólnego placówek podstawowej opieki zdrowotnej, wykazali, iż większość oczekujących pacjentów wysoko oceniła jakość otrzymywanych świadczeń. Tylko jeden aspekt podstawowej opieki zdrowotnej badani ocenili negatywnie – mniej niż 50% stwierdziło, że lekarz ogólny wziął pod uwagę ich sytuację materialną [34].

Badania CBOS z 2009 roku [35] przeprowadzone w grupie 979 Polaków wykazały, iż mniej więcej co piąty respondent (19%) korzystający w 2008 roku z opieki zdrowotnej w ramach NFZ napotkał jakieś trudności. Od 2005 roku odsetek ten w zasadzie się nie zmienił się. Bisko dwie trzecie Polaków (63%) było niezadowolonych z tego, jak funkcjonuje w naszym kraju opieka zdrowotna, a zadowolenie wyrażała tylko jedna trzecia (34%) Polaków. Niemal trzy czwarte Polaków (74%) deklarowało, że ufa lekarzom, u których się leczy, jedna piąta (20%) miało do nich niewielkie zaufanie, a nieliczni (3%) – bardzo małe. W roku 2001 poziom zaufania do lekarzy był relatywnie wysoki, w 2007 zaś wyraźnie się obniżył. W ostatnich dwóch latach zaufanie do lekarzy wzrosło (o 6 punktów), mimo iż odsetek osób deklarujących niewielkie lub bardzo małe zaufanie nie uległ zmianie [35].

W literaturze przedmiotu [36-38] jednym z najważniejszych obszarów świadczeń zdrowotnych, odbywających się w bezpośrednim kontakcie z chorym, jest także opieka pielęgniarska, stanowiąca podsystem, który decyduje o ogólnym poziomie świadczeń. Jakość opieki pielęgniarskiej może być oceniona z punktu widzenia świadczeniodawcy (pielęgniarki) i świadczeniobiorcy (pacjenta i jego rodziny). Jest to nie tylko wydawana opinia, ale także wyrażany przez niego stan emocjonalny w postaci satysfakcji, bądź jej braku [36-38]. Systematyczna analiza opieki daje bowiem możliwość doskonalenia całego systemu zdrowia oraz poszczególnych jego elementów. Pielęgniarka, świadcząc opiekę w zespole interdyscyplinarnym, musi być świadoma swoich kompetencji, umiejętności, praw i odpowiedzialności oraz wiedzieć, że od jej postawy i zachowania zależy pierwsze wrażenie, mające wpływ na dalsze samopoczucie chorego w trakcie jego pobytu w szpitalu [36, 27, 38]. Uzyskiwana ocena jakości usług pielęgniarskich może stanowić podstawę do poprawy stanu praktyki pielęgniarskiej, a ponadto jest instrumentem rozpoznawania słabszych i wprowadzania nowych punktów opieki, a także programowania i doskonalenia zawodowego personelu pielęgniarskiego [36, 36, 38].

Lemke [39] wykazał, że pacjenci oceniający swój pobyt w szpitalu, jako bardzo satysfakcjonujący, w 95% tak samo odbierali również opiekę pielęgniarską. Chorzy, którzy ocenili całościowy pobyt mniej satysfakcjonująco, tylko w 34% ocenili opiekę pielęgniarską bardzo dobrze. Podczas pobytu pacjenta w szpitalu opieka pielęgniarska zajmuje najwięcej czasu i charakteryzuje ją największe natężenie bezpośrednich kontaktów z pacjentem. W dużej mierze to od pielęgniarki zależy, jak pacjent hospitalizowany będzie radził sobie w chorobie, jak zniesie uciążliwości związane z procesem diagnozowania i leczenia, jak zostanie przygotowany do powrotu do środowiska domowego [39].

Otani i Kurz [40] wykazali, że spośród atrybutów, które mają wpływ na ocenę całościowego zadowolenia z pobytu w szpitalu, opieka pielęgniarska miała największe znaczenie (0,53), a mniejsze przypisywano zaś np. procedurze przyjęcia do szpitala (0,15), miłemu otoczeniu (0,11), podejściu do rodziny i bliskich (0,10), opiece lekarskiej (0,05), procesowi wypisu ze szpitala (0,03) [40].

Larrabee i Bolden [41] przeprowadziła, w grupie 597 chorych, badanie mające na celu zidentyfikowanie komponentów opieki pielęgniarskiej, ważnych dla jakości opieki z perspektywy hospitalizowanych pacjentów, a następnie porównała uzyskane wyniki z podobnymi badaniami innych autorów. Respondenci odpowiadali na pytanie: „co to jest

dobra opieka pielęgniarska?". Uzyskane dane pozwoliły określić pięć grup tematycznych dotyczących cech „dobrego pielęgnowania":

- zaspokajanie moich potrzeb (79,1%): opiekowanie się, sprawdzanie, czy wszystko w porządku, reagowanie na prośby, walka z bólem, zapewnianie informacji, dbałość o otoczenie;
- uprzejme traktowanie (54,6%): miłe traktowanie, respektowanie praw, pozytywne nastawienie, cierpliwość;
- troszczenie się o mnie (34,2%): bycie „dla mnie", okazywanie troski i zainteresowania;
- bycie kompetentnym (32,1%): poprawne merytorycznie wykonywanie umiejętności, dążenie do doskonałości;
- szybka pomoc (29,1%): bycie na czas, wykonywanie zabiegów ' punktualnie, unikanie zbędnej zwłoki [41].

Wasilewski [36], na podstawie wyników badań własnych przeprowadzonych w grupie pacjentów Kliniki Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej, Kliniki Chirurgii Ogólnej i Transplantologii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 4 w Lublinie oraz w Kliniki Chirurgii Naczyń Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie stwierdził, iż ocena satysfakcji z oferowanej opieki pielęgniarskiej kształtowała się na wysokim i średnim poziomie, w zakresie warunków hotelowych, w jakich świadczona była opieka, a także pomocy, jaką uzyskiwali pacjenci od pielęgniarek i dotyczyła: czystości i estetyki pomieszczeń kliniki/oddziału, działań niezbędnej pomocy podczas mycia bądź kąpieli chorego, warunków odpoczynku i snu oraz zapewnienia pomocy przy wstawaniu, siadaniu i chodzeniu. Ocena satysfakcji z oferowanej opieki pielęgniarskiej kształtowała się na niskim poziomie w zakresie pomocy, jaką uzyskiwali pacjenci od pielęgniarek, w zakresie: wietrzenia sal, pomocy w czynnościach fizjologicznych, zagospodarowania wolnego czasu oraz pomocy w wykonywaniu ćwiczeń ruchowych i rehabilitacyjnych [36].

Grabska i Stefańska [42] analizując wypowiedzi 90 dorosłych pacjentów czterech różnych oddziałów Szpitala Wojewódzkiego we Włocławku, wykazały, iż badani najbardziej cenili u pielęgniarki staranność i dokładność w wykonywaniu zabiegów oraz serdeczność i uprzejmość w podejściu do chorego oraz wysoko - poziom wykształcenia pielęgniarki i posiadane przez nią specjalizacje. Zdecydowana większość badanych oczekiwała od pielęgniarki troskliwej opieki, a także wsparcia. Respondenci darzyli pielęgniarkę dużym zaufaniem oraz dobrze oceniali jej profesjonalizm [42].

Piśmiennictwo:

1. Wroński K.., Bocian R.: Dlaczego zakłady opieki zdrowotnej powinny badać satysfakcję pacjentów z oferowanych przez siebie usług medycznych? Pielęg. Chir. Angiol, 2009, 4, 127–130.
2. Wroński K., Cywiński J., Bocian R.: Jakość usług medycznych, Ginekol. Prakt., 2008, 2, 42-45.
3. Palczewska A.: Jakość usług medycznych w opiece paliatywnej. Probl. Pielęg., 2008, 16, 186-191.
4. Vuori H.: Patient satisfaction. an attribute or indicator of the quality of care? Q. Rev. Bull., 1987, 13, 106-108.
5. Kurpas D., Sapilak B., Steciwko A.: Ocena satysfakcji pacjenta dializowanego, jako wykładnik jakości opieki długoterminowej świadczonej w praktyce lekarza rodzinnego. Probl. Lek., 2006, 45, 99–100.
6. Maciąg A., Sakowska I.: Rola i prawa pacjenta w obszarze usług zdrowotnych. Studia i Materiały Wydział Zarządzania UW. 2006, 1, 50-62.
7. Marcinowicz L., Grębowski R.: Satysfakcja pacjentów w świetle polskich badań empirycznych – próba wyjaśnienia zagadki wysokiego poziomu zadowolenia z opieki. Pol. Merk. Lek., 2005, 17, 663-666.
8. Kulczycka K.: Kryteria oceniające satysfakcję pacjentów z opieki pielęgniarskiej. Zdr. Pub., 2001, 111, 53-56.
9. Gaweł G., Twarduś K., Kin-Dąbrowska J., Pyć L.: Jakość opieki pielęgniarskiej na oddziale kardiologicznym. Probl. Pielęg., 2008, 16, 339-342.
10. Maciąg R.: Pomiar i metody badań nad satysfakcją pacjenta. Sł. Zdr.. 2001, 9, 17–20.
11. Bednarek M.: TQM — kompleksowe zarządzanie jakością. EiDP 2002, 7, 8–81.
12. Piątek A. Doskonalenie jakości opieki pielęgniarskiej. [w:] Podstawy organizacji opieki pielęgniarskiej. Ksykiewicz-Dorota A. (red.), Wydawnictwo Czelej. Lublin. 2004, 162–173.
13. Uniwersalny Słownik języka polskiego. Tom P-Ś. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa, 2008.
14. Gutysz-Wojnicka A., Dyk D.: Adaptacja polskiej wersji the Newcastle satisfaction with nursing scale (NSNS). Probl. Pielęg., 2007,15, 133-138.

15. Kulczycka K.: Przedmiot i kryteria jakości świadczeń zdrowotnych, z punktu widzenia pacjenta [w:] Podstawy organizacji pracy pielęgniarskiej. Ksykiewicz-Dorota A. (red.), Wydawnictwo Czelej. Lublin. 2004, 167–171.
16. Goldstein E., Farquhar M., Crofton Cet all: Measuring Hospital Care from the Patients' Perespective: An Overview of the CAHPS Hospital Survey Development Process. Health Sery Res., 2005, 40, 1977-1955.
17. Yellen E., Davis G., Ricard R.: The Measuring of Patient Satisfaction. J. Nurs. Care Qual., 2002, 16, 23-29.
18. Kurpas D. Steciwko A.: Jakość usług medycznych w podstawowej opiece zdrowotnej. Adv. Clin. Exp. Med., 2005, 14, 603-608.
19. Sierpińska L. Dzirba A.: Poziom satysfakcji pacjenta z opieki pielęgniarskiej na oddziałach zabiegowych. Pielęg. Chir. Angiol, 2011, 1, 18-22.
20. Mykowska A.: Satysfakcja pacjenta a jakość obsługi medycznej. Zdrowie i Zarządzanie. 2002, 4, 69-73.
21. Suhonen R., Schmidt L., Radwin L.: Measuring individualized nursing care: assessment of reliability and validity of three scales. J. Adv. Nurs., 2000, 59, 77-85.
22. Lawthers A. G.: Pomiar jakości a manager ochrony zdrowia. Zdr. i Zarz., tom I, 1999,3, 17-23.
23. Małecka B., Marcinkowski J. T.: Satysfakcja pacjenta czynnikiem kształtującym współczesny rynek usług medycznych. Probl. Hig. Epidemiol., 2007, 88, 17-19.
24. Wysocki J.: Czynniki wpływające na sukces terapeutyczny i satysfakcję pacjenta po operacjach tympanoplastycznych, Otolaryngol., 2007,6,124-128.
25. Mahon P. Y.: An analysis of the concept of patient satisfaction as it relates to contemporary nursing care. J. Adv. Nurs., 1996, 24, 1241-1248.
26. Huper Z.: Jakość w opiece medycznej: koncepcja pomiaru. Instytut Medycyny Wsi, Lublin, 2003.
27. Jędrzejczyk T., Zarzeczna-Baran M., Nowalińska M.: Pacjenci i pacjentki: różnice w ocenie pracy lekarzy i pielęgniarek POZ. Zdr. Publ., 2004, 114, 289-292.
28. Gruszczak A., Dudzińska M., Piątkowski Wł., Siwiec J.: Dostępność usług medycznych w opinii pacjentów, Zdr. Publ., 2007, 117, 440-443.
29. Derczyński W.: Opinie o opiece zdrowotnej pod koniec drugiego roku reformy. Opracowanie CBOS, BS/2/2001, Warszawa, 2001, 1-9.

30. Derczyński W.: Opinie o stosunku do pacjentów w placówkach opieki zdrowotnej. Opracowanie CBOS, BS/82/2001, Warszawa, 2001, 1-11.
31. Derczyński W.: Informowanie pacjentów o stanie zdrowia i przebiegu leczenia, Opracowanie CBOS, BS/75/2001, Warszawa, 2001,1-11.
32. Derczyński W.: Opinie o błędach medycznych i zaufaniu do lekarzy", Opracowanie CBOS, BS/27/2001, 1-20.
33. Prot K., Pałyska M., Anczewska M., Indulska A., Raduj J.: Badanie satysfakcji pacjenta w warunkach opieki środowiskowej, Post. Psych. Neurol., 2005, 14, 299-304.
34. Miller M., Supranowicz P., Gębska-Kuczerowska A., Car J.: Ocena poziomu satysfakcji pacjentów jako element jakości pracy podstawowej opieki zdrowotnej, Pol. Merk. Lek., 2007, 23I, 367 -370.
35. Raport CBOS 2009, BS/55/2009, Opinie o opiece zdrowotnej, Warszawa, 2009, 1-11.
36. Wasilewski T. P.: Subiektywna ocena wybranych aspektów satysfakcji z pobytu w szpitalu pacjentów oddziałów zabiegowych. Pielęg. Chir. Angiol., 2008, 3, 81-86.
37. Wyrzykowska M.: Ocena opieki pielęgniarskiej w opinii pacjentów. Pielęg. Chir. Angiol, 2007, 1, 3-10.
38. Ozga D., Binkowska-Bury M.: Ocena satysfakcji pacjenta z opieki pielęgniarskiej na oddziale szpitalnym, I Ogólnopolska Konferencja Naukowa: Człowiek w zdrowiu i chorobie. Profilaktyka-pielęgnowanie, rehabilitacja, Tarnów, 26-27.09.2008.
39. Lemke R.W. Identifying consumer satisfaction trough patient serveys. Health Progress, 1987, 68, 56-58.
40. Otani K., Kurz R. S.: The impact of nursing care and other healthcare attributes on hospitalized patient satisfaction and behavioral intentions. J. Healthc. Manag., 2004, 46, 181-196.
41. Larrabee J., Bolden L. Defining Patient-Perceived Quality of Nursing Care, J. Nurs. Care Qual., 2001, 16, 34-60.
42. Grabska K., Stefańska W.: Sylwetka zawodowa pielęgniarki w opinii pacjentów. Probl. Pielęg., 2009, 17, 8-12.

Wiśniewska-Śliwińska Hanna[1], Marcinkowski Jerzy T.[2]

Diagnoza potrzeb pacjenta hospicjum z punktu widzenia personelu medycznego oraz pacjentów - w świetle badań

1. Akademia im. Jana Długosza w Częstochowie, Zakład Pracy Socjalnej
2. Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Katedra Medycyny Społecznej, Zakład Higieny

Wstęp

W Polsce funkcjonuje obecnie 79 hospicjów, w tym 7 na terenie woj. śląskiego [1]. Przeważnie pacjentami hospicjów zostają chorzy na chorobę nowotworową. Opieka paliatywna może być uzupełnieniem i wsparciem podstawowego leczenia danej choroby lub może stać się głównym elementem postępowania. Niektóre składowe opieki paliatywnej mogą być przydatne dla chorych z ryzykiem rozwoju choroby i ich rodzin. Każdego roku 1,6 mln chorych w krajach europejskich umrze z powodu nowotworu, a 5,7 mln z powodu przewlekłej choroby nienowotworowej. W regionie Europy (zdefiniowanym przez WHO) zarejestrowanych jest 881 mln ludzi. Umieralność wystandaryzowana w stosunku do wieku dla tego regionu wynosi 9300 zgonów na każdy milion mieszkańców. Z tego około 1700 zgonów związanych jest z chorobą nowotworową, a 6500 z przewlekłymi chorobami nienowotworowymi [2].

Obliczenia te są zgodne z ostatnim przeglądem sugerującym, że przyczyną 1,7 mln zgonów rocznie w Europie jest choroba nowotworowa [3].

Aktualnie w Polsce funkcjonują następujące formy opieki paliatywnej i hospicyjnej:

- oddziały stacjonarne,
- oddziały opieki dziennej,
- hospicja domowe,
- poradnie medycyny paliatywnej.

Świadczenia zdrowotne w opiece paliatywnej udzielane powinny być - zależnie od potrzeb - przez wielodyscyplinarny zespół osób z przygotowaniem zawodowym, wymaganym przepisami do osób opiekujących się umierającymi. W skład takiego zespołu wchodzą: lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuta i psycholog.

Każdy zgłoszony pacjent, w terminalnej fazie choroby, winien być objęty opieką. Każde zgłoszenie pacjenta powinno być odnotowane w dokumentacji prowadzonej przez hospicjum – lub oddział medycyny paliatywnej. W uzasadnionych przypadkach pacjent jest kierowany na leczenie szpitalne. Lekarz kierujący zobowiązany jest wskazać pacjentowi szpitale, w których może kontynuować leczenie. Konieczność leczenia szpitalnego lekarz hospicjum uzasadnia w formie pisemnej w dokumentacji pacjenta oraz w wydanym skierowaniu [4].

Aby pacjent mógł być objęty opieką paliatywną i hospicyjną, konieczne są:

- dokumentacja świadcząca o zakończeniu leczenia przyczynowego,
- rozpoznanie lekarskie terminalnej fazy choroby ustalone przez lekarza hospicjum/ skierowanie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego,
- zgoda pacjenta/ jego rodziny/ opiekuna prawnego w formie pisemnej (w przypadku dzieci wymagana jest zgoda rodziców/ opiekunów prawnych, a po ukończeniu 16 lat - również zgoda chorego dziecka),
- potrzeby chorego.

Do hospicjum stacjonarnego pacjenci kierowani są przez lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego.

Do hospicjum domowego - oprócz lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego w szczególnych sytuacjach, uzasadnionych względami medycznymi, pacjenci mogą być zgłaszani przez samych chorych, innych pracowników opieki zdrowotnej, rodzinę chorego, inne osoby.

Celem opieki paliatywnej i hospicyjnej jest poprawa jakości życia chorego, a także jego bliskich, którzy również zmagają się problemami związanymi ze skutkami postępującej, często nieuleczalnej choroby. Podejmowane działania mają na celu zapobieganie cierpieniu, leczenie bólu, duszności, leczenie objawowe innych dolegliwości somatycznych, pielęgnację, łagodzenie cierpień psychicznych, pomoc w rozwiązywaniu problemów społecznych, socjalnych, edukację zdrowotną osób objętych opieką, członków ich rodzin oraz pracowników i pomoc w rozwiązywaniu problemów, a także wsparcie dla rodziny pacjenta w czasie trwania choroby (niekiedy również w żałobie).

Dla każdego rodzaju placówek opracowano standardy dotyczące m.in. kwalifikacji personelu, wyposażenia oraz kwalifikowania pacjentów do objęcia opieką [2, 3, 4, 5, 6, 7].

Oddziały medycyny paliatywnej i hospicja stacjonarne - przeznaczone są przede wszystkim dla pacjentów z trudnymi do kontroli objawami, bez nadziei na wyleczenie, w stanie terminalnym, w schyłkowym okresie życia. Zgodnie z obowiązującymi przepisami

oddział medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarne nie może funkcjonować w ramach innego oddziału szpitalnego - musi być odrębną komórką organizacyjną.

Hospicyjny oddział stacjonarny - trafiają do niego chorzy, u których leczenie w domu stało się niemożliwe. Przyczynami mogą być nasilenie objawów, trudności pielęgnacyjne, brak możliwości kontynuowania opieki w domu. Pobyt na oddziale oznacza odpoczynek opiekunów, którzy zajmowali się chorym w domu („opieka wyręczająca"). Na oddziale, prócz lekarzy i pielęgniarek, pracują psycholog, rehabilitant oraz posługuje duszpasterz. Niektóre placówki zatrudniają również pracowników socjalnych. Ważne jest, aby chory i jego bliscy mogli czuć się bezpiecznie i by warunki przypominały – na tyle, ile to możliwe – otoczenie domowe.

Oddział dziennego pobytu – jest najmniej rozpowszechnioną formą opieki hospicyjnej. Pacjenci objęci opieką ośrodka są dowożeni w ciągu dnia na zajęcia trwające ok. 6 godzin. W czasie pobytu mają zapewnione:

- opiekę pielęgniarską,
- poradę lekarską (w razie potrzeby),
- możliwość korzystania z porad psychologa,
- opiekę duszpasterza.

Z reguły na takich oddziałach panuje atmosfera, która sprzyja pokonywaniu trudów związanych z uciążliwą terapią i pomaga w zmaganiach z objawami choroby.

Poradnia medycyny paliatywnej - poradnia, w której sprawowana jest opieka nad chorymi, których stan ogólny jest stabilny i którzy mogą przybyć do poradni oraz nad chorymi, którzy ze względu na ograniczoną możliwość poruszania się potrzebują wizyt domowych. Chorzy mogą skorzystać z porady lub wizyty dwa razy w tygodniu.

Hospicjum domowe - sprawuje opiekę nad pacjentem oraz jego najbliższymi. Prócz aspektu medycznego, pielęgnacyjnego choroby bierze pod uwagę kwestie psychologiczne, duchowe oraz - gdy trzeba - socjalne. Opieka ma charakter ciągły. Zapewnione są regularne wizyty lekarza 2 razy w miesiącu i pielęgniarki 2 razy w tygodniu oraz wizyty psychologa, rehabilitanta, pracownika socjalnego, duszpasterza – wg potrzeb pacjenta i jego opiekunów. Zespół hospicjum domowego wspiera i uczy najbliższych chorego jak opiekować się nim. W hospicjum domowym opieką są objęci pacjenci z zaawansowanymi, niepoddającymi się leczeniu przyczynowemu, postępującymi, zagrażającymi życiu chorobami przewlekłymi. Przykładem jest zaawansowany, nieuleczalny nowotwór złośliwy. Chorzy na nowotwory to większość podopiecznych hospicjów. Hospicja biorą też pod opiekę chorych z innymi

schorzeniami. Obecnie NFZ refunduje, m.in. świadczenia dla chorych: z zaawansowaną, schyłkową niewydolnością oddechową lub niewydolnością krążenia oraz z owrzodzeniami odleżynowymi.

Jednostkami rozliczeniowymi pomiędzy NFZ a placówkami prowadzącymi opiekę paliatywną i hospicyjną są: osobodzień – w hospicjum stacjonarnym/ oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum domowym oraz porada – w poradni medycyny paliatywnej.

Zgodnie z zawartą umową płatnik finansuje osobodni wykonane w zakładzie, w którym pacjent przebywał. W uzasadnionych przypadkach, w porozumieniu z lekarzem hospicjum, pacjent może uzyskać przepustkę. Wtedy to jest zabezpieczany w leki i materiały medyczne wydane przez – hospicjum/oddział medycyny paliatywnej- koszt wliczony jest w cenę osobodnia. Świadczeniodawca jest zobowiązany do udokumentowania informacji o pobycie ubezpieczonego na przepustce. Pacjent nie ponosi żadnych kosztów za świadczenia zdrowotne w opiece paliatywnej [8].

Potrzeby pacjentów w hospicjum zarówno stacjonarnym, jak i domowym, to problem ważki. Rzadko jednak personel zwraca się wprost do pacjentów z pytaniami o ich oczekiwania, co do usług oferowanych przez hospicjum. Z reguły pacjentom proponuje się podobny pakiet usług.

Cele pracy

1. Poznanie potrzeb medycznych, psychicznych, socjalnych i innych pacjentów hospicjów.
2. Poznanie opinii członków rodzin pacjentów hospicjów n.t. oferty hospicjów.
3. Poznanie opinii pracowników hospicjów n.t. oferowanych usług.

Materiał i metody

Badania prowadzono na terenie woj. śląskiego w Częstochowie w okresie od października 2012 roku do lutego 2013 roku.

Objęto nimi:

- 24 pacjentów hospicjów
- 15 członków rodzin pacjentów hospicjów
- 10 pracowników hospicjów
- 5 wolontariuszy.

Z badanymi przeprowadzono wywiad kwestionariuszowy: pytania dotyczyły głównie potrzeb pacjentów hospicjów, ich oczekiwań co do oferty hospicjów, proponowanych zmian w ofercie bądź w procedurach. Zadawano pytania chorym i ich rodzinom - 10 pytań

- oraz prowadzącym/pracownikom/wolontariuszom placówek opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz 5 pytań dotyczących danych demograficznych.

Wyniki

W wizytowanych placówkach, których pacjentów i pracowników poproszono o udzielenie wywiadów, struktura zatrudnienia odpowiadała standardom NFZ, stawiającym wymogi w zakresie bazy lokalowej, struktury zatrudnienia, ilości kontraktowanych osobodni oraz stawki za osobodzień.

Uzyskane dane nie podlegają opracowaniu statystycznemu:

1. Hospicja domowe mają nadwykonania. NFZ nie odmawia zapłaty za nie.
2. Przewidywany termin opieki paliatywnej w hospicjum domowym wynosi ok. 90 dni. Są jednak przypadki, że opieka ta trwa nawet do 60 - 70 miesięcy. W tych przypadkach NFZ również nie odmawia zapłaty za wykonane świadczenia.
3. W niektórych hospicjach świadczenia są wykonywane w promieniu powyżej 30 km od siedziby hospicjum. Hospicja we własnym zakresie pozyskują środki, m.in. na zwiększone koszty przejazdów (od darczyńców, od organizacji pożytku publicznego).
4. Hospicja, poza świadczeniem zakontraktowanych świadczeń medycznych, prowadzą kursy dla wolontariuszy.
5. Pracownicy niektórych hospicjów kwestionują wycenę tzw. osobodnia, wynoszącą obecnie zaledwie 44,00 zł. Według osoby kierującej jednym z hospicjów, osobodzień w hospicjum domowym powinien być wyceniony na co najmniej 70,00 zł.
6. Uciążliwe dla pacjentów jest to, iż leki zostały na listach refundacyjnych przyporządkowane do poszczególnych jednostek chorobowych, czy specjalizacji medycznych. (Na przykład, jeśli receptę na konieczny lek wypełni pulmonolog, to pacjentowi przysługuje refundacja. Jeśli zrobi to onkolog, to pacjent płaci 100% ceny leku.)
7. Według pracowników hospicjów nie do końca jest uregulowana odpłatność, gdy pacjent korzysta tego samego dnia z usług hospicjum oraz usług innego zakładu opieki zdrowotnej, np. pomocy chirurgicznej lub radioterapii paliatywnej. (NFZ w swych procedurach nie różnicuje radioterapii). W takim przypadku hospicjum nie otrzymuje wynagrodzenia za wykonane świadczenia.
8. Hospicja domowe nie dysponują odpowiednią liczbą samochodów służbowych.
9. W opinii pracowników hospicjów pacjenci trafiają do tych placówek zbyt późno, zbyt długo - mimo ciężkiego stanu, dolegliwości bólowych - nie są objęci opieką paliatywną. Przyczyn tego zjawiska można upatrywać w niedoinformowaniu

społeczeństwa o funkcjonowaniu opieki paliatywnej i hospicyjnej bądź w niechęci do zwracania się do tych placówek z prośbą o pomoc.

10. Ustawodawca nie przewidział wypalenia zawodowego pracowników hospicjum.
11. Jest kolejka pacjentów oczekujących na przyjęcie do hospicjów stacjonarnych.
12. Na terenie niektórych powiatów woj. śląskiego, pomimo dużej liczby mieszkańców powiatu, nie ma hospicjów stacjonarnych.
13. Chorzy dostrzegali brak porad dietetycznych w hospicjum. Ze względu na przyjmowanie opioidów cierpią oni z powodu zaparć. Niektórzy pacjenci cierpią z powodu nowotworów umiejscowionych w obrębie układu trawiennego. Pacjenci z obu grup oczekują kontaktu z dietetykiem.
14. Jedna z pacjentek hospicjum domowego, która oczekuje wizyt lekarza, pielęgniarki, rehabilitanta, zastanawia się, czy nie zrezygnować z opieki hospicjum i korzystać z pomocy doraźnej lekarza i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej. Powodem są wizyty pozostałych osób kierowanych do niej przez hospicjum. Odwiedzający ją psycholog i ksiądz chcą ją przygotować na śmierć, oswoić z tematem odejścia, a tymczasem ona nie chce rozmawiać o śmierci. Mówi, że wie, iż umrze, ale o śmierci i odchodzeniu rozmawiać nie chce. Twierdzi, że takie rozmowy ją przygnębiają i że nie chce przygotowywać sie psychicznie do śmierci. Wystarczy jej sama świadomość, że może przegrać z chorobą.
15. Pacjent hospicjum domowego obawia się wyznania, że jest protestantem. Obawa wynika z postawy kapelana, który go odwiedza i faktu, że inni pracownicy hospicjum (pielęgniarka, psycholog) często powołują się na poglądy tegoż kapelana.
16. Pacjenci oceniają negatywnie fakt, że zdarza się, iż pielęgniarki, które przychodzą do nich teoretycznie na jedną godzinę, a w rzeczywistości są u nich zaledwie 10- 15 min, a jeszcze tym czasie rozmawiają przez telefon.
17. W jednym z hospicjów panuje zwyczaj, że wolontariusz może rozmawiać, przebywać z podopiecznym tylko w trakcie wizyty u pacjenta pielęgniarki i wykonywania przez nią czynności pielęgnacyjnych. W momencie, gdy pielęgniarka opuszcza mieszkanie pacjenta, wolontariusz jest zobowiązany zrobić to samo. Pacjentom przeszkadza, że:
    - czynności pielęgniarskie wykonuje się w obecności osób, które nie należą do personelu medycznego,
    - wolontariusze, którzy mogliby im towarzyszyć w trakcie czynności codziennych (wypicie herbaty, oglądanie TV, lektura prasy), mogą z nimi przebywać tylko w obecności pielęgniarki.

18. Niektórzy pacjenci skarżą się na niedobór rozmów na tzw. „zwykłe tematy” (o przeszłości, wnukach itp.)
19. Rodziny chorych uskarżają się, że nie zawsze można uściślić terminy wizyt pielęgniarskich. Z tego powodu zdarza się, że pielęgniarka przychodzi z wizytą wówczas, gdy w domu, w którym przebywa chory nie ma nikogo, kto mógłby otworzyć pielęgniarce drzwi.
20. W jednym przypadku rodzina chorego zgłosiła, że mimo, iż ich mama była pod opieką hospicjum 2 tygodnie, to ani razu nie przyszła do niej z wizytą lekarka (rzekomo z powodu urlopu).
21. Dwie rodziny zgłosiły, iż na pomoc lekarską nie mogły narzekać, jednak pielęgniarska pozostawiała wiele do życzenia: pielęgniarka nie dość, że przychodziła niechętnie raz w tygodniu, to gdy już przyszła, przeprowadzała kontrolę, czy rodzina właściwie opiekuje się chorą, a sama nie wykonywała żadnych czynności pielęgnacyjnych. Potrafiła również zatelefonować z informacją, że na cotygodniową wizytę nie przyjdzie, bo nie ma z kim zostawić swego dziecka.

Na pytanie dlaczego pacjent/ rodzina pacjenta nie zgłoszą do hospicjum swych życzeń bądź zaistniałych nieprawidłowości, odpowiadano następująco:

1. przypuszczam, że nic się nie zmieni.
2. obawiam się, że sytuacja się pogorszy.
3. Hospicjum może przestać opiekować się naszym bliskim.

Podsumowanie i wioski

Personel hospicjum domowego winien ustalić leczenie i zabiegi pielęgnacyjne (we współpracy z lekarzem rodzinnym i pielęgniarką środowiskową – jeśli zachodzi taka potrzeba), udzielać szczerej, taktownej odpowiedzi na trudne pytania chorego i opiekunów, edukować w kwestiach pielęgnacyjnych i opiekuńczych, pomagać w uzyskaniu należnych świadczeń, zapewniać dostęp do sprzętu rehabilitacyjnego i zaopatrzenia ortopedycznego poprzez bezpłatną wypożyczalnię.

Lekarze i pielęgniarki hospicjum domowego mogą w określonych sytuacjach (nasilenie bólu, duszności, problemy opiekuńcze itp.) sugerować przyjęcie do oddziału medycyny paliatywnej, jednak ostateczna decyzja powinna zawsze należeć do chorego, jeśli to tylko możliwe.

Jeżeli zaistnieje konieczność uzyskania porady lekarskiej poza godzinami wizyt, chory/ bądź jego bliscy powinni mieć zapewniony telefon kontaktowy do odpowiednich osób,

które udzielą mu pomocy. Opieka hospicjum domowego świadczona jest bowiem siedem dni w tygodniu przez całą dobę.

Mimo rosnącego zapotrzebowania na opiekę paliatywną podejmowane są decyzje o likwidacji szpitalnych oddziałów opieki paliatywnej. Stąd też istnieje większe zapotrzebowanie na korzystanie z pozostałych form opieki paliatywno-hospicyjnej.

Ważnymi formami działalności placówek prowadzących działalność paliatywno-hospicyjną jest pozyskiwanie darczyńców, sponsorów, organizowanie imprez popularyzujących ideę opieki hospicyjnej, pozyskiwanie wolontariuszy - medycznych oraz akcyjnych, organizowanie szkoleń wolontariuszy. Nie bez znaczenia jest również prowadzenie przez te placówki wypożyczalni sprzętu medycznego (wózków inwalidzkich, koncentratorów tlenu).

Problemami, z którymi borykają się istniejące placówki, są m.in.: nadwykonania, niskie stawki za tzw. osobodzień, brak pojazdów służbowych. Kolejnymi problemami, które wynikają z uregulowań prawnych, są odpłatność za usługi wykonywane w dniu, w którym pacjent korzysta z pomocy w dwóch zakładach opieki zdrowotnej czy odpłatność za leki (refundacja) zależna od specjalizacji lekarza wypisującego recepty.

Od kilku lat - w kolejnych kontraktach podpisywanych przez NFZ z zakładami realizującymi opiekę paliatywno - hospicyjną stawki pozostają niezmienne. Z kolei listy leków refundowanych charakteryzuje wyjątkowa labilność – częste zmiany.

Problemami dotyczącymi bezpośrednio pacjentów i ich rodzin są, m.in.: brak na terenie całego powiatu szpitalnego oddziału opieki paliatywnej, refundacja za leki uzależniona od specjalizacji lekarza wystawiającego receptę. Zarówno pacjenci, jak i pracownicy zakładów opieki paliatywno - hospicyjnej oczekują od Ustawodawcy wprowadzenia zmian w aktach prawnych, regulujących działalność zakładów opieki hospicyjno- paliatywnej. Należy zwrócić uwagę na fakt, że objęcie opieką paliatywną nie powinno ograniczać dostępu chorego do innych świadczeń ochrony zdrowia, konsultacji, hospitalizacji itp. jeśli tylko stan chorego, sytuacja, jego wybory to uzasadniają. Z uwagi na tzw. koincydencję dokonuje się - nie do końca uzasadnionych - potrąceń z funduszy należnych hospicjom domowym. Wyjątkiem są tu, np. świadczenia, które mogą „dublować" opiekę paliatywną – i tak, np. należy chorego objętego opieką hospicjum domowego wyrejestrować z długoterminowej opieki pielęgniarskiej. Podobnie – chory nie może być równocześnie zarejestrowany w dwóch lub więcej hospicjach domowych. Korzystna i pożądana jest natomiast współpraca zespołu hospicjum domowego z lekarzem rodzinnym i pielęgniarką środowiskową.

Na terenie kilku powiatów woj. śląskiego pożądane jest utworzenie kolejnych placówek opieki paliatywnej i hospicyjnej, ewentualnie – doraźnie - rozszerzenie działalności istniejących zakładów opieki paliatywnej.

Większość pacjentów oraz członków ich rodzin jest zadowolona z oferty hospicjów, jednak część z nich twierdzi, iż nie dano im wyboru, mimo że nie są skłonni korzystać w wszystkich propozycji hospicjum. Pacjenci zgłaszali pewne „usztywnienie procedur", brak możliwości wyboru spośród oferowanych usług. Z kolei pracownicy nie zgłaszali uwag, odnośnie proponowanej oferty hospicjum.

Piśmiennictwo

1. GUS Rocznik Statystyczny Województw, 2012, 446.
2. World Health Organization Regional Office for Europe. Mortality indicators by 67 causes of death, age and sex (HFA-MDB) 2007, www.euro.who.int/Information Sources, data pobrania 02.05.2013.
3. Higginson I. J., Costantini M.: Dying with cancer, living well with advanced cancer. Eur. J. Cancer., 2008, 44, 1414–1424.
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. (Dz.U. z 2009 r., Nr 139, poz. 1138 z późn. zm.), http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m491&ms =0&ml =pl&m i=56&mx=0&mt=&my=131&ma=013521, data pobrania 02.05.2013.
5. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. (Dz.U. z 2011 r., Nr 112, poz. 654 z późn. zm.), http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20111120654, data pobrania 02.05.2013.
6. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.), data pobrania 02.05.2013, http://www.mz.gov.pl/wwwmz/ index? mr=m1 &ms=904&ml=pl&mi=904&mx=0&mt=&my=9&ma=07863, data pobrania 02.05.2013.
7. Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentysty z dnia 5 grudnia 1996r.(Dz.U. z 2008 r., Nr 136, poz. 857 t.j.), http://www.kbet.cm-uj.krakow.pl/dokumenty/akty/ustawa_o_ zawodzie_ lekarza.pdf, data pobrania 02.05.2013.
8. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.(Dz.U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 t.j.), data pobrania 02.05.2013.

Rolka Hanna[1,2], Brayer Aneta[3], Drozdowski Wiesław[4], Kowalewska Beata[1,2], Kulikowska Barbara[4], Klimaszewska Krystyna[1], Kondzior Dorota[1], Kowalczuk Krystyna[1], Jankowiak Barbara[1,2]

Zmęczenie jako istotny problem pielęgnacyjny determinujący samopoczucie chorych ze schorzeniami neurologicznymi -badanie wstępne

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Instytut Medyczny Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży
3. Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie
4. Klinika Neurologii z Pododdziałem Udarowym Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

Wstęp

Jak dowiodły prowadzone badania naukowe zmęczenie po wykluczeniu występowania depresji występuje w przebiegu wielu chorób neurologicznych m.in. w stwardnieniu rozsianym, chorobie Parkinsona, chorobie nerwu ruchowego, udarze mózgu, zespole post-polio [1].

Pacjenci najczęściej określają samopoczucie towarzyszące zmęczeniu jako odczucie uogólnionej słabości, ciągłego zmęczenia nie zmniejszającego się po odpoczynku i senności występującej w ciągu dnia.

NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) określa zmęczenie jako „*przytłaczające, utrzymujące się poczucie wyczerpania oraz spadku zdolności fizycznej i umysłowej*" [2].

To samo towarzystwo pod wpływem obserwacji i prowadzonych badań sprecyzowało definicję określając zmęczenie jako „przytłaczające, stale utrzymujące się uczucie wyczerpania oraz obniżonej zdolności do fizycznej i umysłowej pracy na dostępnym zazwyczaj poziomie" [3].

Aaronson natomiast definiuje zmęczenie jako „ *... świadomość obniżenia zdolności fizycznej lub umysłowej aktywności, powodującej nierównowagę w możliwościach, spożytkowaniu i/lub odnowieniu zasobów potrzebnych do sprawnej aktywności*" [2].

Brola i współ. [1] określają zmęczenie *„ jako subiektywnie odczuwane uczucie braku energii do rozpoczynania i podtrzymywania dowolnej aktywności, pozostające bez związku z depresją lub osłabienia siły mięśniowej*" [1].

Wielu badaczy podkreślając aspekt niejednorodny charakteru zmęczenia zaleca stosowanie terminu zespół zmęczenia [1]. Podstawą do zdiagnozowania zespołu zmęczenia

jest wykluczenie występowania depresji oraz innych przyczyn mogących mieć wpływ na jego występowanie takich jak choroby serca, nerek, niedoczynność tarczycy, niewydolność nadnerczy, nowotwory, niedokrwistość [1].

Patofizjologia występowania zmęczenia nie została do końca poznana. Wskazuje się na „*istotną rolę udziału różnych mechanizmów w tym nieprawidłowego funkcjonowania osi podwzgórze-przysadka-nadnercza, obniżenie poziomu neuroprzekaźników-noradrenaliny, serotoniny i zaburzenia metabolizmu astrogleju*" [4].

Z analizy występujących w literaturze przedmiotu definicji wynika, że zmęczenie jest objawem subiektywnym, wielowymiarowym ocenianym indywidualnie przez jednostkę związanym ściśle z „*odczuciem dotyczącym stanu wewnętrznych zasobów osoby i wymaganiami koniecznymi dla kontynuowania aktywności fizycznej lub umysłowej*" [2].

Na poziomie funkcjonowania fizjologicznego występujące poczucie zmęczenia jest charakteryzowane w kontekście wysiłku związanego z aktywnością fizyczną (pracą) i odpoczynkiem [2]. Badacze wyraźnie wskazują na występowanie dwóch rodzajów zmęczenia obwodowego i ośrodkowego.

Zmęczenie obwodowe charakteryzuje się występowaniem zmian w mięśniach. Nazar i Kaciuba-Uściłko [2] wskazują na „*występowanie zmniejszonej siły i szybkości skurczów komórek mięśniowych do skurczu oraz angażowania do pracy nowych włókien jako wyniku kompensacji zmęczenia. Zjawiska te są ściśle powiązane z upośledzeniem funkcjonowania mechanizmów pobudzania komórek mięśniowych, występowania zaburzeń w sprzężeniu elektromechanicznym, dysfunkcją aparatu kurczliwego oraz wyczerpaniem substratów energetycznych*".

Natomiast zmęczenie ośrodkowe związane jest głównie z ośrodkowym układem nerwowym i jak wskazują Kozłowski, Nazar i Kaciuba-Uściłko „*dochodzi do zmniejszenia sprawności niektórych funkcji ośrodkowego układu nerwowego w wyniku zmian poziomu aktywacji (stanu wzbudzenia) i rozległych zaburzeń homeostazy*" [2]. Autorzy podkreślają również występowanie wpływu zmian humoralnych na odczucie stopnia ciężkości pracy - zaburzeń równowagi kwasowo-zasadowej i wzrostu temperatury mózgu [2].

Zmęczenie psychiczne jest „*niezwykle złożonym i wieloaspe**k**towym zjawiskiem wywołującym istotne zmiany w motywacji, nastroju i w procesach poznawczych*" [2]. Badania wykazały, że w wyniku zmęczenia psychicznego dochodzi do zmian nastroju z występującym poczuciem drażliwości, obniżeniem poziomu empatii, występowaniem trudności z podtrzymaniem ukierunkowania uwagi na zadaniu, spadku dążeń-oczekiwań, życzeń, obserwuje się małą wytrwałość, bezsenność i spadek popędu seksualnego [2].

Prowadzone badania wykazały również wpływ czynników środowiskowych takich jak temperatura, wilgotność i hałas na występowanie i charakter zmęczenia [3].

W przypadku schorzeń neurologicznych prowadzone badania dotyczące poziomu i charakteru zmęczenia wykazały iż:

- w stwardnieniu rozsianym objaw ten jest najczęściej zgłaszany przez pacjentów i wywiera decydujący wpływ na poziom jakości życia. Obserwuje się występowanie zmęczenia o charakterze uogólnionym lub lokalnym np. chorzy skarżą się na zaburzenia widzenia, doświadczanie uczucia zmęczenia zlokalizowanego w obrębie kończyn dolnych itp. [1]. Jak dowodzą badania uczucie zmęczenia może poprzedzać rzut choroby lub utrzymywać się przez bardzo długi czas [1].
- W przebiegu SM wyróżnia się pięć typów zmęczenia: „typ I – zmęczenie fizjologiczne występujące po wysiłku, typ II – zmęczenie jest następstwem osłabionej kondycji fizycznej, typ III – zmęczenie nerwowo – mięśniowe, typ IV – zmęczenie psychogenne, typ V – męczliwość często definiowana jako zespół zmęczenia zależny od SM" [1]. W przebiegu stwardnienia rozsianego występuje często zmęczenie wtórne związane z przyjmowaniem środków farmakologicznych wówczas pacjenci uskarżają się na bóle mięśni, zaburzenia snu, znaczne ograniczenie aktywności ruchowej [1].
- udarach mózgu występowanie zmęczenia może być jedyną pozostałością po ustąpieniu deficytów ruchowych. Patomechanizm zmęczenia poudarowego jest wieloczynnikowy i obejmuje zarówno organiczne uszkodzenie mózgu oraz zaburzenia funkcjonowania psychosocjalnego w nowej trudnej sytuacji związanej z doświadczaniem choroby. Przewlekłe zmęczenie występuje, u 39-69% pacjentów po przebytym udarze i znacznie wpływa na samopoczucie, a tym samym obniża jakość życia [1].
- w przebiegu zespołu post-polio i po przebyciu innego typu zakażeń wirusowych zmęczenie jest następstwem uszkodzenia układu siatkowatego [1].
- zmęczenie obserwowane jest również w przebiegu choroby Parkinsona gdzie obserwuje się nasilone zmęczenie, senność, mimo występującego polepszeniu funkcji ruchowych [1].
- w przypadku urazów głowy i kręgosłupa w okresie pourazowym 85% pacjentów doświadcza uczucia zmęczenia zgłaszając trudności z koncentracją, pamięcią, drażliwość, bóle głowy, niestabilność emocjonalną [5].

Każda choroba wpływa na stan psychiczny i funkcjonowanie człowieka niejednokrotnie wpływając na jakość snu. Bezsenność (insomnia) jest „subiektywnym zaburzeniem związanym z trudnościami w zasypianiu, kontynuowaniu snu, wczesnym budzeniem się, snem przerywanym lub nieregularnym" [6]. Bezsenność powoduje złe samopoczucie i zaburza normalne funkcjonowanie w ciągu dnia. Uwzględniając kryterium czasu trwania objawu bezsenność dzieli się na [6]:

- przygodną, którą trwa zazwyczaj kilka dni wynika najczęściej ze stresu, szybkiego przekraczania stref czasowych, pracy zmianowej itp.,
- krótkotrwałą zazwyczaj trwającą do 3 tygodni, często towarzyszącą występowaniu chorób somatycznych, lub doznawaniu przewlekle stresu,
- przewlekłą, która trwa powyżej jednego miesiąca.

Szereg prowadzonych badań naukowych dotyczące etiologii i patogenezy bezsenności wskazuje, że różnego typu czynniki wywołują jej występowanie. Do najczęstszych czynników zalicza się:

- „czynniki predysponujące mają głównie podłoże biologiczne, zalicza się do nich: cechy osobowości, rytm okołodobowy, wiek, płeć żeńską, występowanie chorób psychicznych i somatycznych, predyspozycje rodzinne,
- czynniki wyzwalające czyli, te które bezpośrednio zakłócają sen: środowiskowe, adaptacyjne, medyczne, polekowe, psychiatryczne,
- czynniki utrwalające, pogłębiające, podtrzymujące bezsenność: nadużywanie leków, niewłaściwa higiena snu, stresy psychiczne" [7].

Cel pracy

Celem podjętych badań była ocena występującego poziomu zmęczenia oraz występowania zaburzeń snu u pacjentów z schorzeniami neurologicznymi oraz wpływu tych objawów na samopoczucie chorych podczas hospitalizacji.

Materiał i metoda

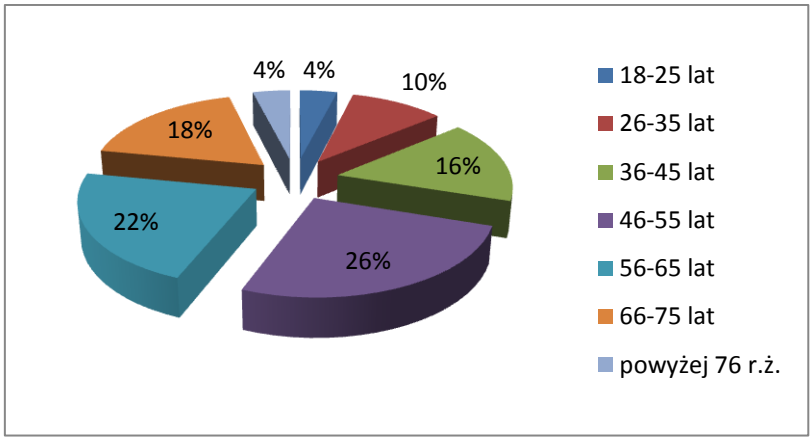
W badaniu uczestniczyło 50 pacjentów hospitalizowanych w Klinice Neurologii z Pododdziałem Udarowym Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku w styczniu 2013 roku. Badania rozpoczęto po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku nr R-I-002/282/2012. Zostały one przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego, a narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety, którego integralną częścią była skala FSS (*Fatigue Severity Scale*)-Skala Ciężkości Zmęczenia oraz skala ISI (*Insomnia Severity Index*)-Skala Nasilenia Bezsenności.

Skala FSS (*Fatigue Severity Scale*)-Skala Ciężkości Zmęczenia składa się z 9 pozycji, które badają wpływ odczuwanego poziomu zmęczenia na codzienną aktywność, motywację, pracę czy życie rodzinne.

Skala ISI (*Insomnia Severity Index*)-Skala Nasilenia Bezsenności ocenia poziom występujących zaburzeń snu/bezsenności.

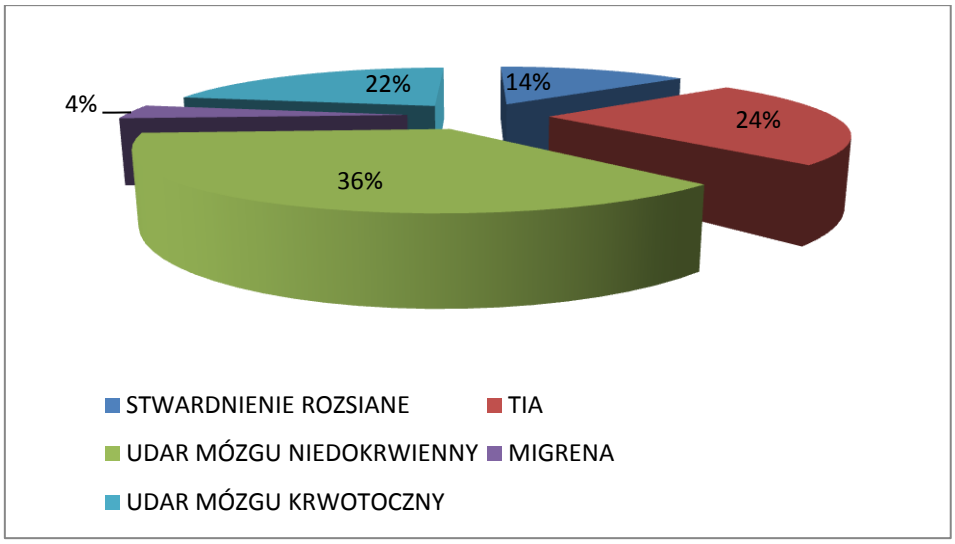
Wyniki

Badaniem objęto 50 osób ze schorzeniami neurologicznymi hospitalizowanych w Klinice Neurologii z Pododdziałem Udarowym Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku. W badanej grupie znalazło się 21 kobiet (42%) i 29 mężczyzn (58%). Badane osoby stanowiły zróżnicowaną grupę pod względem wieku. Najliczniej reprezentowany był przedział wiekowy 46-55 lat - 26% badanych i 56-65 lat - 22% respondentów. Szczegółową strukturę wieku osób uczestniczących w badaniu prezentuje rycina 1.



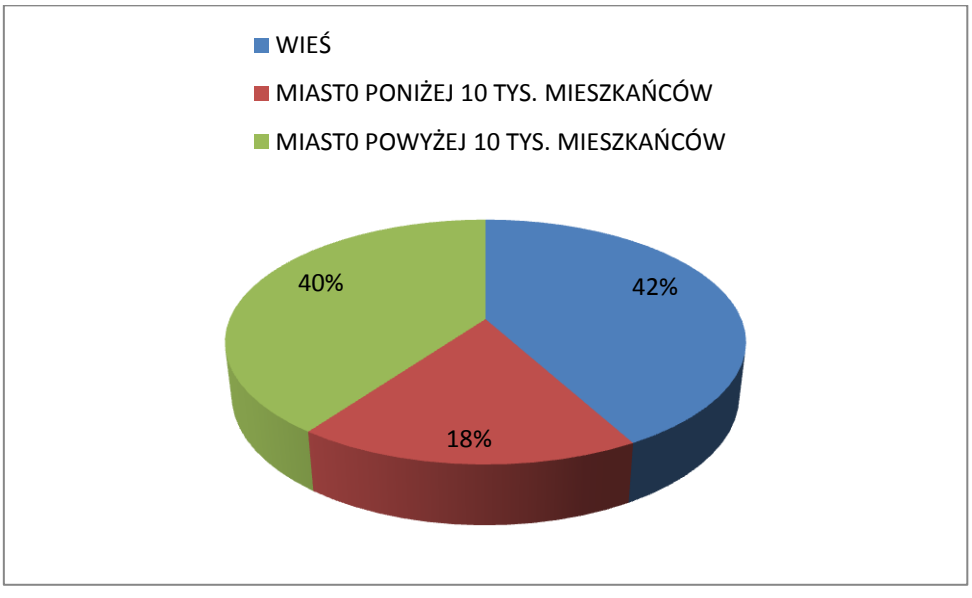
Rycina 1. Wiek osób badanych.

W grupie badawczej znalazły się osoby, hospitalizowane z powodu najczęściej występujących schorzeń neurologicznych: stwardnienia rozsianego, przemijającego niedokrwienia mózgu - TIA (*Transient Ischemic Attack*), migreny, udaru niedokrwiennego i udaru krwotocznego. Przyczyny hospitalizacji osób uczestniczących w badaniu przedstawia rycina 2.



Rycina 2. Przyczyna hospitalizacji osób uczestniczących w badaniu.

Najliczniejszą grupę badanych stanowili chorzy hospitalizowani z powodu udaru niedokrwiennego (18 badanych) i przemijającego niedokrwienia mózgu TIA (12 chorych) oraz udaru krwotocznego (11 respondentów). Zdecydowanie mniejszą grupę stanowili pacjenci ze stwardnieniem rozsianym – 14% (7 chorych) i z rozpoznaną migreną – 4% (2 pacjentów). Najliczniejszą grupę respondentów stanowiły osoby zamieszkujące na wsi – 42% i w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców. Zdecydowanie mniejszą grupę stanowiły osoby zamieszkujące w mieście poniżej 10 tys. mieszkańców 18% badanych chorych. Miejsce zamieszkania osób badanych prezentuje rycina 3.



Rycina 3. Miejsce zamieszkania badanych.

Najwięcej uczestniczących w badaniu chorych posiadało wykształcenie średnie 30% (15 badanych) i zawodowe 28 % (14 chorych). Wykształceniem podstawowym legitymowało się 26 % badanych (13 osób), a wyższym 16 % (8 respondentów).

Intencją prowadzonych badań było zbadanie poziomu występującego zmęczenia towarzyszącego hospitalizacji oraz zaburzeń jakości snu przyjmując, że objawy te mogą być bardzo męczące i wpływać znacząco na ogólną ocenę jakości życia i aktywny udział badanych w procesie pielęgnowania, terapii i rehabilitacji.

Dla potrzeb prowadzonych badań do oceny poziomu zmęczenia oraz jego wpływu na funkcjonowanie respondentów posłużono się skalą FFS *(Fatigue Severity Skale)*, która zawiera 10 pytań opisujących objaw jakim jest zmęczenie i jego wpływ na funkcjonowanie. Badanie polegało na przypisaniu do każdego pytania odpowiedzi oceniającej w siedmiostopniowej skali. Im wyższa ocena punktowa tym większy jest poziom zmęczenia odczuwany przez badanego. Przyjmuje się, że

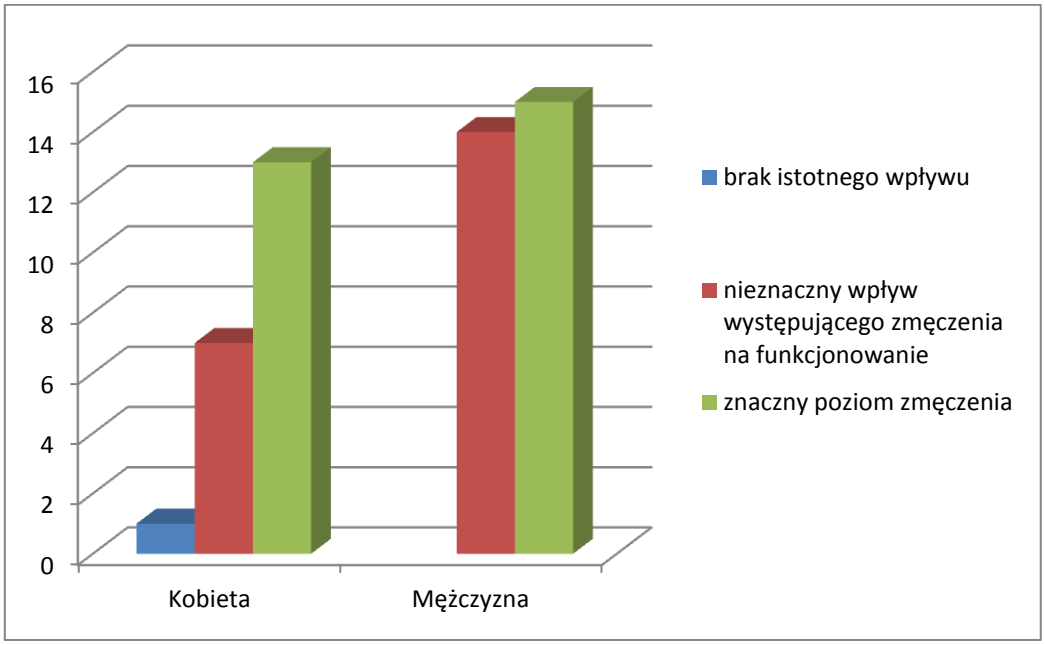
- ogólny uzyskany wynik poniżej 2 pkt.- brak istotnego wpływu na poziomu zmęczenia na funkcjonowanie pacjenta,
- od 2-4 pkt.- nieznaczny wpływ poziomu odczuwanego zmęczenia na funkcjonowanie chorego,
- od 4-6 pkt. – znaczny wpływ odczuwanego zmęczenia na funkcjonowanie,
- powyżej 6 pkt.- poziom zmęczenia determinuje samopoczucie i zachowanie chorego.

Średni wynik w badanej grupie chorych przy zastosowaniu skali FFS wyniósł 4,27.

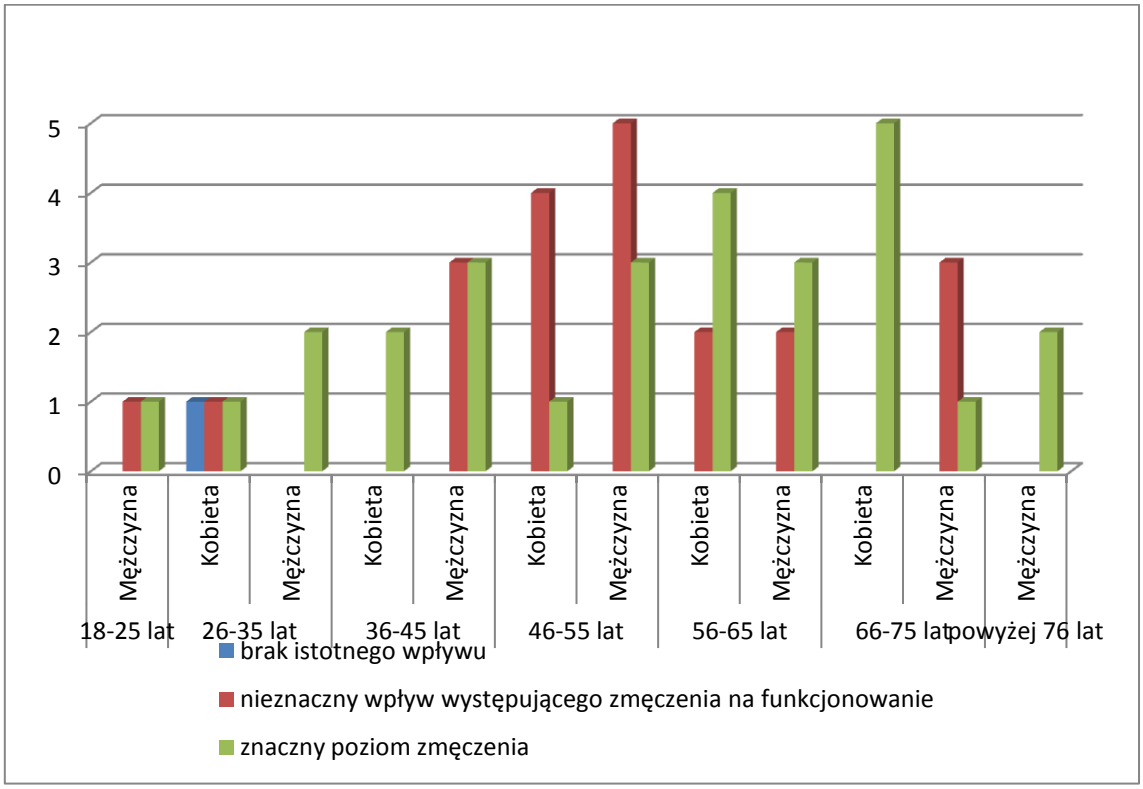
Analizując poziom odczuwanego zmęczenia wnikliwie analizowano go w grupie kobiet i mężczyzn. Mężczyźni uczestniczący w badaniu 51,7% (15 badanych) odczuwali znaczny poziom zmęczenia mający wpływ na ich funkcjonowanie, badane kobiety 61,9% (13 badanych) kobiet również odczuwało znaczny poziom zmęczenia. Natomiast 33,3% badanych kobiet (7 badanych) i 48,2% poddanych badaniu mężczyzn odczuwało zmęczenie na poziomie, który w sposób nieznaczny wpływa na funkcjonowanie. Dane powyższe prezentuje rycina 4.

Badania wykazały, ze osoby ze stwardnieniem rozsianym odczuwały wyższy poziom zmęczenia średnio o 1,25 punktu. Podczas prowadzenia badań wnikliwie analizowano poziom odczuwanego zmęczenia w grupie badanych kobiet i mężczyzn z uwzględnieniem wieku respondentów. Kobiety będące w przedziale wieku 66-75 lat odczuwały znaczny poziom zmęczenia wpływający na samopoczucie i funkcjonowanie. Natomiast mężczyźni w

przedziale wieku 46-55 lat odczuwali poziom zmęczenia, który nieznacznie wpływał na samopoczucie. Szczegółowe dane przedstawia rycina 5.

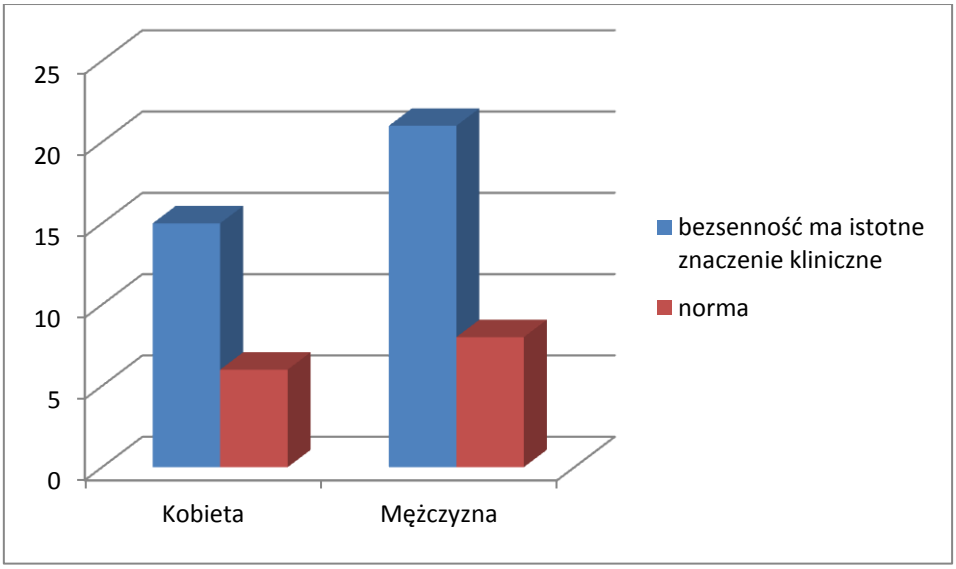


Rycina 4. Poziom odczuwanego poziomu zmęczenia a płeć



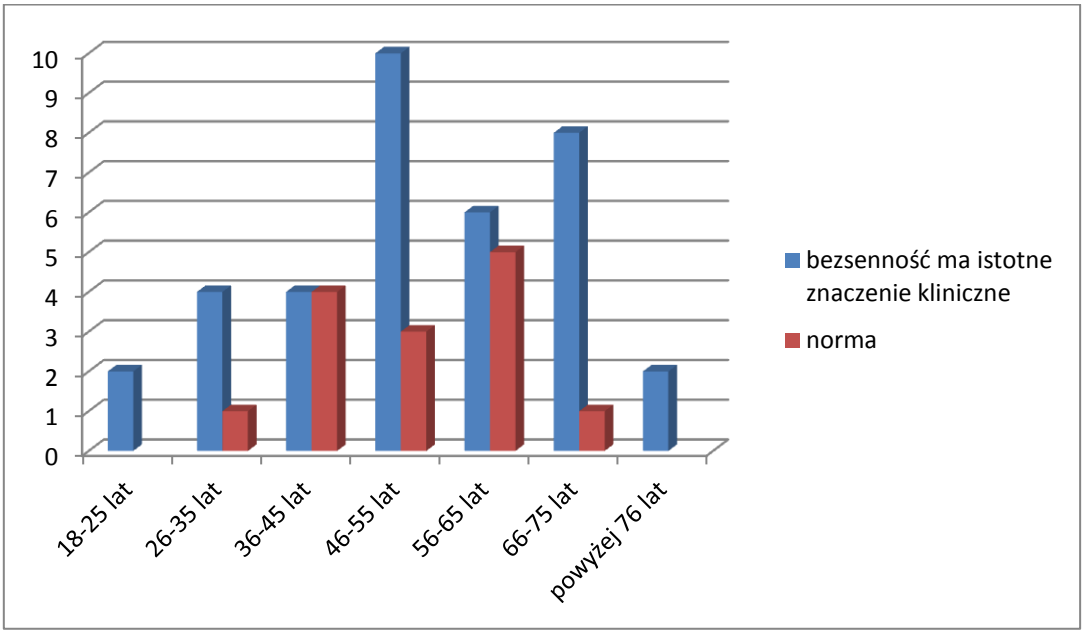
Rycina 5. Odczuwany poziom zmęczenia z uwzględnieniem wieku i płci

W trakcie prowadzenia badań przy zastosowaniu skali ISI - Skali Nasilenia Bezsenności oceniano poziom występujących zaburzeń snu. Bezsenność mająca znaczenie kliniczne występowała zdecydowanie częściej w badanej grupie mężczyzn.



Rycina 6. Stopień występującej bezsenności, a płeć.

W przedziale wieku 46-55 lat najwięcej badanych chorych odczuwało bezsenność wskazującą na znaczenie kliniczne. Szczegółowe dane prezentuje rycina 7.



Rycina 7. Poziom nasilenia bezsenności, a wiek.

Dyskusja

Jakość życia lub inaczej satysfakcja z życia odnosi się do bardzo szerokiego zakresu ludzkiego doświadczania i zależy od bardzo wielu czynników. Jak wskazuje wielu badaczy na jakość życia związaną ze zdrowiem składają się czynniki obiektywne i subiektywne [8].

Czynniki obiektywne związane są z obiektywnymi elementami stanu fizycznego, psychicznego i społecznego. Natomiast czynniki subiektywne dotyczą poczucia zadowolenia i satysfakcji poszczególnych aspektów stanu bio-psycho-społecznego oraz życia jako całości zmodyfikowanego przez zmianę stanu zdrowia. Czynniki subiektywne jakości życia to: postrzeganie dolegliwości, poziom sprawności, obraz własnego siebie satysfakcja z życia rodzinnego, zawodowego, integracji z innymi ludźmi, wsparcia społecznego [8].

Zmęczenie i bezsenność jest jednym z wielu objawów klinicznych, trudnym do oceny ze względu na jego subiektywny charakter kształtujących w sposób istotny samopoczucie. Jak dowiodły prowadzone badania naukowe zmęczenie po wykluczeniu występowania depresji występuje w przebiegu wielu chorób neurologicznych m.in. w stwardnieniu rozsianym, chorobie Parkinsona, chorobie nerwu ruchowego, udarze mózgu, zespole post-polio [8].

Poziom odczuwanego zmęczenia w sposób istotny ma wpływ na ocenę jakości życia dokonywaną przez chorych.

Badania własne wykazały, że poziom odczuwanego zmęczenia towarzyszący hospitalizacji znacznie wpływał na samopoczucie i funkcjonowanie. Tak deklarowało 56% badanych. Zmęczenie na poziomie, który nieznacznie wpływał na samopoczucie odczuwało 42% respondentów. Bejer i wsp. badając poziom zmęczenia w grupie chorych z udarem mózgu wskazują, iż zmęczenie ma charakter polietiologiczny i nie zależy od ciężkości udaru, natomiast zaobserwowali, iż poziom zmęczenia był zróżnicowany w różnych grupach wiekowych [4]. Badania własne wykazały również dysproporcje w poziomie odczuwanego zmęczenia w różnych grupach wiekowych.

Znaczy poziom zmęczenia zdecydowanie częściej odczuwali mężczyźni w wieku od 46 do 65 roku życia, natomiast badane kobiety w przedziale wieku 56-75 lat. Zaobserwowano również, że 72% badanych cierpi na zaburzenia snu, które mają znaczenie kliniczne. Najwięcej osób, które cierpiały na bezsenność znajdowała się w przedziale wieku 46-55 lat 26% (13 badanych).

Prowadzone badania naukowe wskazują na złożone występowanie przyczyn, które prowadzą do wystąpienia zaburzeń snu. Jedną z najczęściej obserwowanych przyczyn, która wywołuje bezsenność epizodyczną jest sytuacja zmagania się ze stresem. Stres towarzyszy

hospitalizacji na każdym etapie jej trwania i wynika z wielu czynników sytuacyjnych: obrazu choroby w wyniku stosowanej terapii, sposobu radzenia sobie z dysfunkcjami i poziomem akceptacji choroby, czynnikami sytuacyjnymi związanymi z specyfiką prowadzenia terapii w warunkach szpitalnych, co zaburza w sposób poważny rytm snu i czuwania i innymi problemami z którymi zmaga się osoba chorująca, a dotyczącymi realizacji pełnionych ról rodzinnych, zawodowych i społecznych. Indywidualne zapotrzebowanie na sen wykazuje znaczne zróżnicowanie, wahając się, u zdrowych ludzi od 4 do 10 h na dobę. Na długość snu i zadowolenie z niego wypływa wiele czynników, w tym aktualny stan emocjonalny oraz wiek [2]. Na podstawie prowadzenia różnych badań stwierdzono, że wraz z wiekiem skraca się długość snu. Badania własne jednak wykazały, iż zarówno kobiety jak i mężczyźni szczególnie w przedziale wieku pomiędzy 46 a 55 rokiem życia cierpieli na bezsenność. Problem ten również dotyczył przedziału wieku pomiędzy 66 a 75 rokiem życia oraz pomiędzy 56 a 65 rokiem życia, gdzie zaobserwowano wyższy wskaźnik występowania bezsenności o istotnym znaczeniu klinicznym.

W badaniach naukowych, które dotyczyły trudności z zasypianiem definiuje się najczęściej jako wydłużenie okresu zasypiania - latencji snu, przekraczający 45 minut. Jako trudności z utrzymaniem snu definiowane się łączne czasy wszystkich wybudzeń ze snu w ciągu nocy, czyli czas czuwania wtrąconego powyżej 30 minut. Jako zbyt krótki całkowity czas snu uznaje się sen poniżej 6 godzin [4]. Bezsenność może być przyczyną występowania w ciągu dnia złego samopoczucia, uczucia zmęczenia fizycznego i psychicznego występowania drażliwości.

Poważne choroby somatyczne, a do nich zaliczane są choroby neurologiczne związane są z obecnością takich objawów jak ból, cierpienie, poczucie zagubienia, bezradność. Występują obawy związane z realizacją procedur medycznych i szereg czynników stresujących utrudniających adaptację do warunków związanych z hospitalizacją: brak poczucia prywatności, intymności, konieczność dzielenia sali z innymi chorymi, ograniczenie sprawności i samodzielności. Te czynniki sytuacyjne mogą wywołać zespół stresu pourazowego (ang. *Post-Traumatic Stress Disorder* – PTSD) czyli zaburzenia lękowego, które może się pojawić, u ludzi po doświadczeniu traumatycznych wydarzeń, takich - które stanowiły zagrożenie zdrowia i życia i spowodowały intensywny lęk, bezsilność i przerażenie [9]. Amerykańskie Stowarzyszenie Psychiatryczne uznało zagrażające życiu choroby za wydarzenia mogące wywoływać zespół stresu pourazowego [9].

Analiza wyników badań własnych i wniosków z nich wynikających dowodzi, że przy planowaniu opieki nad chorymi należy analizować aspekty związane z występowaniem

zmęczenia i występowania ewentualnych zaburzeń snu, aby zminimalizować niekorzystne następstwa hospitalizacji.

Wnioski

Uzyskany w toku badań materiał badawczy pozwolił na sformułowanie następujących wniosków:

1. Wszystkie osoby uczestniczące w badaniu niezależnie od rozpoznania klinicznego odczuwały zmęczenie na poziomie, który ma wpływ na normalne funkcjonowanie.
2. Osoby chore na stwardnienie rozsiane odczuwały zdecydowanie wyższy poziom zmęczenia.
3. Prowadzone badania wykazały, że zmęczeniu towarzyszy bezsenność o istotnym znaczeniu klinicznym i jest ona bardziej dotkliwa w populacji badanych mężczyzn.

Piśmiennictwo

1. Brola W., Ziomek M., Czernicki J.: Zespół zmęczenia w przewlekłych chorobach neurologicznych. Neurol. Neuroch. Pol., 2007, 4, 340-349.
2. Chojnacka - Szawłowska G.: Zmęczenie a zdrowie i choroba. Perspektywa psychologiczna. Wydawnictwo Impuls, Kraków, 2009.
3. Ackley B.J., Ladwig G.B.: Przewodnik diagnoz pielęgniarskich. Przewodnik planowania opieki opartej na dowodach naukowych. Wydawnictwo Elsevier, Warszawa, 2011.
4. Bejer A., Probachta M., Sochacki A.: Kliniczne i demograficzne uwarunkowania zmęczenia po udarze mózgu. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie, Rzeszów, 2010, 3, 298-304.
5. Kumor K., Pierzchała K.: Problem zmęczenia w chorobach neurologicznych. Wiad. Lek., 2006, 59, 9-10.
6. Szelenberger W.: Standardy leczenia bezsenności Polskiego Towarzystwa Badań nad Snem, Sen, 2006, 6, 1-10.
7. Skalski M.: Zaburzenia snu w chorobach nowotworowych. Onkologia w Praktyce Klinicznej, 2006, 1, 32-39.
8. Jaracz K., Kozubski W.: Jakość życia po udarze mózgu. Część I-badanie prospektywne. Udar Mózgu, 2001, 2, 55-62.
9. Heszen-Niejodek H.: Psychologiczne problemy chorych somatycznie. [w:] Psychologia. T 3. Strelau (red.): Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003, 513-532.

Korzeniecka-Kozerska Agata[1], Okurowska-Zawada Bożena[2], Liszewska Alicja[3]

Ocena czynności nerek u dzieci cewnikowanych z pęcherzem neurogennym po operacji przepukliny oponowo rdzeniowej

1. Klinika Pediatrii i Nefrologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.
2. Klinika Rehabilitacji Dziecięcej z Ośrodkiem Wczesnej Pomocy Dzieciom Upośledzonym "Dać Szansę", Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
3. Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Pediatrii i Nefrologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Przepuklina oponowo-rdzeniowa (*myelomeningocele*) jest jednym z najczęstszych wrodzonych zaburzeń u ludzi. Występuje z różną częstością, wahającą się od 0,6-2,0/1000 urodzeń i różni się w zależności od kraju, kontynentu oraz możliwości wczesnej diagnostyki prenatalnej [1, 2, 3]. Zaburzenie to spowodowane jest przez zaburzenia tworzenia oraz zamykania cewy nerwowej. Najczęstszym miejscem defektu jest odcinek lędźwiowo-krzyżowy [4].

Pęcherz neurogenny jest specyficznym stanem chorobowym wynikającym z uszkodzenia unerwienia pęcherza moczowego. Najczęstszą przyczyną pęcherza neurogennego jest przepuklina oponowo-rdzeniowa, a stopień uszkodzenia czynności pęcherza zależny jest od poziomu uszkodzenia. Z powodu braku świadomej kontroli nad czynnością pęcherza, wynikającej z upośledzenia dróg nerwowych dzieci z przepukliną oponowo-rdzeniową znajdują się w grupie zwiększonego ryzyka powikłań ze strony układu moczowego: zakażeń układu moczowego, często nawracających oraz opornych na leczenie, powstawania odpływów pęcherzowo-moczowodowych, tworzenia się kamieni oraz pogarszania się funkcji nerek, z ostatnim stadium przewlekłej choroby nerek wymagającej leczenia nerkozastepczego włącznie [4, 5, 6, 7].

Uszkodzenie nerek dokonuje się w drodze tego samego mechanizmu, co nefropatii zaporowej. Nieprawidłowe opróżnianie pęcherza (niepełne i/lub nieregularne) oraz zaburzona czynność dolnych dróg moczowych prowadzi do wzrostu ciśnienia w układzie moczowym. Do wzrostu ciśnienia dochodzi najpierw w dolnych drogach moczowych, a następnie w górnych, powodując stopniowe upośledzenie filtracji. Wśród osób dializowanych, pacjenci z pęcherzem neurogennym stanowią znaczący odsetek. Według danych z ostatnich lat, od 3-15% pacjentów dializowanych to pacjenci po operacji przepukliny oponowo-rdzeniowej wymagający leczenia nerkozastępczego [8, 9, 10, 11]. W naszej klinicznej obserwacji 5

pacjentów z pęcherzem neurogennym wymagało leczenia nerkozastępczego w ciągu ostatnich 15 lat.

Oceny czynności pęcherza moczowego dokonuje się w oparciu o wynik badania urodynamicznego. U dzieci z pęcherzem neurogennym badanie to powinno być wykonywane regularnie, zwykle 1-2 razy w ciągu roku. Podczas tej procedury oceniamy ciśnienie panujące w pęcherzu zarówno w trakcie gromadzenia moczu (wypełniania pęcherza), jak i w trakcie opróżniania pęcherza (aktu mikcji).

Większość dzieci z pęcherzem neurogennym nie opróżnia pęcherza w sposób świadomy, stąd często nasza ocena opiera się głownie na ocenie fazy gromadzenia moczu oraz określenia tzw. LPP (*leak point pressure*), czyli wartości ciśnienia w pęcherzu, przy którym dochodzi do wycieku moczu.

Oceniając czynność pęcherza z zaburzeniami o podłożu neurogennym należy ocenić czynność wypieracza i zwieracza (nadczynny, niedoczynny) pęcherza moczowego i na tej podstawie sklasyfikować rodzaj uszkodzenia czynności dolnych dróg moczowych.

Przeważająca większość dzieci wymaga czystego przerywanego cewnikowania pęcherza moczowego (CIC = clean intermittent catheterization). Często, poza CIC wymagają również farmakologicznej korekty stwierdzanych nieprawidłowości. Właściwe postępowanie ma na celu poprawę podatności ścian pęcherza, a przez to poprawienie efektywności fazy gromadzenia moczu oraz zmniejszenie nasilenia nietrzymania moczu, co z socjalnego punktu widzenia jest bardzo istotne w tej grupie pacjentów.

Pacjent z pęcherzem neurogennym wymaga od pierwszych dni życia wnikliwej oceny nefrologicznej, częstych badań kontrolnych w celu wczesnego wykrycia ryzyka uszkodzenia czynności nerek i zastosowania właściwego leczenia, gdzie cewnikowanie pęcherza odgrywa istotna rolę. Brak współpracy lekarzy wielu specjalności oraz niedostateczne uświadomienie rodziców prowadzi do wielu powikłań ze strony układu moczowego z niewydolnością nerek i koniecznością leczenia nerkozastępczego włącznie.

Celem pracy była ocena czynności nerek u pacjentów z pęcherzem neurogennym leczonych za pomocą cewnikowania pęcherza moczowego i porównanie z grupą dzieci z pęcherzem neurogennym, nie cewnikowanych.

Materiał i metody

Analiza historii chorób dzieci została przeprowadzona w Klinice Pediatrii i Nefrologii UMB oraz w Klinice Rehabilitacji Dziecięcej z Ośrodkiem Wczesnej Pomocy Dzieciom Upośledzonym "Dać Szansę" UMB.

Do analizy zakwalifikowano 72 dzieci po operacji przepukliny oponowo-rdzeniowej z rozpoznaniem pęcherza neurogennego.

U wszystkich dzieci zabieg operacyjny przepukliny oponowo-rdzeniowej został wykonany w okresie noworodkowym – w pierwszych dniach życia, a rozpoznanie pęcherza neurogennego zostało postawione w oparciu o wykonane badania urodynamiczne, w których zgodnie ze standardami International Children's Continence Society (ICCS) oceniano czynność pęcherza w trakcie gromadzenia i wydalania moczu, ustalając rodzaj pęcherza neurogennego (niskociśnieniowy, wysokociśnieniowy) [12].

Wszystkie dzieci pozostają, bądź pozostawały pod opieką Poradni Nefrologicznej oraz Kliniki Pediatrii i Nefrologii oraz Poradni Rehabilitacji i Kliniki Rehabilitacji Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Białymstoku. Badane dzieci zostały podzielone na dwie grupy.

Grupę I (CIC - *clean intermittent catheterization* - czyste przerywane cewnikowanie pęcherza moczowego) stanowiło 64 dzieci, które stosowały się do zaleceń cewnikowania pęcherza moczowego od 4 do 5 razy dziennie.

Grupę II (NCIC) stanowiły dzieci, które nie były cewnikowane lub cewnikowane nieregularnie. Wśród przyczyn nie zalecenia się do cewnikowania pęcherza moczowego były: brak zrozumienia choroby i akceptacji tej formy leczenia przez rodziców lub opiekunów prawnych (4 dzieci), brak informacji o konieczności cewnikowania (2 dzieci). W dwóch przypadkach cewnikowanie zostało zaprzestane z powodu przekonania, że nie jest już potrzebne.

Kryteria włączenia:

1. pacjenci płci żeńskiej i męskiej w wieku 1-18 lat z pęcherzem neurogennym z zaburzeniami oddawania moczu co najmniej od 1 roku,
2. badanie urodynamiczne (uroflometria - u dzieci samodzielnie oddających moczu oraz cystometria wykonana u wszystkich pacjentów),
3. wynik stężenia kreatyniny będący miarą funkcji nerek na początku leczenia oraz pod koniec okresu obserwacji,
4. wynik stężenia białka w porcji moczu.

Kryteria wyłączenia: wyniki badań kreatyniny wykonane w trakcie zakażenia układu moczowego lub innych infekcji.

Ocena biochemiczna obejmowała ocenę czynności nerek w oparciu o poziom kreatyniny w surowicy krwi oceniany dwukrotnie: na początku leczenia (w momencie stwierdzenia

pęcherza neurogennego) oraz pod koniec obserwacji. Stężenie kreatyniny w surowicy krwi było oznaczane w tym samym laboratorium przy użyciu metody Jaffe.

W oparciu o poziom kreatyniny oznaczono GFR (glomerular filtration rate) przy użyciu metody Schwartza. Wyniki kreatyniny analizowano w grupie dzieci nie cewnikowanych trzykrotnie.

Do analizy jako:

- badanie pierwsze (ocena I) wzięto pierwszy dostępny w dokumentacji (historia choroby, karta informacyjna) wynik, po postawieniu rozpoznania pęcherza neurogennego
- badanie drugie (ocena II) wzięto do analizy wynik w momencie pogorszenia czynności nerek.

Ponadto u wszystkich dzieci oceniono badanie ogólne moczu, w którym odniesiono się do wartości ciężaru właściwego oraz obecności białka i erytrocytów.

Zakażenia układu moczowego zostało wykluczone na podstawie prawidłowego badania ogólnego moczu oraz ujemnego badania bakteriologicznego. Prawidłowy poziom CRP pozwolił na wykluczenie jakiejkolwiek trwającej infekcji.

Do analizy statystycznej użyto programu Statistica 10.0. W analizie statystycznej, ze względu na rozkład odbiegający od normalnego wykorzystano do porównań test Manna Whitney'a oraz analizę wariancji ANOVA. Korelacje pomiędzy poszczególnymi parametrami oceniono przy użyciu testu Spearmana. Za istotną statystycznie zależność między zmiennymi uznano odpowiadający otrzymanej statystyce poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki

Dane opisujące grupę badana znajdują się w tabeli I.

Dzieci nie cewnikowane miały wykonaną trzykrotnie analizę wyników stężenia kreatyniny surowicy oraz wskaźnik filtracji kłębuszkowej (GFR) wyliczony metodą Schwartz'a z uwzględnieniem poziomu kreatyniny w surowicy oraz wzrostu pacjenta.

U dzieci cewnikowanych wyniki stężenia kreatyniny w surowicy oraz wartość GFR oceniano dwukrotnie.

Tabela I. Parametry biochemiczne oraz epidemiologiczne charakteryzujące badaną grupę dzieci. Dzieci NCIC- grupa dzieci nie cewnikowanych lub cewnikowanych nieregularnie; Dzieci CIC – grupa dzieci cewnikowanych.

	Dzieci NCIC		Dzieci CIC		NCIC z CIC
	n	mediana (min-max)	n	mediana(min-max)	
Płeć M/Ż	8		64		P=0 ,19
Kreatynina I (mg/dl)	8	0 ,305 (0 ,2-0 ,53)	64	0 ,3 (0 ,18-0 ,79)	P=0 ,84
GFR I ml/min/1 ,73m^{2}pow	8	133 ,51 (83 ,02-206 ,55)	64	131 ,75 (83 ,02-220)	P=0 ,86
Czas od I do II (lata)	6	5 ,85 (4 ,5-12 ,8)			
Kreatynina II (mg/dl)	7	2 ,11 (0 ,93-4 ,37)			
GFR II ml/min/1 ,73m ^{2} pow	7	32 ,64 (13 ,22-53 ,23)			
Czas od II do dializ (lata)	5	4 (2-4)			
Kreatynina III	7	5 ,85 (1 ,47-12 ,45)	64	0 ,3 (0 ,18-0 ,79)	P<0 ,01
GFR III ml/min/1 ,73m^{2}pow	7	13 ,55 (6 ,68-59 ,52)	64	230 ,75 (106 ,52-455)	P<0 ,01
Białko w moczu II (mg/dl)	7	38 (10-110)	64		
Białko w moczu III (mg/dl)		219 (120-630)		0 ,0 (0 ,0-32)	P<0 ,01
CIC (x/dzień)	5	2 (0 ,9-4)	59	4 (3-5)	
Okres od I do III (lata)	8	10 ,85 (6 ,5-16 ,8)-22	64	11 (2-21)	P<0 ,05
Ciężar właściwy moczu II	8	1 ,010 (1 ,004-1 ,020)		1 ,015 (1 ,010-1 ,030)	P<0 ,05
Ciężar właściwy moczu III	8	1 ,015 (1 ,002-1 ,020)		1 ,015(1 ,015-1 ,030)	p>0 ,05

W obu grupach dzieci oceniano jako badanie pierwsze (I) wyniki, które zostały wykonane po rozpoznaniu pęcherza neurogennego. Mediana zarówno stężenia kreatyniny, jak i wartości GFR nie różniła się istotnie statystycznie pomiędzy obiema ocenianymi grupami w ocenie I.

Oceny drugiej dokonano u dzieci nie cewnikowanych w momencie pogorszenia się parametrów czynności nerek. Jak wynika z tabeli czas, jaki upłynął od wykonania badania I do badania II wynosił 5.85 lat.

W ocenie III do analizy wzięto najbardziej aktualne wyniki badań stężenia kreatyniny oraz wyliczono GFR dzieci, które zgłaszają się do Kliniki lub Poradni Nefrologicznej, lub Rehabilitacyjnej w celu poddania się regularnym badaniom kontrolnym.

Jako badanie III u dzieci dializowanych wzięto ostatnią wartość kreatyniny i oszacowano GFR z okresu predializacyjnego. Należy nadmienić, że dwoje dzieci z grupy nie cewnikowanych zmarło w trakcie leczenia nerkozastępczego. Bezpośrednia przyczyna zgonu nie została ustalona (nie było wykonywane badanie biopsyjne,). Czas jaki upłynął od pogorszenia czynności nerek do momentu rozpoczęcia leczenia nerko zastępczego wynosił w tej grupie dzieci mediana 4 lata.

Stężenie kreatyniny w surowicy krwi było istotnie statystycznie niższe w grupie dzieci cewnikowanych i w tej grupie nadal mieściły się w zakresie wartości referencyjnych. GFR był istotnie statystycznie wyższy w grupie dzieci cewnikowanych w porównaniu do grupy nie cewnikowanych i równie mieścił się w zakresie wartości referencyjnych.

Dodatkowo u wszystkich dzieci analizowano stężenie białka w moczu. Analizowano wyniki z okresu II u dzieci nie cewnikowanych. Mediana stężenia białka w moczu wynosiła 38 mg% i była powyżej wartości prawidłowych.

W okresie III stężenie białka w moczu u dzieci nie cewnikowanych różniło się istotnie statystycznie w stosunku do dzieci cewnikowanych i wynosiło mediana 219mg/dl. Wartości białka w porcji moczu u dzieci cewnikowanych nie przekraczały wartości referencyjnych.

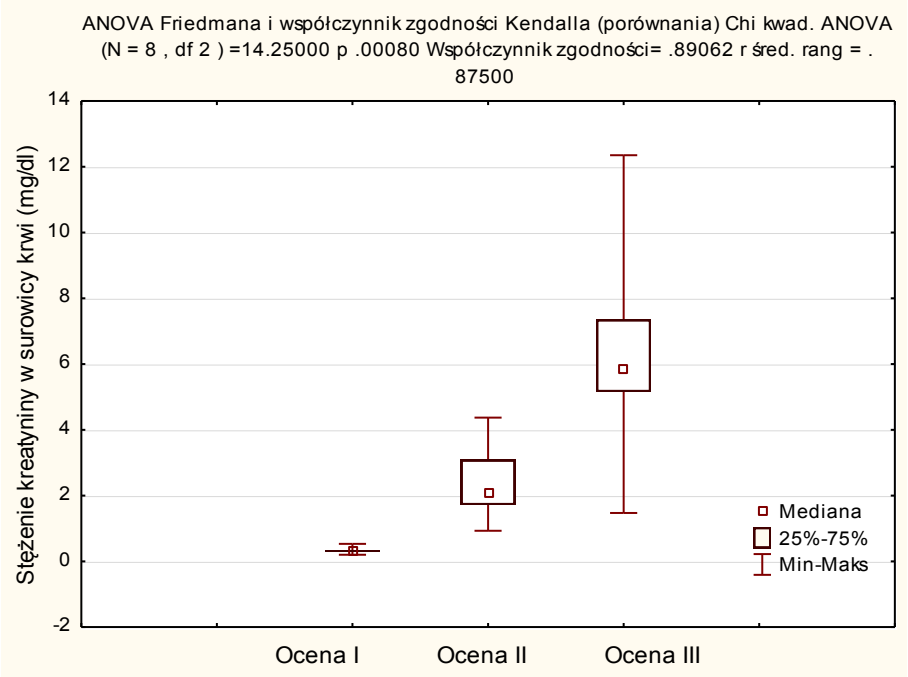
Oceniając częstość cewnikowania stwierdzono, że pięcioro dzieci z ośmiorga z grupy NCIC było cewnikowanych przez krótki okres czasu, głownie w momencie pogorszenia się czynności nerek i u żadnego dziecka cewnikowanie pęcherza moczowego nie przyniosło spektakularnej poprawy parametrów czynności nerek

Analizowany całkowity czas od oceny I do oceny III nie różnił się istotnie statystycznie w badanych grupach dzieci i wynosił w grupie dzieci niecewnikowanych (NCIC) mediana 10,58 lat i w grupie cewnikowanych (CIC) mediana11 lat ($p<0.05$).

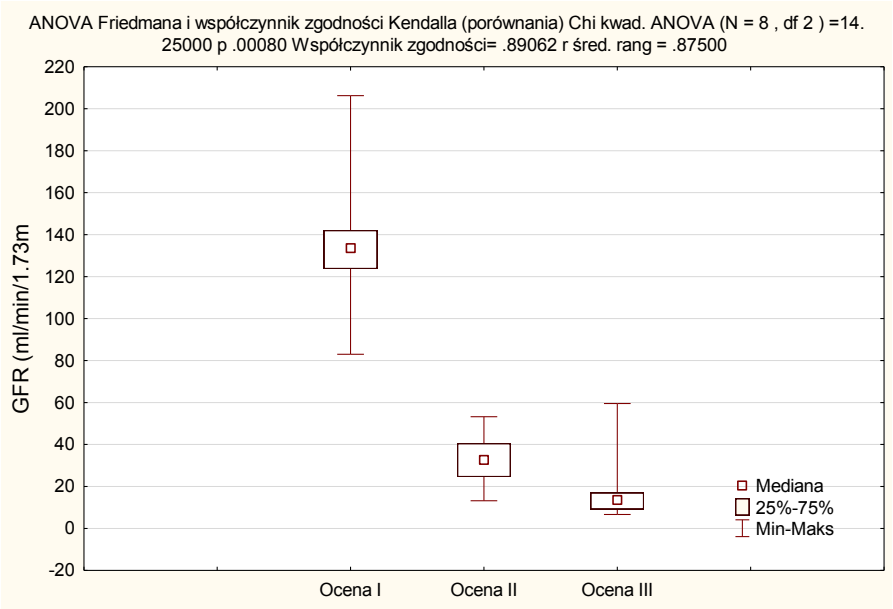
Ciężar właściwy moczu nie różnił się w badaniu II i III w grupie dzieci nie cewnikowanych, jak również nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w okresie III pomiędzy grupą cewnikowanych i niecewnikowanych.

Dokonano porównania ocenianych parametrów pomiędzy grupą chłopców oraz dziewcząt, nie stwierdzając istotnych różnic w obu ocenianych grupach (NCIC I CIC).

Z przedstawionych rycin 1 i 2 wynika, że stężenie kreatyniny zwiększało się w miarę upływu czasu, a GFR malało w grupie dzieci niecewnikowanych



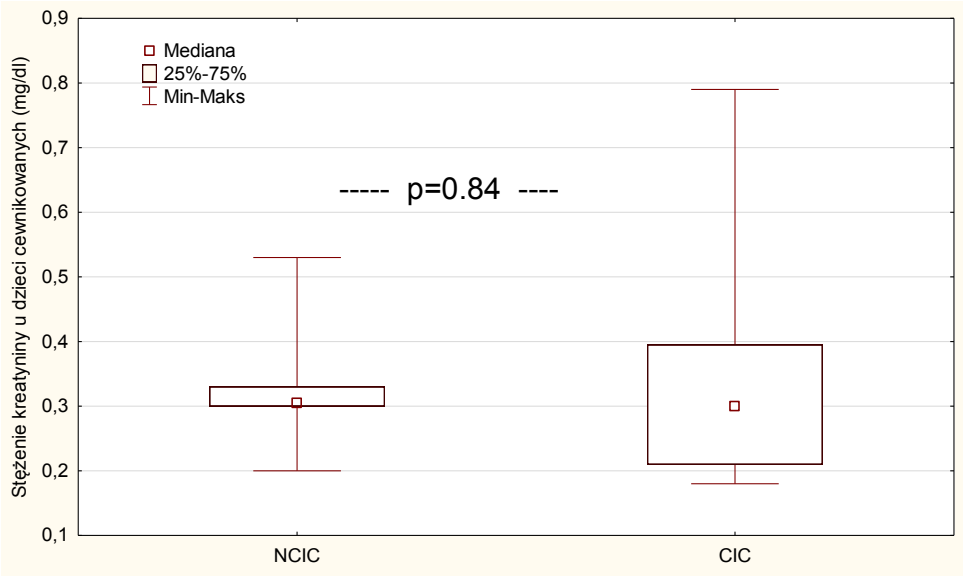
Rycina 1. Porównanie pomiędzy medianą stężenia kreatyniny w ocenianych okresach u dzieci nie cewnikowanych (NCIC): I- w momencie rozpoznania pęcherza neurogennego, II – w momencie pogorszenia się czynności nerek oraz III- pod koniec okresu obserwacji



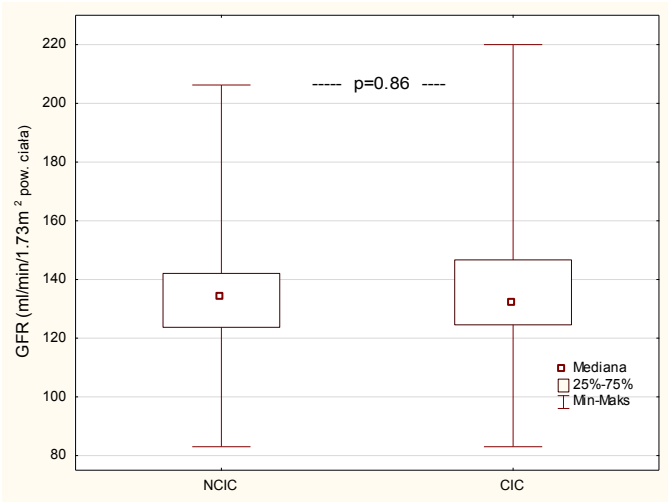
Rycina 2. Porównanie mediany GFR w ocenianych okresach u dzieci nie cewnikowanych: I- w momencie rozpoznania pęcherza neurogennego, II – w momencie pogorszenia się czynności nerek oraz III- pod koniec okresu obserwacji.

Z przestawionych rycin 3 i 4 wynika, że w ocenie I nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w medianie kreatyniny i GFR pomiędzy grupą dzieci cewnikowanych i niecewnikowanych. Innymi słowy, wyjściowo, na początku obserwacji klinicznej dzieci z obu ocenianych grup miały prawidłową, porównywalną funkcję nerek.

a)



b)

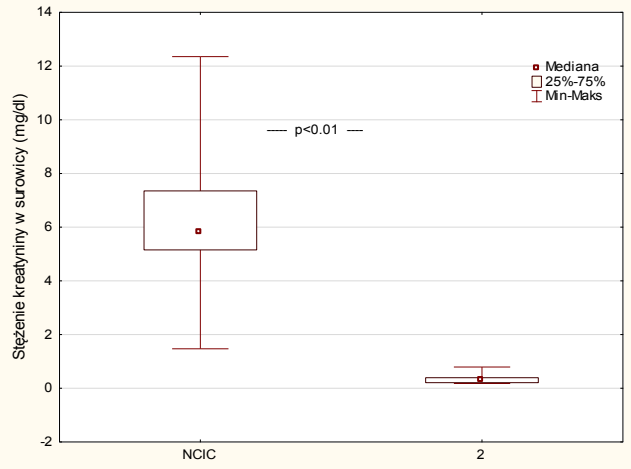


Rycina 3. Porównanie stężenia kreatyniny (a) oraz wartości GFR (b) w grupie dzieci cewnikowanych i nie cewnikowanych w ocenie I.

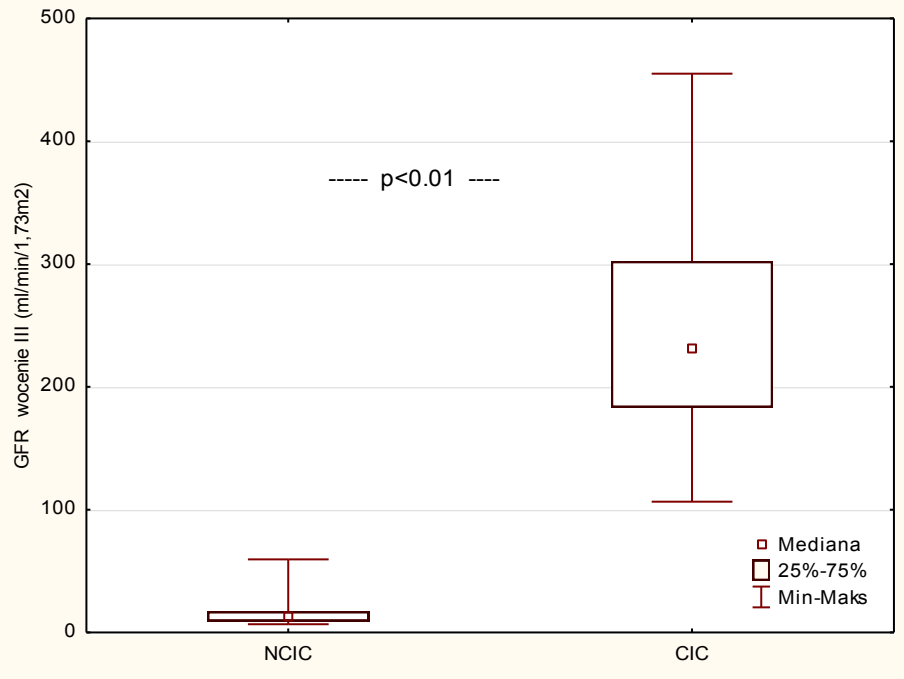
W ocenie III wykazano istotne statystycznie różnice w wartości mediany kreatyniny i GFR pomiędzy obiema ocenianymi grupami. Mediana kreatyniny była istotnie statystycznie wyższa w grupie dzieci nie cewnikowanych a mediana GFR była istotnie statystycznie niższa. Dokonano oceny korelacji zarówno w grupie dzieci cewnikowanych, jak i nie-

cewnikowanych. W grupie dzieci nie cewnikowanych stwierdzono ujemne korelacje GFR oraz kreatyniny w surowicy w ocenie I (r= -0.9856 p<0.05) oraz ujemne korelacje GFR i białkiem w moczu w ocenie II. (r= -0.8286; p<0.05). W grupie dzieci cewnikowanych stwierdzono ujemne korelacje stężenia kreatyniny i GFR w ocenie III, które wynosiły r= -0.8254 p<0.05.

a)



b)



Rycina 4. Porównanie stężenia kreatyniny (a) oraz wartości GFR (b) w grupie dzieci cewnikowanych i nie cewnikowanych w ocenie III.

Dyskusja

Pęcherz neurogenny spowodowany uszkodzeniem rdzenia stanowi istotna przyczynę przewlekłej choroby nerek w wieku dziecięcym [13].

Opieka nad pacjentem z pęcherzem neurogennym jest dwukierunkowa. Po pierwsze należy się skoncentrować na postępowaniu medycznym, które ma zapobiec wystąpieniu przewlekłej choroby nerek oraz na poprawie jakości życia, poprzez osiągnięcie socjalnego trzymania moczu oraz kału. Obie składowe opieki nad pacjentem są jednakowo ważne w celu zapewnienia zdrowia i dobrej jakości życia [14, 15]. Osiągnięcie tych celów jest możliwe między innymi poprzez właściwą, wczesną diagnostykę oraz postępowanie terapeutyczne, w skład którego wchodzi cewnikowanie pęcherza moczowego [16].

Jak wykazano w niniejszej analizie, właściwa diagnostyka oraz z zastosowanie się do zaleceń lekarskich jest bardzo istotne z punktu widzenia odległych skutków. Pacjenci, którzy rozumieli istotę choroby i stosowali się do zaleceń czystego, przerywanego cewnikowania pęcherza moczowego (CIC) i/lub przyjmowali zalecone leki utrzymali prawidłowa czynność nerek w okresie mediana ponad 10 - letniej obserwacji. Dobrą funkcję nerek utrzymali również pacjenci, którzy nie byli cewnikowani, ale otrzymali „pozwolenie na nie-cewnikowanie pęcherza" ze względu na brak bezwzględnych wskazań do cewnikowania w oparciu o badania urodynamiczne. Pacjenci ci stosowali leczenie farmakologiczne oraz zgłaszali się na regularne wizyty w celu oceny postępów choroby i ewentualnej modyfikacji leczenia.

Jak wynika z dostępnego piśmiennictwa, najważniejszym postępowaniem w przypadku neurogennych zaburzeń jest właściwa diagnostyka i dopasowanie leczenia do typu zaburzeń – w przeciwnym razie szybko dochodzi do pogorzenia czynności nerek, często niestety nieodwracalnej [17, 18].

W przypadku ocenianej grupy pacjentów z pęcherzem neurogennym, którzy zachowali prawidłową funkcję nerek najczęściej stwierdzanymi nieprawidłowościami były: pęcherz wysokociśnieniowy z nadczynnością o charakterze neurogennym oraz zaburzenia koordynacji zwieraczowo-wypieraczowej. W grupie pacjentów niecewnikowanych stwierdzano zarówno pęcherz niskociśnieniowy, jak i wysokociśnieniowy, jak również zaburzoną koordynację zwieracz - wypieracz. Zbyt mała grupa pacjentów nie pozwoliła nam na wykazanie korelacji pomiędzy rodzajem stwierdzanych zaburzeń a pogorszeniem czynności nerek.

Jak wynika z piśmiennictwa wielu pacjentów kierowanych jest do specjalisty zbyt późno [19, 20, 21]. Należy więc zwrócić szczególną uwagę fachowego personelu medycznego, który zajmuje się pacjentem od pierwszych dni jego życia (neonatolog, chirurg,

pediatra, położna, pielęgniarka,) aby opiekując się pacjentem z pęcherzem neurogennym zwrócili szczególną uwagę na ocenę układu moczowego i wczesną diagnostykę pod kierunkiem specjalisty nefrologa.

Obecność białka w moczu jest pewnym objawem uszkodzenia nerek. Świadczy o włóknieniu nerek, procesie, którego następstwem jest nieodwracalne zmniejszenie filtracji [19]. U wszystkich naszych pacjentów, którzy nie zastosowali się do zalecanego leczenia obserwowaliśmy stopniowo narastający białkomocz, który świadczył o pogarszającej się funkcji nerek.

Jak wynika z dostępnego piśmiennictwa pacjenci z pęcherzem neurogennym narażeni są na liczne powikłania (wodonercze, odpływy pęcherzowo-moczowodowe, zakażenia układu moczowego, tworzenie się kamieni w drogach moczowych nieprawidłowości w pęcherzu i cewce moczowej). Jednym z najważniejszych elementów terapeutycznych jest zapewnienie właściwego gromadzenia moczu w pęcherzu oraz regularnego cewnikowania pęcherza moczowego w celu jego opróżnienia. Zapobieganie w/w komplikacjom pozwoli na zapobieżenie lub spowolnienie przewlekłej choroby nerek, z ich niewydolnością włącznie. Utrzymanie prawidłowej funkcji nerek chroni pacjenta z pęcherzem neurogennym przed leczeniem nerkozastępczym i wpływa istotnie na poprawę jego jakości życia.

Wnioski

1. Należy zwrócić szczególną uwagę na stosowania się do zaleceń cewnikowania pęcherza moczowego u dzieci z pęcherzem neurogennym.
2. Opróżnianie pęcherza poprzez cewnikowanie zapobiega uszkodzeniu nerek i chroni pacjentów przed pogorszeniem jakości życia w przypadku konieczności leczenia nerkozastępczego.

Piśmiennictwo

1. Sillen U., Hansonn E., Hermansson G. i wsp.: Development of the urodynamic pattern in infants with myelomeningocele. Br. J. Urol., 1996, 78, 596-601.
2. Elliott SP., Villar R., Duncan B.: Bacteriuria management and urological evaluation of patients with spina bifida and neurogenic bladder: multicenter survey. J. Urol., 2005, 173, 217-220.
3. Shinghal V., Mathew KM.: Factors affecting mortality and morbidity in adult spina bifida. Eur. J. Pediatr. Surg., 1999, 1, 31-32.

4. Wilmshurst J.M., Kelly R., Borzyskowski M.: Presentation and outcome of sacral agenesis: 20 years' expierence. Dev. Med. Child. Neurol., 1999, 41, 806-812.
5. Cherian A., Seena S., Bullock R.K. i wsp. Incidence of neural tube defects in the least-developed area of India: a population-based study. Lancet, 2005, 366, 930–931.
6. Lary JM., Edmonds LD.: Prevalence of spina bifida at birth—United States, 1983–1990: a comparison of two surveillance systems. MMWR CDC Surveill. Summ., 1996, 45, 15–26.
7. Au KS., Ashley-Koch A., Northrup H.: Epidemiologic and genetic aspects of spina bifida and other neural tube defects. Dev. Disabil. Res. Rev., 2010, 16, 6-15.
8. Mendizabal S., Estornell F., Zamora I i wsp.: Renal transplantation in children with severe bladder dysfunction. J. Urol., 2005, 173, 226–229.
9. Garat J.M., Caffaratti J., Angerri O. i wsp.: Kidney transplants in patients with bladder augmentation: correlation and evolution. Int. Urol. Nephrol., 2009, 41, 1–5.
10. Jachimiak B., Jarmoliński T.: A child with myelomeningocele as a dialytic patient. Przegl. Lek., 2006, 63, 176-179.
11. Müller T., Arbeiter K., Aufricht C.: Renal function in meningomyelocele: risk factors, chronic renal failure, renal replacement therapy and transplantation. Curr. Opin. Urol., 2002, 12, 479-484.
12. Nevéus T., von Gontard A., Hoebeke P i wsp.: The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: report from the Standardisation Committee of the International Children's Continence Society. J. Urol., 2006, 176, 314-324.
13. Kari JA.: Pediatric renal diseases in the Kongdom of Saudi Arabia. World J. Pediatr., 2012, 8, 217-221.
14. Frimberger D., Cheng E., Kropp B.P.: The current management of the neurogenic bladder in children with spina bifida. Pediatr. Clin. North. Am., 2012, 59, 757-767.
15. de Kort L.M., Bower W.F., Swithinbank LV i wsp.: The management of adolescents with neurogenic urinary tract and bowel dysfunction. Neurourol. Urodyn., 2012, 31, 1170-1174.
16. Dorsher P.T., McIntosh P.M.: Neurogenic bladder. Adv. Urol., 2012, 2012, 8162-8174.
17. Mahfouz W., Corcos J.: Management of detrusor external sphincter dyssynergia in neurogenic bladder. Eur. J. Phys. Rehabil. Med., 2011, 47, 639-650.
18. Gormley E.A.: Urologic complications of the neurogenic bladder. Urol. Clin. North. Am., 2010, 37, 601-607.

19. Olandoski KP., Koch V., Trigo-Rocha F.E.: Renal function in children with congenital neurogenic bladder. Clinics, 2011, 66, 189-195.
20. Wide P., Glad Mattsson G., Mattsson S.: Renal preservation in children with neurogenic bladder-sphincter dysfunction followed in a national program. J. Pediatr. Urol., 2012, 8, 187-193.
21. Filler G., Gharib M., Casier S I wsp.:Prevention of chronic kidney disease in spina bifida. Int. Urol. Nephrol., 2012, 44, 817-827.

Kwoka Joanna[1], Oskędra Iwona[2]

Stosowanie suplementów diety przez osoby starsze powyżej 60 roku życia

1. Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu UJ CM (WNZ UJ CM)
2. Zakład Pedagogiki Medycznej Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa WNZ UJ CM

Wstęp

Suplementy diety odgrywają istotną rolę w zmniejszaniu ryzyka niedoborów składników mineralnych i witamin w organizmie, a także ryzyka powstawania niektórych chorób przewlekłych lub nasilania istniejących dolegliwości.

U osób w starszym wieku stosowanie suplementów diety motywowane jest wieloma czynnikami, w tym zwiększonym zapotrzebowaniem na określone składniki odżywcze, zmniejszonym wchłanianiem, zaburzeniami łaknienia oraz chorobami przewodu pokarmowego. Niekontrolowane spożycie preparatów, które może mieć miejsce w praktyce, i łatwy dostęp do nich, może być przyczyną m.in. powikłań farmakoterapii ze względu na interakcje z lekami stosowanymi często przez osoby starsze z powodu chorób przewlekłych [1, 2]. Dlatego decyzja o stosowaniu preparatów powinna być skonsultowana z lekarzem, a ich zażywanie poprzedzone zapoznaniem się z ich działaniem. Często jednak osoby starsze nie uwzględniają tych zaleceń, narażając się na skutki nieprawidłowo dobranej i dawkowanej suplementacji.

Cel badań

Celem badań było ustalenie przyczyn, rodzaju, postaci i częstości zażywania suplementów diety przez osoby starsze powyżej 60. roku życia oraz ocena poziomu ich wiedzy na temat stosowanych preparatów.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w 2012 roku, wśród 85 pacjentów Samodzielnego Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „BOMED" w Grybowie.

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, techniką badawczą była ankieta, narzędziem; autorski kwestionariusz ankiety, składający się z 21 pytań, w tym 20 zamkniętych. Pytania ankiety podzielone były na trzy kategorie zagadnień: 1. cechy społeczno-demograficzne badanych; 2. motywy, rodzaje, postać i częstotliwość stosowanych

suplementów diety; 3. poziom i źródła wiedzy na temat działania i skutków ubocznych stosowanych suplementów.

Wyniki

Pierwotnie w badaniach wzięło udział 105 osób, spośród których 80,9% potwierdziło stosowanie suplementów diety i ta grupa wzięła udział w dalszych badaniach.

W badaniach właściwych wzięło udział 85 osób w starszym wieku, w tym 50 kobiet - 58,8% i 35 mężczyzn - 41,2%. Wiek badanych mieścił się w przedziale od 60 do 84. lat. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby pomiędzy 71 a 75. rokiem życia - 42,3%, najmniejszą osoby powyżej 80 roku życia - 2,3%. Wśród badanych, najliczniejszą grupą stanowiły osoby z wykształceniem zawodowym - 43,5%, najmniej liczną osoby z wykształceniem wyższym - 4,7%.

Z uwagi na problem nadużywania suplementów diety przez osoby starsze w badaniach starano się określić rodzaje, preferowane postacie oraz częstotliwość stosowania suplementów diety, przyczyny sięgania po nie, potrzebę konsultowania zakupu z profesjonalistą oraz poziom wiedzy badanych na temat stosowanych preparatów.

Największym zainteresowaniem badanych osób cieszyły się preparaty zawierające witaminy i minerały - 37,6%, nienasycone kwasy tłuszczowe - 31,7% oraz suplementy zawierające składniki roślinne - 18,8%. Natomiast mniej popularne były preparaty zawierające w swym składzie błonnik - 10,5% oraz pro-, i prebiotyki - 1,1%.

Zainteresowanie wybranym rodzajem suplementu diety było zróżnicowane w zależności od płci i wieku badanych osób. Kobiety częściej od mężczyzn (K-22,3%; M-15,2%) stosowały suplementy witaminowo-mineralne i preparaty zawierające składniki roślinne (K-16,4%; M-2,3%). Mężczyźni natomiast częściej wybierali substancje zawierające nienasycone kwasy tłuszczowe (M-21,1%; K-10,5%).

Wykazano, że wraz ze wzrostem wieku badanych osób do 75. roku życia, rosło zainteresowanie preparatami z grupy witaminowo-mineralnych, zawierających nienasycone kwasy tłuszczowe oraz składniki roślinne, a po 75. roku życia nastąpił znaczny spadek zainteresowania tymi suplementami.

Najczęstszą przyczyną sięgania po suplementy diety przez osoby starsze była chęć podniesienia odporności - 37,6% oraz poprawy samopoczucia - 31,7%. Znacznie rzadziej preparaty kupowane były w celu zwiększenia koncentracji uwagi - 9,4%, wspomagania odchudzania - 8,2%, obniżenia poziomu cukru i cholesterolu we krwi oraz wzmocnienia

włosów, skóry i paznokci - po 4,7%, a także uspokojenia i pomocy w zasypianiu - 2,3% oraz oczyszczenia organizmu - 1,2%. Powody dla których badanie osoby zażywały suplementy były różnicowane w zależności od ich płci i wieku. Kobiety częściej sięgały po suplementy w celu poprawy samopoczucia - 21,1%, poprawy odporności - 18,8% i z chęci wspomagania odchudzania - 8,2% oraz wzmocnienia skóry, włosów i paznokci - 4,7%. Mężczyźni natomiast stosowali suplementy w celu poprawy odporności - 18,8%, poprawy samopoczucia - 10,5%, poprawy koncentracji - 7,0% oraz obniżenia poziomu cukru i cholesterolu we krwi - 3,5%. Jednakowy odsetek mężczyzn i kobiet stosował suplementy w celu uspokojenia oraz pomocy w zasypianiu - po 1,2%.

Najczęstszą przyczyną sięgania po suplementy diety przez osoby w przedziale wieku 60-65 lat była chęć poprawy odporności - 8,2%, a w wieku 66-70 lat - chęć poprawy samopoczucia - 10,5%. W przedziałach wiekowych 71-75 oraz 76-80 lat, najczęściej przyczyną stosowania preparatów była chęć wzmocnienia odporności, natomiast osoby powyżej 80. roku życia, najczęściej stosowały suplementy w celu poprawy koncentracji.

W badanej grupie, jedynie 8,2% osób starszych zawsze konsultowało z lekarzem zakup suplementów, natomiast 44,7% robiło to rzadko, a 29,4% nie konsultowało się w tej sprawie w ogóle. Wykazano, że osoby z niższym wykształceniem rzadziej konsultowały się z lekarzem w sprawie kupowanych suplementów.

Spośród postaci suplementów diety, badani najczęściej wybierali preparaty w formie kapsułek i drażetek - 56,4% rzadziej syropy - 22,3% i tabletki musujące - 15,2%, najrzadziej herbatki - 5,8%. Preparaty stosowane były przez badanych z różną częstotliwością. Najwięcej osób zażywało je raz dziennie - 42,3% oraz w przypadku złego samopoczucia - 24,7%. Liczba kobiet i mężczyzn stosujących suplementy z tą częstotliwością była bardzo porównywalna. Z największą częstotliwością, od 3-4 razy dziennie suplementy stosowało jedynie 3,5% osób, w tym tylko kobiety.

Przy zakupie suplementów, badani najczęściej kierowali się sugestią znajomych- 41,1%, zaleceniami lekarza - 21,1% oraz reklamą preparatów - 20,0%, najrzadziej własną opinią - 11,7% oraz informacjami zaczerpniętymi z literatury/czasopism - 5,8%. Czynniki decydujące o zakupie suplementów były zróżnicowane w zależności od płci i poziomu wykształcenia badanych osób. Kobiety najczęściej kierowały się sugestią znajomych - 31,7%, najrzadziej natomiast własną opinią - 3,5%, mężczyźni z kolei najczęściej słuchali zaleceń

lekarza - 14,1%, natomiast najmniej zaufania mieli do informacji zawartych w książkach/ czasopismach - 1,1% .

W grupie osób z wykształceniem podstawowym oraz zawodowym czynnikiem najczęściej decydującym o zakupie suplementu była sugestia znajomych - odpowiednio 11,7% i 24,7%, wśród badanych z wykształceniem średnim, reklama - 4,7%, a wśród osób z wykształceniem wyższym dane pozyskane z publikacji książkowych/czasopiśmienniczych 2,3%.

Spośród źródeł informacji na temat suplementów diety, najbardziej wiarygodnym dla badanych był farmaceuta - 45,8% (K-32,9%; M-12,9%) oraz lekarz - 19,9% (K-10,5%; M-9,4%). Natomiast najmniejszym uznaniem cieszyły się doniesienia medialne - 3,4% oraz opinia pielęgniarki - 1,1%. W kategorii inne źródła informacji, badani wskazywali Internet, prasę oraz informacje uzyskane od dzieci - łącznie 7% osób.

Najczęściej w suplementy diety badani zaopatrywali się w aptece - 68,2% oraz w sklepach spożywczych - 14,1%, najmniej osób kupowało je w sklepach ze zdrową żywnością - 4,7% oraz w Internecie - 3,5%.

Wykazano, że spośród badanych, 36,4% osób nigdy nie czytało ulotek dołączonych do suplementów i fakt ten był zróżnicowany w zależności od płci i wieku. Mężczyźni zdecydowanie rzadziej sięgali do ulotek w przeciwieństwie do kobiet, które przywiązywały do tego większą wagę. Informacje zawarte w ulotkach najczęściej czytały osoby w wieku między 66. a 70. rokiem życia - 9,4%, najrzadziej osoby z wieku między 71. a 75. rokiem życia - 17,6%.

W badanej grupie jedynie 9,4% osób starszych zawsze informowało swojego lekarza o stosowanych suplementach diety i w tej grupie dominowały kobiety (K-7,0%; M-2,3%). Natomiast aż 44,7% osób nie robiło tego nigdy (K-25,8%; M-18,8%) lub rzadko - 29,4% (K-16,4%; M-12,9%) i w tej grupie osób również dominowały kobiety. Najwięcej osób, które nigdy nie informowały lekarza o stosowaniu suplementów diety było w grupie wiekowej między 66. - 70. rż. - 18,8 % oraz 71. - 75. rż. - 15,2%, co wskazuje, że wraz ze wzrostem wieku do 75 rż. coraz więcej osób starszych nie informowało lekarza o stosowaniu suplementów diety. Natomiast odsetek osób, które zawsze informowały lekarza o przyjmowaniu suplementów był nieznaczny (ok. 2,3%) i bardzo zbliżony w poszczególnych kategoriach wieku.

Niechęć do informowania lekarza o stosowaniu suplementów przeważała wśród osób z wykształceniem podstawowym oraz zawodowym. Tak więc wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia, malała liczba osób, które nie informowały lekarza o suplementacji diety.

Analiza poziomu wiedzy osób starszych na temat niepożądanego działania przyjmowanych suplementów wykazała, że aż 56,4% nie miało świadomości możliwości wystąpienia takich skutków, a 20% nie potrafiło się do tego ustosunkować. Jedynie 23,5% badanych miało wiedzę na ten temat i w tej grupie zdecydowanie dominowały kobiety - 21,1%, które również stanowiły większość w grupie osób, które nie miały świadomości skutków ubocznych zażywanych preparatów - 30,5%.

Niewystarczający poziom wiedzy badanych na temat skutków ubocznych suplementacji diety korespondował z brakiem jakichkolwiek obaw odnośnie wystąpienia działań niepożądanych - 37,6% osób i w tej grupie dominowały osoby z niższym wykształceniem. Jedynie 8,2% badanych zdecydowanie obawiało się skutków ubocznych i w tej grupie z kolei dominowały osoby z wykształceniem średnim i wyższym.

W badanej grupie 81,1% osób starszych nie dostrzegło żadnych objawów niepożądanych ze strony stosowanych preparatów, natomiast u 18,8% wystąpiły takie działania. Najczęściej występującym objawem było osłabienie, które odczuwało 56,2% osób, rzadziej były to bóle brzucha, wysypka oraz nudności i wymioty, na które skarżyło się po 12,5% osób, najrzadziej występowały zawroty głowy - 6,2%.

Badane osoby poza niskim poziomem wiedzy na temat skutków ubocznych stosowanych suplementów, w znacznym stopniu wykazały także brak wiedzy na temat możliwych interakcji między lekami stosowanymi przewlekle a suplementami diety - 34,1% i w tej grupie dominowali mężczyźni (M-24,7%; K-9,4%). Tylko 18,8% badanych z przewagą kobiet (K-11,7%; M-7,0%) wiedziało, że takie interakcje mogą wystąpić, a aż 47,0% osób w ogóle nie miało świadomości zagrożenia i co zaskakujące w tej grupie dominowały również kobiety (K-37,6%; M-9,4%).

Niski poziom świadomości i wiedzy badanych na temat możliwości wystąpienia interakcji między stosowanymi lekami a suplementami diety, korespondował z praktyczną sferą stosowania suplementów, bowiem 56,4% osób zażywało te leki jednocześnie, nie przestrzegając wymaganego odstępu czasu między nimi i w tej grupie dominowały kobiety - 34,1%. Dla 20% badanych, szczególnie mężczyzn - 11,7%, zasada ta nie miała w ogóle znaczenia, jedynie 23,5% badanych, głównie kobiety przestrzegało wymaganego odstępu

czasu i stosowało suplementy po 2 godzinach - 14,1% lub w większym odstępie czasu (po 3-4 h) - 9,4%.

Spośród osób starszych zażywających suplementy diety, większość była raczej (50,5%) lub zdecydowanie (40,0%) przekonana o ich skuteczności. Jedynie 9,3% osób miało w tym względzie wątpliwości.

Dyskusja

Badania nad spożyciem suplementów diety są prowadzone nie tylko w kraju, ale również za granicą. Takie badania przeprowadzone w USA w stanie Nowy Meksyk w latach 1994-1999 wykazały, że ponad połowa (68-75%) osób powyżej 65. roku życia zażywała stale jakieś suplementy i był to proces bardzo dynamiczny [3]. Podobnych wyników dostarczyły badania przeprowadzone w Poznaniu w latach 2005-2006, które potwierdziły przyjmowanie suplementów diety przez 64,8% ogółu respondentów (80,9% - badania własne) i częściej przyznawały się do tego kobiety niż mężczyźni (K-69,4%; M-57,9%) [3], co również wykazano w badaniach własnych (K-58,8%; M-41,2%).

Wyniki prezentowanych badań potwierdziły, że osoby starsze dość regularnie przyjmowały suplementy diety, blisko połowa - 42,3% przyznała się do codziennego ich stosowania, co wiąże się prawdopodobnie ze stosowaniem suplementów wraz z innymi lekami. Najbardziej wiarygodnym w opinii badanych źródłem informacji o suplementach był w kolejności wskazań farmaceuta (45,9%), lekarz (20%) i znajomi (11,7%). Kobiety preferowały bardziej profesjonalne źródła informacji o suplementach, częściej kierowały się sugestią lekarza i farmaceuty, mężczyźni chętniej korzystali z porad znajomych czy informacji zawartych w ulotkach preparatów. Natomiast badania przeprowadzone przez Schlegel-Zawadzką oraz Barteczko [4] wykazały, że badani w kwestii informacji nt. suplementów najczęściej ufali osobom nie związanym z naukami medycznymi (27,2%), popularnym czasopismom (43,7%), reklamie (36,9%) oraz informacjom w Internecie (27,2%) i dane te są niezgodne z uzyskanymi w toku badań własnych.

Wyniki uzyskane w prezentowanych badaniach potwierdziły, że osoby starsze - 36,4% mimo ostrzeżeń oraz powszechnej informacji, nie czytały ulotek dołączonych do suplementów, co dotyczyło szczególnie mężczyzn - 24,7%. Każdorazowe czytanie ulotek miało w nawyku tylko 29,2% badanych, w tym większość kobiet - 23,5%.

Badania przeprowadzone przez Dudę i Saran [5] wykazały nieco inne wyniki, czytanie ulotek potwierdziło 65,3% badanych i było to prawie o połowę więcej osób, niż w

badaniach własnych, porównywalnym był natomiast fakt, że zjawisko to częściej dotyczyło kobiet (70,8%), niż mężczyzn (29,9%).

W innych badaniach Saran i Dudy [6] przeprowadzonych w grupie 1045 osób w wieku powyżej 60 roku życia, wykazały iż blisko 65% z nich uzupełniało dietę suplementami zawierającymi witaminy oraz składniki mineralne. Suplementy stosowały głównie kobiety, osoby z wyższym wykształceniem oraz niepalące tytoniu. Główną przyczyną ich przyjmowania, najczęściej w okresie całego roku, była chęć poprawy stanu zdrowia. Stosowanie suplementów wynikało głównie z zaleceń lekarza lub było wynikiem własnej decyzji [6].

Wśród motywów, które skłaniały osoby starsze w badanej grupie do stosowania suplementów diety, wymieniane były: chęć poprawy odporności (37,6%), samopoczucia (31,7%), koncentracji uwagi (9,4%), wspomaganie odchudzania (8,2%), obniżenie poziomu cukru i cholesterolu we krwi oraz wzmocnienie skóry włosów i paznokci (4,7%), uspokojenie i pomoc w zasypianiu (2,3%) a także oczyszczenie organizmu (1,2%). Wynika stąd, że dzięki stosowanym preparatom seniorzy wiązali nadzieję głównie na poprawę ogólnej kondycji psychofizycznej, natomiast w mniejszym stopniu mieli na uwadze wspomaganie leczenia chorób podstawowych.

Badania przeprowadzone przez Schlegel-Zawadzką i Barteczko [4], wyłoniły podobne czynniki motywujące do stosowania suplementów diety, były to: spadek odporności (63,1%), zaburzenia trawienia (29,1%), poprawa koncentracji i pamięci (24,3% - był to dwukrotnie wyższy wynik niż w badaniach własnych), poprawa samopoczucia (35,9%), oczyszczenie organizmu (29,1% - znacznie wyższy wynik niż w badaniach własnych), wspomaganie odchudzania (9,7%).

Najczęściej wybieranym przez osoby starsze rodzajem suplementów były preparaty witaminowo-mineralne (37,6%) oraz produkty zawierające nienasycone kwasy tłuszczowe (31,7%), a wśród dostępnych postaci preparatów, badani najchętniej kupowali produkty w postaci kapsułek i drażetek (56,4%) oraz syropów (22,3%). Mniej popularne były tabletki musujące (12,9%) oraz herbatki (5,8%). Suplementy zawierające składniki witaminowo-mineralne, składniki roślinne oraz błonnik są najczęściej reklamowane w środkach masowego przekazu i być może dlatego były najbardziej znane osobom starszym i najchętniej przez nie kupowane.

Badania Schlegel-Zawadzkiej i Barteczko [4] wykazały zdecydowanie inne preferencje ankietowanych: herbatki (70,0%), syropy (52,4%), napary (48,5%), tabletki (42,7%), nalewki (32,0%), kapsułki (23,3%) [6].

Suplementy diety badani najczęściej kupowali w aptece - 68,2% i jest to zjawisko pozytywne, gdyż mając dostęp do produktów oryginalnych fabrycznie i oficjalnie dopuszczonych do sprzedaży, nie narażali się na prawdopodobieństwo pozyskania niesprawdzonych preparatów. Innym miejscem zakupu suplementów diety były sklepy spożywcze (14,1%), sklepy zielarskie (9,4%), sklepy ze zdrową żywnością (4,7%) oraz Internet (3,5%).

W badaniach przeprowadzonych przez Schlegel-Zawadzką i Barteczko [4] najbardziej popularnymi miejscami nabywania suplementów diety były kolejno: apteka, sklepy zielarskie, supermarkety, co jest porównywalne z wynikami omawianych badaniach.

W prezentowanych badaniach 56,4% osób było przekonanych, że suplementy nie powodują działań ubocznych, 23,5% wiedziało o takiej możliwości, natomiast 20,0% nie posiadało wiedzy na ten temat. Niepokojący jest fakt, że osoby starsze korzystające z suplementacji nie miały wystarczającej wiedzy na temat działania preparatów, w tym ich skutków ubocznych, które częściej znały kobiety (K-21,1%; M-2,3%).

Wyniki uzyskane przez Schlegel-Zawadzką i Barteczko wykazały że 66,0% osób nie znało zagrożeń spowodowanych przyjmowaniem suplementów diety [6], i wynik ten jest porównywalny z wynikami badań własnych.

Brak wiedzy na temat skutków ubocznych stosowanych suplementów wiązał się też z brakiem obawy przed ich wystąpieniem, co odnotowano w odniesieniu do 37,6% badanych, jedynie 8,2% osób przejawiało takie obawy. Brak wiedzy i obaw przed wystąpieniem skutków ubocznych mógł mieć związek z faktem, że 81,1% badanych nie zauważyło negatywnych skutków stosowanych suplementów, natomiast tylko 18,8% przyznało się do wystąpienia takich dolegliwości w postaci: osłabienia (10,5%), bólów brzucha, wysypki oraz nudności (2,3%) i zawrotów głowy (1,2%). Badania Schlegel-Zawadzkiej i Barteczko wykazały, że 91,3% osób nie przyznało się do wystąpienia skutków ubocznych stosowanych suplementów. U osób, które potwierdziły ich wystąpienie najczęściej były to: bóle brzucha, nudności, osłabienie, tachykardia, wysypka oraz przebarwienia na skórze, a także nieprzyjemny zapach z ust [6] i są to dane porównywalne z uzyskanymi w toku badań

własnych. Z badań wynika więc, że skutki uboczne występowały i były dostrzegane przez badanych, jednak prawdopodobnie nie utożsamiali ich ze stosowanymi suplementami diety.

Wnioski

1. Suplementy diety, kupowane najczęściej w aptece, osoby starsze stosowały głównie w celu poprawy odporności, samopoczucia oraz koncentracji uwagi.
2. Największym zainteresowaniem badanych niezależnie od wieku, cieszyły się preparaty witaminowo-mineralne, a najbardziej preferowaną postacią suplementów były tabletki, drażetki oraz syropy.
3. Większość badanych osób zażywała suplementy diety z tendencją do racjonalnego ich dawkowania, tzn. 1-2 razy dziennie, pomimo, że blisko 40% badanych nigdy nie czytało ulotek stosowanych preparatów.
4. Ponad 55% osób starszych posiadało niski poziom wiedzy na temat skutków ubocznych stosowanych preparatów oraz możliwości wystąpienia interakcji między lekiem podstawowym a suplementem, a także na temat obowiązku informowania lekarza o preparatach stosowanych bez zlecenia. Fakt ten skłania do rozważenia działań edukacyjnych na temat bezpieczeństwa zdrowotnego osób starszych zażywających suplementy.
5. Pomimo, że większość osób starszych korzystało z najbardziej profesjonalnych źródeł informacji na temat suplementów (farmaceuta, lekarz), to przy ich zakupie badani najczęściej kierowali się sugestią znajomych i reklamą, a blisko 30% osób nigdy nie konsultowało
   z lekarzem ich zakupu.
6. Ponad 90% badanych osób było zadowolonych z efektów suplementacji diety, a stosowanie preparatów było zróżnicowane w zależności płci, w mniejszym stopniu od wieku i poziomu wykształcenia badanych.
7. Kobiety w stosunku do mężczyzn stosowały suplementy z większą częstotliwością, kupowały bardziej różnorodne postacie preparatów i przywiązywały większą wagę do czytania ulotek. Mimo, że preferowały profesjonale doradztwo, to przy zakupie kierowały się sugestią znajomych i reklamą produktu, stosowały preparaty głównie w celu poprawy kondycji i urody, nie mając wiedzy nt. skutków ubocznych, łącząc preparaty z lekami podstawowymi i nie przywiązując wagi do informowania lekarza o stosowanych suplementach.

8. Wykazano, że osoby z wykształceniem niższym nie przywiązywały wagi do informowania lekarza o stosowanych preparatach, rzadziej konsultowały z nim wybór suplementu, przy zakupie kierowały się nieprofesjonalną informacją i wykazywały mniejsze obawy przed skutkami ubocznymi stosowanych suplementów. Wraz ze wzrostem wieku badanych coraz mniej osób informowało lekarza o stosowanych suplementach i coraz więcej nie czytało ulotek.

Piśmiennictwo

1. Brzozowska A.: Wzbogacanie żywności i suplementacja diety składnikami odżywczymi-korzyści i zagrożenia żywności. Żywność. Nauka. Technologia. Jakość, 2001, 4, 16-28.
2. Brzozowska A., Roszkowski W., Pietruszka B., Kałuża J.: Witaminy i składniki mineralne jako suplementy diety. Żywność. Nauka. Technologia. Jakość, 2005, 4, 5-16.
3. Kałuża J., Bagan A., Brzozowska A.: Ocena udziału witamin i składników mineralnych
   z suplementów w diecie osób starszych. Rocznik PZH, 2004, 1, 51-61.
4. Schlegel-Zawadzka M., Barteczko M.: Ocena stosowania suplementów pochodzenia naturalnego w celach prozdrowotnych przez osoby dorosłe. Żywność. Nauka. Technologia. Jakość, 2009, 4, 375-387.
5. Duda G., Saran A.: Preparaty witaminowo-mineralne przeznaczone dla osób w starszym wieku. Gerontol. Pol., 2009, 3, 106-113.
6. Saran A., Duda G.: Wpływ wybranych czynników na zakup i stosowanie przez osoby starsze witaminowo-mineralnych suplementów diety. Żywność. Nauka. Technologia. Jakość, 2009, 4, 271-277.

Piechocka Dorota I., Kaczyńska Ewelina, Michalak Stanisław Jr., Gierasimczuk Bogusława K., Kalisz Anna, Sienkiewicz Anna, Dobrzycka Bożena, Terlikowski Sławomir J.

Analiza przebiegu ciąży i porodu u kobiet po 35 roku życia

Zakład Położnictwa, Ginekologii i Opieki Położniczo- Ginekologicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wstęp

W przypadku kobiety macierzyństwo stanowi ogromne wyzwanie. Niesie ze sobą nie tylko radość, ale także troskę i niepokój. Dla młodej dziewczyny i dojrzałej kobiety ma jednak nieco inne znaczenie [1]. Przyjmuje się, że najbardziej odpowiednim czasem na rodzenie dzieci jest okres między 20 a 29 r.ż. Wiek powyżej 35 lat stanowi czynnik ryzyka dla przebiegu ciąży i porodu. Jednak na przestrzeni wieków kryteria późnego macierzyństwa ulegały zmianie [2, 3]. Dawniej 35 r.ż. był uważany za górną granicę bezpiecznego macierzyństwa, obecnie coraz częściej przesuwa się ona do 40, a nawet dalej. W ostatnich latach w krajach wysoko rozwiniętych, także w Polsce, obserwuje się coraz wyższy odsetek ciąż i porodów w tej grupie [1, 4, 5, 6, 7, 8]. Współczesne kobiety odgrywają coraz większą rolę w życiu społecznym, są bardziej aktywne zawodowo, dążą do zdobycia odpowiedniego wykształcenia, osiągnięcia pożądanego statusu materialnego, odkładając na później decyzję o macierzyństwie. Oddalanie jej od siebie jest związane nie tylko z uwarunkowaniami społecznymi i ekonomicznymi, ale również z rozwojem medycyny [9]. Nowe techniki rozrodu wspomaganego skutecznie pomagają kobietom starszym w zajściu w ciążę [5]. Ponadto właściwa opieka zdrowotna oraz prowadzenie higienicznego i spokojnego trybu życia wpływają na przedłużenie okresu płodności kobiet [6]. Niektórzy autorzy są zdania, że przy prawidłowo prowadzonej opiece prenatalnej i okołoporodowej, częstość powikłań u starszej kobiety nie jest większa niż u młodszej ciężarnej i rodzącej [3].

Zagadnieniem starszych pierwiastek interesuje się wielu autorów ze względu na konsekwencje medyczne, socjodemograficzne i psychologiczne. W 1958 roku Międzynarodowa Rada Położników i Ginekologów (*The International Federation of Gynecology and Obstetrics*, FIGO) przyjęła, że kobietę będącą w pierwszej ciąży w 35 r.ż., nazywa się „starą pierwiastką", a rodzącą pierwszy raz w 35 r.ż.-„starą pierworódką lub późno rodzącą" [1, 7, 8, 10].

Zmieniające się trendy socjalne i demograficzne będą stale zwiększać liczbę kobiet decydujących się na ciążę w zaawansowanym wieku. Przypuszcza się, że grupa rodzących, w tym pierwiastki po 35 r.ż., stanowić będzie coraz większy odsetek pacjentek sal porodowych. Poród w tym okresie życia odbiega od optimum płodności, dlatego można spodziewać się występowania liczniejszych powikłań zarówno ciąży, jak i porodu [3, 4]. Wśród autorów zajmujących się przebiegiem ciąży, porodu i połogu oraz stanem noworodka u kobiet rodzących w zaawansowanym wieku, brak jest zgodności poglądów na ten temat [11]. Ciąża jest stanem fizjologicznym, który charakteryzuje się zmianami ogólnoustrojowymi, obejmującymi zmiany fizjologiczne, anatomiczne i biochemiczne. Są one wynikiem adaptacji organizmu matki do ciąży w celu sprostania wymaganiom płodu w zakresie jego homeostazy, wzrastania oraz przygotowania do porodu [7, 13]. Aby uniknąć występowania patologicznych stanów w przebiegu ciąży oraz, by zaistniały optymalne warunki dla wewnątrzmacicznego wzrostu płodu, ciężarna powinna być zdrowa. Po 35 r.ż. mamy do czynienia z potencjalnymi zagrożeniami, związanymi ze starzeniem się organizmu. Są to między innymi: zagrożenie początkową fazą choroby niedokrwiennej serca, otyłość, nadciśnienie tętnicze krwi, choroba wrzodowa żołądka, cukrzyca, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, nadczynność tarczycy, niewydolność nerek, reumatyzm [7, 10]. U tych kobiet odnotowuje się zwiększoną liczbę powikłań ciąży i porodu. Najczęstsze z nich to: poronienia samoistne, zaburzenia chromosomalne płodu, ciąże obumarłe i martwe porody, nadciśnienie indukowane ciążą (także nadciśnienie tętnicze współistniejące z ciążą), stan przedrzucawkowy, rzucawka, cukrzyca ciężarnych (także cukrzyca współistniejąca), niedokrwistość ciężarnych, odmiedniczkowe zapalenie nerek, nieprawidłowe położenie płodu, przedwczesne oddzielenie prawidłowo usadowionego łożyska, łożysko przodujące, nieprawidłowy czas trwania ciąży - porody przedwczesne, ciąże przeterminowane [2, 6, 7, 8, 10, 14]. Grupa ta charakteryzuje się także wyższą częstością występowania wad zastawkowych serca, zaburzeń rytmu serca, wymagających stałego leczenia farmakologicznego [7]. Wśród zagrożeń wymienia się także: przewlekłe stany zapalne narządu rodnego, astmę, kamicę nerkową, psychozy, alergie, endometriozę, mastopatię, depresje [3].

Do najczęstszych powikłań połogu u położnic po 35 r.ż. należą: opóźnione zwijanie mięśnia macicy, infekcje dróg moczowych i nerek, wtórna niedokrwistość, wtórne gojenie się rany naciętego krocza [7]. U wieloródek po 35 r.ż. częściej występuje krwotok poporodowy [7]. Ponadto u starych pierwiastek dochodzi do większej utraty krwi w okresie poporodowym, co wymaga leczenia krwią i przetaczania krwi pełnej lub środków krwiopochodnych u blisko 64%. Większa liczba cięć cesarskich powoduje, że średni czas pobytu dojrzałych matek na

oddziale położniczym jest dłuższy niż pozostałych pacjentek [7]. Ciąża i poród kobiety dojrzałej wymagają od personelu medycznego wzmożonej opieki i kontroli dobrostanu matki i płodu. Nie można każdej ciąży po 35 r.ż. traktować jak patologii, a należy je wnikliwie obserwować. Coraz wyższy odsetek matek w późnym wieku sprawia, że pozostaje liczyć na to, iż medycyna oraz fachowa pomoc i opieka ułatwią im pokonanie niedogodności związanych z ciążą, porodem i umożliwią spełnienie się w roli matki.

Celem pracy była analiza przebiegu ciąży i porodu oraz stanu urodzeniowego noworodków kobiet po 35 r.ż.

Materiał i metodyka

Badania przeprowadzono w latach 2011-2012 w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. J. Śniadeckiego w Białymstoku. W 2010 roku odbyło się tam 2509 porodów, z czego 235 (9,37%) stanowiły porody kobiet 35-46 letnich. W pracy zastosowano metodę analizy dokumentacji medycznej. Jako narzędzie badawcze wykorzystano autorski arkusz do zbierania danych. Analizie retrospektywnej poddano 235 dokumentacji rodzących w czasie od 1 stycznia do 31 grudnia 2010 roku. Rodzących w przedziale wiekowym 35-39 lat było 184 (78,30%), natomiast kobiet w wieku 40 lat i powyżej-51 (21,70%). Zastosowano podział na dwie grupy zgodnie z omówionym schematem.

Przeprowadzone badanie może być pomocne w określeniu czynników ryzyka dla ciąży i porodu ciężarnych i rodzących po 35 r.ż. Do analizy wykorzystano pakiet STATISTICA 9.0. Wyniki przedstawiono za pomocą tabel liczności i statystyk opisowych. Zależności czasu trwania ciąży i stanu urodzeniowego noworodka od wieku matki analizowano szacując współczynniki korelacji liniowej Pearsona oraz korelacji rangowych Spearmana. Sposób ukończenia ciąży w zależności od wieku pacjentki analizowano za pomocą testu chi². Analizę masy urodzeniowej noworodków w zależności od płci przeprowadzono testem Manna-Whitneya, a zależności od ukończenia ciąży i położenia płodu-testem Kruskala-Wallisa. Powikłania w przebiegu ciąży i porodu w zależności od wieku analizowano za pomocą testu chi^2 i dokładnym testem Fishera. Relację wskazań do cięcia cesarskiego i wieku kobiet analizowano testem chi^2. Analizę objętości utraconej krwi w zależności od sposobu ukończenia ciąży przeprowadzono za pomocą testu Manna-Whitneya. Za istotne przyjęto prawdopodobieństwo testowe na poziomie $p<0,05$ a za wysoce istotne przyjęto prawdopodobieństwo testowe na poziomie $p<0,01$.

Wyniki

W 2010 roku w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Białymstoku odbyły się 235 porody pacjentek między 35 a 46 r.ż. Stanowi to 9,4% ogólnej liczby porodów, 184 (78,30%)

kobiety urodziły dzieci przed 40 r.ż., 51 (21,70%)-po 40 r.ż. Średni wiek badanych wynosił 37,5 roku. Dla 29 (15,76%) kobiet <40 r.ż. oraz dla 3 (5,88%) >40 r.ż. był to poród pierwszy. Średni czas trwania ciąży wynosił 39,37 tygodni. W 94,04% przypadków stwierdzono położenie płodu podłużne główkowe, miednicowe stanowiło 3,82%, poprzeczne 2,12%.

Najliczniejszą grupę stanowiły rodzące z wykształceniem średnim-112 (47,66%), najmniejszą z zawodowym-52 (22,13%), wykształcenie wyższe zadeklarowało 71 badanych (30,21%). Najczęstsze powikłania analizowanych ciąż to: 10 porodów przedwczesnych (4,26%), 8 przypadków przedwczesnego odpłynięcia płynu owodniowego (3,40%). U 4 odnotowano cukrzycę ciężarnych (1,70%). Makrosomia płodu wystąpiła w 43 przypadkach (18,30%). U 10 stwierdzono nadciśnienie indukowane ciążą (4,26%), u 3 mięśniaki macicy (1,28%). Obciążony wywiad położniczy odnotowano w grupie 58 ciężarnych (24,68%) (Tab. I).

Tabela I. Powikłania w przebiegu ciąży u kobiet po 35 roku życia.

Powikłania w przebiegu ciąży	Liczba pacjentek	Odsetek (%)
Cukrzyca ciężarnych	4	1,70
Makrosomia płodu	43	18,30
NIC	10	4,26
Poród przedwczesny	10	4,26
PROM	8	3,40
Stara pierwiastka	7	2,98
Mięśniaki macicy	3	1,28
Obciążony wywiad położniczy	58	24,68
Inne	34	14,47

Odsetek cięć cesarskich stanowił 50,64%. Odnotowano 3 (1,28%) porody zabiegowe. Natomiast porody naturalne stanowiły 48,08% (Tab. 2).

Tabela 2. Sposób ukończenia ciąży w badanej grupie.

Sposób ukończenia ciąży	Liczba rodzących	Odsetek (%)
Poród zabiegowy	3	1,28
Poród fizjologiczny	113	48,08
Cięcie cesarskie	119	50,64

Pierwszy okres porodu trwał średnio 4,9 godz., II okres-18,5 min., III-12 min. W 14 (5,96%) przypadkach okres odklejania i wydalania łożyska był zaburzony z powodu urodzenia

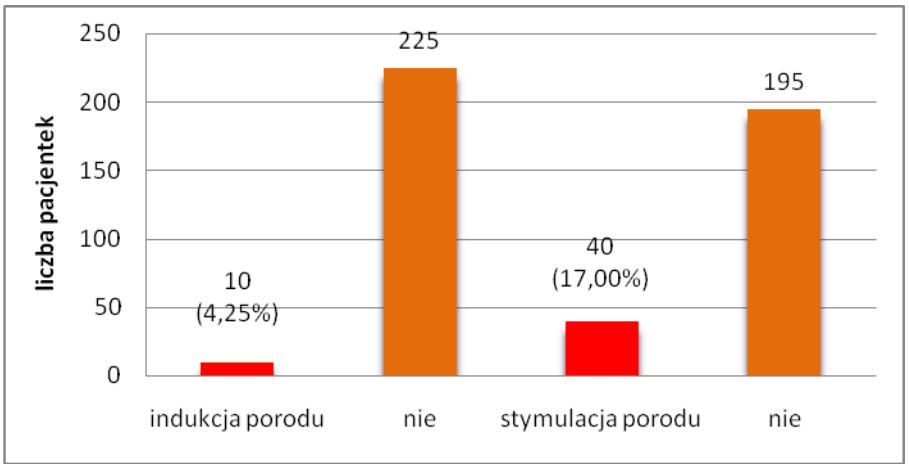
urodzenia niekompletnego popłodu. Zastosowano: 5 ręcznych odklejeń łożyska z rewizją jamy macicy (2,12%) , 4 rewizje (1,7%) jamy macicy bez ręcznego odklejania łożyska i 4 ręczne kontrole bez rewizji (1,7%) (Tab. 3).

Tabela 3. Powikłania łożyskowe w badanej grupie.

Łożysko	Liczba rodzących	Odsetek (%)
kompletne	221	94,04
kompletne, ręczna kontrola jamy macicy	1	0,42
niekompletne, rewizja jamy macicy	4	1,7
niekompletne, ręczna kontrola jamy macicy	4	1,7
niekompletne, ręczne odklejenie łożyska, rewizja jamy macicy	5	2,12

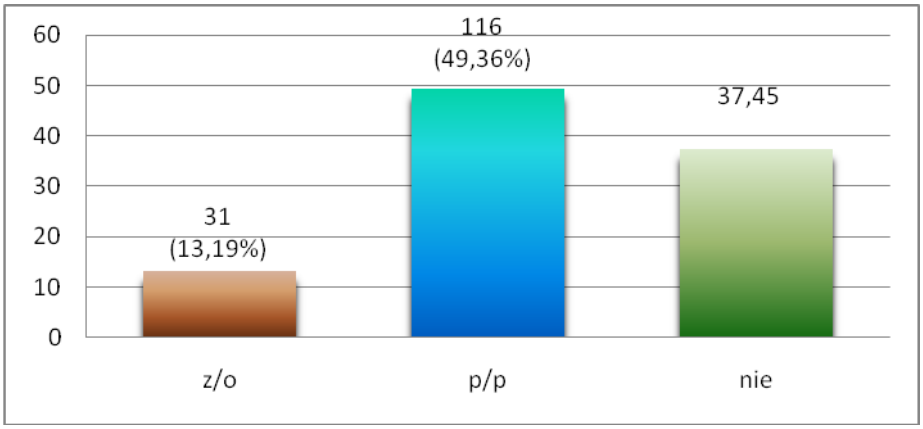
Średnia objętość utraconej krwi w czasie porodu fizjologicznego wynosiła 248,8 ml, podczas porodu zabiegowego 350 ml, zaś przy cięciu cesarskim blisko 517 ml. Różnice te były istotne statystycznie ($p<0,0001$).

Indukcję farmakologiczną porodu przeprowadzono u 10 badanych (4,25%). U 2 pierwiastek wykonano cięcie cesarskie z powodu zaburzeń w tętnie płodu. Dla pozostałych 8 był to kolejny poród. Farmakologiczną stymulację porodu wykonywano 4-krotnie częściej niż indukcję (40 rodzących; 17%). U 4 rodzących poród zakończył się cięciem cesarskim. Wśród pacjentek, u których zastosowano stymulację porodu było 9 pierwiastek (Figura 1).



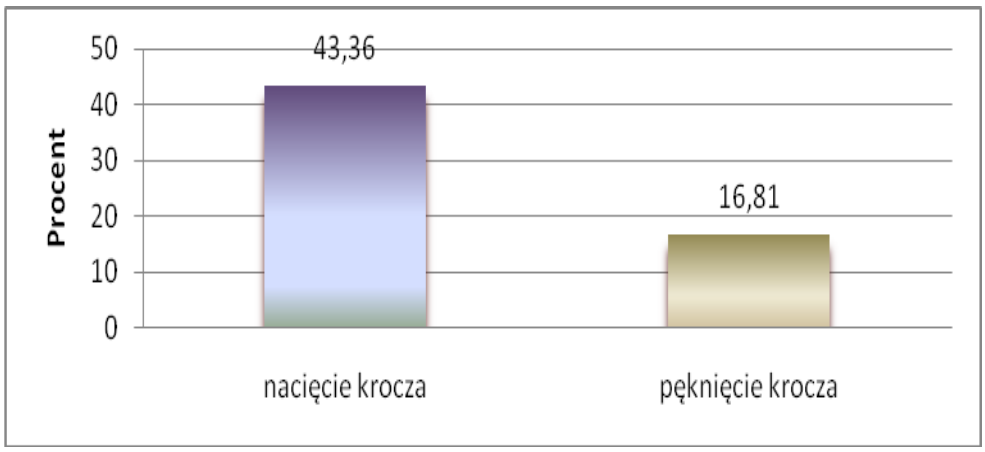
Rycina 1. Stymulacja i indukcja porodu w badanej grupie.

W 147 przypadkach zastosowano znieczulenie porodu: 31 rodzących znieczulono zewnątrzoponowo (13,19%) a 116 (37,45%) podpajęczynówkowo (Ryc. 2).



Rycina 2. Rodzaj znieczulenia w badanej grupie.

Nacięcie krocza wykonano u 49 (43,36%) rodzących drogami natury. Do pęknięcia krocza doszło u 19 kobiet (16,81%) (Ryc. 3).



Rycina 3. Nacięcie i pęknięcie krocza w badanej grupie.

Średnia urodzeniowa masa noworodków wynosiła 3407 g (zakres: 450- 5250 g). Średnia długość noworodka-54,91 cm. Większość noworodków oceniono na 10 pkt. wg Apgar, 1 otrzymał 0 pkt. (Tab. 4).

Tabela 4. Masa urodzeniowa, długość i punktacja noworodków według skali Apgar w 5 minucie życia.

	Statystyki opisowe						
	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Dolny Kwartyl	Mediana	Górny Kwartyl	Maksimum
Masa urodzeniowa	3407,52	661,32	450,00	3000,00	3425,00	3900,00	5250,00
Długość	54,91	3,88	32,00	53,00	55,00	58,00	64,00
Apgar	9,40	1,53	0,00	10,00	10,00	10,00	10,00

Wady wrodzone stwierdzono w 2 przypadkach (0,84%). W jednym były to dodatkowe palce u rąk i stóp dziecka, w drugim-spodziectwo u noworodka płci męskiej (Tabela 5).

Tabela 5. Wady wrodzone noworodków w badanej grupie kobiet.

Wady wrodzone	Liczba noworodków	Odsetek (%)
Tak	2	0,84
Nie	236	99,16

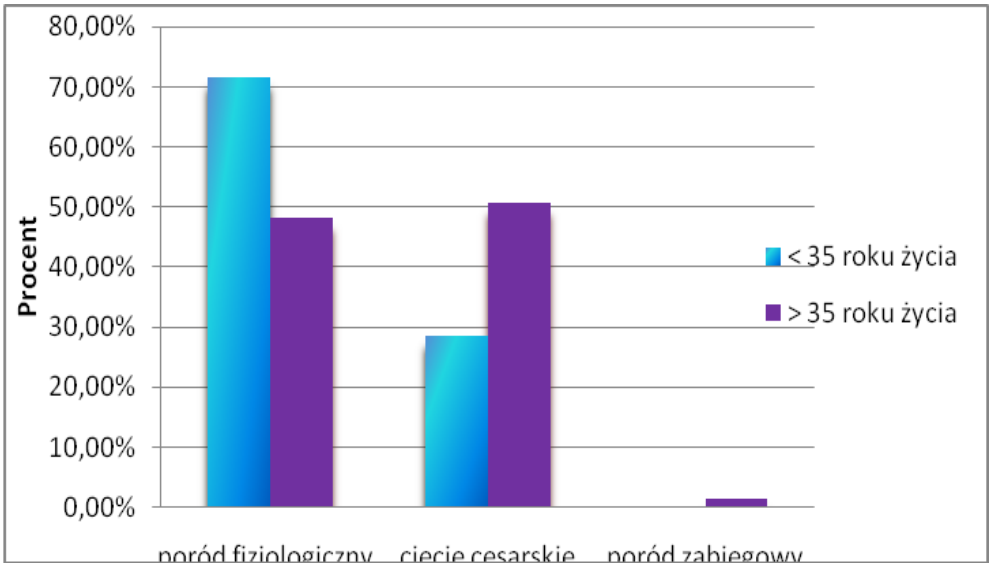
Nie stwierdzono istotnej statystycznie korelacji (p=0,6610; r=0,0286) między wiekiem kobiety a czasem trwania ciąży. Analizując pojawiające się w przebiegu ciąży i porodu powikłania w zależności od wieku badanych tylko w sytuacji zagrażającego pęknięcia krocza stwierdzono istotną statystycznie zależność (p=0,0129) (Tabela 6).

Tabela 6. Powikłania w przebiegu ciąży i porodu w zależności od wieku kobiety.

Powikłania ciąży i porodu	Wiek		Razem (n)	p
	<40 n (%)	>=40 n (%)		
cukrzyca ciężarnych	3 1,63	1 1,96	4	1,0000
makrosomia płodu	33 17,93	10 19,61	43	0,7845
nadciśnienie indukowane ciążą	8 4,35	2 3,92	10	1,0000
poród przedwczesny	8 4,35	2 3,92	10	1,0000
PROM	5 2,72	3 5,88	8	0,3758
stara pierwiastka	6 3,26	1 1,96	7	1,0000
mięśniaki macicy	2 1,09	1 1,96	3	0,5217
obciążony wywiad położniczy	45 24,46	13 25,49	58	0,8564
inne	24 13,04	10 19,61	34	0,2621
zagrażająca zamartwica płodu	28 15,22	11 21,57	39	0,2914
zagrażająca infekcja płodu	22 11,96	6 11,76	28	1,0000
stan po cięciu cesarskim	45 24,46	7 13,73	52	0,1276
dysproporcja płodowo-miedniczna	20 10,87	3 5,88	23	0,4252
brak postępu porodu	6 3,26	2 3,92	8	0,6852
zagrażające pęknięcie krocza	59 32,07	7 13,73	66	**0,0129**
nieodklejające się łożysko	5 2,72	1 1,96	6	1,0000
inne	39 21,20	13 25,49	52	0,5680

Test chi^2 i dokładny test Fishera

Stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy grupą wiekową kobiet a sposobem ukończenia ciąży (p<0,0001). W grupie pacjentek starszych odnotowano wyższy odsetek wykonywanych cięć cesarskich (Ryc. 4).



Rycina 4. Sposób ukończenia ciąży w zależności od wieku pacjentki.

Nie wykazano istotnej statystycznie zależności między typem wskazania do cięcia cesarskiego a grupą wiekową (p=0,8731). U rodzących po 35 r.ż. równie często wykonywane były cięcia cesarskie ze wskazań elektywnych, jak i śródporodowych (Tabela 7).

Tabela 7. Wskazania do cięcia cesarskiego w zależności od wieku rodzącej.

Wskazania do cięcia cesarskiego	Wiek kobiet		Wiersz Razem	p
	<40	≥40		
elektywne	43	15	58	0,8731
% kolumny	48,31%	50,00%		
śródporodowe	46	15	61	
% kolumny	51,69%	50,00%		
Ogółem	89	30	119	

Test chi^2

Analizując masę urodzeniową, długość noworodków oraz punktację noworodka wg skali Apgar w 5 min. życia w zależności od wieku matki, wykazano istotną statystycznie ujemną korelację między wynikiem punktacji a wiekiem badanych (Tab.8).

Tabela 8. Masa urodzeniowa, długość i punktacja noworodka wg skali Apgar w 5 minucie życia w zależności od wieku matki.

Zmienna	Pearsona	Spearmana
Masa urodzeniowa	0,0009	0,0236
Długość	-0,0128	0,0034
Apgar	-0,1625*	0,0860

Korelacja liniowa Pearsona oraz korelacje rangowe Spearmana *p<0,05

Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy pomiędzy masą urodzeniową noworodków a sposobem ukończenia ciąży (p=0,3960). Istotność statystyczną wykazano, analizując masę noworodków i ich płeć (p=0,0029) oraz masę noworodków i położenia płodów (p=0,0252) (Tab. 9).

Tabela 9. Masa urodzeniowa noworodka w zależności od sposobu ukończenia ciąży, płci dziecka i położenia płodu.

Czynniki		Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Maksimum	Test Kruskala-Wallisa (p^1) / Test U Manna-Whitneya (p^2)
Sposób ukończenia ciąży	zabiegowy	3033	257	2750	2750	3100	3250	3250	p^1=0,3960
	fizjologiczny	3431	580	1850	3050	3450	3850	4650	
	cięcie cesarskie	3395	736	450	3000	3400	3900	5250	
Płeć dziecka	syn	3500	725	450	3100	3450	4000	5250	p^2=0,0029
	córka	3302	565	1700	2950	3600	3650	4700	
Położeni	stópkowe	3100	-	3100	3100	3100	3100	3100	

	główkowe	3447	627	1750	3000	3450	3900	5250	p^1=0,0252
	poprzeczne	2630	654	1700	2400	2550	3150	3350	
	miednicowe	2900	1059	450	2500	3100	3600	4100	

Test Kruskala-Wallisa i test Manna-Whitneya

Dyskusja

W większości przypadków utrzymuje się pogląd, że macierzyństwo zarezerwowane jest dla młodych matek. Kocemba i wsp. są zdania, że najbardziej odpowiednim czasem na rodzenie dzieci jest wiek 20- 29 lat [2]. Obecnie kobiety coraz później decydują się na zajście w ciążę. Wiąże się to przede wszystkim z potrzebą spełnienia własnych ambicji o karierze zawodowej, zdobyciu wykształcenia i pozycji w społeczeństwie. Postęp cywilizacyjny, zmiana stylu i trybu życia, rozwój technik wspomaganego rozrodu, sprawiają, że kobiety decydują się na zajście w ciążę będąc już w dojrzałym wieku. Wielu autorów uważa, że szybkie tempo rozwoju ekonomicznego i społecznego w krajach wysoko rozwiniętych i rozwijających się, jest przyczyną odkładania decyzji o posiadaniu potomstwa [4,5,10,56].

Hincz i wsp. twierdzą, że główną przyczyną dojrzałego macierzyństwa jest zdobycie odpowiedniego wykształcenia i rozwój kariery zawodowej [1]. Lesińska-Sawicka zwraca uwagę na inne niż dotychczas podejście do pracy przyszłych matek kładących nacisk na indywidualizm i samorealizację [3]. Wielu autorów twierdzi, że kobiety późno zachodzące w ciążę po raz pierwszy, w przyszłości stanowić będą coraz większy odsetek rodzących [6,8,9,32].

W badaniach Borowieckiej-Elwertowskiej i wsp., analizie poddano 562 porody pacjentek po 35 r.ż., co stanowiło 12,6% ogólnej liczby porodów. Średni wiek rodzących wynosił 37,5 roku. Wśród nich najliczniejsza była grupa kobiet ze średnim wykształceniem-257 (45,72%), z wykształceniem wyższym-105 (18,68%) i podstawowym-200 (35,58%). Poddali analizie wiek, dzieląc grupę badaną na dwie: pomiędzy 35 a 39 r.ż. oraz powyżej 40 lat. W grupie powyżej 40 r.ż. (n=29) przeważały wieloródki, tylko 2 były pierwiastkami. Natomiast w przedziale wiekowym 35- 39 lat (n=533) przeważały pierworódki (n=328; 61,5%).

W badaniach własnych, średni wiek rodzących wynosił 37,5 roku przy zakresie 35-46 lat. Najliczniejszą grupę także stanowiły kobiety ze średnim wykształceniem, było ich 112 (47,66%), z wyższym-71 (30,21%), z zawodowym-52 (22,13%). Po zastosowaniu podziału na 2 grupy otrzymano następujące wyniki: w wieku 35-39 lat rodziły 184 pacjentki, co stanowiło

78,3% ogółu. Wśród nich było 29 pierwiastek (15,8%). Kobiet w wieku 40 lat i więcej rodziło 51 (21,7%). W tej grupie znalazły się 3 pierwiastki (5,9%). W obu przedziałach przeważały wieloródki.

W analizowanej przez Studzińskiego grupie 98 rodzących po 40 r.ż., stanowiących 2,8% ogólnej liczby porodów, średni czas trwania ciąży wynosił 38 tygodni. Po raz pierwszy rodziło 2,1% pacjentek [4]. W materiale własnym średni czas trwania ciąży u kobiet powyżej 40 r.ż. był bliski 39,2 tygodnia. W porównaniu z grupą badaną przez Studzińskiego liczba pierwiastek w analizowanej grupie rodzących powyżej 40 r.ż. była prawie 3-krotnie większa (5,9%). Ponadto autorzy zgodnie twierdzą, że zaawansowany wiek matki niesie ze sobą ryzyko wielu powikłań, zarówno w przebiegu ciąży jak i samego porodu. Schorzenia internistyczne, których częstość wzrasta wraz z wiekiem powodują obniżoną wydolność organizmu. Sawicka jako najczęstsze wymienia: chorobę niedokrwienną serca, chorobę wrzodową żołądka, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, reumatyzm, zaburzenia rytmu serca, wady zastawkowe serca [7]. Kocemba, Janeczko, Sawicka, Borowiecka-Elwertowska, Kraczkowski podają także: otyłość, nadciśnienie tętnicze krwi, cukrzycę, chorobę wieńcową. Powyższe schorzenia towarzyszące ciąży mogą wywoływać liczne powikłania w przebiegu ciąży [2,5,7,10,57].

Według Kocemby, Studzińskiego, Witek, Sawickiej, Bałoniak, Cieminskiego, Ziadeha, Kraczkowskiego są to: poronienia samoistne, wady wrodzone płodu, martwe urodzenia, porody przedwczesne, nadciśnienie indukowane ciążą, cukrzyca ciężarnych, łożysko przodujące [2,4,6,7,12,41,52,57].

Studziński stwierdził, że poród przedwczesny wystąpił u 10% pacjentek po 40 r.ż. [4] natomiast Kocemba i wsp. aż u 30% rodzących >40 r.ż. i u 19,3% <40 lat. Wykazali także NIC u 2,5% w przedziale wiekowym 35- 39 lat i 1,8% w starszej grupie [2].

Według analizy przeprowadzonej przez Borowiecką-Elwertowską i wsp. cukrzyca ciężarnych obecna była u 35 pacjentek (6,2%) [10]. Hincz i wsp. podają istotnie częstsze występowanie cukrzycy ciążowej w grupach badanych, w zakresie ≥35-39 lat (7,1%) vs. (2,9%) w grupie kontrolnej oraz ≥40 lat 2 przypadki [1].

W badaniach własnych nie stwierdzono statystycznej zależności pomiędzy wiekiem matki a częstością występowania powikłań w przebiegu ciąży. W badanej grupie kobiet najczęściej występował zagrażający i dokonany poród przedwczesny (4,3%)-w porównaniu z innymi badaczami odsetek ten był kilkakrotnie niższy, PROM-3,4%, NIC-4,3% (porównując z wynikami opublikowanymi przez Kocembę i wsp. odsetek ten był blisko 2 razy wyższy),

cukrzyca ciężarnych-1,7% (odsetek ponad 3,5 razy niższy niż u Borowieckiej- Elwertowskiej i wsp.) [2,10].

Janeczko jako jedno z głównych powikłań w przebiegu ciąży wymienia także krwawienie z dróg rodnych w wyniku łożyska przodującego i przedwczesnego oddzielania łożyska prawidłowo usadowionego [5], czego nie potwierdzają przeprowadzone przez nas badania (przedwczesne odklejenie łożyska wystąpiło u 3 pacjentek, tj.: 1,28%, łożysko przodujące u 2, tj.: 0,85%).

Odsetek makrosomii (≥4000g) w zgromadzonym materiale wynosił 18,3% (43), z czego 55,8% ciąż zostało rozwiązanych drogą cięcia cesarskiego. Borowiecka-Elwertowska i wsp. podają, że w przeciągu lat 1994-1997, urodziło się 15 noworodków o masie ciała ≥4000 g, przy czym do makrosomicznych noworodków zaliczają te o masie >3500 g, co stanowiło w ich materiale 22,4% [10]. Poczynione przez autorów obserwacje dotyczące częstszego rozwiązywania ciąży cięciem cesarskim są zgodne z doniesieniami Hincza i wsp., Kocemby i wsp., Studzińskiego, Janeczko i wsp., Borowieckiej-Elwertowskiej i wsp., Ziadeha, Kowalewskiej i wsp., Kraczkowskiego i wsp. [1,2,4,5,10,52,56,57].

Najwyższy odsetek odnotowano w materiale analizowanym przez Kowalewską-69%, w porównaniu z 29% w grupie kontrolnej [56]. Półtora raza większą liczbę cięć cesarskich u rodzących po 35 r.ż. stwierdził Kraczkowski i wsp. i wynosiła ona 31,2% [57]. Podobnie według analiz Borowieckiej-Elwertowskiej i wsp. odsetek instrumentalnego zakończenia ciąży był znacznie wyższy niż u pacjentek <35 r.ż. i w poszczególnych latach i wahał się na poziomie 22-31% [10]. W badaniach przeprowadzonych przez Hincza i wsp. zarówno ≥35-39, jak i ≥40 lat, istotnie częściej porody kończono drogą cięcia cesarskiego. W grupie pacjentek ≥40 lat było to 55%, w porównaniu z 39,7% w grupie kontrolnej [1]. Janeczko i wsp. w swoich opracowaniach podają ten odsetek na poziomie 37,6% [5]. W badanej przez nas grupie drogą cięcia cesarskiego urodziło 119 kobiet, co stanowiło 50,6% w porównaniu z 28,4% rodzących do 35 r.ż. Po zastosowaniu podziału na pacjentki między 35 a 39 r.ż. i powyżej 40 lat odsetek cięć w grupie młodszych rodzących wyniósł 48,4%, powyżej 40 r.ż.-58,8%. Autorzy podają także następujące powikłania występujące podczas porodu: brak czynności skurczowej mięśnia macicy, brak postępu porodu, nieprawidłowe rozwieranie kanału szyjki macicy, zagrażająca zamartwica wewnątrzmaciczna płodu. Studziński jako główne powikłania okołoporodowe wymienia: PROM, zielony płyn owodniowy, przedwczesne oddzielenie łożyska, łożysko przodujące [4]. Kraczkowski podaje zagrażające pęknięcie mięśnia macicy (31,6%), zagrażającą zamartwicę wewnątrzmaciczną płodu (22,4%), krwawienie z macicy (20,8%), nieprawidłowe położenie płodu (10,3%), stan po

leczeniu niepłodności (8,6%), stan po wyłuszczeniu mięśniaków macicy (1,1%), będące wskazaniami do cięcia cesarskiego [57].

W badaniach własnych najczęstsze powikłania okołoporodowe stanowiły: zagrażające pęknięcie mięśnia macicy w wyniku uprzednio wykonywanych cięć cesarskich (43,7%), zagrażająca zamartwica wewnątrzmaciczna płodu (32,8%), zagrażająca infekcja wewnątrzmaciczna płodu (23,5%), dysproporcja płodowo-miedniczna (19,8%), brak postępu porodu (6,7%). Stan po leczeniu niepłodności odnotowano u 3 badanych (1,28%), a stan po wyłuszczeniu mięśniaków macicy w 0,85% przypadków. Wymienione powikłania stanowiły wskazania do wykonania cięcia cesarskiego. Ponadto, częściej u kobiet w wieku 35-39 lat (32,1%) występowało zagrażające pęknięcie krocza, w porównaniu z pacjentkami >40 r.ż. (13,7%). Jedynie Sawicka pisze o mniejszej podatności tkanek miękkich krocza na rozciąganie i częstszych jego pęknięciach w grupie starszych rodzących [7].

Kraczkowski i wsp. donoszą o zwiększonej liczbie krwotoków poporodowych związanych z zaburzonym przebiegiem III okresu porodu [57]. W analizowanym przez nas materiale w blisko 6% przypadków był on zaburzony, co wynikało z powikłań przy rodzeniu popłodu. Janeczko i wsp. w obserwacji przypadków wymagających farmakologicznej indukcji i stymulacji porodu nie wykazali istotnych statystycznie różnic pomiędzy badanymi grupami. Liczba porodów indukowanych u kobiet po 40 r.ż. wynosiła 10 (3,36%), stymulowanych 58 (19,46%) [5]. W badanej przez nas grupie przeprowadzono 10 indukcji (4,26%), z czego 3 (1,28%) u kobiet po 40 r.ż. oraz 40 stymulacji, w tym u 9 (3,83%) powyżej 40 r.ż.

Z badań przeprowadzonych przez Kowalewską i wsp. wynika, że średnia urodzeniowa masa ciała noworodków kobiet dojrzałych wynosząca 3300 g jest niższa od średniej urodzeniowej masy noworodków młodych matek (3800 g) [56]. Studziński dowodzi, że średnia masa noworodków matek >40 r.ż. jest statystycznie niższa [4]. Kubiak-Fortecka i Wilczyński są zdania, że średnia masa noworodka matek >35 r.ż. (3277±726 g) nie odbiega znacznie od masy noworodka matki w przedziale wiekowym 25-29 lat (3393± 572 g) [8,32]. Janeczko i wsp. na podstawie przeprowadzonych analiz stwierdzają, że stan pourodzeniowy noworodków matek >40 r.ż. nie różni się od stanu dzieci kobiet <35 r.ż. [5]. Podobnego zdania jest Hincz i wsp., poddając analizie punktację wg skali Apgar i masę urodzeniową, gdzie nie odnotowali istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami [1]. W badaniach własnych stwierdzono, że średnia urodzeniowa masa noworodków wynosiła 3407 g, większość noworodków została oceniona na 10 pkt. w 5 min. życia.

Wnioski

1. W przypadku powikłań porodu tylko w sytuacji zagrażającego pęknięcia krocza stwierdzono istotną statystycznie zależność z wiekiem. Powikłanie to było częstsze w grupie kobiet młodszych.
2. Stwierdzono wysoce istotną zależność pomiędzy wiekiem kobiet a sposobem ukończenia ciąży. W grupie pacjentek starszych (>35 r.ż.) wykazano wyższy odsetek cięć cesarskich.
3. Wykazano niską, istotną, ujemną korelację wieku rodzącej z punktacją noworodka wg skali Apgar (im starsza była kobieta, tym niższą punktację otrzymywał noworodek w 5 min. życia).
4. Odnotowano wysoce istotną korelację masy urodzeniowej z płcią męską.
5. Stwierdzono istotną różnicę masy noworodków w zależności od położenia płodu. Najwyższa występowała przy położeniu podłużnym główkowym.

Piśmiennictwo

1. Hincz P., Wojciechowska E., Podciechowski L.: Późne macierzyństwo-przebieg ciąży i porodu powyżej 35. roku życia. Przegląd Menopauzalny, 2006, 2, 80- 84.
2. Kocemba W., Oszukowski P., Krukiewicz-Ruta I.: Przebieg ciąży i porodu u kobiet po 35 roku życia w Szpitalu Rejonowym w Brzezinach, w latach 1987-98. Jubileuszowy kongres „Sto lat praktyki diagnostyczno leczniczej, dydaktyki i nauki w Ginekologiczno-Położniczym Szpitalu Klinicznym AM w Poznaniu. Ginekologia Praktyczna, 2001, 9(7), 85-88.
3. Lesińska-Sawicka M.: Wybrane elementy biografii zdrowotnej późnych pierwiastek jako wskazówki dla personelu medycznego do planowania działań edukacyjnych. Nowoczesne Pielęgniarstwo i Położnictwo 2008, 2, 1. Portal Pielęgniarek i Położnych-http://www.pielegniarki.info.pl/.
4. Studziński Z.: Ciąża i poród u kobiet po 40 roku życia. Wiad. Lek., 2004, 7, 140-144.
5. Janeczko J., Mora-Janiszewska O., Ficek L.: Charakterystyka zagrożeń ciąży i porodu u kobiet po 39 roku życia, w materiale Szpitala Wojewódzkiego nr 2 w Rzeszowie. Ginekol. Pol., 2006, 77, 26-32.
6. Witek A., Bojdys-Szyndlar M.: Ciąża po 40 roku życia-nowa norma w położnictwie. Prz. Menopauz., 2006, 5, 306-310.
7. Sawicka M.: Spóźnione macierzyństwo. Pielęgniarka i Położna, 2001, 12, 7-9.

8. Kubiak-Fortecka A., Wilczyński J.: Ciąża i poród u kobiet w wieku dojrzałym. Prz. Menopauz., 2009, 2, 67-71.
9. Sawicka M., Socjomedyczne aspekty spóźnionego macierzyństwa. W: Rodzina w czasach szybkich przemian (red.) Tyszka Z., Roczniki Socjologii Rodziny 2001R; Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań, 2002, 13, 245-258.
10. Borowiecka-Elwertowska A., Borowiecka E., Marianowski L.: Analiza przebiegu ciąży i porodu u pacjentek po 35 roku życia. Postępy Nauk Medycznych, 1997, 10(5- 6), 78-80.
11. Kowalska-Koprek U., Kuś E., Berner-Trąbska M., Nawarra D., Kulik V., Kazimierak W.: Duże mięśniaki macicy wikłające ciążę u 47-letniej wieloródki. Opis przypadku i przegląd piśmiennictwa. Prz. Menopauz., 2004, 4, 53-55.
12. Bałoniak B., Słomko Z., Malewski Z.: Częstość występowania mięśniaków macicy oraz ich wpływ na przebieg ciąży. Ginekol.Pol., 2002, 73, 260-265.
13. Kempiuk J.: Zmiany ustrojowe w przebiegu ciąży. W: Położnictwo i Ginekologia (red.) Bręborowicz G. H., Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2007, tom 1, 41-42.
14. Jacobsson B, Ladfors L, Milsom I. Advanced maternal age and adverse perinatal outcome. Obstet. Gynecol., 2004, 104, 727-733.
15. Skrzypczak J.: Poronienie W: Położnictwo i Ginekologia (red.) Bręborowicz G.H., Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2007, tom 1, 117.
16. Zaręba-Szczudlik J., Romejko-Wolniewicz E., Malinowska-Połubiec A., Ahmed S., Świetlik A., Czajkowski K.: Analiza czynników ryzyka zgonów wewnątrzmacicznych płodów. Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia, 2009, 2(3), 203-207.
17. Chmaj-Wierzchowska K., Bręborowicz G.: Niemożność donoszenia ciąży. Ciąża obumarła. W: Ginekologia. Opala T. (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2003, 162-163.
18. Program badań prenatalnych opracowany przez Zespół do spraw opracowania programu badań prenatalnych w Polsce (Załącznik nr 1 do Umowy) W: Uchwała Nr 212/2004 z dnia 29 września 2004 r. Zarządu Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie zatwierdzenia warunków umowy na realizację programu badań prenatalnych oraz zatwierdzenia programu zleconego przez Ministra Zdrowia Na podstawie art. 40 ust.2 , 43 ust.5 pkt 2,7 i 10 art.43 ust.8 oraz art.39 ust.1 pkt 4 , art.50 ust.2 pkt 1 ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. Nr 45, poz. 391 z późn. zm).

19. Oleszczuk J., Leszczyńska-Gorzelak B., Sawulicka-Oleszczuk H.: Postępowanie położnika w ciąży powikłanej nadciśnieniem. Kliniczna Perinatologia i Ginekologia, 2006, 42(2), 32-39.
20. Kuszerska A., Kopyra P., Seremak-Mrozikiewicz A.: Wpływ nadciśnienia indukowanego ciążą na czas trwania, sposób rozwiązania ciąży oraz masę urodzeniową i stan ogólny noworodka. Nowiny Lekarskie, 2003, 72(1), 56-61.
21. Bręborowicz G.H.: Choroby matki wikłające przebieg ciąży. Nadciśnienie tętnicze. Leczenie. W: Położnictwo (red.) Bręborowicz G.H.; Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2002, 300.
22. Ulman-Włodarz I., Poręba A., Galbierz-Kwiatkowska E.: Rola nowych czynników hipotensyjnych w patogenezie NIC. Kliniczna Perinatologia i Ginekologia, 2007, 43(3), 48-51.
23. Heimrath J., Czekański A., Krawczenko A., Duś D.: Rola śródbłonków w patogenezie nadciśnienia indukowanego ciążą. Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej, 2007, 61, 48-57.
24. Lisowska B., Nowacka E.: Funkcja i rola śródbłonka w nadciśnieniu indukowanym ciążą. Anestezjologia i Ratownictwo, 2009, 3, 336-343.
25. Chibber R.: Problems of Older Maternal Age and Pregnancy Outcome. Bahrain Medical Bulletin, 2004, 26(3), 1-9.
26. Leszczyńska-Gorzelak B., Poniedziałek-Czajkowska E.: Rzucawka w ciąży-aktualny problem kliniczny. Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia, 2009, 2(2), 94-101.
27. Raczyński P., Kubik P., Niemiec T.: Zalecenia dotyczące suplementacji diety u kobiet podczas planowania ciąży, w ciąży i w czasie karmienia piersią. Ginekologia Praktyczna, 2006, 4, 2-7.
28. Samsel M.: Niedokrwistość w czasie ciąży. Gabinet Prywatny, 2004, 2, 44-51.
29. Duława J.: Zakażenia układu moczowego u kobiet w ciąży. Medycyna Praktyczna-Ginekologia i Położnictwo, 2008, 1, 40-46.
30. Przybyła J., Sosnowski M.: Ostre i przewlekłe zakażenia dróg moczowych- diagnostyka i leczenie. Przew.Lek., 2008, 4, 71-77.
31. Kubiak-Fortecka A., Wilczyński J.: Zmiany morfologii odcinka ST bezpośredniego elektrokardiogramu płodowego i ich wpływ na stężenia aminotransferazy asparaginianowej i alaninowej u rodzących w wieku powyżej 30 lat z ciążą powikłaną cukrzycą. Prz.Menopauz., 2010, 3, 165-172.

32. Wilczyński J., Cypryk K.: Cukrzyca. W: Ciąża wysokiego ryzyka (red.) Bręborowicz G. H., Ośrodek Wydawnictw Naukowych, Poznań, 2006, 933.
33. Bręborowicz G.H.: Choroby wikłające przebieg ciąży. Cukrzyca a ciąża. W: Położnictwo (red.) Bręborowicz G.H.; Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2002, 318, 324-325.
34. Wójcikowski C., Królikowska B., Konarzewska J.: Częstotliwość cukrzycy ciężarnych (GDM) w Polsce w badaniach przesiewowych. Ginekologia Polska, 2002, 75(10), 811-816.
35. Malinowska-Polubiec A., Czajkowski K., Sotowska A.: Przebieg ciąży i porodu u pacjentek z ciążą powikłaną cukrzycą ciążową. Ginekologia Polska, 2003, 74(10), 1200-1207.
36. Kinalski M., Śledziewski A., Krętowski A.: Strategia postępowania w cukrzycy ciężarnych. Ginekologia Polska, 2001, 72(11), 889- 907.
37. Bomba-Opoń D.: Ciąża powikłana cukrzycą. Ginekologia 2003, 10(5-6), 559-563.
38. Malinowska-Polubiec A., Czajkowski K., Sotowska A.: Zgony okołoporodowe i wady wrodzone w ciąży powikłanej cukrzycą ciążową. Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia, 2008, 1(3), 169-174.
39. Ropacka M.: Poród nieprawidłowy. Nieprawidłowe położenia płodu. W: Położnictwo (red.) Bręborowicz G.H.; Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2002, 134-136.
40. Diagnostyka i leczenie w przypadku łożyska przodującego i łożyska przodującego przyrośniętego. Aktualne (2005 r.) wytyczne Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Medycyna Praktyczna Ginekologia i Położnictwo, 2006 http://www.rcog.org.uk/clingov1
41. Ciemiński A., Długołęcki F.: Wiek i przeszłość położnicza kobiet z łożyskiem przodującym. Ginekol. Pol., 2005, 76, 284-289.
42. Schilling J.: Przebieg ciąży i porodu przy łożysku przodującym objawowym i bezobjawowym. Prz. Lek., 1992, 49, 230-233.
43. Bręborowicz G.H., Słomko Z.: Patofizjologia ciąży. Krwotoki w drugiej połowie ciąży. W: Położnictwo (red.) Bręborowicz G.H.; Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2002, 242-255.
44. Olejek A., Rembielak-Stawecka B.: Zapobieganie wcześniactwu. Lekarz, 2004, 12, 67-70.

45. Betleja K., Banach J., Ronin-Walknowska E.: Stan przyzębia u kobiet ciężarnych a ryzyko wystąpienia porodu przedwczesnego. Czasopismo Stomatologiczne, 2005, 8(8), 571-578.
46. Pawłowicz P., Rawski W., Grzebyk K., Stetkiewicz T., Jakiel G.: Ocena aktywności interleukiny 6 w śluzie szyjkowo-pochwowym w zależności od długości szyjki macicy u kobiet powyżej 35. roku życia z ryzykiem porodu przedwczesnego. Przegląd Menopauzalny, 2011, 1, 37-39.
47. Czajka R.: Metody przewidywania i zapobiegania porodom przedwczesnym. Kliniczna Perinatologia i Ginekologia, 2007, 43(3), 15-18.
48. Skoczylas M., Baczyńska M., Chudzik A., Krajewski P., Pokrzywnicka M., Kalinka J.: Późny poród przedwczesny-punkt widzenia położnika. Część I. Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia, 2011, 4(1), 44-48.
49. Piec P., Suchocki S., Obst M.: Przedwczesne pęknięcie błon płodowych u ciężarnych w 22-37 tygodniu ciąży w latach 2001-2005 w materiale Specjalistycznego Szpitala Ginekologiczno-Położniczego w Wałbrzychu. Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia, 2008, 1(2), 121-126.
50. Goldenberg R.L., Culhane J.F., Lams J.D., Romero R: Epidemiology and causes of preterm birth. Lancet, 2008, 371, 75-84.
51. Ziadeh S, Yahaya A.: Pregnancy outcome at age 40 and older. Arch. Gynecol. Obstet., 2001, 265, 1, 30-33.
52. Ziadeh S.: Maternal and perinatal outcome in nulliparous women aged 35 and older. Gynecol. Obstet. Invest., 2002, 54(1), 6-10.
53. Mazanek-Mościcka M.: Kryteria rozpoznawania ciąży przenoszonej a postępowanie lekarskie. Ginekologia Praktyczna, 2001, 9(6), 28-31.
54. Chazan B., Niemiec K., Filipp E.: Ciąża przeterminowana-znaczenie problemu we współczesnym położnictwie. Ginekologia Polska, 1996, 67(3), 148-156.
55. Pięt M., Chełkowska E., Opala T.: Patofizjologia ciąży. Standardy postępowania pielęgniarskiego w ciąży o przebiegu nieprawidłowym. W: Położnictwo (red.) Bręborowicz G.H.; Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2002, 281-282.
56. Kowalewska M., Pokrzywnicka M., Kobierska I.: Późne macierzyństwo-zjawisko końca XX wieku-ocena stanu klinicznego noworodków donoszonych, urodzonych w Instytucie Ginekologii i Położnictwa w Łodzi przez matki w wieku zaawansowanym. Ginekologia Polska, 2000, 71(4), 173-178.

57. Kraczkowski J., Hławacz J., Robak J.: Przebieg ciąży i porodu u pacjentek po 35 roku życia. Ginekologia Polska, 1997, 68, 461-465.
58. Cięcie cesarskie. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Ginekologia po Dyplomie. Wydanie Specjalne, 2009, 9, 9-12.

Perkowska Ewa[1, 2], Terlikowski Sławomir J.[3], Moczydłowska Alicja[4, 5], Fiega Ewa[4, 6], Fejfer-Wirbał Ewa[7], Dobrzycka Bożena[3], Śliżewska Halina[7], Krasnicka Jolanta[1]

Wpływ opieki okołoporodowej na problemy związane z karmieniem piersią w pierwszych tygodniach po porodzie

1. Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Białystok
3. Zakład Położnictwa, Ginekologii i Opieki Położniczo-Ginekologicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
4. Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży
5. Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem
6. Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży
7. Instytut Ochrony Zdrowia Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. prof. Edwarda F. Szczepanika w Suwałkach

Wstęp

Karmienie naturalne to najzdrowszy sposób żywienia noworodków, niemowląt i małych dzieci, o który od lat walczą organizacje międzynarodowe i autorytety medyczne. Jest również ważnym elementem wpływającym na zdrowie kobiet.

Wśród czynników wpływających na prawidłową laktację oraz osiągnięcie sukcesu w karmieniu piersią są takie, które zależą od samej kobiety i jej najbliższego otoczenia oraz takie, które zależą od personelu medycznego sprawującego opiekę nad kobietą karmiącą. W ostatnich latach wiedza na temat karmienia naturalnego przestała być zbiorem informacji przekazywanych ustnie z pokolenia na pokolenie, a stała się nauką uporządkowaną i zintegrowaną, z opartą na dowodach wiedzą medyczną [1].

Szczególna rola opieki okołoporodowej w ochronie, wspieraniu i propagowaniu karmienia piersią została zaprezentowana w1989 roku we wspólnym stanowisku WHO i UNICEF, znanym jako Inicjatywa „Szpital Przyjazny Dziecku". Dokument ten zawiera program promocji karmienia piersią w placówkach położniczych w oparciu o aktualną wiedzę o karmieniu piersią, którą zebrano w 10 Krokach do Udanego Karmienia Piersią [2].

Cel pracy

Celem badań jest ukazanie wpływu opieki okołoporodowej na problemy związane z karmieniem piersią w pierwszych tygodniach po porodzie.

Materiał i metody

Badania ankietowe zostały przeprowadzone w województwie podlaskim w okresie od 1 lutego do 30 października 2012 roku. Do badania włączono 200 kobiet karmiących wyłącznie piersią oraz karmieniem mieszanym w ciągu pierwszych 6 tygodni po porodzie, którymi opiekowała się położna środowiskowa prowadząca badanie. Należy dodać, że wg WHO karmienie wyłącznie piersią, to żywienie dziecka jedynie pokarmem matki a karmienie mieszane, to żywienie dziecka w przeważającej ilości pokarmem matki, dodatkowo dokarmianie substytutami pokarmu kobiecego (mieszanką sztuczną) lub dopajanie płynami, np. glukozą.

Analizie poddano informacje zawarte w ankiecie własnego autorstwa, którą matki wypełniały samodzielnie w domu do 6 tygodnia po porodzie w trakcie wizyty położnej. W niniejszej pracy zostały przeanalizowane odpowiedzi na pytania dotyczące:

- sposobu żywienia dzieci w warunkach szpitalnych;
- sposobu żywienia dzieci w ciągu pierwszych tygodni pobytu w domu;
- wiedzy matek z zakresu laktacji i obserwowanych problemów w karmieniu piersią;
- kontaktu matki i dziecka w szpitalu.

Zestawienie wyników wykonano za pomocą programu Microsoft Excel.

Wyniki

Najwięcej respondentek (64%) było w wieku 25 – 34 lat; młodsze matki stanowiły 14%, a matki powyżej 35 roku życia – 22%. Większość respondentek (56%) stanowiły osoby z wykształceniem wyższym. Wykształcenie respondentek przedstawiono w Tabeli I.

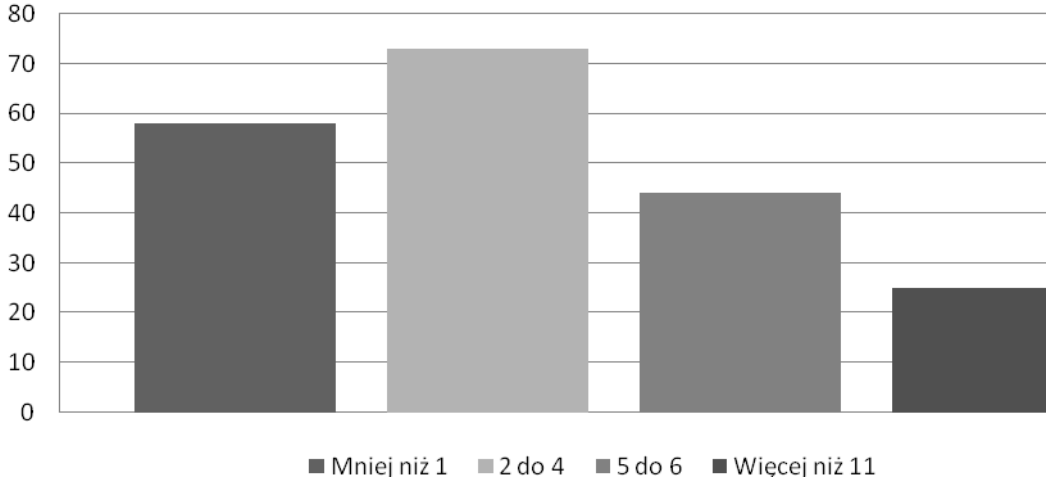
Tabela I. Wykształcenie respondentek.

Wykształcenie		**Liczba badanych**	**%**
A	Podstawowe	5	3%
B	Zasadnicze zawodowe	18	9%
C	Średnie	65	33%
D	Wyższe	112	56%

Prawie połowa dzieci (49%) urodziła się siłami natury. Pozostałe przyszły na świat za pomocą cięcia cesarskiego. Przeważająca liczba dzieci (60%) urodziła się z ciąż donoszonych, 13% dzieci przyszło na świat przedwcześnie. Ponad połowa pacjentek rodziła pierwszy raz, 54% drugi, 34% trzeci i czwarty 11% i 2%.

Źródłem wiedzy respondentek o laktacji była szkoła rodzenia (29%), położna (26%), lekarz (21%), gazety (14%) i Internet (11%).

Rycina 1 przedstawia czas, jaki upłynął od porodu do pierwszego kontaktu noworodka z sutkiem. Z badań wynika, że najczęściej dzieci przystawiane były do piersi między 2 a 3 godziną od porodu. Odpowiedzi takiej udzieliło 36,5% badanych. W pierwszej godzinie kontakt z sutkiem miało 29% dzieci.

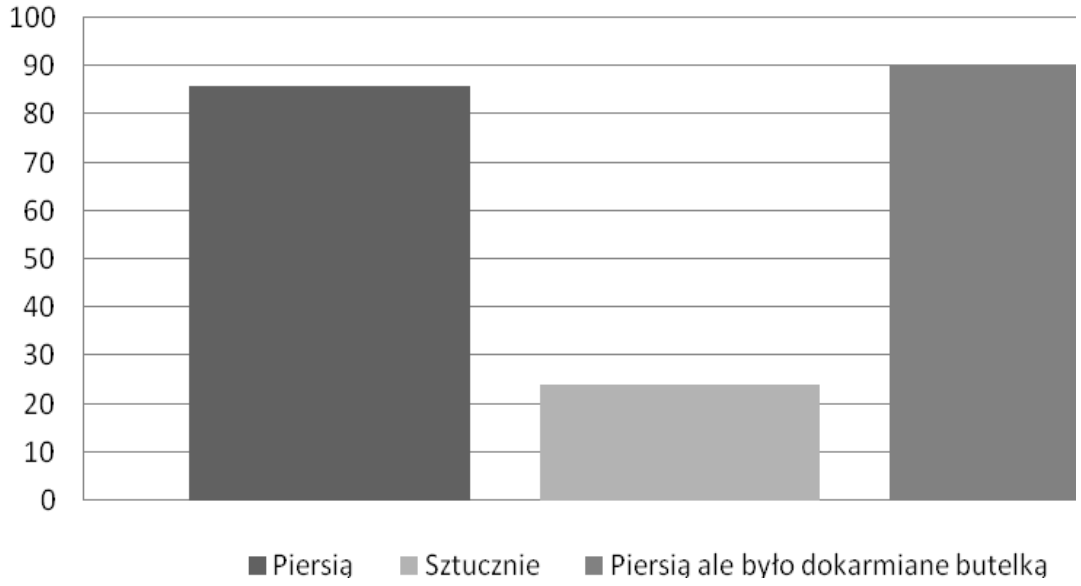


Rycina 1. Liczba godzin, jaka upłynęła od pierwszego kontaktu noworodka z sutkiem.

Ponad połowie matek (53%) położono dziecko na brzuchu. Prawie wszystkie (91,5%) podjęły karmienie piersią już podczas pobytu w szpitalu. Pozostałe 8,5% zaczęło karmienie w domu. Większości matkom (69%) personel medyczny udzielił pomocy przy karmieniu piersią, natomiast prawie co trzecia (31%) nie otrzymała takiej pomocy. Ponad połowa respondentek (58%) nie otrzymała wskazówek na temat diety matki karmiącej.

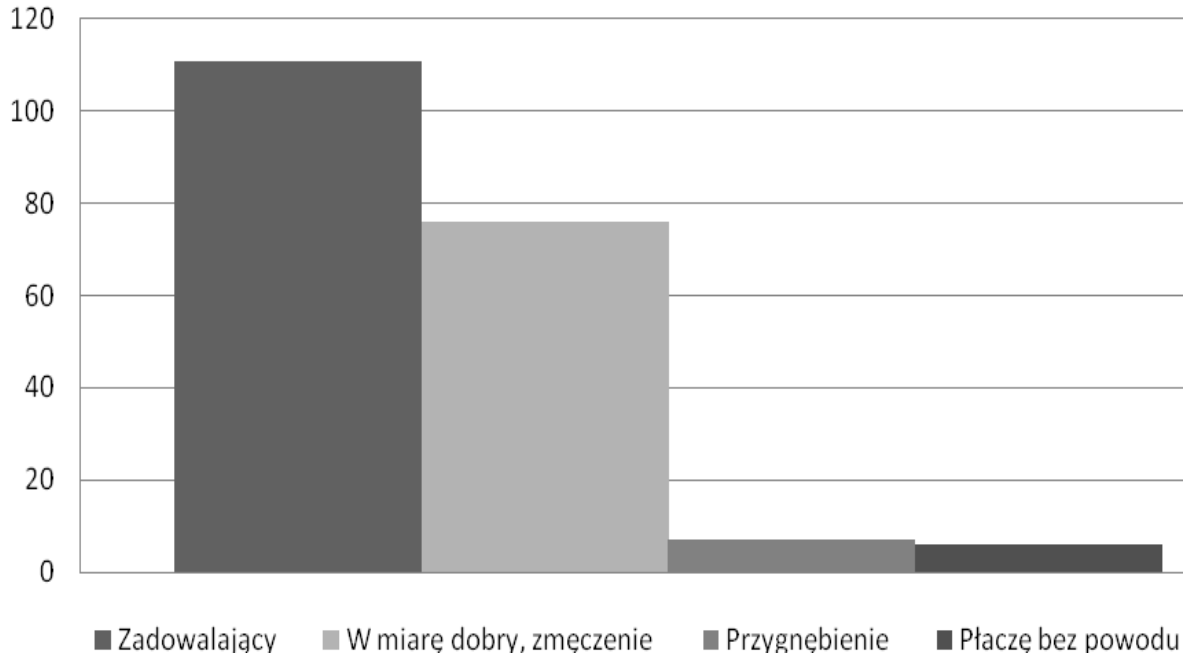
Rycina 2 przedstawia jak dziecko było karmione podczas pobytu w oddziale. Najwięcej dzieci (45%) było karmionych w sposób mieszany (pokarmem matki, a dodatkowo dokarmianie substytutami pokarmu kobiecego). Wyłącznie piersią karmiło 43% ankietowanych.

Odpowiadając na pytanie, czy pacjentki pytano o zgodę na dokarmianie butelką ich dzieci, 41,5% respondentek odpowiedziało twierdząco. Prawie 60% noworodków była dokarmiana bez rozmowy na ten temat z matkami i ich zgody. Zdecydowana większość respondentek (80%) nie zgłaszała, że podczas pobytu na oddziale wystąpił nawał mleczny. Prawie co trzecia respondentka (31%) odpowiadała, że już w szpitalu miała popękane brodawki sutkowe. Żadnych dolegliwości nie zgłaszało 69% respondentek. U niewiele mniej pacjentek (67%) noworodki chętnie chwytały sutek. Ponad połowa zgłosiła, że nie odczuwała niepewności jak poradzi sobie z dzieckiem podczas pobytu w domu.



Rycina 2. Sposób karmienia dziecka podczas pobytu na oddziale.

Podczas pobytu w domu 55,5% respondentek oceniło swój stan psychiczny jako zadowalający a 3% odpowiedziało, że płakało bez powodu (Ryc. 3.).

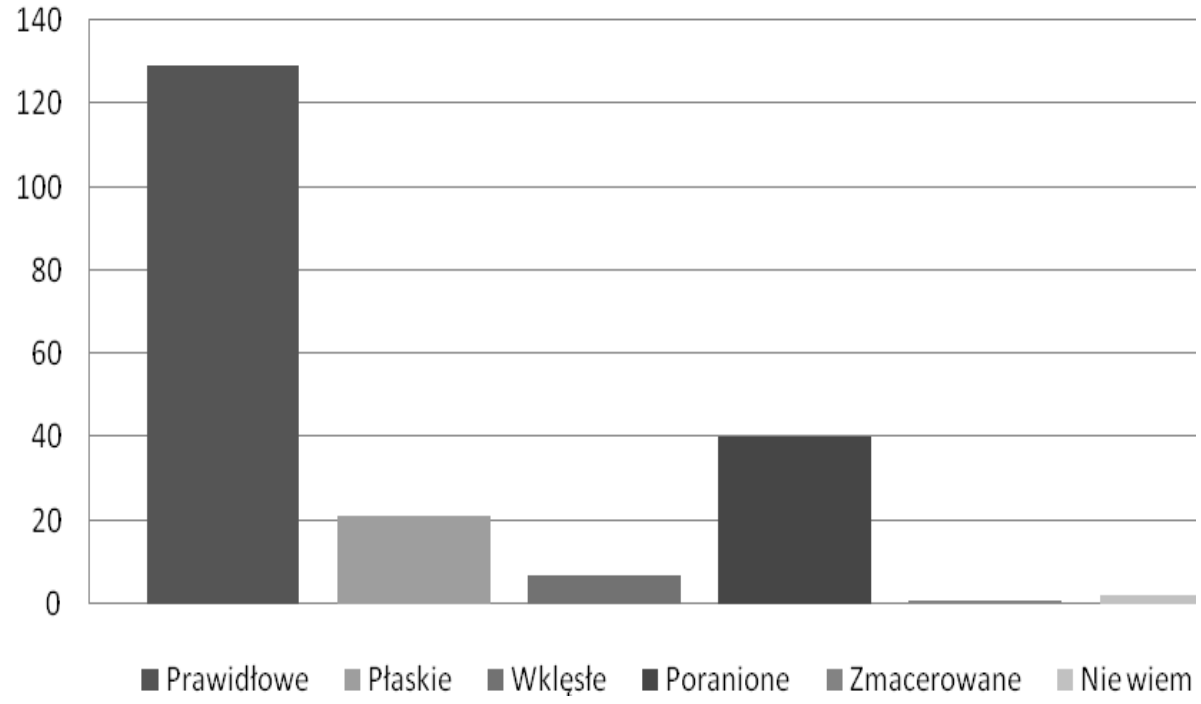


Rycina 3. Samoocena stanu psychicznego przez ankietowanych.

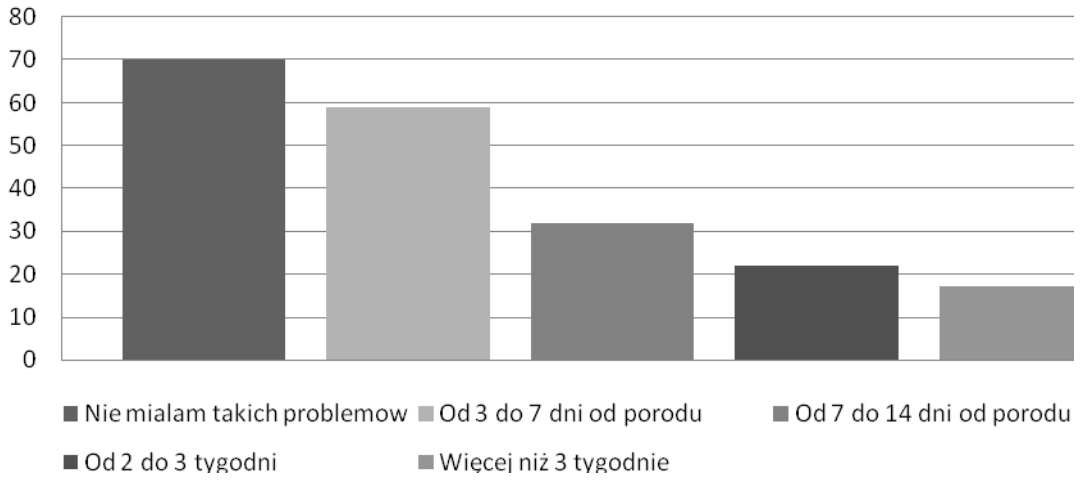
Rodzaje dolegliwości ze strony piersi w pierwszym tygodniu po porodzie przedstawiają Ryciny 4 i 5. Najczęściej występującą dolegliwością był obrzęk piersi 48%,bolesność piersi odczuwało 22% matek. 64,5% nie deklarowało nieprawidłowości w brodawkach sutkowych. U 1/5 pacjentek brodawki sutkowe były poranione. Co trzecia respondentka (32,5%) miała trudności z przystawieniem dziecka do piersi, jednak większość matek (67,5%) nie zgłaszało żadnych trudności. Tylko 15% ankietowanych korzystało z usług poradni laktacyjnej.

Rycina 5 przedstawia ile czasu respondentki potrzebowały aby uporać się z problemami związanymi z laktacją. Około 1/3 respondentek nie zgłaszała takich problemów. Co czwarta kobieta (25,5%) potrzebowała od 3 do 7 dni, aby poradzić sobie z problemami laktacyjnymi, a 8,5% - więcej niż 3 tygodnie.

Dla zdecydowanie większej liczby respondentek (83%) stosowanie diety matki karmiącej nie było dużym obciążeniem.



Rycina 4. Saomocena brodawek sutkowych przez respondnetów.



Ryc. 5. Czas potrzebny badanym na uporanie się z problemami takimi jak bolesność piersi i brodawek sutkowych

Wyniki przedstawione w tabelach II i III pokazują, że największe znaczenie ma kontakt dziecka z sutkiem między 2 a 4 godziną po porodzie. W tej grupie prawie 80% pacjentek nie miała trudności w domu z przystawianiem dziecka do piersi. Ta sama grupa ankietowanych w podobnym procencie nie deklarowała korzystania z usług poradni laktacyjnej. Przystawienie dziecka do piersi w pierwszej godzinie po porodzie nie zapobiegło późniejszym trudnościom z laktacją. Prawie 40% respondentek z tej grupy zgłosiło problemy z przystawianiem dziecka do piersi jak też najczęściej potrzebowały pomocy konsultantów laktacyjnych.

Tabela II. Wpływ czasu pierwszego kontaktu noworodka z sutkiem na trudności z przystawianiem dziecka do piersi.

Trudności z laktacją a pierwszy kontakt z sutkiem w 1h po porodzie	Liczba badanych	%	Trudności z laktacją a pierwszy kontakt z sutkiem między 2 a 4h po porodzie	Liczba badanych	%	Trudności z laktacją a pierwszy kontakt z sutkiem między 5 a 6h po porodzie	Liczba badanych	%	Trudności z laktacją a pierwszy kontakt z sutkiem w 11h i później po porodzie	Liczba badanych	%
Tak	23	39,7	Tak	17	23,3	Tak	15	34,1	Tak	10	40,0
Nie	35	60,3	Nie	56	76,7	Nie	29	65,9	Nie	15	60,0

Tabela III. Wpływ czasu pierwszego kontaktu noworodka z sutkiem na korzystanie z usług poradni laktacyjnej.

Korzystanie z usług poradni laktacyjnej a kontakt z sutkiem w 1h po porodzie	**Liczba badanych**	**%**	**Korzystanie z usług poradni laktacyjnej a kontakt z sutkiem między 2 a 4h po porodzie**	**Liczba badanych**	**%**	**Korzystanie z usług poradni laktacyjnej a kontakt z sutkiem między 5 a 6h po porodzie**	**Liczba badanych**	**%**	**Korzystanie z usług poradni laktacyjnej a kontakt z sutkiem w 11h i później po porodzie**	**Liczba badanych**	%
Tak	12	20,7	**Tak**	11	15,1	**Tak**	6	13,6	**Tak**	1	4,0
Nie	46	79,3	**Nie**	62	84,9	**Nie**	38	86,4	**Nie**	24	96,0

Analiza wyników z tabeli 4 wykazała korzystny wpływ wczesnego kontaktu noworodka z sutkiem na stan psychiczny pacjentki. Najwięcej pacjentek, które przystawiły swoje dziecko do piersi w ciągu 1 godziny 58,6% oraz między 2 a 4 godziną 41,1% po porodzie zgłosiło zadowalający stan psychiczny. Z kolei odsetek odpowiedzi sugerujących znaczne obniżenie nastroju był największy wśród pacjentek, które pierwszy raz przystawiły dziecko w 11 i później godzinie po porodzie.

Tabela IV. Wpływ czasu pierwszego kontaktu noworodka z sutkiem na stan psychiczny pacjentki.

Stan psychiczny pacjentki a kontakt z sutkiem w 1h po porodzie	**Liczba badanych**	**%**	**Stan psychiczny pacjentki a kontakt z sutkiem między 2 a 4h po porodzie**	**Liczba badanych**	**%**	**Stan psychiczny pacjentki a kontakt z sutkiem między 5 a 6h po porodzie**	**Liczba badanych**	**%**	**Stan psychiczny pacjentki a kontakt z sutkiem w 11h po porodzie**	**Liczba badanych**	%
Zadowalający	34	**58,6**	Zadowalający	40	54,8	Zadowalający	24	54,5	Zadowalający	13	52,0
W miarę dobry, zmęczenie	22	37,9	W miarę dobry, zmęczenie	30	**41,1**	W miarę dobry, zmęczenie	17	38,6	W miarę dobry, zmęczenie	7	28,0
Przygnębienie	1	1,7	Przygnębienie	1	1,4	Przygnębienie	2	4,5	Przygnębienie	3	**12,0**
Płaczę bez powodu	1	1,7	Płaczę bez powodu	2	2,7	Płaczę bez powodu	1	2,3	Płaczę bez powodu	2	**8,0**

W tabeli V przedstawiono wpływ sposobu karmienia dziecka w szpitalu na stan brodawek sutkowych w pierwszym tygodniu po porodzie. Najwięcej (75.6%) pacjentek karmiących wyłącznie piersią nie zgłosiło dolegliwości. Co czwarta kobieta (25%), której dziecko w szpitalu karmione było tylko sztuczne, miała poranione brodawki sutkowe. Ponad

20% matek stosujących karmienie mieszane zgłosiło taką dolegliwość. Badania sugerują korzystny wpływ sposobu karmienia noworodka w szpitalu na stan brodawek sutkowych.

Tabela V. Wpływ sposobu karmienia dziecka w szpitalu na brodawki sutkowe.

Karmienie piersią a brodawki sutkowe	**Liczba badanych**	**%**	**Karmienie sztuczne a brodawki sutkowe**	**Liczba badanych**	**%**	**Karmienie mieszane a brodawki sutkowe**	**Liczba badanych**	**%**
Prawidłowe	65	**75,6**	Prawidłowe	11	45,8	Prawidłowe	53	58,9
Płaskie	6	7,0	Płaskie	5	20,8	Płaskie	10	11,1
Wklęsłe	0	0,0	Wklęsłe	2	8,3	Wklęsłe	5	5,6
Poranione	14	16,3	Poranione	6	**25,0**	Poranione	20	**22,2**
Zmacerowane	1	1,2	Zmacerowane	0	0,0	Zmacerowane	0	0,0
Nie wiem	0	0,0	Nie wiem	0	0,0	Nie wiem	2	2,2

Analiza wyników przedstawionych w tabeli VI pokazuje wpływ sposobu karmienia dziecka podczas pobytu w szpitalu na dolegliwości ze strony piersi w pierwszym tygodniu po porodzie. Prawie połowa respondentek, które karmiły dziecko wyłącznie piersią zgłaszała obrzęk piersi. Ta sama dolegliwość wystąpiła w 52,2% u respondentek karmiących sposobem mieszanym co stanowiło największy odsetek w tej grupie. Bolesność piersi wystąpiła w największej liczby 29,2% matek nie karmiących piersią podczas pobytu w szpitalu.

Tabela. VI. Wpływ sposobu karmienia dziecka w szpitalu na dolegliwości ze strony piersi.

Karmienie piersią a dolegliwości ze strony piersi	**Liczba badanych**	%	**Karmienie sztuczne a dolegliwości ze strony piersi**	**Liczba badanych**	%	**Karmienie mieszane a dolegliwości ze strony piersi**	**Liczba badanych**	%
Bez zmian	27	31,4	Bez zmian	8	33,3	Bez zmian	14	15,6
Obrzmiałe	41	**47,7**	Obrzmiałe	8	33,3	Obrzmiałe	47	**52,2**
Bolesne	15	17,4	Bolesne	7	**29,2**	Bolesne	22	24,4
Stan zapalny	3	3,5	Stan zapalny	1	4,2	Stan zapalny	7	7,8

Dyskusja

Uzyskane wyniki wykazały, że opieka okołoporodowa ma wpływ na problemy związane z karmieniem piersią. W badanej populacji największą grupę respondentek stanowiły kobiety w wieku 25 – 34 lata, z wyższym wykształceniem. W czasie badania wszystkie karmiły piersią.

Najczęściej informacje o korzyściach wynikających z karmienia naturalnego pacjentki otrzymywały ze szkoły rodzenia, potem od położnej i lekarza. Inne badania wykazały, że edukacja przedporodowa skutkuje większą częstością rozpoczynania karmienia piersią po porodzie i jego kontynuacji [3, 4].

Niepokojący jest fakt, że tylko ponad połowie rodzącym położono dziecko na brzuchu. Według przeprowadzonych w Polsce badań na czas trwania karmienia piersią ma wpływ także zastosowanie po porodzie kontaktu skóra-do-skóry, zwłaszcza jeśli kontakt ten trwa co najmniej 30 minut. Kontakt taki jest jednak częściej stosowany w przypadku noworodków urodzonych siłami natury [5].

Tylko nieliczna grupa pacjentek rozpoczęła karmienie piersią w domu. Prawie wszystkie podjęły karmienie w szpitalu. Ponad 60% otrzymało wskazówki i pomoc od personelu medycznego. Z badań przeprowadzonych w jednym ze szpitali województwa podlaskiego pomoc taką uzyskało ponad 90% pacjentek co pozytywnie wpłynęło na karmienie [6]. Oznacza to, iż w innych szpitalach odsetek udzielanej pomocy jest znacznie mniejszy. Ponad połowa pacjentek nie otrzymała wskazówek dotyczących diety matki karmiącej.

Najliczniejszą grupę stanowiły pacjentki, które przystawiły dziecko do piersi nie później niż między 2 a 3 godziną po porodzie. W tej grupie odnotowano najmniejszy odsetek trudności z przystawieniem dziecka do piersi i konsultacji w poradniach laktacyjnych. Na zastanowienie zasługuje fakt pojawienia się trudności laktacyjnych u kobiet, które przystawiły dziecko w ciągu pierwszej godziny po porodzie. Można sugerować, że tak wczesny kontakt dziecka i matki mógł odbyć się na życzenie pacjentki, której bardziej niż innym zależało na karmieniu piersią a przy trudnościach nie rezygnowały z karmienia lecz szukały profesjonalnej pomocy. Należałoby zgłębić badania w tym zakresie.

W innych badaniach stwierdzono, że wczesny kontakt „ciało do ciała” wpływa – istotnie statystycznie – na sukces pierwszego karmienia oraz na wskaźniki karmienia piersią w 3. dniu po porodzie oraz między 1.-4. miesiącem po porodzie. Ponadto wydłuża on czas

karmienia naturalnego – matki, które miały wczesny kontakt ze swoim dzieckiem karmiły piersią o 42,55 dnia dłużej niż te, które takiego kontaktu po porodzie nie miały [7].

Analiza wyników wykazała korzystny wpływ wczesnego kontaktu noworodka z sutkiem na stan psychiczny pacjentki. Z badań wynika, że matki, które miały możliwość wczesnego kontaktu, odczuwają satysfakcję z porodu i chciałyby ponownie urodzić w podobnych warunkach (Carfoot S, Williamson P, Dickson R 2005) [7].

W badaniach własnych wykazano, że na oddziale największą liczbę dzieci karmiono sposobem mieszanym. 2/3 dzieci dokarmiono butelką nie pytając matek o zgodę.
Matki, które karmiły tylko piersią rzadziej zgłaszały dolegliwości ze strony brodawek sutkowych, w porównaniu z pacjentkami karmiącymi sposobem mieszanym i sztucznie.

W badaniach Taveras i wsp., dokarmianie dzieci na oddziale noworodkowym koreluje ujemnie z karmieniem naturalnym [8]. Pacjentki karmiące wyłącznie piersią oraz sposobem mieszanym znacznie częściej zgłaszały obrzęk piersi podczas pobytu w domu. Bolesność piersi występowała u respondentek, które nie rozpoczęły karmienia piersią jeszcze w oddziale.

Podsumowując, opieka okołoporodowa ma znaczący wpływ na problemy związane z karmieniem piersią. Jak dowodzą badania jedną z głównych przyczyn zaprzestania karmienia, szczególnie w grupie dzieci najmłodszych, matki podały trudności w karmieniu [9]. Z praktycznego punktu widzenia wynika, że:

- wczesne przystawianie dziecka do piersi sprzyja minimalizowaniu problemów z laktacją, a także korzystnie wpływa na stan psychiczny kobiety,
- karmienie sztuczne, a także sposobem mieszanym podczas pobytu w szpitalu sprzyja większej ilości problemów laktacyjnych po powrocie do domu.

Ograniczeniem badań własnych może być fakt, że większość respondentek miała wyższe wykształcenie co mogło wpłynąć na uzyskane wyniki. Należy dążyć do poprawy opieki szpitalnej w zakresie: edukacji i instruktażu matek karmiących, minimalizowania karmienia sztucznego i sposobem mieszanym oraz dbania o wczesny kontakt matki i dziecka. Wyniki badań w tym kierunku można wykorzystać w celu poprawy opieki okołoporodowej, a tym samym zmniejszenia ilości problemów laktacyjnych.

Piśmiennictwo

1. Oslislo A., Nehring-Gugulska M.: Karmienie piersią i mlekiem kobiecym. Biuletyn Komitetu Upowszechniania Karmienia Piersią i Szpitali Przyjaznych Dziecku, 2006, 1, 1.

2. Mikiel-Kostyra K.: Wzorzec wojewódzkiej strategii ochrony, wspierania i propagowania karmienia piersią, Instytut Matki i Dziecka, 2008, 2.
3. Kramer M.S., Chalmers B., Hodnett E.D., et al.: Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. JAMA, 2001, 285, 413-420.
4. McInnes R.J., Love J.G., Stone D.H.: Evaluation of a community-based intervention to increase breastfeeding prevalence. J. Pub. Health. Med., 2000, 22, 138-145.
5. Mikiel-Kostyra K., Mazur J., Boltuszko I.: Kontakt skóra-do-skóry po porodzie jako czynnik warunkujący czas trwania karmienia piersią. Med. Wieku Rozwoj., 2001, 5, 179-189.
6. Kamianowska M., Szczepański M., Nowicka M.: Analiza wpływu wczesnych problemów w karmieniu piersią oraz wiedzy matek z zakresu laktacji na sposób żywienia dzieci w okresie pierwszych 6 tygodni życia. Przegl. Pediatr., 2009, 39, 33.
7. Oslislo A., Nehring-Gugulska M.: Karmienie piersią i mlekiem kobiecym. Biuletyn Komitetu Upowszechniania Karmienia Piersią i Szpitali Przyjaznych Dziecku. 2006, 1, 1.
8. Taveras E. M., Li R., Grummer -Strawn L. et al.: Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding. Pediatrics., 2004, 113, 283 - 290.
9. Guise J.M., Palda V., Westhoff C. et al.: The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: systematic evidence review and meta-analysis for US Preventive Services Task Force. Ann. Fam. Med., 2003, 1, 70-78.

Perkowska Ewa[1,2], Terlikowski Sławomir J.[3], Dobrzycka Bożena[3], Moczydłowska Alicja[4], Fiega Ewa[4], Kraśnicka Jolanta[5], Śliżewska Halina[6]

Wpływ opieki okołoporodowej na problemy związane z pielęgnacją noworodka w pierwszych tygodniach po porodzie

1. Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego UMB
2. Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
3. Zakład Położnictwa, Ginekologii i Opieki Położniczo-Ginekologicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
4. Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży
5. Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego UMB
6. Instytut Ochrony Zdrowia Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. prof. Edwarda F. Szczepanika w Suwałkach

Wstęp

Narodziny dziecka są zarówno powodem radości, jak i negatywnych emocji w postaci lęku czy niepewności wynikających z braku doświadczenia i wiedzy z zakresu opieki nad noworodkiem. Niekiedy z powodu wielu czynników opiekunowie nie radzą sobie z problemami dotyczącymi pielęgnacji dziecka. Stworzenie najlepszych warunków dla rozwoju dziecka już w okresie przedporodowym oraz nabycie umiejętności opiekowania się nim po urodzeniu jest wyzwaniem dla obojga rodziców [1].

Na prawidłowe przygotowanie rodziny do opieki nad niemowlęciem ma wpływ zarówno opieka poporodowa, jak też opieka w czasie ciąży i pobytu w szpitalu. Działania edukacyjne w okresie okołoporodowym stanowią integralną część opieki nad matką i dzieckiem, powinny być zatem realizowane już w okresie prokreacji w szkołach, poradniach rodzinnych, u lekarza ginekologa, położnika w czasie pierwszej wizyty kobiety ciężarnej i przez całą ciążę w Szkołach Rodzenia. Niemniej ważna w okresie okołoporodowym jest edukacja poporodowa, realizowana w oddziałach neonatologiczno-położniczych, gdyż w okresie tym występuje największa potrzeba i motywacja do pozyskania niezbędnych umiejętności i wiedzy [2]. Pobyt matki i dziecka w oddziale szpitalnym w Polsce wynosi średnio 2-4 dni. Zdrowie noworodka oraz rodziny na tym etapie rozwoju zależy także od współdziałania personelu medycznego [3].

Cel pracy

Celem badań była analiza wpływu opieki okołoporodowej na problemy związane z pielęgnacją noworodka w pierwszych tygodniach po porodzie.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w okresie od 1.02.2012 do 30.10.2012 w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej w województwie podlaskim wśród 203 losowo wybranych pacjentek, które urodziły zdrowe dziecko.

Badania zrealizowano techniką ankiety. Kwestionariusz własnej konstrukcji składał się z pytań zamkniętych: dotyczących ciąży, opieki w okresie porodu i połogu, określających sytuację domową oraz danych o respondentce. Analizie poddano dane uzyskane z ankiet, które matki wypełniały samodzielnie w domu po porodzie w trakcie wizyty położnej. Zestawienie wyników wykonano za pomocą programu Microsoft Excel.

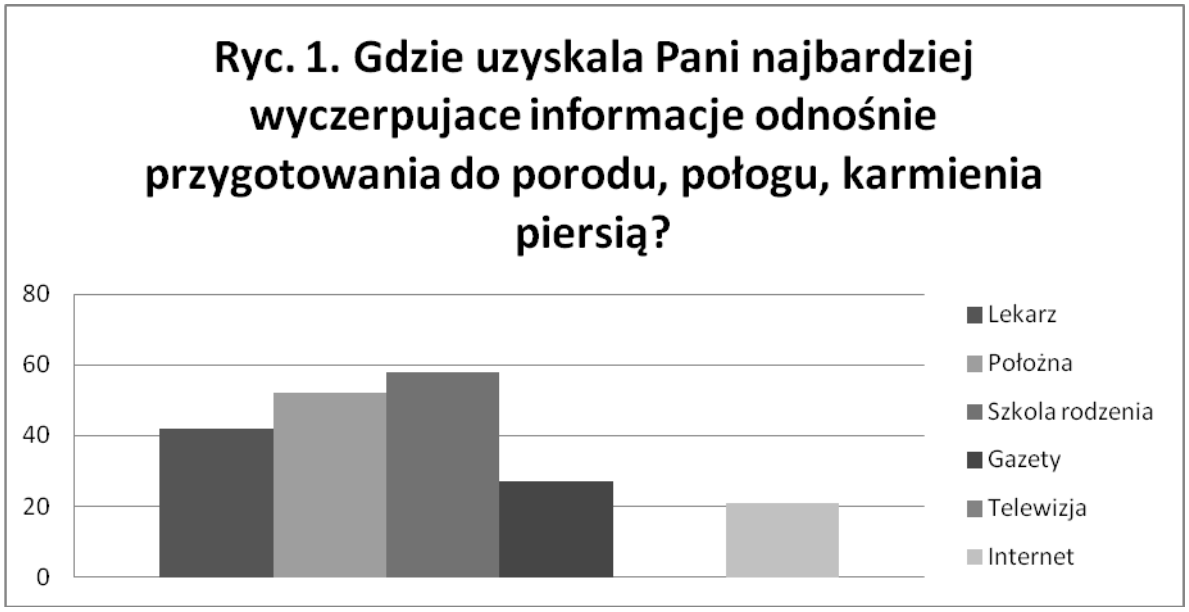
Wyniki

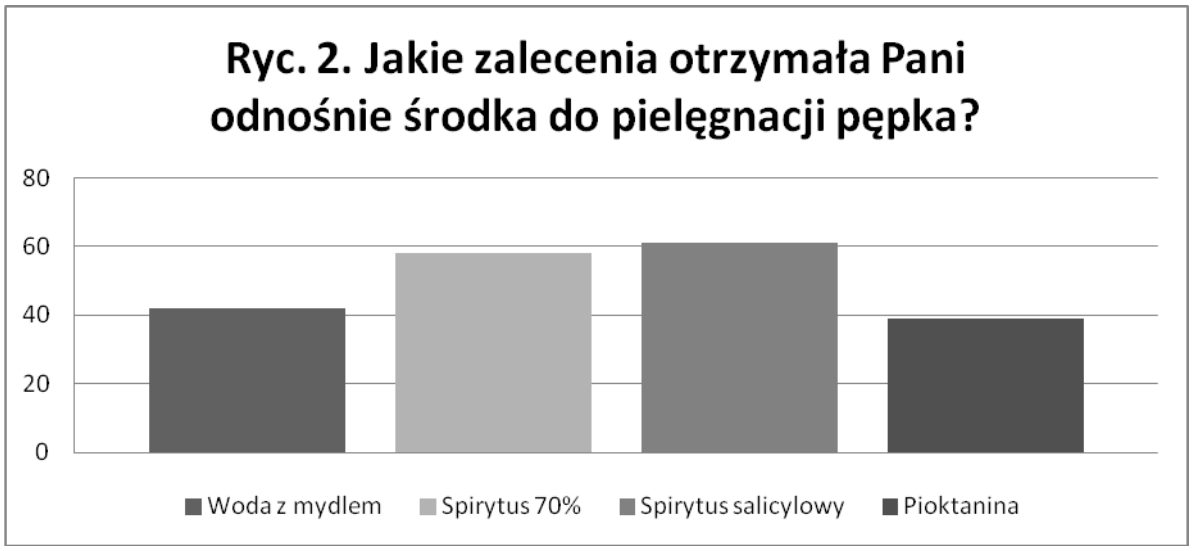
Większość respondentek (64%) była w wieku 25-34 lata. Wykształcenie podstawowe posiadało 3% matek, zasadnicze zawodowe-9%, średnie-33%, wyższe-56%. 40% pochodziło ze wsi, 18%-z małego miasta, 43% z miasta powyżej 20 tys. mieszkańców. Żadna z badanych nie zdecydowała się na poród w domu, natomiast aż 76% rodziło w szpitalu publicznym, pozostałe 24% rodziły w klinikach prywatnych. U ponad połowy (51%) respondentek ciążę rozwiązano za pomocą cięcia cesarskiego, 49% rodziło naturalnie. Najwięcej, bo 54% badanych rodziła pierwszy raz, 34% drugi, a 21% trzeci.

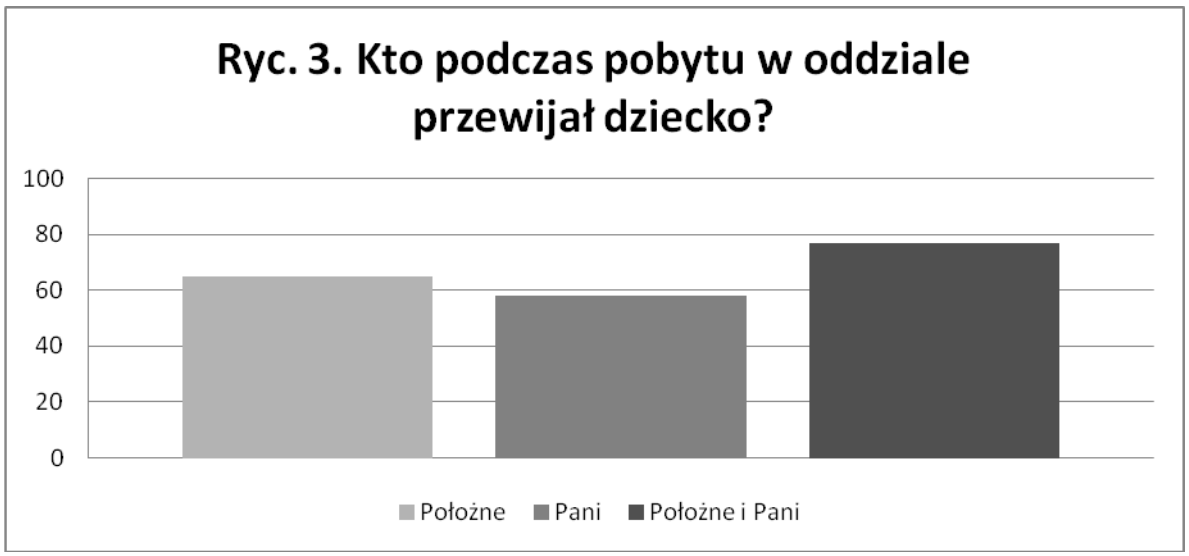
Wykazano, że 44% kobiet uczęszczało do szkoły rodzenia. Ponad połowa (58%) deklarowała, że najbardziej wyczerpujące informacje odnośnie przygotowania do macierzyństwa uzyskały w szkole rodzenia, żadna z nich nie skorzystała z informacji prezentowanych w telewizji (Ryc.1).

63% badanych odpowiedziało, że podczas pobytu w szpitalu otrzymała wskazówki odnośnie pielęgnacji dziecka. Pozostałe odpowiedziały negatywnie. W związku z zaleceniami dotyczącymi pielęgnacji pępka aż 30,5% otrzymała zalecenie stosowania spirytusu salicylowego, niewiele mniej spirytusu 70% (Ryc. 2).

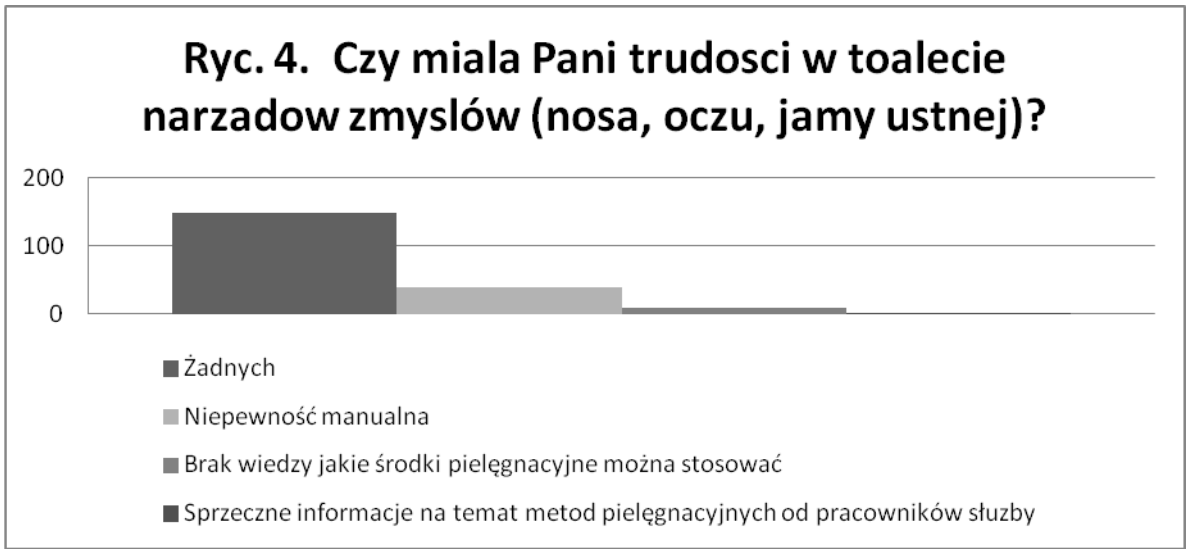
Podczas pobytu w szpitalu matki najchętniej przewijały dziecko przy pomocy położnych (38,5%) (Ryc. 3).


Ryc. 1. Gdzie uzyskala Pani najbardziej wyczerpujace informacje odnośnie przygotowania do porodu, połogu, karmienia piersią?
80
60
40
20
0
Lekarz
Położna
Szkola rodzenia
Gazety
Telewizja
Internet


Ryc. 2. Jakie zalecenia otrzymała Pani odnośnie środka do pielęgnacji pępka?
80
60
40
20
0
Woda z mydlem
Spirytus 70%
Spirytus salicylowy
Pioktanina

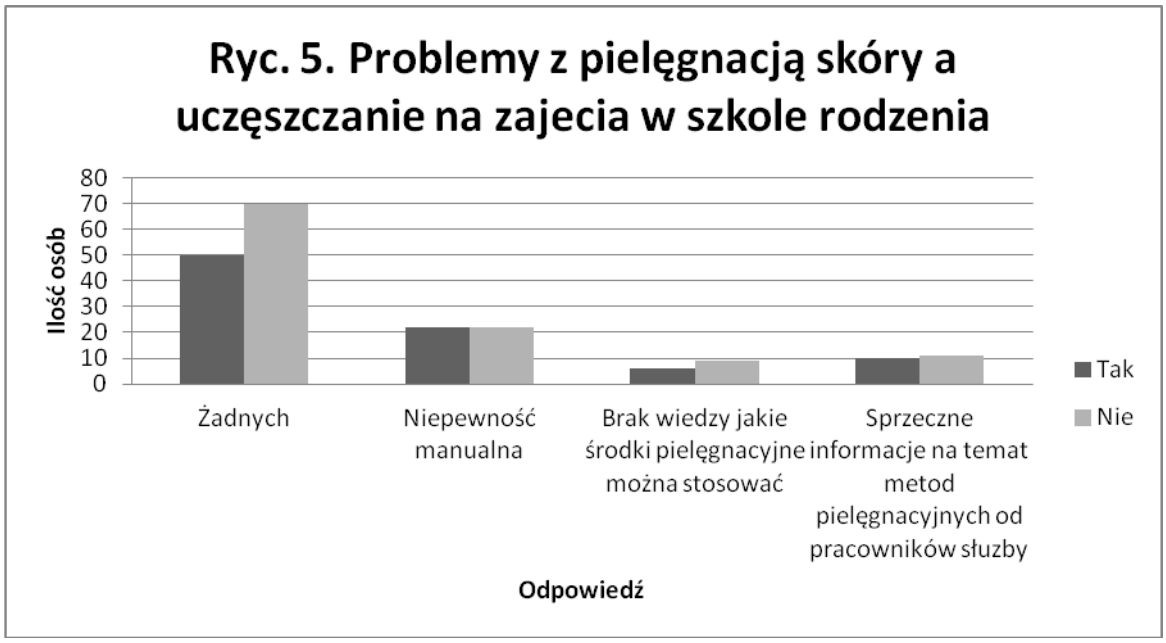

Ryc. 3. Kto podczas pobytu w oddziale przewijał dziecko?
100
80
60
40
20
0
Położne
Pani
Położne i Pani

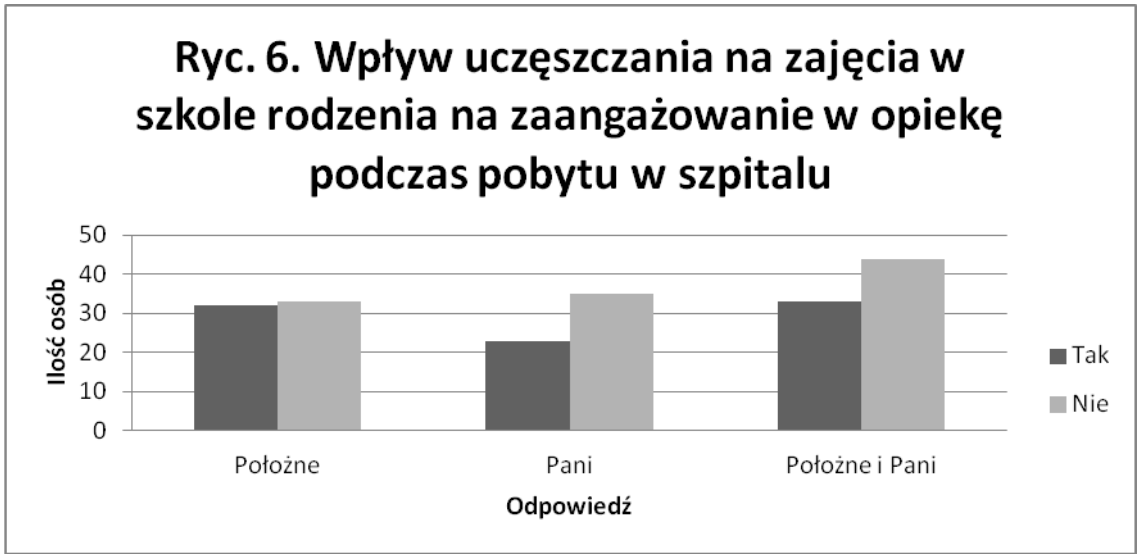
Ponad połowa pacjentek nie odczuwała niepewności, jak poradzi sobie z dzieckiem w domu. Na pytanie, czy podczas pobytu w domu dziecko miało potówki, ciemieniuchę lub odparzone pośladki, twierdząco odpowiedziało 55% matek. 60% ankietowanych nie zgłosiła trudności z pielęgnacją skóry dziecka, natomiast 22% przyznała się do niepewności manualnej. Niewiele, bo 5% oceniło informacje pochodzące od pracowników ochrony zdrowia za sprzeczne. Podobne wyniki uzyskano odnośnie pytania dotyczącego trudności w toalecie narządów zmysłów. 74% nie miała trudności, a 20% zgłosiło niepewność manualną. Tylko 4,5% ankietowanych nie wiedziało, jakie środki pielęgnacyjne należy stosować (Ryc. 4).

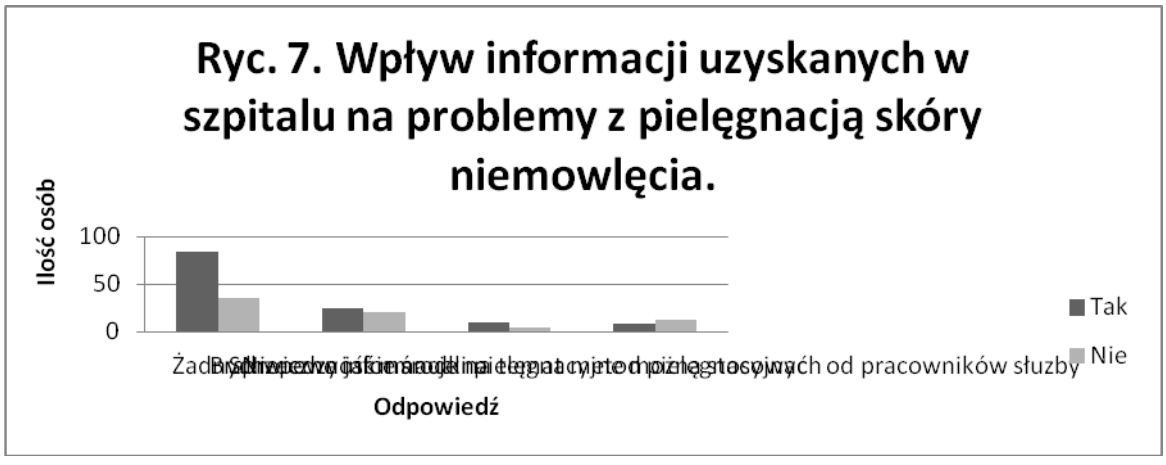


Uczęszczanie na zajęcia szkoły rodzenia nie wpłynęło na ilość problemów z pielęgnacją skóry. Większy odsetek matek, bo 62,5%, które nie chodziły do szkoły rodzenia nie miało problemów z pielęgnacją skóry (Ryc. 5 i 6). Więcej respondentek (31%) w tej grupie samodzielnie przewijało dziecko podczas pobytu w szpitalu. Natomiast niepewność manualną zgłosiło aż 25% pacjentek korzystających ze szkoleń w tej instytucji.

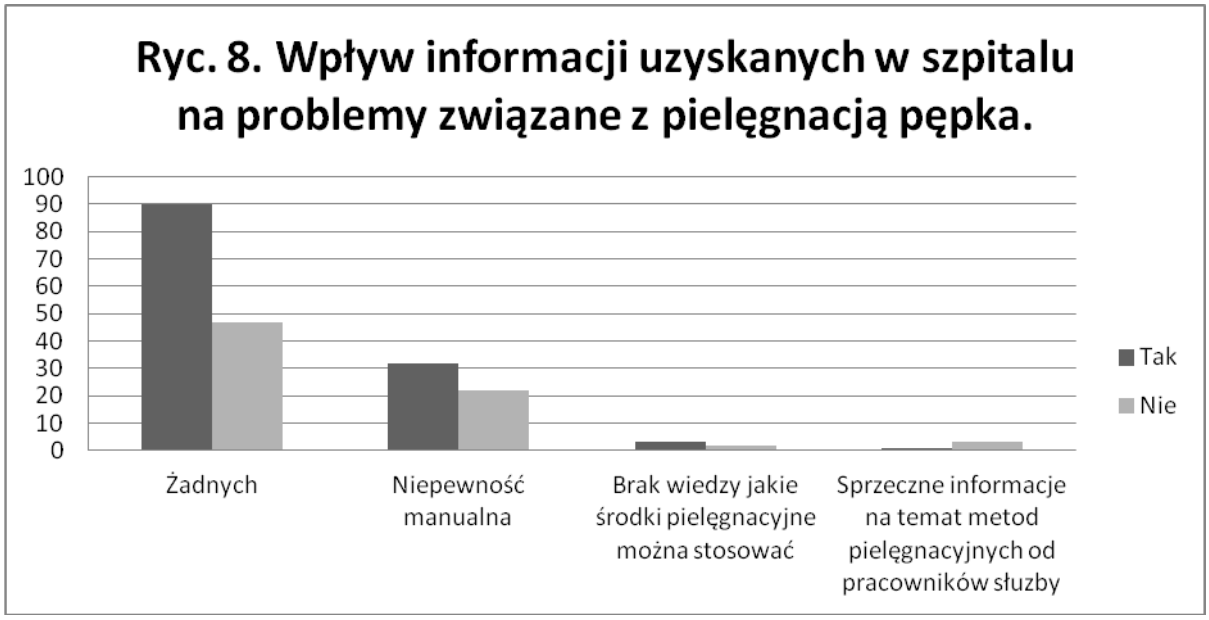
Wśród matek, które nie uzyskały informacji w szpitalu odnośnie pielęgnacji dziecka u 58% pojawiły się takie problemy, jak: potówki, ciemieniucha czy odparzenia pośladków. Rycina 7 przedstawia wpływ edukacji szpitalnej na problemy pielęgnacyjne skóry dziecka. Zdecydowanie więcej (66%) respondentek, które otrzymały wskazówki w szpitalu nie miała żadnych problemów z pielęgnacją. Ankietowane, które nie otrzymały informacji w większym odsetku zgłaszały niepewność manualną, jak też sprzeczne informacje na temat metod pielęgnacyjnych.


Ryc. 5. Problemy z pielęgnacją skóry a uczęszczanie na zajecia w szkole rodzenia
Ilość osób
80
70
60
50
40
30
20
10
0
Żadnych
Niepewność manualna
Brak wiedzy jakie środki pielęgnacyjne można stosować
Sprzeczne informacje na temat metod pielęgnacyjnych od pracowników służby
Odpowiedź
Tak
Nie


Ryc. 6. Wpływ uczęszczania na zajęcia w szkole rodzenia na zaangażowanie w opiekę podczas pobytu w szpitalu
Ilość osób
50
40
30
20
10
0
Położne
Pani
Położne i Pani
Odpowiedź
Tak
Nie


Ryc. 7. Wpływ informacji uzyskanych w szpitalu na problemy z pielęgnacją skóry niemowlęcia.
Ilość osób
100
50
0
Odpowiedź
Tak
Nie

Edukacja szpitalna nie miała większego wpływu na trudności z wykonywaniem toalety narządów zmysłów. Porównywalna liczba respondentek nie zgłosiła żadnych trudności, natomiast większą niepewność manualną zgłosiły matki, które korzystały z edukacji w szpitalu. Pacjentki, które otrzymały wskazówki od personelu szpitalnego w większym odsetku (71,4%) nie zgłaszały żadnych trudności w pielęgnacji pępka (Ryc. 8).



Dyskusja

Badania wykazały pozytywny wpływ opieki okołoporodowej na problemy związane z pielęgnacją dziecka w pierwszych tygodniach po porodzie. Badane deklarowały, że dużą ilość informacji uzyskały w szkole rodzenia. Większa część ankietowanych otrzymała wskazówki odnośnie pielęgnacji dziecka podczas pobytu w szpitalu. Na uwagę zasługuje zalecenie dotyczące preparatów do pielęgnacji pępka. Zachęcano do stosowania spirytusu salicylowego i spirytusu 70%, co wskazuje na nieznajomość najnowszych wytycznych dotyczących pielęgnacji kikuta pępowinowego. W badaniach przeprowadzonych głównie w ostatniej dekadzie, obejmujących duże grupy noworodków wykazano, że stosowanie niektórych preparatów antyseptycznych opóźnia proces odpadnięcia kikuta pępowinowego. Na tej podstawie wysnuto wnioski, że w krajach bogatych u zdrowych noworodków, urodzonych o czasie, wystarczające jest stosowanie suchej pielęgnacji kikuta pępowinowego [4]. Podczas pobytu w szpitalu pacjentki przy przewijaniu dziecka często korzystały z pomocy położnych, co świadczy o dużym zaangażowaniu personelu medycznego w pomoc matkom. Ponad

połowa ankietowanych nie odczuwała niepewności, jak poradzi sobie z dzieckiem w domu i nie zgłosiła trudności z pielęgnacją skóry dziecka czy narządów zmysłów. Jednak u ponad połowy dzieci wystąpiły w domu potówki, ciemieniucha lub odparzone pośladki. Wilińska uważa, że matki z reguły mają wiele wątpliwości dotyczących zachowań swojego dziecka, a pozostający z bliskim kontakcie personel medyczny ma możliwość udzielenia odpowiedzi na wszystkie nurtujące matkę pytania [5].

Nieco inne wyniki uzyskano po zestawieniu ze sobą wybranych pytań. Zaskakujący wydaje się brak pozytywnego wpływu szkoły rodzenia na liczbę problemów związanych z pielęgnacją skóry, pępka, sprawnością manualną czy zaangażowaniem w opiekę podczas pobytu w szpitalu. Do szkoły rodzenia ciężarne zgłaszają się przed porodem i mają możliwość ćwiczeń na manekinach oraz edukacji wyłącznie teoretycznej. Należałoby zgłębić badania w tym zakresie. Augustyniak i wsp. w swoich badaniach, które przeprowadzili w Szkole Matek w Szczecinie na temat roli edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia realizowanej w okresie adaptacji poporodowej stwierdzili, że problemy w pielęgnacji i opiece nad noworodkiem znacznie częściej pojawiały się w grupie położnic, które nie uczestniczyły w zajęciach (40%) niż w grupie tych, które brały w nich udział (17%) [6]. U respondentek, które uzyskały wskazówki odnośnie pielęgnacji noworodka już podczas pobytu w szpitalu w zdecydowanie niższym odsetku pojawiały się problemy w opiece nad dzieckiem. Wyjątek stanowią trudności w toalecie narządów zmysłów i kąpieli noworodka. Edukacja szpitalna w tym zakresie nie odniosła większego znaczenia. Należałoby bardziej sprecyzować pytania w ankiecie, które dotyczyłyby konkretnych czynności pielęgnacyjnych podejmowanych w oddziale. Prawdopodobne takie czynności nie były wykonywane w obecności pacjentek. Podobne wyniki uzyskała Kurowska i Jończyk w badaniach przeprowadzonych na grupie 81 kobiet, wśród których wiedza ogólna na temat kąpieli dziecka kształtowała się głównie na poziomie średnim (49,4%) i dobrym (27,2%) [7].

Podsumowując, duże znaczenie w zmniejszaniu trudności pielęgnacyjnych noworodka ma pomoc personelu medycznego w oddziale szpitalnym. Położne powinny systematycznie pogłębiać wiedzę i stosować się do najnowszych standardów opieki nad położnicą i noworodkiem. Szkoły rodzenia dostarczają ważnych informacji teoretycznych. Należy zgłębić badania w zakresie ich wpływu na konkretne problemy pielęgnacyjne.

Piśmiennictwo

1. Szpak S., Heszen-Niejodek I.: Duchowość i lęk a przebieg porodu. VII Ogólnopolskie Sympozjum „Poród nowoczesny", Tychy 2002. Klin. Perinatol. Ginekol., 2002, supl. XXV, 302-311.
2. Augustyniak K., Rudnicki J., Grochans E.: Standard edukacji poporodowej realizowanej w Szkole Matek i Ojców na oddziale neonatologiczno-położniczym. Perinatol. Neonatol. Ginekol., 2012, 5, 46-50.
3. Bożkowa K., Sito A.: Opieka zdrowotna nad rodziną. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003.
4. Zupan J., Garner P.: Omari mmopical umbilical cord care at birth. cochrane Database. Syst. Rev., 2004, 3, CD001057.
5. Wilińska M.: Techniki dokarmiania noworodków w szpitalach – na podstawie wyników badania ankietowego 2008/2009. Stand. Med., 2009, 7, 1065-1074.
6. Augustyniuk K., Rudnicki J., Grochans E., Jurczak A.: Rola edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia realizowanych w szkole matek w okresie adaptacji poporodowej. Pieleg. Pol., 2007, 218, 2-3.
7. Kurowska K, Jończyk B.: Poczucie koherencji (SOC) a stan posiadanej wiedzy u matek z zakresu pielęgnacji małego dziecka. Now. Lek. , 2009, 2, 125.

Piechocka Dorota I, Dobrzycka Bożena, Michalak Stanisław Jr, Gierasimczuk Bogusława K, Kalisz Anna, Sienkiewicz Anna, Terlikowski Sławomir J.

Wylewy śródczaszkowe u noworodków w materiale Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. Jędrzeja Śniadeckiego w latach 2004-2008

Zakład Położnictwa, Ginekologii i Opieki Położniczo- Ginekologicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wstęp

Krwawienia śródczaszkowe stanowią ważny problem w patologii noworodka [1]. Są one częstym powikłaniem okołoporodowym [2, 3] i dotyczą przestrzeni nadtwardówkowej, podtwardówkowej, podpajęczynówkowej, okołokomorowej i komór mózgu (*periventricular-intraventricular hemorrhage*- PVH/IVH) oraz tkanki mózgu, rzadziej móżdżku [4, 5, 6].

Głównymi przyczynami krwotoków śródczaszkowych niezwiązanych z urazami okołoporodowymi są: niedojrzałość ośrodkowego układu nerwowego (OUN), malformacje naczyniowe, hipoksja, zwiększone ciśnienie śródczaszkowe, zakażenia oraz zaburzenia krzepnięcia. W etiopatogenezie krwawień śródczaszkowych podstawowe znaczenie mają zmiany przepływu mózgowego towarzyszące wielu chorobom okresu noworodkowego. Ryzyko wystąpienia krwawienia jest wyższe u noworodków z chorobami układu oddechowego, u dzieci z drożnym przewodem tętniczym, a także w trakcie krótkotrwałych zaburzeń krążenia systemowego [7, 8].

Krwawienie podpajęczynówkowe jest bardzo rzadko rozpoznawane przez neonatologów, ponieważ przebiega w formie bezobjawowej i nie jest wykrywane w badaniu ultrasonograficznym. Częstość jego występowania szacowana jest na 14-16% wszystkich krwawień do OUN u noworodków. Występujące powikłania wczesne i późne dotyczą mniej niż 10% przypadków [9, 10, 11].

U noworodków donoszonych najczęściej przejawia się jako pierwotne krwawienie podpajęczynówkowe, zlokalizowane w okolicy skroniowej, ciemieniowo-potylicznej lub nad móżdżkiem. Zarówno małe, jak i większe ale wolno narastające krwawienia podpajęczynówkowe nie dają u noworodków żadnych objawów klinicznych. Większe i szybko narastające, mogą być przyczyną drgawek, które pojawiają się zwykle w drugim dniu życia [2].

Częstość występowania uszkodzeń krwotocznych i niedotlenieniowo-niedokrwiennych jest odwrotnie proporcjonalna do wieku płodowego i największa u noworodków skrajnie niedojrzałych. Nie stwierdzono różnic w zapadalności zależnych od płci. Jak wynika z danych krajów Unii Europejskiej, w grupie noworodków urodzonych przed ukończeniem 32 t.c. (co odpowiada w przybliżeniu masie ciała poniżej 1600 g), częstość krwawień o dużym zasięgu (III^0 i IV^0) waha się w granicach od 2% do 25%, a przeciętnie wynosi około 10% [11].

Krwiak podtwardówkowy noworodków donoszonych jest skutkiem przerwania żył w obrębie ujścia do zatoki podłużnej mózgu. Uszkodzeniu mogą ulec żyły Galena, namiot lub sierp opony twardej, zatoka strzałkowa i/lub zatoki boczne. Objawy kliniczne towarzyszące krwiakowi podtwardówkowemu zależą od stopnia wylewu i dynamiki przebiegu choroby. U noworodka występują: zaburzenia świadomości i oddechu, drgawki, opistotonus, sztywność źrenic, zwrot gałek ocznych „w stronę wylewu". Rozwija się tarcza zastoinowa na dnie oka. Istniejący krwiak może doprowadzić do śpiączki. U noworodków, które przeżyły ostry okres choroby, w późniejszym czasie może rozwinąć się wodogłowie wtórne z zaburzeniami przepływu lub wchłaniania płynu mózgowo-rdzeniowego [12].

Najczęstszym umiejscowieniem krwawień śródczaszkowych u noworodków są krwawienia do substancji macierzystej komór bocznych mózgu, znajdującej się pod dolnym sklepieniem. Jeśli wynaczynienie jest obfite, przerywa ciągłość ścian i krew przedostaje się do wnętrza komór [13].

Wylewy około- i dokomorowe u noworodków donoszonych spowodowane są najczęściej niedotlenieniem. Sprzyjają im: hiperkapnia, kwasica, nagły wzrost ciśnienia tętniczego, zaburzenia hemostazy, odma opłucnowa, RDS, wady wrodzone serca [12, 14, 15, 16, 17]. U noworodków urodzonych blisko terminu lub w terminie porodu krwawienia te występują niezwykle rzadko [13].

Około 90% krwawień dokonuje się w ciągu pierwszych 72 godz. życia dziecka. Wobec tego zaleca się, aby u noworodków z grupy ryzyka wykonywać USG przezciemieniowe w 3 dobie życia.

Najczęściej występującym i najlepiej udokumentowanym rodzajem krwawień do OUN noworodków urodzonych przedwcześnie są krwawienia około-i dokomorowe [18, 19]. Obszarem mózgu szczególnie narażonym na krwawienie jest podwyściółkowa strefa rozrodcza, zlokalizowana między jądrem ogoniastym a wzgórzem w okolicy komór bocznych mózgu. Krwotoki do tej strefy mogą penetrować do komór, jak również zająć parenchymę

mózgu [20]. Krwawienie do miąższu mózgu (określane mianem krwawienia IV^0) ma charakter wtórnego wynaczynienia do zawału żylnego przykomorowego [20, 21, 22].

Wraz z poprawą opieki perinatalnej obserwuje się stopniowe zmniejszanie częstości występowania krwawień, które nadal stanowią poważny problem wcześniactwa, zwłaszcza że coraz częściej udaje się utrzymać przy życiu noworodki skrajnie niedojrzałe. W krwawieniach nierozległych (I^0 i II^0) wynaczyniona krew ulega całkowitemu wchłonięciu, a komory boczne początkowo poszerzone, po pewnym czasie normalizują się. W rozległych krwawieniach III^0 i IV^0 dochodzi do poszerzenia układu komorowego, które może ulec stabilizacji lub postępuje aż do stadium wodogłowia. Pokrwotoczne poszerzenie komór wymaga interwencji, jeśli wchłanianie zwrotne płynu mózgowo-rdzeniowego i/lub jego odpływ są poważnie zaburzone [23].

Badanie ultrasonograficzne przezciemiączkowe mózgu noworodków stanowi podstawową metodę umożliwiającą rozpoznawanie PIVH, wad rozwojowych w obrębie OUN oraz zmian leukomalacyjnych mózgu [24, 25]. Podstawą precyzyjnej oceny rozległości krwawień jest ich klasyfikacja w obrazie ultrasonograficznym według ujednoliconej 4 stopniowej skali Papille'a (Tab. I).

Tabela I. Klasyfikacja krwawień dokomorowych wg Papille-Burstein [26, 27].

Stopień krwawienia	Rodzaj zmian w obrazie ultrasonograficznym mózgowia
I^0	Krwawienie podwyściółkowe
II^0	Krwawienie dokomorowe bez poszerzenia komór
III^0	Krwawienie dokomorowe z poszerzeniem komór
IV^0	Krwawienie dokomorowe z krwawieniem do miąższu mózgu

Cel pracy

Celem pracy była ocena częstości występowania krwawień śródczaszkowych wykrywanych badaniem USG mózgu u noworodków w zależności od sposobu rozwiązania ciąży i masy urodzeniowej. Oceniono również stan pourodzeniowy noworodków z wylewami śródczaszkowymi według skali Apgar.

Materiał i metody

Badaniem objęto 9692 rodzące hospitalizowane w Oddziale Położniczym Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku w latach 2004-2008.

W tym okresie urodziło się 625 noworodków z urazami okołoporodowymi.

Badaniu poddano grupę 69 noworodków z rozpoznanymi wylewami śródczaszkowymi: dokomorowymi jednostronnymi i obustronnymi I^0, wylewem II^0 oraz jedno- i obustronnym IV^0. Na potrzeby pracy utworzono bazę danych zawierającą następujące dane:

1. Przebieg obecnego porodu; poród drogami natury, który odbył się w szpitalu, poród przebiegający drogami natury poza placówką szpitalną, porody drogami natury, ale wymagające wsparcia zabiegowego-kleszczy lub próżnociągu położniczego oraz porody zakończone cięciem cesarskim.
2. Stan urodzeniowy noworodka oceniony według skali Apgar oraz rodzaj wylewu śródczaszkowego.

W obliczeniach statystycznych posłużono się metodami: liczbową i procentową (uzyskano charakterystykę rozkładu cech ilościowych podając liczebność grupy-n).

Rozkłady występowania poszczególnych typów urazów w grupach wyróżnionych w oparciu o zmienne niezależne porównano przy pomocy testu chi^2, Pearsona lub testu dokładności Fischera.

Wszystkie obliczenia statystyczne wykonano przy pomocy pakietu Statistica 8.0PL (StatSoft®, Polska).

Za poziom istotności różnic przyjęto $p<0,05$.

Wyniki

Wśród 625 przypadków uszkodzeń noworodków odnotowano 11,04% wylewów śródczaszkowych. Najliczniejszą grupę, 61 przypadków, stanowiły wylewy jednostronne I^0 (88,41%). Wylewy obustronne I^0 stwierdzono u 6 (8,7%). Odnotowano 4 przypadki (5,80%) wylewów dokomorowych II^0, 3 (4,35%) wylewy dokomorowe IV^0 jednostronne i 3 (4,35%) obustronne, które stanowiły poważne zagrożenie dla zdrowia i życia noworodka (Tab. II).

W badanej grupie wylewy śródczaszkowe stwierdzono zarówno u dzieci urodzonych drogami i siłami natury - 38 (49,35%) jak i drogą cięcia cesarskiego - 38 (49,35%). Wśród tych ostatnich stwierdzono istotną statystycznie większą liczbę wylewów dokomorowych IV^0 ($p<0,05$). Istotnie statystyczne różniła się także liczba wylewów dokomorowych II^0 u noworodków urodzonych drogami i siłami natury ($p<0,05$) (Tab. III).

Tabela II. Wylewy śródczaszkowe noworodków w latach 2004-2008.

Rok badania	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**Razem**
Rodzaj urazu	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**
Wylew dokomorowy jednostronny IVH I^0	11 (18,03)	11 (18,03)	11 (18,03)	18 (29,51)	10 (16,39)	61 (79,22)
Wylew dokomorowy obustronny IVH I^0	1 (16,67)	3 (50,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (33,33)	6 (7,79)
Wylew dokomorowy IVH II^0	1 (25,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (75,00)	0 (0,00)	4 (5,19)
Wylew dokomorowy jednostronny IVH IV^0	2 (66,67)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (33,33)	3 (3,90)
Wylew dokomorowy obustronny IVH IV^0	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (100,00)	0 (0,00)	3 (3,90)
Razem	15 (19,48)	14 18,18)	11 (14,29)	24 (31,17)	13 (16,88)	77 (100,00)

Tabela III. Wylewy śródczaszkowe a sposób ukończenia ciąży.

Sposób ukończenia ciąży	**DSN**	**DSN w domu**	**Kleszcze**	**Próżnociąg położniczy**	**Cięcie cesarskie**	**Razem**
Rodzaj uszkodzenia-liczba uszkodzeń	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Wylew dokomorowy jednostronny I^0	28 (45,90)	1 (1,64)	0 (0,00)	0 (0,00)	32 (52,46)	61 (79,22)
Wylew dokomorowy obustronny I^0	3 (50,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (50,00)	6 (7,79)
Wylew dokomorowy II^0	**4 (100,00)**	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	4 (5,19)
Wylew dokomorowy jednostronny IV^0	2 (66,67)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (33,33)	3 (3,90)
Wylew dokomorowy obustronny IV^0	1 (33,33)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	**2 (66,67)**	3 (3,90)
Razem	**38** (49,35)	1 (1,30)	0 (0,00)	0 (0,00)	**38** (49,35)	77 (100,00)

Mimo rozpoznanych wylewów śródczaszkowych stan 37 noworodków (48,05%) bezpośrednio po urodzeniu nie budził zastrzeżeń. Oceniono je na 8-10 pkt. według skali Apgar. Dwunastu noworodkom (15,58%) przyznano punktację w zakresie 4-7 punktów.

Szesnaście (20,79%) otrzymało od 1 do 3 punktów. Dwanaście noworodków oceniono na 0 punktów (15,58%).

Istotna statystycznie okazała się liczba wylewów dokomorowych obustronnych IV^0 u noworodków z oznakami życia, które oceniono na 0 punktów według skali Apgar. Stwierdzono również istotną statystycznie liczbę wylewów dokomorowych jednostronnych IV^0, w których ocena noworodków nie przekroczyła przedziału 1-3 punktów (Tab. IV).

Tabela IV. Stan pourodzeniowy noworodków z wylewami śródczaszkowymi.

Ocena Apgar/przedziały punktowe	**10-8**	**7- 4**	**3-1**	**0**	**Razem**
	n (%)	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**
Wylew dokomorowy jednostronny I^0	35 (57,38)	11 (18,03)	11 (18,03)	4 (6,56)	61 (79,22)
Wylew dokomorowy obustronny I^0	2 33,33	1 16,67	2 33,33	1 16,67	6 (7,79)
Wylew dokomorowy II^0	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (25,00)	3 (75,00)	4 (5,19)
Wylew dokomorowy jednostronny IV^0	0 (0,00)	0 (0,00)	**2 (66,67)**	1 (33,33)	3 (3,90)
Wylew dokomorowy obustronny IV^0	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	**3 (100,00)**	3 (3,90)
Razem	37 (48,05)	12 (15,58)	16 (20,79)	12 (15,58)	77 (100,00)

Odnotowano 5 przypadków (6,49%) masy urodzeniowej poniżej 1000 g. Najliczniejszą grupę (19) stanowiły noworodki z wylewami śródczaszkowymi z masą ciała w przedziale 2001-2500 g (24,68%).

Odnotowano istotną statystycznie liczbę wylewów dokomorowych obustronnych IV^0 wśród noworodków ze skrajnie niską masą ciała <1000 g (66,67%).

Stwierdzono również istotne statystycznie różnice w liczbie wylewów dokomorowych jednostronnych IV^0 w grupie noworodków z masą urodzeniową 2001-2500 g. Istotna statystyczna była również różnica w liczbie wylewów dokomorowych II^0 w grupach noworodków z masą urodzeniową 3001-3500 oraz 3501-4000 g (Tab. V).

Tabela 5. Wylewy śródczaszkowe w zależności od masy ciała dziecka.

Masa ciała (g) / **Rodzaj uszkodzenia**	**<1000**	**1001-1500**	**1501-2000**	**2001-2500**	**2501-3000**	**3001-3500**	**3501-4000**	**4000-4500**	**<4501**	**średnia masa ciała**
Wylew śródczaszkowy jednostronny I^0	3 (4,92)	4 (6,56)	8 (13,11)	15 (24,59)	12 (19,67)	8 (13,11)	8 (13,11)	3 (4,92)	0 (0,00)	61 (79,22)
Wylew śródczaszkowy obustronny I^0	0 (0,00)	1 (16,67)	0 (0)	2 (33,33)	0 (0,00)	2 (33,33)	1 (16,67)	0 (0,00)	0 (0,00)	6 (7,79)
Wylew dokomorowy II^0	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	**2 (50,00)**	**2 (50,00)**	0 (0,00)	0 (0,00)	4 (5,19)
Wylew dokomorowy jednostronny IV^0	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	**2 (66,67)**	1 (33,33)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (3,90)
Wylew dokomorowy obustronny IV^0	**2 (66,67)**	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (33,33)	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (3,90)
Razem	5 (6,49)	5 (6,49)	8 (10,39)	**19 (24,68)**	13 (16,89)	12 (15,58)	12 (15,58)	3 (3,90)	0 (0,00)	77 (100,00)

Dyskusja

Wylewy do OUN u noworodków stanowią istotny problem kliniczny pomimo szeroko stosowanych przezciemiączkowych badań USG. Głównymi przyczynami wystąpienia IVH u noworodków donoszonych są urazy okołoporodowe i zaburzenia hemostazy. Wyniki przeprowadzonych do tej pory badań oceniających zależność pomiędzy sposobem zakończenia ciąży a ryzykiem wystąpienia krwawień śródczaszkowych są kontrowersyjne. W badaniach Baumerta [1] wykazano, że ryzyko krwawień śródczaszkowych u noworodków donoszonych urodzonych drogą cięcia cesarskiego wzrasta dwukrotnie.

Anderson i wsp. [28] udowodnili, że cięcie cesarskie wykonane przed aktywną fazą porodu nie wpływa na ryzyko powstawania wylewów śródczaszkowych u noworodków. Podobne wyniki otrzymali inni autorzy [29, 30].

Shankaran i wsp. [31] nie podzielają tej opinii. Odnotowali oni zależność pomiędzy przebiegiem porodu i sposobem ukończenia ciąży a wystąpieniem krwawień III^0 i IV^0. W badaniach własnych stwierdzono, że liczba wylewów śródczaszkowych była istotnie statystycznie wyższa w przypadku rozwiązania ciąży cięciem cesarskim i ta grupa noworodków była szczególnie narażona na tego typu powikłania. Zaskakującym wynikiem naszej pracy było odnotowanie dużej liczby wylewów śródczaszkowych u noworodków urodzonych drogą pochwową.

W badaniach Loonley'a i wsp. odnotowano 26% wylewów śródczaszkowych u noworodków urodzonych drogami natury [32].

Volpe i wsp. uważają, iż około 25% krwawień widocznych w obrazie mózgowia noworodka donoszonego urodzonego drogą pochwową ma etiologię nieznaną [33]. W badaniach Baumerta i i wsp. odnotowano częstsze występowanie IVH u dzieci z niższą masą urodzeniową [1, 34, 35].

W badaniach własnych stwierdzono krwawienia do OUN u 6,49% noworodków z masą ciała poniżej 1000 g. Wyniki te są dużo niższe od danych uzyskanych z innych ośrodków w Polsce, w których odsetek krwawień około- i dokomorowych u wcześniaków wynosił od 40 do 88% [36-38]. Statystyki opracowane w krajach Europy Zachodniej podają 53-69% częstość występowania krwawień śródczaszkowych wśród noworodków z niską masą urodzeniową [39]. Jak wynika z danych krajów Unii Europejskiej, publikowanych w EuroNeoNet częstość rozległych krwawień (IVH III^0 i IV^0) waha się w granicach od 2% do 25%, średnio ok.10% [40].

W naszym badaniu częstość występowania krwawień wynosi 66,67%, a więc jest 6-krotnie wyższa od przeciętnej wartości podanej w EuroNeoNet. Najważniejszymi czynnikami ryzyka wystąpienia krwawienia do OUN są m.in. zespół zaburzeń oddychania [42], mechaniczna wentylacja [39], niska punktacja w skali Apgar [1]. W badaniach własnych potwierdzono, iż niska punktacja w skali Apgar wykazuje istotny statystycznie związek z częstością występowania wylewów śródczaszkowych IV^0. W badaniach Baumerta i wsp. [1] stwierdzono, że 62,2% dzieci z rozpoznanym wylewem śródczaszkowym urodziło się w dobrej kondycji i oceniono je na 8-10 punktów w skali Apgar. W naszych badaniach taką samą punktację otrzymało 48,05% noworodków.

Wnioski

1. Duża liczba wylewów śródczaszkowych wśród noworodków urodzonych drogami i siłami natury uzasadnia konieczność rutynowego, przezciemieniowego badania ultrasonograficznego.
2. Szczególnie wnikliwej ocenie ultrasonograficznej mózgowia powinny być poddane noworodki z niską masą urodzeniową.
3. Stan urodzeniowy noworodka ma istotny związek z wystąpieniem wylewu śródczaszkowego.

Piśmiennictwo

1. Baumert M., Brozek G., Paprotny M. i wsp.: Epidemiology of peri/ intraventricular haemorrhage in newborns at term. J. Physiol. Pharmacol., 2008, 59, Suppl. 4, 67-75.

2. Avery G.: Neonatology. Lippincott Company, Philadelphia, London, Mexico City, New York, 1987.
3. Fanconi G., Wallgren A.: Pediatria, Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa, 1971.
4. Gomella T.L.: Neonatology. Appleton and Lange, Norwalk, 1989.
5. Łozińska D., Twarowska I.: Neonatologia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa, 1993.
6. Schaffer and Avery's: Diseases of the newborn. Saunders Company, Philad., London, Toronto, Montreal, Sydney, Tokio, 1992 (VI).
7. Szczapa J., Wróblewska-Seniuk K.: Noworodek z ekstremalnie małą urodzeniową masą ciała-aktualny problem kliniczny w neonatologii. Klin. Ped., 2003,11, 83-88.
8. Szczapa J., Mazela J., Kornacka M., Andrzejewska R.: Zapobieganie krwawieniom około- i dokomorowym u noworodków. Post. Neonatol., 1993, 4, 200.
9. Pawłowski M., Godula-Stuglik U.: Ocena przydatności przezciemiączkowej USG w wykrywaniu uszkodzeń OUN u noworodków leczonych w oddziale IT [w:] Post. Neonatol., Twarowska I., Szczapa J. (red.), Poznań, 1993, 108.
10. Żak L., Kornacka M.: Krwawienia podpajęczynówkowe u noworodków [w:] Postępy neonatologii. Twarowska I., Szczapa J. (red.), Poznań, 1993, 129-136.
11. Gadzinowski J., Szymankiewicz M.: Podstawy neonatologii. Ośrodek Wydawnictw Naukowych, Oddział Wielkopolski Polskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej, Poznań, 2006.
12. Rajtar-Leontiew Z., Lipska E.: Krwotoki śródczaszkowe u noworodków. Nowa Pediatria 2000, 1, 18, http://www.nowapediatria.com.pl, data pobrania 3.05.2103.
13. Helwich E., Rutkowska M., Szamotulska K. i wsp.: Does the spectrum of peri-intraventricular haemorrhages in preterm infants change over the years? Comparison of two cohorts treated in 1998-2002 and 2005-2009. Med. Wieku Rozwoj., 2011, 15, 368-375.
14. Teng R.J., Wu T.J.: Persistent pulmonary hypertension of the newborn. J. Formos. Med., 2013,112, 177-184.
15. Peterson J.A., McFarland J.G., Curtis B.R., Aster R.H.: Neonatal alloimmune thrombocytopenia: pathogenesis, diagnosis and management. Br. J. Haematol., 2013, 161, 3-14.
16. Singleton T.C., Keane M.: Diagnostic and therapeutic challenges of intracranial hemorrhage in neonates with congenital hemophilia: a case report and review. Ochsner J., 2012,12 249-253.

17. Sinha S.K., Lacaze- Masmonteil T., Valls i Soler A., et al.: Surfaxin therapy against respiratory distress syndrome Collaborative Group. A multicenter, randomized, controlled trial of lucinactant versus poractant alfa among very premature infants at high risk for respiratory distress syndrome. Pediatrics, 2005,115, 1030-1038.
18. Plagens- Rotman K., Bączyk G., Kubiak S. i wsp.: Krwawienia wewnątrzczaszkowe u noworodków z ekstremalnie małą urodzeniową masą ciała. Now. Lek., 2011, 80, 250-257.
19. Marciński A.: Ultrasonografia pediatryczna. Wydawnictwo Sanmedia, Warszawa, 1994.
20. Volpe J.J.: Intracranial hemorrhage: terminal matrixintracranial hemorrhage of the premature infant [w:] Neurology of the Newborn, 3rd Ed., Sanders Co. Philadelphia, 1995, 403-409.
21. Adamska E., Helwich E., Rudzińska-Chazan M., Kułakowska Z.: Zawał krwotoczny przykomorowy u noworodków urodzonych przedwcześnie leczonych w oddziale intensywnej terapii-obserwacje własne. Med. Wieku Rozwoj., 2000, supl. III do nr 2, 73-79.
22. Taylor G.: Effect of germinal matrix hemorrhage on the terminal vein position and patency. Ped. Radiol., 1995, 25, 37-40.
23. Chittiboina P., Pasieka H., Sonig A., et al: Posthemorrhagic hydrocephalus and shunts: what are the predictors of multiple revision surgeries? J. Neurosurg. Pediatr., 2013, 11, 37-42.
24. Helwich E., Rutkowska M., Adamska E., Nowicka K.: Krwawienia śródczaszkowe u noworodków. Ultrasonografia, 2003, 13, 7-11.
25. Monset- Couchard M., Szwałkiewicz- Warowicka E., Helwich E.: Ultrasonografia przezciemieniowa. Ultrasonografia Pol., 1993, supl. 2-3, 27-34.
26. Davis A.: Handbook of Pediatric Neuropsychology. Springer Publishing Company, 2010.
27. Samandouras G.: The Neurosurgeon's Handbook, Oxford University Press, 2010.
28. Anderson G.D., Bada H.S., Shaver D.C., et al: The effect of cesarean section on intraventricular hemorrhage in the preterm infant. Am. J. Obstet. Gynecol., 1992, 166, 1091-1099.
29. Towner D., Castro M.A., Eby-Wilkens E., Gilbert W.M.: Effect of mode of delivery in nullparous women on neonatal intracranial injury. N. Engl. J. Med., 1999, 341, 1709-1714.

30. Herbst A., Kallen K.: Influence of mode of delivery on neonatal mortality and morbidity in spontaneous preterm breech delivery. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol., 200l, 133, 25-29.
31. Shankaran S., Bauer C.R., Bain R., Wright L.L., Zachary J.: Prenatal and perinatal risk and protective factors for neonatal intracranial hemorrhage. Arch. Pediatr. Adolesc. Med., 1996, 150, 491-497.
32. Looney C.B., Smith J.K., Merck L.H., Wolfe H.M., Chescheir N.C., Hamer R.M., Gilmore J.H.: Intracranial hemorrhage in asymptomatic neonates: prevalence on MR images and relationship to obstetric and neonatal risk factors. Radiology, 2007, 242, 535-541.
33. Volpe J.J: Intracranial hemorrhage: subdural, primary subarachnoid, intracelebral, intraventricular (term infants) and miscellaneous [w:] Neurology of the newborn. Philadelphia W.B. Sanders Comp., 2001, 373-402.
34. Bassan H., Feldman H.A., Limperopoulos C., et al: Periventricular hemorrhagic infarction: risk factors and neonatal outcome. Pediatr. Neurol., 2006, 35, 85-92.
35. Patra K., Wilson-Costello D., Taylor H.G., et al.: Grades I-II intraventricular hemorrhage in extremely low birth weight infants: effects on neurodevelopment. J. Pediatr., 2006, 149,169-173.
36. Suchońska B., Kociszewska-Najman B., Borek-Dziecioł B. et al.: Preterm deliveries of extremely low birth babies--analysis of the course of pregnancy, labour and neonatal outcome. Ginekol. Pol., 2001,72, 1121-1128.
37. Kurylak A., Ciesielska-Pikuła G., Kurylak D., Szymandera J.: Krwawienia śródczaszkowe u noworodków w obrazie ultrasonograficznym – czynniki ryzyka a stopień nasilenia krwawienia. Ped. Pol., 1998, 73, 199-203.
38. Grabowska Z., Baumert M., Paprotny M., Mrowiec E.: Wczesna diagnostyka krwawień do- i okołokomorowych u noworodków urodzonych przedwcześnie oraz dynamika zmian w obrazie USG głowy w ciągu 1 roku życia. Klinika Perinatologii Ginekologicznej, 1998, 27, Materiały II Kongresu PTMP (3), 253-256.
39. Mancini M.C., Barbosa N.E., Banwart D., et al.: Intraventricular hemorrhage in very low birth weight infants: associated risk factors and outcome in the neonatal period. Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. Sao Paulo., 1999, 54, 151-154.
40. Troszyński M.: Umieralność okołoporodowa płodów i noworodków w latach 1999-2008 w Polsce. Med. Wieku Rozwoj., 2010, 14, 129-137.

41. Volpe J.J.: Neonatal encephalopathy: an inadequate term for hypoxic-ischemic encephalopathy. Ann. Neurol., 2012, 72, 156-66.
42. Tommiska V., Heinonen K., Ikonenen S., et al: A national shortterm follow-up study of extremely low birth weight infants born in Finland in 1996-1997. Pediatrics, 2001, 107, 164-65.

Gierasimczuk Bogusława K., Piechocka Dorota I., Michalak Stanisław Jr., Kalisz Anna, Dobrzycka Bożena, Sienkiewicz Anna, Kinalski Piotr , Terlikowski Sławomir J.

Rola personelu medycznego w sytuacji urodzenia dziecka z wadą wrodzoną

Zakład Położnictwa, Ginekologii i Opieki Położniczo- Ginekologicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wstęp

Wydatny postęp medycyny, jaki przyniosły ostatnie lata w opiece nad ciężarną, rodzącą i noworodkiem, przyczynił się w znacznej mierze do obniżenia liczby zgonów z powodu chorób płodu, urazu okołoporodowego, chorób matki oraz zakażeń. Zwiększyły się szanse na utrzymanie przy życiu noworodków urodzonych przedwcześnie nawet z bardzo małą masą urodzeniową. Wady wrodzone stanowią jednak nadal jedną z głównych przyczyn zgonów noworodków. W krajach o wysoko rozwiniętej technice diagnostycznej i bardzo wysokiej wiedzy medycznej zgony noworodków donoszonych, obciążonych wrodzonymi wadami rozwojowymi zajmują jedno z pierwszych miejsc. Częstość występowania wad wrodzonych wśród noworodków żywo urodzonych waha się w zakresie od 1,5% do 3%. Tylko część wad wrodzonych rozpoznawanych jest w okresie noworodkowym. Głównie są to wady ośrodkowego układu nerwowego (OUN), układu kostnego, ciężkie wady układu sercowo- naczyniowego oraz przewodu pokarmowego i niektóre wady układu moczowo-płciowego. Wiele z nich rozpoznaje się dopiero w okresie niemowlęcym i u dzieci starszych. Są to niektóre wrodzone wady serca, nieprawidłowości dotyczące zmysłów i schorzenia metaboliczne [1].

Pod pojęciem wrodzonej wady rozwojowej rozumiemy powstającą w okresie życia wewnątrzmacicznego i obecną przy urodzeniu, wewnętrzną lub zewnętrzną nieprawidłowość morfologiczną, niezależnie od jej etiologii, patogenezy i momentu rozpoznania [2].

Istnieje szereg czynników wpływających na zaburzenia rozwoju i wzrastania płodu. Zaliczamy do nich: czynniki genetyczne, w tym tzw. aberracje chromosomowe ze stwierdzeniem bardzo ciężkich wad wrodzonych wpływających na zgon noworodka [3,4], nadliczbowe aberracje chromosomów płciowych gdzie spotyka się prawie normalnie rozwinięte osoby o zaburzonych proporcjach ciała, z reguły bezpłodne, niekiedy z różnym stopniem niedorozwoju umysłowego [5], monosomie z nieprawidłowościami kostnymi, rzadziej stwierdza się wady serca, nerek, infantylizm płciowy, pierwotny brak

miesiączki, zaburzenia rozwojowe narządów płciowych [6], mutacje pojedynczych genów powodujące np. zaburzenia kostnienia śródchrząstnego, gdzie kończyny stają się nieproporcjonalnie krótkie w stosunku do tułowia, zaburzenia tkanki łącznej, pająkowatość palców, długie cienkie kończyny, nadmierna ruchomość stawów, tętniak aorty, podwichnięcie soczewek [7], uwarunkowanie wielogenowe - trudne do jednoznacznego zróżnicowania z wadami o etiologii wieloczynnikowej [4].

Czynniki egzogenne-teratogeny (biologiczne [8], fizyczne [9], chemiczne [4, 10, 11, 12], co do których wykazano stałe działanie patologiczne lub zmiany patofizjologiczne u noworodków poddanych ekspozycji na ten czynnik, bądź też znajdujących się w środowisku gdzie on zwykle występuje [13]. Mogą one wpływać na strukturę genów i chromosomów, ale również uszkadzać cały zarodek lub zawiązki poszczególnych narządów. Najbardziej rozległe i ciężkie- embriopatie- powstające w okresie zarodkowym [14].

Współcześnie opracowano trójstopniową profilaktykę wrodzonych wad rozwojowych. Ma ona na celu zaplanowanie poczęcia dziecka w najbardziej optymalnym stanie zdrowia matki i ojca, co ma wpływ na zmniejszenie umieralności okołoporodowej i zachorowalności oraz umożliwia osiągnięcie przez dziecko potencjału rozwoju fizycznego, umysłowego i emocjonalnego [15,16].

Celem profilaktyki stopnia I jest niedopuszczenie do wystąpienia nieprawidłowości w rozwoju zarodka. Najważniejszym działaniem na tym etapie jest zidentyfikowanie rodzin ryzyka genetycznego i objęcie ich poradnictwem [2]. Przykładem profilaktyki I stopnia jest podawanie kwasu foliowego kobietom przed planowaną ciążą i w pierwszym trymestrze ciąży [17]. Profilaktyka I stopnia to również szeroko pojęta promocja zachowań prozdrowotnych rodziny w okresie prokreacyjnym, jeszcze przed planowanym zajściem kobiety w ciążę [18, 19].

Działania profilaktyczne II stopnia prowadzą do zmniejszenia stopnia uszkodzenia dziecka oraz społecznych skutków wad [2]. Głównym ich celem jest wykrycie wad rozwojowych i ujawnienie chorób płodu we wczesnym okresie ciąży [6], co ułatwia podjęcie decyzji o urodzeniu dziecka [20]. Wykrycie wad we wczesnej ciąży daje możliwość leczenia i w wielu przypadkach uratowania życia dziecka [3, 22]. Diagnostyka prenatalna stała się wstępem do terapii płodu-pacjenta. W jej skład wchodzi wiele technik i metod badawczych o różnym stopniu inwazyjności i szkodliwości dla matki i płodu. Do nieinwazyjnych zaliczamy: oznaczanie stężenia alfa-proteiny (α-fetoproteina, AFP) w surowicy krwi matki [23, 24], potrójny test przesiewowy (równoczesne oznaczanie stężeń: α-fetoproteiny,

β-HCG i wolnego estriolu E_2) [25, 26], USG [6, 16, 20, 23, 24, 27], rentgenodiagnostykę, tomografię komputerową (TK) [23, 24], magnetyczny rezonans jądrowy (NMR) [6, 23, 24]. Metody inwazyjne to: amniopunkcja [23, 24, 28], biopsja trofoblastu [23, 24, 28], kordocenteza [23, 24, 28], fetoskopia [6, 23, 28].

Szeroka dostępność badań ultrasonograficznych oraz coraz lepsza jakość sprzętu medycznego pozwala na wykrycie dużej liczby wad morfologicznych i funkcjonalnych [29]. Wykrycie bardzo ciężkiej wady lub nieuleczalnej choroby może rodzicom pozwolić na podjęcie decyzji o aborcji lub lepszym przygotowaniu się do opieki nad dzieckiem [27]. Obowiązkiem lekarza jest poinformowanie rodziny z ryzyka genetycznego o możliwości wykonania badań prenatalnych, a prawem rodziny skorzystanie z nich lub rezygnacja ze względów, np. światopoglądowych [30].

Profilaktyka stopnia III obejmuje wielokierunkowe działania korekcyjne, rehabilitacyjne i opiekuńczo-wychowawczo-pielęgnacyjne [2]. Profilaktyka ta utożsamiana jest również z leczeniem chirurgicznym wad wrodzonych rozwojowych. W dalszej perspektywie konieczne jest leczenie ortopedyczne i usprawnianie ruchowe chorego dziecka. Taki pacjent wymaga także zaopatrzenia ortopedycznego oraz rehabilitacji fizycznej i psychicznej przez wiele lat [31].

Założenia i cel pracy

Założeniem niniejszej pracy jest udowodnienie konieczności prowadzenia stałych i systematycznych szkoleń personelu i wspierania lekarzy i położnych, aby ich stan emocjonalny pozwolił na wydajną i efektywną pracę w trudnych sytuacjach narodzin chorego dziecka, jego kalectwa lub śmierci. Badania stanowią próbę ustalenia odpowiedzi na następujące pytania problemowe: Jakie działania mają podejmować i na jakie aspekty poradnictwa przedkoncepcyjnego powinni zwracać uwagę położna rodzinna i lekarz rodzinny oraz personel poradni dla kobiet aby poczęcie mogło nastąpić w najbardziej optymalnym dla rodziny czasie zdrowia? W jaki sposób udzielać informacji rodzicom po urodzeniu się dziecka z wadą wrodzoną? Jak postępować z położnicą by pomóc jej zaakceptować urodzone dziecko obarczone wrodzoną wadą rozwojową? Na jakie stany emocjonalne położnicy należy zwracać uwagę, aby zapobiec lub wcześnie rozpoznać objawy psychozy połogowej lub depresji poporodowej? Jaki jest cel zatrudnienia psychologa w oddziale położniczym? Jakie działania może podejmować psycholog wobec personelu medycznego by zapobiec wystąpieniu zespołu wypalenia zawodowego? Jak radzić sobie z sytuacjami stresowymi w pracy związanymi z koniecznością przekazywania złych wiadomości? Jak pomóc rodzicom obarczonym problemem chorego dziecka by po wyjściu ze szpitala nie zostali pozostawieni

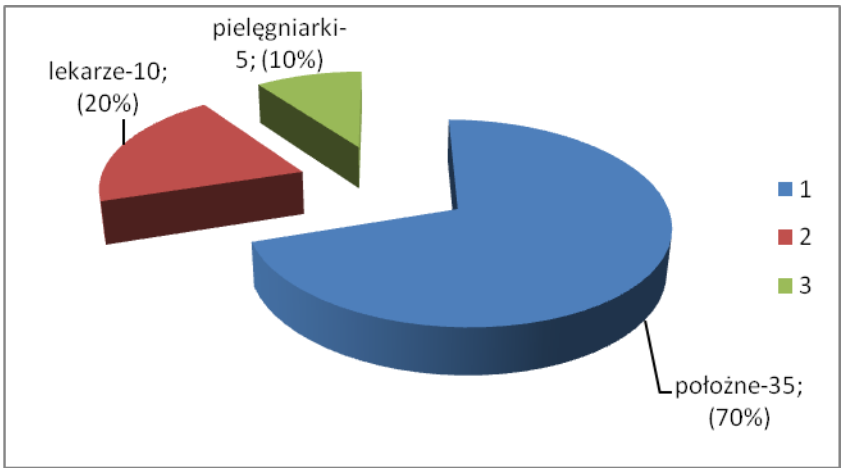
sami ze swym problemem? Jaką rolę powinien odegrać personel medyczny w ramach propagowania możliwości i celowości wykonywania badań prenatalnych u kobiet z grupy ryzyka położniczego?

Materiał i metody

Badania przeprowadzono na 50 osobowej grupie pracowników ochrony zdrowia: położnych, pielęgniarkach i lekarzach oddziałów położniczo-noworodkowych i porodowych na Podlasiu. Za metodę badań posłużyła anonimowa ankieta. Udział w jej wypełnianiu był dobrowolny.

Wyniki

Ankietą objęto 50 osób, z których 35 (70%) stanowiły położne. Pozostali to: lekarze-10 (20%) i pielęgniarki-5 osób (10%) (Ryc. 1).

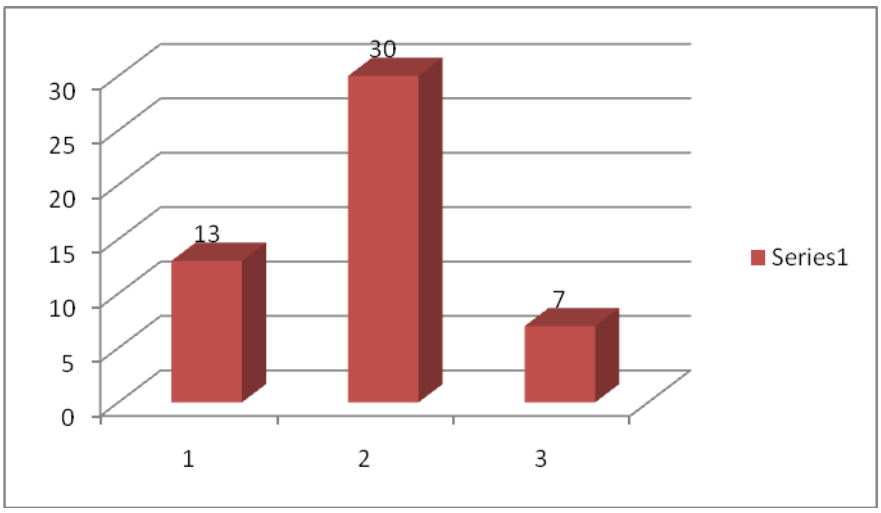


Rycina 1. Rozkład zawodów osób ankietowanych

Najwięcej ankietowanych posiadało staż pracy zawarty w przedziale 11-29 lat (30 osób; 60%), w przedziale 1-10 lat (13 osób; 26%). Staż pracy powyżej 20 lat posiadało 7 osób (14%) ankietowanych (Ryc. 2).

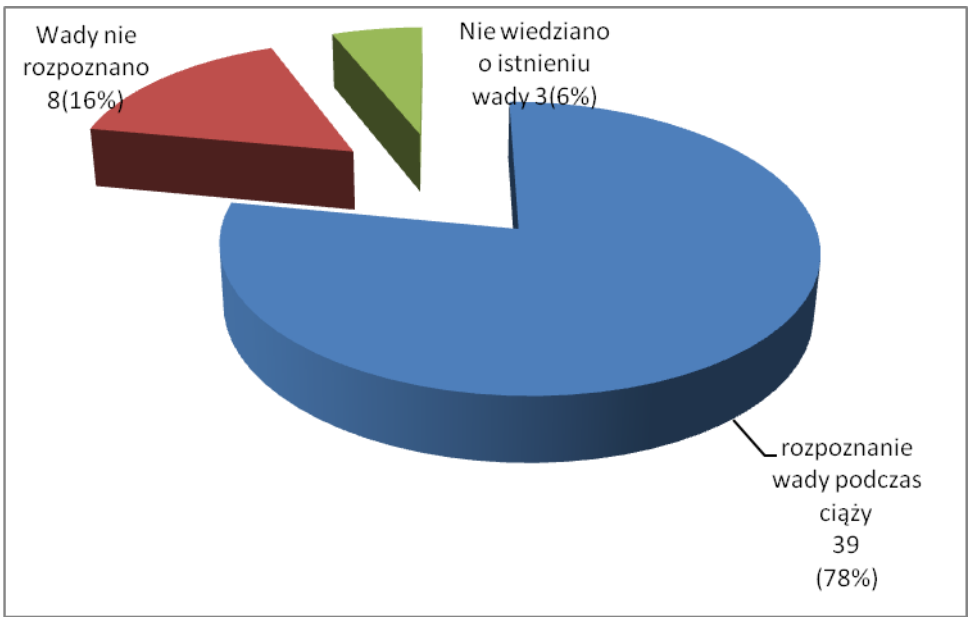
Większość ankietowanych (39 osób; 78%) twierdziła, iż rozpoznanie wady wrodzonej miało miejsce jeszcze w czasie ciąży, 8 (16%) nie rozpoznało wady, 3 (6%) stwierdziły, że nie wiedziały o istnieniu wady wrodzonej u płodu. Większość zna najważniejsze cele opieki przedkoncepcyjnej i wymieniała przede wszystkim: edukację, promocję zdrowia oraz profilaktykę chorób. Wśród najważniejszych aspektów poradnictwa przedkoncepcyjnego prowadzonego przez położne, ankietowani wskazują edukację młodzieży, planowanie rodziny i antykoncepcję, promocję zdrowia i badań profilaktycznych, oświatę zdrowotną dotyczącą uświadamiania o szkodliwości używek, leków zażywanych przed ciążą i w czasie jej trwania,

określania czynników ryzyka i wyłonienie w środowisku rodzin o potencjalnie zwiększonym ryzyku obciążeń genetycznych. Trzynaście osób (26% ankietowanych) na powyższe pytanie nie udzieliło żadnej odpowiedzi, co świadczy o tym, że część personelu nie jest przekonana i świadoma rangi poradnictwa przedkoncepcyjnego (Ryc. 3).



1-10 11-20 >20

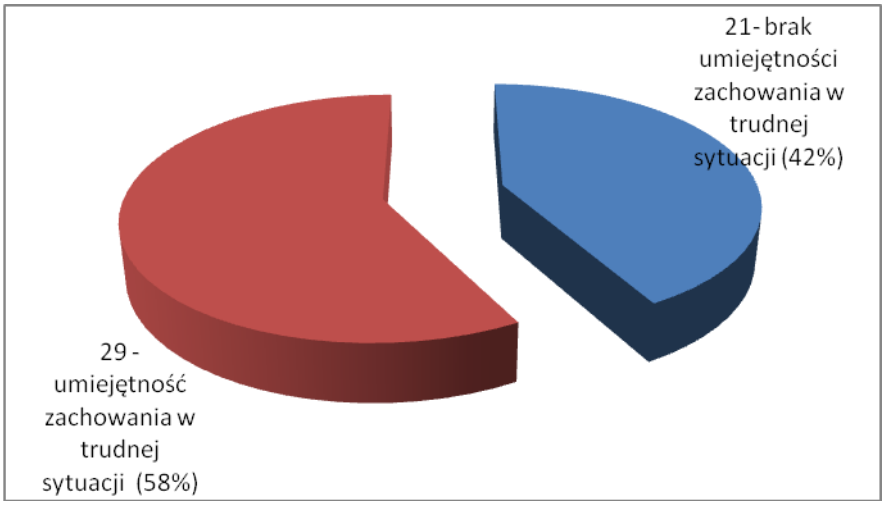
Rycina 2. Staż pracy ankietowanych



Rycina 3. Czas trwania ciąży a rozpoznanie wady u płodu

Ankietowani stwierdzili, iż w czasie studiów lub zdobywania specjalizacji byli uczeni (29 osób; 58%) zachowania się w przypadku stwierdzenia wady płodu bądź urodzenia się

dziecka z wadą wrodzoną, 21 osób (42%) przyznało, że takich informacji nie zdobyło (Ryc. 4).

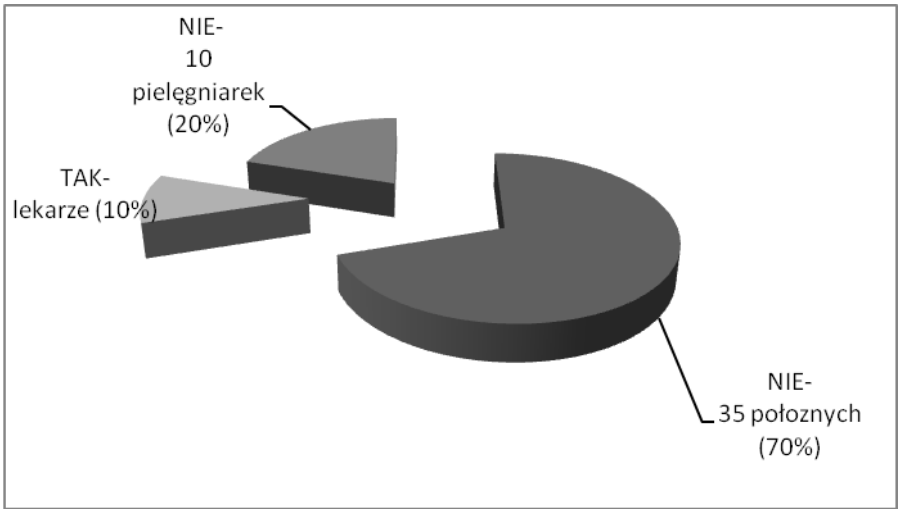


Rycina 4. Nauka zachowania się w trudnych sytuacjach.

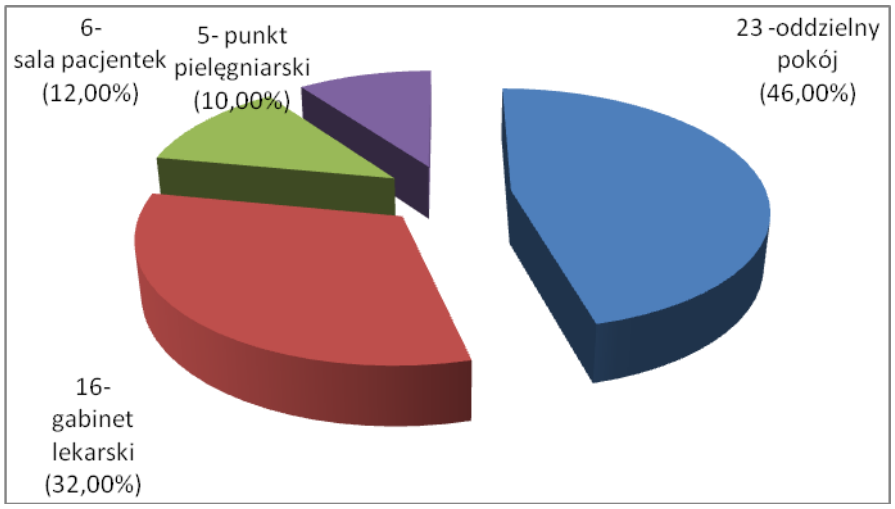
Osobami, które udzielały informacji rodzicom po urodzeniu dziecka z wadą wrodzoną, bądź po wykryciu wady rozwojowej u płodu w czasie ciąży byli głównie lekarze-10 osób (20%). O chorobie lub wadzie wrodzonej informacji nie udzielały pielęgniarki-10 osób (5%) i położne- 35 osób (70%). Jest to zgodne z wytycznymi zawartymi w ustawie o zawodzie pielęgniarki i położnej, która nie zezwala im na udzielanie takich informacji (Ryc. 5).

Rozmowa z pacjentką i jej rodziną na temat stanu zdrowia jej dziecka powinna odbywać się w miejscu zapewniającym spokój i intymność. Większość respondentów takie informacje przekazuje w oddzielnym pokoju-23 osoby (46%). W gabinecie lekarskim-16 osób (32%), punkt pielęgniarski wymienia-5 osób (10%) (Ryc. 6).

Na pytanie: czy uważa Pani/Pan, że pacjentka w trudnej sytuacji urodzenia dziecka z wadą wrodzoną powinna mieć zapewniony kontakt z rodziną i czy Państwa placówka umożliwia takie kontakty?- tylko jedna osoba (2%) odpowiedziała przecząco, 39 osób (78%) stwierdziło, że placówka zapewnia takie kontakty bez ograniczeń, 10 osób (20%) stwierdziło, że kontakty te są umożliwiane tylko w wyjątkowych sytuacjach. W karcie praw pacjenta istnieje zapis o nałożonym na placówki medyczne obowiązku umożliwiania kontaktów z rodziną bez ograniczeń. Każda inna sytuacja jest nieprawidłowa, stąd tak wysoki odsetek odpowiedzi twierdzących (Ryc.7).

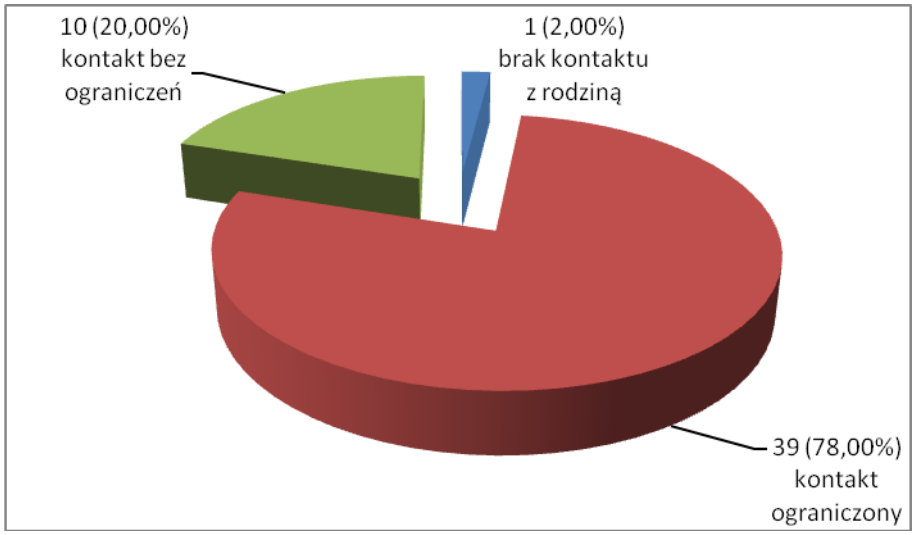


Rycina 5. Osoby udzielające informacji o wadach u dzieci.

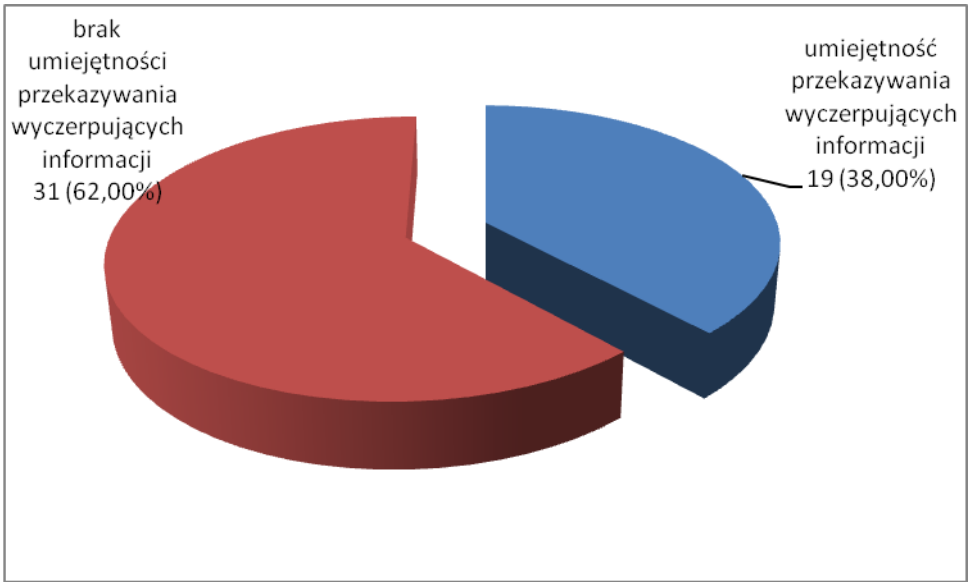


Rycina 6. Miejsce przekazywania trudnych informacji

Większość ankietowanych (31 osób; 62%) nie potrafi udzielić wyczerpujących informacji o możliwościach leczenia i dalszego postępowania w ciąży lub z dzieckiem już urodzonym, 19 osób (38%) na to pytanie odpowiedziało twierdząco (Ryc. 8).

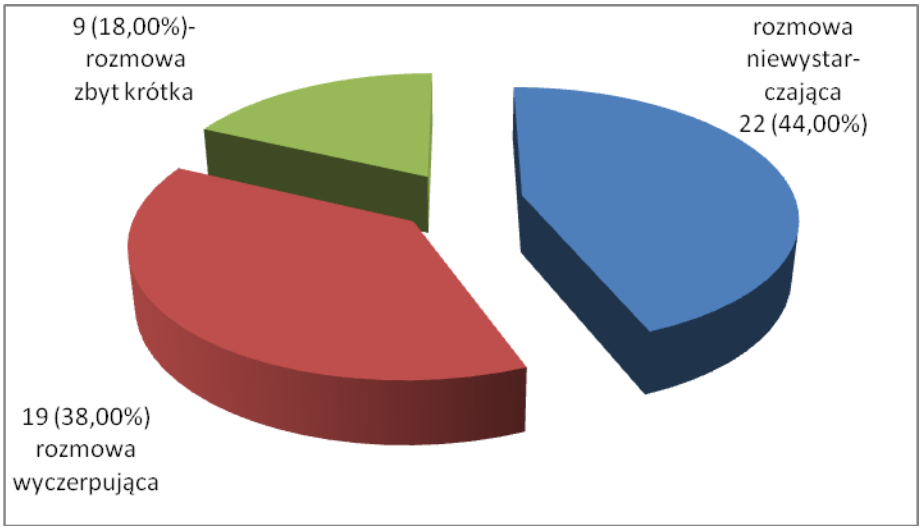


Rycina 7. Zapewnianie kontaktu z rodziną



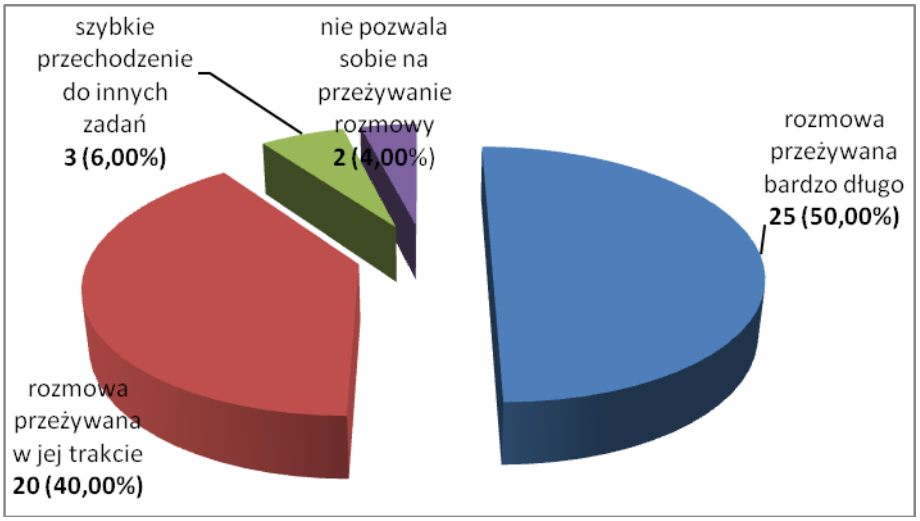
Rycina 8. Umiejętność przekazywania wyczerpujących informacji.

Na pytanie-czy według Pani/Pana rozmowa z pacjentką była wyczerpująca?- odpowiedzi twierdzącej udzieliło 19 osób (38%). Za zbyt krótką uważało ją 9 osób (18%), 22 osoby (44%) stwierdziły, że była ona niewystarczająca (Ryc. 9).



Rycina 9. Skuteczność rozmowy z rodziną w sytuacji urodzenia dziecka z wadą

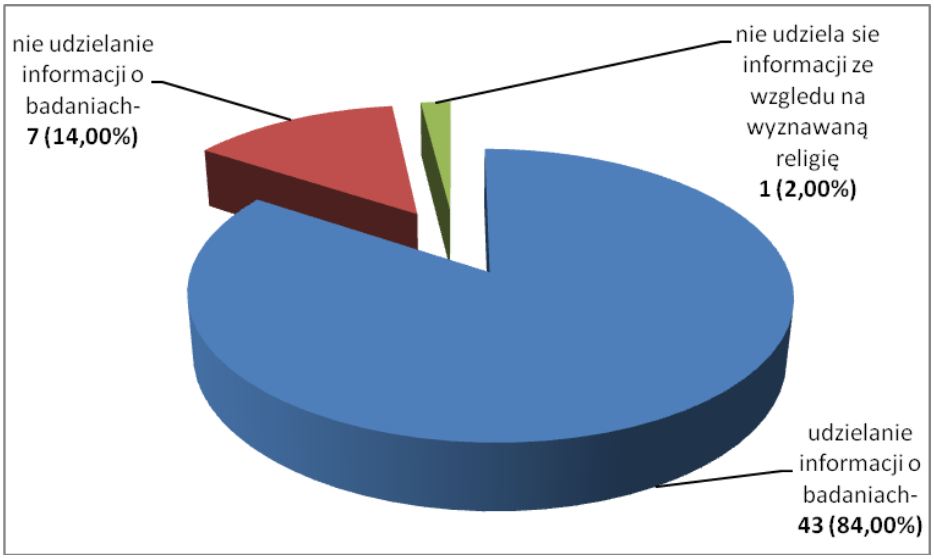
W 50% przypadków (25 osób) oceniono, że rozmowy z pacjentką przeżywane są długo, wielu przeżywa je, ale tylko w chwili rozmowy (20 osób; 40%), 6% (3 osoby) stwierdziło, że przechodzą szybko do innych zadań. Tylko 4% (2 osoby) stwierdziły, że nie mogą sobie pozwolić na przeżywanie cudzych problemów (Ryc. 10).



Rycina 10. Zaangażowanie personelu w przekazywanie trudnych informacji

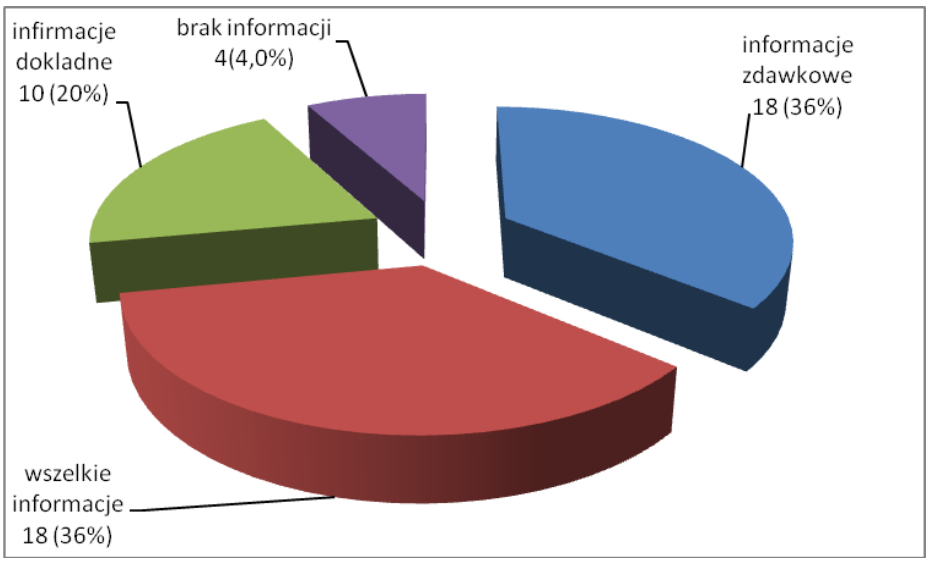
Informacji o możliwości przeprowadzania badań prenatalnych udzieliły 43 osoby (86% ankietowanych). Siedem osób (14%) nie udziela informacji o badaniach prenatalnych. Wśród nich 1 (2%) ze względów światopoglądowych. Jednakże tylko 30 spośród nich (60%)

potrafi wyjaśnić dokładnie, jakie ryzyko niesie wykonanie inwazyjnych badań prenatalnych (Ryc. 11).



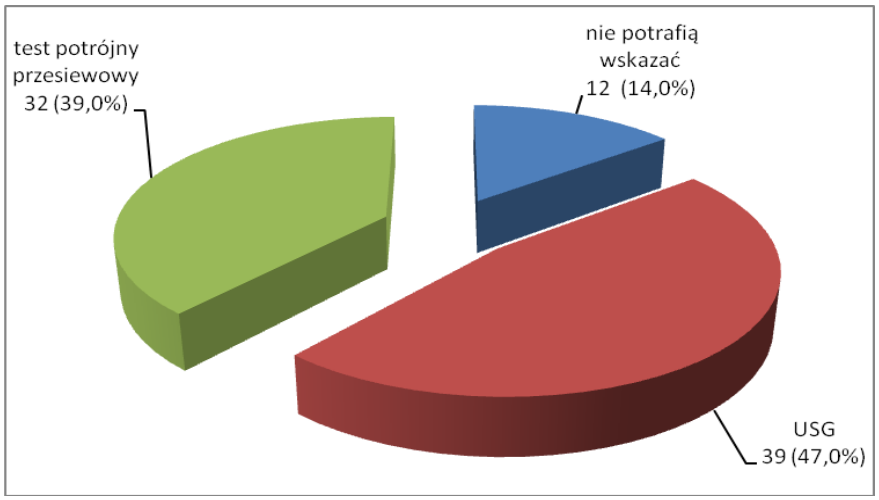
Rycina 11. Informacje o możliwości przeprowadzenia badań prenatalnych

Stanowisko, że informacje o badaniach prenatalnych pacjentki powinny uzyskać w poradni genetycznej prezentuje 18 osób (36%). Taka sama liczba potrafi tylko zdawkowo omówić cele i korzyści wykonania takich badań. Dokładnie potrafi omówić ten problem 10 osób (20%). Jedynie 4 osoby (8%) nie potrafiły w ogóle wyjaśnić zagadnień dotyczących celu i metod badań prenatalnych (Ryc. 12).



Rycina 12. Stopień oceny wiedzy personelu o badaniach prenatalnych

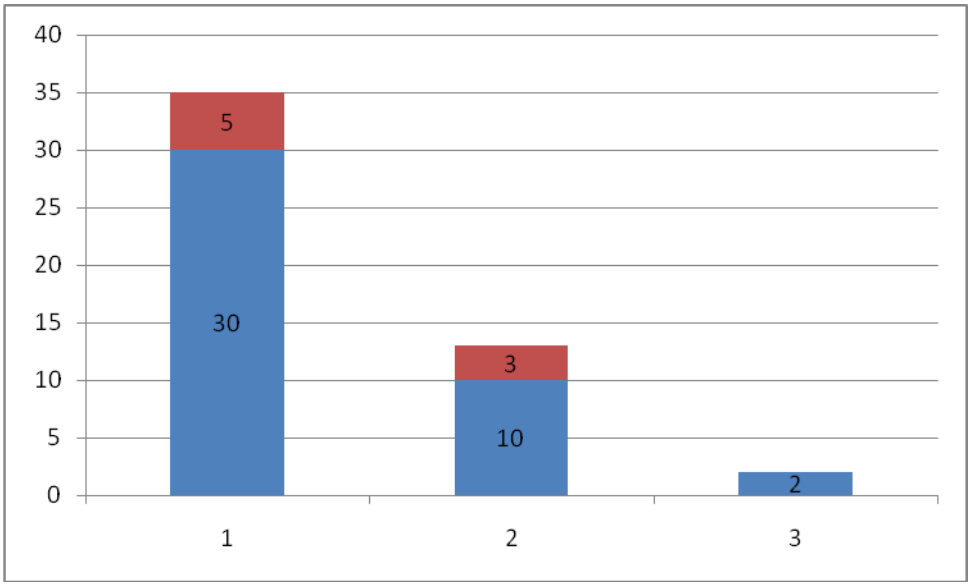
W badanej grupie 12 osób (14%) nie potrafiło wskazać żadnych testów prenatalnych nieinwazyjnych. Większość ankietowanych (39 osób; 47%) wymieniło USG jako badanie przesiewowe, a 32 osoby (39%) potrójny test przesiewowy (oznaczenie stężeń AFP, HCG i E2 w surowicy krwi kobiety ciężarnej) (Ryc. 13).



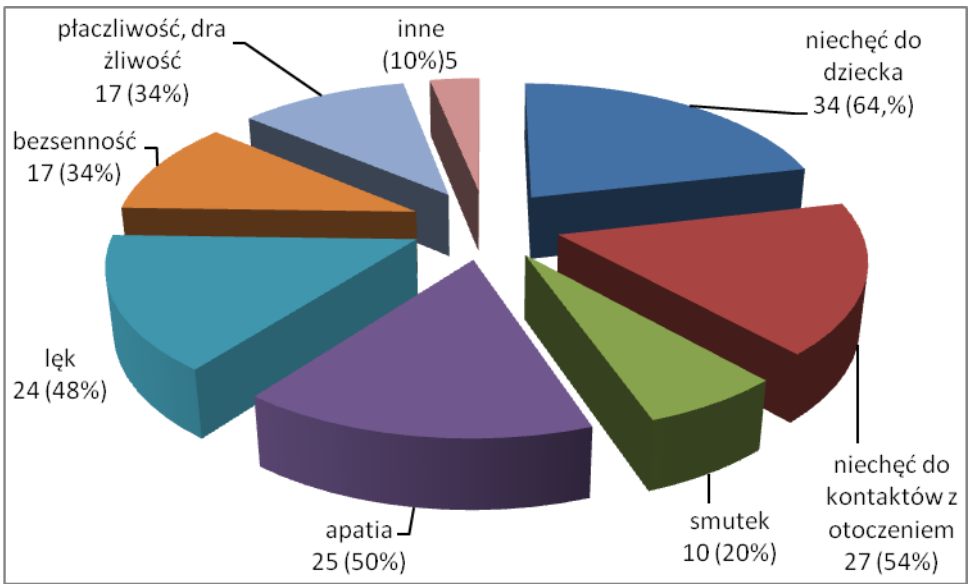
Rycina 13. Wskazanie badań prenatalnych nieinwazyjnych.

Wszyscy respondenci stwierdzili, że urodzenie dziecka z wadą wrodzoną może stanowić przyczynę depresji poporodowej. Większość respondentów (42 osoby; 84%) jest zdania, że potrafi rozpoznać pierwsze symptomy wskazujące na pojawienie się depresji poporodowej. Wśród nich najliczniejszą grupę stanowią położne (30 osób; 60%), 10 osób (20%) to lekarze, pozostałe 2 (4%) to pielęgniarki. Nie potrafi rozpoznać pierwszych objawów depresji poporodowej 8 osób (16%) – 5 położnych (10%) i 3 pielęgniarki (6%) (Ryc. 14).

Respondenci wymieniali wiele różnych objawów, które świadczyć mogły o możliwości wystąpienia depresji poporodowej. Za najważniejsze uznali: niechęć do dziecka (34 osoby; 64%), niechęć do podejmowania kontaktów z otoczeniem (27 osób; 54%), przygnębienie (27 osób; 54%), apatia (25 osób; 50%), lęk (24 osoby; 48%), bezsenność (17 osób; 34%), płaczliwość i drażliwość (17 osób; 34%), smutek (10 osób; 20%), inne (5 osób; 10%). Wśród odpowiedzi „inne” znajdowały się: myśli samobójcze, brak zainteresowania sobą (Ryc. 15).



Rycina 14. Rozpoznawanie symptomów depresji



Rycina 15. Objawy depresji porodowej według ankietowanych.

Dyskusja

Personel medyczny pracujący w takich zawodach jak: położna, pielęgniarka, lekarz rodzinny, lekarz położnik-ginekolog z racji wykonywanego zawodu ma możliwość bliskiego kontaktu z kobietą w najważniejszych wydarzeniach w jej życiu związanych z prokreacją. Rolę, jaką powinien spełniać personel medyczny w odniesieniu do rodziny w okresie

prokreacji, można scharakteryzować w następujący sposób: udzielanie porad, edukacja i pomoc kobiecie ciężarnej i jej rodzinie, stały nadzór nad przebiegiem ciąży (kliniczny i laboratoryjny), zapobieganie, wykrywanie i zajmowanie się problemami i czynnikami ryzyka, mającymi niekorzystny wpływ na przebieg ciąży, opieka ukierunkowana na wypełnianie medycznych, psychologicznych i społecznych potrzeb rodziny [8].

Chazan i wsp. [12] w świetle badań przeprowadzonych w 3 województwach w roku 1995 stwierdzili, iż tylko 1% kobiet, które urodziły dziecko, zgłosiło się do lekarza po poradę przed zajściem w ciążę. Dlatego też twierdzą, że należy podjąć wysiłki, aby wśród personelu medycznego zwiększać świadomość potrzeby objęcia opieką i dotarcia do możliwie największej liczby kobiet przed zapłodnieniem i w najwcześniejszym okresie ciąży.

Wyniki badań własnych wskazują, że większość ankietowanego personelu medycznego (39 osób; 78%) uznaje, że ma wpływ na przebieg ciąży i prawidłowy rozwój płodu. Wie również, jakie są najważniejsze cele opieki przedkoncepcyjnej, wymieniając przede wszystkim: edukację, promocję zdrowia oraz profilaktykę chorób. Ankietowani wskazują również na jakie aspekty poradnictwa przedkoncepcyjnego może mieć wpływ położna środowiskowa i personel poradni dla kobiet. Wśród najważniejszych wymieniane były: edukacja młodzieży w wieku dojrzewania, planowanie rodziny i antykoncepcja, promocja zdrowia i badań profilaktycznych, oświata zdrowotna dotycząca uświadamiania o szkodliwości używek, leków zażywanych przed ciążą i w czasie jej trwania, określanie czynników ryzyka i wyłonienie w środowisku rodzin o potencjalnie zwiększonym ryzyku obciążeń genetycznych. Niestety 13 osób (26% ankietowanych) na powyższe pytanie nie udzieliło żadnej odpowiedzi, co świadczy o tym, że część personelu nie jest przekonana i świadoma rangi poradnictwa przedkoncepcyjnego.

Opieka przedciążowa jest promocją zdrowej ciąży i z założenia personel medyczny powinien uświadamiać społeczeństwu, jak ważne jest utrzymanie optymalnych warunków zdrowia przed zapłodnieniem i we wczesnych okresach ciąży. Takie działania mogą zmniejszyć częstość występowania wrodzonych wad rozwojowych, wcześniactwa czy powikłań okołoporodowych [2]. Według Chazana i wsp. personel medyczny powinien wykorzystywać każdą okazję do rozmów z pacjentką na temat jej przyszłości położniczej. Takie rozmowy mogą odbywać się w czasie spotkań z młodzieżą szkolną, podczas badań profilaktycznych, podczas wizyty patronażowej położnej u położnicy po odbytym porodzie, podczas wizyt kobiet w poradni „K", w trakcie kursów przedmałżeńskich, w czasie wizyt kontrolnych w poradni „D" i porad związanych ze zdrowiem dziecka [12, 16].

Współczesna medycyna, a zwłaszcza postęp w technice medycznej stosowanej w położnictwie, umożliwia rozpoznanie wielu zaburzeń rozwojowych płodu i wad wrodzonych w bardzo wczesnym okresie ciąży [4]. Możliwość wykonania badań prenatalnych pozwala rodzicom dokonać świadomego wyboru w podjęciu decyzji o posiadaniu potomstwa. Portal internetowy „Genetyka kliniczna" podaje, iż ok. 75% ankietowanych Polaków aprobuje badania prenatalne. Wykonywanie przez kobiety badań prenatalnych zależy od trzech głównych czynników: dostępu do badań, wiedzy i podejścia personelu medycznego, wiedzy i podejścia samych kobiet [2].

Badania własne wykazały, że informacje o możliwości przeprowadzania badań prenatalnych udzielane są przez 44 osoby (88% ankietowanych). Jednakże tylko 30 spośród nich (60%) potrafi wyjaśnić dokładnie, jakie ryzyko niesie wykonanie inwazyjnych badań prenatalnych. Jedynie 10 respondentów (20%) oceniło, iż potrafi jasno i wyczerpująco wyjaśnić pacjentce cel i korzyści z wykonywania takich badań. Niestety większość uważa, że takich informacji może udzielić tylko zdawkowo (15 osób; 30%). Pozostali (16 osób; 36%) są zdania, że pacjentka informacje te powinna uzyskać w poradni genetycznej. Większość ankietowanych wymieniła jako podstawowe badania przesiewowe (skrining genetyczny) – ocenę stężenia AFP we krwi matki oraz USG.

Wielu autorów podręczników położniczych podkreśla rolę personelu medycznego towarzyszącego pacjentce i jej rodzinie w czasie podejmowania trudnych decyzji, czy wykonać badanie prenatalne czy też dokonać terminacji płodu [1, 2]. Personel medyczny powinien wszystkim rodzicom oferować opiekę i wsparcie, służyć fachową pomocą, udzielać dokładnych informacji dotyczących przebiegu ciąży i umieć wytłumaczyć celowość i zagrożenie płynące z konieczności przeprowadzenia diagnostyki prenatalnej. Zawody: lekarza, położnej, pielęgniarki są szczególnie związane z koniecznością przekazywania złych wiadomości: o urodzeniu dziecka z wadą wrodzoną, uzyskaniu niepomyślnej dla rodziców diagnozy genetycznej, o śmierci dziecka. Personel medyczny często musi rozmawiać z rodziną, która przeżywa bardzo silny stres związany z otrzymaniem najgorszej wiadomości w ich życiu – wiadomości o niepełnosprawności ich dziecka.

Korniszewski twierdzi, że bardzo ważny jest sposób przekazania złej wiadomości. Przekazana niewłaściwie, może boleśnie zranić psychikę rodziców, a nawet wpłynąć na ich stosunek do chorego dziecka [21]. Badania przeprowadzone przez Katedrę Psychologii Rehabilitacyjnej Uniwersytetu Warszawskiego na wybranej grupie matek dzieci z zespołem Downa wykazały, iż większość z nich informację o zaburzeniach w stanie zdrowia dziecka otrzymały w sposób niewłaściwy [10].

Badania własne wykazały, że w placówkach, gdzie pracują ankietowani, znane są zasady przekazywania złych wiadomości. Rozmowa odbywa się w gabinecie lekarskim (w przypadku 16 osób; 32% respondentów) lub w oddzielnym pokoju (23 osoby; 46%). W czasie rozmowy mógł być obecny przedstawiciel najbliższej rodziny (47 osób; 94%). Personel medyczny kontakt matki z rodziną umożliwia bez ograniczeń, co potwierdza 39 ankietowanych (78%). Jednak 22 ankietowanych (44%) twierdzi, że rozmowa z pacjentką bywa niewystarczająca i zbyt krótka (9 osób; 18%). Rozmowy o problemach pacjentek i ich dzieci mają duży wpływ na stan psychiczny i emocje personelu-25 respondentów (50%) ocenia, że przeżywa je długo, zaś 20 (40%)- w chwili rozmowy.

Według Korniszewskiego rodzice powinni być poinformowani o chorobie dziecka jak najszybciej po stwierdzeniu wad, przez kogoś, kto posiada wystarczającą wiedzę i wzbudza zaufanie. Informację tę należy przekazać obojgu rodzicom razem, w miejscu spokojnym, w którym nikt nie będzie przeszkadzał w rozmowie, w sposób bezpośredni, zrozumiałym i prostym językiem, poświęcając tyle czasu, ile trzeba, aby odpowiedzieć na pytania. Odpowiadać na nasuwające się w przyszłości pytania. Wychodzić z propozycją kontaktu z innymi rodzicami chorych dzieci. Dać rodzicom szansę i czas na pełny kontakt z dzieckiem [21].

Silne emocje w czasie przekazywania złych wiadomości towarzyszą obu stronom: rodzicom i specjalistom. Zwykle tę drugą stronę obarcza się brakiem wyczucia, empatii, a nawet agresji. Programy studiów w akademiach medycznych nie zawierają sposobu omawiania rozmowy i formy przekazywania wiadomości [24]. Badania własne wykazały, iż 30 ankietowanych (60%) nie uczestniczyło w żadnych szkoleniach dotyczących zachowania się w trakcie rozmów z pacjentami w sytuacjach problemowych. Tylko 20 respondentów (40%) miało możliwość skorzystania z takiej formy dokształcania w trakcie zdobywania specjalizacji położniczych bądź na kursie przysposabiającym do prowadzenia Szkoły Rodzenia. Na Wydziale Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego przeprowadzono badania ankietowe wśród lekarzy różnych specjalności, które wykazały, iż istnieje ogromna potrzeba uzyskania wiedzy i umiejętności praktycznych o sposobach przekazywania złych wiadomości, o różnych technikach psychologicznych mających na celu poprawienie kontaktu i ułatwienie komunikacji z rodzicami dziecka [10].

Tam, gdzie problem zauważono, podejmowano takie działania jak: szkolenia, warsztaty oraz superwizje dla zespołów medycznych pracujących w danej placówce. W czasie takich zajęć uczono prowadzenia różnych form wsparcia rodziców przy jednoczesnej trosce o własne emocje. W niektórych oddziałach neonatologicznych i położniczych

stworzono grupy wsparcia personelu medycznego. W skład takiego zespołu wchodzi psycholog, który pomaga analizować trudne sytuacje, rozładowywać emocje, ułatwia wgląd w siebie i w swoje uczucia, uczy radzić sobie ze stresem nieodłącznie towarzyszącym personelowi medycznemu w jego pracy [10].

Aż 47 ankietowanych (94%) uznaje za słuszne zatrudnienie psychologa w szpitalu. Oczekuje od niego pomocy w przekazywaniu pacjentce przykrych informacji i udzielenia jej fachowego wsparcia w trudnych chwilach. Tyle samo badanych oczekuje od psychologa pomocy w radzeniu sobie z własnymi emocjami i problemami związanymi z wykonywanym zawodem. Otrzymanie niepomyślnej diagnozy prenatalnej bądź urodzenie dziecka z wadą rozwojową jest jedną z najbardziej traumatycznych sytuacji w życiu rodziny. Rodzice przeżywają fazę szoku, okres niedowierzania i zaprzeczania diagnozie, okres „gorączki diagnostycznej", okres żalu, poczucia krzywdy, osamotnienia, wstydu, zagubienie i załamanie [21,22]. Tak trudna sytuacja i ogromne przeżycie może być przyczyną wystąpienia depresji poporodowych. Rolą personelu medycznego jest wczesne zwrócenie uwagi na jej objawy i podjęcie działań zapobiegających ich nasileniu [8].

Przeprowadzone własne badanie ankietowe wykazały, że personel medyczny w większości (46 osób; 92%) potrafi rozpoznać symptomy wskazujące na pojawienie się depresji poporodowej. Wymieniane są takie objawy jak: niechęć do dziecka, niechęć do podejmowania kontaktów z otoczeniem, płaczliwość i przygnębienie, zmęczenie, zaburzenia snu, apatia i bierność, lęk.

Depresja występuje po porodzie u 10-20% kobiet i może pojawić się w ciągu 6 miesięcy. Zadaniem osób sprawujących opiekę nad pacjentkami jest identyfikacja grupy ryzyka, szybka diagnoza i działania zapobiegające rozwojowi choroby [18, 22].

Ankietowana grupa położnych, pielęgniarek i lekarzy życzliwie i serdecznie wspiera pacjentki w obowiązkach przy karmieniu i pielęgnacji dziecka, umożliwia kontakt z rodziną i mobilizuje je do pomocy, pociesza i rozmawia o problemach pacjentki, udziela kompetentnych informacji dotyczących dziecka i położnicy oraz umożliwia kontakt z psychologiem.

Wnioski

1. Personel medyczny może mieć wpływ na przebieg ciąży i urodzenie zdrowego dziecka poprzez podejmowanie szeroko zakrojonych działań edukacyjnych, profilaktycznych i zdrowotnych.

2. Położne i lekarze powinni posiadać podstawową wiedzę o badaniach prenatalnych i propagować możliwość ich wykonywania ze szczególnym uwzględnieniem rodzin z podwyższonym ryzykiem genetycznym.
3. Informacja o niepomyślnej diagnozie genetycznej powinna być udzielona jak najprędzej, fachowo i w zrozumiały sposób przez osobę kompetentną, zaufaną, charakteryzująca się wysoką kulturą osobistą i empatią.
4. Kobietę po urodzeniu dziecka z wadą wrodzoną należy otoczyć troskliwą opieką, służyć informacją i pomocą.
5. Rodzice chorego dziecka powinni mieć kontakt z rodzicami innych chorych dzieci i/lub z grupami wsparcia.

Piśmiennictwo

1. Iwaszko-Krawczuk W.: Wady rozwojowe noworodka [w:] Medycyna Perinatalna, Słomko Z. (red.) t.2, Wydawnictwo PZWL, Warszawa, 1986, 250-252.
2. Latos-Bielańska A. i Zespół ds. PRWWR: Wrodzone wady rozwojowe w Polsce w latach 2003-2004. Wydawnictwo OWN, Poznań, 2008.
3. Latos-Bieleńska A.: Genetycznie uwarunkowane choroby zarodka i płodu jako przyczyny niepowodzeń rozrodu. Klin. Perinatol. Ginekol., 1996, 17, 73-81.
4. Miłkowski J., Miłkowski J.: O wadach wrodzonych. Wydawnictwo Wiedza Powszechna, Warszawa, 1989.
5. Łepecka-Klusek C.: Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii. Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2003.
6. Bręborowicz G.H.: Położnictwo. Diagnostyka biofizyczna i biochemiczna w opiece perinatalnej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2012.
7. Różniatowski T.: Mała encyklopedia medycyny. Wydawnictwo PWN, Warszawa, 1988.
8. Szczapa J., Paradowska-Grygier A.: Różyczka wrodzona. Klin. Perinat. Ginekol., 1995, 9, 139-151.
9. Hozyasz K.: Wpływ czynników środowiskowych na występowanie wad rozszczepowych twarzoczaszki. Med. Rodz.,1999, 4, 11-17 .
10. Kępa J.: Leki a ciąża. Mag. Piel. Poł., 2000, 11, 36.
11. Gieruszczak-Białek D., Korniszewski L.: Używki stosowane przez matkę a wady wrodzone i rozwój dziecka. Klin. Pediatr., 1996, 4, 32-35.
12. Chazan B., Szymborski J., Zatoń W. i wsp.: Ocena postaw kobiet w wieku rozrodczym wobec palenia tytoniu. Med. Wieku Rozwoj., 1997, 1, 163-167.

13. Dickinson J.E.: Teratologia związana z zakażeniami wirusowymi [w:] Zakażenia wirusowe ciężarnych. Gonik B. (red.) Wydawnictwo Springer, PWN, Warszawa, 1997, 21-30.
14. Kowalczyk J.: Choroby uwarunkowane genetycznie i wady rozwojowe [w:] Choroby wieku rozwojowego-podręcznik dla pielęgniarek. [red.] Papierkowski A., Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 1994, 86-97.
15. Łepecka-Klusek C.: Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2010.
16. Chazan B.: Położnictwo w praktyce lekarza rodzinnego. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 1997.
17. Lech M.M.: Strategie zapobiegania wadom cewy nerwowej. Kwas foliowy. Mag. Piel. Poł., 2003, 7-8, 42-43.
18. Jędrzejewska L.: Jakość opieki prenatalnej i perinatalnej. Mag. Piel. Poł., 2003, 12, 26-27.
19. Jędrzejewska L.: Opieka nad matką i dzieckiem w Polsce. Mag. Piel. Poł., 2003, 4, 34-35.
20. Vial-Courmont M.: Medycyna płodowa. Med. Wieku Rozwoj. 2000, 4, 2, Suppl.3, 9-27.
21. Korniszewski L.: Po pierwsze nie ranić-zasady przekazywania niepomyślnych diagnoz. Materiały konferencji „Twoje dziecko ma zespół Downa-lekarze i personel medyczny wobec dramatu matki rodzącej niepełnosprawne dziecko". VIII Międzynarodowa Konferencja z cyklu Czas Dla Rodziców, Warszawa 12-13 marca 2005.
22. Mazurczak T.: Retrospektywne i prospektywne badania problemów rodzin objętych poradnictwem genetycznym. Praca habilitacyjna, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, 1989, 22-31.
23. Błońska- Fajfrowska B., Chabińska J., Chabiński S.: Przegląd metod diagnostycznych stosowanych w medycynie perinatalnej. Śląska Akademia Medyczna, 1999.
24. Bień A.M., Kocki J.: Profilaktyka wad rozwojowych i chorób genetycznych [w:] Opieka przedkoncepcyjna, Stadnicka G. (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2009.
25. Simpson J., Bombard A., Dalton M., Platt L.: Nieinwazyjne badania przesiewowe w kierunku aneuploidii: u kogo, kiedy i dlaczego. Ginekol. Dypl., 2001, 3, 10-21.
26. Stembalska A., Łaczmańska I., Dudarewicz L.: Nieinwazyjne badania prenatalne w diagnostyce aneuploidii chromosomów 13,18 i 21-aspekty teoretyczne i praktyczne. Ginekol. Pol., 2011, 82, 126-132.

27. Badania prenatalne–bezpieczna i spokojna ciąża, http://www.badaniaprenatalne.pl/badania_prenatalne, data pobrania 26.02.2013.
28. Szaflik K.: Intensywna terapia płodu [w:] Ciąża wysokiego ryzyka. Bręborowicz G. (red.), Ośrodek Wydawnictw Naukowych, Poznań, 2000, 439-475.
29. Abramsky L., Chapple J.: Diagnostyka prenatalna. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 1996.
30. Jakubowski L.: Genetyka kliniczna: ogólne zasady postępowania wpływające na efektywność poradnictwa genetycznego [w:] Ginekologia Wieku Rozwojowego. Komorowska A. (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 1991.
31. Brzeziński Z.J.: Jak zapobiegać wrodzonym wadom cewy nerwowej. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, 1999.

Piechocka Dorota I., Dobrzycka Bożena, Terlikowski Sławomir J.

Wpływ masy ciała noworodków na częstość mechanicznych urazów okołoporodowych

Zakład Położnictwa, Ginekologii i Opieki Położniczo-Ginekologicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wstęp

Uszkodzenia porodowe noworodków od dawna stanowią problem nie tylko o charakterze medycznym, ale także społecznym i ekonomicznym. Ich liczba szacowana jest na 1-8 na 1000 żywych urodzeń [1, 2, 3]. Mogą występować w przypadkach, w których nie stwierdza się klasycznych czynników ryzyka: patologii wewnątrzmacicznej-zakażeń lub uszkodzeń polekowych, nieprawidłowego przebiegu porodu, zaburzeń rozwojowych i guzów macicy, schorzeń matki (cukrzycy, nadciśnienia) oraz wielorodności z uprzednio występującymi epizodami urazów noworodków [1, 4, 5].

Są najczęściej wynikiem działania czynników zewnętrznych i wewnętrznych. Mogą uwidocznić się podczas ciąży, w czasie porodu lub bezpośrednio po nim. Dzieci z najlżejszymi uszkodzeniami, na skutek należytej opieki i pielęgnacji szybko wracają do zdrowia [6].

Stały postęp dokonujący się w dziedzinie położnictwa powoduje spadek częstotliwości urazów okołoporodowych. Powrót do pełnej sprawności po wybranych urazach może trwać kilka miesięcy a nawet lat [7, 8]. Dzięki wdrażaniu odpowiednich praktyk diagnostycznych, pielęgnacyjnych, leczniczych i opiekuńczych możliwe jest minimalizowanie efektów uszkodzeń okołoporodowych [9, 10, 11, 12]. Niekiedy dochodzi jednak do trwałego uszkodzenia i upośledzenia pracy narządów wpływających na kondycję fizyczną oraz zdolności umysłowe dzieci [13, 14]. Są też odpowiedzialne za zgony okołoporodowe noworodków [15].

Celem pracy była analiza mechanicznych urazów okołoporodowych noworodków, które nastąpiły podczas porodów w Oddziale Położniczym Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku w latach 2000-2008.

Materiał i metodyka

Po wstępnej ocenie, z ogólnej liczby odbytych w analizowanym okresie 17521 porodów wyłoniono 692 (3,94%), w wyniku których doszło do różnego rodzaju mechanicznych uszkodzeń okołoporodowych.

Na potrzeby pracy utworzono bazę danych zawierającą informacje: socjoekonomiczne i położnicze pacjentek, przebieg obecnego porodu oraz dane dotyczące noworodka.

Jako zmienne w analizie wykorzystano wiek rodzącej, jej rodność, sposób zakończenia ciąży oraz masę ciała noworodka. Częstość występowania poszczególnych typów urazów w zależności od zmiennej analizowano przy pomocy testu chi^2, Pearsona i Fischera pakietem Statistica 10.0PL (StatSoft®, Polska).

Za poziom istotności różnic przyjęto $p<0,05$.

Wyniki

Wśród okołoporodowych urazów mechanicznych noworodków odnotowano w obrębie czaszki 402 (58,09%) krwiaki jednostronne i 39 (5,64%) obustronnych, 202 (29,19%) przypadki uszkodzeń kości obojczykowych noworodków, 22 (3,18%) przypadki porażenia splotu barkowego, 22 (3,18%) nieprawidłowości związane z zaburzeniami napięcia mięśniowego. Ze względu na konieczność skrócenia II okresu porodu, w 5 (0,72%) przypadkach doszło do wgłobienia kości czaszki na skutek zastosowania kleszczy. Podczas cięcia cesarskiego w 8 (1,16%) przypadkach doszło do nacięcia powłok skórnych płodu (Tab. I).

Największa urazowość okołoporodowa noworodków została odnotowana u 418 (60,40%) dzieci pierwiastek i pierworódek. Ponad jedna czwarta urazów mechanicznych rozpoznana została u 181 (26,16%) noworodków matek rodzących po raz drugi. Urazy stwierdzono także w grupie 68 (9,83%) rodzących po raz 3 oraz 25 (3,61%) kobiet o wyższej rodności. Analiza statystyczna wykazała, że rodność kobiet nie miała istotnego wpływu na występowanie mechanicznych urazów u noworodków ($p=0,215$) (Tab. II).

Stwierdzono, że 590 (85,26%) porodów odbyło się drogami natury, podczas których doszło do 598 (58,38%) uszkodzeń noworodków. U niektórych stwierdzono więcej niż jedno uszkodzenie. Przeważającą liczbę uszkodzeń-372 (64,34%) stanowiły krwiaki zewnątrzczaszkowe jedno- i obustronne (Tab. III).

Tabela I. Rodzaj mechanicznych urazów okołoporodowych noworodków.

Rodzaj uszkodzenia		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Razem
Krwiak zewnątrzoponowy jednostronny	n	39	37	47	42	49	54	48	43	46	402
p=0,729	%	60,00	50,68	67,69	56,76	59,76	56,25	54,55	58,11	61,33	58,09
Krwiaki zewnątrzoponowe obustronne	n	6	6	3	5	4	0	8	4	3	39
p=0,203	%	9,23	8,22	4,62	6,76	4,88	0,00	9,09	5,41	4,00	5,64
Otoczka halo	n	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
p=0,387	%	0,00	1,37	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,14
Wylewy podskórne martwica tkanek	n	0	0	0	0	0	0	2	2	0	4
p=0,102	%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,27	2,70	0,00	0,58
Przerwanie namiotu móżdżku	n	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
p=0,550	%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,14	0,00	0,00	0,14
Obojczyk	n	19	25	15	25	26	26	22	22	22	202
p=0,853	%	29,23	34,25	23,08	33,78	31,71	27,08	25,00	29,73	29,33	29,19
Złamanie kości ramiennej kończyny górnej	n	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
p=0,387	%	0,00	1,37	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,14
Porażenie splotu barkowego	n	1	1	1	3	1	6	3	3	3	22
p=0,600	%	1,54	1,37	1,54	4,05	1,22	6,25	3,41	4,05	4,00	3,18
Napięcie mięśniowe	n	1	1	2	1	0	7	5	3	2	22
p=0,144	%	1,54	1,37	3,08	1,35	0,00	7,29	5,68	4,05	2,67	3,18
Drgawki	n	0	1	0	0	1	0	1	2	1	6
p=0,634	%	0,00	1,37	0,00	0,00	1,22	0,00	1,14	2,70	1,36	0,87
Nacięcie powłok skóry	n	2	0	0	0	2	1	3	0	0	8
p=0,179	%	3,08	0,00	0,00	0,00	2,44	1,04	3,41	0,00	0,00	1,16
Wgłobienia kości czaszki	n	1	0	0	0	2	0	2	0	0	5
p=0,248	%	1,54	0,00	0,00	0,00	2,44	0,00	2,27	0,00	0,00	0,72
Opadanie kącika ust	n	0	0	0	0	3	1	0	0	0	4
p=0,031	%	0,00	0,00	0,00	0,00	3,66	1,04	0,00	0,00	0,00	0,58

Tabela II. Wiek kobiet a częstość urazów mechanicznych noworodków.

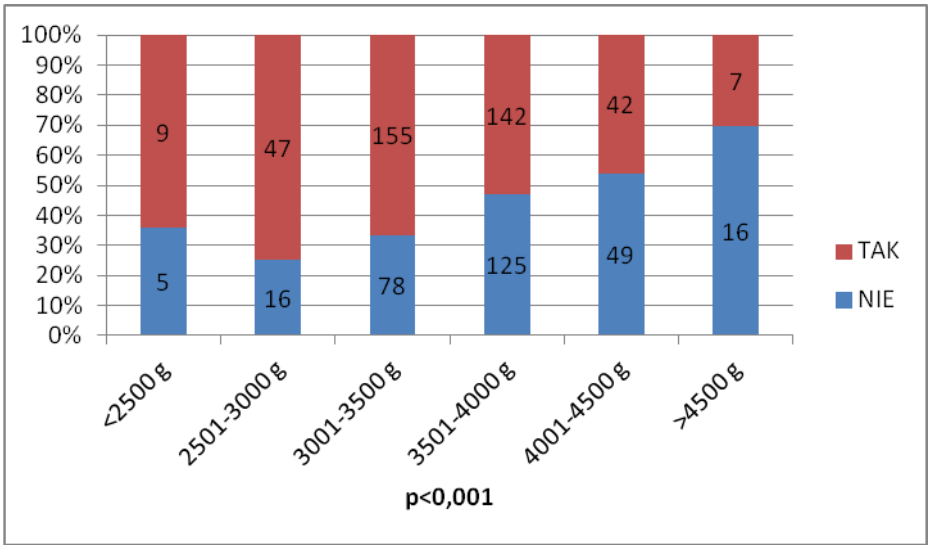
Rodzaj uszkodzenia		Lata 2000- 2008							Wartość p
		<19	20-25	26-30	31-35	36-40	>41r.ż.	Razem- liczba kobiet N=687	
Krwiak zewnątrzoponowy jednostronny	n %	11 57,89	147 63,36	151 56,98	69 55,20	19 47,50	3 50,00	400 58,22	0,390
Krwiaki zewnątrzoponowe obustronne	n %	0 0,00	16 6,90	15 5,66	4 3,20	3 7,50	0 0,00	38 5,53	0,564
Otoczka halo	n %	0 0,00	0 0,00	1 0,38	0 0,00	0 0,00	0 0,00	1 0,15	0,902
Wylewy podskórne martwica tkanek miękkich	n %	0 0,00	1 0,43	1 0,38	2 1,60	0 0,00	0 0,00	4 0,58	0,715
Przerwanie namiotu móżdżku	n %	0 0,00	0 0,00	0 0,00	1 0,80	0 0,00	0 0,00	1 0,15	0,480
Złamanie kości obojczykowej	n %	6 31,58	64 27,59	76 28,68	41 32,80	12 30,00	2 33,33	201 29,26	0,943
Złamanie kości ramiennej kończyny górnej	n %	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	1 2,50	0 0,00	1 0,15	0,335
Porażenie nerwów splotu barkowego	n %	0 0,00	3 1,29	10 3,77	7 5,60	2 5,00	0 0,00	22 3,20	0,255
Zaburzenia napięcia mięśniowego	n %	1 5,26	8 3,45	7 2,64	2 1,60	2 5,00	1 16,67	21 3,06	0,332
Drgawki	n %	0 0,00	2 0,86	0 0,00	3 2,40	1 2,50	0 0,00	6 0,87	0,210
Nacięcie powłok skórnych	n %	0 0,00	1 0,43	5 1,89	1 0,80	0 0,00	0 0,00	7 1,02	0,623
Wgłobienia kości czaszki	n %	1 5,26	2 0,86	2 0,75	0 0,00	0 0,00	0 0,00	5 0,73	0,242
Opadanie kącika ust	n %	0 0,00	2 0,86	0 0,00	1 0,80	1 2,50	0 0,00	4 0,58	0,459
Liczba urazów- razem	n	19	246	268	131	41	6	711	

Tabela III. Rodzaj uszkodzenia a sposób zakończenia ciąży.

Rodzaj uszkodzenia		Sposób zakończenia ciąży						
		Drogami i siłami natury n=590	Kleszcze n=9	Próżnociąg położniczy n=22	Pomoc ręczna=4	Cięcie cesarskie n=67	Razem n=692	Wartość p
Krwiak zewnątrzoponowy jednostronny	N	338	6	19	3	32	398	0,018
	%	58,3	66,67	82,61	75	44,44	57,93	
Krwiak zewnątrzoponowy dwustronny	N	35	1	0	0	3	39	0,631
	%	6,04	11,11	0,00	0,00	4,17	5,68	
Otoczka halo	N	0	0	0	0	1	1	0,073
	%	0,00	0,00	0,00	0,00	1,39	0,15	
Wylewy podskórne martwice	N	3	0	0	0	1	4	0,900
	%	0,52	0,00	0,00	0,00	1,39	0,58	
Przerwanie namiotu móżdżku	N	1	0	0	0	0	1	0,996
	%	0.017	0,00	0,00	0,00	0,00	0,15	
Złamanie kości obojczykowej	N	182	1	5	0	13	201	0,052
	%	31,43	11,11	21,74	0,00	18,06	29,26	
Złamanie kości ramiennej kończ. górnej	n	1	0	0	0	0	1	0,996
	%	0,17	0,00	0,00	0,00	0,00	0,15	
Porażenie splotu barkowego	n	20	0	1	0	1	22	0,842
	%	3,45	0,00	4,35	0,00	1,39	3,20	
Zaburzenia napięcia mięśniowego	n	10	0	2	0	10	22	<0,001
	%	1,73	0,00	8,70	0,00	13,89	3,20	
Drgawki	n	4	1	0	0	1	6	0,021
	%	0,69	11,11	0,00	0,00	1,39	0,87	
Nacięcie naskórka	n	0	0	0	1	7	8	<0,001
	%	0,00	0,00	0,00	25,00	9,72	1,16	
Wgłobienia kości czaszki	n	2	1	0	0	2	5	0,001
	%	0,35	11,11	0,00	0,00	2,78	0,73	
Opadanie kącika ust	n	2	0	0	0	2	4	0,149
	%	0,35	0,00	0,00	0,00	2,78	0,58	
Razem		598	10	25	4	73	712	

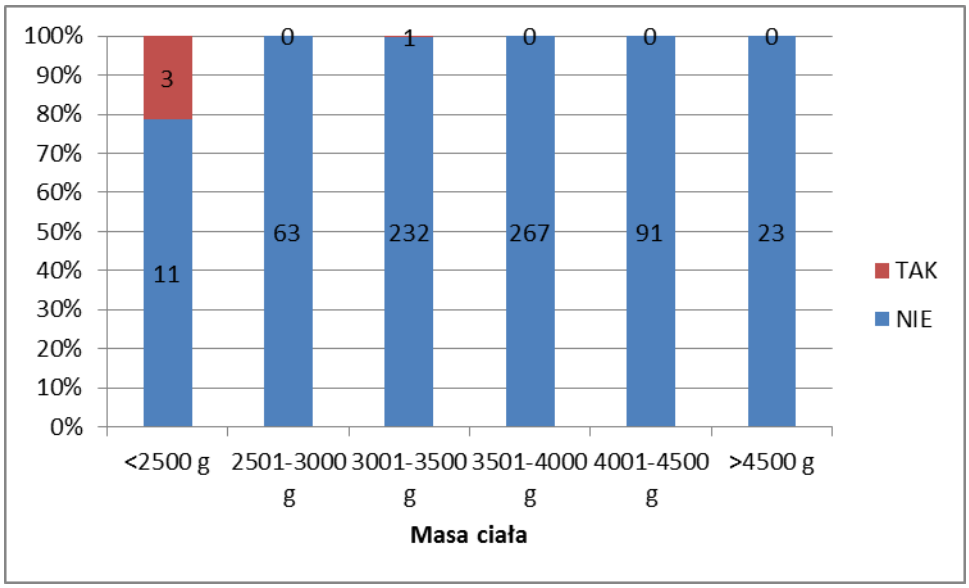
Wylewy zewnątrzczaszkowe stanowiły jeden z 2 rodzajów urazów pojawiających się we wszystkich grupach wagowych. Najliczniejszą grupę z rozpoznanym po porodzie krwiakiem zewnątrzczaszkowym stanowiła ta, w której masa ciała wynosiła od 3001 do 3500 g. Wśród 233 noworodków, aż u 155 (66,52%) rozpoznano krwiaka zewnątrzoponowego. Kolejną pod względem częstości tego uszkodzenia była grupa 142 dzieci z masą ciała w przedziale 3501-4000 g. Wśród 267 urodzonych z tą masą noworodków ponad połowę (53,18%) stanowiły dzieci z krwiakiem zewnątrzoponowym jednostronnym. Wśród 14 (2,02%) z masą ciała poniżej 2500 g, aż u 9 (64,28%) odnotowano po porodzie krwiaka zewnątrzczaszkowego. Wykazano, że częstość tego rodzaju uszkodzenia okołoporodowego

u noworodka maleje wraz ze wzrostem masy ciała (p<0,001). Wyjątek stanowią noworodki z grupy, w której masa ciała była mniejsza niż 2500 g (Ryc. 1).



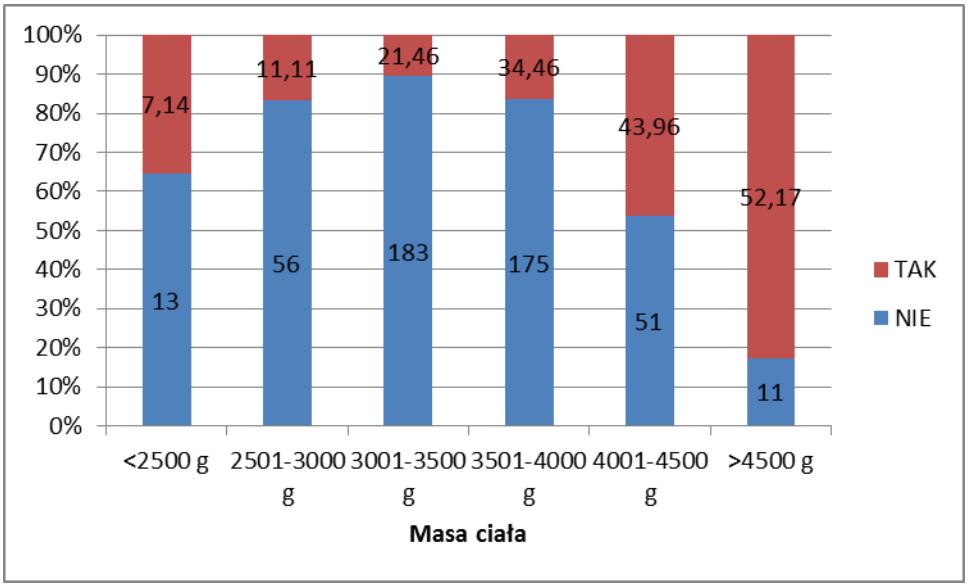
Rycina 1. Masa ciała noworodka a częstość występowania krwiaka zewnątrzoponowego.

Kolejny rodzaj urazu okołoporodowego, o istotnym statystycznie znaczeniu, stanowiły rozległe wylewy i martwice tkanek miękkich. Większość tego typu uszkodzeń dotyczyła noworodków, których masa urodzeniowa nie przekroczyła 2500 g i był to wynik istotny statystycznie w tej grupie wagowej (p<0,001) (Ryc. 2).



Rycina 2. Masa ciała noworodka a częstość wylewów podskórnych/martwicy.

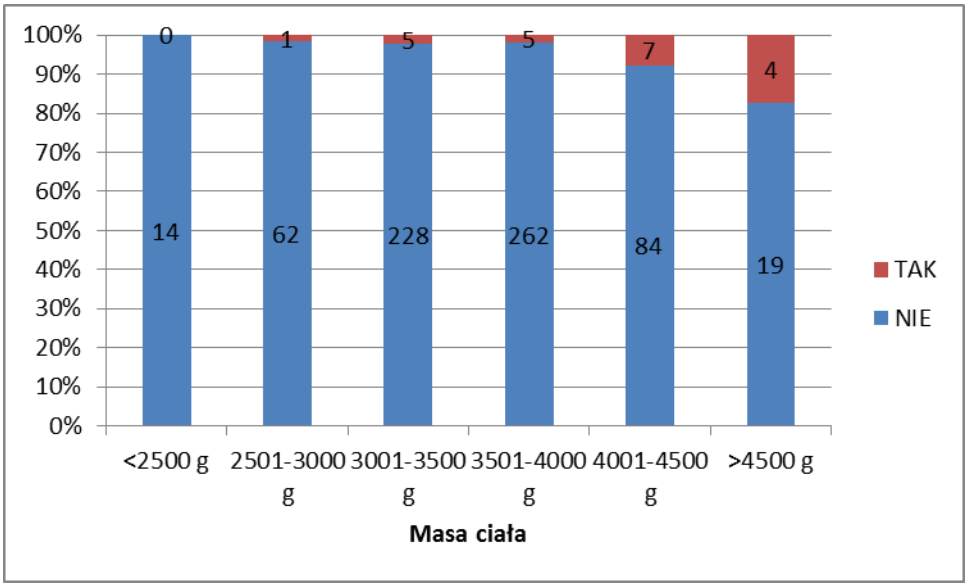
Uszkodzeniem okołoporodowym, które pojawiało się w każdej z grup wagowych noworodków było także złamanie obojczyka. Uraz tego typu stwierdzono u 1 z 14 noworodków o masie ciała poniżej 2500 g, co stanowiło 7,14% w tym przedziale wagowym oraz u 7 (11,11%) z prawidłową masą ciała, ale oscylującą w jej dolnych granicach (2501 do 3000 g). W przedziale 3001-3500 g pojawił się gwałtowny wzrost liczby noworodków ze złamaniami obojczyka. Odnotowano 50 (21,46%) przypadków na 233 noworodków w tym przedziale wagowym. Ich liczba uległa podwojeniu, do 92 (34,46%) wraz ze wzrostem masy ciała o kolejne 500 g. Co 4 ważący od 3501 do 4000 g urodził się z uszkodzeniem obojczyka. Z ogólnej liczby 91 noworodków w kolejnym przedziale wagowym (4001-4500 g), u 40 (43,96%) rozpoznano złamanie obojczyka. Z masą ciała powyżej 4500 g urodziły się 23 noworodki. W tej grupie złamania stwierdzono u 12 (52,17%). Wykazano, że wzrost masy ciała noworodka koreluje znacząco z ryzykiem złamania kości obojczyka ($p<0,001$) (Ryc. 3).



Rycina 3. Masa ciała noworodka a częstość złamań obojczyka.

Okołoporodowe porażenie splotu barkowego stanowi najbardziej widoczny i jednocześnie jeden z cięższych urazów u noworodków. Nie odnotowano żadnego tego typu urazu w grupie dzieci z masą ciała nie przekraczającą 2500 g. W przypadku 63 dzieci z masą nie przekraczającą 3000 g, tego typu uraz odnotowano 1 (1,58%). W przedziałach 3001-3500 g oraz 3501-4000 g odnotowano po 5 takich przypadków (odpowiednio: 2,14% oraz 1,84%). Częstość występowania tego urazu znacząco rośnie wraz z masą ciała noworodka. Gwałtowny wzrost częstości występowania porażenia splotu barkowego odnotowano wśród

noworodków ważących od 4001 do 4500 g (7,69%). Wśród 23 noworodków o masie ciała przewyższającej 4500 g, rozpoznano je u 4 (17,39%) (p<0,001) (Ryc. 4).



Rycina 4. Masa ciała noworodka a częstość porażenia splotu barkowego.

Dyskusja

Mimo stale zmniejszającej się liczby urazów okołoporodowych nadal stanowią one istotny problem kliniczny. W badaniach własnych najwyższą liczbę urazów (268) odnotowano w grupie matek 26-30 letnich, natomiast 246 uszkodzeń odniosły noworodki matek 20-25-letnich. U rodzących po 30 roku życia odnotowano 131 urazów. Radykalny spadek rodności kobiet po 35 roku życia pociąga za sobą obecność mniej licznej grupy noworodków z urazami mechanicznymi. W tej grupie odnotowano 46 urazów. U matek powyżej 41 roku stwierdzono ich 6. W badaniach wykazano, że liczba urazów w grupie kobiet rodzących po raz pierwszy była wyższa w stosunku do pozostałych i wykazywała tendencję wzrostową (36→58) na przestrzeni analizowanych 9 lat. Częstość mechanicznych urazów okołoporodowych noworodków rodzących się z ciąż pojedynczych oceniono na 3,19-4,92% wszystkich porodów, średnio w analizowanym okresie 9 lat-3,94%. Najliczniejszą grupę noworodków z uszkodzeniami mechanicznymi odnotowano w roku 2005-95 (13,76%), najmniej liczną-65 (9,42%) w roku 2000.

Acker i wsp. [16] jako pierwsi zwrócili uwagę na większą liczbę przypadków porażenia typu Erb'a u noworodków urodzonych przez wieloródki. W przeprowadzonej analizie ponad 32% przypadków uszkodzenia przypisali szybkiemu przebiegowi porodu a nie budowie miednicy.

Makrosomia jest jednym z głównych czynników przedporodowych wpływających na wzrost ryzyka obrażeń okołoporodowych płodu. Wielu autorów jest zgodnych, że jest niezależnym czynnikiem predysponującym do pojawienia się podczas porodu dystocji barkowej [17, 18, 19]. Istnieje w tym temacie duża liczba metaanaliz systematyzujących ryzyko w grupach o różnej masie ciała. Jednak tego typu powikłania wcale nie muszą być związane wyłącznie z makrosomią płodu czy też nieprawidłowym postępowaniem położniczym podczas porodu. Okazuje się, że uszkodzenia splotu ramiennego mogą być konsekwencją patologii wewnątrzmacicznej, przebiegu porodu lub występować bez istnienia znanych czynników ryzyka, nie określonych błędem ludzkim. [20, 21].

Badania Delpapy i wsp. [22], Bensona i wsp. [23] oraz Jazzayeri i wsp. [24] w zakresie diagnostyki ultrasonograficznej zwracają uwagę na możliwość wczesnego i trafnego rozpoznawania makrosomii płodu. Niestety, nie dają pewności co do oceny wielkości badanych płodów. Nawet używanie standardowych procedur opartych na ultrasonografii przezbrzusznej i ciągłe udoskonalanie tejże techniki nie pozwala bezbłędnie określić masy ciała rodzącego się dziecka. Delpapa i wsp. [22] dopuszczają błąd rzędu 500 g na przestrzeni kilku dni, Benson i wsp. [23] utrzymują, że wynik poprawny da się przewidzieć jedynie u 47% płodów, Jazzayeri i wsp. [24] ocenili, że tylko 9% wyników jest prawidłowych w przypadku płodów ważących powyżej 4500 g. Dębski i wsp. za najbardziej optymalne uznaje, by dopuścić błąd wyliczenia masy płodu wielkości 15-20%. [25].

Najwyższą urazowość okołoporodową odnotowano u 418 (60,40%) noworodków pierwiastek i pierworódek, co stanowiło 2,39% wszystkich rodzących w latach 2000-2008. Ponad jedną czwartą urazów mechanicznych rozpoznano u 181 (26,16%) noworodków matek rodzących po raz drugi. Stanowiły one 1,03% ogółu rodzących. Drugą grupą uszkodzeń pod względem częstości występowania były złamania kości obojczykowej. Stanowiły 1/4 wszystkich urazów mechanicznych odnotowanych u pierwiastek i 1/3 u rodzących po raz drugi. Liczba tego typu urazów maleje wraz z rodnością kobiet. Trzecim pod względem częstości występowania urazem mechanicznym było w badanej grupie porażenie splotu barkowego. Najwięcej tego typu uszkodzeń odnotowano podczas pierwszego porodu. Niespodziewanie urazy te dotyczyły także noworodków kobiet rodzących wielokrotnie.

Z przeglądu piśmiennictwa wynika, że z powstawaniem urazów i uszkodzeń płodów i noworodków w okresie okołoporodowym najczęściej mają związek nieprawidłowo przeprowadzone czynności przy rodzącej oraz stosowanie instrumentarium położniczego, które może powodować obrażenia podczas przemieszczania się płodu w kanale rodnym [26, 27].

Badania dotyczące zminimalizowania ryzyka wystąpienia powikłań dystocji barkowej poprzez rozwiązanie ciężarnej cieciem cesarskim podkreślają, że nie jest to do końca celne rozwiązanie. Ustalono, że nie wykluczy się w ten sposób całkowicie ryzyka. Można jedynie wpłynąć na jego zmniejszenie [28, 29]. Michelow i wsp. [29] ustalili częstość występowania uszkodzeń splotu barkowego podczas cięcia cesarskiego na 1%. Badania własne mówią o 13 przypadkach złamań kości obojczykowych (18,06%) bez deklaracji o dystocji barkowej podczas wydobywania płodu. McFarland i wsp. [30] są przekonani, że cięcie cesarskie nie eliminuje tego powikłania, podobnie jak Bryanta i wsp., [31], Rouse i wsp. [32] czy też Graham i wsp. [33]. Według Noncon i wsp. [34] żadna ze stosowanych technik nie znosi całkowicie ryzyka tego typu powikłań.

Mimo panującego ogólnie poglądu, że pomoc ręczna niesie większe prawdopodobieństwo powikłań dla matki i płodu, w badaniach własnych odnotowano, że rodzaj uszkodzeń towarzyszących tego typu działaniom był najmniej niekorzystny dla noworodków.

Częstość występowania wybranych urazów mechanicznych udało się porównać w ograniczonym stopniu, w zależności od badanych parametrów jedynie w przypadku urazów splotów barkowych. Wśród 17521 urodzonych w analizowanym okresie noworodków odnotowano 22 przypadki porażenia splotu barkowego oraz określono częstość jego występowania na 1,25 na 1000 żywych urodzeń. Podobne wyniki uzyskała Foad i wsp. (1,51/1000) [35]. Wcześniejsze doniesienia Evans-Jones i wsp. [36] określają częstość porażeń splotu ramiennego w Wielkiej Brytanii i Irlandii na 0,42/1000 żywych urodzeń. W badaniach przeprowadzonych w latach 2000-2004 na populacji dzieci afrykańskich (Nigeria) przez Ogunlusi i wsp. [37] oraz na Jamajce przez Christie i wsp. [38] określono jedynie liczbę występujących urazów, odpowiednio na 362 oraz 89. Nie dało to możliwości porównania w stosunku do liczby żywych urodzeń. W Wielkiej Brytanii i Irlandii średni wiek rodzących był nieco wyższy i wynosił 28 lat, przy rozpiętości 25-30,3 lat dla całej badanej grupy matek [36]. Nigeryjki rodziły w 28,4 roku życia, przy czym średnie odchylenie wynosiło ok. 7,4 roku. Na Jamajce średni wiek kobiety rodzącej to 29 lat z odchyleniem 6,2 roku [37, 38]. Brak jest doniesień dotyczących wieku rodzących w Stanach Zjednoczonych. W badaniach własnych wiek matek, u których dzieci rozpoznano urazy splotu barkowego wynosił 27,97±6,93 roku, przy czym najmłodsza rodząca miała lat 17 a najstarsza 43. Przy urazowości 4 kraje podały szacunkowe wartości masy ciała dzieci z rozpoznanymi urazami okołoporodowymi. W Polsce, średnia masa wyniosła 3,6 kg (0,42-5,3 kg). Sibiński i wsp. [39] poddali analizie masę ciała 162 dzieci z uszkodzeniami splotów barkowych i podali średnią 4,2 kg (2,4-5,5 kg). W

badaniach angielskich wartość ta wyniosła 4,2 (przy rozpiętości 0,6-5,8 kg), a na Jamajce - 3,8 kg ze średnim odchyleniem 0,4 kg [38]. Badania nigeryjskie podają rozpiętość rzędu 1,75-4,2 kg bez określenia średniej [37].

Większość autorów uważa, iż za uraz splotu ramiennego odpowiedzialna jest duża masa płodu lub rozpoznanie tzw. makrosomii (>4000 g). W przeprowadzonych badaniach własnych masę ciała > 4000 g odnotowano u 114 dzieci (16,47%), z czego po porodzie tylko u 22 (19,29%) rozpoznano tego typu uraz. W badaniach Evans-Jones i wsp. liczba badanych wyniosła 192. Badania Foad i wsp. [35] oraz Ogunlusi i wsp. [37] tego typu danych nie podają. Na Jamajce, wśród 69 przypadków obrażeń splotu ramiennego 24 stanowiły noworodki makrosomiczne [38].

Stale dokonujący się postęp w opiece perinatalnej i położnictwie sprawia, że istotnie zmniejsza się liczba urazów okołoporodowych. Pozostają one jednak nadal ważnym problemem klinicznym, ponieważ wiele z nich stanowi zagrożenie zdrowia, a niektóre nawet życia noworodka. Decydujące znaczenie w zapobieganiu urazom okołoporodowym lub łagodzeniu ich następstw ma podjęcie decyzji dotyczącej przyspieszenia terminu porodu, wybór właściwej drogi rozwiązania ciąży oraz odbycie porodu w ośrodku, w którym ryzyko urazu jest najmniejsze. Przeprowadzone badania własne pozwoliły na identyfikację grupy noworodków szczególnie narażonych na wystąpienie okołoporodowych urazów mechanicznych. Objęcie ich matek wnikliwą opieką przedkoncepcyjną, perinatalną oraz położniczą może przyczynić się do dalszego ich ograniczenia.

Wnioski

1. Liczba urazów okołoporodowych noworodków kobiet rodzących po raz pierwszy jest najwyższa i wykazuje stałą tendencję wzrostową na przestrzeni analizowanych 9 lat.
2. Najczęstszym urazem okołoporodowym w badanej grupie noworodków były krwiaki zewnątrzczaszkowe. Ryzyko ich wystąpienia maleje wraz ze wzrostem masy ciała. Wyjątek stanowią noworodki z masą ciała poniżej 2500 g.
3. Liczba przypadków złamania obojczyka wykazuje tendencję spadkową wraz z rodnością kobiet. Wzrost masy ciała noworodków koreluje znacząco z ryzykiem wystąpienia uszkodzenia i jest proporcjonalne do masy ciała.
4. Ryzyko porażenia splotu barkowego istotnie rośnie wraz z masą ciała noworodka i częściej dotyczy rodzących wielokrotnie.
5. Wylewy i martwice tkanek miękkich częściej występują u noworodków z masą urodzeniową poniżej 2500 g.

Piśmiennictwo

1. Chilarski A.: Szczególne okoliczności niektórych urazów okołoporodowych. Rocz. Dziec. Chir. Uraz., 2005, 9, 48-53.
2. Christofersson M., Rydhströem H.: Shoulder dystocia and brachial plexus injury: a population-based study. Gynecol. Obstet. Invest., 2002, 53, 42-47.
3. Doumouchtsis S.K., Arulkumaran S.: Are all brachial plexus injuries caused by shoulder dystocia? Obstet. Gynecol. Surv., 2009, 64, 615-623.
4. Pschirrer R., Hollier L.M.: Kiedy dochodzi do neurologicznego uszkodzenia płodu? Ginekologia po Dyplomie, 2003, 5, 54-62.
5. Mehta S.H., Blacwell S.C., Bujolds E., Sokol R.J.: What factors are associated with neonatal injury following shoulder dystocia. J. Perinatol., 2006, 26, 85-88.
6. Klempous J., Miśkiewicz P., Rutkowski T., Kuś H.: Porażenie splotu ramiennego u dzieci. Surg. Child. Int., 1998, 6 supl.2, 360-361.
7. Michałowska-Mrożek B., Bronisławska E., Syczewska M., Graff K.: Odległe wyniki usprawniania psychoruchowego niemowląt z objawami ciążowo-okołoporodowego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Post. Rehabil., 1998, 12, 45-51.
8. Miszczyk-Cieślak K.: Okołoporodowe uszkodzenie splotu barkowego-sposoby leczenia oparte na neruokinezjologicznych metodach rehabilitacji. Post. Rehabil., 1998, 12, 153-156.
9. Roland E.H., Hill A.: Intraventricular hemorrhage and posthemorrhagic hydrocephalus. Current and potential future interventions. Clin. Perinatol., 1997, 24, 589-605.
10. Radecka G., Jabłońska-Brudło J., Jabłońska B.: Rola fizjoterapii we wczesnym okresie leczenia następstw okołoporodowego uszkodzenia splotu ramiennego u dzieci. Baln. Pol., 1998, 40, 72-78.
11. Rutkowski R., Klempous J., Miśkiewicz P. i wsp.: Leczenie chirurgiczne okołoporodowych urazów splotu ramiennego. Rocz. Dziec. Chir. Uraz., 2000, 3, 109-111.
12. Dyga-Konarska M.: Psychologiczna ocena dynamiki rozwoju dzieci sześcioletnich z wczesnym uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego objętych kompleksowym leczeniem. Pediatr. Pol., 1998, 73, 305-310.
13. Nyka W., Jabłońska-Brudło J., Komosa T.: Odległe następstwa okołoporodowego uszkodzenia splotu ramiennego. Post. Rehabil., 1996, 10, supl.2, 174-182.

14. Chrostowska I.: Zastosowanie metody Voity w celu diagnostyki i rehabilitacji dzieci z miogennym kręczem szyi. Post. Rehabil., 2000, 14, 13-21.
15. Oleszczuk J., Leszczyńska Gorzelak B., Poniedziałek-Czajkowska E: Rekomendacje w najczęstszych powikłaniach ciąży i porodu. Wydawnictwo BiFolium, Lublin, 2002.
16. Acker D., Gregory K., Sachs B., Friedman E.: Risk factors for Erb-Duchenne palsy. Obstet. Gynecol., 1988, 71, 389-392.
17. Nadas S., Gudinchet F., Capasso P., Reinberg O.: Predisposing factors in obstetrical fractures. Sceletal Radiol., 1993, 22, 195-198.
18. Bhat V., Ravikumara, Oumachigui A.: Nerve injuries due to obstetric trauma. Indian J. Pediatr., 1995, 62, 207-212.
19. Gosk J., Rutkowski R.: Obrażenia układu kostno-stawowego towarzyszące okołoporodowym uszkodzeniom splotu ramiennego. Adv. Clin. Exp. Med., 2006, 15, 297-301.
20. Pollack R.N., Buchman A.S., Yaffe H. et al.: Obstetrical brachial palsy: pathogenesis, risk factors and prevention. Clin. Obstet. Gynecol., 2000, 43, 236-246.
21. Ouzonian J.G., Korst L.K., Phelan J.P.: Permanent Erb's pulsy: a lack of relationship with obstretrical risk factors. Am. J. Perinatol., 1998, 15, 221-223.
22. Delpapa D.H., Mueller- Heubach E.: Pregnancy outcome following ultrasound diagnosis of macrosomia. Obstet. Gynecol., 1991, 78, 340-343.
23. Benson C.B., Doubilet P.M., Saltzman D.H.: Sonographic determination of fetal weights in diabetic pregnances. Am. J. Obset. Gynecol., 1987, 156, 441-444.
24. Jazayeri A., Heffron JA., Philips R., Spellacy W.: Macrosomia prediction using ultrasound fetal abdominal circumference of 35 cm or more. Obstet. Gynecol., 1999, 93, 523-526.
25. Dębski R., Suzin J., Pertyński T.: Badanie USG w położnictwie i ginekologii. W: Jakubowski W. (red.): Standardy badań ultrasonograficznych. Praktyczna Ultrasonografia. Warszawa-Zamość, 2003.
26. Salonen I.S., Uusitalo R.: Birth injures: incidence and predisposing factors. Z. Kinderchir., 1990, 45, 133-135.
27. Resnik R.: Management of shoulder girdle dystocia. Clin. Obstet. Gynecol., 1980, 23, 559-564.
28. Ecker J.L., Greenberg J.A., Norwitz E.R., Nadel A.S, Repke J.T.: Birth weight as a predictor of brachial plexus injury. Obstet. Gynecol., 1997, 89, 643-647.

29. Michelow B., Clarke H.M., Curtis C.G. i wsp.: The natural history of obstetrical brachial plexus palsy. Plast. Reconst. Surg., 1994, 93, 675-680.
30. McFarland I.V., Raskin M., Daling J., Benedetti T.J.: W Erb-Duschenne's palsy: a consequence of fetal macrosomia and method of delivery. Obstet. Gynecol., 1986, 68, 784-788.
31. Bryant D.R., Leonardi M.R., Landwehr J.B. et al .: Limited usefulness of fetal weight in predicting neonatal brachial plexus injury. Am. Obstet. Gynecol., 1998, 179, 686-689.
32. Rouse D.J, Owen J, Goldenberg R.L. i wsp.: The effectiveness and costs of elective cesarean delivery for fetal macrosomia diagnosed by ultrasound. JAMA, 1996, 276, 1480-1486.
33. Graham E.M., Forouzan I., Morgan M.A.: A retrospective analysis of Erb's palsy casus and their relation to birth weight and trauma at delivery. J. Matern. Fetal. Med., 1997, 6, 1-5.
34. Noncon J.J., McKenzie D.K., Thomas L.J. i wsp.: Shoulder dystocia: an analysis of risk and obstetric maneuvers. Am. J. Obstet. Gynecol., 1993, 168, 1732-1739.
35. Foad S.L., Mehlman Ch.T., Ying J.: The epidemiology of neonatal brachial plexus palsy in the US. J. Bone Joint Surg. Am., 2008, 90, 1258-1264.
36. Evans-Jones G., Kay SP., Weindling AM. et al.: Congenital brachial palsy: incidence, causes, and outcome in the United Kingdom and Republic of Ireland. Arch. Dis. Child. Fetal. Neonatal. Ed., 2003, 88(3), F185-189.
37. Ogunlusi J.D., Ikem I.C, Ogunlusi O.O.: Orthopaedic birth injures in a Nigerian Hospital. Internet J. Pediatr. Neonat., 2008, 8, 6-12.
38. Christie L.R., Harriott J.A., Mitchell S.Y. et al.: Shoulder dystocia in a Jamaican cohort. Int. J. Gynaecol. Obstet., 2009, 104, 25-27.
39. Sibiński M., Synder M.: Okołoporodowe porażenie splotu ramiennego-czynniki ryzyka i rokowanie. Ortopedia, Traumatologia, Rehabilitacja, 2007, 6, 569-576.

Piechocka Dorota I.[1], Dobrzycka Bożena[1], Łapińska Paulina[1], Piotr Kinalski Piotr[1], Michalak Jr. Stanisław[1], Gierasimczuk Bogusława[1], Fedeńczuk Tomasz[2], Kalisz Anna[1], Sienkiewicz Anna[1], Terlikowski Sławomir J.[1]

Analiza przebiegu ciąży, porodu i połogu u pacjentek z rozpoznaną padaczką

1. Zakład Położnictwa, Ginekologii i Opieki Położniczo-Ginekologicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Oddział Ginekologiczno-Położniczy, Samodzielny Publiczny ZOZ Wojewódzki Szpital im. J. Śniadeckiego w Białymstoku

Wstęp

Epilepsja to przewlekły zespół objawów somatycznych, wegetatywnych i psychopatologicznych, który charakteryzuje się powtarzalnością zaburzeń czynności mózgu ukazującą się pod postacią co najmniej dwóch napadów drgawkowych [1, 2, 3].

Padaczka według WHO jest przewlekłym schorzeniem charakteryzującym się powtarzalnością napadów, które mogą zaczynać się krótkotrwałymi szarpnięciami mięśni, a prowadzić do długotrwałych ciężkich drgawek. Drgawki są spowodowane nagłymi, zwykle krótkimi, nadmiernymi wyładowaniami elektrycznymi w grupie komórek mózgu [4].

Napadem padaczkowym nazywamy krótkotrwałe zaburzenia czynności mózgu, które powstają na skutek nadmiernych i nieuporządkowanych wyładowań bioelektrycznych w tkance nerwowej. Padaczkę diagnozuje się po przebyciu co najmniej 2 napadów padaczkowych [5, 6, 7].

Stanem padaczkowym nazywamy napad trwający dłużej niż 30 min. lub kilka napadów występujących jeden po drugim, gdzie pacjent nie odzyskuje przytomności. Jest to sytuacja zagrożenia życia, która niewłaściwie rozpoznana i leczona może skutkować powikłaniami ogólnoustrojowymi i neurologicznymi. Pojawia się w wyniku zmiany, zmniejszenia dawki lub odstawienia leków przeciwpadaczkowych (LPP), zatrucia lekami, choroby z towarzyszącym stanem gorączkowym, infekcji, niedotlenienia, zaburzeń metabolicznych, zatrucia alkoholem, deficytu snu, urazu głowy, udaru mózgu czy obecności ciąży [3, 8, 9].

Występuje wiele czynników, które wywołują napady padaczkowe. Pomimo, iż choroba ta jest przedmiotem wieloletnich badań, to w 65-75% przypadków jej przyczyny są niejednoznaczne lub nierozpoznawalne [10, 11, 12].

Wśród najczęściej podawanych przyczyn wymienia się: urazy głowy (5-20%) włączając urazy okołoporodowe (10-14%), naczyniowe choroby mózgu (5%), zakażenie OUN (5%), choroby zwyrodnieniowe i demielinizacyjne (ok. 5%), wady wrodzone (4%), guzy mózgu (4%), zapalenie mózgu i opon mózgowo-rdzeniowych (3%), nowotwory z przerzutami do mózgu (2%), przyczyny toksyczno-metaboliczne (1,5-2%), predyspozycje genetyczne (1-1,5%) [6, 12, 13]. Inni autorzy wskazują na: choroby naczyniowe (46,4%), alkoholizm (13,6%), guzy mózgu (10,2%), urazy głowy (8,8%), alkohol z urazem (6,3%), procesy zapalne (4%) oraz wiek [2, 14, 15].

Prawidłowo przeprowadzona diagnostyka ma zasadnicze znaczenie w ustaleniu charakteru napadów padaczkowych, późniejszym wyborze LPP oraz rekomendacji terapeutycznych. Wiele występujących chorób może być błędnie przypisanych lub rozpoznanych jako napady epileptyczne, stąd ważne jest ustalenie postaci klinicznej choroby [16, 17]. Ważny jest wywiad rodzinny dotyczący chorób neurologicznych, przebytych urazów okołoporodowych, urazów głowy, zapaleń mózgu, czasu pierwszego napadu, towarzyszących symptomów ponapadowych. Diagnostyka różnicowa powinna obejmować: omdlenia ortostatyczne, napady afektywnego bezdechu, zaburzenia pracy serca, migrenę, łagodne napadowe zawroty głowy, hipoglikemię, napady psychogenne, dystonię, pozycję odmóżdżeniową, splątanie oraz lęk napadowy, narkolepsję, rzekome napady padaczkowe. Dużą rolę w rozpoznaniu epilepsji odgrywa badanie czynności bioelektrycznej mózgu, elektroencefalografia (EEG), video-EEG z możliwością oceny objawów klinicznych powiązanych z czynnością napadową [3, 10, 18].

Na padaczkę choruje około 40% kobiet w wieku rozrodczym, w tym 0,3-1% ciężarnych. Ciąża predysponuje do wystąpienia pierwszych objawów schorzenia tzw. „padaczki ciążowej", która jest spowodowana przejściowym obniżeniem progu drgawkowego. Dane statystyczne wskazują, iż rocznie rodzi się 0,3-0,4% noworodków, których matki chorują na padaczkę [1, 19, 20, 21].

Ciążę u chorej na epilepsję zalicza się do grupy ciąż wysokiego ryzyka położniczego. Kobiety, które deklarują chęć posiadania potomstwa powinny być objęte specjalistycznym postępowaniem, by ograniczyć ryzyko dla przyszłej matki i płodu [1, 22, 23].

Opieka przedciążowa powinna bazować na dokładnym wywiadzie, który dotyczy przebiegu choroby, czasu jej trwania, częstości i rodzaju napadów oraz uwarunkowań rodzinnych. Istotne jest ustalenie LPP jakie do tej pory przyjmowała ciężarna i dokonanie zmian w dotychczasowym leczeniu farmakologicznym w zależności od jej stanu. Pacjentka

powinna być poinformowana o ryzyku powikłań dla niej lub płodu i o skutkach zaprzestania leczenia [4, 13, 20, 21, 22, 24].

Bardzo ważne jest stosowanie kwasu foliowego celem profilaktyki wad cewy nerwowej u płodu przynajmniej na 3 miesiące przed planowanym zajściem w ciążę oraz w czasie jej trwania [23, 25, 26, 27].

Dzięki postępowi w medycynie coraz więcej kobiet chorych na padaczkę decyduje się na zajście w ciążę i urodzenie dziecka [23]. Badania Ogólnopolskiego Centrum Padaczki dla Kobiet w Ciąży wykazały, iż chore będące w ciąży mają szansę na urodzenie zdrowego dziecka sięgającą 96%. Współistnienie epilepsji i ciąży niesie jednak za sobą duże ryzyko. Wykazano zależność, iż wystąpienie więcej niż 1 napadu na miesiąc przed ciążą skutkowało zwiększeniem ich liczby w trakcie jej trwania. Natomiast jeżeli ataki pojawiały się rzadziej niż 1 w miesiącu przed zapłodnieniem, nie dochodziło do ich nasilenia w czasie ciąży [28, 29, 30, 31]. Ciężarne chore na epilepsję są dwukrotnie częściej narażone na wystąpienie krwawienia z dróg rodnych, a trzykrotnie na przedwczesne oddzielenie się łożyska. Częściej występują porody przedwczesne, samoistne poronienia, przedwczesne pęknięcie pęcherza płodowego, wielowodzie oraz porody zabiegowe. Padaczka może predysponować do nadciśnienia, anemii i niepowściągliwych wymiotów [1, 13, 22, 26].

Pojawiające się napady toniczno-kloniczne negatywnie oddziaływują na płód, pojawia się kwasica i bradykardia. Istnieje także duże prawdopodobieństwo wystąpienia niebezpiecznego urazu, krwawienia w obrębie narządów wewnętrznych oraz jego zgonu [13, 22, 26]. Wizyty ciężarnej z epilepsją powinna odbywać się u ginekologa i neurologa co 4 tygodnie [4, 6, 10, 22, 29].

Decyzje dotyczącą wyboru metody ukończeniu ciąży czy też porodu podejmuje się w oparciu o stan neurologiczny i wskazania położnicze. Większość autorów uważa, że ciężarne z padaczką mogą bez przeszkód rodzić drogami i siłami natury z zachowaniem środków ostrożności: przyjęcia odpowiedniej dawki leków, intensywnego nadzoru na sali porodowej oraz ciągłego monitorowania dobrostanu płodu, prowadzenia porodu w znieczuleniu zewnątrzoponowym i pobierania badań biochemicznych od matki i od noworodka po zakończeniu II okresu porodu, w których oznacza się stężenie LPP. Napad padaczkowy podczas porodu i wystąpienie zagrażającej wewnątrzmacicznej zamartwicy płodu są wskazaniem do ukończenia porodu cięciem cesarskim [10, 20, 25, 26].

Celem pracy była analiza przebiegu ciąży, porodu i połogu u pacjentek chorych na padaczkę.

Materiał i metodyka

Badaniem objęto 67 kobiet ciężarnych/rodzących chorych na epilepsję: 32 pacjentki z Kliniki Perinatologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego oraz 35 pacjentek z Oddziału Położniczo-Noworodkowego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. J. Śniadeckiego w Białymstoku. Badania przeprowadzono w okresie od 01.06.2011 r. do 02.29.2012 r. po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku nr Uchwały: R-I-002/361/2011.

Narzędzie badawcze stanowił specjalnie skonstruowany, niestandaryzowany arkusz zawierający: dane pacjentek, wywiad ogólny, ginekologiczny i rodzinny oraz informacje dotyczące obecnej ciąży i przebiegu epilepsji.

Normalność rozkładu zmiennych ciągłych weryfikowano przy pomocy testu Shapiro-Wilka. Charakterystyki statystyczne tych zmiennych przedstawiono w postaci średnich arytmetycznych, odchyleń standardowych, mediany, rozstępów międzykwartylowych (q25-q75) oraz zakresów. Do porównań międzygrupowych zmiennych ciągłych wykorzystano test t-Studenta dla zmiennych niepowiązanych oraz test U Manna-Whitneya. Charakterystyki statystyczne zmiennych skokowych przedstawiono w postaci rozkładów liczbowych i procentowych. Do porównań międzygrupowych rozkładów zmiennych skokowych wykorzystano testy: chi^2, Pearsona oraz Fishera. Wszystkie obliczenia wykonano przy użyciu pakietu Statistica 10 (StatSoft, Tulsa, USA), jako poziom istotności statystycznej przyjmując $p<0,05$.

Wyniki

Średni wiek pacjentek wynosił 27,75 lat. Charakterystykę wieku przestawiono w Tabeli I.

Tabela 1. Charakterystyka wieku pacjentek.

Zmienna	Średnia	Odchylenie standardowe	Mediana	q25-q75	Zakres
wiek	27,75	5,2	27	24-31	19-42

Zdecydowana większość-92,5% badanych żyje w dobrych warunkach socjoekonomicznych (Tab. 2).

Liczba odnotowanych napadów mieściła się w zakresie od 0 do 6; średnio-1,03 (Tab.

III).

Tabela II. Warunki życia badanych.

Warunki życia	n	%
złe	2	3,0
dostateczne	3	4,5
dobre	62	92,5
bardzo dobre	0	0,0
Razem	67	100,0

Tabela III. Charakterystyka napadów padaczkowych rok przed ciążą.

Zmienna	Średnia	Odchylenie standardowe	Mediana	q25-q75	Zakres
napady padaczkowe	1,03	1,76	0	0-2	0-6

U 4,5% badanych wystąpił 1 napad padaczkowy przed ciążą i w obecnej ciąży. Ponad 10% ciężarnych zgłosiło 2 epizody napadów, u 18% wystąpiły więcej niż 3 ataki w przebiegu obecnej ciąży (Tab. IV).

Tabela IV. Liczba napadów padaczkowych rok przed i w obecnej ciąży.

Liczba	rok przed ciążą		obecna ciąża		p
	n	%	n	%	
0	44	65,7	45	67,2	
1	3	4,5	3	4,5	
2	8	11,9	7	10,4	
3	5	7,5	4	6,0	
4	3	4,5	4	6,0	
5	1	1,4	0	0,0	
6	3	4,5	4	6,0	
Razem	67	100,0	67	100,0	**NS**

Podczas ciąży u 11 pacjentek doszło do nasilenia ataków padaczkowych. Zaobserwowano to u 8 pacjentek, które przyjmowały leki niezgodnie z zaleceniami lub zaniechały ich przyjmowania oraz u 3 ciężarnych przyjmujących leki zgodnie z zaleceniami lekarskimi (Tab. V).

Tabela V. Nasilenie napadów padaczkowych a przyjmowanie leków.

LPP w ciąży	liczba pacjentek	liczba ataków przed ciążą	liczba ataków w ciąży
niezgodnie z zaleceniami	8	<3	>4
zgodnie z zaleceniami	3	1	2-3
Razem	11		

U 52,2% pacjentek z grupy badanej ciąża trwała 40 tygodni. U 1,5% rozpoznano ciążę poniżej 30 tygodnia (Tab. VI).

Tabela VI. Czas trwania ciąży.

Tydzień	n	%
30	1	1,5
37	2	3,0
38	6	9,0
39	19	28,4
40	35	52,2
41	3	4,5
42	1	1,5
Razem	67	100,0

U ponad 60% pacjentek wystąpiły w przebiegu ciąży powikłania. Ich charakterystykę przedstawiono w Tabeli 7. Stwierdzono znamienną statystycznie zależność pomiędzy występowaniem przedwczesnego pęknięcia pęcherza płodowego (PROM) a występowaniem ataków epilepsji (p=0,014) (Tab. VII).

Wśród badanych 79% kobiet z epilepsją zgłaszało dolegliwości, które wystąpiły podczas ciąży. Ich charakterystykę przedstawia Tabela VIII. Stwierdzono istotną statystycznie wyższą liczbę incydentów kołatania serca u kobiet, u których występowały ataki epilepsji (p=0,04).

Tabela VII. Zależność pomiędzy występowaniem powikłań położniczych a pojawieniem się napadów padaczki.

Zmienna	z napadami (n=22)		bez napadów (n=45)		p	Ogółem (n=67)	
	n	%	n	%		n	%
poród przedwczesny	4	18,2	6	13,3	0,601	10	14,9
skurcze mięśnia macicy	8	36,4	27	60,0	0,069	7	10,4
PROM	14	31,1	1	4,5	**0,014**	15	22,3
nadciśnienie	1	4,5	0	0	0,150	1	1,5
krwawienie	3	13,6	4	8,9	0,551	7	10,4
uporczywe wymioty	2	9,1	8	17,8	0,349	10	14,9
wielowodzie	0	0,0	1	2,2	0,481	1	1,5
małowodzie	0	0,0	2	4,4	0,315	2	3,0
brak	9	40,9	13	28,9	0,325	22	32,8

Tabela VIII. Zależność pomiędzy występowaniem dolegliwości a pojawieniem napadów padaczki.

Zmienna	z napadami (n=22)		bez napadów (n=45)		p	Ogółem	
	n	%	n	%		n	%
bóle w dole brzucha	7	31,8	13	28,9	0,806	20	29,9
ból kręgosłupa	1	4,5	6	13,3	0,269	7	10,4
drętwienie kończyn	3	13,6	2	4,4	0,179	5	7,5
obrzęki	4	18,2	7	15,6	0,785	11	16,4
kołatanie serca	2	9,1	0	0,0	**0,040**	2	2,9
brak	4	18,2	4	8,9	0,271	8	11,9

W 73,1% przypadków ciąża została rozwiązana drogą cięcia cesarskiego. U 86,6%

kobiet z padaczką zastosowano znieczulenie. Stwierdzono istotną statystycznie różnicę w liczbie cięć cesarskich (p=0,022) oraz liczbie znieczuleń (p=0,024) u pacjentek z atakami epilepsji (Tab. IX).

Tabela IX. Zależność pomiędzy liczbą cięć cesarskich i znieczulenia porodowego a występowaniem napadów padaczki.

Zmienna	z napadami (n=22)		bez napadów (n=45)		p	Ogółem (n=67)	
	n	%	n	%		n	%
cięcie cesarskie	20	90,9	29	64,4	**0,022**	49	73,1
znieczulenie porodowe	22	100,0	36	80,0	**0,024**	58	86,6

Wśród urodzonych noworodków nie zaobserwowano anomalii w wyglądzie zewnętrznym jak również dysfunkcji narządów. Występowanie napadów padaczkowych w ciąży oraz stosowanie LPP nie wpłynęło istotnie statystycznie na średni poziom punktacji Apgar oraz medianę tego parametru w badanej grupie (Tab. X).

Tabela X. Wpływ LPP i napadów epilepsji na ocenę noworodka w skali Apgar.

Parametr	z napadami (n=22)	bez napadów (n=45)	stosowanie LPP (n=46)	nie stosowanie LPP (n=21)	Ogółem
średnia	9,09	9,71	9,54	9,43	9,51
odchylenie standardowe	2,22	0,66	0,84	2,20	1,40
mediana	10	10	10	10	10
q25-q75	9-10	10-10	9-10	10-10	10-10
zakres	0-10	8-10	7-10	0-10	0-10
p (test t)	0,088		0,757		
p (test U)	0,451		0,331		

Nie stwierdzono znamiennego wpływu występowania napadów padaczkowych i LPP na masę urodzeniową noworodków rodzących z epilepsją (Tab. XI).

Tabela XI. Wpływ LPP i napadów epilepsji na masę urodzeniową noworodka.

Parametr	z napadami (n=22)	bez napadów (n=45)	stosowanie LPP (n=46)	nie stosowanie LPP (n=21)	Ogółem
średnia	3268,18	3480,67	3413,26	3405,71	3410,90
odchylenie standardowe	579,41	409,41	367,23	671,67	478,19
mediana	3275	3500	3400	3450	3400
q25-q75	3090-3600	3200-3720	3100-3650	3250-4000	3100-3700
zakres	1200-4100	2550-4400	2850-4400	1200-4100	1200-4400
p (test t)	0,088		0,953		
p (test U)	0,155		0,566		

U 10,4% badanych wystąpiły powikłania połogowe, a u 67,2% farmakologicznie zablokowano laktację (Tab. XII).

Tabela XII. Przebieg połogu i laktacji.

Połóg			**Laktacja**		
	n	**%**		**n**	**%**
prawidłowy	60	89,6	**prawidłowa**	22	32,8
powikłany	7	10,4	**blokowana**	45	67,2
Razem	67	100,0	**Razem**	67	100,0

Dyskusja

Prawidłowa opieka perinatalna nad ciężarną chorą na padaczkę daje szansę na urodzenie zdrowego dziecka w terminie porodu [6, 13, 32]. W badaniach własnych wykazano, że ponad połowa (52,2%) kobiet zgłosiła się do szpitala w 40 tygodniu ciąży, 4,5% w 41, a 1,5% w 42 oraz w 30 tygodniu ciąży. Podobne wyniki zostały opublikowane

przez wielu autorów, którzy wykazali zależność pomiędzy opieką medyczną i prowadzonym leczeniem farmakologicznym a wzrostem liczby napadów padaczkowych i wcześniejszym zakończeniem ciąży [13, 22, 23, 28]. Wiele źródeł wskazuje, że występowanie ataków padaczki ma także związek z występowaniem porodów przedwczesnych [21, 23, 24, 28]. Takiej zależności nie potwierdzono w badaniach własnych.

W wielu badaniach wykazano, że u ciężarnych z padaczką występuje dwukrotnie większe ryzyko wystąpienie krwawienia z pochwy oraz około trzykrotnie częstsze przedwczesne oddzielanie się łożyska prawidłowo usadowionego. Ciężarne z epilepsją częściej obarczone są ryzykiem wystąpienia nadciśnienia indukowanego ciążą, przedwczesnego pęknięcia pęcherza płodowego czy też wielowodziem [1, 13, 19, 24, 33, 34].

Mazurek i Dębski [34] wykazali trzykrotnie wyższe ryzyko występowania porodów przedwczesnych i pięciokrotne poronień u pacjentek z epilepsją. W badaniach własnych wykazano istotnie statystycznie wyższą liczbę przypadków przedwczesnego pęknięcia pęcherza płodowego u ciężarnych z epilepsją, u których ciąża przebiegała z atakami padaczki.

Sharony i wsp. [35] twierdzą, że chore na padaczkę mają niższy status ekonomiczny i w tej grupie odnotowuje się zwiększoną liczbę urodzeń martwych płodów. W badaniach własnych takiej zależności nie potwierdzono.

Przeprowadzono wiele badań dotyczących częstości napadów epilepsji w ciąży. Według Europejskiego Rejestru Padaczki w Ciąży, który dotyczył przebiegu 1956 ciężarnych chorych na epilepsję, nie odnotowano zmian w częstości napadów u około 67% pacjentek przed i w trakcie ciąży, wzrost ich wystąpił u 17%, a zmniejszenie u około 16% ciężarnych [29, 31, 36]. W badaniach Wilczyńskiego i Dziatosza [1] przeprowadzonych w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi stwierdzono, iż u 10% badanych liczba ataków zmniejszyła się, w 73,3% przypadków nie zmieniła się, a w 16,7% wzrosła. Na konferencji naukowej poświęconej Krajowej Działalności Dotyczącej Padaczki Motta i wsp. [28] przytoczono dane świadczące, że w czasie ciąży u 15-37% pacjentek z padaczką dochodzi do wzrostu częstości napadów, u 13-25% liczba ta zmniejsza się, a u 50-88% ciąża nie wpływa na nasilenie się występowania ataków padaczkowych. Wzrost liczby napadów padaczkowych w okresie ciąży może być rezultatem zmiany farmakokinetyki leków przeciwpadaczkowych, a także pogorszenia przestrzegania zaleceń lekarskich przez ciężarne [1, 19, 25, 37]. W badaniach własnych wykazano, że u pacjentek które nie przyjmowały leków zgodnie z zaleceniami lekarskimi ich liczba wzrosła.

W badaniach Rościszewskiej [31], przeprowadzonych wśród 43 kobiet z lekką i średnią postacią choroby, u 83% zaobserwowano poprawę w jej przebiegu. Zwiększenie liczby napadów padaczkowych odnotowano u 69% ciężarnych z ciężką postacią padaczki i tylko u 8% z postacią lekką choroby. Podobne wyniki opublikowali Huhmar i Jarvinen [38], którzy zanotowali wzrost liczby ataków epilepsji u 70% chorych z ciężką padaczką oraz 17% pacjentek z lekkim przebiegiem choroby. Viinikainen i wsp. [39] nie zaobserwowali zmiany w częstości napadów u 86% ciężarnych. W badaniach własnych nie zaobserwowano zmiany częstości napadów padaczki u kobiet w ciąży w porównaniu do okresu przed ciążą.

Chmielewska i Stelmasiak [26] podkreślają, iż noworodek matek chorych na padaczkę częściej wykazuje cechy opóźnionego rozwoju fizycznego, zwłaszcza w odniesieniu do urodzeniowej masy ciała (poniżej 2500 g), mniejszego obwodu główki i niższej przyznawanej punktacji w skali Apgar.

Wilczyński i wsp. [23] objęli opieką 102 ciężarne chore na padaczkę. Spośród nich rodziło 65. Średni wynik jaki uzyskały noworodki według skali Apgar wynosił 8,8 pkt. Średnią masę urodzeniową szacowano na 3168 g. Jednak autorzy nie wykazali związku pomiędzy punktacją w skali Apgar, masą ciała a występowaniem napadów i stosowaniem LPP. Analiza wyników badań własnych wykazała, że noworodki kobiet chorych na padaczkę, u których występowały ataki, w 1 min. otrzymywały średnio 9,09 pkt. w skali Apgar, natomiast dzieci pacjentek bez napadów uzyskiwały średnio 9,47 pkt. Dokonano również oceny wpływu LPP na punktację w skali Apgar. Średnia ocena noworodków matek przyjmujących LPP wynosiła 9,54 pkt., a tych które nie stosowały farmakoterapii-9,43. W badaniach własnych wykazano, że wystąpienie napadów padaczkowych oraz przyjmowanie lub nie LPP nie ma wpływu na masę urodzeniową noworodka oraz punktację Apgar.

W wielu badaniach wykazano wzrost ryzyka wystąpienia wad wrodzonych u dzieci matek z epilepsją. Szacuje się, że wynosi ono 5-6% w porównaniu z populacją zdrowych kobiet. Mimo tego około 90% kobiet ma szanse na urodzenie zdrowego dziecka [13, 22, 25, 32, 40]. W badanej przez nas grupie noworodków nie zaobserwowano anomalii fenotypowych oraz dysfunkcji narządowych.

Jak podaje wielu autorów większość kobiet chorych na padaczkę może rodzić siłami natury. Współwystępowanie ciąży i padaczki nie jest wskazaniem do jej operacyjnego zakończenia. O sposobie rozwiązania ciąży lub zakończenia porodu powinny decydować warunki i wskazania położnicze oraz aktualny stan neurologiczny pacjentki [10, 21, 22, 25, 26, 29]. Poród naturalny jest sytuacją stresogenną dla każdej kobiety bez względu na to, czy

ciąża jest powikłana czy też nie. Dla chorych na epilepsję, wysoki poziom stresu może okazać się czynnikiem wywołującym groźny dla płodu napad padaczkowy w czasie trwania porodu [20, 37]. Niepokojący jest stąd fakt, że 73,1% ciężarnych chorych na padaczkę w naszym badaniu rozwiązano cięciem cesarskim. Wzrost odsetka operacyjnego zakończenia ciąży nie jest do końca podyktowany powikłaniami położniczymi czy neurologicznymi, a samą obecnością epilepsji, która nie stanowi sama w sobie wskazania do porodu zabiegowego [10, 20, 21].

Przebieg połogu chorych na padaczkę budzi wiele kontrowersji. Podejmowane są błędne decyzje o hamowaniu laktacji pomimo zgody na karmienie piersią wydanej przez neurologa. Wielu autorów sądzi, iż zakaz lub nagłe zaprzestanie karmienia piersią przyczynia się do wystąpienia zespołu abstynencyjnego u noworodka, co jest bardzo dla niego groźne [10, 13, 21, 22, 25, 29, 32]. W badaniach własnych wykazano, że aż w 67,2% przypadków laktacja została zahamowana.

Wnioski

1. W grupie pacjentek z napadami padaczkowymi istotnie częściej dochodzi do przedwczesnego pęknięcia pęcherza płodowego.
2. W ciąży napady epilepsji nasilają się u kobiet, które nie stosują LPP zgodnie z zaleceniami.
3. Stosowanie LPP nie wpływa na ocenę noworodka w skali Apgar.
4. Ciążą chorych na epilepsję zbyt często rozwiązywana jest cięciem cesarskim.
5. Nadal istnieje błędny pogląd o konieczności blokowania laktacji u położnic przyjmujących LPP, co może skutkować zespołem abstynencyjnym u noworodka.

Piśmiennictwo

1. Wilczyński J., Dziatosz K.: Padaczka-stan nagły. Zagrożenie życia matki i jej dziecka, Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia, 2009, 2, 274-277.
2. Steinborn B.: Padaczka wieku rozwojowego, Lek. Rodz., 2003, 12, 24-34.
3. Terczyński A.: Co powinniśmy wiedzieć o padaczce. Ogólnopolski Przegląd Medyczny, 2008, 7, 41-44.
4. Kaliściak A., Krajnik A.: Sprawozdanie z Ogólnopolskiej Sesji na temat Padaczki pt. „Epilepsja – Wyjdź Życiu Naprzeciw", Epileptologia, 2005, 13, 171-173.
5. Prusiński A.: Neurologia praktyczna. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2005.

6. Szwed-Białożyt B., Marszał E.: Żyć normalnie z epilepsją. Wyzwanie dla pacjenta i lekarza. Świat Medycyny i Farmacji, 2004, 6/7, 10-11.
7. Kozubski W. (red.): Stany nagłe w neurologii od objawu do rozpoznania. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2007.
8. Kozubski W. (red.): Neurologia i Neurochirurgia. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław, 2006.
9. Kwieciński H., Kaminska A.M. (red.): Neurologia Merritta. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław.
10. Komisja Polskiego Towarzystwa Epileptologii: Standardy diagnostyki i leczenia chorych z padaczką w Polsce. Epileptologia, 2002, 10, 109-130.
11. Romaniak A., Barańska-Gieruszczak M.: Padaczka poudarowa i pourazowa. Nowa Klinika, 2002, 4, 640-643.
12. Machowska-Majchrzak A., Pierzchała K.: Padaczka pourazowa. Postępy Psychiatrii i Neurologii, 2003, 12, 217-222.
13. Czerkawski J., Dębski R.: Postępowanie perinatologiczne i neurologiczne u kobiet chorych na padaczkę. Nowa Klinika, 1998, 5, 45-50.
14. Adamczyk K., Torowski K. (red.): Procedury pielęgnowania w neurologii i neurochirurgii. Wydawnictwo Neurocentrum, Lublin, 2007.
15. Bryniarska D., Zakrzewska E.: Aspekty etiologiczne padaczki objawowej ludzi dorosłych. Przegl. Lek., 2001, 9, 839-842.
16. Kasradze S., Sturua L., Toidze O.: Pierwszy napad w czasie ciąży: prawdopodobny objaw zaburzeń rozrodczo-wewnątrzwydzielniczych u kobiet z padaczką. Epileptologia, 2002, 10, 51-63.
17. Kaczynska-Hałady M.: Konferencja Polskiego Towarzystwa Epileptologii nt. padaczki. Epileptologia, 2008, 16, 234-238.
18. Jędrzejczak J.: Padaczka. Wydawnictwo Czelej Sp. ZO.O., Lublin, 2006.
19. Bręborowicz G. H.: Ciąża wysokiego ryzyka. Ośrodek Wydawnictw Naukowych, Poznań, 2006.
20. Oleszczuk J., Leszczyńska-Gorzelak B., Poniedziałek-Czajkowska E.: Rekomendacje postępowania w najczęstszych powikłaniach ciąży i porodu. Wydawnictwo Biofilm, Lublin, 2006..
21. Chazan B., Leibschang J.: Postępowanie w stanach nagłych w położnictwie i ginekologii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2001.

22. Czerkwiński J., Jędrzejczak J.: Ciąża i padaczka-postępowanie diagnostyczne i lecznicze. Epileptologia, 2005, 3, 121-131.
23. Wilczyński J., Miller S., Rebeś z., Kociszewska I., Nowicki G.: Perinatalne aspekty opieki nad chorymi z padaczką w okresie prekoncepcyjnym, w okresie ciąży i porodu. Epileptologia, 2004, 2, 3-7.
24. Daroff R. B., Fenichel G. M., Jankovic J.: Neurologia w praktyce klinicznej. Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2006, 3026-3030.
25. Krześniak-Bohdan M., Nyka W., Banacka-Majkutewicz Z.: Padaczka u kobiet. Standardy Medyczne, 2004, 1, 286-290.
26. Chmielewska B., Stelmasiak Z.: Padaczka u kobiety w okresie ciąży, porodu i laktacji. Nowa Klinika, 2000, 6, 249-253.
27. Lasoń W.: Wpływ niedoboru kwasu foliowego na teratogenność leków przeciwpadaczkowych u kobiet z padaczką. Epileptologia, 2004, 12, 79-88.
28. Motta E., Kazibutowska Z.: Padaczka i ciąża. Świat Medycyny i Farmacji, 2004, 57, 6-9.
29. Motta E., Kazibutowska Z, Gołba A.: Standardy postępowania w padaczce u kobiety w ciąży. Epileptologia, 2004, 12, 261-266.
30. Wypych M., Andrzejczak-Sobocińska A., Tomalka J.: Padaczka lekooporna-kryteria rozpoznanie i leczenie. Neurologia, 2005, 13, 58-63.
31. Rościszewska D.: Padaczka, a ciąża. Pol. Tyg. Lek., 2000, 49, 102-103.
32. Prusiński A.: Neurologia w medycynie klinicznej. Wydawnictwo Czelej Sp. z o.o.., Lublin, 2008, 226-231, 248-249.
33. Mishell D.R., Brenner Jr.P.F.: Położnictwo. Wydawnictwo Medica Press, 1995.
34. Mazurek M., Dębski R.: Rozwój płodu, a czynniki teratogenne. Epileptologia, 2004, 12, 251-259.
35. Sharony R., Graham J.M. Jr.: Identification of fetal problems associated with anticonvulsant usage and maternal epilepsy. Obstet. Gynecol. Clin. North Am., 1991, 18(4), 933-951.
36. Majkowska-Zwolińska B., Jędrzejczak J., Owczarek K., Majkowski J.: Charakterystyka kobiet z padaczką w ciąży. Prospektywne wieloośrodkowe badania w Polsce w latach 2000-2001. Epileptologia, 2004, 12, 317-326.
37. Dębska M., Dębski R.: Choroby internistyczne i inne zaburzenia zdrowotne w ciąży. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław, 2009, 283-286.

38. Huhmar E., Jarvinen P.A.: Relation of epileptic symptoms to pregnancy, delivery and puerperium. Ann. Chir. Gynaecol. Fenn., 1961, 50, 49-64.
39. Viinikainen K., Heinonen S., Eriksson K., Kälviäinen R.: Fertility in women with active epilepsy. Neurology, 2007, 69, 2107-2108.
40. Jaracz K., Kozubski W.: Pielęgniarstwo neurologiczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2008.

Okurowska-Zawada Bożena[1], Korzeniecka-Kozerska Agata[2], Kułak Wojciech[1], Wojtkowski Janusz[1]

Zachowania zdrowotne matek dzieci z przepukliną oponowo-rdzeniową w korelacji z poziomem kwasu foliowego i witaminy D3 w badanej grupie dzieci

1. Klinika Rehabilitacji Dziecięcej z Ośrodkiem Wczesnej Pomocy Dzieciom Upośledzonym "Dać Szansę" Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Klinika Pediatrii i Nefrologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wstęp

W Polsce od 1997 roku prowadzony jest Program Pierwotnej Profilaktyki Wad Cewy Nerwowej. Program ma za zadanie popularyzację wśród wszystkich grup społeczeństwa wiedzy na temat kwasu foliowego oraz jego związku z wadami cewy nerwowej u dzieci, zmianę postaw i kształtowanie właściwych zachowań dotyczących kwasu foliowego [1]. Trwające już od 16 lat działania edukacyjne skierowane do kobiet powinny mieć wymierny efekt w postaci ich wiedzy i właściwych postaw zdrowotnych. W ostatnich latach tematem wielu prac badawczych są powiązania między stylem życia, dietą i nawykami żywieniowymi a różnymi chorobami cywilizacyjnymi [2, 3]. Najważniejszą przyczyną niedoborów witamin są błędy dietetyczne oraz przyzwyczajenia kulinarne, czyli spożywanie dużej ilości różnorodnych produktów wysoko przetworzonych w procesach technologicznych. Termin „zachowania zdrowotne" ma zróżnicowany charakter, zwłaszcza w obrębie medycyny i socjologii medycyny [4]. Przegląd tych ujęć przedstawił w piśmiennictwie polskim Puchalski [5], prezentując m.in. bardzo szerokie określenie ujmujące zachowania zdrowotne jako zachowania rozpatrywane z punktu widzenia ich znaczenia dla zdrowia. Z kolei Frączek i Stępień [6, 7] używają określenia zachowania związane ze zdrowiem i definiują je jako, takie czynności podejmowane i realizowane przez ludzi, które bezpośrednio i doraźnie albo pośrednio i w dalszej perspektywie sprzyjają lub szkodzą utrzymaniu normatywnych standardów zdrowia fizycznego i/lub psychicznego. Formują się one w rezultacie doświadczeń socjalizacyjnych jednostek, przez interakcję z bezpośrednim otoczeniem i stanowią problem społeczny [8]. Zachowania zdrowotne należą to tzw. bliskich uwarunkowań zdrowia, a więc wywierają bezpośredni wpływ na stan zdrowia. Wśród czynników korzystnie nań wpływających istotne miejsce zajmują prawidłowy sposób żywienia i właściwa jakość zdrowotna żywności [9].

Zachowania zdrowotne to zachowania podejmowane ze względów zdrowotnych lub takie, które mają udowodniony wpływ na zdrowie [10]. Inna definicja zachowań zdrowotnych podkreśla ich wymiar społeczny i opisuje je jako „zachowania, które sprzyjają zdrowiu własnemu i/lub zdrowiu innych, podejmowane przez jednostki lub grupy osób" [11]. Zachowania zdrowotne kształtują się od wczesnego dzieciństwa, w procesie socjalizacji, pod wpływem różnych czynników i wzorców osobowych w domu, przedszkolu, szkole, społeczności lokalnej, mass mediach, reklamach itp. Dzieciństwo i młodość decydują w istotnym stopniu o zachowaniach zdrowotnych i stylu życia ludzi dorosłych. Badania zachowań zdrowotnych uważa się obecnie za ważną metodę pomiaru stanu zdrowia populacji, stanowiącą także podstawę planowania i ewaluacji edukacji zdrowotnej, programów profilaktycznych oraz projektów promocji zdrowia [12]. W literaturze przedmiotu brak jest bezpośrednich doniesień o zachowaniach zdrowotnych matek dzieci z przepukliną oponowo-rdzeniową.

Celem badań była ocena zachowań zdrowotnych matek dzieci z przepukliną oponowo-rdzeniową w korelacji z poziomem kwasu foliowego i witaminy D3 we krwi w/w dzieci.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w Klinika Rehabilitacji Dziecięcej z Ośrodkiem Wczesnej Pomocy Dzieciom Upośledzonym "Dać Szansę" UMB oraz Klinice Pediatrii i Nefrologii UMB. W badaniu wzięły udział 43 matki dzieci z przepukliną oponowo-rdzeniową**;** średni wiek wynosił 40,9 lat; 21 matek mieszkało na wsi, 22 w mieście; 16 matek było aktywnych zawodowo, 27 matek nie pracowało. Grupę kontrolną stanowiły matki dzieci zdrowych n=50; średni wiek wynosił 40,4 lat; wszystkie mieszkały w mieście. Krew do badania pobierano na czczo w godzinach rannych 8.00-9.00. Oceniano również poziom kwasu foliowego i witaminy D wśród dzieci z przepukliną oponowo-rdzeniową ankietowanych matek. Oznaczenia poziomu witaminy D3-wartości referencyjne dzieci 20-60 ng/ml w postaci metabolitu 25(OH)D3 w surowicy krwi wykonano metodą immunoenzymatyczną (R&D Systems, Minneapolis, MN, USA) o zakresie pomiaru 3-144 ng/ml. Kwas foliowy oznaczono metodą elektochemiluminescencyjną, Aparatem Cobas e 411 firmy Roche; Wartości referencyjne 3,1-17,5 ng/ml. Wykorzystano ankietę własnej konstrukcji zawierającą dane demograficzne, dane o nawykach żywieniowych oraz skalę Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) autorstwa Juczyńskiego [13]. Skala ta jest narzędziem samoopisu zawierającym 24 stwierdzenia dotyczące różnego rodzaju zachowań związanych ze zdrowiem. Na podstawie tej skali mierzono wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych. Im

wyższy wynik, tym większe nasilenie deklarowanych zachowań zdrowotnych. W grupie ankietowanych oceniano cztery kategorie zachowań zdrowotnych: prawidłowe nawyki żywieniowe (PNŻ), zachowania profilaktyczne (ZP), pozytywne nastawienie psychiczne (PN) i praktyki zdrowotne (PZ). Wśród prawidłowych nawyków żywieniowych narzędzie badawcze ujmuje rodzaj spożywanej żywności, a mianowicie częstość spożywania pieczywa pełnoziarnistego, owoców i warzyw, ryb, nabiału soli, unikanie spożywania żywności z konserwantami, itd. Zachowania profilaktyczne dotyczą przestrzegania zaleceń zdrowotnych oraz uzyskiwania informacji na temat zdrowia i choroby. Praktyki zdrowotne obejmują codzienne zachowania dotyczące snu, aktywności fizycznej czy rekreacji. W zakresie pozytywnego nastawienia psychicznego ujmowane są następujące kryteria psychologiczne: unikanie zbyt silnych emocji, stresów i napięć, czy sytuacji wpływających przygnębiająco. Ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych mieści się w granicach od 24 do 120 punktów (wyższy wynik oznacza wyższe nasilenie deklarowanych zachowań prozdrowotnych). Po przeliczeniu otrzymanej liczby punktów na skalę stenową, dokonano interpretacji wyników w kategoriach wyników: niskich (1-4 stena), średnich (5-6 stena) i wysokich (7-10 stena). Otrzymane wyniki porównano z wynikami badań grupy normatywnej Juczyńskiego [13].

W oparciu o Inwentarz Zachowań Zdrowotnych wyznaczono następujące wskaźniki [13]:

1. ZZ – ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych, przedstawiony w postaci wartości punktowej, mieszczące w zakresie od 24 do 120 pkt. (jest to suma uzyskanych wartości punktowych) – im wyższy wynik, tym większe nasilenie deklarowanych zachowań zdrowotnych
2. Sten – wartość wskaźnika zachowań zdrowotnych przedstawiona w jednostkach standaryzowanych w skali stenowej.

W analizie statystycznej wykorzystano test t, wykorzystano analizę Spearmana i program statystyczny Statistica 8.0. Za istotną statystycznie zależność między zmiennymi uznano odpowiadający otrzymanej statystyce poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki

Tabela1. Zachowania zdrowotne w grupie matek dzieci z przepukliną oponowo-rdzeniową.

n=43	średnia	SD	mediana	min	max
ZZ	80,02	12,64	81	54	111

sten	5				
PNŻ	19,91	3,9	20	13	27
ZP	20,47	3,89	21	12	30
PN	21,09	4,04	22	9	30
PZ	18,56	3,88	18	9	27

zachowania zdrowotne (ZZ), prawidłowe nawyki żywieniowe (PNŻ), zachowania profilaktyczne (ZP), pozytywne nastawienie psychiczne (PN), praktyki zdrowotne (PZ).

Najwyższe wartości uzyskano w obszarze skali pozytywne nastawienie psychiczne, definiowanej poprzez następujące czynniki psychologiczne: unikanie zbyt silnych emocji, stresów i napięć lub sytuacji wpływających przygnębiająco. Nieco niższe wartości odnotowano kolejno w skalach: zachowania profilaktyczne (przestrzeganie zaleceń zdrowotnych) i prawidłowe nawyki żywieniowe uwzględniające głównie rodzaj spożywanej żywności, najniższe praktyki zdrowotne (codzienne nawyki dotyczące snu i rekreacji czy aktywności fizycznej).

Tabela 2. Zachowania zdrowotne matek dzieci zdrowych.

Zmienna	R	t	Wartość P
Płeć	-0.024140	-0.140802	0.888858
Praca	-0.033167	-0.184769	0.854613
Wykształcenie	-0.077772	-0.434332	0.667056
Miasto	0.024140	0.140802	0.888858
Hoffer	0.028530	0.166427	0.868807
IZZ	-0.019409	-0.113197	0.910540
MHLC	-0.158081	-0.933503	0.357143

Zachowania zdrowotne matek dzieci z mmc mieszczą się w przedziale prawidłowym 5-6 sten.

Najwyższe wyniki uzyskano w obszarze skali pozytywne nastawienie psychiczne, definiowanej poprzez następujące czynniki psychologiczne: unikanie zbyt silnych emocji, stresów i napięć lub sytuacji wpływających przygnębiająco. Nieco niższe wartości odnotowano kolejno w skalach: praktyki zdrowotne (codzienne nawyki dotyczące snu i rekreacji czy aktywności fizycznej); prawidłowe nawyki żywieniowe - uwzględniające głównie rodzaj spożywanej żywności, a najniższe zachowania profilaktyczne (przestrzeganie zaleceń zdrowotnych). Wyniki zachowań zdrowotnych matek dzieci zdrowych również mieszczą się w normie i wynoszą 5-6 sten. Różnice pomiędzy grupą matek dzieci z mmc a matek dzieci zdrowych są nieistotne statystycznie (NS).

Tabela 3. Stężenie witaminy D 3 we krwi dzieci z przepukliną oponowo-rdzeniową w zależności od płci, miejsca zamieszkania i stanu funkcjonalnego dzieci oraz pracy, wykształcenia i zachowań zdrowotnych matek w teście Spearmana.

n=50	średnia	SD	mediana	min	max
ZZ	81,06	12,61908	83	48	109
sten	5-6				
PNŻ	19,66	4,058802	20	12	27
ZP	19,6	5,146824	20	7	29
PN	21,8	3,658928	22	13	29
PZ	20	3,3197	20	14	28

zachowania zdrowotne (ZZ), prawidłowe nawyki żywieniowe (PNŻ), zachowania profilaktyczne (ZP), pozytywne nastawienie psychiczne (PN), praktyki zdrowotne (PZ).

Nie wykazano zależności istotnych statystycznie poziomu witaminy D3 we krwi dzieci z przepukliną oponowo-rdzeniową w zależności od płci, miejsca zamieszkania i stanu funkcjonalnego dzieci oraz pracy, wykształcenia i zachowań zdrowotnych matek. Średnie wartości stężenia witaminy D3 we krwi w grupie badanych dzieci n=36 z przepukliną oponowo-rdzeniową wynosiły 13,78 ng/ml [wartości referencyjne dzieci 20-60 ng/ml] odchylenie standardowe 7.03.

Tabela 4. Stężenie witaminy kwasu foliowego we krwi dzieci z przepukliną oponowo-rdzeniową w zależności od płci, miejsca zamieszkania i stanu funkcjonalnego dzieci oraz pracy, wykształcenia i zachowań zdrowotnych matek w teście Spearmana.

Zmienna	R	t	Wartość P
Płeć	-0.031960	-0.17803	0.859854
Praca	-0.325573	-1.72167	0.097483
Wykształcenie	0.170831	0.86690	0.394244
Miasto	0.047763	0.26624	0.791821
Hoffer	-0.225218	-1.28702	0.207613
IZZ	0.165038	0.93167	0.358706
MHLC	0.111401	0.62414	0.537103

Nie wykazano zależności istotnych statystycznie poziomu kwasu foliowego we krwi dzieci z przepukliną oponowo-rdzeniową w zależności od płci, miejsca zamieszkania i stanu funkcjonalnego dzieci oraz pracy, wykształcenia i zachowań zdrowotnych matek.

Średnie wartości stężenie kwasu foliowego we krwi w grupie badanych dzieci n=36 z przepukliną oponowo-rdzeniową wynosiły 11,21 ng/ml [wartości referencyjne 3,1-17,5 ng/ml] odchylenie standardowe 3,80.

Dyskusja

Przeprowadzone badania miały na celu dokonanie analizy zachowań zdrowotnych matek dzieci z przepukliną oponowo-rdzeniową według ich własnej oceny w korelacji z poziomem kwasu foliowego i witaminy D3 we krwi tych dzieci.

Najwyższe wyniki uzyskano w obszarze skali pozytywne nastawienie psychiczne definiowanej poprzez następujące czynniki psychologiczne: unikanie zbyt silnych emocji, stresów i napięć lub sytuacji wpływających przygnębiająco. Nieco niższe wartości odnotowano kolejno w skalach: praktyki zdrowotne (codzienne nawyki dotyczące snu i rekreacji czy aktywności fizycznej) oraz prawidłowe nawyki żywieniowe - uwzględniające głównie rodzaj spożywanej żywności. Nie wykazano zależności istotnych statystycznie między poziomem kwasu foliowego i witaminy D3 we krwi dzieci z przepukliną oponowo-rdzeniową w zależności od płci, miejsca zamieszkania i stanu funkcjonalnego dzieci oraz pracy, wykształcenia i zachowań zdrowotnych matek.

Związek miedzy sposobem życia a zdrowiem człowieka dostrzega się od dawna. Prawdziwy rozwój zainteresowania prozdrowotnym stylem życia przypada na drugą połowę XX w., zwaną także okresem II rewolucji zdrowotnej lub "wiekiem stylu życia". Znalazło to swoje odzwierciedlenie w wytycznych WHO i Unii Europejskiej. Wśród wskaźników zalecanych do monitorowania zdrowia ludności znalazły się między innymi zachowania zdrowotne [14]. W literaturze zajmującej się problematyką zachowań zdrowotnych nie jest stosowana jednolita terminologia. Przy istniejących różnicach definicyjnych badacze zgodnie podkreślają jeden wspólny komponent zachowań zdrowotnych, jest to dokonywanie przez człowieka świadomego wyboru zachowania spośród alternatywnych, mających korzystny lub niekorzystny wpływ na zdrowie [15].

Istnieje wiele definicji i sposobów dbania o zdrowie. Każdy człowiek inaczej się o nie troszczy. Wśród dorosłych Polaków dominują dwa sposoby dbania o zdrowie, które określa się, jako: „zachowania medyczne” oraz „zachowania prozdrowotne”. Pierwszy typ to zachowania związane z korzystaniem z usług medycznych (np.: wizyty u lekarzy, badania kontrolne, profilaktyczne). Taki sposób troski o zdrowie preferują osoby starsze, z gorszym stanem zdrowia. Drugi typ to podejmowanie różnego rodzaju prozdrowotnych zachowań (np.: racjonalne odżywianie, aktywność fizyczna, umiejętne radzenie sobie ze stresem). Jest on charakterystyczny dla ludzi młodych, lepiej wykształconych i z dobrą sytuacją materialną [16]. Odpowiednio skomponowana dieta pozwala na utrzymanie lub poprawę stanu zdrowia przez dostarczenie właściwej ilości energii oraz mikro- i makroskładników w celu zaspokojenia potrzeb organizmu. Jednym ze składników diety, których najczęściej dostarczamy w niedostatecznej ilości, są foliany. Niedostateczna podaż folianów w diecie jest przyczyną wzrostu stężenia homocysteiny we krwi, czego następstwem są poważne wielokierunkowe konsekwencje zdrowotne. Foliany mają także istotny wpływ na częstotliwość występowania anemii megaloblastycznej oraz chorób nowotworowych, przez co dostarczanie ich z dietą i suplementami powinno odbywać się regularnie w ilości pokrywającej zalecane zapotrzebowanie [17]. Bagłaj [18] w swoich badaniach podkreśla, że dotychczasowe akcje propagujące suplementację diety kwasem foliowym wśród kobiet, realizowane zarówno na szczeblu ogólnopolskim, jak i regionalnym, należy uznać za niewystarczające. W naszych badaniach ankietowych wykazano, że ponad ¾ matek dzieci z przepukliną oponowo-rdzeniową nie stosowało profilaktyki kwasem foliowym [19], natomiast stosowało w diecie domowników produkty bogate w foliany [20] już po urodzeniu chorego dziecka. Jako chętnie używane w domowej kuchni produkty matki wymieniały surowe warzywa liściaste, głównie sałatę, szpinak, kapustę, brokuły, szparagi, kalafiory,

brukselkę, a także zielony groszek, pomidory, buraki, orzechy, słonecznik, pełne ziarna zbóż, owoce cytrusowe, jaja i sery. Pomimo licznych badań nad przyswajalnością folianów znajomość tego zagadnienia nie jest pełna zarówno w odniesieniu do poszczególnych produktów żywnościowych, jak też racji pokarmowych. Stwierdzono niecałkowitą przyswajalność naturalnie występujących folianów z pewnych produktów pokarmowych. Produkty żywnościowe, takie jak kapusta, pomarańcze, pomidory i fasola, zawierają naturalne inhibitory koniugaz, które obniżają bioprzyswajalność folianów. Naturalne wieloglutaminowe foliany w soku pomarańczowym wchłaniają się w około 67%. Bioprzyswajalność folianów z różnych produktów różni się znacznie i wynosi od 30 do 80% [21]. Na przyswajalność folianów z żywności ma wpływ wiele czynników zewnątrz- i wewnątrzustrojowych. Do najważniejszych należą: postać folianów zawartych w diecie, rodzaj produktów (naturalne, syntetyczne) i sposób ich spożywania (surowe, gotowane), procesy przetwórcze, którym poddawane są produkty żywnościowe, prawidłowe trawienie i wchłanianie, leki przyjmowane w celach terapeutycznych [22]. Hipowitaminoza na tle niedoboru folianów występuje na całym wiecie stosunkowo często. Najbardziej narażone na niedobory folianów są kobiety w ciąży, niemowlęta (zwłaszcza urodzone przedwcześnie i o niskiej masie ciała), dziewczęta w okresie dojrzewania oraz osoby w wieku podeszłym, u których deficyt folianów może przyczyniać się do powstawania dysfunkcji umysłowych. Podobnie, jak w przypadku innych witamin niedobory mogą być również wywołane różnymi stanami chorobowymi przewodu pokarmowego, przyjmowaniem leków lub stosowaniem diet [23].

Podstawowe znaczenie w utrzymaniu zdrowia i profilaktyce chorób ma styl życia. Elementami stylu życia korzystnie wpływającymi na zdrowie są m.in. prawidłowa dieta i nawyki żywieniowe [24, 25]. Pomiar poziomu kwasu foliowego we krwi dzieci z przepukliną oponowo-rdzeniową wykazywał wartości mieszczące się w granicach wartości referencyjnych, co potwierdza, że produkty stosowane w standardowej diecie pokrywały dzienne zapotrzebowanie na foliany. Drugim parametrem ocenianym we krwi dzieci z przepukliną oponowo-rdzeniową był poziom witaminy D3, który zgodnie z naszymi wcześniejszymi badaniami był obniżony w stosunku do zalecanych norm [26]. Na podstawie badań przeprowadzonych w populacji polskiej niedobór witaminy D3 poniżej 20 ng/ml stwierdzono u 30% młodzieży i aż u 70% młodych kobiet [27]. Główne przyczyny niedoboru to obniżenie syntezy skórnej związane z karnacją skóry, szerokością geograficzną, zanieczyszczeniem powietrza, znacznym stopniem zachmurzenia, stosowaniem do smarowania skóry filtrów UVB, zmniejszona podaż witaminy D z pokarmem oraz zaburzona synteza lub wzmożona degradacja 25(OH)D3 w wyniku przewlekłych chorób wątroby czy

stosowania leków (izoniazyd, ryfampicyna) [28]. Witamina D3 występuje w niewielu pokarmach: tłustych rybach (makrela, łosoś, sardynki), tranie, jajach kurzych, wątrobie [29]. Dostępny w aptekach tran zawiera najczęściej około 1000 IU/5ml. Także mieszanki mleczne, kaszki lub mleka modyfikowane zawierają w swym składzie witaminę D3. W USA coraz więcej pokarmów ogólnie spożywanych np. sok pomarańczowy, mleko, płatki śniadaniowe, chleb jest wzbogacanych w witaminę D3 [30].Witamina D3 wpływa na ilość wchłanianego wapnia z przewodu pokarmowego. Przy odpowiedniej ilości tej witaminy w organizmie pula wchłanianego wapnia spożywanego w pokarmach wynosi od 30% do 80%, natomiast przy niskim poziomie witaminy D3 jest to jedynie 10-15% [31]. Według informacji uzyskanych z ankiety dzieci z przepukliną oponowo-rdzeniową niechętnie spożywały tłuste ryby czy pokarmy, takie jak wątróbka i inne podroby.

Zachowania zdrowotne stanowią istotny problem zarówno w teorii, jak i w praktyce promocji zdrowia oraz prewencji chorób, szczególnie tych, których rozwój udokumentowany jest naukowo w zakresie związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy obecnością zachowań szkodliwych a zdrowiem [32]. Zachowania te wywołują bowiem potwierdzone empirycznie negatywne skutki zdrowotne [33]. Przykładem są chociażby czynniki ryzyka w schorzeniach układu nerwowego pacjentów w wieku rozwojowym [3], które stanowią wyznacznik plejotropowego działania witaminy D3 lub hipowitaminoza na tle niedoboru folianów, występująca na całym świecie stosunkowo często. Najbardziej narażone na niedobory folianów są niemowlęta (zwłaszcza urodzone przedwcześnie i o niskiej masie ciała), dziewczęta w okresie dojrzewania oraz osoby w wieku podeszłym, u których deficyt folianów może przyczyniać się do powstawania dysfunkcji umysłowych [34]. Nadrzędnym celem jest więc określenie wpływu preferowanych zachowań zdrowotnych – będących wykładnikiem utrzymania optymalnego stanu zdrowia. Według Paulika i wsp. [35] istnieje znaczący związek między zachowaniem promującym zdrowie a czynnikami demograficznymi, społecznymi i ekonomicznymi oraz miejscem zamieszkania. Niższą częstość występowania działań promujących zdrowy styl życia obserwuje się wśród osób o niższym wykształceniu, niższych dochodach, u osób starszych i mieszkających w małych miejscowościach. W badaniach własnych nie wykazano zależności istotnych statystycznie poziomu witaminy D3 i kwasu foliowego we krwi dzieci z przepukliną oponowo-rdzeniową w zależności od płci, miejsca zamieszkania i stanu funkcjonalnego tych pacjentów oraz pracy, wykształcenia i zachowań zdrowotnych matek. W obserwacjach Pullena i wsp. [36] podkreśla się również, że jak najwięcej informacji na temat zdrowia i szeroko zakrojone poradnictwo jest wyraźnie związane z zachowaniami promującymi zdrowy styl życia.

W ocenie zachowań zdrowotnych matek dzieci z przepukliną oponowo-rdzeniową najniższe wartości uzyskano w obszarze skali – praktyki zdrowotne (codzienne nawyki dotyczące snu i rekreacji czy aktywności fizycznej). Biorąc pod uwagę fakt niepełnosprawności dziecka z przepukliną oponowo-rdzeniową zrozumiałym wydaje się fakt zaniedbywania tego rodzaju zachowań zdrowotnych. Rodziny dzieci z niepełnosprawnością borykają się z szeregiem problemów, m.in. ekonomicznych, jak rezygnacja z pracy jednego z rodziców, wydatki na lekarstwa, zakup sprzętu rehabilitacyjnego oraz medycznego; utrudniony dostęp do specjalistycznej opieki, z powodu dojazdu. Problem stanowi również brak wiedzy co do sposobu postępowania z niepełnosprawnym dzieckiem, oceny jego potrzeb psychologicznych – a więc trudności merytoryczne. Często pomimo wsparcia ze strony najbliższego otoczenia, rodzina dziecka niepełnosprawnego ma trudności ze sprawowaniem opieki w takim stopniu, w jakim ta opieka być powinna, co ma odzwierciedlenie w zachowaniach zdrowotnych ocenianej grupy. Ankietę wypełniły 43 matki korzystające systematycznie z rehabilitacji. Wypełniając ankietę nie precyzowały szczegółowo stosowanej diety.

Wnioski

1. Zachowania zdrowotne matek dzieci z przepukliną oponowo-rdzeniową nie różnią się w istotny sposób od zachowań zdrowotnych matek dzieci zdrowych.
2. Świadomość przyczyn urodzenia dziecka z przepukliną oponowo-rdzeniową, jaką może być niedobór kwasu foliowego sprzyja prawidłowym zachowaniom w zakresie nawyków żywieniowych w rodzinie, co miało odzwierciedlenie w poziomie kwasu foliowego we krwi dzieci z przepukliną oponowo-rdzeniową.
3. Istnieje pilna potrzeba podnoszenia świadomości wielokierunkowego działania witaminy D3 i wprowadzania pokarmów zawierających tą witaminę do diety pacjentów z przepukliną oponowo-rdzeniową.

Piśmiennictwo

1. Brzeziński Z.J.: Zapobieganie WCN [w:] Zapobieganie Wrodzonym Wadom Cewy Nerwowej. Brzeziński Z.J. (red.), Instytut Matki i Dziecka, Program Pierwotnej Profilaktyki Wad Cewy Nerwowej, Warszawa, 1998, 73-96.
2. Karakuła H., Opolska A., Kowal A. i wsp.: Czy dieta ma wpływ na nasz nastrój? Znaczenie kwasu foliowego i homocysteiny. Pol. Merk. Lek., 2009, 26, 152, 136.

3. Okurowska-Zawada B., Kułak W., Sienkiewicz D., Paszko-Patej G.: Rola witaminy D w schorzeniach układu nerwowego pacjentów w wieku rozwojowym [w:] Pediatria - co nowego?.Otto-Buczkowska E.(red.). Wydawnictwo Cornetis, Wrocław, 2011, 38-49.
4. Wojnarowska B.: Poszukiwanie nowych wskaźników oraz sposobów pomiaru i monitorowania zdrowia dzieci i młodzieży. Zdr. Pub., 1999, 1, 59.
5. Puchalski K.: Zachowania związane ze zdrowiem jako przedmiot nauk socjologicznych. Uwagi wokół pojęcia [w:] Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego, Gniazdowski A. (red.). Instytut Medycyny Pracy, Łódź, 1990, 47.
6. Frączek A., Stępień E.: Kwestionariusz „Ty i Zdrowie". Wydawnictwo IPiN, Warszawa, 1991.
7. Frączek A., Stępień E.: Zachowania związane ze zdrowiem wśród dorastających a promocja zdrowia [w:] Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń. Ratajczak W.Z., Heszen-Niejodek I. (red.). Wydanictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, 1997.
8. Woynarowska B., Mazur J.: Zachowania zdrowotne i samoocena zdrowia. Wydz. Pedagogiczny UW, Warszawa, 1999.
9. Kaiser L., Allen LH.: Position of the American Dietetic Association: nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome. J. Am. Diet. Assoc., 2008, 108, 553-561.
10. Łuszczyńska A.: Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczają? Wydawnictwo GWP, Gdańsk, 2004.
11. Gromulska L., Piotrowicz M., Cianciara D.: Własna skuteczność w modelach zachowań zdrowotnych oraz w edukacji zdrowotnej. Przegl. Epidemiol., 2009, 63, 427-432.
12. Gniazdowski A.: Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego. Instytut Medycyny Pracy, Łódź, 1990.
13. Juczyński Z.: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa, 2001, 116-121.
14. Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku. Biuro Światowej Organizacji Zdrowia Regionu Europejskiego 1999 Warszawa: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia; 2001.
15. Dolińska-Zygmunt G.: Podmiotowe uwarunkowania zachowań promujących zdrowie. Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, Warszawa, 2000.

16. Ostrowska A. : Styl życia a zdrowie. IFiS PAN, Warszawa, 1999.
17. Cieślik E., Gębusia A.: Skutki niedostatecznej podaży kwasu foliowego ze szczególnym uwzględnieniem znaczenia dla kobiet w wieku rozrodczym. Hygeia Public. Heath., 2011, 46, 431-436.
18. Bagłaj M., Wojtyłko A.: Profilaktyka wad cewy nerwowej kwasem foliowym na terenie Dolnego Śląska: fakt czy fikcja? Med. Wieku Rozw., 2011, 5, 501-507.
19. Okurowska-Zawada B., Kułak W., Sienkiewicz D., Paszko-Patej G.: Analiza czynników epidemiologicznych występowania przepukliny oponowo-rdzeniowej wśród pacjentów Kliniki Rehabilitacji Dziecięcej w Białymstoku. Probl. Hig. Epidemiol., 2011, 92, 298-303.
20. Czeczot H.: Kwas foliowy w fizjologii i patologii. Postepy Hig. Med. Dośw., 2008, 62, 405-419.
21. Ohrvik V.E., Witthoft C.M.: Human folate bioavailability. Nutrients, 2011, 3, 475-90
22. McNulty H., Pentieva K.: Folate bioavailability. Proc. Nutr. Soc., 2004, 63, 529-536.
23. Coppola G., Ingrosso D., Operto FF. et al.: Role of folic acid depletion on homocysteine serum level in children and adolescents with epilepsy and different MTHFR C677T genotypes. Seizure, 2012, 21, 340-343.
24. Smoleń E., Gazdowicz L., Żyłka-Reut A.: Zachowania zdrowotne osób starszych. Pielęg. XXI wieku, 2011, 3, 5-9.
25. Peker K., Bermek G.: Predictors of health-promoting behaviors among freshman dental students at Istanbul University. J. Dent. Educ., 2011, 75, 413-420.
26. Okurowska-Zawada B., Korzeniecka-Kozerska A., Kułak W. i wsp.: Niedobór witaminy 25 (OH) D3 a ryzyko samoistnych złamań wśród dzieci z przepukliną oponowo-rdzeniową [w:] Wielowymiarowość współczesnej medycyny. Krajewskiej-Kułak E., Łukaszuk C., Lewko J., Kułak W. (red.). Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauk o Zdrowiu, Białystok, 2012, 185-191.
27. Płudowski P., Karczmarewicz E., Czech-Kowalska J. i wsp.: Nowe spojrzenie na suplementację witaminą D. Standardy Med. Pediatria, 2009, 6, 23-41.
28. Misra M., Pacaud D., Petryk A. et al.: Vitamin D Deficiency in Children and Its Management: Review of Current Knowledge and Recommendations. Pediatrics, 2008, 122, 398-417.
29. Holick M.F.: Vitamin D: importance in the prevention of cancers, type 1 diabetes, heart disease, and osteoporosis. Am. J. Clin. Nutr., 2004, 79, 362-371.

30. Grant W.B., Holick M.F.: Benefits and requirements of vitamin D for optimal health: A review. Altern. Med. Rev., 2005, 2, 94-111.
31. Nosko J.: Zachowania zdrowotne i zdrowie publiczne: aspekty historyczno-kulturowe. Instytut Medycyny Pracy, Łódź, 2005.
32. Woynarowska B.: Edukacja zdrowotna. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2008.
33. Ziemlański Ś., Wartanowicz M.: Rola folianów w żywieniu kobiet i dzieci. Pediatria Współczesna. Gastroenterologia, Hepatologia i Żywienie Dziecka, 2001, 3, 119-125.
34. Paulik E., Bóka F., Kertész A., et al.: Determinants of health-promoting lifestyle behaviour in the rural areas of Hungary. Health. Promot. Int., 2010, 25, 277 -288.
35. Pullen C., Walker SN., Fiandt K.: Determinants of health-promoting lifestyle behaviors in rural older women. Fam. Commun. Health., 2001, 24, 49-72.
36. Kwaśniewska G.: Rodzina dziecka z przepukliną oponowo-rdzeniową. Wydawnictwo UMCS, Lublin, 2005.

Gasińska Karolina[1], Bednarski Jerzy[2], Bieniaś Beata[3], Wieczorkiewicz-Płaza Anna[3], Zajączkowska Maria[3]

Jakość życia dziecka z chorobą Recklinghausena – opis przypadku

1. Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Nefrologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
2. Klinika Ortopedii i Rehabilitacji, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie
3. Klinika Nefrologii Dziecięcej, Dziecięcy Szpital Kliniczny im. prof. Antoniego Gębali

Wstęp

Życie człowieka jest w znacznej mierze determinowane przez stan jego zdrowia. Pomimo dynamicznego rozwoju współczesnej medycyny, nadal istnieje na świecie wiele chorób, których nie można wyleczyć. Są one przyczyną obniżania jakości życia, nie dając jednocześnie szans na jego poprawę w przyszłości.

Do grupy takich chorób należą zwłaszcza choroby uwarunkowane genetycznie. Są one spowodowane mutacjami w genach, które powstają spontanicznie na skutek błędów w replikacji DNA bądź są indukowane różnymi czynnikami chemicznymi, fizycznymi lub biologicznymi. Zmieniony gen jest przyczyną produkcji nieprawidłowego białka, co zaburza funkcje organizmu. Mutacje zachodzące w komórkach somatycznych nie są przekazywane potomstwu, natomiast te w komórkach rozrodczych mogą być odziedziczone albo powstać *de nowo* w procesie oogenezy lub spermatogenezy.

Postępowanie w przypadku chorób genetycznych jest szczególnie trudne z uwagi na fakt, iż przeważnie nie jest możliwe zlikwidowanie przyczyny choroby. Stosuje się wtedy leczenie zachowawcze przez całe życie. Oprócz długotrwałej opieki medycznej konieczne jest wsparcie psychiczne. Dlatego bardzo ważna rola przypada rodzinie i innym osobom z najbliższego otoczenia pacjenta. Przeprowadzono wiele badań dotyczących wpływu różnych czynników na stan zdrowia. Potwierdzają one m.in., że osoby żyjące samotnie częściej zapadają na depresję i inne choroby, niż mieszkające z rodziną. Ponadto wszelkie konflikty, przemoc czy alkoholizm wpływają negatywnie na stan zdrowia nie tylko chorego, ale także wszystkich osób we wspólnym gospodarstwie domowym.

Należy podkreślić, że opieka nad pacjentem onkologicznym istotnie różni się w zależności od jego wieku. Inne potrzeby występują u dzieci, a inne u dorosłych. Jest to związane z naturalnym procesem rozwoju psychofizycznego człowieka oraz jego rolą w społeczeństwie w poszczególnych etapach życia.

Już w XV wieku wielu malarzy uwieczniało sylwetki ludzi, u których dziś rozpoznano by chorobę Recklinghausena. Bliżej zainteresowano się nią pod koniec XIX wieku, kiedy to w teatrach i cyrkach Europy występował mężczyzna o nazwisku Merick, zwany „Człowiekiem-Słoniem". Jeden z ówczesnych lekarzy stwierdził u niego to schorzenie. Obecnie wiadomo, że była to odmienna jednostka chorobowa, zwana zespołem Proteusza [1].

Choroba Recklinghausena należy do grupy schorzeń nazywanych fakomatozami. Cechują się one występowaniem zaburzeń rozwojowych tkanek pochodzących z trzech listków zarodkowych, stąd bardzo duża różnorodność objawów klinicznych. Najczęstszą fakomatozą jest nerwiakowłókniakowatość, występująca w dwóch podstawowych typach:

- nerwiakowłókniakowatość typu 1 (NF-1), nazywana nerwiakowłókniakowatością obwodową, bądź chorobą Recklinghausena (od nazwiska jednego z pierwszych lekarzy, który ją opisał),
- nerwiakowłókniakowatość typu 2 (NF-2), nazywana nerwiakowłókniakowatością ośrodkową [1].

Warto zaznaczyć, że NF-1 należy do najpowszechniejszych chorób uwarunkowanych genetycznie. Występuje z częstością 1:2500 urodzeń [2]. Najczęściej jest przekazywana w sposób autosomalny dominujący, zatem statystycznie połowa potomstwa osoby chorej odziedziczy błąd w materiale genetycznym (przy założeniu, że drugi rodzic jest zdrowy). Możliwe są również mutacje *de novo.* Gen odpowiedzialny za rozwój choroby Recklinghausena znajduje się w chromosomie 17 i koduje białko – neurofibrominę 1 [3]. Zaburzenie jej budowy powoduje upośledzenie prawidłowego wzrostu i różnicowania się komórek i w następstwie rozwój nieprawidłowych tkanek. Dlatego niezmiernie ważne – z punktu widzenia poradnictwa genetycznego – jest badanie całej rodziny chorego. W grupie ryzyka ustala się zakres badań profilaktycznych pozwalających na szybką interwencję w przypadku pojawienia się wczesnych stadiów nowotworów [1].

W trwającej od urodzenia chorobie Recklinghausen, wraz ze wzrostem dziecka, pojawiają się nowe zmiany charakterystyczne dla rozpoznania. Najczęściej i najwcześniej spotykanymi – ponad 90% pacjentów – są łatwe do zdiagnozowania plamy w kolorze „kawy z mlekiem" („café au lait"), będące zwykle zmianami wrodzonymi, chociaż mogą również pojawiać się i powiększać w późniejszych etapach życia. Ich przeciętna wielkość wynosi od 2 do 5 cm, lecz zdarzają się też dużo większe. Bardzo często na skórze w fałdach pachowych i pachwinowych widoczne są drobne plamki barwnikowe podobne do piegów. Dość wcześnie występują także guzki tęczówki, zwane guzkami Lischa. Zazwyczaj po 6 roku życia, szczególnie na kończynach i tułowiu, powstają nerwiakowłókniaki – guzki zbudowane z

przerosłych komórek Schwanna oraz okołonerwowych fibroblastów. Rozwijają się one wzdłuż przebiegu nerwów. Objawy zależne są od umiejscowienia, wielkości i liczby guzków. Niekiedy wytwarzają się nerwiakowłókniaki splotowate, prowadzące do przerostu kończyny, wytrzeszczu gałki ocznej, uszkodzenia czaszki lub oczodołu. U prawie połowy pacjentów występują zmiany neurologiczne, powodujące m.in. obniżenie ostrości wzroku, zaburzenia słuchu oraz często opóźnienie rozwoju umysłowego. Pomiędzy 5 a 10 rokiem życia możliwe jest ujawnienie się trudności w czytaniu, pisaniu i koncentracji uwagi. Poza tym dzieci z nerwiakowłókniakowatością typu 1 mogą mieć padaczkę, nadciśnienie tętnicze oraz zaburzenia endokrynologiczne w postaci niepełnego lub opóźnionego dojrzewania płciowego, niepłodności, a także cukrzycy. Nie są wykluczone również dolegliwości żołądkowo-jelitowe, takie jak zaparcia lub rzadziej okresowe krwawienia. Współwystępujące zaburzenia kostne to zniekształcenia klatki piersiowej, mostka, nierówna długość kończyn i skolioza (boczne skrzywienie kręgosłupa). Ponadto istnieje ryzyko zezłośliwienia istniejących zmian, jak również możliwość pojawienia się nowotworów innego typu, takich jak: guz Wilmsa, mięsak prążkowanokomórkowy, białaczki, guz chromochłonny nadnerczy [1].

Z powodu występowania w chorobie Recklinghausena wielu różnych objawów, konieczna jest wielospecjalistyczna opieka. Prezentacja kliniczna u poszczególnych pacjentów może być różna. Prawdopodobnie zależy to od wpływu środowiska na ekspresję genu oraz obecności genów modyfikujących. W związku z tym tak ważne jest indywidualne ustalenie sposobu leczenia, aby każdemu zapewnić jak najlepszą jakość życia.

Założenia i cel pracy

Choroba nowotworowa dziecka w istotny sposób wpływa na jego egzystencję. Jakość życia zależy od umiejętności dostosowania się pacjenta do zaleceń lekarzy, a także od pomocy osób najbliższych w wykonywaniu codziennych czynności oraz udzielanego przez nich wsparcia psychicznego. Celem pracy jest ocena jakości życia rodzinnego i szkolnego, a także stosunku osób z najbliższego otoczenia wobec chłopca cierpiącego na chorobę Recklinghausena.

Materiał i metody

Przedstawiono przypadek pacjenta z chorobą Recklinghausena, zdiagnozowaną w wieku 3 lat. Chłopiec zgłosił się 13 lutego 2013 r. do Kliniki Nefrologii Dziecięcej w Dziecięcym Szpitalu Klinicznym im. prof. Antoniego Gębali (DSK) w Lublinie w celu planowych badań kontrolnych. W niniejszej pracy wykorzystano informacje zawarte w dokumentacji medycznej, konsultacje specjalistyczne oraz wywiad z ojcem dziecka.

Wyniki

U chłopca chorobę Recklinghausena rozpoznano w 3 roku życia. Manifestuje się ona licznymi objawami, takimi jak: różnej wielkości plamy typu „kawy z mlekiem" na całym ciele, owłosione znamiona barwnikowe, piegowate nakrapiania w okolicy pach i pachwin oraz mnogie nerwiakowłókniaki. W miednicy mniejszej znajduje się rozległy guz, modelujący pęcherz moczowy. Ucisk powoduje zmniejszoną pojemność pęcherza, co prowadzi do częstomoczu. Ponadto stwierdzono refluks pęcherzowo-moczowodowy II stopnia do podwójnego układu kielichowo-miedniczkowego prawej nerki. Chłopiec ma guzki Lisha w tęczówkach oraz niedomykalność zastawek serca – aortalnej, trójdzielnej i płucnej I stopnia, natomiast dwudzielnej śladową. Rozwinęły się również zaburzenia w obrębie układu kostno-stawowego, w postaci znacznej skoliozy, skrócenia prawej kończyny dolnej o 7 mm, a także rotacji w stawie biodrowym. W miejscu występowania nerwiakowłókniaków występuje nadwrażliwość skóry, co jest przyczyną dyskomfortu w razie silniejszego dotyku lub uderzenia.

Zmiana guzowata w miednicy mniejszej jest rozległa i uciska narządy wewnętrzne. Nie ma możliwości jej radykalnego usunięcia, bez naruszenia sąsiadujących struktur. Zabieg chirurgiczny wiązałby się z koniecznością wycięcia pęcherza moczowego i wytworzeniem sztucznego zbiornika na mocz, co byłoby dla dziecka bardzo okaleczające. Ponadto spowodowałby trwałą bezpłodność w przyszłości. Rodzice dziecka zostali poinformowani o konsekwencjach operacji i na razie nie wyrażają na nią zgody. Poza tym, obecnie stan ogólny pacjenta jest dobry, nie ma szybkiej progresji choroby, a funkcja nerek i perystaltyka jelit są prawidłowe, dlatego nie ma pilnych wskazań do wykonania zabiegu. Jest on jednak nieunikniony w późniejszym okresie.

Ze względu na wielonarządowy charakter choroby, dziecko wymaga bardzo troskliwej, wielospecjalistycznej opieki, tj.: neurologa, nefrologa, onkologa, dermatologa, okulisty, chirurga, rehabilitanta oraz psychologa. Niezbędność regularnych wizyt w poradniach lekarskich oraz wykonywanie licznych badań, często powodujących dyskomfort, są dla chłopca bardzo uciążliwe. Zdarzyło się, że chłopiec nie chciał poddać się badaniu przepływu cewkowego, pomimo długotrwałej namowy. Takie sytuacje wymagają dużej cierpliwości, zarówno ze strony personelu medycznego, jak i rodziców dziecka. Chłopiec miał wykonywaną cystoskopię oraz zabieg usunięcie guzka w prawej okolicy lędźwiowej, co było dla niego bardzo przykrym doznaniem. Strach związany ze znieczuleniem, a później ból i dyskomfort po operacji – to wszystko sprawia, że dziecku trudno jest zrozumieć i zaakceptować konieczność leczenia jego choroby.

Pomimo współwystępowania wielu objawów choroby, chłopiec bardzo dobrze radzi sobie w codziennym funkcjonowaniu. Jest samodzielny podczas wykonywania większości obowiązków domowych i szkolnych. Opiekę nad dzieckiem sprawuje głównie jego ojciec, ponieważ nie pracuje zawodowo i może poświęcać mu więcej czasu niż matka. Nie tylko dba o regularne zgłaszanie się na badania kontrolne do szpitala i pilnuje przyjmowania leków, ale także udziela chłopcu znacznego wsparcia psychicznego. U ojca również występuje choroba Recklinghausena. Sprawia to, że łatwiej jest mu zrozumieć problemy syna i udzielić odpowiedniej pomocy w trudnych sytuacjach. Brat chorego chłopca, mający 14 lat, nie wykazał dotychczas objawów choroby.

Dziecko regularnie uczęszcza do szkoły. Nie ma trudności w nauce. Jak twierdzi, wychowanie fizyczne jest jego ulubionym przedmiotem, chociaż jest zwolnione z gimnastyki i innych ćwiczeń, powodujących u niego dyskomfort. Chłopiec uczestniczy także we wspólnych zabawach z innymi dziećmi. To wszystko świadczy to o tym, że choroba nie wpływa negatywnie na jego relacje z rówieśnikami.

Dyskusja

Choroba Recklinghausena, jak większość innych, uwarunkowanych genetycznie schorzeń, jest nieuleczalna i ma charakter przewlekły. Pociąga to za sobą poważne konsekwencje, zarówno w życiu samego dziecka, jak i jego najbliższych.

Pojawienie się choroby przewlekłej w rodzinie wymaga od wszystkich członków przystosowania się do nowej sytuacji. Reakcje każdego z nich są złożone i zindywidualizowane. Zależą od charakteru danej osoby, jej więzi z chorym, wrażliwości itp. Stosunek dziecka do choroby jest natomiast uwarunkowany jego wiekiem i poziomem dojrzałości emocjonalnej,. Duży wpływ ma również struktura rodziny, panujące w niej układy, atmosfera, a także postawy rodziców. Skutkiem znalezienia się w trudnej sytuacji może być kryzys rodziny i jej rozbicie, albo przeciwnie – wzmocnienie więzi [4].

Doświadczenia rodzinne związane z przewlekłą chorobą tworzą swoisty proces, który zawiera określone fazy. Pierwsza z nich to wstrząs psychiczny, kiedy rodzice nie są w stanie pogodzić się z przekazaną im diagnozą. Ich życie osobiste i zawodowe ulega nagle zaburzeniu. Na tym etapie nie potrafią podjąć racjonalnych decyzji. Następnie występuje faza rozpaczy. Wówczas rodziców dręczy poczucie krzywdy. Czują się nieszczęśliwi, bezradni i zagubieni. Obwiniają siebie i wszystkich wokół za zaistniałą sytuację. Na tym etapie szczególnie ważna dla procesu leczenia dziecka jest racjonalna i odpowiedzialna postawa rodziców wobec lekarzy, którzy oczekują od nich współpracy. W dalszej kolejności dochodzi do pozornego przystosowania. Rodzice sprawiają wrażenie pogodzenia się z obecnością

choroby u dziecka. Poszerzają swoją wiedzę na jej temat, aby łatwiej było im zrozumieć, co dzieje się z dzieckiem i jak mogą zapewnić mu wsparcie emocjonalne oraz najlepszą opiekę medyczną. Często na tym etapie sięgają jednak po niekonwencjonalne sposoby leczenia, rezygnując z zaleceń specjalisty, albo zmieniają dawkowanie lekarstw. Są przekonani, że sami znajdą rozwiązanie w trudnej sytuacji, która ich spotkała. Ostatnia faza to konstruktywne przystosowanie. Większość rodziców odzyskuje w tym czasie równowagę emocjonalną i przejawia racjonalną postawę. Jest to możliwe, jeżeli zrozumieją istotę choroby i skupią się na aktualnych potrzebach dziecka. Duże znaczenie odgrywa tutaj zgodność w małżeństwie, a także wsparcie od najbliższej rodziny.. Może oczywiście powracać stan rozpaczy lub depresja, najczęściej gdy następuje chwilowe pogorszenie stanu zdrowia dziecka [4].

Jak wspomniano powyżej, pojawienie się przewlekłej choroby w rodzinie może stać się przyczyną wielu nieporozumień i konfliktów. Jest to spowodowane różnicami w reagowaniu poszczególnych osób na ciężką sytuację, wymagającą zmiany systemu wartości i rytmu życia. Rodzice muszą poradzić sobie z przykrymi emocjami, takimi jak żal, bezsilność, lęk i niepewność. Często obwiniają się wzajemnie za chorobę dziecka. Duży problem stanowi podział obowiązków pomiędzy nimi i nadmierne przeciążenie, zwłaszcza gdy oboje pracują zawodowo. To wszystko prowadzi do pogorszenia relacji w małżeństwie i może doprowadzić nawet do jego rozpadu. Zdarza się również jednak, że poważna choroba dziecka łączy rodziców, wzmacniając ich więzi małżeńskie i ułatwiając pokonywanie trudności [4].

W tym trudnym dla całej rodziny czasie, jakim jest opieka nad nieuleczalnie chorym dzieckiem, nie należy rezygnować z normalnego życia. Rodzice powinni właściwie wypełniać swoje funkcje, dbać o edukację dziecka i jego prawidłowy rozwój. Niekorzystnym zjawiskiem, jakie się obserwuje, jest nadopiekuńczość i nadmierna pobłażliwość wobec dziecka pod pretekstem choroby. Rodzice starają się za wszelką cenę spełnić wszystkie jego zachcianki. Taka postawa może skutkować zaburzeniem procesu usamodzielniania się, problemami z kontrolowaniem emocji, a także z dostosowaniem się dziecka do norm społecznych i moralnych. W sytuacji choroby przewlekłej możliwe jest również przyjmowanie postawy unikania lub odrzucenia przez rodziców. Zwykle dzieje się tak wtedy, gdy w rodzinie istnieją osłabione lub zerwane więzi. Może to wynikać także z braku wiedzy na temat choroby oraz z przeciążenia długotrwałą opieką i odpowiedzialnością. Wówczas rodzice najczęściej reagują złością i przejawiają wrogi stosunek do dziecka. Nie okazują mu bliskości i wsparcia, stosują surową dyscyplinę, separują dziecko od reszty rodziny i rówieśników oraz zaniedbują je [4].

Specyficzna jest także sytuacja rodzeństwa chorego dziecka. Jeśli otrzymuje ono mniej

zainteresowania i pomocy ze strony rodziców, może czuć się mniej ważne i wykazywać negatywną postawę wobec brata lub siostry cierpiącego na chorobę. Towarzyszy temu doświadczanie sprzecznych uczuć – z jednej strony współczucia, a z drugiej zazdrości i gniewu. Dlatego rodzice powinni zawsze pamiętać, że są wzorem do naśladowania i oparciem dla wszystkich dzieci i powinny być one traktowane jednakowo, oczywiście na ile jest to możliwe. Takie postępowanie zapewni w rodzinie obciążonej schorzeniem genetycznym przyjazną i spokojną atmosferę, a jej życie nie będzie się koncentrowało wyłącznie wokół choroby [4].

Jak wynika z powyższych rozważań, istnieje silna zależność pomiędzy chorym dzieckiem, a najbliższymi osobami. Z jednej strony modyfikuje ono funkcjonowanie rodziny, koncentrując na sobie uwagę i czas wszystkich jej członków, a z drugiej strony rodzina wpływa na samopoczucie dziecka, pomagając mu przeżyć ciężkie chwile.

Warto podkreślić, że choroba przewlekła wywołuje nie tylko zaburzenia czynności organizmu, ale również zmienia funkcjonowanie psychiczne i społeczne dziecka. Może to skutkować nieprawidłowymi zachowaniami, a także zwiększać predyspozycje do wystąpienia depresji i utrudniać adaptację w środowisku [5]. Ponadto konieczność długotrwałej rozłąki z rodziną w czasie hospitalizacji utrudnia zaspokojenie potrzeby miłości i bezpieczeństwa, co często dziecko manifestuje drażliwością, frustracją, a nawet agresją [4].

Odnosząc przedstawione powyżej treści do opisywanego przypadku 11-letniego chłopca z nerwiakowłókniakowatością typu 1 należy stwierdzić, że dziecko bardzo dobrze przystosowało się do swojej choroby, która wymaga dużego poświęcenia zarówno z jego strony, jak i najbliższych mu osób. Chłopiec musi regularnie zgłaszać się na 3-dniowe pobyty w szpitalu w celu wykonywania badań kontrolnych. Dla niego wiąże się to z koniecznością opuszczania zajęć szkolnych, natomiast rodziców zobowiązuje do godzenia innych obowiązków z opieką nad dzieckiem. Ponadto niektóre zabiegi diagnostyczne mogą wzbudzać u dziecka strach i powodować dyskomfort. Do tego świadomość niemożności trwałego usunięcia zmian chorobowych może być przyczyną zniechęcenia do leczenia.

Akceptacja wśród rówieśników jest szczególnie ważna dla dzieci. Daje im poczucie pewności siebie, ułatwia nawiązywanie nowych znajomości, a także umożliwia rozwijanie wspólnych zainteresowań. U chorego chłopca zaburzona jest budowa anatomiczna ciała, przez co porusza się on inaczej w porównaniu do zdrowych dzieci. Ponadto ma na skórze liczne plamy typu „kawy z mlekiem”. To sprawia, że jest narażony na brak tolerancji i wyśmiewanie przez środowisko.

Dotychczas zostało napisanych niewiele prac poświęconych tematyce chorób

przewlekłych u młodych pacjentów. Sprawia to, iż trudno jest sformułować uniwersalne wnioski dotyczące wpływu choroby Recklinghausena na jakość życia dziecka na podstawie analizy pojedynczego przypadku i dostępnego piśmiennictwa. Pewne jest jednak, że nerwiakowłókniakowatość typu 1 ma znaczący wpływ na rozwój i psychikę dziecka. Można zapewnić mu jak najlepszy komfort życia poprzez stałe monitorowanie przebiegu choroby i prowadzenie leczenia opóźniającego jej progresję. Jednocześnie bardzo ważną rolę w życiu chorego odgrywa troska najbliższych osób. Odpowiednia opieka nad dzieckiem daje mu szansę na zdobycie wykształcenia, znalezienie pracy i usamodzielnianie się w przyszłości.

Piśmiennictwo

1. Wojtkiewicz A., Wojtkiewicz A., Zaczkiewicz A.: Choroba Recklinghausena. Świat w kolorze kawy z mlekiem, http://www.albajulia-recklinghausen.pl/reckli.html, data pobrania 07.03.2013.
2. http://pl.wikipedia.org/wiki/Nerwiakowłókniakowatość_typu_1#Objawy_i_przebieg, data pobrania 07.03.2013.
3. Dragan K.: Choroba Recklinghausena na przykładzie chorej kobiety, alba-julia. pl/images/skrot%20pracy%20licen1.pdf, data pobrania 07.03.2013.
4. Błasiak A.: Rodzina w obliczu choroby. http://www.deon.pl/inteligentne-zycie/poradnia/ art,104, rodzina-w-obliczu-choroby.html, data pobrania 07.03.2013.
5. Chorążka M: What could be left in children's psychic after neoplasm? http://medtube.net/ tribune/what-could-be-left-in-childrens-psychic-after-neoplasm/, data pobrania 07.03.2013.

Olejnik Beata Janina[1], Zalewska Magdalena[3], Roszko-Kirpsza Izabela[1], Czerech Ewa[2], Kulesza Mariola[1], Jabłoński Robert[1], Prokop-Zaniewska Aleksandra[1], Łuszcz Anna[2], Stepek Agata[2], Maciorkowska Elżbieta[1]

Żywienie dzieci wiejskich w wieku wczesnodziecięcym

1. Zakład Medycyny Wieku Rozwojowego i Pielęgniarstwa Pediatrycznego, Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Klinika Pediatrii, Gastroenterologii i Alergologii Dziecięcej Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Białymstoku
3. Zakład Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wstęp

Sposób żywienia dziecka, poczynając od okresu wewnątrzłonowego poprzez okres wczesnego dzieciństwa, ma wpływ na jego rozwój i zdrowie w wieku dojrzałym. Odpowiednio zbilansowany jadłospis jest czynnikiem zmniejszającym ryzyko rozwoju wielu chorób cywilizacyjnych (cukrzycy, nadciśnienia, chorób układu krążenia) w perspektywie kilku dekad. W różnych okresach wieku rozwojowego występują tzw. momenty krytyczne, które mogą mieć wpływ na stan zdrowia dziecka [1]. Racjonalne żywienie dzieci w okresie wczesnodziecięcym gwarantuje prawidłowy rozwój fizyczny i psychiczny oraz rozpoczyna kształtowanie nawyków żywieniowych. Dzieci 2.-3.-letnie stanowią grupę szczególnie podatną na kształtowanie nawyków żywieniowych, co może dać długoterminowe korzyści dla zdrowia człowieka dorosłego [2, 3].

Do podstawowych zasad żywienia dzieci w wieku wczesnodziecięcym należą, m.in.: odpowiednia liczba posiłków (4-5 posiłków dziennie, równomierne rozłożonych w czasie), urozmaicenie codziennej diety, nieprzekarmianie dzieci oraz kontrola spożycia produktów wysokokalorycznych o małej wartości odżywczej, tj. słodyczy, przekąsek słonych, napojów słodzonych itp. Należy pamiętać o regularnym podawaniu posiłków oraz odpowiedniej formie ich spożywania, gdyż przyzwyczajenia, których dziecko nabywa we wczesnym dzieciństwie procentują w dalszym okresie życia. Właściwy dobór składników pokarmowych, podawanie świeżych, nieprzetworzonych produktów, ograniczenie barwników i konserwantów zapewnia harmonijny rozwój dziecka. W diecie dzieci po drugim roku życia powinny znajdować się warzywa i owoce, produkty z pełnych ziaren zbóż, produkty mleczne, ryby i chude mięso. Do trzeciego roku życia nie należy ograniczać spożycia masła u dziecka, gdyż jest ono dobrym źródłem witaminy E, A i D [4].

W żywieniu małego dziecka należy kierować się jego apetytem i aktywnością ruchową. Błędnym zachowaniem rodziców jest zmuszanie dzieci do przyjmowania pokarmów, szczególnie kiedy przekracza to potrzeby i możliwości metaboliczne dziecka. Powoduje to rozwój wielu reakcji obronnych u dzieci, wyrażających się gwałtowną odmową jedzenia przygotowywanych i podawanych w nadmiarze posiłków. Takie postępowanie w rodzinie usposabia do powstawania bardzo poważnych problemów żywieniowych u dziecka, które mogą się utrwalać.

Zarówno zbyt mała, jak i zbyt duża podaż składników pokarmowych z dietą w odniesieniu do zapotrzebowania organizmu dziecka stwarza ryzyko zaburzeń stanu zdrowia. Powstanie dodatniego bilansu energetycznego organizmu następuje wówczas, kiedy pobranie energii ze spożytej żywności jest większe niż jej wydatkowanie. Skutkiem trwania takiej dysproporcji jest otyłość. Nadmierne spożycie kalorii związane jest z pogorszeniem jakości diety pod względem jej składu i wartości odżywczej diety [4, 5].

Innym problemem żywieniowym jest niedożywienie. U dzieci, które nie spożywają odpowiedniej ilości składników odżywczych w dłuższym czasie, dochodzi do niedożywienia prowadzącego z kolei do upośledzenia wielu funkcji organizmu i zaburzeń rozwoju. Objawia się to niedoborem masy ciała i wzrostu, niedokrwistością, zaburzeniami odporności czy opóźnieniem rozwoju intelektualnego [5].

U niemowląt lub małych dzieci, które odmawiają przyjmowania pokarmów, są niezdolne do jedzenia lub mają trudności w jedzeniu może wystąpić problem zaburzeń karmienia. W rozpoznaniu problemu istotna jest ocena rozwoju dziecka, ocena czynności jedzenia, ocena sposobu żywienia i stanu odżywienia w oparciu o pomiary wzrostu i masy ciała oraz wskaźnika BMI w odniesieniu do siatek centylowych, ocena zapotrzebowania kalorycznego oraz ocena środowiska rodzinnego. Jeżeli podłożem problemu są zaburzenia zachowania związane z karmieniem, postępowanie powinno zacząć się od wprowadzenia stałych pór posiłków, których czas trwania nie powinien przekraczać 20-30 minut. Między posiłkami nie należy podawać przekąsek ani soków. U dzieci z problemami w karmieniu należy dbać o urozmaicenie posiłków, przygotowywać małe porcje pożywienia odpowiedniego do wieku dziecka, nie karmić na siłę, nie okazywać niezadowolenia, a przede wszystkim wyeliminować monotonię z żywienia dziecka [6, 7, 8, 9].

Żywienie dzieci warunkowane jest czynnikami genetycznymi, środowiskowymi, jak i kulturowymi [10]. Wśród czynników środowiskowych determinujących prawidłowe żywienie w tym okresie dziecka główną rolę odgrywają uwarunkowania rodzinne, wśród

których wyróżnia się: liczebność rodzin, wykształcenie i aktywność zawodową rodziców, sytuację materialną rodzin.

Okres wieku żłobkowego-przedszkolnego to okres nauki samodzielności, również podczas jedzenia, co wymaga zachowania spokoju i wytrwałości ze strony rodziców. Dużą umiejętnością rodzica jest prawidłowe żywienie małego dziecka, zadbanie o regularność spożywania posiłków i stosowanie w diecie produktów spożywczych z pięciu grup (mięso i wędliny, mleko, warzywa i owoce).

Środowisko rodzinne, w tym głównie rodzice, kształtują zwyczaje żywieniowe poprzez codzienne podawanie określonych produktów w pozytywnym aspekcie środowiskowym, np.: wspólne spożywanie posiłków. Dostępność określonego typu żywności w domu, sposób odżywiania się rodziców i rodzeństwa stanowi dla dzieci wzorzec do naśladowania.

Posiadanie rodzeństwa ma również wpływ pozytywny (np. większe doświadczenie matek) na kształtowanie zwyczajów żywieniowych. Rodziny z większą, niż jedno, liczbą dzieci ze względu na większą strukturę wydatków oraz zaangażowanie matki w obowiązki domowe mogą kształtować negatywne nawyki żywieniowe. Poziom wykształcenia, szczególnie matek, wyznacza anty- lub prozdrowotny styl życia całej rodziny, a sytuacja materialna gospodarstw domowych wpływa często na wybór artykułów żywnościowych [11, 12].

Odżywianie dziecka w rodzinie zależne jest również od tradycji żywieniowych zamieszkiwanego regionu, a od rodziców wymaga się dużo cierpliwości i konsekwentnych powtórzeń przy serwowaniu nowych różnorodnych potraw [12].

Niezmiernie ważna jest świadomość rodziców o roli, jaką pełnią w kształtowaniu prawidłowego stylu żywienia, który dziecko przejmuje i który często towarzyszy mu w dorosłym życiu. Wadliwe nawyki alimentacyjne występują pod postacią zmiany częstotliwości spożywanych posiłków, nieprawidłowo zbilansowanej diety i nieodpowiedniego udziału produktów z poszczególnych grup wg norm żywieniowych w codziennej racji pokarmowej [13].

Cel pracy

Analiza sposobu żywienia oraz czynników rodzinno-środowiskowych determinujących żywienie dzieci wiejskich w wieku 2.-3. lat.

Materiał i metody

W anonimowym badaniu kwestionariuszowym udział wzięło 135 matek dzieci 2.-3.-letnich ze środowiska wiejskiego. Kwestionariusz konstrukcji własnej składał się

z 22 pytań zamkniętych jednokrotnego wyboru. Badania prowadzone były od września 2010 roku do marca 2011 roku.

Pytania obejmowały dane dotyczące uwarunkowań rodzinno-środowiskowych oraz liczby i regularności spożywanych posiłków, stosowania żywienia z wykorzystaniem produktów spożywczych z pięciu grup, oceny częstości spożywania wybranych grup produktów (mięso i wędliny, mleko, warzywa i owoce), podjadania przez dzieci przekąsek słonych i słodkich. Przeanalizowano również źródła informacji dotyczące zasad żywienia 2.-3.-letnich dzieci, z których korzystają ich matki.

Na przeprowadzenie badań wyraziła zgodę Komisja Bioetyczna Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (Nr R-I-002/326/2010) .

Uzyskane wyniki badań zostały poddane analizie statystycznej, w której dla cech jakościowych wyliczono rozkład ilościowo-procentowy. Dla weryfikacji hipotez statystycznych wykorzystano test chi^2, założono poziom istotności $p<0,05$. Wszystkie obliczenia wykonano przy użyciu pakietu Statistica 10 firmy StatSoft.

Wyniki

Badaniami objęto 135 matek 2.-3.-letnich dzieci. W badanej populacji matki w wieku 31.-40. lat stanowiły 50,3%, młodsze (do 30. r.ż.) stanowiły 39,3%, zaś starsze (powyżej 40. r.ż.) 10,4%. Poziom wykształcenia matek badanych dzieci był zróżnicowany. Porównywalny odsetek matek posiadał wykształcenie wyższe i średnie (43% i 43,7%), zaś matki z wykształceniem zawodowym stanowiły 13,3%. Spośród badanych 82,2% matek pracowało zawodowo. Ponad połowa matek (59,3%) określiła swoją sytuację materialną jako dobrą, około jedna trzecia (28,9%) jako średnią, a co dziesiąta badana (11,8%) uznała swoją sytuację materialną za bardzo dobrą. Około sześćdziesiąt procent (57,8%) stanowiły rodziny czteroosobowe (2+2), natomiast model dwa plus jeden stanowił 42,2% badanych.

Zalecaną liczbę posiłków (4-5 na dobę) zjadało 75,6% badanych dzieci; częściej były to dzieci dwuletnie (77,1%) niż trzyletnie (74,3%). Dziewczęta, częściej niż chłopcy, spożywały 4-5 posiłki (83,8% vs 67,2%) ($p=0,0243$). Mniej posiłków niż zalecane zjadało 3,7%, natomiast więcej niż pięć posiłków w ciągu dnia zjadało 20,7% (19,7% dzieci dwuletnich i 21,6% trzyletnich) badanych i częściej byli to chłopcy niż dziewczynki (28,3% vs 13,2%). Posiłki o stałych porach spożywało 80,7% badanych dzieci, a 19,7% dzieci dwuletnich i 18,9% trzyletnich nie jadało posiłków o stałych porach.

Zalecaną ilość posiłków dziennie (4-5) spożywało około trzy czwarte dzieci matek aktywnych zawodowo (72,1%) i ponad dziewięćdziesiąt procent matek niepracujących (91,7%). Około 24,3% dzieci matek pracujących zjadało więcej niż 5 posiłków dziennie.

Mniej posiłków niż zalecane spożywało odpowiednio 3,6% dzieci matek aktywnych zawodowo i 4,1% matek niepracujących.

Posiłki o stałych porach częściej spożywały dzieci matek pracujących zawodowo. Jednakowy odsetek dzieci zarówno matek pracujących, jak i niepracujących (90,1% vs 91,7%) miał w diecie produkty z pięciu podstawowych grup. Aktywność zawodowa matek nie miała wpływu na częstość spożycia mięsa, mleka, warzyw i owoców. Porównywalny odsetek dzieci spożywał mięso 2-3 razy w tygodniu (matki aktywne zawodowo - 9,9% i niepracujące - 8,3%), mleko 2-3 razy dziennie (matki aktywne zawodowo - 51,4% i niepracujące - 50,0%), warzywa i owoce 2 razy dziennie (matki aktywne zawodowo - 68,5% i niepracujące - 70,8%).

Sytuacja materialna rodziny miała istotny statystycznie wpływ na częstość spożywanych posiłków (p=0,039). W rodzinach, w których sytuacja materialna oceniona była jako średnia stwierdzono największy odsetek dzieci spożywających zalecaną ilość posiłków dziennie (82,1%). Dzieci z rodzin określających swoją sytuację materialną jako dobrą i bardzo dobrą konsumowały 4-5 posiłków dziennie (72,5% vs 75,5%) oraz więcej niż 5 posiłków (25,0% vs 24,5%), a im lepsza sytuacja materialna rodziny tym mniejszy odsetek dzieci spożywał mniej niż 3 posiłki dziennie.

Regularnie posiłki zjadało 74,4% dzieci z rodzin określających swoją sytuację materialną jako średnią, 86,2% jako dobrą i 68,7% jako bardzo dobrą. W rodzinach o wyższych dochodach wszystkie dzieci zjadały produkty z 5 grup spożywczych. Natomiast w rodzinach o niższym statusie ekonomicznym odsetek ten był w przedziale od 88,8% do 89,7%

Ocena spożycia różnorodnych produktów żywieniowych wykazała, że w diecie 9,6% badanych dzieci znajdowały się produkty ze wszystkich pięciu uwzględnianych grup produktów spożywczych. Brak realizacji zasady dotyczącej urozmaicenia codziennej diety obserwowano częściej u dzieci trzyletnich (12,2%) niż dwuletnich (6,6%), jak też częściej wśród chłopców niż dziewczynek (11,9% vs 7,3%). W codziennych jadłospisach 90,4% badanych dzieci obecne było mięso i wędliny. Mleko i produkty mleczne codziennie spożywało 88,1% dzieci. Produkty z pełnego ziarna (grube kasze, makarony, razowe pieczywo) obecne były w diecie 72,6% badanych dzieci. Zalecenia dotyczące spożycia ryb (1-2 razy w tygodniu) realizowało 66,7% dzieci. Spożywanie warzyw i owoców do każdego posiłku realizowane było jedynie u 14,1% badanych dzieci i częściej były to dzieci 2-letnie (18,0%) niż 3-letnie (10,8%). Najczęściej do picia dzieci dostawały wodę mineralną (14,8% dwulatków i 23,0% trzylatków) i herbatę (26,3% dwulatków i 23,0% trzylatków).

Stwierdzono, że dzieci z rodzin o zadeklarowanej bardzo dobrej sytuacji materialnej (12,5%) spożywały mięso i wędliny 2-3 razy w tygodniu, dwa razy częściej w porównaniu z dziećmi z domów o dobrym statusie ekonomicznym (6,25%). Mięso do dwóch i więcej posiłków w ciągu dnia spożywało 68,7% dzieci z rodzin o sytuacji materialnej bardzo dobrej.

Badanie wykazało, że porównywalny odsetek dzieci, niezależnie od sytuacji finansowej rodziny, spożywał mleko i jego przetwory 2-3 razy dziennie. Odsetek dzieci spożywających warzywa i owoce do każdego posiłku był najwyższy w rodzinach deklarujących bardzo dobrą sytuację materialną (18,8%), a najniższy w rodzinach najuboższych (5,1%).

Pojadanie przez dzieci między posiłkami słodyczy (cukierki, batony) deklarowało 82,2% pracujących matek. Kilka razy dziennie spożywało słodycze 8,1% dzieci, z czego 7,4% dzieci matek pracujących i niespełna jeden procent matek niepracujących (0,74%). W rodzinach, w których matka nie pracowała zawodowo większy odsetek 2.-3.-latków (16,7%) wcale nie spożywał słodyczy w porównaniu do pozostałej grupy (11,7%).

Dosalanie i dosładzanie potraw podawanych swoim dzieciom deklarowało 42,2% badanych rodziców. Natomiast prawie co drugi dwulatek (47,5%) i co trzeci trzylatek (37,8%), częściej dziewczęta (47,1%) niż chłopcy (37,3%) otrzymywali potrawy dosalane/dosładzane. Stwierdzono, że matki niepracujące rzadziej niż matki aktywne zawodowo dosalały/dosładzały potrawy swoich dzieci (29,2% vs 45,1%).

Stwierdzono również, iż 75% matek deklarujących bardzo dobry status ekonomiczny rodziny nie dosala i nie dosładza potraw swoich dzieci. Porównywalny odsetek matek ze średnią (53,9%) i dobrą sytuacją materialną rodzin (56,2%) deklarował, iż nie dosala i nie dosładza potraw.

W rodzinach z bardzo dobrą sytuacją materialną 68,8% dzieci konsumowało słodkie przekąski raz dziennie. Znaczące różnice ($p=0,0002$) wykazano między sytuacją materialną a spożyciem przekąsek słonych (chipsy, paluszki, krakersy). Matki dzieci deklarujących bardzo dobrą sytuację materialną (62,5%) i matki dzieci z rodzin o średnim statusie ekonomicznym (5%) przyznały, że nie zdarza się im podawać dzieciom tego typu przekąsek między głównymi posiłkami.

Liczebność rodzin nie miała wpływu na częstość i regularność spożywania posiłków i urozmaicenie jadłospisu o produkty z pięciu grup (mięso, mleko, warzywa, owoce, przetwory zbożowe, tłuszcze roślinne). Zalecaną ilość posiłków (4-5 dziennie) spożywały zarówno dzieci z rodzin trzyosobowych (73,7%), jak i z liczniejszych rodzin (76,4%). Co piąte dziecko spośród badanych rodzin spożywało więcej niż sześć posiłków dziennie.

Liczba osób w rodzinie wpływała znamiennie na pojadanie przez dzieci słonych przekąsek (p=0,01). Dzieci z rodzin wieloosobowych chętniej sięgały po słone przekąski w porównaniu z jedynakami (43,6% vs 24,6%).

Informacje na temat zasad racjonalnego żywienia dzieci rodzice czerpali z różnych źródeł. Największy odsetek matek (37,8%) informacje o żywieniu 2.-3.-letnich dzieci pozyskiwał od rodziny i znajomych. Co piąta matka (20,7%) deklarowała, iż źródłem informacji o zasadach żywienia dzieci były książki i czasopisma. Natomiast 19,3% matek korzystało z porad pracowników ochrony zdrowia. Niespełna piętnaście procent ankietowanych rodziców (14,8%) w przeważającej większości poszukiwało informacji na temat żywienia dzieci w Internecie, a 7,4% w telewizji lub radio.

Matki stosujące się do porad pracowników ochrony zdrowia na temat zasad żywienia najczęściej (92,3%) podawały swoim dzieciom zalecaną ilość posiłków (4-5 dziennie). Więcej niż pięć posiłków dziennie najczęściej (40,0%) spożywały dzieci matek opierających swoją wiedzę na temat żywienia na informacjach pochodzących z telewizji i radia.

Źródło wiedzy, jako zmienna, nie różnicuje istotnie regularności spożywanych posiłków. Na podstawie analizy danych kwestionariuszowych stwierdzono, że zarówno matki korzystające z porad: rodziny i znajomych (84,3%), pracowników ochrony zdrowia (84,6%) oraz z książek/czasopism (85,7%) podawały regularnie posiłki swoim dzieciom.

Najbardziej urozmaiconą dietę (składniki pokarmowe z 5 grup produktów) (95,0%) oraz mięso zgodnie z zaleceniami (2-3 razy w tygodniu) (20,0%) stosowali rodzice pozyskujący wiedzę na temat zasad żywienia z Internetu.

Zalecaną ilość mleka najczęściej spożywały dzieci matek posiłkujących się zasadami żywienia umieszczonymi w książkach i gazetach (57,1%). Co czwarta matka korzystająca z Internetu podawała mleko swoim dzieciom rzadziej niż 2-3 razy w tygodniu.

Udział poszczególnych źródeł wiedzy w propagowaniu zasad żywienia dzieci odgrywa duża rolę w ich rozpowszechnianiu. Codziennie warzywa i owoce konsumowało 82,1% dzieci matek czerpiących wiedzę z książek/czasopism. Matki opierające swoją wiedzę o porady rodziny/znajomych i pracowników ochrony zdrowia w podobnym odsetku (19,6% vs 19,2%) podawały warzywa i owoce swoim dzieciom do każdego posiłku.

Informacje na temat żywienia pochodzące ze środków masowego przekazu (telewizja/radio) miały wpływ na spożycie przekąsek zarówno słodkich, jak i słonych. Przekąski słodkie kilka razy dziennie pojadało 40,0% badanych dzieci, a przekąski słone 70,0%.

Dyskusja

Pierwsze lata życia dziecka to okres wielu zmian zarówno ilościowych, jak i jakościowych w jego sposobie żywienia. Zmiany te ściśle powiązane są z dynamicznym rozwojem dziecka i z osiąganiem przez niego kolejnych etapów rozwojowych. W okresie tym ma miejsce kształtowanie się nawyków żywieniowych, które będą rzutować na jego rozwój i stan zdrowia nie tylko w dzieciństwie, ale także i w życiu dorosłym [14].

W żywieniu małych dzieci szczególnie istotna jest częstość spożywania posiłków, dobór produktów w codziennej diecie, wartość energetyczna i odżywcza. Właściwa organizacja posiłków podawanych dziecku w ciągu dnia zapewnia równomierną podaż energii. Dziecko powinno otrzymać 4-5 posiłków: 3 podstawowe (śniadanie, obiad, kolacja) i 2 uzupełniające (drugie śniadanie i podwieczorek). Przerwy pomiędzy posiłkami powinny wynosić około 3-4 godziny. Regularne jedzenie normuje przemianę materii i pozwala na utrzymanie poziomu glukozy we krwi na właściwym poziomie, a to z kolei sprzyja dobrej formie i samopoczuciu dziecka w ciągu całego dnia [4, 15, 16].

Wśród niekorzystnych zmian obserwowanych w żywieniu małych dzieci wymienia się spadek spożycia mleka, warzyw, owoców, a w zamian wzrost konsumpcji słonych i słodkich przekąsek. Wykazano, że właściwie zaplanowane działania edukacyjne w zakresie kształtowania prawidłowych nawyków żywieniowych wśród matek dzieci 2.-3.-letnich wpływają na zwiększone spożycie warzyw, owoców, mleka, tym samym zmniejszając pojadanie słodyczy i słonych przekąsek [14, 17, 18, 19].

Głównym źródłem płynów w diecie dziecka powinna być woda dobrej jakości. Dzieci nie powinny pić słodzonych i gazowanych napojów. Warto jak najwcześniej przyzwyczaić dziecko do neutralnego smaku wody, gdyż dzięki temu dziecko w przyszłości w pierwszej kolejności sięgnie właśnie po nią, by zaspokoić pragnienie. Wskazuje się na konieczność ograniczenia ilości soków owocowych oraz unikanie napojów słodzonych. Cukry zawarte w sokach i napojach sprzyjają nadmiernej masie ciała, próchnicy zębów, cukrzycy oraz zespołowi metabolicznemu [4, 20, 21].

Ponadto, spożywanie słodkich napojów w okresie dzieciństwa i młodości może przyzwyczajać do smaku słodkiego i negatywnie kształtować nawyki żywieniowe w późniejszych latach życia. Udowodniono, że częste spożywanie soków owocowych przez dzieci w wieku przedszkolnym jest zastępowane w wieku młodzieńczym częstym spożywaniem słodzonych napojów [22].

Nieprawidłowe zwyczaje związane z przyjmowaniem posiłków mogą pojawić się już we wczesnych latach życia i często przejmowane są od innych członków rodziny. Rodzice

często podają swoim dzieciom przekąski między posiłkami. W badaniach własnych aż trzy-czwarte rodziców potwierdziło występowanie pojadania przez dzieci między posiłkami słonych przekąsek (chipsy, paluszki, krakersy), zaś pojadanie słodyczy między posiłkami (ciastka, cukierki, batoniki) deklarowało 87,4% badanych rodziców. Jest to zjawisko niekorzystne, gdyż dzieci, często pojadając między posiłkami nie rozpoznają sygnałów regulujących apetyt, mogą wówczas nigdy nie odczuwać głodu czy sytości. Często prowadzi to do zachwiania kontroli łaknienia dziecka i może być przyczyną wystąpienia zaburzeń w stanie odżywienia.

Na sposób żywienia dzieci w wieku poniemowlęcym (2.-3. r.ż.) wpływ mają zarówno modele przekazywane z pokolenia na pokolenie, jak też wiedza matek na temat zasad prawidłowego żywienia. Wykazano, że edukacja matki ma zasadnicze znaczenie dla właściwego żywienia dziecka [23, 24, 25].

Badania Łoś-Rycharskiej i wsp. [13] wykazały, iż matki niepracujące zawodowo częściej przestrzegały zalecanej ilości posiłków (4-5 dziennie) niż matki aktywne zawodowo, co potwierdzają przeprowadzone przez nas badania. Nieco większy odsetek w naszych badaniach (24,3%) niż w badaniach Łoś-Rycharskiej (18,7%) dzieci matek pracujących zawodowo zjadało więcej niż pięć posiłków dziennie. Aktywność zawodowa badanych przez nas matek nie miała wpływu na spożycie mięsa, mleka, warzyw i owoców, co również potwierdzają badania Łoś-Rycharskiej. Aktywność zawodowa matek ma wpływ na pojadanie słodyczy, gdyż aż 82,2% dzieci matek pracujących pojadało słodycze między posiłkami.

Urozmaicenie jest jednym z podstawowych warunków prawidłowej diety, zapewniającej odpowiednią podaż wszystkich składników pokarmowych. Monotonna dieta zniechęca do spożywania posiłków i może mieć ujemny wpływ na apetyt dziecka. W jadłospisie należy uwzględnić produkty i potrawy z rożnych grup żywności, wybierając z nich najbardziej wartościowe. Głównym źródłem energii w diecie dzieci powinny być produkty zbożowe, w tym produkty z tzw. grubego przemiału, które charakteryzują się większą zawartością błonnika, witamin, makro- i mikroelementów [4].

Ważnym składnikiem jadłospisu jest mleko i produkty mleczne, dostarczające przede wszystkim dobrze przyswajalnego wapnia. Źródłem białka powinny być: chude mięso, drób nasiona roślin strączkowych oraz ryby. W przypadku ryb zaleca się przede wszystkim tłuste ryby morskie, zawierające duże ilości długołańcuchowych wielonienasyconych kwasów tłuszczowych o wielokierunkowym korzystnym działaniu w organizmie. W żywieniu dzieci duże znaczenie mają warzywa i owoce jako produkty o wysokiej zawartości witamin, składników mineralnych, błonnika.

W badaniu Weker i wsp. analiza spożycia produktów spożywczych dotyczyła 400 dzieci w wieku 13–36 miesięcy z terenu całej Polski. W wynikach wskazano, że w odniesieniu do modelowej racji pokarmowej, dzieci spożywały za mało pieczywa, zwłaszcza z pełnego przemiału ziarna, warzyw, mleka i mlecznych napojów fermentowanych [26]. Małe urozmaicenie diety może być wynikiem braku czasu, a także cierpliwości rodziców do stopniowego przyzwyczajania dziecka do zróżnicowanego jadłospisu.

W naszych badaniach wykazano, iż prawie 10% dzieci nie miało w swojej diecie produktów z pięciu podstawowych grup spożywczych. Częściej były to dzieci trzyletnie niż dwuletnie.

Zachowanie odpowiedniej równowagi między tymi grupami produktów w codziennej racji pokarmowej zapewnia odpowiednie zbilansowanie diety, a więc uniknięcie zarówno niedoborów, jak i nadmiarów poszczególnych składników odżywczych. Wśród dzieci w wieku 2-5 lat obserwuje się niechęć do spożywania nowych produktów i potraw. W szybszym, bardziej efektywnym formowaniu nowych nawyków żywieniowych dziecka pomocne jest też kojarzenie smaków produktów lub dań nieznanych z już znanymi i wysoko akceptowanymi [14, 27]. Częste podawanie określonych rodzajów żywności, zwłaszcza podczas rodzinnego spożywania posiłków, w przyjaznej atmosferze przy stole, daje dziecku dobry przykład i będzie skutkowało pozytywnym nastawieniem dziecka do nowych, dotychczas nieznanych produktów i dań. Podawanie dziecku pokarmu o dużej zawartości cukru, soli czy tłuszczu czyni te pokarmy bardziej znanymi, a zatem prawdopodobnie będę one należeć do preferowanych [27].

Badania na temat preferencji dzieci w wieku przedszkolnym dowodzą, że najbardziej lubianą grupą produktów jest żywność typu fast food, w następnej zaś kolejności słodycze, owoce, warzywa oraz mięso i jego produkty. Spośród napojów najchętniej wypijane są gazowane [28].

Z raportu badań przeprowadzonych przez CBOS wynika, że prawie 60% respondentów uważa, iż najważniejsze jest, aby dziecko podczas posiłku otrzymało do zjedzenia produkty, które lubi i żeby posiłek mu smakował [29].

Nieprawidłowe zachowania żywieniowe u dzieci mogą powodować zaburzenia odżywiania i skutkować upośledzeniem wielu funkcji organizmu i zaburzeniami rozwoju, następstwem czego może być niedobór masy ciała i wzrostu, niedokrwistość, zaburzenia odporności, opóźnienie rozwoju psychoruchowego, jak też nadwaga i otyłość [14].

Na zaspokojenie potrzeb żywnościowych wpływ mają w dużej mierze dochody gospodarstwa domowego. W badaniach własnych stwierdziliśmy również, że sytuacja

materialna rodziny miała istotny statystycznie wpływ na liczbę posiłków spożywanych przez dziecko. Dzieci matek określających sytuację materialną rodziny jako dobrą i bardzo dobrą spożywały zalecaną ilość posiłków. Im gorsza sytuacja materialna tym większy odsetek dzieci spożywał mniej niż trzy posiłki dziennie.

Zakup większości artykułów żywnościowych w badanych rodzinach zależny jest od dochodów rodziny. Potwierdzają to badania GUS przeprowadzone w 2011 roku, które wykazały, iż poziom spożycia niektórych artykułów żywnościowych zależy od zamożności gospodarstw domowych [30]. Podobne wyniki uzyskano w badaniach własnych, gdzie 100% dzieci z rodzin o bardzo dobrej sytuacji materialnej miało jadłospis urozmaicony o produkty z pięciu grup. Według Głównego Urzędu Statystycznego prawie czterokrotnie więcej napojów mlecznych, trzykrotnie więcej jogurtów spożywa się w gospodarstwach domowych o najwyższych dochodach, w porównaniu z rodzinami o najniższych dochodach. Uzyskane przez nas wyniki badań nie potwierdzają danych GUS dotyczących spożycia mleka i produktów mlecznych w zależności od sytuacji materialnej rodziny. W badaniach własnych stwierdzono, że status materialny rodziny nie wpływał na spożycie mleka, co być może podyktowane jest uwarunkowaniami środowiskowymi i faktem większej dostępności mleka i produktów mlecznych wśród badanych przez nas dzieci ze środowiska wiejskiego.

Wśród produktów, które wnoszą dużo cukru do diety dzieci oprócz słodkich przekąsek typu: ciasta, batoniki, lizaki należy wymienić soki i napoje owocowe oraz napoje gazowane, których spożycie na przestrzeni ostatnich lat uległo znacznemu zwiększeniu. Odsetek badanych dzieci spożywających słodycze codziennie był największy w rodzinach o bardzo dobrym statusie ekonomicznym, odwrotnie niż w badaniach Łoś-Rycharskiej [13] prowadzonych w grupie dzieci uczęszczających do przedszkola w Bydgoszczy.

Rodzice mają największy wpływ na kształtowanie nawyków żywieniowych swoich dzieci. Bardzo ważny jest także przykład, jaki dają, stosując właściwą dietę i prowadząc zdrowy styl życia. Istotne jest nie tylko to, co podają swoim dzieciom, ale również to, co sami spożywają. Właściwe żywienie dziecka we wczesnym okresie jego życia w sposób istotny zależy od poczucia odpowiedzialności rodziców i/lub opiekunów za jego właściwe żywienie. Jednym z czynników wpływających na rozwój nieprawidłowych nawyków żywieniowych jest niedostateczna wiedza rodziców na temat zasad żywienia w kolejnych okresach życia dziecka. Według przeprowadzonych w naszym ośrodku badań zalecaną ilość posiłków w największym odsetku podawały matki stosujące się do porad pracowników ochrony zdrowia. Częściej swoje dzieci karmiły matki czerpiące wiedzę z telewizji lub radia. Stwierdzono, że matki korzystające z informacji na temat żywienia umieszczonych w

Internecie nie stosowały się do zaleceń odnośnie spożycia mleka. Dzieci tych matek spożywały mleko rzadziej niż 2-3 razy w tygodniu. Informacje pochodzące ze środków masowego przekazu (telewizja/radio) mają duży wpływ na spożycie zarówno słodkich, jak i słonych przekąsek. Duży wpływ na preferencje żywieniowe mają prezentowane tam reklamy. Około 40,0% dzieci matek korzystających z porad na temat zasad żywienia pochodzących z telewizji i radio pojadało słodycze między posiłkami kilka razy dziennie, a 3/4 dwu- i trzylatków przekąski słone.

W badaniach własnych zaobserwowano również, że liczebność rodziny nie wpływa na ilość posiłków spożywanych w ciągu dnia czy urozmaicenie diety o produkty z pięciu grup, czego nie potwierdzają wyniki badań prezentowane przez Piekut i wsp. Stwierdzili oni, że wraz ze wzrostem liczebności rodzin zmniejsza się spożycie wybranych artykułów i produktów spożywczych, w tym także warzyw i owoców [17].

Z wielu badań wynika, że dzieci dość szybko, nawet już po ukończeniu pierwszego roku życia, przechodzą na dietę „stołu rodzinnego", czyli że ich sposób karmienia upodabnia się do żywienia osób dorosłych w rodzinie. Wiąże się to z włączeniem do diety produktów, których dzieci powinny unikać (np. sól, cukier) z uwagi na negatywne dla zdrowia skutki oraz utrwalanie niekorzystnych nawyków żywieniowych. Należą do nich: produkty paczkowane, z długim terminem przydatności do spożycia, z dodatkiem konserwantów, barwników, aromatów itp. Należy unikać żywności z substancjami dodatkowymi – pieczywo z konserwantami, chipsy, chrupki zawierające bardzo dużo soli i tłuszczu, ciastka i słodycze – dostarczające nadmiaru cukru i złego tłuszczu, napoje gazowane. Spożywanie słodkich i słodzonych napojów przez dzieci i młodzież zwiększyło się o około 40% w ostatniej dekadzie, stanowiąc istotne źródło cukrów prostych w diecie [14, 20, 31].

Z badań przeprowadzonych przez Instytut Matki i Dziecka w 2011 roku wynika, że około 90% dzieci do trzeciego roku życia spożywa zbyt dużo soli, a 80% zbyt dużo cukru. Rodzice często doprawiają potrawy podawane dziecku, ponieważ wydają im się one zbyt mało wyraziste w smaku. Układ pokarmowy małego dziecka dopiero się rozwija, a sól, cukier czy „dorosłe" produkty nadmiernie go obciążają i utrudniają prawidłowe działanie [32].

Ponadto, nie wolno zapominać, że dzieci uczą się zwyczajów żywieniowych poprzez obserwację tego, co robią inni. Dzieci obserwują zachowania żywieniowe rodziców, opiekunów i rówieśników w grupie, dotyczące urozmaicenia posiłków, częstości ich spożywania, a także miejsc, w których spożywane są posiłki, wielkości porcji, wprowadzania systemu nagród i kar związanych z jedzeniem.

Na kształtowanie się preferencji i przyzwyczajeń żywieniowych dzieci bardzo duży wpływ wywierają reklamy żywności. Nawet bardzo krótkie 30. sekundowe prezentacje produktów żywnościowych mogą zmieniać preferencje żywieniowe dzieci w wieku przedszkolnym. Podnoszą wyraźnie akceptację dla produktów reklamowanych. Niepokój budzi fakt, że większość reklamowanej żywności i napojów to produkty wysokokaloryczne o dużej zawartości cukru, tłuszczu i soli, a jednocześnie o niskiej wartości odżywczej. Ważna rola dorosłych polega na uświadamianiu dziecku wartości reklamowanych produktów oraz dawaniu pozytywnego przykładu, co do wyborów żywieniowych, jak i czasu, miejsca i tempa jedzenia posiłków [28].

Zagrożenie dla ich prawidłowego żywienia dzieci wynika ze wzrostu przyzwolenia społecznego na spożywanie pokarmów typu fast-food przez dzieci. Wykazano, że w okresie poniemowlęcym 24% dzieci otrzymywało pokarmy z restauracji szybkiej obsługi, w tym 2,5% przynajmniej raz w miesiącu, w wieku przedszkolnym – 99%, przynajmniej raz na tydzień – 11,5%. A spożycie potraw typu fast-food miało związek z młodszym wiekiem matki, niższym stopniem jej wykształcenia, lepszym statusem ekonomicznym rodziny, w okresie poniemowlęcym także z płcią żeńską i nieuczęszczaniem do żłobka [13] .

Problemem jest spożywanie przez małe dzieci posiłków w czasie oglądania telewizji czy też w trakcie zabawy. Dowiedziono, że oglądanie przez dzieci w wieku przedszkolnym telewizji w trakcie spożywania posiłków wiąże się z mniejszym spożyciem warzyw i owoców, a także mleka, w porównaniu ze spożywaniem rodzinnych posiłków przy stole. Wiąże się także ze spożywaniem potraw typu fast-food [33]. Giammatei i wsp. [34] obserwowali pozytywny związek między czasem oglądania telewizji, ilością wypijanych słodkich napojów a ryzykiem rozwoju otyłości.

W badaniu North i wsp. zaobserwowali związek pomiędzy poziomem wykształcenia matki a ilością spożywanych przez dzieci produktów typu „junk foods", określanych również jako „śmieciowe jedzenie". Do tej kategorii zalicza się, m. in. słodycze i słone przekąski. Autor badania zauważył, że wraz ze wzrostem wykształcenia matki malało spożycie produktów typu „junk foods", w badaniu wskazano również taką samą zależności w stosunku do wieku matki [35].

Istniejące rozbieżności, jak też niewielka liczba badań dotyczących wpływu czynników środowiskowych na żywienie 2.-3.-letnich dzieci wskazuje na potrzebę prowadzenia dalszych badań.

Należy podkreślić, że profilaktyka przewlekłych chorób niezakaźnych rozpoczęta w wieku wczesnodziecięcym powinna obejmować wdrażanie zasad zdrowego stylu życia.

Optymalna dieta zapewni dziecku prawidłowy wzrost, dobre zdrowie i samopoczucie oraz zmniejszenie ryzyka wystąpienia chorób wieku dorosłego. Profilaktyka rozpoczęta stosunkowo wcześnie, w wieku wczesnodziecięcym, będzie w stanie uchronić się przed cukrzycą i chorobami serca, a przynajmniej sprawić, że będą miały o wiele łagodniejszy przebieg.

Wnioski

1. Aktywność zawodowa matek badanych dzieci, stan finansowy ich rodzin, jak też liczebność rodzin mają wpływ na częstość i jakość spożywanych posiłków przez dzieci w okresie wczesnodziecięcym.
2. Wiarygodne źródła informacji i właściwa edukacja rodziców i opiekunów dziecka gwarantują prawidłowe żywienie dzieci we wczesnym okresie ich rozwoju.
3. Stwierdzone nieprawidłowości w zakresie żywienia dzieci w wieku wczesnodziecięcym mogą indukować narastanie zaburzeń w stanie odżywienia, jak i rozwoju chorób cywilizacyjnych w przyszłości.

Piśmiennictwo

1. Gruszfeld D., Dobrzańska A. i wsp.: Programowanie żywieniowe otyłości i zespołu metabolicznego. Standard. Med., 2008, 2, 159-163.
2. Farfan-Ramirez L., Diemoz L. at al.: Curriculum intervention in pre-school children: Nutrition matters! J. Nutr. Educ. Behav, 2011, 43, 162-165.
3. Czeczelewski J, Michalska A i wsp.: Zastosowanie analizy skupień do oceny społeczno-ekonomicznych i demograficznych uwarunkowań sposobu żywienia dzieci w wieku 10-15 lat. Żyw. Człow., 2003, 1, 176-181.
4. Dobrzańska A., Czerwionka-Szaflarska M., Kunachowicz H. i wsp: Zalecenia dotyczące żywienia dzieci zdrowych w wieku od 1 do 3 lat (13-36 miesięcy), opracowane przez zespół ekspertów powołany przez Konsultanta Krajowego ds. Pediatrii. Przegl. Pediatr., 2008, 38, 76-78.
5. Krawczyński M.: Żywienie we wczesnym dzieciństwie a choroby cywilizacyjne w wieku dojrzałym. [w:] Żywienie dzieci w zdrowiu i chorobie, M. Krawczyński (red.). HELP-MED, Kraków, 2008.
6. Socha J., Rybak A., Socha P., Stolarczyk A.: Nieprawidłowości motoryki przewodu pokarmowego w zaburzeniach karmienia u dzieci a leczenie dietetyczne. Pediatria Współczesna. Gastroenterologia, Hepatologia i Żywienie Dziecka, 2011, 13, 2, 77-81.

7. Jagielska G.: Zaburzenia odżywiania u niemowląt i małych dzieci. Przegl. Lek., 2009, 66, 110-113.
8. Kierkuś J, Wikieł V, Socha P, Socha J.: Zaburzenia karmienia u dzieci do lat 3 – etiopatogeneza, klinika, leczenie, zapobieganie. Stand. Med. 2005, 3, 1691 -1697.
9. Kerzner B.: Trudności w karmieniu małych dzieci. Med. Prakt. Pediatr., 2010, 4, 38 - 47.
10. Sikorska-Wiśniewska G.: Nadwaga i otyłość u dzieci i młodzieży. Żywność Nauka Technologia Jakość, 2007, 6, 71-80.
11. Jeżewska-Zychowicz M.: Wpływ czynników społecznych na zachowania żywieniowe. Żyw. Człow., 2004, 1, 78-87.
12. Farrow C.V., Galloway A.T. et al.: Sibling eating behaviours and differential child feeding practices reported by parents. Appetite, 2009, 52, 307–312.
13. Łoś-Rycharska E, Niecławska A.: Analiza wybranych cech diety dzieci w wieku przedszkolnym i poniemowlęcym w zależności od sposobu sprawowania opieki nad dzieckiem. Pediat . Pol., 2010, 85, 462-469.
14. Rusin J, Mauć M.: Zwyczaje żywieniowe dzieci w okresie wczesnego dzieciństwa (2 i 3 rok życia) [w:] Żywienie w zdrowiu publicznym, Januszkiewicz P., Socha P., Mazur A. (red.). Wyd. Uniw. Rzeszowskiego, Rzeszów, 2009.
15. Jeszka J., Kołłajtis-Dołowy A.: Planowanie żywienia. [w:] Podstawy nauki o żywieniu. Żywienie człowieka. Gawęcki J., Hryniewiecki L. (red.). Wyd. Nauk PWN, Warszawa, 2007 T., 1.
16. Szotowa W.: Praktyczne wskazówki do prawidłowego żywienia w różnych okresach życia. Żywienie niemowląt i dzieci. [w:] Żywienie człowieka zdrowego i chorego. Hasik J., Gawęcki J. (red.). Wyd. PWN, Warszawa, 2007, T. 2.
17. Piekut M, Laskowski W.: Zaspokajanie potrzeb żywnościowych w różnych typach gospodarstw domowych-przyczyny niewłaściwego żywienia. Pediatr. Współcz. Gastroenterologia Hepatol Żywienie Dziecka, 2004, 6, 145-151.
18. Petrauskiene A., Dregval L., Petkute S.: Health behavior of families having preschool - age children. Medicina (Kaunas), 2007, 43, 816-823.
19. Niecławska A, Łoś-Rycharska E.: Spożycie pokarmów typu fast-food przez dzieci w wieku poniemowlęcym i przedszkolnym. Ped. Pol., 2010, 85, 345-352.
20. Malik VS, Schulze MB, Hu FB.: Intake of sugar-sweetened beverages and weight gain: a systematic review. Am. J. Clin. Nutr., 2006, 84, 274‑88.
21. Malik V.S., Popkin B.M., Bray G.A. et al: Sugar-Sweetened Beverages and Risk of

Metabolic Syndrome and Type 2 Diabetes. Diabetes Care, 2010, 33, 2477‑2483.

22. Wądołowska L.: Żywieniowe podłoże zagrożeń zdrowia w Polsce. Wyd. Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn, 2010.
23. Gawęda A., Woś H.: Żywienie uzupełniające niemowląt i dzieci w wieku poniemowlęcym z terenu Górnego Śląska. Nowa Pediatr., 2008, 12, 13 -17.
24. Sochacka -Tatara E., Jacek R., Sowa A. i wsp.: Ocena sposobu żywienia dzieci w wieku przedszkolnym. Prob. Hig. Epidemiol., 2008, 89, 389-394.
25. Święcicka A., Jeznach M.: Ocena jakości produktów gotowych w słoikach dla niemowląt i małych dzieci w opinii matek. Żyw. Człow., 2003, 30, 1081 -1087.
26. Weker H., Barańska M., Riahi A. i wsp.: Źródła składników odżywczych w dietach dzieci w wieku 13-36 miesiecy – badania ogólnopolskie. Bromat. Chem. Toksykol., 2011, 3, 233-239.
27. Cianciara D.: Społeczny wymiar żywienia – zadania dla promocji zdrowia w Polsce. Hyg. Public. Health., 2011, 46, 21-24.
28. Kolarzyk E, Janik A., Kwiatkowski J.: Zwyczaje żywieniowe dzieci w wieku przedszkolnym. Probl. Hig. Epidemiol., 2008, 89, 531-536.
29. Centrum Badania Opinii Społecznej: Zwyczaje żywieniowe Polaków. Wyniki badania sondażowego. Warszawa, 2006.
30. Główny Urząd Statystyczny Departament Badań Społecznych i Warunków Życia, Warszawa, data pobrania 29.05.2012.
31. http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/wz_sytuacja_gosp_dom_2011.pdf, data pobrania 29.05.2012.
32. Drewnowski A., Bellisle F.: Liquid calories, sugar, and body weight. Am. J. Clin. Nutr., 2007, 85, 651-661.
33. Werker H., Barańska M.: Kompleksowa ocena sposobu żywienia dzieci w wieku 13-36 miesięcy w Polsce, Instytut Matki i Dziecka we współpracy z Fundacją NUTRICIA, Warszawa, 2011.
34. Platta A., Martul A.: Ocena wiedzy rodziców w zakresie wpływu nieprawidłowych zachowań żywieniowych na rozwój otyłości prostej u dzieci. Bromat. Chem. Toksykol, 2012, ,3,1087–1091.
35. Giammattei J., Blix G., Marshak H.H. et al.: Television watching and soft drink consumption. Arch. Pediatr. Adolesc. Med., 2003, 157, 882-886.

Kowalewska Betata[1,2], Łuba Joanna[1], Rolka Hanna[1,2], Jankowiak Barbara[1,2,] , Klimaszewska Krystyna[1], Kondzior Dorota[1] , Oleszczuk Tadeusz[2], Ortman Elżbieta[2], Krajewska –Kułak Elżbieta[1]

Zwyczaje żywieniowe w rodzinie a otyłość u dzieci w wieku 9-13 lat - badania własne

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Instytut Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

Wprowadzenie

Nawyki żywieniowe przyswojone przez dziecko w domu wpływają na sposób jego odżywania w przyszłości, a odpowiednia dieta w dzieciństwie ma ogromne znaczenie w profilaktyce chorób niezakaźnych [1, 2, 3, 4].

Badania prowadzone przez TNS OBOP w różnych grupach wiekowych wykazały, iż pomimo wzrostu świadomości oraz poziomu wiedzy na temat zdrowego żywienia i wpływu diety na występowanie wielu chorób, model żywienia Polaków nadal związany jest z potrawami tradycyjnymi, a do najpopularniejszych dań w rodzinnych domach od lat jest kotlet schabowy z ziemniakami i surówką [5, 6]. Wykazały także, że tylko 2% respondentów uznało swój styl żywienia za niezdrowy, a 1/3 badanych oceniała swoją dietę, jako „raczej zdrową". Rozumienie pojęcia „zdrowej diety" różniło się w różnych grupach wiekowych - dla starszych osób oznacza ono spożywanie pełnych domowych obiadów z naturalnych produktów, natomiast młodsze osoby wskazują na stosowanie beztłuszczowej obróbki cieplnej oraz spożywanie wysokoenergetycznych produktów z dużą ilością witamin, błonnika i składników mineralnych, jako wyznacznik zdrowego odżywiania się. W obu grupach wiekowych są osoby szczególnie dbające o jakość swojego stylu żywienia. Osoby młodsze głównie dbają o formę, natomiast starsi Polacy zmuszeni są przez stan swojego zdrowia do pilnowania swojej diety. Pozytywny jest również fakt, że aż 1/3 badanych twierdzi, że istotne jest, by posiłki miały niską zawartość tłuszczu, cholesterolu, a według 1/4 powinny być niskokaloryczne. Wyniki te świadczą o sporej wiedzy Polaków na temat właściwego żywienia oraz o rosnącym znaczeniu walorów zdrowotnych diety, jednak silne przyzwyczajenie do tradycyjnych potraw, brak czasu powodują, że ta wiedza nie jest na co dzień wykorzystywana w praktyce [6].

Polin i wsp. [6] zwracjaą uwagę, iż w diecie Polaków jest zbyt dużo produktów o niskiej wartości odżywczej, a większość jada tłusto i monotonnie. Świadczy to o doniosłym znaczeniu wyniesionych z domu rodzinnego przyzwyczajeń i preferencji kulinarnych [6].

W literaturze przedmiotu [5, 6] podkreśla się, iż jedną z najważniejszych wad polskiej kuchni jest sposób przygotowywania posiłków. Smażone produkty spożywcze wzbogacone są o tłuszcz z patelni, który w niemal 60% przechodzi do potraw. Bardzo rzadko stosowane jest smażenie beztłuszczowe. Warzywa i ziemniaki zazwyczaj są gotowane w wodzie, przez co tracą witaminy i składniki mineralne. Gotowanie na parze praktykuje niewiele osób, zazwyczaj w wieku 20-39 lat, 57% Polaków nigdy nie przygotowuje posiłków w ten sposób. 63% Polaków spożywa tylko 3 posiłki dziennie [5, 6].

Rodzaj diety i sposób żywienia są dwoma najważniejszymi wyznacznikami zwyczajów żywieniowych. W pojęciu sposobu żywienia mieści się nie tylko rozkład posiłków, czyli ich pora, częstotliwość i regularność, ale także atrakcyjność ich podania, dobór i przyrządzanie produktów spożywczych wykorzystywanych do ich przygotowania. Warunkują go takie czynniki, jak uwarunkowania psychologiczne, czyli nawyki, osobowość, styl życia, poza tym czynniki środowiskowe, kulturowe, społeczno-ekonomiczne oraz poziom wiedzy o racjonalnym żywieniu [7, 8].

Komitet Żywienia Człowieka PAN, Instytut Żywności i Żywienia w 1998r. określił podstawowe zalecenia żywieniowe, według których należy spożywać przynajmniej trzy posiłki dziennie, w tym obowiązkowo śniadanie, w diecie codziennie muszą być obecne produktu pochodzenia zwierzęcego i roślinnego, surowe owoce i warzywa, dwa razy dziennie należy spożywać mleko lub jego przetwory, natomiast mięso i jego przetwory dwa lub trzy razy w tygodniu, a w pozostałe dni należy je zastąpić rybami i daniami z roślin strączkowych. Należy ograniczyć ilość spożywanego tłuszczu, zastępować tłuszcze zwierzęce olejem lub oliwą z oliwek, spożycie soli w potrawach nie powinno być większe niż jedna łyżeczka dziennie, a cukier i słodycze częściowo należy zastępować owocami i warzywami. Nie mniej ważna jest także aktywność ruchowa [1, 9, 5, 10, 11].

W ciągu ostatnich lat problem otyłości nabrał istotnego znaczenia. Stale rośnie odsetek ludzi otyłych w populacji, zarówno w skali światowej, jak i krajowej [12, 13, 14]. Coraz częściej dotyka ona dzieci i młodzież. Rozpoczyna się w wczesnym wieku, co ma niekorzystny wpływ na rozwój tych osób, a także pogarsza komfort życia i jest przyczyną wielu chorób niezakaźnych, pojawiających się w życiu dorosłym [15].

Międzynarodowe Towarzystwo Badań nad Otyłością szacuje, że co roku w Europie liczba dzieci otyłych wzrasta o 85 000, natomiast z nadwagą aż o 400 000. Badanie Olaf

przeprowadzone w Polce wykazało, że 14% dziewcząt i 18% chłopców jest otyłych lub ma nadwagę [16, 23]. Zaobserwowano, że u większości dzieci, które nadmiernie przybrały na wadze przed ukończeniem 6. roku życia nadwaga utrzymywała się w okresie dojrzewania, a im wcześniej u dziecka wystąpiła otyłość, tym większą ostateczną masę ciała osiągało [9].

Otyłość i nadwaga powiązane są z zaburzeniami bilansu energetycznego, czyli równowagi pomiędzy przyswojonym pokarmem a stratami energetycznymi [16, 17]. U dzieci sprowadza się on do równowagi pomiędzy podażą a wydatkiem energii ze względu na bardzo małe straty energii ponoszone przez ich organizm. Ilość dostarczanej z pożywieniem energii regulowana jest, między innymi, przez ośrodki łaknienia w podwzgórzu, determinowane przez czynniki fizjologiczne i psychospołeczne. Czynniki fizjologiczne pozwalają na dopasowanie spożycia do zapotrzebowania organizmu. To zapotrzebowanie na energię wpływa na uczucie głodu oraz na ilość spożytych w danym posiłku pokarmów, uzależnione jest ono od takich sytuacji, jak niezbyt obfity poprzedni posiłek lub znaczna aktywność fizyczna [18].

Cel pracy

Celem pracy była:

- ocena występowania otyłości u dzieci w wieku 9-13 w zależności od zwyczajów żywieniowych w rodzinie
- poznanie nawyków żywieniowych rodzin dzieci objętych badaniem.

Materiał i metoda

Materiał do pracy został zebrany za pomocą anonimowego, autorskiego kwestionariusza, skonstruowanego na potrzeby niniejszego badania. Ankieta składała się z 26 pytań, w części ogólnej, tzw. metryczkowej dotyczących: płci dziecka, jego wzrostu i wagi, a także wykształcenia rodziców i ich sytuacji materialnej oraz z 21 pytań w części szczegółowej dotyczących ‚m.in.: zwyczajów żywieniowych w rodzinie, aktywności dziecka, regularności oraz ilości spożywanych posiłków, spożywania przez dziecko słodyczy, chipsów, owoców, warzyw, „fast-foodów”, napojów, soków i przetworów mlecznych, podjadania przez dziecko między posiłkami.

Badaniem przeprowadzonym po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku nr R-I-002/198/2011, w okresie od V – X. 2011 roku, objęto grupę 101 rodziców dzieci w wieku 9-13 lat, uczęszczających do Szkoły Podstawowej nr 15 w Białymstoku. Ponadto, uzyskano zgodę Dyrekcji w/w Szkoły na przeprowadzenie badania.

Do badania zakwalifikowano rodziców 134 dzieci. Rodzice zostali poinformowani o celu badania, jego anonimowości i możliwości odmowy lub rezygnacji z udziału. Ostatecznie

w badaniu zgodziło się wziąć udział 101 rodziców dzieci, ankiety rozdano rodzicom 47 chłopców i 54 dziewcząt.

Zebrane wyniki zostały podane analizie statystycznej ilościowej i jakościowej i opracowane za pomocą programu Microsoft Excel. W analizie statystycznej do sprawdzenia zależności pomiędzy cechami jakościowymi wykorzystano test Chi-kwadrat. Wyniki istotne statystycznie uznano na poziomie $p<0,05$.W obliczeniach wykorzystano pakiet Statistica 10.0 firmy StatSoft.

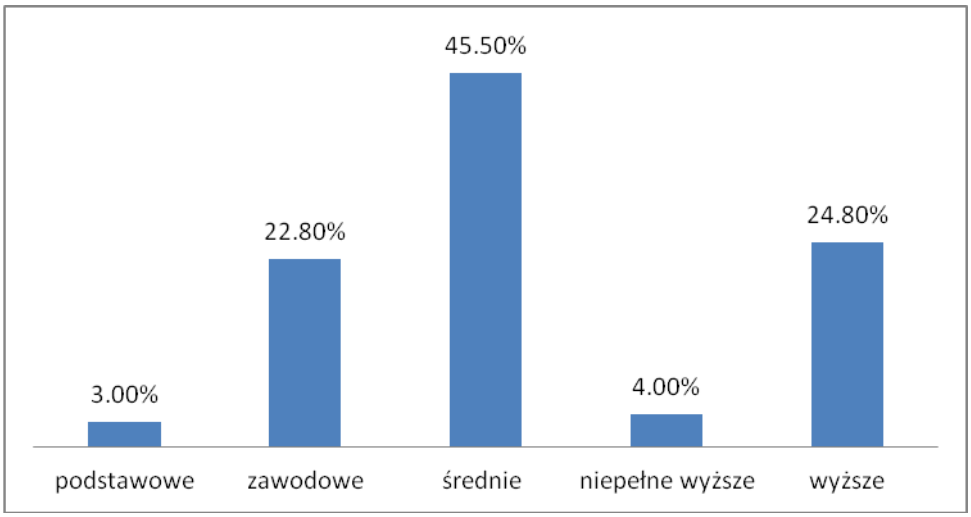
Wyniki

Wśród 101 dzieci, których zwyczaje żywieniowe panujące w rodzinie miało przybliżyć badanie, znalazło się 46,5% chłopców (47 osób) i 53,5% dziewczynek (54 osób). W 16,8% badanych rodzin (17 rodzin) było tylko jedno dziecko. Najwięcej, bo 48,5% (49 rodzin) stanowiły rodziny dwudzietne, rodziny trójdzietne stanowiły 28,7% (29 rodzin), zaś najmniej, bo 5,9% (6 rodzin) było rodzin posiadających czworo i więcej potomstwa.

83,2% respondentów (84 rodziców) oceniło sytuację materialną swojej rodziny jako dobrą, natomiast 7,9% ankietowanych (8 rodziców) określiło ją jako niezadowalającą, zaś rodzin z sytuacją materialną bardzo dobrą było 8,9% (9 rodzin).

Spośród rodziców badanych dzieci najmniej, bo 3% (3 osoby) miało wykształcenie podstawowe, największą grupę stanowili rodzice z wykształceniem średnim - 45, 5% (46 osób) (Ryc.1.). W badaniu nadwagę stwierdzono w rodzinach, w których rodzice mieli wykształcenie podstawowe lub średnie.

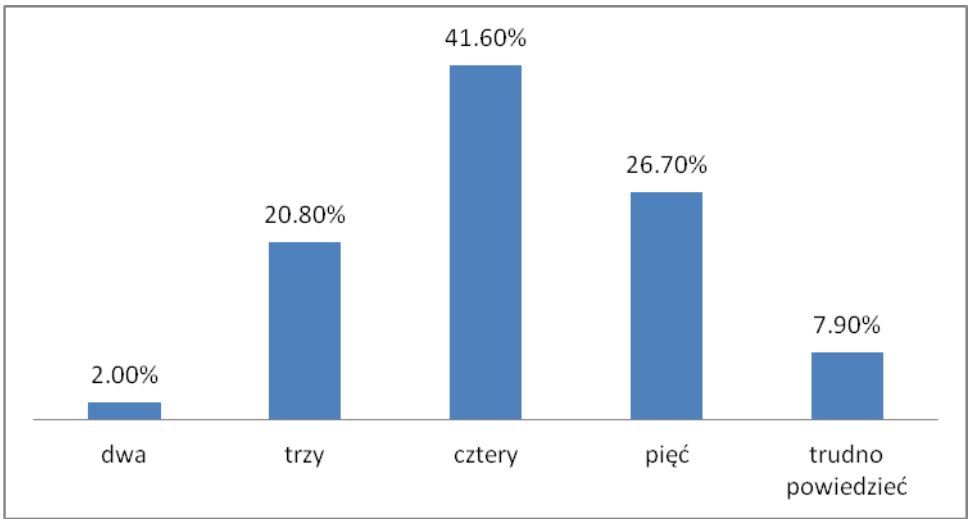
Rodziców poproszono o wpisanie masy ciała i wzrostu dzieci, których dotyczyła ankieta. Pozwoliło to na wyliczenie BMI dzieci oraz stwierdzono nadwagę u 3 dzieci, spośród 88, których rodzice odpowiedzieli na pytanie dotyczące wzrostu i wagi badanych. Problem z nadmierną masą ciała ma 2,64 % (3 dzieci) badanej populacji w wieku 9-13 lat w tym 33,3% dziewcząt (1 dziewczynka) i 66,6% chłopców (2 chłopców).W grupie 88 osób żadne dziecko nie było otyłe. W badanej grupie nie wystąpiły także przypadki otyłości olbrzymiej. 13 rodziców (12,86%) nie potrafiło wskazać wzrostu swoich dzieci. Stwierdzono również w badanych rodzinach występowanie otyłości w rodzinie u któregoś z jej członków (dotyczyło 27,7% respondentów).



Rycina 1. Poziom wykształcenia rodziców badanych dzieci

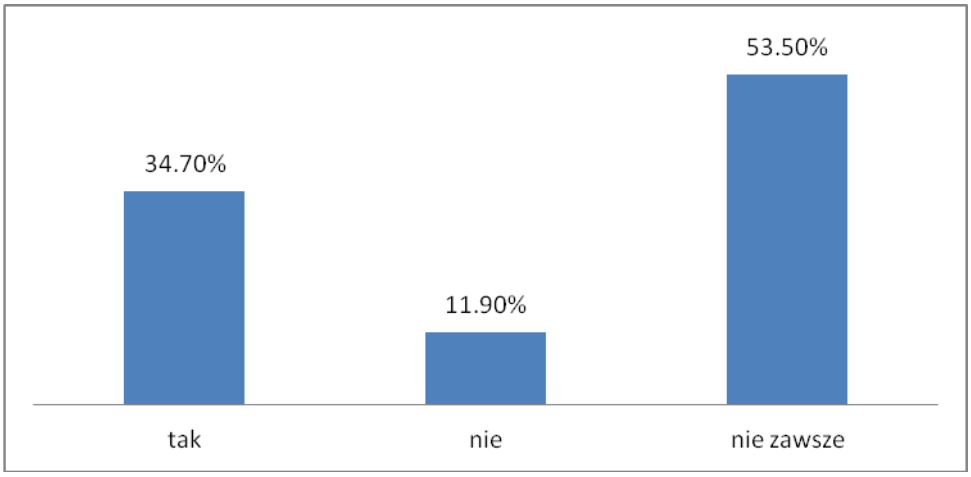
Ponadto, należy podkreślić, że rodziny dzieci, których dotyczyła nadmierna masa ciała to rodziny o dobrej sytuacji materialnej, posiadające 2 dzieci 33,3%, (34 rodziny), lub 3 dzieci 66,6 % (67 rodzin). Wykształcenie rodziców dzieci z nadmierną masą ciała to w 33,3% (1 osoba) podstawowe, a w 66,6% przypadków (2 osób) średnie.

2% badanych dzieci (2 osoby) zjada 2 posiłki w ciągu dnia, 41,6% (42 osoby) spożywa 4 posiłki dziennie, natomiast 7,9% (8 osób) rodziców nie potrafi określić częstotliwości posilania się ich dzieci (Ryc.2.). Dzieci z nadmierną masą ciała zjadają 3 posiłki dziennie - 66,6% (2 dzieci) lub 5 posiłków dziennie - 33,3% dzieci (1 osoba).



Rycina 2. Ilość posiłków spożywana przez dziecko w ciągu dnia

Zaledwie 34,7% (35 osób) wszystkich ankietowanych rodzin spożywa posiłki codziennie o tej samej porze (Ryc.3.). Wśród rodzin spożywających posiłki o nieregularnych porach znalazły się również rodziny dzieci (3 dzieci) z nadmierną masą ciała. Na podkreślenie zasługuje fakt, że niesystematyczność spożywania posiłków jest jednym z czynników sprzyjających nadwadze i otyłości.



Rycina 3. Regularność spożywania posiłków przez członków rodziny

48,5% (49 osób) spośród dzieci zawsze, a 38,60% (40 osób) zazwyczaj dostaje w czasie posiłków to samo, co reszta rodziny, a dieta 11,9% (12 dzieci) różni się od diety pozostałych domowników. Spośród 3 dzieci z nadmierną masą ciała (1 dziecko) 33,3% zjada to, co reszta rodziny, natomiast dieta 2 z nich 66,6% (2 dzieci) różni się od diety rodzinnej.

Istotnym wydaje się w przypadku dzieci z nadwagą, czy dieta inna niż dieta ich rodziców obfituje w produkty wskazane dla dzieci i młodzieży oraz sprzyjające utrzymaniu lub zmniejszeniu masy ciała.

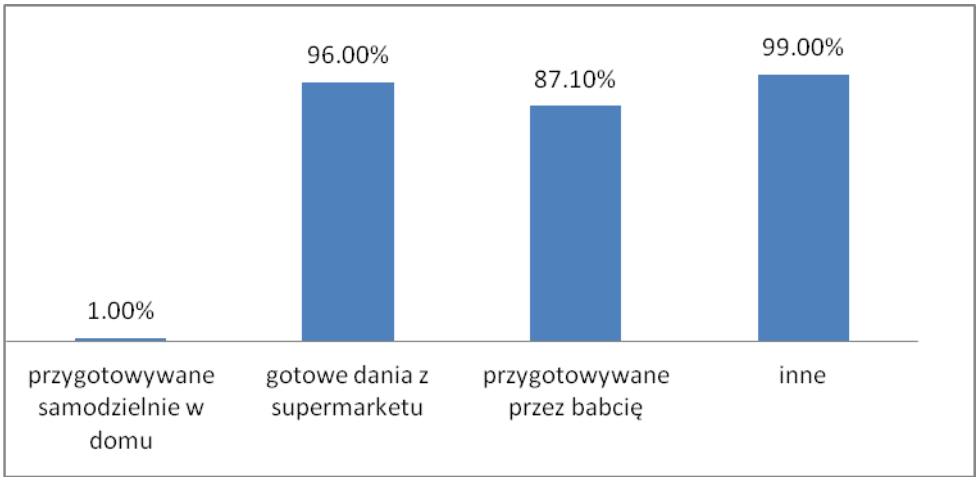
Dieta 1% badanych rodzin (1 rodziny) określona została jako tłusta, 39,6% (40 rodzin) uważa, że ich dieta jest chuda, natomiast 59,4% (60 rodzin) nie przywiązuje wagi do tego, jak kaloryczne i bogate w tłuszcze są ich posiłki.

Spośród dzieci z nadmierną masą ciała rodzice 39,6% z nich zadeklarowali zjadanie przez swoje pociechy posiłków chudych (1 osoba), natomiast 59,4% (2 osoby) wskazało spożywanie przez dzieci tego, co znajduje się w lodówce.

Rodzice 96% badanych dzieci przyznali, że podają swoim dzieciom gotowe dania kupione w supermarketach (96 osób), również 96% dzieci otrzymuje posiłki przygotowane

w domu. Babcie przygotowują posiłki 87,1% dzieci (88 osób), 99% (99 dzieci) dostaje posiłki zrobione przez rodzica lub innego opiekuna (Ryc.4.).

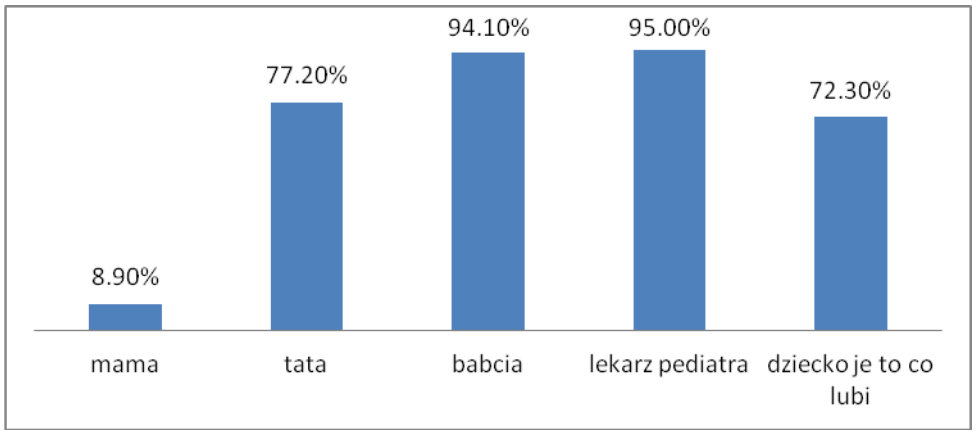
Pozytywnym jest fakt, że wszystkie dzieci z nadmierną masą ciała otrzymują posiłki przygotowane przez opiekuna w domu.



***** wyniki nie sumują się do 100% gdyż respondenci mogli zaznaczyć kilka odpowiedzi

Ryc.4. Rodzaj posiłków spożywanych przez dzieci

W 8,9% (9 osób) przypadków to mamy decydują o żywieniu dziecka, tata wywiera znacznie większy wpływ na żywienie w 77,2% (78 rodzin). Spośród nich 72,3% dzieci (73 osoby) zjada to, co lubi. Bardzo duże wpływ na żywienie dzieci ma również lekarz pediatra 95% (95 rodzin). Dane zebrano na podstawie pytania wielokrotnego wyboru, dlatego wyniki nie sumują się do 100% (Ryc.5.). Wśród dzieci z nadmierną masą ciała 66,6% (2 dzieci) je to, co lubi, natomiast o żywieniu 33,3% (1 dziecka) z nich decyduje mama.

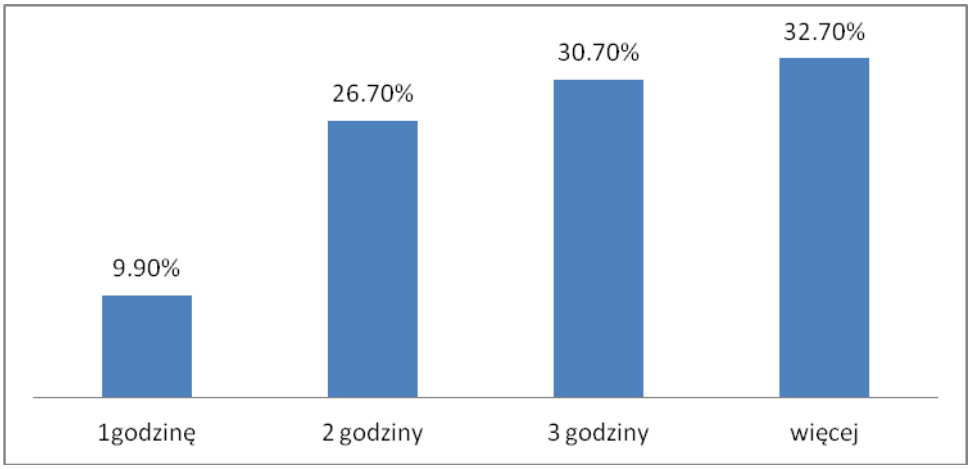


***** wyniki nie sumują się do 100% gdyż respondenci mogli zaznaczyć kilka odpowiedzi

Rycina 5. Osoba decydująca o diecie dziecka

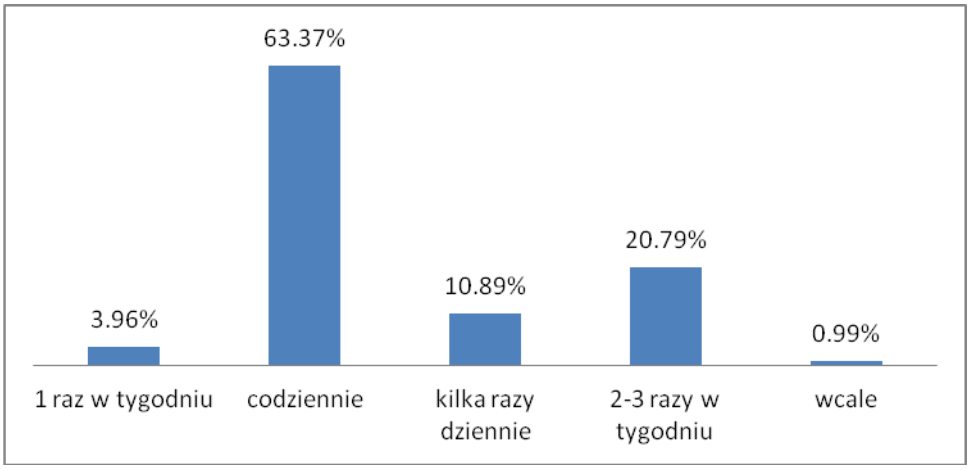
9,9% badanych dzieci (10 osób) spędza dziennie 1 godzinę w sposób aktywny, a 32,7% (33 osoby) spędza aktywnie więcej niż 3 godziny w ciągu dnia (Ryc.6.).

Aktywność dzieci z nadmierną masą ciała jest różna, od 1 godziny (2 dzieci) do ponad 3 godzin dziennie (1 dziecko).



Rycina 6. Aktywność fizyczna dzieci

63,37% badanych dzieci (64 osoby) codziennie spożywa owoce i warzywa, 1 raz w tygodniu 3,96% (4 osoby), natomiast 0,99% (1 osoba) w ogóle nie spożywa owoców i warzyw (Ryc.7.). W diecie 100% spośród dzieci z nadmierną masą ciała (3 dzieci) codziennie pojawiają się owoce i warzywa.



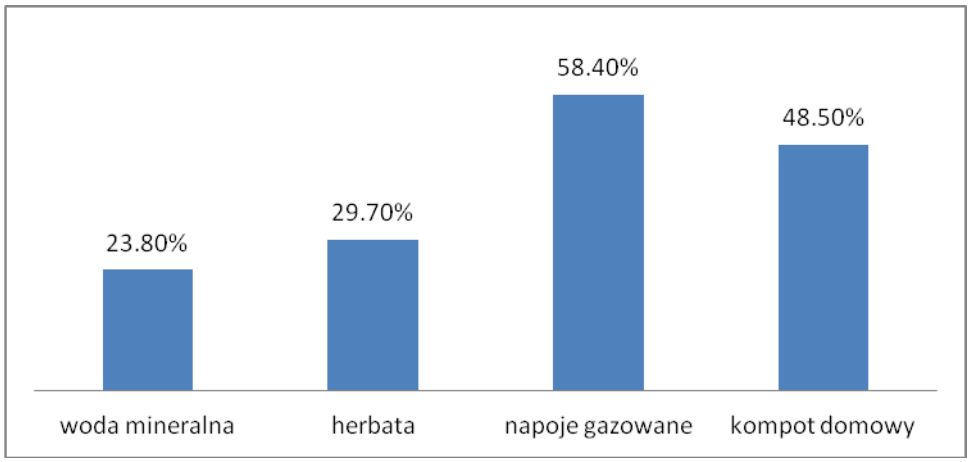
Rycina 7. Spożycie owoców i warzyw

Niestety, 2% (2 osoby) badanych dzieci w ogóle nie spożywa mleka ani produktów mlekopochodnych, 38,6% (39 osób) otrzymuje je kilka razy w tygodniu, 35,6% (36 osób) raz dziennie, a 23,8% (24 osoby) 2 razy w ciągu dnia.

Pośród dzieci z nadmierną masą ciała proporcje układają się podobnie. 33,3% (1osoba) nie spożywa produktów mlecznych, a 66,6% (2 osoby) w jednym posiłku dziennie.

Najmniej, bo tylko 23,8% (24 osoby) ankietowanych rodzin pije wodę mineralną, herbatę pije 29,7% (30 osób) ankietowanych, najczęściej spożywane są w rodzinie napoje gazowane, do których picia przyznało się 58,4% badanych (59 osób) oraz kompot domowy 48,5% (49 osób) (Ryc.8.).

Wśród dzieci z nadmierną masą ciała preferowane były w 66,6% rodzin (2 osoby) napoje herbaciane.

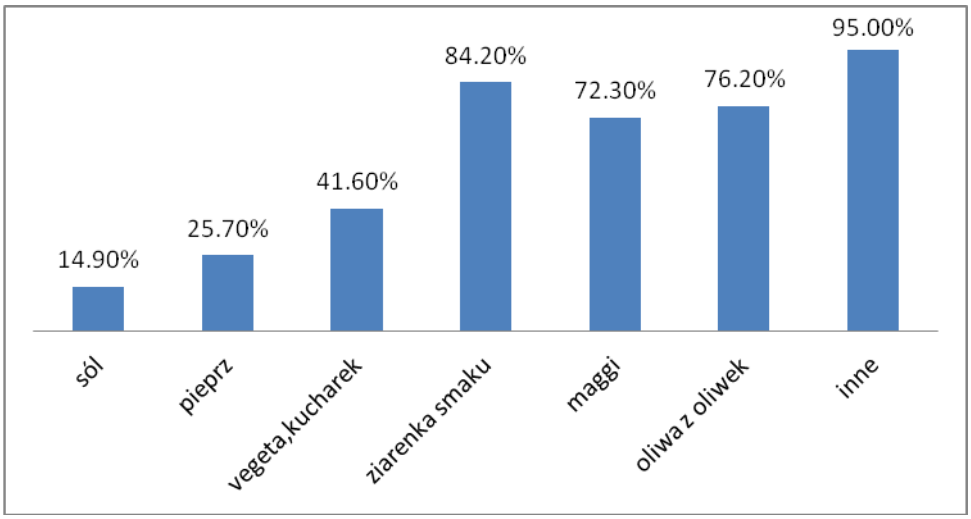


***** wyniki nie sumują się do 100% gdyż respondenci mogli zaznaczyć kilka odpowiedzi

Rycina 8. Spożycie napojów

14,9% wszystkich przypraw używanych do przyrządzania potraw przez badane rodziny stanowi sól (15 rodzin), pieprz stanowi 25,7% (26 rodzin), 41,6% (42 rodziny) używają przyprawy typu Vegeta, Maggi 72,3% (73 rodziny), zaś oliwa z oliwek stanowią 76,2% (77 rodzin), 84,2% (85 rodzin) to przyprawy typu ziarenka smaku, a 95% (95 rodzin) to inne przyprawy, takie jak : zioła, koperek, oregano, bazylia, majeranek, pieprz ziołowy, ziele angielskie, liść laurowy (Ryc.9.).

W przypadku dzieci z nadwagą preferowane były: sól i pieprz 66,6% (2 rodziny), Vegeta 66,6% (2 rodziny), Maggi 66,6% (2 rodziny) oraz oliwa z oliwek 33,3% (1 rodzina).

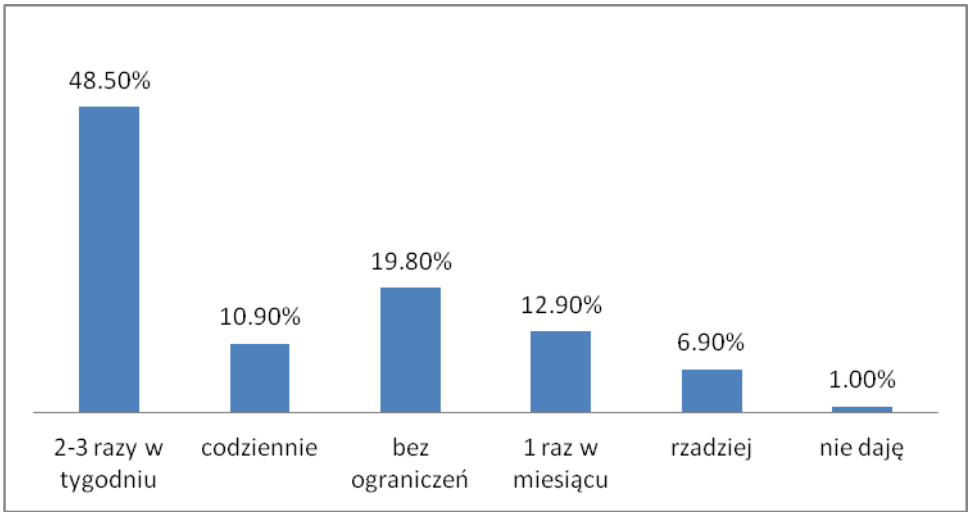


***** wyniki nie sumują się do 100% gdyż respondenci mogli zaznaczyć kilka odpowiedzi

Rycina 9. Przyprawy używane do przygotowywania posiłków

48,5% badanych dzieci (49 osób) spożywa słodycze 2 lub 3 razy w ciągu tygodnia, 19,8% dzieci (20 osób) je słodycze bez ograniczeń, natomiast blisko 1% dzieci (1 osoba) nie je słodyczy w ogóle (Ryc.10.).

Dwoje dzieci - 66,6% spośród dzieci z nadmierną masą ciała dostaje słodycze 2-3 razy w tygodniu, zaś (jednemu dziecku) 33,3% rodzice rzadko pozwalają na ich spożycie.



Rycina 10. Spożycie słodyczy.

Niemal wszystkie objęte badaniem dzieci dostają według deklaracji rodziców zupę 94,08%, (93 osób) i drugie danie 96,04%, (95 osób) przygotowane samodzielnie przez ich

opiekuna, a 47,52% (47 osób) otrzymuje także kompot i deser (Tab. I.).Dane zebrano na podstawie pytania wielokrotnego wyboru, dlatego wyniki nie sumują się do 100% .

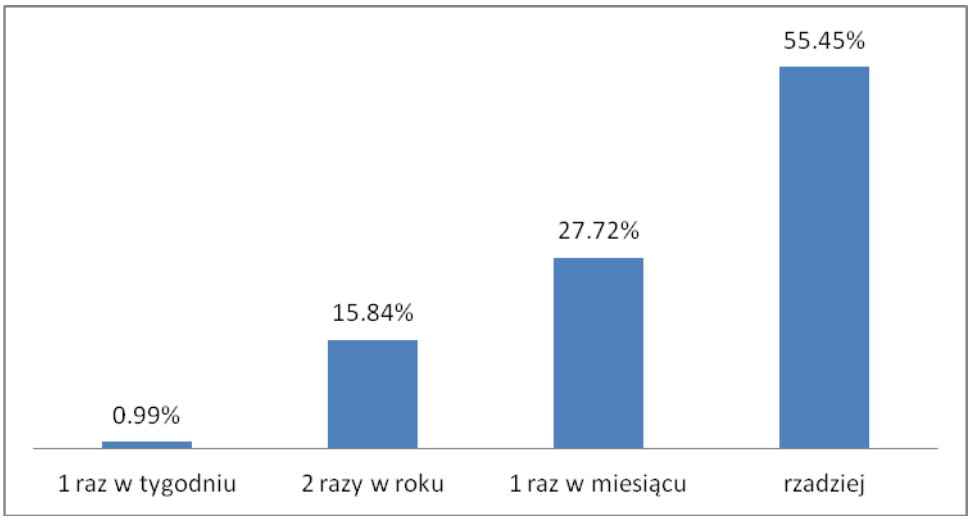
Wśród dzieci z nadwagą wszystkie dzieci (100% - 3 dzieci) dostają codziennie zupę i drugie danie, ale tylko (jedno dziecko) 33,3% z nich otrzymuje deser , kompot lub inne danie.

Tabela I. Jakie przygotowane w domu posiłki dostaje dziecko?

Rodzaj posiłku	Ogółem		Dzieci z nadwagą	
	%	Liczba	%	Liczba
Zupy	94,08	93	100	3
Drugie danie	96,04	95	100	3
Deser	47,52	47	33,3	1
Kompot	47,52	47	33,3	1
Inne	4,95	5	33,3	1

***** wyniki nie sumują się do 100% gdyż respondenci mogli zaznaczyć kilka odpowiedzi

Prawie 1% dzieci raz w tygodniu spożywa posiłek w restauracji typu „fast-food'' (1 osoba), 27,72% korzysta z nich raz w miesiącu (28 osób), a 55,45% (56 osób) jeszcze rzadziej niż dwa razy w roku (Ryc.11.). Dzieci z nadmierną masą ciała jedzą w takich miejscach 1 raz w miesiącu 66,6% (2osoby) lub rzadziej niż 2 razy w roku 33,3% (1 osoba).



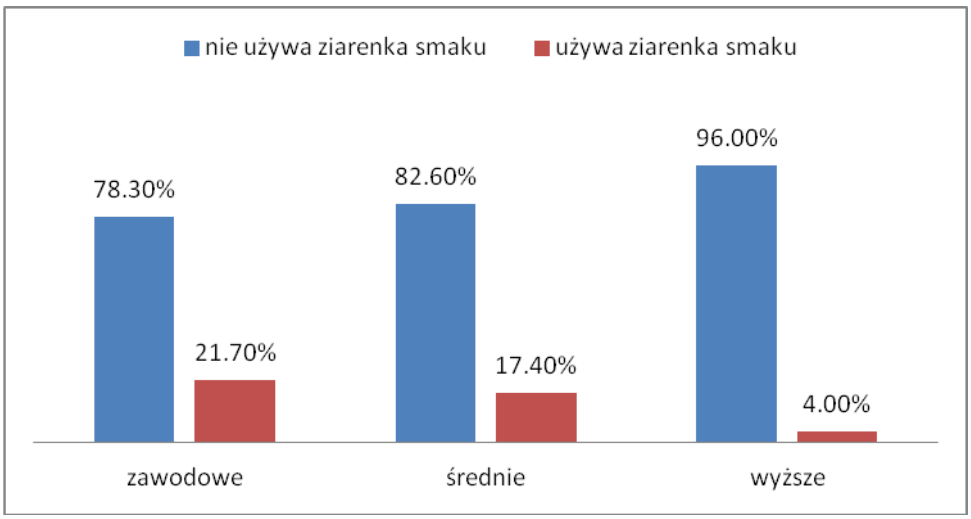
Rycina 11. Częstotliwość jedzenia w restauracjach typu „fast-food."

38,7% badanych dzieci zawsze dostaje drugie śniadanie do szkoły, 36,6% (37 dzieci) dostaje posiłek czasami, 13,9% rzadko, zaś 10,9% nie dostaje wcale drugiego śniadania (11 osób).

48,5% (49 dzieci) ogółem kupuje sobie jedzenie w sklepiku szkolnym, 25,75% rodziców (26 osób) zawsze daje dzieciom pieniądze do szkoły, 48,5% czasami, a 25,75% rodziców (26 osób) nie daje dzieciom pieniędzy na zakupy w sklepiku szkolnym. Wszyscy rodzice dzieci (3 dzieci) z nadmierną masą ciała dają pieniądze dzieciom do szkoły.

Na poziomie istotności p=0,03 stwierdzono różnicę istotną statystycznie pomiędzy chłopcami i dziewczynkami w spożywaniu herbaty. Wśród chłopców niemal 81% (38 osób) spożywa herbatę, natomiast w wśród dziewczynek tylko 61% (33 osoby).

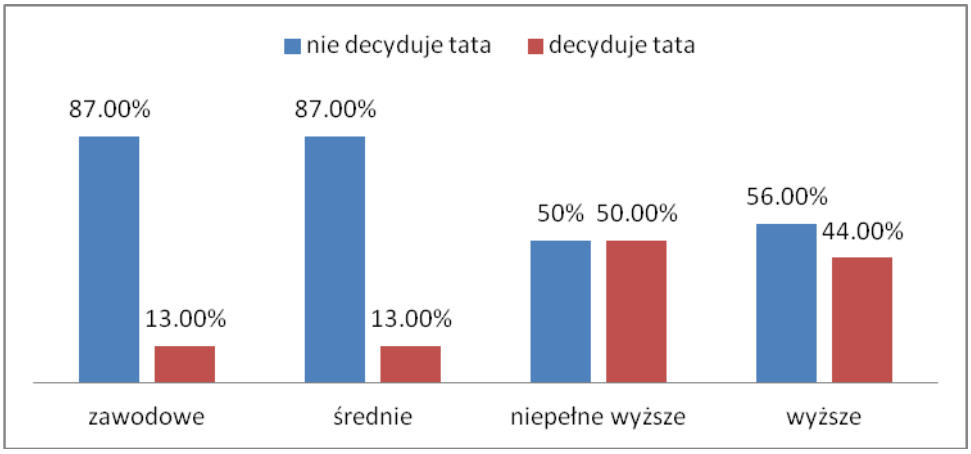
Na poziomie istotności p=0,04 stwierdzono różnicę istotną statystycznie pomiędzy wykształceniem rodziców a przyprawianiem posiłków dla dzieci. Wśród rodziców z wykształceniem zawodowym 21,7% rodziców (5 osób) przyprawia posiłki przyprawą ziarenka smaku, natomiast z wykształceniem średnim ponad 17,4% (8 osób), zaś z wykształceniem wyższym tylko 4% rodziców (1 osoba) przyprawia posiłki tą przyprawą (Ryc.12.).



Rycina 12.Wykształcenie rodziców a przyprawianie posiłków przyprawą ziarenka smaku

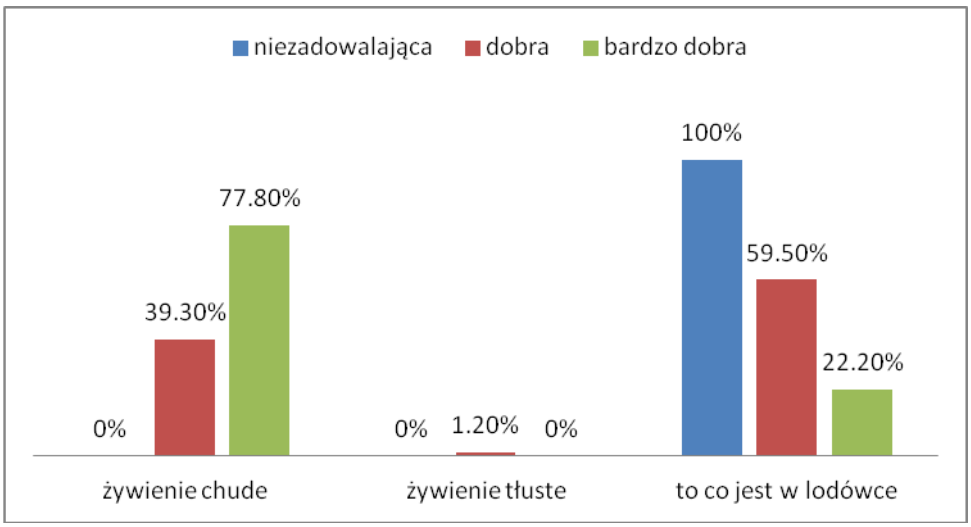
Na poziomie istotności p=0,02 stwierdzono różnicę istotną statystycznie pomiędzy wykształceniem rodziców a głównym decydentem w kwestii żywienia dziecka. Wśród rodziców dzieci z wykształceniem wyższym niemal w 44% (11 osób) o wyborze żywienia

decyduje tata, natomiast z wykształceniem średnim i zawodowym tylko w 13% (9 osób), zaś z wykształceniem niepełnym wyższym w 50% (2 osoby) (Ryc.13.).



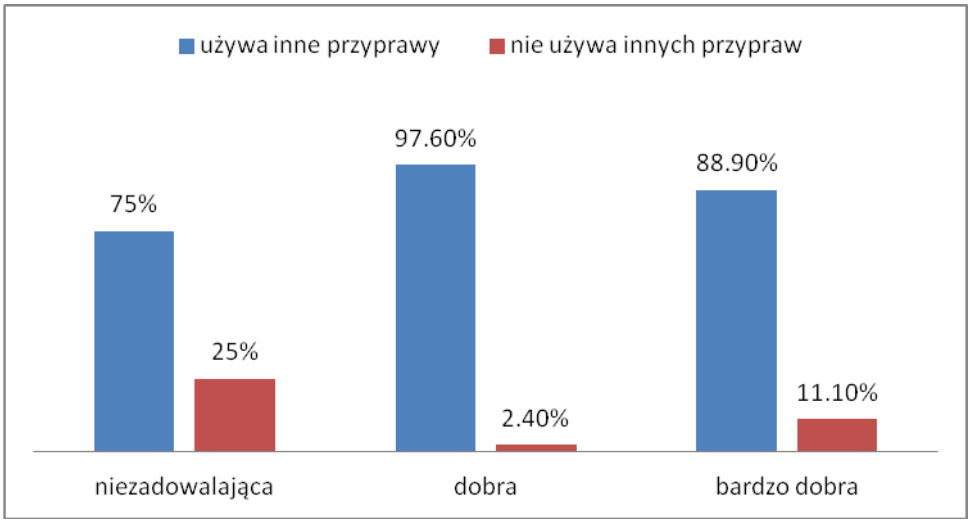
Rycina 13.Wykształcenie rodziców a wskazanie taty, jako głównego decydenta w kwestii żywienia

Na poziomie istotności p=0,03 stwierdzono różnicę istotną statystycznie pomiędzy sytuacją materialną rodziny a żywieniem dziecka. Żywienie chude jest preferowane w rodzinie z dobrą sytuacją materialną w 39,3% (33 osoby) oraz z sytuacją materialną bardzo dobrą w 77,8% (7 osób). To, co jest w lodówce zjada rodzina z sytuacją materialną dobrą w 59,5% (50 osób), zaś z sytuacją materialną bardzo dobrą już tylko w 22,2% (2 osoby), natomiast z sytuacją materialną rodziny niezadowalającą wszyscy (100% osób) jedzą to, co jest w lodówce (Ryc.14.).



Rycina 14. Sytuacja materialna rodziny a jej żywienie

Na poziomie istotności p=0,01 stwierdzono różnicę istotną statystycznie pomiędzy sytuacją materialną rodziny a innymi przyprawami używanymi przez rodziców do przyprawiania potraw. Wśród rodzin z sytuacją materialną niezadowalającą 25% rodziców (2 osoby) przyprawia posiłki innymi przyprawami, takimi jak: zioła, koperek, oregano, bazylia, majeranek, pieprz ziołowy, ziele angielskie, liść laurowy, w rodzinach z sytuacją materialną dobrą tylko 2,4% (2 osoby) używa innych przypraw, natomiast w rodzinach z sytuacją materialną bardzo dobrą zaledwie 11% (1 osoba) (Ryc.15.).

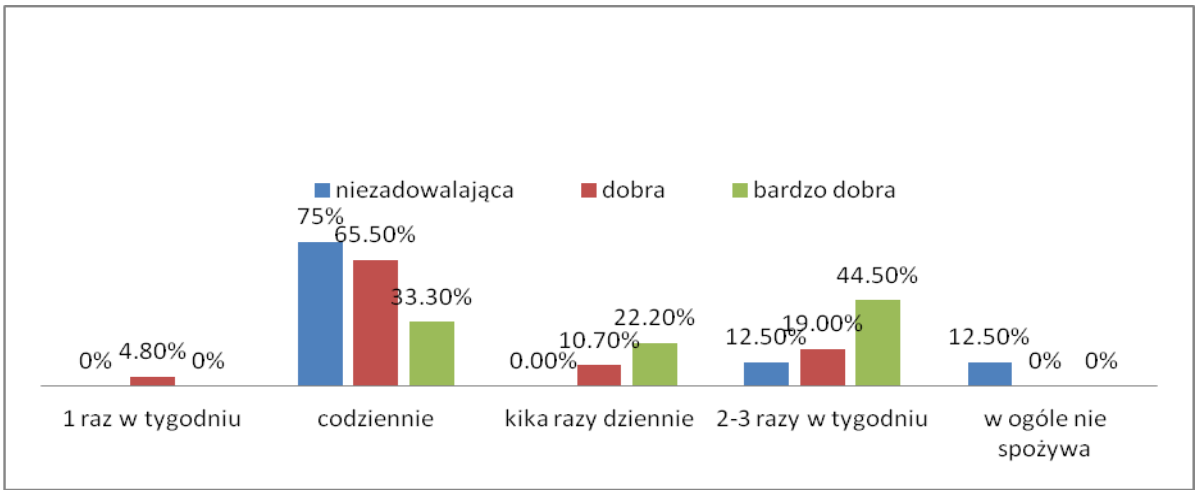


Rycina 15. Sytuacja materialna rodziny a przyprawianie posiłków innymi przyprawami

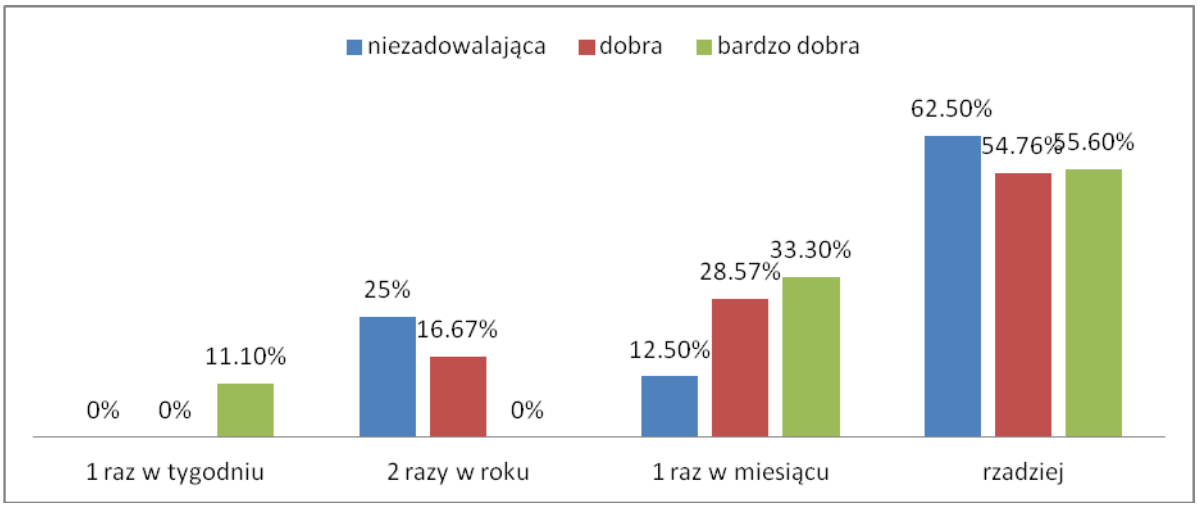
Na poziomie istotności p=0,02 stwierdzono różnicę istotną statystycznie pomiędzy sytuacją materialną rodziny a podawaniem dziecku owoców i warzyw. Wśród rodzin z sytuacją materialną niezadowalającą dominuje codzienne podawanie dziecku owoców i warzyw w 75% rodzin (6 osób), z sytuacją materialną dobrą 65,5% (55 osób), natomiast z sytuacją bardzo dobrą dominuje odpowiedź codzienne podawanie w 33,3% (3 osoby) (Ryc.16.).

Na poziomie istotności p=0,04 stwierdzono różnicę istotną statystycznie pomiędzy sytuacją materialną rodziny a spożywaniem posiłków w restauracjach typu „fast-food" (Mc Donald). Rodziny z sytuacją materialną niezadowalającą jadają w restauracjach typu „fast-food" dwa razy w roku w 25% (2 rodziny), natomiast z sytuacją materialną dobrą dwa razy w roku w 16,67% (14 rodzin), z sytuacją materialną bardzo dobrą nie jadają wcale w tego typu restauracjach. Jeden raz w miesiącu jada w restauracjach typu „fast-food" 28,57% rodzin z sytuacją materialną dobrą (24 rodziny) i 33,3% rodzin z sytuacją materialną bardzo

dobrą (3 rodziny). Rzadziej niż dwa razy w roku w restauracjach typu „fast-food" jada 62,5% rodzin z sytuacją materialną niezadowalającą (5 rodzin) i 54,76% spośród rodzin z sytuacją materialna dobrą (46 rodzin), natomiast z sytuacją materialną bardzo dobrą 55,6% (5 rodzin) (Ryc.17).



Rycina 16. Sytuacja materialna rodziców , a codzienne podawanie dziecku owoców i warzyw.

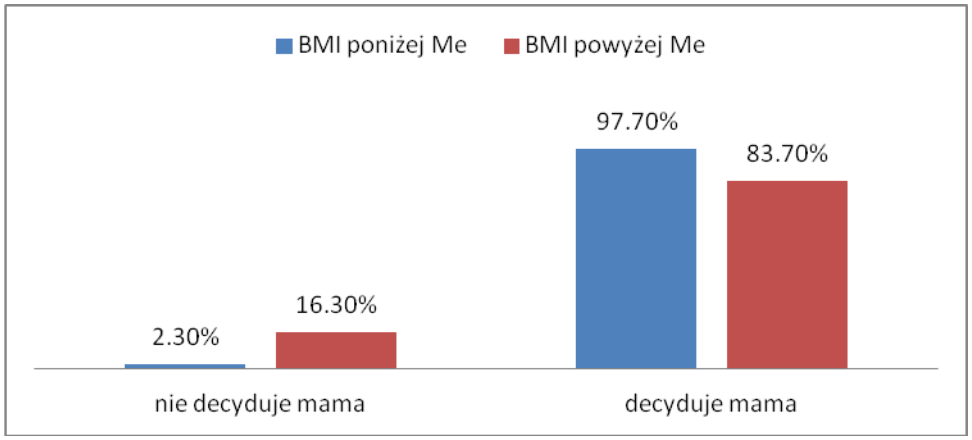


Rycina 17. Sytuacja materialna rodziny a częstość jadania w restauracjach typu „fast –food"

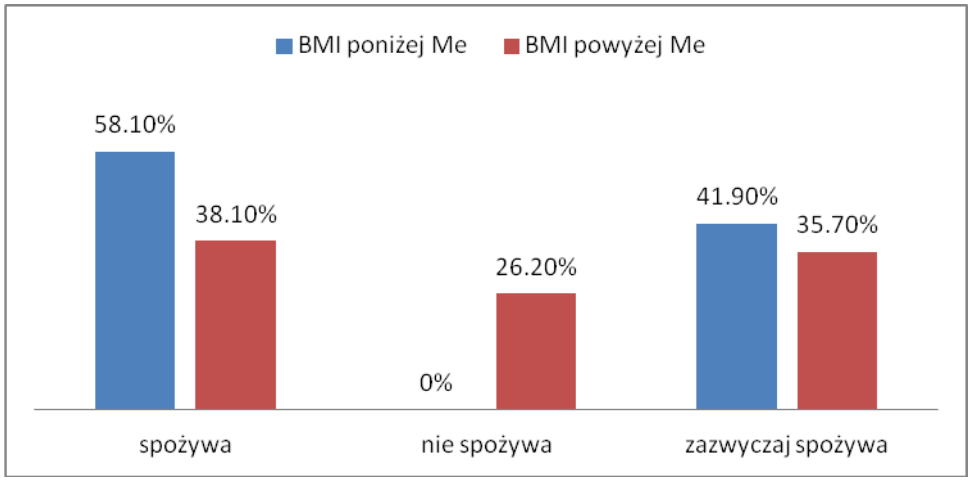
Na poziomie istotności p=0,03 stwierdzono różnicę istotną statystycznie pomiędzy grupą osób o wartości BMI powyżej Me a grupą osób o BM niższym od Me a wskazaniem mamy jako osoby będącej głównym decydentem w kwestii żywienia dziecka. Wśród osób

o wartości BMI poniżej Me 97,7% (42 osoby) wskazało mamę, jako głównego decydenta, natomiast w drugiej grupie było to tylko 83,7% (36 osób) (Ryc.18).

Na poziomie istotności p=0,01 stwierdzono różnicę istotną statystycznie pomiędzy grupą osób o wartości BMI powyżej Me a grupą osób o BMI niższym od Me w fakcie zjadania tych samych posiłków przez rodziców i dzieci. Wśród osób o BMI poniżej Me nikt nie udzielił odpowiedzi o niespożywaniu tych samych posiłków, natomiast ponad 58% (25 osób) stwierdziło, że spożywają te same posiłki. W drugiej grupie tylko 38% (16 osób) stwierdziło, że spożywają te same posiłki. Ponad 26% (11 osób) odpowiedziało negatywnie na to pytanie, natomiast niemal 36% (15 osób) wybrało odpowiedź zazwyczaj z BMI powyżej Me, zaś z BMI poniżej Me odpowiedź zazwyczaj wskazało niemal 42% (18 osób) (Ryc.19.).



Rycina 18. Zależność pomiędzy wartością BMI a odpowiedzialnością matki za żywienie dziecka



Rycina 19. Zależność pomiędzy wartością BMI a spożywaniem takich samych posiłków jak reszta rodziny

Dyskusja

Problem otyłości wśród dzieci i młodzieży nabrał znaczenia dopiero w ostatnich latach, stale rosnąca liczba osób otyłych w wielu wysokorozwiniętych krajach i niebezpieczne konsekwencje zdrowotne, jakie ten problem za sobą niesie zmusiły naukowców do dokładnych i częstych badań tego zjawiska. Otyłość nie tylko pogarsza komfort życia osób nią dotkniętych, ale jest także przyczyną wielu poważnych chorób niezakaźnych [1, 12, 15, 19].

Na podstawie danych antropometrycznych, pozyskanych z anonimowych kwestionariuszy, obliczono wartości wskaźnika BMI badanych dzieci. Poprzez analizę siatek centylowych oraz na podstawie wartości wskaźnika BMI stwierdzono nadwagę u 3 dzieci spośród badanej grupy, przy czym na 101 respondentów, 88 odpowiedziało na pytanie dotyczące wzrostu i wagi dzieci. W grupie 88 osób (100%) żadne dziecko nie było otyłe. Problem z nadmierną masą ciała ma 2,64% badanej populacji dzieci w wieku 9-13 lat, w tym 1 dziewczynka i 2 chłopców, co stanowi odpowiednio 1,85% grupy dziewcząt i 4,25% grupy chłopców.

Wyniki przeprowadzonych badań różnią się od danych uzyskanych wcześniej przez Abramowicza i wsp. [18], którzy po przebadaniu 1304 dzieci w wieku 7-9 lat stwierdzili, że nadwaga i otyłość dotyczą 20,7% dziewcząt i 22,9% chłopców. Różnice uzyskanych danych wynikać mogą ze znacznej różnicy w liczebności badanych grup, innych przedziałów wiekowych oraz metodyki przeprowadzania badań. Możliwe, iż na pytania dotyczące wzrostu i wagi zawarte w kwestionariuszach rodzice nie zawsze udzielali dokładnych odpowiedzi.

Ilość spożywanych w ciągu dnia posiłków jest istotnym elementem diety ludzkiej, wpływającym na zdrowie organizmu. Najkorzystniejsze dla ustroju jest spożycie pięciu posiłków dziennie o stałych porach [20]. Taki rozkład pozwala na utrzymanie uczucia sytości, komfort fizyczny i psychiczny, a także zapobiega podjadaniu, przejadaniu się i gromadzeniu się nadmiaru energii w tkance tłuszczowej. Zaspokaja on w pełni bieżące potrzeby organizmu. Regularność spożywania posiłków pozwala na unormowanie przemian metabolicznych organizmu, a także zapewnia stałą podaż składników organicznych, co eliminuje konieczność ich magazynowania [12]. Wśród badanych można zauważyć dużą świadomość rodziców dotyczącą częstości spożywania posiłków, ponieważ 41,6% dzieci (42osoby) zjada 4 lub więcej posiłków w ciągu dnia, jednak zaledwie 34,7% (35 osób) otrzymuje je o stałych porach.

Jednym z głównych czynników mających wpływ na rozwój otyłości maja nawyki żywieniowe wyniesione z domu rodzinnego [20, 21, 22, 23].

Wzorce żywieniowe prezentowane przez rodziców wpływają niewątpliwie na przyszłe upodobania ich dzieci. Z badań wynika, że dieta jedynie 11,9% dzieci (12 osób) różni się od tej stosowanej przez pozostałych domowników. Może to wynikać ze specjalnych zaleceń lekarskich dotyczących danego przypadku lub ze specyficznych upodobań dziecka. Znacząca większość rodziców nie przywiązuje nadmiernej wagi do podawanych rodzinie posiłków, 59,4% ankietowanych (60 rodzin) stwierdziło, że w ich domach spożywa się „to, co jest w lodówce". Pozostałe 39,6% (40 rodzin) dba o to, by posiłki nie zawierały nadmiaru tłuszczu. Tylko 0,99% badanych (1 rodzina) określił swoją dietę jako tłustą. Rodzice dzieci otyłych także wybrali odpowiedź „to, co jest w lodówce". Większość osób stosujących dietę określaną jako chudą podaje dziecku 4 lub 5 posiłków dziennie, co może świadczyć o wysokiej świadomości dotyczącej zasad prawidłowego żywienia. Potwierdzać te stwierdzenie może też fakt, że 87,1% dzieci (88 osób) dostaje do jedzenia potrawy przygotowane samodzielnie w domu przez babcię. Rodzice kupują także gotowe dania w supermarketach 95,05% (96 osób) lub korzystają z innych usług w 98,02% (99 osób).

Gajewska i Zawieska [24] podają, że w opinii badanych przez nich rodziców, aż 69,4% dzieci spożywa 4 posiłki dziennie, natomiast w opinii ich dzieci - tylko 44,8% z nich posilało się z taką częstotliwością. Świadczy to o tym, że wyobrażenia rodziców, co do zwyczajów żywieniowych ich dzieci są nieadekwatne do faktycznego stanu rzeczy. Wynika to zazwyczaj z utraty pełnej kontroli opiekunów nad dietą dziecka z chwilą, gdy idzie ono do szkoły [24].

Wysoka jest również świadomość żywieniowa dzieci i młodzieży. Jak podaje literatura młodzi ludzie mają wysoki stan wiedzy na temat prawidłowego odżywiania, jednak rzadko stosują teorię w praktyce [24, 25]. Trudności w stosowaniu zdrowej diety wynikają między innymi z braku dostępu do zdrowej żywności w szkole. Z badań wynika, że najczęściej dostępnymi produktami do nabycia w sklepikach szkolnych są słodycze, napoje gazowane, natomiast w 70% szkół nie ma możliwości kupienia mleka i produktów mlecznych, mimo że uczniowie wyrażają chęć ich nabycia [24, 26]. Owoce i warzywa dostępne są w 21% placówek [24]. Z tych samych badań wynika, że aż 1/3 szkół nie włączyła się do żadnego programu zapobiegania otyłości wśród dzieci [26]. Inne badania podają, że prowadzenie działań edukacyjnych z zakresu prawidłowego żywienia w ramach programów zapobiegania nadwadze rzadko łączy się ze zmianą asortymentu w sklepikach szkolnych [27].

O prawidłowości panujących w rodzinie nawyków żywieniowych nie świadczy tylko jakość, ilość i regularność serwowanych posiłków, ale także prawidłowe zbilansowanie diety pozwalające na zaspokojenie wszystkich potrzeb organizmu i dostarczenie mu odpowiednich składników budulcowych i energetycznych. Na wydatek energetyczny składa się suma energii zużytej na procesy termogenezy, podstawowej przemiany energii, a także podczas aktywności fizycznej [28]. Dieta dzieci w wieku 9-13 lat powinna nie tylko zaspokajać zapotrzebowanie energetyczne dziecka, które często jest znaczne ze względu na dużą aktywność fizyczną, ale także dostarczyć związków zapewniających prawidłowy wzrost i rozwój organizmu. Osoby w tym wieku potrzebują dużo białka niezbędnego do budowy nowych komórek, różnicowania tkanek oraz odnowy białek utraconych w procesach rozpadu, węglowodanów złożonych, jako głównego źródła energii oraz zbilansowanej podaży witamin i mikroelementów [17, 29, 30]. Dieta dzieci powinna być zróżnicowana i niejednorodna. W każdym posiłku powinien być obecny chleb, makaron oraz produkty zbożowe, a także warzywa, które dzieci powinny zjadać 3 lub 5 razy dziennie. Nieco rzadziej, bo tylko 2 do 4 razy w ciągu dnia należy podawać owoce, ze względu na dużą zawartość cukrów prostych w tych produktach [21, 22, 24, 31]. Dzienne spożycie mleka powinno wynosić 1l, także w postaci produktów mlecznych [3]. Jajka, ryby lub mięso powinny być składnikiem przynajmniej jednego codziennego posiłku [18]. Ograniczone natomiast powinny być słodycze, przekąski typu chipsy, a także żywność określana jako „junk food" oraz serwowana w restauracjach typu „fast-food" [32, 33]. Z badań wynika, że około 63,37% dzieci (64 osoby) codziennie dostaje owoce i warzywa, niektóre nawet kilkakrotnie w ciągu dnia 10,89% (11 osób). Nieco rzadziej badani dostają mleko i produkty mleczne, jednak 35,6% (36 dzieci) otrzymuje codziennie produkty zawierające nabiał. Większość rodziców stara się również ograniczać ilość słodyczy zjadanych przez ich dzieci, zaledwie 19,8% (20 dzieci) dostaje słodkości bez ograniczeń, a 10,9% codziennie (11 dzieci).

Istotne są również napoje spożywane w rodzinie. W badanych rodzinach napoje gazowane stanowią aż 58,4% wypijanych płynów (59 rodzin), przy czym woda mineralna stanowi 23,8% (24 rodziny), kompot domowy 48,5% (49 rodzin), zaś herbata 29,7% (30 rodzin). Do zaspokajania pragnienia najlepszym napojem jest woda mineralna [34]. Nadmierne spożywanie napojów gazowanych i soków dostarcza organizmowi cukrów prostych, czyli substancji energetycznych, których nadmiar może być odkładany w tkance tłuszczowej i w efekcie doprowadzić do problemu nadmiernej masy ciała. Dzieci wychowujące się w domach, gdzie spożywa się głównie napoje słodzone zapewne będą miały podobne preferencje w przyszłości [16, 22].

Polska dieta określana jest zazwyczaj jako słona [32]. Podczas przygotowywania posiłków w niemal każdym ankietowanym domu stosowana jest sól, która stanowi 14,9% (15 rodzin) w puli wszystkich przypraw używanych podczas przygotowywania posiłków. Równie popularny jest pieprz, który stanowi 25,7% (26 rodzin) używanych przypraw. Spożycie przypraw, których skład opiera się głownie na soli i glutenie typu kucharek 41,6% (42 rodziny) czy ziarenka smaku 84,2% (85 rodzin) jest znacznie wyższe niż przypraw ziołowych, co jest zjawiskiem niekorzystnym. W sumie tego typu przyprawy stanowią 26% puli wszystkich używanych przypraw. Oliwa z oliwek wykorzystywana jest do przyprawiania potraw w 76,2% (77 rodzin).

Z dostępnych w literaturze badań wynika, że 82% młodzieży szkolnej wypija w ciągu dnia niewystarczającą ilość płynów [35]. Dzieci najczęściej zaspokajają pragnienie sokami 31%, wodę natomiast pije 17% uczniów. Są to wyniki sprzeczne z otrzymanymi w badaniu własnym [35]. Z tych samych badań wynika, że młodzież zbyt rzadko sięga po ryby, owoce i warzywa, nadmiernie zaś spożywany jest cukier i słodycze [35]. Dieta ponad połowy dziewcząt i chłopców nie pokrywa zapotrzebowania na podstawowe witaminy i składniki mineralne [36, 37]. Według Ziółkowskiej 31,75% respondentów spożywa cukier i słodycze dwa razy dziennie, a 26,98% raz dziennie [25]. Są to wyniki porównywalne do uzyskanych w ankiecie. Szczególnie niepożądanym nawykiem żywieniowym jest podjadanie słodyczy między posiłkami. Z badań Kolarczyk wynika, że 26% dzieci podjada prawie codziennie, a aż 52,8% sporadycznie. Zaledwie 1,6% rodziców nigdy nie pozwala podjadać między posiłkami [38]. Są to wartości zbliżone do uzyskanych w wyniku analizy. Dzieci najczęściej podjadają głównie słodycze, chrupki i słodkie owoce [27].

O świadomości rodziców może świadczyć fakt, że 55,45% dzieci jada w restauracjach typu „fast-food" (56 rodzin) rzadziej niż dwa razy do roku, a tylko niespełna 1% (1 rodzina) regularnie raz w tygodniu. Spośród dzieci z nadmierną masą ciała także tylko dwoje dzieci jada raz w miesiącu, a jedno dziecko rzadziej niż dwa razy do roku. Z badań Cimoszuk z 2003 roku wynika, że aż 8% spożywa chipsy, hot-dogi, hamburgery lub pizzę kilka razy dziennie, jeden raz dziennie 21%, a 25% kilka razy w tygodniu. Tylko 3% całkowicie rezygnuje z tego typu pożywienia [35]. Różnice w wynikach mogą wynikać z większej świadomości społeczeństwa dotyczącej szkodliwości „fast-foodów."

Jednym z najważniejszych, a często zaniedbywanym posiłkiem jest drugie śniadanie. Dziecko przebywające w szkole do 6 godzin powinno spożyć tam jeden posiłek, natomiast pobyt dłuższy wymaga dwóch posiłków, a wskazane jest, by jeden z nich był ciepły [22, 39, 40]. Zapewnia to dzieciom odpowiednią ilość energii niezbędną do skoncentrowania się na

lekcjach, poprawia ich samopoczucie, a także kształtuje prawidłowe nawyki żywieniowe. Wskazane jest przygotowywanie dziecku kanapek zawierających szynkę, ser żółty i warzywa oraz pakowanie owoców, natomiast niekorzystne dla zdrowia są przekąski, zazwyczaj dostępne w sklepikach szkolnych i specjalnych automatach, takie jak słodycze, chipsy, słodkie napoje [5, 32, 39, 41]. 25,75% rodziców (26 osób) nie daje dzieciom pieniędzy na zakupy w sklepiku, a aż 48,5% dzieci (49 dzieci) robi w nim zakupy regularnie. 36,6% dzieci (37 osób) dostaje z domu jedzenie tylko czasami, 13,9% (14 osób) zazwyczaj lub zawsze ma przygotowane drugie śniadanie, 13,9% (14osób) rzadko, a aż 10,9% (11 dzieci) nigdy nie otrzymuje posiłku do zjedzenia w szkole. Spośród dzieci z nadmierną masą ciała większość 66,6% (2 dzieci) dokonuje zakupów w sklepikach szkolnych i rzadko dostaje drugie śniadanie z domu. Są to wyniki zgodne z otrzymanymi przez Wolnicką i wsp. w badaniu prowadzonym na terenie Warszawy [42].

Ostatnim, równie ważnym czynnikiem wpływającym na rozwój otyłości u dzieci jest brak codziennej aktywności fizycznej. Jej wysoki poziom nie tylko zapobiega, ale w połączeniu z odpowiednia dietą skutecznie leczy zarówno otyłość, jak i jej długoterminowe skutki [23, 32, 38, 41, 43]. W wieku 9-13 lat dzieci wykazują naturalny „głód ruchu", dlatego rodzice nie powinni hamować ruchliwości dziecka, zachęcać je do uprawiania sportów i czynnego wypoczynku, a w sytuacji, gdy dziecko preferuje siedzący sposób spędzania wolnego czasu zachęcać je do aktywności, gier i zabaw ruchowych [25, 27].

Rodzice 9,9% (10 osób) określili ich aktywność na poziomie 1 godziny dziennie, 26,7% (27 osób) uznało, że dziecko spędza w ruchu 2 godziny, 30,7% (31dzieci) spędza aktywnie 3 godziny, a 32,7% (33 dzieci) przeznacza na ruch jeszcze więcej czasu w ciągu dnia.

Według Mateckiej i Głowackiej-Rębały powodem, dla którego dzieci spędzają coraz mniej czasu aktywnie są wzorce wynoszone od rodziców, a także ich niedbałość o zapewnienie pociechom możliwości do gier i zabaw ruchowych [37]. Autorki zwracają uwagę na zbyt długi w przypadku dzieci z otyłością czas spędzany na oglądaniu telewizji. Inni autorzy zwracają także uwagę na znaczenie szkoły w zapewnianiu dziecku możliwości aktywnego spędzania czasu. Mniej niż połowa ankietowanych przez badaczy szkół zapewnia swoim uczniom dodatkowe zajęcia sportowe, wybiegające poza lekcje wychowania fizycznego, co znacznie ogranicza możliwości dzieci do rozwoju fizycznego i czas spędzany w ruchu [42, 44].

Na kształtowanie nawyków żywieniowych największy wpływ ma rodzina i środowisko, w którym wychowuje się młody człowiek. Ilość, jakość i regularność spożywanych posiłków w domu wpływa na rozwój przyzwyczajeń i upodobań dziecka. Optymalne jest spożywanie pięciu posiłków w ciągu dnia o stałych porach, najlepiej różnorodnych, własnoręcznie przygotowanych i podawanych całej rodzinie zgromadzonej przy jednym stole. Dieta powinna być zbilansowana i urozmaicona, bogata w substancje odżywcze, witaminy i składniki mineralne konieczne dla zdrowego wzrostu, rozwoju i dojrzewania organizmu dziecka. Produkty należy wybierać świadomie, a umiejętność tę przekazywać dziecku poprzez wspólne zakupy, zezwalanie na dokonywanie wyborów przez dziecko oraz wspólne przygotowywanie posiłków. Dla prawidłowego funkcjonowania organizmu istotne jest spożywanie drugiego śniadania, którego brak w jadłospisie jest najczęściej popełnianym błędem żywieniowym. Poza zwracaniem uwagi na dietę konieczne jest również zapewnienie odpowiedniej aktywności ruchowej dziecku [3, 20, 27, 37, 43, 44, 45, 46].

Wnioski

Analiza uzyskanych wyników w toku prowadzonych badań pozwoliła na sformułowanie następujących wniosków:

- w badanej populacji 2,97% (3 dzieci) miało nadwagę, nie stwierdzono wystąpienia otyłości.
- wśród rodzin z sytuacją materialną niezadowalającą dominuje codzienne podawanie dziecku owoców i warzyw w 74,25% (75 rodziców), zaś z sytuacją materialną dobrą 65,3% (66 rodzin), pojawiają się natomiast 2-3 razy w tygodniu niemal 19,8% (20 rodzin), natomiast z sytuacją bardzo dobrą dominuje odpowiedź codzienne podawanie 33,7% (34 rodziny), kilka razy dziennie 21% (22 rodziny),
- dieta 1% badanych rodzin (1 rodziny) określona została jako tłusta, 39,6% (40 rodzin) uważa, że ich dieta jest chuda, natomiast 59,4% (60 rodzin) nie przywiązuje wagi do tego, jak kaloryczne i bogate w tłuszcze są ich posiłki,
- spośród dzieci z nadmierną masą ciała rodzice 39,6% z nich zadeklarowali zjadanie przez swoje pociechy posiłków chudych (1 osoba), natomiast 59,4% (2 osoby) wskazało spożywanie przez dzieci tego, co znajduje się w lodówce,
- wszyscy badani z BMI powyżej Me 17,33% używają innych przypraw do przyprawiania potraw, takich jak: zioła, koperek, oregano, bazylia, majeranek, pieprz ziołowy, ziele angielskie, liść laurowy,

- najczęściej popełnianym błędem żywieniowym jest zapominanie o drugim śniadaniu.

Piśmiennictwo

1. Szotowa W., Wachnik Z., Weker H.: Żywienie dzieci zdrowych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1996, 192-200.
2. Urban M..: Miażdżyca u dzieci i młodzieży. Wydawnictwo Cornetis, Wrocław 2007, 167-174.
3. Holforol P.: Smak zdrowia. Zasady prawidłowego odżywiania. Wydawnictwo Świat Książki, Warszawa 1999, 224-227.
4. Felińczak A.(red).: Zdrowie dziecka a otyłość. Poradnik dla lekarzy, pielęgniarek i świadomych rodziców. MedPharm Polska 2011, 7-9, 71-101.
5. Oblacinska A., Weker H..: Profilaktyka otyłości u dzieci i młodzieży od urodzenia do dorosłości. Wydawnictwo Help Med., Kraków 2008.
6. Polin R.A., Ditmar M.F., tłum. Fydryk J., Urasiński T.: Sekrety Pediatrii. D.W. Publishing CO., USA 1993, 106-109.
7. Norska-Borówka I.(red).: Diagnostyka i terapia w pediatrii. Wydawnictwo Urban & Partner, Wrocław 1999.
8. Osóbka D.: Zwyczaje żywieniowe Polaków okiem dietetyka, 22.07.2011, htttp://www.twojadieta.pl/zdrowie/239/zwyczaje-zywieniowe-Polakow-okiem-dietetyka /, data pobrania 22.07.2011.
9. Krawczyński M.: Propedeutyka pediatrii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
10. Wolnicka K., Jaczewska-Schuetez J.: Zachowania żywieniowe dziewcząt i chłopców klas V-VI szkół podstawowych z losowo wybranych szkół warszawskich. Żywienie człowieka i metabolizm, 2010, 4, 255-265.
11. Łoś-Rycharska E., Niecławska A.: Analiza wybranych cech diety dzieci w wieku poniemowlęcym i przedszkolnym w zależności od sposobu sprawowania opieki nad dzieckiem. Ped. Pol., 2010, 5, 462-470.
12. Krawczyński M.: Normy Kliniczne w Pediatrii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2005.
13. Sielużycka A.: Metody oceny stanu odżywienia dzieci i młodzieży. Ped. Pol., 2010, 4, 394-298.
14. Przybylski G., Gadzińska A., Pasińska M.: Zaburzenia oddychania u dzieci z otyłością ze szczególnym uwzględnieniem zespołu Pradera i Williego. Ped. Pol., 2008, 5, 544-548.

15. Zahorska-Markiewicz B.: Otyłość od młodości do starości. Lekarz, 2010, 1-2, 32-33.
16. Neuhoff-Murawska J., Socha P., Socha J.: Soki: zalety i zagrożenia w żywieniu dzieci i młodzieży. Standardy Med., 2007, 4, 91-99.
17. Chrzanowska M.: Ekspansja nadwagi w populacji dzieci i młodzieży Krakowa w okresie 1971-2000 w świetle wskaźnika EOW (Extent of Overweight). Ped. Pol., 2010, 5, 481-484.
18. Abramowicz P., Białokoz-Kalinowska I., Konstantynowicz J., Piotrowska-Jastrzębska J.: Występowanie nadwagi i otyłości u dzieci w wieku 7-9 lat w zależności od różnych wartości referencyjnych wskaźnika masy ciała (BMI). Ped. Pol., 2007, 5-6, 408-412.
19. Małecka-Tendera E., Socha P.: Otyłość u dzieci i młodzież. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
20. Rokicka-Milewska R.: Nasze dziecko. Rozwój, pielęgnowanie i wychowanie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.
21. Hałat Z.: Woda. Medyczne Centrum Konsumenta i Polska Agencja Ekologiczna, Warszawa, 1998, 4-7.
22. Sito A.: Zdrowie naszych dzieci. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000.
23. Kawalec W., Milanowski A.: Diagnostyka różnicowa najczęstszych objawów w praktyce pediatrycznej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003.
24. Gajewska M., Zawieska D.: Zachowania żywieniowe uczniów szkoły podstawowej w opinii dzieci i ich rodziców. Roczniki Państwowego Zakładu Higieny, 2009, 60, 347-351.
25. Ziółkowska M.: Zasady prawidłowego odżywiania, a praktyki żywieniowe nastolatków. FORUM-Kwartalnik Pielęgniarki Pediatrycznej, 2008, 2-3, 34-37.
26. Woynarowska B., Mazur J., Kowalewska A.: Organizacja żywienia uczniów w szkole, a profilaktyka nadwagi i otyłości. Zdr. Publ., 2008, 118, 132-137.
27. Wolnicka K., Jarosz M., Jaczewska-Schuetz J.: Analiza ankiet z zakresu działań zmierzających do poprawy żywienia i aktywności fizycznej wśród dzieci i młodzieży, prowadzonych na terenie szkół. Żywienie Człowieka i Metabolizm, 2009, 3, 537-547.
28. Szostak-Węgierek D., Cybulska B.: Dlaczego w polskich szkołach nie powinna być sprzedawana żywność typu „fast-food”? Kardiologia Polska, 2009, 67,3, 337-343.
29. Janicki K..: Domowy poradnik medyczny. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, 971-972.

30. Dibaise J.K., Zhang H., tłum. P. Leśniak.: Flora bakteryjna jelit i jej potencjalny związek z otyłością. Medycyna po Dyplomie, 2009, 5, 40-50.
31. Steward J.: Woda życia i śmierci. Centrum Informacyjno-reklamowe ”CIR”, Warszawa 1993, 48-53.
32. Kubicka K., Kawalec W.: Pediatria. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1999.
33. Łoś-Rycharska E., Niecławska A.: Spożycie produktów typu „fast-food’’ przez dzieci w wieku poniemowlęcym i przedszkolnym. Ped. Pol., 2010, 85, 345-352.
34. Mojska H., Świderska K.: Produkty „fast-food” jako źródło soli w diecie dzieci i młodzieży. Probl. Hig. Epidemiol., 2010, 91, 556-559.
35. Cimoszuk D., Sierakowska M.: Sposoby żywienia młodzieży uczącej się. Pielęgniarstwo i Nauki Pokrewne, 2003, 4, 75-79.
36. Bączyk I., Sawicka N.: Analiza nawyków żywieniowych dzieci miejskich w wieku 10-12 lat z województwa wielkopolskiego. Pediatria Współczesna, Gastroenterologia, Hepatologia i Żywienie Dziecka, 2010, 12, 113-116.
37. Matecka M., Głowacka-Rębała A.: Zachowania zdrowotne rodziców a problem otyłości u dzieci. Żywienie Człowieka i Metabolizm, 2007, 3/4, 991-995.
38. Zielińska I., Czerwionka-Szaflarska M.: Nadwrażliwość na substancje dodawane do żywności- niedoceniany problem w praktyce pediatrycznej. Przegl. Ped,, 2008, 4, 307-312.
39. Tokarz A., Stawarska A., Samad F.A.: Ocena stanu odżywienia dzieci w wieku szkolnym na przykładzie wybranej szkoły podstawowej w Warszawi., Postępy Żywienia Klinicznego 2010, 1, 47.
40. Piekut M., Laskowski W.: Zaspokajanie potrzeb żywnościowych w różnych typach gospodarstw domowych- przyczyny niewłaściwego żywienia. Pediatria Współczesna, Gastroenterologia, Hepatologia i Żywienie Dziecka, 2004, 6, 2, 145-151.
41. Pawlaczyk B..: Pielęgniarstwo pediatryczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2007.
42. Wolnicka K., Jaczewska-Schuetez J., Jarosz M.: Nawyki żywieniowe rodziców a występowanie nadwagi i otyłości wśród uczniów losowo wybranych szkół podstawowych z terenu Warszawy. Żywienie człowieka i metabolizm, 2010, 3, 168-177.
43. Małecka-Tendera E., Socha P.: Otyłość u dzieci i młodzieży. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.

44. Felińczak A., Hama F.: Występowanie zjawiska nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży we Wrocławiu. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, 2011, 1, 11-18.
45. Czerwionka-Szafarska M., Adamska I.: Żywienie a prawidłowy rozwój dziecka. Zaburzenia odżywiania wieku dziecięcego, 2010, 2, 209-212.
46. Tounian P.: Otyłość u dzieci. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.

Kowalewska Beata[1,2], Bruliński Kamil[2] Klimaszewska Krytyna[1], Jankowiak Barbara[1,2], Rolka Hanna[1,2], Ortman Elżbieta[2], Krajewska –Kułak Elżbieta[1], Kondzior Dorota[1] , Łukaszuk Cecylia[1]

Ocena zachowań zdrowotnych i akceptacji choroby wśród osób leczonych z powodu nadciśnienia tętniczego – podstawy teoretyczne

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Instytut Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

Wstęp

Wraz z rozwojem nauki, postęp w rozumieniu istoty nadciśnienia tętniczego osiągnął niespotykane tempo, co dało wnikliwe spojrzenie na mechanizm tej choroby oraz metodę leczenia. Opanowanie umiejętności leczenia nadciśnienia stanowiło ogromny sukces w historii medycyny. Postęp w tej dziedzinie zawdzięczamy osiągnięciom wielu dyscyplin zarówno nauk podstawowych, nauk klinicznych, jak i epidemiologicznych [1].

Podstawy współczesnej wiedzy o nadciśnieniu ustanowił William Harvey, który poznając zasady krążenia krwi dokonał odkrycia, które stanowiło punkt zwrotny w rozwoju nauk medycznych [2], natomiast Stephen Hales (1677- 1761) opanował sposób mierzenia ciśnienia krwi [2].

Nadciśnienie tętnicze jest to zespół chorobowy, który polega na utrzymywaniu się podwyższonych wartości ciśnienia tętniczego oraz prowadzący do wielu powikłań narządowych. Często jest objawem wielu chorób. Towarzyszy schorzeniom nerek, patologii układu krążenia, uszkadza narządy, naczynia krwionośne oraz jest czynnikiem ryzyka wystąpienia udaru [3, 4]. Światowa Organizacja Zdrowia przyjęła za wartości graniczne ciśnienia prowadzące do rozpoznania nadciśnienia tętniczego: ciśnienie skurczowe na poziomie 140 mmHg i wyższe, a rozkurczowe 90 mmHg i powyżej [5].

Czynnikiem odpowiedzialnym za przewlekłe nadciśnienie tętnicze jest wzrost całkowitego oporu obwodowego [7]. Prowadzenie nieinwazyjnej metody badania za pomocą techniki dopplerowskiej do oznaczenia szybkości przepływu w tętnicy głównej, gdzie rzut serca może być obliczany na podstawie wykonanego echograficznie pomiaru [2, 8]. Metoda echokardiograficzna pozwoliła na stwierdzenie, że pojemność minutowa serca maleje wraz z wiekiem, co związane jest ze zmniejszeniem podatności lewej komory serca i wzrostem ciśnienia napełniania prawej i lewej komory [2].

Tabela I. Klasyfikacja ciśnienia tętniczego wg Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego i Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego [6]

Kategoria Ciśnienia Tętniczego	Skurczowe	Rozkurczowe
Optymalne	Poniżej 120	Poniżej 80
Prawidłowe	120-129	80-84
Wysokie prawidłowe	130-139	85-89
Łagodne I stopnia	140-159	90-99
Łagodne II stopnia	160-179	100-109
Ciężkie III stopnia	180 i więcej	110 i więcej
Izolowane nadciśnienie skurczowe	140 i więcej	Poniżej 90

Złożona natura zmian hemodynamicznych w nadciśnieniu tętniczym powoduje trudności ze wskazaniem konkretnego elementu krążenia krwi odpowiedzialnego za patogenezę nadciśnienia [2, 9].

Podwyższone ciśnienie tętnicze charakteryzuje się:

- zwiększeniem objętości wyrzutowej serca
- nadwrażliwością na sód
- zwiększeniem aktywności układu renina- angiotensyna- aldosteron (**RAA**)
- zwiększeniem aktywności układu współczulnego i obwodowego oporu naczyniowego
- uszkodzeniem śródbłonka naczyń [10].

Mechanizm powstawania nadciśnienia obejmuje następujące elementy:

- retencja wody oraz sodu z wtórnym zwiększeniem objętości płynów krążących oraz objętości wyrzutowej serca
- zwiększenie oporu naczyniowego
- zmniejszenie wytwarzania substancji rozszerzających naczynia w nerkach [11].

Zaraz po obudzeniu dochodzi do szybkiego wzrostu ciśnienia krwi, które utrzymuje się w godzinach porannych. Po południu na całą godzinę spada, a następnie wzrasta do godzin wieczornych, a w godzinach nocnych obniża się. W czasie snu wartość jest najniższa. Dobowy rytm ciśnienia tętniczego jest taki sam u ludzi z prawidłowymi, jak i podwyższonymi wartościami. U tych drugich osób krzywa rytmu przebiega tylko znacznie wyżej [12]. W nocy wartości ciśnienia tętniczego są średnio niższe o 10-15% od wartości w godzinach aktywności dziennej. Zaburzony profil dobowy występuje najczęściej u chorych na cukrzycę, przewlekłe choroby nerek oraz po transplantacjach narządów [11, 13]. Intensywne

leczenie nadciśnienia tętniczego odwraca zaburzenia strukturalne i czynnościowe w małych tętnicach. Jak wskazują badania małe tętnice wykazały przebudowę po leczeniu inhibitorami konwertazy i blokerami kanału wapniowego. Dochodzi również do zmniejszenia rozwoju płytki miażdżycowej po zastosowaniu leków moczopędnych i blokerów kanału wapniowego [14].

Narządem odpowiedzialnym za regulację ciśnienia tętniczego krwi są nerki, w których wytwarzane są substancje regulujące wysokość ciśnienia krwi. Jedne działają na ścianę naczyń krwionośnych wywołując skurcz, zwiększając ciśnienie, a drugie rozszerzają tętniczki obniżając to ciśnienie [3, 4]. Nerki pełnią bardzo ważną funkcję zewnątrz- oraz wewnątrzwydzielniczą w organizmie człowieka. Zewnątrzwydzielnicza funkcja związana jest z tworzeniem się moczu w nerkach czy utrzymywaniem równowagi kwasowo-zasadowej. Wewnątrzwydzielnicza polega na wytwarzaniu w nerkach związków aktywnych, które wydzielane są do krwi [4]. W czasie niedokrwienia nerek do krwi wydzielana zostaje renina, przez co uruchamiany jest układ renina-angiotensyna-aldosteron, podnosząc ciśnienie tętnicze krwi oraz poprawiając ukrwienie nerek. U podstaw pierwotnego nadciśnienia tętniczego leży upośledzenie funkcjonowania nerek. Choroby nerek często prowadzą do zaburzenia mechanizmów regulacyjnych, powodując nadciśnienie tętnicze [4].

Profesor Franciszek Kokot [15] zwraca szczególna uwagę na to, że nerki są przyczyną, jak i ofiarą nadciśnienia tętniczego, zwłaszcza nadciśnienia opornego na leczenie. Prawidłowa nerka chroni przed rozwojem nadciśnienia, defekt determinuje rozwój tej choroby.

W doświadczalnych badaniach zostało wykazane, że nawet niewielkie uszkodzenie nerki wywołujące skurcz drobnych naczyń nerkowych (np. krótkotrwały wlew angiotensyny II), powoduje rozwój nadciśnienia tętniczego przy nadmiernym dostarczeniu sodu do organizmu, dlatego wczesne wykrywanie uszkodzenia nerek, leczenie niefarmakologiczne oraz farmakologiczne pozwolą na zmniejszenie częstości występowania nadciśnienia tętniczego oraz innych chorób pochodzenia sercowo-naczyniowego [15]. Nadciśnienie tętnicze u osób z przewlekłą chorobą nerek sprawia, iż kontrola ciśnienia tętniczego u nich wymaga często agresywnego leczenia, a terapia niefarmakologiczna jest niewystarczająca [16].

Nadciśnienie tętnicze można podzielić na:

- pierwotne: samoistne, stanowiące oddzielną jednostkę chorobową
- wtórne: występujące jako objaw lub powikłanie innego schorzenia [4].

Przyczyną **pierwotnego nadciśnienia tętniczego** są zaburzenia mechanizmów kontrolujących to ciśnienie. Występuje ono u 90-95 % chorych [4]. Ujawnia się najczęściej między 30.-50. rokiem życia, częściej u kobiet, u których charakteryzuje się mniejszym ryzykiem powikłań i łagodniejszym przebiegiem [17]. Nadciśnienie pierwotne powinno być rozpatrywane jako podwyższenie wartości ciśnienia tętniczego wystarczająco duże, by spowodować ryzyko choroby naczyń wieńcowych, dlatego nie można ustalić jednej przyczyny, wykrywane jest najczęściej przypadkowo podczas pomiaru ciśnienia, wykonywanego np. w czasie badań okresowych [6, 12]. Objawy w nadciśnieniu pierwotnym są mało charakterystyczne. U pacjentów obserwowane są najczęściej bóle głowy, zaburzony sen i tachykardia [17]. Istnieje również kilka genów, które mają związek z wystąpieniem pierwotnego nadciśnienia tętniczego. Zaliczamy do nich: gen angiotensynogenowy, gen receptora glikokortykoidowego oraz gen Sa [2].

U chorych z nadciśnieniem pierwotnym stwierdzono występowanie zaburzeń, takich jak:

- zwiększenie objętości wyrzutowej serca
- nadwrażliwość na sód
- zmniejszenie liczby nefronów w wyniku zaburzeń rozwoju nerek
- zwiększenie aktywności układu renina- angiotensyna- aldosteron (RAA)
- zwiększenie aktywności układu współczulnego
- zwiększenie obwodowego układu naczyniowego
- uszkodzenie śródbłonka naczyń
- zaburzenia transportu jonowego uwarunkowane genetycznie [4, 11].

Nadciśnienie tętnicze wtórne stanowi 5-10% wszystkich przypadków nadciśnienia. Powstaje ono w przebiegu innych chorób, w szczególności schorzeń nerek [6]. W wielu wypadkach nadciśnienia wtórnego przyczyną jego powstania jest wydzielanie katecholamin przez guz chromochłonny lub aldosteronu w zespole Conna [2]. Objawy w tym rodzaju nadciśnienia obejmują wystąpienie białkomoczu, pogorszeniu czynności wydalniczej nerek, zwiększeniu ryzyka wystąpienia złośliwego nadciśnienia tętniczego [17,18].

Wśród głównych przyczyn wtórnego nadciśnienia tętniczego literatura przedmiotu wskazuje:

- przewlekłe choroby nerek
- nocny bezdech
- przyjmowanie niektórych leków (np. estrogenów, kortykosteroidów, cyklosporyny)
- nadciśnienie naczyniowo- nerkowe

- choroby nadnerczy
- nadczynność tarczycy
- niedoczynność tarczycy
- nadczynność gruczołów przytarczycznych
- koarktacja aorty [4, 11].

Nadciśnienie tętnicze złośliwe jest stanem zagrożenia dla życia i należy do odrębnego typu nadciśnienia. Charakteryzuje się wysokim ciśnieniem rozkurczowym, nasilonymi zmianami w dnie oka oraz postępującymi zmianami w nerkach. Najczęściej spotykane jest u osób z przewlekłym kłębuszkowym zapaleniem nerek, w odmiedniczkowym zapaleniu nerek, w przebiegu zatrucia ciążowego, w guzkowatym zapaleniu tętnic, w przypadku zwężenia tętnicy nerkowej, guza chromochłonnego nadnerczy oraz zespołu Cushinga. Nieleczone może w krótkim czasie doprowadzić do zgonu z powodu mocznicy, udaru mózgu lub zawału serca [4]. Może rozwijać się u osób w każdym wieku, najczęściej między 4.-5. dekadą życia. Jednym z kryteriów rozpoznania jest stwierdzenie III lub IV okresu retinopatii nadciśnieniowej według podziału Keitha i Wagera [17].

Złośliwemu nadciśnieniu tętniczemu często towarzyszą następujące objawy:

- rozkurczowe ciśnienie krwi zwykle powyżej 140 mmHg
- w badaniu dna oka występowanie krwotoków, wysięków, obrzęku tarczy nerwu wzrokowego
- bóle głowy, splątanie, senność, zaburzenia widzenia, napady drgawkowe, śpiączka
- skąpomocz
- nudności, wymioty [14].

U chorych na złośliwe nadciśnienie istnieje zwiększone ryzyko wystąpienia:

- udaru mózgu
- niewydolności lewej komory serca
- obrzęku płuc
- przewlekłej niewydolności nerek
- zawału serca [17].

Osoba nie leczona, ze złośliwym nadciśnieniem tętniczym najczęściej umiera w ciągu 6 miesięcy. Zastosowanie ciągłego leczenia powoduje wydłużenie życia do 5 lat u 70% chorych [14]. Podczas leczenia hipotensyjnego u osób z nadciśnieniem złośliwym należy zachować dużą ostrożność by zbyt szybko i gwałtownie nie obniżyć ciśnienia, co spowodować może groźne powikłania w układzie sercowo- naczyniowym [17].

Umiejętność oceny stopnia ciężkości nadciśnienia pozwala na wybór odpowiedniej techniki diagnostycznej, jak i odpowiedniego leczenia. Im wyższe jest ciśnienie tym istnieje większe ryzyko powikłań narządowych, dlatego ważne jest szybkie wdrożenie leczenia hipotensyjnego. Należy podkreślić, że w przypadku nadciśnienia łagodnego istnieje szansa uzyskania efektu hipotensyjnego stosując metody niefarmakologiczne, takie jak zwiększenie lub dostosowanie aktywności fizycznej, zmniejszenie masy ciała, zmniejszenie spożywania soli, alkoholu oraz rzucenie palenia [12, 19].

Przez czynniki ryzyka rozumie się różne odchylenia od normy lub nawyki, które przyczyniają się do przedwczesnego rozwoju miażdżycy tętnic z następstwami: zawału serca, zaburzeniami ukrwienia mózgu oraz nerek i kończyn dolnych [12, 20].

Do czynników ryzyka nadciśnienia tętniczego zaliczamy:

- nadwagę
- otyłość
- dietę z dużą ilością soli i tłuszczy, a małą ilością potasu
- palenie tytoniu
- spożywanie alkoholu
- cukrzycę
- małą aktywność fizyczną
- stres
- czynniki genetyczne [4, 11, 21].

Wartości ciśnienia w dużej mierze zaleą od masy ciała danej osoby. U około 50% chorych stwierdza się nadwagę lub otyłość [12]. Wzrost masy ciała o 20% zwiększa ryzyko wystąpienia nadciśnienia tętniczego 8-krotnie. U osób otyłych zauważono wzrost objętości wyrzutowej i pojemności minutowej serca oraz większą podatność na stres [2].

Już w starożytnych Chinach sól kuchenną uważano za szkodliwą substancję spożywczą, której nadmierne spożywanie powoduje stwardnienie tętnic. Zbyt duża ilość soli w pożywieniu zwiększa ilość krwi krążącej, co sprzyja skurczowi tętnic i może prowadzić do wystąpienia ciśnienia tętniczego. Watro zauważyć, że każdy z nas dziennie spożywa od 3-5 razy więcej soli dziennie niż to jest niezbędne dla utrzymania prawidłowych funkcji ustroju [12].

Potas jest bardzo ważną substancją mineralną. Dobowe zapotrzebowanie wynosi 2000- 3000mg. Działanie potasu oraz sodu jest przeciwstawne. Sód podwyższa ciśnienie, natomiast potas je obniża, przez co pełni funkcję ochronną wobec niekorzystnego wpływu

sodu na ciśnienie krwi. U osób chorych na nadciśnienie tętnicze zwiększona podaż potasu powoduje zwiększenie wydalania sodu oraz wody z organizmu, co prowadzi do obniżenia ciśnienia [12]. Z niektórych badan wynika, że wapń i magnes również wywierają pozytywny wpływ hipotensyjny na organizm. Wapń odgrywa ważną rolę w metabolizmie kostnym, przez co przeciwdziała osteoporozie. Źródłem wapnia w pokarmach jest szczególnie mleko oraz jego przetwory [12].

Dieta osób z nadciśnieniem tętniczym z całą pewnością powinna zawierać ograniczać spożywanie tłuszczy oraz cholesterolu. Tłuszcze zwierzęce posiadają dużo nasyconych kwasów tłuszczowych i cholesterolu, przez co spożywanie ich powoduje wzrost ryzyka wystąpienia miażdżycy. Mniej szkodliwe działanie mają oleje roślinne lub ryby, które zawierają dużą ilość wielonienasyconych kwasów tłuszczowych wywierających ochronne działanie na ściany naczynia, co objawia się obniżeniem ciśnienia [12].

Palenie tytoniu nie powoduje nadciśnienia, jednak składniki zawarte w dymie tytoniowym stają się trucizną. Uszkadzają układ naczyniowy, obkurczają naczynia oraz przyśpieszają odkładanie się blaszek miażdżycowych, co zwiększa ryzyko wystąpienia zawału, miażdżycy czy udaru. Jeśli u osoby palącej występuje jednocześnie nadciśnienie, to ryzyko wystąpienia zawału serca jest dwukrotnie większe [2].

Z całą pewnością istnieje związek między piciem alkoholu i ciśnieniem, jednak wpływ picia na ciśnienie jest odwracalny. U osób nie pijących wykazano podobne wartości ciśnienia jak u osób eks- pijących. Picie alkoholu w ilości większej niż 2 jednostki dziennie odpowiada 11% występowania nadciśnienia u mężczyzn. Spadek RR po odstawieniu alkoholu występuje w ciągu 24-48 godzin [2].

Stres stwarza pewne zagrożenie dla zdrowia jednak nie zawsze udaje się uniknąć działania stresujących czynników zewnętrznych [12]. W środowisku otaczającym człowieka istnieje wiele elementów stresujących wpływających na organizm. Należą tu: hałas, zbyt niska czy też zbyt wysoka temperatura, silne przeżycia emocjonalne, nałogi itp. Większość stresorów wpływa niekorzystnie również na zachowanie się ciśnienia tętniczego. Przykładem są doniesienia na temat częstszego występowania nadciśnienia tętniczego w krajach, które charakteryzują się nadmiernym hałasem, niż na terenach bardziej spokojnych [2].

Podwyższone wartości ciśnienia tętniczego często występują rodzinnie. Uważa się, że około 50% przypadków nadciśnienia tętniczego jest dziedziczne. Już w okresie dzieciństwa mogą pojawić się pewne zaburzenia, które z biegiem lat rozwijają się i nasilają pod wpływem różnych czynników środowiskowych, takich jak nadwaga, czy stres, co doprowadza do pojawienia się pełnoobjawowego nadciśnienia tętniczego, najczęściej między 35.-55. rokiem

życia [2]. Należy podkreślić, że rozwój nadciśnienia tętniczego, podobnie jak cukrzycy, jest wynikiem zachowań zdrowotnych, oddziaływania środowiska oraz predyspozycji genetycznych [22].

Nadciśnienie tętnicze diagnozowane jest w momencie kilkukrotnych wizyt u lekarza, gdzie pomiary wykazują podwyższone wartości lub też przypadkowo w czasie hospitalizacji [13, 23, 24]. Według WHO wartość 140/90 mmHg stanowi granicę oddzielającą ciśnienie prawidłowe od ciśnienia podwyższonego [4]. Postępowanie diagnostyczne zmierza do określenia wartości ciśnienia na podstawie wielokrotnych pomiarów, ustaleniu przyczyny oraz charakteru pierwotnego czy wtórnego, szukaniu ewentualnych powikłań narządowych, chorób współtowarzyszących oraz powikłań sercowo – naczyniowych [6, 25].

Dokładnie przeprowadzony wywiad, badanie przedmiotowe oraz badanie podmiotowe ułatwią ustalenie etiologii nadciśnienia tętniczego.

Badanie podmiotowe (wywiad) jest cenną metodą. Właściwie i skrupulatnie przeprowadzony może dostarczyć informacji świadczących o genetycznych predyspozycjach do chorób układu krążenia, w tym nadciśnienia tętniczego, innych czynnikach predysponujących do wystąpienia tego schorzenia, w tym wiadomości dotyczących preferowanego stylu życia oraz nałogów [14, 26].

Badanie przedmiotowe powinno być wykonane u każdego pacjenta. Szczególną uwagę należy zwrócić przede wszystkim na występowanie patologii oraz powikłań narządowych. Dostarczyć może nam informacji na temat wystąpienia szmerów w okolicach klatki piersiowej, jamy brzusznej, powiększeniu nerki, objawów skórnych czy otyłości. W badaniu przedmiotowym może dojść do rozpoznania objawów powikłań narządowych, takich jak zaburzenia widzenia czy zaburzeń rytmu serca. Obejmuje: pomiar RR, badanie dna oka, stanu neurologicznego, ocena czynności serca i płuc oraz objętości płynów w organizmie [14].

Badania dodatkowe: EKG spoczynkowe i wysiłkowe, 24 godzinne badanie metodą Holtera, echokardiografię, RTG klatki piersiowej z oceną sylwetki serca, morfologia krwi, rozmaz, stężenie kreatyniny, glukozy, elektrolitów, aktywność reninowa osocza, stężenia aldosteronu, badanie moczu [7, 14].

Główną przyczyną późnego rozpoznani nadciśnienia tętniczego jest skromna ilość objawów. Dolegliwości typu: bóle głowy, krwawienie z nosa, bóle w okolicy klatki piersiowej występują u zdecydowanej mniejszości chorych, ale są wielokrotnie bagatelizowane, aż do momentu pojawienia się większych dolegliwości, wywołanych rozwojem schorzenia oraz uszkodzeniem narządów, np. serca lub nerek [12, 27].

Nadciśnienie tętnicze jest jednym z najważniejszych czynników rozwoju chorób układu sercowo- naczyniowego, takich jak udar mózgowy czy choroba wieńcowa [6, 28]. Ogólne spadki RR o mniej więcej 12/6 mmHg są zbyt małe, by zmniejszyć uszkodzenia spowodowane nadciśnieniem tętniczym. Badania dowodzą, że umieralność w ciągu 9-letniej obserwacji około 6000 osób z nadciśnieniem tętniczym,była coraz niższa w miarę obniżania się ciśnienia. Najniższe wskaźniki śmiertelności zaobserwowano u mężczyzn, ze skurczowym ciśnieniem w przedziale 92-133 mmHg. Jednak zbyt duże obniżenie wartości RR mogłoby spowodować wystąpienie epizodów wieńcowych, powodujących niedokrwienie mięśnia sercowego [14].

Do powikłań narządowych nadciśnienia tętniczego zaliczmy:

- udar mózgu
- otępienie
- przerost mięśnia sercowego
- choroba niedokrwienna serca
- niewydolność serca
- szkliwienie kłębuszków nerkowych
- białkomocz
- niewydolność nerek
- mikroalbuminuria
- przyspieszenie wystąpienia ryzyka miażdżycy
- powstanie tętniaków naczyń
- retinopatia
- zaburzenia metaboliczne [4, 11, 17].

W wielu krajach zachodniej cywilizacji ciśnienie tętnicze rośnie wraz z wiekiem, jest zależne od płci, rasy oraz indywidualnych uwarunkowań genetycznych i wpływu środowiska [2].

Występowanie nadciśnienia tętniczego w młodym wieku pociągać może za sobą wiele konsekwencji, jednak nie musi pozostać nadciśnieniem utrwalonym, gdyż w niektórych przypadkach normalizuje się w chwili osiągnięcia dojrzałości [12].

Badania wykazały podwyższone wartości ciśnienia tętniczego już u 0,88% dziewcząt i 1,43% chłopców w wieku między 15.-19. rokiem życia. Około 2% badanych dzieci i młodzieży ma nadciśnienie tętnicze. Wraz z wiekiem i rozwojem fizycznym wartości te będą wzrastać. Wzrost ciśnienia wynosi około 1-1,5 mmHg rocznie dla ciśnienia skurczowego i 0,7

mmHg dla rozkurczowego. W poniższej tabeli przedstawiono wartości ciśnienia tętniczego wśród dzieci i młodzieży upoważniające do rozpoznania nadciśnienia (Tab. II.) [29].

Tabela II. Wartości ciśnienia tętniczego upoważniające do rozpoznania znamiennego i ciężkiego nadciśnienia w zależności od wieku [29].

Wiek	Znamienne nadciśnienie tętnicze	Ciężkie nadciśnienie tętnicze
7 dni	>96 skurczowe	>106 skurczowe
8-30 dni	>104 skurczowe	>110 skurczowe
2 lata	>112/>74	>118/>82
3-5 lat	>116/>76	>124/>84
6-9 lat	>122/>78	>130/>84
10-12 lat	>126/>86	>134/>90
13-15 lat	>136/>86	>144/>92
16-18 lat	>142/>92	>150/>98

Istnieje duże zainteresowanie problematyką jakości życia osób starszych chorych na nadciśnienie tętnicze. Uwarunkowane jest to zjawiskiem starzenia się populacji. Wśród czynników warunkujących zdrowie i mających wpływ na jakość życia w podeszłym wieku zaliczamy: sprawność funkcjonalną, zaburzenia narządów zmysłu, polipatologię genetyczną oraz czynniki ściśle związane z schorzeniem podstawowym, jakim jest m.in. pierwotne nadciśnienie tętnicze [30]. Podwyższone ciśnienie u ludzi starszych może być następstwem wcześniejszego zaawansowanego stwardniania tętnic [12]. Nadciśnienie tętnicze jest powszechnie stwierdzane u chorych po 60. roku życia. Zazwyczaj rozwija się długo nie dając objawów lub powodując objawy ogólne i mało charakterystyczne. Z tego też powodu często jest późno wykrywane [29].

Należy podkreślić, że częstość występowania nadciśnienia tętniczego wzrasta wraz z wiekiem, podobnie jak wraz z wiekiem obniża się poziom fizycznej jakości życia [31]. W badaniu przeprowadzonym w Polsce wykazano, że w grupie osób po 44. roku życia nadciśnienie wstępowało u 81% kobiet i 66% mężczyzn [29].

Nadciśnienie tętnicze u osób starszych charakteryzuje się niższymi parametrami hemodynamicznymi niż u osób młodych:

- mniejsza objętość wewnątrznaczyniowa
- mniejsza pojemność minutowa serca

- większy opór obwodowy
- mała aktywność reninowa osocza
- podwyższone stężenie katecholamin w osoczu
- zmniejszeniem przepływu krwi przez nerki
- zmniejszeniem filtracji kłębuszkowej
- sztywnością dużych naczyń tętniczych [29].

Wzrost ciśnienia skurczowego o 10 mmHg powoduje wzrost ryzyka otępienia o 5-7%, upośledza zdolności poznawcze oraz sprzyja występowaniu choroby Alzheimera [32]. Istotnym jest fakt, że osoby w wieku podeszłym ze współistniejącymi schorzeniami i złożonym schematem leczenia gorzej przystosowują się do warunków leczenia, odnoszą mniejszą korzyść i wykazują więcej objawów niepożądanych [14, 33].

Podkreślić natomiast należy, że nadciśnienie tętnicze niesie ze sobą ryzyko wielu powikłań sercowo-naczyniowych, niezależnie od wieku [8, 34].

By zmniejszyć zachorowalność oraz umieralność z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego należy podjąć działania zapobiegające wystąpieniu nadciśnienia, prowadzące do wczesnego wykrycia i skutecznego leczenia nadciśnienia [4]. Niebagatelne znaczenie w tym względzie ma podnoszenie świadomości społecznej w zakresie czynników ryzyka, objawów oraz skutków tego, często bagatelizowanego schorzenia [12].

Zasadniczym celem leczenia nadciśnienia tętniczego jest jego obniżenie do takich wartości, które pozwolą uchronić pacjenta lub zmniejszyć w jak największym stopniu ryzyko pojawienia się powikłań wielonarządowych [35].

Cele leczenia nadciśnienia tętniczego obejmują:

- normalizację ciśnienia
- usuwanie zaburzeń hemodynamicznych, metabolicznych, neuroendokrynnych
- zmniejszenie występowania zmian narządowych
- zmniejszenie chorobowości oraz śmiertelności
- przedłużenie życia oraz poprawienie jego jakości

Nawet pozornie niewielkie obniżenie ciśnienia może przynieść ogromne korzyści kliniczne. Spadek o 5-6 mmHg po 5 latach zmniejsza ryzyko wystąpienia udaru mózgu o 38%, a choroby niedokrwiennej serca o 16% [35]. Jak dowodzi Middeke M. i wsp. [12], jeśli 35-letni mężczyzna nie leczył nadciśnienia, którego wartość utrzymuje się w granicach 150/100 mmHg, to jego oczekiwana długość życia skraca się średnio o 16 lat, z 76 na 60 lat.

Obniżenie wartości ciśnienia tętniczego ponownie wydłuża skróconą przez tą chorobę oczekiwaną długość życia [12, 14].

Mimo, że podstawą leczenia nadciśnienia jest farmakoterapia nie można zapomnieć o znacznych efektach, jakie można uzyskać leczeniem niefarmakologicznym obejmującym m.in.: redukcję masy ciała, ograniczenie spożycia alkoholu i soli kuchennej oraz zwiększenie aktywności fizycznej [36]. Leczenie niefarmakologiczne stosowane może być również u niektórych chorych z prawidłowym ciśnieniem tętniczym jako działanie profilaktyczne, a szczególnie u osób obarczonych rodzinnym występowaniem nadciśnienia pierwotnego [4].

Leczenie niefarmakologiczne:

- utrzymanie prawidłowej masy ciała (BMI 18,5-24,9)
- stosowanie diety bogatej w warzywa, owoce, produkty mleczne o niskiej zawartości tłuszczu z ograniczeniem spożycia soli < 6g soli na dobę
- uprawianie aktywności fizycznej dostosowanej do stanu zdrowia
- ograniczenie spożywania alkoholu <20-30 ml na dzień dla kobiety, <30-40ml na dzień dla mężczyzny
- zaprzestanie palenia
- kontrolna ciśnienia tętniczego
- kontrolne pomiary poziomu cholesterolu
- kontrolne pomiary poziomu glikemii we krwi
- nauka radzenia sobie ze stresem
- edukacja zdrowotna prowadzona przez pielęgniarki oraz lekarzy
- przyjęcie odpowiedzialności za samych siebie oraz odpowiedzialności za proces leczenia [37, 38, 39, 40].

Wśród czynników środowiskowych odżywianie odgrywa wiodącą rolę również w powstawaniu nadciśnienia tętniczego. Wadliwe odżywianie prowadzi, bowiem do hipercholesterolemii, nadwagi lub otyłości, próchnicy zębów, osteoporozy, cukrzycy czy chorób jelita grubego i kamicy żółciowej [12]. Przygotowywane posiłki powinny być ubogotłuszczowe i łatwostrawne ,najlepiej gotowane lub duszone, przez co nie zalegają długo w żołądku i nie powodują wzdęć [41].

Wyrzykowski B. [35] wskazuje, że spadek ciśnienia krwi obserwuje się u chorych, którzy stracili przynajmniej 4,5 kg masy ciała. Przyjmuje również w oparciu o stosowane w kardiologii zasady, że zmniejszenie masy ciała o 1kg obniża RR o około 1 mmHg [35].

Sól odgrywa znaczącą rolę w diecie osoby z nadciśnieniem tętniczym. Pacjentom z tym schorzeniem zaleca się ograniczenie dziennego spożycia soli kuchennej do poziomu wahającego się pomiędzy 3 a 5 g. Istotnym jest, aby informować pacjentów o tym, że sól kuchenna ukryta jest w produktach spożywczych: w chlebie, wypiekach oraz wędlinach i pokarmach mięsnych, stosowana nie tylko do dosalania w celu poprawy smaku lecz używana również jako środek konserwujący. Wymusza to branie pod uwagę jej zawartości w żywności przy ustalaniu dziennego spożycia soli [12, 42]. Przyjmuje się, że zauważalny spadek ciśnienia krwi występuje dopiero po znacznym zmniejszeniu podaży soli. Metaanaliza wykazała, że ograniczenie podaży sodu o 95 mmoli na dobę u chorych z nadciśnieniem tętniczym obniża ciśnienie skurczowe o 6,3 mmHg , a rozkurczowe o 2,2 mmHg [35].

Osobom z podwyższonym ciśnieniem tętniczym zaleca się również eliminację lub znaczne ograniczenie kawy, mocnej herbaty oraz alkoholu z uwagi na ich działanie, które powoduje przyśpieszenie akcji serca oraz ciśnienia [41].

Zbawienny wpływ aktywności fizycznej na organizm znany był już w starożytności. Powszechnie wiadomo, że osoby aktywne i sprawne fizycznie mają niższe ciśnienia krwi, rzadziej chorują i rzadziej umierają z powodu chorób sercowo- naczyniowych [35]. Literatura przedmiotu wskazuje na podstawie badań epidemiologicznych, że nadciśnienie tętnicze częściej występuje u osób, które prowadzą siedzący tryb życia, natomiast w przypadku rozpoczęcia treningów (dostosowanych do aktualnych możliwości organizmu), nie tylko zwiększa się sprawność, ale zaobserwowano również spadek ciśnienia krwi po treningu oraz poprawię wydolności układu krążenia [35, 43].

U osób z nadciśnieniem szczególnie zalecane są dynamiczne sporty aerobowe w postaci szybkich spacerów, jazdy na rowerze lub pływania. Wysiłek fizyczny powinien trwać około 30- 45 min. i być powtarzany systematycznie 3-4 razy w tygodniu. Należy podkreślić, że zakres aktywności fizycznej powinien być dostosowany do ogólnego stanu zdrowia pacjenta, stopnia zaawansowania nadciśnienia tętniczego, chorób współistniejących oraz powikłań [29].

Nikotynizm na całym świecie stanowi jeden z wiodących czynników negatywnie wpływających na zdrowie człowieka. Jego destrukcyjny wpływ dotyczy wszystkich układów i organów, a nawet osób przebywających w zadymionych pomieszczeniach. Jednorazowe wypalenie papierosa związane jest z wystąpieniem krótkotrwałego wzrostu ciśnienia krwi.

Do niekorzystnych skutków palenia w zakresie układu krążenia zaliczamy:

- osłabienie czynności rozkurczowej śródbłonka naczyń
- zaburzenie hemodynamiki

- zaburzenie czynności układu krzepnięcia
- zaburzenie metaboliczne
- częstszą zapadalność na chorobę niedokrwienną serca i choroby naczyń obwodowych
- częstsze zwężenia tętnic wieńcowych na tle miażdżycy [29].

Korzyści zdrowotne z rzucenia palenia polegają przede wszystkim na obniżeniu do normy ciśnienia tętniczego krwi oraz tętna, zmniejszeniu ryzyka wystąpienia ostrego zawału serca i poprawie koordynacji fizycznej. Po około 9. miesiącach od momentu zaprzestania palenia dochodzi do poprawy funkcjonowania układu oddychania. Po 10. latach ryzyko zachorowania na chorobę niedokrwienną serca jest takie same, jak u osoby, która nigdy nie paliła, a zachorowalność na raka płuc jest podobna aż po upływie 15. lat [29].

Duże znaczenie w leczeniu niefarmakologicznym nadciśnienia tętniczego ma odpowiednie oddziaływanie na psychikę pacjenta, co pomaga w rozładowaniu stresu oraz zwiększa motywację do leczenia. Stosowane w niektórych ośrodkach ćwiczenia jogi, czy medytacji wpływają pozytywnie na stan emocjonalny pacjenta [29, 44].

Leczenie farmakologiczne jest istotnym elementem w obniżaniu wartości ciśnienia tętniczego. Decyzja o wyborze odpowiedniej terapii jest indywidualna dla każdego pacjenta. Wyniki badań przeprowadzonych u osób powyżej 60. r.ż z nadciśnieniem tętniczym wykazały korzystny wpływ leczenia farmakologicznego, przez co zmniejszają częstość powikłań [45].

Początkowo, u chorych z nadciśnieniem łagodnym lub umiarkowanym bez powikłań narządowych, można wdrożyć leczenie niefarmakologiczne. Po okresie 3-6 miesięcy wskazane jest leczenie farmakologiczne, jeżeli zamierzone działanie niefarmakologiczne nie przyniosło pożądanego efektu, czyli obniżenia ciśnienia krwi [17]. Powszechnie stosuje się zasadę terapii polegającą na stosowaniu małych dawek leków i stopniowego ich zwiększania w razie konieczności [17].

Preparaty nowej generacji charakteryzują się 24-godzinnym działaniem hipotensyjnym. Terapia za pomocą leków, o długim czasie działania upraszcza sposób leczenia, poprawia współpracę między lekarzem a pacjentem [17]. Natomiast u osób, u których wcześniejsza terapia nie przyniosła pożądanego efektu stosuje się terapię skojarzeniową, polegającą na połączeniu kilku, najczęściej 2 lub 3 leków [17]. Poniższa Tabela III przedstawia leki hipotensyjne (Tab. III).

Tabela III. Doustne leki hipotensyjne [11, 46].

Grupa leków	Przykłady	Działania niepożądane
Diuretyki tiazydowe i ich pochodne	Hydrochlorotiazyt Hlortalidon Inadpamid	Hipokaliemia, hiperurykemia, hiponatremia, zaburzenia erekcji, zaburzenia gospodarwki węglowodanowej, hiperlipidemia
Diuretyki pętlowe	Furosemid Torazemid Bumetanid	węglowodanowej, hiperlipidemia
Diuretyki oszczędzające potas inne niż antagoniści aldosteronu	Amiloryd Tiamteren	Hiperkaliemia, nudności, wzdęcie, pokrzywka, uszkodzenia płodu
Antagoniści aldosteronu		Hiperkaliemia, zaburzenia erekcji, bolesnośc sutków u kobiet
Leki beta adrenolityczne	Atenolol Bizoprorol Metoprorol Propranolol	Skurcz oskrzeli, bradykardia, zmęczenie, zaburzenia erekcji, bezsenność, depresja, zaburzenia gospodarki lipidowej, opóźnienie rozwoju płodu
Leki beta adrenolityczne z wewnętrzną aktywności sympatykomimetyczną	Pindolol	Skurcz oskrzeli, bradykardia, zmęczenie, zaburzenia erekcji, bezsenność, depresja, opóźnienie rozwoju płodu
Leki alfa i beta adrenolityczne	Karwedylol	Skurcz oskrzeli, hipotonia orstostatyczna
Leki blokujące receptory alfa 1	Prazosyna Doksazosyn	Hipotonia ortostatyczna, retencja płynów
Ośrodkowo działające leki hipotensyjne	Klonidyna Metylodopa	Senność, suchość błon śluzowych jamy ustnej, gwałtowny wzrost ciśnienia tętniczego po nagłym odstawieniu leków, retencja płynów
Antagoniści receptorów imidazolowych	Moksonidyna	Senność, suchość błon śluzowych
Leki bezpośrednio rozszerzające naczynia	Dichydralazyna	Bóle głowy, retencja płynów, tachykardia
Antagoniści wapnia: pochodne dichydropirydyny	Nifedypina retard Nitrendypina	Obżęk podudzi, zaczerwienienie skóry twarzy, bóle głowy, przyśpieszenie czynności serca, uszkodzenie płodu
Antagoniści wapnia: pochodne bezotiazepiny	Tilitiazem retard	Bradykardia, zaburzenia przewodnictwa, uszkodzenie płodu
Antagoniści wapnia: pochodne fenylalykelaminy	Werapamil	Bradykardia, zaburzenia przewodnictwa, zaparcia
Inhibitorykonwertazy angiotensyny	Kaptopril Enaraplir	Suchy kaszel, hiperkaliemia, uszkodzenie płodu, pokrzywka
Sartany	Welsartan	

Diuretyki

Jest to grupa leków moczopędnych najdłużej stosowana w nadciśnieniu, mająca dużą skuteczność hipotensyjną i zmniejszająca częstość powikłań udaru mózgu i choroby niedokrwiennej serca. Zmniejsza objętość płynów krążących przez zaburzenie reabsorpcji sodu oraz mają właściwości rozszerzające naczynia [47].

Leki β- adrenolityczne

Zmniejszają biosyntezę reniny, objętość wyrzutową serca oraz zmniejszają opór naczyniowy. Do głównych efektów wywieranych przez te leki należy blokowanie receptorów β-adrenergicznych znajdujących się w sercu, co związane jest ze zmniejszeniem pojemności minutowej serca i zwolnieniem jego czynności [3, 4, 11].

Inhibitory konwertazy angiotensyny są często stosowanymi lekami ze względu na niewystępowanie działań niepożądanych, wpływają na ochronę serca, ochronę nerek oraz układu nerwowego. Należą do jednych z najczęściej stosowanych leków w leczeniu nadciśnienia tętniczego, obok leków moczopędnych, β- adrenolitycznych oraz blokerów kanału wapniowego. Obniżenie ciśnienia wywołane przez te leki wynika ze zmniejszenia oporu obwodowego, co jest następstwem rozszerzenia tętniczek, gdzie nie towarzyszą zmiany w częstości uderzeń serca oraz pojemności wyrzutowej serca [4, 11].

Statyny ochraniają nerki oraz serce, zwiększają wydalanie kwasu moczowego. Należą,obok ACE, do podstawowych grup leków obniżających ciśnienie tętnicze. Ich korzystny wpływ polega na zmniejszeniu ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych u chorych na nadciśnienie [48, 49].

Antagoniści wapnia hamują napływ jonów wapnia do komórek mięśni gładkich naczyń, zmniejszając przez to opór naczyniowy i wartość ciśnienia tętniczego [4, 35].

Blokery kanału wapniowego: cechują się wysoką skutecznością, mogą być stosowane w monoterapii i leczeniu skojarzonym. Zmniejszają w cytoplazmie pulę wapnia niezbędnego do prawidłowej czynności skurczowej komórek mięśni gładkich w ścianie tętniczek i obniżają opór obwodowy [4, 47].

Blokery receptorów angiotensyny II: są skutecznymi lekami hipotensyjnymi, dobrze tolerowanymi przez pacjentów w terapii nadciśnienia tętniczego, poprawiają ukrwienie nerek [3, 4].

Blokery receptorów α-1: wywierają działanie hipotensyjne poprzez blokowanie postsynaptycznych receptorów α- 1[4].

Leki hamujące układ współczulny: działają na receptory imidazolowe znajdujące się w ośrodkowym układzie nerwowym oraz nerkach. Zmniejszają aktywność układu

współczulnego, prowadząc do redukcji oporu naczyniowego, co kolejno prowadzi do spadku ciśnienia tętniczego [3, 4].

Piśmiennictwo

1. Januszewicz W., Januszewicz A., Prejbisz A.: Ważne badania w dziedzinie nadciśnienia tętniczego. Postępy Nauk Medycznych, 2009, 1, 51-52.
2. Swales J.D.: Nadciśnienie tętnicze. Vademecum. Wydawnictwo α- medica Press, Bielsko-Biała 1997, 17-137.
3. Koper., Senatorski.: Uciec przed nadciśnieniem tętniczym. Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 2009, 10, 32-34.
4. Koper D., Senatorski G.: Nadciśnienie tętnicze w chorobach nerek. Poradnik dla pielęgniarek. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007, 13-68.
5. Kieczka K.: Różnice ciśnienia krwi tętniczej między ramionami. Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 2010, 1-2, 21.
6. Krymska B.: Nadciśnienie tętnicze - cichy zabójca. Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 2009, 9, 22-23.
7. Posadzy-Małaszyńska A., Cykorski A.: Hiperurykemia a nadciśnienie tętnicze. Postępy Nauk Medycznych, 2009, 1, 5.
8. Hoffman P., Januszewicz M., Januszewicz A., Rowiński O.: Atlas nadciśnienia tętniczego. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2006, 28-147.
9. Traczyk W.: Fizjologia człowieka w zarysie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Wydanie VIII, Warszawa 2005, 259-371.
10. Kawecka-Jaszcz K., Grodzicki T.: Nadciśnienie tętnicze, Wydawnictwo Augustyna, Bielsko- Biała 2002, 56-57.
11. Pączek L., Mucha K, Foroncewicz B. (Red.): Choroby wewnętrzne. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa i położnictwa. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006, 44-56.
12. Middeke M., Pospisil E., Volker K.: Naturalne leczenie nadciśnienia tętniczego. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1994, 11-47.
13. Szczęch R., Furmański J., Krupa- Wojciechowska B.: Jak i czym mierzyć ciśnienie. Wydawnictwo AM, Gdańsk 2004, 12-14.
14. Kaplan N.M.: Nadciśnienie tętnicze. Wydawnictwo Medyczne Urban&Partner, Wrocław 1999, 161-309.

15. Czekalski S.: Uszkodzenie nerek, jako przyczyna nadciśnienia tętniczego. Postępy Nauk Medycznych, 2009, 10, 757-762.
16. Zbrech E., Maciorkowska D., Małyszko J., Myśliwiec M.: Kontrola ciśnienia tętniczego u chorych dializowanych otrzewnowo. Postępy Nauk Medycznych, 2010, 3, 182.
17. Januszewicz A.: Nadciśnienie tętnicze. Zarys patogenezy, diagnostyki i leczenia. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2002, 91-325.
18. Ciborowska H., Rudnicka A.: Dietetyka żywienie zdrowego i chorego człowieka. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, 459-461.
19. Węgorowski P., Adamczyk K.: Monitorowanie pomiaru ciśnienia tętniczego krwi i przygotowanie do samokontroli pacjenta z nadciśnieniem. [w:] Procedury pielęgnowania w neurologii i neurochirurgii, (red.) Adamczyk K., Turowski K., Wydawnictwo NeuroCentrum, Lublin 2007, 55-57.
20. Grabowska H., Grabowski W., Grzegorczyk M., Dmowska A., Gaworska-Krzemińska A., Świetlik D., Nackiewicz K.: Wiedza pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej na temat klasyfikacji wartości ciśnienia tętniczego krwi oraz następstw nadciśnienia tętniczego. Pielęgniarstwo XXI wieku, 2010, 1-2, 52-55.
21. Janicki K. (red.): Domowy poradnik medyczny. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998, 663-669.
22. Manitus J.: Od organogenezy do przewlekłej choroby nerek i nadciśnienia. Postępy Nauk Medycznych, 2009, 10, 744-745.
23. Kokot F. (red.): Choroby wewnętrzne. Wydawnictwo Medyczne Urban &Partner, Wrocław 2005, 85-91.
24. Januszewicz A.: Nadciśnienie tętnicze. Pytania i odpowiedzi. Wydawnictwo MP, Kraków 2002, 12.
25. Kaplan N.: Leczenie nadciśnienie tętniczego, Wydawnictwo Via Media, Gdańsk 2001, 11-12.
26. Sztocki K.: Postępowanie w nadciśnieniu tętniczym. Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2006, 89-90
27. Szczęch R., Narkiewicz K.: Choroby serca i naczyń - jak rozpoznać i leczyć. Wydawnictwo Via- Medica, Grańsk 2006, 4-41.
28. Herold G. Duława J. (red.): Medycyna wewnętrzna. Repetytorium dla studentów medycyny i lekarzy. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005, 340-358.

29. Januszewicz W., Sznajderman M. (Red.): Nadciśnienie tętnicze. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002, 60-63, 82-83, 150-151, 162-163, 174-175, 226-227.
30. Zielińska- Więczkowska H., Kędziora- Kornatowska K.: Jakość życia chorych z pierwotnym nadciśnieniem tętniczym w wieku podeszłym na tle uwarunkowań zdrowotnych (część II). Pielęgniarstwo XXI wieku, 2007, 2, 39-42.
31. Zielińska-Więczkowska H., Kędziora- Kornatowska K.: Jakość życia chorych z pierwotnym nadciśnieniem tętniczym w wieku podeszłym na tle zmiennych społeczno-demograficznych (część I). Pielęgniarstwo XXI wieku, 2006, 4, 117-120.
32. Głuszek J.: Zmiany otępienie w przebiegu nadciśnienia tętniczego i cukrzycy. Postępy Nauk Medycznych, 2009, 1, 11-12.
33. Jansson L. (red.): Nadciśnienie tętnicze i choroby współistniejące. Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 1998, 58, 65.
34. Pasierski T., Grodzki T.: Nadciśnieniowa choroba serca. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 1999, 9-15.
35. Wyrzykowski B.: Nadciśnienie tętnicze. Patofizjologia i terapia. Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 1999, 35-42, 167-197.
36. Odachowska Z.: Leczenie nadciśnienia tętniczego. Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2004, 45-46.
37. Beeversy D.: Nadciśnienie tętnicze. Poradnik medyczny. Wydawnictwo Wiedza i Życie, Warszawa 2000, 20-23.
38. Rywik S. (red.): Aktualne problemy leczenia chorego na nadciśnienie tętnicze. Wydawnictwo OLIN POLFA, Poznań 2005, 80.
39. Sznajderman M., Januszewicz W.: Jak żyć z nadciśnieniem tętniczym. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002, 32-35.
40. Żółcińska A. (red.): Jak walczyć z nadciśnieniem. Wydawnictwo MT Biznes Sp.z.o.o, Warszawa 2008, 21-190.
41. Rubin A.: Nadciśnienie dla bystrzyków. Wydawnictwo Helion, Gliwice 2008, 27- 91.
42. Stolarz- Skrzypek K., Kawecka – Jaszcz K.: Ograniczenie spożycia soli kuchennej jako metoda prewencji nadciśnienia tętniczego. Postępy Nauk Medycznych, 2009, 1, 34-37.
43. Ambroziak M.: Wysiłek fizyczny a układ krążenia. Podstawy fizjologiczne i genetyczne. Wpływ na ryzyko chorób sercowo- naczyniowych. Postępy Nauk Medycznych, 2008, 10, 653-654.

44. Sieńko J.: Nadciśnienie tętnicze. Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 2003, 7-8, 44-46.
45. Grodzicki T., Gąsowski J.: Leczenie nadciśnienia tętniczego u pacjentów w bardzo podeszłym wieku. Postępy Nauk Medycznych, 2009, 1, 44- 47.
46. Przegaliński J.: Nadciśnienie tętnicze. [w:] Zarys chorób wewnętrznych dla studentów pielęgniarstwa (red.) Daniluk J., Jurkowska G. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2005, 21-30.
47. Danysz A.: Kompendium farmakologii i farmakoterapii. Wydawnictwo Medyczne Urban& Partner, Wrocław 2007, IV, 519-546.
48. Filipiak K.J.: Inhibitory konwertazy angiotensyny kontra statyny- co wiemy z wyników wielkich badań klinicznych w 2008 roku? Postępy Nauk Medycznych, 2009, 1, 45.
49. Więcek A., Nieszporek T.: Nadmierne hamowanie aktywności układu renina-angiotesnycna-aldosteron nie jest zawsze korzystne. Postępy Nauk Medycznych, 2009, 10, 784.

Kowalewska Beata[1,2], Bruliński Kamil[2] Klimaszewska Krytyna[1], Jankowiak Barbara[1,2], Rolka Hanna[1,2], Ortman Elżbieta[2], Krajewska –Kułak Elżbieta[1], Kondzior Dorota[1] , Łukaszuk Cecylia[1]

Ocena zachowań zdrowotnych i akceptacji choroby wśród osób leczonych z powodu nadciśnienia tętniczego – badania własne

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Instytut Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

Wstęp

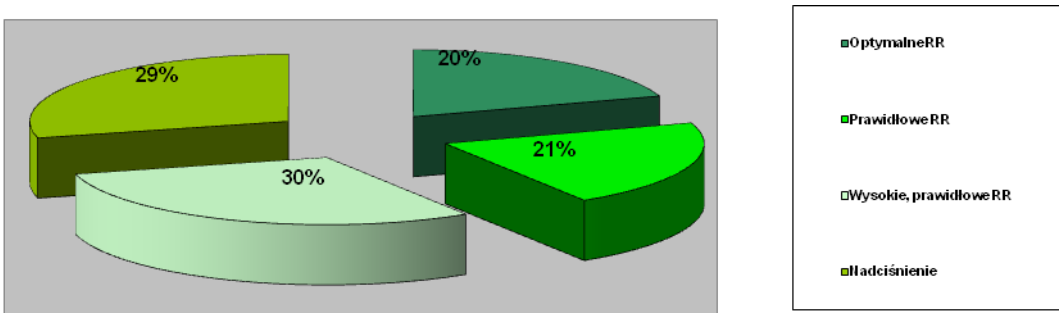
Choroby sercowo-naczyniowe stanowią połowę zgonów w Europie. Od 1991 roku zmniejszyło się występowanie chorób układu krążenia, mimo to są nadal najczęstszą przyczyną śmierci wśród kobiet i mężczyzn w Polsce [1].

Nadciśnienie tętnicze jest chorobą cywilizacyjną, dotyczącą około 25% populacji. W Polsce liczba chorych wynosi około 8-10 mln, w USA około 50 mln, natomiast na świecie około 1 mld. W 2002 roku nadciśnienie tętnicze występowało u 29% osób w Polsce, zaś prawidłowe, wysokie ciśnienie tętnicze występowało u 30% osób, tylko 21% osób miała ciśnienie tętnicze prawidłowe, a 20% osób optymalne [2].

Jak podaje badanie epidemiologiczne NATPOL PLUS w roku 2002 w Polsce co dziesiąty pacjent, mimo świadomości istnienia u niego nadciśnienia tętniczego, nie poddał się terapii, a 45% osób chorujących na nadciśnienie tętnicze nie była skutecznie leczona. Powyższe badania wykazały, że tylko 12,5% leczonych z powodu nadciśnienia tętniczego osiągnęło zadowalający efekt terapeutyczny [2].

Istotnym elementem w zwalczaniu nadciśnienia tętniczego oraz dążeniu do ograniczenia negatywnych skutków jego występowania jest stałe i systematyczne podnoszenie świadomości społeczeństwa. Dostarczenie informacji na temat istoty nadciśnienia tętniczego, jego podstępnego przebiegu, pozornej łagodności i bezbolesności oraz stwarzanych przez nie zagrożeń i konsekwencji zdrowotnych, do inwalidztwa i śmierci włącznie, niewątpliwie przyczynić się może do większej samokontroli pacjentów, lepszej i bardziej świadomej współpracy z lekarzem oraz odpowiedzialności za zdrowie własne i osób z rodziny obarczonych nadciśnieniem tętniczym [2].

Rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego w Polsce zostało udokumentowane w 2002 roku przez badanie NATPOL PLUS, które wykazało nadciśnienie tętnicze u 29% badanych [3]. Szczegółowe wyniki w/w badań przedstawia Ryc.1.



Rycina 1. Rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego w Polsce w 2002 roku [3].

Badania populacji Warszawy wykazały, że w 2001 roku liczba osób chorych na nadciśnienie tętnicze w średnim wieku wynosiła 48,8 % wśród mężczyzn i 36,2% wśród kobiet. Wykryte zostało ono u 36,3% mężczyzn i 21,5% kobiet. W ogóle nie leczone, lecz wykryte nadciśnienie tętnicze występowało u 27,8% mężczyzn i 26,6% kobiet, a leczone niewystarczająco u 27,3% mężczyzn i 37% kobiet [4]. Gospodarka rynkowa spowodowała dokładną analizę kosztów również na gruncie opieki zdrowotnej. W aspekcie ekonomicznym wskazuje się na stały wzrost liczby osób z nadciśnieniem tętniczym, co kolejno pociąga za osobą wzrost kosztów również w opiece zdrowotnej oraz gospodarce z uwagi na dopłaty do leków, leczenie szpitalne i ambulatoryjne nadciśnienia oraz chorób je wikłających oraz niezdolność do pracy czasową oraz stałą.

Cel pracy

Celem pracy była: ocena zachowań zdrowotnych oraz akceptacji choroby u osób chorujących na nadciśnienie tętnicze.

Materiał i metodyka badań

Materiał do pracy został zebrany za pomocą autorskiego kwestionariusza oraz standaryzowanej Skali Akceptacji Choroby (AIS). Udział w badaniu miał charakter dobrowolny i anonimowy.

Badaniem, przeprowadzonym od października do grudnia 2010 roku wśród pacjentów Przychodni Kardiologicznej Szpitala Wojewódzkiego w Łomży, objęto grupę 100 osób z rozpoznanym nadciśnieniem tętniczym. Wśród badanych obecne były osoby obojga płci.

Ankieta składała się z dwóch części. Części I tzw. ogólna składała się z 10 pytań metryczkowych dotyczących, m.in.: płci, wieku, wykształcenia, zawodu, miejsca zamieszkania, wzrostu, masy ciała, czasu trwania choroby oraz chorób współistniejących.
Część II – szczegółowa, składała się z 19 pytań w formie zamkniętej i otwartej, które dotyczyły zachowań zdrowotnych oraz wiedzy respondentów na temat nadciśnienia tętniczego, w tym m.in.: częstości pomiaru RR, znajomości prawidłowych wartości ciśnienia, częstości i regularności przyjmowania leków hipotensyjnych, sposobu odżywiania i preferowanych potraw, reakcji na stres oraz powikłań nadciśnienia tętniczego.

W badaniu posłużono się również Kwestionariuszem AIS, który jest standaryzowanym narzędziem, służącym do badania osób chorych i stosowanym do pomiaru akceptacji choroby. Zawiera on 8 pytań, które opisują negatywne konsekwencje złego stanu zdrowia. Pytania dotyczyły ograniczeń, jakie wynikają z choroby, braku samowystarczalności, poczucia zależności od innych czy obniżonej własnej wartości. Każde pytanie miało pięciostopniową skalę odpowiedzi z przyporządkowana im punktacją. Zakres skali mieścił się w obszarze od 12 punktów do 40 punktów. Za niski wynik uważa się wartości niższe niż 20 pkt., który oznacza brak lub niską akceptację i przystosowanie do choroby, jak również poczucie dyskomfortu psychicznego. Kolejno wartości wyższe niż 30 pkt., uzyskane przez respondentów oznaczają wysoki poziom akceptacji schorzenia. Wynik średni mieści się w przedziale 20-30 pkt [5].

Wyniki

W badaniu wzięło udział 100 osób chorujących na nadciśnienie tętnicze. Poniższa tabela I przedstawia charakterystykę ankietowanych ze względu na wiek. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 50-59 lat (31% badanych).

Tabela I. Podział ankietowanych osób ze względu na wiek.

Przedział wiekowy	N / %
28-38 lat	24
39- 49 lat	22
50-59 lat	31
60-69 lat	17
70-79 lat	3
80 i powyżej	3
Suma	**100**

W badaniu wzięło udział 69 mężczyzn i 31 kobiet. Biorąc pod uwagę znaczący wpływ masy ciała i nadwagi na ujawnienie się oraz rozwój nadciśnienia tętniczego, respondentów poproszono o podanie swojej masy ciała oraz wzrostu. Powyższe dane posłużyły do obliczenia BMI (Body Mass Index) dla poszczególnych ankietowanych (Tab. II).

Tabela II. Rozkład BMI ankietowanych osób.

BMI	N / %
Niedowaga < 18,5	3
Waga w normie 18,5 - 24,9	69
Nadwaga 25 - 29,9	21
Otyłość stopnia I 30 - 34,9	5
Otyłość stopnia II 35,00-39,99	2
Otyłość stopnia III > 40	0
Suma	**100**

W badanej grupie przeważały osoby z wykształceniem zawodowym (38%). 30% ankietowanych było z wykształceniem podstawowym, 20% ze średnim i 12% z wyższym wykształceniem. 41% ankietowanych stanowili renciści i emeryci, 29% rolnicy. 11% respondentów było pracownikami fizycznymi, a 9% umysłowymi. Więcej niż połowa ankietowanych osób zamieszkiwała miasto (53%), zaś pozostałe osoby na wsi.

W badanej grupie przeważały osoby, które chorują na nadciśnienie tętnicze od 3 lat (33%). Najmniejszą grupę stanowiły osoby, które na nadciśnienie chorują 4 lata (7%), oraz 15 lat (1%) (Tab. III).

Tabela III. Czas trwania nadciśnienia tętniczego u respondentów.

Czas trwania choroby	N / %
2 lata	20
3 lata	33
4 lata	7
5 lat	14
6 lat	13
7 lat	12
15 lat	1
Suma	**100**

Respondentów zapytano, czy prócz nadciśnienia tętniczego chorują na inne choroby i tutaj 63% badanych nie posiada chorób współistniejących. U pozostałych 37% badanych współistnieje, głównie: cukrzyca, żylaki, alergia, niewydolność serca, POCHP.

U 68% badanych osób, na nadciśnienie tętnicze chorował, bądź choruje ktoś z rodziny. Przeważnie była to mama, tata, brat, siostra lub dziadek. 88% ankietowanych osób posiada aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego.

52% ankietowanych deklaruje wykonywanie pomiarów ciśnienia tętniczego raz dziennie, 21% raz w tygodniu, 23% kilka razy w tygodniu i 3% kilka razy w roku (Tab. IV).

Tabela IV. Częstość pomiaru ciśnienia tętniczego u ankietowanych.

Częstość pomiaru RR	N /%
Raz dziennie	52
Raz w tygodniu	21
Kilka razy w tygodniu	23
Kilka razy w miesiącu	0
Raz w miesiącu	0
Kilka razy w roku	3
Suma	**100**

W formie pytania otwartego poproszono respondentów o napisanie prawidłowych wartości ciśnienia tętniczego i tutaj 100% odpowiedzi zawierało wartości mieszczące się w ogólnie przyjętych wartościach prawidłowych.

Następnie badanych zapytano, jak często przyjmują leki hipotensyjne i tutaj 40% ankietowanych wcale nie przyjmuje leków obniżających ciśnienie, 37% przyjmuje leki systematycznie, 15 % badanych od czasu do czasu, a 8% rzadko.

Kolejne pytanie dotyczyło częstości wizyt kontrolnych u lekarza. 38% respondentów na wizyty do lekarza chodzi regularnie, 36% wcale, 21% czasami, a 5% rzadko.

Respondentów zapytano o objawy towarzyszące wzrostowi ciśnienia tętniczego i tutaj głównymi dolegliwościami wskazywanymi przez badanych były: bóle głowy, czerwona twarz, osłabienie, złe samopoczucie, zawroty głowy, uderzenia gorąca, kołatanie serca i poty (Tab. V).

Tabela V. Objawy towarzyszące u ankietowanych osób podczas wzrostu ciśnienia tętniczego.

Objawy	N / %
Ból głowy	84
Czerwona twarz	46
Osłabienie	78
Złe samopoczucie	46
Zawroty głowy	87
Uderzenia gorąca	42
Kołatanie serca	24
Poty	11
Suma	**418**

- *Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż respondenci mogli wybrać kilka odpowiedzi*

Kolejne pytanie dotyczyło czynników wpływających na zachorowanie na nadciśnienie tętnicze. Według 83 osób, to palenie papierosów i spożywanie alkoholu ma największy wpływ na pojawienie się tego schorzenia (Tab. VI).

Tabela VI. Czynniki wpływające na zachorowanie na nadciśnienie tętnicze według ankietowanych.

Czynniki wpływające na zachorowanie na nadciśnienie tętnicze	N / %
Palenie papierosów i spożywanie alkoholu	83
Spożywanie potraw z dużą zawartością soli kuchennej	78
Preferowanie w diecie potraw tłustych	17
Spożywanie potraw małosolnych	3
Niedowaga	0
Jedzenie warzyw i owoców	0
Uprawianie sportu	0
Siedząc tryb życia	52
Nadwaga	56
Nie wiem	0
Suma	**289**

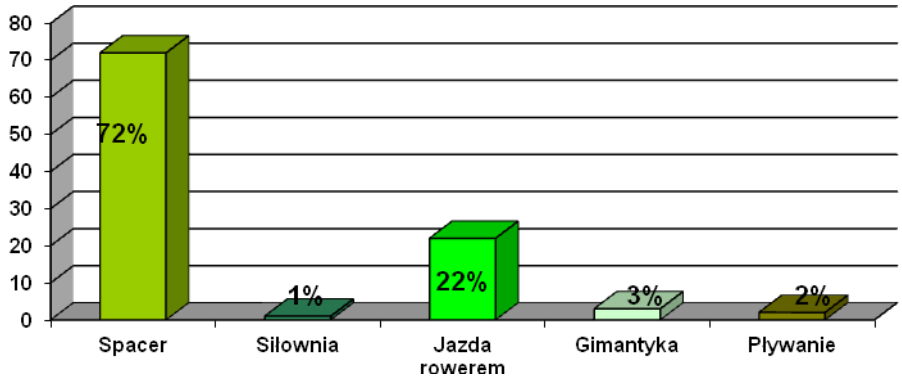
- *Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż respondenci mogli wybrać kilka odpowiedzi*

Aktywność fizyczna w profilaktyce nadciśnienia tętniczego jest bardzo ważna. 24% ankietowanych zadeklarowało, że aktywność fizyczną uprawia kilka razy w tygodniu, 22% kilka razy w miesiącu. Niestety, 24% ankietowanych przyznało, że aktywności fizycznej nie uprawia wcale (Tab. VII).

Tabela VII. Częstość uprawiania aktywności fizycznej u respondentów.

Uprawianie aktywności fizycznej	N / %
Raz dziennie	17
Kilka razy w tygodniu	24
Raz w tygodniu	5
Kilka razy w miesiącu	22
Raz w miesiącu	8
Wcale	24
Suma	**100**

Następnie spytano, jaki rodzaj aktywności ankietowani preferują. 72% badanych preferuje spacer, 22% jazdę rowerem, natomiast 1% siłownię (Ryc.2).

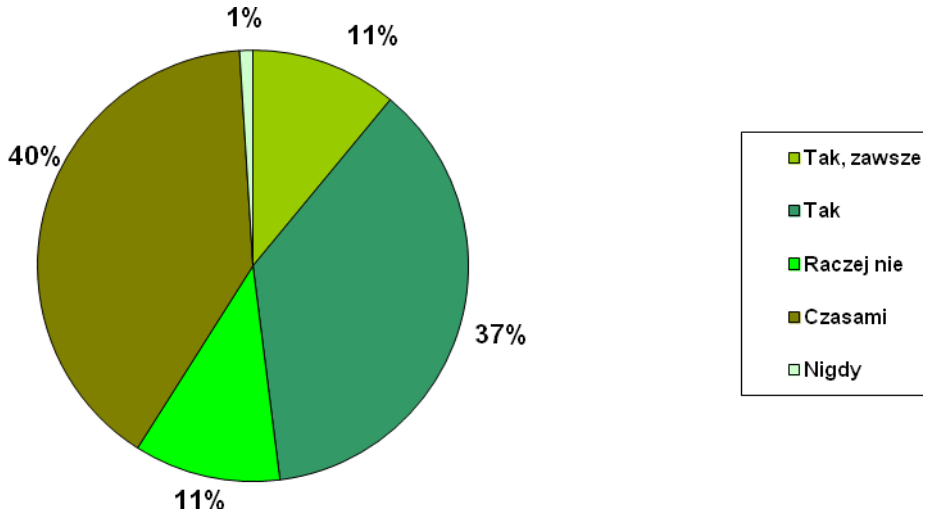


Rycina 2. Preferowana aktywność fizyczna u respondentów.

48% badanych swoją masę ciała określiło jako prawidłową, 31 % stwierdziło, że ma nadwagę, 8% otyłość, a 13% niedowagę.

Analiza materiału badawczego pozwoliła na stwierdzenie, że 63% ankietowanych preferuje w swojej diecie potrawy gotowane, 20% smażone, 10% grillowane, a 7% preferuje potrawy duszone.

Kolejno zapytano badane osoby, czy dosalają swoje posiłki. Tylko 1% badanych nigdy nie dosala swoich potraw, zaś 40% czasami (Ryc.3).



Rycina 3. Dosalanie posiłków przez ankietowanych.

57% respondentów pali papierosy. Palący ankietowani dziennie wypalają: w 28 przypadkach - 20 papierosów dziennie, w 13 przypadkach - 15 papierosów dziennie, a 9 respondentów wypala 10 papierosów dziennie.

Następne pytanie dotyczyło spożywania określonych w ankiecie produktów i tutaj 54% badanych zadeklarowało, że nabiał i produkty mleczne spożywa raz w tygodniu, nasiona roślin strączkowych przez 58% ankietowanych spożywane było rzadziej niż raz w miesiącu, mięso drobiowe 38% badanych spożywało kilka razy w tygodniu, 81% raz w tygodniu zjadało ryby. Ciemne pieczywo pojawiało się w diecie 38% badanych rzadziej niż raz w miesiącu podobnie, jak ryż, kasze i makarony w przypadku 43% respondentów. Zaledwie 58% ankietowanych kilka razy w tygodniu spożywało owoce lub soki owocowe. A 37% spośród nich kilka razy w miesiącu jadło warzywa lub soki warzywne. Frytki, chipsy i paluszki oraz hamburgery, hot-dogi były spożywane rzadziej niż raz w miesiącu odpowiednio przez 68% i 88% badanych. Badania wykazały, że 76% respondentów kawę piło raz dziennie, natomiast alkohol: piwo (70%), wino (59%) i wódka (100%) rzadziej niż raz w miesiącu (Tab. VIII.)

Tabela VIII. Częstość spożywania produktów spożywczych przez ankietowanych

	Kilka razy dziennie	Raz dziennie	Kilka razy w tygodniu	Raz w tygodniu	Kilka razy w miesiącu	Raz w miesiącu	Rzadziej	%
Nabiał, produkty mleczne	0	5	12	54	12	2	15	100
Nasiona roślin strączkowych	0	0	0	3	1	38	58	100
Mięso drobiowe	0	5	38	31	19	6	1	100
Mięso wieprzowe	0	8	45	21	17	2	7	100
Mięso wołowe	0	0	0	11	30	31	28	100
Wędliny	20	32	18	28	2	0	0	100
Ryby	0	0	5	81	14	0	0	100
Pieczywo jasne	89	11	0	0	0	0	0	100
Pieczywo ciemne	5	10	12	5	15	15	38	100
Ryż, kasze, makarony	0	0	2	18	17	20	43	100
Ziemniaki	5	78	13	4	0	0	0	100
Owoce lub soki owocowe	0	0	58	0	23	8	11	100
Warzywa lub soki warzywne	0	12	8	21	37	2	20	100
Frytki, chipsy, paluszki	0	0	0	8	0	24	68	100
Hamburgery, Hot- dogi, Pizza	0	0	0	0	5	7	88	100
Słodycze	0	0	21	18	12	8	41	100
Napoje gazowane	8	12	19	0	28	6	27	100
Kawa	12	76	12	0	0	0	0	100
Piwo	0	0	0	18	0	12	70	100
Wino	0	0	0	8	12	21	59	100
Wódka	0	0	0	0	0	0	100	100

Wszyscy ankietowani są zdania ze stres wpływa na wartości ciśnienia tętniczego. 52% badanych osób stara się myśleć pozytywnie podczas wystąpienia u niego sytuacji stresowej. 12% kładzie się spać, by nie myśleć o problemach, 10% rozmawia z kimś bliskim, 8% wykonuje ćwiczenia relaksacyjne, a 2% respondentów słucha muzyki (Tab. IX).

Tabela IX. Sposoby radzenia sobie ze stresem preferowane przez ankietowanych.

Sposoby radzenia sobie ze stresem	N / %
Wykonuję ćwiczenia relaksacyjne, np. głęboko oddycham	8
Zazwyczaj zamykam się w sobie i z nikim nie rozmawiam	6
Staram się myśleć pozytywnie	52
Kładę się spać, by nie myśleć o problemach	12
Wychodzę na spacer	12
Słucham muzyki	2
Rozmawiam z kimś bliskim	10
Suma	**100**

Ankietowani zapytani o powikłania nadciśnienia tętniczego wskazali w 58% na zawał, 22% na obrzęk tarczy nerwu wzrokowego i zaledwie w 6% na udar mózgu (Tab. X).

Tabela X. Powikłania nadciśnienia tętniczego według badanych osób.

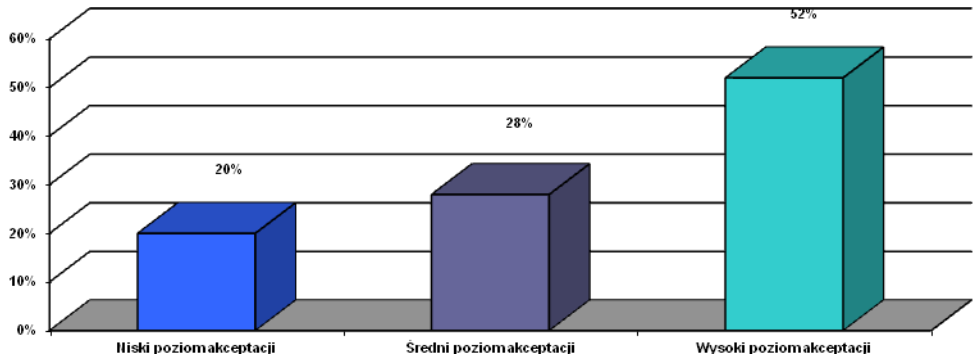
Powikłania nadciśnienia tętniczego	N / %
Zawał	58
Obrzęk tarczy nerwu wzrokowego	32
Niewydolność nerek	6
Zapalenie powłok skórnych	8
Nowotwór	0
Udar mózgu	6
Astma oskrzelowa	0
Suma	**110**

- *Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż respondenci mogli wybrać kilka odpowiedzi*

Większość respondentów (51%) swoją wiedzę na temat nadciśnienia tętniczego określa na dobrą, 28% na słabą, a 3% na bardzo słabą. Za bardzo dobrą własną wiedzę uznało 18% badanych.

Za pomocą skali AIS dokonano pomiaru akceptacji nadciśnienia tętniczego przez podane badaniu osoby dotknięte tym schorzeniem.

W poddanej badaniu grupie 52% osób uzyskało powyżej 30 pkt., co oznacza zaakceptowanie przez nich schorzenia. Najniższy poziom akceptacji występował u 20% respondentów (Ryc.4).



Ryciana 4. Poziom akceptacji choroby u badanych respondentów.

Najwyższy poziom akceptacji choroby w odniesieniu do wieku wykazały osoby między 28.-38. rokiem życia (34%), natomiast najniższy w wieku 60-69 lat (40%) (Tab. XXI).

Największą liczbowo grupę osób z niską akceptacją choroby stanowiły osoby w wieku 60-69 lat (8%). Wśród osób ze średnim poziomem akceptacji choroby na plan pierwszy wysunęły się osoby w wieku 50-59 lat (9%), natomiast wysoki poziom akceptacji występował w przypadku 18% osób w wieku 28-38 lat i 17% respondentów w wieku 50-59 lat. Szczegółowe dane przedstawia Tabela XI.

Tabela XI. Wiek a akceptacja nadciśnienia tętniczego przez respondentów.

Wiek	Niski poziom akceptacji choroby		Średni poziom akceptacji choroby		Wysoki poziom akceptacji choroby	
	N	%	N	%	N	%
28- 38 lat	0	0	6	21	18	35
39- 49 lat	3	15	5	18	14	26
50- 59 lat	5	25	9	32	17	32
60- 69 lat	8	40	6	21	3	5
70- 79 lat	2	10	1	4	0	0
80 i powyżej	2	10	1	4	1	2
Ogółem	**20**	**100**	**28**	**100**	**52**	**100**

Jak wskazują przeprowadzone badania wśród osób z niskim poziomem akceptacji choroby, największa grupę stanowiły osoby z wykształceniem podstawowym (12 osób). Wśród respondentów o średnim poziomie akceptacji choroby największa liczebnie grupę również stanowiły osoby z wykształceniem podstawowym (9 osób), natomiast wśród ankietowanych z wysokim poziomem akceptacji choroby przodowały osoby z wykształcaniem zawodowym (27 osób). Dane prezentuje Tabela XII.

Tabela XII. Poziom akceptacji choroby w odniesieniu do wykształcenia.

Wykształcenie	Niski poziom akceptacji choroby		Średni poziom akceptacji choroby		Wysoki poziom akceptacji choroby	
	N	%	N	%	N	%
Podstawowe	12	60	9	33	9	17
Zawodowe	5	25	6	21	27	52
Średnie	3	15	6	21	11	21
Wyższe	0	0	7	25	5	10
Ogółem	**20**	**100**	**28**	**100**	**52**	**100**

Najniższy poziom akceptacji choroby zaobserwowano u osób z nadciśnieniem tętniczym, gdzie czas trwania choroby wynosił 5 lat- 35%. Najwyższy zaś poziom akceptacji choroby obserwowany był u osób z 3- letnim czasem trwania choroby - 38% (Tab. XIII).

Tabela XIII. Zależność między czasem trwania nadciśnienia tętniczego, a poziomem akceptacji choroby.

Czas trwania nadciśnienia tętniczego	Niski poziom akceptacji choroby		Średni poziom akceptacji choroby		Wysoki poziom akceptacji choroby	
	N	%	N	%	N	%
2 lata	0	0	3	11	17	32
3 lata	5	25	8	28	20	38
4 lata	2	10	1	4	4	8
5 lat	7	35	2	7	5	10
6 lat	3	15	6	22	4	8
7 lat	2	10	8	28	2	4
15 lat	1	5	0	0	0	0
Ogółem	**20**	**100**	**28**	**100**	**52**	**100**

Niski poziom akceptacji choroby obserwowany jest u 25% kobiet i 75% mężczyzn. Średni poziom akceptacji choroby u 43% kobiet i 57% mężczyzn, a wysoki u 27% kobiet i 73% mężczyzn (Tab. XVI).

Tabela XVI. Zależność między płcią a akceptacja choroby u ankietowanych osób

Płeć	Niski poziom akceptacji choroby		Średni poziom akceptacji choroby		Wysoki poziom akceptacji choroby	
	N	%	N	%	N	%
Kobieta	5	25	12	43	14	27
Mężczyzna	15	75	16	57	38	73
Ogółem	**20**	**100**	**28**	**100**	**52**	**100**

Spośród przebadanych respondentów, niski poziom akceptacji choroby obserwowany był u 20% badanych mieszkających w mieście i 80% na wsi, średni poziom akceptacji choroby u 64% mieszkańców miasta i 36% mieszkańców wsi, natomiast wysoki poziom u 60% osób mieszkających w mieście i 40% na wsi (Tab. XV).

Tab. XV. Zależność między miejscem zamieszkania a akceptacją choroby.

Miejsce zamieszkania	Niski poziom akceptacji choroby		Średni poziom akceptacji choroby		Wysoki poziom akceptacji choroby	
	N	%	N	%	N	%
Miasto	4	20	18	64	31	60
Wieś	16	80	10	36	21	40
Ogółem	**20**	**100**	**28**	**100**	**52**	**100**

Dyskusja

U osób dorosłych w USA, częstość występowania nadciśnienia tętniczego oceniana jest na 43,4% populacji. W badaniu przeprowadzonym przez WOBASZ w Polsce wynika, że nadciśnienie tętnicze występuje u 36% osób [6].

Znajomość prawidłowych wartości ciśnienia jest bardzo ważna. W badaniu wiedzy licencjatów pielęgniarstwa na temat klasyfikacji wartości nadciśnienia tętniczego i jego powikłań wykazano, że 33,62% studentów zna wartości ciśnienia optymalnego [7], podobnie

jak i 85,3% badanych według badań Zdrojewskiego i wsp. [8]. 50,8% osób chorych na nadciśnienie tętnicze wykazało wyższy zasób wiedzy na temat wartości optymalnych ciśnienia w porównaniu z wynikami studentów V roku pielęgniarstwa Uniwersytetu Medycznego w Gdańsku oraz licencjatów pielęgniarstwa, którzy prawidłową odpowiedź na temat wartości optymalnych ciśnienia tętniczego wskazali na poziomie 34-33,6% [9]. Z badań własnych wynika, że 100% odpowiedzi zawierało wartości mieszczące się w ogólnie przyjętych wartościach prawidłowych ciśnienia.

Leczenie hipotensyjne jest terapią długotrwałą i w wielu przypadkach musi trwać przez całe życie. Badania prowadzone w Stanach Zjednoczonych, Veterans Administration Cooperative Study wykazały korzyści, jakie odnoszą chorzy z nadciśnieniem tętniczym, którzy przyjmują leki hipotensyjne w porównaniu z chorymi, którzy przyjmują placebo. Powyższe badania wykazały, że leczenie hipotensyjne zmniejsza częstość udarów mózgu o 40%, choroby wieńcowej o 15% zgonów z przyczyn sercowo- naczyniowych o 20% [10]. Badanie przeprowadzone w Klinice Chorób Wewnętrznych i Zaburzeń Metabolicznych Akademii Medycznej w Poznaniu wśród osób z nadciśnieniem tętniczym wykazało, że przed zajęciami edukacyjnymi na temat omawianej jednostki chorobowej 82% respondentów wiedziała, że należy regularnie przyjmować leki hipotensyjne [11]. Aż 37% badanych osób z badań własnych nie przyjmuje leków hipotensyjnych i tylko 37% badanych przyjmuje te leki systematycznie.

Studentów z badania Obiegło M. i Matkowskiej K., zapytano o objawy nadciśnienia tętniczego. W 70% przypadków wskazali oni ból i zawroty głowy, 20% badanych wskazała na wzmożoną męczliwość, 18% na uczucie gorąca, 16% wskazało zaczerwienienie twarzy, 14% kołatanie serca, a 14% - złe samopoczucie [12]. W badaniu własnym respondenci zapytani o objawy, jakie występują u nich wskazali głównie na zawroty (87%) i ból głowy (84%) oraz osłabienie (78%).

Studentów III roku pielęgniarstwa z badania Obiegło M. i Matkowskiej K., zapytano o znajomość czynników ryzyka nadciśnienia tętniczego. W 40% wskazali na złą dietę, 24% na małą aktywność fizyczną, 18% zażywanie używek, 14% otyłość, a 10% zły styl życia [12]. Ankietowani z badania Zawadzkiego M., i wsp. za przyczynę powstawania nadciśnienia w 96% uznali nadwagę oraz otyłość, 92% stres, 75% picie kawy, 72% spożywanie alkoholu, 70% palenie tytoniu, a 70% zaznaczyła spożywanie dużych ilości soli kuchennej [13]. W badaniu przeprowadzonym na potrzeby niniejszej pracy ankietowani zapytani o czynniki wpływające na zachorowanie na nadciśnienie tętnicze wskazali w 83% przypadków na palenie papierosów i zażywanie alkoholu, w 78% spożywanie potraw z dużą zawartością soli

kuchennej, 56% badanych zaznaczyło nadwagę, 52% siedzący tryb życia, 17% preferowanie w diecie potraw tłustych.

Najmniej rozpowszechnioną metodą niefarmakologicznego leczenia nadciśnienia tętniczego, według badania przeprowadzonego przez Tomaszewskiego M., i wsp., jest regularna aktywność fizyczna [14]. Klinika Chorób Zawodowych i Nadciśnienia Tętniczego Szpitala Klinicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu [15] objęła badaniem pacjentów ze zdiagnozowanym nadciśnieniem tętniczym. Z badań wynika, że 14% kobiet i 26% mężczyzn w ogóle nie jest aktywna fizycznie, 4% kobiet i 13% mężczyzn uprawia aktywność fizyczną raz w tygodniu, 33% kobiet i 29% mężczyzn 2-3 razy w tygodniu, 10% kobiet i 10% mężczyzn aktywność fizyczną uprawia 4-6 razy w tygodniu, a codziennie 39% kobiet i 22% mężczyzn [15]. Według badań przeprowadzonych przez Urząd Statystyczny większość dorosłych polaków swój wolny czas spędza biernie (np. czytanie, oglądanie telewizji) i nie wykonuje czynności, które wymagają wysiłku fizycznego [16]. Z badań własnych wynika, że 24% badanych uprawia aktywność fizyczną raz w tygodniu, 22% kilka razy w miesiącu, a 24% ankietowanych przyznało, że aktywności fizycznej nie uprawia wcale. Preferowaną aktywnością deklarowaną przez 72% badanych jest spacer, 22% - jazda rowerem. Zaledwie 3% respondentów uprawia gimnastykę, a 2% pływanie. Małą aktywność fizyczna społeczeństwa jest dużym ogólnym problemem, w sposób szczególny zjawisko to jest widoczne u osób z nadciśnieniem tętniczym.

Kolejnym istotnym problemem zarówno ogólnospołecznym, jak też w zakresie chorób układu krążenia jest nikotynizm. W badaniu Bronkowskiej M., i wsp. [15], do palenia papierosów przyznało się 33% osób chorujących na nadciśnienie tętnicze. Zaś w badaniu Kolasińskiej J. i Misiak K., przeprowadzonym wśród pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej oraz zgłaszających się do nich pacjentów, stwierdzono duże uzależnienie od nikotyny wśród 10% poddanych badaniu pielęgniarek oraz 25% pacjentów z rozpoznaną chorobą nadciśnieniową [17]. Zjawisko rozpowszechnienia nikotynizmu wśród osób obarczonych nadciśnieniem tętniczym potwierdzają również badania przeprowadzone na potrzeby niniejszej pracy, albowiem do palenia przyznało się aż 57% ankietowanych.

Profilaktyka nadciśnienia tętniczego polega na utrzymaniu prawidłowej masy ciała oraz na ograniczaniu spożywania sodu w diecie do około 100 mmol/dobę (ok. 5g/d). Osobom otyłym zalecane jest zredukowanie masy ciała o co najmniej 5kg, co u wielu chorych powoduje obniżenie ciśnienia. 1 kg masy ciała zmniejsza wartość ciśnienia tętniczego o około 1,1/0,9 mmHg, jak i zmniejsza ryzyko wystąpienia powikłań [18].

31% respondentów we własnych badaniach uznało, że ma nadwagę, a 8% stwierdziło, że ma otyłość. Blisko połowa respondentów (48%) ocenia swoją masę jako prawidłową.

W materiale z badania EPOGH, średnie dobowe wydalanie sodu z moczem w Polsce wynosi 245 mmol/dobę, co równa się spożyciu 15g soli kuchennej. Badanie przeprowadzone przez DASH- Soldium wykazało, że do obniżenia ciśnienia tętniczego pod wpływem diety ze zmniejszoną zawartością sodu dochodziło zarówno u pacjentów z rozpoznanym nadciśnieniem, jak i u normotoników [19]. Według badania epidemiologicznego NATPOL z roku 1994 wynika, że zaledwie 16% badanych deklarowało ograniczenie spożywania soli kuchennej, a 31% deklarowało ograniczenie spożywania tłuszczów w swojej diecie [20]. Do częstego dosalania posiłków w materiale własnym przyznaje się aż 48% ankietowanych. 40% z nich tylko czasami dosala swoje posiłki.

Z badania „Wiedzy studentów na temat niefarmakologicznego leczenia nadciśnienia tętniczego" [12], 100% ankietowanych wie, że najlepszą znaną metodą niefarmakologicznego leczenia nadciśnienia jest modyfikacja diety oraz unikanie używek.

Spożywanie alkoholu z całą pewnością ma wpływ na rozwój nadciśnienia tętniczego. 58,49% badanych pielęgniarek i studentek w Gdańsku z badania Grabowskiej H., i wsp. wie, że ilość spożywanego alkoholu ma wpływ na ryzyko rozwoju tej choroby [21]. Do spożywania alkoholu raz w miesiącu przyznało się 33, spośród objętych badaniem osób obarczonych nadciśnieniem tętniczym .

Pomimo świadomości znaczenia diety w leczeniu nadciśnienia tętniczego, jej przestrzeganie wśród osób obarczonych tym schorzeniem jest niewystarczające. Cenny błonnik, zawarty jest między innymi w chlebie razowym. Zaledwie 10 osób z własnego badania chleb razowy spożywa raz dziennie, 12 osób kilka razy w tygodniu, a aż 38 osób rzadziej niż raz w miesiącu.

Ankietowanych z badania Bronkowskiej M i wsp. [15] zapytano o składniki i produkty, jakie powinni ograniczyć w swojej diecie. Większość badanych (90,4%) wskazała na konieczność ograniczenia tłuszczów zwierzęcych, 71,2% zaznaczyła cholesterol, a 81% była zdania, że ograniczyć należy sól kuchenną. Pomimo świadomości znaczenia diety w nadciśnieniu tętniczym, aż 66,7% kobiet i 87,1% mężczyzn nie stosuje żadnej diety [15].

Grabowska H. [7] w przeprowadzonym badaniu zapytała respondentów o powikłania nadciśnienia tętniczego, jakie mogą się pojawić w jego przebiegu. Zebrany materiał pozwolił na stwierdzenie, że zaledwie co 3 respondent wskazał prawidłowo miażdżycę, udar mózgu, chorobę wieńcową, chorobę naczyń obwodowych, niewydolność serca, niewydolność nerek i encefalopatię jako możliwe powikłania nadciśnienia tętniczego [7]. W badaniu Grabowskiej

H. [22] na temat „ Wiedzy pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej na temat klasyfikacji wartości ciśnienia tętniczego krwi oraz następstw nadciśnienia tętniczego" również w przybliżeniu co 3 osoba udzieliła prawidłowych odpowiedzi odnoszących się do powikłań nadciśnienia tętniczego. Pielęgniarki w największym stopniu wskazywały na udar mózgu (90,3%) [22].

Buczyńska-Górna M. [7] wykazała, że osoby nie leczone farmakologicznie z powodu nadciśnienia wykazały lepszą znajomość następstw nie leczonego nadciśnienia niż osoby leczone [23]. Zaś Zawadzki M. i wsp. [13] wykazali, że według badanych najczęstszym powikłaniem omawianej choroby w 93% jest zawał serca, kolejno (79%) udar mózgu, i miażdżyca (69%) [13]. Natomiast w badaniu przeprowadzonym na potrzeby niniejszej pracy 58% respondentów, jako powikłanie nadciśnienia tętniczego wskazała zawał serca, a 32% ankietowanych obrzęk tarczy nerwu wzrokowego.

Rola wiedzy na temat nadciśnienia tętniczego podkreślana jest w wielu opracowaniach. W badaniu na temat oceny wiedzy studentów III roku pielęgniarstwa na temat niefarmakologicznych metod leczenia nadciśnienia tętniczego [12] stwierdzono, że 68% studentów objętych niniejszym badaniem odznaczało się dość dużą wiedzą na temat nadciśnienia tętniczego, zaś 22% spośród nich wiedziało bardzo dużo. Zaś badania własne przeprowadzone wśród osób chorych na nadciśnienie pozwoliły stwierdzić, że w samoocenie 18% chorych oceniło swoją wiedzę na temat choroby jako bardzo dobrą, 51% - jako dobrą, a 28% jako słabą.

Znamienne są również wyniki badań Smolenia M. i wsp. [24], podkreślające niebagatelne znaczenie edukacji chorych na nadciśnienie w różnorakich obszarach dotyczących choroby. Zdaniem autorów skuteczna i sumienna edukacja pozwala na uzyskanie większej redukcji ciśnienia i co za tym idzie zmniejsza ryzyko wystąpienia powikłań w przebiegu choroby.

Wnioski

1. Większość respondentów posiadała aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego
2. Wszyscy respondenci znali granice prawidłowych wartości ciśnienia tętniczego
3. Na wizyty kontrolne regularnie uczęszczało zaledwie 38% badanych
4. Potrawy smażone preferowało 30% respondentów
5. Zawsze dosalało swoje posiłki 11% przebadanych osób
6. Ponad połowa respondentów (57%) paliła papierosy

7. W samoocenie wiedzy własnej na temat nadciśnienia tętniczego, 18% dotkniętych tą chorobą pacjentów poddanych badaniu określiło ją jako bardzo dobrą, a 51% jako dobrą.

Piśmiennictwo

1. Grabowska H., Narkiewicz k., Grabowski W., Grzegorczyk M., Gaworska- Krzemińska A., Świetlik D.: Ocena masy ciała oraz jej wpływ na wartość ciśnienia tętniczego w opinii licencjatów pielęgniarstwa. Problemy Pielęgniarstwa, 2008, 4, 331-337.
2. Koper D., Senatorski G.: Nadciśnienie tętnicze w chorobach nerek. Poradnik dla pielęgniarek. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007, 13-68.
3. Koper., Senatorski.: Uciec przed nadciśnieniem tętniczym. Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 2009, 10, 32-34.
4. Januszewicz A.: Nadciśnienie tętnicze. Zarys patogenezy, diagnostyki i leczenia. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2002, 91-325.
5. Juczyński Z., Ogińska Bulik N.: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2001, 168-172.
6. Czekalski S.: Uszkodzenie nerek jako przyczyna nadciśnienia tętniczego. P.N.M, 2009, 10, 757-762.
7. Grabowska H., Narkiewicz K., Grabowski W. i wsp.: Wiedza licencjatów pielęgniarstwa na temat klasyfikacji wartości ciśnienia tętniczego krwi oraz następstw nadciśnienia tętniczego. Roczniki pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, 2009, 55, 1, 111-117.
8. Zdrojewski T., Bandosz P., Szpakowski P. i wsp.: Rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego w Polsce. Wyniki badań NATPOL-PLUS 2004, 61, IV1-IV26.
9. Grabowska H., Narkiewicz K., Grabowski W. i wsp.: Wiedza studentów V roku pielęgniarstwa na temat rozpowszechnienia, klasyfikacji i następstw nadciśnienia tętniczego [w:] Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne od poczęcia do starości (red.) Krajewska-Kułak E., Szczepański M., Łukaszuk C i wsp., Białystok: AM, 2007, 315-321.
10. Januszewicz W., Januszewicz A., Prejbisz A.: Ważne badania w dziedzinie nadciśnienia tętniczego. P. N. M, 2009, 1, 50-53.
11. Bryl W., Cymes M., Kujawska-Łuszczak M., Pupek-Musialik D.: Program edukacyjny jako element poprawiający współpracę lekarza z pacjentem w terapii nadciśnienia tętniczego. Nowiny lekarskie 2004, 73, 1, 42-45.

12. Obiegło M., Matkowska K.: Wiedza studentów na temat niefarmakologicznego leczenia nadciśnienia tętniczego [w:] Czynniki ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego (red.) Uchmanowicz J., Jankowska B., Panaszka B. Wydawnictwo Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław 2010, 485-493.
13. Zawadzki M., Poręba R., Gać P. i wsp.: Wiedza studentów uczelni Wrocławia na temat nadciśnienia tętniczego. Nadciśnienie tętnicze, 2007, 11, 5, 418-427.
14. Tomaszewski M. i wsp. : Niefarmakologiczne strategie w nadciśnieniu tętniczym. Lekarz Rodzinny, 2007, 12, 5, 447 -452.
15. Bronkowska M., Martynowicz H., Mich K., Szuba A., Biernat J.: Wybrane elementy stylu życia oraz wiedza żywienia otyłych osób z rozpoznanym nadciśnieniem tętniczym. Nadciśnienie tętnicze, 2009, 13, 4, 266-274.
16. Główny Urząd Statystyczny. Stan ludności Polski w 2004 roku., Wydawnictwo GUS, Warszawa 2006.
17. Kolasińska J., Misiak K.: Palenie papierosów jako czynnik ryzyka chorób układu krążenia w praktyce pielęgniarski podstawowej opieki zdrowotnej [w:] Czynniki ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego (red.) Uchmanowicz J., Jankowska B., Panaszka B. Wydawnictwo Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław 2010, 231-238.
18. Czekalski S., Oko A.: Leczenie nadciśnienia tętniczego u osób otyłych. Diabetologia praktyczna, 2002, 3, 4, 213-217.
19. Stolarz-Skrzypek K., Kawecka-Jaszcz K.: Ograniczenie spożycia soli kuchennej jako metoda prewencji nadciśnienia tętniczego. P.N.M, 2009, 1, 34-38.
20. Podolec P.: Podręcznik polskiego Forum Profilaktyki, MP, Kraków 2007, 150-250.
21. Grabowska H., Narkiewicz K., Grabowski W. i wsp.: Spożywanie alkoholu a ciśnienie tętnicze krwi w opinii pielęgniarek [w:] Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne od poczęcia do starości (red.) Krajewska-Kułak E., Szczepański M., Łukaszuk C., Lewko J., Wydawnictwo Wydział Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia. Akademia Medyczna w Białymstoku, Białystok 2007, 309-313.
22. Grabowska H., Grabowski W., Grzegorczyk M., Dmowska A., Gaworska-Krzemiśka A., Świetlik D., Nackiewicz K.: Wiedza pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej na temat klasyfikacji wartości ciśnienia tętniczego krwi oraz następstw nadciśnienia tętniczego. Pielęgniarstwo XXI wieku, 2010, 1-2, 52-55.

23. Buczyńska-Górna M., Górny A., Kasperowicz A., Podfigurna A., Cymerys M.: Wiedza pacjenta na temat nadciśnienia tętniczego a skuteczność jego leczenia. Nowiny Lekarskie 2003, 72, 1, 72-80.
24. Smoleń M. i wsp.: Wiedza o chorobie wśród pacjentów z nadciśnieniem tętniczym, a ich zachowania prozdrowotne. Nowa Klinika, 1996, Nadciśnienie tętnicze, 3, 276.

Kochański Rarol[1], Kuźma Łukasz[1], Kobus Grażyna[2], Bachórzewska-Gajewska Hanna[1,2], Dobrzycki Sławomir[1]

Nagłe zatrzymanie krążenia w przebiegu zawału mięśnia sercowego, punktem zwrotnym w życiu pacjenta

1. Klinika Kardiologii Inwazyjnej z OIOK i Pracownią Hemodynamiki Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku
2. Zakład Medycyny Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wstęp

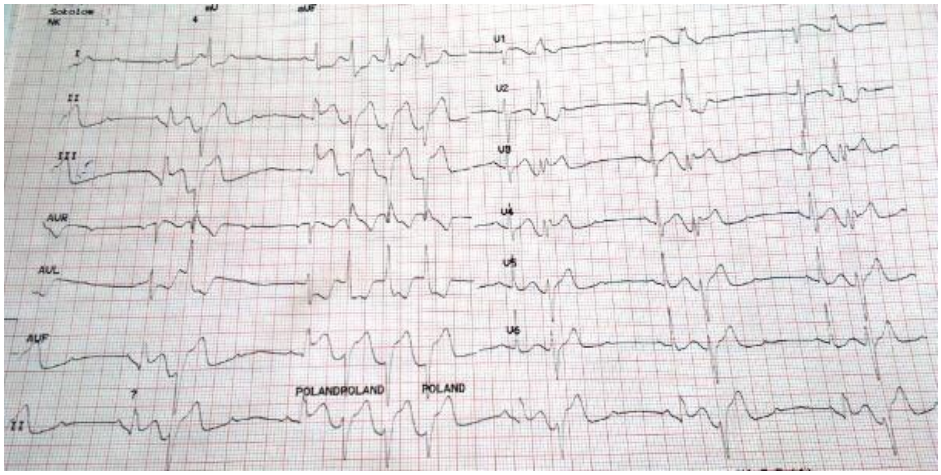
Choroba wieńcowa jest obecnie najczęstszą przyczyną zgonów na świecie i stanowi koło 12,8% [1]. We wczesnej fazie zawału serca często dochodzi do występowania zaburzeń rytmu, a do najpoważniejszych z nich można zaliczyć migotanie komór (VF - *ventricular fibrillation* - migotanie komór), które w wielu przypadkach kończy się nagłym zatrzymaniem krążenia (NZK - nagłe zatrzymanie krążenia) i zgonem. W tej sytuacji decyzja dotycząca prowadzenia resuscytacji powinna być podjęta w ciągu kilku minut, czy nawet sekund. Kluczowymi zasadami w podejmowaniu resuscytacji są: zasada autonomii pacjenta, zasada nieczynienia krzywdy, zasada działania w imię korzyści, zasada sprawiedliwości oraz godności i uczciwości. Zawsze podejmując resuscytację należy rozważyć czy nie będzie ona sprzeczna z wolą pacjenta, lub czy nie będzie leczeniem daremnym (nie przyniesie korzyści w znaczeniu przedłużenia życia o akceptowalnej jakości).

Pacjenci po zawale mięśnia sercowego, szczególnie powikłanym nagłym zatrzymaniem krążenia pozostają w grupie chorych wysokiego ryzyka śmiertelności szpitalnej jak i odległej. Powinni być oni objęci kompleksową opieką medyczną, poczynając od odpowiedniego leczenia reperfuzyjnego i farmakologicznego, poprzez rehabilitację kardiologiczną, kończąc na rzetelnej informacji, uświadomieniu ryzyka choroby oraz konieczności przestrzegania zasad wtórnej prewencji choroby wieńcowej. Mając zawsze na celu zmniejszenie śmiertelności oraz poprawę komfortu życia chorego. Przedstawimy przypadek pacjenta po nagłym zatrzymaniu krążenia w mechanizmie migotania komór w przebiegu zawału ściany dolnej mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST.

Opis przypadku:

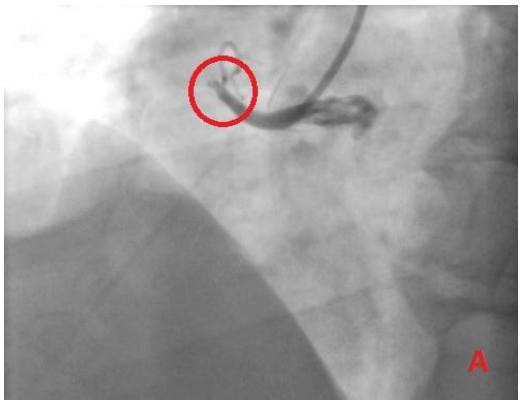
53- letnia pacjent palący papierosy z wywiadem rodzinnym obciążonym chorobą wieńcową, dotychczas nieleczący się kardiologicznie, z wywiadem godzinnego silnego bólu

w klatce piersiowej został przekazany ze szpitala powiatowego w celu inwazyjnej diagnostyki i leczenia zawału ściany dolnej mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST (STEMI - ST *elevation myocardial infarction* - zawał mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST). Przy przyjęciu do Kliniki pacjent zgłaszał silny ból w klatce piersiowej. W wykonanym EKG stwierdzono cechy zawału STEMI ściany dolnej (Fot. 1).

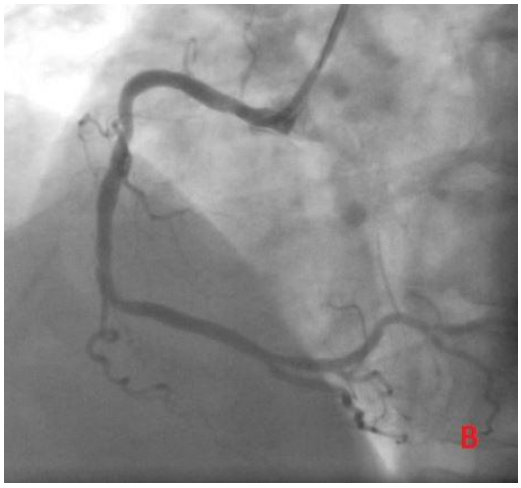


Fotografia 1. Zapis EKG pacjenta z zawałem mięśnia sercowego ściany dolnej z uniesieniem odcinak ST

W trakcie transportu chorego do pracowni hemodynamicznej doszło do nagłego zatrzymania krążenia w mechanizmie migotania komór trwającego około 3-5min. Podjęto skuteczne czynności resuscytacyjne, defibrylowano pacjenta energią 200J oraz zaintubowano w celu zabezpieczenia dróg oddechowych. Po uzyskaniu powrotu rytmu zatokowego pacjent pozostawał przytomny oraz świadomy powagi sytuacji. W angiografii tętnic wieńcowych uwidoczniono świeżą niedrożność prawej tętnicy wieńcowej z obecnością skrzepliny (jako naczynie dozawałowe) oraz istotne zwężenie gałęzi przedniej zstępującej (Fot. 2a). Jednoczasowo wykonano skuteczną angioplastykę prawej tętnicy wieńcowej z implantacją stentu powlekanego lekiem antymitotycznym (Fot. 2b). Po przewiezieniu pacjenta na Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego chory został rozintubowany i pozostawał stabilny. W wykonanych badaniach laboratoryjnych obserwowano wzrost, a następnie normalizację enzymów martwicy mięśnia sercowego: maks. Troponina- 50 ng/ml; maks CK (*creatine kinase* - kinaza keratynowa) - 2894 IU/l; maks. CK-MB (izoenzym sercowy kinazy kreatynowej) - 336 IU/l. W badaniu echo serca stwierdzono upośledzoną funkcję skurczową lewej komory z odcinkowymi zaburzeniami kurczliwości w obrębie ściany dolnej, dolno-bocznej oraz bocznej, EF (*ejection fraction* - frakcja wyrzutowa) -36%.



Fotografia 2a. Niedrożna prawa tętnica wieńcowa (w kółku miejsce niezdrożności).



Fotografia 2b. Prawa tętnica wieńcowa po udrożnieniu oraz implantacji stentu.

Pacjent w trakcie hospitalizacji został poinformowany o zasadach postępowania w ramach wtórnej prewencji choroby wieńcowej. Czas spędzony w szpitalu skłaniający do refleksji oraz świadomość choroby, powodowana przez nagłe zatrzymanie krążenia, konieczność resuscytacji oraz intubacji zmusiły chorego do zastanowienia się nad swoim życiem. Głębsze przemyślenia skłoniły pacjenta do stwierdzenia: „*Dziękuję. Dostałem drugą szansę, drugie życie i nie zamierzam tego zmarnować*”

Chorego w stanie ogólnym dobrym wypisano do domu z zaleceniami systematycznego przyjmowania leków, przestrzegania zasad wtórnej prewencji choroby wieńcowej oraz

okresowej kontroli w Poradni Kardiologicznej. W dalszym etapie leczenia pacjenta zakwalifikowano do angioplastyki gałęzi przedniej stępującej oraz rehabilitacji kardiologicznej.

Problemem dotyczącym postępowania w ramach wtórnej prewencji choroby wieńcowej, jest ich niski poziom zastosowania klinicznego. Można w tym dopatrywać się winy pacjenta bądź lekarza, lub też systemu opieki zdrowotnej na poszczególnych etapach rozwoju choroby wieńcowej poczynając od dolegliwości dławicowych, przez ostry zespół wieńcowy, zatrzymanie krążenia, leczenie rewaskularyzacyjne, farmakologiczne oraz niewydolność serca i profilaktykę pierwotną i wtórną nagłego zgonu sercowego. Ideałem byłaby trwała i ścisła współpraca pacjenta z lekarzem, poczynając od wczesnych objawów choroby wieńcowej. Problemem jest jednak motywacja chorego, która ulega zmniejszaniu wraz z upływem czasu poczynając od incydentu sercowego. Im dalej od zawału serca, to pacjent nie odczuwając dolegliwości dławicowych czuje się pewniej. Zapomina o ryzyku wynikającym z choroby, zaczyna prowadzić mniej odpowiedzialny styl życia. Wraz z upływem czasu osłabieniu ulega także wiara pacjenta i lekarza w stosowaniu prewencji wtórnej w sytuacji utrzymywania dolegliwości dławicowych pomimo sumiennego przestrzegania zasad profilaktyki wtórnej choroby wieńcowej. Innym ważnym powodem niestosowania zaleceń lekarskich, biorąc pod uwagę aspekt socjoekonomiczny, jest ilość przypisywanych leków oraz koszt farmakoterapii. Przeciętni pacjenci z chorobą wiecową, po incydentach wieńcowych są emerytami lub rencistami. Gdy mają wybór czy wydać pieniądze na leki, czy też zapewnić sobie podstawowe potrzeby życiowe, niestety wtedy leki często odchodzą na drugi, a nierzadko na trzeci czy nawet czwarty plan.

W badaniu RECENT wykazano częstość stosowania przez pacjentów poszczególnych leków, na poziomie 75-85%, natomiast gdy oceniano jednoczasowe stosowanie trzech czy czterech leków, to częstość ta spadała do ok. 50% [2]. Problem zaczyna się w sytuacji, gdy pacjent z chorobą wieńcową, co się często zdarza, chorują na nadciśnienie tętnicze, cukrzycę, czy też hipercholesterolemię, co wiąże się z koniecznością przyjmowania kolejnych leków.

Ważne jest, aby pacjent, a także lekarz uświadomili sobie, że sumienne przestrzeganie zasad wtórnej prewencji choroby wieńcowej w perspektywie czasu pozwala na zmniejszenie ryzyka zawału serca czy udaru mózgu o 20-30%. Wynika to ze sakli ryzyka SCORE. Usunięcie chociaż jednego z czynników ryzyka choroby wieńcowej (zaprzestanie palenia papierosów, kontrola ciśnienia tętniczego, bądź zmniejszenie stężenia cholesterolu) pozwala na zmniejszenie dziesięcioletniego ryzyka sercowo-naczyniowego.

Dyskusja

Choroba wieńcowa jest obecnie najczęstszą przyczyną zgonów na świecie i stanowi koło 12,8% [1]. Z dostępnych rejestrów wynika, iż co szósty mężczyzna i co siódma kobieta w Europie umiera z powodu zawału mięśnia sercowego [1]. W ostatnich latach stwierdzono spadek częstości występowania zawału STEMI oraz wzrost częstości występowania zawału NSTEMI (non-ST *elevation myocardial infarction* - zawał mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST) [3]. Do czynników pogarszających rokowanie i zwiększających śmiertelność pacjentów z zawałem STEMI można zaliczyć: współwystępowanie niewydolności nerek oraz cukrzycy, zaawansowanie choroby wieńcowej, a także wiek pacjenta, klasę Kilipa przy przyjęciu, przebyty zawał serca w wywiadzie, wraz z uszkodzeniem funkcji skurczowej lewej komory oraz czas opóźnienia leczenia i wybór sposobu leczenia. Na podstawie prowadzonych rejestrów oszacowano śmiertelność wewnątrzszpitalną pacjentów ze STEMI na 6-14% [4].

W dobie szerszego stosowania pierwotnych przezskórnych interwencji wieńcowych (pPCI) oraz nowoczesnego leczenia trombolitycznego i coraz szerzej stosowanej prewencji wtórnej, obserwuje się spadek śmiertelności w ostrej fazie zawału oraz śmiertelności odległej [5, 6, 7, 8]. Pomimo tych starań śmiertelność wciąż pozostaje jednak na dosyć wysokim poziomie, gdyż aż 12% pacjentów umiera w ciągu pierwszych sześciu miesięcy od zawału serca [9].

Podstawowym kluczem do zmniejszenia śmiertelności w zawale serca jest jego wczesne rozpoznanie. Dlatego ważne jest aby skuteczne postępowanie było oparte o najnowsze standardy. Pierwszym krokiem do rozpoznania zawału z uniesieniem odcinka ST jest wykonanie 12-odprowadzeniowego EKG i odpowiednia jego interpretacja. Typowo, w STEMI stwierdza się uniesienie odcinka ST, mierzone w punkcie J w dwóch sąsiednich odprowadzeniach, wynoszące ≥ 0,25 mV u mężczyzn poniżej 40. roku życia i ≥ 0,2 mV u mężczyzn po 40. roku życia oraz ≥ 0,15 mV u kobiet, w odprowadzeniach V2–V3 i/lub ≥ 0,1 mV w innych odprowadzeniach (przy braku obecności przerostu lewej komory lub bloku lewej odnogi pęczka Hisa (LBBB - *left bundle branch block* - blok lewej odnogi pęczka Hisa) [1]. Często bólowi w klatce piersiowej i świadomości zawału mięśnia sercowego towarzyszy lęk, a więc ważne jest stosowanie odpowiedniej farmakoterapii oraz uspokojenie chorego i jego najbliższych.

We wczesnej fazie zawału serca często występują zaburzenia rytmu, a do najpoważniejszych można zaliczyć migotanie komór (VF), które w wielu przypadkach kończy się, nagłym zatrzymaniem krążenia i zgonem, przez co pacjenci ze STEMI często umierają poza szpitalem i stanowią ok. 1/3 wszystkich chorych. Dlatego ważne jest, aby każdy zespół medyczny wezwany do pacjenta z podejrzeniem zawału serca dysponował defibrylatorem i był przeszkolony w zabiegach resuscytacyjnych. Zapobieganie oraz skuteczniejsze leczenie nagłego zatrzymania krążenia pozwoli na zmniejszenie śmiertelności związanej z chorobą wieńcową. Po rozpoznaniu zawału serca z uniesieniem odcinka ST istotne jest podjęcie odpowiedniego leczenia. Jeśli dostępną metodą leczenia reperfuzyjnego jest pierwotna przezskórna interwencja wieńcowa, to czas od pierwszego kontaktu z zespołem medycznym (FMC - *first medical contac*) - pierwszy kontakt medyczny do udrożnienia tętnicy dozawałowej nie powinien przekraczać 90 min, a u chorych wysokiego ryzyka, z objawami trwającymi mniej niż dwie godziny nie powinien przekraczać 60 min) [1].

Dostępność nowoczesnego leczenia farmakologicznego oraz coraz to lepszych stentów wieńcowych w procesie leczenia przeskórnego umożliwia poprawę efektów wczesnego i odległego leczenia choroby wieńcowej. W schemacie leczenia pacjentów po zawale mięśnia sercowego bardzo ważną rolę odgrywa profilaktyka wtórna. Można do niej zaliczyć wczesną rehabilitację kardiologiczną oraz zmianę stylu życia poprzez rzucenie palenia, odpowiednią dietę i kontrolę masy ciała, aktywność fizyczną oraz kontrolę ciśnienia tętniczego. Wykazano, iż rehabilitacja kardiologiczna stacjonarna jak i ambulatoryjna skutecznie zmniejsza śmiertelność ogólną i ryzyko ponownego zawału serca, poprawia wydolność fizyczną oraz jakość życia po zawale mięśnia sercowego [10, 11, 12]. Zmniejszenie częstości występowania ponownych zawałów serca oraz redukcję ryzyka sercowo-naczyniowego można dodatkowo osiągnąć poprzez wieloczynnikową interwencję edukacyjną i behawioralną [13].

W grupie pacjentów z zawałem mięśnia sercowego palących papierosy odsetek zawałów z uniesieniem odcinka ST jest dwukrotnie większy w porównaniu do pacjentów niepalących. W badaniach obserwacyjnych wykazano, że zaprzestanie palenia pozwala zmniejszyć śmiertelność i jest najbardziej skutecznym pośród działań z zakresu prewencji wtórnej [14].

W najnowszych wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC-*European Society of Cardiology*) wskaźnik masy ciała (BMI - *body mass index* - wskaźnik masy ciała) poniżej 25 kg/m^2 uznawany jest za optymalny, a przy BMI powyżej 30 kg/m^2 lub obwodzie pasa powyżej 102 cm mężczyzn i 88 cm u kobiet zaleca się redukcję masy ciała [1].

Wieloletnie doświadczenia wykazały korzyści z systematycznej aktywności fizycznej u pacjentów z chorobą wieńcową, pozawala ona zmniejszyć niepokój związany z chorobą oraz zwiększać wiarę pacjentów w swoje możliwości. Zaleca się około 30 minut umiarkowanego aerobowego wysiłku fizycznego przynajmniej pięć razy w tygodniu [1]. Wykazano, iż każdy wzrost wydolności fizycznej o jeden równoważnik metaboliczny (MET-*metabolic equivalent*- równoważnik metaboliczny) związany był z redukcją ryzyka zgonu z dowolnej przyczyny o około 8–14% [15], a w dostępnej metaanalizie stwierdzono, iż wysiłek fizyczny w ramach rehabilitacji kardiologicznej związany był z 26 % redukcję ryzyka zgonu z przyczyn sercowych [16]. Problemem w przestrzeganiu zasad wtórnej prewencji choroby wieńcowej może być brak motywacji pacjenta w do stosowania zasad, aspekt socjoekonomiczny, bądź brak wiary chorego lub lekarza w powodzenie stosowanej terapii. W celu jak największej skuteczności profilaktyki wtórnej ważnej jest, aby lekarz monitorował leczenie, wspierał chorego i wykonując kontrolne badania mógł utwierdzić pacjenta w zasadności stosowania zasad.

W pierwszych godzinach zawału mięśnia sercowego często występują zaburzenia rytmu i przewodzenia, niektóre z nich potencjalnie zagrażające życiu. Mogą być one przyczyną nagłego zatrzymania krążenia. NZK w mechanizmie migotania komór w przebiegu zawału mięśnia sercowego jest główną przyczyną śmiertelności całkowitej i sercowo-naczyniowej, a wystąpienie wczesnego migotania komór w okresie okołozawałowym identyfikuje grupę zwiększonego ryzyka zgonu w ciągu 30 dni (około 22%) w porównaniu z pacjentami bez migotania komór (5%) [17].

Nagłe zatrzymanie krążenia jest zdarzeniem o negatywnych konsekwencjach dla pacjenta oraz jego rodziny. W Europie częstość występowania NZK szacuje się na około 0,4–1 na 1000 mieszkańców rocznie [18]. Główną przyczyną nagłego zatrzymania krążenia w Europie, jak i USA jest choroba niedokrwienna serca.

We wczesnym okresie zatrzymania krążenia oraz oddechu może dojść do śmierci klinicznej, stanu w którym aktywność mózgu jest ciągle zachowana (co można potwierdzić w badaniu elektroencelograficzym). Śmierć kliniczna jest stanem odwracalnym, pod warunkiem wczesnego wdrożenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Zatrzymanie krążenia powoduje niedotlenieni wszystkich komórek, tkanek i narządów organizmu. Do najbardziej wrażliwych na niedotlenienie zalicza się komórki układu nerwowego. Nieodwracalne zmiany degeneracyjne w ośrodkowym układzie nerwowym (OUN) zaczynają pojawiać się już po 3-5 minutach, a jako pierwsze obumierają komórki kory mózgowej. Po tym czasie nawet w

sytuacji powrotu krążenia, zmiany powstałe w centralnym układzie nerwowym są nieodwracalne, a w najgorszym przypadku może dojść do śmierci biologicznej, gdzie w sposób bezpowrotny dochodzi do uszkodzenia OUN oraz zatrzymania aktywności mózgu. Od personelu medycznego podejmującego czynności resuscytacyjne, wymaga się zdecydowania oraz szybkości reakcji i trafności podejmowania decyzji, aby maksymalnie skrócić czas do powrotu wydolnego hemodynamicznie rytmu zatokowego. W literaturze dostępne są liczne podania dotyczące śmierci klinicznej oraz wizji doświadczanych wtedy przez pacjenta. Część z nich widzi tunel, inni światło, ale znaczna większość ma poczucie kontaktu z życiem po życiu, co odbija się piętnem na ich dalszym postępowaniu.

Niestety pomimo postępów leczenia ciągle niewiele przypadków resuscytacji kończy się dobrymi odległymi wynikami leczenia [18]. Resuscytacja okazuje się nieskuteczna i zakończona zgonem w około 70–98% przypadków [18]. Natomiast w kilkunastu badaniach wykazano, iż skuteczna resuscytacja po NZK pozwala na dobrą jakość życia u większości chorych [18]. Niestety osoby po nagłym zatrzymaniu krążenia mogą cierpieć na niepokój lub depresję, stres pourazowy oraz zaburzenia funkcji poznawczych [19-33]. Podejmując resuscytację trzeba mieć na uwadze jak najlepsze wyniki leczenia dla pacjenta, wolę chorego w oparciu o choroby współistniejące oraz akceptację rodziny chorego. Kluczowymi zasadami w podejmowaniu resuscytacji są [18]:

- zasada autonomii pacjenta - stanowiąca prawo pacjenta do podejmowania decyzji dotyczącej proponowanego leczenia. Odnosi się ona jedynie do pacjentów przytomnych, zdolnych do podejmowania świadomej decyzji. Nie ma natomiast zastosowania w sytuacjach nagłych, jaką jest nagłe zatrzymanie krążenia.
- zasada nieczynienia krzywdy - polega dokładnie na nieczynieniu większej krzywdy. Zasada ta informuje, iż w sytuacji nagłego zatrzymania krążenia nie należy podejmować resuscytacji u pacjentów bezwzględnie nierokujących, np. u chorych w stanie terminalnym choroby nowotworowej.
- zasada działania w imię korzyści pacjenta- oznacza działanie personelu medycznego w dobrej wierze oraz w najlepszym interesie chorego.
- zasada sprawiedliwości - nakłada obowiązek równomiernego i sprawiedliwego rozłożenia możliwości leczniczych. W odniesieniu do resuscytacji, powinna być ona dostępna dla wszystkich, którym może przynieść korzyść.
- zasada godności i uczciwości- odnosi się do poszanowania osoby oraz do przekazywania pełnych i rzetelnych informacji choremu.

Czasami decyzje dotyczące resuscytacji mogą być podjęte z pewnym wyprzedzeniem, lecz najczęściej decyzja ta musi być podjęta w ciągu minut czy nawet sekund. Zawsze podejmując resuscytację należy rozważyć czy nie będzie ona leczeniem daremnym lub czy nie będzie sprzeczna z wolą pacjenta.

Podsumowanie

Zawał mięśnia sercowego, szczególnie powikłany nagłym zatrzymaniem krążenia powoduje znaczy wzrost ryzyka zgonu w obserwacji szpitalnej jak i odległej. NZK wymusza na personelu medycznym podejmowanie szybkich decyzji dotyczących resuscytacji. Wymaga to postępowania zgodnego z wiedzą i sztuką medyczną, z poszanowaniem praw pacjenta, mając na celu wyłącznie dobro chorego. Podejmując resuscytację trzeba brać pod uwagę korzyści wynikające z tej procedury, by nie była ona leczeniem daremnym i nie była w sprzeczności z wolą pacjenta. Bardzo ważnym aspektem leczenia choroby wieńcowej, poza stosowaniem technik reperfuzyjnych oraz leczenia farmakologicznego, jest świadomość pacjenta dotycząca ryzyka oraz konieczność przestrzegania zasad profilaktyki wtórnej, w celu zmniejszenia ryzyka ponownego incydentu wieńcowego, zmniejszenia śmiertelności oraz poprawy jakości życia chorego. Czas po przebytym zawale serca spędzony w szpitalu połączony z intensywną edukacją pacjentów, może skłaniać do refleksji, uświadomić powagę choroby oraz zmusić do zastanowienia się nad swoim życiem.

Piśmiennictwo

1. Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) do spraw postępowania w ostrym zawale serca z uniesieniem odcinka ST. Wytyczne ESC dotyczące postępowania w ostrym zawale serca z przetrwałym uniesieniem odcinka ST. Kardiol. Pol., 2012, 70, supl. VI, S 255–S 318.
2. Banasiak W., Wilkins A., Pociupany R. i wsp.: Farmakoterapia stabilnej choroby niedokrwiennej serca w lecznictwie otwartym w populacji polskiej. Wyniki wieloośrodkowego badania RECENT. Kardiol. Pol., 2008, 66, 642-649.
3. Roger V.L., Go A.S., Lloyd-Jones D.M. et al.: Executive summary: heart disease and stroke statistics - 2012 update: a report from the American Heart Association. Circulation, 2012, 125, 188–197.
4. Mandelzweig L., Battler A., Boyko V. et al.: The second Euro Heart Survey on acute coronary syndromes: characteristics, treatment, and outcome of patients with ACS in Europe and the Mediterranean Basin in 2004. Eur. Heart. J., 2006, 27, 2285–2293.

5. Widimsky P., Wijns W., Fajadet J. et al.: Reperfusion therapy for ST elevation acute myocardial infarction in Europe: description of the current situation in 30 countries. Eur. Heart. J. , 2010, 31, 943–957.
6. McManus D.D., Gore J., Yarzebski J. et al.: Recent trends in the incidence, treatment, and outcomes of patients with STEMI and NSTEMI. Am. J. Med., 2011, 124, 40–47.
7. Jernberg T., Johanson P., Held C. et al.: Association between adoption of evidence-based treatment and survival for patients with ST-elevation myocardial infarction. J. Am. Med. Assoc., 2011, 305, 1677–1684.
8. Fox K.A., Steg P.G., Eagle K.A. et al. Decline in rates of death and heart failure in acute coronary syndromes, 1999–2006. J. Am. Med. Assoc., 2007, 297, 1892–1900.
9. Fox K.A., Dabbous O.H., Goldberg R.J.: Prediction of risk of death and myocardial infarction in the six months after presentation with acute coronary syndrome: prospective multinational observational study (GRACE). Br. Med. J., 2006, 333, 1091.
10. Lawler P.R., Filion K.B., Eisenberg M.J.: Efficacy of exercise-based cardiac rehabilitation post-myocardial infarction: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Am. Heart. J., 2011, 162, 571–584.
11. Heran B.S., Chen J.M., Ebrahim S. et al.: Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. Cochrane Database Syst. Rev., 2011, 7, CD001800.
12. Dalal H.M., Zawada A., Jolly K., et al: Home based versus centre based cardiac rehabilitation: Cochrane systematic review and meta-analysis. Br. Med. J., 2010, 340, b5631.
13. Giannuzzi P., Temporelli P.L., Marchioli R. et al: Global secondary prevention strategies to limit event recurrence after myocardial infarction: results of the GOSPEL study, a multicenter, randomized controlled trial from the Italian Cardiac Rehabilitation Network. Arch. Intern. Med., 2008, 168, 2194–2204.
14. Thomson C.C., Rigotti N.A.: Hospital- and clinic-based smoking cessation interventions for smokers with cardiovascular disease. Prog. Cardiovasc. Dis., 2003, 45, 459–479.
15. Myers J., Prakash M., Froelicher V. et al.: Exercise capacity and mortality among men referred for exercise testing. N. Engl. J. Med., 2002, 346, 793–801.
16. Taylor R.S., Brown A., Ebrahim S. et al.: Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Am. J. Med., 2004, 116, 682–692.

17. Askari A.T., Shishehbor M.H., Kaminski M.A. et al: The association between early ventricular arrhythmias, renin-angiotensin-aldosterone system antagonism, and mortality in patients with ST-segment-elevation myocardial infarction: Insights from Global Use of Strategies to Open coronary arteries (GUSTO) V. Am. Heart. J., 2009, 158, 238–243.
18. Wytyczne resuscytacji 2010, http://www.prc.krakow.pl/2010/10.pdf, data pobrania 28.04.2013.
19. Moulaert V.R.M.P., Verbunt J.A., van Heugten C.M. et al.: Cognitive impairments in survivors of out-of-hospital cardiac arrest: a systematic review. Resuscitation, 2009, 80, 297–305.
20. Holler N.G., Mantoni T., Nielsen S.L., et al: Long-term survival after out-of-hospital cardiac arrest. Resuscitation, 2007, 75, 23–28.
21. van Alem A.P., de Vos R., Schmand B. et al.: Cognitive impairment in survivors of out-of-hospital cardiac arrest. Am. Heart. J., 2004, 148, 416–421.
22. Bunch T.J., White R.D., Gersh B.J. et al: Long-term outcomes of out-of-hospital cardiac arrest after successful early defi brillation. N. Engl. J. Med., 2003, 348, 2626–1633.
23. Nichol G., Stiell I.G., Hebert P. et al.: What is the quality of life for survivors of cardiac arrest? A prospective study. Acad. Emerg. Med., 1999, 6, 95–102.
24. Stiell I., Nichol G., Wells G., et al: Health-related quality of life is better for cardiac arrest survivors who received citizen cardiopulmonary resuscitation. Circulation, 2003, 108, 1939–1944.
25. Granja C., Cabral G., Pinto A.T., Costa-Pereira A.: Quality of life 6-months after cardiac arrest. Resuscitation, 2002, 55, 37–44.
26. Lettieri C., Savonitto S., De Servi S. et al: Emergency percutaneous coronary intervention in patients with ST-elevation myocardial infarction complicated by out-of-hospital cardiac arrest: early and medium-term outcome. Am. Heart. J., 2009, 157, 569–575.
27. Tiainen M., Poutiainen E., Kovala T. et al: Cognitive and neurophysiological outcome of cardiac arrest survivors treated with therapeutic hypothermia. Stroke, 2007, 38, 2303–2308.

28. Graf J., Muhlhoff C., Doig G.S, et al.: Health care costs, long-term survival, and quality of life following intensive care unit admission after cardiac arrest. Cri. Care, 2008, 12, R92.
29. Horsted T.I., Rasmussen L.S., Meyhoff C.S. et al.: Long-term prognosis after out-of-hospital cardiac arrest. Resuscitation, 2007, 72, 214–218.
30. Saner H., Borner Rodriguez E., Kummer-Bangerter A., Schuppel R., von Planta M.: Quality of life in long-term survivors of out-of-hospital cardiac arrest. Resuscitation, 2002, 53, 7–13.
31. O'Reilly S.M., Grubb N.R., O'Carroll R.E.: In-hospital cardiac arrest leads to chronic memory impairment. Resuscitation, 2003, 58, 73–79.
32. Lundgren-Nilsson A., Rosen H., Hofgren C., Sunnerhagen K.S.: The first year after successful cardiac resuscitation: function, activity, participation and quality of life. Resuscitation, 2005, 66, 285–289.
33. Peberdy M.A., Kaye W., Ornato J.P, et al: Cardiopulmonary resuscitation of adults in the hospital: a report of 14720 cardiac arrests from the National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation. Resuscitation, 2003, 58, 297–308.

Wysocka- Skurska Izabela[1], Sierakowska Matylda[2], Kułak Wojciech[3], Krajewska-Kułak Elżbieta[2], Sierakowski Stanisław[1]

Ocena problemów zdrowotnych i jakości życia pacjentów z RZS w zależności od stosowanej terapii farmakologicznej

1. Kliniki Reumatologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Zakładu Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
3. Klinika Rehabilitacji Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wstęp

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) (ang. rheumatoid arthritis - RA) jest przewlekle postępującym procesem zapalnym błony maziowej, doprowadzającym do niszczenia tkanek stawowych i okołostawowych. Zmiany te powodują upośledzenie funkcji stawów, co w konsekwencji prowadzi do trwałego kalectwa, niepełnosprawności a nawet przedwczesnej śmierci [1].

Typowymi objawami choroby jest ból oraz symetryczne obrzęki stawów rąk i stóp. Ból nasila uczucie niepokoju powoduje drażliwości, wyczerpanie oraz przygnębienie. Choroba charakteryzuje się także: sztywnością poranną stawów (występująca po okresie bezruchu) oraz nocnym drętwieniem i pieczeniem rąk. W skutek zmian destrukcyjnych w stawach i tkankach okołostawowych powstają przykurcze, zaniki mięśniowe, zniekształcenia stawowe co w konsekwencji powoduje ograniczenia ich ruchomości [2].

Zgodnie z najnowszymi standardami diagnostyczno - terapeutycznymi ACR/EULAR bardzo istotne jest szybkie ustalenie prawidłowego rozpoznania i rozpoczęcie leczenia lekami modyfikującymi przebieg choroby (LMPCh) [3]. Leki te zmniejszają objawy zapalenia, spowalniają go, lecz nie zapobiegają postępowi zmian destrukcyjnych w stawach oraz nie zapobiegają rozwojowi zmian narządowych. Konieczne zatem staje się poszukiwanie nowych leków, bardziej efektywnych, które mogłyby być stosowane w formie monoterapii lub w skojarzeniu z innymi lekami przez długi czas. Wieloletnie badania pozwoliły na lepsze poznanie patogenezy chorób reumatycznych, co przyczyniło się do powstania nowej generacji leków o strukturze białkowej, tzw. leków biologicznych, wytwarzanych z zastosowanych technik rekombinowanego DNA. U zdecydowanej większości chorych z reumatoidalnym zapaleniem stawów, już po pierwszym podaniu leku, obserwuje się poprawę kliniczną [4].

Proces zapalny jaki powoduje choroba bardzo często prowadzi do różnorodnych zaburzeń, zarówno w sferze somatycznej, w procesach psychicznych (zmiany nastroju przejawiające się podwyższeniem poziomu lęku i depresji), jak i w aktywności społecznej [5]. Dodatkowo współistniejące choroby oraz częste powikłania spowodowane leczeniem sprawiają, że chorzy tracą zdolność do samodzielnego wykonywania podstawowych czynności życiowych, stając się zależni od otoczenia [6, 7]. Dlatego bardzo ważna jest ocena jakości życia uwarunkowana stanem zdrowia, która umożliwia subiektywną ocenę funkcjonowania fizycznego, psychicznego i społecznego pacjenta w chorobie, niepełnosprawności jak i środowisku społecznym i zawodowym. Na poziom jakości życia chorych z reumatoidalnym zapaleniem stawów wpływają głównie: postępujący deficyt niesprawności, uporczywy ból, zmęczenie i depresja [4,5]. Modyfikują ją również przekonania dotyczące stanu zdrowia jak i problemy natury psychologicznej. Ocena jakości życia pozwala poznać sytuacje, które wpływają na postawy i dążenia pacjenta, który staje się partnerem w procesie leczenia i pielęgnowania. Umiejętność samoopieki, przy współudziale rodziny i zespołu terapeutycznego, ma niewątpliwie korzystny wpływ na poprawę jakości życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów [5].

Cel pracy

Celem pracy była ocena problemów zdrowotnych i jakości życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów w wymiarze funkcjonowania fizycznego, psychicznego i społecznego w zależności od stosowanej terapii farmakologicznej.

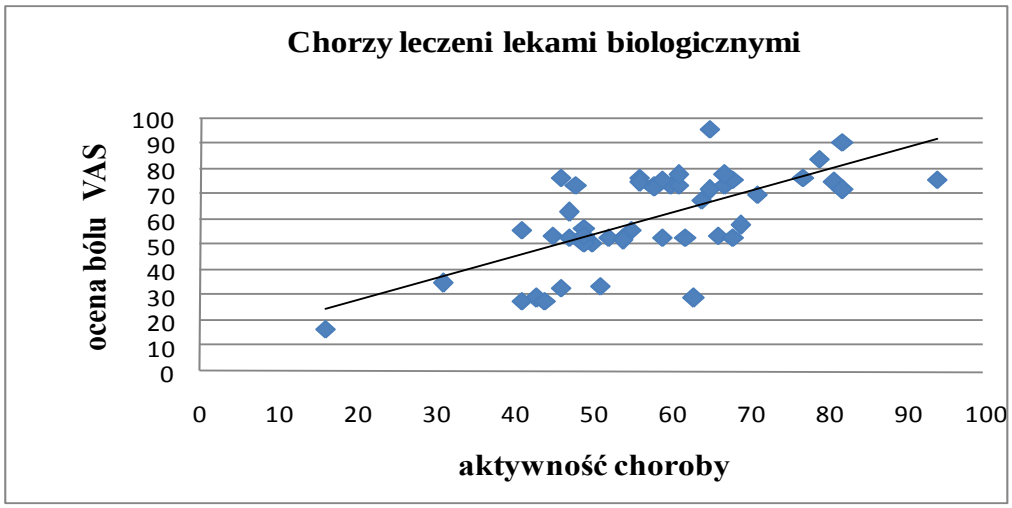
Materiał i metodyka

Badania przeprowadzono w 2010 roku w Klinice Reumatologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Badaniem objęto 100 pacjentów z rozpoznaniem reumatoidalnego zapalenia stawów, w oparciu o standardy diagnostyczne ACR (American College of Rheumatology z 1987). Populację podzielono na 2 grupy: I - to pacjenci leczeni lekami modyfikującymi przebieg choroby (LMPCh) (N= 50), II - chorzy leczeni tzw. lekami biologicznymi (N= 50). Metodą stosowaną w badaniach był sondaż diagnostyczny z wykorzystaniem: kwestionariusza ankiety, skal analogowych (bólu, sztywności porannej stawów, aktywności choroby), Indeksu Niesprawności (HAQ), Skali Lęku i Depresji (HADS – A i HADS - D) oraz skali oceny jakości życia SF- 36.

Wyniki badań

Badaniem objęto 100 pacjentów, których podzielono na 2 grupy: I - to pacjenci leczeni lekami modyfikującymi przebieg choroby (LMPCh) (N= 50), II - chorzy leczeni tzw. lekami

biologicznymi (N= 50). Ogółem najliczniejszą grupą respondentów z rozpoznaniem reumatoidalnego zapalenia stawów stanowiły kobiety N=70, mężczyźni N=30. W grupie wiekowej <45 lat było 31 badanych, w wieku 46–60 lat – 45, zaś w grupie >60 lat - 24. Najliczniejsza grupa zamieszkiwała miasta (63), zaś wieś 37 osób. Ponad połowa chorych (59) była na rencie/ emeryturze. Czynną aktywność zawodową deklarowało 25 badanych, zaś 16 okresowo nie pracowało. Biorąc pod uwagę czas trwania choroby pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów podzielono na 2 grupy: Gr. I – czas trwania choroby do 10 lat (49), Gr. II – powyżej 10 lat (51).

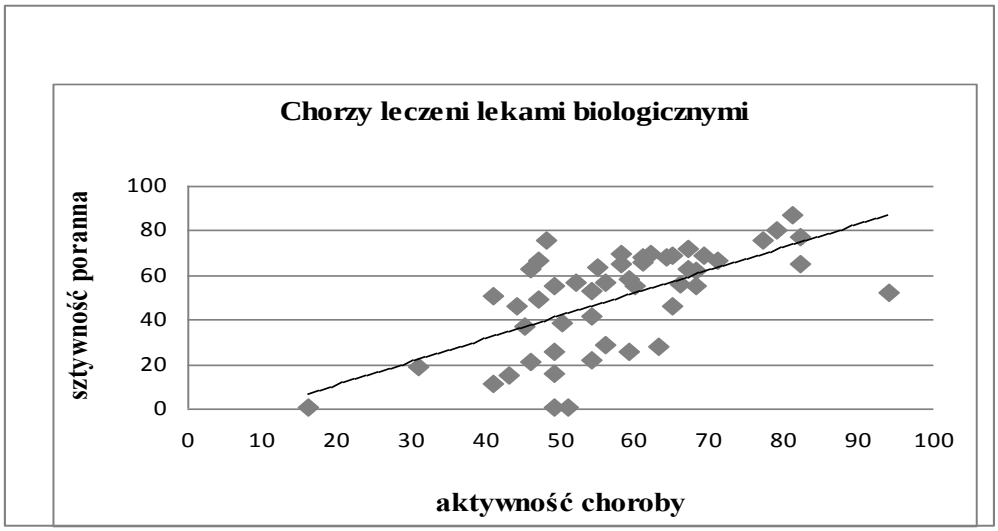


Rycina 1. **Korelacja oceny aktywności choroby z oceną odczuwania bólu (VAS) w II grupie badanej.**

Analiza aktywności choroby u pacjentów leczonych LMPCh i lekami biologicznymi

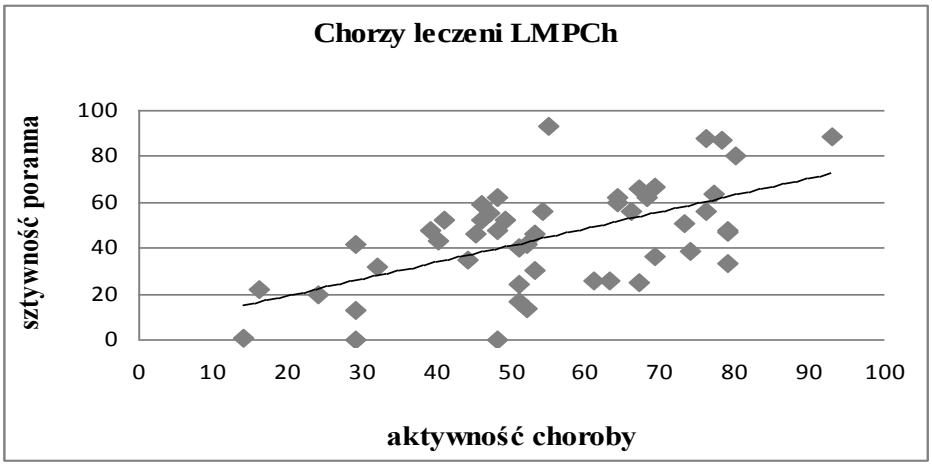
Do analizy aktywności choroby wykorzystano skalę liniową w zakresie 0 – 100 mm. Oceniając ogólną aktywności choroby respondenci w obu grupach badanych w większości stwierdzają średnią aktywność choroby 36 – 65 mm (grupa I- 52%, grupa II- 68%). Ankietowani leczeni LMPCh w 34% oceniają wysokie/ max wyobrażalne nasilenie choroby (66 – 100 mm), zaś chorzy leczeni lekami biologicznymi w 26%.

Analizując korelację porównawczą pomiędzy stopniem aktywności choroby, a odczuwaniem bólu oraz poziomem nasilenia sztywności porannej stawów zaobserwowano wysoką zależność u chorych leczonych lekami biologicznymi pomiędzy aktywnością choroby, a odczuwaniem bólu ($r = 0,61$; $p< 0,0001$) (Ryc.1) oraz nasileniem sztywności porannej stawów ($r = 0,63$; $p< 0,0001$) (Ryc.2).



Rycina 2. **Korelacja oceny aktywności choroby z oceną sztywności porannej w II grupie badanej.**

U respondentów leczonych LMPCh zaobserwowano wysoką korelację pomiędzy oceną aktywności choroby, a nasileniem sztywności porannej stawów (r = 0,51; p< 0,0001) (Ryc.3).

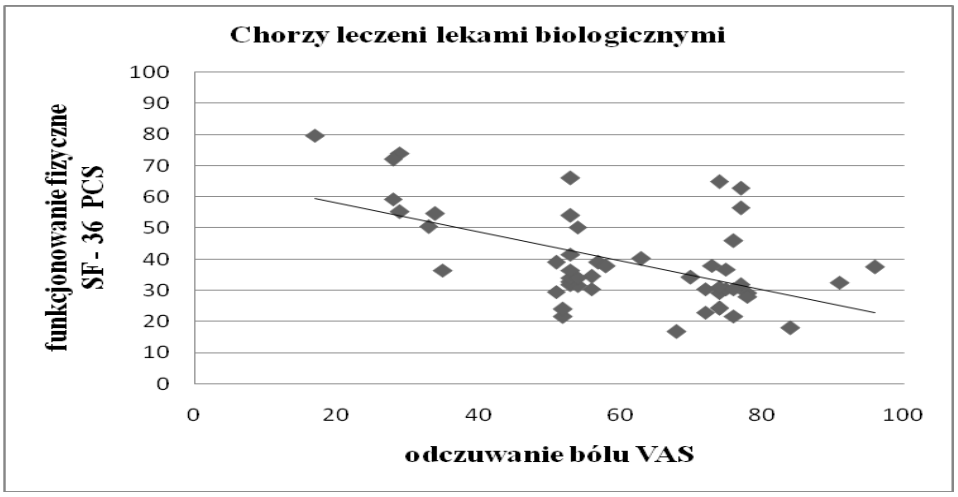


Rycina 3. **Korelacja oceny aktywności choroby z oceną sztywności porannej w I grupie badanej.**

Zaobserwowano również korelację pomiędzy oceną aktywności choroby, a poziomem jakości życia w sferze funkcjonowania fizycznego (r= -0,43, p<0,05) i psychicznego (r=-0,33, p<0,05) oraz odczuwaniem bólu (r= 0.45, p<0,05) w I grupie badanej.

Ocena natężenia dolegliwości bólowych stawów

Do oceny natężenia bólu zastosowano skalę wzrokowo – analogową (VAS) w wersji opisowej (0- 100mm). Wartość średnia bólu chorych leczonych LMPCh wynosiła 59,5 ± 12,9, a u ankietowanych leczonych lekami biologicznymi 60,4 ± 17,9. Wskazuje to na średni stopień odczuwania bólu zarówno w grupie badanej I jak i II. Analizując korelację pomiędzy odczuwaniem dolegliwości bólowych (VAS), a oceną jakości życia w sferze funkcjonowania fizycznego (SF – 36 PCS) i psychicznego (SF – 36 MCS) zaobserwowano wysoką zależność pomiędzy odczuwaniem bólu, a funkcjonowaniem fizycznym u respondentów leczonych lekami biologicznymi (r=-0,40; p<0,05). Zaobserwować należałoby, iż wraz z narastaniem dolegliwości bólowych maleje ocena jakości życia w sferze funkcjonowania fizycznego w II grupie badanej (Ryc.4.)

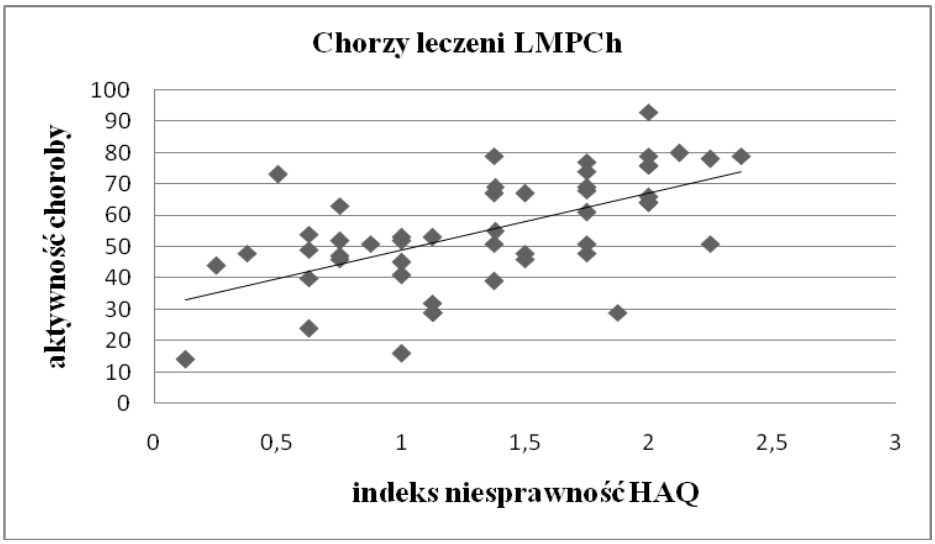


Rycina 4. **Korelacja odczuwania bólu (VAS) z funkcjonowaniem fizycznym (SF-36 PCS) w II grupie badanej.**

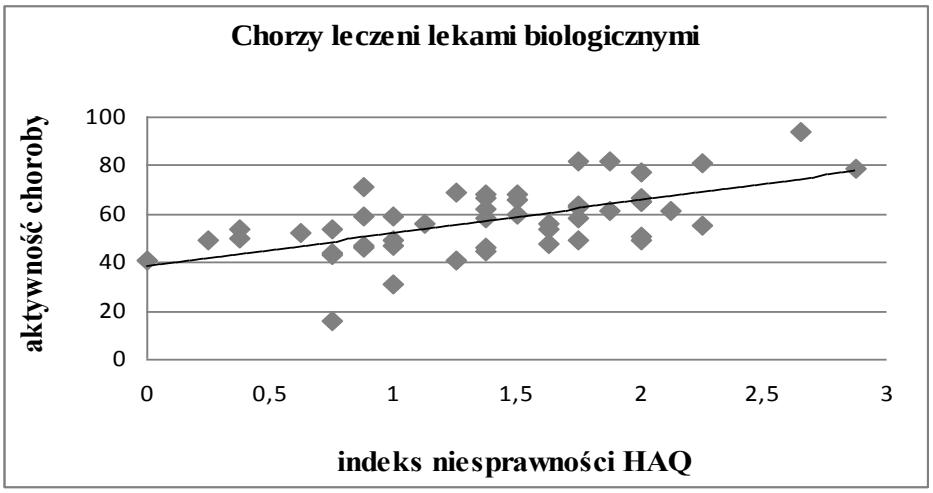
Ocena sprawności fizycznej (Indeks Niesprawności HAQ) w obu grupach badanych

W celu analizy stopnia niesprawności chorych w czynnościach dnia codziennego wykorzystano kwestionariusz ankiety HAQ, interpretując wyniki w skali od 0 – 3 pkt. Z badań wynika, iż zarówno w grupie chorych leczonych lekami biologicznymi i LMPCh ponad połowa respondentów (grupa I – 56%, grupa II - 56%) zgłasza poważne ograniczenia lub potrzebę pomocy w codziennych czynnościach. Znaczny procent ankietowanych w obu grupach (grupa I – 36%, grupa II – 34%) deklaruje dysfunkcje o nieznacznym nasileniu w każdej dziedzinie codziennego życia. Dokonując analizy zależności pomiędzy poziomem

niesprawności (HAQ), a oceną aktywności choroby u chorych leczonych LMPCh (r=0,58;p<0,0001) (Ryc.5) oraz u pacjentów leczonych lekami biologicznymi (r=0,57; p<0,0001) (Ryc.6) obserwuje się, wzrost poziomu niesprawności przy wykonywaniu czynności dnia codziennego korelującą z pogarszającą się oceną aktywności choroby w obu grupach badanych.



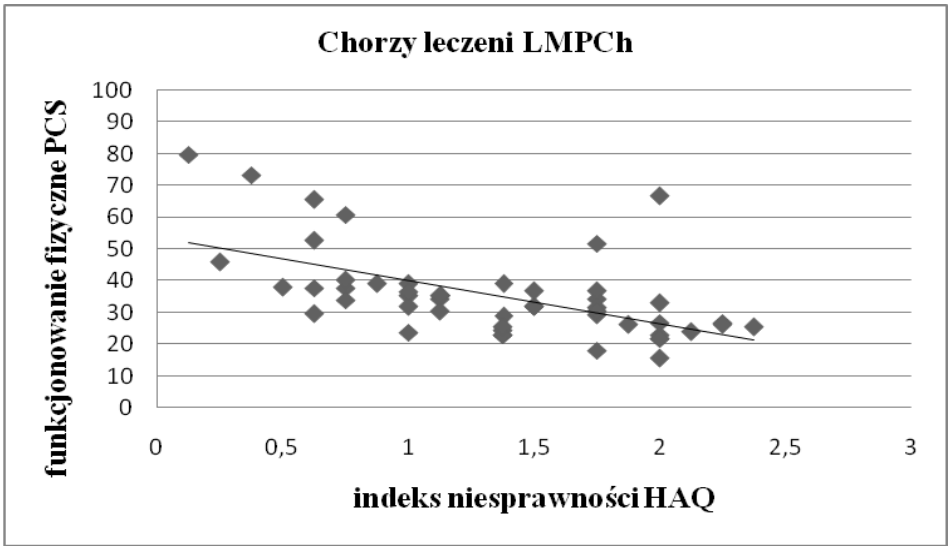
Rycina 5. **Korelacja pomiędzy stopniem niesprawności (HAQ), a aktywnością choroby w I grupie badanej.**



Rycina 6. **Korelacja pomiędzy stopniem niesprawności (HAQ), a aktywnością choroby w II grupie badanej.**

Dokonując dalszej analizy wyników zaobserwowano również znaczny wpływ pogarszającego się stopnia niesprawności (HAQ) na ocenę jakości życia w sferze

funkcjonowania fizycznego (r= -0,61;p<0,0001) w I grupie badanej (Ryc.7) oraz na ocenę jakości życia w sferze funkcjonowania psychicznego (r= -0,13;p>0,05) w II grupie badanej.



Rycina 7. **Korelacja poziomu niesprawności (HAQ) z oceną jakości życia w sferze funkcjonowania fizycznego (SF – 36 PCS) w I grupie.**

Ocena jakości życia (SF – 36) a odczuwanie lęku i depresji (HADS – A, HADS – D) w obu grupach badanych

Dokonując analizy jakości życia wykorzystano kwestionariusz ankiety SF – 36. Kwestionariusz zawiera 8 podskal w których punktacja wynosi od 0 do 100: im więcej punktów, tym lepszy wynik. Wartość średnią funkcjonowania fizycznego (PCS) określano w Gr. I na poziomie 35,3 ± 13,8 zaś w Gr. II 39,3 ± 15,1. Wskazywało to na dość słabe funkcjonowanie w sferze fizycznej obu grupach badanych. Wartości średnie jakości życia w sferze psychicznej (MCS) były na poziomie ok. 44 pkt. (średnia ocena funkcjonowania psychicznego). Nie obserwowano różnic istotnych statystycznie w obu grupach badanych. Z badań oceny jakości życia wynika, iż respondenci na nieco wyższym poziomie oceniali sferę psychiczną niż fizyczną (Tab. I).

Analizując korelację pomiędzy oceną jakości życia w sferze funkcjonowania psychicznego (SF-36 MCS) i fizycznego (SF-36 PCS), a odczuwaniem lęku (HADS- A) i depresji (HADS- D) zaobserwowano zależności w obu grupach badanych. W grupie chorych leczonych LMPCh wzrastający poziom odczuwania lęku (HADS-A) koreluje z pogarszającą

Tabela I. **Charakterystyka porównawcza funkcjonowania fizycznego i psychicznego w obu grupach badanych.**

Badana cecha	**Funkcjonowanie fizyczne PCS**		**Funkcjonowanie psychiczne MCS**	
	Grupa I	**Grupa II**	**Grupa I**	**Grupa II**
Liczba pacjentów	50	50	50	50
Wartość średnia	35,3	39,3	44,7	43,8
Odchylenie standardowe	13,8	15,1	21,9	19,8
Wartość min.	15,5	16,7	4,25	13,5
Wartość max	79,7	79,7	100	91,7

się oceną jakości życia w sferze funkcjonowania psychicznego (SF– 36 MCS) ($r = - 0,55$; $p< 0,0001$) i fizycznego (SF-36 PCS) ($r=-0,30$; $p< 0,05$). Nasilająca się depresja (HADS-D) znacząco wpływa na poziom jakości życia w sferze funkcjonowania psychicznego ($r=-0,53$, $p< 0,0001$) w I grupie badanej.

U chorych leczonych lekami biologicznymi zaobserwowano bardzo wysoką korelację pomiędzy odczuwaniem depresji (HADS – D), a funkcjonowaniem psychicznym (SF-36MCS) ($r = - 0,52$; $p< 0,0001$). Wzrost poziomu lęku znacząco wpływa na poziom jakości życia w sferze funkcjonowania psychicznego ($r =- 0,48$; $p< 0,05$) w II grupie badanej.

Dyskusja

Jedną z najczęstszych układowych chorób przewlekłych, dotyczących tkanki łącznej, powodującej obniżenie poziomu zdrowia i jakości życia jest reumatoidalne zapalenie stawów. Częstość reumatoidalnego zapalenia stawów w zależności od populacji waha się od 0,5 do 2%. Szacuje się, że w Polsce na RZS choruje około 1% populacji, co oznacza, że choroba ta jest przyczyną niepełnosprawności i/ lub inwalidztwa u 400 tysięcy osób [8].

Badania własne subiektywnej oceny aktywności choroby wskazywały, iż większość chorych zarówno leczonych lekami biologicznymi jak i LMPCh deklarowało średnią aktywność choroby (I grupa – 52%, II grupa – 68%). Porównując aktywność choroby z odczuwaniem bólu, nasileniem sztywności porannej wykryto istotne korelacje wpływające na subiektywną ocenę aktywności choroby. U chorych w II grupie badanej zaobserwowano

zależność pomiędzy aktywnością choroby, a odczuwaniem bólu (r= 0,61; p<0,0001) oraz nasileniem sztywności porannej (r= 0,63, p< 0,0001). Analizując badania zaobserwować można, iż wraz z coraz gorszą oceną zdrowia u respondentów I grupy badanej nasila się odczuwanie sztywności porannej stawów (r= 0,51, p< 0,0001) oraz na natężenie bólu (r=0,45, p<0,05).

Badania przeprowadzone przez Sierakowską i wsp., przedstawiające subiektywną ocenę aktywności choroby wskazują, iż ponad połowa respondentów (64%) niezależnie od metody leczenia określa średnią aktywność choroby, jedyne 12% ankietowanych deklarowało zły i bardzo zły stan zdrowia [5].

Rupiński i wsp. w swoich badaniach przeprowadzonych w grupie 169 chorych z RZS zaobserwowali wysoką aktywność choroby (mediana DAS 28=5,43; Q1=4,43; Q3=6,22) u chorych leczonych metotreksatem (MTX) lub innymi LMPCh. Istotnie statystycznie zmniejszenie aktywności choroby odnotowano u osób otrzymujących skojarzone leczenie infiximabem i metotreksatem (p<0,01) [9].

Postępujący charakter choroby powoduje coraz gorsze funkcjonowanie chorych w czynnościach dnia codziennego. Indeks niesprawności HAQ umożliwia ocenę funkcjonowania pacjentów w życiu codziennym [1].

Badania własne wskazują, iż ponad połowa respondentów (56%) grupy I i II zgłaszała poważne ograniczenia lub potrzebę pomocy w codziennych czynnościach. Nie obserwuje się różnic istotnych statystycznie pomiędzy pacjentami leczonymi LMPCh i lekami biologicznymi. Zaobserwowano zależność pomiędzy postępującą niepełnosprawnością w wykonywaniu czynności dnia codziennego, a aktywnością choroby (r= 0,58, p< 0,0001) u chorych leczonych LMPCh. W II grupie badanej wykryto korelację pomiędzy niepełnosprawnością, a aktywnością choroby (r= 0,57, p< 0,0001) oraz poziomem natężenia dolegliwości bólowych (r= 0,47, p<0,05).

Wyniki badań Jarockiej i wsp. wskazują, iż u chorych leczonych lekami biologicznymi względem grupy otrzymującej placebo zaobserwowano znaczną poprawę wydolności funkcjonalnej, mierzonej indeksem niepełnosprawności HAQ [6].

Rupiński i wsp. donoszą, iż u chorych otrzymujących leczenie skojarzeniowe leku biologicznego + LMPCh odnotowano znaczne obniżenie współczynnika niepełnosprawności HAQ (wartość śr. 0,92 ± 0,59, p< 0,01) [9].

Ból towarzyszący chorobie przyczynia się do tego, iż pacjenci stają się niespokojni, drażliwi, wyczerpani, co w konsekwencji wywołuje zaburzenia w funkcjonowaniu w życiu codziennym.

Wyniki własne wskazują, iż dolegliwości bólowe o średnim nasileniu odczuwało 66% ankietowanych leczonych LMPCh, lekami biologicznymi tylko 36%. Duży odsetek respondentów II grupy (48%) odczuwało silny stopień natężenia bólu. Wraz ze wzrostem odczuwania bólu nasila się poziom niesprawność chorych w czynnościach dnia codziennego (HAQ) u pacjentów leczonych lekami biologicznymi ($r= 0,47$, $p<0,05$). W I grupie badanej nie wykryto znaczącego wpływu bólu na pogarszającą się niesprawność.

Świerkot i wsp. w swoich badaniach zaobserwowali, iż u chorych którzy stosowali MTX p.o. i s.c. po 24 tyg. stosowania zmniejszyło się natężenie dolegliwości bólowych (p.o $43,1 \pm 4,3$, s.c. $39,0 \pm 2,9$) [10].

Z doniesień literatury wynika, iż pacjenci skarżący się na dolegliwości bólowe znacznie niżej oceniają poziom sprawności (HAQ >1,8 pkt.). Chorzy nie zgłaszający dolegliwości bólowych wyżej oceniają HAQ (< 1pkt.) w porównaniu do pacjentów, których ból dotyczył [4,9].

Na jakość życia chorych z reumatoidalnym zapaleniem stawów wpływają głównie takie czynniki, jak: inwalidztwo, uporczywy ból, zmęczenie i depresja. Modyfikują ją przekonania dotyczące stanu zdrowia i problemy natury psychologicznej.

Badania własne wskazują na dość słabe funkcjonowanie chorych, szczególnie w sferze fizycznej (Gr.I $35,3 \pm 13,8$ zaś w Gr. II $39,3 \pm 15,1$). Wartości średnie jakości życia w sferze psychicznej w obu grupach badanych były na poziomie ok. 44 pkt. Wskazuje to na średnią ocenę funkcjonowania psychicznego.

W badaniach Bączyk, dotyczących oceny jakości życia 120 pacjentów z RZS zaobserwowano, iż respondenci oceniają swój stan fizyczny i sprawność ruchową oraz stan emocjonalny na poziomie średnim [1].

Celem badań przeprowadzonych przez Sierakowską i wsp. była ocena jakości życia chorych z RZS na podstawie kwestionariusza WHOQOL BREF w dziedzinach: fizycznej, psychologicznej, relacji społecznych i środowiskowych. Wykazano, że respondenci najniżej oceniają dziedzinę fizyczną (czynności życia codziennego, zależności od leczenia, energia i zmęczenie, mobilność, ból) oraz środowiskową w zakresie wolności, bezpieczeństwa psychicznego, dostępności i jakości opieki zdrowotnej [7].

Analizując zależność pomiędzy odczuwaniem bólu (VAS), a funkcjonowaniem fizycznym (SF -36 PCS) i psychicznym (SF – 36 MCS) zaobserwowano w badaniach własnych wysoką korelację pomiędzy odczuwaniem bólu, a funkcjonowaniem fizycznym u respondentów leczonych lekami biologicznymi ($r = - 0,40$; $p<0,05$). Nie zaobserwowano korelacji pomiędzy badanymi zmiennymi w grupie leczonej LMPCh.

Bączyk analizując korelację pomiędzy natężeniem bólu, a jakością życia wykazała również związek pomiędzy tymi wskaźnikami. Zaobserwowano znaczną zależność pomiędzy natężeniem bólu a oceną satysfakcji życiowej chorych (wartość współczynnika rzędu 0,3 – 0,4) [1].

Wnioski

W toku przeprowadzonych badań i analizy uzyskanych danych sformułowano następujące wnioski:

1. Głównymi problemami zdrowotnymi zgłaszanymi przez ankietowanych z reumatoidalnym zapaleniem stawów leczonych LMPCh i lekami biologicznymi są: sztywność poranna, bóle stawów, postępująca niesprawność w wykonywaniu czynności dnia codziennego, nasilające się zaburzenia lękowe i depresyjne.
2. Problemy sfery psychicznej (lęk, depresja) w grupie leczonej LMPCh wpływają znacząco na ocenę jakości żucia w sferze funkcjonowania psychicznego i fizycznego. Zaburzenia lękowe i depresyjne u chorych leczonych lekami biologicznymi mają większy wpływ na funkcjonowanie psychiczne.
3. Postępująca aktywność choroby powoduje gorszą ocenę jakości życia w sferze fizycznej, jak i psychicznej oraz znacząco wpływa na ocenę natężenia bólu i nasilenia sztywności porannej w obu grupach badanych.
4. Wzrastający deficyt niesprawności w czynnościach dnia codziennego (HAQ) powoduje pogarszającą się ocenę jakości życia w sferze fizycznej w I i II grupie. Niesprawność zwiększa ryzyko rozwoju zaburzeń depresyjnych i lękowych oraz obniża ocenę funkcjonowania psychicznego szczególnie w grupie leczonej LMPCh.

Piśmiennictwo

1. Bączyk G.: Przegląd badań nad jakością życia chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. Reumatologia, 2008, 46, 372 – 379.
2. Żuk B., Księżopolska- Orłowska K. Ochrona stawów w reumatoidalnym zapaleniem stawów. Czynności dnia codziennego. Reumatologia, 2009, 47, 193- 201.

3. Stanisławska–Biernat E., Sierakowska M., Sierakowski S.: Nowe kryteria klasyfikacyjne reumatoidalnego zapalenia stawów. Reumatologia, 2010, 48, 361- 365.
4. Aletaha D., Neogi T., Silman A.J. i wsp.: 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. Ann. Rheum. Dis., 2010, 69, 1580-1588.
   Sierakowska M., Matys A., Kosior A. i wsp.: Ocena jakości życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. Reumatologia, 2006, 44, 298- 303.
5. Jarecka M., Borowicz P. Rekombinowane leki biologiczne w terapii reumatoidalnego zapalenia stawów. Terapia i Leki, 2009, 8, 540 – 547.
6. Sierakowska M., Krajewska - Kułak E. i wsp. : Postępująca niepełnosprawność, ból a jakość życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. Przegl. Lek., 2005, 62, 89- 94.
7. Zimmermann – Górska I.: Reumatologia kliniczna. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2008.
8. Rupiński R., Filipowicz - Sosnowska A.: Aktywność choroby a niepełnosprawność u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. Reumatologia, 2005, 43, 129 - 137.
9. Świerkot J., Sokolik R., Gruszecka – Marczyńska K. i wsp.: Skuteczność leczenia i występowanie działań niepożądanych w trakcie terapii metotreksatem podawanym doustnie i podskórnie chorym na reumatoidalne zapalenie stawów. Reumatologia, 2008, 46, 322 – 329.

WYBRANE PROBLEMY OPIEKI REHABILITACYJNO/ FIZJOTERAPEUTYCZNEJ



Sochoń Karolina[1], Zalewska Anna [2], Sochoń Magdalena [2]

Mechanizmy utrzymania równowagi posturalnej i metody diagnostyczne

1. Klinika Rehabilitacji Dziecięcej z Ośrodkiem Wczesnej Pomocy Dzieciom Upośledzonym „ Dać szansę”, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. SKN Wolontariuszy Medycznych

Stabilność jest zdolnością organizmu do odzyskiwania stanu równowagi. Jest umiejętnością aktywnego przywracania pionowej postawy ciała, utraconej w wyniku działania czynników destabilizujących, którymi mogą być bodźce zewnętrzne z otoczenia lub własna aktywność ruchowa. Wyróżniamy stabilność funkcjonalną i stabilność strukturalną. Stabilność funkcjonalna jest wrażliwością postawy na bodźce destabilizujące. Stabilność strukturalna jest zdolnością organizmu do utrzymania stanu równowagi przy zmianach systemu sterowania [1].

Równowaga jest to stan układu posturalnego. Charakterystyczna pionowa orientacja ciała zostaje osiągnięta dzięki zrównoważeniu działających na ciało sił i ich momentów [2]. Równowaga statyczna jest umiejętnością utrzymania postawy ciała w bezruchu, z niewielkimi wychyleniami. Mówi się o niej w przypadku niezmieniającego się punktu podparcia ciała pacjenta. Równowaga statyczna uwarunkowana jest czynnikami środowiskowymi i genetycznymi. Bardziej szczegółowo możemy rozpatrywać równowagę statyczną jako równowagę stałą, równowagę obojętną i równowagę chwiejną[3]. Równowaga dynamiczna jest zdolnością do utrzymania postawy stojącej połączonej z wychyleniami i poruszaniem się bez upadania. Mówi się o niej przy zmianach pozycji podparcia [2,3].

Głównym warunkiem występowania stanu równowagi jest zdolność utrzymania rzutu środka ciężkości ciała (center of mass – COM), zlokalizowanego w okolicy podbrzusza, wewnątrz powierzchni podparcia wyznaczonej przez obrys stóp [4]. Zadaniem układu równowagi jest: - dostarczanie informacji o pozycji ciała w przestrzeni, o prędkości i kierunku ruchu ciała, -szybka reakcja zapobiegająca upadkowi, korygująca odchylania środka ciężkości ciała od pozycji równowagi w obrębie pola podstawy, - kontrola ruchu gałek ocznych w celu utrzymania prawidłowego obrazu otaczającej przestrzeni [5].

Ocenę kontroli stabilności posturalnej można rozpatrywać pod względem biomechanicznym, sensorycznym i koordynacyjnym [1]. Biomechanicznie kontrola

stabilności obejmuje sprawność narządu ruchu, siłę skurczu i napięcie mięśniowe oraz zakres ruchomości stawów. Odruchowe napięcie odpowiednich mięśni posturalnych i antygrawitacyjnych zapewnia utrzymanie stanu równowagi. Należą do nich mięśnie podpotyliczne, pochyłe szyi, prostownik grzbietu, lędźwiowy większy, prosty i skośne brzucha, pośladkowy wielki, czworogłowy uda, trójgłowy łydki i piszczelowy przedni [1,2]. Pod względem koordynacyjnym równowagę rozpatrujemy w aspekcie przestrzennym i czasowym. Oceniana jest szybkość i precyzja wykonywanych ruchów, wrodzone i nabyte wzorce ruchowe oraz możliwości adaptacyjne. Sensorycznie oceniamy wertykalność i percepcję nachylenia płaszczyzny podparcia [1]. Utrzymanie pionowej postawy ciała możliwe jest dzięki analizie bodźców z trzech układów sensorycznych: wzrokowego, priopriocepty wnego i przedsionkowego.Narząd wzroku ocenia ustawienia ciała w przestrzeni. Receptory czucia głębokiego, przez rejestrację stopnia napięcia mięśni posturalnych oraz pomiar nacisku stóp na podłoże, dostarczają informacje o ustawieniu poszczególnych części ciała w stosunku do podłoża i do siebie. Układ przedsionkowy informuje o położeniach liniowych i kątowych, które doznaje głowa na skutek działania sił zewnętrznych [6].

Informacje o położeniu środka ciężkości ciała (Center of Gravity – COG) przetwarzane są w ośrodkowym układzie nerwowym, gdzie następuje aktywacja ośrodków układu ruchu, które ograniczają wychylenia ciała [6].Stabilizacja pionowej postawy polega na minimalizacji wychyleń ciała, tak aby rzut pionowy środka ciężkości ciała nie przemieszczał się poza anatomiczne granice podstawy podparcia (base of suport – BOS). Środek ciężkości ciała w pozycji stojącej jest zwykle zlokalizowany na poziomie odcinka lędźwiowego i oddzielony od płaszczyzny podparcia, utworzonej przez stopy trzema parami stawów: skokowych, kolanowych i biodrowych [7]. Zmiana kąta ustawienia stawów wyzwala korygującą równowagę, odruchową odpowiedź z rozciągniętych mięśni. Reakcja stabilizująca postawę, której osią jest staw skokowy, nazywana jest strategią stawu skokowego (Ankle Strategy - AS). Odpowiedź ruchowa, oparta na działaniu mięśni obręczy biodrowej to strategia stawu biodrowego (Hip Strategy – HP). Powoduje zgięcie w stawach biodrowych i pochylenie tułowia do przodu. Reakcja ruchowa występująca przy wychyleniach środka ciężkości poza granice stabilności, to strategia kroku (step strategy – SS). Dzięki zwiększeniu powierzchni podparcia ciała w wyniku wykonania kroku, zapobiega ona upadkowi. Rodzaj występującej strategii zależy od powierzchni podstawy, wychylenia środka ciężkości i prędkości kątowej wychyleń[8].

Występują trzy rodzaje reakcji posturalnych, w zależności od czasu utajenia reakcji powstających w mięśniach szkieletowych [6]. Najwcześniej występującą reakcją jest odruch rozciągania mięśnia. Pojawia się w odpowiedzi na zmianę ustawienia stawów skokowych, latencja wynosi 50ms. Odruch rejestrowany jest w mięśniach trójgłowych łydek. Jest to najwcześniej występujący mechanizm, powodujący wzrost aktywacji mięśni wokół stawu. Zapobiega nadmiernej ruchomości i tym samym stabilizuje sylwetkę [5]. Kolejny rodzaj odpowiedzi posturalnych to reakcje korygujące postawę. Pojawiają się w czasie od 90 do 120ms, w odpowiedzi na silne bodźce destabilizujące. Są to reakcje o charakterze wielomięśniowym, występujące jednocześnie w mięśniach kończyn dolnych, tułowia i szyi. Trzecim typem reakcji są odpowiedzi stabilizujące postawę. Pojawiają się po 240ms [5]. W nagłych zaburzeniach równowagi jako pierwszy pojawia się odruch rozciągania mięśni i reakcje korygujące postawę, które przeciwdziałają upadkowi. Następnie występują odpowiedzi stabilizujące postawę, umożliwiające uzyskanie stanu równowagi [6]. W zaburzeniach równowagi o charakterze powolnym, odruch rozciągania i reakcje korygujące postawę wykorzystywane są w minimalnym stopniu. Zmiany sylwetki korygowane są przez odpowiedzi stabilizujące [5].

W posturografii za miarę stabilności postawy przyjmuje się odległość środka nacisku od krawędzi stóp, zakładając, że obwiednia stóp stanowiąca granicę podparcia jest również granicą stabilności. Uważa się jednocześnie, że rzeczywista granica stabilności nie pokrywa się z polem powierzchni podparcia. Wielkość i kształt zależą od budowy i wydolności organizmu. Zmieniają się wraz z wiekiem i występującymi zaburzeniami [9].Heurystyczny model stabilności człowieka dzieli powierzchnię podparcia na kilka obszarów. Wyróżniamy granicęstabilności (Boundary of Stability – BS), wyznaczoną obwiednią stóp, która jest prawie niemożliwa w osiągnięciu. Oddzielona jest od subiektywnej granicy bezpieczeństwa (Individual Boundary of Stability – IBS) obszarem zwanym marginesem bezpieczeństwa (Safety Margin – SM). Rzut środka ciężkości, w postawie wyprostnej znajduje się w ściśle oznaczonym obszarze podparcia. Obszar wychwiań (Area of Sways – AS) znajduje się około 5cm do przodu w stosunku do kostki bocznej stawu skokowo – goleniowego. Środek ciężkości nie znajduje się w jednym punkcie ale wykonuje ruchy o amplitudzie kilkunastu milimetrów [1,9].

Stabilność i postawa zmieniają się wraz z rozwojem osobniczym. Kontrola postawy jest dostosowana do zmieniających się warunków otoczenia. Trwałe zmiany kontroli postawy

zachodzą w następstwie rozwojowych i patologicznych zmian zachodzących w organizmie. Stopniowa stabilizacja postawy następuje w okresie od 7 do 8 roku życia. Następnie w okresie dojrzewania pojawia się zwiotczenie postawy o podłożu nurohormonalnym, po którym występuje przyjęcie stabilnej, prawidłowej sylwetki. Taką postawę charakteryzuje właściwe napięcie mięśni posturalnych i wykształcenie prawidłowych krzywizn kręgosłupa. Stan ten trwa do 30 roku życia, po czym następuje powolna degradacja składowych układu równowagi. Efekty tego procesu są najbardziej widoczne w okresie później starości. Upośledzenie funkcjonowania układu ruchowego i posturalnego, od którego zależy stabilność postawy, jest przyczyną wielu upadków [9].

Różnorodna i złożona etiologia zaburzeń równowagi sprawia, że stanowi ona trudny problem leczniczy i diagnostyczny. Kliniczne testy oceny stabilności postawy pozwalają określić stan kontroli równowagi i zmian spowodowanych terapią. Najczęściej spotykamy się z testami równowagi, które dają tylko jakościowy obraz badanej cechy w formie dodatniej lub ujemnej. Badanie ma charakter ogólny i subiektywny. Nie stwarza możliwości porównania badanej cechy w różnych grupach chorych. Nie daje szans oceny stopniowania zaburzeń [3].

Pierwszą odnotowaną w piśmiennictwie metodą oceny równowagi był wprowadzony przez Romberga test oceniający równowagę statyczną. Polega na utrzymaniu przez 10 sekund pozycji ciała ma, podczas której badany ma złączone stopy, wyprostowane i uniesione kończyny górne i otwarte oczy. Następnie badany utrzymuje tą samą pozycję, w takim samym okresie czasu z oczami zamkniętymi. Według założeń Romberga test ma na celu identyfikację obwodowego uszkodzenia somatosensorycznego, w tym przedsionkowego. Wykonanie próby Romberga nie wymaga specjalistycznej aparatury pomiarowej, czy pomieszczenia w którym wykonywane jest badanie. Próba Romberga wydaje się być najbardziej popularnym testem klinicznym równowagi statycznej. W późniejszych latach wprowadzono modyfikacje tej próby, które zwiększyły jej wartość kliniczną np. stanie na miękkim podłożu, ustawienie kończyn stopa przed stopą, równoczesny skręt głowy [3,10].

Funkcjonalna Skala Równowagi Berga (BFBS – Berg Functional Balance Scale) to kolejny test oceniający równowagę posturalną [11]. Składa się z 14 aktywności ocenianych w 5-stopniowej skali. W jej skład wchodzi wykonie prostych czynności takich jak:

1. Zmiana pozycji z siadu do stania,
2. Stanie bez pomocy,
3. Siad bez podparcia,

4. Przejście z pozycji stojącej do siedzącej,
5. Transfer
6. Stanie z zamkniętymi oczami,
7. Stanie stopy razem,
8. Podnoszenie przedmiotów z podłogi,
9. Stanie na jednej nodze,
10. Skręty tułowia przy nieruchomych stopach,
11. Sięganie do podłogi stojąc,
12. Obrót o 360 stopni,
13. Wejście na stopień,
14. Stanie w jednej linii stopy jedna za drugą.

Maksymalnie można uzyskać 56 punktów. Interpretując, pacjent, który uzyska od 0 do 20 uważany jest za uzależnionego od wózka. Pacjent, który uzyska od 21 do 40 punktów uważany jest, za osobę, która chodzi z pomocą. Badanego, który uzyska od 41 do 56 punktów traktujemy jako osobę niezależną [11,12]. W próbach, pacjent musi przez dany czas utrzymać określoną pozycję. Punkty zostają potrącone jeśli badany nie osiągnie pożądanego czasu lub dystansu, jeśli wykonanie testu wymaga nadzoru badającego lub pacjent dotknie podłoża bądź innej pomocy, albo zostanie mu udzielona pomoc przez badacza przy utracie równowagi. Pacjent powinien być świadomy, że musi utrzymać równowagę w trakcie kolejnych prób. Do wykonania testu potrzebujemy stopień i miarkę lub inny wskaźnik odległości. Krzesła wykorzystywane w trakcie próby powinny być odpowiednio dostosowane do pacjenta. Do wykonania próby numer 13 może być wykorzystane podwyższenie lub stopień.

Testem oceniającym zaburzenia równowagi w obrębie narządu przedsionkowego jest kliniczny test zależności zmysłowych i równowagi (CTSIB – Clinical Test of Sensory Interaction and Balance). Składa się sześciu prób, z których trzy pierwsze wykonywane są podczas swobodnego stania na twardej powierzchni przy oczach otwartych, zamkniętych oraz po założeniu na głowę papierowej kuli z liniami, imitującymi horyzont. Trzy kolejne próby, wykonywane na miękkim podłożu są powtórzeniem w odniesieniu do bodźców wzorkowych i przedsionkowych. Każda z prób trwa 30 sekund Podczas testu ocenia się przyjmowaną strategię ruchową, zlicza się ilość i kierunek wychyleń ciała [10].

Obiektywnymi metodami diagnostycznymi są testy posturograficzne, statyczne lub dynamiczne. Ocenę równowagi ciała człowieka wykonuje się z zastosowaniem platformy

posturgraficznej ze wspomaganiem systemu komputerowego [3]. Zmiennie stosuje się pojęcie platformy balansowej, stabilogramu lub posturogramu. Jest to specjalna płyta, wyposażona w czujniki tensometryczne, badające siłę nacisku oraz momenty sił wywieranych przez stopy pacjenta na podłoże. System komputerowy wylicza położenie środka nacisku stóp (COP – Centre of Pressure) na podłoże, który w warunkach statycznych jest rzutem środka ciężkości ciała na płaszczyznę podparcia. Wykres wychwiań środka nacisku nosi nazwę statokinezjogramu. Badanie prowadzone na platformie balansowej nie wymaga specjalnego przygotowania pacjenta. Wykonywane są w różnych warunkach, przy oczach zamkniętych lub otwartych [9].

Parametry statokinezjogramu są ważnymi wskaźnikami jakości kontroli równowagi. Długość ścieżki, jest to całkowita droga, jaką przebył środek nacisku stóp badanego w trakcie wykonywania testu [13]. Wydłużanie się tej drogi świadczy o upośledzeniu kontroli równowagi [9]. Kolejnym parametrem są wychwiania środka nacisku stóp w kierunku przednio-tylnym i bocznym [13]. Analizując składowe drogi, czyli osobne wychwiania w płaszczyźnie strzałkowej i czołowej, można uzyskać dodatkowe informacje na temat stabilności postawy. Poszczególne zakresy wychwiań określa się jako różnicę między skrajnymi odchyleniami wzdłuż odpowiedniej osi w płaszczyźnie strzałkowej (X) i w płaszczyźnie czołowej (Y) [9]. Następnym parametrem jest średnia prędkość, z jaką poruszał się środek nacisku stóp podczas badania. Jest oddzielnie liczona w składowych płaszczyzny strzałkowej i czołowej [13].Wzrost prędkości może oznaczać, że występują zaburzenia. Pole powierzchni zajmowanej przez wykres drogi środka nacisku stóp, uzyskuje się w wyniku połączenia skrajnych punktów statokinezjogramu. Komputer liczy pole powierzchni powstałej figury. Wzrost wartości powierzchni pola, oznacza zaburzenia równowagi [9,13].Inne parametry oceniane na platformie to promień lub promienie okręgu i nachylenie osi elipsy, utworzonych przez wpisanie skrajnych punktów wychwiań w okrąg lub elipsę. Są to kolejne ważne wskaźniki jakości kontroli równowagi. Analizując uzyskane dane możemy również procentowo przedstawić ilość czasu przebywania środka ciężkości w każdej z czterech ćwiartek układu współrzędnych. Wartości pozwalają przedstawić rozkład obciążenia i określić preferencje naturalnej postawy badanego w zakresie kierunku wychwiań [9].

Komputerowa posturografia dynamiczna (computerized dynamic posturography – CDP) jest badaniem oceniającym reakcje posturalne, czyli odpowiedzi ruchowe organizmu na bodźce zewnętrzne, do których należą odruchy przedsionkowo-rdzeniowe i rozciągowe [6].

Badanie umożliwia ilościową analizę zdolności osoby badanej do korzystania ze składowych motorycznych i sensorycznych układu równowagi i ich centralnej integracji. Korzystając z posturogarafii dynamicznej możemy wykonać test organizacji zmysłowej, test kontroli motorycznej, test adaptacji i elektromiografię w ocenie odpowiedzi posturalnych [6].

Test organizacji zmysłowej (Sensory Organization Test – SOT) ocenia zdolność do utrzymania równowagi w warunkach konfliktów sensorycznych, czyli w warunkach dopływu sprzecznych informacji. Badany poddawany jest sześciu próbom, z czego każda powtarzana jest trzy razy [6]. Test składa się z badania na nieruchomej platformie przy oczach otwartych i zamkniętych; badania na nieruchomej platformie, przy oczach otwartych ale poruszającym się otoczeniu; badania na ruchomej platformie, przy oczach otwartych i nieruchomym otoczeniu; badania na ruchomej platformie, przy oczach otwartych i poruszającym się otoczeniu i badania na ruchomej platformie przy oczach zamkniętych [3,6,14].

Test kontroli motorycznej (Motor Control Test – MCT) stosuje się w celu oceny zdolności badanego do reakcji na prowokację posturalną. Ocenia się sprawność odruchowych reakcji posturalnych, w tym zdolność wykonywania ruchów korekcyjnych ciała na niespodziewane zmiany położenia płaszczyzny podparcia. Test składa się z kilkukrotnie powtarzanych prób podczas których pacjent zostaje poddawany skrętom lub przesunięciom wraz z platformą do przodu lub tyłu. W badaniu analizowane są symetria rozłożenia wagi, latencja reakcji, czyli czas między przesunięciem platformy a początkiem odpowiedzi posturalnej, oraz wartość amplitudy reakcji. Dodatkowo ocenia się strategię ruchową przyjmowaną przez sylwetkę, symetrię odpowiedzi kończyn dolnych i całego ciała, oraz adaptację układu równowagi do powtarzanych prób. Test kontroli motorycznej może służyć do wykrywania symulacji zaburzeń równowagi. Odpowiedzi zależne od woli mają długą drogę latencji i różnią się w kolejnych powtórzeniach testu [6,15].

Test adaptacji (Adaptation Test – ADT) opiera się na wykonaniu pięciu prób polegających na ruchach płyt tensometrycznych, z prędkością 8 stopni na sekundę w warunkach nachylenia do przodu i do tyłu. Pomiędzy każdą próbą występuje przerwy wynoszące od 3 do 5 sekund. Oś obrotu znajduje się na wysokości kostek i powoduje ruchy zginania i prostowania w stawie skokowym. W pierwszej próbie następuje usztywnienie mięśni stabilizujących staw skokowy, a tym samym w trakcie powrotu do stanu równowagi destabilizację postawy i zwiększenie wychylenia środka ciężkości. W następnych próbach mechanizmy kontrolujące równowagę prowadzą do redukcji amplitudy mięśni

spowodowanych ich rozciąganiem. Nieposiadanie zdolności hamowania destabilizująco bodźców działających z układu priopriоceptywnego może oznaczać uszkodzenie układu równowagi pochodzenia ośrodkowego lub usztywnienie w stawach skokowych [16,17, 18].

Posturografia dynamiczna jest badaniem pomocnym w wykluczeniu schorzeń aparatu mięśniowo-stawowego, dróg wstępujących i zstępujących rdzenia kręgowego, zmian w nerwach obwodowych, jak również zmian na poziomie wyższych pięter ośrodkowego układu nerwowego. Komputerowa posturografia dynamiczna nie jest jednak badaniem wyczerpującym diagnostykę i wymaga dodatkowych badań uzupełniających.

Piśmiennictwo

1. Błaszczyk J.W., Biomechanika kliniczna. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
2. Kuczma W., Srokowska A., Owczarek M. i wsp.: Zastosowanie w rehabilitacji neurologicznego biologicznego sprzężenia zwrotnego podczas ćwiczeń w urządzeniu „Balance Trainer". Baln. Pol., 2007, 79-85.
3. Kostiukow A., Rostowska E., Samborski W.: Assessment of postural balance function. Ann. Acad. Med. Stetin., 2009, 55, 102-109.
4. Paszko-Patej G., Terlikowski R., Kułak W. i wsp.: Czynniki wpływające na proces kształtowania równowagi dziecka oraz możliwości jej obiektywnej oceny. Neurol. Dziec., 2011, 41, 121 -127.
5. Held - Ziółkowska M.: Równowaga statyczna i dynamiczna ciała – część 1: Organizacja zmysłowa i biomechanika układu równowagi. Mag. Otorynolaryngol., 2006, 5, 39-46.
6. Olejarz P., Olchowik G.: Rola dynamicznej posturo grafii komputerowej w diagnostyce zaburzeń równowagi. Otorynolaryngologia, 2011, 10, 103-110.
7. Pierchała K., Janczewski G.: Zintegrowana czynność układu równowagi. Standardy rozpoznawania i leczenia zawrotów głowy. Obrębowski A. OINpharma Sp. Zoo, Warszawa 2010, 17-27.
8. Nashner LM. Practical biomechanics and physiology of balance. Handbook of balance function testing. Jacobson G., Newman C., Kartush J. Mosby Year – Book, St. Louis 1993, 261-279.
9. Błaszczyk J.W., Czerwosz L.: Stabilność posturalna w procesie starzenia. Gerontol. Pol., 2005, 13, 25-36.

10. Held - Ziółkowska M.: Równowaga statyczna i dynamiczna ciała – część 3: Metody oceny równowagi posturalnej – próby kliniczne na sprawność postawy i chodu. Mag. Otorynolaryngol., 2006, 5, 39-46.
11. Marciński J.: Skala Równowagi Berga'a, http://www.testykliniczne.pl /pliki/ SKALA_ROWNOWAGI_BERGA, data pobrania 20.03.2013.
12. Drużbicki M., Pacześniak-Jost A., Kwolek A.: Metody klinimetryczne stosowane w rehabilitacji neurologicznej. Prz. Med.Uniw. Rzesz., 2007, 3, 268-274.
13. Berg K., Wood – Dauphinee S., Wiliams J.I. i wsp .: Measuring balance in the elderly: Validation of an instrument. Can. J. Pub. Health., 1992, 7-8, 7-11.
14. Ocetkiewicz T., Skalska A., Grodzicki T.: Badanie równowagi przy użyciu platform balansowej – ocean powtarzalności metody. Gerontol. Pol., 2006, 14, 144-148.
15. Pierchała K., Lachowska M., Morawski K. i wsp.: Analiza parametrów Testu Organizacji Zmysłowej w grupie normy oto neurologicznej na materiale własnym – wyniki wstępne. Otolar. Pol., 2012, 66, 274-279.
16. Held - Ziółkowska M.: Równowaga statyczna i dynamiczna ciała – część 2: Metody oceny równowagi posturalnej – komputerowa posturografia dynamiczna. Mag. Otorynolaryngol., 2006, 5, 39-46.
17. Colnat-Coulboi S., Gauchard G. C., Maillard L. i wsp.: Bilateral subthalamic nucleus stimulation improves balance control in Parkinson's disease. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry., 2005, 76, 780-787.
18. Fjeldstad C., Pardo G., Frederiksen C.: Assessment of Postural Balance in Multiple Sclerosis. Inter. J. MS. Care., 2009, 11, 1-5.

Zalewska Anna [1], Sochoń Karolina [2], Zalewski Karol[3], Sochoń Magdalena [1]

Rola fizjoterapeuty w rehabilitacji laryngektomowanych

1. SKN Wolontariuszy Medycznych przy Zakładzie Zintegrowanej Opieki Medycznej UMB
2. Klinika Rehabilitacji Dziecięcej z Ośrodkiem Wczesnej Pomocy Dzieciom Upośledzonym „Dać szansę". Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Student, fizjoterapia, rok III, studia I stopnia, UMB

Wstęp

Rozpoznanie nowotworu krtani i dalsze postępowanie lecznicze jest szokiem dla chorego i jego środowiska. Laryngektomia całkowita jest zabiegiem pozbawiającym pacjentów werbalnego kontaktu z otoczeniem i powodującym szereg zmian w układzie ruchu. Choć jest zabiegiem, który ratuje życie, wpływa jednocześnie na obniżenie jakości życia pacjentów. Opiekę nad laryngektomowanymi sprawować powinien zespół interdyscyplinarny, zapewniający pacjentom terapię logopedyczno-foniatryczną, psychospołeczną i fizjoterapeutyczną w okresie przedoperacyjnym i pooperacyjnym. Zagadnieniom rehabilitacji ruchowej pacjentów z nowotworami piersi czy płuca poświęca się w dostępnej literaturze wiele uwagi. Postępowanie fizjoterapeutyczne u chorych z nowotworami głowy i szyi jest natomiast traktowane bardzo ogólnikowo. W rehabilitacji laryngektomowanych rola fizjoterapeuty często jest niedoceniana. Po operacji, pacjenci nie mają styczności z rehabilitacją ruchową, nie znajdują się też pod opieką wyszkolonych terapeutów.

W niniejszej pracy przedstawiono rolę fizjoterapeuty w usprawnianiu osób po laryngektomii całkowitej.

Rozwinięcie

Na ogólną liczbę zgonów, pod względem umieralności w Polsce, choroby nowotworowe, po chorobach układu krążenia, zajmują drugie miejsce, z czego najczęściej występującym rakiem głowy i szyi jest rak krtani. W ponad 90% dotyczy on mężczyzn w przedziale wiekowym 55 - 56 lat. Znajduje się on na 4 miejscu wśród najczęstszych zachorowań na nowotwory złośliwe u mężczyzn i na 7 miejscu wśród najczęstszych przyczyn zgonu z powodu nowotworu złośliwego u kobiet. Według danych epidemiologicznych z 2008 roku, ostatnimi laty w Polsce, notuje się spadek zachorowalności na raka krtani o 14% [1].

Tak duża liczba zachorowań związana jest z narażaniem na czynniki ryzyka, którymi są: palenie tytoniu (węglowodory aromatyczne), nadużywanie alkoholu, ekspozycje środowiska

(bierni palacze, zanieczyszczenia środowiska, ekspozycja zawodowa), rozmieszczenie geograficzne, refluks żołądkowo-przełykowy i krtaniowo- gardłowy, infekcje wirusowe, wiek (powyżej 60 roku życia), płeć (mężczyźni), dieta (wysokobiałkowa), predyspozycje genetyczne, przebyta radioterapia, zła higiena jamy ustnej, stany przedrakowe [2, 3, 4].

Według badań [2] dym papierosowy zwiększa średnio 30 razy ryzyko wystąpienia raka, alkohol zwiększa ryzyko 10 razy, połączenia obu czynników zwiększa ryzyko do 330 razy. Rak krtani leczony jest przy pomocy chirurgii, radioterapii i chemioterapii. Chorzy, którym zachowuje się krtań poddawani są chemioterapii łączonej z radioterapią. Nie tracą oni zdolności porozumiewania się, mimo iż jakość ich głosu jest zaburzona [2, 3, 4]. Rak krtani leczony jest przy pomocy chirurgii, radioterapii i chemioterapii. Chorzy, którym zachowuje się krtań poddawani są chemioterapii łączonej z radioterapią. Nie tracą oni zdolności porozumiewania się, mimo iż jakość ich głosu jest zaburzona [2, 3, 4].

Laryngektomia całkowita polega na całkowitej resekcji krtani wraz ze strunami głosowymi i nagłośnią. Laryngektomowany oddycha przez otwór tracheotomijny. Pacjenci poddani zabiegowi całkowicie tracą mowę [7, 8].

W celu umożliwienie im ponownej komunikacji słownej z otoczeniem, w procesie rehabilitacji, wytwarza się substytut naturalnego głosu, tak zwaną, mowę zastępczą. Generatorem drgań stają się w niej fałdy śluzówki górnego odcinka przełyku – pseudogłośnia. Głos podstawowy tworzy się dzięki drganiom mięśni gardła i przełyku. Podczas terapii najczęściej przyswajalnym rodzajem głosu jest głos przełykowy. Wyróżnia się jednak także mowę przetokową, przetokowo- przełykową i przetokowo- gardłową. Zrozumiałość mowy przełykowej waha się w okolicach 30% - 80% [7, 8].

Cechy głosu przełykowego [5, 6, 7]:

- ton podstawowy o niskiej częstotliwości (60 - 80Hz)
- zwolnione tempo mowy i skrócony czas fonacji
- większy komponent szmerowy
- długi czas trwania samogłosek
- podwyższenie częstotliwości formantów

U laryngektomowanych krtań zastępować mogą też specjalne protezy głosowe. Kiedy rehabilitacja nie przynosi oczekiwanych skutków, stosuje się krtań elektroniczną. Mowa wytworzona przy wykorzystaniu urządzeń elektryczno- mechanicznych jest zrozumiała, chociaż najmniej naturalna [5].

Jakość życia oznacza samoocenę chorego, związaną z wpływem choroby i przeprowadzanej terapii na jego funkcjonowanie w sferach: fizycznej, psychicznej i społecznej, a nie tylko z wydłużeniem życia pacjenta. Nowotwory głowy i szyi do których zaliczany jest rak krtani i późniejsza chirurgia okaleczająca wpływają na obniżenie jakości życia chorych. U laryngektomowanych występuje lęk związany z utratą dźwięcznego głosu i widocznymi oszpeceniami szyi [8].

U chorych po laryngektomii całkowitej ważne jest wdrażanie kompleksowej rehabilitacji. Ma ona na celu nie tylko zmniejszenie niepełnosprawności rozumianej jako zaburzenia funkcji narządów i zmniejszenie bólu, lecz także pomoc w powrocie do uzyskania przez chorego jak największego stopnia samodzielności i powrót do codziennego życia w społeczeństwie [9, 10, 11, 12, 13, 14].

Dlatego też cały program uprawiania powinien składać się z 3 komponentów [9, 15]:

- rehabilitacji foniatryczno – logopedycznej
- usprawniania fizycznego ukierunkowanego na mięśnie układu oddechowego i obręczy barkowej - rehabilitacji psychospołecznej.

Program usprawniania podzielony powinien być również na 4 okresy [8]:

- przedoperacyjny
- pooperacyjny
- ambulatoryjny
- sanatoryjny

W terapii laryngektomowanych i zwiększeniu ich jakości życia ważne jest wzajemne wsparcie. Powstaje wiele ośrodków wsparcia przy Oddziałach Polskiego Towarzystwa Laryngektomowanych. Obecnie w Polsce istnieje 13 takich oddziałów oraz 2 niezależne organizacje przykliniczne [15].

Rolą fizjoterapeuty w usprawnianiu laryngektomowanych jest pomoc im w osiągnięciu celów ustalanych przed rehabilitacją. Pomoc ta polega na motywacji pacjenta oraz prowadzeniu i nadzorze optymalnej w danym momencie terapii. Pomiędzy fizjoterapeutą a laryngektomowanym tworzy się pewien rodzaj więzi oparty na zaufaniu. Dlatego też prowadząc usprawnianie ruchowe, należy pamiętać o kontakcie z pacjentem na wielu szczeblach [10, 14, 15].

Aktywność fizyczna powoduje w organizmie człowieka wiele zmian fizjologicznych. Poprawia działanie układów oddechowego i krążenia, usprawnia też metabolizm. Wpływa to na wzrost tolerancji wysiłku fizycznego. Badania pokazują, że osoby, które podejmują

wysiłek fizyczny żyją dłużej, a jakość ich życia wzrasta [8, 11, 16]. U osób po laryngektomii całkowitej aktywność ruchowa spada w znacznym stopniu. Potwierdziły to badania prowadzone przez Kaźmierczak i współpracowników oraz Sienkiewicz [17]. Wiąże się to z przebiegiem choroby, jej leczeniem, złym samopoczuciem, lękiem przed nawrotem choroby, negatywnym nastawieniem do życia oraz częstymi napadami depresyjnymi wśród pacjentów. Laryngektomowani prowadzili bardzo oszczędzający (pod względem fizycznym) tryb życia po chorobie [8, 17]. Brak ruchu ma zły wpływ na funkcjonowanie organizmu. Prowadzi do powstania zmian w układzie krążenia.

W układzie oddechowym zmniejsza się maksymalna wentylacja płuc, a wysiłkowa adaptacja układu oddechowego się obniża. Spada szybkość przemiany materii, co upośledza syntezę białek i ostatecznie prowadzi do zmniejszenia siły mięśni [10].

Wysiłek fizyczny u laryngektomowanych musi być dobierany indywidualnie przy uwzględnieniu tolerancji wysiłkowej i chorób współistniejących. Dlatego też przed rozpoczęciem rehabilitacji fizycznej należy wykonać chorym testy wydolności fizycznej. Pozwala to ocenić stopień dysfunkcji, które powstały w organizmie na skutek laryngektomii. Diagnostyka fizjoterapeutyczna umożliwia też nadzór skuteczności przebiegającej rehabilitacji oraz zastosowanie optymalnych obciążeń i ich zmianę w trakcie trwania terapii [18].

Pacjenci po laryngektomii i uzupełniającej radioterapii mają zmniejszoną elastyczność mięśni przedniej części szyi. Obserwuje się zmniejszenie zakresu ruchomości zagięcia i wyprostu w odcinku szyjnym kręgosłupa. Mięśnie tej okolicy są też znacznie słabsze [14, 22]. Osłabienie mięśni zginaczy szyi powoduje skrócenie mięśni prostowników szyi i odruchowy wzrost ich napięcia. Mechanizm ten ma charakter błędnego koła. Stres i lęk z którymi borykają się chorzy powoduje dalsze napięcia mięśni prostowników szyi, co prowadzi do pogłębiania się opisanej nierównowagi [10, 12, 18].

Dysbalans mięśniowy doprowadzić może do powstania zespołów bólowych odcinka szyjnego kręgosłupa. Zwiększenie napięcia mięśni w okolicy barków i szyi źle wpływa na stabilizację klatki piersiowej i upośledzać może czynności wentylacyjne płuc, a co za tym idzie, naukę mowy przełykowej [10, 11, 12].

Wyniki badań pokazują, że osoby, które oddychają przez otwór tracheotomijny mają wolniejszy rytm oddechowy. Występuje u nich także niedodma obwodowa pęcherzyków płucnych i zmniejszona wentylacja pęcherzykowa [11, 19].

Cele fizjoterapii w pracy z laryngektomowanym [10, 15, 22]:

- nauka chorego prawidłowego oddychania przez tracheostomię

- zmniejszenie uczucia duszności przez ćwiczenia wydłużonego wydechu
- zwiększenie zakresu ruchu, poprawa siły mięśniowej oraz obniżenie napięcia grupy mięśni szyi, karku i obręczy barkowej
- zmniejszenie bolesności ramion i karku
- poprawa elastyczności blizn pooperacyjnych w obrębie szyi
- relaksacja narządu żucia i górnego zwieracza przełyku
- zwiększenie odpływu krwi żylnej i limfy w miejscu resekcji węzłów chłonnych
- zwiększenie ogólnej sprawności organizmu
- działanie relaksacyjne
- działanie przeciwzakrzepowe

Istnieje wiele metod, przy pomocy których fizjoterapeuta może pracować z laryngektomowanymi. Ich wybór zależy od indywidualnego stanu chorego i może być modyfikowany w trakcie terapii.

Ćwiczenia oddechowe – są składnikiem zaniedbywanym, a powinny być przeprowadzane od czwartej doby po operacji [15]. Ich zadaniem jest zwiększenie udziału przepony i mięśni brzucha w procesie oddychania, przystosowanie układu oddechowego do w nowych warunków oddychania i fonacji, wyrobienie prawidłowego rytmu oddechowego, wydłużenie fazy wydechu, oraz nauki efektywnego odksztuszania wydzieliny [15]. Ćwiczenia oddechowe należy rozpoczynać od nauki prawidłowego ich wykonywania. Prowadzone powinny być od wydechu przez otwór tracheotomijny. Wdech laryngektomowany wykonuje także przez otwór tracheotomijny. Czas trwania wdechu do wydechu powinien wynosić 1:2 [10, 15]. Początkowo, by zapobiec hiperwentylacji, wykonuje się mniejszą ilość powtórzeń. Zaczynając od ćwiczeń statycznych w niskich pozycjach, laryngektomowany przechodzi do ćwiczeń bardziej dynamicznych w pozycjach wysokich.

Ćwiczenia przeciwzakrzepowe - nauczenie pacjenta wykonywania ćwiczeń przeciw-zakrzepowych skutkuje rzadszym występowaniem zakrzepicy żył głębokich w okresie unieruchomienia pooperacyjnego. Ćwiczenia polegają na grzbietowym i podeszwowym zginaniu stóp. Powinny być wykonywane kilka razy dziennie w seriach po 10 powtórzeń [10].

Ćwiczenia efektywnego kaszlu - pozwalają pacjentowi na odksztuszanie wydzieliny przez tracheostomię dzięki odruchowi kaszlowemu. Prowadzi się je równolegle do ćwiczeń oddechowych. Chory, nabierając powietrze, przytrzymuje otwór tracheotomijny wywołując kaszel i oczyszcza w ten sposób drogi oddechowe z wydzieliny [9, 10, 14, 15].

Ćwiczenia mięśni mimicznych i języka – powodują relaksacje układu żwaczowego, obniżają napięcie górnego zwieracza przełyku, co znacznie ułatwia zasysanie powietrza do przełyku i powstanie dźwięcznego odbicia [8, 9, 10, 15].

Poizometryczną Relaksację Mięśni (PIR) – od 8. doby po zabiegu wprowadza się techniki zmniejszające napięcie powięziowo- mięśniowe szyi i zwiększające zakres ruchomości odcinaka szyjnego kręgosłupa. Przed zastosowaniem techniki Poizometrycznej Relaksacji Mięśni przeprowadza się testy ruchomości w wybranych odcinków kręgosłupa. Technikę tę stosujemy na prostownik odcinka szyjnego kręgosłupa, łopatki, mięśnie piersiowe większe, mięśnie pochyłe i powięzi szyjnej, część zstępującą mięśnia czworobocznego grzbietu, dźwigacz oraz mięsień mostkowo-obojczykowo-sutkowy. Relaksację wykonuję się początkowo co drugi dzień, zwiększając stopniowo częstotliwość. Zaczyna się od 2-3 cykli, kończąc na 5 cyklach. Jeśli na mięśniach znajdują się punkty spustowe, PIR możemy poprzedzić mobilizacją uciskową. Stosując podstawowe techniki energizacji mięśni, u większości chorych zaobserwowano zwiększenie się siły mięśniowej [15, 18].

Torowanie Mięśniowo- Nerwowe (PNF) – w trakcie fizjoterapii ambulatoryjnej podtrzymywane są efekty dotychczasowej rehabilitacji. Chory korzysta z koncepcji Torowania Mięśniowo- Nerwowego naśladując czynności z codziennego życia prowadząc ruch kombinowany po diagonalnych [8, 15].

Masaż – karku i obręczy barkowej. Stosowany w celu zmniejszenia napięcia mięśniowego. Wykorzystywane techniki przy masażu laryngektomowanych to: głaskanie, rozcieranie podłużne, rozcieranie poprzeczne, ugniatanie podłużne i rozcieranie. Stosowanie masażu pobudza eksteroreceptory skóry, a jego wpływ na stan mięśni zwiększa skuteczność poizometrycznej relaksacji mięśni [15, 20].

Manualne techniki mięśniowo – powięziowe – pomagają w zmniejszeniu odruchowego napięcia mięśni gardła i przełyku, co wpływa na obniżenie ciśnienia przełykowego. Przyspieszyć to może naukę mowy zastępczej przez pacjentów [21].

Drenaż limfatyczny - u chorych z zastojami limfatycznymi, gdy nie występują przeciwwskazania, można wykonać techniki manualnego drenażu limfatycznego. Polegają one na stymulacji układu limfatycznego poprzez specjalistyczne ruchy, które powodują oczyszczenie naczyń i przywrócenie prawidłowego przepływu limfy [14, 15].

Kinesio Taping - plastrowanie, z dużym sukcesem stosuje się na blizny pooperacyjne, w celu zmniejszenia bólu oraz w terapii przeciwobrzękowej. Pod plastrem wytwarzają się obszary zmniejszonego nacisku, co znacznie ułatwia przepływ chłonki w naczyniach

limfatycznych. Nadmiar limfy, przy wykorzystaniu różnicy ciśnień, kierowany jest do naczyń limfatycznych i węzłów chłonnych [14, 15].

Sport i rekreacja – laryngektomowani u których występują choroby współistniejące mogą uprawiać turystykę, ponieważ nie obciąża ona w dużym stopniu organizmu. W treningu chorego wystąpić powinny różne rodzaje ćwiczeń: dynamiczne, wytrzymałościowe o ciągłym charakterze i wykonywane przy udziale tlenowych procesów metabolicznych. Laryngektomowani mogą uprawiać w zasadzie każdą dyscyplinę sportu, zwracając jednak szczególną uwagę na sporty wodne. Pacjenci korzystać muszą ze specjalnego aparatu, który łączy tchawicę z jama ustną oraz z pomocy osób asekurujących [22].

Rehabilitacja sanatoryjna - która odbywa się poza domem laryngektomowanego, w specjalnych ośrodkach położonych na obszarach charakteryzujących się odpowiednim mikroklimatem (umiarkowany, mało drażniący, o odpowiedniej wilgotności) i posiadających wyspecjalizowana kadrę, która zna zapotrzebowania laryngektomowanych [23].

Terapia grupowa i indywidualna - która daje osobom z tym samym problemem dogodne warunki do prowadzenia systematycznych ćwiczeń mowy, ciągłego podnoszenia sprawności fizycznej i ułatwia akceptację niepełnosprawności [10, 15, 24].

Podsumowanie

W skład zespołu terapeutycznego zajmującego się pacjentem po laryngektomii całkowitej powinien wchodzić fizjoterapeuta. Jego rola w rehabilitacji laryngektomowanych jest często niedoceniana. Rola fizjoterapeuty nie zamyka się jedynie na przywracaniu sprawności fizycznej. Bierze on udział w szerokim procesie powracania chorego do zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego [25]. Działania fizjoterapeutyczne przyczyniają się też do znacznego zwiększenia jakości życia [26].

Piśmiennictwo

1. Wojtyniak B., Goryński P.[red.]: Sytuacja zdrowotna ludności Polski., wyd.1 Warszawa, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego- Państwowy Zakład Higieny, 2008.
2. Jurkiewicz D., Dżaman K., Rapiejko P.: Czynniki ryzyka raka krtani, Pol. Merk. Lek., 2006, 121, 94.
3. Osuch-Wojcikiewicz E.: Carcinoma of the larynx and hypopharynx. Terapia, 1, 138, 2003.
4. Zang Z.F., Morgenstem F., Spitz M.R. i wsp.: Enviromental Tobacco smoking, mutagen sensitivity, and head and Neck squamous cell carcinoma. Cancer Rpidemiol. Biomarkers Prev., 2000, 9, 1043-1049.

5. Pietruch R.: Badanie zrozumiałości mowy u osób laryngektomowanych na podstawie obrazów akustycznych oraz ekspresji twarzy. Rozprawa doktorska Warszawa, 2009.
6. Hołejko M.: Rehabilitacja głosu i mowy bezkrtaniowców metodą wokalistyczną. Master's thesis, Akademia Medyczna, Warszawa, 1971. praca dyplomowa.
7. Vázquez de la Iglesia F., Fernandez Gonzalez S., Rey Martinez J. i wsp.: Voz esofagica. Rev. Med. Univ. Navarra., 2006, 50,56-64.
8. Starska K., Ciechomska E.A., Łukomski M.: Ocena jakości życia u chorych z rakiem krtani po radykalnej operacji węzłów chłonnych szyi. Otolaryngologia Polska 2003, 5, 667-673.
9. Olszewski J. [red.]: Fizjoterapia w otorynolaryngologii. Wyd.1, Bielsko- Biała, Alfa Medica Press, 2005.
10. Kaźmierczak U., Bułatowicz I., Betlejewski S. i wsp.: Rola kinezyterapii w kompleksowej rehabilitacji pacjentów po laryngektomii całkowitej. Baln. Pol., 1997, 301-306.
11. Marszałek S., Minczykowski A., Golusinski W.: Wpływ kompleksowej rehabilitacji ruchowej na stan wytrzymałości aerobowej chorych po całkowitym usunięciu krtani. Otolar. Pol., 2005, 1, 49-54.
12. Podkówka D., Maziuk L., Grabarek E. i wsp.: Rehabilitacja medyczna a jakość życia w przewlekłych schorzeniach. Kwart. Ortop., 2007, 4, 372-376.
13. Kamusińska E.: Znaczenie kompleksowej rehabilitacji w integracji osób niepełnosprawnych ze społeczeństwem. Stu. Med., 2008, 9, 83-86.
14. Marszalek S., Golusiński W., Dworak L.B. i wsp.: Wpływ kompleksowej rehabilitacji ruchowej na stan chorych po całkowitym usunięciu krtani. Fizjoter. Pol., 2005, 5, 381-389.
15. Sinkiewicz A., Betlejewski S., Betlejewski A. i wsp.: Propozycje standardów postępowania rehabilitacyjnego po laryngektomii całkowitej. Otolar. Pol., 2004, 4, 753-756.
16. Lissner L., Bengtsson C., Björkelund C. i wsp.: Physical activity levels and changes in relation to longevity. Am. J. Epidemiol., 1996, 143, 54-62.
17. Kaźmierczak U., Sienkiewicz A., Królak M.: Wpływ leczenia usprawniającego na poprawę sprawności ogólnej oraz opanowanie mowy zastępczej u laryngektomowanych. Baln. Pol., 1997, 39, 98-100.
18. Marszałek S., Golusinski W., Dworak L.B.: Ocena zakresu ruchów i siły mięśniowej w odcinku szyjnym kręgosłupa u chorych po całkowitym usunięciu krtani. Otolar. Pol., 2003, 5, 649- 655.

19. Burduk D., Betlejewski A., Owczarek A.: Wpływ oddychania przez tracheostomę na czynność odruchową nosa. Otolar. Pol., 1995, 49, 322-324.
20. Marszałek S., Golusinski W., Dworak L.B.: Ocena techniki rozciągającej mięśnie okolicy szyi i barków w rehabilitacji chorych po całkowitym usunięciu krtani. Otolar. Pol., 2004, 3, 485-491.
21. Marszałek S., Żebryk- Stopa A., Krasny J. i wsp.: Wpływ manualnych technik mięśniowo- powięziowych na poziom ciśnienia przełykowego u chorych po całkowitym usunięciu krtani. Otolar. Pol., 2008, 6, 686-690.
22. Hagner W., Kaźmierczak U., Wiącek M. i wsp.: The primary study on influence of fitness camps on rehabilitation efficiency of full laryngectomy patients. Int. J. Rehab. Res., 2008, 31, 356-358.
23. Golusinski W., Szmeja Z., Kruk-Zagajewska A. i wsp.: Obóz rehabilitacyjny jako leczenie wspomagające u chorych po operacji raka krtani. Psychoonkologia, 1997, 92-94.
24. Sokal W., Kordylewska M., Golusiński W.: Wpływ wybranych czynników na rehabilitację logopedyczną chorych po całkowitym usunięciu krtani. Otolaryngol.Pol., 2011, 56,1, 20-22.
25. Cieśliński M., Drabarek D.: Skuteczność interakcji mgr fizjoterapii- pacjent w opinii pacjentów prywatnych i państwowych placówek służby zdrowie. Fizjoterapia, 2010, 18, 4, 49-59.
26. Boscolo–Rizzo P, Maronato F., Marchiori C. i wsp.: Long-term quality of life after total laryngectomy and postoperative radiotherapy versus concurrent chemoradiotherapy for laryngeal preservation. Laryngoscope, 2008, 118, 300-306.

Kierczuk Edyta

Aktywność ruchowa dzieci i młodzieży w Polsce i Europie

Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

W historii ludzkości, poruszanie się było istotną częścią przetrwania: polowania, unikanie niebezpieczeństw, samoobrona – wymagały od człowieka niezwykłego nakładu ruchu. W dzisiejszych czasach aktywność ruchowa zmieniła się zupełnie. Codzienne czynności zostały wydelegowane do obsługi urządzeń na odległość kroku. Wiele spraw, które wcześniej zmuszały ludzi do wyjścia, teraz odbywa się w zaciszu domu, nawet zakupy [1].

Coraz mniejsza ilość zadań w życiu codziennym wymusza aktywność ruchową, w konsekwencji czego pogarsza się nasze samopoczucie, a następnie zdrowie. Część społeczeństwa świadoma potrzeby aktywności ruchowej organizuje swój czas na aktywność np. poprzez różnego rodzaju zajęcia ruchowe. Ten rodzaj "sztucznej" działalności nie przemawia do wszystkich. Niektórzy ludzie uważają, że jest niewygodna, i nie warta zachodu, inni czują, że nie mają czasu do stracenia.

Musimy jednak pamiętać, że aktywność ruchowa może przybierać różną postać. Może być związana m.in. z aktywnością w wymiarze zawodowym, szkolnym w przypadku dzieci i młodzieży, z pracami domowymi, przemieszczaniem się bez użycia środków transportu, czy też czynnościach motorycznych o charakterze turystycznym.

Systematyczna aktywność ruchowa, będąca całokształtem tych wszystkich działań opartych na czynnościach motorycznych, uważana jest za najskuteczniejszy środek sprzyjający zachowaniu zdrowia.

Aktywność ruchowa powoduje szereg korzystnych zmian w układach [1,2] ruchu – wpływa na mineralizacje kośćca; wzrastanie kości; zapobiega i koryguje wady postawy; wzmacnia i stabilizuje stawy; wzmacnia przyczepy, ścięgna i wiązadła; zwiększa przekrój i objętość włókien mięśniowych; zwiększa napięcie, siłę i sprężystość mięśni, dzięki czemu organizm lepiej przystosowuje się do różnych obciążeń.

- krwionośnym - zwiększa liczbę erytrocytów i hemoglobiny; zwiększa liczbę leukocytów; zwiększa pojemność tlenową krwi; powoduje zwolnienie tętna; zmniejsza ciśnienie skurczowe krwi; kształtuje ekonomiczniejszą pracę serca.

Serce zmuszane do częstszego wysiłku dostosowuje się do większych wymagań, rozrasta się, poprawia zdolność do transportowania krwi. Człowiek z wytrenowanym sercem nie męczy się z byle powodu i jest w stanie w każdej chwili podjąć i dobrze znieść każdy wysiłek.

- oddechowym – aktywność ruchowa zwiększa pojemność życiową płuc; zwiększa głębokość oddechu a także zużycie tlenu i pułap tlenowy o około 25%; zmniejsza liczbę oddechów na minutę; zmniejsza wielkość długu tlenowego.
- nerwowym – ćwiczenia fizyczne pobudzają dojrzewanie ośrodków ruchowych w mózgu przyspieszając tym rozwój motoryczności; powodują wzrost szybkości przewodzenia bodźców nerwowych; polepszają koordynację ruchową; zmniejszają poziom lęku; obniżają stany depresyjne oraz poprawiają jakość snu.
- hormonalnym – aktywność fizyczna ma korzystny wpływ na budowę i czynność przysadki mózgowej
- w układzie immunologicznym – wysiłek fizyczny wpływa na poprawę systemu obronnego i wzrost odporności na zachorowania

Aktywność ruchowa ma zadowalający wpływ na zdrowie i rozwój dzieci i młodzieży, których potrzeby ruchowe są ogromne średnio 5 godzin dzienne [cyt. za 3].

Dzieciństwo jest to najlepszy czas dla człowieka, aby się uczyć. Jako dzieci możemy trenować umiejętności, które będą trwać przez całe życie, Dzieci mają wrodzoną chęć do poruszania się. Niestety aktywność ruchowa w dzisiejszych czasach jest wypierana przez telewizję i komputer [3,4,5] .

Aby dać naszym dzieciom najlepsze warunki prawidłowego rozwoju i zapewnić wysoką jakość życia, musimy wdrożyć w ich wychowanie bardzo ważny element, jakim jest ruch. Dzieci coraz częściej potrzebują wzorców i wskazówek w kształtowaniu określonych umiejętności motorycznych. Często rodzice nie zdają sobie sprawy, jak bardzo mogą wspomóc proces rozwoju własnego dziecka (lub, niestety, opóźnić przez rożne zaniedbania). Wprowadzenie kilku zasad związanych ze zdrowym stylem życia może dać dziecku pozytywną energię do podejmowania codziennych wyzwań. Proste zabawy, wykorzystujące podstawowe formy ruchu, takie jak: bieg, skok, rzut czy chwyt, będą rozwijały u dziecka nie tylko zdolności motoryczne czy umiejętności ruchowe, ale będą także sposobem na wdrażanie pewnych zachowań społecznych (współdziałanie, rozwiązywanie zadań, rozwój mowy). Jeśli dodatkowo będzie to wspólna zabawa z rodzicami, da to dziecku poczucie bezpieczeństwa
i miłości, tak niezbędne do prawidłowego rozwoju emocjonalnego [6].

Wspólna zabawa na świeżym powietrzu może zrekompensować wielogodzinne przebywanie w pozycji siedzącej, które często prowadzi do groźnej deformacji sylwetki, a w dalszej kolejności do poważnych bólów pleców. Aktywność ruchowa wzmacnia układ kostno-mięśniowy, usprawnia również inne funkcje, które mają duże znaczenie przy utrzymywaniu dobrego zdrowia i samopoczucia, takie jak krążenie czy oddychanie odpowiedzialne za dostarczanie tlenu do wszystkich mięśni i organów ciała dziecka. Należy jednak pamiętać, że wysiłek fizyczny wiąże się także z wydatkowaniem energii i ubytkiem płynów ustrojowych, w szczególności wody. Ich odpowiednie uzupełnianie to duża sztuka. Niestety, błędy w tym zakresie bardzo szybko stają się widoczne w przyrastającej masie ciała.

Odpowiedzialność za zdrowie naszych dzieci leży także po stronie państw, miast i gmin. W ramach projektów UE przeprowadzane są akcje promujące aktywność ruchową. Rozpoczęte przez miasta: Ateny, Innsbruck, Kopenhagę, Rotterdam i Stuttgart działania na rzecz zdrowia dzieci pod hasłem ”MUSISZ ĆWICZYĆ”, doprowadziły one do powstania praktycznego przewodnika, w celu konkretnego programowania aktywności dzieci. Zawartych w nim 28 zintegrowanych wytycznych, to przegląd różnych stref działalności, od polityki przez urbanistykę do rzeczowych ofert oraz zalecenia, które są sposobem na aktywność [7].

W Polsce ukazał się bardzo praktyczny poradnik dla rodziców i nauczycieli dzieci w wieku wczesnoszkolnym „JESTEM AKTYWNY I JEM ZDROWO-ŻYJĘ KOLOROWO”. Poradnik ten jest zwieńczeniem projektu *Healthy Children in Sound Communities* realizowanego przez Zakład Metodyki Wychowania Fizycznego oraz Zakład Higieny Akademii Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu w latach 2010–11 współfinansowanego przez Miasto Poznań i objętego honorowym patronatem prezydenta Miasta Poznania Ryszarda Grobelnego [6].

W Polsce zainteresowanie społeczne aktywnością ruchową młodzieży ma zazwyczaj charakter krótkich akcji. Najczęściej wywołują je nie sytuacje związane stricte ze zdrowiem, lecz takie, które się z nim raczej nie łączą. Należą do nich przeważnie porażki polskich sportowców na arenie międzynarodowej, których przyczyn tzw. opinia upatruje w katastrofalnym poziomie aktywności i zainteresowań sportowych naszej młodzieży. Przy tej okazji powstaje wiele sądów, opinii i doniesień medialnych zawierających” fakty” wyssane z palca. Rzekomej winy upatruje się w szkole odpowiedzialnej instytucjonalnie za rozwój i działania dziecka, czasami, lecz rzadziej w rodzinie.

Powyższe działania, to rezultat gwałtownie rosnącej w ostatnich trzech dekadach m.in. nadwagi i otyłości dzieci.

Regularne podejmowanie aktywności fizycznej jest jednym z najważniejszych czynników wpływających na długość i jakość życia. Brak takiej aktywności, często obserwowany u młodzieży i dorosłej części populacji, a wynikający z „siedzącego" trybu życia, jest głównym czynnikiem warunkującym rozwój wielu chorób cywilizacyjnych (np. niedokrwienie mięśnia sercowego, miażdżyca, cukrzyca typu II). Wyniki badań wskazują, że ponad 30% dzieci w wieku 5–8 lat ma już przynajmniej jeden czynnik sprzyjający chorobie wieńcowej: wyższe stężenie cholesterolu we krwi, otyłość, podniesione ciśnienie tętnicze krwi lub bardzo niską aktywność fizyczną [8].

Epidemia otyłości dzieci jest tak duża nie tylko w Europie , ale i na świecie, że według Paediatrics & Child Health (oficjalnego czasopisma Kanadyjskiego Towarzystwa Pediatrycznego), czynniki ryzyka otyłości dotyczące stylu życia są idealne do monitorowania na poziomie pierwszej linii praktyków opieki zdrowotnej. Zalecenia i porady aktywności dla niemowląt, małych dzieci, przedszkolaków i młodzieży (na szczeblu lokalnym i terytorialnym) zostały, więc wliczone w świadczenia usług zdrowotnych [9].

Obecnie nadwagę ma, co czwarte dziecko w Europie, w Polsce 15–18% uczniów [2]. Światowa Organizacja Zdrowia, (WHO) uznała, że jest to obecnie poważniejszy problem niż nałóg palenia tytoniu. Skutki nadwagi u dzieci:

- Dziecko z nadwagę prawdopodobnie będzie miało problemy z otyłością w wieku dorosłym
- Problemy zdrowotne: m.in. rośnie ryzyko wystąpienia cukrzycy typu II, nadciśnienia tętniczego, problemów ze snem, koślawienia kolan i stóp, bólów kręgosłupa i stawów, otłuszczenia narządów wewnętrznych
- Problemy psychospołeczne

Nieaktywna masa ciała, a więc głównie tkanka tłuszczowa, stanowi swego rodzaju balast, dodatkowe obciążenie, utrudniające swobodę ruchów, zmniejszające ich szybkość, utrudniające koordynację.

Otyłość sprzyja ograniczaniu aktywności ruchowej. Otyły unika ruchu, który sprawia mu trudność i męczy go. Traci przez to możliwości spontanicznego rozwoju sprawności fizycznej, która rozwija się poprzez codzienną aktywność ruchową. Otyli unikają sportu, gdyż obciążenia związane z treningiem sportowym są dla nich zbyt ciężkie. Otyły często staje się obiektem kpin rówieśników. Ma to szczególnie miejsce w czasie ćwiczeń. Starając się unikać sytuacji stresujących, stroni od aktywności ruchowej, przez co nie tylko zmniejsza swoją sprawność i wydolność fizyczną, ale powoduje narastanie otyłości. Otyli charakteryzują się obniżonym poziomem sprawności fizycznej. Wyniki prób sprawności

wykazują wyraźny spadek wartości wraz ze wzrostem nadwagi badanych. Wyjątkiem jest siła, która nie wykazuje wyraźnych wahań w grupach młodzieży z różnym stopniem nadwagi, a największe wartości osiąga w grupie z wyraźną nadwagą (40 -50%) [4].

Ogólna sprawność fizyczna, mierzona sumą punktacji wszystkich prób, nie zawsze wykazuje u otyłych wyraźnie niższe wartości. Zwłaszcza w początkowych stadiach nadwagi różnice te nie są duże. Wiązać to można, podobnie jak wyniki prób siły, z większym zaawansowaniem rozwojowym otyłych, u których niewielka nadwaga nie obniża jeszcze zwinności i szybkości. Jednak wraz z postępem otyłości różnice na niekorzyść osób otyłych się coraz bardziej wyraźne. U dzieci z nadwagą rzędu 40% stwierdzono tak niskie wartości prób sprawności fizycznej, że można je ocenić, jako niedostateczne [cyt. za 4].

Przejawem sprawności fizycznej jest posiadanie pewnych *umiejętności ruchowych,* jak np. jazda na rowerze, na wrotkach, łyżworolkach, deskorolce, na nartach, umiejętność pływania, tańca, gry w piłkę nożną, siatkówkę, koszykówkę itp. Umiejętności te są rzadsze w grupie otyłych. Wynika to z niechęci dzieci otyłych do podejmowania aktywności ruchowej i uczenia się nowych ruchów, które sprawiają im większą trudność niż szczupłym. Nie bez znaczenia jest także obawa przed kpinami rówieśników. Brak tych umiejętności lub ich niedostateczne opanowanie, jest kolejnym powodem zmniejszania aktywności ruchowej przez osobę otyłą.

Wydaje się, że wyjątkiem jest tu jazda na rowerze. Jest to obecnie umiejętność niemal powszechna, zarówno u dzieci szczupłych, jak i otyłych. Siedząc na rowerze otyłe dziecko nie musi dźwigać na nogach swojej masy ciała. Ułatwia mu to zrównanie się ze szczupłymi rówieśnikami i pozwala czuć się pewniej, a duża wydolność bezwzględna powoduje, że nie ustępuje rówieśnikom. Znajomość charakterystyki sprawności fizycznej młodzieży otyłej można wykorzystać w pracy na lekcjach wychowania fizycznego.

W konfrontacji ze szczupłymi rówieśnikami, otyły stoi z reguły na straconej pozycji. Jest od nich wolniejszy, mniej zwinny, niezgrabny. Przewyższa ich jednak siła i ten element może wykorzystać nauczyciel do budowy pozycji otyłego w grupie, do jego akceptacji przez rówieśników. W konsekwencji może to zaowocować chęcią udziału młodego człowieka w rekreacyjnej aktywności ruchowej, będącej całokształtem działań podejmowanych poza obowiązkami o charakterze sportowym lub turystycznym.

Aktywność ruchowa, w połączeniu ze zdrowym odżywianiem, to warunek prawidłowego rozwoju dziecka.

Na przełomie października 2010 i stycznia 2011 przeprowadzono w sześciu krajach europejskich (Belgia, Bułgaria, Niemcy, Grecja, Hiszpania, Polska) badania na temat

aktywności ruchowej i konsumpcji napojów przez przedszkolaków [10]. Wywiadu udzieliło 122 rodziców i 87 nauczycieli. Opiekunowie przedszkolaków stwierdzili, że dzieci są wystarczająco aktywne ruchowo i w zupełności przygotowane do aktywności fizycznej w szkole. Według badanych, w większości przedszkoli „maluchy" mogą pić tylko wodę. W nielicznych przedszkolach dozwolone są napoje słodzone cukrem, np. mleko czekoladowe czy soki owocowe. Niektórzy z badanych stwierdzili, że słodzone cukrem napoje mogą być zdrowe, ze względu na zawartość składników mineralnych i witamin. Wyniki badań wskazały na błędne postrzeganie powyższych zjawisk, zarówno przez rodziców jak i nauczycieli. Zdaniem BMC Public Heath (Biologiczno-Medyczne Centrum Zdrowia Publicznego- to największy otwarty dostęp na świecie, czasopism z dziedziny biologii, chemii i medycyny) rozwiązaniem w tej sytuacji są konkretne zalecenia, które będą realizowane przez nauczycieli ze współpracą z rodzicami w ramach programu przedszkolnego a następnie szkolnego.

Ta niska świadomość społeczeństwa o potrzebie zdrowego stylu życia, wciąż potęguje zjawisko hiperkinezji, czyli zbyt małej aktywności ruchowej prowadzącej do powstania wielu chorób cywilizacyjnych, coraz częściej odczuwalnych przez dzieci i młodzież.

W wyniku braku ruchu i często niewłaściwej diety dochodzi do niekorzystnych zmian w organizmie, które powodują m.in. [cyt. za 1]:

- osłabienie ogólne
- zwiększoną podatność na zachorowania i urazy
- osłabienie siły mięśniowej
- narastające zmniejszenie kapilaryzacji nie pracujących tkanek (w konsekwencji niedotlenienie tkanek)
- obniżenie zdolności wysiłkowej całego organizmu
- obniżenie ogólnej zdolności adaptacji
- zmniejszenie zakresu regulacji układu wegetatywnego
- nadwagę i otyłość· wady postawy ciała

Badania w zakresie kondycji fizycznej dzieci i młodzieży w Polsce przedstawia raport techniczny **H**ealth **B**ehaviour in **S**chool-aged **C**hildren: (HBSC WHO Collaborating) 2010. Badania HBSC 2010 finansowane były w Polsce w ramach działalności statutowej Instytutu Matki i Dziecka w latach 2009-2011. Przyczyny małej aktywności ruchowej młodzieży są obecnie analizowane w perspektywie trzech głównych nurtów teoretycznych: Teorii Społecznego Uczenia się (*Social Cognitive Theory*) A. Bandury [1], Teorii Planowanego

Działania (*Theory of Planned Behaviour*) I. Ajzena i J. Maddena [11] oraz Teorii Samodeterminacji (S*elf-determinaton theory*) E. Ryana i R. Deci [12].

Od końca lat 80. XX wieku w analizach aktywności fizycznej młodzieży obecny jest paradygmat socjoekologiczny, uwzględniający zarówno indywidualne, jak i środowiskowe (środowisko społeczne i fizyczne) uwarunkowania aktywności fizycznej [13,14].

Światowa Organizacja Zdrowia (*WHO*), Platforma Unii Europejskiej ds. Żywienia, Aktywności Fizycznej i Zdrowia (*European Platform for Action on Diet, Physical Activity and Health)* oraz inne powołane instytucje ogłaszają rekomendacje, co do zalecanego poziomu aktywności fizycznej dla poszczególnych grup wieku [15].
Zgodnie z najnowszymi rekomendacjami, dzieci w wieku szkolnym powinny wykonywać ćwiczenia o umiarkowanej i dużej intensywności przez przynajmniej 60 min. codziennie, w formie dostosowanej do etapu ich rozwoju, urozmaiconej i będącej dla nich źródłem satysfakcji [16].

W badaniach HBSC 2010 zastosowano pytanie obowiązkowe dotyczące umiarkowanej aktywności, co najmniej 60 minut dziennie - wskaźnik MVPA (*Moderate -to-Vigorous Physical Activity – Umiarkowana do Intensywnej Aktywności Fizycznej), gdzie* aktywność wiąże się m.in. z marszem, biegiem, jazdą na rowerze, tańcem, grą w piłkę i zajęciami wychowania fizycznego.
Wyniki aktywnych przez 5-6 dni w tygodniu:

- Wśród 11-12 latków aktywni fizycznie stanowią blisko 30.6 % (28.2% chłopcy, 33.0% dziewczęta)
- W grupie 13-14 latków 24.7% (26.5% chłopcy, 23.0% dziewczęta) to osoby o odpowiednim poziomie aktywności fizycznej
- Nieco ponad 25.3 % (chłopcy 28.8%, dziewczęta 21.8%) 15-16latków jest aktywnych fizycznie [17].

Departament Zdrowia Publicznego, Uniwersytet w Oksfordzie *Physical aktivity statistics 2012* zgodnie z zaleceniami WHO zgłasza zależność aktywności dzieci i młodzieży w zależności od kraju. W Szkocji 75% chłopców i 72% dziewcząt w wieku 2-15 jest aktywnych przynajmniej 60 minut lub więcej przez pięć dni w tygodniu. W Anglii aktywnych ruchowo w tej samej grupie wiekowej jest zaledwie 32% dziewcząt i 24% chłopców. Znaczny spadek aktywności nastąpił w tych państwach po dziesiątym roku życia. Natomiast w Walii w wieku 11-16 obserwuje się znaczną różnicę między aktywnością dziewcząt i chłopców. Chłopcy w tym wieku poświęcają na aktywność 53% a dziewczęta 35% czasu [18].

Podsumowanie

Wśród bardzo licznych opracowań na temat aktywności ruchowej dzieci i młodzieży, tylko nieliczne, to prace poświęcone charakterystyce porównawczej w krajach. Te, które ukazują się zazwyczaj ograniczają się do porównania danych z dwóch państw, gdzie w większości, końcowe przedstawienie danych odnosi się do wybranej części opisanego już wcześniej materiału.

W Polsce, w kontekście założeń metodologicznych, na podstawie przeprowadzonych badań i zebranego materiału faktograficznego, Ryszard Bartosiewicz sformułował aż 36 wniosków dotyczących aktywności fizycznej chłopców i dziewcząt w Europie. Sam jednak stwierdza, że „ analiza przedstawionych w opracowaniu danych raczej skłania do uznania za podłoże stanu aktywności ruchowej takich determinantów, jak czynniki kulturowe, geograficzne czy ekonomiczne". One to również, wg autora „ uzupełniają formalnie, instytucjonalne wyznaczniki krajowych systemów wychowania fizycznego, a nawet można pokusić się o stwierdzenie, że są podstawą ich swoistości" [19].

Badane dzieci i młodzież polska pod względem aktywności ruchowej nie odbiegają od swoich europejskich rówieśników.

Na podstawie analizy wyników badań z Europy (ostatnie 6 lat) obserwuje się znaczny spadek aktywności ruchowej dziewcząt i chłopców w wieku dojrzewania. Świadomość zmian osobniczych w tym okresie może w sposób bezpośredni lub pośredni pomóc w wyjaśnieniu tego zjawiska.

Pomimo przesunięcia w ostatnim czasie zainteresowania w kierunku korelacji aktywność ruchowa - środowisko. Jest bardzo mało badań na temat wpływu czynników środowiskowych na aktywność ruchową dzieci i młodzieży.

Dostrzeganie zdrowotnych konsekwencji aktywności ruchowej jest typowym środowiskiem autorów zajmujących się przede wszystkim problemami medycyny czy promocji zdrowia. Szerzej na znaczenie aktywności dla rozwoju młodego człowieka spoglądają pedagodzy, gdzie aktywność ruchowa ich zdaniem jest doskonałym obszarem do realizacji zamierzonych celów edukacyjnych. Umiejętne spostrzeganie aktywności ruchowej zarówno od strony medycznej jak i pedagogicznej, pomogłoby na pewno w ujednoliceniu badań w tym zakresie.

Piśmiennictwo

1. Bandura A.: Self-regulation of motivation through anticipatory and self-reactive mechanisms. w: Dienstbier R. (red.): Nebraska symposium on motivation 1990: Perspectives on motivation. Lincoln, NE, University of Nebraska Press, 1991, 69-164.

2. Woynarowska B., Stępniak K.: Przedmowa, [w:] Poradnik orędownictwa na rzecz HEPS. Argumenty i strategie tworzenia polityki zdrowotnej w szkole, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2010.
3. Bielski J.: Życie jest ruchem. Agencja Promo-Lider, Warszawa 1996.
4. Kozłowski S.: Znaczenie aktywności fizycznej w życiu człowieka, PWN, Warszawa 1987.
5. Chromiński Z.: Aktywność ruchowa dzieci i młodzieży. Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa 1987.
6. Bronikowski M., Pilaczyńska-Szcześniak Ł i wsp.: Jestem aktywny i jem zdrowo-żyję kolorowo. Poradnik dla rodziców i nauczycieli w wieku wczesnoszkolnym. Poznań 2011.
7. www.playgroundlandscape.com/en/article/view/546.html&prev=/search%3Fq%3Dphysical%2Bactivity%2Bof%2Bchildren%2Beurope%26hl%3Dpl%26biw%3D1366%26bih%3D653&sa=X&ei=8oI8UdjzEdON7Aavm4C4DA&ved=0CIEBEO4BMAk [data pobrania 25.04.2013]
8. Drabik J.: Aktywność fizyczna w treningu zdrowotnym osób dorosłych cz. II, AWF Gdańsk 1996.
9. Adamo K.B., Prince S.A., Tricco A.C i wsp.: A comparison of indirect versus direct measures for assessing physical activity in the pediatric population: a systematic review. Int. J. Pediatr. Obes., 2009, 4, 2-27.
10. Ajzen I., Madden T.: Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceivedbehavioral control. J. Exp. Soc. Psychol., 1986, 22, 453-474.
11. De Craemer M, De Decker E, De Bourdeaudhuij I i wsp.: Physical activity and beverage consumption in preschoolers: focus groups with parents and teachers. BMC Public Health., 2013, 13, 278.
12. Ryan M., Deci E.: Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. Am. Psychol., 2000, 55, 68-78.
13. Sallis J., Bauman A., Pratt M.: Environmental and policy interventions to promote physical activity. J. Prev. Med., 1998, 15, 379-397.
14. McLeroy K., Bibeau D., Steckler A i wsp.: An ecological perspective on health promoting programs. Health Educ. Q, 1988, 15, 351-377.
15. Global Recommendations on Physical Activity for Health, http://www. who. int/ dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/index.html. [data pobrania 24.04. 2013].

16. Strong W.B., Malina M.R., Blimkie CJ.: Evidence based physical activity for school-age youth. J. Pediatr., 2005, 146, 732-737.
17. Mazur J., Małkowska - Szkutnik A. Wyniki badań HBSC 2010 Raport techniczny, Warszawa 2011.
18. Guinhouya BC, Samouda H, de Beaufort C. Level of physical activity among children and adolescents in Europe: a review of physical activity assessed objectively by accelerometry. Public Health. 2013, 127, 301-11.
19. Bartosiewicz R.: Aktywność ruchowa młodzieży gimnazjalnej z południowa zachodniej Polski na tle wybranych ośrodków europejskich. Studia i Monografie, 101, AWF Wrocław 2011.

Kuchna Paulina[1], Oskędra Iwona[2], Zych Beata[2]

Odżywianie i aktywność fizyczna w profilaktyce przedwczesnego starzenia się

1. Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu UJ CM, kierunek pielęgniarstwo
2. Wydział Nauk o Zdrowiu UJ CM Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa Zakład Pedagogiki Medycznej

Wstęp

Współcześnie mamy do czynienia z wydłużaniem się okresu życia człowieka, z czym wiąże się wzrost liczby osób starszych. Końcowy etap starzenia się na ogół związany jest z negatywnymi zmianami biologicznymi i psychospołecznymi i może przebiegać w sposób fizjologiczny lub może być powiązany z wieloma powikłaniami i mieć przyśpieszony charakter [1]. Dyferencyjność starzenia się pozwala poszukiwać i rozpatrywać przyczyny przedwczesnej starości i na tym gruncie wypracowywać zasady stanowiące profilaktykę powikłanego starzenia się, która z kolei umożliwia ograniczenie niepełnosprawności i poprawę jakości życia seniorów. Zmniejszenie dynamiki procesu starzenia się jest tym istotniejsze, że prowadzi do zmniejszenia kosztów leczenia i opieki nad osobami starszymi [2].

Przeprowadzone dotychczas badania wskazują, że wydłużenie pomyślnego trwania życia możliwe jest poprzez modyfikację stylu życia w zakresie m. in. aktywności fizycznej i sposobu odżywiania się. We współczesnym społeczeństwie za pośrednictwem mediów i działań ochrony zdrowia, zwiększa się poziom wiedzy i świadomości społeczeństwa dotyczący wpływu w/w czynników na zdrowie. Z drugiej strony osoby starsze cechuje utrudniony proces przystosowywania się do zmian i z reguły towarzyszy im pewna sztywność schematów myślenia. Stąd niechętnie zmieniają swoje przekonania i przyjmują nowe, dlatego utrwalone nawyki dotyczące odżywiania czy aktywności fizycznej często pozostają bez zmian [1, 3]. Sytuacja ta szczególnie dotyczy osób starszych mieszkających w środowisku wiejskim, gdzie świadomość związku między stylem życia a kondycją psychofizyczną i zdrowiem jest niewielka.

Cel pracy

Celem badań było ustalenie wpływu wybranych elementów stylu życia, tj. sposobu odżywania się i aktywności fizycznej w przeszłości i obecnie na profilaktykę przedwczesnego

starzenia się oraz określenie poziomu wiedzy i świadomości badanych na temat wpływu sposobu odżywiania i aktywności ruchowej na stan zdrowia.

Materiał i metody

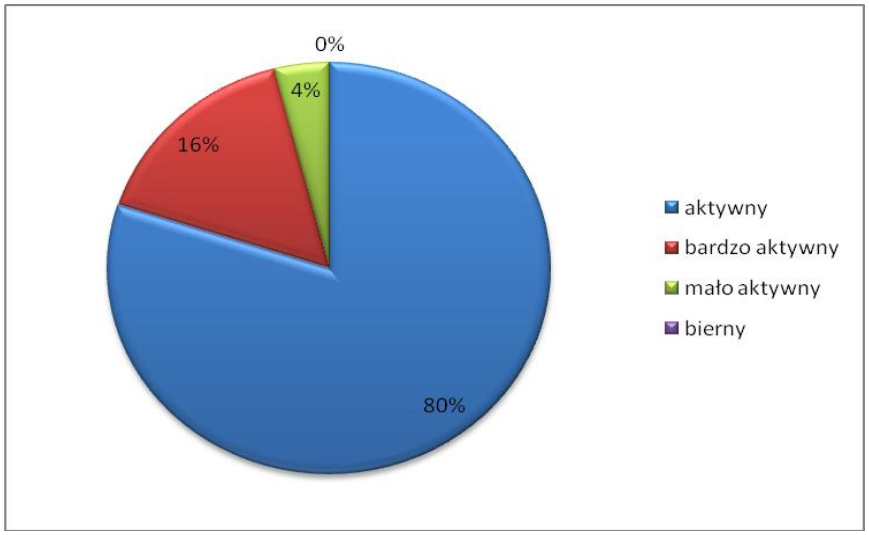
Badania przeprowadzono w 2012 roku wśród 50 osób w wieku od 60. do 91 lat, zamieszkujących środowisko wiejskie na terenie powiatu myślenickiego i limanowskiego.

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, techniką badawczą była ankieta, narzędziem autorski kwestionariusz ankiety, zawierający 39 pytań, w tym 7 pytań otwartych, 5 rangowanych, 25 zamkniętych jednokrotnego-, i 2 wielokrotnego wyboru. Kwestionariusz ankiety zawierał pytania dotyczące aktywności fizycznej i sposobu odżywiania się badanych w przeszłości i obecnie, znajomości i stosowania przez nich zasad prawidłowego żywienia, a także pytania dotyczące samooceny stanu zdrowia. Dane te uzupełniono oceną poziomu sprawności badanych przy użyciu skali ADL, oceną ich masy ciała na podstawie pomiaru wskaźnika BMI (ang. Body Mass Index) oraz analizą poziomu funkcjonowania poszczególnych układów organizmu na przestrzeni czasu. Zebrane dane poddano analizie ilościowej i jakościowej.

Wyniki

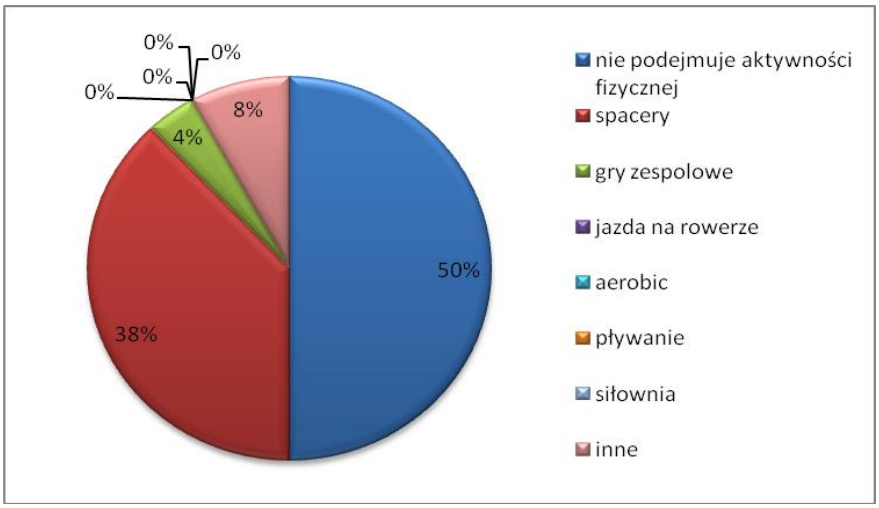
W badaniach wzięło udział 50 osób w starszym wieku, w tym 60% stanowiły kobiety, 40% mężczyźni. Wśród badanych najliczniejszą grupę stanowiły osoby w przedziale wieku od 60. do 74. lat – 60%, najmniej liczną osoby w najstarszej kategorii wieku – 90. lat i powyżej – 6%. W badanej grupie najwięcej było osób będących w związku małżeńskim – 66%, wdowy/wdowcy stanowili 32% ogółu badanych, najmniej było osób stanu wolnego – 2%, natomiast żadna z badanych osób nie była rozwiedziona.

Wśród badanych najwięcej osób określiło swój tryb życia w przeszłości jako aktywny - 80%, natomiast nikt nie uznał go za bierny. Bardzo aktywny tryb życia prowadziło 16% osób, a mało aktywny 4% - Ryc. 1. Jednak w pytaniu dotyczącym nawyku aktywnego spędzania czasu wolnego w przeszłości, już tylko 60% badanych podało, że w ich rodzinie istniał taki zwyczaj, a 40% zaprzeczyło temu. Wśród form aktywności rekreacyjnej podejmowanej w przeszłości przez badanych wymieniane były: spacery – 31 %, gry zespołowe – 16%, jazda na rowerze – 13%, oraz pływanie – 3%. Najwięcej badanych – 37% podało kategorię „inne", gdzie najczęściej wpisywana była praca na roli. Z kolei wśród obecnie preferowanych przez badanych form spędzania czasu wolnego, najczęściej wskazywane były: oglądanie telewizji – 41%, uprawianie działki – 25%, sen – 13% oraz czytanie i spotkania towarzyskie – po 9%. Żadna z badanych osób nie wymieniła innych form, poza uwzględnionymi w ankiecie.



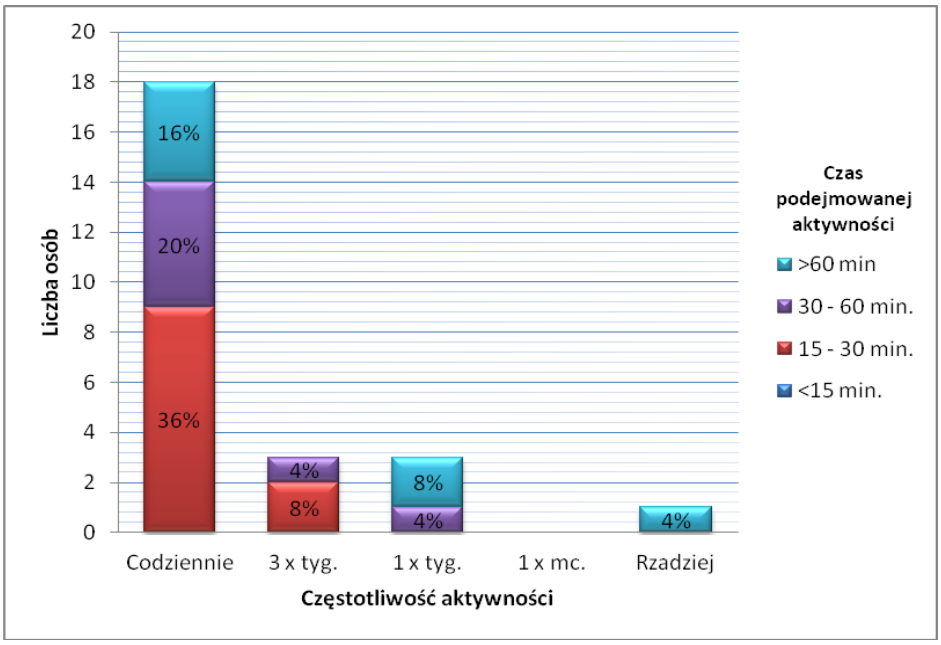
Rycina 1. Tryb życia osób badanych w przeszłości.

Spośród badanych, połowa seniorów – 50% nie podejmowała obecnie żadnej aktywności fizycznej. Z kolei osoby aktywne – 50% najbardziej preferowały spacery – 38%, którymi zainteresowanie nieco wzrosło w stosunku do przeszłości (31%) oraz gry zespołowe – 4%, którymi z kolei zmalało zainteresowanie w odniesieniu do okresu młodości badanych (16%). Pomimo, że w przeszłości najwięcej osób - 37% podało jako formy aktywności pracę na roli, obecnie tylko 16% wskazało ten rodzaj aktywności – Ryc. 2.



Rycina 2. Formy aktywności fizycznej podejmowane obecnie przez badane osoby.

W odniesieniu do aktywności ruchowej badanych, dokonano oceny jej częstotliwości i czasu realizacji. Najwięcej ankietowanych – 72% podejmowało wysiłek fizyczny codziennie, jedynie 4% rzadziej niż 1 raz w miesiącu. Największa grupa osób – 44% była aktywna fizycznie ok. 15 – 30 min. dziennie, z kolei po 28% badanych było aktywnych ruchowo 30 – 60 min. i powyżej 60 min. dziennie. Żadna z osób nie realizowała aktywności ruchowej w czasie krótszym niż 15 minut dziennie – Ryc. 3.



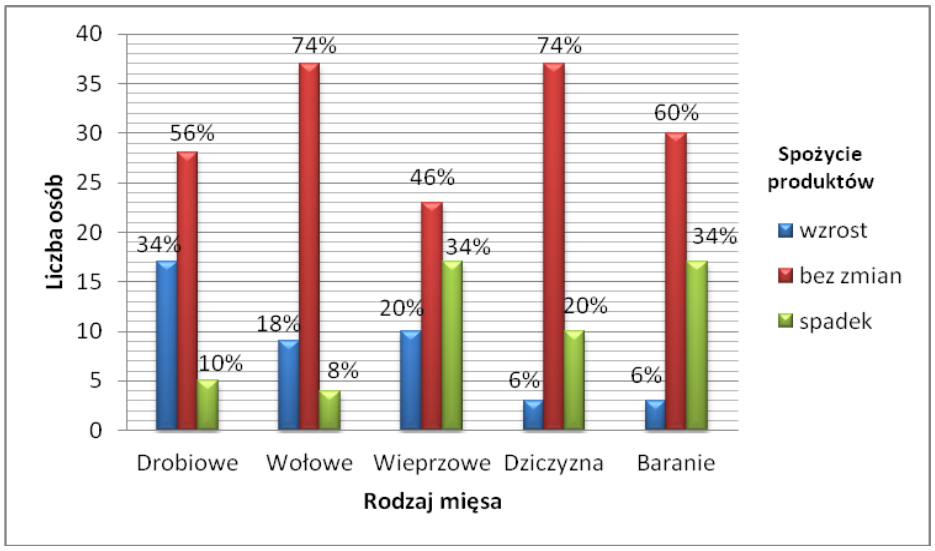
Rycina 3. Częstotliwość i czas podejmowania aktywności fizycznej przez badanych.

W badaniach dokonano również analizy sposobu odżywiania się respondentów w przeszłości i obecnie. Wykazano, że 78% osób nie przywiązywało w przeszłości wagi do sposobu odżywiania, jedynie 22% badanych wykazywało troskę o zdrowy sposób żywienia. Większość respondentów nie stosowała zasad zawartych w piramidzie zdrowego żywienia w przeszłości – 82% i nie stosowało ich obecnie – 80%. Pozostali seniorzy odżywiali się zgodnie z zaleceniami zawartymi w piramidzie żywienia – 18% respondentów, a obecnie stosowało się do nich tylko 20% badanych.

W odniesieniu do sposobu odżywiania się badaniach, dokonano analizy jakościowej spożycia wybranych grup produktów, tj. mięsa, tłuszczów roślinnych i zwierzęcych, soli, przypraw oraz używek.

Oceniono zmiany w zakresie spożycia przez respondentów różnych gatunków mięs na przestrzeni czasu. Utrzymującą się tendencją był brak zmian w spożyciu mięsa: wołowego –

74%, dziczyny – 74%, baraniego – 60%, drobiowego – 56% i wieprzowego – 46%. Najmniej osób zaznaczyło wzrost spożycia dziczyzny - 6% i mięsa baraniego – 6%. Znaczący okazał się wzrost spożycia mięsa drobiowego – 34% oraz spadek konsumpcji mięsa wieprzowego – 34% i mięsa baraniego – 34% - Ryc. 4.



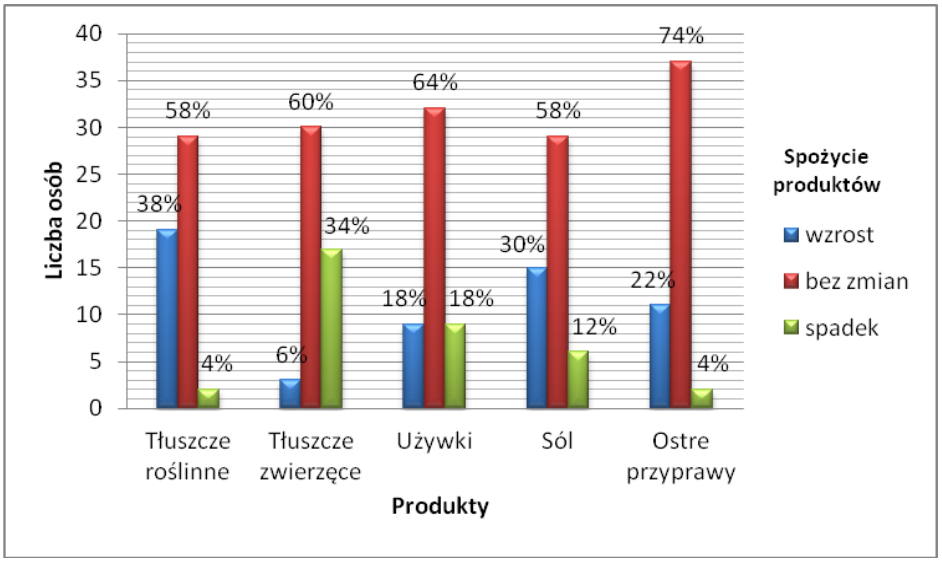
Rycina 4. Zmiana częstości spożywania przez respondentów określonych gatunków mięs na przestrzeni czasu

Większość badanych nie wprowadziła zmian w ilości używanych ostrych przypraw – 74%, stosowanych używek – 64%, spożywanych tłuszczów zwierzęcych – 60%, tłuszczów roślinnych – 58% oraz soli – 58%, co może wynikać prawdopodobnie z utartych przyzwyczajeń żywieniowych w tej grupie wiekowej. Spadek spożycia tłuszczów roślinnych i ostrych przypraw był najrzadziej zaznaczaną przez ankietowanych kategorią – po 4%. Odnotowano natomiast wysoki wzrost spożycia tłuszczów roślinnych – 38%, spadek konsumpcji tłuszczów zwierzęcych – 34% i wzrost spożycia soli – 30% - Ryc. 5.

Z przeprowadzonych badań wynika, że aż 86% badanych nie wprowadziło żadnych zmian w technikach przygotowywania potraw, jedynie 14% zmieniło charakter dań i technikę kulinarną. Zmiany te dotyczyły głównie zwiększenia ilości gotowanych i duszonych potraw – 10% i wzrostu ilości używanych przypraw – 4%.

Znajomość podstawowych zasad prawidłowego żywienia potwierdziło 70% badanych, pozostałe 30% osób podało, że ich nie zna. Wykazano jednak, że jedynie 60% osób z grupy znającej normy właściwego żywienia, stosowało je w praktyce, natomiast 40% mimo

znajomości zasad, nie wcielało ich w życie. Informacje na temat zasad odżywiania ankietowani czerpali głównie od członków rodziny – 40%, następnie od lekarza – 38%, z radia/TV – 10%, z prasy – 6%, książek – 4%, oraz od znajomych – 2%. Żadna z badanych osób nie wymieniła innych źródeł poza podanymi w ankiecie.



Rycina 5. Zmiana częstości spożywania przez respondentów określonych grup produktów na przestrzeni czasu.

W ramach badań seniorzy dokonali samooceny stanu zdrowia, spośród nich 80% określiło swój stan zdrowia jako dobry, nikt nie określił go jako bardzo zły. Natomiast 18% osób określiło swój stan zdrowia jako zły, a jedynie 2% jako bardzo dobry. Wykazano, że wśród osób aktywnych fizycznie, większy był odsetek osób oceniających stan swojego zdrowia jako bardzo dobry i dobry – 48%, w porównaniu z osobami nieaktywnymi ruchowo – 34%. Jednocześnie w grupie osób aktywnych nie zanotowano osób źle oceniających swój stan zdrowia, podczas gdy wśród nieaktywnych, odsetek osób źle oceniających stan zdrowia wynosił 18%. Wyższy był również odsetek seniorów źle oceniających swój stan zdrowia w grupie osób nie stosujących zasad prawidłowego żywienia w praktyce – 14%, w porównaniu do osób zdrowo odżywiających się – 4%.

Wśród seniorów 64% uważało, że sposób odżywiania ma wpływ na stan zdrowia, pozostałe 36% nie dostrzegało takiej zależności. Z kolei zdaniem 82% badanych, aktywność fizyczna determinuje ich obecny stan zdrowia, natomiast 18% nie zgodziło się z tym stwierdzeniem.

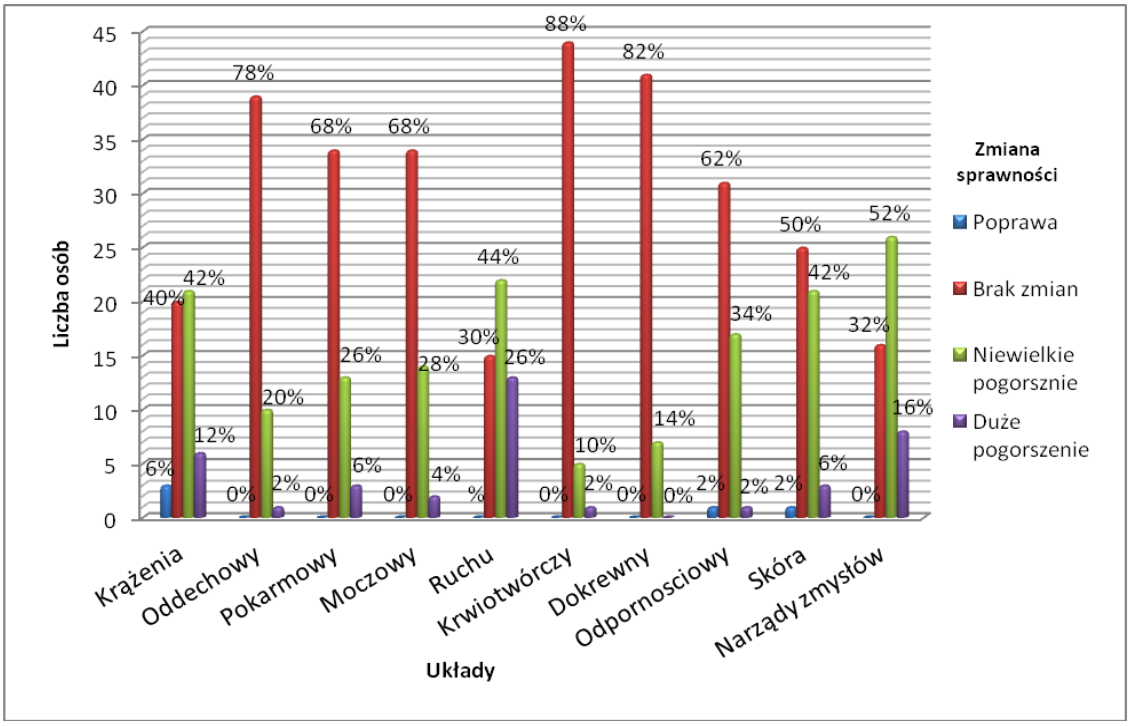
W badaniach dokonano pomiaru wskaźnika BMI (ang. Body Mass Index) u badanych w nawiązaniu do oceny ich sposobu odżywiania. Z uzyskanych danych wynika, że najwięcej osób – 46% miało nadwagę, u 12% wykazano otyłość I stopnia, prawidłowe wartości odnotowano u 40% badanych, natomiast najmniej osób – 2% miało niedowagę.

W oparciu o badanie poziomu sprawności badanych przy użyciu skali ADL wykazano, że 98% seniorów było sprawnych, jedynie 2% osób było znacznie niesprawnych. Jednocześnie ponad połowa badanych – 56% leczyła się w związku z występowaniem chorób przewlekłych i schorzenia te najczęściej dotyczyły kolejno: układu krążenia, ruchu, zaburzeń metabolicznych i układu oddechowego. Wykazano zmniejszoną częstość występowania zaburzeń przewlekłych w grupie osób stosujących piramidę zdrowego żywienia w przeszłości (zmniejszone zachorowanie o 26%) i przestrzegających jej obecnie (zmniejszone zachorowanie o 22%).

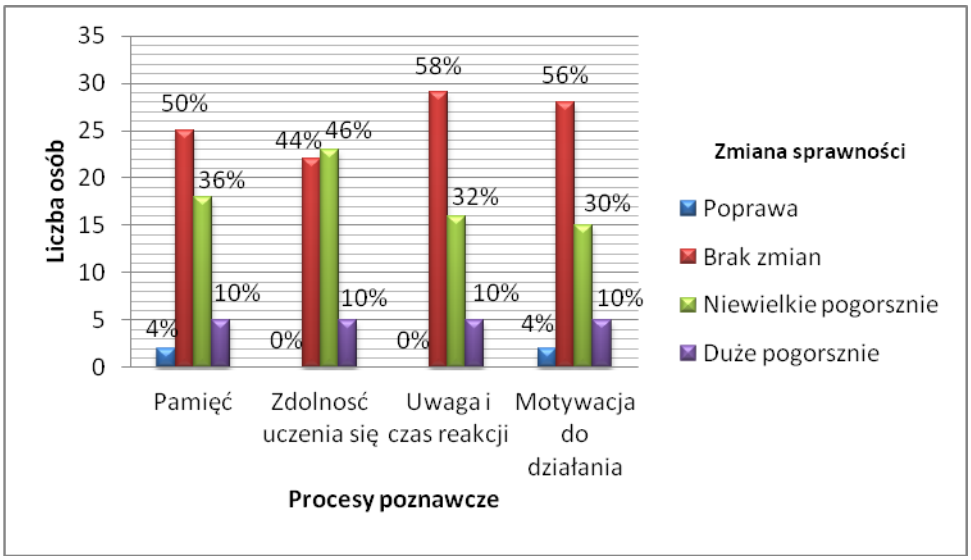
W ramach badań przeanalizowano u badanych zmiany w zakresie sprawności w wybranych układach na przestrzeni ostatnich 10 lat. W układach: oddechowym, pokarmowym, moczowym, krwiotwórczym, dokrewnym, odpornościowym i w obrębie skóry dominującą tendencją był brak zmian. Natomiast w układzie ruchu – 70%, krążenia – 54% i narządach zmysłów – 68%, najczęściej występowało niewielkie lub znaczne pogorszenie. Poprawa w funkcjonowaniu wybranych układów była najrzadziej spotykaną zmianą - Ryc. 6. Dodatkowych danych dostarczyło porównanie pogorszenia stanu w układzie ruchu w stosunku do realizowanej aktywności fizycznej. Uzyskane wyniki wykazują, że wśród osób nie podejmujących aktywności ruchowej był większy odsetek z negatywnymi zmianami w obrębie tego układu – 44%, w porównaniu z osobami aktywnymi – 26%. Natomiast pogorszenie funkcjonowania układu krążenia częściej towarzyszyło osobom nieaktywnym – 44%, niż osobom aktywnym – 22%, a także osobom nieprzestrzegającym zasad zawartych w piramidzie żywienia, w porównaniu do stosujących te reguły, o prawie 40%.

Charakterystyczne dla seniorów pogorszenie funkcji poznawczych było dominujące jedynie w zakresie zdolności uczenia się – 56%, przy czym znaczącą determinantą tego stanu, okazało się spożycie tłuszczy zwierzęcych. Odsetek osób zgłaszających pogorszenie zdolności uczenia się w grupie często lub bardzo często spożywających tłuszcze zwierzęce w przeszłości był o 30% większy a kontynuujących tak duże spożycie obecnie o 18% większy w porównaniu z osobami, które spożywały te tłuszcze rzadko, sporadycznie lub wcale. Natomiast przewagę braku zmian na przestrzeni ostatnich 10 lat zanotowano w zakresie pamięci – 50%, uwagi i czasu reakcji – 58%, oraz motywacji do działania – 56%. Żadna

z badanych osób nie zaobserwowała poprawy w zakresie zdolności uczenia się, uwagi i czasu reakcji, a niewiele, bo po 4% badanych (po 2 osoby) wskazało poprawę pamięci i motywacji do działania – Ryc. 7.



Rycina 6. Zmiana sprawności w wybranych układach w organizmie u badanych osób.



Rycina 7. Zmiana sprawności wybranych procesów poznawczych w opinii badanych.

Dyskusja

Wyniki uzyskane w ramach badań własnych wskazują na ograniczenie zmian patologicznych m. in. w układzie krążenia i ruchu wśród osób podejmujących aktywność fizyczną. Trudno jednak porównywać uzyskane wyniki do profesjonalnych, w pełni kontrolowanych badań, ponieważ zebrane dane były subiektywną oceną stanu zdrowia badanych i nie zostały poparte badaniami diagnostycznymi. Jednak mimo to, wyniki przeprowadzonych badań są zbieżne z poglądami Paska T., Paska J., Wituk-Misztalskiej A., Sieroń A, według których aktywność ruchowa wpływa na sprawne funkcjonowanie wielu układów organizmu i stanowi profilaktykę gwałtownie narastających chorób przewlekłych wśród seniorów [4].

Wielu badaczy odnotowuje zależność między sposobem odżywiania się a stanem zdrowia, oraz opracowuje zasady prawidłowego żywienia, uwzględniając ich wpływ na starzenie się organizm [5, 6, 7]. Według wielu naukowców zachowanie zdrowia jest ściśle związane ze zdrowym odżywianiem, co znajduje potwierdzenie również w wynikach badań własnych. Zaobserwowana w ramach prezentowanych badań tendencja braku zmian w sposobie przygotowania i rodzaju spożywanych produktów wśród seniorów jest podkreślona w badaniach Grabowskiej E., Spodaryk M., gdzie poruszono kwestię zmniejszonej adaptacji do innego sposobu żywienia w grupie osób starszych [5].

Mimo, iż w publikacjach naukowych pojawiają się informacje na temat niskiego poziomu wiedzy osób w podeszłym wieku na temat wpływu aktywności fizycznej na stan zdrowia, to przeprowadzone badania własne wskazują, że stosunkowo duży odsetek seniorów uznaje aktywność fizyczną za jedną z determinant zachowania zdrowia [8].

Wnioski

1. Najbardziej charakterystyczną tendencją dotyczącą sposobu odżywiania w grupie badanych osób, było zachowanie dotychczasowych nawyków żywieniowych dotyczących stosowania ostrych przypraw (74%), używek (64%), tłuszczów zwierzęcych (60%), roślinnych (58%) i soli (58%). Większość badanych nie zmieniała na przestrzeni ostatnich 10 lat spożywanych produktów i nie wprowadziła też żadnych zmian w technikach przyrządzania potraw.

2. W badanej grupie seniorów 70% osób znała zasady prawidłowego odżywiania, jednak w praktyce stosowało je już tylko 60% a 40% mimo znajomości reguł nie wcielało ich w życie.
3. W większości badane osoby oceniły swój stan zdrowia jako dobry i ocena ta przeważała wśród osób aktywnych ruchowo i stosujących zasady prawidłowego żywienia.
4. W środowisku wiejskim będącym miejscem zamieszkania badanych uznanie aktywności fizycznej i sposobu odżywiania za jedną z determinant zdrowia było znaczące, mimo tej świadomości większość badanych nie zmieniła swoich nawyków żywieniowych na zdrowsze, na ogół stosując dotychczasową dietę.
5. Sposób odżywiania i aktywność fizyczna były elementem wpływającym na zwolnienie procesów degeneracyjnych w organizmie seniora poprzez wpływ na zmniejszenie chorobowości i konieczności leczenia schorzeń przewlekłych, między innymi w zakresie układu krążenia i ruchu, oraz zachowanie na optymalnym poziomie procesów poznawczych co wykazano w badaniach.

Piśmiennictwo

1. Górecka M., Nikisch J.: Starość w ujęciu zmian demograficznych w Polsce. Pielęg. Pol., 2008, 3, 193-197.
2. Gustaw K., Dominko A., Panasiuk L.: Choroby zależne od wieku i choroby związane z wiekiem. Perspektywy zapobiegania demencji. Zdr. Pub., 2006, 116, 614-618.
3. Niechwiadowicz-Czapka T.: Działania spowalniające proces starzenia. [w:] Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa geriatrycznego. Niechwiadowicz-Czapka T., Klimczyk A. (red.), Wyd. Continuo, Wrocław, 2010, 125-131.
4. Górecka M., Nikisch J.: Aktywność fizyczna osób w starszym wieku. Pielęg. Pol., 2008, 2, 159-164.
5. Grabowska E., Spodaryk M.: Zasady żywienia osób w starszym wieku. Gerontol. Pol., 2006, 14, 57-63.
6. Jabłoński E., Kaźmierczak U.: Odżywianie się osób w podeszłym wieku. Gerontol. Pol., 2005, 13, 48-54.
7. Papiernik E.: Twój styl życia. Porady 14 lekarzy specjalistów jak żyć długo i zdrowo. Wyd. Hachette Polska, Warszawa, 2009.
8. Dmowska I., Kozak-Szkopek E.: Znajomość roli aktywności fizycznej w etiologii chorób cywilizacyjnych u osób w starszym wieku. Probl. Pielęg., 2010, 18, 273-278.

Frąckowski Łukasz[1], Gryń Kamila[1], Ogłodek Ewa[2], Araszkiewicz Aleksander[2]

O skuteczności alternatywnej terapii fizykalnej w medycynie

1 Studenckie Koło Naukowe, Katedra Psychiatrii Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu
2. Katedra Psychiatrii Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wstęp

Wiedza o tym, że masaż, uciskanie oraz pocieranie dokładnie określonych miejsc ciała może przynosić ulgę znana była już starożytnym cywilizacjom. Pierwsze pisane poradniki masażu punktowego oraz akupresury pochodzą z terenów obecnych Chin. Zostały stworzone około 2000 r. p. n. e. i dotarły do Europy drogą Jedwabnego Szlaku [1]. W średniowieczu osoby, kóre zajmowały się akupresurą oraz masażem orientalnym, były uważane za heretyków. Jednak z biegiem lat medycyna "wschodu" zaczęła wchodzić w codzienne życie coraz śmielej, aż w końcu utworzyła gałąź medycyny zwaną medycyną alternatywną [2].

Fizykoterapia uprawiana w sposób dalekowschodni różni się od zwykłego masażu istotnością uciskania konkretnych miejsc. Pola te kumulują w sobie energię (w języku chińskim – chi) oraz interferują ze sobą, wpływając bezpośrednio na narządy wewnętrzne [3]. Można wyróżnić punkty, które znajdują się bezpośrednio nad organem poddawanym terapii lub też, jak w przypadku refleksoterapii, znajdujące się w dużej odległości od niego (na przykład na stopach) [2].

Obecnie fizykoterapia orientalna staje się coraz bardziej popularna. Wznawiane są wcześniej wydawane podręczniki do nauki własnej oraz produkowane liczne komercyjne przedmioty (opaski uciskające ważne punkty biologiczne i masażery elektryczne). Akupresura oraz masaż orientalny używane są do leczenia schorzeń narządu ruchu, a także dolegliwości uwarunkowanych stanem psychicznym (zaburzenia lękowo – depresyjne oraz zaburzenia snu) [4, 5]. Richards K. zaobserwował szybszy powrót do zdrowia chorych, znajdujących się na oddziałach intensywnej terapii, u których oprócz terapii farmakologicznej zastosowano różne formy medycyny alternatywnej [6].

Rozwinięcie

Jednym z badań, które miały na celu ocenę skuteczności akupresury wraz z aromaterapią (olejkiem lawendowym), była praca Yip Y.B. i wsp. W badaniu wzięły udział

osoby cierpiące na przewlekłe nieswoiste bóle odcinka szyjnego kręgosłupa. Pacjentów podzielono na dwie grupy: grupę badaną (terapia dotyczyła punktów biologicznie aktywnych) i grupę kontrolną (forma terapii placebo). W stosowany zabiegach masowano oraz uciskano za pomocą palców pola ciała zlokalizowane blisko miejsca bólu, jak i obszary bardziej oddalone od punktu bólowego (na przykład masaż stóp). Dla zintensyfikowania terapii zastosowano olejki eteryczne. W grupie badanej obserwowano spadek intensywności bólu w porównaniu z grupą kontrolną oraz znaczny spadek stresu i zmniejszenie sztywności mięśni szyi. Najważniejszym efektem zastosowania akupresury była znaczna poprawa subiektywnego samopoczucia chorych [7, 8]. Cherkin D. i wsp., Chou R. i wsp., Dryden T. i wsp. oraz Furlan A. i wsp. przeprowadzili badania dotyczące wpływu zastosowania akupresury i masażu tajskiego na chroniczne oraz podostre bóle odcinka lędźwiowego kręgosłupa. U pacjentów z bólem podostrym oraz ostrym uciskanie punktów biologicznych dało bardzo dobre efekty, powodujące m.in.: obniżenie odczucia bólu oraz zwiększenie zakresu ruchów. Czas trwania efektów był dyskusyjny i bardzo zależał od jakości oraz długości zastosowanej terapii. Niektórzy pacjenci po jednorazowej sesji odczuwali poprawę przez okres czterech tygodni, natomiast inni odczuwali zmniejszenie bólu przez mniej niż tydzień [9, 10, 11, 12]. U pacjentów z bólem chronicznym akupresura przyniosła poprawę w stosunku do grupy kontrolnej, jednak poprawa ta była krótkotrwała [13, 14]. Jak dowodzi Tsao J. zabiegi masażu orientalnego pozwalają również na zmniejszenie dolegliwości występujących u chorych z bólami szyi, ramion i barków. Po zastosowaniu uciskania punktów znajdujących się blisko bolesnego miejsca oraz refleksoterapii z aromaterapią, zaobserwowano poprawę stanu klinicznego pacjentów. Polegała ona na zwiększeniu się zakresu ruchów oraz zwiększeniu się subiektywnego odczucia komfortu [15].

Kolejnym schorzeniem narządu ruchu, w którym akupresura przynosi korzyści, jest zwyrodnienie stawów. Badanie przeprowadzone w 2012 przez Zhang Y. miało nietypowy charakter, gdyż polegało na samodzielnym wykonaniu zabiegów akupresury w okolicy stawów kolanowych. Zastosowana akupresura nie pogorszyła stanu klinicznego ani odczuwanego bólu, a w niektórych przypadkach przyniosła dobre efekty w postaci zmniejszenia sztywności stawu, jak i poprawy jego ruchomości [16].

W badaniach Beider S. i wsp. udowodnili, że akupresura zastosowana u pacjentów z młodzieńczym reumatoidalnym zapaleniem stawów pozwala na obniżenie nasilenia symptomów choroby, ograniczenie dolegliwości bólowych oraz objawów psychosomatycznych towarzyszących bólom [17]. Inną chorobą, w której akupresura może znaleźć zastosowanie jest fibromialgia. Prace Hardy–Pickering R. i Holdcraft L. potwierdzają,

że terapia za pomocą masażu oraz akupresury przyniosła rezultaty w postaci obniżenia bólu u chorych na tę chorobę. Fibromialgię charakteryzują poranne, silne bóle zlokalizowane w różnych okolicach ciała, głównie stawów, oraz allodynia, czyli odczuwanie ostrego bólu wywołanego przez bodziec, który normalnie nie wywołuje takiej reakcji. Rezultaty stosowania powyższych terapii są jednak w tych przypadkach klinicznych krótkotrwałe. Ponadto autorzy ci zauważyli, że u części pacjentów nie zaobserwowano poprawy, a wtórne obniżenie progu bólowego spotęgowało cierpienia [18, 19].

Według Mills E. i wsp. akupresura oraz masaż orientalny przynoszą także korzyści kliniczne w leczeniu chorób przewlekłych. Przykładem jest zastosowanie terapii alternatywnej u pacjentów z zespołem wyniszczenia organizmu oraz u chorych z zespołem nabytego upośledzenia odporności (AIDS) [20].

Innym schorzeniem, w którym alternatywna terapia fizykalna przynosi dobre efekty jest stwardnienie rozsiane. Zastosowanie terapii fizykalnej w tej chorobie opisali Huntley A. i wsp. Autorzy ci wykazali, że chorzy objęci terapią dłużej zachowali ruchomość pozwalającą na samodzielność oraz poprawę kondycji fizycznej i psychicznej [21]. Regularne zabiegi akupresury połączone z aromaterapią i masażem orientalnym u osób starszych, zastosowane w badaniu Pan C. i wsp., pozwoliły na zmniejszenie chronicznych bólów całego ciała, dłuższe zachowanie ruchomości oraz poprawę subiektywnego stanu zdrowia. Wpłynęło to na podwyższenie jakości życia oraz zachowanie samodzielności u badanych pacjentów [22].

Wiele badań potwierdza również, że odpowiednio zastosowana akupresura pozwala zmniejszyć lub wyeliminować uporczywe wymioty i nudności różnego pochodzenia. Wiele uwagi poświęcono wyżej wymienionym dolegliwościom u kobiet ciężarnych w początkowych okresach ciąży. Według Freels D. i wsp., akupresura (stosowana pod postacią masażu, jak i specjalnych opasek) pozwoliła na zmniejszenie siły oraz częstości nudności i wymiotów. Wpłynęła również na znaczną poprawę stanu psychicznego pacjentek, obniżenie poziomu stresu i polepszenie jakości życia w porównaniu z badaną grupą kontrolną [23, 24]. Zastosowanie akupresury, wraz z towarzyszącym masażem i aromaterapią, może przynieść korzyści również w okresie okołoporodowym, gdyż przyczynia się do rozluźnienia mięśni oraz redukcji stresu. Zabiegi te powodować mogą także zmniejszenie depresji poporodowej oraz poprawę samopoczucia młodych matek. Ucisk punktów biologicznych może mieć również wpływ na szybszy powrót kobiety do zdrowia po porodzie [25, 26].

Kolejną grupą chorych, u których może być korzystne zastosowanie terapii niekonwencjonalnej, jako formy leczenia uzupełniającego do farmakoterapii i psychoterapii, są chorzy na zaburzenia lękowo – depresyjne. Udowodniono, że włączenie do leczenia

psychiatrycznego zabiegów akupresury, akupunktury oraz masażu punktowego powodować może poprawę w zakresie ustępowania objawów bólowych związanych z somatycznymi objawami chorób psychicznych. Ponadto przyczynia się do zmniejszenia napięcia psychicznego [27, 28].

Chen M i wsp. dowiedli, że terapia strefowa uszu pozwala na niefarmakologiczne poprawienie jakości snu. Poprawa została zaobserwowna natychmiast po akupresurze i utrzymywała się podczas prowadzenia sesji, a polegała na znacznym obniżeniu częstości wybudzeń (zwiększenie bezwzględnego czasu snu) i zmniejszeniu zmęczenia [29]. Według Turk M. i wsp. akupresura ma wpływ na wolniejszy przyrost masy ciała po terapii odchudzającej i może być jednym z elementów kontrolowania wagi. Wpływ ten jednak nie jest zbyt silny i wykazuje zależność osobniczą [30].

Stosowanie akupresury i masażu orientalnego może być związane z objawami niepożadanymi. Mimo, że zabiegi te są nieinwazyjne, niektórzy pacjenci (około 10%) odczuwać mogą inne dolegliwości, jak na przykład bóle głowy, bezsenność, czy kołatanie serca [31]. Ponadto po zabiegach akupresury mogą wystąpić objawy niepożadane na przykład zasinienia i obrzęki z towarzyszącym stanem zapalnym [32] oraz tworzenie groźnych dla życia zakrzepów poprzez mechaniczne zamykanie i uciskanie naczyń krwionośnych w okolicach ciała poddanych akupresurze [33, 34]. Ponadto przypadkowe uciśnięcie i zamknięcie tętnicy kręgowej przyczynić się może do omdleń podczas prowadzonej akupresury odcinka szyjnego kręgosłupa. Zabiegi akupresury powinny być wykonywane tylko przez osoby z wykształceniem medycznym, mające stosowne przygotowanie do zawodu. Doświadczenie masażysty odgrywa znaczącą rolę w bezpieczeństwie pacjenta. Osoby słabo wykształcone, szczególnie w dziedzinie ludzkiej anatomii, mogą stanowić duże zagrożenie dla życia i zdrowia osób poddanych terapii [35].

Podsumowanie

Racjonalne zastosowanie akupresury, masażu orientalnego i innych alternatywnych form terapii fizykalnej pozwala odnieść korzyści związane zarówno z poprawą stanu klinicznego, jak i poprawą samopoczucia pacjentów [36, 37, 38]. Terapia alternatywna nie powinna być jednak stosowana jako panaceum na wszystkie dolegliwości, ale równolegle z tradycyjnymi sposobami leczenia [39]. W świetle obecnych, dobrze udokumentowanych badań, metody te nie powinny być arbitralnie odrzucane przez lekarzy tradycjonalistów jako nieskuteczne oraz niepotrzebne, gdyż stanowią dobrą alternatywę terapii uzupełniającej. Nawet jeśli same nie przyniosą one wymiernych skutków klinicznych, to mogą wraz z terapią konwencjonalną wzmocnić proces zdrowienia pacjenta [40, 41].\

Piśmiennictwo

1. Szumowski W.: Okres najdawniejszych cywilizacji. Historia Medycyny filozoficznie ujęta. Wydawnictwo Antyk, Kęty, 2008, 57−72.
2. Górnicka J., Górnicki J.: Zdrowie przez dotyk. CIR, 1992, Warszawa, Woźniak M.: Historia.: Przez stopy do zdrowia. Wydawnictwo Wada, Warszawa, 1995, 11−15.
3. Turegon M.: Teorie na temat mechanizmu działania akupresury. Akupresura Bez Tajemnic. Bauer – Weltbild Media Sp z o.o., Warszawa, 2003, 21−28.
4. Kuan H.: Wprowadzenie w medycynę Chińską. Chiński masaż i akupresura. Wydawnictwo PZWL, Warszawa, 1997, 21−28.
5. Beal M.W.: Acupunture and acupressure. J Nurse Midwifery, 1999, 44, 217−230.
6. Richards K. et al.: Effects of massage in acute and critical care. AACN Clin. Issues 2000, 11, 77−96.
7. Yip Y.B., Tse S.H.M.: An experimental study on the effectiveness of acupressure with aromatic lavender essential oil for sub-acute, non-specific neck pain in Hong Kong. Complement Ther. Clin. Pract., 2006, 12, 18−26.
8. Briem K., Huijbergts P., Thorsteinsdottir M.: Immediate Effects of Inhibitive Distraction on Active Range of Cervical Flexion in Patients with Neck Pain: A Pilot Study. J. Man. Manip. Ther,. 2007, 15, 82−92.
9. Cherkin D., Sherman K., Deyo R. et al.: A review of the evidence for the effectiveness, safety, and cost of acupuncture, massage therapy, and spinal manipulation for back pain. Ann. Intern. Med., 2003, 138, 898−906.
10. Chou R., Huffman L.: Nonpharmacologic therapies for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society/American College of Physicians clinical practice guideline. Ann. Intern. Med., 2007, 147, 492−504.
11. Dryden T, Baskwill A, Preyde M.: Massage therapy for the orthopaedic patient: a review. Orthopaedic Nursery, 2004, 23, 327−334.
12. Furlan A., Brosseau L., Imamura M. et al.: Massage for low-back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Collaboration Back Review Group. Spine, 2002, 27, 1896−1910.
13. Moyer C., Rounds J., Hannun J.W.: A meta-analysis of massage therapy research. Psychological Bull., 2004, 130, 3−18.
14. Imamura M., Furlan A., Dryden T., et al.: Evidence-informed management of chronic low back pain with massage. Spine, 2008, 8, 121−133.

15. Tsao J.: Effectiveness of Massage Therapy for Chronic, Non-malignant Pain: A Review. eCAM, 2007, 4, 165−179.
16. Zhang Y. et al.: Training Self-Administered Acupressure Exercise among Postmenopausal Women with Osteoarthritis. eCAM, 2012, 9−10.
17. Beider S, Mahrer N, Gold, G.: Pediatric massage therapy: An overview for clinicians. Pediatr. Clin. North. Am., 2007, 54, 1025−1041.
18. Hardy−Pickering R. et al.: The use of complementary and alternative therapies for fibromyalgia. Phys. Ther. Rev., 2007, 12, 249−260.
19. Holdcraft L. et al.: Complementary and alternative medicine in fibromyalgia and related syndromes. Best Pract. Res. Clin. Rheumatol., 2003, 17, 667−683.
20. Mills E. et al.: Complementary therapies for the treatment of HIV: in search of the evidence. In.t J. STD. AIDS, 2005, 16, 395−403.
21. Huntley A., Ernst E.; Complementary and alternative therapies for treating multiple sclerosis symptoms: a systematic review. Complement. Ther. Med., 2000, 8, 97−105.
22. Pan C., Morrison R. et al.: Complementary and alternative medicine in the management of pain, dyspnea, and nausea and vomiting near the end of life. A systematic review. J. Pain Symptom. Manag, 2000, 20, 374−387.
23. Freels D., Coggins M.: Acupressure at the Neiguan P6 point for treating nausea and vomiting in early pregnancy: an evaluation of the literature. Mother Baby J., 2000, 5, 17−22.
24. Helmreich R, Shiao S, Dune L.: Meta-analysis of acustimulation effects on nausea and vomiting. Explore (NY), 2006, 2, 412−421.
25. Anderson F, Johnson C.: Complementary and alternative medicine in obstetrics. Int. J. Gynaecol. Obstet., 2005, 91, 116−124.
26. Field T.: Pregnancy and labor alternative therapy research. Altern. Ther. Health. M., 2008, 14, 28−34.
27. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental health disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000, 4th edition.
28. Ernst E., Rand J., Stevinson C.: Complementary therapies for depression: an overview. Arch. Gen. Psychiatry, 1998, 55, 1026−1032.
29. Chen M., Lin L., Lin J.: The effectiveness of acupressure in improving the quality of sleep of institutionalized residents. J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci., 1999, 54, 389−394.

30. Turk M., Yung K. et al.: Randomized Clinical Trials of Weight-Loss Maintenance: A Review. J. Cardiovasc. Nurs., 2009, 24, 58−80.
31. Cherkin D., Sherman K., Deyo R., et al.: A review of the evidence for the effectiveness, safety, and cost of acupuncture, massage therapy, and spinal manipulation for back pain. Ann. Intern. Med., 2003, 138, 898−906.
32. Ceylan A., Akcam T., Karatas E., et al.: Neck swelling following a vigorous neck massage. Diagnosis: cervical lymphocele. Neth. J. Med. 2007, 65, 219−221.
33. Mikhail A., Reidy J.F., Taylor P.R., et al.: Renal artery embolization after back massage in a patient with aortic occlusion. Nephro.l Dial. Transplant., 1997, 12, 797−798.
34. Shrestha B.: Massaging thrombosed PTFE hemodialysis access graft - recipe for disaster. J. Vasc. Access., 2007, 8, 120−122.
35. Cambron J., Dexheimer J.: Side-Effects of Massage Therapy: A Cross-Sectional Study of 100 clients. J. Altern. Complement. Med., 2007, 13, 793−796.
36. Lafferty W., Downey L., McCarty R., et al.: Evaluating CAM treatment at the end of life: a review of clinical trials for massage and meditation. Complement. Ther. Med., 2006, 14, 100−112.
37. Myers C., Walton T., Small B.: The value of massage therapy in cancer care. Hematol. Oncol. Clin. N. Am., 2008, 22, 649−660.
38. Milller K., Muth E.: Efficacy of acupressure and acustimulation bands for the prevention of motion sickness. Aviat. Space Environ. Med., 2004, 75, 227−234.
39. Stein D., Birnbach D. et al.: Acupressure Versus Intravenous Metoclopramide to Prevent Nausea and Vomiting During Spinal Anesthesia for Cesarean Section. Anesth. Analg, 1997, 84, 342−345.
40. Smith T., O'Driscoll M.: Can massage induce relaxation? A review of the evidence. Int. J. Ther. Rehabil., 2003, 10, 491−496.
41. Anderson F., Johnson C.: Complementary and alternative medicine in obstetrics. Int. J. Gynaecol. Obstet., 2005, 91, 116−124.

Kur Marcin[1], Skonecka-Łukaszuk Dorota[2], Nędzi Agata[3], Młynarczyk Izabela[3], Kinalski Ryszard[2]

Odruch kolanowy osób dorosłych zdrowych: alternatywność badania konwencjonalnego i elektrodiagnostycznego

1. Zakład Neurologii Inwazyjnej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Pracownia Neurofizjologii Klinicznej Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku
3. Klinika Neurologii i Rehabilitacji Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wstęp i cel pracy

Jednym z najczęściej badanych odruchów głębokich, przeprowadzanych u pacjentów ze schorzeniami układu nerwowego, jest odruch kolanowy, i jego wielkość oceniana wzrokowo wg. przyjętego przez siebie arbitralnie, zachowania ruchowego mięśnia czworogłowego uda i/lub zakresu wyprostu podudzia. Każdy badający ma własny arbitralny sposób wybierania miejsca, kierunku i stosowania siły uderzenia w ścięgno „podrzepkowe", oraz arbitralnie ocenia wywoływane bodźcem mechanicznym ww zjawiska ruchowe. Stosowane narzędzie badawcze, jakim jest młotek neurologiczny, także nie rejestruje obiektywnie tych wyżej opisanych zmiennych czynników wpływających na stan i wielkość wywoływanej odpowiedzi ruchowej mięśnia szkieletowego.

Tymczasem, przy łatwo dostępnych tanich krajowych aparatach elektroterapeutycznych, z opcją do przeprowadzania badań klinicznych neurofizjologicznych z zakresu elektrodiagnostyki klasycznej, ani lekarze ani ich fachowi współpracownicy z wykształceniem medycznych wyższym, takich urządzeń nie wykorzystują.

Stopień pobudliwości mechanoreceptorów wrzecion mięśnia szkieletowego nadal badany jest młotkiem neurologicznym- „zwykłym", nie używając do tych badań młotka neurologicznego- „elektromechanicznego". Ten ostatni umożliwia stosowanie identycznych bodźców mechanicznych, a przez połączenie z monitorem aparatu rejestrującego wywoływaną odpowiedź ruchową rejestruje w czasie rzeczywistym w obiektywnych wartościach neurofizjologicznych tj. reobazy i chronaksji.

Obowiązujące świadczeniodawców zdrowotnych spełniania wymogów EBM, w sytuacji także obowiązującej nas reguły przestrzegania kosztów i efektów świadczeń zdrowotnych udzielanych i refundowanych przez NFZ, skłaniają do poszukiwań modeli

odpowiadających jednoczesnemu spełnianiu wymogów i reguł. Modelem takim może być promowanie badań odruchów głębokich mięśni szkieletowych klinicznymi neurofizjologicznymi testami instrumentalnymi należącymi do elektrodiagnostyki klasycznej.

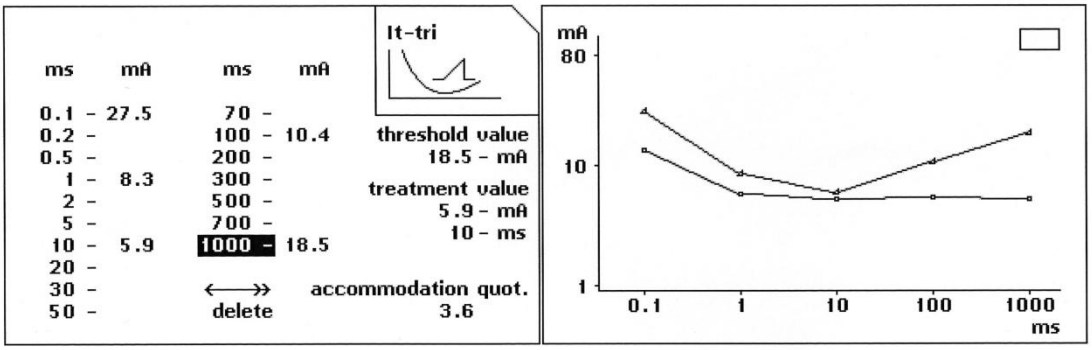
Aby uzasadnić i odpowiednio udokumentować celowość takiego promowania, autorzy niniejszego doniesienia postanowili przeprowadzić badania porównujące wielkość i dokładność odruchu kolanowego badanego techniką konwencjonalną (młotkiem neurologicznym-„zwykłym") i elektrodiagnostyczną (młotkiem neurologicznym „elektromechanicznym" połączonym z aparatem elektrodiagnostycznym) [1, 2, 3].

Materiał i metody badań

Badania zostały przeprowadzone w dwóch grupach zdrowych dorosłych mężczyzn i kobiet w wieku (od 21 do 22 lat). U 20 osób zbadano odruch kolanowy metodą konwencjonalną (młotkiem neurologicznym) oraz obliczono wartości reobazy (mA), chronaksji (ms), krzywą i/t i współczynnika akomodacji głowy przyśrodkowej mięśnia czworogłowego uda (Grupa A). Obserwowana wzrokowo wielkość odruchu kolanowego była kwantyfikowana wg. przyjętej numerycznej skali punktowej (0-3). Gdzie 0-oznaczało brak napięcia mięśniowego, 1-skurcz mięśnia, 2- wyprost podudzia do 45^0, 3-wyprost podudzia ponad 45^0. U 10 osób odruch kolanowy został zbadany metodą elektrodiagnostyczną oraz wyliczono wartości reobazy (mA), chronaksji (ms), krzywej i/t i współczynnika akomodacji (Grupa B).

Do badania odruchu kolanowego metodą elektrodiagnostyczną użyto młotek elektromechaniczny sprzężony z wykorzystywanym aparatem. Po uderzeniu w ścięgno podrzepkowe obserwowano i oceniano odruch kolanowy podobnie jak w Grupie A oraz wykreślono takie parametry jak latencja (ms) i amplituda (mV). Przebieg badania elektrodiagnostycznego wyglądał podobnie w obu grupach badawczych. Badany w trakcie pomiarów leżał na kozetce. Katodę (elektrodę czynną) przykładano w punkcie motorycznym mięśnia. Anodę, elektrodę bierną przymocowywano powyżej elektrody czynnej. Elektroda uziemiająca była mocowana na bocznej powierzchni uda. Badanie rozpoczynano od pobudzenia mięśnia impulsem prostokątnym o czasie trwania 1000 ms. Zwiększając stopniowo natężenie dochodzono do wartości, która wywoływała minimalny skurcz badanego mięśnia (szukana reobaza). Następnie wyznaczano „krok po kroku" coraz większe wartości reobazy dla impulsów o coraz krótszych czasach trwania (100 ms; 10 ms; 1 ms; 0,1 ms). Po wykreśleniu wszystkich wartości otrzymywano krzywą w kształcie hiperboli. Następnie przeprowadzono badanie w sposób analogiczny dla impulsów trójkątnych. Do badań

elektrodiagnostycznych wykorzystywane były aparaty MYOMED 932 firmy Enraf-Nonius oraz NEUROMEP-4 firmy Neurosoft [4, 5, 6, 7, 8].



Rycina 1. Przykładowa krzywa i/t mierzona impulsami trójkątnymi

Wyniki

Z przeprowadzonych badań elektrodiagnostycznych w zakresie mięśnia czworogłowego uda w obu grupach badanych obliczono średnie arytmetyczne, odchylenia standardowe oraz wariancje takich parametrów jak: reobaza, chronaksja, współczynnik akomodacji, latencja oraz amplituda. Do obliczeń użyto testu T-Studenta dla prób niezależnych.

Przy badaniu odruchów kolanowych w Gr. A oparto się wyłącznie na przyjętej skali numerycznej. Badając pacjentów z Gr. B opierano się na subiektywnej ocenie według przyjętej skali oraz na analizie elektrodiagnostycznej otrzymanych parametrów. Zbiorcze wyniki zostały przedstawione w Tabeli I oraz w Tabeli II.

Wartości latencji oraz amplitudy otrzymane w wyniku elektrodiagnostycznego badania odruchu kolanowego zostały zawarte w Tabeli III. Następnie wyniki badania pogrupowano według określonych kategorii. W pierwszej kolejności porównano je według wieku (Tab. IV) oraz płci (Tab. V).

Następnie zdobyte wartości reobazy, chronaksji oraz współczynnika akomodacji oceniono według subiektywnej oceny odruchu kolanowego kończyny dolnej prawej Tab. 6 oraz lewej Tab. 7. Kolejnym krokiem było porównanie wartości latencji oraz amplitudy w Gr. B według wieku (Tab.VIII) oraz płci (Tab. IX). Porównano również uzyskane parametry latencji oraz amplitudy z przyjęto subiektywną skalą oceniająco odruch kolanowy (Tab. X i Tab. XI). Otrzymane wyniki zostały dokładnie przeanalizowane.

Tabela I. Tabela zbiorcza otrzymanych wyników w Gr. A.

	L				P			
Mężczyźni	OK.	Reobaza (mA)	Chronaksja (ms)	Współczynnik akomodacji	OK.	Reobaza (mA)	Chronaksja (ms)	Współczynnik akomodacji
1	3	**11,1**	0,3	3,5	3	**13,2**	0,6	3
2	3	8,2	0,3	3,3	3	7,3	0,6	5,6
3	**2**	7,6	0,6	4,2	3	5,4	0,7	3,9
4	3	6,2	0,6	5,3	3	9,5	0,5	4,6
5	3	7,5	0,6	4	**2**	7,5	0,6	5,1
6	3	8,6	0,8	4,1	3	7,4	0,3	3,6
7	3	**11,7**	0,2	**6,3**	3	5,2	0,3	**10,6**
8	3	5,6	0,9	3,8	**2**	6,9	0,7	**2,4**
9	**2**	**12,2**	0,6	5,2	3	8,6	0,5	5,1
10	3	9,5	0,5	**7,9**	3	7,9	0,8	3,2
	L				P			
Kobiety	OK.	Reobaza (mA)	Chronaksja (ms)	Współczynnik akomodacji	OK.	Reobaza (mA)	Chronaksja (ms)	Współczynnik akomodacji
1	3	4,3	0,4	3	**2**	3	0,8	4,3
2	3	8,1	0,2	3,6	3	5,2	0,6	3,3
3	3	4,2	0,6	4,2	3	3,8	0,6	4,3
4	3	5,4	0,5	3,5	3	4,8	0,4	3,9
5	**2**	6,9	0,4	**2,8**	3	9,4	0,5	**1,5**
6	3	5,1	0,5	3,6	3	3,3	0,4	3,5
7	3	8,4	0,3	5,7	3	5,1	0,7	5,9
8	3	2,8	0,8	3,2	3	3,6	0,4	2,7
9	3	4,6	0,7	**6,1**	**2**	4	0,9	3,9
10	3	4,3	0,5	4,7	3	4,2	0,4	5,7

Tabela II. Tabela zbiorcza otrzymanych wyników w Gr. B.

	L				P			
Mężczyźni	OK.	Reobaza (mA)	Chronaksja (ms)	Współczynnik akomodacji	OK.	Reobaza (mA)	Chronaksja (ms)	Współczynnik akomodacji
1	3	6,4	0,2	3,7	3	4,5	0,4	**2,8**
2	3	4,2	0,3	4,2	**2**	9,3	0,5	5,5
3	3	5,6	0,4	5,8	3	4,6	0,6	3,4
4	**2**	**10,2**	0,6	**6,2**	**2**	4	0,7	5,6
5	3	6,6	0,4	3,3	3	3,2	0,3	5,9
	L				P			
Kobiety	OK.	Reobaza (mA)	Chronaksja (ms)	Współczynnik akomodacji	OK.	Reobaza (mA)	Chronaksja (ms)	Współczynnik akomodacji
1	3	5,5	0,3	3	3	**10,4**	0,8	3,9
2	**2**	8,2	0,6	3,2	3	6,2	0,4	5,6
3	3	3,6	0,4	4,6	3	3,2	0,6	4,4
4	3	5,8	0,3	3,5	3	4,4	0,6	3,6
5	3	4,4	0,4	**6,6**	3	9,4	0,8	**2,4**

Tabela III. Parametry uzyskane w badaniu elektrodiagnostycznym odruchu kolanowego w Gr. B.

	Amplituda (mV)		Latencja (ms)	
Mężczyźni	L	P	L	P
1	0,22	0,16	5,45	2,55
2	0,24	0,18	3,8	2,85
3	0,27	0,27	3,7	2,4
4	0,21	0,36	6,85	2,6
5	0,14	0,32	3,55	2,9
Kobiety	L	P	L	P
1	0,2	0,29	3	2,7
2	0,18	0,27	3,05	2,85
3	0,08	0,26	2,55	2,3
4	0,1	0,24	3,35	2,95
5	0,15	0,26	3,9	3,05

Tabela IV. Parametry reobazy, chronaksji oraz współczynnika akomodacji pogrupowane według wieku w obu grupach badanych.

	Testy t; Grupująca: wiek Grupa 1: 21 lat Grupa 2 22 lat								
Zmienna	Średnia 21	Średnia 22	p 0,05	N ważnych 21	N ważnych 22	Odch.std 21	Odch.std 22	iloraz F Wariancje	p Wariancje
reobaza L	7,512500	6,486364	0,322705	8	22	2,411542	2,487741	1,064193	1,000000
chronaksja L	0,525000	0,454545	0,366941	8	22	0,212132	0,176547	1,443750	0,481457
wspolczynnik L	4,075000	4,522727	0,412565	8	22	0,966215	1,398275	2,094294	0,319964
reobaza P	6,312500	6,090909	0,841540	8	22	3,147079	2,476155	1,615325	0,371508
chronaksja P	0,550000	0,572727	0,747648	8	22	0,130931	0,180428	1,898990	0,390976
wspolczynnik P	4,275000	4,318182	0,951548	8	22	1,358308	1,807033	1,769847	0,448545

Tabela V. Parametry reobazy, chronaksji oraz współczynnika akomodacji pogrupowane według płci w obu grupach badanych.

	Testy t; Grupująca: płeć Grupa 1: M (Mężczyźni) Grupa 2 K (Kobiety)								
Zmienna	Średnia M	Średnia K	p 0,05	N ważnyc M	N ważnych K	Odch.std M	Odch.std K	iloraz F Wariancje	p Wariancje
reobaza L	8,080000	5,440000	0,001902	15	15	2,426991	1,734441	1,958021	0,221057
chronaksja L	0,486667	0,460000	0,701147	15	15	0,209989	0,163881	1,641844	0,364580
wspolczynnik L	4,720000	4,086667	0,185706	15	15	1,346530	1,206451	1,245698	0,686692
reobaza P	6,966667	5,333333	0,087234	15	15	2,606220	2,438872	1,141942	0,807357
chronaksja P	0,540000	0,593333	0,390555	15	15	0,159463	0,175119	1,205993	0,730870
wspolczynnik P	4,686667	3,926667	0,220303	15	15	2,007439	1,217413	2,718995	0,071452

Tabela VI. Wartości reobazy, chronaksji oraz współczynnika akomodacji pogrupowane według subiektywnej oceny odruchu kolanowego w prawej kończynie dolnej.

Zmienna	Testy t; Grupująca:odruch P Grupa 1: odruch oceniony na 3 Grupa 2 odruch oceniony na 2 Średnia 3	Średnia 2	p 0,05	N ważnyc 3	N ważnych 2	Odch.std 3	Odch.std 2	iloraz F Wariancje	p Wariancje
reobaza P	6,241667	5,783333	0,708120	24	6	2,692165	2,476624	1,181635	0,937695
chronaksja P	0,533333	0,700000	0,025782	24	6	0,157885	0,141421	1,246377	0,880915
wspolczynnik P	4,266667	4,466667	0,798952	24	6	1,792901	1,214359	2,179810	0,394690

Tabela VII. Wartości reobazy, chronaksji oraz współczynnika akomodacji pogrupowane według subiektywnej oceny odruchu kolanowego w lewej kończynie dolnej.

Zmienna	Testy t; Grupująca:odruch L Grupa 1: odruch oceniony na 3 Grupa 2 odruch oceniony na 2 Średnia 3	Średnia 2	p 0,05	N ważnyc 3	N ważnych 2	Odch.std 3	Odch.std 2	iloraz F Wariancje	p Wariancje
reobaza L	6,308000	9,020000	0,022131	25	5	2,305052	2,161481	1,137257	1,000000
chronaksja L	0,456000	0,560000	0,259737	25	5	0,195959	0,089443	4,800000	0,137464
wspolczynnik L	4,420000	4,320000	0,878141	25	5	1,304479	1,404279	1,158864	0,707030

Tabela VIII. Wartości amplitudy oraz latencji pogrupowane według wieku.

Zmienna	Testy t; Grupująca: wiek Grupa 1: 22 lat Grupa 2 21 lat Średnia 22	Średnia 21	p 0,05	N ważnyc 22	N ważnych 21	Odch.std 22	Odch.std 21	iloraz F Wariancje	p Wariancje
amplituda l	0,175000	0,195000	0,703314	8	2	0,068034	0,021213	10,28571	0,471458
amplituda p	0,247500	0,315000	0,159171	8	2	0,053652	0,063640	1,40695	0,548517
latencja l	3,662500	4,950000	0,225097	8	2	0,850105	2,687006	9,99061	0,031821
latencja p	2,712500	2,725000	0,953394	8	2	0,272226	0,176777	2,37143	0,926372

Tabela IX. Wartości amplitudy oraz latencji pogrupowane według płci.

Zmienna	Testy t; Grupująca: płeć Grupa 1: M (Mężczyźni) Grupa 2 K (Kobiety) Średnia M	Średnia K	p 0,05	N ważnyc M	N ważnych K	Odch.std M	Odch.std K	iloraz F Wariancje	p Wariancje
amplituda l	0,216000	0,142000	0,046545	5	5	0,048270	0,051186	1,12446	0,912222
amplituda p	0,258000	0,264000	0,883388	5	5	0,086718	0,018166	22,78788	0,010306
latencja l	4,670000	3,170000	0,059086	5	5	1,441614	0,498247	8,37160	0,063456
latencja p	2,660000	2,770000	0,514381	5	5	0,210357	0,292831	1,93785	0,537420

Tabela X. Wartości amplitudy oraz latencji pogrupowane według subiektywnej oceny odruchu kolanowego w prawej kończynie dolnej.

	Testy t; Grupująca:odruch p Grupa 1: odruch oceniony na 3 Grupa 2 odruch oceniony na 2								
Zmienna	Średnia 3	Średnia 2	p 0,05	N ważnyc 3	N ważnych 2	Odch.std 3	Odch.std 2	iloraz F Wariancje	p Wariancje
amplituda p	0,258750	0,270000	0,825706	8	2	0,046426	0,127279	7,516156	0,057706
latencja p	2,712500	2,725000	0,953394	8	2	0,272226	0,176777	2,371429	0,926372

Tabela XI. Wartości amplitudy oraz latencji pogrupowane według subiektywnej oceny odruchu kolanowego w lewej kończynie dolnej.

	Testy t; Grupująca:odruch l Grupa 1: odruch oceniony na 3 Grupa 2 odruch oceniony na 2								
Zmienna	Średnia 3	Średnia 2	p 0,05	N ważnyc 3	N ważnych 2	Odch.std 3	Odch.std 2	iloraz F Wariancje	p Wariancje
amplituda l	0,175000	0,195000	0,703314	8	2	0,068034	0,021213	10,28571	0,471458
latencja l	3,662500	4,950000	0,225097	8	2	0,850105	2,687006	9,99061	0,031821

Dyskusja

W pracy tej zajęto się oceną i analizą porównawczą przydatności tradycyjnych metod badania odruchu kolanowego w porównaniu do dostępnych narzędzi elektrodiagnostycznych. Analiza ta miała na celu zwrócenie uwagi na liczbę określania parametrów oraz obiektywność ich uzyskiwania w obu typach badań. Ponadto zajęto się oceną pobudliwości mięśniowej mięśnia czworogłowego uda poprzez badanie elektrodiagnostyczne. Jeśli chodzi o samą analizę parametrów to w przypadku wartości reobazy wykazano zwiększone jej wartości u pojedynczych osób w obu grupach badawczych. Przyjęto, że na wartości nie mieszczące się w normie mogły wpłynąć różne czynniki nie przyjęte w protokole badania. Do głównych czynników należało niewątpliwie wcześniejsze zmęczenie mięśni u tych osób. Wartości chronaksji były w normie u wszystkich badanych. W przypadku współczynnika akomodacji to również w pojedynczych przypadkach zanotowano wartości, które nie mieściły się w przyjętych normach.

Wykorzystując test T-studenta dla prób niezależnych wykazano wyniki o istotności statystycznej na poziomie p=0,05. W przypadku porównywania reobazy, chronaksji oraz współczynnika akomodacji względem płci zaobserwowano wynik istotny statystycznie w przypadku wartości reobaz w kończynie dolnej lewej na poziomie p=0,002. Średnia wartość

reobaz u mężczyzn była znacząco wyższa niż u kobiet. Przy analizie tych parametrów względem subiektywnej oceny wywoływanego odruchu kolanowego również zanotowano wyniki istotne statystycznie. W przypadku lewej kończyny dolnej wartości reobaz u pacjentów, u których odruch kolanowy został oceniony na „2" (odruch kolanowy do 45^0) były znacząco wyższe niż w przypadku ocen na „3" (p=0,02). Świadczy to o tym, że u tych osób potrzebne były wyższe wartości natężenia prądu potrzebne do wywołania progowego skurczu mięśnia. W prawych kończynach dolnych wykazano wynik istotny statystycznie p=0,026 w przypadku wartości chronaksji, która była wydłużona u pacjentów z odruchami kolanowymi na „2".

Wywołując odruch kolanowy metodą elektrodiagnostyczną uzyskano takie wartości jak latencja i amplituda. Przy analizie również stwierdzono wyniki istotne statystycznie. Przy grupowaniu tych wartości względem płci zanotowano niższe wartości amplitudy w lewych kończynach dolnych u kobiet niż u mężczyzn p=0,046.

Przy badaniu odruchu kolanowego w Gr A opierano się wyłącznie na przyjętej i opisanej wcześniej skali punktowej. W grupie tej u 7 osób (co stanowiło 35% badanych w tej grupie) zanotowano i oceniono odruch kolanowy na „2". Oznaczało to, że w czasie wywoływania odruchu kolanowego u tych osób wyprost kd był poniżej 45°. Dotyczyło to wyłącznie jednej kd u tych osób. W Gr B obniżony odruch zanotowano u 3 osób (33,3% badanych). U jednej osoby wystąpił on obustronnie.

Dzięki uzyskanym wynikom można porównać dokładność obu typu badań, którymi zajęto się w tej pracy. W przypadku tradycyjnego badania odruchu kolanowego u wszystkich był pozytywny. Jednak jego ocena była jak najbardziej subiektywna. Natomiast w przypadku badania elektrodiagnostycznego otrzymaliśmy szeroki zbiór wartości i parametrów, które w sposób bardziej szczegółowy i obiektywny potrafią określić stan badanego obszaru układu nerwowego. Ponadto badanie to można wykonywać wielokrotnie w trakcie prowadzonej terapii z pacjentem. Wartości te mogą nam określić skutki prowadzonego postępowania i sugerować jakie mogą być jej efekty. Cała procedura jest nieinwazyjna oraz możliwa do wykonania zarówno w warunkach szpitalnych jak i ambulatoryjnych. Wykorzystywany w pracy aparat jest niewielkich rozmiarów przez co może być z łatwością transportowany. Zaletą tego rodzaju badań są ponadto niskie koszty wykonania. W dobie medycyny opartej na dowodach naukowych takie postępowanie jest nadzwyczaj wskazane, aby to w sposób coraz bardziej precyzyjny diagnozować występujące schorzenia. W związku z tym warto promować badania odruchów głębokich mięśni szkieletowych klinicznymi neurofizjologicznymi testami instrumentalnymi należącymi do elektrodiagnostyki klasycznej.

Wnioski

1. W badaniu odruchów głębokich mięśni szkieletowych o wiele dokładniejsze i obiektywniejsze są testy neurofizjologiczne od tradycyjnych, konwencjonalnych testów klinicznych.
2. Bardzo ważne i potrzebne jest promowanie badań odruchów głębokich mięśni szkieletowych klinicznymi neurofizjologicznymi testami instrumentalnymi należącymi do elektrodiagnostyki klasycznej.
3. Wyniki badania elektrodiagnostycznego mogą być dobrym narzędziem kontrolnym prowadzonej terapii z pacjentem.

Piśmiennictwo

1. Kinalski R.: Neurofizjologia Kliniczna Dla Neurorehabilitacji, MedPharm Polska, Wrocław, 2008.
2. Kinalski R.: Znaczenie badań instrumentalnych dla rozwoju neurorehabilitacji. VII Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji w Łodzi. Postępy Rehabilitacji, 2010. Supl. 8., 104.
3. Kinalski R.: Elektrodiagnostyka [w:] Rehabilitacja Medyczna. Kiwerski J.(red.), Wyd. PZWL, Warszawa, 2005, 244-262.
4. Straburzyńska – Lupa A., Straburzyński G.: Fizjoterapia, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.
5. Straburzyńska-Lupa A., Straburzyński G.: Fizjoterapia z Elementami Klinicznymi Tom I, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
6. Kahn J.: Elektrodiagnostyka [w:] Elektroterapia. Zasady i zastosowanie. Nowe wydanie. Kahn J., Wyd. PZWL, Warszawa, 2002,
7. Mika T., Kasprzak W.: Elektrodiagnostyk [w:] Fizykoterapia, Mika T., Kasprzak W. (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2001, 269-280.
8. Rowińska-Marcińska K., Drac H.: Electrophysiological abnormalities in acute and chronic inflammatory demyelinating polyneuropathies]. Neurol. Neurochir. Pol., 1999, 33, 31-42.

Młynarczyk Izabela, Boćkowski Leszek

Przydatność endogennych potencjałów wywołanych związanych z wydarzeniem poznawczym w medycynie

Klinika Neurologii i Rehabilitacji Dziecięcej Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

Potencjały wywołane są, jak do tego momentu, jedyna metodą pomiaru reakcji mózgu na bodźce w czasie rzeczywistym. Zmiany bioelektryczne w mózgu badanego powstają na skutek działania bodźca na receptor. W praktyce klinicznej najczęściej używane są bodźce elektryczne (czuciowe), słuchowe bądź wzrokowe. Zmiany czynności elektrycznej, powstałe na skutek działania bodźca rejestruje się za pomocą elektrod powierzchniowych umieszczonych na skórze głowy według Międzynarodowego Systemu 10-20.

Potencjały wywołane dzielimy na dwie zasadnicze grupy [1]:

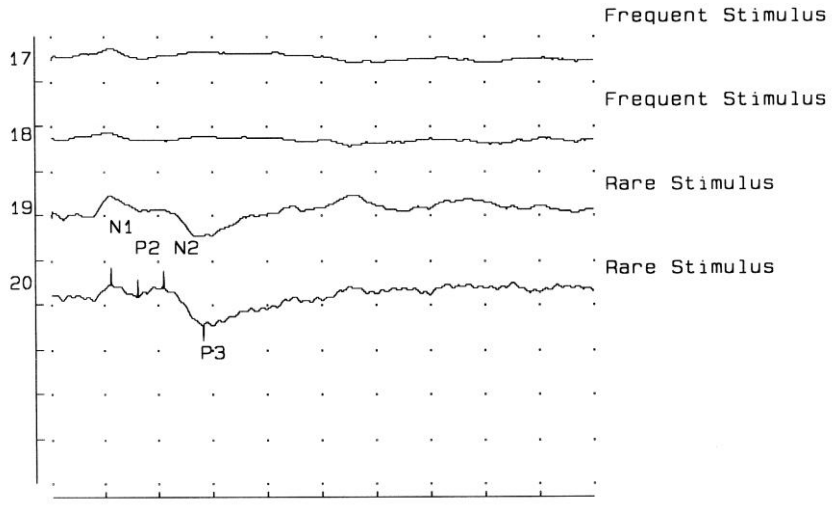
- egzogenne- związane z parametrami fizycznymi bodźca
- endogenne- odzwierciedlające procesy poznawcze w mózgu.

Niniejsza praca poświęcona jest interdyscyplinarnemu zastosowaniu potencjałów endogennych.

Potencjały związane z wydarzeniem poznawczym (*Cognitive Event Related Potentials - CERP*) są zmianami bioelektrycznymi w mózgu, wywołanymi procesami analizy i przetwarzania informacji.

Potencjały o długiej latencji pierwszy raz opisał Hallowell Davis, jednak niemal jednocześnie zarejestrował je również Sutton i wsp. w roku 1965. Wysnuli oni wówczas przypuszczenie, iż związane są one z redukcją stopnia niepewności badanej osoby. Od lat 70-tych naukowcy całego świata stale pracują nad polepszeniem techniki i rejestracji CERP [2, 3]. Obecnie są jedną w metod elektrofizjologicznych pozwalającą ocenić funkcje intelektualno-poznawcze osoby badanej. CERP są potencjałami długolatencyjnymi co pozwala odróżnić je od potencjałów egzogennych. Najczęściej, do wywołania CERP wykorzystuje się bodźce słuchowe lub wzrokowe. Podczas wywołania słuchowych CERP pacjent, który ma rozmieszczone elektrody na skórze głowy i założone specjalne słuchawki, otrzymuje serie dźwięków. Podaje się dwa rodzaje bodźców dźwiękowych (klik): tony niskie-

o częstotliwości 1000Hz i tony wysokie- o częstotliwości 2000Hz. Niskie częstotliwościowo bodźce są tłem (nontarget), natomiast tony wysokie są bodźcami celowanymi (target), które pacjent ma za zadanie wyróżnić z tła. W wzrokowych CERP u dorosłych stosuje się najczęściej litery np. X i O, i jednej z nich (wybranej) przypisuje się status bodźca celowanego. U dzieci natomiast zastosowanie znalazł Test ciągłości uwagi (DAUF), w którym wyróżnia się figury geometryczne np. kwadrat na tle pozostałych znaków. Używa się stosunku 80% bodźców tła do 20% bodźców celowanych. Badany, podczas prezentacji bodźców celowanych ma zliczyć ich ilość (w myślach lub za pomocą przycisku zliczającego). W trakcie procesu uśredniania wielu odpowiedzi na prezentowane bodźce powstaje fala odzwierciedlająca czynność mózgu. Dłuższa latencja, czyli czas po jakim pojawia się komponent potencjału poznawczego, świadczy o procesie przetwarzania bodźca, który zadziałał na receptor. Po procesie uśrednienia powstaje kompleks komponent procesu poznawczego: załamki N1, P2, N2 oraz P3. Najczęściej analizowanym załamkiem w CERP jest potencjał P300 (P3). Jest to dodatnia fala o największej amplitudzie. Pojawia się zazwyczaj po około 250-350 ms od zadziałania bodźca. Najwyższe amplitudy uzyskuje się z elektrod umieszczonych w linii środkowej głowy, a tym samym bezpośrednio z nad pól czuciowych [1, 2, 4].



Rycina 1. Zespół komponent potencjału związanego z wydarzeniem poznawczym [rycina z badań własnych].

W związku z tym, iż potencjały CERP wykonywane są w wielu różnych ośrodkach na świecie, każdy z nich przyjmuje swoje własne protokoły badań. Wiąże się to z brakiem

możliwości porównywania wyników przez podobne kliniki, ponieważ istotne różnice, takie jak: ustawienia wzmacniacza, stymulatora, rodzaj zastosowanego bodźca, techniki uśredniania czy zastosowana metodyka, mogą wykazać całkowicie odmienne latencje i amplitudy załamka P300 u pacjentów chorujących na te samej jednostki.

Czynniki biologiczne wpływające na wynik CERP

Parametry komponenty P300 zależą od wielu czynników związanych z badaną osobą. Wśród nich można wyróżnić 3 główne grupy:

- naturalne, takie jak: akcja serca, temperatura ciała, pory przyjmowania posiłków;
- prowokowane, takie jak: wysiłek, leki, zmęczenie, nikotyna i alkohol;
- konstytucyjne, takie jak: wiek, osobowość, inteligencja czy dominująca półkula [5].

Najważniejsze czynniki wpływające zasadniczo na latencję amplitudę fali P300 to: wiek, płeć, temperatura ciała, stopień skupienia uwagi oraz stopień trudności wyróżniania bodźca z tła.

Wiek

Zarówno na latencję jak i amplitudę znaczny wpływ ma wiek badanego. Wielu badaczy wykazało, że od wieku dziecięcego do młodzieńczego czas latencji załamka P300 skraca się, następnie od 20 do 80 roku życia sukcesywnie o około 1,3 ms wzrasta [2, 4, 5, 6].

Płeć

Różnice latencji pomiędzy kobietami i mężczyznami nie są istotne statystycznie jednak warto zauważyć, iż u kobiet można zaobserwować wyższe amplitudy i nieco krótsze latencje komponenty P300. Prawdopodobnie jest to wynikiem różnic grubości czaszki i wielkości głowy [2, 4].

Temperatura ciała

Temperatura ciała znacząco wpływa na latencje załamka P300. Im wyższa ciepłota ciała, tym krótsza latencja. Przyjmuje się, że średnio z każdym wzrostem o 1°C temperatury latencja załamka rośnie o około 30 ms [2, 4].

Stopień skupienia uwagi

Najważniejszym elementem badania jest skupienie uwagi na bodziec wyróżniający się z tła. Stopień skupienia uwagi badanego kontroluje się poprzez nakazanie pacjentowi zliczania (w pamięci bądź za pomocą przycisku zliczającego) bodźców celowanych (odróżniających się od tła). Wykazano, iż odwrócenie uwagi zmniejsza amplitudę odpowiedzi. Czynniki emocjonalne również wpływają na amplitudy załamków. U badanych, którym obiecano nagrodę pieniężną za prawidłowe rozpoznanie bodźca celowanego,

odnotowuje się wyższą amplitudę odpowiedzi. Wyższa amplituda rejestrowana jest również u osób z wysokim poziomem lęku oraz lękiem eksperymentalnie wywołanym [2, 4].

Stopień trudności wyróżniania bodźca z tła

Okazuje się, iż wraz ze stopniem trudności odróżnienia bodźca znaczącego wzrasta czas latencji komponenty P300. W testach słuchowych trudność zwiększa się poprzez zmniejszenie różnicy częstotliwości pomiędzy bodźcem target i nontarget. Natomiast np. w testach semantycznych za pomocą wyróżniania wyrazu występującego wśród jego synonimów [2, 4].

Zastosowanie CERP

Potencjały wywołane znalazły swoje zastosowanie w wielu dziedzinach medycyny i nie tylko. Wykorzystuje się je przede wszystkim w psychiatrii i neurologii, ale znalazły swoje miejsce również w otolaryngologii, okulistyce i audiologii.

W psychiatrii główne zastosowanie CERP znalazły w zespołach otępiennych, m.in. w chorobie Alzheimera, a także w schizofrenii, depresji i w uzależnieniach takich jak alkoholizm.

Szeroko opisywanym zastosowaniem badania potencjałów wywołanych związanych z wydarzeniem poznawczym są zespoły otępienne o różnej etiologii. W wielu badaniach stwierdzono wydłużenie czasu latencji i obniżenie amplitudy fali P300 u nawet 80% chorych, zwłaszcza w otępieniu typu Alzheimera. Warto zauważyć, iż wydłużenia latencji oraz obniżenia amplitudy w znacznym stopniu zależą od wielkości upośledzenia funkcji poznawczych w demencji [1, 2, 4].

Obniżenie amplitudy i wydłużenie latencji załamka P300 stwierdza się również w wieloogniskowym naczyniopochodnym uszkodzeniu mózgu, czyli otępieniu naczyniopochodnym [2, 7].

W psychiatrii jedną z najlepiej opisanych chorób, w których zastosowanie mają potencjały wywołane związane z wydarzeniem poznawczym jest schizofrenia. Najczęściej analizowanym parametrem jest latencja. Stwierdza się znaczne wydłużenie czasów latencji załamków P300 u chorych na schizofrenię. Wykazano również, zmniejszenie amplitudy tej fali u większości badanych. Może to wynikać z faktu, iż schizofrenicy muszą zmobilizować bardziej rozległe obszary mózgu w celu wykonania złożonych zadań [1, 4, 8, 9].

Warto zauważyć, że w 10-30% przypadków depresji stwierdza się wydłużenie latencji komponenty P300. Występuje tu również spadek amplitudy [1, 2, 4].

Zaskakujące okazuje się, iż komponent P300 zmienia się u osób uzależnionych od alkoholu. Alkohol etylowy obniża amplitudę fali P300, występuje to również w trakcie okresu abstynencji. Istnieją przesłanki, aby przypuszczać, iż obniżenie amplitudy załamka P300 jest związana z genetyczna predyspozycją do rozwoju uzależnienia od alkoholu, ponieważ odnotowano ją również u synów alkoholików. W związku z powyższym, fala P300 może być nie tylko wyznacznikiem stanu, lecz także cechy trwałej. Wykazano także, iż wydłużenie latencji i redukcję amplitudy komponenty P300 u osób przewlekle nadużywających alkoholu z rozpoznanym toksycznym uszkodzeniem wątroby, czyli encefalopatii wątrobowej o etiologii alkoholowej [1, 2, 4, 10, 11].

Jadłowstręt psychiczny jest chorobą o wieloczynnikowej, złożonej etiologii. Badania wykazują, iż u chorych na jadłowstręt pacjentek występuje obniżenie amplitudy fali P300 z zachowaną w normie latencją. Świadczyć może to o zmniejszeniu zaangażowania struktur poznawczych mózgu na proces analizowania i przetwarzania bodźców [12].

Zaburzenia potencjału P300 odnotowuje się z organicznych schorzeniach układu nerwowego, co ma olbrzymie znaczenie dla neurologii.

U chorych na stwardnienie rozsiane (SM) z zaburzonymi funkcjami poznawczymi również występują zmiany załamka P300. Wydłużenie latencji fali P300 znacząco koreluje z czasem trwania choroby i stopniem niepełnosprawności. Stwierdzono, iż depresja, która u chorych na SM jest nie tylko wynikiem zaburzeń korowych, ale także podkorowych, znacznie wydłuża latencje komponenty P300 [3, 13, 14].

Zaburzenia poznawcze i zmiany CERP w postaci wydłużenia latencji fali P300 występują w przebiegu padaczki. Istnieją one jeszcze przed rozpoczęciem leczenia przeciwpadaczkowego. Duże znaczenie w zaburzeniach procesów poznawczych przypisuje się czynnikom etiologicznym padaczki, typom napadów, ich częstości i nasileniu. Olbrzymie znaczenie ma również wiek, w którym wystąpiły pierwsze napady. Im młodsze dziecko, tym zaburzenia funkcji poznawczych większe. Badania wskazują, iż wydłużenie latencji fali P300 jest zmienne i zależy od wyżej wymienionych czynników. W padaczce uogólnionej rejestruje się większe wydłużenie czasów latencji załamka P300 niż w napadach częściowych [15].

U dzieci i młodzieży z rozpoznana migreną z i bez aury stwierdzono znaczne wydłużenia latencji komponenty P300 w porównaniu do dzieci z napięciowymi bólami głowy. Co ciekawe nie zauważono znaczącego wzrostu amplitudy u tych pacjentów. Badania wykonano u dzieci w okresie międzynapadowym (bez bólu głowy). Wyniki takie mogą

wskazywać na podwyższenie poziomu pobudliwości i dłuższe przetwarzanie informacji przez dzieci z migreną [16].

U dzieci z dysleksją rejestruje się znaczne wydłużenie latencji załamka P300 oraz zmniejszoną amplitudą, najczęściej przy stymulacji słuchowej. Wynika to z zaburzenia procesów poznawczych, które głównie dotyczą funkcji słuchowo-językowej [17].

Badania CERP wykorzystuje się też do oceny wpływu leków na ośrodkowy układ nerwowy.

Zauważono, iż środki psychotropowe nie wpływają na wczesne, egzogenne potencjały wywołane. Natomiast potencjały długolatencyjne są modyfikowane zgodnie z profilem farmakologicznym leku. Leki o działaniu sedatywnym, tak jak leki antycholinergiczne, wydłużają latencją i powodują spadek amplitudy fali P300. Natomiast zupełnie odwrotny efekt dają leki cholinergiczne [4]. U dzieci przyjmujących leki przeciwpadaczkowe nowej generacji nie stwierdzono znaczącego wpływu ich działania na latencję komponenty P300. Zauważono jednakże, iż amplituda maleje w trakcie leczenie. Jedynie fenytoina w świeżo zdiagnozowanej padaczce powodowała wydłużenie załamka P300 [1, 4].

Kolejną, ciekawą, próbą zastosowania potencjału P300 jest jego użycie w metodach dochodzeniowych do udowodnienia kłamstwa. Uważa się, iż każdemu świadomemu kłamstwu towarzyszy korelacja na poziomie neuronalnym. Wykrywanie kłamstw odbywa się na poziomie mózgu, który rozpoznaje informacje znane, czyli takie, które były już wcześniej przez niego przetwarzane. Badanie odbywa się na zasadzie prezentacji badanemu zdjęć osób lub przedmiotów, które widział lub zna. W sytuacji, gdy badany widział wcześniej osobę lub przedmiot ze zdjęcia, zarejestrowana zostanie fala P300 [18].

Potencjały związane z wydarzeniem poznawczym stosuje się w modelu interfejs mózg-komputer. Najnowsze interfejsy mózg-komputer wykorzystują wysoki odsetek poprawnie odczytywanych intencji użytkownika. Odróżniając inne interfejsy, załamek P300 nie wymaga wcześniejszego treningu i jest znakomicie rozróżniany na poziomie liter dzięki stosunkowo niskim latencjom w porównaniu z innymi interfejsami. W wykorzystaniu komponenty P300 ważna jest znajomość szybkiego literowania słów oraz stopień skupienia uwagi. Bodźce słuchowe wywołujące falę P300 w interfejsie mózg-komputer są znacznie wolniejsze od bodźców wzrokowych. Najważniejszy zastosowaniem interfejsu mózg-komputer opartym na załamku P300 jest urządzenie umożliwiające pisanie prostych wyrazów. Największe znaczenie ma to dla osób sparaliżowanych, dla których tworzone są nowe oprogramowania, zintegrowane z falami mózgowymi, umożliwiające komunikację

z otoczeniem za pomocą znaków graficznych i dźwiękowych powstałych dzięki fali P300 [19].

Podsumowanie

Potencjały wywołane związane z wydarzeniem poznawczym dają wiele możliwości nieinwazyjnego badania funkcji mózgowych w czasie rzeczywistym. Mogą być też przydatnym testem diagnostycznym w psychiatrii i neurologii. Dają możliwości diagnostyczne wczesnych stadiów chorób otępiennych, jak również monitorowania zaawansowania wielu schorzeń w deficytem funkcji poznawczych. Najnowszymi odkryciami są zastosowania w sztucznej inteligencji urządzeń współpracujących z osobami sparaliżowanymi. Dzięki nim można lepiej poznać procesy poznawcze i intelektualne badanej jednostki. Pokazują zachodzące w mózgu procesy dyskryminacji, analizy i przetwarzania informacji i pamięci.

Piśmiennictwo

1. Szelenberg W.: Potencjały wywołane. Elmiko, Warszawa, 2001.
2. Chudzi W., Przybyła M., Kaczorowska B., Chmielewski H.: Potencjał P300 w diagnostyce zaburzeń poznawczych. Wiad. Lek., 2004, 57, 336-359.
3. Jagielski J., Maciejowski A., Sebzda T.: Wywołane potencjały mózgowe: teoria, technika, zastosowanie kliniczne i perspektywy. Post. Hig. Med. Dośw., 1991, 45, 363-384.
4. Szabela D.: Potencjały wywołane w praktyce lekarskiej. Łódzkie Towarzystwo Naukowe, Łódź, 1999.
5. Polich J.: P300 clinical utility and control of variability. J. Clin. Neurophysiol., 1998, 15, 14-33.
6. Polich J., Howard L., Staar A.: Effects of age on the P300 component of the event related potential from auditory stimuli: peak definition, variation, and measurement. J. Gerontol., 1985, 40, 721-726.
7. Pokryszko-Dragan A., Słotwiński K., Budrewicz S.P., et. al: Attention Level and Event-Related Evoked Potentials in Patients with Cerebrovascular Disease Treated with Amantadine Sulfate- a Pilot Study. Adv. Clin. EXP Med. 2008, 17, 553-558.
8. Kubiszewski M., Małyszczak K., Pilecki W. i wsp.: Latencje załamków wzrokowych potencjałów wywołanych w grupie pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii. Adv. Clin. Exp. Med., 2003, 12, 301-304.

9. Schwarzkopf S., Lamberti J.S., Jiminez J., et al.: Visual evoked potential correlates of positive/negative symptoms in schizophrenia. Biol. Psychiatry., 1990, 27, 400-410.
10. Cohen H.L., Wang W., Porjesz B., Beglieiter H.: Auditory P300 in young alcoholics: regional response characteristic. Alckohol. Clin. Exp. Res., 1995, 19, 469-475.
11. Przybyła M., Chmielewski H., Klimek A.: Przydatność potencjału P300 w diagnostyce encefalopatii wątrobowej o etiologii alkoholowej. Wiad. Lek., 2007, 60, 124-128.
12. Zgorzelewicz-Stachowiak M., Perietrakowicz A., Barkowiak Z.: Neurofizjologiczna ocena funkcji poznawczych w chorych na jadłowstręt psychiczny- doniesienie wstępne. Przegl. Lek., 2011, 68, 150-153.
13. Honig L., Ramsay R.E., Sheremata W.A.: Event-related potential P300 in multiple sclerosis. Relation to magnetic resonance imaging and cognitive impairment. Arch. Neurol., 1992, 49, 44-50.
14. Polich J., Romine J.S., Sipe J.C., et al.: P300 in multiple sclerosis: a preliminary report. Int. J. Psychophysiol., 1992, 12, 155-163.
15. Mojs E., Gajewska E., Glowacka M.D., Samborski W.: Występowanie zaburzeń poznawczych i emocji w padaczce i ich implikacje dla terpapii. Ann. Acad. Med. Stetin, 2007, 53, 82-87.
16. Boćkowski L., Sobaniec W., Sołowiej E., Śmigielska-Kuzia J.: Słuchowe potencjały związane z wydarzeniem poznawczym w migrenie z aurą i bez aury u dzieci i młodzieży. Neurol. Neurochirur. Pol., 2004, 38, 9–14.
17. Maciejewska B., Wiskirska-Woźnicka B.: Zastosowanie słuchowych potencjałów wywołanych u dzieci ze specyficznymi zaburzeniami czytania i pisania. Logopeda, 2008, 1, 38-43.
18. Hohol M.: Zjawisko kłamstwa w perspektywie nauk neurokognitywnych i ewolucyjnych. Semina Scientarium, 2009, 8, 91-109.
19. Kulaszyński F.: Dziś i jutro inteligentnych robotów. Interfejs mózg-komputer. Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Neurokognitywistyka w Patologii i Zdrowiu, 2009-2011, 134-142.

Nędzi Agata[1], Nędzi Marta[2], Sobaniec Wojciech[1], Młynarczyk Izabela[1], Kur Marcin[3]

Stres oksydacyjny - znaczenie działania wolnorodnikowego w procesie niszczenia komórek

1. Klinika Neurologii i Rehabilitacji Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Klinika Hematologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku
3. Zakład Neurologii Inwazyjnej Szpitala Klinicznego w Białymstoku

Wprowadzenie

Tlen jest niezbędny w przebiegu wielu procesów zachodzących w organizmie człowieka. Jednocześnie ten życiodajny pierwiastek może być także źródłem zagrożenia związanego z powstawaniem reaktywnych form tlenu (RFT) i reakcji wolnorodnikowych. Szkody biochemiczne spowodowane przez metabolity tlenu prowadzą najczęściej do uszkodzenia tkanek i rozwoju różnych stanów chorobowych.

Reaktywne formy tlenu to produkty pełnej lub częściowej redukcji oraz wzbudzenia cząsteczki tlenu [1].

W literaturze często można spotkamy się z określeniem „wolne rodniki tlenowe", jednak nazwa ta nie jest precyzyjna, ponieważ obok rodników do tej grupy zaliczane są także cząsteczki obojętne.

Do szeroko pojętej rodziny RFT i form im pokrewnych należy zaliczyć [2]:

- tlen singletowy ($^1O_2$)
- ozon (O_3)
- rodnik wodoronadtlenkowy ($HO_2^{\bullet}$)
- anionorodnik ponadtlenkowy ($O_2^{\cdot -}$)
- rodnik hydroksylowy ($OH^{\bullet}$)
- nadtlenek wodoru (H_2O_2)
- tlenek azotu ($NO^{\bullet}$)
- ditlenek azotu ($NO_2^{\bullet}$).

Reaktywne formy tlenu w komórkach są naturalnymi produktami tlenowego metabolizmu i w stężeniach fizjologicznych pełnią ważne funkcje regulacyjne, np. przekazywanie sygnałów wewnątrz- i międzykomórkowych [3].

Zaburzenie równowagi fizjologicznej między wytwarzaniem RFT a ich unieczynnieniem prowadzi do stresu oksydacyjnego, czyli serii reakcji biochemicznych, których efektem jest uszkodzenie komórek i ich śmierć.

Według Helmuta Sies'a [2] stres oksydacyjny to „*zaburzenie równowagi prooksydacyjno-antyoksydacyjnej w kierunku reakcji utleniania*". Podczas zachowanej homeostazy RFT usuwane są przez enzymy antyoksydacyjne i niskocząsteczkowe antyoksydanty. W niektórych schorzeniach obrona antyoksydacyjna nie jest w stanie usunąć powstających RFT, co prowadzi do zaburzenia równowagi między ich powstawaniem a eliminowaniem [2].

Stres może być wynikiem działania wielu czynników egzogennych, takich jak [4]:

- spożywanie alkoholu
- zimno
- przyjmowanie lekarstw
- przebyte infekcje wirusowe i bakteryjne
- urazy
- promieniowanie elektromagnetyczne
- toksyny
- ciężki wysiłek fizyczny
- stres
- zła dieta
- palenie papierosów.

Bardzo istotne są również wewnątrzkomórkowe źródła RFT, do których należą [5]:

- łańcuch oddechowy
- peroksysomy
- mikrosomalny łańcuch transportu elektronów
- reakcje enzymatyczne
- utlenianie białek oddechowych
- utlenianie zredukowanych form niskocząsteczkowych składników komórkowych
- utlenianie ksenobiotyków
- generowanie RFT przez komórki układu immunologicznego.

Uszkodzenie składników komórek przez reaktywne formy tlenu

Udowodniono wpływ reaktywnych form tlenu na prawie wszystkie substancje chemiczne występujące w komórce [6, 7]. Produkowane w nadmiernych ilościach oddziałowują toksycznie na wielonienasycone kwasy tłuszczowe, białka, węglowodany, kwasy nukleinowe. Ich duża reaktywność z wieloma substancjami chemicznymi występującymi w komórce i wokół jej otoczenia doprowadzają do uszkodzenia komórki, a w rezultacie do jej apoptozy [6, 7].

Peroksydacja lipidów

Głównymi procesami oksydacyjnymi zachodzącymi w błonie komórkowej są reakcje peroksydacji lipidów [8, 9]. Wieloetapowy proces utleniania obecnych w lipidach nienasyconych kwasów tłuszczowych prowadzi do powstania nadtlenków tych związków oraz zapewnia ciągłą dostawę wolnych rodników, zapoczątkowując kolejne etapy peroksydacji. Peroksydacji ulegają reszty wielonienasyconych kwasów tłuszczowych, wchodzące w skład fosfolipidów, głównych składników budulcowych błon biologicznych [8, 9].

Peroksydacja lipidów przebiega w trzech etapach: inicjacji, propagacji, terminacji [10, 11, 12]. Inicjacia polega na oderwaniu atomu wodoru od cząsteczki wielonienasyconego kwasu tłuszczowego lub reszty tego kwasu będącym składnikiem fosfolipidów. Obecne w błonach komórkowych nienasycone kwasy tłuszczowe łatwo wchodzą w reakcję z wolnymi rodnikami [10, 11, 12].

Reakcje peroksydacji mogą być wywołane przez rodnik hydroksylowy (‧OH_), nadtlenkowy (LOO_alkoksylowy (LO_) lub alkilowy (L ‧) [2]. Peroksydację lipidów może również zapoczątkować ozon, tlenek i dwutlenek azotu, a także dwutlenki siarki i podchloryn [2] .W reakcji prolongacji wolne rodniki alkilowe (L_) reagują z tlenem i tworzą wolne rodniki nadtlenkowe (LOO_). Rodniki te mogą odrywać atomy wodoru od kolejnych cząsteczek wielonienasyconych kwasów tłuszczowych LH. Wolny rodnik w tej reakcji nie ginie, ale reaguje z kolejną cząsteczką kwasu tłuszczowego. Łańcuchowość tych reakcji powtarza się wielokrotnie, aż do momentu reakcji terminacji. Terminacja może zachodzić pomiędzy dwoma wolnymi rodnikami alkilowymi, nadtlenowymi lub dwoma różnymi rodnikami występującymi w tym układzie. Produktami reakcji w obrębie błon biologicznych są dimery fosfolipidów. Wolne rodniki powstające w czasie reakcji peroksydacji lipidów mogą też reagować z białkami błon. Powstają wówczas wolne rodniki białek, które uczestniczą w reakcjach terminacji, tworząc połączenia białkowo - lipidowe. Końcowymi produktami peroksydacji lipidów mogą być aldehydy i hydroksyaldehydy,

powstające w wyniku rozpadu reszt wielonienasyconych kwasów tłuszczowych do kilkunasto-węglowych fragmentów [2, 9]. Aldehydy powstałe podczas peroksydacji lipidów są związkami cytotoksycznymi, działającymi mutagennie oraz kancerogennie. Produkty utleniania lipidów modyfikują właściwości fizyczne błon komórkowych, zwiększając ich przepuszczalność dla jonów H+ i innych polarnych substancji. Mogą również hamować aktywność niektórych enzymów błonowych i białek transportujących [10]. Pod wpływem tych procesów komórka traci integralność błon wewnątrzkomórkowych i błony plazmatycznej. Wszystkie te zjawiska mogą prowadzić do śmierci komórek [2, 11].

Degradacja białek

Białka, jako integralny składnik błon komórkowych, należą do najbardziej wrażliwych na stres oksydacyjny. Zmodyfikowane reszty aminokwasowe, modyfikacja nie aminokwasowych składników białek złożonych, agregacja i fragmentacja cząsteczek białkowych są wynikiem oddziaływań reaktywnych form tlenu (RFT) na strukturę białek. Modyfikacje te zazwyczaj występują obok siebie, a ich konsekwencją jest dysfunkcja komórek i ich obumieranie.

Stres oksydacyjny może powodować zmiany w strukturze białek. Są one nieodłącznym efektem tlenowego metabolizmu komórki [2, 12]. Nagromadzenie oksydacyjnych produktów białkowych wpływa negatywnie na funkcje komórki, a nawet może doprowadzać do jej śmierci [13, 14].

Podczas stresu oksydacyjnego zachodzi m.in. utlenianie komórkowych grup -SH przez reaktywne formy tlenu. Produktem reakcji są rodniki tiolowe S_ , które ulegają dimeryzacji do disulfidów. [2, 14]. Za modyfikację reszt aminokwasowych, grup prostetycznych enzymów, agregację białek czy ich fragmentację odpowiedzialne są rodniki $OH^{\bullet}$, H_2O_2 , $O^{-\bullet}_2$. [15, 16]. Oksydacyjne uszkodzenie grupy –SH prowadzi do szybkiej utratę aktywności biologicznej białka, zaburzeń transportu wewnątrzkomórkowego oraz narusza homeostazę wapniową. Zmiany ilościowe i jakościowe białek komórkowych przejawiają się dezintegracją błon komórkowych, zwiększoną ich przepuszczalnością oraz obniżeniem różnicy potencjału elektrycznego pomiędzy wnętrzem komórki a środowiskiem pozakomórkowym. [12, 17].

Grupy tiolowe białek pozostają w równowadze oksydacyjnej z tiolowymi grupami glutationu (GSH), który utrzymuje –SH białek w stanie zredukowanym. Stopień oksydacyjnego uszkodzenia białek pokazuje spadek stężenia grup tiolowych lub wzrost grup karbonylowych. Oznaczanie grup karbonylowych bocznych łańcuchów aminokwasów, wchodzących w skład białek komórkowych uznane zostało za dokładniejszą i czulszą metodę

określania stopnia zaawansowania stresu oksydacyjnego, a niżeli samo oznaczenie grup tiolowych [18, 19]. Grupy karbonylowe białek dłużej krążą we krwi, dlatego stanowią bardziej miarodajny marker stresu oksydacyjnego w porównaniu do produktów peroksydacji lipidów, np. aldehydu dimalonowego [20, 21].

Zmniejszona skuteczność działania antyoksydantów przy zwiększonym tempie endogennej produkcji RFT oraz ekspozycji komórek i tkanek na dodatkowe źródła RFT prowadzi do nagromadzenia utlenionych produktów białkowych. Nadmierne i niekontrolowane gromadzenie się w organizmie zmodyfikowanych oksydacyjnie białek pełni istotną rolę, w patogenezie wielu schorzeń m. in. w chorobach nowotworowych [22].

Mechanizmy antyoksydacyjne w komórce

W organizmie najwięcej wolnych rodników powstaje podczas procesu metabolizmu tlenu, nazywane są one toksycznymi metabolitami tlenu albo jego reaktywnymi formami. Powstają podczas fizjologicznych procesów w komórce.

U zdrowego człowieka około 5% tlenu przekształca się w wolne rodniki. Mogą się one także tworzyć w sytuacjach niefizjologicznych, a więc podczas niedotlenienia, na skutek napromieniania promieniami ultrafioletowymi, opalania się, palenia papierosów, spożywania niektórych substancji chemicznych czy leków wywołujących tzw. procesy nadtleniania (oksydacyjne).

Zazwyczaj organizm sam wytwarza mechanizmy obronne nazywane antyoksydacyjnymi. Gdy istnieje równowaga między procesami nadtleniania (czyli oksydacji) a antyoksydacyjnymi (czyli ochrony), organizm funkcjonuje prawidłowo. Gdy ta równowaga zostaje naruszona, powstają choroby. Antyoksydacyjne mechanizmy obronne w organizmie człowieka można podzielić na 2 kategorie. Pierwszą stanowią pewne enzymy syntetyzowane z białek oraz innych substancji odżywczych i związków obecnych w organizmie człowieka. Wyróżniamy tutaj:

- dysmutazy ponadtlenkowe - enzymy należące do tej grupy to metaloenzymy będące produktami różnych genów i tu wyróżniamy: cynkowo-miedziowa dysmutaza ponadtlenkowa, manganowa dysmutaza oraz zewnątrzkomórkowa dysmutaza ponadtlenkowa [2, 23, 24]
- katalazy - katalizujące reakcję dysproporcjonowania nadtlenku wodoru, przebiegającą w dwóch etapach, prowadzącą do powstania wodoru i tlenu, występujące w mitochondriach, retikulum endoplazmatycznym, cytozolu, peroksysomach takich komó,rek jak erytrocyty, komórki wątroby, nerek i szpiku [2, 24, 25, 26]

- enzymy zależne od glutationu - uczestniczące zarówno w pierwszej, jak i drugiej linii obrony, należą do nich: peroksydaza glutationowa, reduktaza glutationowa, transferaza s-glutationowa. Opisane enzymy chronią zarówno komórki, jak i obszary pozakomórkowe przed szkodliwym działaniem nadmiaru wolnych rodników powstałych w patologicznych procesach [2, 26, 27, 28].

Druga grupa to przeciwutleniacze, które muszą być pozyskiwane z pożywienia, gdyż organizm ludzki nie jest w stanie ich wytworzyć. W działaniu antyoksydacyjnym z enzymami współdziałają również związki o niskich masach cząsteczkowych o charakterze antyoksydacyjnym.

Ze względu na środowisko działania antyoksydanty podzielić można na działające:

- w fazie wodnej - hydrofilowe (chroniące środowisko wodne komórki)
- w fazie lipidowej - hydrofobowe (chroniące wnętrze błon komórkowych).

Ze względu na pochodzenie antyoksydanty nieenzymatyczne można podzielić na:

- endogenne - przede wszystkim glutation działający w fazie wodnej
- egzogenne - gównie askorbinian działający w fazie wodnej oraz tokoferole, karotenoidy i retinole – aktywne w fazie lipidowej

Również białka hemowe nieenzymatyczne mogą w pewnych warunkach i we współdziałaniu z antyoksydantami o niskich masach cząsteczkowych ochraniać przed działaniem reaktywnych form tlenu [2, 28, 29]. Należą do nich wspomniane wcześniej składniki odżywcze i metabolity roślinne:

- witaminy E i C
- karotenoidy
- selen
- foliany
- flawonoidy
- fitoestrogeny
- glukozynolany.

Przeciwutleniacze występują w naturze niemal we wszystkich roślinach, mikroorganizmach, grzybach i nawet tkankach zwierzęcych. Najważniejszą grupę naturalnych antyutleniaczy stanowią: witamina E (tokoferole), flawonoidy i inne związki występujące w roślinach. Przeciwutleniacze syntetyczne przygotowuje się zwykle w laboratoriach, najczęściej z komponentów chemicznych. W przemyśle spożywczym, dodawanie do produktów naturalnych antyutleniaczy jest metodą stosunkowo nową.

Naturalne przeciwutleniacze, jako alternatywa dla związków syntetycznych, wprowadzone zostały w latach 80. [2, 27, 29, 30].

Podsumowanie

Istnieje coraz więcej danych, które sugerują, że uszkodzenie wolnorodnikowe może być pierwotnym czynnikiem warunkującym degenerację komórki i odpowiedzialnym za wystąpienie chorób. Badania dotyczące markerów uszkodzenia oksydacyjnego czy też markerów wskazujących na potencjał antyoksydacyjny, stanowią cenne źródło informacji o rozwoju i postępie chorób. Wyniki dotychczas prowadzonych badań nie tylko potwierdzają znaczenie stresu oksydacyjnego w patogenezie niszczenia komórki, ale też wskazują nowe cele i dalsze rozwijanie badań.

Piśmiennictwo

1. Radwańska-Wala B., Buszman E., Drużba D.: Udział reaktywnych form tlenu w patogenezie chorób ośrodkowego układu nerwowego. Wiad. Lek., 2008, 41, 1-3.
2. Bartosz G.: Druga twarz tlenu. Wolne rodniki w przyrodzie. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003.
3. Gruber B.: Enzymy chroniące organizm przed reaktywnymi postaciami tlenu. Farm. Pol., 1996, 52, 263–271.
4. Ravindra P.S., Shashwat S., Suman K.: Free radicals and oxidative stress in neurodegenerative diseases: relevance of dietary antioxidants. JIACM, 2004, 5, 218–225.
5. Thannickal V.J., Fanburg B.L.: Reactive oxygen species in cell signaling. AJP, 2000, 279, 1005–1028.
6. Davies K.J.A., Delsignore M.E., Lin S.W.: Protein damage and degradation by oxygen radicals. II. Modification of amino acids, J. Biol. Chem., 1987, 262, 9902-9920.
7. Schwarc R.S., Rybicki A.C., Heath R.H., Lubin A.H.: Protein in sickle erythrocytes. Evidence for oxidative damage, J. Biol. Chem., 1987, 262, 15666-15672
8. Marnett L.J.: Oxy radicals, lipid peroxidation and DNA damage. Toxicology, 2002, 181-182, 219–222
9. Sakharov D.V., Elstak E.D.R., Chernyak B., Wirtz K.W.A.: Prolonged lipid oxidation after photodynamic treatment. Study with oxidation-sensitive probe C11-BODIPY581/591. FEBS Letters, 2005, 579, 1255-1260.

10. Griffiths H.R, Moller L., Bartosz G., et al.: Biomarkers. Biomarkers. Mol Aspects Med, 2002, 23, 101-208.
11. Moor A.C.E.: Signaling pathways in cell death and survival after photodynamic therapy. J. Photochem. Photobiol. B: Biol., 2000, 57, 1-13.
12. Stadtman E.R., Levine R.L.: Protein oxidation. An. N. Y. Acad. Sci., 2000, 899, 191-208.
13. Balcerczyk A., Bartosz G.: Thiols are main determinants of total antioxidant capacity of cellular homogenates. Free Radic. Res., 2003, 37, 537-541.
14. Ponczek M. B., Wachowicz B.: Oddziaływanie reaktywnych form tlenu i azotu z białkami. Postępy Biochem., 2005, 51, 140-145.
15. Davies M.J.: Singlet oxygen-mediated damage to proteins and its consequences. Biochem. Biophys. Res. Commun., 2003, 305, 761–770.
16. Naskalski J.W., Bartosz G.: Oxidative modifications of protein structures. Adv. Clin. Chem., 2000, 35, 161–253.
17. Lipson R.L., Blades E.J.: The photodynamic properties of a particular he-mathoporphyrin derivative. Arch. Dermatol., 1960, 82, 508-516.
18. Dalle-Donne I., Rossi R., Giustarini D., Milzani A., Colombo R.: Protein carbonyl groups as biomarkers of oxidative stress. Clin. Chimica Acta, 2003, 329, 23-38.
19. Tetik S., Uras F., Yardimici T.: Protein oxidation: Basic view on characteryzation, detection and consequences. Adv. Mol. Med., 2007, 3, 63-67.
20. Shacter E.: Quantification and significance of protein oxidation in biological samples. Drug. Metab. Rev., 2000, 32, 307-326.
21. Yagc R., Ersöz I., Erdurmus M., et al.: Protein carbonyl levels in the aqueous humour and serum of patiens with pseudoexfoliation syndrome. Eye, 2008, 22, 128-131.
22. Beal M.F.: Oxidatively modified proteins in aging and disease. Free Radic. Biol. Med., 2002, 32, 797–803.
23. Skrzynecki M., Czeczot H.: Zewnętrzna komórkowa dysmutaza ponadtlenkowa (EC-SOD) - budowa, właściwości, funkcje. Post. Hig. Med. Dośw., 2004, 58, 301-311.
24. Gałecka E., Jackiewicz R., Mrowiska M. i wsp.: Enzymy antyoksydacyjne- budowa, właściwości, funkcje. Pol. Merk. Lek., 2008, 147, 266.
25. Schrader M., Fahimi H.D.: Peroxisomes and oxidative stress. Biochim. Biophys. Acta, 2006, 1763, 1755-1766.

26. Ścibor D., Czeczot H.: Katalaza- budowa, właściwości, funkcje. Postępy Hig. Med., 2006, 60, 170-180.
27. Chu F., Esworthy R., Poroshow J. et al: Expression of plasma glutatione peroxidase In human liver In addition to Kindley, heart, lung and breast in human and rodents. Blood, 1992, 79, 3233-3238.
28. Czarna M., Jarmuszkiewicz W.: Rola mitochondriów w wytwarzaniu i usuwaniu reaktywnych form tlenu. Post.Bioch., 2006, 52, 145-155.
29. Ostrowska J.: Wpływ zielonej herbaty na system antyoksydacyjny w zatruciu etanolem. Praca doktorska, 2001, 26.
30. Rybczyńska M.: Biochemia, podstawy wolnorodnikowych uszkodzeń tkanek. Post. Hig. Med. Dośw., 1994, 48, 419-442.

PROBLEMY ZDROWOTNE W PRACY ZAWODOWEJ



Franek Grażyna[1], Ryś Bogusława[1], Arkuszewska Edyta[2]

Wpływ czynników stresogennych na pracę pielęgniarki

1. Akademia Techniczno-Humanistyczna WNoZ w Bielsku- Białej
2. Zakład Opieki Zdrowotnej Częstochowa

Wstęp

Stres towarzyszy każdemu od narodzin aż do śmierci, współuczestnicząc we wszystkich wydarzeniach, niezależnie od wieku, płci, religii, przekonań politycznych. Nie można się go całkowicie pozbyć, ani go polubić.

Definicje stresu psychologicznego bywają formułowane przez różnych autorów na różne sposoby. Niektórzy ujmują stres jako czynnik zewnętrzny, bodziec lub zespół bodźców, zaburzenie w otoczeniu człowieka. Z reguły szkodliwe i nieprzyjemne, chociaż zdaniem niektórych autorów przynoszące także pozytywne skutki. Z całą pewnością jednak stanowi obciążenie dla psychiki [1].

Na powstawanie stresu może także wpływać specyfika środowiska pracy, które jest w jakiś sposób zagrażające dla jednostki. Człowiek jest istotą powołaną do pracy; praca jest ściśle związana z godnością człowieka, przez pracę bowiem człowiek urzeczywistnia się – staje się jak gdyby bardziej człowiekiem. Praca staje się dla jednostki źródłem dochodu, bogactwa materialnego, ale i również źródłem ciągłego stresu. Poczucie zagrożenia stwarzają np.: przerastające możliwości człowieka wymagania ze strony otoczenia, ale także świadomość, że nie jest się w stanie im sprostać [2].

Niniejsza praca ma ukazać jaki wpływ wywierają czynniki stresogenne środowiska pracy personelu pielęgniarskiego na poszczególne ich sfery funkcjonowania i jakie sposoby radzenia sobie ze stresem mają pielęgniarki.

Założenia i cel pracy

Głównym celem prezentowanych badań było poznanie opinii i poglądów personelu pielęgniarskiego dotyczących wpływu stresu na ich pracę zawodową, organizm i inne dziedziny życia.

Materiał i metody

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, posłużono się techniką ankietową, wykorzystując kwestionariusze ankiety własnej konstrukcji.

Ankieta dla pielęgniarek zawierała 20 pytań głównie zamkniętych dotyczących stosunku personelu do wykonywanego zawodu, niekorzystnie oddziałujących czynników środowiska pracy pielęgniarek. W dalszej części pozwoliła ocenić obciążenie fizyczne, psychiczne oraz jego skutki a także wpływ stresu zawodowego na sferę życia rodzinnego i społecznego. Przeprowadzona ankietyzacja zweryfikowała również różne sposoby radzenia sobie ze stresem w grupie zawodowej pielęgniarek.

Badania przeprowadzono w kwietniu 2011 roku w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu w Częstochowie. Ankietyzacją objęto 50 pielęgniarek wywodzących się z 6-u oddziałów specjalistycznych w tym: (46%) pielęgniarek z oddziału Intensywnej Terapii; (10%) pielęgniarek z oddziału Chirurgii Naczyń; (10%) pielęgniarek z Traktu Operacyjnego (instrumentariuszki); (4%) pielęgniarek z oddziału Politraumy (urazów wielonarządowych); (20%) pielęgniarek z oddziału Neurochirurgii oraz (10%) pielęgniarek z oddziału Ginekologii. Udział w badaniach był dobrowolny.

Wyniki

Charakterystyka badanej grupy pielęgniarek

Rozkład objętej badaniami zbiorowości według wieku jest zróżnicowany. Najliczniejszą grupę stanowiły pielęgniarki znajdujące się w przedziale wiekowym od 27–32 lat - 60%, mające staż pracy w zawodzie 5 – 10 lat (50%). Mniej liczną grupę stanowią osoby z przedziału wiekowego 33–38 lat (32,0%), posiadające 11 – 16 letni staż pracy (44%), zaś 8,0% pielęgniarek znalazło się w przedziale wiekowym 39 – 44 lat i z 17–22 letnim stażem (6%) . Wśród badanych tylko 3 osoby (6%) legitymowało się wykształceniem wyższym, pozostałe osoby (94%) posiadały wykształcenie średnie zawodowe.

Najliczniejsza grupa badanych pielęgniarek, bo aż (80%) jest zamężna, (16%) pielęgniarek należy do stanu wolnego oraz najmniej liczna grupa, bo (4%) pielęgniarek jest rozwiedzionych.

Z wypowiedzi większości badanych wynika, że głównym motywem wyboru zawodu pielęgniarki było zainteresowanie naukami medycznymi (40%) ankietowanych, tj. 20 pielęgniarek. Mimo to, iż 43 pielęgniarki, czyli (86%) wypowiedziało się, iż lubi to co robi zawodowo, to 26 pielęgniarek (52%), nie wybrałoby po raz drugi tego zawodu. Badane uzasadniały swą decyzję brakiem satysfakcji osobistej, finansowej oraz brakiem uznania ze strony pacjenta, rodzin i całego społeczeństwa.

Wśród stresogennych czynników środowiska pracy najczęściej podawanym przez pielęgniarki jest niskie uposażenie za wykonywaną pracę. (80%) ankietowanych uważa, że

ten czynnik stresogenny ma bardzo duży negatywny wpływ na wszystkie ich sfery funkcjonowania.

Pozostałe czynniki stresogenne wywierające również bardzo duży negatywny wpływ na prawidłowe funkcjonowanie kadry pielęgniarskiej uszeregowały się w następującej kolejności:

- brak stabilizacji zawodowej związanej z reorganizacją służby zdrowia, a co za tym idzie i redukcją etatów, wytypowany został przez (70%) badanych.
- przeciążenie ilościowe (zbyt dużo pracy do wykonania) w opinii (64%) ankietowanych.
- nadmiernie wyczerpujący kontakt z pacjentami i ich rodzinami według (54%) ankietowanych.
- przeciążenie jakościowe. praca jest zbyt ciężka i trudna dla (50%) objętych badaniem pielęgniarek.
- obawa o własne zdrowie. ten czynnik stresogenny związany z profesją zawodową pielęgniarek wydawałby się szczególnie istotny. bowiem każdy człowiek traktuje własne zdrowie jako wartość nadrzędną. mimo to został wyodrębniony przez (46%) badanych, jako szósty w kolejności z wymienionych jedenastu.
- konfrontacja ze śmiercią. ten czynnik stresogenny został wyodrębniony
- jako siódmy w kolejności przez (44%) ankietowanych.

Z analizy odpowiedzi na pytanie o problemy zdrowotne (86%) ogółu badanych, tj. 43 osoby, stwierdziły, że cierpią na różne schorzenia wynikające z obciążenia fizycznego. Problem ten nie dotyczy tylko 7 respondentek (14%) badanych.

Najczęściej występującym problemem zdrowotnym wśród (86%) ankietowanych są zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa odcinka lędźwiowego i szyjnego oraz żylaki kończyn dolnych a także alergie skórne. Inne problemy zdrowotne wymieniane przez respondentki a wynikające z ich charakteru pracy czy środowiska pracy to: częste infekcje górnych dróg oddechowych (bóle gardła) i dolnych dróg oddechowych (np. grzybicze zapalenie płuc).

Do rzadziej wymienianych problemów zdrowotnych, należą: częste bóle głowy, oczu, osłabienie wzroku, stany grzybicze paznokci, ogólne rozbicie i osłabienie.

Mimo tak wielu zgłaszanych poważnych schorzeń, tylko (8%) ankietowanych, tj. 4 pielęgniarki są zmuszone do częstego zażywania leków.

Okresowo w sytuacjach nadmiernego przeciążenia leki zażywa (44%) badanych, tj. 22 pielęgniarki. Problem ten nie dotyczy 24 respondentek (48%), które nie zażywają częściej leków z powodu obciążenia fizycznego i psychicznego.

O rozmiarze problemu ustawicznego stanu napięcia i wyczerpania wskazuje poniższa tabela. Wynika z niej, że tylko (4%) badanych nie odczuwa ciągłego napięcia i wyczerpania po pracy. Pozostałe (96%) ogółu badanych odczuwa ten stan z różną częstotliwością.

Tabela I. Częstotliwość występowania uczucia napięcia i wyczerpania po pracy.

Występowanie ciągłego napięcia i wyczerpania po pracy.	Liczba Odpowiedzi	%
- tak	11	22,0
- nie	2	4,0
- bardzo często	14	28,0
- czasami	23	46,0

Do najczęściej występujących symptomów wyczerpania pracą zawodową, wymienianych przez (72%) badanych należą:

- zbyt duża impulsywność i drażliwość,
- częstsze pojawienie się zachowań agresywnych w relacjach międzyludzkich,
- uczucie ciągłego wyczerpania fizycznego i psychicznego,
- niechęć do podejmowania większości czynności zawodowych,
- schematyczne wykonywanie czynności zawodowych,
- zmniejszenie progu wrażliwości na cierpienie i śmierć drugiego człowieka.

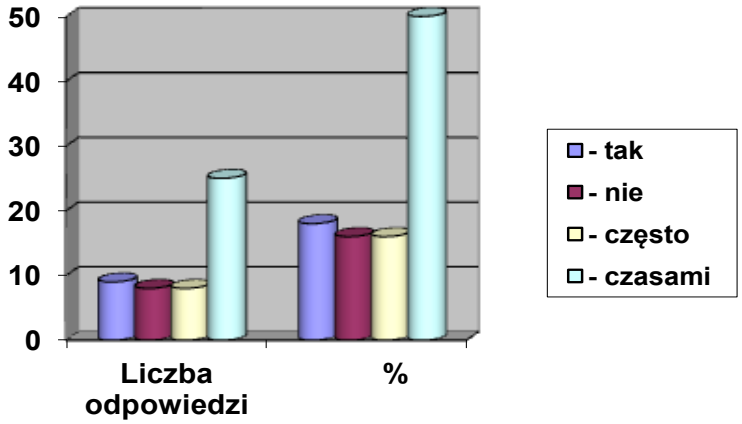
Mimo istniejącego wyczerpania emocjonalnego wśród większej liczby ankietowanych oraz mimo pojawienia się pierwszych objawów syndromu wypalenia zawodowego, to jednak 30 respondentek (60%) wykazuje się indywidualnym podejściem do każdego pacjenta. W opinii 6 pielęgniarek (12%) pacjent jest traktowany schematycznie, szablonowo. Natomiast (26%) badanych, czyli 13 respondentek traktuje pacjenta jako kolejny przypadek chorobowy. Tylko 1 pielęgniarka (2%) ma obojętny stosunek do pacjenta. Z powyższych danych wynika, iż (40%) ankietowanych, tj. 20 pielęgniarek nie traktuje pacjenta jako podstawowy podmiot swojej działalności zawodowej. Świadczyć to może o pojawieniu się syndromu wypalenia zawodowego.

Najczęściej wymienianymi czynnikami przyczyniającymi się do powstawania syndromu wypalenia zawodowego w opinii badanych są:

- niskie uposażenie za wykonywaną ciężką i odpowiedzialną pracę,
- duże obciążenie nadmierną ilością obowiązków przy małej obsadzie personelu pielęgniarskiego,
- brak szacunku i uznania ze strony pacjenta, rodzin pacjentów oraz przełożonych,
- wyczerpujący emocjonalnie stały kontakt z pacjentami i ich coraz częściej roszczeniowymi rodzinami,
- pogarszające się wzajemne relacje między personelem medycznym wyższym, a średnim.

Przeprowadzone badania pozwoliły również ocenić wpływ pracy zmianowej pielęgniarek na życie rodzinne i społeczne. Praca w systemie zmianowym pielęgniarek ma znaczący wpływ na życie społeczne i rodzinne pracownika.

Analizę odpowiedzi na pytanie dotyczące wpływu pracy zmianowej pielęgniarek na życie rodzinne i towarzyskie przedstawia poniższy wykres.



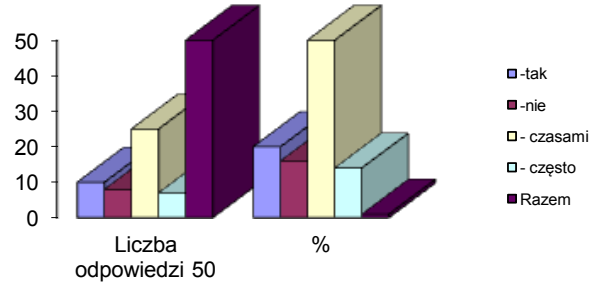
Rycina 1. Wpływ pracy zmianowej na życie rodzinne i towarzyskie.

Wśród badanych tylko 8 osób (16%) nie potwierdza dezorganizującego wpływu pracy zmianowej na życie rodzinne i towarzyskie. Pozostałe 42 osoby (84%) odczuwają jego negatywny wpływ w różnym stopniu, uzasadniając go następującymi czynnikami:

1. Praca w weekendy i święta uniemożliwia spędzanie wolnego czasu z rodziną.
2. Brak możliwości zaplanowania czasu z wyprzedzeniem.
3. Brak kontroli nad dzieckiem przez dłuższy okres czasu.

4. Trudności w zorganizowaniu opieki nad dzieckiem na okres 12- godzin.
5. Częste rozmijanie się w domu ze współmałżonkiem pracującym także w systemie zmianowym.
6. Deficyt snu i zmęczenie po dyżurach ma duży wpływ na jakość wzajemnych relacji pomiędzy członkami rodziny (okazywanie rozdrażnienia i zniecierpliwienia członkom rodziny).
7. Podyżurowe zmęczenie jest powodem rezygnacji z wielu spotkań towarzyskich.

Wszystkie wyżej wymienione czynniki, wynikające ze specyfiki pracy zmianowej wpływają również na powstawanie konfliktów w rodzinie i małżeństwie z różną częstotliwością. Problem ten bardziej obrazowo przedstawia wykres.



Rycina 2. Wpływ pracy zmianowej na powstawanie konfliktów w rodzinie.

Jak wynika z ryciny w opinii 10 osób (20%) charakter pracy zmianowej zdecydowanie wpływa na powstawanie konfliktów w rodzinie i małżeństwie.

Konflikty występują często w rodzinach 7 respondentek (14%), a w opinii (50%) badanych tylko czasami. Problem ten nie dotyczy 8 ankietowanych, tj. (16%).

Rytm pracy i czasu wolnego pracownika zmianowego pozostaje w sprzeczności z rytmem życia otoczenia społecznego. Sytuacja taka może rodzić problemy prowadzące do zubożenia życia społecznego i rodzinnego, jak również może rodzić poczucie izolacji od reszty społeczeństwa. Trudności w uczestniczeniu w życiu rodzinnym, wypełnianiu roli żony, rodzica, prowadzą do skumulowanego efektu przejawiającego się w obniżeniu poczucia szczęścia małżeńskiego, obniżeniu koordynowania życia rodzinnego i zapobiegania sytuacjom konfliktowym.

Przeprowadzona ankietyzacja zweryfikowała różne sposoby radzenia sobie ze stresem w grupie zawodowej pielęgniarek. Dała odpowiedź na pytanie: czy grupa zawodowa

pielęgniarek zna i stosuje ogólne sposoby radzenia sobie ze stresem przedstawia to poniższa tabela.

Tabela II. Sposoby radzenia sobie ze stresem.

Znajomość i stosowanie ogólnych metod walki ze stresem przez grupę zawodową pielęgniarek.	**Liczba odpowiedzi 50**	**100%**
- znam i stosuję	14	28,0
- znam ale nie stosuję	24	48,0
- nie znam i nie stosuję	12	24,0

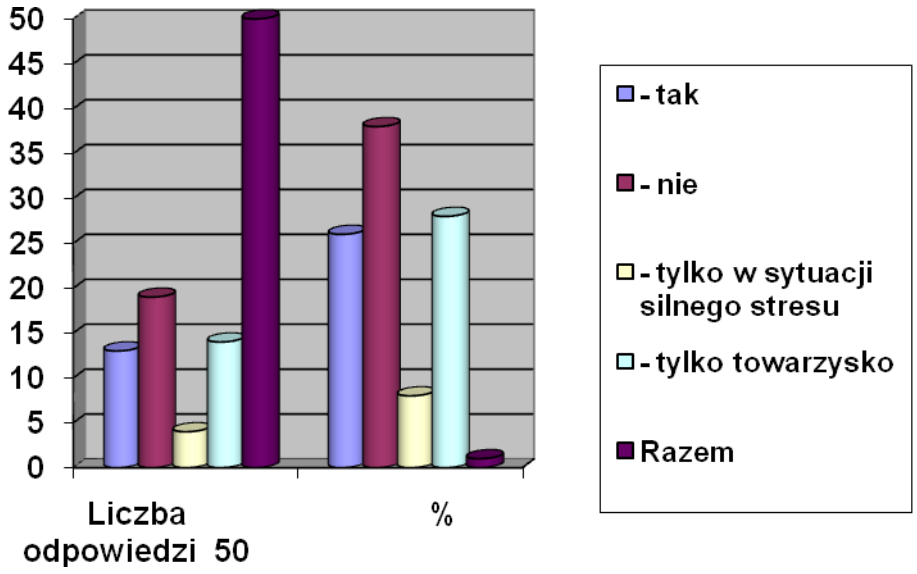
Pielęgniarki jako personel ochrony zdrowia pomimo, iż zna ogólne sposoby walki ze stresem, to jednak ich nie stosuje w przypadku 24 osób (48%). Nie zna i nie stosuje żadnych sposobów (24%) ankietowanych. Tylko (28%) z ogółu badanych łagodzi skutki stresu poprzez:

- wyjazdy z rodziną w weekendy wolne od pracy,
- uprawianie sportu czynnego, np.: jazda na rowerze, pływanie,
- rozmowa z bliską osobą,
- spotkania towarzyskie z grupą zaprzyjaźnionych osób,
- czytanie ciekawej lektury,
- sen,
- leki uspakajające.

Jak wynika z wypowiedzi respondentów inne formy walki ze stresem są trudne w realizacji z powodu ograniczeń finansowych.

Jednym z często stosowanych, ale niekorzystnych sposobów przeciwdziałania negatywnym skutkom stresu jest spożywanie używek, np.: kawy, papierosów, alkoholu. Sięganie po nich w nadmiernych ilościach działa szkodliwie na organizm, wyniszczając go.

Czy specyfika zawodu pielęgniarskiego i związany z nim stres wpływa na spożywanie większej ilości wyżej wymienionych używek przedstawi poniższy wykres.



Rycina 3. Stresogenna specyfika zawodu pielęgniarskiego a spożywanie używek.

Stresogenna specyfika zawodu wpływa na spożywanie większej ilości używek przez 13 osób (26%). 14 respondentek (28%) spożywa je tylko towarzysko, a (8%), czyli 4 ankietowane w sytuacji silnego stresu. U pozostałych 19 osób (38%) specyfika pracy nie ma wpływu na spożywaną ilość używek.

Dyskusja

Przeprowadzone badania pozwoliły ocenić wpływ czynników stresogennych w pracy pielęgniarek na ich życie. Do czynników stresogennych specyficznych dla zawodu pielęgniarskiego oddziałujących najbardziej negatywnie, należą: niskie uposażenie za wykonywaną ciężką i odpowiedzialną pracę, brak stabilizacji zawodowej związanej z reorganizacją służby zdrowia i redukcją etatów oraz zbyt dużo trudnej i ciężkiej pracy do wykonania. Przeciążenie jakościowe i ilościowe nasila obawy personelu o własne zdrowie, a nadmiernie wyczerpujący stały kontakt z pacjentami i ich rodzinami ma negatywny wpływ na stan dobrego samopoczucia personelu. Te czynnik często są podkreślane w pracach innych badaczy. W artykule „Stres a zespół wypalenia zawodowego wśród personelu pielęgniarskiego" autorki za pomocą sondażu diagnostycznego przebadały 286 pielęgniarek pracujących na różnych oddziałach. Dla tej populacji wśród najczęstszych czynników wywołujących stres w pracy znalazły się: napięcie emocjonalne, konieczność podejmowania szybkich decyzji, hałas, nadmiar obowiązków wyczerpujących fizycznie, nadmiar

dokumentacji oraz niskie wynagrodzenie nie motywujące do pracy [3].Inna grupa badanych pielęgniarek anestezjologicznych za silnie oddziałujące stresory w ich miejscu pracy wymieniają: brak właściwej współpracy z lekarzami oraz innymi pielęgniarkami, zakłócenia między pracą a domem, częsta nieobecność w domu, niskie zarobki, mała liczba pielęgniarek, specyfika obciążeń zadaniami wymagającymi stałego skupienia uwagi i koncentracji, brak wsparcia przełożonych, niski prestiż pracy [4].

Ilona Książek analizując obciążenia psychiczne i stres wśród pielęgniarek oddziału onkologicznego za najbardziej stresujące w ich pracy wymienia: niskie dochody, nadmierną biurokrację, niski prestiż społeczny, atmosferę w pracy. Nie stwierdzono jednak w owych badaniach zależności pomiędzy wiekiem pielęgniarek, stażem pracy, systemem pracy, stanowiskiem a odczuwanymi obciążeniami psychicznymi [2]. W pracy pielęgniarek torakochirurgicznych do czynników indukujących stres w ich miejscu pracy należą: obciążenia psychiczne, czynności biurokratyczne i niskie wynagrodzenie [5].

Głównym zainteresowaniem wielu autorów jest niekorzystny wpływ długotrwałego stresu w pracy pielęgniarki na jej życie i funkcjonowanie społeczne. Szczególnie niekorzystnym zjawiskiem jest syndrom wypalenia zawodowego. Autorzy niniejszego artykułu stwierdzili pojawienie się pierwszych objawów tego syndromu u ok. 40 ankietowanych. Najczęściej pierwszymi symptomami tego stanu jest przewlekłe zmęczenie, częste wyczerpanie emocjonalne, brak satysfakcji z wykonywanej pracy i relacji z innymi ludźmi. Pojawiają się również objawy somatyczne częste bóle głowy i kręgosłupa. Ten stan jest często lekceważony przez osoby nim objęte a także ich otoczenie.

Wg Jacka Formańskiego [6] pielęgniarki dotknięte takimi objawami uruchamiają mechanizmy obronne w postaci obojętnego podejścia do pacjenta. Ta postawa choć na chwilę przynosi ulgę w dalszej konsekwencji niesie ze sobą negatywne skutki - poczucia winy i obniżonej samooceny. Te uczucia destrukcyjne prowadzą do rozwoju chorób somatycznych i spustoszenia w życiu wewnętrznym. Wspomniany autor jako działanie zaradcze poleca szkolenia personelu w dziedzinie radzenia sobie ze stresem i negatywnymi emocjami, podnosząc ocenę poczucia samoskuteczności w działaniach własnych [7]. Problem tłumienia emocji negatywnych było przedmiotem również innych badaczy. Stwierdzili oni tą skłonność przede wszystkim u pielęgniarek o krótkim i średnim stażu pracy. U najmłodszych przedstawicielek tego zawodu, stwierdzono najwyższy poziom lęku. Przyczynę tej sytuacji autorzy upatrują w procesie adaptacji do nowych ról społecznych (rodzinnych i zawodowych). Czynnik ten sprawia, że respondentki w wieku 30 lat są w większym stopniu niż starsze, narażone na stres. Autorzy wspomnianego artykułu swoją uwagę koncentrują na

pomocy w kształtowaniu przekonania o potrzebie i metodach ujawniania uczuć, zarówno pozytywnych, jak i negatywnych [8,9].

W badaniach przeprowadzonych w ramach sponsorowanego przez Komisję Europejską projektu NEXT-Study porównując obciążenie emocjonalne pielęgniarek z 10 krajów europejskich stwierdzili, że wszędzie stają one przed porównywalnymi wymaganiami emocjonalnymi w swojej pracy zawodowej. Co budzi niepokój badaczy to stosunkowo silna emocjonalność negatywna u polskich pielęgniarek. Nie jest wykluczone, że jest to wynikiem kulturowej cechy Polaków i trudnych warunków życia w naszym kraju [10].

Specyfika zawodu pielęgniarskiego i związany z nim stres przyczynia się do obciążenia fizycznego i psychicznego jednostki, co potwierdzają przeprowadzone badania tego artykułu i innych autorów zajmujących się tą tematyką. Niniejszy materiał badawczy potwierdza występowanie problemów zdrowotnych z powodu długotrwałego stresu zawodowego u 86% pielęgniarek. Schorzenia te są powodem częstszego zażywania leków przez (52%) ankietowanych. Wyniki badań innych autorów raczej są zgodne i najczęściej wymienianym objawami fizycznymi stresu są: bóle głowy, bóle kręgosłupa, alergie, problemy ze strony układu nerwowego, pokarmowego i krążenia. Objawy psychiczne stresu podawane przez badaczy to: drażliwość, zmęczenie, kłopoty ze snem, zaburzenia koncentracji, nerwowość [11, 12, 13, 14].

Wykonawcy tego zawodu częściej niż przedstawiciele innych profesji narażeni są na stosowanie używek tj. kawa, papierosy czy alkohol. Potwierdzają to badania innych autorów [14].

Stresogenna praca zmianowa pielęgniarek przyczynia się do zakłóceń w życiu rodzinnym i społecznym.

Na podstawie badań własnych można stwierdzić, że praca zmianowa wywiera istotny wpływ na życie rodzinne i towarzyskie dezorganizując je, co potwierdziło (84%) badanych pielęgniarek. Praca zmianowa przyczynia się również do powstawania konfliktów w rodzinie i małżeństwie o różnej częstotliwości wśród (84%) ankietowanych. Wielu badaczy w swoich opracowaniach podaje, że skutkiem problemów zawodowych pielęgniarek są zaburzone relacje w środowisku rodzinnym przejawiają się nerwowością, rozdrażnieniem, niechęcią do bliskich, brakiem cierpliwości do dzieci, odsuwanie się od partnera i pragnieniem izolacji [13].

Wielu badaczy jest też zgodnych, co do stosowania daleko posuniętych działań zapobiegawczych. Powinni już nimi być objęci studenci pielęgniarstwa, którzy podczas edukacji akademickiej mieliby posiąść umiejętności radzenia sobie ze stresem, efektywnego

komunikowania się z pacjentem i w zespole terapeutycznym. Należałoby zwiększyć edukację pielęgniarek na temat zespołu wypalenia zawodowego, szczególnie w kwestii rozpoznawania jego symptomów i oceny jego zaawansowania u siebie. Tylko odpowiedni poziom wiedzy na ten temat może zainicjować tak bardzo potrzebny proces przeciwdziałania wypaleniu [7]. Kolejnym takim czynnikiem zapobiegawczym jest zwiększenie u pielęgniarek poczucie wartości i skuteczności zawodowej poprzez odpowiednie działania psychoedukacyjne i zespołowe. Dużą rolę odgrywa utworzenie w placówkach ochrony zdrowia atmosfery życzliwości i koleżeństwa.

Należałoby także zwiększyć u pielęgniarek poczucie wsparcia społecznego, zwłaszcza udzielanego w środowisku pracy. Duże znaczenie ma także wyeliminowanie lub zmniejszenie uciążliwości zawodowych pielęgniarek poprzez lepszą organizację i zmniejszenie obciążenia pracą [11, 12].

Wnioski

1. Mimo, iż obecna sytuacja ekonomiczno – finansowa służby zdrowia w Polsce jest wyjątkowo ciężka i nieustabilizowana, a specyfika pracy grupy zawodowej pielęgniarek obciążająca fizycznie i psychicznie, to jednak prawie połowa badanych nie chciałaby zmienić wyuczonego zawodu na inny. Świadczyć to może o powołaniu i zamiłowaniu do wykonywanej profesji zawodowej.
2. Mimo negatywnego oddziaływania stresogennych czynników wynikających ze specyfiki zawodu pielęgniarskiego na różne sfery funkcjonowania personelu, to jednak objęte badaniem pielęgniarki lubią wykonywać swój zawód.
3. Specyfika zawodu pielęgniarskiego co prawda przyczyniła się do powstania pierwszych symptomów wyczerpania pracą zawodową wśród badanych, to jednak pielęgniarki w większości przypadków mają indywidualne podejście do każdego pacjenta.
4. W grupie pielęgniarek objętej badaniem problemy zawodowe często są przenoszone na grunt domowy o czym świadczyć może występowanie konfliktów w rodzinie i małżeństwie.

Piśmiennictwo

1. Zimbardo Ph. G.: Psychologia i życie. Warszawa, 2002, 352.
2. Książek I., Książek J.: Obciążenia psychiczne i stres. Mag. Pielęg. Położ., 2007, 3, 20.
3. Święcka M., Starun J.: Stres a zespół wypalenia zawodowego wśród personelu pielęgniarskiego. Pielęg. XXI wieku, 2005, 1/2, 47.

4. Jakubas-Kolat J.: Zjawisko stresu w pracy zespołu anestezjologicznego. Anestezjologia i ratownictwo, 2008, 1,66-69.
5. Grzegorzewska M.: Stres pielęgniarek torakochirurgicznych. Mag. Pielęg. Położ., 2009, 3, 28.
6. Formański J.: Nie dajmy się wypaleniu. Mag. Pielęg. Położ., 2009, 3, 27.
7. Formański J.: Zapobieganie wypaleniu. Mag. Pielęg. Położ., 2009, 10, 4.
8. Kliszcz J., Nowicka-Sauer K., Sadowska A., Trzeciak B.: Kontrola i ekspresja emocji i ich wpływ na samoocenę zdrowia fizycznego i psychicznego pielęgniarek. Zdr. Publ., 2004, 114, 200-204.
9. Kliszcz J., Nowicka-Sauer K., Sadowska A., Trzeciak B.: Kontrola emocji a poziom lęku i 1. 10. Radkiewicz P., Widerszal-Bazyl M.: Projekt badawczy NEXT. Obciążenie emocjonalne europejskich pielęgniarek. Mag. Pielęg. Położ., 2005, 5, 6-7.
10. Mielczarek-Pankiewicz E. Problemy zdrowotne pielęgniarek i położnych. Mag. Pielęg. Położ., 2010, 3, 32.
11. Kicia M., Iwanowicz-Palus G.,J.: Pielęg. XXI w., 2006, 1/2 , 41-43.
12. Brożyniak J., Siwińska W., Iłżecka J.: Komu grozi zespół wypalenia. Mag. Piel. Poł. 2011, 3, 26.
13. Leszczyńska A.: Konsekwencje wypalenia. Mag. Pielęg. Położ., 2007, 3, 22.

Kowalewska Beata[1,2], Popławska Anna[1], Rolka Hanna[1,2], Jankowiak Barbara[1,2,] , Krajewska –Kułak Elżbieta[1] Klimaszewska Krystyna[1], Oleszczuk Tadeusz[2], Kondzior Dorota[1] , Ortman Elżbieta[2]

Wpływ stresu na pracę pielęgniarek operacyjnych

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Instytut Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

Praca pielęgniarek operacyjnych od wielu lat ulega dużym przeobrażeniom. Wprowadza się nowe zasady, które mają na celu ułatwić pracę osobom zajmującym się tym zawodem. Praca stanowi źródło poczucia własnej wartości, gdzie można się realizować. Natomiast specyfika pracy, kontrowersyjne działania, dynamika, relacje interpersonalne uwarunkowane czynnikami osobowościowymi bądź sytuacjami, stają się źródłem stresu w pracy. Pociąga to za sobą konieczność ustawicznego uczenia się i wzrostu mobilności zawodowej [1]. Większość sytuacji stanowi duże obciążenie i poczucie dyskomfortu pracownika, chociaż niektóre z nich motywują do poszerzania i uzupełniania własnych kompetencji.

W wartościach preferowanych przez współczesnego człowieka na czoło wysuwa się praca zawodowa oraz związek między pracą a płacą. Kiedy pracownik czuje się niedoceniony, obniża się jego motywacja do pracy i traci sens wkładania wysiłku i osiąganie zamierzonych celów. Dlatego stres zawodowy, jako stres przeżywany w miejscu pracy, może pojawić się na wszystkich szczeblach organizacji [2].

Strach towarzyszy ludziom przez całe życie, lecz wcale nie musi być żywiołem nie do opanowania. Im wcześniej znajdzie się sposób na jego obłaskawienie, tym mniej, czasu, energii i zdrowia zajmie nam radzenie sobie z nim w sposób skuteczny [3].

Ważnym czynnikiem w radzeniu sobie z sytuacją problemową staje się samoakceptacja, poczucie własnej wartości. Osoby dobrze radzące sobie ze stresem częściej wykazują pewność siebie i nie unikają problemu. Wysoka samoocena jest rodzajem zasobu, trzeba nauczyć się dostosowywać emocje do poziomu problemu [4].

Ważne jest, czy mamy zaufanie do innych, którzy mogą nas wspierać, czy też spodziewamy się po otoczeniu zachowań wrogich. Nadmierny niepokój i gniew utrudniają adaptację do trudnych sytuacji [4].

Definicje stresu zapoczątkował Selye (1950, 1956). Określił on stres, jako „ *stan manifestujący się specyficznym syndromem złożonym z niespecyficznych zmian w obrębie układu biologicznego*” [5].

Stres wyzwala się, gdy umysł i ciało reagują na jakąś realną lub wyobrażalną sytuację. W ciągu 8 sekund impulsy elektryczne, przekazywane przez komórki nerwowe, wywołują zmiany w sercu, płucach i mięśniach. Niektóre mięśnie się kurczą, a naczynia krwionośne zwężają, co prowadzi do podwyższenia ciśnienia krwi i dobrego ukrwienia najmniejszych mięśni. Wątroba zaczyna wytwarzać glukozę, która jest źródłem energii dla mózgu i mięśni. Oddychanie ulega przyśpieszeniu, zwiększając ilość tlenu we krwi. Szybciej bije również serce, podnosząc poziom krwi dostarczonej do różnych części ciała. Zakłóca to jednak proces trawienia i dopływ krwi do dłoni i stóp, które stają się zimne i wilgotne. Jak intensywna jest reakcja na stres lub jak długo trwa, zależy to od oceny danej sytuacji, czyli od tego, jak bardzo jest ona stresująca czy niebezpieczna [6, 7].

Stres jest ogólnie uważany za czynnik negatywny i za przyczynę dolegliwości. Jest również często identyfikowany ze stanem zmęczenia organizmu. Zależy to jednak od okoliczności. Stres związany z intensywną, ale jednocześnie z przyjemną i zadowalającą pracą jest dobroczynny. Natomiast stres związany z niepowodzeniem, upokorzeniem lub chorobą jest szkodliwy. Tak naprawdę nie można uniknąć stresu, składa się on z szeregu różnorodnych zjawisk i objawia się szeregiem różnorodnych sygnałów [8].

Stres może się pojawić, gdy pracownik ma za dużo lub za mało pracy, gdy działa pod presją czasu i terminów, gdy musi podejmować zbyt wiele decyzji. Stres może być także wynikiem zmęczenia spowodowanego obciążeniami fizycznymi, których dostarcza środowisko pracy od świtu do nocy, konieczność dostosowywania się do zmian wprowadzanych do procesu pracy, jak też kosztów, popełnienia błędów. Każdy rodzaj pracy zawiera czynniki, które dla pewnych osób w pewnym momencie staną się źródłem kłopotów. Są to warunki pracy i przeciążenia pracą [9]. Wielu pracowników godzi się pracować więcej i dłużej lub „ po godzinach”, nie oczekując za to dodatkowej zapłaty, lecz mając nadzieję, że tym samym zwiększą swoje szanse na utrzymanie aktualnej pracy [10].

Stres jest nieodłącznym atrybutem życia ludzkiego. Związany jest on ściśle z ograniczeniami biologicznymi, poznawczymi oraz społecznymi ludzi żyjących i pracujących w warunkach zagrażających ich życiu, zdrowiu bądź ich integracji psychospołecznej. Człowiek nie ma możliwości ucieczki przed stresem życia, podobnie jak nie ma możliwości ucieczki przed śmiercią i cierpieniem. Jednak możliwe jest obniżenie skutków stresu poprzez stworzenie programu pomocy ludziom żyjącym w warunkach stresogennych [11].

Problem pracy, a w szczególności jej ujemne działanie na pracowników, staje się coraz bardziej dostrzegany wraz z rozwojem cywilizacji. Rosną wymagania, które mogą być zbyt wysokie w stosunku do możliwości i zdolności pracownika lub do konfliktu ról, gdy wymagania są za niskie w stosunku do kompetencji [2]. Może to dotknąć każdego, zwłaszcza jeśli środowisko współpracowników nie jest przyjazne. Kiedy pracownik obejmuje nowe stanowisko jest zazwyczaj pełnym entuzjazmu, zapału, energii, pragnie ciężko i z poświęceniem pracować. Jeśli jednak podchodzi się do pracy inaczej, czyli z niechęcia i z przymusu, bo trzeba z czegoś żyć, to zaczyna się czerpać z niej coraz mniej satysfakcji. W końcu, jeśli nie przeciwdziała się temu, człowiek staje się bardziej apatyczny i zmusza się do pracy. Fizyczne i emocjonalne wyczerpanie, połączone z uczuciem frustracji, bezsilności i apatii prowadzi do negatywnego stresu, którego doświadcza się w pracy [7].

Badania nad stresem, którego doświadcza człowiek w miejscu pracy, trwają od wielu lat. Dotyczą one przede wszystkim czynników stresogennych, uwarunkowań reakcji stresowych, sposobów radzenia sobie ze stresem i konsekwencji jego występowania [12].

Każde miejsce pracy związane jest ze stresem, w każdy przedsiębiorstwie, firmie i zakładzie pracy styka się pracownik z czynnikami, które powodują silne napięcie czy emocje. Czynniki takie nazywane są stresorami [13].

Jako czynnik stresogenny można uważać każdy stan środowiska pracy zarówno fizycznego, jak i społecznego, spostrzegany przez pracownika jako zagrażający w sposób istotny bezpieczeństwu osobistemu lub stabilności jego pozycji zawodowej. Stresogenność środowiska pracy występuje również, gdy pracownik nie jest w stanie przewidzieć występowanie niektórych zdarzeń [14].

Stresory związane z pracą zawodową prezentowane są w literaturze na wiele sposobów. Według Coopera, Marshalle i Hollanda [8] przyczynami stresu zawodowego są: wykonywanie nie tej pracy, jaką chciałoby się wykonywać, borykanie się z problemami bezpośrednio związanymi z wykonywaną pracą, praca ponad siły, uciążliwy szef.

Levis i Frankenhauser [15] sporządzili rozbudowaną wieloaspektową klasyfikację stresujących aspektów organizacji. Wśród stresorów zawodowych wyróżnili:

1. **Czynniki stresowe tkwiące w samej pracy**: jakościowe i ilościowe przeciążenie pracą, presja czasu i bezwzględna terminowość, warunki pracy, konieczność nadążania za szybkimi zmianami technologicznymi [16].
2. **Stosunki społeczne z przełożonymi, podwładnymi i kolegami**: niezdolność do podporządkowania się, brak wsparcia społecznego, wadliwa polityka społeczna [17].
3. **Strukturę organizacyjną i klimat emocjonalny**: brak współodpowiedzialności, poczucie

osamotnienia, zła komunikacja interpersonalna [15].

4. **Miejsce w organizacji**: dwuznaczność roli i konfliktogenność, nieadekwatna do roli odpowiedzialność za rzeczy i ludzi, zbyt duża zależność od kierownictwa średniego szczebla,

5. **Źródła ekstraorganizacyjne**: problemy rodzinne, kryzysy życiowe, trudności finansowe, konflikty związane z małą wiarygodnością i polityką firmy, konflikty w pracy i w domu, brak wsparcia instytucjonalnego [8].

6. **Karierę zawodową**: aktualny status zawodowy niezgodny z kwalifikacjami i aspiracjami, brak perspektywy rozwoju,

Ivancewich i Mateson [12], wyodrębnili dwie kategorie stresorów:

1. **Stresory wewnątrzorganizacyjne**, do których zaliczyli:

- środowisko fizyczne: oświetlenie, hałas temperatura, wibracje,
- indywidualne obciążenia pracą: przeciążenie, konflikt ról,
- odpowiedzialność za innych, brak perspektyw zawodowych,
- grupowe czynniki stresu: brak spójności grupy, konflikty,
- wewnątrzgrupowe, niezadowolenie grupy z lidera,
- organizacyjne czynniki stresowe: zły klimat organizacyjny,
- przestarzała technika, zły styl zarządzania, system kontroli,

2. **Stresory ekstraorganizacyjne**:

- stosunki rodzinne,
- problemy ekonomiczne kraju,
- nietolerancję wyznaniową,
- zbyt ostrą konkurencję na rynku pracy [8].

Praca w zawodzie pielęgniarki przynosi wiele satysfakcji i nadaje życiu poczucie sensu, ale prowadzić może do znacznych obciążeń. Wykonując swoją pracę pielęgniarki narażone są na stres organizacyjny, wynikający z wykonywaniem pracy w zespole zadaniowym/ terapeutycznym, będąc jednocześnie partnerem, jak też wykonawcą zadań. Problematyka stresu w zawodzie pielęgniarki stała się przedmiotem refleksji tematycznej i badań empirycznych psychologów i socjologów. Pracę na ten temat zapoczątkowano w latach sześćdziesiątych, dotyczyły one czynników osobowościowych, organizacyjnych i środowiskowych, które przyczyniały się do rozwoju syndromu wypalenia zawodowego. Autorytetem tej dziedziny był Reykowski [18, 19].

Wyróżnia się szereg obszarów, które mogą stanowić źródło stresu na polu zawodowym pielęgniarek i składają się na nie:

- **Dyżury nocne** – okres krytyczny między godziną 3.00 a 5.00, jest mniej personelu i

praca nie jest zgodna z rytmem biologicznym człowieka [17].

- **Uciążliwe warunki pracy** – elementy pracy fizycznej przy zabiegach. Ciągła styczność ze środkami dezynfekcyjnymi i znieczulającymi podwyższa ryzyka występowania chorób skóry i alergii.
- **Obciążenia psychiczne** – odpowiedzialność w trakcie operacji.
- **Utrudnienie leczenia** – brak instrumentów bezpośredniego działania (aparatura, sprzęt, środki opatrunkowe), brak rozwiązań systemowych, przestarzałe przepisy, brak reformy służby zdrowia.
- **Niskie zarobki** – niewspółmierny poziom zarobków w stosunku do wykonywania zawodu, niekorzystne relacje między wynagrodzeniem pielęgniarek a zarobkami innych grób zawodowych. Niskie uposażenie, niewystarczające do zaspokojenia podstawowych potrzeb samej pielęgniarki i rodziny [5, 17].
- **Niski status zawodowy** – brak mienia społecznego dla rzeczywistego trudu.
- **Zła współpraca zespołu leczącego** – obniżenie wartości wysiłku i pogardliwe traktowanie [16].

Reakcja bezpośrednia, inaczej zwana krótkotrwałą, jest doraźną odpowiedzią organizmu na wymagania stawiane mu przez stresor. Człowiek w chwili stresu koncentruje się na dwóch aspektach tych reakcji. Badacze reprezentujący nurt biologiczny, ukazują fizjologiczne przejawy stresu, czyli tak zwany „ogólny zespół adaptacyjny", który mobilizuje siły do odparcia zagrożenia. Natomiast zwolennicy psychologicznego podejścia koncentrują się na objawach w sferze emocji i zmianach funkcjonowania poznawczego [13, 20].

Według Sele'go i Cannona [24] reakcja na stres przebiega w trzech stadiach:

- **w pierwszym stadium**: reakcja alarmowa obejmuje fazę szoku i przeciwdziałania szokowi (radzenie sobie z zagrożeniem),
- **drugie stadium**: odporność – zwalczanie zagrożenia,
- **trzecie stadium**: wyczerpanie, występujące gdy zagrożenie nie ustępuje lub się powtarza. Pojawiają się choroby, dochodzi do wyczerpania sił obronnych organizmu na skutek walki ze stresem.

Neidhardt (1996) [21] ujmuje trzy kategorie:

- **reakcje fizjologiczno - somatyczne**: (przyśpieszone tętno, zwiększoną potliwość, wzrost ciśnienia tętniczego, płytki oddech, gwałtowne odczucie zimna i gorąca),
- **reakcje psychologiczne**: (trudności w koncentracji uwagi, utrata pewności siebie,

wzrost agresywności, napięcie i odczucie rozdrażnienia, zaniżona samoocena, gonitwa myśli, zmęczenie, wyczerpanie, niepokój,

- **reakcje behawioralne**: (tiki nerwowe, roztargnienie, nadpobudliwość ruchowa obgryzanie paznokci, spadek apetytu lub nadmierne objadanie się, trudności w zasypianiu [13, 22].

Bardziej szczegółowego podziału dokonał Terelak (1997) [13]. Scharakteryzował on cztery grupy:

- **reakcje fizjologiczne** – mobilizacja organizmu do walki ze stresem,
- **reakcje emocjonalne** – towarzyszące stresorowi lub wywołane przez stres,
- **reakcje behawioralne** – zmiany zachowań zewnętrznych: apatia, senność,
- **reakcje poznawcze** – obserwowalne zmiany w jakości i sprawności funkcjonowania umysłowego, zmiany pozytywne - (szybkość w rozwiązywaniu problemu) zmiany negatywne – (błędy w rozumowaniu) [23].

Stres może zmienić sposób odczuwania, myślenia i zachowania się jednostki. Może również wywołać zmiany w działaniu funkcji fizjologicznych, którym towarzyszy dyskomfort. Wiele zmian ma charakter odwracalny, chociaż w danym momencie stanowi przyczynę obniżenia jakości życia. Dla niektórych pracowników skutki stresu mogą przykładać się na słabą wydajność pracy, na problemy psychiczne i społeczne oraz pogorszenie zdrowia fizycznego. Stres, szczególnie jeśli ma charakter chroniczny, może być źródłem wielu chorób, określanych jako psychosomatyczne [2,14].

Poważne zmiany w stanie zdrowia nie pojawiają się od razu. Stan chronicznego stresu, ciągłego napięcia i aktywności może prowadzić do wyczerpania organizmu człowieka. Powoduje także dolegliwości zdrowotne, które następnie mogą przerodzić się w poważne zmiany w stanie zdrowia, takie jak:

- bóle mięśni karku, barków oraz okolicy krzyżowo – lędźwiowej kręgosłupa,
- owrzodzenie układu pokarmowego, bolesne skurcze jelit, obniżenie odporności organizmu i infekcje,
- nadciśnienie tętnicze, udar mózgu, choroba wieńcowa, zawał mięśnia sercowego,
- depresje, nerwice,
- choroba nowotworowa,
- zaburzenia zdrowia i zachowania spowodowane tytoniiem, alkoholem lub środków odurzających – w celu obniżenia napięcia psychicznego [9, 20, 23].

Obecny styl życia wymusza na ludziach pośpiech. Potrzebna jest zatem technika, która

w sytuacjach napięcia psychicznego pozwoli zmierzyć się ze stresem i zachować przy tym wewnętrzny spokój i skupienie. Sytuacja stresowa pobudza do aktywności ukierunkowanej na odzyskanie równowagi pomiędzy wymaganiami i możliwościami oraz poprawę stanu emocjonalnego. Stresowi przypisuje się istotną rolę w powstawaniu dyskomfortu psychicznego [24, 25].

Jednym z najważniejszych zasobów radzenia sobie ze stresem jest poczucie koherencji. Składa się ona z trzech elementów, a mianowicie:

- **zrozumienie** – orientacja w otoczeniu,
- **zaradność** – radzenie sobie i posiadanie odpowiednich umiejętności do poradzenia ze stresem,
- **sensowność** – angażowanie się w swoje życie, wartości życia [26, 27].

Radzenie sobie ze stresem jest to stale zmieniający się sposób działania i podejmowania decyzji w reakcji na stresujące sytuacje. Pełni ono dwie zasadnicze funkcje:

- **instrumentalną** (zadaniową) – zorientowaną na problem, czyli na poprawę relacji podmiot – otoczenie; opanowanie i zmniejszenie skutków działania stresu,
- **emocjonalną** (samoregulacji emocji) – obniżenie przykrego napięcia emocjonalnego [26].

Lazarus [4] określił dwie strategie:

1.**Nastawienie na rozwiązanie problemu**, stawianie mu czoła, podejmowanie bezpośrednich działań:

- aktywne radzenie sobie – usunięcie stresora,
- planowanie – przygotowanie planu działania,
- ograniczenie konkurencyjnych działań – skupienie się na stresorze,
- szukanie wsparcia społecznego.

2. **Regulowanie samych emocji**:

- dystansowanie się – umniejszanie wartości,
- adaptacja – koncentracja na danej sytuacji,
- akceptacja – przyjęcie do wiadomości danej sytuacji,
- pozytywne przewartościowanie – ocena problemu,
- planowe rozwiązywanie problemu,
- zwrot ku religii,
- ucieczka, unikanie – palenie, picie, jedzenie,
- oderwanie psychologiczne – odwracanie uwagi,

- zaprzeczenie,
- wyparcie – usunięcie problemu, wymazanie z pamięci,
- kompensowanie stresu – niepowodzenia pozytywnymi doświadczeniami,
- przyjmowanie odpowiedzialności – samo obwinianie się [2].

Szczególną rolę w zapobieganiu negatywnym konsekwencjom stresu zawodowego, a zwłaszcza konsekwencjom zawodowym odgrywa wsparcie społeczne. Sarason i Terelak [15] określają wsparcie społeczne jako relacje między ludźmi, które pozwalają jednostce na poczucie, że ma w swoim otoczeniu osoby, na których może polegać. Wiedza na ten temat pochodzi z obserwacji klinicznych i działań grup pomocy i samooceny. Można ją wiązać z nurtem psychologii społeczności. Wsparcie społeczne odpowiada na potrzeby, które pojawiają się jako konsekwencje stresowych wydarzeń, takich jak:

- kryzys osobisty,
- obciążenia życiowe,
- środowisko pracy,
- sfera życia rodzinnego [19].

Sęk natomiast definiuje wsparcie społeczne jako rodzaj interreakcji społecznej, w toku której dochodzi do przekazywania lub wzajemnej wymiany emocji, informacji, instrumentów działania i dóbr rzeczowych, podejmowanej przez jedno lub obu uczestników w sytuacji trudnej; celem tej wymiany jest podtrzymanie i zmniejszenie stresu, opanowanie kryzysu przez towarzyszenie, tworzenie poczucia przynależności, bezpieczeństwa i nadziei oraz zbliżenia do rozwiązania problemu i przezwyciężenia trudności" [12].

Funkcjonowanie człowieka w środowisku zawodowym determinują wielorakie czynniki, wśród których znaczną rolę odgrywają:

- kompetencje fachowe,
- stosunek do pracy,
- sposoby radzenia sobie z problemami zawodowymi [26].

Szczególnie w zawodach związanych z pracą z ludźmi aspekt emocjonalny determinuje efektywność działania pracownika.

Zagrożenie stresem w środowisku pracy znajduje się od wielu lat w centrum zainteresowań psychologii osobowości i różnic indywidualnych. Na drodze tych poszukiwań zostało wykryte i zbadane zjawisko „ burnout", czyli syndrom wypalenia zawodowego. Pojęcie to pojawiło się w psychologii w związku z problematyką stresu i strategii jego

przezwyciężania [19].

W burnout wpadają ludzie, którzy rzucają się w wir pracy z największym entuzjazmem, najlepsi. Rzecz w tym, że przez zbyt długi czas są oni wystawieni na działanie sytuacji, w których istnieje zdecydowane zachwianie równowagi pomiędzy żądaniami a możliwościami. Ludziom tym brak równowagi między tym, czego wymaga zawód a sposobem, w jaki praca jest realnie zorganizowana. Nie dostrzegają różnic pomiędzy żądaniami chorych i ich bliskich a rzeczywistymi możliwościami odzewu na ich prośby. Po pewnym czasie osoba uwikłana w podobną sytuację doznaje bardzo silnego stresu [28].

Na burnout narażony jest również ten, kto ma do czynienia:

- z dużą liczbą nieszczęśliwych ludzi przez dłuższy czas,
- kto dzień po dniu musi pomagać: potrzebującym, zgnębionym, cierpiącym [29].

Na zespół wypalenia zawodowego składa się:

1. **Entuzjazm idealistyczny** (wzniosły cel).
2. **Stagnacja** (zmęczenie).
3. **Frustracja** (rozczarowanie), do tych symptomów dochodzi jeszcze:

- niepokój,
- obawa o przyszłość,
- dolegliwości psychosomatyczne,
- poczucie bezsilności.

4. **Apatia** (pojawia się empatia), zobojętnienie [28].

Napięcie emocjonalne wynikające z ciągłej troski o innych jest dosyć duże. Przeciążenie emocjonalne narasta i niosącemu pomoc zaczyna się wydawać, że świat ma zbyt wielkie wymagania w stosunku do niego. Człowiek czuje się jak w pułapce. Wzrasta poczucie winy, pojawiają się czarne myśli, a do ziemi przygniata myśl, że kogoś się zawiodło, poniosło się klęskę [23].

Piśmiennictwo

1. Bartkowiak G.: Człowiek w pracy. Od stresu do sukcesu w organizacji. Polskie Wydawnictwo Ekumeniczne, Warszawa 2009, 29-79.
2. Bartkowiak G.: Psychologia w zarządzaniu - nowe spojrzenie. Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego, Poznań 2010, 69-87.
3. Zawadzki R.: Stres sztuka życia. Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne Spółka Akcyjna, Warszawa 2004, 6-171.

4. Łukasik I. M.: O stresie inaczej. Oficyna Wydawnicza „ Impuls”, Kraków 2005, 20-21.
5. Cox T.; Griffths A.; Gonzales E.: Badania nad stresem związany z pracą. Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich, Luksemburg 2006, 10-78.
6. Boenisch Ed.; Michele Haney C.: Twój stres. Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002, 9-182.
7. Boenisch Ed.; Michele Haney C.: Twój stres. Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004, 9-12.
8. Marcinkowski J.: Higiena profilaktyka i organizacja w zawodach medycznych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003, 50-87.
9. Cooper C.L., Peyne R.: Stres w pracy. Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1987, 123-127.
10. Heszen – Niejodek J.: Matusiak J.: Konteksty stresu psychologicznego. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2002, 12-40.
11. Gutman J.: Jak sobie radzić ze stresem. Wydawnictwo Jedność, Kielce 2001, 11-13
12. Sęk H., Cieślak R.: Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004, 11-153.
13. Ogińska – Bulik N., Kaflik - Pieróg M.: Stres zawodowy w służbach ratowniczych. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno – Ekonomicznej, Łódź 2006, 5-99.
14. Bieli A.: Stres w pracy zawodowej - Wybrane zagadnienia. Wydawnictwo Kul, Lublin 1990, 4-178.
15. Terelak J. F.: Stres zawodowy. Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa 2007, 281-287.
16. Dobrowolska B.; Mielczarek–Paszkiewicz E.: Opieka nad zdrowiem pracownika w środowisku pracy. Podręcznik dla pielęgniarek. Wydawnictwo Naukowe, Łódź 1992, 531-535.
17. Karczewski J.K.: Higiena, Podręcznik dla studentów. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2002, 141-151.
18. Ramuszewicz M., Krajewska-Kułak E., Rolka H., Łukaszuk C.: Próba oceny wiedzy na temat zespołu wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek bloku operacyjnego. Pielęgniarstwo i Nauki Pokrewne, 2004, 3, 25-28.
19. Sęk H.: Wypalenie zawodowe: przyczyny, mechanizm, zapobieganie. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000, 216-268.
20. Lederer D., Hall M.: Relaksacja w pigułce, jak zmniejszyć stres w pracy i w życiu codziennym. Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006, 10-18.

21. Ogińska – Bulik N., Juczyński Z.: Osobowość stres a zdrowie. Difin, Warszawa 2011, 45-54.
22. Gólcz M.: Stres w pracy. Poradnik dla pracownika, Warszawa 2010.
23. Gólcz M.: Stres w pracy. Poradnik dla pracodawcy, Warszawa 2009.
24. Terelak J. F., Feliks J.: Człowiek i stres: koncepcje, źródła, reakcje, radzenie sobie, modyfikatory. Oficyna Wydawnicza „Brante", Warszawa 2008, 11-78.
25. Heszen–Niejodek J.: Ratajczak Z.: Człowiek w sytuacji stresu. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2000, 12-15.
26. Sanolnn L.: Jak się nie wypalić pomagając innym. Sposoby przezwyciężania zespołu wypalenia zawodowego, Wydawnictwo Jedność, Kielce 2006, 58-66.
27. Ksykiewicz D. A.: Podstawy organizacji pracy pielęgniarskiej. Wydawnictwo Czelej Sp. zoo, Lublin 2004, 124-126.
28. Rongińska T., Werner A.: Strategie radzenia sobie z obciążeniem psychicznym w pracy zawodowej. Oficyna wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego, Zielona Góra 2003, 3-5.
29. Ciuruś M.J.: Rola i zadania pielęgniarki operacyjnej. Blok Operacyjny, 2002, 1, 36-39

Kowalewska Beata[1,2], Popławska Anna[1], Rolka Hanna[1,2], Jankowiak Barbara[1,2,] , Krajewska-Kułak Elżbieta[1] Klimaszewska Krystyna[1], Oleszczuk Tadeusz[2], Kondzior Dorota[1] , Ortman Elżbieta[2]

Wpływ stresu na pracę pielęgniarek operacyjnych - badania własne

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Instytut Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

Wstęp

Pielęgniarki pracujące na bloku operacyjnym tworzą zespół, który ustala jasne reguły, struktury i zasady pracy. Każda pielęgniarka powinna być odpowiedzialna i znać zakres swoich obowiązków i uprawnień.

Budowanie zespołu polega na trafnym doborze ludzi, ponieważ zwiększa to ich zdolność do prawidłowego realizowania zadań, rozwiązywania problemów i konfliktów. Istotne są dla nich behawioralne aspekty pracy. Ważne jest, jak wykonują swoje obowiązki, a nie co wchodzi w ich skład. Samodzielnie dobierają tryb postępowania stosowny do danej sytuacji, dlatego muszą być komunikatywne i współpracować z chirurgiem oraz zespołem anestezjologicznym w czasie trwania operacji [1, 2].

Pielęgniarka operacyjna powinna mieć tytuł zawodowy i co najmniej jeden z następujących tytułów:

- ukończona specjalizacja z zakresu pielęgniarstwa operacyjnego,
- ukończony kurs kwalifikacyjny z zakresu pielęgniarstwa operacyjnego,
- przeszkolenie na stanowisku pracy, z godnie z przyjętą na bloku operacyjnym procedurą pracy [2].

Planując obsadę pielęgniarek operacyjnych zwraca się uwagę na to, aby przy każdym zabiegu operacyjnym były dwie pielęgniarki: jedna instrumentująca do zabiegu, a druga pomagająca. Wytyczne Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dn.13 lipca 1987 r. (Dz. U. Min. Zdr. I Op. Społ. Nr 7, Poz. 46) przewiduje zatrudnienie trzech pielęgniarek na jeden czynny stół operacyjny na jedną zmianę.

Niedopuszczalne jest, aby pielęgniarce operacyjnej do zabiegu pomagała osoba nie przygotowana do pełnienia takiej funkcji, np. panie sprzątające, ponieważ nie znają one zasad aseptyki i nie są szkolone w zakresie obsługi aparatury medycznej. Personel bloku

operacyjnego musi być odpowiedzialny i świadomy komu powierza zadania i wykonywanie pozostałych obowiązków [3].

Każdy szpital ustala własne zapotrzebowanie pielęgniarek w czasie pracy zmianowej. Zbyt mała liczba obciąża pielęgniarki zabiegami, gdyż zabiegi przedłużają się i pojawia się wtedy dylemat, która z pielęgniarek ma dłużej zostać celem dokończenia operacji i uporządkowania sali operacyjnej. Podobnie dzieje się wyniku wypadku komunikacyjnego lub przyjęciu kilku chorych wymagających natychmiastowej interwencji chirurgicznej [4].

Skonsolidowany zespół zmianowy jest w stanie funkcjonować samodzielnie, bez kierownika. Zespół koncentruje się na usamodzielnieniu, odpowiedzialności i wyznaczaniu samodzielnych celów, kierunków i sposobów działania [2].

Kompetencje i obowiązki zawodowe pielęgniarek operacyjnych nadal nie są jasno określone i sprecyzowane. Brak jest ogólnie opracowanych zakresów kompetencji na stanowiskach pracy pielęgniarek operacyjnych. W zakładach pracy opracowywane są zakresy czynności, które nie nadążają za zmianami w pielęgniarstwie i nie spełniają oczekiwań pielęgniarek operacyjnych. Każda pielęgniarka, która podejmuje pracę w bloku operacyjnym powinna otrzymać zakres obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień stosownie do posiadanego wykształcenia i zajmowanego stanowiska pracy

Pielęgniarka operacyjna wykonuje swoje obowiązki na podstawie obowiązujących przepisów prawnych:

- Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 5 lipca 1996 r. (Dz. U. Nr 91, poz. 410 z późn. zm.) wraz z rozporządzeniami wykonawczymi Ministra Zdrowia.
- Kodeksu etyki zawodowej.
- Ustalonymi standardami praktyki zawodowej.
- Kodeksu pracy, Regulaminu zakładu i zarządzeń obowiązujących w zakładzie pracy [5].

Pielęgniarki pracujące na bloku operacyjnym narażone są na ciągły stres. Związane jest to z odpowiedzialnością za życie pacjenta, niedopuszczenie do zakażenia nie tylko pola operacyjnego, ale narzędzi i sprzętu, który jest przygotowywany do operacji. Wszystkie wykonywane czynności muszą być zachowane zgodnie z aseptyką i antyseptyką. Podejmując pracę zawodową pielęgniarka operacyjna przystosowuje się do nowych funkcji społecznych, tj. pracownika, opiekuna, współpracownika, przełożonego i edukatora, przy czym każda z tych ról związana jest z innym wzorem społecznych oczekiwań. Pojawiają się trudności wynikające z charakteru zadań i warunków pracy, do których szkoła nie przygotowuje.

Skłaniają one pielęgniarki do dokonania wstępnej oceny swojej wiedzy teoretycznej, umiejętności i zdolności praktycznych. Występuje konieczność uzupełniania swojej wiedzy [6].

Obciążenia fizyczne

- Praca w pozycji stojącej (często w pochyleniu).
- Przebywanie w polu elektromagnetycznym.
- Kontakt z materiałem potencjalnie zakażonym (krew, płyny ustrojowe, opiłki kostne, itp.).
- Kontakt ze środkami drażniącymi skórę (środki dezynfekcyjne, płyny do mycia narzędzi i podłóg, formalina).
- Zamknięte pomieszczenie, czyli sala bez klimatyzacji.
- Dźwiganie ciężkich zestawów z narzędziami chirurgicznymi.
- Dźwiganie pacjentów (przenoszenie ze stołu operacyjnego na wózek) [7].

Obciążenia psychiczne

- Przeciążenie pracą wynikające z zatrudnianiem minimalnej liczby pielęgniarek na bloku operacyjnym.
- Konieczność asystowania do wielu dyscyplin chirurgicznych (im większy blok operacyjny tym więcej sal operacyjnych różnej specjalności).
- Stresy wynikające z konieczności współpracy z różnymi zespołami chirurgów.
- Sytuacje stresowe przy zabiegach operacyjnych.
- Niedostateczne wyposażenie sali operacyjnej w podstawowy sprzęt medyczny niezbędny do wykonania zabiegu operacyjnego.
- Niedostateczne zaopatrzenie w środki dezynfekcyjne.
- Konflikty interpersonalne [8].

Celem pracy było:

Określenie wpływu stresu na pracę pielęgniarek operacyjnych.

Materiał i metodyka

Do przeprowadzenia badania zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, wykorzystując do tego celu kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji. Ankieta składała się z dwóch części. Pytania części I tzw. metryczkowej dotyczyły między innymi: stażu pracy, zajmowanego stanowiska w pracy, decyzji podjęcia pracy na bloku operacyjnym. Pytania części II dotyczyły między innymi: źródeł stresu w pracy, zadowolenia i satysfakcji z pracy oraz zarobków.

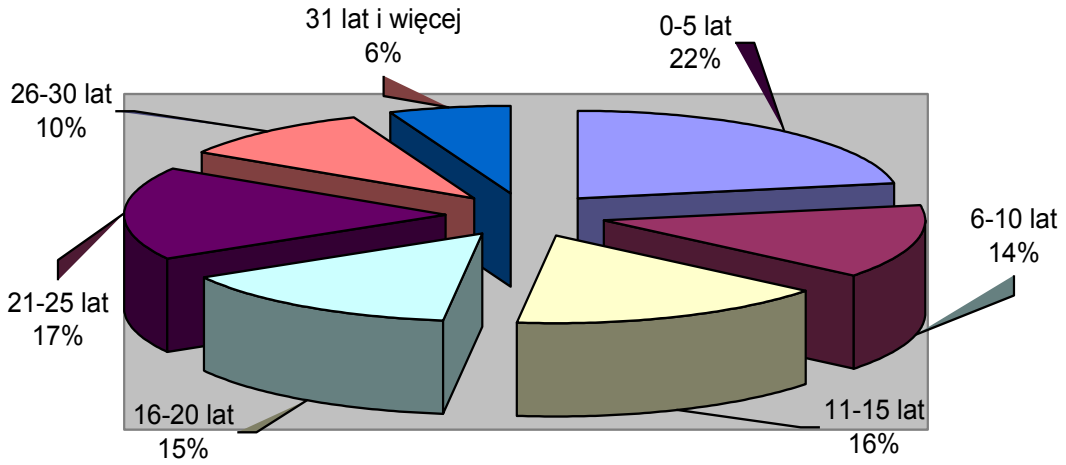
Badaniem objęto pielęgniarki operacyjne w liczbie 100 osób zatrudnionych w szpitalach w Białymstoku (Uniwersytecki Szpital Kliniczny, Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny, S P ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im J. Śniadeckiego).

Badanie przeprowadzono, po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej UMB nr R-I-002/239/2011, w okresie od 01-05-2011 do 31-09-2011 roku. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy. Uzyskane dane skategoryzowano i opracowano za pomocą arkusza kalkulacyjnego Microsoft Excel.

Wyniki

Badaniem ankietowym zostały objęte tylko kobiety. Respondentkami były pielęgniarki operacyjne pracujące na Bloku Operacyjnym.

Pod względem stażu pracy najliczniejszą grupę wśród ankietowanych stanowiły pielęgniarki pracujące w zawodzie 0 – 5 lat (18%), najmniej liczną grupą były Panie w przedziale stażu pracy 31 i więcej lat (6%). Dokładne dane prezentuje Rycina 1.



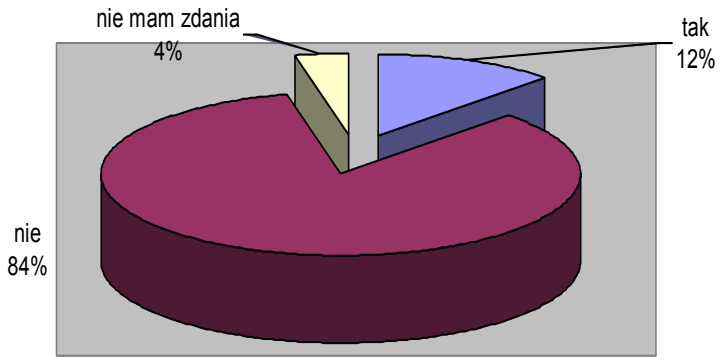
Rycina 1. Staż pracy ankietowanych.

Z badań wynika, że 58% pielęgniarek posiadało tytuł specjalisty pielęgniarstwa operacyjnego, następną liczną grupę stanowią osoby zatrudnione na stanowisku pielęgniarki (26%), tytuł starszej pielęgniarki posiadało 6%, asystent pielęgniarstwa to 2%. Osób zajmujących stanowisko oddziałowej i zastępcy oddziałowej było po 4% w badanej grupie.

W przypadku 60% respondentek motywem podjęcia pracy na Bloku Operacyjnym był przypadek , przy zaledwie 40% kobiet, które pracę w tej komórce wybrały z powołania.

Prawie wszystkie pielęgniarki operacyjne (91%) zadeklarowały, że są zadowolone z pracy jaką wykonują, przy czym 84% respondentek stwierdziło, że liczba pracującego

personelu jest niewystarczająca w stosunku do ilości powierzonym im do wykonania zadań (Rycina 2).

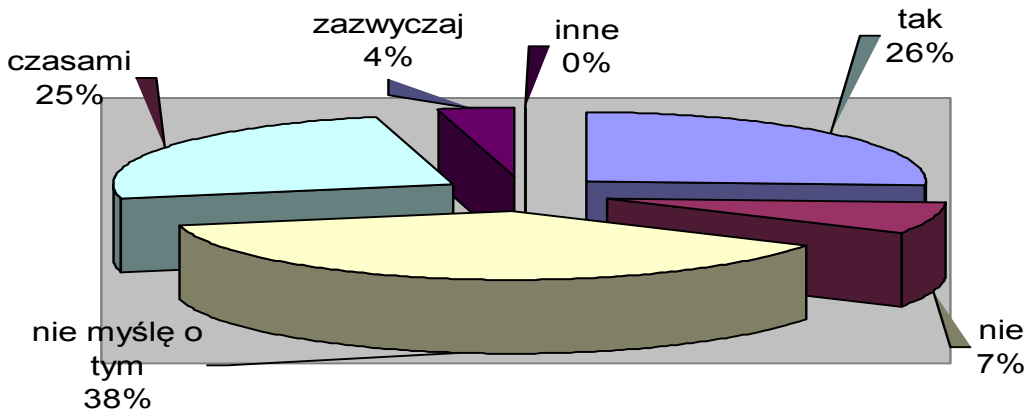


Rycina 2. Liczba pielęgniarek w stosunku do wykonywanych zadań.

Od pielęgniarki pacjent oczekuje wsparcia, troski, pomocy, zrozumienia i odpowiedzialności. Istotnym elementem realizacji zadań zawodowych jest znajomość zakresu obowiązków. Przeważająca liczba respondentów (93%) objętych niniejszym badaniem zadeklarowała, że działania służbowe podejmuje na podstawie znajomości obowiązków wyznaczonych przez pracodawcę. Nie znało swojego zakresu obowiązków lub znało, ale tylko częściowo odpowiednio 2% i 5% respondentek.

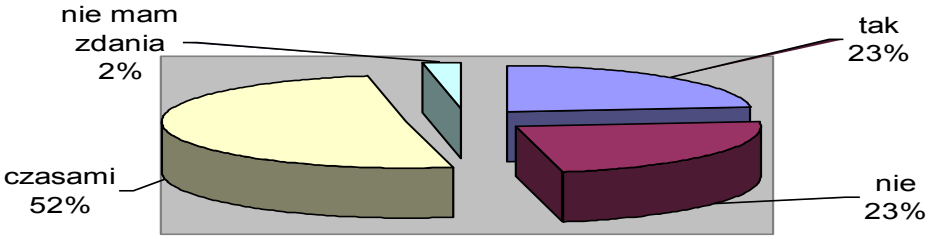
W miejscu pracy pielęgniarek operacyjnych należy uwzględnić czynniki związane z lokalizacją środowiska pracy, czyli temperaturą, słabym oświetleniem, hałasem, promieniowaniem i wyposażeniem w sprzęt medyczny, który nie zawsze działa sprawnie. Elementy te w znacznym stopniu wpływają na odczuwanie warunków pracy w zakresie komfortu i bezpieczeństwa. Wśród objętej badaniem grupy zaledwie 33% pielęgniarek operacyjnych zawsze czuło się bezpiecznie, 42 % zazwyczaj. Niestety ¼ respondentek (25%) poczucia bezpieczeństwa nie doświadczało w pracy.

Do uciążliwych warunków pracy można zaliczyć kontakt z wydzielinami, odchodami, promieniowaniem jonizującym, polem elektromagnetycznym. Ciągła styczność ze środkami dezynfekującymi, znieczulającymi i lekarstwami podwyższa ryzyko wystąpienia chorób skóry i alergii. Jak również kontakt fizyczny z chorym stwarza ryzyko przeniesienia infekcji z pacjenta na personel. 26% respondentów przyznaje, że odczuwało strach przed zainfekowaniem się chorobą pacjenta, a 38% ankietowanego personelu starała się o tym nie myśleć (Rycina 3).



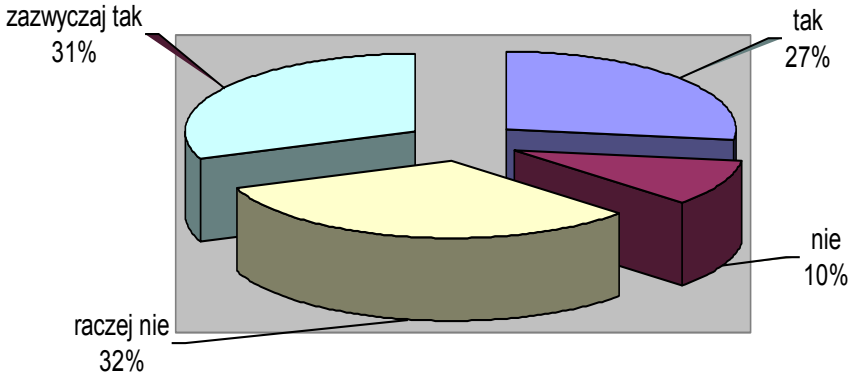
Rycina 3. Odczuwany strach przed możliwością zarażenia się chorobą.

Do kategorii utrudnień w leczeniu pacjentów można wymienić elementy pozostające poza kontrolą pielęgniarek. Chodzi tu o brak instrumentów bezpośredniego działania (aparatura, sprzęt jednorazowego użytku, środki opatrunkowe itp.). Utrudnień takich doświadczyła ponad połowa badanej grupy (52%). Dane przedstawia Rycina 4.



Rycina 4. Brak sprzętu w pracy

Najłatwiejszymi zabiegami są operacje planowe, ponieważ można się do nich spokojnie przygotować. Zabiegi te wykonywane są najczęściej rano i jest do nich standardowe przygotowanie, a o ich wykonaniu wiadomo wcześniej. Najbardziej obciążające są zabiegi nagłe w czasie dyżurów dwunastogodzinnych, a szczególnie nocnych, gdzie pacjenci są w bardzo ciężkim stanie i wtedy pielęgniarki muszą szybko i samodzielnie podejmować decyzje co do przygotowania sprzętu do zabiegu. Decyzje takie w pełni samodzielnie podejmuje 27% respondentek. Dane przedstawia Rycina 5.



Rycina 5. Samodzielne decyzje przygotowania sprzętu do zabiegu.

Praca pielęgniarek operacyjnych wymaga znacznego wysiłku fizycznego, jak i psychicznego. Pojawiające się nowe metody operacyjne i nowy sprzęt operacyjny znacznie podnoszą wymagania stawiane personelowi medycznemu i wymuszają podnoszenie kwalifikacji zawodowych. Istotnym jest, aby pracodawca stwarzał warunki do dokształcania zatrudnianemu personelowi. Związku z tym zapytano respondentki, czy w ich miejscu pracy odbywają się szkolenia. Niestety, aż 40% badanych stwierdziło, że w ich miejscu pracy rzadko, a 11%, że w ogóle, nie odbywają się szkolenia. Można więc uznać, że szkolenia nie odbywają się w połowie miejsc pracy respondentek (40% rzadko, 11% nie odbywają się, 49% odbywają się cyklicznie).

Często praca może nam się wydawać monotonna, ponieważ wykonuje się zautomatyzowane i powtarzalne czynności. Jednak praca na bloku operacyjnym, według 35% badanych osób nie była, a zdaniem 42% raczej nie była monotonna. Pozostałe respondentki uznały ją za monotonną.

Do źródeł stresu w pracy pielęgniarki operacyjnej możemy zaliczyć: czujność, konieczność wykonywania kilku czynności w tym samym czasie, bezbłędność, szybkie tempo i przeciążenie pracą. Dlatego też praca ta przeznaczona jest dla osób o specjalnych predyspozycjach psychofizycznych i intelektualnych. Spośród badanych osób 75% zadeklarowało zachowywanie stałej czujności podczas pełnienia obowiązków służbowych (Tabela I.).

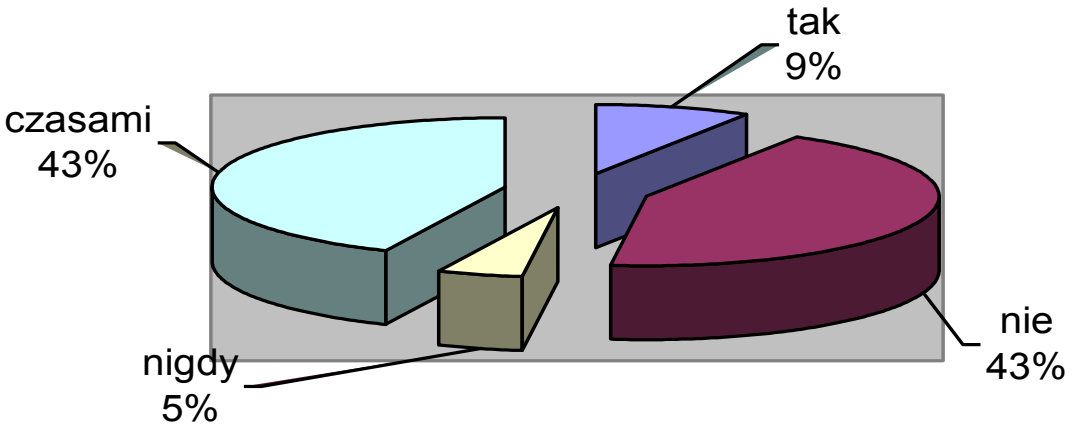
Przeciążenie pracą zarówno ilościowe (zbyt dużo pracy), jak i jakościowe (praca zbyt trudna), praca w pośpiechu jak i pod presją czasu lub w nadgodzinach wymaga znacznego wysiłku fizycznego od pielęgniarek. 60% ankietowanych pielęgniarek (40% - tak, 20% raczej tak) wykonywało powierzone im zadania w pośpiechu (Tabela I.).

Kiedy zwiększane są obowiązki w pracy pojawiają się zaburzenia zdrowia fizycznego (wrzody żołądka, choroby układu krążenia inne) i psychicznego oraz zwiększa się tempo pracy, aby zrealizować zaplanowane zabiegi operacyjne 53% ankietowanych pielęgniarek stwierdziło, że w czasie wykonywania ich pracy zawodowej występowało szybkie tempo pracy. Dokładne dane przedstawia Tabela I.

Tabela I. Źródła stresu w pracy.

Źródła stresu w pracy		
Ocena	N	%
Zachowanie stałej czujności		
Tak	75	75,00%
Staram się	32	23,00%
Nie	2	2,00%
Razem	100	100,00%
Wykonywanie zadań w pospiechu		
Tak	20	20,00%
Raczej tak	40	40,00%
Nie	12	12,00%
Raczej nie	28	28,00%
Razem	100	100,00%
Tempo pracy		
Tak	53	53,00%
Czasami	43	43,00%
Nie	4	4,00%
Razem	100	100,00%
Wykonywanie wielu zadań równocześnie		
Tak	53	53,00%
Czasami	42	42,00%
Nie	5	5,00%
Razem	100	100,00%
Przeciążenie pracą		
Tak	52	52,00%
Często	9	9,00%
Czasami	30	30,00%
Nie	9	9,00%
Razem	100	100,00%

Czasami pracownicy nie mają przygotowania do wykonywania zleconych im obowiązków, wykonują zadania trudne ponosząc odpowiedzialność za ludzi i odpowiedzialność materialną, stając przed dylematami moralnymi, podejmują decyzje o możliwie znacznych konsekwencjach. Na pytanie o zadania przekraczające możliwości pracownika respondentki odpowiedziały w 43%, że pojawiały się one czasami. Dane ilustruje Rycina 6.

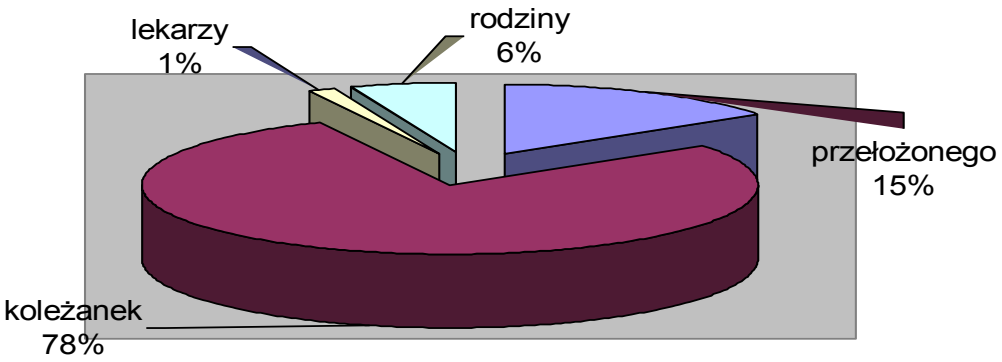


Rycina 6. Zadania przekraczają możliwości.

Stres powodowany przez pracę wpływa na organizm człowieka, jak również na funkcjonowanie zakładu pracy. Pracownicy, doświadczając nadmiernego stresu, są wyczerpani i nierzadko odczuwają dolegliwości zdrowotne. Często jednak stres również mobilizuje pracowników do pracy i zwiększa ich wydajność, co potwierdziło 40% ankietowanych deklarując, że zawsze i 33% , że zazwyczaj stres aktywizuje ich w pracy.

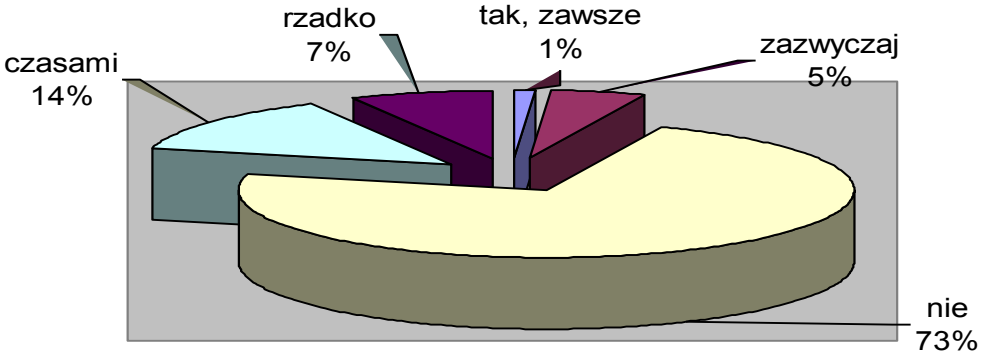
Istotnym elementem w pracy, w której doświadczamy stresu jest możliwość uzyskania wsparcia. Na wsparcie pracownice mogły liczyć (78%) w największym stopniu ze strony koleżanek, w najmniejszym zaś ze strony lekarzy (1%). Wyniki przedstawia Rycina 7.

Do szczególnie obciążających elementów w pracy pielęgniarek operacyjnych należą dyżury nocne. Pracuje wtedy mniej osób, a kryzysowe sytuacje wymagają stałej gotowości, skupienia oraz szybkości i precyzji w działaniu. Ponadto praca w nocy nie jest zgodna z naturalnym rytmem biologicznym człowieka. Odczuwanie zmęczenia zawsze i czasami w czasie dyżuru nocnego zadeklarowało odpowiednio 53% i 34% badanych Pań pracujących w systemie zmianowym. Rzadko zmęczenie odczuwało 13% respondentek. Nie było ani jednej osoby, która zdeklarowałaby, że zmęczenia nie odczuwa nigdy.



Rycina 7. Źródła wsparcia.

73% respondentek zapytanych o izolację w pracy zadeklarowało, że nie doświadcza takiego zjawiska. Natomiast sytuacje, w których dochodzi do izolacji w pracy, to ranga zawodowa pielęgniarka – lekarz, stosunki interpersonalne, wynagrodzenie, podział pracy, niesprawiedliwe traktowanie (Rycina 8).

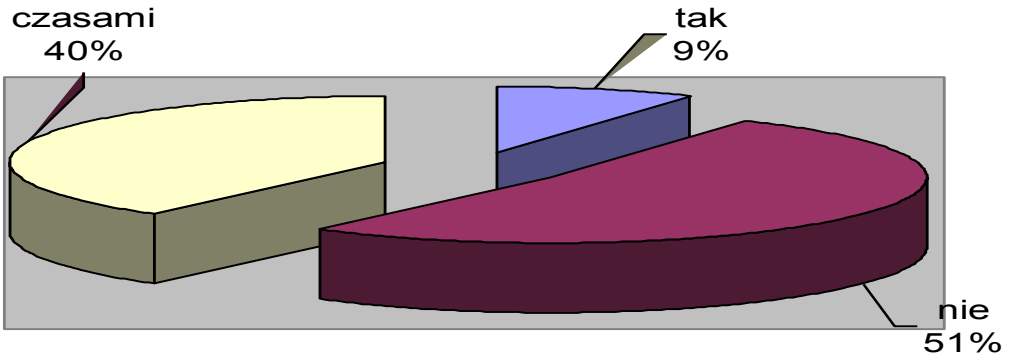


Rycina 8. Izolacja w pracy.

W literaturze często przedstawia się przełożonego jako osobę rzadko troszczącą się o pracownika i z którym kontakt jest utrudniony. Z danych wynika, że tylko 16% pielęgniarek zadeklarowało utrudniony kontakt z przełożonym, a 23%, występowanie czasami tego utrudnienia..

Dla wielu pielęgniarek istotnym źródłem stresu są: relacje w zespole terapeutycznym, nieodpowiednie zachowanie koleżanek, wywyższanie się, arogancja czy zazdrość lub zwykła

rywalizacja między sobą, doprowadzają do mniejszego zadowolenia z pracy oraz poczucia zagrożenia zdrowia i pracy. W objętej badaniem grupie 51% pielęgniarek uznało, że w ich miejscu pracy występowała rywalizacja między pracownikami. Dane ilustruje Rycina 9.

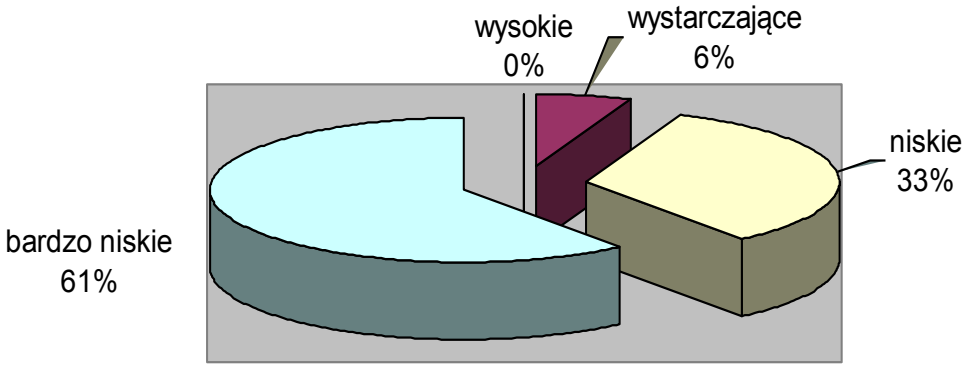


Rycina 9. Rywalizacja między pracownikami.

Problem uposażenia pielęgniarek można ująć trzyaspektowo:

- niewspółmierny poziom zarobków w stosunku do wymagań zawodu,
- niekorzystna relacja między wynagrodzeniem pielęgniarek a zarobkami innych grup zawodowych,
- niskie uposażenie pielęgniarek, nie wystarczające do zaspokojenie podstawowych potrzeb jej samej i rodziny.

61% pielęgniarek stwierdziło, że wynagrodzenie za wykonywaną pracę jest bardzo niskie, zaś tylko 6% odpowiedziało, że wystarczające. Dane przedstawia Rycina 10.



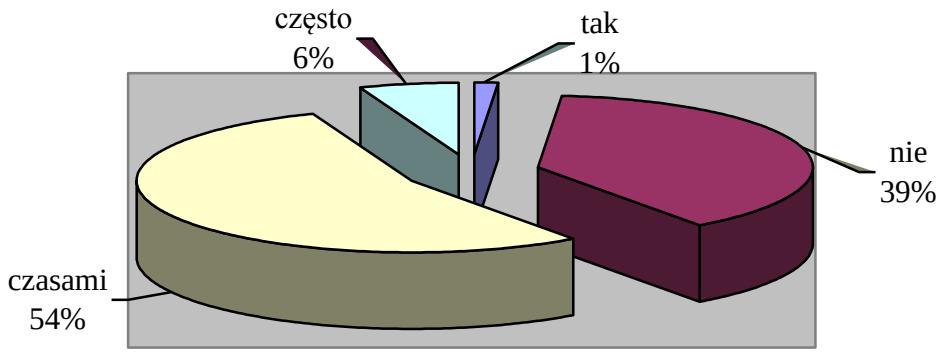
Rycina 10. Zarobki pracowników w opinii ankietowanych

Niskie uposażenie i brak jakichkolwiek dodatków oraz premii w stosunku do ilości i jakości pracy pielęgniarki oddziałuje derywacyjnie, powoduje zniechęcenie i poczucie krzywdy. Zasadom podziału pracy i płacy towarzyszy podział wynagrodzenia w formie materialnej lub prestiżowej. Największe znaczenie dla pracownika ma zazwyczaj płaca miesięczna, premie oraz awans, które motywują do podejmowania wyzwań, rozwoju zawodowego oraz podnoszenia kwalifikacji zawodowych.

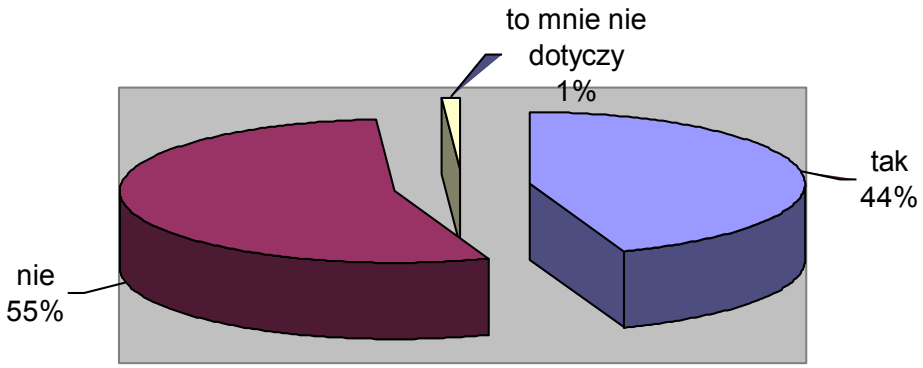
Ankietowane w 79% odpowiedziały, że nie otrzymują premii za wykonywaną pracę. Takiej formy wynagradzania doświadczało zaledwie 6% respondentek zaś 9% spośród badanej grupy podkreśliło, że w ich miejscu pracy premie otrzymywały tylko wybrane osoby lub pojawiała się taka gratyfikacja tylko w określonych sytuacjach – 5% .

Zdenerwowanie i napięta sytuacja w pracy często przenoszona jest przez pielęgniarki na atmosferę w domu. Wiąże się to z obciążeniem fizycznym i psychicznym, pozostawaniem dłużej w pracy, zmęczeniem, frustracją i stresem. Dlatego też respondentki w 54% odpowiedziały, że praca wpływała na życie prywatne. Dane lustruje Rycina 11.

Ponadto dowodem na wpływ pracy, w której doświadcza się ciągłego stresu związanego z tempem pracy, odpowiedzialnością, wymagającej stałej czujności i aktywności oraz obawy o własne błędy, na życie prywatne w badanej grupie jest zadeklarowanie przez 44% ankietowanych pielęgniarek, że myślały o pracy zawodowej również w czasie wolnym (Rycina 12).

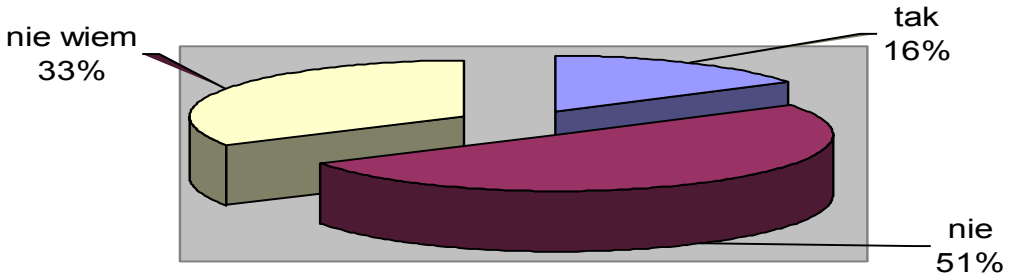


Rycina 11. Wpływ pracy na życie prywatne.



Rycina 12. Myślenie o obowiązkach poza pracą.

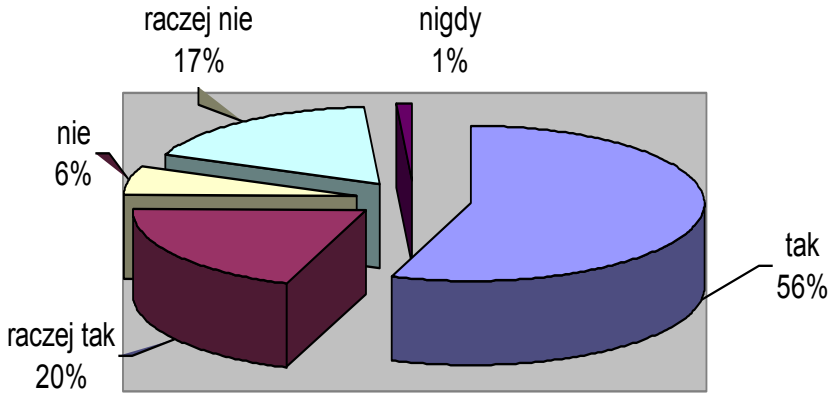
Biorąc pod uwagę charakter pracy na Bloku Operacyjnym oraz niedobór na rynku pracy wyspecjalizowanej kadry, nie jest zaskakującym, że 51% respondentek zadeklarowało, że nie odczuwała zagrożenia zwolnieniem z pracy. Dane przedstawia Rycina 13.



Rycina 13. Zagrożenie zwolnieniem z pracy

Jednym z wielu czynników wpływających na zdrowie człowieka są warunki i zadowolenie z pracy. Do nich można zaliczyć: wykorzystywanie swoich umiejętności, zapewnienie pacjentom opieki jakiej potrzebują, ratowanie życia ludzkiego oraz płaca i premia za wykonywaną pracę . Jeśli jest to zachowane, to praca staje się źródłem satysfakcji i zadowolenia. 62% ankietowanych odczuwało satysfakcję z wykonywanej pracy zawsze, 26% czasami, zaś 12% odpowiedziało, że takich emocji nie doświadcza. Praca zawodowa może być dla człowieka źródłem stabilizacji, sposobem na samorealizację, budowanie poczucia własnej wartości. Ponadto aktywność ta stanowi jedną z głównych działalności człowieka,

która stymuluje go do samorozwoju, dążenia do poszukiwania nowych rozwiązań, pogłębiania wiedzy i umiejętności praktycznych. Praca pielęgniarki operacyjnej, pomimo stresu i napięcia, jakie ze sobą niesie jest właśnie tego rodzaju pracą. W grupie objętej badaniem ponad połowa respondentek – 56% ponownie wybrałaby zawód pielęgniarki operacyjnej, gdyby stanęła przed możliwością wyboru zawodu, a 20% raczej wybrałoby ponownie ten sam zawód. Dokładne dane przedstawia Rycina 14.



Rycina 14. Ponowne wybranie zawodu.

Ludzie nieustannie znajdują się pod działaniem stresu, jednak każdy z nas inaczej reaguje na niego, ponieważ posiada inne cechy osobowości. Stres może działać na człowieka destrukcyjnie, paraliżując, uniemożliwiając logiczne myślenie oraz działanie. Z drugiej strony stres może być źródłem mobilizacji, pobudzać do aktywności. Obserwowane jest również zjawisko zmniejszenia negatywnego wpływu stresu na człowieka w efekcie pozyskiwania doświadczenia oraz umiejętności nabywanych wraz z latami pracy. W związku ze specyfiką pracy na Bloku Operacyjnym pożądana jest odporność na stres u zatrudnionych tam pracowników oraz umiejętność niwelacji jego skutków. 40% objętych badaniem pielęgniarek operacyjnych zadeklarowało, że stres doświadczany w czasie pracy działał na respondentki mobilizująco. Dane przedstawia Tabela II.

Zadowolenie z pracy pojawia się wówczas, kiedy w zakładzie pracy zapewniona jest dwustronna komunikacja oraz atmosfera zaufania, w której nie ma obawy zwrócenia się do innych o pomoc.

Podczas rozpatrywania zależności między stażem pracy a zadowoleniem z pracy stwierdzono, że rośnie wraz z latami pracy w zawodzie, przy czym najniższe jest u osób pracujących do 5 lat stażu pracy. W 100% zadowolonych z pracy w zawodzie było w grupach osób pracujących 11-15 lat, 21-25, 26-30 lat i powyżej 31 lat. Dane ilustruje Tabela III.

Tabela II. Lata pracy respondentek, a mobilizujące działanie stresu na pracę.

Lata pracy	Działanie stresu mobilizująco na pracę							
	Tak		Nie		Zazwyczaj		Razem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0 - 5	10	43,48%	2	8,70%	11	47,83%	23	100%
6 - 10	7	53,85%	2	15,38%	4	30,77%	13	100%
11 15	9	56,25%	2	12,50%	5	31,25%	16	100%
16 - 20	8	53,33%	5	33,33%	2	13,33%	15	100%
21 - 25	1	5,88%	10	58,82%	6	35,29%	17	100%
26 - 30	4	40,00%	2	20,00%	4	40,00%	10	100%
31 i więcej	1	16,67%	4	66,67%	1	16,67%	6	100%
Razem	40	40,00%	27	27,00%	33	33,00%	100	100,00 %

Tabela III. Zadowolenie z pracy a staż pracy.

Lata pracy	Zadowolenie z pracy					
	Tak		Nie		Razem	
	N	%	N	%	N	%
0 - 5	16	69,56%	7	30,43%	23	100,00%
6 10	12	92,31%	1	7,69%	13	100%
11 15	16	100,00%	0	0,00%	16	100,00%
16 20	14	93,33%	1	6,67%	15	100%
21 25	17	100,00%	0	0,00%	17	100%
26 30	10	100,00%	0	0,00%	10	100%
31i więcej	6	100,00%	0	0,00%	6	100%
Razem	91	91,00%	9	9,00%	100	100%

Z badań wynika, że Panie z mniejszym stażem pracy, czyli 0 – 5 (60,87% - tej grupy) nie mają dużych możliwości podejmowania samodzielnych decyzji. Największe możliwości w tym zakresie zadeklarowały pielęgniarki w przedziale od 21 lat pracy (70,59% - tej grupy). Dane pokazuje Tabela IV.

Tabela IV. Staż pracy a możliwość wykonywanych działań.

Staż pracy	Możliwość wykonywanych działań					
	Tak		Nie		Razem	
	N	%	N	%	N	%
0 - 5	9	39,13%	14	60,87%	23	100%
6 10	9	69,23%	4	30,77%	13	100%
11 15	10	62,50%	6	37,50%	16	100%
16 20	8	53,33%	7	46,67%	15	100%
21 25	12	70,59%	5	29,41%	17	100%
26 30	5	50,00%	5	50,00%	10	100%
31i więcej	4	66,67%	2	33,33%	6	100%
Razem	57	57,00%	43	43,00%	100	100,00%

Gdy tempo pracy jest duże, a reakcje stresowe pojawiają się dość często, to nie zwraca się uwagi na otoczenie, odczuwamy jedynie silne emocje, takie jak : niepokój, strach, złość lub gniew. Jesteśmy niecierpliwi, odczuwamy przymus do pracy, a taki stan może doprowadzić do zachowań agresywnych. Z badań wynika, że aż 96% pielęgniarek operacyjnych odczuwało negatywnie tempo pracy. Dane przedstawia Tabela V.

Tabela V. Staż pracy a negatywnie odczuwane tępo pracy.

Staż pracy	Negatywnie odczuwane tępo pracy					
	Tak		Nie		Razem	
	N	%	N	%	N	%
0 5	21	91,30%	2	8,70%	23	100%
6 10	13	100,00%	0	0,00%	13	100%
11 15	16	100,00%	0	0,00%	16	100%
16 20	14	93,33%	1	6,67%	15	100%
21 25	17	100,00%	0	0,00%	17	100%
26 30	9	90,00%	1	10,00%	10	100%
31 i więcej	6	100,00%	0	0,00%	6	100%
Razem	96	96,00%	4	4,00%	100	100,00%

Pod wpływem przeciążenia pracą nieustannie dochodzi do aktywowania układów wewnętrznych organizmu, zwłaszcza mięśniowo – szkieletowego i nerwowego. Stan ciągłego napięcia z czasem prowadzi do wyczerpania fizycznego i psychicznego człowieka. Z tych powodów dochodzi do obniżenia efektywności i jakości pracy, częściej popełnia się niezamierzone pomyłki i błędy, traci się zainteresowanie pracą, a w skrajnych przypadkach rezygnuje się i odchodzi z pracy. Grupą najbardziej odczuwającą przeciążenie pracą były pielęgniarki z ponad 31 letnim stażem pracy (83,33% osób z tym stażem pracy), w najmniejszym zaś stopniu odczuwały to osoby ze stażem pracy w przedziale 16-20 lat (40% tej grupy) (Tab. VI).

Tabela VI. Staż pracy a przeciążenie pracą.

Staż pracy	**Przeciążenie pracą**					
	Tak		**Nie**		**Razem**	
	N	%	N	%	N	%
0 - 5	13	56,52%	10	43,48%	23	100%
6 - 10	8	61,54%	5	38,46%	13	100%
11 - 15	9	56,25%	7	43,75%	16	100%
16 - 20	6	40,00%	9	60,00%	15	100%
21 - 25	8	47,06%	9	52,94%	17	100%
26 - 30	5	50,00%	5	50,00%	10	100%
31 i więcej	5	83,33%	1	16,67%	6	100%
Razem	54	54,00%	46	46,00%	100	100,00%

Przedłużająca się monotonia w pracy zmniejsza czujność, osłabia uwagę, zniechęca do wykonywania pracy i rozwoju zawodowego. Z badań wynika, że tylko 17,00% objętych badaniem pielęgniarek operacyjnych odczuwa monotonię pracy. Analizując zaś odczuwanie tego zjawiska w zależności od stażu pracy w zawodzie zauważamy, że najbardziej odczuwają monotonię osoby ze stażem pracy 6-10 lat (38,46% - tej grupy), 11-15 lat (25% - tej grupy) oraz 21-25 lat pracy (23,53% - tej grupy). Dane ilustruje Tabela VII.

Tabela VII. Staż pracy a monotonia w pracy.

Staż pracy	Monotonia w pracy					
	Tak		Nie		Razem	
	N	%	N	%	N	%
0 - 5	1	4,35%	22	95,65%	23	100,00%
6 - 10	5	38,46%	8	61,54%	13	100%
11 - 15	4	25,00%	12	75,00%	16	100,00%
16 - 20	2	13,33%	13	86,67%	15	100%
21 - 25	4	23,53%	13	76,47%	17	100%
26 - 30	1	10,00%	9	90,00%	10	100%
31 i więcej	0	0,00%	6	100,00%	6	100%
Razem	17	17,00%	83	83,00%	100	100,00%

Prawdą jest, że praca często wpływa na życie prywatne i odwrotnie, a to z kolei ma wpływ na wydajność w pracy. Czasowe odciążenie pracownika lub przeorganizowanie jego obowiązków może pomóc w uporaniu się z problemami prywatnymi, a w efekcie zwiększyć zaangażowanie pracą. Z badań wynika, że aż u 61,00% respondentów praca wpływa na życie prywatne. To zjawisko najbardziej odczuwane było w grupie badanych osób ze stażem pracy 21 -25 lat (88,24% - tej grupy) oraz 26 -30 lat (80,00% - tej grupy). Dane przedstawia Tabela VIII.

Tabela VIII. Staż pracy a wpływ na życie prywatne.

Staż pracy	Staż pracy a wpływ na życie prywatne					
	Tak		Nie		Razem	
	N	%	N	%	N	%
0 5	6	26,09%	17	73,91%	23	100%
6 10	9	69,23%	4	30,77%	13	100%
11 15	11	68,75%	5	31,25%	16	100,00%
16 20	10	66,67%	5	33,33%	15	100%
21 25	15	88,24%	2	11,76%	17	100%
26 30	8	80,00%	2	20,00%	10	100,00%
31 i więcej	2	33,33%	4	66,67%	6	100,00%
Razem	61	61,00%	39	39,00%	100	100%

Dyskusja

Zmiany, jakim podlega społeczeństwo oraz wciąż rosnące wymagania i tempo pracy powodują, że pracownicy narażeni są na stres zawodowy. Wśród tych zawodów szczególnie narażony jest zawód pielęgniarki operacyjnej.

Blok operacyjny to jedno z najważniejszych miejsc, w którym decyduje się o życiu i zdrowiu pacjenta. Aby zapewnić wysoki poziom usług medycznych świadczony przez personel Bloku operacyjnego na rzecz chorego wymagającego interwencji chirurgicznej, należy posiadać właściwą liczbę odpowiednio przygotowanej kadry. Pracownicy zaś powinni mieć zapewnione optymalne warunki i organizację pracy, pozwalające na realizację wysokospecjalistycznych usług opartych na współczesnej wiedzy [9].

W literaturze zwraca się uwagę na konieczność i świadomość rozwoju zawodowego związanego z podniesieniem własnej efektywności i jakości pracy oraz podnoszenie prestiżu zawodowego. Dostrzegane są wzajemne związki pomiędzy podnoszeniem kwalifikacji, dokształcaniem a satysfakcją z własnego rozwoju i poczucia własnej wartości [10, 11]. Praca pielęgniarek operacyjnych wymaga znacznego wysiłku fizycznego, jak i psychicznego. Pojawiające się nowe metody operacyjne i nowy sprzęt operacyjny znacznie podnoszą wymagania stawiane personelowi medycznemu i wymuszają podnoszenie kwalifikacji zawodowych. Istotnym jest, aby pracodawca stwarzał warunki do dokształcania zatrudnianemu personelowi. Związku z tym zapytano respondentki, czy w ich miejscu pracy odbywają się szkolenia. Niestety, aż 40% badanych stwierdziło, że w ich miejscu pracy nie odbywają się szkolenia.

Stopień obciążenia fizycznego i psychicznego w pracy pielęgniarek operacyjnych jest bardzo zróżnicowany. Wpływa na to szereg czynników związanych z warunkami i miejscem pracy. Praca na bloku uznawana jest za bardzo obciążającą pod względem fizycznym, jak i emocjonalnym. Wynika to z konieczności stałej uwagi, nagłych decyzji, które decydują o życiu człowieka. Przed pielęgniarkami operacyjnymi stawiane są wysokie wymagania, a jednocześnie oczekuje się od nich szczególnych predyspozycji [6]. Najbardziej obciążające są zabiegi nagłe w czasie dyżurów dwunastogodzinnych, a szczególnie nocnych, gdzie pacjenci są w bardzo ciężkim stanie i wtedy pielęgniarki muszą szybko i samodzielnie podejmować decyzje co do przygotowania sprzętu do zabiegu. Tak zdeklarowało 58% ankietowanych.

Kumulowanie się złych czynników i problemów zawodowych sprzyja i powoduje wystąpienie stresu zawodowego. Wolf [12] definiuje „ stres" jako fizjologiczny, a nie składnik środowiska zewnętrznego. Stwierdza: „wprowadziłem stres jako oznaczenie takiego stanu żywej istoty, który jest czynnikiem interakcji organizmu i szkodliwych bodźców, czyli

warunków". Wymagania stawiane w środowisku pracy mogą być niedostosowane do możliwości i uzdolnień osoby, tak też środowisko pracy może nie zaspakajać potrzeb jednostki [13]. Na pytanie o zadania przekraczające możliwości pracownika respondentki odpowiedziały w 43%, że pojawiają się one czasami.

We współczesnych pracach psychologicznych dominuje pogląd, że odczuwanie czynników stresujących doznawanych w miejscu pracy jest powiązaniem procesów w organizmie i systemu nerwowego, stanowiącego ogólną reakcję człowieka na działanie bodźców lub sytuacji niezwykłych, trudnych, zakłócających, zagrażających i przykrych bądź szkodliwych [14]. Odczuwanie przez pielęgniarki operacyjne w miejscu pracy czynników stresujących (stresorów), wiąże się z ich siłą i są one związane z wykonywanym zawodem.

Wysokie wymagania moralne nie są wyrównywane poprzez odpowiedni poziom wynagrodzenia finansowego. Według Wójcik i wsp. wsparciem dla tych działań będzie podnoszenie prestiżu zawodowego, poprawa czynników pracy i wynagrodzenie pielęgniarek [15]. Jako istotny powód stresu pielęgniarki operacyjne wskazują: niskie dochody, co istotnie wpływa na pracę zawodową, jako czynnik nadmiernie obciążający, jak również brak motywacji materialnej. Te dwa czynniki wpływają na postawę pielęgniarek względem podnoszenia kwalifikacji, gdyż brak finansów zdecydowanie tworzy barierę w tym zakresie [16]. Biorąc pod uwagę warunki finansowe osób badanych, najwięcej, bo aż 61% uznaje jako warunki niezadowalające, a więc bardzo niskie. Praca wykonywana przez pielęgniarki na bloku operacyjnym jest niewspółmierna do poziomu wynagrodzenia finansowego. Pozostałe grupy zawodowe mają większe zarobki, a pensja pielęgniarki nie wystarcza na zaspokojenie podstawowych potrzeb jej i rodziny.

Wśród badanych największą grupę stanowiły osoby pracujące w systemie dwunastogodzinnym - 65%. Większość badanych pielęgniarek zmianowych odczuwa zmęczenie w czasie pracy nocnej, między innymi spowodowane jest to: brakiem drugiej pielęgniarki, dużą ilością zabiegów, brakiem możliwości odpoczynku i zachowanie czujności. Badania Pancewicz – Szczęsnej potwierdzają powyższą tezę. Autorka wykazuje potrzebę praktycznego normowania czasu pracy w zależności od aktualnych potrzeb placówek [17].

W literaturze zwraca się uwagę na czynniki stresogenne, jak zmiana czasu pracy, praca ponad ustalony wymiar godzin, monotonia pracy [18]. Wśród ankietowanych również zdarza się pracować ponad wymiar godzin, aż w 52 % przypadków. Należy tu zaliczyć drastyczne zmniejszenie personelu pielęgniarskiego nie adekwatnego do zapotrzebowania na tego typu pracę, co powoduje wiele sytuacji trudnych, czyli stresogennych. Hoffman i Scott wykazują, iż czynnikiem predysponującym do rozwoju stresu jest nieregularny czas pracy, a przede

wszystkim dwunastogodzinny system pracy [19].

Czynnikiem stresogennym związanym z wykonywaną pracą jest zbyt szybkie tempo pracy, tak odpowiedziało 53% ankietowanych, wykonywanie wielu zadań równocześnie i brak personelu pielęgniarskiego. 84% respondentek stwierdziło, że liczba pracującego personelu jest niewystarczająca w stosunku do ilości powierzonym im do wykonania zadań. W tym kontekście nasuwa się odwieczny konflikt lekarsko – pielęgniarski. Okazuje się, że pielęgniarki operacyjne współpracują z tak zwanymi „trudnymi lekarzami", ponieważ przygotowując się do zabiegów operacyjnych muszą uwzględniać usposobienia lekarzy. Nie byłoby to problemem, gdyby w bloku operacyjnym pracowało kilku operatorów, ale w przypadku kilkudziesięciu trudno zapamiętać, kto co lubi i preferuje. Drugim problemem jest asystowanie do zabiegów przez pielęgniarki operacyjne [20]. Stres pojawia się wtedy, gdy zdolności człowieka nie odpowiadają wymaganiom stawianym przez środowisko pracy lub gdy pojawiają się przeszkody uniemożliwiające osiągniecie pewnych wartości [12].

W literaturze blok operacyjny przedstawia się jako „serce szpitala", które powinno być bardzo dobrze wyposażone w sprzęt, środki dezynfekcyjne, nici, materiały opatrunkowe i leki. Powinno być to wszystko ogólnodostępne, dlatego, aby pielęgniarki nie musiały się stresować, że na kolejnym dyżurze zabraknie na przykład rękawiczek czy innego sprzętu. Pielęgniarki operacyjne są zobowiązane do wykazywania ilości materiału i rodzaju zużytego sprzętu w zeszytach zużycia. 52% respondentek zadeklarowało, że w ich pracy czasami brakuje środków lub narzędzi do pracy.

Furmański uważa, że ciągłe i intensywne zaangażowanie się w pracę oraz obciążenia są doznaniem wysoko stresującym w przypadku, gdy pracownik ma specyficzne cechy osobowości i nie może się zdystansować. Istotnym faktem dla sprawności i skuteczności zespołów jest integralność, kompetentność i atmosfera wzajemnego zaufania, tylko takie zespoły mogą zwiększyć efektywność w miejscu pracy [21]. Pytając ankietowane, na czyje wsparcie mogą liczyć w miejscu pracy, w 78% odpowiedziały, że na koleżanki. Krótko mówiąc pielęgniarki operacyjne utrzymują stosunki koleżeńskie mimo dużych różnic lat pracy. Według 40% badanych pielęgniarek operacyjnych oddziałowe rzadko organizują szkolenia związane z wykonywaną pracą.

Badania Sęk [22] prowadzone w grupie pielęgniarek wyraźnie potwierdzają tezę, że rozwój stresu zawodowego może wywołać wiele czynników. Autorka zaliczyła do nich czynniki wynikające ze specyfiki pracy: wykonywanie pracy fizycznej, kontakt z wydzielinami, nieregularny tryb życia, praca w systemie zmianowym, obciążenia psychiczne, zachowanie czujności i kontroli, niskie zarobki, niski status zawodowy, zła współpraca z

pozostałymi członkami zespołu terapeutycznego. Respondentki stwierdziły, że na wsparcie mogły liczyć (78%) ze strony koleżanek, zaś wynagrodzenie za wykonywaną pracę było bardzo niskie (61%), a odczuwanie zmęczenia w czasie dyżuru nocnego zadeklarowało 53%.

W świetle uzyskanych wyników dowiedziono, że respondentki jeszcze raz wybrałyby pracę na bloku operacyjnym w 56% mimo tego, że większość z nich została pielęgniarką operacyjną przez przypadek, deklaruje to 60% Pań. Większość ankietowanych ma poczucie spełnienia i satysfakcji. Według Sprusińskiej, największym aspektem dającym zadowolenie z pracy jest możliwość pomocy innym ludziom [23]. Potwierdzają to także badania Romuszewicz, Krajewskiej-Kułak, Rolki, Łukaszuk, Kułak, którzy wykazali, że praca na bloku operacyjnym stwarza pielęgniarkom możliwość pomocy innym ludziom, rozwija zdolności manualne, jak również, poczucie spełnienia i satysfakcji z wykonywanego zawodu [24].

Wnioski

Przeprowadzone badania ankietowe pozwoliły na wyciągnięcie następujących wniosków:

1. W przypadku 60% respondentek motywem podjęcia pracy na Bloku Operacyjnym był przypadek.
2. Ponad połowa (58%) pielęgniarek miała wykształcenie dodatkowe zgodne z wykonywana pracą i posiadała tytuł specjalisty pielęgniarstwa operacyjnego.
3. Większość **(**84%**)** respondentek stwierdziła, że liczba pracującego personelu jest niewystarczająca w stosunku do ilości powierzonych im do wykonania zadań.
4. Ponad połowa (52%) ankietowanych stwierdziła brak instrumentów bezpośredniego działania (aparatura, sprzętu jednorazowego użytku itp.) do efektywnej pracy.
5. Przeciążenie pracą zarówno ilościowe (zbyt dużo pracy), jak i jakościowe (praca zbyt trudna), praca w pośpiechu, jak i pod presją czasu lub w nadgodzinach wymaga znacznego wysiłku fizycznego od pielęgniarek. 60% ankietowanych pielęgniarek wykonywało powierzone im zadania w pośpiechu. 53% ankietowanych pielęgniarek stwierdziło, że w czasie wykonywania ich pracy zawodowej występuje szybkie tempo pracy.
6. Znaczącym elementem negatywnym w badanej grupie były zarobki oraz brak nagród i premii. 61% pielęgniarek stwierdziło, że wynagrodzenie za wykonywaną pracę jest bardzo niskie, a 79% podkreśliło brak premii za wykonywaną pracę.
7. Do szczególnie obciążających elementów w pracy pielęgniarek operacyjnych należą dyżury nocne. Odczuwanie zmęczenia w czasie dyżuru nocnego zadeklarowało 53% badanych Pań pracujących w systemie zmianowym.

8. W grupie objętej badaniem ponad połowa respondentek – 56%, ponownie wybrałaby zawód pielęgniarki operacyjnej, gdyby stanęła przed możliwością wyboru zawodu.

Piśmiennictwo

1. Bielecki K.: Współpraca na poziomie specjalistów w bloku operacyjnym, osobowość chirurga. Blok Operacyjny, 2000, 2,30.
2. 31.Borzęcka J.: Ważniejsze jak niż co się robi. Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 2007, 9,16-28.
3. Ciuruś M.J.: Pielęgniarstwo Operacyjne. ADI, Łódź 1998, 54-72.
4. Harmsen G.: Przebieg operacji od A do Z. PZWL Warszawa, 1999, 17-55.
5. Kodeks etyki zawodowej polskiej pielęgniarki i położnej z dnia 4 grudnia 1995; Uchwała Nr 9 Krajowego Zjazdu Pielęgniarki i Położnych.
6. Ciuruś M.J.: Rola i zadania pielęgniarki operacyjnej. Blok Operacyjny, 2002, 1, 36-39
7. Ciuruś M.J.: Podstawy pielęgniarstwa operacyjnego. OIPIP, Łódź, 1997, 46-62.
8. Borzęcka J.: Partycypacja i zaangażowanie podczas operacji. Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 2008, 4, 14-18.
9. Ciuruś M.J.: Pielęgniarstwo Operacyjne. Makmed, Lublin 2007, 34-56.
10. Dobrowolska B., Putowski M., Wrońska I., Kozak D., Cuber M.: Zapotrzebowanie pielęgniarek i lekarzy na kształcenie podyplomowe z zakresu opieki nad pacjentem umierającym. Problemy Pielęgniarstwa, 2008, 16, 48-53.
11. Cison-Apanasewicz U., Gaweł G., Ogonowska D., Potok H.: Opinie pielęgniarek na temat kształcenia podyplomowego. Problemy Pielęgniarstwa, 2008, 17, 32-37.
12. Cooper C. L., Payne R.: Stres w pracy. PWN, Warszawa 1987, 123-164.
13. Korodecka D.: Czynniki psychologiczne i społeczne. Nauka o pracy bezpieczeństwo, higiena, ergonomia. CIOP, Warszawa 2002, 9-15.
14. Terelak J. F.: Stres zawodowy. Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa 2007, 281-287.
15. Wójcik G., Sienkiewicz Z., Wrońska I.: Migracja zawodowa personelu pielęgniarskiego jako nowe wyzwanie dla systemów ochrony zdrowia. Problemy Pielęgniarstwa, 2007, 16, 126-127.
16. Ksykiewicz D. A.: Podstawy organizacji pracy pielęgniarskiej. Wydawnictwo Czelej Sp. zoo, Lublin 2004, 124-126.
17. Hoffman A.J., Scott L.D.: Role stress and career satisfaction among registered nurses by work shift patterns. J. Nurs. Adm., 2003, 33, 337-342.

18. Bieli A.: Stres w pracy zawodowej - Wybrane zagadnienia. Wydawnictwo KUL, Lublin 1990, 4-178.
19. Picewicz-Szczęsna H.: Normowanie pracy pielęgniarek a zapotrzebowanie na opiekę w lecznictwie stacjonarnym na Białorusi. Problemy Pielęgniarstwa, 2008, 16, 1-8.
20. Figurska I.: Instrumentariuszka. Blok ortopedii i traumatologii. Biuletyn instrumentariuszek ortopedycznych, Warszawa 2010, 8-10.
21. Formański J.: Psychologia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003, 370-375.
22. Ramuszewicz M.; Krajewska-Kułak E,; Rolka H,; Łukaszuk C.: Próba oceny wiedzy na temat zespołu wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek bloku operacyjnego. Pielęgniarstwo i Nauki Pokrewne, 2004, 3, 25-28.
23. Sprusińska E.: Pielęgniarki-sytuacja zawodowa i rodzinna. Materiały konferencyjne II Podlaskiej Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej. Białystok, 2001, 9-12.
24. Ramuszewicz M., Krajewska-Kułak E., Rolka H., Łukaszuk C. Kułak W.: Problemy wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek bloku operacyjnego. Chirurgia Polska, 2005, 7, 4, 244-251.

Górska Emilia[1], Krajewska-Kułak Elżbieta[2], Sochoń Katarzyna[1], Gryko Katarzyna[1], Orzechowska Anna[1], Tołoczko Helena[1]

Zagrożenia zdrowotne u pracowników administracji państwowej

1. Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wprowadzenie

Codzienną pracą twoją możesz wszystko dobre na tym świecie zepsuć
i wszystko złe naprawić
Maria Dąbrowska [1]

Pracownicy administracji publicznej, za Kudrycka [2] „*odgrywają dwie różne role w przekształceniach dokonujących się w każdym państwie i na świecie. Z jednej strony – sami wpływają na te zmiany, z drugiej - stanowią przedmiot tych przekształceń. Są więc motywowani do zmian o ile widzą ich bezpośrednie pozytywne rezultaty, ale także wykazują dużą rezerwę gdy przekształcenia te naruszają spokój, stabilizację i bezpieczeństwo ich pracy. A wszelkie przekształcenia dotyczące zmiany metod i stylu pracy w administracji publicznej wpływające na zmianę mentalności urzędników napotykają duże trudności, bowiem operujemy w środowisku przywykłym do starych wartości, dawnych przyzwyczajeń i procedur”.*

Analiza Forum Obywatelskiego Rozwoju 14/2012 [3] wykazała, w 2011 roku polski sektor publiczny zatrudniał ok. 3,5 mln osób, co stanowiło ponad 21,6% ogólnej liczby pracujących w Polsce. Odsetek ten jest mniejszy niż np. w Danii (34,8%, 2010 rok), ale też znacznie większy niż np. w Niemczech (14,8%, 2010 rok) czy Hiszpanii (16,7%, 2010 rok) [3].

Prawie milion osób państwo zatrudniało w oświacie (2010 rok), przy czym w tym obszarze zwraca uwagę niemal brak zmian w wielkości zatrudnienia pomimo malejącej liczby uczniów oraz bardzo krótki, na tle innych państw OECD, czas pracy nauczycieli [3].

Drugą równie liczną grupą stanowią pracownicy administracji publicznej, obrony narodowej i obowiązkowego ubezpieczenia społecznego, których w 2010 roku również było prawie milion [3].

W opinii Fundacji Forum Obywatelskiego Rozwoju [3], wbrew obiegowym opiniom liczba urzędników w administracji publicznej w Polsce w relacji do liczby mieszkańców na

tle innych krajów, nie jest wyjątkowo duża. Niemniej jednak są kraje, które przy podobnej liczbie urzędników oferują obywatelom znacznie sprawniej działające instytucje publiczne [3].

Dror, za Dębicki [4], wypracował następującą typologie wyższych urzędników:

- **Alfa**: urzędnik, który zajmuje wysokie stanowisko z uwagi na przynależność do wyższej klasy lub politycznych powiązań z rządzącą elitą, łączący funkcje i role polityka i urzędnika - członka służby cywilnej.
- **Beta**: urzędnik, który kupuje stanowisko (nie musi to być traktowane w sposób dosłowny).
- **Gamma**: od starożytnego wykształconego niewolnika poprzez księży będących doradcami na wielkich dworach Europy do brytyjskiego czy francuskiego modelu elit wykształconych w specjalnych instytucjach.
- **Delta**: urzędnik nigdy nie wypróbowany, fachowiec o niezwykle wysokich kwalifikacjach, ukierunkowany na wyższe cele raczej niż na cele operacyjne, innowacyjny i kreatywny urzędnik, stanowiący mieszankę elitaryzmu lecz nie oderwanego od społeczeństwa, o wysokich wartościach etycznych, autonomiczny lecz jednocześnie zdolny do podporządkowania się, z bardzo silnie wyrobionym poczuciem misji społecznej.

Choroby zawodowe pracowników biurowych

Ciężka praca i brak rozrywek sprawiają, że będziesz cholernym nudziarzem,
a twoja żona bogatą wdową
Edward Evan Evans-Pritchard [1]

Za chorobę zawodową, za art. 235 Kodeksu pracy [5]**,** uważa się „*chorobę, wymieniona w wykazie chorób zawodowych jeżeli w wyniku oceny warunków pracy można stwierdzić bezspornie lub z wysokim prawdopodobieństwem, że została ona spowodowana działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy albo w związku ze sposobem wykonywania pracy, zwanym "narażeniem zawodowym*" .

Rozpoznanie choroby zawodowej u pracownika lub byłego pracownika może nastąpić w okresie jego zatrudnienia w narażeniu zawodowym albo po zakończeniu pracy w takim narażeniu, pod warunkiem wystąpienia udokumentowanych objawów chorobowych w okresie ustalonym w wykazie chorób zawodowych [5].

Przepisy prawne dotyczące chorób zawodowych obejmują:

- Ustawę z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz.U. 1998 nr 21 poz. 94 t.j.) [6]

- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych (Dz.U. 2009 nr 105 poz. 869 z późn. zm.) [7]
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 01 sierpnia 2002 r. w sprawie sposobu dokumentowania chorób zawodowych i skutków tych chorób (Dz.U. 2002 nr 132 poz. 1121 z późn. zm.) [8],

Dnia 14 czerwca 2012 r. w Dzienniku Ustaw Rzeczpospolitej Polskiej zostały ogłoszone dwa rozporządzenia nowelizujące postępowanie w sprawie chorób zawodowych:

- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 maja 2012 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie chorób zawodowych (Dz. U. z 2012 r. poz.662) [9]
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 maja 2012 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie sposobu dokumentowania chorób zawodowych i skutków tych chorób (Dz.U. z 2012 r., poz. 663) [10].

Do chorób zawodowych, wymienionych w wykazie chorób zawodowych (w załączniku do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 lipca 2002 r.), mogących wystąpić u pracowników biurowych, można zaliczyć m.in.:

- przewlekłe zapalenie oskrzeli, które spowodowało trwałe upośledzenie sprawności wentylacyjnej płuc
- astma oskrzelowa
- zewnątrzpochodne alergiczne zapalenie pęcherzyków płucnych
- ostre uogólnione reakcje alergiczne
- alergiczny nieżyt nosa
- zapalenie obrzękowe krtani o podłożu alergicznym
- choroby wywołane działaniem promieniowania jonizującego
- choroby skóry wymienione szczegółowo w wykazie
- przewlekłe choroby układu ruchu wywołane sposobem wykonywania pracy
- przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego wywołane sposobem wykonywania pracy
- choroby układu wzrokowego wywołane czynnikami fizycznymi, chemicznymi lub biologicznymi

W Stanach Zjednoczonych i na zachodzie Europy, za Szafarz [11] od wielu lat jednym problemów zdrowotnych pracowników biur są żylaki kończyn dolnych. Schorzenie należy bowiem do jednych z najczęściej spotykanych chorób i występuje u mniej więcej połowy populacji osób dorosłych - częściej u kobiet (48%), niż u mężczyzn (42%) [11] . Częstość

występowania choroby wzrasta wraz z wiekiem oraz w związku z narażeniem na przyjmowanie przez wiele godzin pozycji siedzącej [11].

Kolejnym problemem są bóle kręgosłupa (dolnego odcinka, szyi, barków)i narządu ruchu [11, 12, 13, 14, 15, 16, 17]. Oszacowano, za Szafarz [11], że wśród dorosłych występują one u 80 na 100 osób rocznie.

Pracownicy biurowi bardzo często cierpią także na dolegliwości oczu oraz osłabienie wzroku, głównie w wyniku długotrwałego wpatrywania się w ekran komputera [11].
Portello i wsp. [16] w badaniach w 520 nowojorskich pracowników Urzędu Miasta stwierdził istotną dodatnią korelację pomiędzy występującymi u badanych objawami, a liczbą godzin jakie spędzili pracując na komputerze w ciągu typowego dnia. Najbardziej rozpowszechnionym objawem było zmęczone oczy, które zostało zgłoszone przez około 40% osób. U 32% i 31% pracowników odnotowano objawy suchego oka i dyskomfort oka [18].

Następnym problemem mogą być bóle głowy i migreny [11, 17]. Częstą przyczyną bólów głowy związanych z miejscem pracy jest, oprócz stresu i napięcia emocjonalnego, napięcie mięśni grzbietu, karku i szyi (bóle z tyłu głowy) oraz natężanie wzroku i infekcje oczu (bóle z przodu głowy, „za" oczami) [11, 16, 17].

Istotny problem to stres, nerwice i depresje. Stres w pracy [cyt. za 11] najczęściej definiowany jest jako szkodliwa fizyczna i emocjonalna reakcja na wymagania, które nie pokrywają się z możliwościami, zasobami lub potrzebami danego pracownika. Przypuszcza się za Szafarz [11], iż ich przyczyną mogą być sytuacje, którym pracownik nie jest w stanie sam zaradzić, takie jak: zbyt mała powierzchnia przypadająca na jednego pracownika, złe warunki i organizacja pracy, nerwowa atmosfera, mobbing lub nawet molestowanie seksualne. Na stres w pracy narażeni są wszyscy, niezależnie od miejsca zatrudnienia, branży, czy stanowiska w hierarchii służbowej. Częściej, niż inni doświadczają go jednak osoby młode, ludzie starsi, kobiety, osoby niepełnosprawne, osoby samotnie wychowujące dzieci oraz nowi pracownicy [11].

Badania Instytutu Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera w Łodzi, za Szafarz [11], obejmujące m. in. grupę pracowników biurowych wykazały, że stres w przypadku pracy biurowej związany jest z:

- koniecznością skupienia uwagi przez dłuższy czas
- monotonią pracy
- pośpiechem
- odpowiedzialnością materialną

- surowymi konsekwencjami za popełnienie błędu w wykonywaniu czynności służbowych
- myśleniem o pracy także w domu.

Szacuje się, że 50-80% [cyt. za 11] wszystkich schorzeń jest związanych ze stresem, chociaż stres może nie stanowić jedynej ich przyczyny. Oprócz nerwic i depresji, do zaburzeń wywołanych stresem należy nadciśnienie, choroby serca, bezsenność i inne zaburzenia snu, zapalenia stawów, astma, zaburzenia trawienne, egzema i wrzody [11].

Wypalenie zawodowe

Każda praca jest dobra, o ile jest dobrze wykonywana

Albert Einstein [1]

Termin „wypalenie zawodowe"- „*burnout*" do nauki został wprowadzony przez Freudenberger, który wskazał, że jest on stanem wyczerpania organizmu jednostki, które pojawia się w konsekwencji doświadczanej przez nią irytacji i frustracji w trudnych sytuacjach zawodowych [19, 20, 21].

Według Cherniss [cyt. za 22] wypalenie zawodowe ściśle wiąże się ze zmianami motywacji, utratą entuzjazmu, zaangażowania oraz poczucia „misji". To proces [cyt. za 22] rozpoczynający się nadmiernym i długotrwałym działaniem stresu, wywołującym uczucie napięcia, drażliwość i zmęczenie wśród pracowników, a jego kontynuacją - izolowanie się, dystansowanie od chorych, czemu towarzyszą zachowania apatyczne, cyniczne lub szorstkie i grubiańskie.

Aronson [23] wypalenie zawodowe określa jako „*stan, w którym* „*osoba go doświadczająca czuje brak motywacji, ambicji oraz powołania do pracy którą wykonuje. Jest to stan przemęczenia, który może posiadać wiele podstaw*".

W literaturze przedmiotu [23, 24, 25] objawy wypalenia zawodowego dzieli się na trzy kategorie:

- fizyczne: (brak energii, chroniczne zmęczenie, osłabienie, podatność na wypadki, napięcie i kurcze w obrębie mięśni szyi i ramion, bóle pleców, zmiana zwyczajów żywieniowych, zmiana wagi ciała, zwiększona podatność na przeziębienia i infekcje wirusowe, zaburzenia snu, koszmary senne, zwiększone przyjmowanie leków lub konsumpcja alkoholu w celu zniwelowania wyczerpania fizycznego)
- emocjonalne (uczucie przeziębienia, uczucie bezradności, uczucie beznadziejności i braku perspektyw, niepohamowany płacz, dysfunkcje mechanizmów kontroli emocji,

uczucie rozczarowania, poczucie pustki emocjonalnej, pobudliwość, uczucie pustki i rozpaczy, uczucie osamotnienia, uczucie zniechęcenia)

- psychiczne (negatywne nastawienie do siebie, negatywne nastawienie do pracy, negatywne nastawienie do życia, przesyt, wykształcenie nastawienia dezawuującego klientów (cynizm, lekceważenie, agresja), utrata szacunku do siebie, poczucie własnej nieudolności, poczucie niższej wartości, zerwanie kontaktów z klientami i kolegami).

Badania Maslach [26, 27] wśród pracowników wykonujących zawody społeczne, pozwoliły jej na wyodrębnienie zespołu wypalenia zawodowego (*professional/job burnout syndrom),* jako specyficznego syndromu pojawiającego się u ludzi pracujących na rzecz innych osób, pozostających w bezpośredniej z nimi relacji interpersonalnej, a komponenty którego uznała:

- wyczerpanie emocjonalne (*emotional exhaustion*) - centralny wymiar, najbardziej odczuwalny i doświadczany w zespole. Poczucie, iż jest się ogromnie zmęczonym, obciążonym i wyeksploatowanym emocjonalnie oraz że zasoby emocjonalne są niezwykle uszczuplone i nie ma się już chęci do działania. osoba taka staje się drażliwa i impulsywna, brakuje jej radości, jest smutna. dzisiaj, zgodnie z najnowszym ujęciem. Maslach wyodrębnia tylko wyczerpanie *(exhaustion)*, które rozumiane jest, jako poczucie wyczerpania sił zarówno emocjonalnych, jak i fizycznych
- depersonalizację (*detached concern/depersonalization*) - negatywne-, znieczulone, bezduszne, przedmiotowe, zdystansowane traktowanie innych osób pozostających w zależnym kontakcie interpersonalnym (pacjenci, uczniowie, wychowankowie, itp.). Dzisiaj wymiar ten nazywany jest przez Maslach cynizmem (*cinicism),*a przejawia się on oziębłością, chłodem, czy też obojętnością, tak w relacjach interpersonalnych, jak również w relacji do wykonywanych zadań
- obniżone poczucie dokonań osobistych (*reduced personal accomplishment)*- rozumiane, jako brak satysfakcji zawodowej, spadek lub utrata poczucia własnych kompetencji zawodowych, a także utratę sukcesów w pracy. aktualnie, autorka określa ten element syndromu jako nieefektywność (*inefficacy)*, a rozumiany jest on jako utarta zaufania do siebie samego, swoich umiejętności i zdolność.

W opinii Kamrowskiej [28], źródła wypalenia lokalizuje na trzech płaszczyznach:

- indywidualnej, jako sprzyjające cechy osobowości – niska samoocena, defensywność, zależność, bierność, perfekcjonizm; poczucie kontroli zewnętrznej, nieracjonalne

przekonania, niskie poczucie sprawności zaradczej, specyficzny typ kontroli polegający na unikaniu sytuacji trudnych,

- interpersonalnej: między pracownikami a chorymi – emocjonalne zaangażowanie, między przełożonymi i współpracownikami, konflikty interpersonalne, rywalizacja, brak wzajemnego zaufania, zaburzona komunikacja, agresja werbalna, mobbing, zamierzone lub niezamierzone przyczynianie się pracodawcy do poczucia obniżania wartości pracowników, np. kwestionowanie kompetencji i blokowanie aktywności zawodowej,
- organizacyjnej: cele instytucji jako sprzeczne z wartościami i normami uznawanymi przez pracownika (np. brak czasu na prowadzenie życia rodzinnego), stresory związane ze środowiskiem fizycznym (np. hałas, stresory związane ze sposobem wykonywania pracy, np. pośpiech, monotonia, praca w godzinach wieczornych i nocnych), stresory związane z funkcjonowaniem pracownika jako członka organizacji (np. brak możliwości wypowiadania swojej opinii w istotnych sprawach), stresory związane z rozwojem zawodowym (niezadowolenie z przebiegu kariery, brak możliwości rozwoju zawodowego, brak poczucia stałości pracy), styl kierowania niedostosowany do zadań placówki i potrzeb pracowników.

Według APA (*American Psychology Association* - amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne) [cyt. za 28] w procesie wypalenia zawodowego można wyróżnić kilka faz:

- miesiąc miodowy – okres zauroczenia pracą i pełnej satysfakcji z osiągnięć zawodowych, energia, optymizm i entuzjazm,
- przebudzenie – czas, w którym człowiek zauważa, że idealistyczna ocena pracy jest nieadekwatna, pracuje coraz więcej i stara się, by idealistyczny obraz nie uległ zaburzeniu,
- szorstkość – realizacja zadań zawodowych wymaga coraz więcej wysiłku, dołączają się kłopoty w kontaktach społecznych.
- wypalenie pełnoobjawowe – rozwija się pełne wyczerpanie fizyczne i psychiczne, pojawiają się zaburzenia depresyjne, poczucie pustki i samotności, chęć wyzwolenia się, ucieczki z pracy,
- odradzanie się – czas leczenia „ran" powstałych po wypaleniu zawodowym.

Do najczęstszych objawów zespołu wypalenia, według Barańskiego [29], należą:

- fizyczne znużenie
- zaburzenia somatyczne i czynnościowe

- wybuchy gniewu i irytacja
- okresy bezczynności w pracy
- inicjowanie konfliktów w pracy
- ucieczka przed decyzjami
- zmiana zachowań lekarza – nadmierne spożywanie alkoholu
- zażywanie narkotyków
- brak poczucia identyfikacji z zawodem.

W opinii Fenglera [30] wypalenie zawodowe charakteryzuje się następującymi objawami:

- niechęć towarzysząca wychodzeniu do pracy
- ciągłe skargi na odczuwany brak chęci do pracy bądź przepracowanie
- poczucie izolacji od świata
- odbieranie życia jako ciężkiego i ponurego
- wzrastająca ilość negatywnych wzajemnych przeniesień w kontaktach z klientami
- poirytowanie, negacja, drażliwość
- częste choroby bez rozpoznawalnych przyczyn
- myśli o ucieczce i samobójstwie.

Zespół przewlekłego zmęczenia

Praca jest darem, kiedy pomaga zrozumieć, co robimy, ale może być przekleństwem, kiedy staje się ucieczką przed pytaniem o sens życia
Paulo Coelho [1]

Zespół przewlekłego zmęczenia - ZPZ - (*chronic fatigue syndrome - CFS*), za Kurowski i Kuna [31], został zdefiniowany przez Centrum Kontroli Chorób (*Centers for Disease Control - CDC*) w 1988 roku i jak podają autorzy pomimo iż kryteria diagnostyczne dla niego opracowano stosunkowo niedawno, doniesienia na temat chronicznego uczucia zmęczenia spotkać można w pracach pochodzących z drugiej połowy XIX wieku.

W literaturze przedmiotu [31, 32, 33] podkreśla się, iż częstość występowania zespołu przewlekłego zmęczenia nie jest dokładnie określona i waha się od 0,002% do 1 % populacji, zależnie od stopnia restrykcyjności w stosowaniu kryteriów rozpoznawczych.

Podaje się także przedmiotu [31, 32, 33], iż „klasyczny" pacjent z ZPZ to kobieta rasy białej, w wieku 20-50 lat, należąca do klasy średniej, wykształcona i ambitna, stąd o zespole przewlekłego zmęczenia mówi się jako o „*yuppie fiu*".

Niestety, za Kurowski [31], do chwili obecnej nie udało się wykazać związku ZPZ z określonym czynnikiem etiologicznym.

W 1994 Fukuda i wsp. [34] zaprezentowali kryteria diagnostyczne ZPZ:.

Obecnie są one następujące:

1. Kryteria duże
   - występowanie przez co najmniej 6 miesięcy stałego lub nawracającego uczucia zmęczenia u osoby negującej podobne objawy w przeszłości; uczucie zmęczenia nie ustępuje pomimo odpoczynku w łóżku i jest wystarczająco silne, aby znacząco wpłynąć na aktywność zawodową, społeczną i osobistą chorego
   - wykluczenie obecności innego schorzenia somatycznego lub psychicznego objawiającego się uczuciem zmęczenia
2. Kryteria małe
   - ból gardła
   - bolesne powiększone węzły chłonne szyjne lub pachowe
   - bóle mięśniowe
   - przedłużone uczucie ogólnego zmęczenia po wcześniej tolerowanym wysiłku fizycznym
   - niezlokalizowane bóle głowy o charakterze innym niż bóle głowy przed chorobą,
   - wędrujący ból stawowy bez obrzęku i zaczerwienienia
   - zaburzenia pamięci i koncentracji
   - nadmierna senność lub bezsenność.

Do rozpoznania zespołu przewlekłego zmęczenia upoważnia spełnienie przez chorego kryteriów dużych oraz wystąpienie co najmniej 4 z 8 objawów stanowiących kryteria małe [34].

Komaroff i wsp. [35] zwracają także uwagę na inne objawy ZPZ, które nie mają jednak znaczenia diagnostycznego, takie jak:

- przewlekły kaszel,
- bóle uszu, dzwonienie w uszach,
- płytki oddech,
- anoreksja,
- biegunki,
- nudności,
- wzdęcia i bóle brzucha,
- zawroty głowy,
- uczucie suchości błon śluzowych (jama ustna, spojówki).

Zespół chorego budynku

Gdy powietrze jest zainfekowane zanieczyszczeniami
wrogimi dla rasy ludzkiej, człowiek staje się chory
Hipokrates, Corpus Hippocraticum [36]

Zespół chorych budynków" - „*Sick Building Syndrome*" (SBS) to termin, który został wprowadzony w roku 1982 [cyt. za 37], a pod pojęciem którego rozumie się zespół różnorodnych dolegliwości powstających wskutek długotrwałego przebywania w budynkach, których konstrukcja i wyposażenie mogą wywierać szkodliwy wpływ na zdrowie ludzkie.

Do grupy SBS zalicza się obecnie od 10% do 30% obiektów biurowych [38]. Parametry „chorych" i „zdrowych" budynków określane są w oparciu o IAQ (*Indor Air Quality*).

W roku 1987 Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) ustaliła listę objawów i jednostek chorobowych, które mogą powstać w „chorych budynkach", sporządzoną według częstości występowania takich cech, jak:

- podrażnienie lub uszkodzenie śluzówek (oczu, nosa, krtani, oskrzeli)
- wysuszenie i podrażnienie skóry
- objawy neurotoksyczne (bóle głowy, zmęczenie, rozdrażnienie, osłabienie koncentracji)
- astma oskrzelowa
- objawy astmopodobne (ucisk w klatce piersiowej, duszności)
- gorączka klimatyzacyjna
- uszkodzenie tkanki płucnej [39, 40, 41, 42, 43].

WHO dokonała także podziału niespecyficznych dolegliwości związanych z przebywaniem w budynkach na:

- zaburzenia neurotoksyczne, do których zaliczono: bóle głowy, zmęczenie, rozdrażnienie, trudności w koncentracji uwagi, zawroty głowy
- podrażnienie błon śluzowych spojówek jamy nosowo-gardłowej
- objawy „astmopochodne", takie jak: ucisk w klatce piersiowej, świsty
- podrażnienie skóry
- krwawienia z nosa
- uczucie przykrego zapachu [37, 44].

Dalsze badania w kolejnych latach doprowadziły do zmiany nazwy terminu *SBS* na *BRI* „*building - related illness" - „schorzenie związane przyczynowo z przebywaniem w budynku*" , a w jego ramach wyodrębniono dwie grupy schorzeń:

- specyficzne - stany pochodzenia alergicznego, immunologicznego, infekcyjnego
- niespecyficzne - o niejednorodnej symptomatyce - podrażnienie skóry oraz błon śluzowych, bóle głowy, zmęczenie, zaburzenia koncentracji [37, 44, 45, 46].

Inni badacze, jak np. Apter, Brooks, Rylander, Selzer, rozszerzyli jeszcze zakres schorzeń charakteryzujących BRI o:

- infekcje: legionelloza, grypa, różyczka, nawracające infekcje dróg oddechowych, przewlekły stan zapalny zatok obocznych nosa
- choroby alergiczne: głównie astma oskrzelowa, całoroczny alergiczny katar i zapalenie spojówek
- gorączkę klimatyzacyjną, alergiczne zapalenie pęcherzyków płucnych
- suchość i zaczerwienienie skóry, przede wszystkim twarzy, świąd, pokrzywkę, pogorszenie przewlekłych chorób skóry (np. wyprysk atopowy, kontaktowe zapalenie skóry)
- podrażnienie i przewlekłe zapalenie spojówek, wysychanie spojówek
- nawracające i przewlekłe zapalenie ucha środkowego i zewnętrznego
- objawy neurotoksyczne
- objawy astmopodobne, grypopodobne, zespoły zmęczeniowe (CFS - *The chronic fatigue syndrome*)
- nowotwory [39, 37, 47, 48, 49].

W literaturze przedmiotu [37, 42, 47, 50] podkreśla się, iż obiekty budowlane stwarzają specyficzny mikroklimat (nisze ekologiczne), którego elementami, wpływającymi na stan zdrowia, są nie tylko sami mieszkańcy, ale także np. umeblowanie, sprzęt, rośliny doniczkowe, tapety, wykładziny, środki używane do ich czyszczenia, szkło, skóra, materiały, sprzęt fotograficzny, papier, kserokopiarki, faxy oraz elementy konstrukcyjne budynku, jego wiek, techniki izolacji cieplnej lub jej remontu (materiały, powłoki malarskie), system wentylacyjny, teren, na którym stoi budynek, warunki zewnętrzne wokół niego.

Nie można nie wspomnieć także o zespole tzw. „ciasnego budynku" [47, 51, 52, 53], który także może dotyczyć pomieszczeń biurowych, a w którego powstawaniu bierze się pod uwagę czynniki zależne od liczby ludzi przebywających w pomieszczeniu oraz inne, takie, jak: hałas, stres, dym tytoniowy, zapachy (np. kosmetyki, środki do czyszczenia ubrań), infekcje zbiorowisk ludzkich (różyczka, legionelloza, grypa, ospa wietrzna) oraz rodzaj użytego materiału budowlanego, sposób konserwacji, rodzaj systemów wentylacyjnych, wyposażenie mieszkań, jak również rodzaj ogrzewania i/lub chłodzenia pomieszczeń.

Podsumowanie

Praca uodparnia na ból
Cyceron [1]

Choroby zawodowe pojawiające się w związku z pracą biurową wydaja się być chorobami zawodowymi przyszłości.

Szafarz [11] zauważa, iż można się spodziewać, że wkrótce w Polsce, podobnie jak obecnie w Stanach Zjednoczonych i Europie Zachodniej, coraz więcej pracowników biurowych będzie cierpieć na bóle związane ze zwyrodnieniami kręgosłupa, bóle nadgarstków, żylaki oraz pogorszenie wzroku, stąd warto powyższe zjawisko diagnozować i wdrażać sukcesywnie działania zaradcze.

Piśmiennictwo

1. http://www.cytaty.info/temat/praca.htm, data pobrania 20.04.2013.
2. Kudrycka B.: Rozwój kadr administracji publicznej, Wyższa Szkoła Administracji publicznej w Białymstoku, Białystok, 2001, 1-320.
3. Gabryś M., Lang J., Łaszek A., Pawłowska D.: Ile osób zatrudnia państwo polskie?, Analiza Forum Obywatelskiego Rozwoju 14/2012, Fundacja Forum Obywatelskiego Rozwoju, Warszawa, 2012, 1- 34.
4. Dębicki M.: Urzędnik XXI wieku [w:] Rozwój kadr administracji publicznej, Kudrycka B. (red.), Wyższa Szkoła Administracji publicznej w Białymstoku, Białystok, 2001, 7- 25.
5. http://www.pip.gov.pl/html/pl/doc/kodeks_pracy_31_01_2013.pdf, data pobrania 20.04.2013.
6. http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19980210094, data pobrania 20.04. 2013.
7. http://e-prawnik.pl/akty/a/3/a37259dfcd6be3e31eaad3206a1e2289.pdf, data pobrania 20.04.2013.
8. http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m1&ms=904&ml=pl&mi=904&mx=0&mt =&my=9&ma=020080, data pobrania 20.04.2013.
9. http://www.dziennikustaw.gov.pl/DU/2012/662/1, data pobrania 20.04.2013.
10. http://www.dziennikustaw.gov.pl/DU/2012/663/1, data pobrania 20.04.2013.
11. Szafarz M.: Raport **c**horoby zawodowe pracowników biurowych, PPH SURFLAND SP z o.o., Warszawa, 1-32., http://www.nowebiuro.pl/images/multimedia/raport_ choroby.pdf, data pobrania 20.04.2013.

12. Del Pozo-Cruz B., Del Pozo-Cruz J., Adsuar J.C. et al.: Reanalysis of a tailored web-based exercise programme for office workers with sub-acute low back pain: Assessing the stage of change in behavior, Psychol Health Med. 2013 Feb 11. [Epub ahead of print].
13. Sadeghian F., Raei M., Ntani G., Coggon D.: Predictors of incident and persistent neck/shoulder pain in Iranian workers: a cohort study, PLoS One. 2013;8(2):e57544. doi: 10.1371/journal.pone.0057544. Epub 2013 Feb 28.
14. Moloney N., Hall T., Doody C.: Sensory Hyperalgesia is Characteristic of Nonspecific Arm Pain: A Comparison With Cervical Radiculopathy and Pain-Free Controls. Clin J Pain. 2013 Jan 30. [Epub ahead of print].
15. Myburgh C., Hartvigsen J., Aagaard P., Holsgaard-Larsen A.: Skeletal muscle contractility, self-reported pain and tissue sensitivity in females with neck/shoulder pain and upper Trapezius myofascial trigger points- a randomized intervention study, Chiropr Man Therap., 2012, 25, 20, 36. doi: 10.1186/2045-709X-20-36.
16. Cho C.Y., Hwang Y.S., Cherng R.J.: Musculoskeletal symptoms and associated risk factors among office workers with high workload computer use. J Manipulative Physiol Ther., 2012, 35, 534-540.
17. Huber J., Lisiński P., Polowczyk A.: Reinvestigation of the dysfunction in neck and shoulder girdle muscles as the reason of cervicogenic headache among office workers. Disabil. Rehabil., 2013, 5, 793-802.
18. Portello J.K., Rosenfield M., Bababekova Y., et al.: Computer-related visual symptoms in office workers. Ophthalmic. Physiol. Opt., 2012, 32, 375-382.
19. Freudenberger H.: The staff burn-out syndrome in alternative institutions. Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 1975, 12, 73-82.
20. Freudenberger, H. J. : Staff burnout. JSI, 1974, 30, 159-165.
21. Anczewska M., Świtaj P., Roszczyńska J.: Wypalenie zawodowe, Post. Psych. Neurol., 2005, 14, 67-77.
22. Iskra-Golec I., Costa G., Folkard S. i wsp.: Stres pracy zmianowej, przyczyny, skutki, strategie przeciwdziałania. TAiWPN Universitas. Kraków, 1998, 215-219
23. Aronson E., A.M. Pines A.M., Kafry D.: Ausgebrannt Vom Überdruß zur Selbstentfaltung, Klett Cotta Verlag , Stuttgart , 2006, 1-206.
24. Henzel-Korzeniowska A.: Wypalenie zawodowe, fanaberia intelektualna czy rzeczywisty problem. Lek. Rodz., 2004, 9, 146-150.

25. Pines A.M.: Wypalenie . w perspektywie egzystencjalnej [w:] Wypalenie zawodowe- przyczyny, mechanizmy, zapobieganie, Sęk H. (red.). Warszawa: Wyd. Nauk. PWN; 2000, 32- 57.
26. Maslach C., Schanfeli W.B., Leiter M.P.: Job burnout. Ann. Rev. Psychol., 2001, 52, 397-422.
27. Maslach Ch.: Burnout-the Cost of Caring, Englewood Cliffs, Prentice Hall, New York, 1982.
28. Kamrowska A.: Wypalenie zawodowe, Pol. Merk. Lek., 2007,23, 317-319.
29. Barański J.: Ryzyko niepowodzeń w praktyce lekarskiej. Lek. Rodz., 2005, 10, 1110-1113.
30. Fengler J.: Pomaganie męczy. Wypalenie w pracy zawodowej, GWP, Gdańsk, 2001, 1- 207.
31. Kurowski M., Kuna P.: Zespół przewlekłego zmęczenia, Alergia Astma Immunologia, 1997, 2, 223-228.
32. Straus S.E., Komaroff A.L., Wedner H.J.: Chronic fatigue syndrome: point and counterpoint. J. Infect. Dis., 1994, 170, 1-6.
33. Gunn W.J., Connell D.B., Randall B.: Epidemiology of chronic fatigue syndrome: the Centers for Disease Control Study, Ciba Found Symp., 1993, 173, 83-93.
34. Fukuda K., Straus S.E., Hickie I. et al.: The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. International Chronic Fatigue Syndrome Study Group. Ann. Intern. Med., 1994, 15, 953-959.
35. Komaroff AL, Geiger AM, Wormsely S.: IgG subclass deficiencies in chronic fatigue syndrome. Lancet, 1988, 4, 1288-1289.
36. http://www.tchik.com.pl/archiwum/2006/8/Zakazenia_Szpitalne_cz1_KAISER.pdf, data pobrania 28.04.2013
37. Wittczak T., Walusia J., Paczyński C.: Sick building syndrome- nowy problem w medycynie pracy. Med. Pr., 2001, 5, 369-373.
38. Jankowska E., Kondej D., Pośniak M.: Subiektywna ocena jakości środowiska pracy w pomieszczeniach biurowych. Med. Pr., 2003, 54, 437-444.
39. Apter A., Bracher A., Hodgson M. et all: Epidemiology of the sick building syndrome. J. Allergy Clin. Immunol., 1994, 94, 227-288.
40. Chandrakumar M., Evans J., Arulantantham P.: An investigation into sick building syndrome among local authority employees. Ann. Occup. Hyg., 1994, 30, 285-295.

41. Engvall K., Norrby C., Norback D.: Asthma symptoms in relation to building dampness and odour in older multifamily houses in Stockholm. Int. J. Tuberc. Lung. Dis., 2001, 5, 468-477.
42. Kędzierska I., Kędzierski W., Kurzawa R.: Wpływ zmienionych warunków środowiskowych na powstawanie i rozwój chorób alergicznych. Terapia, 1996, 5, 3-14.
43. Wiesmuller G.A., Ebel H., Hornberg C.: Syndomes in environmental medicine: variants of somatoform disorders. Fortschr. Neurol. Psychiatr., 2001, 69, 175-188.
44. Ochmański W., Barabasz W.: Mikrobiologiczne zagrożenia budynków i pomieszczeń mieszkalnych oraz ich wpływ na zdrowie (syndrom chorego budynku), Przegląd Lekarski, 2000, 7-8, 419-423.
45. Tanaka-Kagawa T., Uchiyama S., Matsushima E. et. all: Survey of volatile organic compounds found in indoor and outdoor air samples from Japan. Kokuritsu Iyakuhin Shokuhin Eisei Kenkyusho Hokoku, 2005, 123, 27-31.
46. Wittczak T., Dudek W., Walusia W. i wsp.: Sick building syndrome due to exposure to pentachlorophenol in the office: a case report, Med. Pr., 2006, 57, 21-24.
47. Brooks St.: Host susceptibility to indoor air pollution. J. Allergy Clin. Immunol., 1994, 94, 334-351.
48. Rylander R.: Sick building syndrome [w:]. Proceedings of XVI European Congress of Allergology and Clinical Immunology ECACI 95, Basomba A., Sastre J. Monduzzi ed., Bologna, 1995, 409-414.
49. Selzer J.: Building – related factors to consider in indoor air quality evaluations. J. Allergy Clin. Immunol., 1994, 94, (part 2), 351-361.
50. Rios J.L., Boechat J.L., Gioda A., et al: Symptoms prevalence among office workers of a sealed versus a non-sealed building: associations to indoor air quality, Environ Int., 2009, 35, 1136-1141.
51. Dacarro C., Grignani E., Lodola L., Grisoli P., Cottica D.: Proposed microbiological indexes for the assesment of air quality in buildings. G. Ital. Med. Lav. Ergon., 2000, 22, 229-235
52. Simoni M, Annesi-Maesano I, Sigsgaard T, Norback D i wsp. School air quality related to dry cough, rhinitis and nasal patency in children HESE study. ERJ 2010; 35: 742-749.
1. Bogacka E.: Wpływ współczesnych pomieszczeń na rozwój i przebieg chorób alergicznych. Alerg. Astma Immun., 2011, 16, 75-79.

Szymańczyk Piotr[1], Rozwadowska Emilia[2], Młynarczyk Izabela[1,3], Nędzi Agata[3], Krajewska-Kułak Elżbieta[2]

Zespół wypalenia zawodowego elektroradiologów

1. SKN Wolontariuszy Medycznych przy Zakładzie Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
3. Klinika Neurologii i Rehabilitacji Dziecięcej Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

Wstęp

W literaturze termin wypalenie zawodowe po raz pierwszy pojawił się w latach 50-tych XX wieku za sprawą Schwartza i Willa, którzy to przeprowadzali badania psychologiczne wśród pielęgniarek. Termin „wypalenie zawodowe" jako pierwszy określił H. J. Freudenberg definiując je jako „stan wyczerpania jednostki, spowodowany nadmiernymi zadaniami stawianymi jej przez fizyczne lub społeczne środowisko pracy" [cyt. za 1].

Zjawisko wypalenia zawodowego można interpretować w ujęciu interdyscyplinarnym na gruncie takich nauk, jak psychologia społeczna, psychologia pracy, zarządzanie, psychologia osobowości i psychologia kliniczna.

Literatura przedmiotu pojęcie „wypalenie zawodowe" definiuje jako grupę charakterystycznych objawów psychicznych oraz somatycznych będących następstwem przewlekłego stresu, związanych z istotnym i stałym dla danej osoby zajęciem zawodowym. Zespół ten dotyczy tych osób, które pracują z innymi ludźmi (m.in. pielęgniarki, lekarze, pedagodzy, prawnicy) i których istotą są bliskie i częste kontakty z ludźmi, a także niesienie im pomocy [2].

Według Cherniss wypalenie zawodowe jest wycofaniem się z działalności zawodowej w odpowiedzi na zbyt duży stres bądź też niezadowolenie z wykonywanej pracy. Uważał, że jest to proces rozpoczynający się nadmiernym i długotrwałym działaniem stresu, który powoduje uczucie napięcia, drażliwość oraz zmęczenie wśród pracowników. Na skutek tego występuje izolowanie się oraz dystansowanie wobec chorych, czemu towarzyszą zachowania apatyczne, cyniczne, grubiańskie bądź też szorstkie [3].

Według Pines i Aronsona wypalenie zawodowe jest stanem fizycznym, emocjonalnym i psychicznym wyczerpaniem, spowodowanym przez długotrwałe zaangażowanie się w sytuacje, które są obciążające pod względem emocjonalnym [4].

Czynniki wypalenia zlokalizowane są zazwyczaj w trzech głównych płaszczyznach życia jednostki [5]:

- czynniki indywidualne - niska samoocena, niepewność, defensywność, zależność, bierność, poczucie kontroli zewnętrznej, nieracjonalne przekonania o roli zawodowej, niskie poczucie skuteczności zaradczej, specyficzny typ kontroli polegający na unikaniu sytuacji trudnych, wysoka reaktywność i silna motywacja do pracy;
- czynniki interpersonalne - do nich można zaliczyć sytuacje stresowe, które przynoszą kontakty z przełożonymi i współpracownikami, tj. konflikty interpersonalne, brak zaufania wobec siebie, zaburzona komunikacja, przemoc psychiczna, agresja werbalna, lobbing, zamierzone bądź też nie przyczynianie się pracodawcy do obniżenia poczucia własnej wartości i samoskuteczności pracowników, np. kwestionowanie kompetencji czy też blokowanie aktywności swych podwładnych. Interpersonalnych źródeł wypalenia zawodowego należy szukać także w relacjach, jakie zachodzą pomiędzy pracownikiem a klientem instytucji. Z jednej strony pełniona rola zawodowa wymaga od pracownika zaangażowania emocjonalnego w sprawy innych ludzi, z drugiej zaś intensywne zaangażowanie prowadzi do stopniowej utraty energii, a w konsekwencji do wypalenia zawodowego. Pracownicy instytucji wspierających borykają się zatem z dylematem czy zadbać o interes klientów, czy też chronić zasoby własnej energii. Jest to szalenie trudne i wymaga zwłaszcza doświadczenia zawodowego, wewnętrznej dojrzałości, odpowiedzialności i dyscypliny;
- czynniki organizacyjne - wiążą się z narzuconymi pracownikowi obowiązkami i sposobem przekazu ich w postaci nakazów i zakazów, co tworzy zbiór oczekiwań wobec niego. Bardzo często prowadzi to do stresu, szczególnie gdy pracownik przeciążony jest nadmierną liczbą obowiązków; stawiane są mu wymagania, których nie jest w stanie wykonać w danym czasie lub przy pomocy dostępnych środków; cele instytucji sprzeczne są z wartościami i normami uznawanymi przez pracownika; ilość informacji niezbędnych do prawidłowego wykonania obowiązków jest niewystarczająca bądź też nie są one jasno sprecyzowane.

Bardzo często zdarza się również tak, że pracownicy borykający się z codziennymi, trudnościami przenoszą swe problemy na pracę zawodową. Przyczyny tego stanu stanowią układ wzajemnie ze sobą powiązanych czynników. W związku z tym warto wskazać następujące niezwykle ważne przyczyny [6]:

- związane z pracą zawodową - monotonia, niskie wynagrodzenie, małe szanse awansu, biurokracja, stres współpracowników;
- związanych z osobą pracującą - niedojrzałość osobowości, bierność, niepewność w kontaktach z innymi osobami, bezradność, osamotnienie, przecenianie wpływu sił zewnętrznych (los, przypadek, inni ludzie).

Wśród przyczyn prowadzących do wypalenia zawodowego zaliczyć również można następujące grupy [7]:

- stresory związane ze środowiskiem fizycznym, tj. hałas, zatłoczenie, nieprawidłowo dopasowane sprzęty biurowe bądź ich brak;
- stresory związane ze sposobem wykonywania pracy, np. pośpiech, monotonia, nierytmiczność przebiegu pracy, praca w godzinach nocnych lub wieczornych;
- stresory związane z funkcjonowaniem pracownika jako członka organizacji, np. odpowiedzialność, brak udziału w podejmowaniu decyzji, brak możliwości wypowiadania własnej opinii w istotnych kwestiach dla organizacji;
- stresory związane z rozwojem zawodowym, np. niezadowolenie z przebiegu kariery, brak możliwości dalszego rozwoju zawodowego, brak poczucia stałości pracy;
- stresory związane z jednoczesnym funkcjonowaniem w organizacji i poza nią, np. niemożność pogodzenia obowiązków zawodowych z obowiązkami rodzinnymi;
- styl kierowania niedopasowany do zadań placówki oraz potrzeb pracowników.

H. Sęk za przyczynę wypalenia się uznaje czynniki środowiskowe, tj. stres zawodowy i cechy podmiotu, a zwłaszcza mechanizmy zmagania się ze stresem, dla których to mechanizmów głównym mediatorem jest poczucie własnej skuteczności zawodowej. Niski poziom kompetencji zaradczych wyzwala typową dla wypalania się obronę pod postacią depersonalizowania i obniżania zaangażowania zawodowego, co w konsekwencji pogarsza efekty w pracy zawodowej i powoduje obniżenie poczucia dokonań osobistych w relacji ważnych i wartościowych dla jednostki celów życiowych [8].

Literatura przedmiotu nie określa ścisłych kryteriów mówiących, że dana osoba jest już „wypalona” bądź też nie jest. Można jedynie oceniać stopień nasilenia objawów i mówić o większym bądź też mniejszym natężeniu każdego z nich. Zespół wypalenia jest zatem kontynuacją objawów, rozciągającym się aż do całkowitego „wypalenia”.

Do najczęściej występujących objawów literatura przedmiotu zalicza przede wszystkim [9]:

- znużenie fizyczne;

- zaburzenia somatyczne i czynnościowe;
- wybuchy gniewu i irytacja;
- okres bezczynności w pracy;
- inicjowanie konfliktów w pracy;
- ucieczka przed decyzjami;
- zmiana zachowań lekarza- nadmierne spożywanie alkoholu, narkotyków;
- brak poczucia identyfikacji z zawodem.

Próby opisu etapów rozwoju wypalenia zawodowego są podejmowane wciąż na nowo. Burisch wyróżnia następujące [10]:

- symptomy ostrzegawcze fazy początkowej;
- zredukowane zaangażowanie wobec klientów i pacjentów, wobec innych ogólnie, większe roszczenia;
- reakcje emocjonalne, poczucie winy (depresja, agresja);
- rozpad;
- spłycenie;
- reakcje psychosomatyczne;
- zwątpienie.

Jak już zostało wcześniej wspomniane, wypalenie zawodowe jest złożoną i wielowymiarową odpowiedzią na chroniczny stres interpersonalny w pracy. Narasta stopniowo, bardzo często w sposób ukryty i jest trudny do odwrócenia. Prowadzi do licznych zaburzeń w psychologicznym, społecznym oraz fizjologicznym funkcjonowaniu jednostki. Szczególnego znaczenia nabiera poczucie wyczerpania fizycznego oraz psychicznego. Są to bóle głowy, mięśni, zaburzenia snu, trudności gastryczne, problemy kardiologiczne. Najczęściej łączy się to ze zmianą apetytu a tym samym ze spadkiem wagi. Przedłużający się stan zmęczenia prowadzi do sztywności myślenia oraz stereotypowego postrzegania rzeczywistości [11].

Skutki wypalenia zawodowego są również odczuwalne w płaszczyźnie zawodowej. Przejawia się to w mniejszym zaangażowaniu w pracę, obniżoną skutecznością pracownika oraz skłonnością do konfliktów, co może skutkować mniejszym zadowoleniem usługobiorców z poziomu świadczonych usług. Badania statystyczne potwierdzają, że wypaleni pracownicy częściej zmieniają pracę, a w niektórych przypadkach całkowicie porzucają swój zawód [12].

Reasumując, następstwa wypalenia zawodowego są rozległe i powiązane z każdą sferą życia człowieka. Jedynie szybka i profesjonalna interwencja może spowodować korzystne zmiany oraz zahamować narastającą spiralę strat i zmniejszyć jego nasilenie.

Cel pracy

Celem zasadniczym była ocena wpływu poziomu satysfakcji życiowej na występowanie syndromu wypalenia zawodowego u elektroradiologów.

Cele szczegółowe:

- ocena satysfakcji zawodowej elektroradiologów
- występowanie zespołu wypalenia zawodowego wśród elektroradiologów
- ocena zależności pomiędzy poziomem satysfakcji życiowej a występowaniem zespołu wypalenia zawodowego u elektroradiologów.

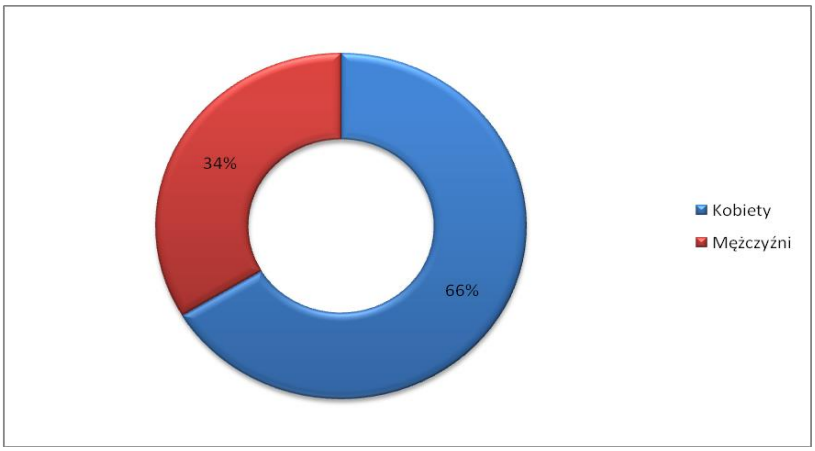
Materiał i metodyka

Ankieta została przeprowadzona wśród 101 czynnie pracujących elektroradiologów studiujących na Wydziale Nauk o Zdrowiu UMB lub pracujących w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku, Białostockim Centrum Onkologii, Szpitalu MSWiA w Białymstoku.

Badania zostały przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego przy użyciu:

- autorskiego kwestionariusza składającego się z części ogólnej i zasadniczej
- standaryzowanego kwestionariusza SWLS
- standaryzowanego kwestionariusza MBI (*Maslach Burnout Inventory*).

Wyniki

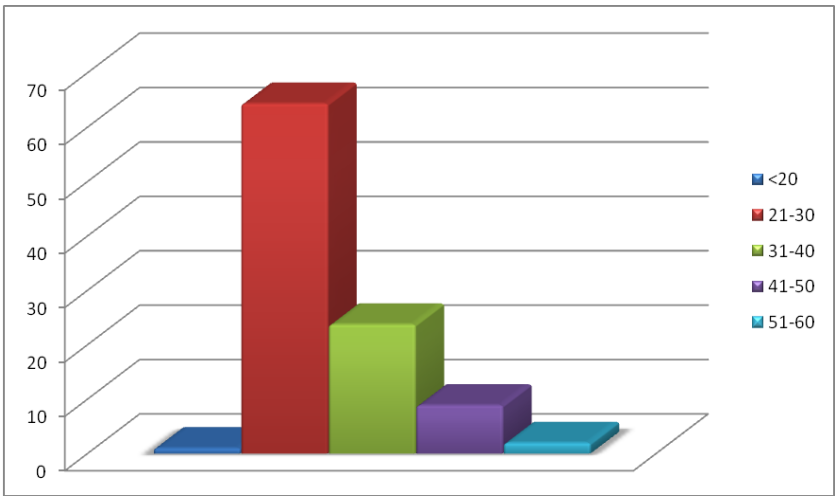


Rycina 1. Płeć ankietowanych, N-101

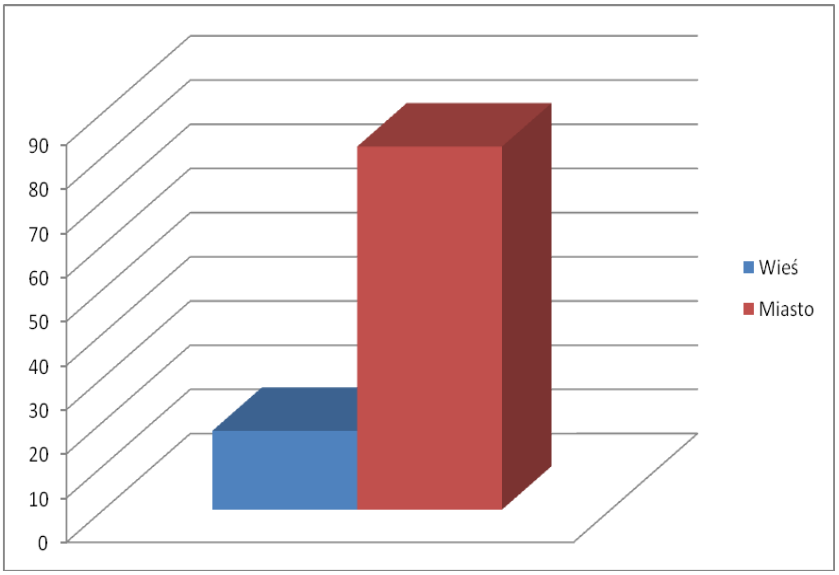
Wśród ankietowanych można było zauważyć znaczną przewagę (66,34%) kobiet nad mężczyznami (33,66%) (Rycina 1).

Największą grupę badanych stanowiły osoby w wieku 21-30 lat (64,36%) (Rycina 2).

Najliczniejsza grupa osób ankietowanych (82,18%) mieszkała w mieście, natomiast zaledwie 17,82% na wsi (Rycina 3).

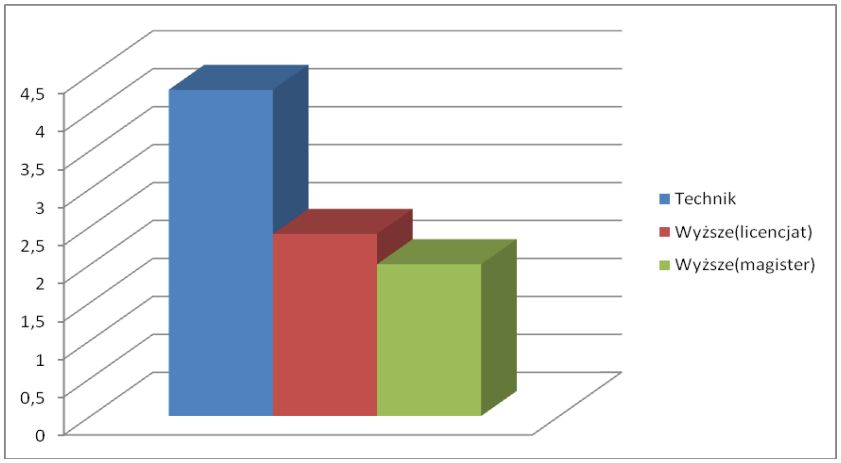


Rycina 2. Wiek ankietowanych, N-101.



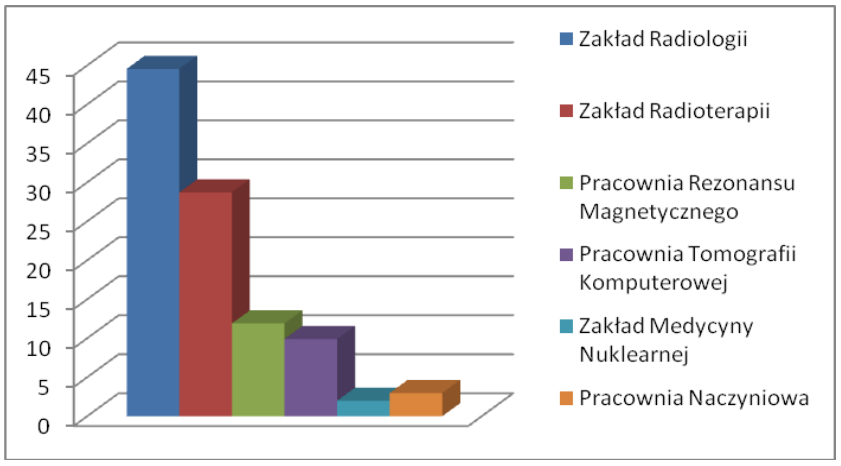
Rycina 3. Miejsce zamieszkania ankietowanych, N-101.

65,36% ankietowanych posiadało wykształcenie techniczne, 31,68% wykształcenie wyższe- licencjat, natomiast 2,96% osób wykształcenie wyższe- magister (Rycina 4).



Rycina 4. Wykształcenie ankietowanych, N-101

Miejscem pracy blisko połowy ankietowanych osób 44,55% był Zakład Radiologii, 28,71% ankietowanych pracowało w Zakładzie Radioterapii, natomiast 11,98% w Pracowni Rezonansu Magnetycznego. Co dziesiąta osoba pracowała w Pracowni Tomografii Komputerowej. Dla trzech osób miejscem pracy była Pracownia Naczyniowa, a dla dwóch Zakład Medycyny Nuklearnej (Rycina 5).



Rycina 5. Miejsce pracy ankietowanych, N-101

Najwięcej elektroradiologów (35,64%) pracowało w zawodzie 5-10 lat, kolejne 33,66% poniżej 5 lat. Blisko co piąty ankietowany 17,82% miał staż pracy powyżej 20 lat. Najwięcej kobiet (38,81%) deklarowało staż pracy poniżej 5 lat, zaś u 38,24% mężczyzn staż ten wynosił od 5-10 lat Najdłużej pracującymi osobami są pracownicy Zakładu Radiologii (Tabela I).

Tabela I. Staż pracy ankietowanych względem płci i miejsca pracy

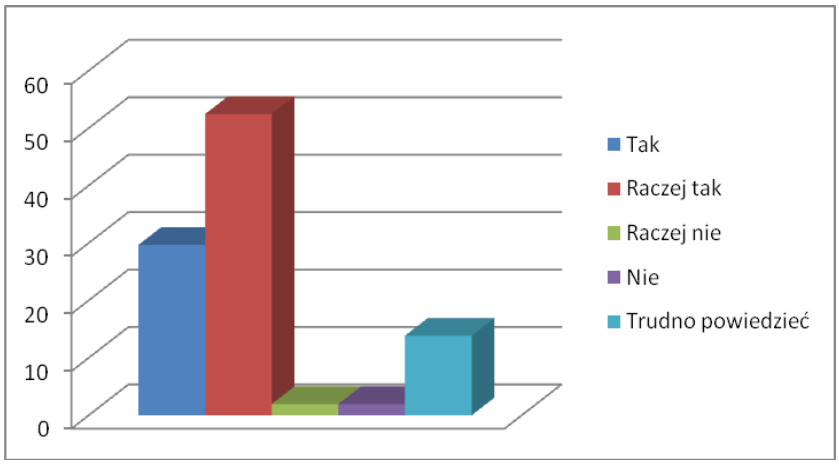
		<5 lat		5-10 lat		11-20 lat		>20 lat	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Płeć	Kobieta	26	38.81	23	34.33	8	11.94	10	14.93
	Mężczyzna	8	23.53	13	38.24	5	14.71	8	23.53
Miejsce pracy	Zakład Radiologii	17	37.78	15	33.33	4	8.89	9	20.00
	Z. Radioterapii	7	24.14	11	37.93	6	20.69	5	17.24
	Pozostałe	10	37,04	10	37,04	3	11,11	4	14,81

Blisko połowa ankietowanych osób (44,78%) była raczej zadowolona z obecnie wykonywanej pracy, a niewiele mniej - 35,82% było z niej bardzo usatysfakcjonowanych. Nie było w stanie określić swego zadowolenia z pracy 16,42% respondentów. Żadna z ankietowanych osób jasno nie stwierdziła, że nie jest zadowolona z aktualnie wykonywanej pracy. Dane szczegółowe w podziale na płeć oraz miejsce pracy wykazują, że blisko 80% kobiet jest zadowolonych z wykonywanej pracy, podobnie przedstawia się sytuacja, jeśli chodzi o mężczyzn. Zakład Radiologii oraz Radioterapii cieszyły się największym zadowoleniem wśród ankietowanych osób (Tabela II).

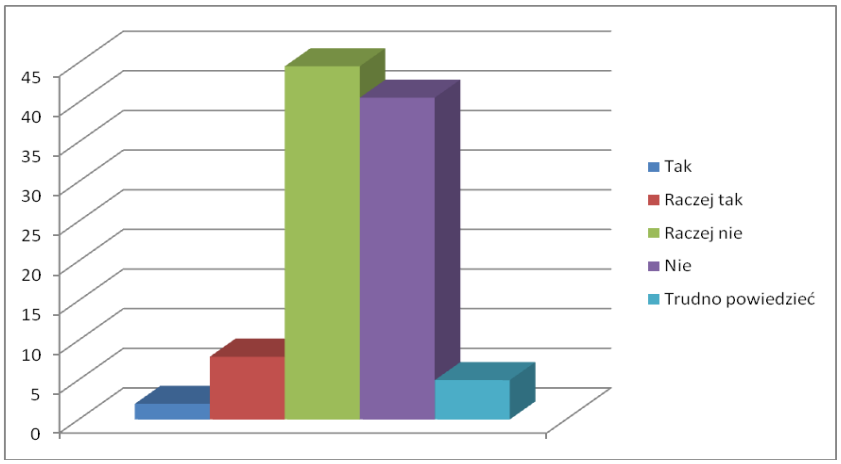
Tabela II. Zadowolenie ankietowanych z obecnej pracy względem płci i miejsca pracy.

		Tak		Raczej tak		Raczej nie		Nie		Trudno powiedzieć	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Płeć	Kobieta	4	5.82	30	44.78	2	2.99	0	0.00	11	16.42
	Mężczyzna	16	47.06	13	38.24	4	11.76	0	0.00	1	2.94
Miejsce pracy	Z. Radiologii	23	51.11	17	37.78	3	6.67	0	0.00	2	4.44
	Z. Radioterapii	9	31.03	15	51.72	1	3.45	0	0.00	4	24.14
	Pozostałe	8	29,63	11	40,74	2	7,41	0	0.00	6	22,22

Ponad połowa ankietowanych osób - 52,47% raczej chciałaby pracować w obecnym miejscu pracy, a co trzeci 29,7% był tego pewien (Rycina 6). Prawie połowa respondentów - 44,55% jednoznacznie stwierdziła, że praca w zawodzie nie jest monotonna (Rycina 7).

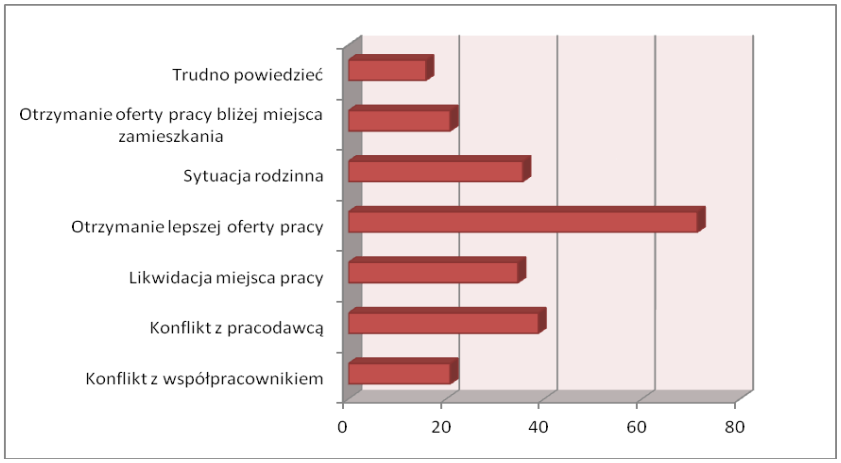


Rycina 6. Opinia ankietowanych na temat, kontynuacji pracy na aktualnym stanowisku



Rycina 7. Opinia badanych na temat monotonności pracy w zawodzie elektroradiologa

Zdecydowana większość ankietowanych uznała, że na decyzję o zmianie miejsca pracy wpływ miałoby otrzymanie lepszej oferty pracy (71,29%) oraz likwidacja miejsca pracy (64,64%). 35,64% oraz 38,81% uznało, że zmieniłoby pracę na skutek konfliktu z pracodawcą bądź też, gdyby zmusiła ich do tego sytuacja rodzinna. 20,79% elektroradiologów uznało za powód zmiany miejsca pracy otrzymanie oferty pracy bliżej miejsca zamieszkania oraz konflikt ze współpracownikami. Co szósta osoba (15,84%) nie była w stanie określić, który z czynników miałby wpływ na decyzję o zmianie miejsca pracy (Rycina 8).



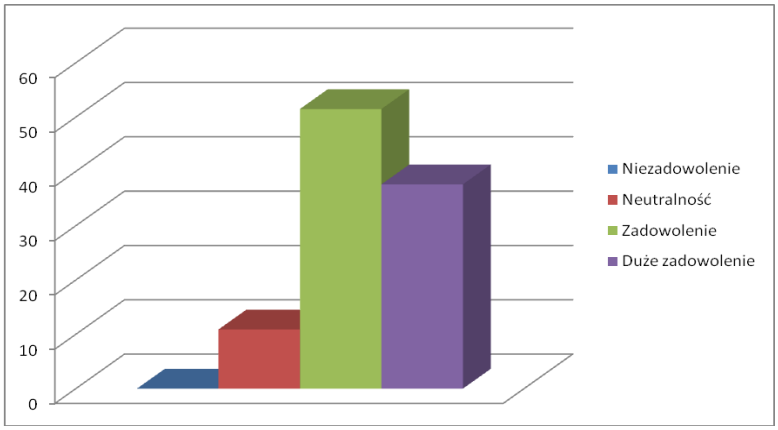
Rycina 8. Zdanie respondentów na temat przyczyn ewentualnej zmianie miejsca

Zarówno kobiety, jak i mężczyźni zwłaszcza z Zakładu Radiologii uznali, iż kontakty z pozostałym personelem medycznym są poprawne i byli oni z nich zadowoleni (Tabela III i Rycina 9).

Większości ankietowanych - 51,49% uznała, że relacje ze współpracownikami wywołują zadowolenie, natomiast 36,62% oceniło te relacje na bardzo zadowalające (Rycina 9). Większość ankietowanych - 60,40% uznała, że praca daje im możliwość pomagania innym. Tak uznało 59,70% kobiet oraz 55,88% mężczyzn, szczególnie z Zakładu Radiologii. Szczegółowe wyniki odzwierciedla (Tabela IV).

Tabela III. Opinia ankietowanych na temat relacji z innym personelem medycznym.

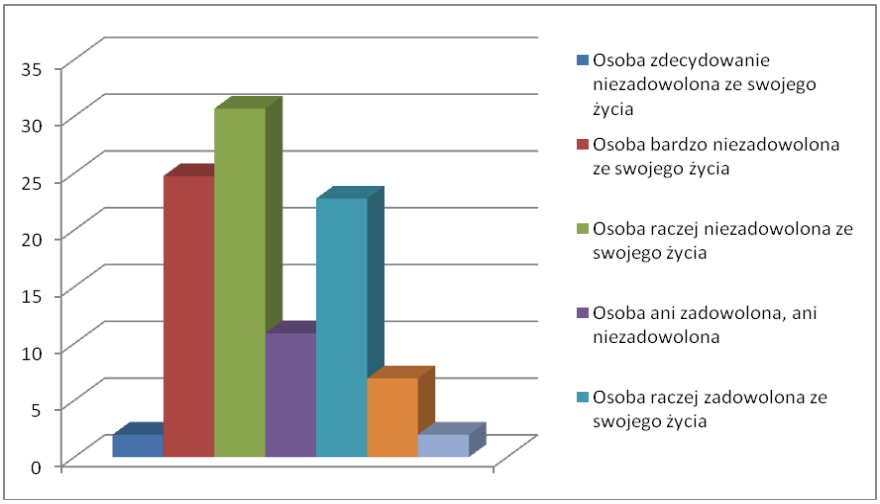
		Tak		Raczej tak		Raczej nie		Nie		Trudno powiedzieć	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Płeć	Kobieta	14	20.90	49	73.13	1	1.49	0	0.00	3	4.48
	Mężczyzna	12	35.29	19	55.88	1	2.94	0	0.00	2	5.88
Miejsce pracy	Z. Radiologii	15	33.33	30	66.67	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	Z. Radioterapii	5	17.24	19	65.52	2	6.90	0	0.00	3	10.34
	Pozostałe	6	22,22	19	70,37	0	0.00	0	0.00	2	7,41



Rycina 9. Ocena relacji ze współpracownikami wśród ankietowanych

Tabela IVV. Ocena możliwości pomagania innym według respondentów, N= 101

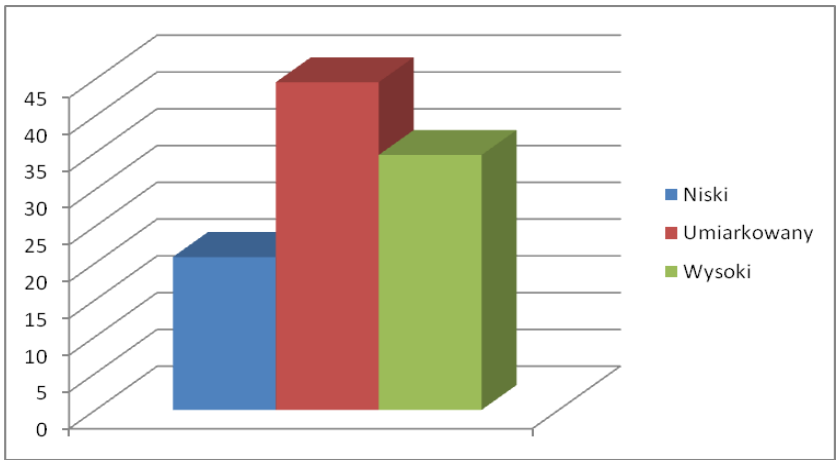
		Niezadowolenie		Neutralność		Zadowolenie		Duże zadowolenie	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Płeć	Kobieta	3	4,48	14	20,90	40	59,70	10	14,93
	Mężczyzna	2	5,88	8	23,53	19	55,88	5	14,71
Miejsce pracy	Z. Radiologii	2	4,44	6	13,33	29	64,44	8	17,78
	Z. Radioterapii	1	3,45	6	20,69	18	62,07	4	13,79
	Pozostałe	0	0,00	5	18,52	16	59,26	6	22,22



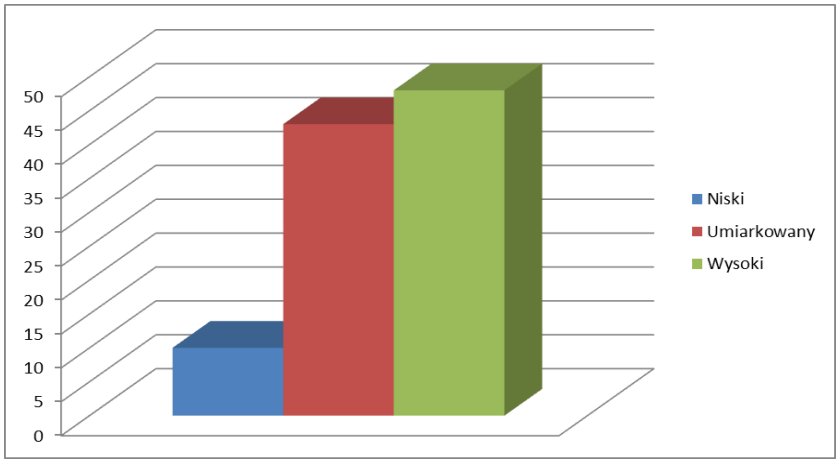
Rycina 10. Skala satysfakcji z życia (SWLS) według ogółu badanych osób, N=101

Blisko co trzeci ankietowany (30,69%) uznał, że raczej nie jest zadowolony ze swojego życia. 24,75% osób było bardzo niezadowolonych z własnego życia, natomiast 22,77% osób było raczej zadowolonych (Rycina 10).

Z zebranych danych wynika, że blisko połowa ankietowanych (44,55%) była wyczerpana emocjonalnie w stopniu umiarkowanym, 34,66% w stopniu wysokim, natomiast 20,79% w stopniu niskim (Rycina 11).



Rycina 11. Poziom wyczerpania emocjonalnego ogółu badanych osób, N=101



Rycina 12.Poziom depersonalizacji wyniki ogólne, N=101

Jak wynika z przeprowadzonej ankiety, depersonalizacja w stopniu wysokim prezentowało 47,52% osób, w stopniu umiarkowanym- 42.57%.

Dyskusja

Wysokiński [13] przeprowadził badania na grupie 891 czynnych zawodowo pielęgniarek zamieszkałych w Polsce na terenie województw: mazowieckiego, kujawsko-pomorskiego i lubelskiego. W pracy wykorzystano Skalę Satysfakcji z Życia (SWLS). Na podstawie przeprowadzonych badań dowiedziono, że w aspekcie przeżyć związanych z pracą, pielęgniarki mają zaniżone poczucie sukcesu zawodowego, a także niższy poziom zadowolenia z życia [13].

Badania przeprowadzone w tej pracy również wskazują na to, iż to właśnie elektroradiolodzy mają zaniżone poczucie sukcesu zawodowego 100%, a także mają zaniżony poziom satysfakcji z życia.

Matthews i MacDonald-Rencz [14] uważają, że potrzeba zdrowego i przyjaznego środowiska pracy w instytucjach medycznych i efektywna współpraca w zespole, to czynniki bezdyskusyjne dla prawidłowego funkcjonowania w ramach sektora zdrowotnego [14].

Podobne wyniki uzyskano w tej pracy, bowiem pomimo tego, iż ankietowani deklarowali, iż ich kontakty z personelem medycznym są pozytywne (67,33% respondentów) to większość z nich stwierdziła, że dobre kontakty z bezpośrednim przełożonym (54,46%) oraz poczucie uznanie przez przełożonego w miejscu pracy (42,57%) wzbudza w nich zadowolenie, co świadczy o tym, iż jest to istotny element.

W 2007 roku zostały przeprowadzone badania, które objęły swym zasięgiem 550 aktywnych zawodowo pielęgniarek, zatrudnionych w oddziałach szpitalnych. Wynika z nich, że problem wypalenia osobistego i związanego z pracą występuje częściej, aniżeli wypalenie w kontaktach z pacjentami [15]. Odnotowano tym samym wpływ czynników socjodemograficznych na pojawienie się symptomów wypalenia zawodowego. Wśród najczęściej wymienianych znalazły się: wiek, płeć, wykształcenie i stan cywilny czy staż pracy. Pielęgniarki zatrudnione dłużej na danym stanowisku częściej doświadczają wypalenia związanego z pracą i w kontaktach z pacjentami, natomiast na wypalenie osobiste bardziej narażone są osoby z krótszym stażem pracy ogółem [16].

Badania przeprowadzone w niniejsze pracy wykazały, że pomimo młodego wieku ankietowanych osób - 64,36% w grupie 21-30 lat, czują się one wyczerpane emocjonalnie-wysoki poziom wyczerpania prezentowało 34,66% ankietowanych oraz wykazują wysoki poziom depersonalizacji- 47,52% osób . Największym zaskoczeniem pracy był jednak fakt, iż wszystkie osoby w 100% potwierdziły, iż mają poczucie utraty dokonań osobistych, co zdecydowanie prowadzi do powstania wypalenia zawodowego.

Maslach [17] zauważyła, że cechy osobowościowe i demograficzne są przyczynami drugoplanowymi pojawienia się syndromu burnout. Najbardziej niebezpieczne są te, które wiążą się bezpośrednio ze środowiskiem pracy; zarówno czynniki fizyczne, jak i psychospołeczne środowiska zawodowego [17].

Podobne wyniki uzyskano tej pracy, gdyż ankietowani są bardzo zadowoleni z dobrej organizacji pracy (42,58% respondentów), która wzbudza w nich zadowolenie, z poczucia pewności zatrudnienia, jak również bezpieczeństwa w pracy.

Duńska badaczka, Borritz [18] zauważyła, że na pojawienie się objawów wypalenia osobistego największy wpływ ma zbyt duże obciążenie pracą oraz wymagania emocjonalne, konflikty roli, brak lub niewielkie możliwości rozwoju zawodowego, a także brak precyzji w sformułowaniu roli zawodowej. Podczas klasyfikacji determinant wpływających na wypalenie w związku z wykonywaną pracą, oprócz powyższych, pojawia się również zbyt duże tempo pracy. Wypalenie w kontaktach z pacjentami spowodowane jest, zdaniem autorki badań, czynnikami natury emocjonalnej, tj. skrywanie uczuć oraz poszukiwanie odpowiedzi na pytania związane z sensem pracy, co powoduje znaczne obciążenie emocjonalne [18]. Podobne wyniki uzyskano w badaniach przeprowadzonych przez Duquette [19]. Wykazano w nich, że konflikt roli, presja czasu, brak satysfakcji z pracy oraz zbyt silne zaangażowanie emocjonalne były najsilniej skorelowane z wypaleniem wśród pielęgniarek [19]. Do podobnych wniosków doprowadziły badawcze poszukiwania Kristensena oraz Hasselhorna [20] wraz z zespołem. Silne zaangażowanie emocjonalne było przyczyną wypalenia wśród pielęgniarek, sprawujących opiekę w instytucjach medycznych Północnej Karoliny. Szwedzkie badania potwierdzają, iż wypalenie zawodowe związane jest z wyczerpaniem emocjonalnym, cynizmem oraz niską wydajnością [20].

Podczas analizy odpowiedzi ankietowanych osób można stwierdzić, iż respondenci są związani emocjonalnie ze swoimi pacjentami, gdyż wykazywali wysoki (45,55%) bądź też bardzo wysoki (24,13%) poziom poczucia, iż wykonywana praca ma sens (45,55%) oraz to, iż mają możliwość niesienia pomocy innym ludziom (80, 53%). Bardzo pocieszający jest fakt, iż większość badanych osób ma możliwość podnoszenia swych kwalifikacji zawodowych w zakładzie pracy (78,21%) oraz są zadowoleni - 35,82% bądź raczej zadowoleni - 44,78% z aktualnego miejsca pracy i gdyby mieli taką możliwość, aby zmienić pracę w zdecydowanej większości takimi czynnikami byłoby znalezienie bardziej korzystniejszej oferty (71,29%) bądź też likwidacja miejsca pracy (64,64%). Świadczy to o tym, iż respondenci są z niej zadowoleni.

Bariery w procesie komunikacji interpersonalnej, a także charakter wykonywanej pracy mogą stanowić jedne z podstawowych przyczyn wypalenia zawodowego pielęgniarek. Czynnik ten stanowił także niepokojący obszar wśród olsztyńskich i katowickich pielęgniarek. Uznały one swoje środowisko pracy za stresujące, a za obszary dostarczające największej liczby stresorów uznały komunikację międzyludzką [21] oraz brak możliwości rozwoju zawodowego, ograniczenia ról zawodowych, brak autonomii, a także brak satysfakcji zawodowej i obniżoną zdolność do radzenia sobie z nadmiernym napięciem emocjonalnym [21].

Na znaczenie poprawności stosunków interpersonalnych z pacjentami dla prawidłowego i sprawnego wykonywania zadań zawodowych, zwróciły uwagę badaczki z Krakowa [22]. Oprócz barier komunikacyjnych, pielęgniarki bardzo często wskazują i podkreślają istotę wsparcia społecznego, którego źródłem są zarówno współpracownicy, jak i przełożeni. Udzielane wsparcie społeczne, którego nieodzownym elementem są prawidłowe relacje interpersonalne [22] wpływa w decydujący sposób na zminimalizowanie wypalenia w grupie pielęgniarek [23] oraz może przyczynić się do zwiększenia poziomu i jakości wykonywania obowiązków zawodowych i redukcji wpływu czynników stresujących, a także zwiększa satysfakcję ze stosowanych motywatorów do pracy i wpływa na podwyższenie jakości życia zawodowego [24]. Faktem, o ogromnym znaczeniu dla prawidłowego funkcjonowania na gruncie organizacyjnym jest otrzymywane wsparcie zarówno od przełożonych, jak i od współpracowników.

Badania przeprowadzono także w dwóch łódzkich szpitalach na oddziałach internistycznym, chirurgicznym i pediatrycznym oraz w Domu Pomocy Społecznej w Łodzi na grupie 53 pielęgniarek oraz 55 lekarzy. Wiek badanych lekarzy zawierał się w przedziale 27-60 lat, ze stażem zawodowym 1-30 lat, natomiast przedział wiekowy pielęgniarek wynosił 25-55 lat ze stażem zawodowym 2-30 lat. Z przeprowadzonych badań wynikało, że u badanych osób występowały trzy czynniki wypalenia zawodowego: wyczerpanie emocjonalne, niski poziom satysfakcji osobistej z pracy zawodowej oraz depersonalizacja. Zdecydowana większość badanych lekarzy (61,8%) wykazywała średni stopień wyczerpania emocjonalnego, z kolei w grupie pielęgniarek, blisko połowa z nich (49%) odczuwała wysoki poziom wyczerpania emocjonalnego. Zaangażowanie osobiste w pracę zawodową badani lekarze określili na poziomie średnim (47,2%) oraz wysokim (36,4%), natomiast wśród pielęgniarek blisko 66% wskazywało na swoje zaangażowanie w pracę zawodową na niskim poziomie. Przeprowadzone badania wykazały występowanie zespołu wypalenia zawodowego

zarówno wśród lekarzy, jak i pielęgniarek oraz jego wpływ na funkcjonowanie zawodowe tych grup. Ponadto, zespół wypalenia zawodowego osiągnął wyższy stopień nasilenia u pielęgniarek w porównaniu z lekarzami [25].

Podobne wyniki badań uzyskano w niniejszej pracy, gdyż respondenci jak już zostało wspomniane wykazywali umiarkowany bądź też wysoki stopień wyczerpania emocjonalnego, wysoki poziom depersonalizacji oraz 100% poziom utraty dokonań osobistych. Ciekawe jest natomiast to, iż to właśnie kobiety w większości były niezadowolone ze swojego życia, w porównaniu do mężczyzn, którzy uznali, że są z niego zadowoleni.

W trakcie analizowania wyników badań zauważono, iż respondenci w większości przypadków, którzy wyrażali pochlebne opinie o swoim zakładzie pracy pracowali w Zakładzie Radiologii bądź też ich miejscem pracy był Zakład Radioterapii.

Wnioski

Przeprowadzone badania umożliwiły wyciągnięcie następujących wniosków:

- respondenci nie są zadowoleni ze swojego życia,
- wśród badanych osób występuje zespół wypalenia zawodowego, a bynajmniej jego początki,
- istnieje zależność pomiędzy poziomem satysfakcji życiowej a występowaniem zespołu wypalenia zawodowego u elektroradiologów.

Piśmiennictwo

1. Sapilak B., Kurpas D., Steciwko A., Melon M.: Wypalenie zawodowe personelu medycznego- problem wciąż aktualny. Metody oceny i przeciwdziałania w ramach oddziałów dializacyjnych. Probl. Lek., 2006, 45.
2. Orzechowska A, Talarowska M, Drozda R. i wsp.: Zespół wypalenia zawodowego u lekarzy i pielęgniarek. Merkuriusz Lekarski, 2008, XXV, 150, 507-509.
3. Iskra- Golec I., Costa G., Folkard S. i wsp.: Stres pracy zmianowej, przyczyny, skutki, strategie przeciwdziałania. TAiWPN Universitas, Kraków 1998.
4. Henzel-Korzeniowska A: Wypalenie zawodowe, fanaberia intelektualna czy rzeczywisty problem. Lek. Rodz., 2004, 2, 146-150..
5. Bilska E: Jak Feniks z popiołów, czyli syndrom wypalenia zawodowego. Niebieska Linia, 2004, 4.

6. Binięda E.: Zespół wypalania się nauczycieli. [w:] Dziecko o specjalnych potrzebach edukacyjnych, Kosakowski Cz. , Zaorska M. (red.). Wydawnictwo edukacyjne, Toruń 2000, 54.
7. Biela A: Stres w pracy zawodowej. Wydawnictwo KUL, Lublin 1990.
8. Sęk H: Poznawcze i kompetencyjne uwarunkowania wypalenia w pracy z chorymi. Post. Psychiatr. Neurol., 2005, 14, 95.
9. Fengler J: Pomaganie męczy. Wypalanie w pracy zawodowej. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000, 89-90.
10. Zbyrad T.: Wypalenie zawodowe pracowników służb społecznych. Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Stalowa Wola 2008.
11. Janczewska M., Świtaj P., Roszczyńska J.: Wypalenie zawodowe. Post. Psych. Neurol., 2005, 14, 67-77.
12. Bibik R: Aby światło nie zgasło czyli jak zapobiegać zespołowi wypalenia zawodowego . Wszystko Dla Szkoły, 2002, 9.
13. Wysokiński M., Fidecki W., Walas L. i wsp.: Satysfakcja z życia polskich pielęgniarek. Probl. Pielęg., 2009, 17, 167- 172.
14. http://www.wbc.poznan.pl/Content/177789/index.pdf, data pobrania 24.04.2013.
15. Głowacka M.D., Nowakowska I.: Wypalenie zawodowe jako czynnik zmieniający efektywność pracownika. [w:] Profesjonalne zarządzanie kadrami w zakładach opieki zdrowotnej, Głowacka M.D., Mojs E. (red.). Wyd. Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2010, 280-281
16. www.next.uni-wuppertal.de/download/Buch2003/ch5.pdf, data pobrania 24.04.2013.
17. Perek M., Kózka M., Twarduś K.: Trudne sytuacje w pracy pielęgniarek pediatrycznych i sposoby radzenia sobie z nimi. Probl. Pielęg., 2007, 15, 228.
18. http://www.ciop.pl/12528, data pobrania 24.04.2013.
19. Duquette A., Sandhu K., Beaudet L.: Factors Related to Nursing Bornout: A Review of Empirical Knowledge. Issues in Mental Health Nursing, 1994, 15, 334-358.
20. http://www.wbc.poznan.pl/Content/177789/index.pdf, data pobrania 24.04.2013.
21. Płotka A., Golec D., Cześnikiewicz A.: Syndrom wypalenia zawodowego u pielęgniarek psychiatrycznych. Ann. UMCS , Sectio D, 2000, 45, supl. 7, 229-237.
22. Gaweł G., Twardus K., Kim-Dabrowska J, Pyć L.: Jakość opieki pielęgniarskiej na oddziale kardiologicznym. Probl. Pielęg., 2008, 16, 339-342.

23. Cieślak R., Eliasz A.: Wsparcie społeczne a osobowość. [w:] Wsparcie społeczne, stres i zdrowie, Sęk H. Cieślak R. (red.). Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005, 83.
24. Dębska G., Cepuch G.: Wypalenie zawodowe u pielęgniarek pracujących w zakładach podstawowej opieki zdrowotnej. Probl. Pielęg., 2008, 16, 278.
25. Radkiewicz P.: Zamiar porzucenia zawodu wśród pielęgniarek z 10 krajów. [w:] Pielęgniarek polskich portret własny z Europą w tle, czyli raport z badań europejskiego projektu NEXT. Materiały konferencyjne, 2005, 35-36.

Ngozi Iyoha Emmanuel[1], Abramczyk Anna[2]

Bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów a warunki pracy pielęgniarek operacyjnych

1. Studenckie Koło Naukowe Badań w Zdrowiu Publicznym, Wydział Nauk Medycznych, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie
2. Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk Medycznych, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Wstęp

Pielęgniarka operacyjna pełni istotną rolę wśród pracowników bloku operacyjnego. Od jej wiedzy, umiejętności, zdolności manualnych, koncentracji i odporności psychofizycznej zależy skuteczne i bezpieczne przeprowadzenie przez chirurga operacji [1]. Wśród wielu zadań pielęgniarki operacyjnej istotne znaczenie odgrywa instrumentowanie obejmujące czynności mentalne, takie jak: aktywne słuchanie dialogu lekarzy, analizowanie ich wypowiedzi i wyciąganie wniosków oraz manualne, do których należy: szybkie, celowe podawanie potrzebnych w danej chwili narzędzi, które to czynności wykonywane są przez instrumentariuszkę podczas trwania zabiegów operacyjnych lub diagnostycznych, przeprowadzanych w warunkach bloku operacyjnego [2].

Odpowiednie warunki pracy są jednym z czynników pozwalających na zapewnienie wysokiej jakości usług medycznych [3, 4]. Liczne badania dowodzą, że warunki szpitalne (m.in. organizacyjne, behawioralne, higieniczne) są powodem występowania w każdym roku zakażeń u 4,1 mln pacjentów w UE, często trudnych do wyleczenia z powodu oporności mikroorganizmów wywołujących te zakażenia na środki przeciwdrobnoustrojowe [5].

Cel pracy

Celem pracy było poznanie warunków pracy pielęgniarek operacyjnych i ryzyka zakażeń szpitalnych.

Określenia warunków pracy pielęgniarek operacyjnych i ryzyka zakażeń szpitalnych starano się dokonać uzyskując odpowiedź na następujące pytania:

1. Jak pielęgniarki oceniają wyposażenie swojego stanowiska pracy?
2. Jak pielęgniarki oceniają wybrane elementy stanowiska pracy?
3. Jakimi zasobami dysponują pielęgniarki?
4. Co w opinii pielęgniarek jest w ich pracy źródłem największego obciążenia?
5. Co jest najtrudniejsze w pracy pielęgniarki instrumentariuszki?

6. Czy zdarza się pielęgniarkom wykonywać zabieg z naruszeniem zasad aseptyki i/lub antyseptyki, jeśli tak to jakie czynniki temu sprzyjają?

Materiał i metody

Wyniki badań pochodzą od 67 pielęgniarek zatrudnionych na stanowisku instrumentariuszki w szpitalach na terenie miasta Olsztyna.

Wśród badanej populacji zdecydowaną większość stanowiły kobiety (94%). Mężczyźni, stanowiący 6%, byli w wieku do 40. roku życia. Częściej niż co druga pielęgniarka miała ponad 40 lat (53,7%). Znakomita większość badanych osób zamieszkuje w środowisku miejskim (94%).

Najliczniejszą grupę wśród uczestniczących w badaniu pielęgniarek stanowiły osoby zamieszkujące w mieście liczącym ponad 100 tys. mieszkańców (62,7%).

Wśród uczestniczących w badaniu pielęgniarek operacyjnych absolwenci liceów medycznych stanowili 29,9%.

Częściej niż co druga pielęgniarka deklarowała wykształcenie wyższe (52,3%) w wyniku ukończenia studiów pierwszego, drugiego i trzeciego stopnia.

Co druga pielęgniarka pracowała w systemie dwuzmianowym (52,2%), a częściej niż co trzecia w systemie jednozmianowym (37,3%). Zdarza się, że pielęgniarki operacyjne wykonują swoją pracę w systemie 24-godzinnym (4,5%).

Badania dla celów pracy poprzedzone zostały analizą literatury naukowej oraz publikacji dostępnych na stronach internetowych. Przeprowadzone zostały za pomocą kwestionariusza ankiety uzupełnionego o:

- skalę zadowolenia z pracy [6]
- skalę zasobów [6]
- polską wersję Uogólnionej Skali Własnej Skuteczności (GSES) (Polish Version of the General Self-Efficacy Scale) [7].

Wyniki

Z analizy wypowiedzi pielęgniarek operacyjnych na temat wyposażenia stanowiska pracy wynika, że większość pielęgniarek funkcjonuje w warunkach deficytu wyposażenia swojego stanowiska pracy w niezbędne środki i sprzęt (82,1%). Częściej niż co trzeci badany wskazuje na częste lub stałe braki w zakresie wyposażenia stanowiska pracy (35,3%). Sytuacja ta może negatywnie wpływać na jakość świadczonych usług i bezpieczeństwo zdrowotne zarówno pacjentów, jak i personelu (Tab. I).

Tabela I. Wyposażenie stanowiska pracy w opinii badanych osób.

Ocena wyposażenia stanowiska pracy instrumentariuszki w niezbędne środki i sprzęt	N	%	N	%	N	%
Bardzo dobre, jest wszystko czego potrzebuję	37	55,2%	35	70,0%	2	11,8%
Dobre, czasem są braki	18	26,9%	9	18,0%	9	52,9%
Dostateczne często są braki	8	11,9%	3	6,0%	5	29,4%
Niedostateczne, zawsze brakuje	4	6,0%	3	6,0%	1	5,9%

Dokonana przez pielęgniarki operacyjne ocena wybranych elementów pracy wykazała, że najczęściej deklarują one zadowolenie z rodzaju wykonywanej pracy (96,8%). Wynagrodzenie i świadczenia socjalne są powodem niezadowolenia prawie co drugiego respondenta (43,2%). Prawie co trzeci badany jest niezadowolony z organizacji pracy (28,4%), a prawie co piąty deklaruje niezadowolenie z: warunków, w jakich przebiega praca (22,4%), możliwości rozwoju zawodowego (20,9%). Mimo zróżnicowanego poziomu zadowolenia z wybranych aspektów pracy, co piąta pielęgniarka instrumentariuszka jest bardzo zadowolona ze swojej pracy (19,4%), a „raczej zadowolona" jest znakomita większość (73,1%). Uzyskane w badaniach średnie wyniki na poziomie 1,6 - 3,4 wskazują na umiarkowane zadowolenie (średni poziom zadowolenia). W żadnym z analizowanych obszarów nie uzyskano ocen wskazujących na zadowolenie na poziomie niskim, na który wskazuje średnia wynosząca 1–1,5 lub zadowolenie na poziomie wysokim (średnia 3,5 – 4). Średnia ocen dokonanych przez uczestniczące w badaniu pielęgniarki była najniższa w zakresie wynagrodzenia i świadczeń socjalnych (średnia 2,4), a najwyższa w zakresie zadowolenia z rodzaju wykonywanej pracy (średnia 3,3) - Tabela II.

Istotnym zadaniem w pracy pielęgniarki operacyjnej jest respektowanie zasad aseptyki i antyseptyki. Choć większość pielęgniarek deklaruje wykonywanie zabiegów z przestrzeganiem zasad aseptyki lub antyseptyki, to jednak co czwarta naraża pacjenta lub personel na konsekwencje będące następstwem wykonywania zabiegów z naruszeniem zasad (25,4%) - Tabela III.

Z analizy systemu pracy badanych osób wynika, że instrumentariuszki pracujące w systemie dwuzmianowym najczęściej deklarują wykonywanie zabiegu z naruszeniem zasad aseptyki lub antyseptyki (64,7%), częściej też naruszają niż respektują zasady (48,%) - Tabela IV.

Tabela II. Zadowolenie pielęgniarek instrumentariuszek z wybranych elementów pracy.

Zadowolenie pielęgniarek z:	Punktacja	Średnia	N	%
• Warunków w jakich przebiega praca:				
a/ bardzo niezadowolony	1		1	1,5%
b/ raczej niezadowolony	2	2,8	14	20,9%
c/ raczej zadowolony	3		46	68,7%
d/ bardzo zadowolony	4		6	9,0%
• Organizacji pracy				
a/ bardzo niezadowolony	1		4	6,0%
b/ raczej niezadowolony	2	2,7	15	22,4%
c/ raczej zadowolony	3		45	67,2%
d/ bardzo zadowolony	4		3	4,5%
• Rodzaju wykonywanej pracy				
a/ bardzo niezadowolony	1		1	1,5%
b/ raczej niezadowolony	2	3,3	1	1,5%
c/ raczej zadowolony	3		41	61,2%
d/ bardzo zadowolony	4		24	35,8%
• Wynagrodzenia i świadczeń socjalnych				
a/ bardzo niezadowolony	1		8	11,9%
b/ raczej niezadowolony	2	2,4	21	31,3%
c/ raczej zadowolony	3		32	47,8%
d/ bardzo zadowolony	4		6	9,0%
• Możliwości rozwoju zawodowego				
a/ bardzo niezadowolony	1		4	6,0%
b/ raczej niezadowolony	2	2,9	10	14,9%
c/ raczej zadowolony	3		41	61,2%
d/ bardzo zadowolony	4		12	17,9%
• Kontaktów międzyludzkich				
a/ bardzo niezadowolony	1		3	4,5%
b/ raczej niezadowolony	2	2,9	10	14,9%
c/ raczej zadowolony	3		43	64,2%
d/ bardzo zadowolony	4		11	16,4%
Ogólny poziom zadowolenia z pracy				
a/ bardzo niezadowolony	1		1	1,5%
b/ raczej niezadowolony	2	3,1	4	6,0%
c/ raczej zadowolony	3		49	73,1%
d/ bardzo zadowolony	4		13	19,4%

Z relacji pielęgniarek wynika, że znakomita większość uważa, że praca instrumentariuszki jest dla nich źródłem obciążenia (77,6%), a obciążenie w pracy pielęgniarki operacyjnej najczęściej jest wynikiem wysiłku fizycznego (41,8%). Osoby, dla których praca jest źródłem obciążenia częściej wykonują zabieg z naruszeniem zasad aseptyki

i/ lub antyseptyki (88,2%). Respondenci, dla których praca nie stanowi obciążenia najczęściej twierdzą, że nigdy nie wykonują zabiegu z naruszeniem zasad aseptyki i/lub antyseptyki (26%). Zmniejszenie obciążenia w pracy instrumentariuszki może być drogą do zwiększenia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów i personelu. Dane przedstawia Tabela V.

Tabela III. Wykonywanie zabiegu z naruszeniem zasad aseptyki lub antyseptyki wśród badanych osób.

Zdarza się, że wykonuje zabieg z naruszeniem zasad aseptyki lub antyseptyki	N	%
Nigdy	50	74,6%
Zdarza się:	17	25,4%
Bardzo rzadko	9	13,4%
Czasami	7	10,4%
Często	1	1,5%

Tabela IV. System pracy a wykonywanie zabiegu z naruszeniem zasad aseptyki lub antyseptyki wśród badanych osób.

Badana cecha	Razem w populacji		Nigdy nie zdarza się, że wykonuje zabieg z naruszeniem zasad aseptyki lub antyseptyki		Zdarza się, że wykonuje zabieg z naruszeniem zasad aseptyki lub antyseptyki	
System pracy badanych osób	N	%	N	%	N	%
Jedno zmianowy	25	37,3%	21	42,0%	4	23,5%
Dwu zmianowy	35	52,2%	24	48,0%	11	64,7%
Inny, jaki?	7	10,5%	5	10,0%	2	11,8%
24 godzinny	*3*	*4,5%*	2	4,0%	1	5,9%
kontrakt	*4*	*6,0%*	3	6,0%	1	5,9%

Tabela V. Opinie pielęgniarek na temat obciążenia pracą

Badana cecha	Razem w populacji		Nigdy nie zdarza się, że wykonuje zabieg z naruszeniem zasad aseptyki lub antyseptyki		Zdarza się, że wykonuje zabieg z naruszeniem zasad aseptyki lub antyseptyki	
Praca instrumentariuszki jest dla Pana/i źródłem obciążenia	N	%	N	%	N	%
Tak:	52	77,6%	37	74,0%	15	88,2%
*Stres**	13	19,4%	7	14,0%	6	35,3%
*wysiłek fizyczny**	28	41,8%	19	38,0%	9	52,9%
*wysiłek psychiczny**	18	26,9%	13	26,0%	5	29,4%
*Konflikty**	1	1,5%	1	2,0%	0	0,0%

Nie	15	22,4%	13	26,0%	2	11,8%

*Badane osoby wskazały na kilka czynników determinujących obciążenie w ich pracy, stąd dane nie sumują się do 100.

Praca pielęgniarki operacyjnej nie jest zadaniem łatwym. Znakomita większość respondentów deklaruje obecność trudności w ich pracy (94%). Trudności w pracy pielęgniarki operacyjnej wynikają z wielu powodów, wśród których uczestniczące w badaniu osoby wymieniają: dolegliwości bólowe, deficyt przygotowania, pozycję przy pracy, stres, atmosferę w pracy, nieprzewidywalność zabiegu. Najczęściej za najtrudniejszy w pracy instrumentariuszki respondenci wymieniają wymóg pracy w pozycji stojącej (52,2%). Osoby, dla których najtrudniejsza jest nieprzewidywalność zabiegu najczęściej deklarują wykonywanie zabiegu z naruszeniem zasad aseptyki i/lub antyseptyki (70,6%), co może sugerować, że zmniejszenie trudności w pracy instrumentariuszki może być drogą do zwiększenia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów i personelu. Dane przedstawia Tabela VI.

Tabela VI. Opinie pielęgniarek na temat tego co jest najtrudniejsze w ich pracy.

Badana cecha	Razem w populacji		Nigdy nie zdarza się, że wykonuje zabieg z naruszeniem zasad aseptyki lub antyseptyki		Zdarza się, że wykonuje zabieg z naruszeniem zasad aseptyki lub antyseptyki	
Najtrudniejsze w pracy pielęgniarki:	N	%	N	%	N	%
wymóg pracy w pozycji stojącej	35	52,2%	26	52,0%	9	52,9%
nieprzewidywalność zabiegu	22	32,8%	10	20,0%	12	70,6%
relacje* z:	10	14,9%	6	12,0%	4	23,5%
operatorem	7	10,4%	5	10,0%	2	11,8%
współpracownikami	1	1,5%	1	2,0%	0	0,0%
niewystarczające przygotowanie do wykonywania pracy	5	7,5%	3	6,0%	2	11,8%
atmosfera w pracy	24	35,8%	20	40,0%	4	23,5%
dolegliwości:	8	11,9%	6	12,0%	2	11,8%
bóle kręgosłupa	5	7,5%	5	10,0%	0	0,0%
ból mięśnia szkieletowego	1	1,5%	0	0,0%	1	5,9%
schorzenia kręgosłupa	1	1,5%	1	2,0%	0	0,0%
ból kolan	1	1,5%	1	2,0%	0	0,0%
stres	1	1,5%	1	2,0%	0	0,0%
nie ma żadnych trudności w pracy	4	6,0%	4	8,0%	0	0,0%

*Respondenci w 2 przypadkach nie wskazali, z kim relacje utrudniają im pracę.

Specyfika pracy pielęgniarki instrumentariuszki determinowana obciążeniem napięciem emocjonalnym, zmiennością sytuacji wymaga z jej strony wielu umiejętności i zasobów ułatwiających zmaganie się z wyzwaniami każdego dnia pracy.

Z analizy zebranego materiału wynika, że pielęgniarki charakteryzują się zróżnicowanymi zasobami, a najczęściej zasobem dla badanych osób jest hobby pomagające odreagować obciążenia związane z pracą (52%) oraz poczucie, że praca ma sens (52,2%).

Niemal co trzeci badany zdecydowanie uważa, że: jest cierpliwy w kontakcie z klientami (32,8%), łatwo podejmuje decyzje zawodowe (32,8%), potrafi dobrze organizować swoją pracę (29,9%), potrafi dobrze w pracy współpracować z innymi (29,9%), łatwo dostosowuje się do zmian w swojej pracy (28,4%).

Zdecydowanym zasobem co czwartego respondenta jest: umiejętność bycia operatywnym w pracy (25,4%), posiadanie doświadczeń ułatwiających pracę z klientami/pacjentami (26,9%), łatwość nawiązywania kontaktów z ludźmi z różnych środowisk (25,4%), wystarczająca wiedza do tego, aby skutecznie pomagać swoim klientom (26,9).

Na uwagę zasługuje fakt, że prawie co trzecia pielęgniarka instrumentariuszka (28,4%) negatywnie ocenia swoje umiejętności w zakresie radzenia sobie z szantażem i manipulacją występującymi w pracy. Częściej niż co dziesiąty badany nie potrafi skutecznie egzekwować od innych wcześniejszych ustaleń/zobowiązań (17,9%), nie potrafi dobrze sobie radzić z emocjami, które przeżywa w pracy (16,4%), a prawie co dziesiąty nie posiada zasobów, tj. doświadczenie życiowe ułatwiające pracę (9%) czy należyty dystans do spraw klientów/pacjentów (9%) - Tabela VII.

Czynnikiem pozwalającym przewidywać wytrwałość w dążeniu do celu jest poczucie własnej skuteczności. Uczestniczące w badaniu osoby najczęściej deklarują deficyt poczucia własnej skuteczności w zakresie radzenia sobie z nieprzewidzianymi wydarzeniami. W obszarze tym uzyskały najniższą wartość średnią (2,1). Wyższy poziom poczucia własnej skuteczności ustalono wśród osób, które nie naruszają zasad aseptyki lub antyseptyki, w porównaniu do tych, którym zdarza się je naruszać - Tabela VIII.

Z oceny poczucia własnej skuteczności (w przeliczeniu na steny) wynika, że wśród badanej populacji najliczniejszą grupę stanowiły pielęgniarki, wśród których ustalono wysokie poczucie własnej skuteczności (68,7%). Co czwartą pielęgniarkę charakteryzuje jednak przeciętne poczucie własnej skuteczności (26,9%). Niskie poczucie własnej skuteczności (18–24 pkt.) ustalono u 4,5% badanych, a średni wynik poczucia własnej

skuteczności wśród badanej populacji wynosił 31,29, (odchylenie standardowe 3,56). Analiza wykazała, że wysokie poczucie własnej skuteczności (30 - 40 pkt.) sprzyja respektowaniu zasad aseptyki i antyseptyki podczas wykonywania zabiegów, bowiem najczęściej ustalono je wśród osób, które nie naruszają zasad aseptyki lub antyseptyki, w porównaniu do tych, którym zdarza się je naruszać. Dane przedstawiają tabela VIII i IX.

Tabela VII. Zasoby, jakimi dysponują pielęgniarki pracujące na stanowisku instrumentariuszki.

Badana cecha:	N	%
Mam wystarczającą wiedzę do tego, aby skutecznie pomagać moim klientom		
a/ Zdecydowanie nie	3	4,5%
b/ Raczej nie	1	1,5%
c/ Raczej tak	45	67,2%
d/ Zdecydowanie tak	18	26,9%
Pochodzę do spraw moich klientów z należytym dystansem		
a/ Zdecydowanie nie	1	1,5%
b/ Raczej nie	5	7,5%
c/ Raczej tak	47	70,1%
d/ Zdecydowanie tak	14	20,9%
Potrafię łatwo nawiązywać kontakt z ludźmi z różnych środowisk		
a/ Zdecydowanie nie	1	1,5%
b/ Raczej nie	3	4,5%
c/ Raczej tak	46	68,7%
d/ Zdecydowanie tak	17	25,4%
Potrafię dobrze zorganizować swoją pracę		
a/ Zdecydowanie nie	1	1,5%
b/ Raczej nie	0	0,0%
c/ Raczej tak	46	68,7%
d/ Zdecydowanie tak	20	29,9%
Potrafię dobrze sobie radzić z emocjami, które przeżywam w pracy		
a/ Zdecydowanie nie	3	4,5%
b/ Raczej nie	8	11,9%
c/ Raczej tak	43	64,2%
d/ Zdecydowanie tak	13	19,4%
Łatwo dostosowuję się do zmian w mojej pracy	N	%
a/ Zdecydowanie nie	1	1,5%
b/ Raczej nie	3	4,5%
c/ Raczej tak	44	65,7%
d/ Zdecydowanie tak	19	28,4%
W pracy potrafię skutecznie egzekwować od innych wcześniejsze ustalenia/zobowiązania		
a/ Zdecydowanie nie	2	3,0%

b/ Raczej nie	10	14,9%
c/ Raczej tak	40	59,7%
d/ Zdecydowanie tak	15	22,4%
W pracy potrafię dobrze współpracować z innymi		
a/ Zdecydowanie nie	1	1,5%
b/ Raczej nie	2	3,0%
c/ Raczej tak	44	65,7%
d/ Zdecydowanie tak	20	29,9%
Gdyby zaszła taka potrzeba, dobrze poradził(a)bym sobie z szantażem i manipulacją występującymi w mojej pracy		
a/ Zdecydowanie nie	4	6,0%
b/ Raczej nie	15	22,4%
c/ Raczej tak	36	53,7%
d/ Zdecydowanie tak	12	17,9%
Łatwo podejmuję decyzje zawodowe		
a/ Zdecydowanie nie	1	1,5%
b/ Raczej nie	4	6,0%
c/ Raczej tak	40	59,7%
d/ Zdecydowanie tak	22	32,8%
Mam poczucie że moja praca ma sens	N	%
a/ Zdecydowanie nie	1	1,5%
b/ Raczej nie	0	0,0%
c/ Raczej tak	31	46,3%
d/ Zdecydowanie tak	35	52,2%
Potrafię oddzielić problemy zawodowe od życia prywatnego		
a/ Zdecydowanie nie	1	1,5%
b/ Raczej nie	1	1,5%
c/ Raczej tak	46	68,7%
d/ Zdecydowanie tak	19	28,4%
Moje doświadczenia życiowe ułatwiają mi pracę z moimi klientami		
a/ Zdecydowanie nie	1	1,5%
b/ Raczej nie	5	7,5%
c/ Raczej tak	43	64,2%
d/ Zdecydowanie tak	18	26,9%
W pracy potrafię być operatywny		
a/ Zdecydowanie nie	1	1,5%
b/ Raczej nie	2	3,0%
c/ Raczej tak	47	70,1%
d/ Zdecydowanie tak	17	25,4%
Jestem cierpliwy z kontaktach z moimi klientami		
a/ Zdecydowanie nie	1	1,5%
b/ Raczej nie	2	3,0%
c/ Raczej tak	42	62,7%
d/ Zdecydowanie tak	22	32,8%
Mam hobby, zainteresowanie , które pomagają mi odreagować obciążenia związane z pracą	N	%

a/ Zdecydowanie nie	1	1,5%
b/ Raczej nie	3	4,5%
c/ Raczej tak	28	41,8%
d/ Zdecydowanie tak	35	52,2%

Tabela VIII. Poczucie własnej skuteczności wśród badanych osób a wykonywanie zabiegów z zachowaniem zasad aseptyki/antyseptyki.

Badana cecha	Punktacja	Razem w populacji			Nigdy nie wykonuje zabiegów z naruszeniem zasad aseptyki/ antyseptyki			Wykonuje zabieg z naruszeniem zasad aseptyki/ antyseptyki		
		Średnia	N	%	Średnia	N	%	Średnia	N	%
Zawsze jestem w stanie rozwiązać trudne problemy, jeśli tylko wystarczająco sie postaram										
Zdecydowanie nie	1	3,2	1	1,5%	3,2	1	2,0%	3,1	0	0,0%
Raczej nie	2		3	4,5%		1	2,0%		2	11,8%
Raczej tak	3		47	70,1%		36	72,0%		11	64,7%
Zdecydowanie tak	4		16	23,9%		12	24,0%		4	23,5%
Nawet, gdy ktoś mi sie sprzeciwia, jestem w stanie znaleźć sposób na osiągniecie tego, czego chcę										
Zdecydowanie nie	1	2,8	1	1,5%	2,9	1	2,0%	2,8	0	0,0%
Raczej nie	2		12	17,9%		8	16,0%		4	23,5%
Raczej tak	3		48	71,6%		36	72,0%		12	70,6%
Zdecydowanie tak	4		6	9,0%		5	10,0%		1	5,9%
Z łatwością potrafię trzymać się swoich celów i je osiągać										
Zdecydowanie nie	1	3,0	0	0,0%	3,1	0	0,0%	3	0	0,0%
Raczej nie	2		11	16,4%		7	14,0%		4	23,5%
Raczej tak	3		41	61,2%		32	64,0%		9	52,9%
Zdecydowanie tak	4		15	22,4%		11	22,0%		4	23,5%
Jestem przekonany, ze skutecznie poradziłbym sobie z nieoczekiwanymi wydarzeniami										
Zdecydowanie nie	1	2,1	6	9,0%	2,1	4	8,0%	1,8	2	11,8%
Raczej nie	2		51	76,1%		36	72,0%		15	88,2%
Raczej tak	3		9	13,4%		9	18,0%		0	0,0%
Zdecydowanie tak	4		1	1,5%		1	2,0%		0	0,0%
Dzięki swojej pomysłowości i zaradności wiem, jak poradzić sobie z nieprzewidzianymi sytuacjami										
Zdecydowanie nie	1	3,2	0	0,0%	3,4	0	0,0%	3	0	0,0%
Raczej nie	2		3	4,5%		1	2,0%		2	11,8%
Raczej tak	3		41	61,2%		28	56,0%		13	76,5%
Zdecydowanie tak	4		23	34,3%		21	42,0%		2	11,8%
Jestem w stanie rozwiązać większość problemów, jeśli tylko włożę w to odpowiednio dużo wysiłku										

Zdecydowanie nie	1	3,2	0	0,0%	3,3	0	0,0%	3,1	0	0,0%
Raczej nie	2		1	1,5%		1	2,0%		0	0,0%
Raczej tak	3		48	71,6%		33	66,0%		15	88,2%
Zdecydowanie tak	4		18	26,9%		16	32,0%		2	11,8%
Kiedy zmagam sie z przeciwnościami, jestem w stanie zachować spokój, gdyż mogę polegać na swoich umiejętnościach radzenia sobie										
Zdecydowanie nie	1	2,2	8	11,9%	2,3	5	10,0%	1,9	3	17,6%
Raczej nie	2		40	59,7%		28	56,0%		12	70,6%
Raczej tak	3		18	26,9%		16	32,0%		2	11,8%
Zdecydowanie tak	4		1	1,5%		1	2,0%		0	0,0%
Kiedy zmagam sie z jakimś problemem, to zazwyczaj jestem w stanie znaleźć kilka sposobów jego rozwiązania										
Zdecydowanie nie	1	2,2	5	7,5%	2,3	3	6,0%	2	2	11,8%
Raczej nie	2		46	68,7%		33	66,0%		13	76,5%
Raczej tak	3		14	20,9%		12	24,0%		2	11,8%
Zdecydowanie tak	4		2	3,0%		2	4,0%		0	0,0%
Gdy mam kłopoty, to zazwyczaj jestem w stanie wymyślić sposób, jak z nich wyjść										
Zdecydowanie nie	1	3,2	0	0,0%	3,3	0	0,0%	3,1	0	0,0%
Raczej nie	2		1	1,5%		0	0,0%		1	5,9%
Raczej tak	3		48	71,6%		34	68,0%		14	82,4%
Zdecydowanie tak	4		18	26,9%		16	32,0%		2	11,8%
Zazwyczaj jestem w stanie poradzić sobie z tym, co mnie spotyka										
Zdecydowanie nie	1	2,3	0	0,0%	2,4	0	0,0%	2,2	0	0,0%
Raczej nie	2		47	70,1%		33	66,0%		14	82,4%
Raczej tak	3		19	28,4%		16	32,0%		3	17,6%
Zdecydowanie tak	4		1	1,5%		1	2,0%		0	0,0%

Tabela IX. Całościowa ocena poczucia własnej skuteczności (w przeliczeniu na steny) wśród badanych osób.

Skala ocen w przeliczeniu na steny	Razem w populacji		Nigdy nie wykonuje zabiegów z naruszeniem zasad aseptyki/ antyseptyki		Wykonuje zabieg z naruszeniem zasad aseptyki/ antyseptyki	
	N	%	N	%	N	%
18-24 pkt. (1-4 steny)	3	4,5%	2	4%	1	5,9%
25-29 pkt. (5-6 sten)	18	26,9%	12	24%	6	35,3%
30-40 pkt. (7-10 sten)	46	68,7%	36	72,0%	10	58,8%

Dyskusja

Na całym świecie bezpieczeństwo pacjentów [5] jest problemem o rosnącym znaczeniu w systemach opieki zdrowotnej. Zakażenia w szpitalach i innych instytucjach opieki zdrowotnej są szczególnym problemem dla pacjentów i systemów opieki zdrowotnej we wszystkich krajach [5].

Do naruszania zasad aseptyki lub antyseptyki w badaniach własnych przyznaje się nieco mniejszy odsetek pielęgniarek operacyjnych w porównaniu do wyników uzyskanych w badaniach prowadzonych wśród personelu bloku operacyjnego i oddziałów zabiegowych [8].

Znacznie większy jednak odsetek pielęgniarek w badaniach własnych wskazuje na deficyt wyposażenia stanowiska pracy w niezbędne środki i sprzęt [8]. Uzyskane w badaniach własnych wyniki dostarczyły danych świadczących o tym, że mimo wielu szkoleń, pielęgniarki bloku operacyjnego narażają pacjentów na ryzyko wynikające z deficytu stosowania zasad aseptyki i /lub antyseptyki, a tylko co czwarta zdecydowanie uważa, że ma wystarczającą wiedzę do tego, aby skutecznie pomagać pacjentom [8].

Wykonywanie zabiegów z naruszeniem zasad aseptyki lub antyseptyki może potwierdzać tezę o przenoszeniu patogenów odpowiedzialnych za zakażenia szpitalne za pośrednictwem rąk personelu [9], zwłaszcza, że zakażenia krzyżowe przenoszone przez ręce stanowią około 20–40% zakażeń szpitalnych [10]. Uzyskane w badaniach własnych wyniki potwierdzają także tezę o narażeniu pacjentów na zabiegi, w wyniku których dochodzi do wystąpienia zdarzeń negatywnych, których można było uniknąć [5, 8].

Choć w opinii personelu medycznego zakażenia miejsca operowanego są najczęściej wymienianą formą zakażenia szpitalnego, wykonywanie zabiegów z naruszeniem zasad aseptyki lub antyseptyki potwierdza tezę, że niebezpieczeństwom związanym z zakażeniami szpitalnymi nie poświęca dostatecznej uwagi personel medyczny, organizatorzy opieki zdrowotnej, dyrekcje szpitali, ale także płatnicy, a problem zakażeń jest ignorowany [11].

W opinii wielu autorów poczucie własnej skuteczności odzwierciedla się w posiadanej przez jednostkę wierze w siebie, swoje możliwości istotne z punktu widzenia pożądanego i skutecznego zrealizowania określonego zadania, bez względu na towarzyszące mu okoliczności [12, 13]. W badaniach własnych wyższe poczucie własnej skuteczności częściej występowało wśród pielęgniarek respektujących zasady aseptyki i/ lub antyseptyki podczas wykonywania zabiegów. Wyższy poziom poczucia własnej skuteczności wśród osób, które nie naruszają zasad aseptyki lub antyseptyki potwierdza tezę o tym, że wysokie poczucie własnej skuteczności [7] pozwala określić nie tylko, na ile osoba jest zdolna realizować swoje

plany i zamierzenia, ale także na ile jest zdolna respektować zasady aseptyki i/lub antyseptyki oraz dążyć do zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentom podczas wykonywania zabiegów, a niskie poczucie własnej skuteczności związane jest nie tylko z bezradnością, depresją, ale także większym ryzykiem naruszania zasad aseptyki i mniejszą troską o bezpieczeństwo pacjentów.

Częstsza deklaracja naruszania zasad aseptyki i/lub antyseptyki przez pielęgniarki operacyjne, które doświadczają trudności i uciążliwości pracy, wykonują pracę w warunkach deficytu wyposażenia stanowiska pracy w niezbędne środki i sprzęt, charakteryzują się mniejszym poczuciem skuteczności, nie radzą sobie z szantażem i manipulacją w pracy, dla których nieprzewidywalność zabiegu jest źródłem największej trudności, świadczy o wieloczynnikowych uwarunkowaniach stosowania zasad aseptyki i/lub antyseptyki w pracy pielęgniarki operacyjnej i wymogu wieloczynnikowej interwencji celem przeciwdziałania temu zjawisku.

Mając na uwadze to, że ze względu na zwiększające się zagrożenia nowymi i powracającymi zakażeniami i chorobami zakaźnymi, przeciw którym nie ma skutecznych leków ani szczepionek sytuacja epidemiologiczna w Polsce i na świecie w ostatnich latach staje się coraz trudniejsza, a dążenie do ograniczenia liczby zakażeń należy do podstawowych, etycznych i profesjonalnych obowiązków oraz zadań kierownictwa i personelu zakładów opieki zdrowotnej [14], niezbędne jest podjęcie działań zorientowanych na usprawnienie i poprawę warunków pracy pielęgniarek operacyjnych. Intensyfikacja działań zorientowanych na wyeliminowanie zachowań zagrażających zdrowiu pacjentów pozwoli na zmniejszenie ryzyka zdarzeń niepożądanych, które występują u jednego na 20 pacjentów hospitalizowanych [5] oraz zabezpieczenie pacjentów przed zabiegami leczniczymi, które mogą niekiedy prowadzić do wyrządzenia pacjentom szkody, której można by uniknąć [5].

Uzyskane wyniki pozwalają twierdzić, że zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów korzystających z usług świadczonych na bazie szpitali wymaga nie tylko świadomości personelu bezpośrednio świadczącego usługi, ale także większej świadomości wśród kadry kierowniczej odpowiadającej za kształtowanie i zapewnienie odpowiednich warunków technicznych i organizacyjnych, w jakich przebiega praca i odbywa się wykonywanie procedur medycznych.

Wnioski

1. Warunki i wyposażenie stanowiska pracy pielęgniarek operacyjnych są niewystarczające.
2. Optymalizacja warunków pracy na bloku operacyjnym oraz wzrost poczucia własnej skuteczności pielęgniarek jest drogą do zmniejszenia ryzyka zakażeń szpitalnych.

Piśmiennictwo

1. Ciuruś M.: Pielęgniarstwo operacyjne. Wydawnictwo Makmed, Lublin 2007.
2. Borzęcka J.: Standardy zakładowe na bloku operacyjnym. Mag. Pielęg. Położ., 2009, 3, 16–17.
3. Górczewska M.: Oświetlenie w obiektach służby zdrowia — wymagania. Przew. Menedż. Zdr. , 2001, 2, 91–94.
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia Zakładu Opieki Zdrowotnej. Dz..U. z 2005 r. nr 116, poz. 985.
5. Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego i Radyw sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną. Bruksela, dnia 15.12.2008.
6. Waszkowska M., Potocka A., Wojtaszczyk P.: Miejsce pracy na miarę oczekiwań. IMP, Łódź, 2010.
7. Schwarzer R., BaBler J., Kwiatek P., Schroder K.: The Assessment of Optimistic Self-beliefs: Comparison of the German, Spanish, and Chinese Versions of the General Self-efficacy Scale. Applied. Psychology: An International Review, 1997, 46 (I), 69-88.
8. Budek W.: Blok operacyjny jako miejsce wysokiego ryzyka – zapobieganie zakażeniom szpitalnym. Pielęg. XXI w., 2010, 3-4, 69 -74.
9. Rożkiewicz D.: Ręce personelu jako potencjalne źródło zakażeń szpitalnych. Zakażenia, 2011, 5, 6.
10. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care 2009. First global patient safety challenge – clean care is safer care. http://whqlibdoc.who.int/publications/ 2009/9789241597906_eng.pdf, data pobrania 26.04.2013.
11. Różańska A.: Czynniki zwiększające bezpieczeństwo podczas zabiegów szpitalnych w opinii personelu medycznego – wyniki badania kwestionariuszowego. Zakażenia, 2011, 5, 5-10.

12. Oleś P.: Wprowadzenie do psychologii osobowości. Wydawnictwo Scholar, Warszawa 2003.
13. Byra S.: Poczucie własnej skuteczności w kontekście radzenia sobie w sytuacjach trudnych kobiet i mężczyzn z nabytą niepełnosprawnością ruchową. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2011, 17, 127-134.
14. Bulanda M., Tyski S., Ciuruś M.: Zakażenia szpitalne w Polsce – stan wiedzy na kwiecień 2011. Raport programu „Stop Zakażeniom Szpitalnym. Program Promocji Higieny Szpitalnej".

PROMOCJA, EDUKACJA ZDROWOTNA



Moczydłowska Alicja[1,2], Krajewska-Kułak Elżbieta[3], Bielski Krzysztof[1], Kowalewska Beata[3,4], Fiega Ewa[4,5], Perkowska Ewa[6,7]

Zachowania zdrowotne i postrzeganie własnego zdrowia przez chorych

1. Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem
2. Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży
3. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej UM w Białymstoku
4. Instytut Medyczny im. Bł. Matki Teresy z Kalkuty Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży
5. Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży
6. Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
7. Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Białymstoku

W literaturze przedmiotu [cyt. za 1] odnosząc się do dostępnych źródeł historycznych stwierdzono, że w Europie, przed Hipokratesem i jego uczniami, człowiek był uważany jako system współzależnych składników, niezwykle ważnych dla zachowania naturalnej równowagi. Według dalekowschodnich poglądów, brak tej równowagi spowodowany był działaniem wielu elementów wywołujących chorobę. Wcześniej, niż w IV wieku p.n.e., do tych czynników zaliczano: dietę, brak snu, małą ruchliwość fizyczną, czy niezgodę rodzinną lub społeczną [1].

Hipokrates (460-377 p.n.e.), za Korczak i Leowki [2] *„wygłaszał myśli i wprowadzał w życie zasady swoich nauk, według których dobre samopoczucie, czyli zdrowie oraz złe samopoczucie czyli choroba, zależą od równowagi pomiędzy tym co nas otacza, co na nas oddziałuje jak wiatr, temperatura, woda, gleba, a indywidualnym sposobem życia, czyli odżywianiem, zwyczajami seksualnymi, pracą i odpoczynkiem. Innymi słowy, równowaga zewnętrzna pomiędzy człowiekiem i jego otoczeniem, ma wpływ na jego równowagę wewnętrzną jaka ma zachodzić pomiędzy krwią, flegmą, żółcią czarną i żółcią żółtą”.*

Łozowski [cyt. za 2] definiuje zdrowie, jako *„funkcję skoordynowanego działania, prawidłowo pracujących wszystkich narządów ludzkiego organizmu. Wzajemne oddziaływanie narządów na siebie nawzajem jest czynnikiem który decyduje o prawidłowym ich funkcjonowaniu. To współdziałanie jest pod kontrolą wyspecjalizowanych systemów takich jak: nerwowy, hormonalny oraz krwionośny. Utrzymanie równowagi biologicznej środowiska wewnętrznego organizmu człowieka, która jest odpowiedzialna za stan* zdrowia

jest uzależnione od wpływu bodźców fizycznych, chemicznych, i biologicznych zewnętrznego środowiska”.

Według Dąbrowskiego [cyt. za 2], koncentrującego się głównie na sposobie rozumienia zdrowia psychicznego, *„zdrowie oznacza zdolność do rozwoju w kierunku wszechstronnego rozumienia, przeżywania, odkrywania i tworzenia coraz wyższej hierarchii rzeczywistości i wartości, aż do konkretnego ideału indywidualnego i społecznego*”.

Zagadnieniem zdrowia, w latach 80-tych zajęli się socjologowie i zaproponowano wtedy wiele różnych sposobów definiowania tego pojęcia, między innymi ,że zdrowie to brak zmiany patologicznej zachodzącej w organizmie [cyt. za 3]. Uważano je jako indykator poziomu funkcjonowania jednostki w społeczeństwie i definiowano jako pojęcie przeciwstawne chorobie, czyli („jestem zdrowy oznacza, że nie jestem chory”). „*Dla socjologa pojęcie zdrowie jest stanem optymalnej zdolności do efektywnego wykonywania cenionych zadań”* [cyt. za 3].

W celu określenia zdrowia, jak i jego stanu, wyróżniano też jego mierniki, które miały wskazywać na stan zdrowia jednostki, jak i całych społeczności, a które zmieniały się wraz z rozwojem nauk i wiedzy ludzi [cyt. za 3].

Za pozytywnymi mierniki zdrowia uznano [cyt. za 3], między innymi: siłę fizyczną danego osobnika, jego płodność, zdolności do zdobywania pokarmu oraz długość wykonywania pracy, a także liczbę urodzeń dzieci.

Za negatywne mierniki uznano [cyt. za 3]: śmiertelność ludzi, uleganie wypadkom, ilość zgonów noworodków i matek podczas porodu, częstość zapadalności na choroby.

Wraz z postępem nauk te mierniki się zmieniały.

Analizując powyższe definicje [cyt. za 3] można stwierdzić, iż zdrowie jest zależne od kompleksu czynników działających na organizm człowieka, przy czym człowiek przez wykorzystanie możliwości adaptacyjnych ustroju ma za zadanie tworzenie optymalnego stanu zdrowia.

Od wieków, jak podkreślają Kowalski i Gaweł [4], pojęcia zdrowia i choroby budziły zainteresowania badaczy i mimo, iż odnoszą się one do odmiennych stanów funkcjonowania organizmu, to są ze sobą ściśle „sprężone”. Jednocześnie podkreśla się, iż pojęcie „zdrowie” jest wieloznaczne i bardzo trudne do jednoznacznego zdefiniowania.

Szacuje się, za Melosik [5], iż istnieje około 120 różnych definicji zdrowia, a powyższe wypływa z faktu, iż zarówno zdrowie, jak i choroba nie są wyłącznie stanami subiektywnymi. Podstawowym sposobem wyjaśniania pojęcia „zdrowie” jest orientacja patogenetyczna, która

zakłada w sposób jednoznaczny, że zdrowie to brak choroby. Według Melosik [5] są dwie grupy definicji zdrowia:

- potoczne, czyli laickie, w których zdrowie uważane jest za brak choroby lub jakichkolwiek dolegliwości,
- profesjonalne, określane i formułowane przez przedstawicieli różnych dyscyplin naukowych.

W opinii Kowalskiego i Gawła [4] zdefiniowanie zdrowia lub choroby jest wystarczające do scharakteryzowania jednego z nich, pod warunkiem, że nie odnosi się to sytuacji dotyczących rzeczywistych osób, chorych lub zdrowych.

Aleksandrowicz [6] twierdzi, iż choroba grupuje obiektywne stany organizmu, zaś zdrowie stany subiektywne. Uważa także, że zdrowie jest kategorią zobiektywizowaną, opisaną za pomocą kryteriów medycznych i pojmowaną, jako brak zakłóceń w funkcjach biologicznych organizmu człowieka i jest zdeterminowane czynnikami genetycznymi oraz wrodzoną strukturą organizmu [6].

W definiowaniu choroby, za Wulf [7], używa się również określenia „*jednostka chorobowa*", za którą w podejściu biomedycznym, uważa „*związany ze sobą zespół niekorzystnych dla organizmu objawów o znanym, określonym składzie, znanym działaniu i znanym obrazie zmian morfologicznych w narządach"*.

Biomedyczne podejście do zdrowia zaowocowało znacznym postępem w rozwoju medycyny, w tym diagnostyki, metod leczenia oraz nowych technologii medycznych [8, 9].

Najczęściej używaną spośród definicji zdrowia, za Korzeniowska [10] oraz Wojtyniak i wsp. [11], jest definicja zaproponowana i zamieszczona w 1948 roku w tekście konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) podkreślająca, że wyrazem zdrowia jest dobre samopoczucie fizyczne, psychiczne i społeczne, a nie tylko brak choroby, czy innej niepełnosprawności. Z definicji wyraźnie wynika, że zdrowie rozpatrywane jest w kategoriach pozytywnych, jako (dobrostan), na który składają się trzy wymiary – fizyczny, psychiczny, społeczny [10, 11].

Trudności w zdefiniowaniu zdrowia utrudniają jego mierzenie. W literaturze fachowej [8, 9] wyróżnia się dwie grupy mierników zdrowia:

- *obiektywne,* tzn. występowanie różnych stanów, chorób i zaburzeń potwierdzonych w badaniach lekarskich lub laboratoryjnych,
- *subiektywne* – ludzie sami dokonują oceny swego zdrowia i samopoczucia..

Zdrowie społeczeństw i odpowiedzialność za nie, ze względu na szerokie jego uwarunkowanie, wykracza współcześnie szeroko poza obszar nauk medycznych. Według WHO, za Gębska-Kuczerowa i Miller [12] podstawowe uwarunkowania zdrowia to:

- korzystanie ze swobód i praw obywatelskich,
- zatrudnienie,
- warunki pracy,
- warunki mieszkaniowe,
- kondycja psychofizyczna stosowna do płci i wieku,
- wykształcenie,
- zaopatrzenie w żywność i odpowiedni stan odżywienia,
- poczucie bezpieczeństwa,
- możliwość oszczędzania,
- komunikacja i łączność z innymi ludźmi,
- możliwość wypoczynku, regeneracji sił i rozrywki.

Gębska-Kuczerowa i Miller [12] podają, że do lat 70-tych XX wieku uważano, iż zdrowie w największym stopniu zależy od pracy i sytuacji w służbie zdrowia. Dopiero na początku lat 70-tych, Minister Zdrowia i Opieki Społecznej Kanady Marc Lalonde, wprowadził koncepcję pól zdrowia, która powszechnie stanowiła podstawę dla rozwijających się działań i programów w zakresie promocji zdrowia [12].

Według powyższej koncepcji, za Goryński i Wojtyniak [13], wśród czynników wpływających na zdrowie człowieka wyróżnia się 4 grupy:

- styl życia (50–60%), a jego zmiana leży w zasięgu możliwości każdego człowieka
- środowisko fizyczne oraz społeczne życia i pracy (ok. 20%)
- czynniki genetyczne (ok. 20%)
- ochrona zdrowia, która może rozwiązać 10–15% problemów zdrowotnych społeczeństwa.

Goryński i Wojtyniak [13] podkreślają, że rozwój nowych technologii medycznych spowodował, iż znacząco wzrosła rola medycyny naprawczej, przy nieznacznym zmniejszeniu roli czynników środowiskowych. Jednakże przedstawiona przez Lalonde′a koncepcja zdrowia sprawdza się w dalszym ciągu i może stanowić swoistego rodzaju drogowskaz do ustalania priorytetów zdrowotnych w działaniach na rzecz zdrowia populacji [13].

Styl życia sprzyjający zdrowiu określa się, jako „prozdrowotny styl życia" i współtworzą go poniższe zachowania zdrowotne [8, 9]:

- aktywność fizyczna,
- zdrowa, zbilansowana dieta – dostarczająca wszystkich niezbędnych składników pokarmowych zgodnie z zapotrzebowaniem energetycznym,
- sen,
- bezpieczne zachowania seksualne,
- zachowanie bezpieczeństwa w ruchu drogowym,
- umiarkowana ekspozycja na słońce,
- unikanie nadmiaru stresów i skuteczny sposób radzenia sobie z problemami (stresem),
- korzystanie z wsparcia społecznego,
- niepalenie tytoniu,
- ograniczone spożywanie alkoholu,
- samobadanie w tym (np. piersi u kobiet, jader u mężczyzn) i samokontrola (np. masy ciała),
- poddawanie się okresowym badaniom profilaktycznym – np. badanie cytologiczne i mammograficzne zgodnie z wytycznymi Ekspertów UE.

W europejskiej kulturze, jak podkreśla Demael [14], całokształt poglądów ukierunkowanych na zdrowie uporządkował „ojciec medycyny" – Hipokrates. W myśl jego zasad pojęcie zdrowia określa dobre samopoczucie, zaś chorobę, jako złe samopoczucie zależne od równowagi pomiędzy tym, co nas otacza. Wzrastające zainteresowanie wśród ludzi nauki mających wpływ na rozwój medycyny i rzeczywistości społeczno-kulturowej, uznali ideę zdrowia, jako początek edukacji zdrowotnej i praktycznego życia [14].

Zdaniem Demela [15] wychowanie zdrowotne jest integralną częścią składową kształtowania pełnej osobowości, polegającą na wytwarzaniu nawyków bezpośrednio lub pośrednio związanych z ochroną i doskonaleniem zdrowia fizycznego i psychicznego, wyrabianiem odpowiednich sprawności, nastawieniu woli i kształtowaniu postaw umożliwiających stosowanie zasad higieny, skuteczną pielęgnację, zapobieganie chorobom i leczenie oraz pobudzaniu pozytywnego zainteresowania sprawami zdrowia przez epizodyczne i systematyczne wzbogacanie i pogłębianie wiedzy o sobie, jak też o prawach rządzących zdrowiem publicznym.

Po wielu latach pogarszającego się stanu zdrowia ludności w skali światowej, w Kanadzie, a następnie w Europie zrodziło się przekonanie o konieczności promowania

zdrowia [16]. Określenie „promocja zdrowia" ukształtowało się po raz pierwszy w 1978 roku w czasie obrad Światowego Zgromadzenia Zdrowia. Podstawowe założenia w promowaniu zdrowia ustalono w 1986 roku w Karcie Ottawskiej, podczas I Konferencji Promocji Zdrowia, określając ją jako proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem oraz jego poprawę [16].

Według Wojnarowskiej [8]**,** promowanie zdrowia nie może istnieć bez wychowania zdrowotnego.

Obecnie w literaturze [17, 18, 19, 20, 21] promocję zdrowia określa się jako proces całościowy, na który składają się wszystkie działania zmierzające do poprawy i utrzymania ludzkiego zdrowia, w tym edukację zdrowotna, zapobieganie chorobom i ochrona zdrowia.

Wielu autorów [17, 18, 19, 20, 21] pod pojęciem zachowań zdrowotnych rozumie wszelkie, zorientowane na zdrowie człowieka, nawyki, postawy, zwyczaje, uznawane wartości, sposób pojmowania zdrowia i jego ocenę, reprezentowane nie tylko przez jednostki, ale także różne grupy społeczne. Niewątpliwie mają one ogromny wpływ na stan zdrowia i rozwój, począwszy od wczesnego dzieciństwa i młodości, bowiem w tym okresie kształtują się nawyki i styl życia praktykowany w życiu dorosłym. Wyuczone wadliwe zachowania zdrowotne są obecnie przyczyną wielu chorób układu krążenia, nowotworów, niepełnej sprawności, a nawet trwałego kalectwa [20, 21].

Cendrowski, za Sawicka [22], ceniony promotor zdrowia, opracował listę dziesięciu najważniejszych zasad zachowania i ubogacania zdrowia, które nazwał „*Dekalogiem zdrowego stylu życia*". Do zasadniczych zachowań stylu życia autor [cyt. za 22] zaliczył:

- zdobywanie wiedzy o samym sobie,
- utrzymywanie sił obronnych organizmu w stałej gotowości,
- nienadużywanie leków,
- utrzymanie wszechstronnej aktywności fizycznej,
- prawidłowe odżywianie,
- hartowanie się,
- rozwijanie umiejętności walki ze stresem,
- eliminowanie nałogów,
- życzliwość dla innych,
- zachowanie i demonstrowanie postawy radzenia sobie w życiu.

Badania Słońskiej [21] dowodzą, że regularne ćwiczenia fizyczne oraz posiadanie wiedzy na temat form i dawki zalecanego wysiłku fizycznego zwiększają szanse uchronienia

się społeczeństwa od chorób układu krążenia, co jest potwierdzeniem zasadności „Dekalogu zdrowego stylu życia" Cendrowskiego.

Życie rodzinne oddziałuje pozytywnie lub negatywnie na stan zdrowia, ponieważ rodziny mogą być źródłem stabilnego wsparcia społecznego, stanowiąc troskliwe i chroniące środowisko, tworząc dobre warunki dla wzrostu i rozwoju, ale także mogą być źródłem chronicznego napięcia wynikającego z braku wystarczających środków materialnych lub stałych problemów w kontaktach z różnymi członkami rodziny [18, 19].

Edukacja zdrowotna, za Woynarowska [8] i Rolka i wsp. [23], jest niezwykle ważnym elementem wspomagającym działania naprawcze w leczeniu chorób, zapobiegania im i wzmacniania zdrowia. Pomaga ona chorym w aktywnym uczestnictwie w procesie leczenia chorób poprzez kontrolowanie swojego stanu zdrowia. W celu wzmocnienia jego potencjału, człowiek musi posiadać odpowiednią wiedzę, rozumieć ją, potrafić sprostać jej wymaganiom oraz posiadać motywację i chęci, by to robić. Stan zdrowia jest jednym z podstawowych czynników dobrej jakości życia [8, 23]. Jest ona niezbędna dla ludzi z chorobami przewlekłymi, niepełnosprawnym, w przypadku zachorowań ostrych i urazów. Wpływa korzystnie na terapię, poprawę samopoczucia, wzmocnienie jakości życia oraz w końcowym efekcie na satysfakcję z opieki medycznej [8]. Istotą tych działań jest przeciwdziałanie zagrożeniom i wystąpieniu choroby, zmniejszenie ryzyka jej rozwoju oraz profilaktyki pogłębienia występującej choroby. Edukacja zwana jest procesem wzajemnego oddziaływania lekarzy, pielęgniarek, położnych i innych pracowników medycznych względem pacjenta, który może pomóc mu w zmianie zachowań zdrowotnych [8].

Zasady współczesnej edukacji, za Woynarowska [8] wskazują na:

- korzyści z zalecanego postępowania,
- zachęcają pacjenta do wyrażania własnych opinii, rozważań, refleksji i poszukiwania pomysłów i rozwiązań występujących problemów zdrowotnych,
- wskazują wzorce zachowań prozdrowotnych celem uniknięcia chorób.

W kształtowaniu aktywnej postawy ludzi wobec własnego zdrowia i przestrzegania zaleceń, sprzyjają prawidłowe relacji pomiędzy pracownikiem medycznym (*lekarz – pacjent*, *pielęgniarka – pacjent*) a osobą edukowaną.

Zdaniem Woynarowskiej [8] lekarze są rzadko postrzegani jako źródło wiedzy o zdrowiu. Przyczynami tak małej aktywności wśród lekarzy może być: brak czasu z uwagi na dużą liczbę chorych, nieuświadomienia roli edukacji, brak wzorców, jak i nieprzygotowanie do pełnienia funkcji kształtowania zachowań zdrowotnych [8].

W opinii Sztembis [24], to pielęgniarka, będąca partnerem lekarza w wykonywaniu jego zaleceń w procesie leczenia, podejmuje samodzielne i profesjonalne działania w procesie pielęgnowania. Uwzględnia to wszystkich członków rodziny, w zdrowiu i chorobie, niepełnosprawności, a także hospitalizacji czy opiece terminalnej. Jest ona przewodnikiem i konsultantem rodziny w sprawach zdrowia. Zgodnie z koncepcją promocji zdrowia, pielęgniarka doradza i pomaga w dążeniu do wzmocnienia i ochrony zasobów dla zdrowia, kształtując w ten sposób zachowania zdrowotne pacjenta [24].

Edukacja zdrowotna ludzi przewlekle chorych, jak podkreśla się w literaturze przedmiotu [9, 24, 25] ukierunkowana jest na specyficzne ich problemy i potrzeby. Oczekują oni bowiem pomocy w zrozumieniu choroby oraz uczenia się sposobu życia z chorobą, który pozwala na utrzymanie lepszego stanu zdrowia. Obecnie istnieją publikacje prezentujące programy edukacyjne skierowane do ludzi z różnymi chorobami przewlekłymi. W końcowym etapie uwzględniają ocenę ich skuteczności. Niezbędna jest jednak współpraca chorego, którą nie zawsze możemy uzyskać [8, 24, 25].

Tobiasz-Adamczyk i wsp. [27] zwracają uwagę, iż postrzeganie własnej choroby zależy od wielu elementów, takich jak:

- objawy chorobowe
- ich lokalizacja i widoczność
- stopień niepełnosprawności
- postępowanie zmian chorobowych
- stres spowodowany chorobą.

Według powyższych autorów [27], odbieranie choroby przez osobę chorą zależy od wieku, płci, oczekiwań i pełnienia ról społecznych. Pacjenci często szukają przyczyn swoich uciążliwych dolegliwości, łącząc je z pełnionymi rolami społecznymi, co rzutuje na ich stan emocjonalny. Postrzeganie objawów chorobowych chorzy uzależniają od własnej przydatności i samooceny stanu zdrowia.

Piśmiennictwo

1. Karski J.: Rozwój idei promocji zdrowia. Wydawnictwo, Lider, 1999, 6, 7.
2. Korczak C., Leowski J.: Problemy higieny i ochrony zdrowia. Wydawnictwo WSiP, Warszawa 1977.
3. http://www.lepszezdrowie.info/zdrowie-historycznie.htm, data pobrania 16.11.2012

4. Kowalski M., Gaweł A.: Zdrowie -wartość –edukacja Wyd. II. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2007.
5. Melosik Z.: Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji. Wydawnictwo Edytor, Toruń-Poznań, 1999,112-124.
6. Aleksandrowicz J.: W poszukiwaniu definicji zdrowia. Stud. Filozof., 1972, 9.
7. Wulff H.R.: Pojęcie choroby i medyczne ujęcie człowieka. Sztuka leczenia, 1996, 3, 19.
8. Woynarowska B.: Edukacja zdrowotna. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 2008.
9. Woynarowska B.: Zdrowie i szkoła. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000.
10. Korzeniowska E.: O zdrowiu i jego definicjach. Zdr. Publ., 1988, 9, 466-469.
11. Wojtyniak B., Goryński P., Seroka W.: Najważniejsze elementy sytuacji zdrowotnej ludności Polski w latach 1999-2000. Zdr. Publ., 2002, 112, 133-140.
12. Gębska-Kuczerowa A., Miller M.: Analiza sytuacji epidemiologicznej w Polsce w zakresie głównych problemów zdrowotnych. Borgis - Post. Nauk Med., 2009, 4, 240-255.
13. Goryński P., Wojtyniak B.: Sytuacja zdrowotna ludności Polski i Narodowy Program Zdrowia 2006–2015. PZH, Warszawa, Reumatologia, 2007, 45/1, (supl. 1), 5-17.
14. Demel M.: Nauczyciel zdrowia. Wydawnictwo Nasza Księgarnia, Warszawa, 1972, 5.
15. Demel M.: Pedagogika zdrowia. Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1973, 49.
16. http://www.szkolnictwo.pl/index.php?id=PV0274&page=1, data pobrania 16.11.2011.
17. Woynarowska B., Pułtorak M.: Zachowania zdrowotne i postrzeganie własnego zdrowia przez młodzież w wieku 11-16 lat w Polsce. Kult. Fiz., 1991, 7-8, 16.
18. Misiuna M.: Styl życia a zdrowie. Promocja Zdrowia i Nauki Społeczne i Medycyna. Wydawnictwo Instytutu Kardiologii, Warszawa 1994, 1-2, 99-111.
19. Zahradniczek K., Poznańska S.: Wprowadzenie do pielęgniarstwa. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1996.
20. Karski J. B.: Promocja zdrowia. Centrum Metodycznego Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego, Warszawa, 1992, 5-9.
21. Słońska Z.: Promocja zdrowia w Polsce. Rozwiązania systemowe a rzeczywistość. Promocja Zdrowia. Nauki Społ. Med., 2000, 7, 21–23.
22. Sawicka M.: Zdrowy styl życia. Pielęg. Położ., 2006, 2, 35-37.

23. Rolka H., Krajewska-Kułak E., Kułak W. i wsp.: Akceptacja choroby i strategie radzenia sobie z bólem jako istotne komponenty oceny jakości życia zależnej od stanu zdrowia u chorych z migreną. Doniesienie wstępne. Probl. Pielęg., 2009, 17, 178–183.
24. Sztembis B.: Specyfika procesu pielęgnowania realizowanego przez pielęgniarkę środowiskową/rodzinną [w:] Pielęgniarstwo rodzinne. Teoria i praktyka, Kawczyńska-Butrym Z. (red.) CEM, Warszawa 1997, 81-90.
25. Tatoń J.: Naukowe przesłanki samoopieki przewlekle chorych: edukacja medyczna jako nowa forma opieki – w świetle własnych obserwacji. Pol. Tyg. Lek., 1996, 1, 50-54.
26. Karski J. B.: Praktyka i teoria promocji zdrowia. Wydawnictwo CeDeWu Sp. z o.o. Wydanie II. Warszawa 2006.
27. Tobiasz-Adamczyk B., Szafraniec K., Bajka J.: Zachowania w chorobie. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999.

Siwczyńska Dorota[1], Siwczyński Konrad[2], Religioni Urszula[3], MIńko Magdalena[3], Barańska Agnieszka[1], Mińko Maciej[4]

Wdrażanie e-Zdrowia w japońskim systemie opieki zdrowotnej

1. Uniwersytet Medyczny w Lublinie
2. Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej
3. Warszawski Uniwersytet Medyczny
4. Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

Japoński system opieki zdrowotnej jest jednym z najbardziej dynamicznie rozwijających się systemów na świecie. Obecnie porównując go do systemów europejskich można stwierdzić, że wzoruje się na klasycznym modelu brytyjskim. Przewodnią zasadą systemu japońskiego jest objęcie obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym całej populacji. Finansowanie systemu, oprócz środków pochodzących ze składek ubezpieczeniowych, obejmuje fundusze pochodzące ze środków publicznych. Władze publiczne dbają o działalność w zakresie zdrowia publicznego obejmujące między innymi profilaktykę i promocję zdrowia. Z kolei udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zdecydowanej większości przypadków zajmują się instytucje prywatne, których działalność jest finansowana ze środków publicznych. Oznacza to, że zadania składające się na organizację i funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej w Japonii są podzielone pomiędzy władze rządowe i samorządowe, instytucje ubezpieczeniowe, organizacje pozarządowe oraz jednostki prywatne [1].

Japonia tak jak większość krajów wysoko rozwiniętych musi zmierzyć się z wieloma aktualnymi problemami społeczno – ekonomicznymi, takim jak [2]:

- starzejące się społeczeństwo
- zmniejszająca się liczba urodzeń
- nierówności społeczne
- rosnące dysproporcje w dochodach
- wzrost kosztów opieki zdrowotnej, które w dużym stopniu determinują kierunki rozwoju ochrony zdrowia.

Aby niwelować negatywne skutki wymienionych procesów, należy przede wszystkim poznać, ocenić i kontrolować skalę problemów. Niezbędnym elementem monitoringu wspomnianych problemów jest informacja. Informacja rzetelna, wiarygodna, porównywalna i

uniwersalna. Informacja, którą w prosty i bezpieczny sposób będzie można przetwarzać i wymieniać pomiędzy uczestnikami systemu zdrowotnego za pomocą systemów informatycznych.

Przyczyny wprowadzenia eHealth

Informatyzacja systemu opieki zdrowotnej w Japonii została zapoczątkowana wiele lat temu. Niemal każda z jednostek udzielających świadczeń zdrowotnych posiada informacje demograficzne na temat pacjenta, historię jego choroby, opis przebiegu leczenia, zastosowanych medykamentów, itd. zgromadzonych w wewnętrznym systemie informatycznym. Zapewnia to przede wszystkim bezpieczeństwo danych, łatwość dostępu do nich przez osoby uprawnione, jak również zabezpieczenie przed ich utratą [2].

W Japonii funkcjonuje również system *Diagnosis – Procedure Combination* (DPC), który został stworzony na podstawie systemu *Diagnosis – Related Groups* (DRG) wykorzystywanego między innymi w Stanach Zjednoczonych. System obejmuje 18 głównych kategorii diagnostycznych tzw. *Major Diagnosis Categories* (MDC), 520 grup diagnostycznych oraz 2.658 grup case-mix [3].

Aktualnie dane zgromadzone w systemie służą do porównywania kosztów stosowanych metod leczenia określonej jednostki chorobowej wśród różnych jednostek opieki zdrowotnej. Wyniki analiz mają na celu ułatwienie podejmowania strategicznych decyzji dotyczących finansowania określonych procedur medycznych [2]. Jednakże, dopóki system *Diagnosis – Procedure Combination* (DPC) nie będzie zintegrowany z elektroniczną dokumentacją pacjenta, dopóty nie będzie możliwe racjonalne zarządzanie zasobami materialnymi i niematerialnymi w japońskim systemie opieki zdrowotnej.

Aktualne przeszkody w informatyzacji

Zastosowanie nowych technologii w placówkach ochrony zdrowia wiąże się z przekształceniem dotychczasowych procedur kliniczno – administracyjnych. Procesy te są elementem wielu zmian, które są nieuniknione. Przede wszystkim determinują one nowy system pracy, który w rezultacie ma poprawiać jakość opieki zdrowotnej na wszystkich szczeblach. Jednak istnieje wiele czynników, które spowalniają i utrudniają proces informatyzacji.

Do najważniejszych z nich należą:

- Niewystarczająca ochrona danych.

Dla wielu jednostek ochrony zdrowia wymiana danych pomiędzy placówkami przez Internet wydaje się być zagrożeniem dla ich bezpieczeństwa. Dotychczas dokumentacja

pacjentów była gromadzona w poszczególnych placówkach i wymiana tych informacji z zewnętrznymi instytucjami nie wydaje się być praktyczna [2].

- Niejasne uregulowania prawne.

Kolejnym ważnym czynnikiem są kwestie prawne. Wytyczne rządu w kwestii wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej są niejasne. Stąd też obawy świadczeniodawców co do ewentualnych kar za udostępnianie elektronicznych kart pacjentów za pomocą Internetu [2].

- Brak standaryzacji.

Ogólny brak standaryzacji dotyczy zarówno klasyfikacji procedur diagnostycznych i medycznych, jak również definicji terminów IT. Mało możliwe jest stworzenie ustandaryzowanej terminologii IT dla branży medycznej, bez porozumienia w fundamentalnych kwestiach nazewnictwa medycznego [4].

Strategia nowej reformy IT

W ramach IT Strategic Headquarters 2006 powstała koncepcja „Zdać sobie sprawę z wszechobecnego i uniwersalnego społeczeństwa sieciowego, gdzie każdy może czerpać korzyści z IT". Ta koncepcja miała na celu dokonania strukturalnej reformy opieki zdrowotnej za pomocą technologii IT. W ramach systemu wszystkie medyczne roszczenia ubezpieczeniowe miały być przetwarzane online, a pacjenci mieli samodzielnie zarządzać opieką medyczną [4].

Najważniejsze cele reformy obejmowały:

- Drastyczną redukcję kosztów administracyjnych obsługi ubezpieczeń medycznych poprzez pełną komputeryzację i ułatwiony sposób rozliczeń należności.
- Korzystanie z baz danych informacji medycznej dla celów epidemiologicznych i promowania profilaktyki i promocji zdrowia.
- Tworzenie fundamentów indywidualnego zarządzania zdrowiem przez całe życie.
- Promocję zdalnej opieki medycznej w celu redukcji różnic w poziomie dostępu do opieki medycznej w różnych regionach kraju.
- Sprecyzowanie celów wprowadzenia i promowanie powszechnego stosowania systemów informatycznych, w tym elektronicznej dokumentacji medycznej dla zachęcenia do większej współpracy placówek medycznych.
- Promocję kompleksowej i skutecznej informatyzacji zarówno placówek opieki zdrowotnej, jak również instytucji opieki społecznej [4].

Taktyka rozwoju

Wdrożenie wszechstronnego systemu IT w ochronie zdrowia w Japonii wymaga wprowadzenia zmian legislacyjnych ukierunkowanych na rozwój e-zdrowia. Najważniejsze zadania obejmują:

- Zastosowanie długoterminowej taktyki pozwalającej na zrealizowanie strategicznych celów w zakresie e-zdrowia.
- Stworzenie korzystnych warunków zachęcających do współpracy jednostki opieki zdrowotnej w Japonii.
- Ustanowienie ogólnokrajowej identyfikacji zdrowotnej w postaci numeru ID.
- Standaryzacja indywidualnych kart pacjentów prowadzonych przez poszczególne jednostki. Możliwość ich wymiany pomiędzy instytucjami dla utrzymania ciągłości leczenia oraz celów epidemiologicznych i analitycznych [2].

Systemy informatyczne w ochronie zdrowia mają za zadanie przechowywać dane, a także umożliwiać ich swobodną wymianę. Aby zrealizować te zadania niezbędne są przepisy regulujące tego typu działalność. Jasność i jednoznaczność przepisów prawnych zmniejsza obawy związane z korzystania z systemów, jak również może ukazać korzyści z ich wprowadzenia.

Przykłady zastosowań

Pomimo wielu utrudnień we wdrażaniu systemów informatycznych można podać przykłady funkcjonowania zintegrowanego systemu informatycznego w niektórych regionach Japonii. Bardzo dobrze funkcjonujący model wymiany informacji medycznych funkcjonuje w Prefekturze Kagawa. Jest to jeden z najlepiej zaawansowanych w dziedzinie technologii informacyjnej zdrowia region Japonii. Yamakata, Nogawa i Ueda poddali analizie cztery medyczne projekty z zakresu teleinformatyki (ICT – *Information and Communications Technology)* funkcjonujące na tym terenie. Były to: K-MIX (Kagawa Medical Information eXchange), critical path (ścieżka krytyczna), e-prescription (e-recepta) oraz PHR (Personal Health Record). Zadaniem systemu K-MIX jest gromadzenie i wymiana danych dotyczących podstawowej charakterystyki pacjenta (imię, nazwisko, wiek, płeć, itp.), wykonanych mu badań, opis diagnozy lekarskiej, terminów zleceń oraz pozostałych informacji zamieszczanych przez lekarza. Informacja w tym systemie przekazywana jest pomiędzy lekarzami, którzy są zarejestrowanymi użytkownikami [5].

Kolejny system, zwany *critical path,* oznacza zintegrowanie działań diagnostycznych i leczniczych pomiędzy poszczególnymi jednostkami ochrony zdrowia. System ten zapewnia przede wszystkim utrzymanie ciągłości przekazywania informacji medycznych na temat pacjenta. Główną zaletą systemu jest wymiana danych nie tylko między lekarzami, ale pomiędzy całym personelem medycznym, jak również dietetykami, którzy dopełniają kompleksowość opieki [6].

Kolejnym systemem, który zapewnia stały przepływ informacji medycznych jest system e-prescription. W tym systemie wymiana informacji następuje pomiędzy lekarzem a farmaceutą. Dzięki niemu dane dotyczące farmakoterapii pacjenta są przesyłane bezpośrednio do aptek. Praktycznie eliminuje się ryzyko pomyłek oraz braku możliwości odczytania treści zlecenia. System ułatwia również kontrolę nad ilością przypisywanych medykamentów, a także częstością ich wykupywania przez pacjentów. Ostatnim systemem, który poddano analizie był to system PHR, czyli osobista dokumentacja medyczna. W tym systemie gromadzone dane medyczne, w odróżnieniu od elektronicznej dokumentacji medycznej, są dostępne nie tylko dla personelu medycznego, ale również dla poszczególnych pacjentów. Przykład funkcjonowania zintegrowanych systemów w tym regionie Japonii, który zamieszkuje około 1 miliona osób korzystających z usług 94 szpitali oraz 822 klinik potwierdza ich skuteczność. W pozytywny sposób wpływają na sprawność działania systemu opieki zdrowotnej, ale przede wszystkim pozwalają kontrolować zjawiska medyczne i zapewniają wyższą jakość usług pacjentom [7].

Kolejny przykład wskazuje na duże korzyści finansowe z wprowadzenia systemów informatycznych w japońskim systemie opieki zdrowotnej. M.Tsuji i Y.Akematsu porównali koszty opieki zdrowotnej osób, które korzystały z medycznych systemów informatycznych z tymi, którzy nie korzystali z tego typu usług. Analiza dotyczyła osób zamieszkujących jedno z miast w Prefekturze Fuikushima, a porównanie kosztów lat 2002 – 2006. Dokładne analizy wskazały jednoznacznie, że koszty związane z opieką zdrowotną użytkowników systemów informatycznych są niższe niż koszty osób, które nie korzystają z systemów. Oszacowano, że w tym regionie Japonii różnica ta wynosi 133 dolary amerykańskie na rok [8].

Podsumowanie

W sytuacji, kiedy niemal wszystkie systemy opieki zdrowotnej na świecie muszą zmierzyć się z rosnącymi kosztami opieki zdrowotnej, poszukuje się rozwiązań, które pozwolą na ich zmniejszenie, bez uszczerbku dla pacjentów. Jednym z rozwiązań jest informatyzacja ochrony zdrowia, która jak potwierdzają badania, umożliwia realną redukcję

wydatków. Jednakże wprowadzenie zintegrowanych systemów informatycznych, które pozwolą na swobodny przepływ danych w całym kraju jest długim procesem, który wymaga odpowiedniego przygotowania, a także akceptacji ze strony zarówno decydentów, jak i całego społeczeństwa. W rozważaniach na temat informatyzacji, argumentem „za" są duże korzyści zdrowotne i finansowe. System e-zdrowia w Japonii zapewni bezpieczeństwo i stały przepływ danych medycznych. Ponadto należy również pamiętać, że wprowadzenie rozwiązań z zakresu IT umożliwia przeprowadzanie wielu badań, wpływa na rozwój i pozwala ocenić, które rozwiązania wdrażane w systemie ochrony zdrowia zapewniają bezpieczeństwo, jakość i efektywność opieki zdrowotnej.

Piśmiennictwo

1. Włodarczyk W.C., Poździoch S.: Systemy zdrowotne – zarys problematyki. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.
2. Akyiama M., Nagai R.: Information technology in health care. E-health for Japanese health services. Center for strategic and international studies, Washington, 2012.
3. Matsuda S., Ishikava K.B., Kuwabara K. et al: Development and use of the Japanese case-mix system. Eurohealth, 2009, 14, 27-30.
4. Rapport: Swedish Agency For Growth Policy Analysis: eHealth and patient-centered care processes in Japan: Pre-Study, Tokyo, 2010, 24-32.
5. Hara K.: IT Deployment in medical and nursing care field -From K-MIX to Japanese EHR. Journal of Kagawa Medical Association, 2010, 63.5, 58-56.
6. Yamakata D., Uemura K., Yokoi H.: Regional Cooperative Critical Pathway for Diabetes and K-MIX. The 3rd Joint Symposium between Chiang Mai University and Kagawa University, Thailand, 2010, 96-97.
7. Yamakata D., Nogawa H., Ueda M.: A successful model of regional healthcare information exchange in Japan: Case Study in Kagawa Prefecture. 8th International Telecommunications Society Asia – Pacific Regional Conference, Taiwan, 2011, 1-7.
8. Tsuji M., Akematsu Y.: Economic evaluation of eHealth in Japan. www: unsw.edu.au., data pobrania 27.03.2013.

Siwczyńska Dorota[1], Siwczyński Konrad[2], Religioni Urszula[3], MIńko Magdalena[3], Barańska Agnieszka[1], Mińko Maciej[4]

Komunikacja w jednostkach ochrony zdrowia za pomocą systemów informatycznych

1. Uniwersytet Medyczny w Lublinie
2. Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej
3. Warszawski Uniwersytet Medyczny
4. Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

Na całym świecie dużą wagę przykłada się do ułatwiania procesów wymiany danych i informacji we wszystkich dziedzinach życia. Realizację tych działań umożliwiają systemy informatyczne. W chwili obecnej są one nieodłącznym elementem funkcjonowania wielu elementów gospodarczych, nawet tych, które nie prowadzą działalności związanej z nowoczesnymi technologiami. Są one stosowane przede wszystkim, by usprawnić zarządzanie daną jednostką, a ich zaletą jest szybkie i niezawodne funkcjonowanie. W związku z tym systemy informatyczne znajdują również szerokie zastosowanie w jednostkach ochrony zdrowia. Potrzeby i wymagania pacjentów wciąż rosną, a świadczone usługi medyczne muszą charakteryzować się wysoką jakością.

Wdrożenie systemu informatycznego w jednostce ochrony zdrowia wiąże się z realizacją trzech podstawowych celów na poziomie administracyjnym i medycznym.
Są to:

- wspomaganie decyzji,
- nadzorowanie udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- ocena jakości i efektywności działań [1].

Ich realizację umożliwiają systemy informatyczne, które funkcjonują w różnych jednostkach ochrony zdrowia i są dostosowane do potrzeb danej placówki. W związku ze specyfiką branży medycznej system informatyczny musi ułatwiać spełnienie szeregu swoistych funkcji.
Należą do nich:

- obsługa pacjenta;
- wzrost jakości usług medycznych;
- redukcja kosztów;

- wspomaganie badań naukowych;
- wykorzystywanie nowoczesnych technologii diagnostycznych i terapeutycznych;
- ochrona informacji, danych i oprogramowania [2].

W celu właściwego wypełnienia wszystkich wymienionych zadań niezbędne jest, by system informatyczny był niezawodnym narzędziem komunikacji wewnątrz jednostki, a także pozwalającym na sprawny obieg informacji pomiędzy nimi.

Relacje pomiędzy pacjentem a jednostkami ochrony zdrowia tworzą pierwszy poziom komunikacji. System informatyczny umożliwia wprowadzanie i archiwizację danych dotyczących pacjenta, ewidencję wizyt pacjentów i obsługę ruchu chorych w danej jednostce [3]. Dzięki temu możliwa jest szybka i rzetelna analiza stanu zdrowia danego pacjenta, a także generowanie zaleceń i skierowań na badania. To, z kolei, jest podstawą do tworzenia zbiorczych analiz, kontroli kosztów i tworzenia cennika usług [3]. Na tym etapie istotnym elementem z punktu widzenia pacjenta jest swobodny dostęp do własnych danych medycznych. Tego typu działania są możliwe jedynie dzięki stworzeniu Internetowego Konta Pacjenta zawierającego jego historię choroby, która udostępniana będzie pacjentowi i specjaliście, po uzyskaniu zgody od pacjenta [4]. Posiadacz konta w każdej chwili ma możliwość wglądu do własnej dokumentacji medycznej, a także sam może wprowadzać informacje medyczne, na przykład takie jak wyniki badań laboratoryjnych. Istotną kwestią jest ochrona zgromadzonych danych. Zakres ochrony powinien obejmować informacje o pacjencie i dostarczanych mu usługach medycznych oraz służyć zachowaniu intymności w relacji lekarz – pacjent [2].

Kolejnym ważnym zadaniem systemu informatycznego jest obieg informacji na szczeblu pacjent – jednostka opieki zdrowotnej – apteka. Funkcjonowanie systemów informatycznych w tych obszarach jest niezbędne. Umożliwia to kontrolę wykupowanych przez pacjentów preparatów leczniczych. Dzięki temu można dokonywać różnych analiz związanych z zapotrzebowaniem apteki na dane leki [3]. Jednakże głównym celem monitoringu sprzedaży leków jest uniknięcie pomyłek związanych z niebezpiecznym dla pacjenta zestawieniem różnych preparatów, czy też złymi zaleceniami dawkowania. Istotne jest również to, aby apteki działały w obrębie zintegrowanych ze sobą systemów. Wymiana informacji pomiędzy aptekami jest niezbędna, gdyż bardzo rzadko zdarza się, by pacjent korzystał z usług tylko jednej z nich. Z tego względu brak integracji pomiędzy aptekami prowadzi do rozproszenia informacji dotyczących zakupionych przez chorego leków. Umożliwia to zakup nieograniczonych ilości preparatów, które mogą być wykorzystywane do

celów innych niż lecznicze. W tym przypadku po raz kolejny zwraca się uwagę na ochronę przekazywanych danych. Zachowanie: poufności, integralności, dostępności, rozliczalności, autentyczności, niezaprzeczalności i niezawodności informacji stanowi definicję bezpieczeństwa danych według normy PN-ISO/IEC-17799:2005 [5, 6].

Drugi poziom stanowi komunikacja zewnętrzna i wymiana informacji pomiędzy jednostkami. Posiadanie aktualnej wiedzy na temat sytuacji zdrowotnej na danym obszarze umożliwia prowadzenie racjonalnej polityki zdrowotnej przez państwo [7].

Toteż dobrze funkcjonujące systemy powinny pozwalać na:

- monitorowanie stanu zdrowia populacji,
- ustalanie rozmiarów problemów zdrowotnych poszczególnych regionów czy grup społecznych,
- wspomaganie zarządzania na różnych szczeblach,
- wspomaganie gospodarki finansowej,
- monitorowanie poziomu kosztów [7].

Wszystkie wymienione wyżej cele systemów informatycznych mogą być realizowane dzięki sprawnej wymianie rzetelnych informacji, pozyskiwanych na wszystkich szczeblach systemów. Profesjonalną komunikację w jednostkach ochrony zdrowia zapewniają usługi telemedyczne. W ostatnim czasie w Polsce wdrażane są różne programy mające na celu ułatwienie komunikacji w ochronie zdrowia. W 2007 roku zrealizowano w województwie lubelskim „Strategię wprowadzania rozwiązań i usług telemedycznych w Regionie Lubelskim". W ramach tej strategii zbadano stan informatyzacji usług medycznych, dokonano analizy najlepszych praktyk w zakresie telemedycyny w Polsce, a także opracowano strategie wdrożeń telemedycznych na Lubelszczyźnie w ramach konkretnych projektów [8]. Podobne projekty były lub są realizowane na terenie całej Polski.

Kolejną ważną zaletą wdrożenia systemu informatycznego w instytucjach ochrony zdrowia jest działalność wspomnianego systemu e-recepta. Na powodzenie wdrożenia systemu e-recepty w dużej mierze wpływa integralność systemów funkcjonujących na poziomie płatnik – świadczeniodawca. Głównie ze względów kontrolnych i rozliczeniowych niezbędne jest określenie prawidłowej architektury działania systemu e-recepta. Określenie funkcjonalności systemu centralnego oraz wewnętrznych systemów jednostek opieki zdrowotnej pozwala na zapewnienie wzajemnego dostępu użytkowników do usług danej sieci. Z kolei prawidłowe zdefiniowanie zakresu transmisji oraz zakresu informacji umożliwia niezawodne funkcjonowanie systemu e-recepta [9].

W krajach europejskich od wielu lat wdraża się programy mające na celu stworzenie platformy z zakresu usług medycznych, umożliwiającej organom administracji rządowej i samorządowej, jednostkom ochrony zdrowia i obywatelom gromadzenie i analizę danych medycznych społeczeństwa [4]. W Polsce także powstają i rozwijają się takie systemy. Jednakże jeszcze zbyt mało jednostek ochrony zdrowia i pacjentów korzysta z takich rozwiązań. Przyczynami tej sytuacji mogą być zarówno brak swobodnego dostępu do Internetu w niektórych regionach Polski, niewiedza na temat istnienia systemów informatycznych w ochronie zdrowia, zbyt wysokie koszty wdrożenia systemu, a także brak zainteresowania systemami ze strony decydentów.

Piśmiennictwo

1. Gałuszka J., Krajewski K.: Infrastruktura informacyjna w zakładach opieki zdrowotnej. Menedżer Zdrowia, 2004, 4, 54-58.
2. Komnata W.: Systemy informacyjne w dziedzinie zdrowia publicznego. [w:] Zdrowie Publiczne - wybrane zagadnienia, Czupryna A., Poździoch S., Ryś A., Włodarczyk W.C. (red.). Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 2001, 192.
3. Nowomiejski J., Rasińska R.: Zasady wyboru zintegrowanych systemów informatycznych w placówkach służby zdrowia. Pielęg. Pol., 2005, 2, 395-398.
4. Wdowiak L, Horoch A., Bojar I., Jarosz M. J.: Systemy informatyczne w ochronie zdrowia. Część 1 – doświadczenia europejskie w zakresie internetowego konta pacjenta. Zdr. Publ., 2009, 119, 74-79.
5. PN-SIO/IEC-17799:2005 Technika informatyczna. Praktyczne zasady zarządzania bezpieczeństwem informacji, Polski Komitet Normalizacyjny, 2007.
6. Skrzypek M., Szymańska J., Czubek A.: Kluczowe problemy wprowadzenia e-dokumentacji medycznej. Zdr. Publ., 2012, 122, 195-200.
7. Przybyłka A.: Rola informatyzacji jako narzędzia wspomagającego procesy leczenia i zarządzania w opiece zdrowotnej. Antidotum, 2002, 11, 49-65.
8. Strategia wprowadzania rozwiązań i usług telemedycznych w regionie lubelskim, Centrum Badań Naukowych i Funduszy Zewnętrznych, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej. http://www.umcs.lublin.pl, data pobrania 01.03.2013.
9. Wdowiak L., Bojar I., Horoch A.: Systemy informatyczne w ochronie zdrowia. Część 3 – doświadczenia międzynarodowe w zakresie e-recepty. Zdr. Publ., 2009, 119, 192-198.

Kowalewska Betata[1,2], Łuba Joanna[1], Rolka Hanna[1,2], Jankowiak Barbara[1,2,] , Klimaszewska Krystyna[1], Kondzior Dorota[1] , Oleszczuk Tadeusz[2], Ortman Elżbieta[2], Krajewska –Kułak Elżbieta[1]

Zwyczaje żywieniowe w rodzinie a otyłość u dzieci w wieku 9-13 lat - badania własne

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Instytut Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

Wprowadzenie

Nawyki żywieniowe przyswojone przez dziecko w domu wpływają na sposób jego odżywania w przyszłości, a odpowiednia dieta w dzieciństwie ma ogromne znaczenie w profilaktyce chorób niezakaźnych [1, 2, 3, 4].

Badania prowadzone przez TNS OBOP w różnych grupach wiekowych wykazały, iż pomimo wzrostu świadomości oraz poziomu wiedzy na temat zdrowego żywienia i wpływu diety na występowanie wielu chorób, model żywienia Polaków nadal związany jest z potrawami tradycyjnymi, a do najpopularniejszych dań w rodzinnych domach od lat jest kotlet schabowy z ziemniakami i surówką [5, 6]. Wykazały także, że tylko 2% respondentów uznało swój styl żywienia za niezdrowy, a 1/3 badanych oceniała swoją dietę, jako „raczej zdrową". Rozumienie pojęcia „zdrowej diety" różniło się w różnych grupach wiekowych - dla starszych osób oznacza ono spożywanie pełnych domowych obiadów z naturalnych produktów, natomiast młodsze osoby wskazują na stosowanie beztłuszczowej obróbki cieplnej oraz spożywanie wysokoenergetycznych produktów z dużą ilością witamin, błonnika i składników mineralnych, jako wyznacznik zdrowego odżywiania się. W obu grupach wiekowych są osoby szczególnie dbające o jakość swojego stylu żywienia. Osoby młodsze głównie dbają o formę, natomiast starsi Polacy zmuszeni są przez stan swojego zdrowia do pilnowania swojej diety. Pozytywny jest również fakt, że aż 1/3 badanych twierdzi, że istotne jest, by posiłki miały niską zawartość tłuszczu, cholesterolu, a według 1/4 powinny być niskokaloryczne. Wyniki te świadczą o sporej wiedzy Polaków na temat właściwego żywienia oraz o rosnącym znaczeniu walorów zdrowotnych diety, jednak silne przyzwyczajenie do tradycyjnych potraw, brak czasu powodują, że ta wiedza nie jest na co dzień wykorzystywana w praktyce [6].

Polin i wsp. [6] zwracjaą uwagę, iż w diecie Polaków jest zbyt dużo produktów o niskiej wartości odżywczej, a większość jada tłusto i monotonnie. Świadczy to o doniosłym znaczeniu wyniesionych z domu rodzinnego przyzwyczajeń i preferencji kulinarnych [6].

W literaturze przedmiotu [5, 6] podkreśla się, iż jedną z najważniejszych wad polskiej kuchni jest sposób przygotowywania posiłków. Smażone produkty spożywcze wzbogacone są o tłuszcz z patelni, który w niemal 60% przechodzi do potraw. Bardzo rzadko stosowane jest smażenie beztłuszczowe. Warzywa i ziemniaki zazwyczaj są gotowane w wodzie, przez co tracą witaminy i składniki mineralne. Gotowanie na parze praktykuje niewiele osób, zazwyczaj w wieku 20-39 lat, 57% Polaków nigdy nie przygotowuje posiłków w ten sposób. 63% Polaków spożywa tylko 3 posiłki dziennie [5, 6].

Rodzaj diety i sposób żywienia są dwoma najważniejszymi wyznacznikami zwyczajów żywieniowych. W pojęciu sposobu żywienia mieści się nie tylko rozkład posiłków, czyli ich pora, częstotliwość i regularność, ale także atrakcyjność ich podania, dobór i przyrządzanie produktów spożywczych wykorzystywanych do ich przygotowania. Warunkują go takie czynniki, jak uwarunkowania psychologiczne, czyli nawyki, osobowość, styl życia, poza tym czynniki środowiskowe, kulturowe, społeczno-ekonomiczne oraz poziom wiedzy o racjonalnym żywieniu [7, 8].

Komitet Żywienia Człowieka PAN, Instytut Żywności i Żywienia w 1998r. określił podstawowe zalecenia żywieniowe, według których należy spożywać przynajmniej trzy posiłki dziennie, w tym obowiązkowo śniadanie, w diecie codziennie muszą być obecne produktu pochodzenia zwierzęcego i roślinnego, surowe owoce i warzywa, dwa razy dziennie należy spożywać mleko lub jego przetwory, natomiast mięso i jego przetwory dwa lub trzy razy w tygodniu, a w pozostałe dni należy je zastąpić rybami i daniami z roślin strączkowych. Należy ograniczyć ilość spożywanego tłuszczu, zastępować tłuszcze zwierzęce olejem lub oliwą z oliwek, spożycie soli w potrawach nie powinno być większe niż jedna łyżeczka dziennie, a cukier i słodycze częściowo należy zastępować owocami i warzywami. Nie mniej ważna jest także aktywność ruchowa [1, 9, 5, 10, 11].

W ciągu ostatnich lat problem otyłości nabrał istotnego znaczenia. Stale rośnie odsetek ludzi otyłych w populacji, zarówno w skali światowej, jak i krajowej [12, 13, 14]. Coraz częściej dotyka ona dzieci i młodzież. Rozpoczyna się w wczesnym wieku, co ma niekorzystny wpływ na rozwój tych osób, a także pogarsza komfort życia i jest przyczyną wielu chorób niezakaźnych, pojawiających się w życiu dorosłym [15].

Międzynarodowe Towarzystwo Badań nad Otyłością szacuje, że co roku w Europie liczba dzieci otyłych wzrasta o 85 000, natomiast z nadwagą aż o 400 000. Badanie Olaf

przeprowadzone w Polce wykazało, że 14% dziewcząt i 18% chłopców jest otyłych lub ma nadwagę [16, 23]. Zaobserwowano, że u większości dzieci, które nadmiernie przybrały na wadze przed ukończeniem 6. roku życia nadwaga utrzymywała się w okresie dojrzewania, a im wcześniej u dziecka wystąpiła otyłość, tym większą ostateczną masę ciała osiągało [9].

Otyłość i nadwaga powiązane są z zaburzeniami bilansu energetycznego, czyli równowagi pomiędzy przyswojonym pokarmem a stratami energetycznymi [16, 17]. U dzieci sprowadza się on do równowagi pomiędzy podażą a wydatkiem energii ze względu na bardzo małe straty energii ponoszone przez ich organizm. Ilość dostarczanej z pożywieniem energii regulowana jest, między innymi, przez ośrodki łaknienia w podwzgórzu, determinowane przez czynniki fizjologiczne i psychospołeczne. Czynniki fizjologiczne pozwalają na dopasowanie spożycia do zapotrzebowania organizmu. To zapotrzebowanie na energię wpływa na uczucie głodu oraz na ilość spożytych w danym posiłku pokarmów, uzależnione jest ono od takich sytuacji, jak niezbyt obfity poprzedni posiłek lub znaczna aktywność fizyczna [18].

Cel pracy

Celem pracy była:

- ocena występowania otyłości u dzieci w wieku 9-13 w zależności od zwyczajów żywieniowych w rodzinie
- poznanie nawyków żywieniowych rodzin dzieci objętych badaniem.

Materiał i metoda

Materiał do pracy został zebrany za pomocą anonimowego, autorskiego kwestionariusza, skonstruowanego na potrzeby niniejszego badania. Ankieta składała się z 26 pytań, w części ogólnej, tzw. metryczkowej dotyczących: płci dziecka, jego wzrostu i wagi, a także wykształcenia rodziców i ich sytuacji materialnej oraz z 21 pytań w części szczegółowej dotyczących ‚m.in.: zwyczajów żywieniowych w rodzinie, aktywności dziecka, regularności oraz ilości spożywanych posiłków, spożywania przez dziecko słodyczy, chipsów, owoców, warzyw, „fast-foodów”, napojów, soków i przetworów mlecznych, podjadania przez dziecko między posiłkami.

Badaniem przeprowadzonym po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku nr R-I-002/198/2011, w okresie od V – X. 2011 roku, objęto grupę 101 rodziców dzieci w wieku 9-13 lat, uczęszczających do Szkoły Podstawowej nr 15 w Białymstoku. Ponadto, uzyskano zgodę Dyrekcji w/w Szkoły na przeprowadzenie badania.

Do badania zakwalifikowano rodziców 134 dzieci. Rodzice zostali poinformowani o celu badania, jego anonimowości i możliwości odmowy lub rezygnacji z udziału. Ostatecznie

w badaniu zgodziło się wziąć udział 101 rodziców dzieci, ankiety rozdano rodzicom 47 chłopców i 54 dziewcząt.

Zebrane wyniki zostały podane analizie statystycznej ilościowej i jakościowej i opracowane za pomocą programu Microsoft Excel. W analizie statystycznej do sprawdzenia zależności pomiędzy cechami jakościowymi wykorzystano test Chi-kwadrat. Wyniki istotne statystycznie uznano na poziomie $p<0,05$.W obliczeniach wykorzystano pakiet Statistica 10.0 firmy StatSoft.

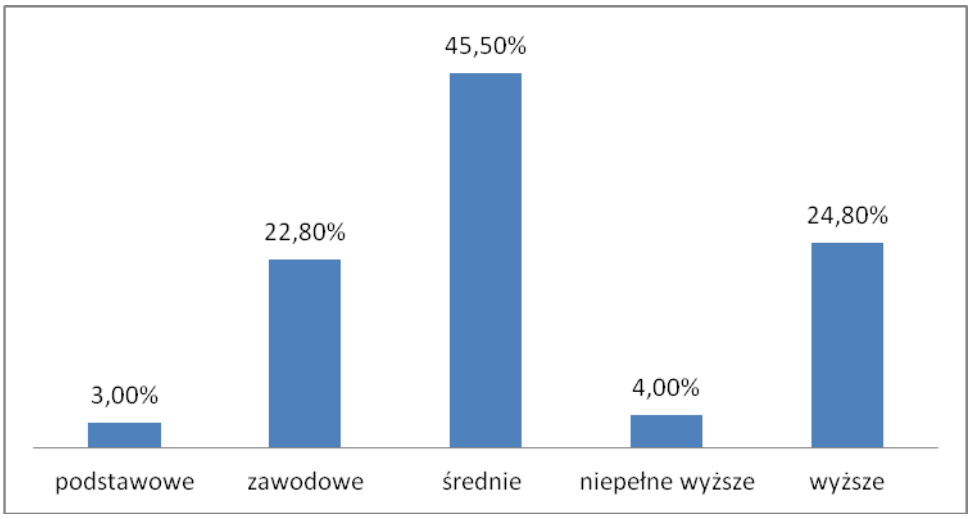
Wyniki

Wśród 101 dzieci, których zwyczaje żywieniowe panujące w rodzinie miało przybliżyć badanie, znalazło się 46,5% chłopców (47 osób) i 53,5% dziewczynek (54 osób). W 16,8% badanych rodzin (17 rodzin) było tylko jedno dziecko. Najwięcej, bo 48,5% (49 rodzin) stanowiły rodziny dwudzietne, rodziny trójdzietne stanowiły 28,7% (29 rodzin), zaś najmniej, bo 5,9% (6 rodzin) było rodzin posiadających czworo i więcej potomstwa.

83,2% respondentów (84 rodziców) oceniło sytuację materialną swojej rodziny jako dobrą, natomiast 7,9% ankietowanych (8 rodziców) określiło ją jako niezadowalającą, zaś rodzin z sytuacją materialną bardzo dobrą było 8,9% (9 rodzin).

Spośród rodziców badanych dzieci najmniej, bo 3% (3 osoby) miało wykształcenie podstawowe, największą grupę stanowili rodzice z wykształceniem średnim - 45, 5% (46 osób) (Ryc.1.). W badaniu nadwagę stwierdzono w rodzinach, w których rodzice mieli wykształcenie podstawowe lub średnie.

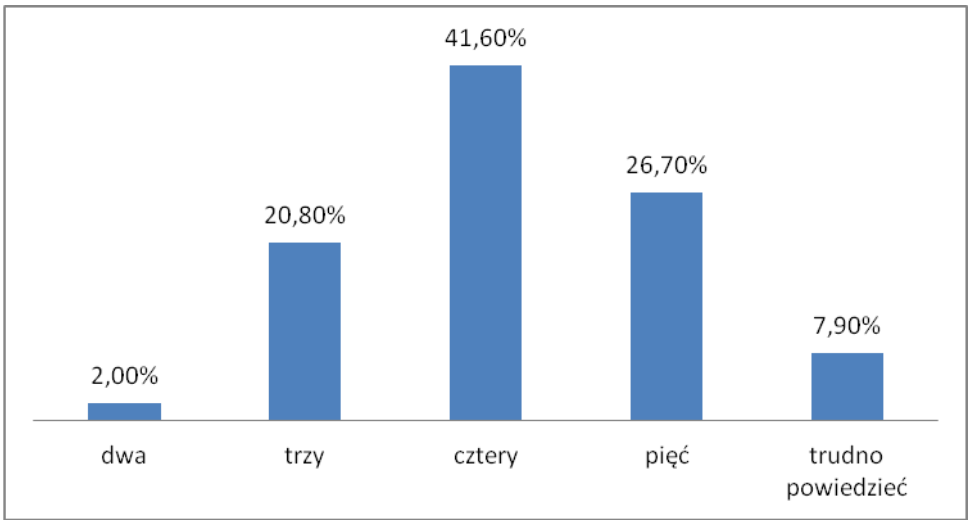
Rodziców poproszono o wpisanie masy ciała i wzrostu dzieci, których dotyczyła ankieta. Pozwoliło to na wyliczenie BMI dzieci oraz stwierdzono nadwagę u 3 dzieci, spośród 88, których rodzice odpowiedzieli na pytanie dotyczące wzrostu i wagi badanych. Problem z nadmierną masą ciała ma 2,64 % (3 dzieci) badanej populacji w wieku 9-13 lat w tym 33,3% dziewcząt (1 dziewczynka) i 66,6% chłopców (2 chłopców).W grupie 88 osób żadne dziecko nie było otyłe. W badanej grupie nie wystąpiły także przypadki otyłości olbrzymiej. 13 rodziców (12,86%) nie potrafiło wskazać wzrostu swoich dzieci. Stwierdzono również w badanych rodzinach występowanie otyłości w rodzinie u któregoś z jej członków (dotyczyło 27,7% respondentów).



Rycina 1. Poziom wykształcenia rodziców badanych dzieci.

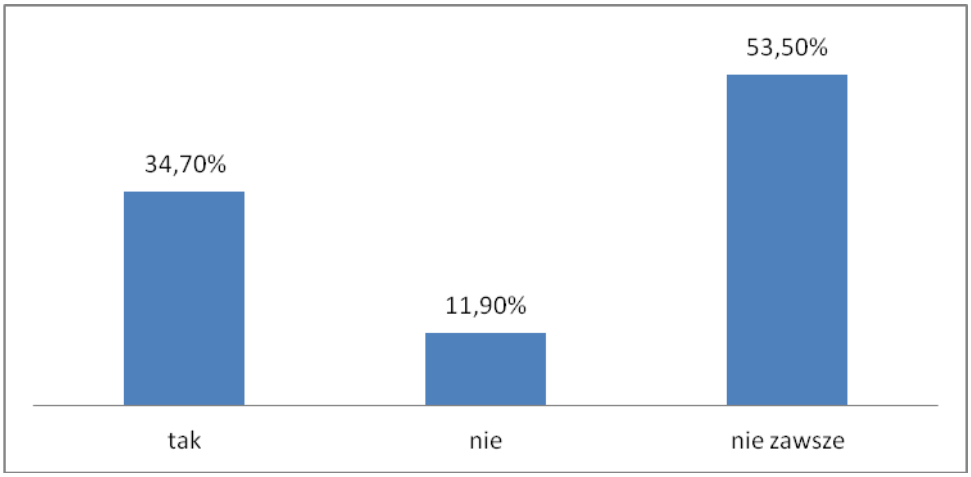
Ponadto, należy podkreślić, że rodziny dzieci, których dotyczyła nadmierna masa ciała to rodziny o dobrej sytuacji materialnej, posiadające 2 dzieci 33,3%, (34 rodziny), lub 3 dzieci 66,6 % (67 rodzin). Wykształcenie rodziców dzieci z nadmierną masą ciała to w 33,3% (1 osoba) podstawowe, a w 66,6% przypadków (2 osób) średnie.

2% badanych dzieci (2 osoby) zjada 2 posiłki w ciągu dnia, 41,6% (42 osoby) spożywa 4 posiłki dziennie, natomiast 7,9% (8 osób) rodziców nie potrafi określić częstotliwości posilania się ich dzieci (Ryc.2.). Dzieci z nadmierną masą ciała zjadają 3 posiłki dziennie - 66,6% (2 dzieci) lub 5 posiłków dziennie - 33,3% dzieci (1 osoba).



Rycina 2. Ilość posiłków spożywana przez dziecko w ciągu dnia.

Zaledwie 34,7% (35 osób) wszystkich ankietowanych rodzin spożywa posiłki codziennie o tej samej porze (Ryc.3.). Wśród rodzin spożywających posiłki o nieregularnych porach znalazły się również rodziny dzieci (3 dzieci) z nadmierną masą ciała. Na podkreślenie zasługuje fakt, że niesystematyczność spożywania posiłków jest jednym z czynników sprzyjających nadwadze i otyłości.



Rycina 3. Regularność spożywania posiłków przez członków rodziny.

48,5% (49 osób) spośród dzieci zawsze, a 38,60% (40 osób) zazwyczaj dostaje w czasie posiłków to samo, co reszta rodziny, a dieta 11,9% (12 dzieci) różni się od diety pozostałych domowników. Spośród 3 dzieci z nadmierną masą ciała (1 dziecko) 33,3% zjada to, co reszta rodziny, natomiast dieta 2 z nich 66,6% (2 dzieci) różni się od diety rodzinnej.

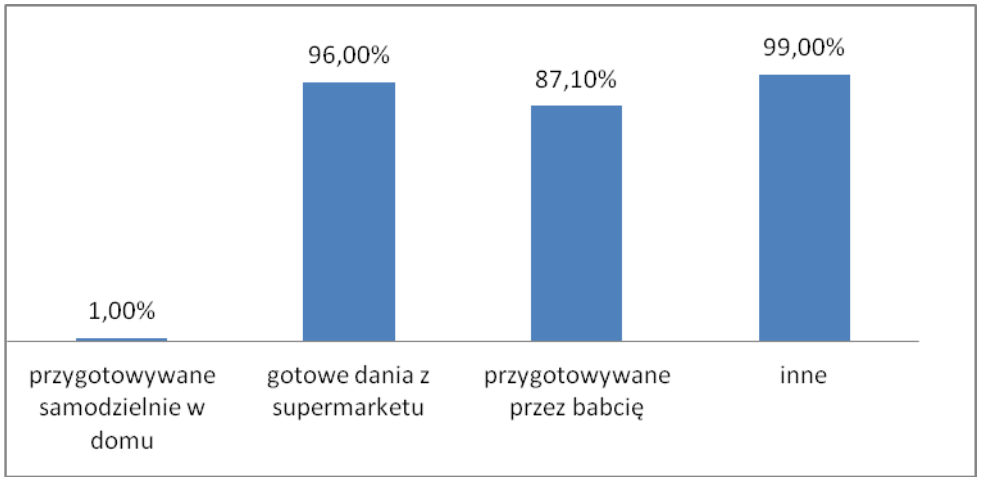
Istotnym wydaje się w przypadku dzieci z nadwagą, czy dieta inna niż dieta ich rodziców obfituje w produkty wskazane dla dzieci i młodzieży oraz sprzyjające utrzymaniu lub zmniejszeniu masy ciała.

Dieta 1% badanych rodzin (1 rodziny) określona została jako tłusta, 39,6% (40 rodzin) uważa, że ich dieta jest chuda, natomiast 59,4% (60 rodzin) nie przywiązuje wagi do tego, jak kaloryczne i bogate w tłuszcze są ich posiłki.

Spośród dzieci z nadmierną masą ciała rodzice 39,6% z nich zadeklarowali zjadanie przez swoje pociechy posiłków chudych (1 osoba), natomiast 59,4% (2 osoby) wskazało spożywanie przez dzieci tego, co znajduje się w lodówce.

Rodzice 96% badanych dzieci przyznali, że podają swoim dzieciom gotowe dania kupione w supermarketach (96 osób), również 96% dzieci otrzymuje posiłki przygotowane w domu. Babcie przygotowują posiłki 87,1% dzieci (88 osób), 99% (99 dzieci) dostaje posiłki

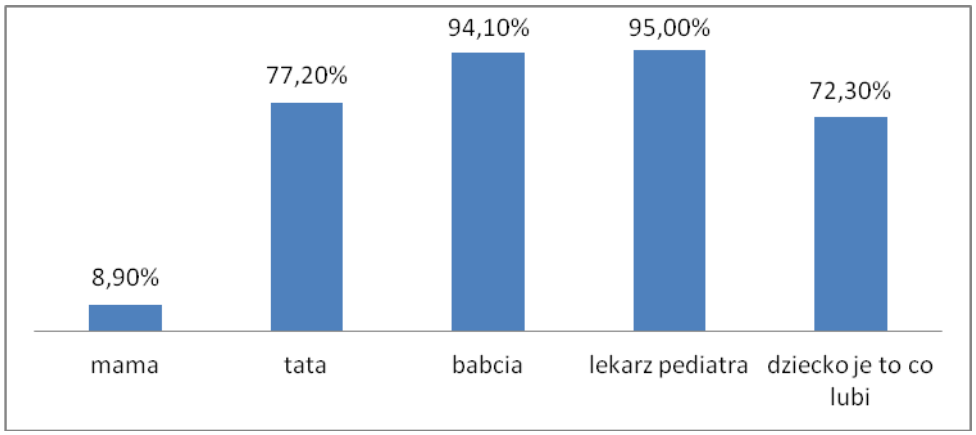
zrobione przez rodzica lub innego opiekuna (Ryc.4.). Pozytywnym jest fakt, że wszystkie dzieci z nadmierną masą ciała otrzymują posiłki przygotowane przez opiekuna w domu.



***** wyniki nie sumują się do 100% gdyż respondenci mogli zaznaczyć kilka odpowiedzi

Ryc.4. Rodzaj posiłków spożywanych przez dzieci.

W 8,9% (9 osób) przypadków to mamy decydują o żywieniu dziecka, tata wywiera znacznie większy wpływ na żywienie w 77,2% (78 rodzin). Spośród nich 72,3% dzieci (73 osoby) zjada to, co lubi. Bardzo duże wpływ na żywienie dzieci ma również lekarz pediatra 95% (95 rodzin). Dane zebrano na podstawie pytania wielokrotnego wyboru, dlatego wyniki nie sumują się do 100% (Ryc.5). Wśród dzieci z nadmierną masą ciała 66,6% (2 dzieci) je to, co lubi, natomiast o żywieniu 33,3% (1 dziecka) z nich decyduje mama.

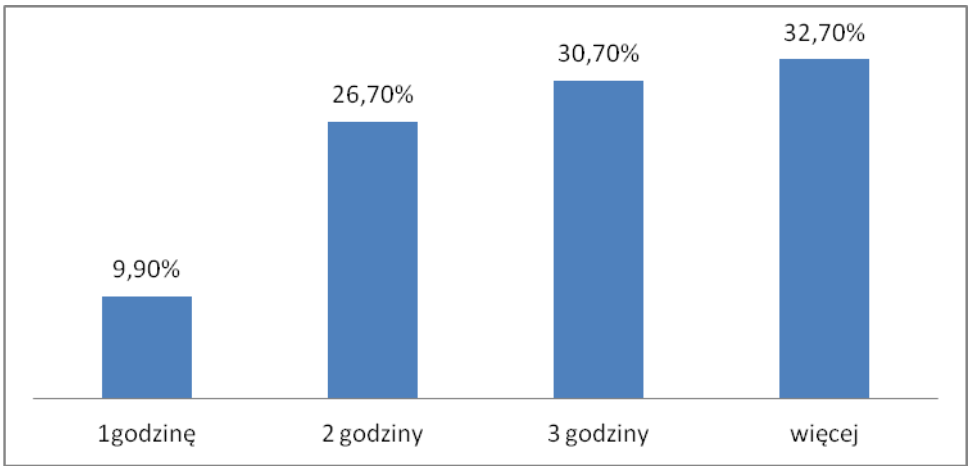


***** wyniki nie sumują się do 100% gdyż respondenci mogli zaznaczyć kilka odpowiedzi

Rycina 5. Osoba decydująca o diecie dziecka.

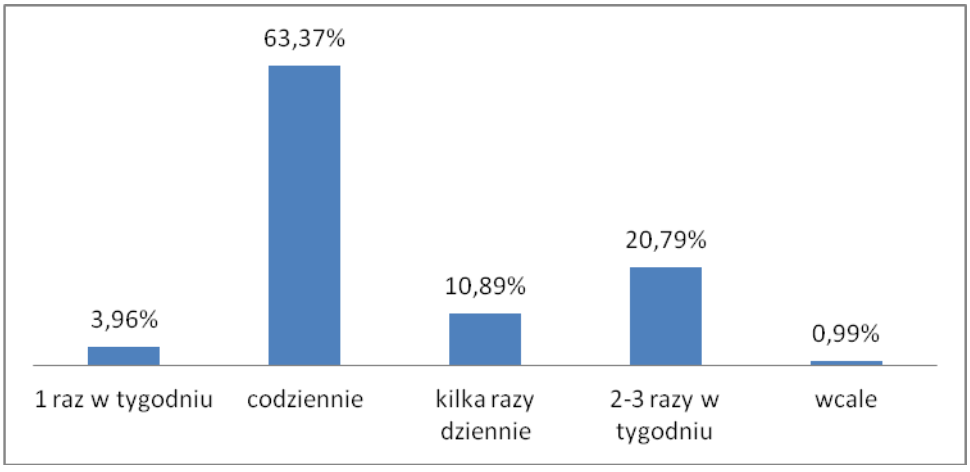
9,9% badanych dzieci (10 osób) spędza dziennie 1 godzinę w sposób aktywny, a 32,7% (33 osoby) spędza aktywnie więcej niż 3 godziny w ciągu dnia (Ryc.6.).

Aktywność dzieci z nadmierną masą ciała jest różna, od 1 godziny (2 dzieci) do ponad 3 godzin dziennie (1 dziecko).



Rycina 6. Aktywność fizyczna dzieci.

63,37% badanych dzieci (64 osoby) codziennie spożywa owoce i warzywa, 1 raz w tygodniu 3,96% (4 osoby), natomiast 0,99% (1 osoba) w ogóle nie spożywa owoców i warzyw (Ryc.7.). W diecie 100% spośród dzieci z nadmierną masą ciała (3 dzieci) codziennie pojawiają się owoce i warzywa.



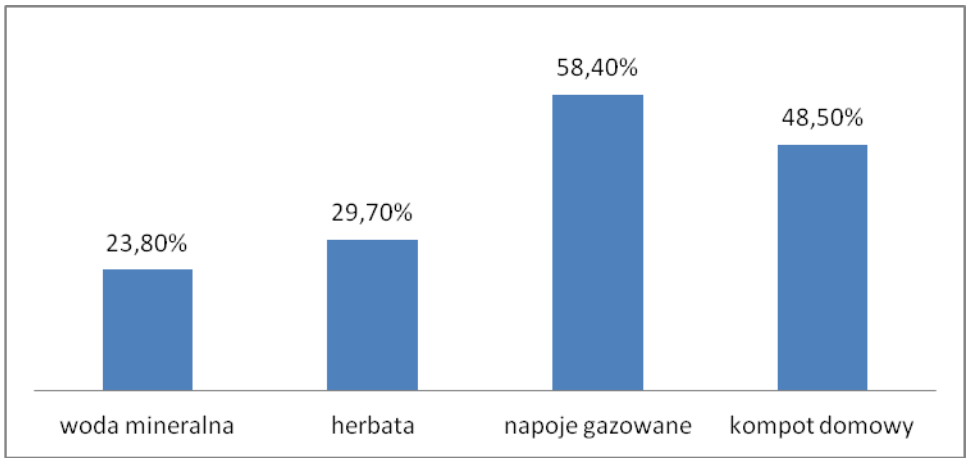
Rycina 7. Spożycie owoców i warzyw.

Niestety, 2% (2 osoby) badanych dzieci w ogóle nie spożywa mleka ani produktów mlekopochodnych, 38,6% (39 osób) otrzymuje je kilka razy w tygodniu, 35,6% (36 osób) raz dziennie, a 23,8% (24 osoby) 2 razy w ciągu dnia.

Pośród dzieci z nadmierną masą ciała proporcje układają się podobnie. 33,3% (1osoba) nie spożywa produktów mlecznych, a 66,6% (2 osoby) w jednym posiłku dziennie.

Najmniej, bo tylko 23,8% (24 osoby) ankietowanych rodzin pije wodę mineralną, herbatę pije 29,7% (30 osób) ankietowanych, najczęściej spożywane są w rodzinie napoje gazowane, do których picia przyznało się 58,4% badanych (59 osób) oraz kompot domowy 48,5% (49 osób) (Ryc.8.).

Wśród dzieci z nadmierną masą ciała preferowane były w 66,6% rodzin (2 osoby) napoje herbaciane.

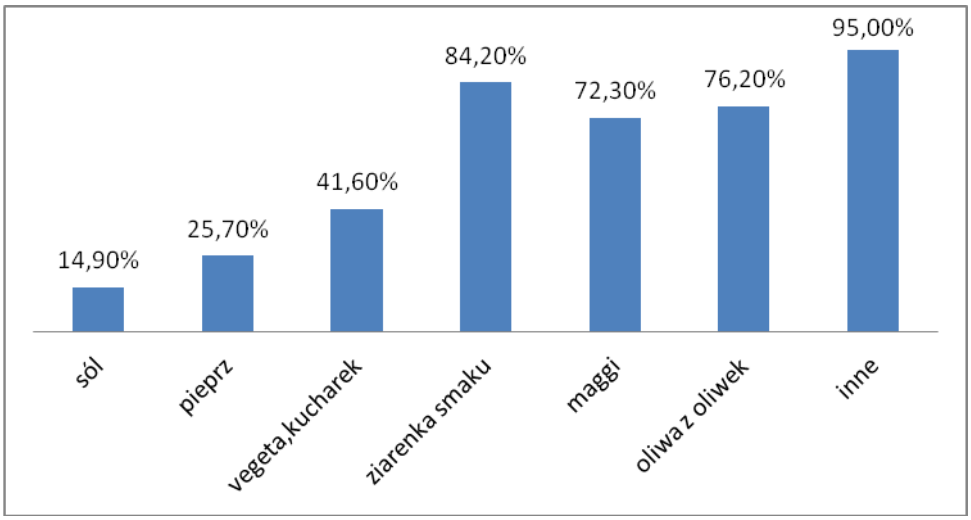


***** wyniki nie sumują się do 100% gdyż respondenci mogli zaznaczyć kilka odpowiedzi

Rycina 8. Spożycie napojów.

14,9% wszystkich przypraw używanych do przyrządzania potraw przez badane rodziny stanowi sól (15 rodzin), pieprz stanowi 25,7% (26 rodzin), 41,6% (42 rodziny) używają przyprawy typu Vegeta, Maggi 72,3% (73 rodziny), zaś oliwa z oliwek stanowią 76,2% (77 rodzin), 84,2% (85 rodzin) to przyprawy typu ziarenka smaku, a 95% (95 rodzin) to inne przyprawy, takie jak : zioła, koperek, oregano, bazylia, majeranek, pieprz ziołowy, ziele angielskie, liść laurowy (Ryc.9.).

W przypadku dzieci z nadwagą preferowane były: sól i pieprz 66,6% (2 rodziny), Vegeta 66,6% (2 rodziny), Maggi 66,6% (2 rodziny) oraz oliwa z oliwek 33,3% (1 rodzina).

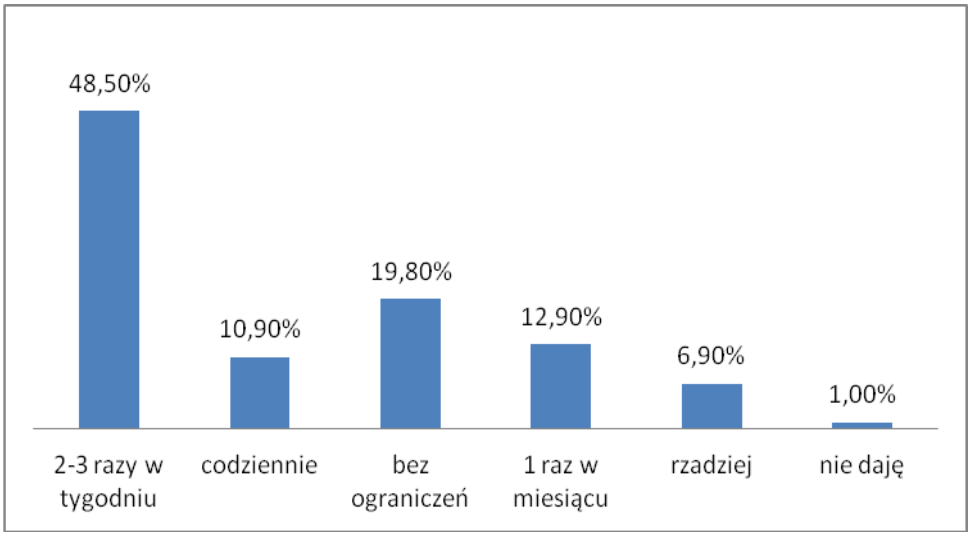


***** wyniki nie sumują się do 100% gdyż respondenci mogli zaznaczyć kilka odpowiedzi

Rycina 9. Przyprawy używane do przygotowywania posiłków.

48,5% badanych dzieci (49 osób) spożywa słodycze 2 lub 3 razy w ciągu tygodnia, 19,8% dzieci (20 osób) je słodycze bez ograniczeń, natomiast blisko 1% dzieci (1 osoba) nie je słodyczy w ogóle (Ryc.10.).

Dwoje dzieci - 66,6% spośród dzieci z nadmierną masą ciała dostaje słodycze 2-3 razy w tygodniu, zaś (jednemu dziecku) 33,3% rodzice rzadko pozwalają na ich spożycie.



Rycina 10. Spożycie słodyczy.

Niemal wszystkie objęte badaniem dzieci dostają według deklaracji rodziców zupę 94,08%, (93 osób) i drugie danie 96,04%, (95 osób) przygotowane samodzielnie przez ich

opiekuna, a 47,52% (47 osób) otrzymuje także kompot i deser (Tab. I.).Dane zebrano na podstawie pytania wielokrotnego wyboru, dlatego wyniki nie sumują się do 100% .

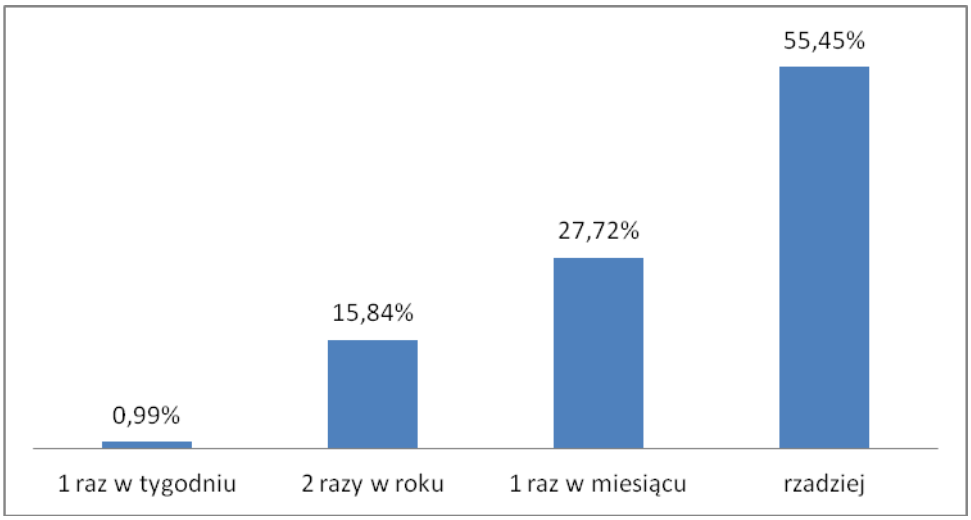
Wśród dzieci z nadwagą wszystkie dzieci (100% - 3 dzieci) dostają codziennie zupę i drugie danie, ale tylko (jedno dziecko) 33,3% z nich otrzymuje deser , kompot lub inne danie.

Tabela I. Jakie przygotowane w domu posiłki dostaje dziecko?

Rodzaj posiłku	Ogółem		Dzieci z nadwagą	
	%	Liczba	%	Liczba
Zupy	94,08	93	100	3
Drugie danie	96,04	95	100	3
Deser	47,52	47	33,3	1
Kompot	47,52	47	33,3	1
Inne	4,95	5	33,3	1

***** wyniki nie sumują się do 100% gdyż respondenci mogli zaznaczyć kilka odpowiedzi

Prawie 1% dzieci raz w tygodniu spożywa posiłek w restauracji typu „fast-food'' (1 osoba), 27,72% korzysta z nich raz w miesiącu (28 osób), a 55,45% (56 osób) jeszcze rzadziej niż dwa razy w roku (Ryc.11.). Dzieci z nadmierną masą ciała jedzą w takich miejscach 1 raz w miesiącu 66,6% (2osoby) lub rzadziej niż 2 razy w roku 33,3% (1 osoba).



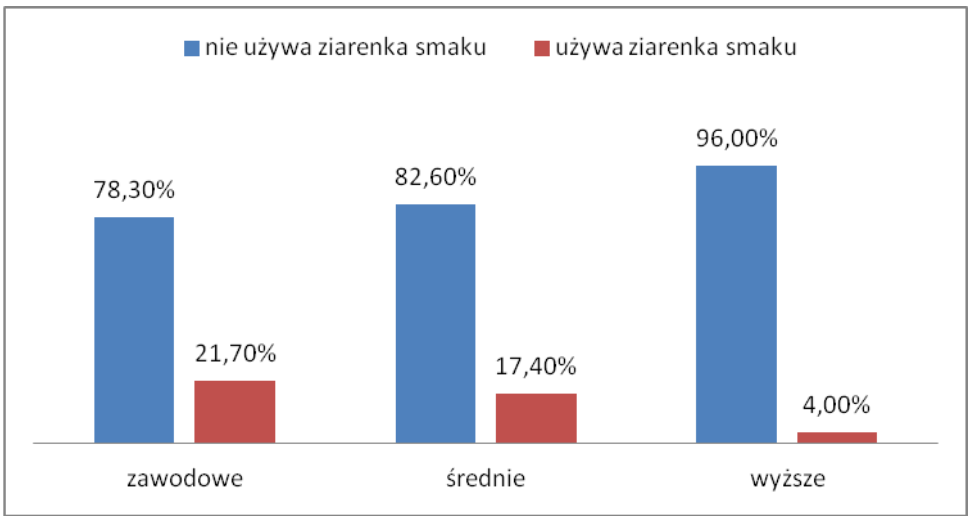
Rycina 11. Częstotliwość jedzenia w restauracjach typu „fast-food."

38,7% badanych dzieci zawsze dostaje drugie śniadanie do szkoły, 36,6% (37 dzieci) dostaje posiłek czasami, 13,9% rzadko, zaś 10,9% nie dostaje wcale drugiego śniadania (11 osób).

48,5% (49 dzieci) ogółem kupuje sobie jedzenie w sklepiku szkolnym, 25,75% rodziców (26 osób) zawsze daje dzieciom pieniądze do szkoły, 48,5% czasami, a 25,75% rodziców (26 osób) nie daje dzieciom pieniędzy na zakupy w sklepiku szkolnym. Wszyscy rodzice dzieci (3 dzieci) z nadmierną masą ciała dają pieniądze dzieciom do szkoły.

Na poziomie istotności p=0,03 stwierdzono różnicę istotną statystycznie pomiędzy chłopcami i dziewczynkami w spożywaniu herbaty. Wśród chłopców niemal 81% (38 osób) spożywa herbatę, natomiast w wśród dziewczynek tylko 61% (33 osoby).

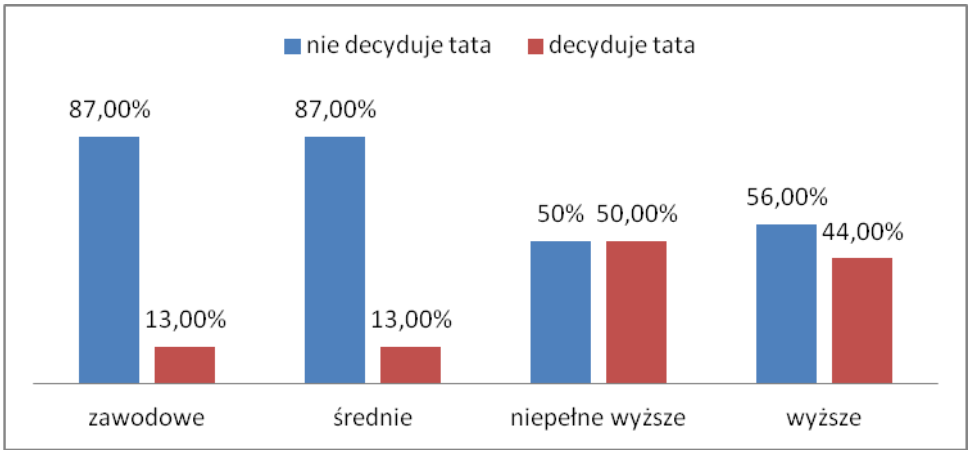
Na poziomie istotności p=0,04 stwierdzono różnicę istotną statystycznie pomiędzy wykształceniem rodziców a przyprawianiem posiłków dla dzieci. Wśród rodziców z wykształceniem zawodowym 21,7% rodziców (5 osób) przyprawia posiłki przyprawą ziarenka smaku, natomiast z wykształceniem średnim ponad 17,4% (8 osób), zaś z wykształceniem wyższym tylko 4% rodziców (1 osoba) przyprawia posiłki tą przyprawą (Ryc.12.).



Rycina 12.Wykształcenie rodziców a przyprawianie posiłków przyprawą ziarenka smaku.

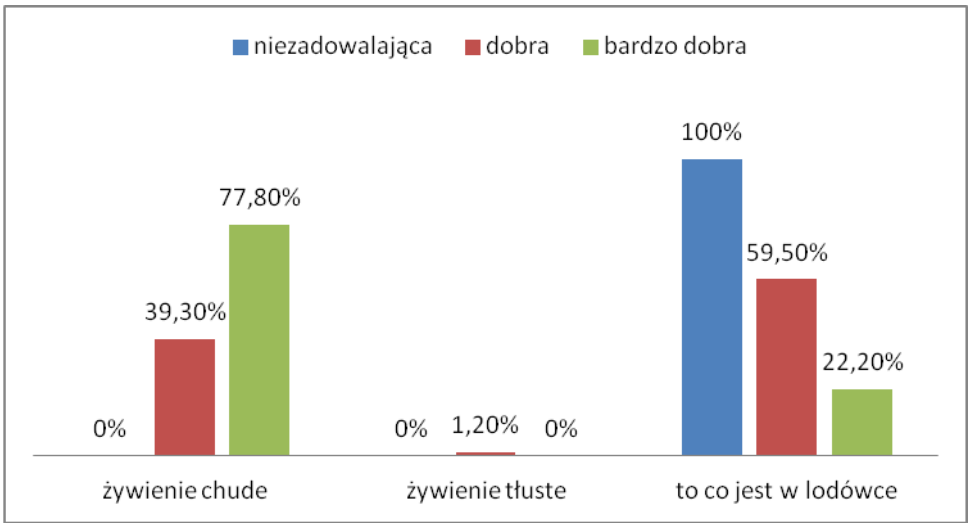
Na poziomie istotności p=0,02 stwierdzono różnicę istotną statystycznie pomiędzy wykształceniem rodziców a głównym decydentem w kwestii żywienia dziecka. Wśród rodziców dzieci z wykształceniem wyższym niemal w 44% (11 osób) o wyborze żywienia

decyduje tata, natomiast z wykształceniem średnim i zawodowym tylko w 13% (9 osób), zaś z wykształceniem niepełnym wyższym w 50% (2 osoby) (Ryc.13.).



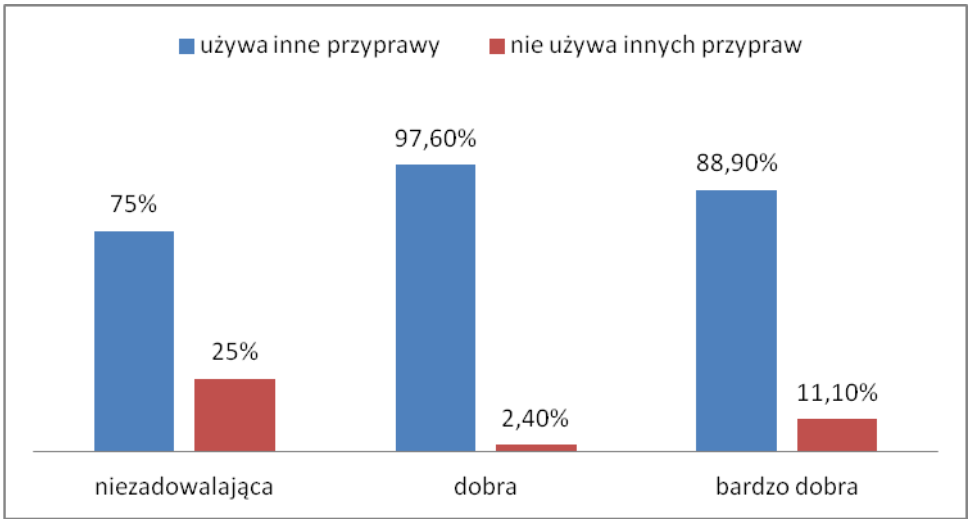
Rycina 13.Wykształcenie rodziców a wskazanie taty, jako głównego decydenta w kwestii żywienia.

Na poziomie istotności p=0,03 stwierdzono różnicę istotną statystycznie pomiędzy sytuacją materialną rodziny a żywieniem dziecka. Żywienie chude jest preferowane w rodzinie z dobrą sytuacją materialną w 39,3% (33 osoby) oraz z sytuacją materialną bardzo dobrą w 77,8% (7 osób). To, co jest w lodówce zjada rodzina z sytuacją materialną dobrą w 59,5% (50 osób), zaś z sytuacją materialną bardzo dobrą już tylko w 22,2% (2 osoby), natomiast z sytuacją materialną rodziny niezadowalającą wszyscy (100% osób) jedzą to, co jest w lodówce (Ryc.14.).



Rycina 14. Sytuacja materialna rodziny a jej żywienie.

Na poziomie istotności p=0,01 stwierdzono różnicę istotną statystycznie pomiędzy sytuacją materialną rodziny a innymi przyprawami używanymi przez rodziców do przyprawiania potraw. Wśród rodzin z sytuacją materialną niezadowalającą 25% rodziców (2 osoby) przyprawia posiłki innymi przyprawami, takimi jak: zioła, koperek, oregano, bazylia, majeranek, pieprz ziołowy, ziele angielskie, liść laurowy, w rodzinach z sytuacją materialną dobrą tylko 2,4% (2 osoby) używa innych przypraw, natomiast w rodzinach z sytuacją materialną bardzo dobrą zaledwie 11% (1 osoba) (Ryc.15.).

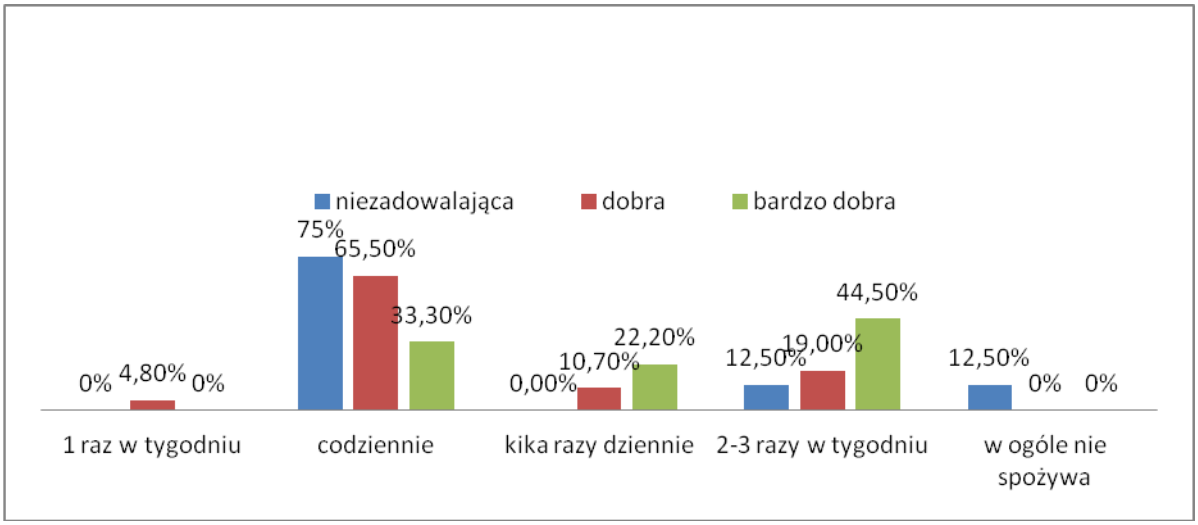


Rycina 15. Sytuacja materialna rodziny a przyprawianie posiłków innymi przyprawami.

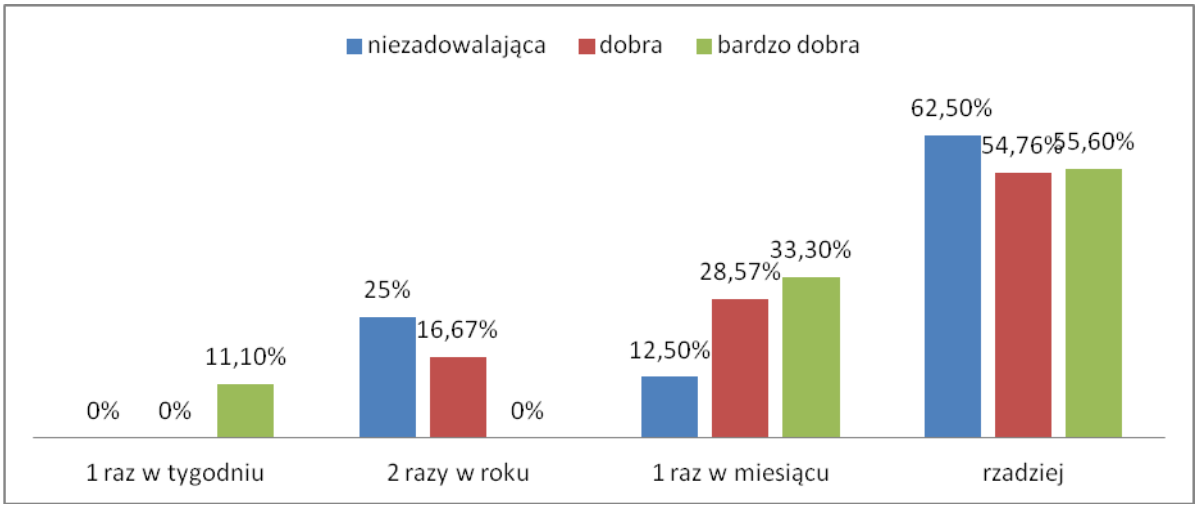
Na poziomie istotności p=0,02 stwierdzono różnicę istotną statystycznie pomiędzy sytuacją materialną rodziny a podawaniem dziecku owoców i warzyw. Wśród rodzin z sytuacją materialną niezadowalającą dominuje codzienne podawanie dziecku owoców i warzyw w 75% rodzin (6 osób), z sytuacją materialną dobrą 65,5% (55 osób), natomiast z sytuacją bardzo dobrą dominuje odpowiedź codzienne podawanie w 33,3% (3 osoby) (Ryc.16.).

Na poziomie istotności p=0,04 stwierdzono różnicę istotną statystycznie pomiędzy sytuacją materialną rodziny a spożywaniem posiłków w restauracjach typu „fast-food" (Mc Donald). Rodziny z sytuacją materialną niezadowalającą jadają w restauracjach typu „fast-food" dwa razy w roku w 25% (2 rodziny), natomiast z sytuacją materialną dobrą dwa razy w roku w 16,67% (14 rodzin), z sytuacją materialną bardzo dobrą nie jadają wcale w tego typu restauracjach. Jeden raz w miesiącu jada w restauracjach typu „fast-food" 28,57% rodzin z sytuacją materialną dobrą (24 rodziny) i 33,3% rodzin z sytuacją materialną bardzo

dobrą (3 rodziny). Rzadziej niż dwa razy w roku w restauracjach typu „fast-food" jada 62,5% rodzin z sytuacją materialną niezadowalającą (5 rodzin) i 54,76% spośród rodzin z sytuacją materialna dobrą (46 rodzin), natomiast z sytuacją materialną bardzo dobrą 55,6% (5 rodzin) (Ryc.17).



Rycina 16. Sytuacja materialna rodziców , a codzienne podawanie dziecku owoców i warzyw.

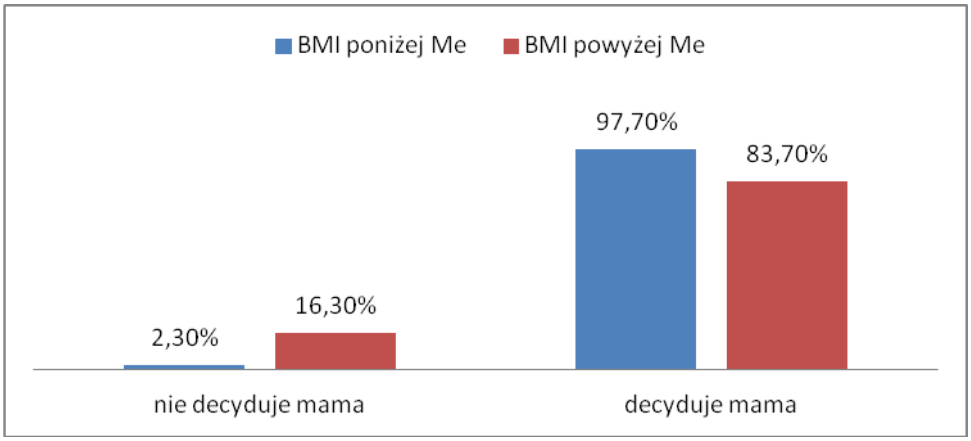


Rycina 17. Sytuacja materialna rodziny a częstość jadania w restauracjach typu „fast –food".

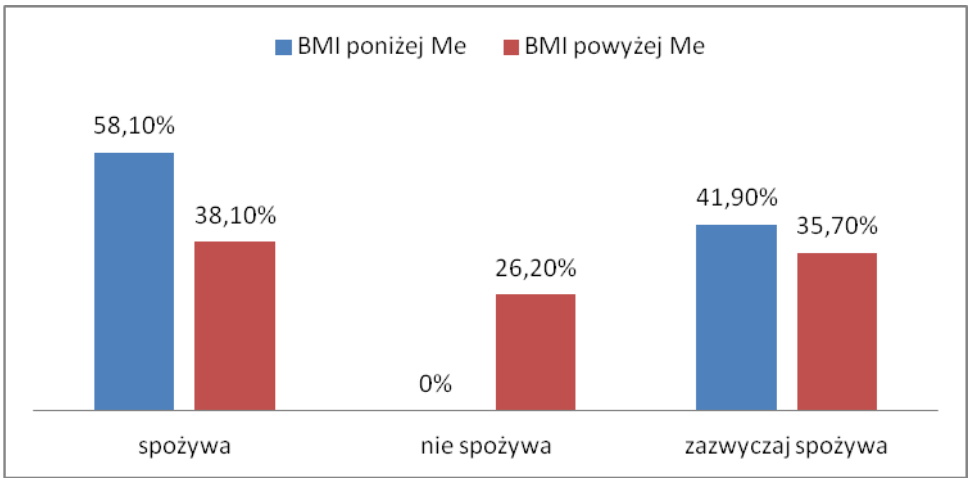
Na poziomie istotności p=0,03 stwierdzono różnicę istotną statystycznie pomiędzy grupą osób o wartości BMI powyżej Me a grupą osób o BM niższym od Me a wskazaniem mamy jako osoby będącej głównym decydentem w kwestii żywienia dziecka. Wśród osób

o wartości BMI poniżej Me 97,7% (42 osoby) wskazało mamę, jako głównego decydenta, natomiast w drugiej grupie było to tylko 83,7% (36 osób) (Ryc.18).

Na poziomie istotności p=0,01 stwierdzono różnicę istotną statystycznie pomiędzy grupą osób o wartości BMI powyżej Me a grupą osób o BMI niższym od Me w fakcie zjadania tych samych posiłków przez rodziców i dzieci. Wśród osób o BMI poniżej Me nikt nie udzielił odpowiedzi o niespożywaniu tych samych posiłków, natomiast ponad 58% (25 osób) stwierdziło, że spożywają te same posiłki. W drugiej grupie tylko 38% (16 osób) stwierdziło, że spożywają te same posiłki. Ponad 26% (11 osób) odpowiedziało negatywnie na to pytanie, natomiast niemal 36% (15 osób) wybrało odpowiedź zazwyczaj z BMI powyżej Me, zaś z BMI poniżej Me odpowiedź zazwyczaj wskazało niemal 42% (18 osób) (Ryc.19.).



Rycina 18. Zależność pomiędzy wartością BMI a odpowiedzialnością matki za żywienie dziecka.



Rycina 19. Zależność pomiędzy wartością BMI a spożywaniem takich samych posiłków jak reszta rodziny.

Dyskusja

Problem otyłości wśród dzieci i młodzieży nabrał znaczenia dopiero w ostatnich latach, stale rosnąca liczba osób otyłych w wielu wysokorozwiniętych krajach i niebezpieczne konsekwencje zdrowotne, jakie ten problem za sobą niesie zmusiły naukowców do dokładnych i częstych badań tego zjawiska. Otyłość nie tylko pogarsza komfort życia osób nią dotkniętych, ale jest także przyczyną wielu poważnych chorób niezakaźnych [1, 12, 15, 19].

Na podstawie danych antropometrycznych, pozyskanych z anonimowych kwestionariuszy, obliczono wartości wskaźnika BMI badanych dzieci. Poprzez analizę siatek centylowych oraz na podstawie wartości wskaźnika BMI stwierdzono nadwagę u 3 dzieci spośród badanej grupy, przy czym na 101 respondentów, 88 odpowiedziało na pytanie dotyczące wzrostu i wagi dzieci. W grupie 88 osób (100%) żadne dziecko nie było otyłe. Problem z nadmierną masą ciała ma 2,64% badanej populacji dzieci w wieku 9-13 lat, w tym 1 dziewczynka i 2 chłopców, co stanowi odpowiednio 1,85% grupy dziewcząt i 4,25% grupy chłopców.

Wyniki przeprowadzonych badań różnią się od danych uzyskanych wcześniej przez Abramowicza i wsp. [18], którzy po przebadaniu 1304 dzieci w wieku 7-9 lat stwierdzili, że nadwaga i otyłość dotyczą 20,7% dziewcząt i 22,9% chłopców. Różnice uzyskanych danych wynikać mogą ze znacznej różnicy w liczebności badanych grup, innych przedziałów wiekowych oraz metodyki przeprowadzania badań. Możliwe, iż na pytania dotyczące wzrostu i wagi zawarte w kwestionariuszach rodzice nie zawsze udzielali dokładnych odpowiedzi.

Ilość spożywanych w ciągu dnia posiłków jest istotnym elementem diety ludzkiej, wpływającym na zdrowie organizmu. Najkorzystniejsze dla ustroju jest spożycie pięciu posiłków dziennie o stałych porach [20]. Taki rozkład pozwala na utrzymanie uczucia sytości, komfort fizyczny i psychiczny, a także zapobiega podjadaniu, przejadaniu się i gromadzeniu się nadmiaru energii w tkance tłuszczowej. Zaspokaja on w pełni bieżące potrzeby organizmu. Regularność spożywania posiłków pozwala na unormowanie przemian metabolicznych organizmu, a także zapewnia stałą podaż składników organicznych, co eliminuje konieczność ich magazynowania [12]. Wśród badanych można zauważyć dużą świadomość rodziców dotyczącą częstości spożywania posiłków, ponieważ 41,6% dzieci (42osoby) zjada 4 lub więcej posiłków w ciągu dnia, jednak zaledwie 34,7% (35 osób) otrzymuje je o stałych porach.

Jednym z głównych czynników mających wpływ na rozwój otyłości maja nawyki żywieniowe wyniesione z domu rodzinnego [20, 21, 22, 23].

Wzorce żywieniowe prezentowane przez rodziców wpływają niewątpliwie na przyszłe upodobania ich dzieci. Z badań wynika, że dieta jedynie 11,9% dzieci (12 osób) różni się od tej stosowanej przez pozostałych domowników. Może to wynikać ze specjalnych zaleceń lekarskich dotyczących danego przypadku lub ze specyficznych upodobań dziecka. Znacząca większość rodziców nie przywiązuje nadmiernej wagi do podawanych rodzinie posiłków, 59,4% ankietowanych (60 rodzin) stwierdziło, że w ich domach spożywa się „to, co jest w lodówce". Pozostałe 39,6% (40 rodzin) dba o to, by posiłki nie zawierały nadmiaru tłuszczu. Tylko 0,99% badanych (1 rodzina) określił swoją dietę jako tłustą. Rodzice dzieci otyłych także wybrali odpowiedź „to, co jest w lodówce". Większość osób stosujących dietę określaną jako chudą podaje dziecku 4 lub 5 posiłków dziennie, co może świadczyć o wysokiej świadomości dotyczącej zasad prawidłowego żywienia. Potwierdzać te stwierdzenie może też fakt, że 87,1% dzieci (88 osób) dostaje do jedzenia potrawy przygotowane samodzielnie w domu przez babcię. Rodzice kupują także gotowe dania w supermarketach 95,05% (96 osób) lub korzystają z innych usług w 98,02% (99 osób).

Gajewska i Zawieska [24] podają, że w opinii badanych przez nich rodziców, aż 69,4% dzieci spożywa 4 posiłki dziennie, natomiast w opinii ich dzieci - tylko 44,8% z nich posilało się z taką częstotliwością. Świadczy to o tym, że wyobrażenia rodziców, co do zwyczajów żywieniowych ich dzieci są nieadekwatne do faktycznego stanu rzeczy. Wynika to zazwyczaj z utraty pełnej kontroli opiekunów nad dietą dziecka z chwilą, gdy idzie ono do szkoły [24].

Wysoka jest również świadomość żywieniowa dzieci i młodzieży. Jak podaje literatura młodzi ludzie mają wysoki stan wiedzy na temat prawidłowego odżywiania, jednak rzadko stosują teorię w praktyce [24, 25]. Trudności w stosowaniu zdrowej diety wynikają między innymi z braku dostępu do zdrowej żywności w szkole. Z badań wynika, że najczęściej dostępnymi produktami do nabycia w sklepikach szkolnych są słodycze, napoje gazowane, natomiast w 70% szkół nie ma możliwości kupienia mleka i produktów mlecznych, mimo że uczniowie wyrażają chęć ich nabycia [24, 26]. Owoce i warzywa dostępne są w 21% placówek [24]. Z tych samych badań wynika, że aż 1/3 szkół nie włączyła się do żadnego programu zapobiegania otyłości wśród dzieci [26]. Inne badania podają, że prowadzenie działań edukacyjnych z zakresu prawidłowego żywienia w ramach programów zapobiegania nadwadze rzadko łączy się ze zmianą asortymentu w sklepikach szkolnych [27].

O prawidłowości panujących w rodzinie nawyków żywieniowych nie świadczy tylko jakość, ilość i regularność serwowanych posiłków, ale także prawidłowe zbilansowanie diety pozwalające na zaspokojenie wszystkich potrzeb organizmu i dostarczenie mu odpowiednich składników budulcowych i energetycznych. Na wydatek energetyczny składa się suma energii zużytej na procesy termogenezy, podstawowej przemiany energii, a także podczas aktywności fizycznej [28]. Dieta dzieci w wieku 9-13 lat powinna nie tylko zaspokajać zapotrzebowanie energetyczne dziecka, które często jest znaczne ze względu na dużą aktywność fizyczną, ale także dostarczyć związków zapewniających prawidłowy wzrost i rozwój organizmu. Osoby w tym wieku potrzebują dużo białka niezbędnego do budowy nowych komórek, różnicowania tkanek oraz odnowy białek utraconych w procesach rozpadu, węglowodanów złożonych, jako głównego źródła energii oraz zbilansowanej podaży witamin i mikroelementów [17, 29, 30]. Dieta dzieci powinna być zróżnicowana i niejednorodna. W każdym posiłku powinien być obecny chleb, makaron oraz produkty zbożowe, a także warzywa, które dzieci powinny zjadać 3 lub 5 razy dziennie. Nieco rzadziej, bo tylko 2 do 4 razy w ciągu dnia należy podawać owoce, ze względu na dużą zawartość cukrów prostych w tych produktach [21, 22, 24, 31]. Dzienne spożycie mleka powinno wynosić 1l, także w postaci produktów mlecznych [3]. Jajka, ryby lub mięso powinny być składnikiem przynajmniej jednego codziennego posiłku [18]. Ograniczone natomiast powinny być słodycze, przekąski typu chipsy, a także żywność określana jako „junk food" oraz serwowana w restauracjach typu „fast-food" [32, 33]. Z badań wynika, że około 63,37% dzieci (64 osoby) codziennie dostaje owoce i warzywa, niektóre nawet kilkakrotnie w ciągu dnia 10,89% (11 osób). Nieco rzadziej badani dostają mleko i produkty mleczne, jednak 35,6% (36 dzieci) otrzymuje codziennie produkty zawierające nabiał. Większość rodziców stara się również ograniczać ilość słodyczy zjadanych przez ich dzieci, zaledwie 19,8% (20 dzieci) dostaje słodkości bez ograniczeń, a 10,9% codziennie (11 dzieci).

Istotne są również napoje spożywane w rodzinie. W badanych rodzinach napoje gazowane stanowią aż 58,4% wypijanych płynów (59 rodzin), przy czym woda mineralna stanowi 23,8% (24 rodziny), kompot domowy 48,5% (49 rodzin), zaś herbata 29,7% (30 rodzin). Do zaspokajania pragnienia najlepszym napojem jest woda mineralna [34]. Nadmierne spożywanie napojów gazowanych i soków dostarcza organizmowi cukrów prostych, czyli substancji energetycznych, których nadmiar może być odkładany w tkance tłuszczowej i w efekcie doprowadzić do problemu nadmiernej masy ciała. Dzieci wychowujące się w domach, gdzie spożywa się głównie napoje słodzone zapewne będą miały podobne preferencje w przyszłości [16, 22].

Polska dieta określana jest zazwyczaj jako słona [32]. Podczas przygotowywania posiłków w niemal każdym ankietowanym domu stosowana jest sól, która stanowi 14,9% (15 rodzin) w puli wszystkich przypraw używanych podczas przygotowywania posiłków. Równie popularny jest pieprz, który stanowi 25,7% (26 rodzin) używanych przypraw. Spożycie przypraw, których skład opiera się głownie na soli i glutenie typu kucharek 41,6% (42 rodziny) czy ziarenka smaku 84,2% (85 rodzin) jest znacznie wyższe niż przypraw ziołowych, co jest zjawiskiem niekorzystnym. W sumie tego typu przyprawy stanowią 26% puli wszystkich używanych przypraw. Oliwa z oliwek wykorzystywana jest do przyprawiania potraw w 76,2% (77 rodzin).

Z dostępnych w literaturze badań wynika, że 82% młodzieży szkolnej wypija w ciągu dnia niewystarczającą ilość płynów [35]. Dzieci najczęściej zaspokajają pragnienie sokami 31%, wodę natomiast pije 17% uczniów. Są to wyniki sprzeczne z otrzymanymi w badaniu własnym [35]. Z tych samych badań wynika, że młodzież zbyt rzadko sięga po ryby, owoce i warzywa, nadmiernie zaś spożywany jest cukier i słodycze [35]. Dieta ponad połowy dziewcząt i chłopców nie pokrywa zapotrzebowania na podstawowe witaminy i składniki mineralne [36, 37]. Według Ziółkowskiej 31,75% respondentów spożywa cukier i słodycze dwa razy dziennie, a 26,98% raz dziennie [25]. Są to wyniki porównywalne do uzyskanych w ankiecie. Szczególnie niepożądanym nawykiem żywieniowym jest podjadanie słodyczy między posiłkami. Z badań Kolarczyk wynika, że 26% dzieci podjada prawie codziennie, a aż 52,8% sporadycznie. Zaledwie 1,6% rodziców nigdy nie pozwala podjadać między posiłkami [38]. Są to wartości zbliżone do uzyskanych w wyniku analizy. Dzieci najczęściej podjadają głównie słodycze, chrupki i słodkie owoce [27].

O świadomości rodziców może świadczyć fakt, że 55,45% dzieci jada w restauracjach typu „fast-food" (56 rodzin) rzadziej niż dwa razy do roku, a tylko niespełna 1% (1 rodzina) regularnie raz w tygodniu. Spośród dzieci z nadmierną masą ciała także tylko dwoje dzieci jada raz w miesiącu, a jedno dziecko rzadziej niż dwa razy do roku. Z badań Cimoszuk z 2003 roku wynika, że aż 8% spożywa chipsy, hot-dogi, hamburgery lub pizzę kilka razy dziennie, jeden raz dziennie 21%, a 25% kilka razy w tygodniu. Tylko 3% całkowicie rezygnuje z tego typu pożywienia [35]. Różnice w wynikach mogą wynikać z większej świadomości społeczeństwa dotyczącej szkodliwości „fast-foodów."

Jednym z najważniejszych, a często zaniedbywanym posiłkiem jest drugie śniadanie. Dziecko przebywające w szkole do 6 godzin powinno spożyć tam jeden posiłek, natomiast pobyt dłuższy wymaga dwóch posiłków, a wskazane jest, by jeden z nich był ciepły [22, 39, 40]. Zapewnia to dzieciom odpowiednią ilość energii niezbędną do skoncentrowania się na

lekcjach, poprawia ich samopoczucie, a także kształtuje prawidłowe nawyki żywieniowe. Wskazane jest przygotowywanie dziecku kanapek zawierających szynkę, ser żółty i warzywa oraz pakowanie owoców, natomiast niekorzystne dla zdrowia są przekąski, zazwyczaj dostępne w sklepikach szkolnych i specjalnych automatach, takie jak słodycze, chipsy, słodkie napoje [5, 32, 39, 41]. 25,75% rodziców (26 osób) nie daje dzieciom pieniędzy na zakupy w sklepiku, a aż 48,5% dzieci (49 dzieci) robi w nim zakupy regularnie. 36,6% dzieci (37 osób) dostaje z domu jedzenie tylko czasami, 13,9% (14 osób) zazwyczaj lub zawsze ma przygotowane drugie śniadanie, 13,9% (14osób) rzadko, a aż 10,9% (11 dzieci) nigdy nie otrzymuje posiłku do zjedzenia w szkole. Spośród dzieci z nadmierną masą ciała większość 66,6% (2 dzieci) dokonuje zakupów w sklepikach szkolnych i rzadko dostaje drugie śniadanie z domu. Są to wyniki zgodne z otrzymanymi przez Wolnicką i wsp. w badaniu prowadzonym na terenie Warszawy [42].

Ostatnim, równie ważnym czynnikiem wpływającym na rozwój otyłości u dzieci jest brak codziennej aktywności fizycznej. Jej wysoki poziom nie tylko zapobiega, ale w połączeniu z odpowiednia dietą skutecznie leczy zarówno otyłość, jak i jej długoterminowe skutki [23, 32, 38, 41, 43]. W wieku 9-13 lat dzieci wykazują naturalny „głód ruchu", dlatego rodzice nie powinni hamować ruchliwości dziecka, zachęcać je do uprawiania sportów i czynnego wypoczynku, a w sytuacji, gdy dziecko preferuje siedzący sposób spędzania wolnego czasu zachęcać je do aktywności, gier i zabaw ruchowych [25, 27].

Rodzice 9,9% (10 osób) określili ich aktywność na poziomie 1 godziny dziennie, 26,7% (27 osób) uznało, że dziecko spędza w ruchu 2 godziny, 30,7% (31dzieci) spędza aktywnie 3 godziny, a 32,7% (33 dzieci) przeznacza na ruch jeszcze więcej czasu w ciągu dnia.

Według Mateckiej i Głowackiej-Rębały powodem, dla którego dzieci spędzają coraz mniej czasu aktywnie są wzorce wynoszone od rodziców, a także ich niedbałość o zapewnienie pociechom możliwości do gier i zabaw ruchowych [37]. Autorki zwracają uwagę na zbyt długi w przypadku dzieci z otyłością czas spędzany na oglądaniu telewizji. Inni autorzy zwracają także uwagę na znaczenie szkoły w zapewnianiu dziecku możliwości aktywnego spędzania czasu. Mniej niż połowa ankietowanych przez badaczy szkół zapewnia swoim uczniom dodatkowe zajęcia sportowe, wybiegające poza lekcje wychowania fizycznego, co znacznie ogranicza możliwości dzieci do rozwoju fizycznego i czas spędzany w ruchu [42, 44].

Na kształtowanie nawyków żywieniowych największy wpływ ma rodzina i środowisko, w którym wychowuje się młody człowiek. Ilość, jakość i regularność spożywanych posiłków w domu wpływa na rozwój przyzwyczajeń i upodobań dziecka. Optymalne jest spożywanie pięciu posiłków w ciągu dnia o stałych porach, najlepiej różnorodnych, własnoręcznie przygotowanych i podawanych całej rodzinie zgromadzonej przy jednym stole. Dieta powinna być zbilansowana i urozmaicona, bogata w substancje odżywcze, witaminy i składniki mineralne konieczne dla zdrowego wzrostu, rozwoju i dojrzewania organizmu dziecka. Produkty należy wybierać świadomie, a umiejętność tę przekazywać dziecku poprzez wspólne zakupy, zezwalanie na dokonywanie wyborów przez dziecko oraz wspólne przygotowywanie posiłków. Dla prawidłowego funkcjonowania organizmu istotne jest spożywanie drugiego śniadania, którego brak w jadłospisie jest najczęściej popełnianym błędem żywieniowym. Poza zwracaniem uwagi na dietę konieczne jest również zapewnienie odpowiedniej aktywności ruchowej dziecku [3, 20, 27, 37, 43, 44, 45, 46].

Wnioski

Analiza uzyskanych wyników w toku prowadzonych badań pozwoliła na sformułowanie następujących wniosków:

- w badanej populacji 2,97% (3 dzieci) miało nadwagę, nie stwierdzono wystąpienia otyłości.
- wśród rodzin z sytuacją materialną niezadowalającą dominuje codzienne podawanie dziecku owoców i warzyw w 74,25% (75 rodziców), zaś z sytuacją materialną dobrą 65,3% (66 rodzin), pojawiają się natomiast 2-3 razy w tygodniu niemal 19,8% (20 rodzin), natomiast z sytuacją bardzo dobrą dominuje odpowiedź codzienne podawanie 33,7% (34 rodziny), kilka razy dziennie 21% (22 rodziny),
- dieta 1% badanych rodzin (1 rodziny) określona została jako tłusta, 39,6% (40 rodzin) uważa, że ich dieta jest chuda, natomiast 59,4% (60 rodzin) nie przywiązuje wagi do tego, jak kaloryczne i bogate w tłuszcze są ich posiłki,
- spośród dzieci z nadmierną masą ciała rodzice 39,6% z nich zadeklarowali zjadanie przez swoje pociechy posiłków chudych (1 osoba), natomiast 59,4% (2 osoby) wskazało spożywanie przez dzieci tego, co znajduje się w lodówce,
- wszyscy badani z BMI powyżej Me 17,33% używają innych przypraw do przyprawiania potraw, takich jak: zioła, koperek, oregano, bazylia, majeranek, pieprz ziołowy, ziele angielskie, liść laurowy,

- najczęściej popełnianym błędem żywieniowym jest zapominanie o drugim śniadaniu.

Piśmiennictwo

1. Szotowa W., Wachnik Z., Weker H.: Żywienie dzieci zdrowych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1996, 192-200.
2. Urban M..: Miażdżyca u dzieci i młodzieży. Wydawnictwo Cornetis, Wrocław 2007, 167-174.
3. Holforol P.: Smak zdrowia. Zasady prawidłowego odżywiania. Wydawnictwo Świat Książki, Warszawa 1999, 224-227.
4. Felińczak A.(red).: Zdrowie dziecka a otyłość. Poradnik dla lekarzy, pielęgniarek i świadomych rodziców. MedPharm Polska 2011, 7-9, 71-101.
5. Oblacinska A., Weker H..: Profilaktyka otyłości u dzieci i młodzieży od urodzenia do dorosłości. Wydawnictwo Help Med., Kraków 2008.
6. Polin R.A., Ditmar M.F., tłum. Fydryk J., Urasiński T.: Sekrety Pediatrii. D.W. Publishing CO., USA 1993, 106-109.
7. Norska-Borówka I.(red).: Diagnostyka i terapia w pediatrii. Wydawnictwo Urban & Partner, Wrocław 1999.
8. Osóbka D.: Zwyczaje żywieniowe Polaków okiem dietetyka, 22.07.2011, htttp://www.twojadieta.pl/zdrowie/239/zwyczaje-zywieniowe-Polakow-okiem-dietetyka /, data pobrania 22.07.2011.
9. Krawczyński M.: Propedeutyka pediatrii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
10. Wolnicka K., Jaczewska-Schuetez J.: Zachowania żywieniowe dziewcząt i chłopców klas V-VI szkół podstawowych z losowo wybranych szkół warszawskich. Żywienie człowieka i metabolizm, 2010, 4, 255-265.
11. Łoś-Rycharska E., Niecławska A.: Analiza wybranych cech diety dzieci w wieku poniemowlęcym i przedszkolnym w zależności od sposobu sprawowania opieki nad dzieckiem. Ped. Pol., 2010, 5, 462-470.
12. Krawczyński M.: Normy Kliniczne w Pediatrii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2005.
13. Sielużycka A.: Metody oceny stanu odżywienia dzieci i młodzieży. Ped. Pol., 2010, 4, 394-298.
14. Przybylski G., Gadzińska A., Pasińska M.: Zaburzenia oddychania u dzieci z otyłością ze szczególnym uwzględnieniem zespołu Pradera i Williego. Ped. Pol., 2008, 5, 544-548.

15. Zahorska-Markiewicz B.: Otyłość od młodości do starości. Lekarz, 2010, 1-2, 32-33.
16. Neuhoff-Murawska J., Socha P., Socha J.: Soki: zalety i zagrożenia w żywieniu dzieci i młodzieży. Standardy Med., 2007, 4, 91-99.
17. Chrzanowska M.: Ekspansja nadwagi w populacji dzieci i młodzieży Krakowa w okresie 1971-2000 w świetle wskaźnika EOW (Extent of Overweight). Ped. Pol., 2010, 5, 481-484.
18. Abramowicz P., Białokoz-Kalinowska I., Konstantynowicz J., Piotrowska-Jastrzębska J.: Występowanie nadwagi i otyłości u dzieci w wieku 7-9 lat w zależności od różnych wartości referencyjnych wskaźnika masy ciała (BMI). Ped. Pol., 2007, 5-6, 408-412.
19. Małecka-Tendera E., Socha P.: Otyłość u dzieci i młodzież. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
20. Rokicka-Milewska R.: Nasze dziecko. Rozwój, pielęgnowanie i wychowanie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.
21. Hałat Z.: Woda. Medyczne Centrum Konsumenta i Polska Agencja Ekologiczna, Warszawa, 1998, 4-7.
22. Sito A.: Zdrowie naszych dzieci. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000.
23. Kawalec W., Milanowski A.: Diagnostyka różnicowa najczęstszych objawów w praktyce pediatrycznej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003.
24. Gajewska M., Zawieska D.: Zachowania żywieniowe uczniów szkoły podstawowej w opinii dzieci i ich rodziców. Roczniki Państwowego Zakładu Higieny, 2009, 60, 347-351.
25. Ziółkowska M.: Zasady prawidłowego odżywiania, a praktyki żywieniowe nastolatków. FORUM-Kwartalnik Pielęgniarki Pediatrycznej, 2008, 2-3, 34-37.
26. Woynarowska B., Mazur J., Kowalewska A.: Organizacja żywienia uczniów w szkole, a profilaktyka nadwagi i otyłości. Zdr. Publ., 2008, 118, 132-137.
27. Wolnicka K., Jarosz M., Jaczewska-Schuetz J.: Analiza ankiet z zakresu działań zmierzających do poprawy żywienia i aktywności fizycznej wśród dzieci i młodzieży, prowadzonych na terenie szkół. Żywienie Człowieka i Metabolizm, 2009, 3, 537-547.
28. Szostak-Węgierek D., Cybulska B.: Dlaczego w polskich szkołach nie powinna być sprzedawana żywność typu „fast-food”? Kardiologia Polska, 2009, 67,3, 337-343.
29. Janicki K..: Domowy poradnik medyczny. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, 971-972.

30. Dibaise J.K., Zhang H., tłum. P. Leśniak.: Flora bakteryjna jelit i jej potencjalny związek z otyłością. Medycyna po Dyplomie, 2009, 5, 40-50.
31. Steward J.: Woda życia i śmierci. Centrum Informacyjno-reklamowe ”CIR”, Warszawa 1993, 48-53.
32. Kubicka K., Kawalec W.: Pediatria. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1999.
33. Łoś-Rycharska E., Niecławska A.: Spożycie produktów typu „fast-food’’ przez dzieci w wieku poniemowlęcym i przedszkolnym. Ped. Pol., 2010, 85, 345-352.
34. Mojska H., Świderska K.: Produkty „fast-food” jako źródło soli w diecie dzieci i młodzieży. Probl. Hig. Epidemiol., 2010, 91, 556-559.
35. Cimoszuk D., Sierakowska M.: Sposoby żywienia młodzieży uczącej się. Pielęgniarstwo i Nauki Pokrewne, 2003, 4, 75-79.
36. Bączyk I., Sawicka N.: Analiza nawyków żywieniowych dzieci miejskich w wieku 10-12 lat z województwa wielkopolskiego. Pediatria Współczesna, Gastroenterologia, Hepatologia i Żywienie Dziecka, 2010, 12, 113-116.
37. Matecka M., Głowacka-Rębała A.: Zachowania zdrowotne rodziców a problem otyłości u dzieci. Żywienie Człowieka i Metabolizm, 2007, 3/4, 991-995.
38. Zielińska I., Czerwionka-Szaflarska M.: Nadwrażliwość na substancje dodawane do żywności- niedoceniany problem w praktyce pediatrycznej. Przegl. Ped,, 2008, 4, 307-312.
39. Tokarz A., Stawarska A., Samad F.A.: Ocena stanu odżywienia dzieci w wieku szkolnym na przykładzie wybranej szkoły podstawowej w Warszawi., Postępy Żywienia Klinicznego 2010, 1, 47.
40. Piekut M., Laskowski W.: Zaspokajanie potrzeb żywnościowych w różnych typach gospodarstw domowych- przyczyny niewłaściwego żywienia. Pediatria Współczesna, Gastroenterologia, Hepatologia i Żywienie Dziecka, 2004, 6, 2, 145-151.
41. Pawlaczyk B..: Pielęgniarstwo pediatryczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2007.
42. Wolnicka K., Jaczewska-Schuetez J., Jarosz M.: Nawyki żywieniowe rodziców a występowanie nadwagi i otyłości wśród uczniów losowo wybranych szkół podstawowych z terenu Warszawy. Żywienie człowieka i metabolizm, 2010, 3, 168-177.
43. Małecka-Tendera E., Socha P.: Otyłość u dzieci i młodzieży. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.

44. Felińczak A., Hama F.: Występowanie zjawiska nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży we Wrocławiu. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, 2011, 1, 11-18.
45. Czerwionka-Szafarska M., Adamska I.: Żywienie a prawidłowy rozwój dziecka. Zaburzenia odżywiania wieku dziecięcego, 2010, 2, 209-212.
46. Tounian P.: Otyłość u dzieci. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.

Piechocka Dorota I.[1], Dobrzycka Bożena[1], Rybałtowska Anna[1], Terlikowski Robert[2], Kalisz Anna[1], Michalak Stanisław Jr.[1], Gierasimczuk Bogusława K.[1], Terlikowski Sławomir J.[1]

Wpływ urazów, kontuzji i wypadków komunikacyjnych na przebieg ciąży

1. Zakład Położnictwa, Ginekologii i Opieki Położniczo-Ginekologicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Klinika Rehabilitacji Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wstęp

W dzisiejszych czasach przyszłe matki pragną zachować aktywność przez całą ciążę, co wiąże się z większym ryzykiem urazu, kontuzji lub udziału w wypadku komunikacyjnym. Fakt narastającej agresji w społeczeństwie powoduje, że kobiety ciężarne stają się również ofiarami przemocy fizycznej i przestępstw. Brak wiedzy na temat bezpiecznej podróży oraz niewykorzystanie środków bezpieczeństwa w jakie wyposażony jest samochód lub nie właściwe ich użytkowanie sprawia, że wypadki komunikacyjne są najczęstszą przyczyną rozległych urazów u kobiet w ciąży. Właściwa edukacja i poradnictwo w okresie ciąży pozwala uniknąć wielu powikłań i zmusić pacjentki do zastanowienia się nad zapobieganiem nieszczęśliwym zdarzeniom. Stanowią one bardzo częsty problem medyczny i są na 3 miejscu jako przyczyna zgonów, po chorobach układu krwionośnego i nowotworach. Dane GUS-u z 2008 r. wskazują, iż ciężarne stanowią 1% obywateli Polski. Ich zgony występują dość rzadko, a podczas porodu wynoszą średnio 1 na 30000 porodów [1, 2].

Do urazu, kontuzji lub wypadku komunikacyjnego dochodzi u około 6-% ciężarnych. Uważa się, że 20% urazów odpowiada za zgony z przyczyn pozapołożniczych. Najczęstsze to urazy jamy brzusznej i obrażenia ortopedyczne powstałe w III trymestrze ciąży [3, 4]. Około 0,4% z nich wymaga hospitalizacji [5].

Do głównych przyczyn urazów i zgonów u kobiet ciężarnych zaliczamy: wypadki drogowe, przemoc fizyczną, psychiczną i seksualną, postrzały, rany kłute, uduszenia, upadki, samobójstwa, przypadkowe lub rozmyślne narażenie na działanie trucizn-przedawkowanie leków, zatrucia, poparzenia [6, 7].

Wypadki drogowe to skutki braku zachowania ostrożności i rozwagi podczas poruszania się przez uczestników ruchu drogowego. Według Polskiego Kodeksu Karnego,

artykuł 177, jest to przestępstwo drogowe, nie będące katastrofą, w której uczestniczył co najmniej 1 pojazd będący w ruchu i co najmniej 1 osoba (oprócz sprawcy), która dozna obrażeń ciała powodujących rozstrój zdrowia lub naruszenie czynności narządu ciała na okres dłuższy niż 7 dni, ciężki uszczerbek na zdrowiu lub śmierć ofiary [7].

Polska zajmuje czołowe miejsce na świecie w związku z licznymi wypadkami drogowymi oraz wysokim ryzykiem śmierci. Bezpieczeństwo na drogach w województwie podlaskim prezentuje się na tle innych województw niekorzystnie [8].

Wyróżniamy 3 typy urazów: miejscowy, kompresyjny i bezwładnościowy. Pierwszy z nich powoduje miejscowy wzrost ciśnienia w jamie brzusznej, którego wynikiem może być pęknięcie narządu miąższowego, a u ciężarnej-przedwczesnego odklejenia się łożyska. Kolejny, związany jest z uciśnięciem jamy brzusznej pomiędzy tylną lub przednią ścianą klatki piersiowej a kręgosłupem. Kobieta w ciąży jest wówczas narażona na częściowe lub całkowite pęknięcie macicy, przemieszczenie się płodu do jamy otrzewnowej i przedwczesne odklejenie łożyska. Trzeci występuje w sytuacji, gdy narządy miąższowe poruszają się siłą bezwładności po nagłym zahamowaniu pojazdu i reszty ciała. Najczęściej jednak dochodzi do urazu wielonarządowego, gdzie objawy brzuszne mogą współistnieć z objawami urazu klatki piersiowej, kończyn i głowy [4, 9, 10].

Upadki są powszechnie znanym powodem urazu u kobiety ciężarnej, najczęściej spowodowane nieuwagą i brakiem ostrożności. W wyniku tych zdarzeń dochodzi do stłuczeń, otarć, zwichnięć, przedwczesnej czynności skurczowej, pęknięcia błon płodowych [6].

Oparzenia, które obejmują więcej niż 50% powierzchni ciała kobiety w II lub III trymestrze ciąży wiążą się z wysoką śmiertelnością [11].

Wymienione powyżej zdarzenia mogą skutkować poronieniem oraz porodem przedwczesnym, którego głównym problemem jest wysoka umieralność okołoporodowa noworodków, przedwczesną czynnością skurczową macicy jako powikłaniem urazu jamy brzusznej, przedwczesnym pęknięciem błon płodowych, oddzieleniem się łożyska prawidłowo usadowionego, krwawieniem z dróg rodnych i rozwijającą się hipowolemią oraz wewnątrzmacicznym zgonem płodu [12, 13, 14].

Jedynym i skutecznym postępowaniem ratującym życie matki i płodu w tego typu urazach jest szybka interwencja położnicza, anestezjologiczna i chirurgiczna bezpośrednio po przyjęciu do szpitala. Istotną rolę odgrywa właściwie przeprowadzona pierwsza pomoc medyczna [1, 15, 16].

Duży wpływ na szybkość podejmowanych decyzji ma diagnostyka obrazowa. Badanie ultrasonograficzne pozwala ocenić nie tylko uszkodzenia narządów miąższowych ale też obecność płynu w wolnej jamie otrzewnej. W połączeniu z kardiotokograficznym umożliwia podjęcie optymalnej dla matki i dziecka decyzji co do sposobu i czasu rozwiązania ciąży. Badanie radiologiczne najczęściej przeprowadza się u chorej po tępym urazie jamy brzusznej, ustabilizowanej hemodynamicznie. Służy do oceny uszkodzeń miednicy i kręgosłupa. Tomografię komputerową stosuje się z wyboru przy podejrzeniu uszkodzeń miednicy i narządów zaotrzewnowych [17].

Celem pracy była analiza rodzajów i częstości występowania urazów u ciężarnych, oceny ich wpływu na dalszy przebieg ciąży i porodu oraz możliwości uchronienia ciężarnych przed urazami.

Materiał i metodyka

Badaniem objęto 40 kobiet zamieszkujących województwo podlaskie uczęszczających do Szkoły Rodzenia Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego, Szkoły Rodzenia „Dar" oraz Szkoły Rodzenia „BOBAS" w Białymstoku.

Do grupy badanej włączono ciężarne, które doznały urazu w obecnej ciąży. Grupę kontrolną stanowiło 60 kobiet, które w obecnej ciąży nie doznały żadnego urazu. Narzędziem badawczym była samodzielnie opracowana ankieta utworzona na potrzeby niniejszej pracy.

Pozyskane dane poddano analizie statystycznej. Charakterystyki zmiennych skokowych przedstawiono w postaci rozkładów liczbowych i procentowych. Do porównań rozkładów zmiennych społeczno-demograficznych danych dotyczących znajomości wiedzy na temat bezpieczeństwa podczas ciąży wykorzystano test chi-kwadrat Pearsona lub dokładny test Fishera. Wszystkie obliczenia wykonano przy pomocy oprogramowania Statistica 10 (StatSoft®). Jako poziom istotności statystycznej przyjęto $p<0,05$.

Wyniki

Charakterystykę badanych przedstawiono w poniżej zamieszczonych tabelach. Najczęściej występującymi urazami były oparzenia-doznało ich 13 ciężarnych (32,5%), 8 (20,0%) uległo wypadkowi komunikacyjnemu, 5 (12,5%) upadło z wysokości, 5 (12,5%) upadło na śliskiej powierzchni, 5 (12,5%) doznało wypadku w warunkach domowych (Tab. I).

W 50% przypadków (20 ciężarnych) do wypadków doszło w warunkach domowych, u 11 (27,5%) -na ulicy, u 3 (7,5%) -w miejscu pracy, 3 (7,5%) doznały urazu na wycieczce oraz 3 (7,5%) w innych miejscach (Tab. II).

Najczęściej deklarowanymi przyczynami zdarzeń były: brak ostrożności podczas poruszania się po śliskiej powierzchni oraz niezauważenie wystającej przeszkody (Tab. III).

Tabela I. Rodzaj zdarzenia.

Rodzaj zdarzenia/ urazu/wypadku	**n**	**%**
wypadek komunikacyjny	8	20,0
najechanie na barierę ochronną	1	2,5
upadek z wysokości	5	12,5
śliska nawierzchnia	5	12,5
warunki domowe	5	12,5
oparzenia	13	32,5
inne zdarzenia	3	7,5

Tabela II. Miejsce wypadku.

Miejsce wypadku	**n**	**%**
dom	20	50,0
praca	3	7,5
sklep	0	0,0
wycieczka	3	7,5
ulica	11	27,5
inne	3	7,5

Tabela III. Przyczyna zdarzenia.

Sytuacja/ czynnik odpowiedzialny za zdarzenie	**n**	**%**
niedostosowanie prędkości do warunków ruchu	2	5,0
nieprzestrzeganie pierwszeństwa przejazdu	1	2,5
nieprawidłowe wyprzedzanie	1	2,5
nieprawidłowe skręcanie	1	2,5
nieprawidłową zmianę pasa ruchu	1	2,5
nieprawidłowe zatrzymanie, postój	1	2,5
wjazd na czerwonym świetle	1	2,5
brak bezpiecznej odległości między pojazdami	3	7,5
brak ostrożności podczas poruszania się po śliskiej powierzchni	8	20,0
niezauważenie wystającej przeszkody	8	20,0
śliski chodnik	2	5,0
dywan, dywanik, wykładzinę	3	7,5
brak uchwytu, maty antypoślizgowej w łazience	1	2,5
małą powierzchnię komunikacyjną	3	7,5
inne	4	10,0

U 23 (57,5%) badanych zdarzenia skutkowały odniesieniem obrażeń ciała, u 33 (82,5%) nie odnotowano niekorzystnego wpływu na dobrostan płodu, u 1 (2,5%) zarejestrowano zaburzenia w tętnie płodu, u 2 (5,0%) wystąpiło krwawienie, 2 (5,0%) zgłosiły samoistną czynność skurczową macicy. U żadnej z nich nie było podstaw do rozwiązania ciąży w trybie nagłym (Tab. IV).

Tabela IV. Wpływ urazu na ciążę i płód.

Wpływ urazu na ciążę i płód	**n**	**%**
brak niekorzystnego wpływu	33	82,5
zaburzenia tętna płodu	1	2,5
krwawienie	2	5,0
samoistna czynność skurczowa mięśnia macicy	2	5,0
szybkie rozwiązanie ciąży	0	0,0
inne powikłania	2	5,0

Najczęściej wykonywanymi badaniami u ofiar wypadków było USG-15 kobiet (37,5%) oraz KTG-21 (52,5%) (Tab. V).

Tabela V. Najczęściej wykonywane badania u ofiar wypadków.

Rodzaj badania	**n**	**%**
RTG	1	2,5
TK	6	7,5
KTG	21	52,5
USG	15	37,5
chwyt Leopolda	12	30,0
badania krwi	3	7,5
inne	1	2,5

W 23 (57,5%) przypadkach ciężarne wymagały opieki specjalistycznej, 14 (35,0%)- opieki poradni K, 1 (6,7%) rehabilitacyjnej, 4 (10,0%) wymagały długiej hospitalizacji (Tab. VI).

Tabela VI. Medyczna opieka po urazie.

Medyczna opieka po urazie	n	%
poradnia K	14	35,0
specjalista	23	57,5
rehabilitacja	1	6,7
długa hospitalizacja	4	10,0
satysfakcjonująca informacja	24	60,0

Wśród badanych 18 (45,0%) przyznało, że odniesiony uraz skutkował ograniczeniem ich sprawności (Tab. VII).

Tabela VII. Zakres ograniczenia sprawności.

Zakres ograniczenia sprawności	n	%
kończyna dolna	5	12,5
kończyna górna	7	17,5
kręgosłup	1	2,5
sprawność psychiczna	4	10,0
inne ograniczenia	1	2,5
bez ograniczeń	22	55,0

W przypadku 7 (17,5%) wdrożono postępowanie zachowawcze, 5 (12,5%) rozwiązano cięciem cesarskim, 27 (67,5%) rodziło siłami natury (Tab. VIII).

Tabela VIII. Planowany sposób zakończenia ciąży po urazie.

Planowany sposób zakończenia ciąży	n	%
leczenie zachowawcze	7	17,5
poród kleszczowy	0	0,0
próżniociąg położniczy	0	0,0
poród siłami natury	27	67,5
cięcie cesarskie	5	12,5
inny sposób zakończenia ciąży	1	2,5

Czynnikiem wywierającym znamienny statystycznie wpływ na częstość występowania urazów był rodzaj pracy wykonywanej przez kobiety w ciąży (p=0,047). Do wypadków dochodziło istotnie częściej u ciężarnych wykonujących pracę fizyczną (Tab. IX).

Tabela IX. Charakter wykonywanej pracy a częstość występowania nieszczęśliwych zdarzeń.

	Grupa badana		Grupa kontrolna		Razem		
Rodzaj wykonywanej pracy	n	%	n	%	n	%	**p**
fizyczna	18	45,0	16	26,7	34	34,0	
umysłowa	22	55,0	44	73,3	66	66,0	0,047

Nie wykazano wpływu wieku ciężarnej na wystąpienie nieszczęśliwego wypadku (p=0,246) (Tab. X).

Tabela X. Wpływ wieku ciężarnych na częstość występowania nieszczęśliwych zdarzeń.

	Grupa badana		Grupa kontrolna		Razem		
Wiek (lata)	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**p**
<18	0	0,0	1	1,7	1	1,0	
19-25	8	20,0	11	18,3	19	19,0	
26-35	27	67,5	44	73,3	71	71,0	
36-40	3	7,5	0	0,0	3	3,0	
>40	2	5,0	4	6,7	6	6,0	0,246

Najczęściej do urazów dochodziło w miastach powyżej 50 tys. mieszkańców (Tab. XI).

Tabela XI. Miejsce zamieszkania a częstość występowania nieszczęśliwych zdarzeń u ciężarnych.

	Grupa badana		Grupa kontrolna		Razem		
Miejsce zamieszkania	n	%	n	%	n	%	**p**
wieś	5	12,5	9	15,0	14	14,0	
miasto <10 tys.	6	15,0	7	11,7	13	13,0	
miasto 10-30 tys.	4	10,0	10	16,7	14	14,0	
miasto 30-50 tys.	6	15,0	6	10,0	12	12,0	
miasto >50 tys.	19	47,5	28	46,7	47	47,0	0,813

Urazy występowały istotnie częściej u kobiet przyznających się do nieznajomości prawidłowego sposobu zapinania pasów bezpieczeństwa (p=0,02) (Tab. XII).

Większość badanych (70%) twierdzi, że płyn owodniowy nie jest wystarczającym zabezpieczeniem płodu przed urazem lub wypadkiem (Tab. XIII).

Tabela XII. Znajomość zasad zapinania pasów bezpieczeństwa a częstość występowania nieszczęśliwych zdarzeń u ciężarnych.

Znajomość zasad zapinania pasów bezpieczeństwa przez ciężarne	Grupa badana		Grupa kontrolna		Razem		p
	n	%	n	%	n	%	
tak	22	55,0	46	76,7	68	68,0	
nie	18	45,0	14	23,3	32	32,0	0,020

Tabela XIII. Rola ochronna płynu owodniowego w opinii badanych ciężarnych.

Czy płyn owodniowy jest wystarczającym zabezpieczeniem rozwijającego się płodu?	Grupa badana		Grupa kontrolna		Razem		p
	n	%	n	%	n	%	
Tak	10	25,0	15	25,0	23	23,5	
Nie	30	75,0	45	75,0	75	76,5	0,423

Dyskusja

W zakresie ratunkowego postępowania przedszpitalnego obowiązują w stosunku do ciężarnej ogólnie przyjęte zasady [18, 19]. Opieka powinna być sprawowana aż do upewnienia się, że zarówno matce, jak i dziecku nic nie zagraża; z reguły jest to czas pierwszych 24-48 godz. Zadaniem matki jest rejestracja ruchów płodu. Personel medyczny monitoruje czynność skurczową macicy i serca płodu. Ciężarna powyżej 20 t.c., która doznała urazu powinna być przetransportowana do specjalistycznego ośrodka w pozycji znoszącej objawy zespołu żyły głównej dolnej, otrzymać tlen, mieć zapewniony obwodowy dostęp dożylny, a w ośrodku być natychmiast konsultowana przez ginekologa-położnika. Indywidualnego rozważenia wymaga przypadek ciężarnej z urazem miednicy. Świeży uraz jest przeciwwskazaniem do porodu drogami natury [5, 17].

Podczas urazów należy liczyć się z poważnymi powikłaniami. W pierwszym trymestrze ciąży płód chroniony jest w grubych ścianach macicy. W drugim trymestrze amortyzację płodu zapewnia duża ilość płynu owodniowego. Pod koniec ciąży ochrona jest niewielka, gdyż ściana macicy jest wtedy cienka, a względna ilość płynu owodniowego jest wtedy mniejsza. Dlatego do większości urazów dochodzi w zaawansowanej ciąży w przypadkach nawet banalnych urazów. Podczas urazu może dojść do oddzielenia łożyska,

ponieważ w odróżnieniu od macicy łożysko jest pozbawione tkanek sprężystych. Stąd w I trymestrze ciąży urazy są przede wszystkim zagrożeniem życia płodu [18, 19, 20].

Wśród zagrożeń pojawiających się w 2 połowie na pierwsze miejsce wysuwają się: łożysko przodujące i przedwczesne oddzielenie się łożyska. Oba stanowią poważne zagrożenie życia zarówno matki, jak i płodu. Najczęstszą przyczyną urazu tępego są wypadki drogowe. Do położniczych jego powikłań należy wyzwolenie skurczów macicy, odwarstwienie łożyska, poronienie lub śmierć płodu. Najczęstszą przyczyną śmierci płodu jest wstrząs hipowolemiczny u matki. Duże odwarstwienie łożyska, czemu czasem towarzyszy zator wodami płodowymi, bywa przyczyną zespołu rozsianego wykrzepiania wewnątrznaczyniowego.

Głównym zadaniem personelu opiekującego się kobietą w ciąży po urazie jamy brzusznej jest jak najszybsze wykrycie rodzaju uszkodzenia i wdrożenie właściwego leczenia, nawet 15% przypadków śmiertelnych jest spowodowane zbyt późnym rozpoznaniem. W tępych urazach brzucha uszkodzeniu najczęściej ulega śledziona, jelita i macica. Objawami może być tutaj ból, wzdęcie brzucha, osłabione napięcie powłok jamy brzusznej lub objawy otrzewnowe. Przedwczesne oddzielenie się łożyska należy podejrzewać nawet przy niewielkim urazie brzucha [21, 22].

Skutkiem urazu może być spadek ciśnienia tętniczego i ograniczenie przepływu łożyskowego krwi. Do najpowszechniejszych objawów tego stanu zalicza się ból brzucha, krwawienie z dróg rodnych, napięcie, twardość macicy, skurcze oraz spadek ciśnienia nieproporcjonalny do widocznej objętości utraconej krwi [23].

Bradykardia u płodu występuje zanim jeszcze u matki pojawią się ogólne zaburzenia parametrów życiowych. Wskazaniem do natychmiastowego ukończenia ciąży jest: ciąża donoszona, objawy zagrożenia życia płodu i/lub matki niezależnie od stanu zaawansowania ciąży. W przypadku ciąży niedonoszonej i braku objawów zagrożenia dla matki i płodu preferowane jest postępowanie wyczekujące [19, 20, 24].

Istotnym czynnikiem zwiększającym bezpieczeństwo podróżujących kobiet w ciąży jest korzystanie z pasów bezpieczeństwa. U kobiet po wypadkach, zabezpieczonych pasami 2-krotnie rzadziej dochodzi do krwawień z dróg rodnych, poronień i porodów przedwczesnych. Śmierć płodu u kobiet niezabezpieczonych zdarza się 3-4 razy częściej [17]. Wiele kobiet obawia się jednak stosowania pasów bezpieczeństwa, co grozi niebezpieczną dla zdrowia ciężarnej i jej nienarodzonego dziecka sytuacją przemieszczenia się i gwałtownego zatrzymania, zwaną deceleracją [3].

W badaniach własnych wykazano, że wiedza ciężarnych w tej kwestii rośnie. Współczesne kobiety mają świadomość, że ich organizm, macica, worek owodniowy i płyn owodniowy nie stanowią już dostatecznego zabezpieczenia płodu przed urazem podczas wypadku. Niestety taką wiedzę prezentowało jedynie 58 spośród 100 ankietowanych.

Obowiązek stosowania pasów bezpieczeństwa w wyraźnym odsetku zmniejszył śmiertelność i urazowość wśród ofiar wypadków komunikacyjnych. Pojawiły się jednak doniesienia, że używanie wyłącznie pasów biodrowych może zwiększać ryzyko uszkodzenia trzonu macicy u ciężarnej. Wykazano jednak, że używanie pasów o 3 punktach mocowania znacznie zmniejszyło zagrożenie zarówno dla kobiety ciężarnej jak i płodu, stąd niezasadne wydaje się zwolnienie ciężarnych z obowiązku jazdy w zapiętych pasach bezpieczeństwa zawarte w Kodeksie Drogowym [5, 25].

W badaniach własnych wykazano, że najczęstszymi powikłaniami urazów były krwawienia i krwotoki oraz przedwczesna czynność skurczowa mięśnia macicy. Około połowie ciężarnych udzielono pomocy specjalistycznej oraz wyczerpujących informacji i wskazówek dotyczących dalszego postępowania położniczego. Nie określono rodzaju stosowanych pasów bezpieczeństwa wśród ankietowanych.

Niemniej jednak cieszy fakt, iż 68 kobiet zna zasady prawidłowego zakładania pasów w przypadku, gdy pasażerem jest ciężarna.

Niezależnie jednak od sytuacji prawnej, w przypadku udziału ciężarnej w wypadku komunikacyjnym punktem krytycznym jest sprawowanie nad nią opieki przez zespół wielospecjalistyczny z udziałem położnika, anestezjologa oraz chirurga, których zadaniem jest ocena stopnia wewnątrzmacicznego bezpieczeństwa lub zagrożenia życia płodu oraz podjęcie decyzji o rozwiązaniu ciąży w razie konieczności mając na uwadze stopień dojrzałości płodu [5, 11, 22, 26].

Wnioski

1. Każdej kobiecie na czas trwania ciąży powinno zalecić się zmianę trybu życia i ograniczenie dotychczasowej aktywności ruchowej, co może stanowić profilaktykę w zakresie urazów.
2. W przypadku urazu w ciąży istotnego znaczenia nabiera współpraca między kompetentnymi w zakresie problemów położniczych przedstawicielami zespołów ratownictwa medycznego a oddziałem szpitalnym gotowym na przyjęcie ciężarnej.

Piśmiennictwo

1. Brużewicz Sz.: Zgon wewnątrzmaciczny w zaawansowanej ciąży i poród martwego płodu część III. Medycyna Praktyczna-Ginekologia i Położnictwo, 2011, 5, 11-17.
2. Rocznik Głównego Urzędu Statystycznego 2008. Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa, 2008.
3. Oleszczuk J., Pilewska-Kozak A.B., Kanadys K.: Uraz w okresie ciąży [w:] Opieka nad kobietą ciężarną, Bień A.M. (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2009, 313-320.
4. Turczynowski W., Rytlewski K., Kalita J.: Urazy jamy brzusznej w ciąży [w:] Wybrane zagadnienia intensywnego nadzoru położniczego, Kalita J. (red.) Wydawnictwo Przegląd Lekarski, Kraków, 2001, 314-324.
5. Rasmus A., Balcerzak-Brzdo E., Sikorski T., Piotrowski D.: Zasady postępowania z kobietą ciężarną po urazie. Anest. Intens. Ter., 2005, 4, 263-267.
6. Brown H.L.: Trauma in pregnancy. Obstet. Gynecol., 2009, 114, 147-160.
7. Gorczyca T., Góra J., Gorczyca D., i wsp.: Wypadki drogowe z udziałem pieszych-problemy współczesnej medycyny i zdrowia publicznego. Zdr. Pub., 2011, 121, 90-94.
8. Powińska M., Piątkiewicz A.J., Zalewska M., Jamiołkowski J., Szpak A., Matwiejuk B., Czerwiński A.: Ofiary wypadków drogowych w województwie podlaskim w latach 2000-2006. Zdr. Pub., 2008, 118, 426-431.
9. Rybałtowska A.: Opieka nad kobietą rodzącą po urazie komunikacyjnym. Praca dyplomowa, Białystok, 2011.
10. Turczynowski W., Rytlewski K., Kalita J.: Postępowanie i diagnostyka w urazach jamy brzusznej u ciężarnych. Prz. Lek., 1998, 55, 328-333.
11. Nash P.: ABC ciężkich urazów. Urazy w ciąży. Med. Prakt., 1992, 6, 24-26.
12. Sikora J., Bakon I., Kellas S., Włoch A., Włoch S.: Poród przedwczesny w materiale ośrodka referencyjnego. Kliniczna Perinatologia i Ginekologia, 2004, 40(3), 51-53.
13. Piec P., Suchocki S., Obst M.: Przedwczesne pęknięcie błon płodowych u ciężarnych w 22-37 tygodniu ciąży w latach 2001-2005 w materiale Specjalistycznego Szpitala Ginekologiczno-Położniczego w Wałbrzychu. Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia, 2008, 1, 121-126.
14. Ciećkiewicz J.: Rana drążąca brzucha. Medycyna Praktyczna-Pediatria, 2011, 1, 123-124.

15. Kuliś M., Rytlewski K., Jarzynowski W.: Pęknięcia macicy w następstwie urazu komunikacyjnego u ciężarnej. Pol. Prz. Chirurg., 2001,73, 536-539.
16. Ulman J., Łukasiewcz S., Ulman-Doniec J.: Komunikacyjne obrażenia kobiet ciężarnych. Ginekol. Poł., 1990, 61, 151-156.
17. Rondio Z., Gralińska K.: Resuscytacja kobiet w ciąży i rodzących [w:] Postępowanie w nagłych stanach w położnictwie i ginekologii, Chazan B., Leibschang J. (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2002, 254-259.
18. Campbell J.E.: International Trauma Life Support. Ratownictwo przedszpitalne w urazach. Medycyna Praktyczna, Kraków, 2009, 25-71, 349-360.
19. Oleszczuk J., Leszczyńska-Gorzelak B., Poniedziałek-Czajkowska E.: Rekomendacje postępowania w najczęstszych powikłaniach ciąży i porodu. Wydawnictwo Bifolium, Lublin, 2006.
20. Guyette L.: The traumatized pregnant woman [w:] Disaster nursing. Planning, assessment & intervention. Rockville, Loretta M.G. (ed.). , Aspen Publishers, 1985.
21. Witt M., Goniewicz M., Szymanowski K.: Obrażenia u kobiet ciężarnych – postępowanie w wypadkach masowych i katastrofach. Anestezjologia i Ratownictwo, 2012, 6, 94-101.
22. Hitosugi M., Motozawa Y., Kido M. et al: Traffic injuries of the pregnant woman and fetal or neonatal outcomes. Forensic Science International, 2006, 159, 51-54.
23. Connolly A.M., Katz V.L., Bash K.L. et al: Trauma and pregnancy. Am. J. Perinatol., 1997, 14, 331-336.
24. Bręborowicz G.H., Sobieszczyk S.: Przedwczesne oddzielenie łożyska [w:] Położnictwo i ginekologia, Bręborowicz G.H. (red.).,Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2005, 120-122.
25. Skrzypczak J.: Poronienie [w:] Położnictwo i ginekologia, Bręborowicz G. (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2008, 111-117.
26. Dellote J., Behr M., Thallon L. et al.: Pregnant woman and road safety: experimental crash test with post mortem human subject. Surg. Radiol. Anat., 2008, 30, 185-189.

Kobus Grażyna[1], Kuźma Łukasz[2], Kochański Karol[2], Bachórzewska-Gajewska Hanna[1,2]

Czy zieloni współlokatorzy mogą być niebezpieczni?

1. Zakład Medycyny Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp

Rośliny trujące są to organizmy, które zawierają, we wszystkich lub niektórych swoich częściach, substancje toksyczne, niebezpieczne, dla człowieka, jak i zwierząt, takie jak np.: alkaloidy i glikozydy [1, 2]. Można je rozpoznać po nieprzyjemnym zapachu lub ostrym, piekącym smaku.

Inaczej jest w przypadku roślin doniczkowych, zazwyczaj są ładne, kolorowe i pachnące, często stając się ozdobą domów, a w większość ich posiadaczy nie zdaje sobie sprawy, że ma truciznę "na parapecie".

Przypadkowe spożycie lub nawet sam kontakt z taką rośliną może powodować mniej lub bardziej poważne objawy chorobowe.

W Polsce notuje się średnio 40-50 tysięcy zatruć rocznie.

Około 150 przypadków z nich dotyczy zatruć roślinami wyższymi i 3500-5000 zatruć grzybami.

Spożycie trującej rośliny wyższej przez osobę dorosłą na skutek pomyłki lub przypadku zdarza się bardzo rzadko. Inaczej natomiast przedstawia się sprawa zatruć roślinami wyższymi u dzieci, które bardzo często spożywają niejadalne w opinii dorosłych korzenie, kłącza, liście, kwiaty, owoce lub nasiona roślin trujących. Niejednokrotnie ulegają z tego powodu ciężkim, a niekiedy śmiertelnym zatruciom.

Nie wszystkie z roślin trujących są jednakowo niebezpieczne, wiele zależy od dawki, jaka została wprowadzona do organizmu.

W wielu roślinach znajdują się również substancje, które wprawdzie uchodzą lub są opisywane jako trujące, ale odpowiednio dawkowane mogą stanowić środek leczniczy. Przykładem mogą być rozcieńczone wyciągi z trujących roślin, które są stosowane w homeopatii.

Celem pracy jest przedstawienie najpopularniejszych trujących roślin doniczkowych oraz objawów jakie wywołują.

Cyklamen perski



Rycina 1. Cyklamen perski [18]

Cyklamen perski (*Cyclamen persicum*) należy do rodziny pierwiosnkowatych. Rodzaj Cyclamen obejmuje około 16 gatunków, pochodzących głównie z obszaru śródziemnomorskiego.

Jego łacińska nazwa pochodzi od greckiego słowa *kyklos* – kolisty, co jest związane ze spiralnym skręceniem szypułek kwiatowych niektórych gatunków w okresie wykształcania nasion. Rośnie dziko w górach Europy (w Grecji), Azji Zachodniej i w Afryce Północnej (Algieria, Tunezja) [3].

Ojczyzną *Cyclamen persicum*, od którego pochodzą nasze rośliny doniczkowe, jest Azja Mniejsza.

Cylamen został znaleziony w 1731 roku właśnie w Azji Mniejszej i jest jedną z najpopularniejszych i najpiękniejszych roślin kwitnących. Kwitnie od jesieni do wiosny. Kwiaty, zależnie od odmiany, od białych przez różowe do czerwonych, w różnych odcieniach, różnej wielkości, mogą być pojedyncze lub pełne [4].

Ta roślina cieszy nasze oko, ale warto wiedzieć, że w różnych jej częściach, a przede wszystkim w jej bulwach, zawarte są saponiny oraz trujący glikozyd – cyklamina.

Po spożyciu nawet niewielkiej ilości tych substancji mogą wystąpić nudności, wymioty, bóle żołądka i biegunka. Natomiast po spożyciu większej - występują objawy takie, jak zawroty głowy, silne pocenie się, drgawki, a nawet porażenia.

Pierwsza pomoc w przypadku spożycia rośliny, to wywołanie wymiotów, podanie węgla leczniczego i skonsultowanie się z lekarzem.

Pierwiosnek kubkowaty



Rycina 2. Pierwiosnek kubkowaty [17]

Pierwiosnek kubkowaty (*Primulobconica*) to bylina należąca do rodziny pierwiosnkowatych *Primulaceae*, pochodzi z Chin.

Piękna roślina ma pachnące kwiaty, które wyrastają z bezlistnej łodygi. Kwitnie od grudnia do maja wieloma kolorami. Jego kwiaty mogą być białe, niebieskie, morelowe i czerwono-białe.

Hodując pierwiosnka należy obchodzić się z nim ostrożnie, jego liście pokryte są włoskami, które wytwarzają piriminę. Primina, może wywołać zaczerwienienie, silne swędzenie, a nawet pęcherze na skórze.

U alergików może wywoływać stany zapalne skóry. Objawy te są mało groźne.

Pierwsza pomoc to natychmiastowe umycie skóry ciepłą wodą, można też przetrzeć skórę zakwaszoną wodą (np. octem lub cytryną) [5].

Diffenbachie diffenbachia



Rycina 3. Diffenbachie diffenbachia [18]

Diffenbachie diffenbachia (*Dieffenbachia Schott*), roślina z rodziny obrazkowatych, rodzaj obejmujący 57 gatunków, pochodzących z tropikalnej Ameryki, od Meksyku do Argentyny i Paragwaju. Są to rośliny jednopienne, tworzące od 1 do 7 kwiatostanów, typu kolbiastego wyrastających z wierzchołka łodygi na bardzo krótkich, kilkucentymetrowych szypułkach.

Cała roślina jest silnie trująca. We wszystkich częściach rośliny znajduje się substancja drażniąca, nierozpuszczalne szczawiany wapnia (rafidy) oraz kwas szczawiowy. Soki roślinne zawierają ponadto enzym trawienny dumbkainę, powodujący rozpad białek, oraz bradykininę i histaminę [6].

Kontakt z rośliną, a szczególnie jej przypadkowe uszkodzenie, może wywołać stan zapalny skóry, objawiający się swędzeniem, pieczeniem, wystąpieniem wykwitów i pęcherzy. Objawy te mogą utrzymywać się nawet do 24 godzin. W przypadku dostania się soku z rośliny do oka odczuwalny jest silny ból, wrażliwość na światło, łzawienie, i skurcze powiek. Objawy te są czasowe, jednak mogą trwać do kilku miesięcy. Kontakt rośliny z błonami śluzowymi jamy ustnej powoduje ich silne podrażnienie, objawiające się silnym bólem, obrzękiem, drętwieniem i wystąpieniem pęcherzy w miejscu bezpośredniego kontaktu. Najbardziej groźne jest dostanie się soku rośliny do strun głosowych, gdyż może on wywołać ich paraliż, prowadzący do utraty zdolności mówienia, trwającej nawet do 10 dni. Ponadto spożycie difenbachii prowadzi do mdłości, biegunki, zaburzeń rytmu serca, odurzenia i

paraliżu, a także wywołuje czasową bezpłodność. Nie istnieje antidotum na zatrucie difenbachią.

Pierwsza pomoc: w przypadku wystąpienia objawów ocznych należy szybko przemyć oczy dużą ilością wody, przy wystąpieniu objawów ze strony jamy ustnej należy płukać ją wodą, mlekiem (nie połykać) oraz ssać kostki lodu. W przypadku wystąpienia gwałtownej reakcji konieczna jest wizyta u lekarza [7, 8, 9].

Anturium, kitnia



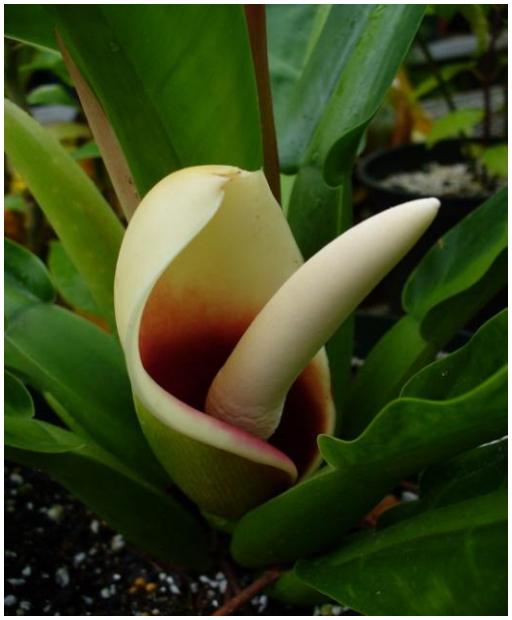
Rycina 4. Anthurium [18]

Anturium, kitnia (*Anthurium* Schott) należy do roślin egzotycznych z rodziny obrazkowatych (Araceae), których ojczyzną są tropikalne lasy Ameryki Południowej [10].

Ta wiecznie zielona roślina cieszy egzotyczną urodą kwiatów w postaci łódkowatej pochwy kwiatostanowej z charakterystyczną kolbą. Kwiaty mogą mieć barwę czerwoną, różową, kremowobiałą, jasnozieloną lub wielobarwną o kształcie owalnym lub sercowatym. Uprawiana jest na całym świecie, również w Polsce, przemysłowo na kwiaty cięte lub jako rośliny pokojowe.

Rośliny te zawierają nie poznaną dotąd bliżej substancję drażniącą oraz saponiny, które mogą powodować podrażnienie skóry i błon śluzowych. Po spożyciu może dojść do wymiotów. Anturium jest również rośliną leczniczą; Indianie Chacabo z Boliwii używają *Anthurium gracile* w przypadku zapalenia wyrostka robaczkowego [11], a Majowie w swej tradycyjnej medycynie wykorzystywali niektóre gatunki anturium jako środek przeczyszczający, który przygotowywany był z korzeni rośliny [12].

Filodendron



Rycina 5. Filodendron [17]

Filodendron (*Philodendron Schott*), roślina z rodziny obrazkowatych, rodzaju obejmującego ponad 700 gatunków (w tym 465 opisanych), występujących w tropikalnej Ameryce, od Meksyku i Antyli do Paragwaju i Argentyny [13].

Jest jedną z najpopularniejszych roślin pokojowych. Roślina ta występuje w różnych formach, możemy się spotkać z filodendronami krzewiastymi, pnączami, bezłodygowymi i zielnymi [14]. Mają one wiecznie zielone, bądź przebarwione liście o różnym kształcie, zależnie od gatunku. Kwiatostan filodendronów jest bardzo charakterystyczny, stanowiący kolbę z otaczającą pochwą, jednak rzadko kwitną w warunkach pokojowych.

Wszystkie części rośliny zawierają substancje powodujące podrażnienia skóry, a przy spożyciu podrażnienie gardła, ślinotok oraz podrażnienie żołądka.

Niektóre odmiany filodendronów były wykorzystywane przez Amazoński lud Taiwano w celach leczniczych.

Liście filodendrona wykorzystywano do maści na choroby skóry, sok z rośliny używano zewnętrznie na użądlenia owadów, ukąszenia przez węże, czy też do pozbywania się pasożytów.

Monstera dziurkowana



Rycina 6. Monstera dziurkowana [18]

Monstera dziurkowana (*Monstera deliciosa*) to roślina z rodziny obrazkowatych (Araceae występująca w lasach tropikalnych od południowego Meksyku po południową Panamę. Gatunek ten należy do największych roślin do dekoracji wnętrz.

W Polsce jest uprawiana jako roślina ozdobna. Monstera swą nazwę zawdzięcza dziwnie powcinanym, dziurawym liściom (monstrum w języku łacińskim oznacza dziwo, potwór). W Anglii potocznie nazywana jest Swiss cheese plant, czyli rośliną podobną do sera szwajcarskiego. Silnie rosnące zielone pnącze, często osiąga ponad 10 m wysokości, na pędzie ma silne korzenie powietrzne.

Owocami monstery są drobne pachnące, stożkowate jagody, które gdy dojrzeją są jadalne i smakują jak połączenie ananasa i banana [15]. Stąd też w Ameryce Środkowej wykorzystuje się je do wyrobu soków, win oraz dodaje do lodów. Natomiast owoce niedojrzałe zawierają sporo kryształów szczawianu wapnia i innych toksyn, mogących prowadzić do podrażnienia lub uszkodzenia błon śluzowych. Korzeń z kolei zawiera nieznaną substancję drażniącą skórę oraz błony śluzowe.

W przypadku spożycia mogą wystąpić wymioty. Pierwsza pomoc jest taka sama jak przy zatruciu dieffenbachią [16].

Oleander pospolity



Rycina 7. Oleander pospolity [18]

Oleander pospolity (*Nerium oleander*) - roślina z rodziny toinowatych (Apocynaceae). Występuje na całym obszarze śródziemnomorskim od Maroka i Portugalii, aż po południową Azję (prowincja Yunnan w południowych Chinach) [5]. Jest uprawiany w wielu krajach świata.

Trująca jest cała roślina. Zawiera ona działające nasercowo glikozydy i alkaloidy.

W większych dawkach zawarta w roślinie oleandryna wywołuje brak czucia w ustach, bóle głowy, nudności, wymioty, biegunkę, drgawki oraz zaburzenia pracy serca, rozszerzenie źrenic i duszność. Już po 2-3 godzinach po spożyciu może spowodować śmierć [9].

Glikozydy oleandra mają własności kumulacyjne. Sok z rośliny jest trujący, należy po pracy przy nim umyć ręce (ogrodnictwo, kwiaciarstwo).

W przypadku, gdy w domu są małe dzieci zaleca się zrezygnowanie z hodowli tej rośliny. Zdarzały się przypadkowe, ostre zatrucia glikozydami u dzieci, które brały do ust liście lub gałązki oleandra.

Właściwości trujące tej rośliny znane były już za czasów Aleksandra Wielkiego, z surowca rośliny sporządzano truciznę na szczury.

Barwinek różowy



Rycina 8. Barwinek różowy [17]

Barwinek różowy (*Catharanthus roseus*) - roślina należąca do rodziny toinowatych (Apocynaceae), endemicznie występująca na Madagaskarze [3]. W stanie dzikim jest gatunkiem zagrożonym. Jest uprawiany w strefie tropikalnej i subtropikalnej. W Europie roślina ta uprawiana jest jako roślina doniczkowa. Białe, różowoczerwone lub czerwone kwiaty mają talerzowato rozpostarte płatki.

Barwinek różowy jest rośliną leczniczą, zawiera alkaloidy: winkrystynę i winblastynę. Substancje te mogą hamować rozwój żywych komórek w stadium metafazy. Dzięki temu bywają stosowane w terapii niektórych nowotworów (m.in. białaczek).

Roślina zawiera również alkaloidy takie, jak johimbina, ibogaina i rezerpina. W tradycyjnej medycynie chińskiej barwinek różowy był stosowany w leczeniu chorób takich, jak ziarnica złośliwa, malaria, cukrzyca. Podobnie jak większość roślin toinowatych, barwinek został opisany jako roślina trująca.

Figowiec (figa, fikus)



Rycina 9. Figowiec [18]

Figowiec (figa, fikus), zwany też figą pospolitą, figą karyjską, drzewem figowym – gatunek drzewa lub krzewu należący do rodziny morwowatych. Prawdopodobnie pochodzi ze środkowo-zachodniej Azji lub Azji Mniejszej. Roślina uprawiana jest w licznych krajach obszaru tropikalnego i subtropikalnego. Może również występować w formach zdziczałych.

Figowiec był znany już ludziom neolitu. Pierwsze udokumentowane uprawy były prowadzone w Sumerze, a następnie w Egipcie (zachowały się płaskorzeźby przedstawiające zbiory fig z ok. 2500 r p.n.e.), gdzie figowiec należał do jednej z ważniejszych upraw. W IX w. p.n.e. Grecy rozpoczęli uprawę figowca początkowo na wyspach Morza Egejskiego, a potem rozpowszechnili w całym basenie Morza Śródziemnego. Owocostany orzeszkowe zawierające liczne orzeszki są nazywane w języku potocznym owocem figi. Owoc ma kształt gruszkowaty, jest owocem jadalnym, zarówno na surowo jak i po przetworzeniu. Mleczny sok znajdujący się w liściach rośliny zawiera żywicę, kauczuk, kumarynę i białka [4].

Spożycie liści lub nadziemnych korzeni może wywołać duszność, wymioty oraz bóle brzucha. W przypadku zatrucia figowcem należy podawać duże ilości płynów i węgla leczniczego.

Psianka paprykowata



Rycina 10. Psianka parykowata [18]

Psianka paprykowata (*Solanum pseudocapsicum*) to spokrewniona z pomidorem roślina, pochodząca z Ameryki Południowej, Madery. Jest to mały, niski krzew doniczkowy, hodowany głównie dla swoich podobnych do jagód, połyskujących, pomarańczowoczerwonych owoców, które to są trujące. Roślina zawiera we wszystkich częściach substancję czynną solanokapsynę. Jest to roślina słabo trująca i trzeba zjeść naprawdę bardzo dużo owoców, aby wystąpiły objawy zatrucia: nudności, wymioty, bóle brzucha. Pierwsza pomoc przy zatruciach to podawanie dużej ilości płynów i węgla leczniczego oraz leczenie objawowe [17].

Kliwia pomarańczowa



Rycina 11. Kliwa pomarańczowa [17]

Kliwia pomarańczowa *(Clivia miniata)* - roślina z rodziny amarylkowatych. Ojczyzną kliwii jest Natal w południowej Afryce. Do Europy sprowadzono ją na początku XIX wieku. Nazwana została imieniem lady Clive, księżnej Northumberland [17].

Od dawna jest popularną rośliną doniczkową. Ma charakterystyczne czerwono pomarańczowe kwiaty zebrane w kuliste kwiatostany oraz długie i wąskie liście.

Wszystkie części rośliny zawierają alkaloidy, które przyjęte doustnie mogą wywołać nudności, kaszel, ślinotok i wymioty.

Pierwsza pomoc przy zatruciu to podawanie dużych ilości płynów i węgla leczniczego [18].

Trójskrzyn pstry (kroton)



Rycina 12. Trójskzyn pstry [17]

Trójskrzyn pstry (kroton) (*Codiaeum variegatum*) roślina z rodziny wilczomleczowatych (Euphorbiaceae).

Ojczyzną tych roślin jest Malezja i wyspy Oceanu Spokojnego. Stanowi piękną roślinę doniczkową. Krotony dorastają do 90 cm wysokości. Ich ustawione naprzemianlegle liście są ozdobione deseniem skomponowanym z efektownych połączeń różnych odcieni zieleni i czerwieni oraz jasnej żółci.

We wszystkich częściach rośliny jest zawarty sok mleczny, który jest trujący i może powodować podrażnienie skóry. W przypadku spożycia doustnego mogą wystąpić wymioty i biegunki. Pierwsza pomoc to podawanie dużej ilości płynów [8].

Wilkomlecz piękny



Rycina 13. Wilczomlecz piękny [21]

Wilczomlecz piękny (*Euphorbia pulcherrima*) jest nazywany również poinsecją (gwiazda betlejemska). Pochodzi z Meksyku i Gwatemali [9]. Poinsecja jest rośliną krótkiego dnia, uprawianą w szklarniach na sezon Bożego Narodzenia w doniczkach i na kwiaty cięte. Została odkryta w 1834 r. w Meksyku, zaś w 1934 r. dotarła do Europy [5]. Ze względu na swoje różnobarwne liście, których gama kolorów sięga od ciemnej zieleni, przez żółtawy róż do jasnej czerwieni, jest jedną z ulubionych roślin doniczkowych. W łodygach i liściach występuje trujący sok mleczny, powodujący podrażnienia skóry. Po spożyciu wywołuje gwałtowną biegunkę i podrażnienie nerek. Opryskaną sokiem skórę trzeba natychmiast dokładnie zmyć. Przy zatruciu wewnętrznym może dojść do gwałtownych biegunek i podrażnienia nerek. Zaleca się płukanie żołądka, węgiel, środek przeczyszczający oraz leczenie objawowe.

Datura



Rycina 14. Datura [21]

Datury, zwane także bieluniami, należą do rodziny psiankowatych i pochodzą z obszarów Ameryki Południowej. Cechą charakterystyczną większości datur są duże kwiaty kształtu lejkowatego, trąbkowato-rurkowego, pojedyncze lub pełne (tzw. anielskie trąby), które mają bardzo przyjemny zapach, szczególnie intensywnie pachnący wieczorem [19].

Niestety te piękne kwiaty są trujące. Substancją trującą są alkaloidy: L-hioscyjamina, atropina i L-skopolamina.

Silnie pobudzają korę mózgu, śródmózgowie i rdzeń przedłużony; obwodowo działają porażająco na wszystkie cholinergiczne zakończenia nerwowe. Objawami zatrucia są niepokój i ogólne pobudzenie, wielomówność, spazmatyczny płacz, euforia, silny niepokój ruchowy, drgawki, halucynacje, zaburzenia koordynacji ruchów, nasilenie stanów pobudzenia, przyspieszenie i pogłębienie ruchów oddechowych, kołatanie serca, przyspieszone tętno i wyższe ciśnienie tętnicze krwi, szerokie i sztywne źrenice, zaburzenia widzenia i mowy, czerwona, sucha i gorąca skóra, podwyższona temperatura ciała.

Pierwsza pomoc to wywołanie wymiotów i jak najszybsze przewiezienie osoby zatrutej do lekarza.

W leczeniu stosuje się płukanie żołądka, węgiel leczniczy. Jako swoistą odtrutkę podaje się fizostygminę w dawce 2 mg co 20 minut, aż do ustąpienia objawów: zaburzeń w pracy układu oddechowego i drgawek, stanu odurzenia, zaburzeń rytmu serca. W okresie pobudzenia i drgawek podaje się środki uspokajające (fenobarbital, benzodiazepinę). Przy śpiączce i zaburzeniach czynności układu oddechowego – sztuczne oddychanie i środki wspomagające funkcjonowanie układu krążenia [20].

Podsumowanie

Część z naszych ulubionych kwiatów doniczkowych to niestety rośliny trujące. Nie oznacza to jednak, że nie powinniśmy mieć ich w swoich domach. Jak najbardziej możemy je hodować, jednak musimy przy tym zachować maksimum ostrożności, żeby nie podrażnić skóry, nie zatrzeć oczu i nie doprowadzić do zatrucia siebie, dzieci i zwierząt domowych. Przede wszystkim musimy wiedzieć, jakie kwiaty są trujące, które drażnią skórę, jak ustrzec się od niepożądanych skutków ich działania i jak postępować, gdy się zatrujemy.

Piśmiennictwo

1. Rutkowski L.: Klucz do oznaczania roślin naczyniowych Polski niżowej. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2006.
2. Mowszowicz J.: Przewodnik do oznaczania roślin trujących i szkodliwych. Wydawnictwo PWRiL, Warszawa, 1982.

3. Burnie G: Botanica. Rośliny ogrodowe. Könemann, Koln, 2005.
4. Germplasm Resources Information Network (GRIN), http://www.ars-grin.gov, data pobrania 10.04.2013.
5. Longman D.: Pielęgnowanie roślin pokojowych. Wydawnictwo PWR i L, Warszawa, 1997.
6. Haager J.: Mieszkanie w kwiatach: moje hobby. Polska Oficyna Wydawnicza "BGW", Warszawa, 1992.
7. Spoerke D.E., Smolinske S.C.: Toxicity of houseplants. Boca Raton: CRC Press, 1990.
8. Bohne B., Dietze P.: Rośliny trujące: 170 gatunków roślin ozdobnych i dziko rosnących. Wydawnictwo Bellona, Spółka Akcyjna, Warszawa, 2008.
9. Govaerts R., Frodin D.G.: World Checklist and Bibliography of Araceae, The Board of Trustees of the Royal Botanic Gardens, Kew, 2002,
10. http://www.kew.org, data pobrania: 10.04.2013
11. Bodeker G.., Bhat K.K.S., Burley J., Vantomme P.: Medicinal plants for forest conservation and health care. Food and Agriculture Organization of the United Nations, Rome, 1997, 15.
12. Appel Kunow M.: Maya medicine: traditional healing in Yucatan. Albuquerque, N.M.: University of New Mexico Press, 2003.
13. Croat T. B.: A revision of Philodendron subgenus Philodendron (Araceae) of Central America. Annals of the Missouri Botanical Garden, St. Louis, 1997.
14. Missouri Botanical Garden Press, http://www.mbgpress.info/, data pobrania 24.04.2013.
15. Araceae W: Klaus Kubitzki (red.): The Families and Genera of Vascular Plants. T. IV: Flowering Plants. Monocotyledons: Alismatanae and Commelinanae (except Gramineae). Berlin Heidelberg: Springer, 1998, 26–73.
16. Rohwer J.: Atlas roślin tropikalnych. Wydawnictwo Horyzont, Warszawa, 2002.
17. www.kocham.kwiaty.pl/doniczkowe, data pobrania 10.04.2013
18. www.wymarzonyogrod.pl/baza-roslin, data pobrania 10.04.2013
19. Crescent Bloom: Clivia. The Compleat Botanica, http://www.crescentbloom.com/ plants/genus/ C/L/Clivia.htm, data pobrania 10.04.2013
20. www.swiatkwiatow.pl, data pobrania 10.04.2013
21. Opracowanie zbiorowe. Wielka ilustrowana encyklopedia roślin ogrodowych, Reader's Digest Przegląd Sp. z o.o., Warszawa, 2004.

Godlewski Cezary, Dziadel Agnieszka, Walejewska – Iwaszko Krystyna, Zalewski Grzegorz

Zdrowie w hierarchii wartości osobistych studentów kierunków medycznych

Studium Filozofii i Psychologii Człowieka, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp

Źródła swojej podmiotowości człowiek odkrywać może w wielu miejscach: w osobowej relacji z drugim człowiekiem, z Bogiem; w refleksyjnej relacji z przyrodą czy też autorefleksyjnej relacji z sobą samym. Każde z tych miejsc to obszar określonych potrzeb i wartości. Podmiotowość człowieka oznacza, że tworzy on własną wizję świata i zgodnie z nią funkcjonuje [1]. Zintegrowana, spójna wizja świata jest bardziej procesem dynamicznym niż stanem. Jest raczej w ciągłym ruchu, lecz dzięki osi wartości nie staje się ruchem chaotycznym. Przyjęty system wartości ma istotny wpływ na zachowanie człowieka, jest niejako układem odniesienia służącym do interpretowania rzeczywistości, do jej bieżącej krytycznej oceny oraz kierowania własnym postępowaniem [1]. Według K. Denka wartości w życiu ludzkim to rodzaj busoli, która wyznacza kierunek postępowania jednostek i grup. Jego zdaniem wartości regulują ludzkie zachowanie i dążenia, lecz stanowią także tło do oceny postępowania własnego i innych [2]. Zdaniem M. Rokeach'a wartości pełnią rolę funkcjonalną, ponieważ: dotyczą pożądanego sposobu postępowania lub ostatecznego celu egzystencjalnego; orzekają, że określone cele lub zachowania są cenniejsze dla jednostki czy społeczeństwa od zachowań bądź celów alternatywnych; ukierunkowują system poznawczy i motywują do określonych działań; rozwijają określone postawy życiowe [3]. Oznacza to, iż schematy myślenia o sobie, swoim miejscu w życiu, jak i planowanie życia, zawodu, aby było źródłem satysfakcji i wewnętrznej równowagi, powinno lub wręcz musi uwzględniać te wybory, systemy wartości. Aby tak było człowiek już w okresie dzieciństwa musi być uwrażliwiany na taki sposób przeżywania, myślenia i zachowania, który pomoże właściwie odczytać tak własne wewnętrzne, jak i społeczne dobro. Dzięki temu wybory drogi życiowej, a po nich wybory kolejnych wartości - busoli, będą mogły pokrywać się z wewnętrznym rozpoznaniem własnych preferencji i standardów. Do tego potrzebna jest świadomość własnych wartości i odwaga w ich realizacji. Jednym z takich przełomowych okresów w życiu człowieka jest wybór studiów, jako narzędzia realizacji określonych wartości. Każda

droga życiowa młodych ludzi, w tym również studiowanie, wymagają mobilizacji sił i to w sposób ciągły. By sprostać temu wyzwaniu niezbędne są „zasoby odnawialne". Wydaje się, że to właśnie wartości, szczególnie w życiu osób młodych, mogą być takimi odnawialnymi zasobami w skutecznym kontynuowaniu drogi do celu. Prof. J. Czapiński stwierdza, że aby być w życiu aktywnym, co oznacza także realizowanie się zawodowo, podmiot musi wierzyć w ostateczny tryumf tego, co uznał za dobre. Według J. Czapińskiego wyczulenie na zło nie może przysłonić perspektywy dobra. Człowiek, który przestaje ufać w pozytywny porządek świata przestaje być też wrażliwy na to, co mogłoby temu porządkowi zagrażać (dlatego np. ludzie nie chodzą na wybory) [4]. Oznacza to, że nie wystarczy stworzyć w umyśle koncepcji świata, w którym wie on, czego nie chce lub gdzie jest zło, lecz należy wysilić się, aby odkryć obszar dobra dający zawsze jasność i oparcie w działaniu. Ważna tu jest także umiejętność rangowania wartości, gdyż w sytuacji trudności w realizacji jednej z nich, zawsze pozostaje możliwość realizacji kolejnych. Badania określonych grup osób od strony ich systemów wartości i miejsca, jakie zajmują poszczególne wartości w hierarchii, będą zatem badaniem tego wszystkiego, co uchodzi za ważne i cenne w tej grupie, łączy się z pozytywnymi odczuciami i stanowi cel dążeń tejże grupy społecznej.

Założenia i cel pracy

Celem podjętych badań było rozpoznanie struktury systemu wartości studentów wybranych kierunków medycznych, ze szczególnym uwzględnieniem miejsca, jakie w hierarchii wartości zajmuje zdrowie.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w maju 2009 r., dane zebrano metodą ankiety audytoryjnej, z zachowaniem zasady anonimowości i objęto nimi studentów wszystkich wydziałów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku: Lekarskiego, Farmaceutycznego oraz Nauk o Zdrowiu.

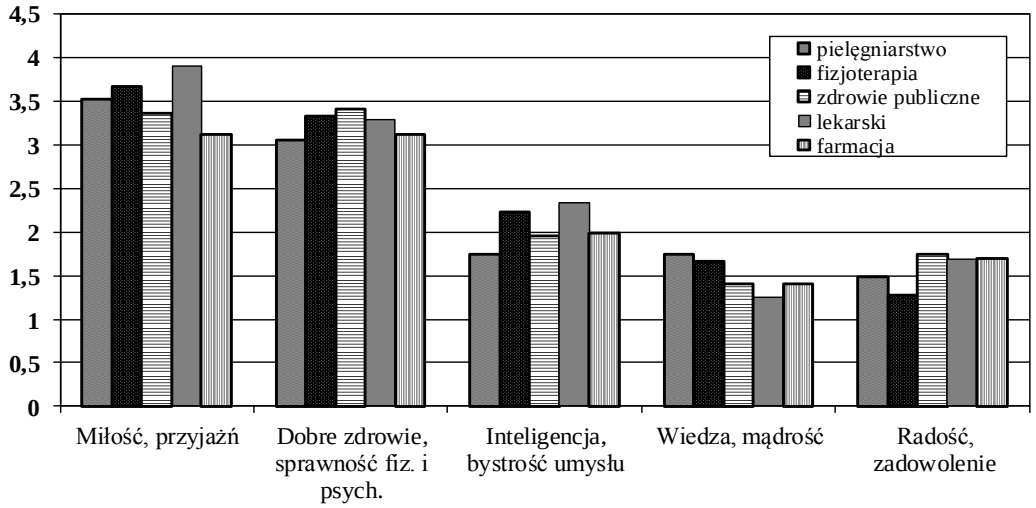
Narzędziem, które wykorzystano w celu zebrania danych był kwestionariusz Lista Wartości Osobistych (LWO) Z. Juczyńskiego [5]. Daje on możliwość ustalenia hierarchii wartości oraz wagi poszczególnych wartości osobistych, w tym również zdrowia. Z listy dziesięciu osobistych wartości ankietowani dokonywali wyboru pięciu dla nich najważniejszych, a następnie przypisywali im znaczenie: od najważniejszej (5 punktów) do najmniej ważnej (1 punkt).

Wyniki

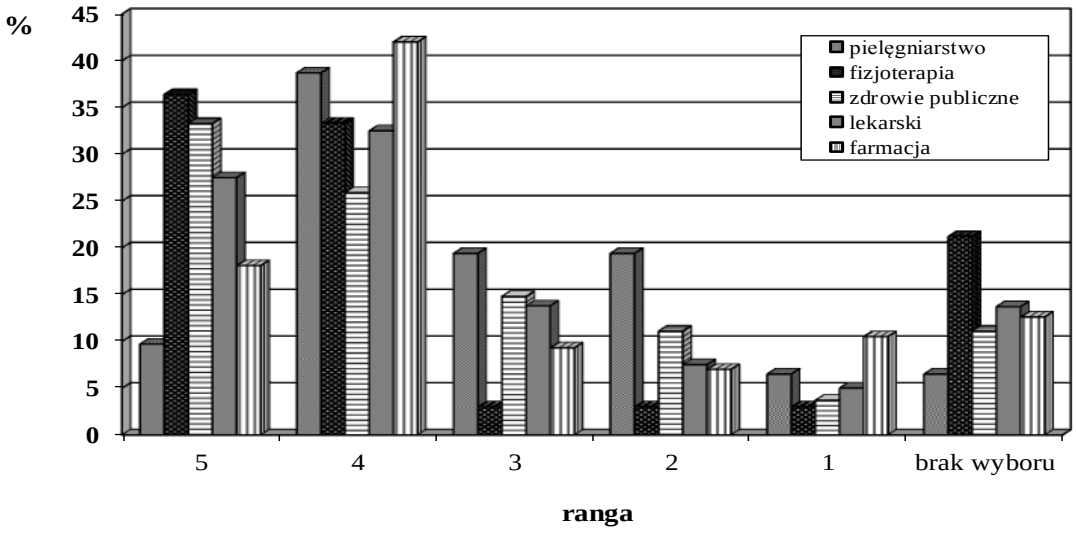
Prezentowane wyniki dotyczą grupy 90 studentów II roku trzech kierunków studiów na Wydziale Nauk o Zdrowiu: Pielęgniarstwa (N=31), Fizjoterapii (N=32), Zdrowia

publicznego (N=27) oraz grupy studentów II roku kierunku Lekarskiego (N=80) i studentów II roku kierunku Farmacja (N=86). Spośród 10 kategorii wartości osobistych studenci wszystkich badanych kierunków studiów za najważniejsze uznali: *Miłość, przyjaźń; Dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna; Inteligencja, bystrość umysłu; Radość, zadowolenie; Wiedza, mądrość.*

Mniej istotne okazały się: *Dobroć, delikatność* oraz *Poczucie humoru, dowcip.* Najrzadziej wybierane były *Ładny wygląd zewnętrzny, prezencja; Odwaga, stanowczość* oraz *Bogactwo, majątek*; najczęściej nie trafiały one do pierwszej piątki wartości (Ryc. 1).



Rycina 1. Średnie wagi pięciu najważniejszych według badanych kategorii wartości z uwzględnieniem kierunku studiów.



Ryc. 2. Rozkład wyboru rang dla wartości *Dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna* ze względu na kierunek studiów.

Wybory pierwszej piątki najważniejszych wartości kształtują się bardzo podobnie na wszystkich kierunkach studiów.

Interesująca nas wartość *Dobre zdrowie...* była lokowana przez badanych najczęściej na drugim lub pierwszym miejscu w hierarchii wyznawanych wartości, co było równoznaczne z przypisaniem jej odpowiednio 4 lub 5 rangi (Ryc. 2).

Tabela I oraz Tabela II pokazują sposób rangowania wartości *Dobre zdrowie…* przez studentów fizjoterapii (36% - 5 ranga, 33% - 4 ranga) oraz zdrowia publicznego (33% - 5 ranga, 26% - 4 ranga).

Tabela I. Rozkład rang dla pięciu najważniejszych według badanych wartości: FIZJOTERAPIA.

Kategorie wartości osobistych	*Wybierane rangi w %*					
	1	*2*	*3*	*4*	*5*	*Brak wyboru*
Miłość, przyjaźń	15,2	6,1	6,1	27,3	42,4	3,0
Dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna	3,0	3,0	3,0	33,3	36,4	21,2
Inteligencja, bystrość umysłu	3,0	18,2	39,4	9,1	6,1	24,2
Radość, zadowolenie	21,2	18,2	15,2	12,1	3,0	30,3
Wiedza, mądrość	9,1	9,1	12,1	12,1	3,0	54,5

Tabela II. Rozkład rang dla pięciu najważniejszych według badanych wartości: ZDROWIE PUBLICZNE.

Kategorie wartości osobistych	*Wybierane rangi w %*					
	1	*2*	*3*	*4*	*5*	*Brak wyboru*
Dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna	3,7	11,1	14,8	25,9	33,3	11,1
Miłość, przyjaźń	14,8	14,8	0,0	22,2	40,7	7,4
Inteligencja, bystrość umysłu	7,4	7,4	25,9	14,8	7,4	37,0
Radość, zadowolenie	7,4	14,8	29,6	7,4	3,7	37,0
Wiedza, mądrość	11,1	25,9	3,7	7,4	7,4	44,4

Badani z kierunku pielęgniarstwo natomiast w zdecydowanej większości oceniali najwyżej wartość *Miłość, przyjaźń* (61% - 5 ranga), zaś *Dobre zdrowie…* umiejscawiali na pozycji drugiej, przy czym niewielki odsetek badanych przypisywał tej wartości osobistej najwyższą piątą rangę (10%). W zdecydowanej większości przypadków była to ranga 4 (39%), 3 (19%) bądź 2 (19%). Przykuwają uwagę różnice w rozkładzie rang dla wartości *Miłość, przyjaźń,* która w tej grupie jest szczególnie ceniona – ok. 61% przypisuje jej najwyższą rangę, zaś pozostałe rangi stanowią niewielki odsetek wyborów (Tab. III).

Tabela III. Rozkład rang dla pięciu najważniejszych według badanych wartości: PIELĘGNIARSTWO.

Kategorie wartości osobistych	*Wybierane rangi w %*					
	1	*2*	*3*	*4*	*5*	*Brak wyboru*
Miłość, przyjaźń	22,6	0,0	3,2	3,2	61,3	9,7
Dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna	*6,5*	*19,4*	*19.4*	*38,7*	*9,7*	*6,5*
Inteligencja, bystrość umysłu	9,7	9,7	6,5	19,4	9,7	45,2
Wiedza, mądrość	9,7	12,9	22,6	9,7	6,5	38,7
Radość, zadowolenie	9,7	29,0	12,9	6,5	3,2	38,7

Widoczny w Tabeli IV sposób rangowania badanych wartości przez studentów kierunku Lekarskiego wskazuje, iż wartości *Dobre zdrowie*.... przyznawane są następujące rangi: 4 (32,5%) oraz 5 (27,5%).

Tabela IV. Rozkład rang dla pięciu najważniejszych według badanych wartości: LEKARSKI.

Kategorie wartości osobistych	*Wybierane rangi w %*					
	1	*2*	*3*	*4*	*5*	*Brak wyboru*
Miłość, przyjaźń	10,0	6,2	8,8	20,0	52,5	2,5
Dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna	5,0	7,5	13,8	32,5	27,5	13,7
Inteligencja, bystrość umysłu	13,7	18,8	30,0	15,0	6,3	16,2
Radość, zadowolenie	13,7	26,3	16,3	8,7	3,7	31,3
Wiedza, mądrość	7,5	12,5	10,0	12,5	2,5	55,0

Tabela V. Rozkład rang dla pięciu najważniejszych według badanych wartości: FARMACJA.

Kategorie wartości osobistych	*Wybierane rangi w %*					
	1	*2*	*3*	*4*	*5*	*Brak wyboru*
Miłość, przyjaźń	5,8	3,5	3,5	16,3	65,1	5,8
Dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna	10,5	7,0	9,3	42,0	18,6	12,6
Inteligencja, bystrość umysłu	3,6	12,7	28,0	12,7	7,0	36,0
Radość, zadowolenie	14,0	15,1	20,9	12,8	2,3	34,9
Wiedza, mądrość	3,5	24,5	12,8	9,3	2,3	47,6

Studenci kierunku Farmacja ujawniają swoje preferencje wyboru wartości w Tabeli V. Wartości *Dobre zdrowie*... przypisywane są najczęściej: ranga 4 (42%) oraz ranga 5 (18,6%).

Dyskusja

Wyniki pokazują, iż w grupie badanych studentów *Dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna* jest wysoko cenioną wartością osobistą. Stanowi to dobry grunt do formowania i przejawiania postaw prozdrowotnych zarówno w stosunku do siebie, jak też pod kątem oddziaływań na innych: swoich bliskich, ale również podopiecznych, pacjentów, z którymi kontakty badani na obecnym etapie mają podczas zajęć klinicznych czy praktyk studenckich, a w przyszłości będą mieli podczas pracy zawodowej. Jeśli chodzi o rozkład rang dla wartości *Miłość, przyjaźń* w grupie studentów pielęgniarstwa sądzimy, iż może być to związane ze specyfiką studiów pielęgniarskich, podczas których realizowana przez studentów drugiego roku liczba praktyk i zajęć klinicznych jest zdecydowanie większa, niż na pozostałych badanych kierunkach. Dzięki intensywniejszym kontaktom z pacjentami, adepci pielęgniarstwa częściej stykają się z cierpieniem, chorobą, śmiercią. Tego rodzaju doświadczenia mogą skłaniać do zastanowienia się nad przemijalnością życia, ulotnością zdrowia i uświadomienia sobie jego wartości. Jednocześnie mają oni możliwość obserwowania relacji pomiędzy chorym a jego rodziną, przyjaciółmi oraz docenienia ich wpływu zarówno na proces psychologicznego przeżywania choroby, jak i wymierne efekty terapeutyczne. Stąd wartość *Miłość, przyjaźń* stanowiąca podstawę wsparcia społecznego, ma dla tych osób znaczenie prawdopodobnie dużo trwalsze, niż zdrowie.

Z porównania procentu rang najwyższych (4 i 5) w każdej z grup badanych wynika, iż wartości *Miłość i przyjaźń* nadaje się je najczęściej. I tak w grupie studentów kierunku:

- Pielęgniarstwa: 64,5 % (do 48,4 % dla wartości *Dobre zdrowie…*)
- Zdrowia publicznego: 62,9 % (do 59,2 % dla wartości *Dobre zdrowie…*)
- Lekarskiego: 72,5 % (do 60,0 % dla wartości *Dobre zdrowie…*)
- Farmacji: 81,4 % (do 60,6 % dla wartości *Dobre zdrowie…*)
- Fizjoterapii: 69,7 % (do 69,7 % dla wartości *Dobre zdrowie…*).

Oznaczać to może, że wartość *Miłość i przyjaźń* może być uznawana przez młodzież kierunków medycznych za bezwzględną wartość podstawową w stosunku do innych ważnych wartości życiowych. Nawet tak istotnych wartości, jakimi są *Dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna*; *Inteligencja, bystrość umysłu*; *Radość, zadowolenie* czy *Wiedza, mądrość*.

Analiza przedstawionych powyżej wyników skłania do wyciągnięcia następujących wniosków:

- wybory pierwszej piątki najważniejszych wartości życiowych dokonane przez studentów wszystkich kierunkach medycznych są do siebie bardzo zbliżone;
- najwyższe rangi (4 i 5) przyznawane są przez badanych najczęściej wartości *Miłość, przyjaźń* oraz *Dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna*;
- *Dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna* w hierarchii wartości osobistych badanych studentów zajmuje wysoką drugą pozycję, za wartością *Miłość, przyjaźń* (z wyjątkiem kierunku Fizjoterapia, gdzie wartości te są równorzędne).

Piśmiennictwo

1. Kowalski M., Gaweł A.: Zdrowie – wartość – edukacja. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków, 2006.
2. Denek K.: Ku dobrej edukacji. Wydawnictwo Edukacyjne Akapit, Toruń – Leszno, 2005.
3. Rokeach M. Religion, Values and Social Compassion. In: Research in Religious Behavior: Selected Readings. Beit – Halahmi B. (ed.): Wadsworth Publishing Company, Monterey, California, 1973, za: Głoskowska – Sołdatow M. Poszukiwanie aksjologicznego wymiaru wychowania a system wartości nauczycieli i rodziców [w:] U podstaw dialogu w edukacji. Karpińska A. (red.), Wydawnictwo Trans Humana, Białystok, 2003.
4. Czapiński J. Wartościowanie – zjawisko inklinacji pozytywnej: o naturze optymizmu. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław, 1985.
5. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa, 2001.

Skalska Monika[1], Krajewska-Kułak Elżbieta[2], Van Damme-Ostapowicz Katarzyna[2]

Analiza poziomu wiedzy z zakresu udzielania pierwszej pomocy przedlekarskiej wśród wybranych służb mundurowych

1. Absolwentka studiów II stopnia Wydziału Nauk o Zdrowiu UMB
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Wydziału Nauk o Zdrowiu UMB

Poczucie bezpieczeństwa, za Davies [1] jest jednym z podstawowych warunków istnienia i rozwoju każdego człowieka, a jego naruszenia mogą się zdarzać w wielu sytuacjach dnia codziennego, powodując zagrożenie dla życia i zdrowia narażonych osób.

W związku z powyższym duże znaczenie ma umiejętność udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej na miejscu wypadku oraz umiejętność prawidłowego wezwania odpowiednich służb ratunkowych. Czasami, jak podkreśla Davies [1] wystarcza wiedza, że odchylenie głowy udrażniające drogi oddechowe głęboko nieprzytomnego człowieka, przywraca mu możliwość oddychania, umożliwiając przeżycie.

Na pierwszą pomoc składają się czynności ratownicze zapobiegające występowaniu skutków nagłego zagrożenia życia, pogłębianiu urazu, zaostrzaniu procesu chorobowego oraz zmniejszające dyskomfort chorego [2].

Od najdawniejszych czasów ludzie starali się zapobiegać chorobom i zaopatrywać rany, których doznawali podczas polowań i walk z wrogami. Pierwsze sposoby udzielania pomocy w urazach wynikały z obserwacji świata natury [3]. Żyjąc blisko zwierząt, człowiek pierwotny widział, że liżą one sobie rany, aby je oczyścić oraz oszczędzają złamana kończynę, żeby przyspieszyć jej wygojenie. Z czasem zmienił się charakter zagrożeń. Lokalne konflikty zbrojne przemieniły się w wojny. Spowodowało to znaczne powiększenie liczby rannych. Obrażenia wojenne zmusiły ludzi do stosowania coraz to nowych metod terapeutycznych [3].

O konieczności udzielania pierwszej pomocy w miejscu, w którym doszło do urazu, wiedzieli już starożytni Grecy i Rzymianie [3].

Od czasów Hipokratesa sztuka chirurgiczna stała na wysokim poziomie, a już Homer w „Iliadzie" pisał o punktach służących do opieki nad rannymi w bitwie pod Trają [3]. Rzymianie w pierwszym stuleciu naszej ery w miejscach potencjalnych większych starć

zbrojnych tworzyli specjalne lecznice dla zapewnienia opieki rannym legionistom i jako pierwsi na świecie do opieki nad rannymi wykorzystywali przeszkolony personel medyczny. Armia miała wtedy swoich własnych lekarzy, jednakże mimo to śmiertelność rannych na polach bitew sięgała w tamtych czasach 80% [4]. Wraz z upadkiem cesarstwa rzymskiego nastąpił również upadek nauki i kultury starożytnej, w tym także medycyny, a pomoc medyczna rannych praktycznie nie istniała aż do czasów wojen napoleońskich [3, 4].

Pierwszym znanym w czasach nowożytnych zwolennikiem udzielania szybkiej pomocy żołnierzom, którzy odnieśli obrażenia na polu walki, był naczelny chirurg Napoleona, Dominique Jean Larrey [3].

Zgodnie z jego wytycznymi lekarze przybywali do rannych żołnierzy znajdujących w punktach sanitarnych w pobliżu pola bitwy w celu wykonania niezbędnych dla życia operacji. Wprowadzenie w 1797 roku przez Larreya w armii napoleońskiej jednostki szybkiej ewakuacji rannych, tzw. lotne ambulanse, stanowiły zalążek organizacji wojskowej służby zdrowia, a wykonanie przez niego 200 amputacji w bitwie pod Bordino w 1812 roku przyjmuje się za początek nowoczesnej chirurgii wojennej [4, 5].

W drugiej połowie XIX wieku rosyjski lekarz Nikołaj Iwanowicz Pirogow w swoich Dziełach jako pierwszy zwrócił uwagę na ważność zagadnień organizacyjnych w udzielaniu pomocy rannym – „….od administracji, a nie od medycyny zależy, aby wszystkim rannym bez wyjątku można było udzielić pomocy bez zwłoki w odpowiednim terminie” [5].

W 1916 roku korzystając z zasad Progowa rosyjski chirurg Władymir Oppel stworzył nowy system leczenia rannych [5]. System ten został oparty na jednolitej doktrynie postępowania leczniczo – ewakuacyjnego, która przewiduje kierowanie poszkodowanych do kolejnych punktów pomocy medycznej i zapewnienie ciągłości leczenia na etapach ewakuacji, ze staranną segregacją medyczną oraz ewakuacją rannych według wskazań do szpitali polowych. Rozwinął się on podczas II wojny światowej, a stosowały go wojska radzieckie, amerykańskie oraz polskie [4, 5].

Współczesne doświadczenia wojskowe potwierdziły korzyści, jakie niesie rannym natychmiastowa pomoc połączona z szybką ewakuacją do środków zapewniających pełną specjalistyczną pomoc medyczną [6].

Przyjmuje się, że przedszpitalna pomoc medyczna oparta na łańcuchu ratunkowym narodziła się w Belfaście w Irlandii [3]. W dniu 1 stycznia 1966 roku, dzięki grantowi z Brytyjskiej Fundacji na rzecz Serca, powstała tam Mobilna Jednostka Pomocy Kardiologicznej. Jej funkcję spełniała bardzo dobrze wyposażona karetka reanimacyjna, którą

lekarz i pielęgniarka przyjeżdżali do pacjenta w przypadku ostrego zawału mięśnia sercowego [3, 7].

Na szczególne wyróżnienie zasłużył program realizowany w Seattle [8]. Jego osiągnięcia nie ograniczały się jedynie do udzielania pomocy osobom, u których doszło do zatrzymania akcji serca przez wykwalifikowanych ratowników, ale także zaproponowano w nim przeszkolenie mieszkańców Seattle w zakresie resuscytacji krążeniowo - oddechowej. Program nazwany Medic 2 rozpoczął się w 1972 roku. W ciągu 25 lat przeszkolono ponad 600 tysięcy obywateli [8].

Program ratownictwa medycznego w Seattle zyskał sławę dzięki niezwykle dużemu odsetkowi pacjentów przeżywających zatrzymanie akcji serca w warunkach pozaszpitalnych i do dnia dzisiejszego uważany jest za jeden z najlepszych systemów ratownictwa medycznego na świecie [8].

Badania TNS OBOP [9] wykazały, iż ponad połowa Polaków w wieku 15 i więcej lat (56%) negatywnie oceniła swoje umiejętności udzielania pierwszej pomocy ratującej życie. Badani przekonani o tym, że ich umiejętności są wystarczające stanowili dwie piąte społeczeństwa (41%), przy czym mniej niż jedna dziesiąta (8%) oceniała swoje umiejętności jako zdecydowanie wystarczające, natomiast jedna trzecia (33%) wypowiadała się na ten temat umiarkowanie [9].

Wydaje się, iż najczęstszą przyczyną unikania akcji ratunkowej jest obawa przed ewentualnymi skutkami prawnymi oraz przekonanie, że podjęcie jej jeszcze bardziej może zaszkodzić ofierze wypadku. Działanie często uniemożliwia też zwykła bariera psychiczna.

W związku z powyższym należy dążyć do poprawy znajomości zasad i umiejętności udzielania pierwszej pomocy. Wiele ofiar wypadków nie przeżyło, ponieważ nie podjęto odpowiednich czynności ratowniczych przed przybyciem pogotowia ratunkowego. Winny jest system edukacji ratowniczej społeczeństwa.

Pamiętając, że wartość ludzkiego życia jest bezcenna, należy wymagać opanowania niezbędnych umiejętności, rozpoczynając naukę zasad pierwszej pomocy już w szkole podstawowej.

Celem zasadniczym pracy była ocena poziomu wiedzy z zakresu udzielania pierwszej pomocy przedlekarskiej wśród wybranych służb mundurowych.

Cele szczegółowe obejmowały:

- ocenę poziomu wiedzy z zakresu udzielania pierwszej pomocy przedlekarskiej w grupie policjantów, strażaków i celników
- sprawdzenie, w jakim zakresie występuje deficyt ich wiedzy
- poznanie źródeł zdobywania wiedzy z zakresu udzielania pierwszej pomocy przedlekarskiej
- sprawdzenie, czy respondenci pragną poszerzyć swoją wiedzę z zakresu udzielania pierwszej pomocy przedlekarskiej
- sprawdzenie ,czy w powyższym są różnice pomiędzy badanymi grupami.

Materiał i metodyka

Na prowadzenie badań uzyskano zgodę nr R-I-002/53?2011 Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Komendy Wojewódzkiej Państwowej Straży Pożarnej w Białymstoku, Komendy Miejskiej Policji w Białymstoku oraz Podlaskiego Oddziału Straży Granicznej.

Badanie przeprowadzono w okresie od października do grudnia 2011 roku w grupie 30 policjantów z Komendy Miejskiej w Białymstoku, która znajduje się na ul. Bema 4, 40 strażaków z Komendy Miejskiej Państwowej Straży Pożarnej w Białymstoku, która znajduje się przy ulicy Warszawskiej 3, oraz 30 funkcjonariuszy Służb Granicznych z Podlaskiego Oddziału Straży Granicznej, który znajduje się przy ulicy Bema 100 w Białymstoku.

W badaniach wykorzystano autorski kwestionariusz ankietowy złożony z 29 pytań.

Podczas analizy danych pochodzących z badań kwestionariuszowych, w celu opisu zgromadzonego materiału badawczego, jak i w celu określenia wiarygodności zależności zaobserwowanych w próbie i możliwości ich uogólnienia na całą populację, zastosowano wybrane narzędzia statystyczne.

Opis zgromadzonych danych polegał na przeprowadzeniu ich grupowania - dla cech nominalnych (z wyróżnieniem liczności i częstości występowania poszczególnych wariantów badanych cech) lub wyznaczeniu statystyk opisowych – dla cech mierzalnych. Wyniki zilustrowano za pomocą tabel.

Wyniki

Z poniższej tabeli I wynika, że połowa policjantów (50%) to osoby w wieku 31- 40 lat. Najmniejszą grupę policjantów, bo tylko 6,7%, tworzyły osoby w wieku 51 – 60 lat. Strażacy również najliczniej (50%) byli reprezentowania w grupie wiekowej 31-40 lat, a w najmniej

(5%), w wieku 51-60 lat. W straży granicznej natomiast najwięcej funkcjonariuszy (46,7%) było w wieku 20-30 lat, a najmniej (3,3%) w wieku 51-60 lat.

Tabela I. Wiek respondentów.

	Policja		Straż pożarna		Straż graniczna		Razem	
Wiek	**liczba**	**%**	**liczba**	**%**	**liczba**	**%**	**liczba**	**%**
20-30 lat	8	**26,7%**	8	20%	14	**46,7%**	30	30%
31-40 lat	15	50%	20	**50%**	10	33,3%	45	**45%**
41-50 lat	5	16,7%	10	25%	5	16,7%	20	20%
51-60 lat	2	6,7%	2	5%	1	3,3%	5	5%
Razem	30	100%	40	100%	30	100%	100	100%

Badanie zostało przeprowadzone wśród 30 policjantów, z czego znaczny odsetek (83,3%) stanowili mężczyźni. W straży pożarnej 100% to mężczyźni. Natomiast w straży granicznej znów większość (86,7%) stanowili funkcjonariusze, natomiast kobiety to 13,3% (Tab. II).

Tabela II. Płeć ankietowanych.

	Policja		Straż pożarna		Straż graniczna		Razem	
Płeć	**liczba**	**%**	**liczba**	**%**	**liczba**	**%**	**liczba**	**%**
Kobieta	5	16,7%	0	0%	4	13,3%	49	49%
Mężczyzna	25	**83,3%**	40	**100%**	26	**86,7%**	51	**51%**
Razem	30	100%	40	100%	30	100%	100	100%

Wśród ankietowanych policjantów - 80% mieszkało w mieście, wśród strażaków - 77,5%, natomiast w straży granicznej - 83,3% funkcjonariuszy (Tab. III).

Tabela III. Miejsce zamieszkania ankietowanych.

	Policja		Straż Pożarna		Straż graniczna		Razem	
Miejsce zamieszkania	**Liczba**	**%**	**liczba**	**%**	**liczba**	**%**	**liczba**	**%**
Wieś	6	20%	9	22,5%	5	16,7%	20	20%
Miasto	24	**80%**	31	**77,5%**	25	**83,3%**	80	**80%**
Razem	30	100%	40	100%	30	100%	100	100%

Z danych zawartych w Tabeli IV wynika, że wśród policji najwięcej, bo 14 (46,7%) było funkcjonariuszy z wykształceniem średnim. Podobną sytuację obserwowano w straży pożarnej, gdzie średnie wykształcenie posiadało 22 (55%) strażaków, natomiast w straży granicznej sytuacja się różnicowała, ponieważ największa liczba osób miała wykształcenie na poziomie licencjatu - 12 (40%) funkcjonariuszy straży granicznej.

Tabela IV. Wykształcenie ankietowanych.

	Policja		**Straż pożarna**		**Straż Graniczna**		**Razem**	
Wykształcenie	**liczba**	**%**	**liczba**	**%**	**liczba**	**%**	**liczba**	**%**
Średnie	14	**46,7%**	22	55%	8	26,7%	44	**44%**
Licencjat	6	20%	3	7,5%	12	**40%**	21	21%
Wyższe	10	33,3%	15	**37,5%**	10	33,3%	35	35%
Razem	30	100%	40	100%	30	100%	100	100%

Wśród policjantów, funkcjonariusze ze stażem pracy 6-10 lat stanowili 33,3% badanej grupy. U straży pożarnej największa liczba 15 (37,5%) osób pracowała od 11 do 15 lat. W straży granicznej natomiast, tak jak w policji, najwięcej funkcjonariuszy wskazało na 6-10 lat stażu pracy (Tab. V)**.**

Tabela V. Staż pracy w zawodzie.

	Policja		**Straż pożarna**		**Straż Graniczna**		**Razem**	
Staż pracy	**liczba**	**%**	**liczba**	**%**	**liczba**	**%**	**liczba**	**%**
1-5 lat	6	20%	12	30%	7	23,3%	25	25%
6-10 lat	10	**33.3%**	7	17,5%	13	**43,3%**	30	**30%**
11-15 lat	4	13,3%	15	**37,5%**	6	20%	25	25%
16-20 lat	7	23,3%	4	10%	3	10%	14	14%
21-30 lat	2	6,7%	2	5%	1	3,4%	5	5%
Powyżej 30 lat	1	3,3%	0	0	0	0	1	1%
Razem	30	100%	40	100%	30	100%	100	100%

Z danych zawartych w Tabeli VI wynika, iż znaczna część policji, strażaków i funkcjonariuszy straży granicznej udzielała pierwszej pomocy, co stanowiło 81% łącznej liczby respondentów.

Tabela VI. Opinie ankietowanych dotyczących udzielania pierwszej pomocy.

	Policja		**Straż pożarna**		**Straż graniczna**		**Razem**	
	liczba	**%**	**liczba**	**%**	**liczba**	**%**	**liczba**	**%**
Tak	22	**73,3%**	34	**85%**	25	**83,3%**	81	**81%**
Nie	8	26,7%	6	15%	5	16,7%	19	19%
Razem	30	100%	40	100%	30	100%	100	100%

Przedstawiciele badanych służb mundurowych deklarowali, iż w większości (89%) uczestniczyli w zajęciach dotyczących udzielania pierwszej pomocy (Tab. VII).

Tabela VII. Opinie respondentów na temat uczestniczenia w zajęciach.

	Policja		**Straż pożarna**		**Straż graniczna**		**Razem**	
	liczba	**%**	**liczba**	**%**	**liczba**	**%**	**liczba**	**%**
Tak	27	**90%**	38	**95%**	24	**80%**	89	**89%**
Nie	3	10%	2	5%	6	20%	11	11%
Razem	30	100%	40	100%	30	100%	100	100%

Wszyscy ankietowani byli przekonani, iż każdy ma obowiązek udzielania pierwszej pomocy (Tab. VIII).

Na podstawie wyników z tabeli IX widać, iż 70% policjantów uważało, iż pierwszą czynnością poprzedzającą udzielanie pierwszej pomocy jest zadbanie o bezpieczeństwo na miejscu wypadku. Podobnie twierdziło 76,6% funkcjonariuszy straży granicznej, natomiast straż pożarna w 57,5% twierdziła, że pierwsza czynnością jest wezwanie pogotowia

Analizując wyniki z tabeli X można zauważyć, iż respondenci w 99% twierdzili, iż dzwoniąc pod numer ratunkowy należy podać rodzaj wypadku, miejsce oraz liczbę rannych.

Tabela VIII. Opinie dotyczące obowiązku udzielania pierwszej pomocy.

Czy każdy ma obowiązek udzielania pierwszej pomocy ofiarom wypadków	**Policja**		**Straż pożarna**		**Straż graniczna**		**Razem**	
	liczba	**%**	**liczba**	**%**	**liczba**	**%**	**liczba**	**%**
Tak, gdyż w przypadku obecności zagrożeń można wykonać część działań ratunkowych	30	**100%**	40	**100%**	30	**100%**	100	**100%**
Nie, gdyż za ewentualnie popełnione błędy grozi odpowiedzialność karna	0	0	0	0	0	0	0	0
Nie, gdyż udzielać pomocy mogą jedynie osoby z wykształceniem medycznym	0	0	0	0	0	0	0	0
Razem	30	100%	40	100%	30	100%	100	100%

Tabela IX. Opinie dotyczące pierwszej czynności poprzedzającej udzielanie pomocy ofiarom wypadku.

Pierwszą czynnością poprzedzającą udzielenie pomocy ofiarom wypadku jest	**Policja**		**Straż pożarna**		**Straż graniczna**		**Razem**	
	liczba	**%**	**liczba**	**%**	**liczba**	**%**	**liczba**	**%**
Wezwanie pogotowia ratunkowego	8	26,7%	23	**57,5%**	6	20%	37	37%
Wezwanie policji	1	3,3%	4	10%	1	3,3%	6	6%
Zadbanie o bezpieczeństwo w miejscu wypadków	21	**70%**	13	32,5%	23	**76,7%**	57	**57%**
Razem	30	100%	40	100%	30	100%	100	100%

Większość badanych (99% chorych) uważało, że ofiarę po odzyskaniu przytomności należy namawiać do pozostania na miejscu, ale należy ją obserwować i wezwać pomoc medyczną. Szczegółowe wskazania zawiera Tabela XI.

Z danych zamieszczonych w poniższej tabeli XII wynika, że 70% policjantów udrożniłoby drogi oddechowe ponownie, a gdy nie dałoby to efektu - rozpoczęli by sztuczne oddychanie. Podobnie myślało 82,5% badanych ze straży pożarnej i 96,7% ze straży granicznej.

Tabela X. Opinie dotyczące pytania, co podajemy dzwoniąc pod numer ratunkowy.

Dzwoniąc pod numer ratunkowy podajemy	**Policja**		**Straż pożarna**		**Straż graniczna**		**Razem**	
	liczba	**%**	**liczba**	**%**	**liczba**	**%**	**liczba**	**%**
Informacje o wysokości temperatury ciała osoby poszkodowanej	0	0	0	0	0	0	0	0
Rodzaj wypadku, miejsce, liczbę rannych	29	**96,7%**	40	**100%**	30	**100%**	99	**99%**
Tylko miejsce wypadku	1	3,3%	0	0	0	0	1	1%
Razem	30	100%	40	100%	30	100%	100	100%

Tabela XI. Opinie na temat postępowania z poszkodowanym.

Jeżeli ofiara wypadku po kilku minutach odzyska przytomność i chce iść do domu należy:	**Policja**		**Straż pożarna**		**Straż graniczna**		**Razem**	
	liczba	**%**	**liczba**	**%**	**liczba**	**%**	**liczba**	**%**
Podąć jej coś do picia i środki przeciwbólowe	0	0	0	0	0	0	0	0
Namawiać ją do pozostania, bacznie obserwować i wezwać pomoc medyczną	29	**96,7%**	40	**100%**	30	**100%**	99	**99%**
Pozwolić jej odejść do domu, zalecając wizytę u lekarza	1	3,3%	0	0	0	0	1	1%
Razem	30	100%	40	100%	30	100%	100	100%

Tabela XII. Opinie na temat oddychania.

Jeżeli po udrożnieniu dróg oddechowych ofiara nie oddycha to należy:	Policja		Straż pożarna		Straż graniczna		Razem	
	liczba	%	liczba	%	Liczba	%	liczba	%
Nie dotykać ofiary, wezwać pomoc	2	6,7%	0	0	0	0	2	2%
Natychmiast rozpocząć uciskanie klatki piersiowej	7	23,3%	7	17,5%	1	3,33%	15	15%
Udrożnić drogi oddechowe ponownie, a gdy to nie da efektu rozpocząć sztuczne oddychanie metodą usta-usta	21	**70%**	33	**82,5%**	29	**96,7%**	83	**83%**
Razem	30	100%	40	100%	30	100%	100	100 %

Według respondentów (tab. XIII) najskuteczniejszą metodą udrażniania dróg oddechowych jest usunięcie ciał obcych z jamy ustnej i odgięcie głowy do tyłu.

Tabela XIII. Najskuteczniejsza metoda udrażniania dróg oddechowych według ankietowanych.

Najskuteczniejszą metodą udrożnienia dróg oddechowych jest:	Policja		Straż pożarna		Straż graniczna		Razem	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Wyciagnięcie i przytrzymanie języka	0	0	0	0	0	0	0	0
Odgięcie głowy	3	10%	6	15%	1	1,3%	10	10%
Przygięcie głowy do klatki piersiowej	1	3,3%	0	0	0	0	1	1%
Przygięcie głowy na bok	0	0	0	0	1	3,3%	1	1%
Usunięcie ciał obcych z jamy ustnej i odgięcie głowy do tyłu	26	**86,7%**	34	**85%**	28	**93,4%**	88	**88%**
Razem	30	100%	40	100%	30	100%	100	100%

Ankietowani w większości, bo 89%, twierdzili, że w celu rozpoznania zatrzymania krążenia u osoby dorosłej powinno być oceniane tętno (Tab. XIV).

Tabela XIV. Czy ocenia się tętno w celu rozpoznania zatrzymania krążenia u osoby dorosłej, według respondentów.

Czy ocenia się tętno w celu rozpoznania zatrzymania krążenia u osoby dorosłej	Policja		Straż pożarna		Straż graniczna		Razem	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Tak	26	**86,7%**	35	**87,5%**	28	**93,3%**	89	**89%**
Nie	3	10%	3	7,5%	1	3,3%	7	7%
Nie wiem	1	3,3%	2	5%	1	3,3%	4	4%
Razem	30	100%	40	100%	30	100%	100	100%

Według analizy tabeli XV można stwierdzić, że 91% ankietowanych potrafiło wskazać prawidłowo miejsce ułożenia rąk na klatce piersiowej do wykonania masażu serca.

83,3% policjantów sprawdzało, czy dana osoba oddycha - patrząc, słuchając i czując. Również w ten sposób postępowało 92,5% straży pożarnej i 100% straży granicznej (tabela XVI).

Wśród ankietowanych, aż 92% osób prawidłowo postąpiło y w przypadku krwotoku tzn. uniosłoby kończynę, ucisnęło w miejscu wypływu krwi, założyło opatrunek uciskowy (Tab. XVII).

Ankietowani w 90% uważali, że podczas reanimacji chorego należy ułożyć na plecach z odgiętą głową ku tyłowi (Tab. XVIII).

Tabela XV. Wskazanie respondentów miejsca ułożenia rąk na klatce piersiowej do wykonania masażu serca.

Proszę wskazać, gdzie należy ułożyć ręce aby wykonać masaż serca	Policja		Straż pożarna		Straż graniczna		Razem	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Po lewej stronie klatki piersiowej nad sercem	0	0	0	0	1	3,3%	1	1%
Po prawej stronie klatki piersiowej	1	3,3%	1	2,5%	0	0	2	2%
Na środku mostka	28	**93,4%**	37	92,5%	26	86,7%	91	91%
Trudno powiedzieć	1	3,3%	2	5%	3	10%	6	6%
Razem	30	100%	40	100%	30	100%	100	100%

Tabela XVI. Metody sprawdzenia, czy dana osoba oddycha.

Jak można sprawdzić, czy dana osoba oddycha?	Policja		Straż pożarna		Straż graniczna		Razem	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Patrząc	3	10%	2	5%	0	0	5	5%
Słuchając	2	6,7%	1	2,5%	0	0	3	3%
Czując	0	0	0	0	0	0	0	0
Patrząc słuchając	0	0	0	0	0	0	0	0
Patrząc , słuchając, czując	25	**83,3%**	37	**92,5%**	30	**100%**	72	**72%**
Trudno powiedzieć	0	0	0	0	0	0	0	0
Razem	30	100%	40	100%	30	100%	100	100%

Tabela XVII. Sposoby zatrzymania krwotoku.

Zatrzymać krwotok można poprzez	Policja		Straż pożarna		Straż graniczna		Razem	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Przemycie rany wodą	0	0	0	0	1	3,3%	1	1%
Uniesienie kończyny, ucisk w miejscu wypływu krwi, założenie opatrunku uciskowego	26	**86,7%**	38	**95%**	28	**93,4%**	92	**92%**
Ucisk poniżej rany	4	13,3%	2	5%	1	3,3%	9	9%
Razem	30	100%	40	100%	30	100%	100	100%

Tabela XVIII. Ułożenia chorego podczas reanimacji.

Jak powinien podczas reanimacji leżeć chory	Policja		Straż pożarna		Straż graniczna		Razem	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Na plecach z odgiętą głową ku tyłowi	29	**96,7%**	40	**100%**	21	**70%**	90	**90%**
Na brzuchu	0	0	0	0	0	0	0	0
Na boku, z głową odgiętą ku tyłowi	1	3,3%	0	0	9	30%	10	10%
Trudno powiedzieć	0	0	0	0	0	0	0	0
Razem	30	100%	40	100%	30	100%	100	100%

Przedstawiciele służb mundurowych w 97% twierdziły, że czynności reanimacyjne można przerwać tylko i wyłącznie w przypadku przywrócenia czynności życiowych lub w przypadku przyjazdu fachowej służby medycznej (Tab. XX).

Tabela XIX. Przypadki, w jakich można zaprzestać czynności reanimacyjnych.

W jakich przypadkach można zaprzestać czynności reanimacyjnych?	Policja		Straż pożarna		Straż graniczna		Razem	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Złamania żebra	3	10%	0	0	0	0	3	3%
Przywrócenie czynności życiowych(oddech) lub przyjazdu fachowej służby medycznej	27	**90%**	40	**100%**	30	**100%**	97	**97%**
Gdy czynności te w krótkim czasie nie przyniosą efektu	0	0	0	0	0	0	0	0
Razem	30	100%	40	100%	30	100%	100	100%

Tylko 60% ankietowanych wiedziało, że pozycja boczna jest stosowana u wszystkich nieprzytomnych ofiar wypadku, z wyjątkiem osób z podejrzeniem urazu kręgosłupa. Niepokojący jest fakt, iż aż 27% twierdziło, że pozycja boczna może być stosowana u nieprzytomnych ofiar dławiących się wymiocinami, krwią lub śluzem (Tab. XX).

Według respondentów w przypadku podejrzenia urazu kręgosłupa należy ręcznie ustabilizować głowę i kręgosłup szyjny (Tab. XXI).

Ankietowani w 94% prawidłowo wskazali objawy wstrząsu pourazowego (Tab. XXII).

Tabela XX. Przypadki, w jakich powinna być stosowana pozycja boczna.

U jakich poszkodowanych powinna być stosowana pozycja boczna?	Policja		Straż pożarna		Straż graniczna		Razem	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
U nieprzytomnych ofiar wypadków, dławiących się wymiocinami, krwią lub śluzem	6	20%	16	40%	5	16,7%	27	27%
U wszystkich nieprzytomnych ofiar wypadku z wyjątkiem	19	**63,3%**	20	**50%**	21	**70%**	60	**60%**

osób z podejrzeniem urazu kręgosłupa								
U wszystkich przytomnych ofiar wypadku	5	16,7%	4	10%	4	13,3%	13	13%
Razem	30	100%	40	100%	30	100%	100	100%

Tabela XXI. Postępowanie w przypadku podejrzenia urazu kręgosłupa.

Co należy robić w przypadku podejrzenia urazu kręgosłupa przytomnej ofiary wypadku?	**Policja**		**Straż pożarna**		**Straż graniczna**		**Razem**	
	liczba	**%**	**liczba**	**%**	**Liczba**	**%**	**liczba**	**%**
Ułożyć ofiarę na brzuchu	0	0	1	2,5%	0	0	1	1%
Ręcznie ustabilizować głowę i kręgosłup szyjny	29	**96,7%**	37	**92,5%**	30	**100%**	96	**96%**
Ułożyć na boku	1	3,3%	2	5%	0	0	3	3%
Razem	30	100%	40	100%	30	100%	100	100%

Tabela XXII. Objawy świadczące o wystąpieniu wstrząsu pourazowego.

Jakie objawy świadczą o wystąpieniu wstrząsu pourazowego?	**Policja**		**Straż pożarna**		**Straż graniczna**		**Razem**	
	liczba	**%**	**liczba**	**%**	**liczba**	**%**	**liczba**	**%**
Bladość, niepokój, zimny pot	29	**96,7%**	40	**100%**	25	**83,3%**	94	**94%**
Słabo wyczuwalne tętno	0	0	0	0	3	10%	3	3%
Wolny lub przyśpieszony oddech	1	3,3%	0	0	2	6,7%	3	3%
Razem	30	100%	40	100%	30	100%	100	100%

Policjanci w 90% uważali, że pierwsza pomoc w oparzeniu polega na polewaniu miejsc oparzonych wodą o temp. około 20 stopni Celsjusza. Przedstawiciele straży pożarnej w większości (87,5 %) twierdzili tak samo. Reszta wyników w tabeli XXIII.

Tabela XXIII. Pierwsza pomoc w przypadku oparzeń.

Na czym polega pierwsza pomoc w przypadku oparzeń	Policja		Straż pożarna		Straż graniczna		Razem	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Na unikaniu ochłodzenia miejsca oparzeń	1	3,3%	2	5%	1	3,3%	4	4%
Na polewaniu miejsc oparzeń woda o temp. Ok. 20 st C	27	**90%**	35	**87,5%**	28	**93,3%**	90	**90%**
Na posmarowaniu miejsca oparzonego cienka warstwą tłuszczu (kremu)	2	6,7%	3	7,5%	1	3,3%	6	6%
Razem	30	100%	40	100%	30	100%	100	100%

W przypadku porażenia prądem pracownicy straży granicznej w 100% odpowiadali, że należy zadbać o własne bezpieczeństwo i przerwać dopływ prądu. Wskazania pozostałych grup zawiera Tabela XXIV.

Tabela XXIV. Pierwsza czynność w przypadku porażenia prądem.

Co powinno być pierwszą czynnością w przypadku porażenia prądem?	Policja		Straż pożarna		Straż graniczna		Razem	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Polanie wodą źródła prądu	1	3,3%	0	0	0	0	1	1%
Zadbanie o własne bezpieczeństwo, przerwanie dopływu prądu	26	**86,7%**	38	**95%**	30	**100%**	94	**94%**
Ubranie obuwia z gumowa podeszwą	3	10%	2	5%	0	0	5	5%
Razem	30	100%	40	100%	30	100%	100	100%

Służby mundurowe w 82% podczas reanimacji osoby dorosłej po każdych dwóch sztucznych oddechach wykonywaliby 30 uciśnięć klatki piersiowej (Tab. XXV).

Tabela XXV. Podczas reanimacji ludzi dorosłych, wykonywanej przez jednego ratującego, należy wykonać.

Podczas reanimacji ludzi dorosłych, wykonywanej przez jednego ratującego, należy wykonać.	Policja		Straż pożarna		Straż graniczna		Razem	
	liczba	%	liczba	%	Liczba	%	liczba	%
Po każdych dwóch sztucznych oddechach 5 ucisków klatki piersiowej w rytmie 60 do 70 razy na minutę	6	20%	1	2,5%	0	0	7	7%
Po każdym jednym sztucznym oddechu 15 ucisków klatki piersiowej w rytmie 20 do 30 razy na minutę	2	6,7%	3	7,5%	3	10%	8	8%
Uciśnięcie klatki piersiowej w tempie 100 razy na minutę	0	0	0	0	0	0	0	0
Po każdych dwóch sztucznych oddechach 30 uciśnięć w rytmie 100/min	20	**66,6%**	35	**87,5%**	27	**90%**	82	**82%**
Po każdym jednym sztucznym oddechu 5 ucisków klatki piersiowej w rytmie 80 do 100 razy na minutę	2	6,7%	1	2,5%	0	0	3	3%
Razem	30	100%	40	100%	30	100%	100	100%

Wśród respondentów - 40% policjantów stwierdziło, że jego umiejętności w dziedzinie udzielania pierwszej pomocy są poprawne, natomiast 30% strażaków uważało, że są bardzo dobre (Tab. XXVI).

Tabela XXVI. Samoocena umiejętności w zakresie udzielania pierwszej pomocy.

Jak Pani (Pan) ocenia swoje umiejętności w dziedzinie udzielania pierwszej pomocy	Policja		Straż pożarna		Straż graniczna		Razem	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Są bardzo dobre	4	13,4%	12	**30%**	7	**23,3%**	23	**23%**
Są dobre	7	23,3%	7	17,5%	7	**23,3%**	21	21%
Są poprawne	12	**40%**	3	7,5%	5	16,7%	20	20%
Są słabe	3	10%	9	22,5%	6	20%	18	18%
Są bardzo słabe	1	3,3%	4	10%	2	6,7%	7	7%
Trudno powiedzieć	3	10%	5	12,5%	3	10%	11	11%
Razem	30	100%	40	100%	30	100%	100	100%

Najwięcej policjantów, bo 56,7%, do chwili Orencje czerpało swoje umiejętności tylko ze szkoły, a 55% strażaków z Internetu, podobnie jak 50% pracowników straży granicznej (Tab. XXVII).

Tabela XXVII. Źródła wiedzy z zakresu udzielania pierwszej pomocy.

Skąd do tej pory czerpała Pani (Pan) wiedzę z zakresu udzielania pierwszej pomocy?	Policja		Straż pożarna		Straż graniczna		Razem	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Tylko ze szkoły	17	**56,7%**	10	25%	5	**16,7%**	32	32%
Prasa	5	16,7%	2	5%	4	13,3%	11	11%
Internet	4	13,3%	22	**55%**	15	50%	41	**41%**
Telewizja	1	3,3%	1	2,5%	2	6,7%	4	4%
Radio	0	0	0	0	0	0	0	0
Podręczniki fachowe	3	10%	5	12,5%	4	13,3%	12	12%
Razem	30	100%	40	100%	30	100%	100	100%

Respondenci w nieznacznej większości, bo 55%, chcieliby podnieść swoją wiedzę z zakresu udzielania pierwszej pomocy (Tab. XXVIII).

Tabela XXVIII. Czy chciałaby Pani (Pan) podnieść swoją wiedzę z zakresu udzielania pierwszej pomocy?

Czy chciałaby Pani (Pan) podnieść swoją wiedzę z zakresu udzielania pierwszej pomocy?	Policja		Straż pożarna		Straż graniczna		Razem	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Tak	24	**80%**	19	**47,5%**	12	**40%**	55	**55%**
Nie	4	13,4%	15	37,5%	10	33,3%	29	29%
Jest mi to obojętne	1	3,3%	4	10%	6	20%	11	11%
Trudno powiedzieć	1	3,3%	2	5%	2	6,7%	5	5%
Razem	30	100%	40	100%	30	100%	100	100%

Dyskusja

W literaturze przedmiotu, za Wiśniewski i Majewski [10] podkreśla się, iż poczucie bezpieczeństwa jest jednym z podstawowych warunków istnienia i rozwoju każdego człowieka, a jego naruszenia mogą się zdarzać w wielu sytuacjach dnia codziennego,

powodując zagrożenie dla życia i zdrowia narażonych osób. W związku z tym, tak duże znaczenie ma umiejętność udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej na miejscu wypadku oraz umiejętność prawidłowego wezwania odpowiednich służb ratunkowych [10].

Wśród respondentów Padlewskiego [11], 63% badanych wyraziło opinię, że społeczeństwo polskie jest nieprzygotowane lub raczej nieprzygotowane do udzielania pierwszej pomocy. Za istniejący stan edukacji winili szkoły, a przede wszystkim nauczyciela przysposobienia obronnego. 571 osób (79,3%) z powyższego badania było przekonanych, że nie otrzyma takiej pomocy od świadków wypadku, najczęściej tłumacząc to ich obawą, brakiem umiejętności lub odwagi, znieczulicą i brakiem doświadczenia [11].

Ciekawe spostrzeżenia wynikają z badań Grześkowiak i Frydrysiak [12]. Autorzy badaniem objęli 1157 osób w latach 2000–2004 w Poznaniu i Łodzi. Metodą badawczą był pisemny test sprawdzający wiadomości z zakresu udzielania pierwszej pomocy. Do powyższych celów posłużyły się wzorem Denka dla obliczenia skuteczności kształcenia i uzyskaną w teście liczbę punktów podzieliły przez maksymalną liczbę punktów, a wynik przedstawiły w procentach. Skuteczność kształcenia zmierzono odpowiednio w stosunku do każdej ocenianej kategorii taksonomicznej: zapamiętania wiadomości, zrozumienia wiadomości oraz stosowania wiadomości w sytuacjach typowych i problemowych. Autorki [12] wykazały, iż skuteczność kształcenia uczniów liceów wynosiła średnio 50%, a skuteczność kształcenia studentów pierwszego roku medycyny była wyższa w każdej kategorii taksonomicznej, w stosunku do uczniów liceów i studentów kierunków humanistycznych.

Badania Michałka i wsp. [13] wykazały, iż studenci kierunków medycznych posiadali o wiele pełniejszą wiedzę w zakresie zasad i udzielania pierwszej pomocy niż kierunki niemedyczne. Autorzy wiedzę kierunków niemedycznych oceniali jako niewystarczającą i utożsamiali ze stanem wiedzy społeczeństwa polskiego. Zauważyli także dużą rozbieżność, jeżeli chodzi o stan wiedzy z zakresu pierwszej pomocy pomiędzy poszczególnymi kierunkami medycznymi - przodował w tym zakresie kierunek ratownictwa medycznego. W opinii badaczy [13], ta znaczna dysproporcja może wynikać z programu nauczania tzn. czasu włączenia przedmiotów związanych z pierwszą pomocą oraz liczby godzin tych przedmiotów.

Wiśniewski i Majewski [10] badaniami ankietowymi objęli 100 nauczycieli szkół licealnych z dużego miasta Szczecina (50) i mniejszego – Gryfic (50). Blisko 75% nauczycieli obu szkół stwierdziło, że przeciętny Polak raczej lub zdecydowanie nie jest

dobrze przygotowany do udzielenia pierwszej pomocy (odpowiednio 78% vs 70%). Według badanych (20% osób ze Szczecina i 16% osób z Gryfic) ponosi za to winę szkoła, ponieważ przedmiot przysposobienie obronne wycofywany jest ze szkół, stąd nie ma czasu na przeprowadzanie takich ćwiczeń, nie ma pomocy dydaktycznych w postaci manekinów, środków opatrunkowych itp. [10]. Następnie 14% badanych ze Szczecina i 20% z Gryfic, stwierdziło brak zainteresowania tematem pierwszej pomocy ze strony społeczeństwa, wynikającym z braku świadomości istniejących zagrożeń, z braku wyobraźni umożliwiającej przewidzenie wypadku oraz z braku nawyków takiego rozumowania; po 20% stwierdziło brak edukacji w tym kierunku, a po 6% brak potrzeby edukacji; 14% badanych ze Szczecina i 8% respondentów z Gryfic winiło ministra zdrowia, po 6% zakłady pracy, 6% osób ze Szczecina i 8% z Gryfic uważało, że dotychczasowe kursy pierwszej pomocy są źle prowadzone. Kolejne 6% badanych ze Szczecina i 14% i Gryfic obwiniało Ministerstwo Edukacji Narodowej, 4% osób ze Szczecina i 6% z Gryfic - media, po 4% uważało, że taką edukację powinny zapewniać kursy prawa jazdy, wreszcie 20% nauczycieli ze Szczecina nie miało lub nie chciało ujawnić opinii na ten temat [10].

Pyliński i wsp. [14] badaniami objęli grupę 250 osób, w tym 169 kobiet (67,6%) i 81 mężczyzn (32,4%) zamieszkałych na terenie województwa wielkopolskiego, uczestniczących w kursie pierwszej pomocy prowadzonym w ramach szkolenia pracowników zakładów pracy i uczniów szkół policealnych oraz wyższych. W opinii badanych priorytetem działań ratowniczych jest chęć niesienia pomocy osobom znajdującym się w stanie zagrożenia zdrowia i życia (odpowiednio: od 33% uczniów do 65% pracowników administracyjnych). Natomiast własne bezpieczeństwo wymieniane było zdecydowanie rzadziej (żaden z pracowników administracyjnych i technicznych, a tylko od 2% do 7% odpowiednio dla uczniów i studentów) [14].

Ponad 88% badanych Padlewskiego [11] nie udzielało nigdy pierwszej pomocy.

W badaniu Wiśniewskiego i Majewskiego [10] 22% respondentów udzielało, a 78% nigdy nie udzielało pierwszej pomocy. Jedenastu nauczycieli ze Szczecina udzielało pomocy w omdleniach (22%), tamowaniu krwotoków (15%), unieruchamianiu kończyn (14%), powiadamiało służby medyczne (14%). Po 7% badanych ze Szczecina i z Gryfic odpowiednio wykonywało: sprawdzenie drożności dróg oddechowych i oddychania, masaż serca, sztuczne oddychanie, wezwanie pomocy w przypadku napadu padaczki, opatrywanie skaleczeń [10]. Jedenastu nauczycieli z Gryfic udzielało pomocy w opatrywaniu ran (23%), wykonywało resuscytację (17%), zaopatrywało krwawienia (13%), pomagało w omdleniach (13%),

napadach padaczki (9%), unieruchomieniu złamań (9%). Odpowiednio po 4% badanych z obu miast udzielało pomocy: podczas utraty przytomności po urazie głowy w czasie bójki, w zadławieniach, oparzeniach oraz w czasie wymiotów [10].

W obecnym badaniu 73,3% przedstawicieli policji, 85% straży pożarnej i 81% straży granicznej udzielała już kiedyś pierwszej pomocy.

W badaniu Pylińskiego i wsp. [14] respondenci podczas udzielania pierwszej pomocy obawiali się zarażenia chorobą - 6% uczniów i 59% pracowników administracyjnych. Drugą często wymienianą przez respondentów obawą był brak wiedzy i umiejętności dotyczących metod udzielania pierwszej pomocy: 7% uczniowie i 28% studenci. Jednak najczęstszą obawą podawaną przez wszystkie grupy było spowodowanie większego uszczerbku jego zdrowia: odpowiednio 33% pracowników technicznych i aż 65% studentów [14]. Zgonu pacjenta w czasie udzielania pierwszej pomocy najbardziej obawiali się uczniowie (74%), natomiast tych obaw w ogóle nie przejawiali pracownicy techniczni. Odpowiedzialności prawnej w przypadku nieprawidłowo udzielonej pomocy obawiał się mały odsetek respondentów, bo tylko 7% pracowników technicznych. Uzasadnieniem tej kwestii była chęć niesienia pomocy, a ewentualne sankcje karne mogłyby raczej zniechęcać społeczeństwo do udzielania pomocy i kształcenia się w tym zakresie [14].

Najczęściej nauczyciele z badania Wiśniewskiego i Majewskiego [10] twierdzili, że nie potrafią udzielić pierwszej pomocy (66% badanych ze Szczecina i 78% z Gryfic). Odpowiednio 42% osób ze Szczecina i 36% respondentów z Gryfic uważało, że nauczyciele liczą, iż ktoś inny ze świadków udzieli pomocy. W trzeciej kolejności wybrano obawę przed zwiększeniem obrażeń u poszkodowanych na skutek własnego działania. Tylko 10% w obu grupach miało obawy przed zakażeniem chorobami przenoszonymi drogą krwi, a tylko 2% nie udzielało pomocy, gdyż bało się o własne życie [10]. Większość respondentów swoje umiejętności w zakresie udzielania pierwszej pomocy oceniała jako „słabe” (odpowiednio 48% ze Szczecina i 56% z Gryfic). Poprawnie oceniało je 34% osób ze Szczecina i 32% z Gryfic, dobrze 16% badanych ze Szczecina i 12% z Gryfic, bardzo dobrze – jedna osoba ze Szczecina [10].

Paprocka-Lipińska i wsp. [15] w swoich badaniach wykazali niski poziom wiedzy i umiejętności w zakresie udzielania pierwszej pomocy w grupie kierowców.

W badaniu Pylińskiego i wsp. [14] wiedzę na temat udzielania pierwszej pomocy deklarował niewielki odsetek osób badanych, w tym 15% uczniów. Pozostałe grupy (pracownicy administracyjni, studenci) uplasowały się poniżej tej wartości procentowej.

Mimo małej wiedzy dotyczącej udzielania pierwszej pomocy, chęć jej niesienia zadeklarował wysoki odsetek respondentów i tak: od 67% uczniów i pracowników administracyjnych do 83% studentów. Podobnie wysoki odsetek badanych (we wszystkich grupach znacznie ponad połowa) wyraził gotowość podjęcia resuscytacji osoby dorosłej [14].

Grześkowiak i wsp. [16] badaniami objęli 36 nauczycieli, 29 uczniów, 57 pracowników administracji oraz 22 pracowników technicznych. Autorzy stwierdzili zaskakująco niski odsetek osób wśród nauczycieli biorących udział w kursach pierwszej pomocy - zaledwie 8% odbyło je podczas pracy zawodowej. Ponad 75% uczniów zadeklarowało, że potrafi udzielić pierwszej pomocy [16].

Badania przeprowadzone przez OBOP w 1997 i 2003 roku, za Weis [17] wykazały, że ponad połowa Polaków w wieku 15 lat i więcej (56% w 2003 r.) negatywnie oceniała swoje umiejętności udzielania pierwszej pomocy ratującej życie. Niemal wszyscy Ci (94%), którzy nie wyrażali gotowości do udzielania pierwszej pomocy, jeśliby zaszła taka potrzeba (13%), czuli się do tego zupełnie nieprzygotowani. Co dziesiąty Polak deklarował, że nie udzieli pierwszej pomocy [17].

W badaniu PENTOR, za Weis [17], w 2006 roku zadano pytanie: *Czy potrafi Pan(i) udzielić pierwszej pomocy?* i wykazano, iż prawie 15% respondentów stwierdziło, że *nie potrafi i nie zamierza się tego uczyć, bo od tego są służby specjalne.*

CBOS przeprowadził w 2007 roku badania na reprezentatywnej próbie losowej 1064 dorosłych mieszkańców Polski [18]. Do braku umiejętności udzielania pierwszej pomocy przyznało się ponad dwie piąte badanych (43%). Natomiast co drugi ankietowany (50%) twierdził, że gdyby był świadkiem wypadku drogowego, potrafiłby udzielić pierwszej pomocy medycznej, jednak tylko co siódmy (15%) był całkowicie pewien swoich kwalifikacji ratowniczych [18].

W obecnym badaniu 40% przedstawicieli policji oceniło swoje umiejętności w zakresie udzielania pierwszej pomocy jako poprawne, 30% straży pożarnej - jako bardzo dobre, a po 23,3% straży granicznej - jako bardzo dobre lub dobre .

W badaniu Wiśniewskiego i Majewskiego [10] 48% badanych ze Szczecina i 46% z Gryfic prawidłowo podało średni czas od momentu ustania pracy serca, w którym można przywrócić człowieka do normalnego życia. 98% osób ze Szczecina i 90% z Gryfic znało prawidłową częstość uderzeń serca u osoby dorosłej w ciągu minuty. Tętnicę szyjną, jako miejsce sprawdzania tętna w celu rozpoznania zatrzymania krążenia u osoby dorosłej zaznaczyło 52% ankietowanych ze Szczecina i 50% z Gryfic. Nieco mniej obie: tętnicę szyjną

i promieniową (32% ze Szczecina i 44% z Gryfic) [10]. Miejscem, gdzie należy ułożyć ręce do masażu serca - w opinii 14% respondentów ze Szczecina i 24% z Gryfic była centralna część, a według 24% z obu grup - miejsce powyżej wyrostka mieczykowatego. Najwięcej nauczycieli zaznaczyło, jako średnią liczbę oddechów na minutę u osoby dorosłej- 10–14 oddechów (58% osób ze Szczecina i 66%z Gryfic). Prawidłowy schemat postępowania w celu sprawdzenia, czy osoba dorosła oddycha wybrało 74% respondentów ze Szczecina i 46% z Gryfic [10].

Numer pogotowia ratunkowego znało w opinii respondentów Padlewskiego [11] blisko 90% ludności.

W badaniu Wiśniewskiego i Majewskiego [10] większość nauczycieli podało prawidłowy numer pogotowia ratunkowego.

Skotnicka-Klonowicz i Śmigielska [19] badaniem objęły 51 dziewczynek i 49 chłopców w wieku 17-22 lat, uczniów klas III Liceum Ogólnokształcącego i Technikum Zespołu Szkół Nr 1 w Konsku. W badaniu posłużyły się metodą sondażu diagnostycznego, w którym narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankiety zawierający 19 pytań dotyczących zasad udzielania pierwszej pomocy Odpowiedzi na poszczególne pytania oceniono jako: bardzo dobre, jeśli prawidłowo odpowiedziało 95-100% respondentów; dobre - gdy prawidłowo odpowiedziało 75-94%; dostateczne — 50-74% i niedostateczne, gdy prawidłowo odpowiedziało mniej niż 50% uczestników badania. Młodzież wykazała bardzo dobrą wiedzę na 4 spośród 19 pytań ankietowych [19]. Wszyscy respondenci znali: numer alarmowy pogotowia ratunkowego, zasady postępowania w przypadku zatrzymania krążenia; podejrzenia o uraz kręgosłupa oraz w przypadku utonięcia. Jako dobrą oceniono wiedzę na kolejne 6 pytań ankietowych dotyczących obowiązku udzielenia pierwszej pomocy, treści zgłoszenia wypadku, zagrożeń infekcyjnych dla ratującego podczas udzielania pierwszej pomocy, objawów nagłego zatrzymania krążenia, postępowania w przypadku stłuczeń tkanek miękkich, zranień i porażenia prądem elektrycznym [19]. Wiedzę oceniono jako dostateczną w przypadku, gdy na pytanie odpowiedziało prawidłowo 50-74% respondentów (6 pytań). Pytania te odnosiły się do wstępnej oceny poszkodowanego, częstości oddychania u dorosłego człowieka, miejsca badania tętna u poszkodowanego, sposobów utrzymania drożności dróg oddechowych, postępowania w przypadku krwawienia zewnętrznego oraz zabezpieczenia nieprzytomnego poszkodowanego z zachowanymi czynnościami życiowymi. Ankietowani nie umieli odpowiedzieć prawidłowo na pytania dotyczące sposobu oceny wydolności oddechowej oraz postępowania w przypadku otwartego złamania kości [19].

W obecnym badaniu poziom wiedzy wśród wybranych służb mundurowych, zwłaszcza w grupie pracowników straży granicznej, na temat pomocy przedlekarskiej był dość wysoki, jednak w niektórych aspektach stwierdzano deficyt wiedzy. Dotyczył on przede wszystkim zasad postępowania z poszkodowanym nieprzytomnym, udrażniania dróg oddechowych, w przypadku porażenia prądem, oparzeń, a także w wykonywaniu reanimacji osoby dorosłej.

Wśród nauczycieli z badania Wiśniewskiego i Majewskiego [10], 84% osób ze Szczecina brało udział w szkoleniach z zakresu pierwszej pomocy, z Gryfic tylko 62%. Jednocześnie 8 nauczycieli ze Szczecina i 19 z Gryfic nigdy nie miało kontaktu z tego typu szkoleniami. Zakres szkoleń był różny, w Szczecinie od profesjonalnego wyszkolenia ratowniczego (ratownik wodny i młodszy ratownik wodny, morski ratownik medyczny) poprzez uczestnictwo w różnych kursach ratowniczych (kursy pierwszej pomocy, profesjonalny kurs podstawowy pierwszej pomocy – BLS, zajęcia z ratownikiem na manekinach, kurs PCK), a także częściowo tylko związanych z ratownictwem (przeszkolenie wojskowe w zakresie terroryzmu i broni chemicznej, szkolenie dla nauczycieli na wychowawcę kolonii, szkolenie podczas obozów turystycznych, a nawet szkolenie z zakresu pierwszej pomocy w ramach kursu pilotów wycieczek zagranicznych prowadzone przez chirurga ze szpitala klinicznego w Szczecinie) [10]. Jednak większość respondentów podała tylko szkolenie z pierwszej pomocy w ramach kursów prawa jazdy (18%), szkolenia BHP w miejscu pracy (14%) i przedmiot przysposobienie obronne w szkole średniej (14%). W Gryficach w ramach szkolenia profesjonalnego zgłoszono uzyskany tytuł pielęgniarki dyplomowanej, ratownika wodnego, kursy ratownicze – kurs sanitarny podczas ćwiczeń wojskowych, kurs społecznego instruktora młodzieżowego PCK, kurs pierwszej pomocy pierwszego stopnia itp. Najwięcej respondentów podało wiadomości z zakresu pierwszej pomocy uzyskane: podczas kursów BHP (23%), jako temat pierwszej pomocy poruszany podczas studiów (19%), na lekcji przysposobienia obronnego w szkole średniej (16%) [10].

We wspomnianych wcześniej badaniach OBOS i PENTOR [17] mimo, iż około 75% społeczeństwa uczestniczyło w jakiś szkoleniach z zakresu pierwszej pomocy to jednak zdecydowana większość (trzy piąte) stwierdzało, że ich umiejętności udzielania takiej pomocy są niewystarczające. Wyniki testu przeprowadzonego w ramach badania z 2003 roku, w których tylko 3% badanych opowiedziało poprawnie na wszystkie pięć pytań sprawdzających podstawowe wiadomości z zakresu pierwszej pomocy. W opinii Szybkiej

[17] *wystąpiła znaczna rozbieżność między deklarowanymi a rzeczywistymi wiadomościami badanych, a jest wysoce prawdopodobne, że byłaby jeszcze większa, gdyby sprawdzono poziom umiejętności praktycznych w podtrzymywaniu podstawowych czynności życiowych*.. Najczęściej respondenci szkolili się z pierwszej pomocy w szkołach (68%), w zakładach pracy (55%), przy okazji kursów BHP, PCK, prawa jazdy (50%), w wojsku (31%), na wyższych uczelniach (10%). Według badania PENTOR-a prawie 25% badanych sądzi, że potrafi udzielać pomocy bez specjalnego szkolenia bo zna zasady z telewizji i książek [17].

W obecnym badaniu 90% przedstawicieli policji, 95% straży pożarnej i 80% straży granicznej uczestniczyło w zajęciach dotyczących udzielania pierwszej pomocy.

Zdecydowana większość nauczycieli z badania Wiśniewskiego i Majewskiego [10] (90% badanych ze Szczecina i 74% osób z Gryfic) było zdania, że wiedzę na temat udzielania pierwszej pomocy powinni upowszechniać pracownicy służby zdrowia. Na drugim miejscu (42% i 40%) wymieniono media (radio, telewizję, prasę). Niewiele mniej nauczycieli obu szkół (36%) uważało, że to właśnie oni powinni taką wiedzę posiadać i ją upowszechniać, 28% i 26% było zdania, że każdy, kto potrafi, może nauczać. Z osób innych wymieniono szkoleniowców BHP, wolontariuszy, a nawet przedstawicieli samorządów [10].

W obecnym badaniu 56,7% przedstawicieli policji wiedzę w zakresie udzielania pierwszej pomocy czerpało ze szkoły, 55% straży pożarnej i 50% straży granicznej - z Internetu.

W badaniu Wiśniewskiego i Majewskiego [10] większość respondentów stwierdziło, że warto uczyć się zasad pierwszej pomocy, ponieważ dzięki tym umiejętnościom można ratować życie, można pozbyć się uczucia bezradności, zerwać z obojętnością, można czuć się pewniej, bezpieczniej. Brak wiedzy w opinii badanych [10] może przyczynić się do śmierci lub kalectwa drugiej osoby, stąd należy się szkolić, aby każdy miał szansę otrzymania pierwszej pomocy. Kolejnym argumentem było stwierdzenie, że *sami możemy takiej pomocy potrzebować, a nigdy nie wiemy, co nas spotka* [10].

Z deklaracji badanych CBOS [18] wynika, że społeczne zainteresowanie możliwością zdobycia umiejętności ratowniczych jest znaczne. Niemal co drugi Polak (47%) zgłaszał chęć nauczenia się fachowego udzielania pomocy medycznej i tylko co trzeci (32%) nie był zainteresowany szkoleniem w tej dziedzinie. Ci ostatni tłumaczyli swoją postawę przede wszystkim złym stanem zdrowia, zaawansowanym wiekiem lub innymi obiektywnymi przeszkodami (22%), znacznie rzadziej zaś (10%) – obawą przed zagrożeniami, jakie mogą się wiązać z ratowaniem ludzi. Motywacja do zdobywania kwalifikacji ratowniczych była

silnie związana z wiekiem, poziomem wykształcenia i sytuacją materialną respondentów [18]. Im byli młodsi, lepiej wykształceni i sytuowani, tym częściej twierdzili, że chcieliby się nauczyć udzielania pierwszej pomocy. Możliwością taką najbardziej byliby zainteresowani najmłodsi badani, w wieku od 18 do 24 lat (71%), uczniowie i studenci (70%), przedstawiciele kadry kierowniczej i inteligencji (64%), respondenci z wyższym wykształceniem (62%), żyjący w dobrych warunkach materialnych (60%). Natomiast im starszy wiek, niższe wykształcenie, pozycja zawodowa i gorsze warunki materialne, tym na ogół więcej osób wykazywało brak zainteresowania tego rodzaju szkoleniem [18].

W roku 1997 [17] zadano respondentom dodatkowe pytania dotyczące potrzeby organizacji szkoleń z zakresu pierwszej pomocy. Niemal wszyscy badani (99%) stwierdzili, że istnieje potrzeba prowadzenia w szerszym zakresie niż dotychczas szkoleń z zakresu pierwszej pomocy ratującej życie (75% stwierdzało że jest to "zdecydowanie potrzebne"). Jednocześnie na pytanie czy sami respondenci uczestniczyliby sami w takich szkoleniach zdecydowana większość (75%) odpowiedziała że chętnie (bardzo chętnie 41%, raczej chętnie 34%). Najbardziej typowy potencjalny uczestnik kursu to osoba między 20. a 50 .rokiem życia, mieszkająca w dużym mieście, mająca wykształcenie zasadnicze zawodowe lub wyższe i posiadająca prawo jazdy. Co też ważne ponad połowa z osób, które w swojej własnej ocenie nie potrafią udzielać pomocy, według badania PENTOR [17], zamierza poznać zasady udzielania pierwszej pomocy. Wyniki te dają nadzieję, że jest szansa na wzrost kompetencji ratowniczych zarówno wśród osób, które czują się pewnie w udzielaniu pierwszej pomocy, jak i nabycie nowych umiejętności przez osoby nie mające dotąd żadnych doświadczeń tego typu. Pozwala to też sądzić, że rynek kursów pierwszej pomocy zdecydowanie jeszcze nie jest nasycony, szczególnie jeśli chodzi o kursy prowadzone na wysokim poziomie uczące oprócz wiedzy teoretycznej także umiejętności praktycznych [17].

W obecnym badaniu 80% przedstawicieli policji, 47,5% straży pożarnej i 40% straży granicznej chciałoby poszerzać swoją wiedzę z zakresu pierwszej pomocy.

Podsumowaniem pracy mogą być słowa Jachne Orda [20]: *Czy to obcy na ulicy, czy ktoś bliski w szkole, w domu, może już na ciebie liczyć, wiesz co zrobisz: wezwiesz pomoc. Działaj jak cię nauczono, bezradności powiedz: "nie!", gdy ratujesz życie komuś bądź spokojny. Nie bój się, wiedzę masz, odrzuć strach, wiedzę chwyć, przecież człowiek dzięki tobie może żyć!*

Wnioski

1. Poziom wiedzy wśród wybranych służb mundurowych, zwłaszcza w grupie pracowników straży granicznej, na temat pomocy przedlekarskiej jest dość wysoki, jednak w niektórych aspektach stwierdza się deficyt wiedzy.
2. Deficyt wiedzy dotyczy zasad postępowania z poszkodowanym nieprzytomnym, udrażniania dróg oddechowych, w przypadku porażenia prądem, oparzeń, a także w wykonywaniu reanimacji osoby dorosłej.
3. Głównym źródłem zdobywania wiedzy na temat pierwszej pomocy przedlekarskiej wśród służb mundurowych jest Internet i wiedza zdobyta w szkole.
4. 55% ankietowanych znacząco stwierdziło, że pragną poszerzyć swoją wiedzę na temat pierwszej pomocy przedlekarskiej.

Piśmiennictwo

1. Davies B.: Podręcznik pierwszej pomocy. Wyd. Klub dla Ciebie, Warszawa 2005.
2. Adamski Z.: Ku problemowemu uczeniu się w Akademii Medycznej. Wyd. Uczelniane AM, Poznań 2001.
3. Brzeziński T.: Historia medycyny. PZWL, Warszawa 1988.
4. Goniewicz M., Nowak A., Smutek Z.: Przysposobienie obronne. Podręcznik dla liceum ogólnokształcącego, liceum profilowanego, technikum. Cz.2. Wydawnictwo Pedagogiczne OPERON, Gdynia, 2007.
5. Góra S. (red.): Zarys chirurgii wojennej. PZWL, Warszawa 1976.
6. Ahnefeld F.: Medycyna stanów nagłych i ratownictwo w Niemczech. Ratownictwo Polskie, 1997, 2, 38-47.
7. Eisenberg M.: Life In the Balance: Emergency Medicine and the Quest to Reverse Sudden Death. Oxford University Press, 1997.
8. Brongel L.: Złota godzina. Czas życia, czas śmierci. Krakowskie Wydawnictwo Medyczne, Kraków, 2007.
9. TNS OBOP „Gotowość i umiejętności Polaków w zakresie udzielania pierwszej Pomocy" sondaż z 19 – 21. Lipca, 2003 r., http://www.obop.pl/archive-report/id/1446, data pobrania 22.03.2012.
10. Wiśniewski J., Majewski W.D.: Ocena poziomu wiedzy nauczycieli szkół ponadgimnazjalnych w Zachodniopomorskiem na temat pierwszej pomocy medycznej. Ann. Acad. Med. Stetin., 2007, 53, 114–123.

11. Padlewski R.: Udzielanie pierwszej pomocy w społeczeństwie polskim raport z badań. Systemy komunikacji i dydaktyka w ratownictwie. Inowrocław 2001, 275–295.
12. Grześkowiak M., Frydrysiak K.: Wiedza młodzieży szkolnej i studentów pierwszego roku z zakresu udzielania pierwszej pomocy. Now. Lek., 2007, 26, 402-405.
13. Michałek O., Hasij J., Barziej I., Bucior J., Piecuch J., Braczkowski R.: Znajomość zasad udzielania pierwszej pomocy wśród studentów kierunków medycznych i niemedycznych w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Nysie. Zdr. Publ., 2008, 118, 195-201.
14. Pyliński A., Grześkowiak M., Frydrysiak K.: Czy społeczeństwo wielkopolski posiada wiedzę dotyczącą prawnego obowiązku udzielania pierwszej pomocy. Now. Lek., 2008, 77, 126-133.
15. Paprocka-Lipińska A., Nikodemski M., Ziółkowski R.: Analiza niskiego poziomu wiedzy i umiejętności kierowców w zakresie udzielania pierwszej pomocy poszkodowanym w wypadkach drogowych, Ann. Acad. Med. Gedan., 2007, 37, 89-93.
16. Grześkowiak M., Frydrysiak K., Pyliński A.: Wiedza społeczeństwa wielkopolski na temat resuscytacji. Now. Lek., 2008, 77, 19-24.
17. Weis K.: Zapotrzebowanie na kursy pierwszej pomocy. Przybliżenie wyników badań, http://www.wais.kamil.rzeszow.pl/index.php/2009/07/zapotrzebowanie-na-kursy-pierwszej- pomocy/, data pobrania 6.06.2012.
18. Raport CBOS: Polacy wobec wypadków drogowych, CBOS, Warszawa, 2007, 1-15.
19. Skotnicka-Klonowicz G., Śmigielska E.: Ocena wiedzy w zakresie udzielania pierwszej pomocy wśród uczniów szkół gimnazjalnych. Probl. Hig. Epidemiol., 2007, suppl., 88, 119.
20. http://www.pierwszapomoc.net.pl/index.php/, data pobrania 6.06.2012.

Czubaczyński Marcin[1], Kamińska Milena[1], Świsłocki Mateusz[1], Woźniak Joanna[1], Zwierzchowska Marta[1], Gabrysiak Adam[1], Kozłowski Krzysztof[1], Koroluk Paulina[1], Bodora Karolina[1], Kisiel Magdalena[1], Bogusz Piotr[1], Dąbrowska Barbara[1], Dąbrowska Zofia[1], Dąbrowska Ewa[2]

Higiena jamy ustnej u chorych na cukrzycę typu II

1. Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Stomatologii Społecznej i Profilaktyki, Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Zakład Stomatologii Społecznej i Profilaktyki, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp

Cukrzyca uznawana jest dziś za bardzo poważny problem zdrowia społeczeństwa, będący powodem wielu niedogodności, z którymi chorzy muszą się zmierzyć.

Według WHO cukrzyca definiowana jest jako grupa chorób metabolicznych, charakteryzujących się hiperglikemią wynikającą z defektu produkcji lub działania insuliny wydzielanej przez komórki beta trzustki. Przewlekła hiperglikemia wiąże się z uszkodzeniem, zaburzeniem i niewydolnością różnych narządów, szczególnie oczu, nerek, nerwów, serca i naczyń krwionośnych. Jest to przewlekła choroba metaboliczna, rozpowszechniona na całym świecie, dotykająca dzieci oraz osoby dorosłe. określana jest mianem choroby społecznej ze względu na znaczący odsetek zachorowalności – szacuje się, że na tą chorobę cierpi 1–2% populacji ludzkiej. Można też uznać ją za chorobę cywilizacyjną ze względu na to, że liczba chorych drastycznie wzrasta wśród mieszkańców krajów wysokorozwiniętych [1]. Przewiduje się, iż w 2025 r. rozpowszechnienie cukrzycy wyniesie 5,4% światowej populacji [2].

Cukrzyca typu 2 charakteryzuje się raczej względnym niż całkowitym niedoborem insuliny. Ryzyko wystąpienia tej choroby zwiększa się z wiekiem, sprzyja jej także otyłość i brak aktywności fizycznej. Oporność receptorów tkankowych na insulinę może zostać ograniczona po zmniejszeniu masy ciała lub leczeniu farmakologicznym, lecz rzadko uzyskuje się stan prawidłowy. Jest to schorzenie wymagające od chorego wiele wysiłku i samodyscypliny związanej z utrzymaniem optymalnego stężenia glukozy we krwi poprzez zachowanie odpowiedniej diety i stylu życia. Pacjenci borykający się z cukrzycą, z mniej niż optymalną kontrolą poziomu cukru we krwi wykazują tendencję do częstszego i intensywniejszego występowania zapalenia dziąseł [3].

Często ustabilizowanie poziomu cukru we krwi jest niemożliwe do osiągnięcia, w skutek czego cukrzyków na co dzień trapi wiele problemów, między innymi choroby

przyzębia, ze względu na długotrwałe procesy zapalne i powolne leczenie. Procesy zapalne najczęściej manifestują się zapaleniem dziąseł – *gingivitis* oraz zapaleniem przyzębia – *periodontitis* [4], są one wynikiem nieprawidłowej higieny jamy ustnej.

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia są to czynności zmierzające do usunięcia z otoczenia czynników ujemnych i wprowadzenia dodatnich, w celu zapewnienia społeczeństwu i jednostce nie tylko ochrony zdrowia, lecz także pełnego rozwoju fizycznego i psychicznego.

Założenia i cel pracy

Celem pracy było określenie głównych problemów chorych i nawyków higienicznych jamy ustnej, wśród chorujących na cukrzyce typu II. Daje to możliwość określenia wachlarza niezbędnych zaleceń i zabiegów w zakresie higieny jamy ustnej wśród tej grupy chorych.

Materiał i metody

Badanie zostało przeprowadzone wśród 207 osób (145 kobiet i 62 mężczyzn), z przedziału wiekowego 20 – 82 lat, z cukrzycą typu 2. Wszyscy byli pacjentami specjalistycznych przychodni diabetologicznych na terenie Białegostoku. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety, skonstruowany dla celów pracy. Ankieta była anonimowa, a udział w badaniu dobrowolny. Ankieta została przeprowadzona w przeciągu 2 miesięcy (listopad-grudzień) w 2012 roku. Pacjentów pytano o ogólny stan zdrowia, dolegliwości ze strony jamy ustnej i ogólnoustrojowe, o przebieg cukrzycy i sposób jej leczenia oraz o nawyki higieniczne i żywieniowe. Liczbę zębów własnych pacjentów określano w badaniu przedmiotowym w świetle dziennym.

Wyniki

Podstawowe informacje grupy badawczej przedstawia Tabela I.

Największą grupę wśród ankietowanych stanowiły osoby po 50. roku życia, wśród których 70% to kobiety, a 30% - mężczyźni. Z przedziału wiekowego 21-40 lat jedynie 13. udzieliło swoich odpowiedzi , co stanowiło nieco ponad 6%. Pacjentów w wieku 41-50 lat było 25 i stanowili oni nieco ponad 12% grupy badawczej.

Znaczna większość (blisko 72%) mieszkało w Białymstoku, 30 osób - 14,49% pochodziło z okolicznych miejscowości, 28 osób zaznaczyło miejsce zamieszkania jako wieś.

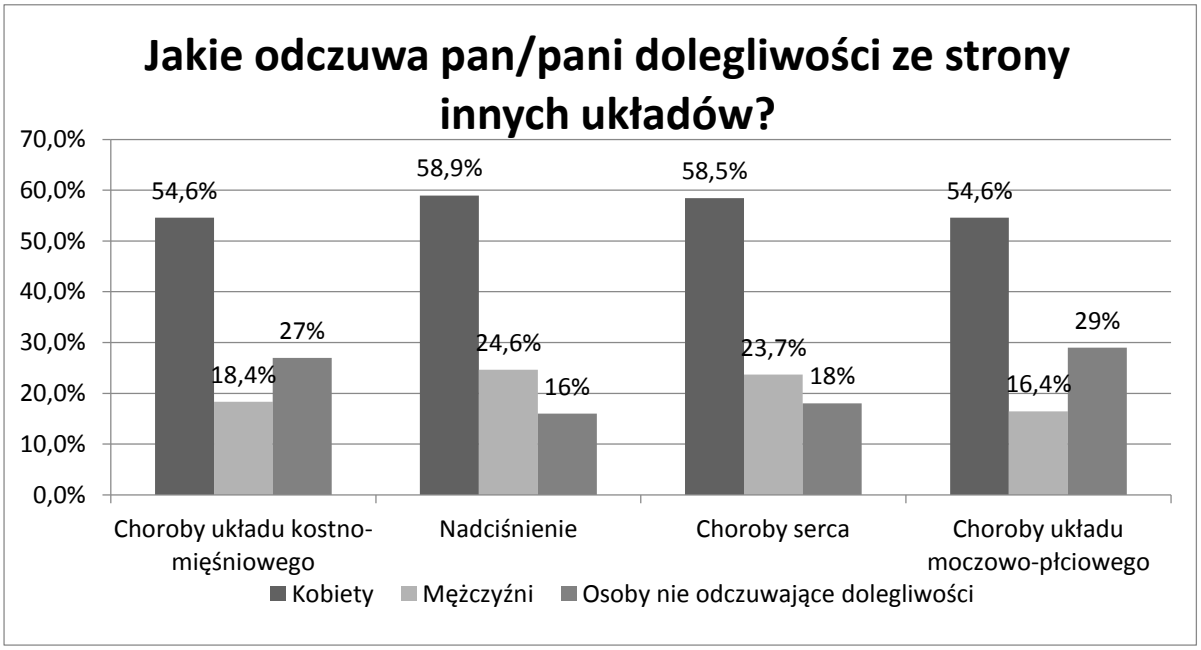
Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy pacjentów.

		Liczba badanych	(%)
Wiek	21-30 lat	3	1,45%
	31-40 lat	10	4,83%
	41-50 lat	25	12,08%
	51-60 lat	61	29,47%
	61-70 lat	82	39,61%
	Więcej niż 70 lat	26	12,56%
	Razem	207	100,00%
Płeć	Kobiety	145	70,05%
	Mężczyźni	62	29,95%
	Razem	207	100,00%
Miejsce zamieszkania	Białystok	149	71,98%
	Okoliczne miejscowości	30	14,49%
	Wieś	28	13,53%
	Razem	207	100,00%

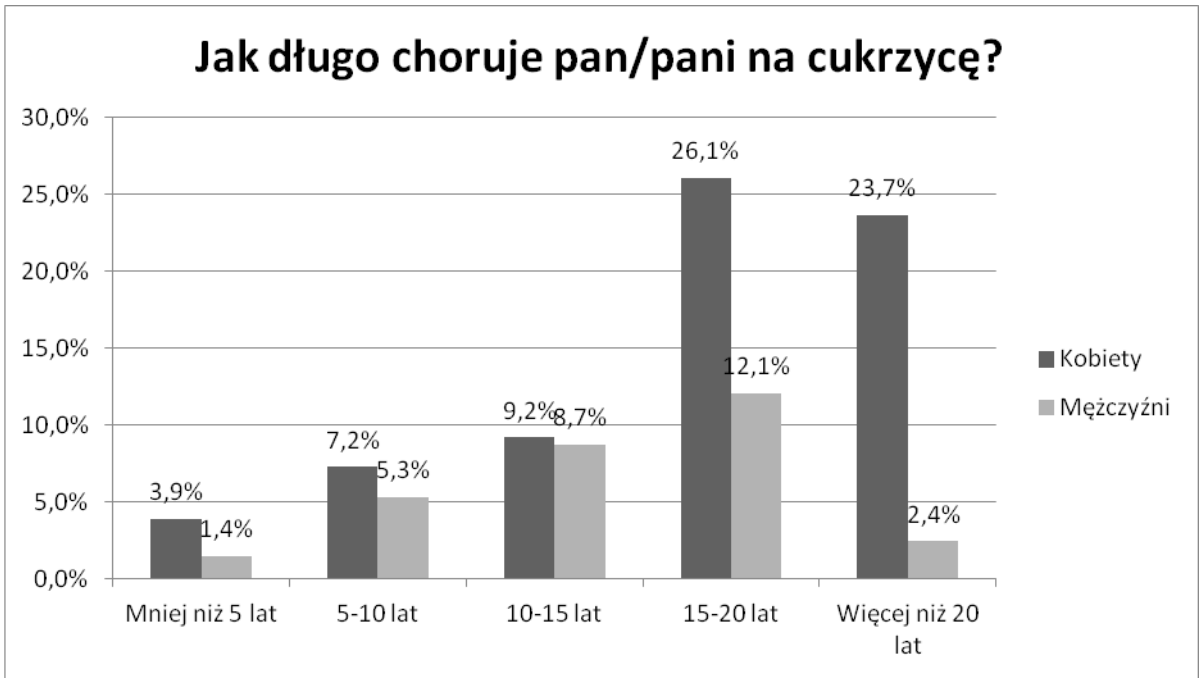
Stosunkowo krótko, czyli mniej niż 5 lat, cierpiało na cukrzycę około 5% chorych, czyli 3,9% kobiet i 1,4% mężczyzn. Wśród chorujących od 5 do 10 lat - 7,2% kobiet i 5,3% mężczyzn. Natomiast powyżej 10 i do 15 lat - 9,2% kobiet i 8,7% mężczyzn. Znaczna liczba ankietowanych, tj. prawie 50% kobiet i 15 % mężczyzn zmagała się z chorobą cukrzycową od ponad 15 lat (Ryc. 1).

Więcej niż połowa kobiet (58,9%) cierpiała na 3-4 inne choroby układowe, najczęściej na nadciśnienie, choroby serca (58,5%) oraz choroby układu kostno-szkieletowego (54,6%) na równi z chorobami układu moczowo-płciowego (Ryc. 2).

Wśród mężczyzn dominującymi dolegliwościami ogólnoustrojowymi były choroby serca (24,6%) i nadciśnienie (23,7%), panowie rzadziej skarżyli się na choroby układu kostno-szkieletowego (18,4%) i jeszcze rzadziej na choroby związane z układem moczowo-płciowym (16,4%). Spośród wszystkich ankietowanych najmniej osób, kolejno uskarżało się na choroby układu moczowo-płciowego (29%), choroby układu kostno-szkieletowego (27%), choroby serca (18%) oraz nadciśnienie (16%)



Rycina.1. Analiza procentowa odpowiedzi dotyczących długości choroby cukrzycowej.



Rycina 2. Analiza procentowa odpowiedzi dotyczących dolegliwości ze strony innych układów wśród chorych na cukrzycę typu 2.

Leczenie insuliną było najczęstszym sposobem leczenia cukrzycy wśród ankietowanych, takie leczenie stosowało 132 pań i 51 panów, ankietowani rzadziej leczyli cukrzyce przy pomocy tabletek - 15 kobiet oraz 9 mężczyzn (Ryc. 3).



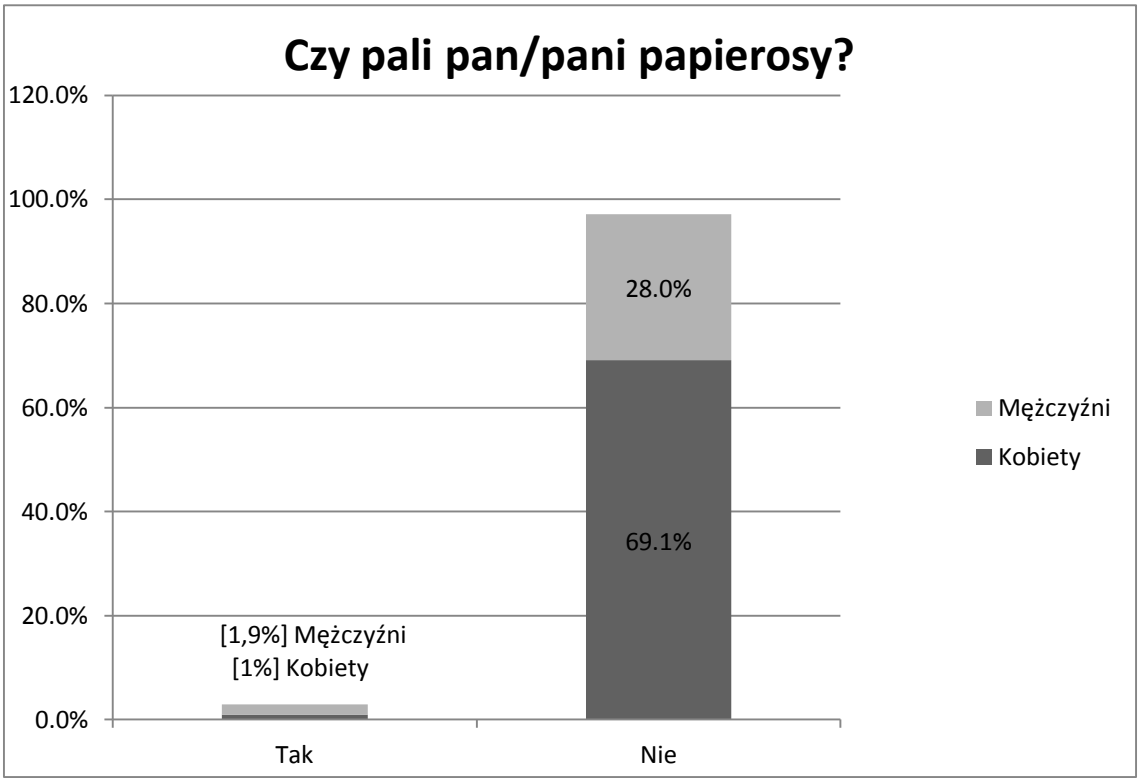
Rycina 3. Wykres procentowy obrazujący odpowiedzi dotyczące rodzaju zażywania leków przeciwcukrzycowych.

Wśród cukrzyków nie było zbyt wielu palaczy - do palenia przyznało się 4 panów i tylko 2 panie, co stanowi ok. 3% badanych (Ryc. 4).

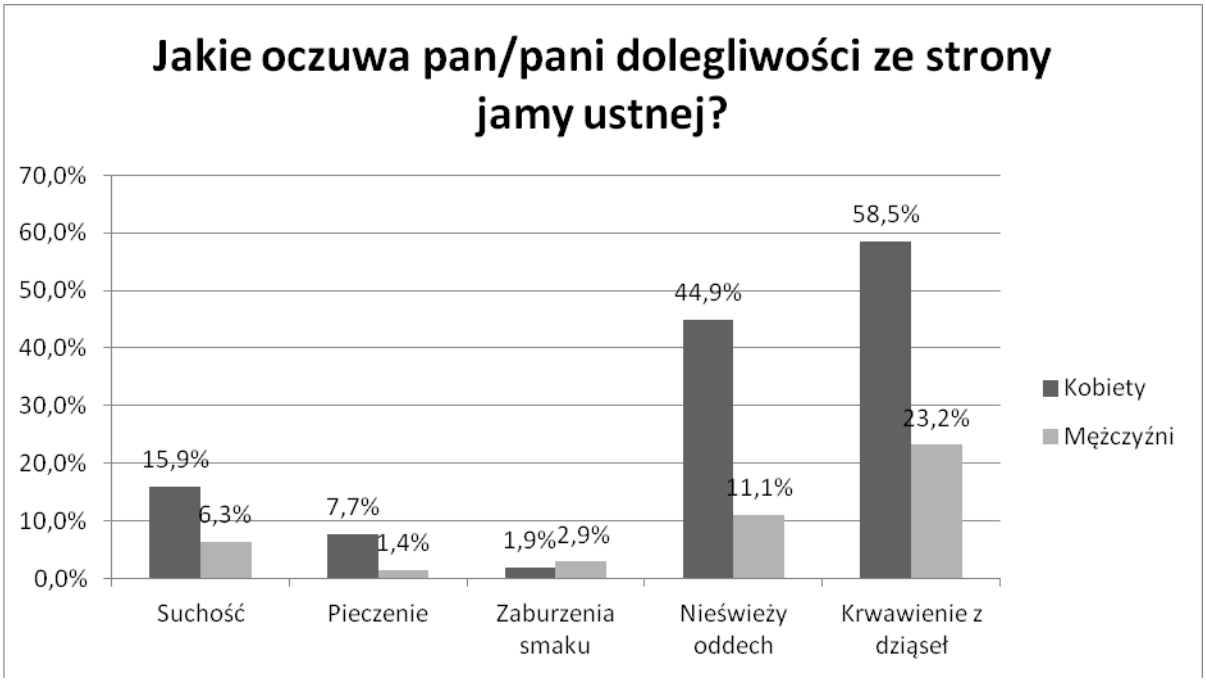
Dolegliwościami zgłaszanymi ze strony jamy ustnej zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn były (Ryc. 5):

- krwawienie z dziąseł (58,5% kobiet o raz 23,2% mężczyzn)
- halitoza (44,9% kobiet i 11,1% mężczyzn)
- suchość (15,9% kobiet i 6,3% mężczyzn)
- pieczenie (7,7% kobiet i 1,4% mężczyzn)
- zaburzenia smaku (1,9% kobiet i 2,9% mężczyzn).

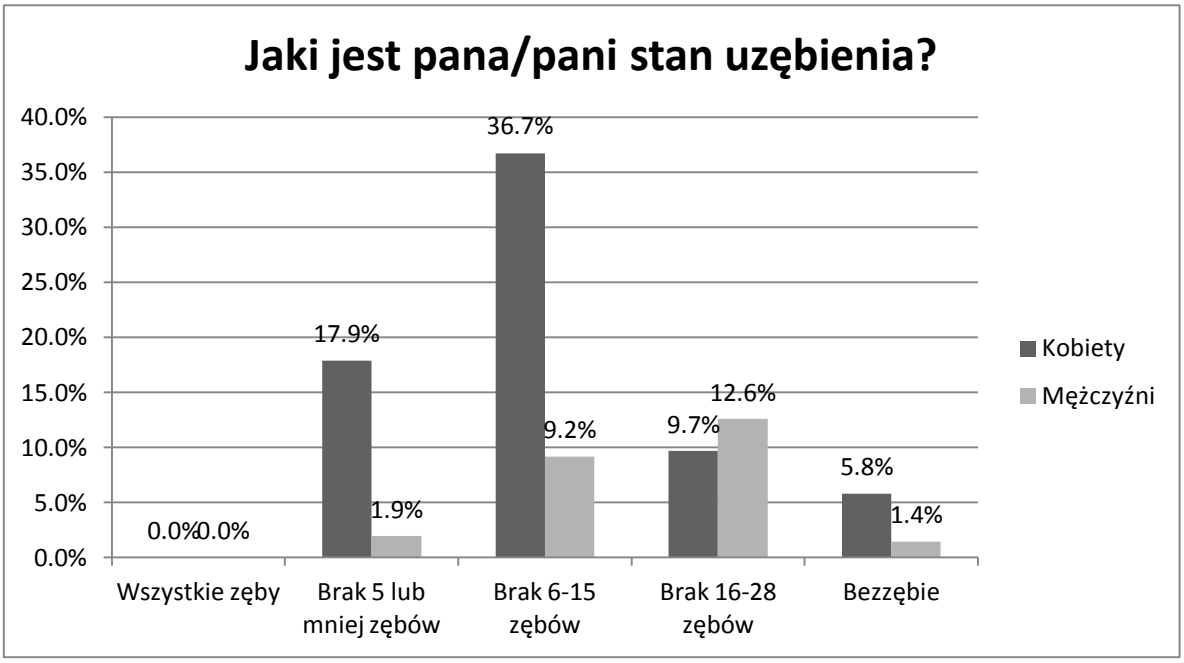
Żaden z ankietowanych nie posiadał pełnego uzębienia. Najczęściej zaznaczano brak 6-15 zębów - 36,7%, kobiet i 9,2% mężczyzn . Najwięcej (12,6%) panów wykazywało brak 16-28 zębów. Takie same braki stwierdzono u 9,7% kobiet. 7% chorych nie posiadała żadnych zębów. Nieznaczne braki w uzębieniu (brak 5 lub mniej zębów) stwierdzono wśród 17,9 % kobiet i 1,9% mężczyzn (Ryc. 6).



Rycina 4. Wykres procentowy obrazujący obecność nałogu palenia papierosów wśród ankietowanych.

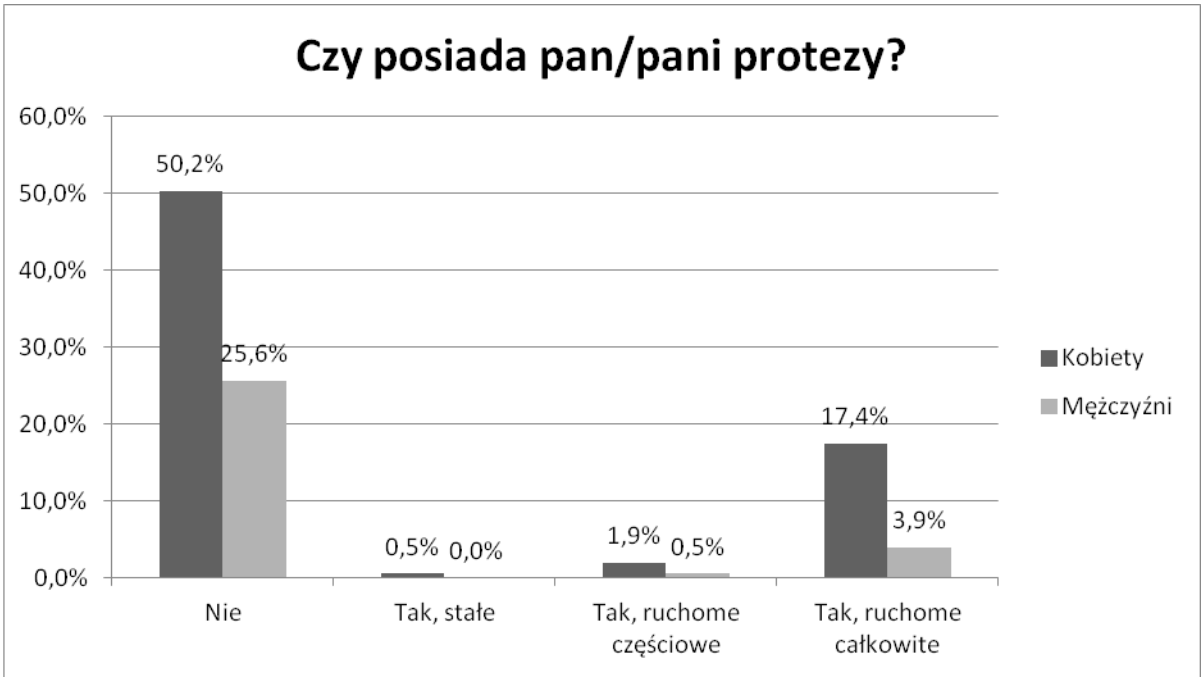


Rycina 5. Analiza procentowa odpowiedzi dotyczących dolegliwości ze strony jamy ustnej.



Rycina 6.Wykres procentowy obrazujący stan uzębienia wśród ankietowanych.

Używanie protez w większości przypadków stwierdzono u kobiet. 19,8% z nich posiadało protezy, w tym u 17,4% były to protezy ruchome całkowite, u 1,9% - protezy ruchome częściowe, a u 0,5% proteza stała. Mniejsza liczba panów posiadała protezy- jedynie 4,4%, gdzie 3,9% było protezami ruchomymi całkowitymi, 0,5% protezami ruchomymi częściowymi. Żaden z panów nie posiadał protezy stałej (Ryc. 7).



Rycina 7. Analiza procentowa odpowiedzi dotyczących używania i rodzaju protez.

Podstawowego narzędzia do higieny jamy ustnej używało 96,1% badanych, w tym 68,1% kobiet i 28% mężczyzn. Większość ankietowanych nie używała dodatkowych przyborów do higieny jamy ustnej. Narzędzi do czyszczenia przestrzeni międzyzębowych (szczoteczka do przestrzeni międzyzębowych, nić dentystyczna) używało jedynie 6% chorych, w tym 1% kobiet i 0,5% mężczyzn używających szczoteczek do przestrzeni międzyzębowych oraz 3,9% kobiet i 1% mężczyzn używających nici dentystycznych. 8,2% kobiet i 4,3% mężczyzn zadeklarowało używanie płynu do płukania jamy ustnej (Ryc. 8).



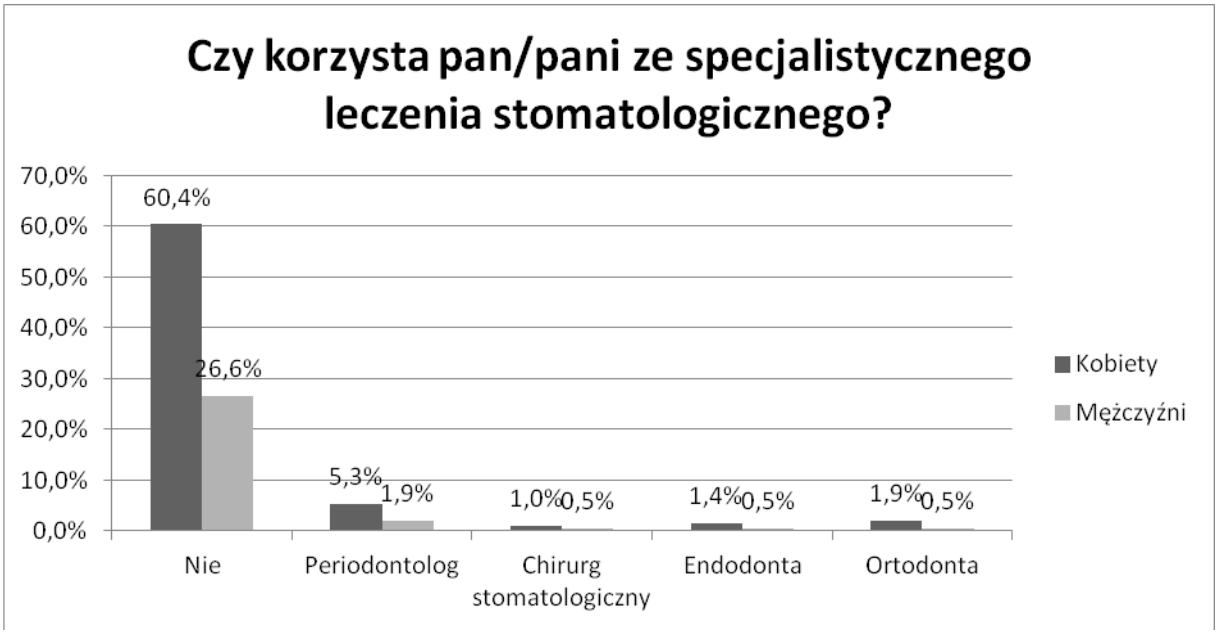
Rycina 8. Analiza procentowa odpowiedzi dotyczących używania dodatkowych przyborów do czyszczenia jamy ustnej.

Znaczna część, aż 87% (60,4% kobiet i 26,6% mężczyzn) nie korzystała ze specjalistycznego leczenia stomatologicznego. Jedynie 7% (5,3% kobiet i 1,9% mężczyzn) korzystało z pomocy lekarza periodontologa, z pomocy ortodonty - 1,9% kobiet i 0,5% mężczyzn. Do lekarza endodonty chodziło 1,4% kobiet i 0,5 mężczyzn, a do chirurga stomatologicznego 1% kobiet i 0,5% mężczyzn (Ryc. 9).

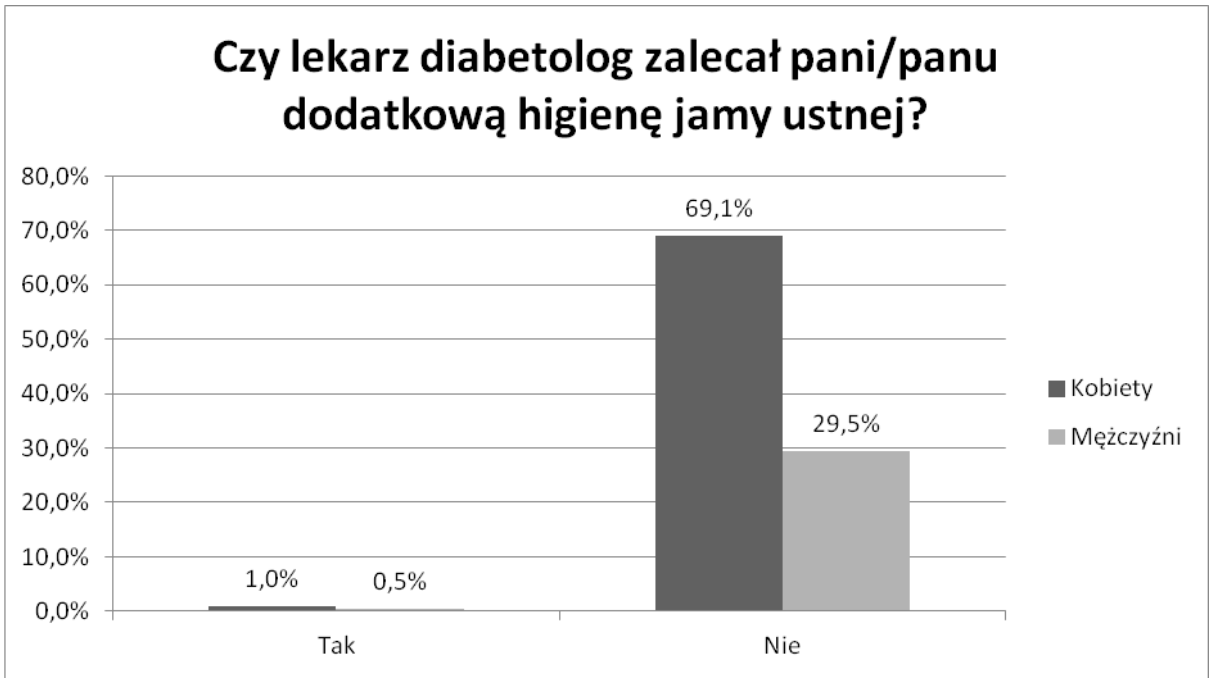
Lekarz diabetolog zazwyczaj nie zwracał uwagi na zdrowie jamy ustnej pacjentów. Taka sytuacja zaistniała u 98,5 % chorych. Jedynie 1,5% pacjentom (1% kobiet i 0,5% mężczyzn) zwrócono na to uwagę (Ryc. 10.)

W większości przypadków, częstość wizyt kontrolnych u stomatologa nie była regularna. Zazwyczaj chorzy udawali się po pomoc do stomatologa w przypadku silnego bólu

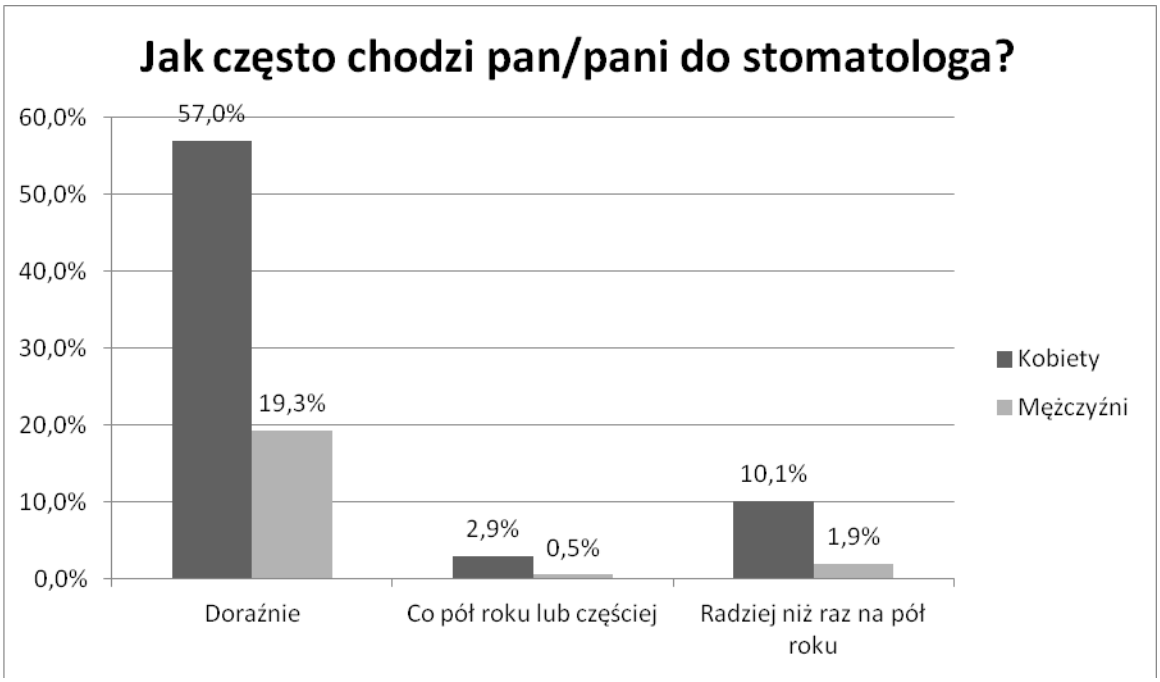
-78,3% chorych, w tym 57% to kobiet i 19,3% mężczyzn. Regularnie do stomatologa co pół roku chodziło 2,9% kobiet i 0,5% mężczyzn (Ryc. 11).



Rycina 9. Wykres procentowy obrazujący korzystanie ze specjalistycznego leczenia stomatologicznego.



Rycina 10. Analiza procentowa odpowiedzi dotyczących zaleceń dodatkowej higieny jamy ustnej u chorych na cukrzycę typu 2 przez lekarza diabetologa.



Rycina 11. Wykres procentowy obrazujący częstość wizyt kontrolnych u stomatologa

Dyskusja

Po przeanalizowaniu ankiet stwierdzono, że poziom świadomości prozdrowotnej i higiena jamy ustnej u znacznej liczby chorych jest niewystarczający. Wykazano zależność dobrego stanu zdrowia jamy ustnej od prawidłowej higieny.

Badania Bruzda-Zwiech i wsp. udowodniły, że u osób regularnie stosujących podstawowe zabiegi higienizacyjne wskaźniki krwawienia dziąseł i płytki nazębnej były niższe niż u osób, które o zdrowie jamy ustnej odpowiednio nie dbały [5].

W 1994 roku Szczurek i Grocholewicz prowadzili badania oceniające skuteczność programów profilaktyczno-oświatowych w zakresie higieny jamy ustnej. Według nich przekazywanie rzetelnej wiedzy prozdrowotnej i instruktaże higieny jamy ustnej pozwalają zrozumieć, jak duży wpływ na zdrowie jamy ustnej ma przestrzeganie higieny [6].

Większość ankietowanych zbyt rzadko dokonuje przeglądu jamy ustnej u lekarza stomatologa, a regularne kontrole to czynnik, który znacząco przekłada na zdrowie narządu żucia [7], do takich wniosków doszli w swojej pracy Marcinkowski i Świderska, którzy oceniali stan zdrowia jamy ustnej, a następnie badali relacje pomiędzy regularnymi wizytami u stomatologa a stosowaniem się do zasad codziennej higieny, czyli takich czynności, jak szczotkowanie zębów, nitkowanie oraz przepłukiwanie jamy ustnej odpowiednią płukanką. Pacjenci, którzy częściej odwiedzali gabinet stomatologa wykazywali większą sumienność i

samodyscyplinę w stosunku do osób, które gabinet stomatologa odwiedzały tylko sporadycznie, wynika to z mniejszej świadomości prozdrowotnej tych pacjentów.

Edukacja i promocja zdrowia mają zatem znaczący wpływ na zdrowie. Zaskakujące jest, że bardzo niewielu chorych zostało poinformowanych przez lekarza diabetologa o konieczności stosowania szczególnej higieny jamy ustnej. Średni czas zmagania się pacjentów z cukrzycą wynosił 15 lat, spośród całej grupy jedynie 3 osobom udzielono instruktażu dotyczącego dokładnej higieny jamy ustnej w celu ochrony przed powikłaniami. Wysoka edukacja chorego w zakresie właściwej higieny i zdrowia prowadzi do skuteczniejszego leczenia, mniejszej ilości powikłań, większej sprawności fizycznej, dłuższego życia, także do zmniejszenia zależności od lekarza, czyli większej swobody życia, ponadto rzadszych wizyt w laboratorium i przychodni, co skutkuje mniejszą absencją w pracy, większą ilością czasu wolnego i obniżeniem kosztów leczenia [8].

Według raportu wykonanego przez firmę Novo Nordisk we wrześniu 2011 roku, liczba osób chorych na cukrzycę w 2010 roku w Polsce to około 2,5 mln ludzi, z czego ponad 750 tys. z nich jeszcze o tym nie wie i w związku z tym nie są oni leczeni. Wyniki raportu ukazują, że podobnie, jak w naszych badaniach, ok. 80% chorych cierpi na choroby związane z układem sercowo-naczyniowym [9], które są jednymi z powikłań cukrzycy. Generują ogromne koszty związane z leczeniem niewspółmierne do kosztów profilaktyki cukrzycy. Chorzy na cukrzycę to grupa szczególnie narażona na problemy z przyzębiem, choroba to należy do właściwych czynników ryzyka w rozwoju *periodontiti*s [10].

Wykazano, że choroba ta wywiera bezpośredni wpływ na stan tkanek okołozębowych [11]. Wskazuje na to znaczący wzrost krwawienia dziąseł – 81,7 %, w stosunku do występowanie tej dolegliwości w zdrowej populacji polski 23,1% [12].

Niezmiernie ważnymi czynnikami są: stosowanie należytej higieny jamy ustnej i przeprowadzenie zabiegów profilaktycznych, które zapobiegają chorobom przyzębia. Stosowanie w/w zasad sprawia, że stan zdrowia przyzębia u chorych na cukrzycę nie różni się zasadniczo od osób zdrowych. Takie wnioski wypłynęły z pracy Almaz i wsp., którzy zajmowali się porównaniem występowania chorób przyzębia wśród osób zdrowych i pacjentów ze zdiagnozowaną cukrzycą typu 2 w wieku 24-64 lat [13]. Podobne wyniki otrzymały Stawicka-Wychowańska i Górska [14] stwierdziły, że pacjenci z cukrzycą są bardziej narażeni na występowanie choroby przyzębia, stwierdzono bowiem u nich większą destrukcję tkanek przyzębia i mniejszą liczbę zachowanych zębów, ponadto w grupie cukrzyków obserwowały większą głębokość kieszonek przyzębnych, co bezpośrednio wpływa na odkładanie się większej ilości płytki nazębnej.

Westfelt i wsp. prowadził pięcioletnie badania wśród dwóch grup, u pacjentów z cukrzycą typu 1 i 2 oraz u osób zdrowych, a następnie porównał pomiędzy nimi występowanie zapaleń przyzębia. U obu grup przed rozpoczęciem badań stwierdzono umiarkowane lub znaczne zapalenie tkanek okołozębowych. Badania rozpoczynały się wstępnym zachowawczym leczeniem periodontologicznym, składającym się z profesjonalnych zabiegów czyszczących, następnie przeprowadzany był instruktaż higieny jamy ustnej. Lekarz określał ilość zębów, głębokość kieszonek dziąsłowych oraz oceniał poziom przyczepu nabłonkowego. Podsumowując badania stwierdzono, że częstość nawrotów tej choroby w obu grupach była porównywalna [15].

Badanie przeprowadzone w Białymstoku na grupie chorych na cukrzycę dializowanych wykazały że stopień bezzębia jest większy u kobiet aniżeli u mężczyzn, jednak ilość zębów z wypełnieniami jest znacznie wyższa u kobiet, co świadczy o większej świadomości dotyczącej higieny jamy ustnej. Wśród cukrzyków dializowanych stwierdzono także większy stopień bezzębia - 22,5% [16] w stosunku do wyników naszych badań - 7,2%. Wpływ cukrzycy na stan uzębienia nie jest do końca poznany. Uważa się, że duże stężenie glukozy w ślinie i wydzielinie kieszonek dziąsłowych to główny czynnik wywołujący próchnicę, prowadzący do znacznego pogorszenia się stanu zębów, a ostatecznie powodujący konieczność ich ekstrakcji. Odnotowuje się też często przypadki wśród chorych zmniejszenia się ilości wydzielanej śliny i spadku jej pH. Wartość pH 5,5 jest wartością graniczną, do tej wartości ślina jest nasycona jonami wapnia i fosforu. Spadek poniżej pH 5,5 w jamie ustnej prowadzi do zwiększonego wypłukiwania tych jonów z hydroksyapatytów. Sprawia to, że tkanki twarde zęba, a zwłaszcza szkliwo są bardzo podatne na procesy próchnicowe [17].

Ważną rolę w procesie powstawania próchnicy przypisuje się podwyższonej obecności węglowodanów w diecie, które powodowały wzrost jej intensywności [18]. Noack i wsp. w swojej pracy w 2000 roku wykazał, że zwiększona częstość, z jaką cukrzycy spożywają posiłki, ma także wpływ na rozwój próchnicy [19]. W utrzymaniu prawidłowej higieny jamy ustnej wśród osób chorych na cukrzycę typu 2 mogą być wykorzystane preparaty fluorkowe i zawierające chlorheksydynę. Te pierwsze powodują wzrost stężenia fluoru w jamie ustnej, wskutek czego jony fluorkowe wbudowują się w hydroksyapatyty, przekształcając je w fluoroapatyty, które mają mniejszą rozpuszczalność w kwaśnym środowisku, powodując dodatkowo remineralizację szkliwa. Sprawiają, że jest ono bardziej odporne na powstanie ogniska próchnicy. Preparaty z chlorheksydyną uważane są za bardzo skuteczne substancje ograniczające powstawanie płytki nazębnej, nawet w przypadku zaniechania mechanicznego ich oczyszczania [20]. Oprócz działania bakteriobójczego i

bakteriostatycznego, odznacza się także hamującym wpływem na enzymy biorące udział w zapaleniach przyzębia: metaloproteinazy, katepsyny i elastazy, dzięki temu przyczynia się ona do ograniczenia stanu zapalanego dziąseł. Kondzielik i wsp. w oparciu o swoje badania proponują, oprócz zabiegów skalingu, oczyszczania i wygładzania powierzchni korzeni, zastosowanie preparatów zawierających małe dawki doksycykliny [21].

Przeprowadzone badania ankietowe wykazały, że istnieje duża potrzeba edukacji chorych w celu poprawy stanu zdrowia jamy ustnej poprzez instruktaż higieniczno-dietetyczny i poinformowania chorych o możliwościach profesjonalnych zabiegów higienicznych, przeprowadzanych w gabinecie stomatologicznym. Chorzy powinni udać się po pomoc do lekarza periodontologa w celu wykonania zabiegów oczyszczania, takich jak skaling i piaskowanie oraz dobrania odpowiedniego rodzaju szczoteczki i sposobu mycia zębów, aby nie traumatyzować tkanek przyzębia. Zmniejszenie nasilenia dolegliwości krwawiących dziąseł można uzyskać przy używaniu dodatkowych narzędzi, nici dentystycznej i szczoteczki do czyszczenia przestrzeni międzyzębowych oraz preparatów do płukania jamy ustnej z chlorheksydyną. Regularne wizyty kontrolne to niezbędny element higieny jamy ustnej konieczny do zachowania dobrego zdrowia narządu żucia.

Piśmiennictwo

1. Frączak B., Ziółkowska J., Ey-chmielewska H.: Częstość występowania stomatopatii protetycznych u pacjentów chorych na cukrzycę. Protet. Stomatol., 1999, 49, 311–315.
2. Dorocka-Bobkowska B., Zozulińska-Ziółkiewska D., Wierusz-Wysocka B., Hędzelek W., Szumala-Kąkol A., Budtz-Jőrgensen E.: Candida asociated denture stomatitis in type 2 diabetes mellitus. Diabetes Res. Clin. Pract, 2010, 7, 81–86.
3. Ervasti T., Knuuttila M., Pohjamo L., Haukipuro K.: Relation between control of diabetes and gingival bleeding. J. Periodontol., 1985, 56, 154-157.
4. Droździk A., Górnik W., Kurzawski M., Dembowska E., Trąbska-Świstelnicka M., Banach J.: Wpływ polimorfizmu genu interleukiny 18 (IL-18) na ryzyko wystąpienia zapalenia przyzębia. Czas Stomatol., 2008, 61, 473-479.
5. Bruzda-Zwiech A., Wochna-Sobańska M., Kacprzyk F., Zwiech R.: Nawyki higieniczne, a wskaźniki stanu zdrowia jamy ustnej u pacjentów po przeszczepie nerki. Nowa Stomatol, 2009, 1, 15-20.
6. Szczurek D., Grocholewicz K.: Ocena skuteczności programu profilaktyczno-oświatowego w zakresie higieny jamy ustnej, przyzębia i próchnicy zębów u najmłodszych dzieci szkolnych. Przegl. Stomatol. Wieku Rozwoj., 1994, 6-7, 115-117.

7. Marcinkowski J. T., Świderska J.: Przestrzeganie higieny jamy ustnej i jej znaczenie w utrzymaniu zdrowia jamy ustnej. Hygeia Public Health, 2011, 46, 83-88.
8. Kiszczak-Bochyńska E.: Edukacja chorego na cukrzycę jako zadanie lekarza rodzinnego. Med. Rodz., 1999, 2, 31-34.
9. Novo Nordisk.: Cukrzyca ukryta pandemia - sytuacja w Polsce. http://www.pfed.org.pl/files/novo_cukrzyca_ukryta_pandemia.pdf., data pobrania 2.09.2013.
10. Banach J.: Mechanizmy wpływu cukrzycy na choroby przyzębia i gojenie się ran – przegląd piśmiennictwa. Czas Stomatol., 2009, 62, 578-587.
11. Cristina de Lima D., Nakata G.C.: Oral manifestations of diabetes mellitus in complete denture wearers. J. Prosthet. Dent, 2008, 99, 60-65.
12. Górska R., Pietruska M., Dembowska E., i wsp.: Częstość występowania chorób przyzębia u osób w wieku 35–44 lat w populacji dużych aglomeracji miejskich. Dent. Med. Probl., 2012, 49, 19–27.
13. Almas K., Al-Lazzam S.: The effect of oral hygiene instructions on diabetic type 2 male patients with periodontal disease. J. Contempt. Dent. Pract., 2003, 15, 24-35.
14. Stawicka-Wychowańska R., Górska R.: Porównanie stanu tkanek przyzębia u pacjentów z chorobą przyzębia oraz chorobą przyzębia i współistniejącą cukrzycą. Nowa Stomatol., 2008, 3, 116-120.
15. Westfelt E.: Wyniki leczenia przyzębia chorych na cukrzycę. Badania 5-letnie. Mag. Stom., 1996, 6, 51-59.
16. Wilczyńska-Borawska M., Zbroch E., Małyszko J., i wsp.: Stan uzębienia i przyzębia chorych na cukrzycę pacjentów hemodializowanych z terenu północno-wschodniej Polski. Post. Nauk. Med., 2013, 3, 195-200.
17. Jankowska A. K., Waszkiel D., Kowalczyk A.: Ślina jako główny składnik ekosystemu jamy ustnej. Część I. Mechanizm wydzielania i funkcje. Wiad. Lek., 2007, 3-4, 148-154.
18. Kaczmarek U.: Etiologia próchnicy. [W:] Stomatologia zachowawcza. Zarys kliniczny, Jańczuk Z.(red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004, 201-227
19. Noack B., Jachman I., Roscher S.: Metabolic diseases and their possible link to risk indicators of periodontitis. J. Periodontol, 2000, 71, 898–903.
20. Dąbrowska E., Balunowska M., Letko M. i wsp.: Wpływ preparatów fluorkowych i chlorheksydynowych używanych do codziennej higieny na środowisko jamy ustnej. Ann UMCS Sect D, Sectio D, 2005, 60, 333-335.

21. Kondzielnik P., Gilowski Ł., Wiench R. i wsp.: Ocena skuteczności leczenia niechirurgicznego skojarzonego z zastosowaniem małych dawek doksycykliny u pacjentów z przewlekłym zapaleniem przyzębia oraz cukrzycą typu 2 – randomizowane badanie z podwójnie ślepą próbą. Dent. Med. Probl., 2009, 46, 411–416.

Dąbrowska Barbara[1], Onopiuk Paweł[1], Czubaczyński Marcin[1], Dąbrowska Zofia[1], Kisiel Magda[1], Nowaszewska Beata[1], Sawicka Katarzyna[1], Dąbrowska Ewa[2]

Kserostomia – przegląd literatury

1. Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Stomatologii Społecznej i Profilaktyki Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.
2. Zakład Stomatologii Społecznej i Profilaktyki, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Suchość jamy ustnej lub kserostomia definiowana jest jako zmniejszenie ilości wydzielanej śliny z towarzyszącym uczuciem suchości w jamie ustnej. To częsty problem osób przewlekle chorych, zwłaszcza w wieku podeszłym. Zaburzenie prawidłowej pracy gruczołów ślinowych może być objawem chorób ogólnoustrojowych, ale często jest efektem ubocznym stosowanego leczenia. Objawy kserostomii powodują pogorszenie jakości życia chorego, zwiększenie podatności na infekcje jamy ustnej oraz utrudnienie mówienia i połykania. Stopień zaawansowania można oceniać stosując testy sialometryczne lub za pomocą Inwentarza Kserostomii. Ma to szczególne znaczenie w monitorowaniu skuteczności terapii. W leczeniu suchości w jamie ustnej istotne znaczenie mają higiena i pielęgnacja błon śluzowych oraz środki i preparaty pobudzające wydzielanie gruczołów ślinowych. W przypadku braku odpowiedzi komórek gruczołowych na stymulację zaleca się substytuty śliny [1].

Wyróżniamy dwie odmiany kserostomii:

- prawdziwą (*xerostomia prmiaria*, *vera*- wyniakającą z upośledzenia pracy gruczołów ślinowych)
- rzekomą (*xerostomia spuria, symptomatica* - przy zachowanej prawidłowej sekrecji ze ślinianek dochodzi do suchości w jamie ustnej).

Pojęcia te nie mogą być stosowane wymiennie. Ślina jest w 90% wytworem dużych gruczołów ślinowych a reszta pochodzi z małych gruczołów umieszczonych w błonie śluzowej policzków, warg, podniebienia, języka i gardła. Ślinianka przyuszna (największy gruczoł) wydziela głównie ślinę surowiczą. Natomiast podjęzykowa i podżuchwowa wydziela ślinę śluzowo-surowiczą. Spowodowane jest to większą ilością komórek śluzowych niż surowiczych w tych gruczołach. Jama ustna jest nawilżana śliną w trakcie żucia, poruszania językiem czy ruchów mimicznych. Składa się z wody w 99%, składników organicznych i nieorganicznych. Nie można podać stałych wartości składu śliny, ponieważ zależą one od

wieku, stanu zdrowia, leków i rodzaju pobudzenia sekrecji. Gruczoły ślinowe do jamy ustnej wydzielają ślinę surowiczą, gruczołową oraz mieszaną. Ma ona różne funkcje w jamie ustnej jak: wstępną obróbkę i przygotowanie pokarmu do połknięcia, odczucia smakowe, wstępne trawienie (amylaza ślinowa i maltaza), funkcję buforową (utrzymanie pH 6,8-7,2), wydalniczą, nawilżającą błonę śluzową, ochronną i działanie przeciwbakteryjne (laktoferryna, lizozym, mucyny, histatyny). Dodatkowo ślina ma funkcję demineralizującą szkliwo zębów poprzez składniki jak : jony wapnia, fosforany, staterynę, białka anionowe bogate w pralinę oraz jony fluoru dostarczane egzogennie przez pasy i płukanki [2, 3, 4, 5].

Prawidłowe wydzielanie śliny niestymulowanej wynosi od 0,25ml/min do 0,35ml/min a stymulowanej śliny od 1,0ml/min do 3,0ml/min. Zmniejszone wydzielanie śliny niestymulowanej jest mniejsze od 0,1ml/min a stymulowanej od 0,7ml/min. Wraz z wiekiem w procesie fizjologicznym dochodzi do redukcji komórek wydzielniczych gruczołów ślinowych., co prowadzi do zmniejszonej sekrecji śliny. Problem ten głównie dotyczy kobiet w okresie menopauzalnym i ludzi starszych po 65 roku życia. Stwierdzono również ten proces u 20% ludzi w wieku 18-34 lat.

Czynniki wywołujące kserostomię można podzielić na:

- ogólne: Zespół Sjögrena, Choroba Mikulicza, sarkoidoza, stres, leki, gorączka, odwodnienie, wymioty, biegunka, nadczynność tarczycy, cukrzyca typu I, AIDS, kamica i zapalenie gruczołów ślinowych, niedokrwistość Addisona-Biermera, zespół Parkinsona, choroba Alzheimera, awitaminoza (głownie B1, B2, B6, B12), reakcja odrzucenia po przeszczepach GvHD.
- miejscowe: palenie tytoniu, użytkowanie protez całkowitych, ustny tor oddychania, radioterapia.

Głównym efektem zmniejszonego wydzielania śliny jest wzrost podatności błony śluzowej na urazy i infekcje. Towarzyszy temu uczucie pieczenia przy spożywaniu ostrych, słonych i kwaśnych pokarmów, alkoholu i gorących napoi. Wrażliwość smakowa jest ograniczona a żucie i połykanie utrudnione. Dochodzi do zaawansowania procesów próchnicowych i zwiększonego niszczenia zębów i przyzębia. W konsekwencji próchnica przebiega intensywniej, obejmując wiele zębów. Odkładająca się płytka nazębna, na skutek złej higieny osób starszych, pogłębia procesy destrukcji tkanek twardych i miękkich jamy ustnej. Noszenie protez, charakterystyczne dla osób w podeszłym wieku, jest nie komfortowe i może spowodować dolegliwości bólowe z powodu otarć, nieprawidłowego nawilżania i wypłukiwania resztek pokarmowych. Pacjenci, użytkujący protezy, uskarżają się głównie na trudności w przyjmowaniu i rozdrabnianiu pokarmów, co wiąże się z koniecznością częstego

popijania pomiędzy kęsami. Kserostomii towarzyszy dysgeusia z przewagą smaku gorzkiego i słonego, fetor ex ore, pieczenie języka i warg- BMS (burning mouth syndrome. Powstają szczeliny i pęknięcia warg predysponujące do miejscowych nadkażeń. Błona śluzowa jest najczęsciej sucha, blada, popękana z utratą połysku. Występuje również zapalenie kątów ust, kandydoza, pobrużdżenie i atrofia brodawek języka. Trudność użytkowania protez całkowitych (słaba retencja, przemieszczenia protezy uszkadzają błonę śluzową powodując owrzodzenia), mogą powodować częste infekcje błony śluzowej i duży dyskomfort u pacjenta. Niedobory pokarmowe wynikające z braku lub utrudnienia procesu żucia mogą prowadzić do zaburzeń metabolicznych, osłabienia organizmu i awitaminoz. Dlatego, ważne jest, w procesie profilaktyczno-leczniczym takiemu pacjentowi zahamować wcześniej proces chorobowy [2, 3].

Zespół Sjögrena to choroba o podłożu autoimmunologicznym. W wyniku obecności przeciwciał skierowanych przeciwko komórkom przewodów wyprowadzających (przeciwciał Ro antySSA i La antySSB) oraz czynnika reumatoidalnego, dochodzi do destrukcji pęcherzyków wydzielniczych z towarzyszącym naciekiem limfocytarnym. Powoduje to zmieszenie wydzielania śliny oraz uczucie suchości i dyskomfortu. W przypadku zespołu Sjögrena, oprócz kserostomii, obserwujemy klasyczną triadę objawów: suchość gałki ocznej, suche zapalenie spojówki i rogówki [6, 7, 8].

Jednym z powodów występowania kserostomii jest przyjmowanie leków z powodu różnych chorób, których działaniem ubocznym jest zaburzenie wydzielania śliny i suchość jamy ustnej. Mogą być to farmaceutyki na chorobę Parkinsona, na niewydolność nerek i inne. Długotrwałe przyjmowanie leków może prowadzić do ograniczenia wydzielania śliny lub nawet jej zatrzymania. Po odstawieniu leków dochodzi do całkowitego odwrócenia niekorzystnych efektów. Literatura podaje ponad 400 leków, których przyjmowanie skutkuje powstaniem tej dolegliwości. Głównymi lekami wywołującymi kserostomię są:

- leki o działaniu moczopędnym (chlorotiazdy, hydrochlorotiazyd)
- leki przeciwdepresyjne (amitryptylina, imipramina)
- leki przeciwhistaminowe (klemastyna)
- neuroleptyki (pochodne fenotiazyny, butyrofenonu, tioksantenu)
- leki rozszerzające oskrzela (β2-adrenomimetyki, sterydy wziewne, cholinolityki wziewne)
- leki anksjolityczne (pochodne benzodiazepin: diazepam)
- leki cholinolityczne (atropina, skopolamina)

- leki hipotensyjne (antagoniści konwertazy angiotensyny: enalapril, captopril)
- opioidy (morifna, kodeina, petydyna)
- leki stymulujące układ immunologiczny (interferon alfa)

Podczas choroby nowotworowej, okolicy głowy i szyi, większość pacjentów jest napromieniowana. Radioterapia nowotworów głowy i szyi jest drugim głównym czynnikiem wywołującym kserostomię. Podczas napromieniania dochodzi do lizy komórek gruczołów ślinowych i zaburzenia ich funkcji. Rozmiar zmian uzależniony jest od absorbowanej dawki promieniowania, czasu ekspozycji oraz obszaru objętego napromieniowaniem. Bezpośrednio po terapii obserwuje się spadek sekrecji śliny o 60%. 70 Gy u 64% pacjentów powoduje kserosotmię utrzymującą się przez 3 lata. Radioterapia również może doprowadzić do martwicy popromiennej i do nieodwracalnych zmian w gruczołach ślinowych. Suchość jamy ustnej również może towarzyszyć przy przyjmowaniu cytostatyków. Bardzo ważna jest zwiększona profilaktyka choroby próchnicowej poprzez dodatkowe płukanie roztworami chlorheksydyny oraz płukankami zawierającymi fluorki [6, 7, 8, 9, 10, 11].

Uciążliwym powikłaniem suchości jamy ustnej oraz zaburzeniem układu odpornościowego i mechanicznej bariery jest zapalenie grzybicze. Spowodowane jest oportunistycznymi drożdżakami *Candida albicans, Candida krusi, Candida tropicallis, Candida stellatoideum*. Drożdżaki te stale rozmnażają się w jamie ustnej na błonie śluzowej, a następnie są usuwane wraz ze śliną. Przy zmniejszonym jej wydzielaniu, zaburzona jest równowaga ekologiczna, dochodzi do ich inwazji. Kandydoza jamy ustnej towarzyszy często chorobom układowym jak cukrzyca czy innym zaburzeniom endokrynologicznym i osłabiających odporność ogólną i miejscową. W przypadku zakażenia drożdżakami leczenie jest bardzo trudne, długotrwałe i nie gwarantujące wyleczenia choroby. Początkowo leczenie można zacząć od środków jak: chlorheksydyna 0,1-0,2% w roztworze wodnym, Povidone - iodine, Betadine 1% roztwór do płukania, Betaisodona 10% maść. Gdy nie wystarczają, trzeba zastosować antybiotykoterapię miejscową poprzez pędzlowanie Nystatyną, bądź Amfoterycyną B w postaci 3% kremu. Dodatkowo można dodawać te antybiotyki na powierzchnię protez szczególnie u ludzi starszych, u których często dochodzi do zaniedbania higieny protez na skutek ograniczeń psycho-ruchowych [12, 13, 14].

Kserostomię, która jest częściowo odczuciem subiektywnym, można zdiagnozować poprzez przeprowadzenie wywiadu podmiotowego, przedmiotowego pacjenta, a także specjalnych testów w celu dokładnej weryfikacji i oznaczenia choroby [15]:

- Test Foksa (badanie 10 pytań podmiotowych w kierunku kserostomii)

- Testy sjalometryczne:
  Pomiar ilości śliny stymulowanej (s-SFR)
  Pomiar ilości śliny niestymulowanej (u-SFR)
  Badanie wydzieliny gruczołów podniebiennych (PAL)
  Badanie poziomu wydzielania ślinek przyusznych (PAR)
  Ocena suchości błony śluzowej
- Test Schrimera
- Test opłatkowy
- Test lusterkowy – obejmuje 3-stopniową skalę
  I brak oporu podczas przesuwania lusterka po błonie śluzowej
  II mały opór podczas przesuwania lusterka po błonie śluzowej
  III znaczny opór podczas prób przesuwania lusterka po błonie śluzowej
- Analiza biochemiczna śliny
- Sialografia gruczołów ślinowych
- Scyntygrafia przy zastosowaniu technetu Tc-99m
- Tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny gruczołów ślinowych

Leczenie kserostomii nie jest prostym zadaniem, wiec należy zacząć od ustalenia etiologii choroby, edukacji pacjenta i rodziny by osiągnąć jak najlepszy efekt terapeutyczny. Priorytetem jest systematyczna higiena jamy ustnej, właściwa dieta (unikanie suchych, kwaśnych i słonych pokarmów) oraz unikanie kawy, tytoniu i alkoholu. Kęsy pokarmowe powinny być, miękkie, nawilżone, drobne i żute dokładnie, tak aby jak najbardziej pobudzić ślinianki do sekrecji śliny. Jeśli to możliwe, wyeliminować leki, bądź zachodzące między nimi interakcje, wywołujące kserostomię. U pacjentów poddawanych radioterapii wskazane jest zastosowanie amifostyny (chroniącej przed uszkodzeniem komórek) oraz chlorowodorku pilokarpiny w dawce 2,5-10 mg. Stosuje się leki działające na układ przywspółczulny powodujące zwiększone wydzielanie śliny: pilokarpina, cewimelina, fizostygmina. Terapia miejscowa polega na stosowaniu różnych środków bezpośrednio na błonę śluzową jamy ustnej jak: pasty do zębów z zawartością 4% betainy lub 1% laurylosiarczanu sodu, czy preparaty z chlorheksydyną. Poprawę jakości życia uzyskuje się poprzez stosowanie substytutu śliny w postaci: żeli (Biotene, Oral Balance), aerozoli (Glandosome Spray), tabletek do ssania (Saliva Orthana Lozenge), płukanek czy gum do żucia. U pacjentów używających uzupełnienia protetyczne zalecane są: Salivarex - płyn do rozpylania z karboksymetylocelulozą, Vivo-Dental - żel zawierający enzymatyczny system

przeciwbakteryjny, Si-Dent – płyn w aerozolu z układem silikon/poloksamer. Dodatkowo u pacjentów z silnie rozwiniętą próchnicą silna terapia fluorkowa (płukanki, substytuty śliny z fluorkiem sodu). W codziennej higienie można stosować płukanki ziołowe z siemienia lnianego, kwaitu malwy i prawoślazu. u pacjentów z resztkową sekrecją śliny można z powodzeniem stosować gumy do żucia bez cukru, gdyż u pacjentów z całkowitym brakiem wydzielania śliny są one tak samo przydatne jak produkty śliny zastępczej. Potwierdzono to w badaniach klinicznych dr Kerr'a i wsp. [16,17]. Aby pobudzić jak największe wydzielanie śliny, można zalecić pacjentowi oprócz leków lub farmakologicznych substancji ślinozastępczych, gumy bez cukru, bezcukrowe landrynki i cukierki. W tych produktach najczęściej występują substancje słodzące: aspartam, xylitol, sacharyna, sorbitol. Mają one właściwości pobudzające ślinianki do sekrecji śliny, a xylitol dodatkowo działa przeciwpróchnicowo. Innym związkiem stosowanym w kserostomii, może być kwas jabłkowy zawarty w owocowych tabletkach bez cukru. Suszone owoce przeżuwane dłużej stymulują ślinianki, ale dodatkowo mogą spowodować wyższe ryzyko powstania próchnicy [18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25]. Pacjenci powinni unikać produktów spożywczych o niskim, kwaśnym pH jak kawa (pH 5.0), napoje gazowane (pH 2.6), alkohol i napoje energetyczne [26, 27], ponieważ w kserostomii zaburzona jest funkcja buforowa śliny, a ciągłe niskie pH powoduje szybszy rozwój próchnicy. Pacjenci powinni zgłaszać się do stomatologa, co pół roku. Pacjenci cierpiący na zespół suchości jamy ustnej nie są ograniczeni w stosowaniu uzupełnień protetycznych, zakładania implantów i odbudowy estetycznej, ale są osobami podlegającymi dokładniejszemu badaniu, zmuszonymi do częstszych wizyt kontrolnych i profesjonalnej higienizacji [28, 29, 30, 31, 32].

Podsumowując, należy podkreślić, że czynnikami wywołującymi kserostomię są nie tylko zmiany fizjologiczne towarzyszące starzeniu się organizmu, ale również leki, czynniki miejscowe oraz ogólnoustrojowe. Terapia zespołu suchości jamy ustnej ma głównie na celu poprawę jakości życia chorego oraz niedopuszczenie do powstania kandydozy, owrzodzeń, zmian zapalnych błon śluzowych, tkanek przyzębia i zębów. Stosowanie preparatów ślinozastępczych powoduje podniesienie komfortu życia, a tym samym lepsze samopoczucie pacjenta. Brak jest na rynku idealnego preparatu ślinozastępczego, który mógłby w pełni zastąpić naturalną ludzką ślinę (funkcję nawilżania, trawienia, bakteriobójczą, immunologiczną). Spośród licznych środków stosowanych miejscowo jak pasty, żele, płukanki żaden nie okazał się na tyle skuteczny, aby suchość ustąpiła całkowicie. Leczenie kserostomii w dzisiejszych czasach jest leczeniem wielospecjalistycznym i zespołowym.

Piśmiennictwo

1. Pichór A., Doboczyńska A.: Suchość jamy ustnej - niedoceniany problem, Medycyna Paliatywna w Praktyce, 2008, 2, 26-28.
2. Moss S: Rola śliny w utrzymaniu zdrowia jamy ustnej. Stom. Współcz., 1994, 2, 154-158.
3. Wincewicz-Pietrzykowska A, Fabiszewski R: Ślina- rola biologiczna, skład i mechanizm wydzielania. cz. I, Czas. Stomatol., 1984, 37, 411-415.
4. Wincewicz-Pietrzykowska A, Fabiszewski R: Ślina- rola biologiczna, skład i mechanizm wydzielania. cz. II., Czas. Stomatol., 1984, 37, 581-587.
5. Jańczuk Z, Szymaniak E: Próchnica zębów. Biblioteka Stomatologa. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 1994.
6. Thanou-Stavraki A., James J.A.: Primary Sjogren's syndrome: current and prospective therapies. Semin. Arthritis. Rheum., 2008, 37, 273.
7. Wu A.J.: Optimizing dry mouth treatment for individuals with Sjögren's syndrome. Rheum. Dis. Clin. North. Am., 2008, 34, 1001.
8. Hay K.D., Thomson W.M.: A clinical trial of the anticaries efficacy of casein derivatives complexed with calcium phosphate in patients with salivary gland dysfunction. Oral Surg. Oral. Med. Oral. Pathol. Oral. Radiol. Endod., 2002, 93, 271.
9. Orzechowska – Juzwenko K., Kotlarek-Haus S.: Chemioterapia nowotworów, Wydawnictwo PZWL, Warszawa, 1990, 205.
10. Furness S., Worthington H.V., Bryan G. et al.: Interventions for the management of dry mouth: topical therapies. Cochrane Database Syst. Rev. 2011, :CD008934.
11. Fox P.C., Cummins M.J., Cummins J.M.: A third study on the use of orally administered anhydrous crystalline maltose for relief of dry mouth in primary Sjögren's syndrome. J. Altern. Complement. Med., 2002, 8, 651.
12. Spiechowicz E.: Grzybice jamy ustnej. Med. Tour Press. Warszawa, 1998, 54.
13. Hernandez Y.L., Daniels T.E.: Oral candidiasis in Sjögren's syndrome: prevalence, clinical correlations, and treatment. Oral Surg. Oral. Med. Oral. Pathol., 1989, 68, 324.
14. Daniels T.E., Fox P.C.: Salivary and oral components of Sjögren's syndrome. Rheum. Dis. Clin. North. Am., 1992, 18, 571.
15. Papas A.S., Joshi A., MacDonald S.L. et al.: Caries prevalence in xerostomic individuals. J. Can. Dent. Assoc., 1993, 59, 171.

16. Kerr A.R., Corby P.M., Shah S.S. et al.: Use of a mucoadhesive disk for relief of dry mouth: a randomized, double-masked, controlled crossover study. J. Am. Dent. Assoc., 2010, 141, 1250.
17. Aframian D.J., Mizrahi B., Granot I., Domb A.J.: Evaluation of a mucoadhesive lipid-based bioerodable tablet compared with Biotène mouthwash for dry mouth relief--a pilot study. Quintessence Int., 2010, 41, 36.
18. Fox R.I., Stern M., Michelson P.: Update in Sjögren syndrome. Curr. Opin. Rheumatol., 2000, 12, 391.
19. Hay K.D., Morton R.P.: The efficacy of casein phosphoprotein-calcium phosphate complex (DC-CP) [Dentacal] as a mouth moistener in patients with severe xerostomia. N. Z. Dent. J., 2003, 99, 46.
20. Banting D.W., Papas A., Clark D.C., et al.: The effectiveness of 10% chlorhexidine varnish treatment on dental caries incidence in adults with dry mouth. Gerodontology, 2000, 17, 67.
21. Zero D.T.: Are sugar substitutes also anticariogenic? J. Am. Dent. Assoc., 2008, 139, Suppl: 9S -10S.
22. Ly K.A., Milgrom P., Rothen M.: Xylitol, sweeteners, and dental caries. Pediatr. Dent., 2006, 28, 154.
23. Ly K.A., Riedy C.A., Milgrom P. et al.: Xylitol gummy bear snacks: a school-based randomized clinical trial. BMC Oral Health, 2008, 8, 20.
24. Burt B.A: . The use of sorbitol- and xylitol-sweetened chewing gum in caries control. J. Am. Dent. Assoc., 2006, 137, 190.
25. Söderling E.: Controversies around Xylitol. Eur. J. Dent., 2009, 3, 81.
26. Rugg-Gunn A.J., Maguire A., Gordon P.H. et al.: Comparison of erosion of dental enamel by four drinks using an intra-oral applicance. Caries. Res., 1998, 32, 337.
27. Pedersen A.M., Bardow A., Nauntofte B.: Salivary changes and dental caries as potential oral markers of autoimmune salivary gland dysfunction in primary Sjogren's syndrome. BMC Clin. Pathol., 2005, 5, 4.
28. Daniels T.E., Wu A.J.: Xerostomia--clinical evaluation and treatment in general practice. J. Calif. Dent. Assoc., 2000, 28, 933.
29. Wu A.J.: The oral component of Sjögren's syndrome: pass the scalpel and check the water. Curr. Rheumatol. Rep., 2003, 5, 304.

30. Isidor F., Brøndum K., Hansen H.J. et al.: Outcome of treatment with implant-retained dental prostheses in patients with Sjögren syndrome. Int. J. Oral. Maxillofac. Implants., 1999, 14, 736.
31. Bornstein M.M., Cionca N., Mombelli A.: Systemic conditions and treatments as risks for implant therapy. Int. J. Oral. Maxillofac. Implants., 2009, 24, Suppl:12-27.
32. Wood M.R., Vermilyea S.G.: Committee on Research in Fixed Prosthodontics of the Academy of Fixed Prosthodontics. A review of selected dental literature on evidence-based treatment planning for dental implants: report of the Committee on Research in Fixed Prosthodontics of the Academy of Fixed Prosthodontics. J. Prosthet. Dent., 2004, 92, 447.

Sewastianik Michał[1], Arciszewska Magda[1], Dąbrowska Ewa[2], Frątczak Patrycja[1], Iwaniuk Justyna[1], Jasionowska Anna[1], Kosk Olga[1], Koroluk Paulina[1], Laszewicz Joanna[1], Nowaszewska Beata[1], Mackiewicz Karolina[1], Podlińska Klaudia[1], Sobolewska Aneta[1], Wyrzykowska Karolina[1], Zwierzchowska Marta[1], Żuk Kornelia[1]

Pielęgnacja protez wśród pacjentów po 60 roku życia

1. Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Stomatologii Społecznej i Profilaktyki Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.
2. Zakład Stomatologii Społecznej i Profilaktyki, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp

Starość i jej postrzeganie zależy od tego w jaki sposób dana osoba postrzega siebie. Osoby pogodne i zdrowe rzadziej będą postrzegać siebie jako stare. Dlatego też tak ważnym jest zachowanie dobrostanu fizycznego. Zachowane własne uzębienie lub posiadane prawidłowe uzupełnienia protetyczne, a także brak dolegliwości ze strony zębów, tkanek przyzębia i błony śluzowej jamy ustnej warunkują prawidłowe funkcje odżywiania, zapewniają estetyczny wygląd, zapobiegają zaburzeniom psychicznym — depresji czy kancerofobii oraz wpływają na jakość komunikacji międzyludzkiej [1].

Długość życia stale rośnie. W 1980 roku 16,27% społeczeństwa stanowiło osoby po 60 roku życia, natomiast w 2011 roku, już aż 19,89% społeczeństwa stanowiło tę grupę społeczną [2]. Świadczy to wyraźnie o stale postępującym starzeniu się ludności. Oprócz liczby osób po 60 roku życia, wzrasta też średnia długość życia. W 1980 roku średnia długość życia wynosiła dla mężczyzn 68,01 lat, a dla kobiet 74,44 lat. Natomiast w 2011 wzrosła do 72,44 lat u mężczyzn i 80,90 lat u kobiet. Potwierdza to teorię Toma Kirkwooda, mówiąca, że w społeczeństwach zachodnich długość życia od 200 lat przyrasta średnio o 2 lata na dekadę. Zmiana struktury społecznej wynika ze stale wydłużającej się długości życia, co jest powodowane poprawa warunków życia, sposobu odżywiania, lepszej diagnostyki oraz szerszego dostępu do opieki medycznej, jak i stale malejącym przyrostem naturalnym. Agenda ONZ, United Nations [3] szacuje, ze w 2050 roku ponad 30% polskiego społeczeństwa będą stanowić osoby starsze. Tworzy to ogromna liczbę osób wymagających specjalistycznej opieki gerostomatologicznej.

Problem zdrowia i higieny jamy ustnej u tych osób traktowany jest jako problem drugorzędny, a przecież na pojęcie zdrowia składa się nie tylko brak choroby, lecz także dobrostan fizyczny, umysłowy i społeczny. Zaniedbanie higieny jamy ustnej może w

konsekwencji prowadzić do zaburzeń w wyżej wymienionych sferach życia. U osób po 60 roku życia, pogorszenie się stanu zdrowia jamy ustnej jest akceptowane przez nich jako nieodłączny aspekt procesu starzenia. Jest ono spowodowane niedostateczną wiedzą na temat higieny i profilaktyki stomatologicznej oraz możliwości rehabilitacji narządu żucia, a przecież proste czynności jakimi są szczotkowanie zębów i czyszczenie protezy bezpośrednio wpływają na zdrowie jamy ustnej. Natomiast zdrowie w tej sferze życia wpływa na ogólny stan każdego człowieka [4]. Piękny uśmiech zawsze będzie powodem do radości.

Cele i założenia

Celem przedstawionej pracy jest analiza i ocena zachowań dotyczących higieny protez i zachowań prozdrowotnych, ponieważ stale rosnąca liczba osób w podeszłym wieku wymaga określenia zapotrzebowania na opiekę stomatologiczną.

Oceniliśmy wiedzę stomatologiczną w zakresie higieny jamy ustnej, a także oceniliśmy potrzeby w zakresie usług stomatologicznych pacjentów w wieku powyżej 60 lat.

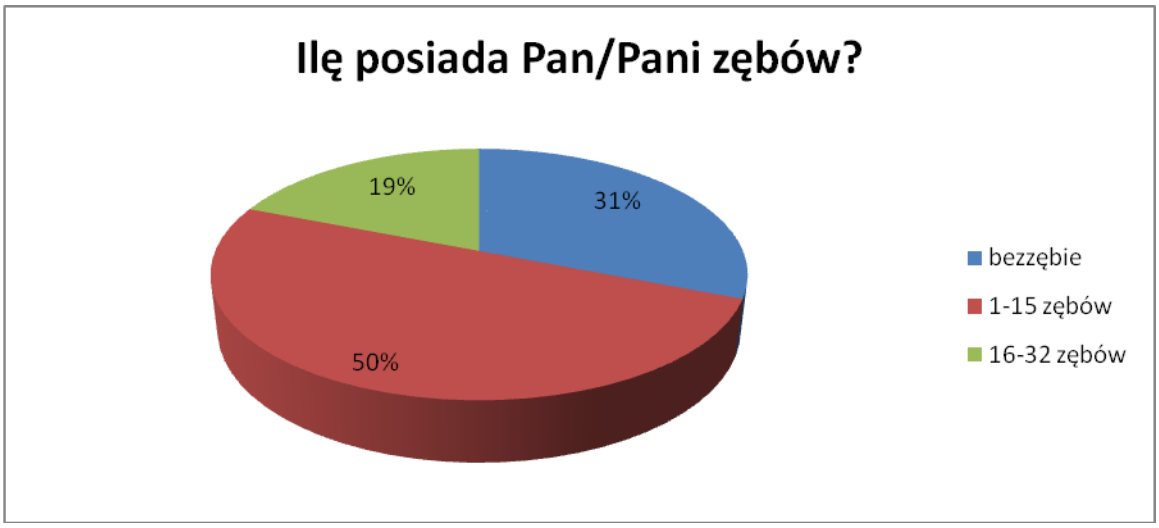
W oparciu o dane dotyczące zachowań prozdrowotnych pacjentów oraz dzięki ich opracowaniu, chcemy usystematyzować nawyki higieniczne dotyczące pielęgnacji protez. Na podstawie oceny ankiety chcemy zwrócić uwagę na konieczność zwiększenia świadomości pacjentów na temat zachowania prawidłowej higieny protezy dzięki czemu będą dłużej służyć pacjentom. Wzrośnie również komfort ich stosowania, a także wydłuży się ich estetyczny wygląd co przełoży się na wzrost komfortu życia i jego długości

Materiały i metody

Badaniem objęto osoby obu płci, które przekroczyły 60 rok życia. Do badania wykorzystano własną ankietę, która była anonimowa i wymagała zgody osoby ankietowanej. Badaniem ankietowym objęto 299 osób na przełomie lat 2011/2012 Pytania dotyczyły ogólnego stanu zdrowia pacjentów, nawyków higienicznych, nałogów, liczby zdrowych zębów, obecności protez. Osoby prowadzące sondę badały stan jamy ustnej w oświetleniu sztucznym przy pomocy podstawowego zestawu stomatologicznego oraz obecność i stan przyborów do higieny jamy ustnej. Pytania zawarte w ankiecie pozwalały na subiektywną ocenę stanu jamy ustnej przez samego pacjenta. Odczucia ankietowanych konfrontowane były z obiektywną opinią studenta stomatologii przeprowadzającego test. Wyniki zostały przedstawione w postaci analizy procentowej na rycinach i skonfrontowane z artykułami naukowymi zamieszczonymi w czasopismach stomatologicznych w dyskusji.

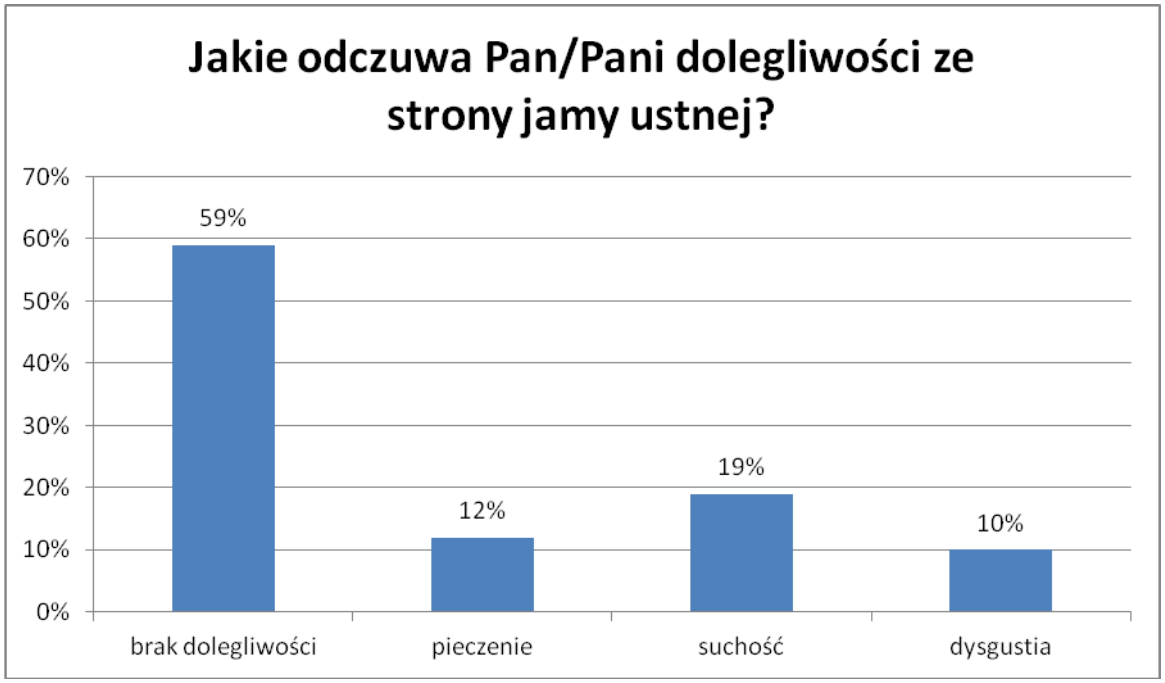
Wyniki

Analizę procentową odpowiedzi ankietowanych na zadane pytania przedstawiono w postaci rycin.



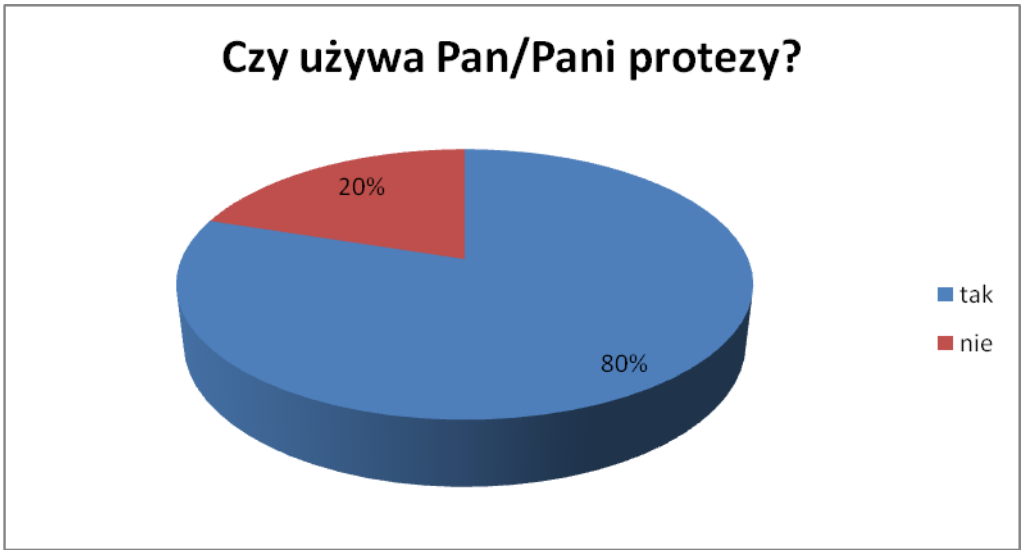
Rycina 1. Analiza procentowa ilości obecnych zębów własnych osób ankietowanych.

U połowy badanych stwierdza się obecność 1-15 zębów, u prawie jednej trzeciej (31%) odnotowuje się całkowite bezzębie, 19% ankietowanych zachowało 16-32 zębów.



Rycina 2. Analiza procentowa zgłoszonych dolegliwości ze strony jamy ustnej.

Największa część ankietowanych odczuwała suchość w jamie ustnej. Dużo mniej osób uskarżało się na palenie błony śluzowej lub zaburzenia smaku. Blisko 60% ankietowanych nie odczuwa żadnych dolegliwości ze strony jamy ustnej, nie jest to pozytywny wynik.



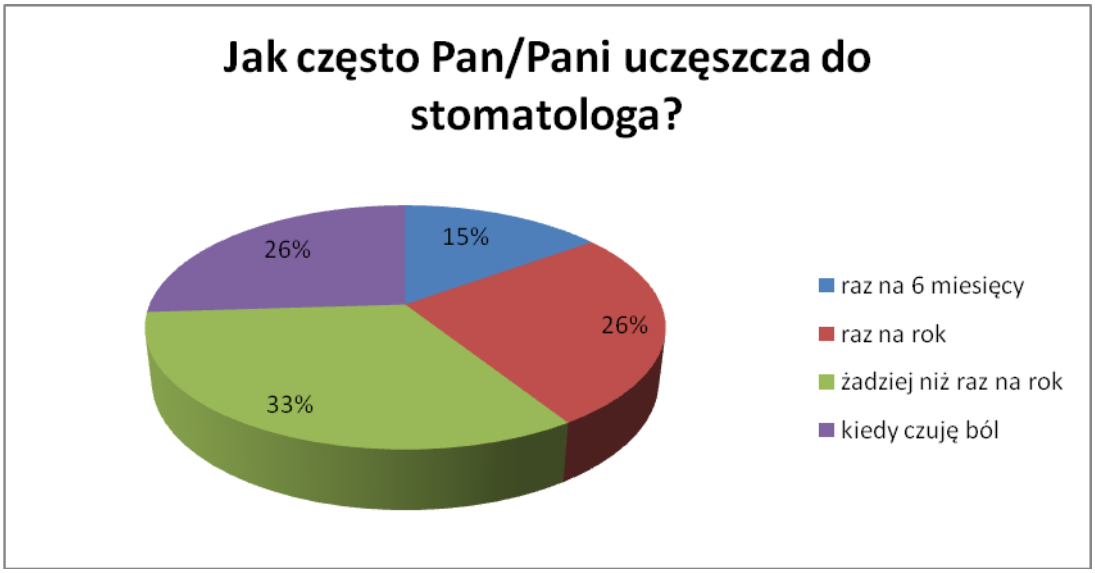
Rycina 3. Analiza procentowa używania przez ankietowanych protez zębowych.

Zdecydowana większość ankietowanych, używa protez. Jest to zbieżne z ilością osób wymagających protezowania.



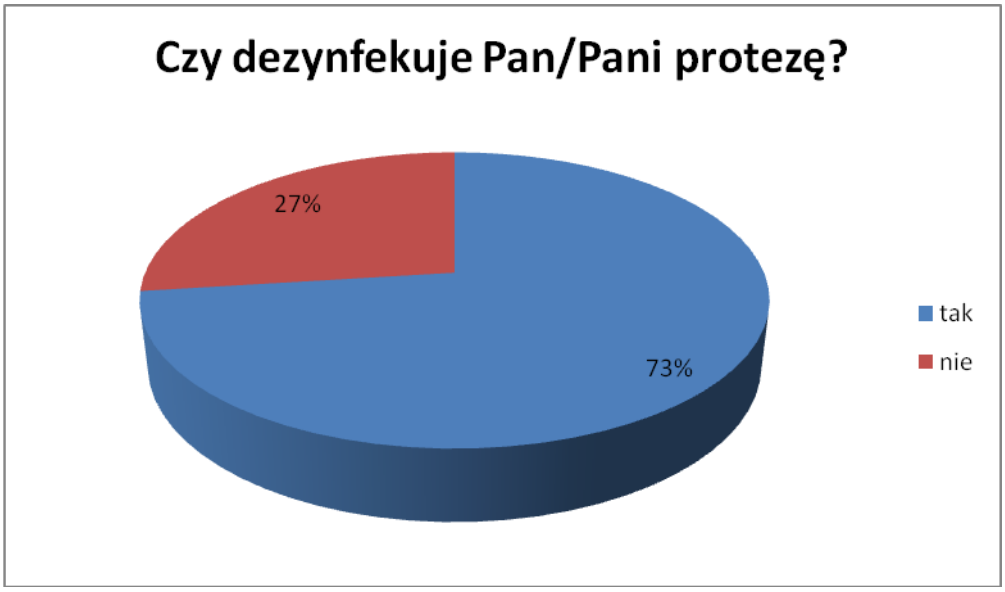
Rycina 4. Analiza procentowa dotycząca uzyskania instruktażu pielęgnacji protez w gabinecie stomatologicznym.

Aż 68% pacjentów nie zostało poinstruowanych o prawidłowej higienie protezy przez stomatologa podczas ich przekazania. Jedynie co trzeci ankietowany otrzymał instruktaż użytkowania protezy.



Rycina 5. Analiza procentowa dotycząca częstości wizyt i stomatologa.

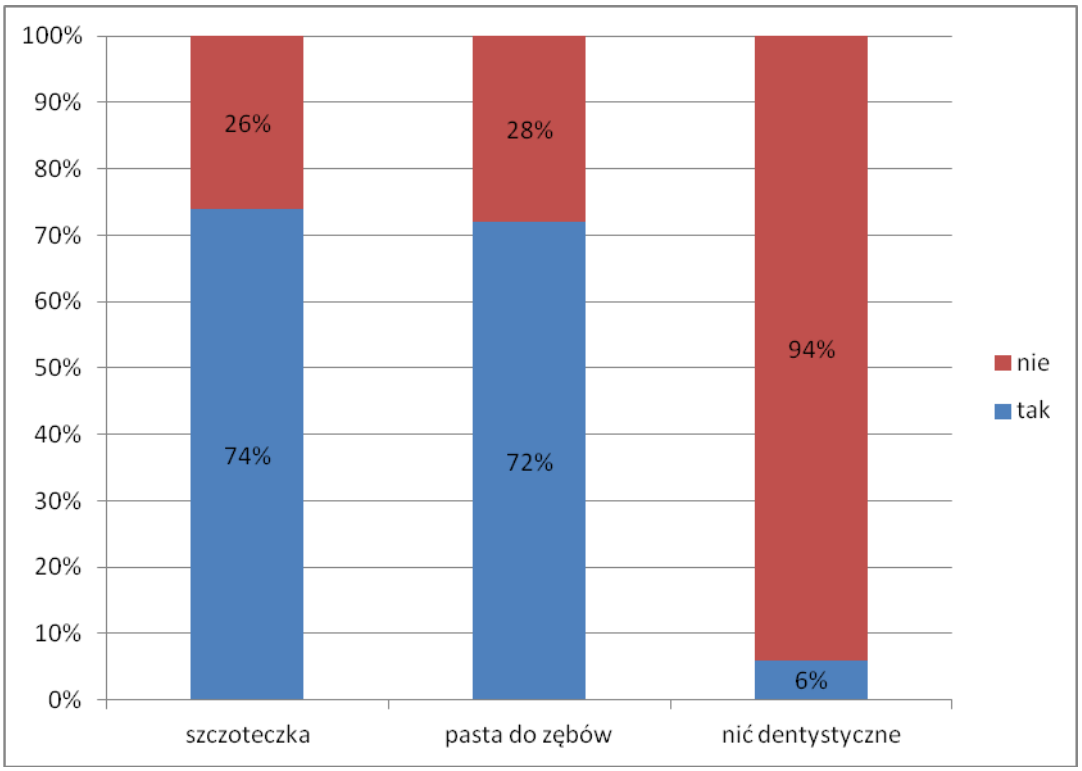
Około jedna trzecia badanych (33%) odwiedza dentystę rzadziej niż raz na rok, podobny procent pacjentów (26%) raz na rok lub gdy odczuwa ból, tylko 15% badanych deklaruje wizyty u stomatologa co 6 miesięcy.



Rycina 6. Analiza procentowa dotycząca dezynfekcji protez.

Zgodnie z ogólnie przyjętymi zaleceniami tylko 41% odwiedza regularnie stomatologa, co może wynikać z odpowiednich nawyków i wyższego poziomu świadomości stomatologicznej.

Dezynfekcję protezy przeprowadza 73% pacjentów, zaś 27% czyli blisko 1/3 nie wykonuje tej czynności.

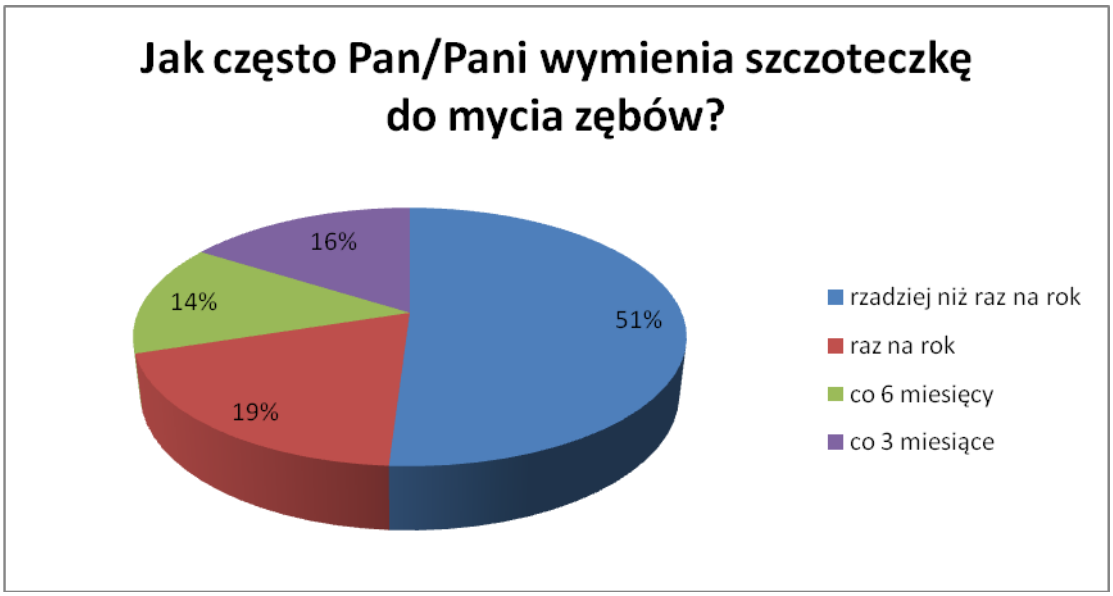


Rycina 7. Analiza procentowa dotycząca używania przyborów do higieny jamy ustnej.

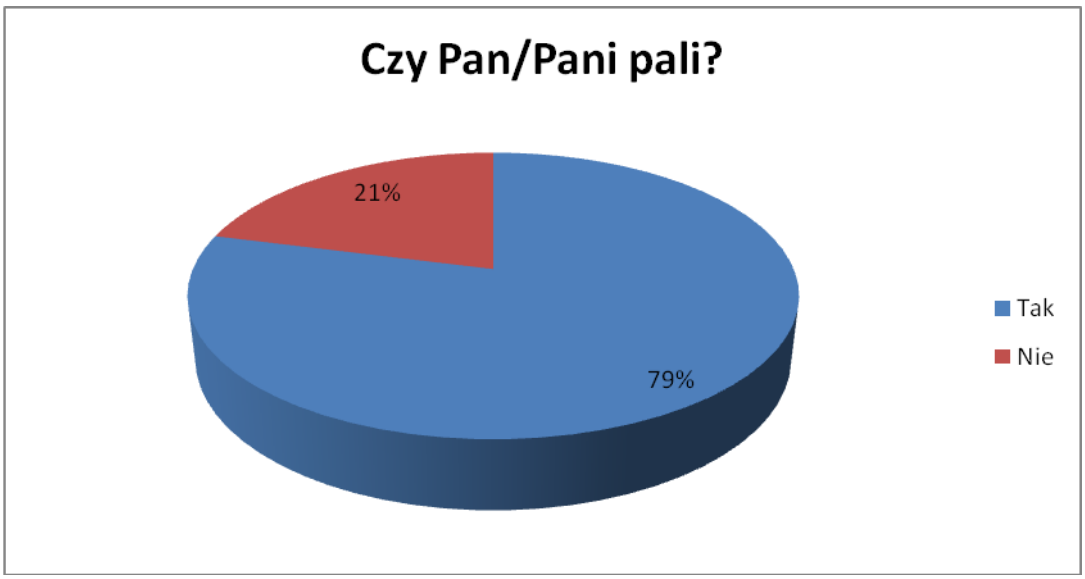
Najwięcej badanych do higieny jamy ustnej używa szczoteczki-74%, pasty-72%, natomiast używanie nici dentystycznej zadeklarowało jedynie 6% badanych. Duża cześć ankietowanych - az30%, nie stosuje ani szczoteczki, ani pasty do mycia zębów.

Ponad połowa badanych-51% przyznała się do wymiany szczoteczki rzadziej niż raz na rok, 19% wymienia szczoteczkę raz na rok, 16% dokonuje wymiany co 3 miesiące, zaś 14% wymienia zużytą szczoteczkę nową co 6 miesięcy. Jedynie 16% zmienia szczoteczkę z odpowiednia regularnością.

W badanej grupie osób, do palenia tytoniu przyznało się 21% badanych, ponad trzykrotnie większy odsetek osób, to osoby niepalące.



Rycina 8. Analiza procentowa dotycząca regularności wymiany szczoteczki do mycia zębów.



Rycina 9. Analiza procentowa dotycząca osób stosunku osób palących i nie palących.

Omówienie wyników i dyskusja

Z naszych badań wynika, że bezzębie dotyczy 31% osób po 60 roku życia. 50% ankietowanych ma zachowane 1-15 zębów, a jedynie 19% posiada 16-32 zębów. Według ankiet WHO przeprowadzonych w 1995 r. średnia liczba zachowanych zębów w populacji ludzi starszych w Polsce wynosiła 6,6 zęba. Nieco wyższy wskaźnik odnotowali Berezenowski i współautorzy w 2000 r. - 7,05 zęba [5]. Podobny wynik otrzymał również

Namiot i współautorzy podając wartość 7,6 zęba [4]. Najbardziej optymistyczne statystyki, tzn. 9,5 zęba przedstawili Jańczuk i Banach w 1987 roku [6]. Można więc uznać, że rezultaty te są zbieżne z naszymi, gdyż wszystkie te średnie mieszczą się w przedziale 1-15 zachowanych zębów. Dotyczyło to połowy naszych ankietowanych. Inne badania, przeprowadzone przez Skrzypkowskiego, dowodzą, że 35,5% osób powyżej 65 roku życia nie posiadało naturalnego uzębienia, zaś powyżej 74 roku życia odsetek ten wynosił aż 54,2% [7].

Szczególnie uciążliwe jest u osób starszych pieczenie błony śluzowej jamy ustnej i zaburzenia wydzielania śliny co powoduje suchość [8]. Skargi ze strony jamy ustnej powodowane są głownie zmianami patologicznymi błony śluzowej jamy ustnej, przyzębia i ślinianek. Kserostomię uznaje się za jeden z objawów starzenia się. Jednak zmniejszone wydzielanie gruczołów ślinowych może być spowodowane nie tylko zmianami starczymy, lecz także chorobami o charakterze ogólnoustrojowym. Obecnie uznaje sie że kserostomia jest objawem o charakterze miejscowym (oddychanie ustami, palenie tytoniu) i ogólnoustrojowym (min. niedobory witamin z grupy B i braki Fe, zaburzenia wodno-elektrolitowe, niewyrównana cukrzyca, zaburzenia ze strony gruczołu ślinowego, zaburzenia w ośrodkowym układzie nerwowym, reakcja na przyjmowane leki i interakcje pomiędzy kilkoma przyjmowanymi lekami równocześnie) [1]. Zespół palących ust charakteryzuje się wystąpieniem subiektywnych odczuć w postaci palenia, pieczenia, drętwienia, bez wyraźnych zmian w obrębie błony śluzowej [1]. U osób po 60 roku życia oprócz zmian w błonie śluzowej mogą występować zaburzenia smaku związane ze zmniejszaniem się liczby brodawek i kubków smakowych. Zmniejsza się odczuwanie smaku słodkiego oraz kwaśnego, wzmaga się odczuwanie smaku gorzkiego co może wynikać z faktu nałogu palenia tytoniu u dużej części ankietowanych [9].

Przy dużych brakach w uzębieniu leczeniem z wyboru jest rehabilitacja układu stomatognatycznego protezami ruchomymi. Często protezy są użytkowane przez wiele lat, a z kolei nowe odpowiednio dopasowane protezy są źródłem stałych skarg pacjentów. W badaniach Skrzypkowskiego pomiędzy 65-74 rokiem życia badani w 35,5% byli bezzębni, a po 74 roku życia aż ponad połowa ankietowanych wymagała protezowania z racji całkowitego bezzębia [7]. W badaniach Falińskiego i wspólpracowników [4] spośród 98 pacjentów z bezzębiem szczeki jedynie 61 posiadało protezy całkowite górne, czyli 62,2%, a na 95 osób z brakami całkowitymi w żuchwie 50 pacjentów czyli 52,6% posiadało całkowitą protezę dolną. Na 64 osoby z brakami częściowymi szczęki tylko 29,7% miało uzupełnienia ruchome, a 65 osób z brakami częściowymi w żuchwie posiadało 15 protez, czyli 23%

spośród pacjentów. W badaniu Wysokińskiej-Miszczuk 34,4% badanych z 2022 przypadków nie posiadało żadnych uzupełnień protetycznych, pomimo tego że wymagali ich używania [10]. Wszystkie badania podobnie jak przeprowadzone przez nas wskazują na stale dużą liczbę pacjentów wymagających uzupełnienia ruchomego. U osób po 80 roku życia, gdzie wcześniej nie stosowano leczenia protezami ruchomymi są one odradzane z racji pogarszającego sie z wiekiem podłoża protetycznego [10].

Bardzo niepokojący jest fakt, że jedynie co trzeci ankietowany otrzymał instruktarz higieny protezy. Jest to wynik całkowicie inny od tego który uzyskała w swoim badaniu Frątczak z zespołem [11]. Stwierdzili w swoim badaniu, że w tym samym przedziale wiekowym z 34 pacjentów 76%ankietowanych otrzymało szkolenie. Z kolei u według Łaty i wspólników [12] aż 98% pacjentów podało, że nie zostało poinformowanych przez lekarza dentystę o sposobie pielęgnacji i higieny protez. Tak duże rozbieżności pomiędzy wynikami mogą wynikać z różnej ilości ankietowanych (w badaniu Frątczak i wspólników próba badawcza w tym przedziale wiekowym była mała), rodzaju placówek i ich dostępności, oraz nierzetelności lekarzy dentystów.

Regularne wizyty kontrolne u stomatologa są konieczne do zachowania zdrowia jamy ustnej Według naszych badań zaledwie 15% badanych odwiedza swojego dentystę co 6 miesięcy, niewiele więcej – 26%, pojawia się w gabinecie nie częściej niż raz na rok. Zdecydowana większość ankietowanych decyduje się na wizytę u stomatologa dopiero, gdy odczuwa duży ból. Tak więc mniej niż połowa odwiedza regularnie stomatologa, co może wynikać z nawyku i wyższego poziomu świadomości stomatologicznej tej grupy ankietowanych. Rzadkie wizyty u dentysty, wynikają z obawy przed leczeniem. Są to osoby starsze, które mają złe wspomnienia z młodości. Stomatologia kojarzy im się raczej z wyrywaniem zębów i bólem a nie nowoczesną stomatologią, która stawia na rekonstrukcję tkanek. powyższe odpowiedzi uzyskane e naszej ankiecie mogą wynikać z braku dostępu do stomatologa. Z analizy przeprowadzonej przez Knychalską-Karwan wynika, że około 30% badanych osób starszych korzysta z pomocy dentysty raz lub więcej w ciągu roku. Najczęstszą przyczyną takiej wizyty jest ból spowodowany zmianą patologiczną w obrębie jamy ustnej [8]. Porównując oba wyniki możemy stwierdzić, że otrzymaliśmy w naszych badaniach ankietowych większą regularność odwiedzania przez respondentów gabinet stomatologiczny.

Ze względu na stałe użytkowanie uzupełnień protetycznych wymagają one codziennego oczyszczania oraz okresowej dezynfekcji. Wśród naszych ankietowanych około 73 % systematycznie dezynfekowało swoje protezy. Jednak ponad ¼ badanych nie

wykonywała takich czynności narażając tym samym swoja jamę ustna na stany zapalne oraz inne zmiany chorobowe. W 2000 roku Wojciechowska i Kamińska [13] przeprowadziły ankiety wśród 80 osób użytkujących protezy ruchome. W gronie ich badanych około 5,4 % nie dezynfekowało protez regularnie. Natomiast około 17 % czyściło uzupełnienia protetyczne raz dziennie. Aż 78 % oczyszczało protezy od dwóch do trzech razy na dobę. Podsumowując rezultaty obu wyżej wymienionych badań można stwierdzić, iż w naszym badaniu pacjenci rzadziej czyścili swoje uzupełnienia protetyczne.

Jednak poniższe wyniki przedstawionych badań wskazują na brak wiedzy odnośnie higieny protez. Może się to też wiązać z niewłaściwą higieną jamy ustnej w postaci zaniechania używania szczoteczki i pasty do zębów oraz nici dentystycznej i innych przyborów. Pacjenci są często przekonani iż płytka bakteryjna nie powoduje próchnicy i zmian patologicznych. Zakup przyrządów stomatologicznych wiąże się z kosztami, które nie każdy z pacjentów chce ponosić. Nawyk szczotkowania zębów nabywa się w dzieciństwie, pacjenci po 60 roku życia w większości nie szczotkowali zębów w młodości. Jedynie 6% ankietowanych używa nici dentystycznej, co może wiązać się z niewystarczającą wiedzą i brakiem przeszkolenia w zakresie nitkowania zębów. Brak takich umiejętności, przy korzystaniu z nici może powodować traumatyzację przełęczy i brodawek dziąsłowych co doprowadza do krwawienia i bólu. Osoby po 60 roku życia nie zawsze są w pełni sprawne manualnie, przez co używanie nitki dentystycznej sprawia im wiele trudności. Zniechęca to pacjentów do nitkowania.

Według standardów szczoteczka wymaga wymiany co 3 miesiące, ponieważ jej włókna ulegają zniszczeniu, nie są skierowane prostopadle do długiej osi szczoteczki co powoduje traumatyzację dziąseł, i niedokładne usuwanie płytki nazębnej. Pozostali ankietowani zmieniają szczoteczkę co pół roku lub znacznie rzadziej niż raz na rok. Ankietowani ci nie są świadomi konieczności wymiany szczoteczki i konsekwencji tego postępowania

Palenie ma bardzo niekorzystny wpływ na zdrowie jamy ustnej [14]. Osoby po 60 r. ż są często schorowane, nie przykładają zbyt dużej wagi do szkodliwego wpływu tytoniu, który niszczy ich płuca przez wiele lat. Osobom tym, znacznie trudniej rzucić nałóg, z którym są związani często od kilkudziesięciu lat. Według badan przeprowadzonych przez WHO w 2000 roku [5] 30% światowej populacji pali tytoń, natomiast wśród naszych ankietowanych wynik ten był niższy o 10 pkt.%. U palaczy zachwiane jest środowisko jamy ustnej, zęby często ulegają przebarwieniom, a motywacja do utrzymania odpowiedniej higieny spada. W związku z tym nieprawidłowo usunięta płytka nazębna szybciej przekształca się w kamień nazębny.

Zwiększona ilość patologicznej flory bakteryjnej często powoduje halitosis *(fetor ex ore)*, co może się wiązać dyskomfortem użytkownika w życiu społecznym. Pacjenci uciekają się do najprostszych metod pozbycia się przykrego zapachu z ust – spożywają dużą ilość cukierków, stosują odświeżacze do ust ze znaczną zawartością cukru – zwiększa to ryzyko powstania próchnicy, a nie likwiduje przyczyny. Dodatkowo związki metali ciężkich zawarte w dymie tytoniowym powodują periodontopatie, zmniejszenie wydzielania śliny i mogą wpływać na rozwój nowotworów w obrębie jamy ustnej. Wszystkie te dolegliwości wraz z zaniechaniem higieny jamy ustnej mogą prowadzić do utraty zębów. Spadek ilości palących i ich lepsza higien jamy ustnej, doprowadzi do zmniejszenia stomatopatii, które są przyczyną wypadania zębów i zmniejsza konieczności protezowania.

Podsumowanie

Z powyższych badan wynika, że świadomość prozdrowotna osób po 60 roku życia jest niewystarczająca. Badania ankietowe tych osób wskazują na złe nawyki higieniczne jamy ustnej i protez zębowych oraz ich niewłaściwe czyszczenie i dezynfekcję, a także na niepoprawne użytkowanie przyborów i środków do higieny jamy ustnej. W związku z tym bardzo istotnym jest szkolenie lekarzy stomatologów zajmujących sie gerostomatologią (kontrolne badania, wiedza z zakresu geriatrii i chorób dodatkowych, na które należy zwrócić uwagę przy zabiegach stomatologicznych, instruktarz higieniczny protez zastępczych), którzy dzięki zdobytemu doświadczeniu będą potrafić dotrzeć do trudnego pacjenta, którym są osoby w podeszłym wieku [15].

Piśmiennctwo

1. Skiba M., Kusa-Podkańska M., Wysokińska-Miszczuk J.: Wpływ stanu jamy ustnej na jakość życia osób w starszym wieku, Gerontol. Pol., 2005, 13, 250-254.
2. Dmochowska H.: Rocznik demograficzny 2012, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa, 2012, 126-131, 404.
3. United Nations: Population Ageing and Development 2012, 2012, http://www.un. org/en/development/ desa/population/publications/pdf/ageing/2012PopAgeingand Dev_WallChart.pdf , data pobrania 23.04.2013.
4. Pregiel B., Wrzyszcz-Kowalczyk A., Jankowska K., Bujwid-JagielskaI.: Kserostomia jako ważny problem zdrowotny ludzi starszych. Por. Stomat., 2005, 1, 48–51.
5. Faliński W., Przestrzelska-Pampuch K., Gołębiewska M.: Ocena leczenia protetycznego osobników przebywających w państwowych domach rencisty woj. podlaskiego Prot. Stom., 1975, 25, 275-279.

6. Berezenowski Z., Prośba-Mackiewicz M., Lasecka A., i wsp. : Ocena stanu uzębienia i użytkowania uzupełnień protetycznych oraz potrzeby leczenia protetycznego ludzi w wieku starszym. Prot. Stom., 2001, 51, 191-195.
7. Jańczuk Z., Banach J.: Problemy zdrowotne narządu żucia polskiej populacji korzystających z opieki stomatologicznej: 1. wybrane grupy wieku. Czas. Stomatol., 1989, 17, 24-27.
8. Skrzypkowski A.: Wybrane problemy stomatologiczne ludzi starszych. Stomatol. Współcz. 2003, 10, 49-53.
9. Knychalska-Karwan Z.: Zagadnienia stomatologii geriatrycznej. Mag. Stomatol., 2000, 3, 49-53.
10. Wysokińska-Miszczuk J.: Stan zdrowotności narządu żucia osób w starszym wieku. Wiad. Lek., 1989, 42, 636-640.
11. Knychalska-Karwan Z.: Zagadnienia stomatolog geriatrycznej. Mag. Stomatol., 2000, 12, 10-12.
12. Frączak B., Aleksandruk G., Brzoza W., Chruściel-Nogalska M.: Higiena jamy ustnej oraz ruchomych uzupełnień protetycznych, Czas. Stomatol., 2009, 62, 202-209.
13. Łata A, Monkos-Jaremczuk E, Staroń K: Ocena aktualnej częstości występowania stomatopatii protetycznych oraz czynników sprzyjających ich rozwojowi. Porad. Stomatol., 2005, 2, 5-10.
14. Wojciechowska E., Kamińska A.: Wpływ higieny protez i jamy istnej na intensywność odkładania sie płytki protez. Prot. Stomatol., 2001, 51, 295-300.
15. Koczorowski R., Gałczyńska-Rusin M.: Gerostomatologia jako nowy przedmiot w szkoleniu lekarza-dentysty. Dent. Forum., 2009, 37, 61-67.

Kalinowski Paweł[1], Bojakowska Urszula[2]

Analiza poziomu wiedzy pacjentów z cukrzycą na temat retinopatii cukrzycowej

1. Samodzielna Pracownia Epidemiologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
2. Studium Doktoranckie przy Samodzielnej Pracowni Epidemiologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wstęp

Cukrzyca stanowi ważny, ciągle narastający problem, który dotyczący ponad 194 mln osób na całym świecie [1, 2]. Również w Polsce liczba pacjentów z rozpoznaną cukrzycą wzrasta, obecnie szacuje się, że choroba ta dotyczy ponad 2 mln osób, z czego połowa nie wie o tym, że choruje na cukrzycę [3]. Szczególne niebezpieczeństwo w chorobie tej stanowią jej powikłania, które dotyczą wszystkich układów i narządów, w tym również narządu wzroku. Skuteczne leczenie zaburzeń metabolicznych spowodowanych cukrzycą znacznie ogranicza ryzyko powstania tych powikłań, a jeśli już się one pojawią, zwalnia lub hamuje tempo ich narastania, przeciwnie zaniedbania w leczeniu cukrzycy znacznie zwiększają zapadalność i chorobowość z powodu retinopatii i innych powikłań ocznych [4].

Powikłania narządu wzroku spowodowane cukrzycą określa się mianem cukrzycowej choroby oczu [5]. Dotyczą one prawie wszystkich struktur anatomicznych w układzie wzrokowym. Najczęściej występującą i najcięższą, bo zagrażającą utratą wzroku, jest retinopatia cukrzycowa [6]. Choroba ta stanowi główną przyczynę ślepoty wśród chorych na cukrzycę. W krajach rozwiniętych jest jedną z najczęstszych przyczyn utraty wzroku u osób miedzy 20.a 74. r. ż. [7, 8]. Spośród pozasiatkówkowych powikłań cukrzycowych największe znaczenie kliniczne mają zaćma cukrzycowa, jaskra wtórna (krwotoczna) i neuropatia w układzie wzrokowym [6].

Retinopatia cukrzycowa jest mikroangiopatią dotyczącą tętniczek przedwłosowatych, włośniczek i drobnych naczyń żylnych. Większe naczynia także mogą być wciągnięte w proces chorobowy. Chorobę tę charakteryzuje zarówno zamknięcie drobnych naczyń, jak i zwiększona ich przepuszczalność. Klinicznie rozróżnia się trzy główne typy retinopatii cukrzycowej: nieproliferacyjny, przedproliferacyjny i proliferacyjny [9].

Retinopatia cukrzycowa ulega progresji od etapu łagodnych nieproliferacyjnych zmian, które charakteryzują się zwiększoną przepuszczalnością naczyń poprzez stadium umiarkowanej i nasilonej retinopatii nieproliferacyjnej, która cechuje się zamknięciem naczyń

aż do retinopatii proliferacyjnej, charakteryzującej się rozrostem nowych naczyń w obszarze siatkówki oraz tylnej powierzchni ciała szklistego. Na każdym etapie rozwoju retinopatii może dojść do powstania obrzęku plamki żółtej, czyli pogrubienia siatkówki na skutek zwiększonej przepuszczalności oraz wysięku z naczyń [7].

Zapadalność na retinopatię cukrzycową wśród pacjentów zmienia się wraz z czasem trwania choroby. Retinopatia cukrzycowa zagrażająca utratą wzroku rzadko występuje u chorych na cukrzycę typu 1 w czasie pierwszych 3–5 lat trwania choroby oraz przed osiągnięciem dojrzałości. W ciągu następnych 20 lat u prawie wszystkich chorych dochodzi do rozwoju tego powikłania. W odniesieniu do cukrzycy typu 2 u 21% stwierdza się retinopatię w chwili rozpoznania cukrzycy, a u większości pojawia się ona z czasem [10]. Dlatego za główny czynnik ryzyka uważa się przede wszystkim czas trwania cukrzycy i wiek pacjenta. Nie bez znaczenia pozostaje także prawidłowa kontrola metabolizmu, która bezpośrednio nie chroni przed wystąpieniem retinopatii cukrzycowej, ale może opóźnić jej wystąpienie o kilka lat. Przeciwnie, zła kontrola metabolizmu może doprowadzić do wcześniejszego wystąpienia zmian. Inne czynniki, które mogą mieć niekorzystny wpływ na nasilenie retinopatii cukrzycowej, to: uwarunkowania genetyczne, ciąża, nieprawidłowy wskaźnik masy ciała, podwyższone stężenie mocznika i kreatyniny w surowicy, hiperlipidemia, nadciśnienie tętnicze, choroby nerek i niedokrwistość. W miarę możliwości czynniki te powinny być pod ścisłą kontrolą [8, 9].

W wypadku retinopatii cukrzycowej, nie występuje wiele objawów podmiotowych ze strony narządu wzroku, do czasu wystąpienia całkowitej ślepoty. Fotokoagulacja laserem pozwala skutecznie opóźniać progresję retinopatii oraz ograniczać utratę wzroku, ale leczenie zwykle nie przywraca już utraconego widzenia. Ponieważ choroba może przebiegać bezobjawowo, konieczne są regularne badania chorych, aby powikłanie to wcześnie rozpoznać i leczyć [10]. Pierwsze badanie u pacjenta z rozpoznaną cukrzycą typu 1 należy przeprowadzić w ciągu pierwszych 5 lat od momentu zachorowania lub jeśli istnieje możliwość, już w momencie zdiagnozowania cukrzycy. U dzieci, które zachorowały na cukrzycę w okresie pokwitania, powinno być wykonane krótko po rozpoznaniu choroby. W przypadku pacjenta, u którego zdiagnozowano cukrzycę typu 2 badanie okulistyczne musi być wykonane w momencie rozpoznania choroby lub krótko po nim. Kontrolne badania okulistyczne w tej grupie pacjentów wskazane są głównie ze względu na początkowo bezobjawowy charakter retinopatii, a częstość wizyt zależy od stopnia zaawansowania choroby. Pacjenci bez retinopatii z kontroli powinni korzystać raz w roku, w przypadku stwierdzenia początkowej retinopatia nieproliferacyjnej kontrole powinny być częstsze, zaleca

się dwie wizyty w ciągu roku, retinopatia nieproliferacyjna bardziej zaawansowana — co trzy miesiące. Retinopatia przedproliferacyjna i retinopatia proliferacyjna stanowią bezwzględne wskazanie do zabiegu laserowego w trybie pilnym lub rozważenie innych operacji okulistycznych (np. witrektomii). Szczególną opieką okulistyczną powinno objąć się kobiety chore na cukrzycę będące w ciąży. W tej grupie pacjentów kontrole narządu wzroku powinno się przeprowadzać raz w miesiącu przez cały okres ciąży i połogu, a u kobiet planujących ciążę przed zajściem w ciążę i wówczas, w razie potrzeby, wykonuje się zabiegi laserowe siatkówki. Osoby z niewyrównaną cukrzycą i nadciśnieniem tętniczym lub proteinurią, niezależnie od stopnia zaawansowania zmian w dnie oka, powinny korzystać z kontroli okulistycznych co 3 – 4 miesiące [6].

Ze względu na konsekwencje cukrzycowej choroby oczu w postaci trwałej i nieodwracalnej utraty wzroku, świadomość wystąpienia chorób oczu i możliwości ich leczenia odgrywa ważną rolę w zachęcaniu pacjentów do poszukiwania pomocy u specjalistów i może pomóc w zmniejszeniu obciążenia chorobami narządu wzroku [11].

Cel pracy

Celem pracy była analiza wiedzy pacjentów z rozpoznaną cukrzycą na temat przyczyn, czynników ryzyka, leczenia oraz zapobiegania retinopatii cukrzycowej.

Materiał i metoda

Badanie przeprowadzono wśród pacjentów z rozpoznaną cukrzycą hospitalizowanych w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 4 w Lublinie.

Zastosowaną metodą badawczą była metoda wywiadu standaryzowanego. Narzędziem badawczym była ankieta własnego autorstwa, skonstruowana na potrzeby badania. Obejmowała ona 32 pytania dotyczące wiedzy na temat retinopatii cukrzycowej. Badaniem objęto 140 osób (80 kobiet i 60 mężczyzn). Średnia wieku badanych wynosiła 63,6 lat. Wśród badanej populacji większość respondentów to osoby chorujące na cukrzycę typu II – 119 osób (85%). Na cukrzycę typu I choruje – 18 (13%), a tylko 3 osoby (2%) na inne typy cukrzycy. Średni czas trwania choroby wynosi 11 lat. Najliczniejszą grupę stanowią ankietowani chorujący na cukrzycę od 6 do 10 lat oraz od 11 do 20 lat, łącznie to ponad połowa badanych (54%). Mniej liczną grupę – 25% stanowią pacjenci chorujący na cukrzycę od 1 do 5 lat. Ankietowani chorujący na cukrzycę mniej niż 1 rok stanowią 7%, a pacjenci chorujący na cukrzycę powyżej 20 lat – 14%. Większość ankietowanych – 73 osoby (52%) – mieszka w dużym mieście, głównie w Lublinie, 38 pacjentów (27%) mieszka na wsi, a 29 (21%) w małym mieście. Wśród ankietowanych zdecydowana większość pobiera świadczenia emerytalne (60%) i rentowe (23%), a dla 16% chorych źródłem utrzymania jest dochód z

pracy.

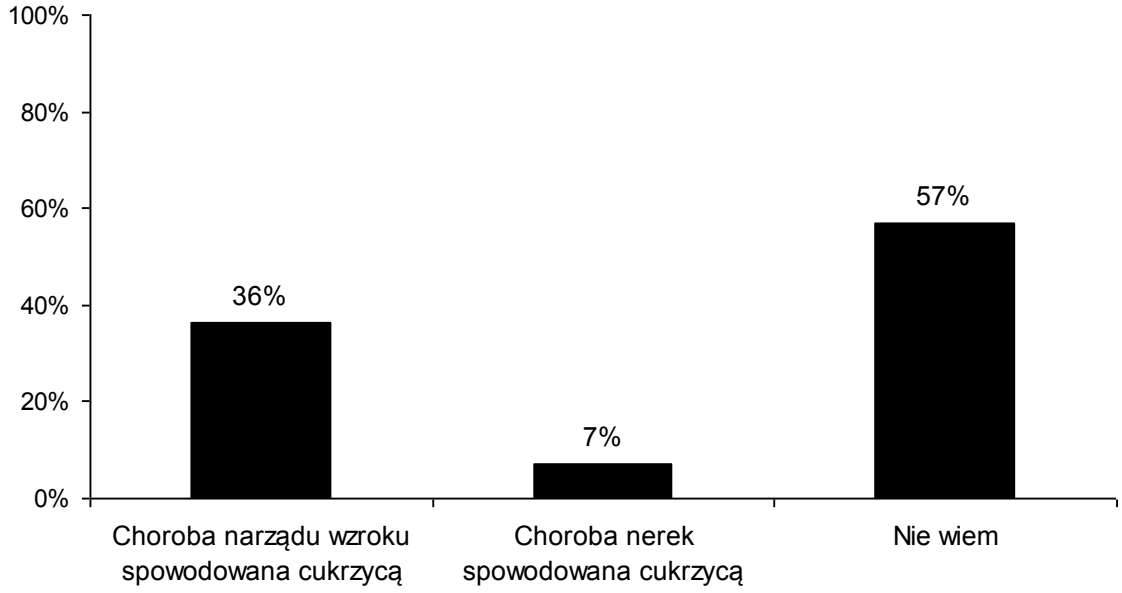
Badania prowadzono w okresie od czerwca do sierpnia 2011 roku. Udział w badaniu był dobrowolny, wszystkim ankietowanym zapewniono anonimowość.

Materiał badawczy poddano analizie i opracowano metodami statystyki opisowej.

Wyniki

Pierwszym analizowanym zagadnieniem była ocena świadomości pacjentów o przewlekłych powikłaniach, które mogą być konsekwencją cukrzycy. W badanej grupie pacjenci wykazali się dużą wiedzą w tym zakresie - 86% ankietowanych wskazywało chorobę oczu, jako przewlekłe powikłanie towarzyszące cukrzycy.

Retinopatia cukrzycowa jest powikłaniem, które stanowi istotny problem wśród osób z wieloletnią cukrzycą, szczególnie nie unormowaną. Pacjentów zapytano o to, czym jest retinopatia cukrzycowa – 36% ankietowanych udzieliło prawidłowej odpowiedzi wskazując, że jest to choroba narządu wzroku spowodowana cukrzycą, 7% badanych odpowiedziało, że jest to choroba nerek spowodowana cukrzycą, a ponad połowa badanych (57%) nie znała odpowiedzi na pytanie (Ryc. 1).

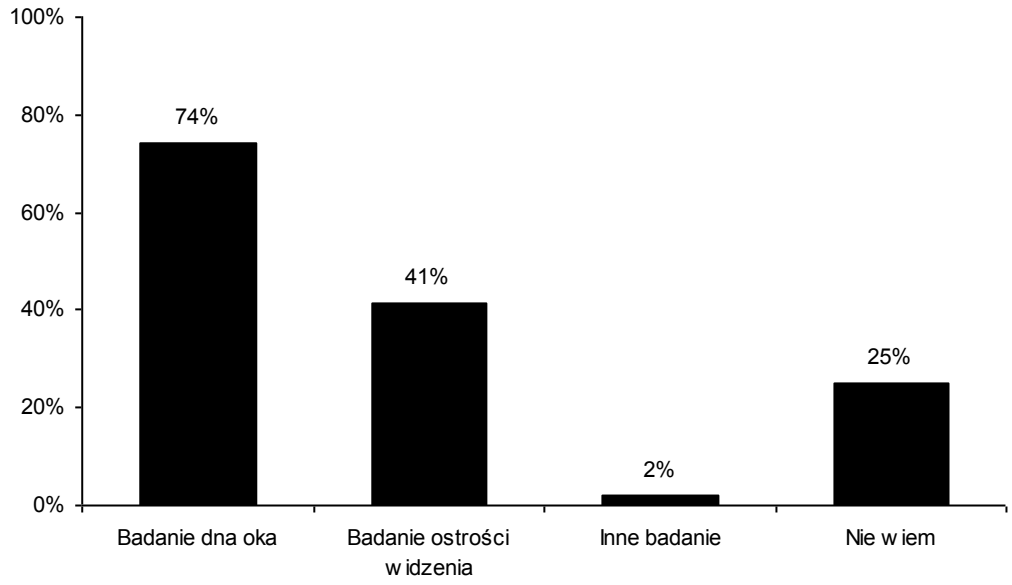


Rycina 1. **Znajomość terminu retinopatia cukrzycowa wśród badanych pacjentów.**

Kontrolne wizyty okulistyczne stanowią jeden z najważniejszych elementów profilaktyki retinopatii cukrzycowej oraz innych chorób narządu wzroku. Respondentów zapytano o zalecaną częstość wizyt kontrolnych u lekarza okulisty wśród osób chorych na cukrzycę bez retinopatii. W badanej grupie uzyskane wyniki były zróżnicowane. W opinii

37% z wizyt powinno korzystać się dwa razy do roku. Zdaniem 36% raz w roku, nieliczni udzielili odpowiedzi - raz na dwa lata, a 15% uważa, że na wizyty kontrolne powinno się chodzić tylko w razie problemów ze wzrokiem. Część badanych wskazało odpowiedź „nie wiem".

Przeanalizowano także wiedzę pacjentów z zakresu badań diagnostycznych, wykorzystywanych w okulistyce do diagnostyki chorób oczu. Wśród respondentów prawie ¾ do badań tych zaliczyło badanie dna oka, znaczna część badanych uważa, że będzie to również badanie ostrości widzenia, nieliczni wskazali inne badania. Aż 25% nie posiadało wiedzy w zakresie badań diagnostycznych wykorzystywanych w okulistyce (Ryc. 2).

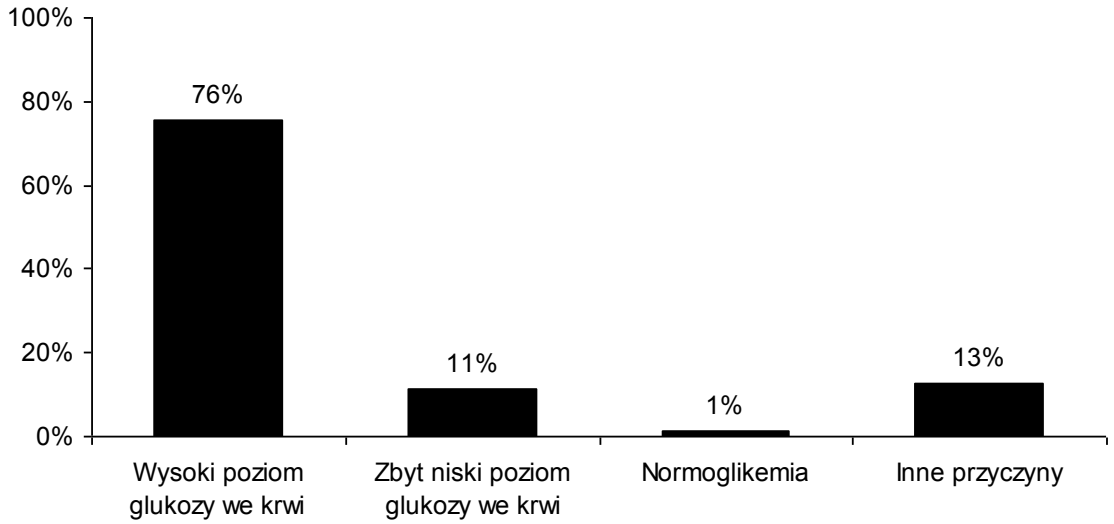


Rycina 2. **Badania diagnostyczne w okulistyce pozwalające zdiagnozować choroby oczu u pacjentów z cukrzycą.**

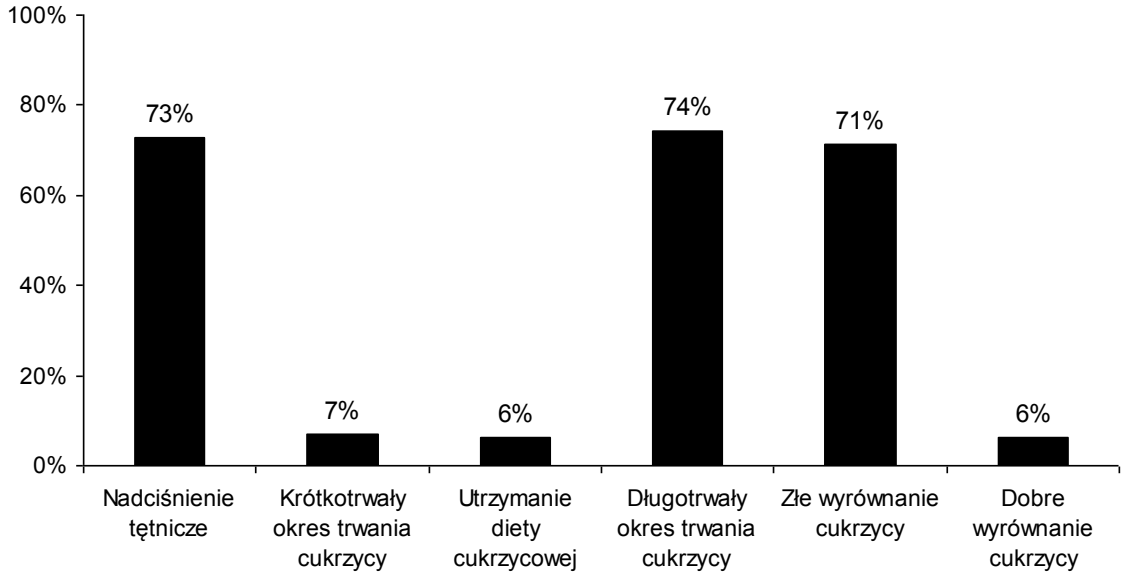
Inny analizowany problem dotyczył przyczyny chorób oczu. W badanej grupie ponad ¾ respondentów stwierdziło, że za choroby oczu u pacjentów z cukrzycą odpowiedzialny jest głównie zbyt wysokim poziomem glukozy we krwi, w opinii 11% na wystąpienie chorób oczu ma wpływ zbyt niski poziomy glukozy we krwi, nieliczni wskazali normoglikemię, a część badanych (13%) inne przyczyny (Ryc. 3).

Na rozwój chorób oczu u pacjentów z rozpoznaną cukrzycą mają wpływ także inne kliniczne czynniki ryzyka. Do takich czynników ryzyka, zdaniem większości ankietowanych, należy nadciśnienie tętnicze wskazane przez 73% badanych, długotrwały okres trwania

choroby – 74%, złe wyrównanie cukrzycy – 71%. Błędne odpowiedzi, takie jak krótkotrwały okres trwania cukrzycy wskazało 7% ankietowanych, a dobre wyrównanie cukrzycy oraz utrzymanie diety 6% (Ryc. 4).



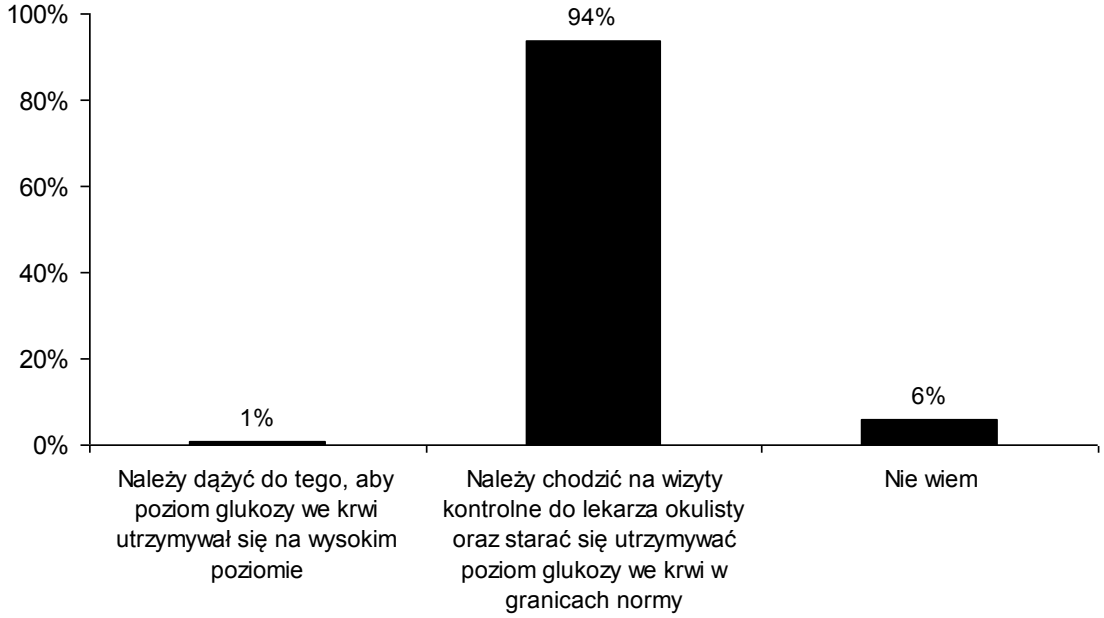
Rycina 3. Przyczyny zmian w narządzie wzroku u osób chorujących na cukrzycę.



Rycina 4. Kliniczne czynniki ryzyka chorób oczu w opinii ankietowanych.

Kolejnym analizowanym zagadnieniem było zapobieganie powikłaniom w obrębie narządu wzroku. Pozytywnym wynikiem badań jest fakt, iż pacjenci wykazali się wysoką znajomością sposobów zapobiegania powikłaniom w obrębie narządu wzroku. Zdecydowana większość – 94% odpowiedziała prawidłowo wskazując odpowiedź, która uwzględnia wizyty

kontrolne u lekarza okulisty oraz utrzymywanie właściwego poziomu glukozy we krwi, tylko 1% ankietowanych udzieliło odpowiedzi nieprawidłowej wskazując, że należy dążyć do tego, aby poziom cukru we krwi utrzymywał się na wysokim poziomie. Wśród badanych pacjentów niewielu odpowiedziało „nie wiem" na pytanie dotyczące zapobiegania powikłaniom cukrzycy w narządzie wzroku (Ryc. 5).



Rycina 5. Wiedza pacjentów dotycząca profilaktyki powikłań w obrębie narządu wzroku.

Dyskusja

Wiedza pacjentów na temat swojej choroby warunkuje późne powstawanie powikłań, a tym samym dłuższe utrzymanie pełnego zdrowia.

W badaniach własnych pierwszy analizowany problem dotyczył znajomości późnych powikłań cukrzycy. W analizowanym materiale badawczym uzyskano wysokie wyniki – 86% ankietowanych wskazało choroby oczu jako późne powikłanie występujące w przebiegu cukrzycy. Wyniki otrzymane przez innych autorów były zróżnicowane. Zbliżone do własnych otrzymano w jednym ze szpitali w Kenii, gdzie wśród pacjentów z cukrzycą większość (83%) słyszała o cukrzycowej chorobie oczu [12]. Zdecydowanie niższe wyniki otrzymano w badaniach prowadzonych wśród pacjentów chorych na cukrzycę w Durbanie, gdzie tylko 2/3 pacjentów było świadomych, że cukrzyca może prowadzić do problemów z widzeniem i w konsekwencji do ślepoty [13] oraz w badaniach prowadzonych wśród populacji miejskiej w Indiach, gdzie ogólna znajomość wszystkich chorób oczu oceniona była bardzo nisko [11].

Jednym z głównych powikłań w obrębie narządu wzroku jest retinopatia cukrzycowa, która jest powikłaniem naczyniowym specyficznym dla cukrzycy zarówno typu 1, jak i typu 2. Choroba ta wiąże się z dużym ryzykiem całkowitej utraty wzroku. Częstość retinopatii w dużej mierze zależy od czasu trwania cukrzycy. Po 20 latach choroby u prawie wszystkich chorych na cukrzycę typu 1 i u ponad 60% chorych na cukrzycę typu 2 występują cechy retinopatii [7, 10].

Obecnie prowadzone są liczne badania, których celem jest wykrycie potencjalnych czynników ryzyka retinopatii cukrzycowej. W badaniu *Diabetes Control and Complications Trial* (DCCT), przeprowadzonym wśród pacjentów z cukrzycą typu 1, udowodniono ścisły związek między hiperglikemią a rozwojem powikłań mikroangiopatycznych. W innych badaniach z udziałem chorych na cukrzycę typu 2 — *United Kingdom Prospective Diabetes Study* (UKPDS) wykazano, że poprawa kontroli glikemii redukuje ryzyko rozwoju retinopatii [10].

Analizując wiedzę pacjentów na temat czynników ryzyka chorób narządu wzroku w badaniach prowadzonych wśród mieszkańców Republiki Południowej Afryki większość stwierdziła, że czas trwania cukrzycy i kontrola poziomu glukozy we krwi są istotnymi czynnikami ryzyka potencjalnych powikłań ze strony m.in. narządu wzroku [13]. Uzyskane wyniki są zgodne z wynikami badań własnych, w których pacjenci również najczęściej wskazywali czas trwania cukrzycy oraz jej złe wyrównanie jako główne czynniki ryzyka chorób narządu wzroku.

Niezwykle istotnym aspektem ocenianym przy badaniu poziomu wiedzy pacjentów na temat retinopatii cukrzycowej jest ocena znajomości elementów profilaktyki tej choroby. Pacjenci z ankietowanej grupy reprezentują wysoki poziom wiedzy w zakresie zapobiegania powikłaniom w obrębie narządu wzroku. W badanej grupie 94% wskazało wizyty kontrolne u lekarza okulisty oraz utrzymanie poziomu glukozy w granicach normy jako najważniejsze elementy w profilaktyce powikłań narządu wzroku. Uzyskane w badaniach własnych wyniki są znacznie wyższe niż wyniki otrzymane przez innych autorów. W badaniach prowadzonych w Nepalu jedynie połowa pacjentów z cukrzycą miała świadomość, że przy cukrzycy kontrolne wizyty okulistyczne są konieczne [14]. Natomiast w badaniach przeprowadzonych w Baltimore mniej niż połowa uczestników, którzy chorowali na cukrzycę dłużej niż 1 rok i zaledwie 30% osób z nowo rozpoznaną cukrzycą wskazało regularne wizyty u lekarza okulisty jako sposób, aby zapobiec utracie wzroku [15].

Przeprowadzono, jak dotąd, kilka analiz efektywności kosztów badań przesiewowych w kierunku retinopatii cukrzycowej. Stosowane techniki i koszty pośrednie różnią się istotnie,

ale wyniki opracowań są zbliżone. Badania przesiewowe w kierunku retinopatii cukrzycowej umożliwiają zachowanie widzenia przy stosunkowo niskich kosztach, niewątpliwie niższych niż koszty świadczeń socjalnych dla osób, które mogłyby utracić wzrok z powodu niewdrożenia programów przesiewowych [10].

W celu wczesnego rozpoznania powikłań cukrzycy dotyczących dna oka należy raz w roku wykonywać profilaktyczne badania kontrolne [7, 10, 16]. W analizowanym materiale badawczym o konieczności kontrolnych wizyt okulistycznych wiedziało tylko 36% respondentów. Otrzymane wyniki były zbliżone do wyników badań prowadzonych w Miejskim Ośrodku Diabetologicznym w Białymstoku, gdzie o konieczności badania wiedziała prawie połowa respondentów [16]. W innych badaniach dotyczących tego samego problemu ,kontrolne wizyty okulistyczne raz w roku wskazało tylko około 6% respondentów, a zdaniem ¼ badanych z wizyt powinno się korzystać w zależności od tego, jakie problemy z widzeniem występują u pacjentów [11].

Wnioski

1. Wiedza na temat przyczyn i czynników ryzyka oraz metod zapobiegania powikłaniom w obrębie narządu wzroku jest zadowalająca wśród pacjentów chorujących na cukrzycę.
2. Istnieje potrzeba zwiększania świadomości pacjentów w zakresie częstości kontrolnych wizyt u lekarza okulisty, które stanowią skuteczny element profilaktyki powikłań chorób narządu wzroku.
3. Wiedza na temat badań okulistycznych, które w czasie kontroli powinny być wykonane jest niewystarczająca. Wyższy poziom wiedzy pacjentów w tym zakresie doprowadzi do lepszego zrozumienie roli rutynowych badań wzroku dla wczesnego wykrywania i leczenia chorób oczu.

Piśmiennictwo

1. Czech A., Tatoń J.: Cukrzyca. Wydawnictwo Elamed, Katowice 2009, 17 – 27.
2. Jankowiak B., Krystoń – Serafin M., Krajewska – Kułak E., Popławska E.: Powikłania cukrzycy jako choroby przewlekłej. Nowiny Lek., 2007, 76, 482–484.
3. Nowakowski A.: Epidemiologia cukrzycy. Diabetol. Prakt., 2002, 3, 181–185.
4. Tatoń J., Jamiołkowska E.: Choroby narządu wzroku powodowane przez cukrzycę [w:] Diabetologia, t. 2., Tatoń J., Czech A. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2001, 80 – 119.

5. Pieczyński J., Bandurska – Stankiewicz E., Wiatr – Bykowska D., Rutkowska J.: Cukrzycowa choroba oczu. Diabetol. Dośw. Klin., 2010, 10, 1–10.
6. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę, 2012. Diabetol. Klin., 2012, 1, suppl. 1, A1–A52.
7. Fong D. S., Aiello L., Gardner T. W. et al.: Diabetic retinopathy. Diab. Care., 2003, 26, 226–229.
8. Jankowski P.: Retinopatia cukrzycowa i inne choroby oczu w cukrzycy.[w:] Diabetologia, Moczulski D. (red.). Wydawnictwo Medical Tribune Polska, Warszawa 2010.
9. Kański J.J.: Choroby siatkówki pochodzenia naczyniowego. [w:] Okulistyka kliniczna, Zagórski Z. (red.). Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 1997, 344–379.
10. American Diabetes Association.: Diabetic Retinopathy. Diab. Care., 2002, 25, sup 1, S90-S93.
11. Dantona R., Dantona L., John R.K. et al.: Awareness of eye diseases in an urban population in southern India. Bull. World Health Organ., 2001, 79, 96 – 102.
12. Wanjiru Mwangi M., Gikonyo Githinji G., Wanjiru Githinji F.: Knowledge and Awareness of Diabetic Retinopathy amongst Diabetic Patients in Kenyatta National Hospital, Kenya. Int. J. Hum. Soc. Sci., 2011, 1, 140–146.
13. Mashige K.P., Notshweleka A., Moodley S. et al.: An assessment of the level of diabetic patients' knowledge of diabetes mellitus, its complications and management in Durban, South Africa. S. Afr. Optom., 2008, 67, 95–105.
14. Shrestha S., Malla O.K., Karki D.B., Byanju R.N.: Retinopathy in a diabetic population. Kathmandu Univ. Med. J., 2007, 5, 204 – 209.
15. Muńoz B., O'Leary M., Fonseca – Becker F. et al.: Knowledge of Diabetic Eye Disease and Vision Care Guidelines Among Hispanic Individuals in Baltimore With and Without Diabetes. Arch. Ophthalmol., 2008, 126, 968 – 974.
16. Krystoń–Serafin M., Jankowiak B., Krajewska – Kułak E. i wsp.: Ocena wiedzy pacjentów na temat cukrzycy typu 2 jako niezbędny element terapii. Diabetol. Prakt., 2005, 6, 7–14.

Rzepiela Lidia[1], Sesiuk Aleksandra[1], Ogłodek Ewa[2], Araszkiewicz Aleksander[2]

Komunikacja lekarz – pacjent w onkologii. Protokół SPIKES

1. SKN, Katedra Psychiatrii, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu
2. Katedra Psychiatrii, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wstęp

Komunikacja międzyludzka odgrywa ogromną rolę w życiu każdego z nas. Zwykła rozmowa między dwiema osobami może wywołać skrajne emocje – od radości po gniew. Zła interpretacja nawet jednego słowa może doprowadzić do konfliktu, nieporozumienia lub odrzucenia [1]. Nieprawidłowa komunikacja, na przykład brak chęci wysłuchania partnera rozmowy, może przyczynić się do zaburzenia relacji międzyosobowej. Większość problemów w komunikacji międzyludzkiej wynika z nieprawidłowej postawy wobec drugiego człowieka, a dotyczy braku umiejętności sluchania na różnych poziomach komunikacji [2].

Rozwinięcie

Wyróżniamy dwa podstawowe typy komunikacji. Komunikacja werbalna – z użyciem mowy, w której istotną rolę odgrywają m.in. akcentowanie i modulowanie słów. Istotna jest również płynność, treść wypowiedzi, barwa i ton głosu. Komunikacja niewerbalna, którą określamy mowę ciała, m. in. gesty i mimikę [3].

Według Sobierajskiego T. istnieje całkowita współzależność między werbalnymi i niewerbalnymi typami komunikowania się, które oddziałują na siebie nawzajem, choć nie determinują wzajemnego znaczenia. Ciekawie określił to jeden z najwybitniejszych synergologów – Turchet P., który uważa, że w komunikacji gest wyprzedza słowo i ujawnia to, o czym myśli umysł [4]. Mając na uwadze powyższe zależności, w procesie komunikowania się warto również zwrócić uwagę na zachowanie naszego rozmówcy. Może on, poprzez swoje gesty czy mimikę, wysyłać nam komunikaty. Komunikacja niewerbalna zazwyczaj jest nieświadoma. Zdarza się, że rozmówca, poprzez swoje zachowanie podczas rozmowy, manifestuje sygnały sprzeczne z wypowiedzianymi słowami. Uważna obserwacja rozmówcy pozwolić może na ujawnienie innych ukrytych komunikatów [5].

Według de Walden – Gałuszko K. dobra komunikacja, nazywana porozumieniem, zachodzi wtedy, gdy spełnione zostają trzy warunki: nadawca jest wiarygodny i wzbudza zaufanie profesjonalnością i życzliwością, informacja jest przekazana w sposób zrozumiały oraz odbiorca przekazuje zwrotnie swoje zrozumienie i reakcje na otrzymaną informację [3].

Porozumiewanie się stanowi szczególe miejsce w procesie komunikacji z pacjentami, szczególnie kiedy rozmowa dotyczy złego rokowania. Komunikacja odgrywa również kluczową rolę w przypadku pacjentów starszych z zaburzeniami organicznymi [6]. Innym istotnym problemem jest komunikacja lekarza z rodziną chorego pacjenta, gdy trzeba przekazać informacje mniej optymistyczne. Ponadto w opiece nad osobą chorą istotne jest ustalenie wspólnego porozumienia, pomiędzy personelem medycznym a rodziną chorego, w zakresie dalszego leczenia [1].

W komunikacji lekarza z pacjentem wyjątkowo wrażliwą grupą chorych są pacjenci leczeni w oddziałach onkologicznych. Oczekującemu na diagnozę pacjentowi onkologicznemu w rozmowie może towarzyszyć lęk. Wtedy szczególnego znaczenie nabiera kompetentna i wrażliwa komunikacja, przy czym żadne lęki nie powinny być wypierane, lecz dopuszczone i wyartykułowane [6].

Moment, w którym pacjent otrzymuje informację o rozpoznaniu u niego nowotworu, jest trudny i stanowi znaczące wydarzenie na drodze walki z chorobą. Każdy pacjent reaguje inaczej na usłyszaną diagnozę. Po wizycie u lekarza niektórzy odtwarzają moment otrzymania diagnozy, rozpamiętują każde słowo i każdy szczegół rozmowy z lekarzem, aby lepiej ją zrozumieć. Inni mogą nie być w stanie zapamiętać niczego poza słowem „nowotwór". Dlatego też informacja o rozpoznaniu musi być zawsze przekazywana ostrożnie, ze zrozumieniem i skutecznie [7].

Najważniejszą zasadą w porozumiewaniu się z chorymi, w szczególności onkologicznymi, jest skupienie całej uwagi na pacjencie i jego emocjach. Istotą tego powinno być umożliwienie swobodnego wypowiedzenia swoich wątpliwości. Lekarz nie powinien „zarzucać" pacjenta medycznymi terminami, które są niezrozumiałe i powodują poczucie niepewności [8]. Ważne jest skoncentrowanie się na emocjach towarzyszących rozmowie. Mogą one złagodzić bolesne doświadczenie związane z wiadomością, która powinna zostać przekazana w sposób delikatny i taktowny. Należy podejść do pacjenta jak do osoby, a nie tylko do jego jednostki chorobowej [2]. Gabriel Garcia Marquez powiedział *„Człowiek ma prawo patrzeć na drugiego z góry tylko wówczas, kiedy chce mu pomóc, aby się podniósł".*

Oznacza to, że lekarz powinien trzymać się nie tylko ściśle określonych standardów, ale nawiązać kontakt osobisty z chorym i podejść do jego osoby z szacunkiem [9].

Personel medyczny kontaktuje się z człowiekiem chorym na wiele sposobów, wyróżnia się:

- *kontakt „naukowy”*, który sprowadza się do jednoznacznego uzyskania wiadomości potrzebnych do postawienia diagnozy i wydania odpowiednich zaleceń;
- *kontakt „przewlekły”, trwały*, lecz bezosobowy, polegający na okresowej kontroli badań dodatkowych i leceniu kolejnych badań;
- *kontakt „patriarchalny”, „hierarchiczny”*, w którym lekarz wczuwa się w sytuację człowieka chorego, jest empatyczny, ciepły, a także przekonany o tym, że najlepiej wie, czego potrzebuje pacjent;
- *kontakt partnerski*, najbardziej pożądany, w którym obie strony są równie ważne, a komunikacja stacje się procesem dwukierunkowym [3, 10, 11].

Sposób komunikowania się między ludźmi zależy od ról, jakie odgrywają oni w trakcie rozmowy. Pacjent zawsze jest postawiony w pozycji osoby oczekującej poczucia zrozumienia i bezpieczeństwa, co stawia lekarza w pozycji uprzywilejowanej, podnosząc jego poczucie wartości. Możemy spotkać dwa rodzaje pacjentów: łatwo wchodzących w rolę chorego, którzy w ten sposób próbują uciec przed codziennością, obowiązkami, mających silną potrzebę zwrócenia na siebie uwagi otoczenia, tę rolę odgrywa większość pacjentów oraz pacjentów broniących się przed przyjęciem roli chorego, mających trudności z zaakceptowaniem postępu choroby, kalectwa, nieuchronnej śmierci [10].

Na podstawie badań Salmon P., stwierdzono, że pacjenci reagują na informację o nowotworze w sposób zarówno negatywny, jak i pozytywny. Niektórzy chorzy traktują nowotwór jako źródło lęku i mają poczucie odrzucenia oraz utraty godności. Pacjenci zazwyczaj boją się bólu, który towarzyszy chorobie oraz tego, że staną się ciężarem dla bliskich. Uważają, że choroba może zniweczyć ich plany. Wielu jednak odnajduje w niej źródło wzbogacenia życia, zaczynają bardziej doceniać to, co udało im się w życiu osiągnąć i odkrywają jego prawdziwą wartość [12, 13]. W większości przypadków w przekazywaniu diagnozy rola lekarza sprowadza się do bycia profesjonalistą. Główną rolą lekarza jest zdiagnozowanie jednostki chorobowej, zlecenie badań i leczenie. Jeśli rola ta ogranicza się tylko do stawiania rozpoznania, istnieje niebezpieczeństwo, że lekarz utraci komunikację z pacjentem i zdystansuje się do roli diagnosty [11].

Powinniśmy pamiętać, iż rolą lekarza jest ustalenie granicy między profesjonalizmem a człowieczeństwem, która będzie współgrać z oczekiwaniami chorego. Cytując słowa Sobierajskiego T.: *„lekarz często słyszy pacjentów, ale ich nie słucha”*, wykorzystuje swój autorytet do wytworzenia relacji paternalistycznych, a nie partnerskich [4].

Onkologia jest specyficzną dziedziną medycyny, w której przekazywanie negatywnych informacji występuje częściej niż w innych specjalizacjach. Wielu lekarzy onkologów przyznaje, że chwilami, które najbardziej zapadły im w pamięć są: pierwsze postawione diagnozy, przeprowadzone operacje oraz stres towarzyszący przekazywaniu pacjentom niepomyślnych rokowań [14, 15]. Informowanie o złych wiadomościach wiąże się z ogromnym obciążeniem psychicznym, zarówno dla lekarza, jak i dla pacjenta. Objawy dyskomfortu można ograniczyć, przeprowadzając rozmowę według protokołu SPIKES (Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotion, Summary).

Metoda SPIKES została opracowana przez Buckman R. i Baile W. F. (*„The Oncologist”*, 2000). Jest przykładem koncepcji skutecznej komunikacji. Każdą z liter, wchodzących w skład nazwy metody, można oddzielnie zinterpretować [14].

Setting, wskazuje na sprawdzenie warunków zewnętrznych, w jakich ma odbyć się rozmowa. Lekarz powinien zarezerwować odpowiednią ilości czasu, wybrać dogodne miejsce rozmowy, zastanowić się nad formą przekazania informacji i doborem słów. Wskazane jest również zebranie informacji o osobach opiekujących się chorym i przygotowanie się na ewentualne pytania [5, 16]. Lekarz poświęca statystycznie pacjentowi około siedmiu minut. W tym czasie jest w stanie przekazać jedynie podstawowe informacje. W przypadku wielu chorych, szczególnie onkologicznych, ta ilość czasu jest zdecydowanie niewystarczająca [17].

Według profesora Volkenandta (teolog, onkolog, specjalista w dziedzinie opieki paliatywnej) brak czasu nie usprawiedliwia złej komunikacji. Dobre rozmowy wcale nie trwają dłużej niż złe, a mając niewielką ilość czasu, tym bardziej należy go efektywnie wykorzystać. Ważne jest zapewnienie odpowiedniego miejsca do rozmowy. Jeśli ma ona się odbyć w sali chorego, lekarz powinien ostrożnie usiąść na jego łóżku, z zachowaniem pewnego dystansu [18]. W innym przypadku należy wybrać spokojne, ciche miejsce, bez dodatkowych barier w postaci biurka, komputera, stosu dokumentacji medycznej. Powinno się pamiętać o zapewnieniu prywatności. Należy unikać zakłóceń wywołanych przez osoby trzecie, pukanie do drzwi, dzwonienie telefonu lub pracującą aparaturę [6].

Dla wielu pacjentów istotne jest przywitanie lekarza poprzez uścisk dłoni. Dzięki temu uzyskujemy informację, z jakim typem osobowości mamy do czynienia (osoba słaba

psychicznie, zdecydowana lub zestresowana), pozwala to na zmniejszenie dystansu w relacji pacjent – lekarz i nadanie rozmowie partnerskiego przebiegu. Czasem pacjent może czuć się niepewnie, potrzebować wsparcia bliskiej osoby. Warto więc zapytać chorego, czy życzy sobie przy rozmowie obecności kogoś z rodziny, przyjaciół [15, 19].

Perception, czyli percepcja, ocena stanu wiedzy pacjenta. Najważniejsza zasada tej części rozmowy to: najpierw pytaj, później mów. Na samym początku lekarz powinien zapytać, czy pacjent chce rozmawiać i czy informował już rodzinę o swojej sytuacji. Istotne jest ustalenie, jak dużo pacjent wie o swojej chorobie. Ważne jest zwrócenie uwagi na nastawienie pacjenta - czy jest on optymistą, pesymistą, czy też realistycznie patrzy na swój stan. Pozwoli to skierować rozmowę w odpowiednim kierunku [7].

Invitation, oznacza zaproszenie. W ten sposób ustalamy czy pacjent wykazuje chęć przyswojenia nowych informacji. Warto zaprosić pacjenta do gabinetu osobiście. Już w progu gabinetu powinien on mieć poczucie, że jest gościem, a lekarz pełni rolę gospodarza, który zapewni mu bezpieczeństwo [11]. Należy przywitać chorego, podać dłoń i przedstawić się. Trzeba traktować go z należytym szacunkiem, nie w sposób bezosobowy, zwracać się do niego, używając jego imienia i nazwiska [5]. Sobierajski T. dobrze instruuje nas, że nie musimy obawiać się spoufalenia, używając grzecznościowych zwrotów Pan/Pani, które wyraźnie ustalają granice zażyłości [4].

Knowledge, czyli wiedza, fakty, które przekażemy rozmówcy. Na początku niezwykle istotne jest uczciwe ostrzeżenie pacjenta, np.: *„Obawiam się, że nie mam dla Pana/Pani dobrych informacji”*. Szczególną uwagę należy zwrócić na sposób mówienia: powoli, wyraźnie, zrozumiale, krótkimi zdaniami, posługując się niemedycznym językiem. Wiadomości powinno się dawkować systematycznie, w sposób zwięzły i bezpośredni, w razie potrzeby powtarzając lub udzielając dodatkowych informacji. Przydatne może okazać się sporządzenie krótkich notatek, schematów, rysunków, co pozwoli choremu lepiej zrozumieć istotę choroby i usłyszane fakty [7].

Emotion, określa emocje, reagowanie na emocje pacjenta w sposób empatyczny. W tej części rozmowy lekarz powinien kierować się głównie uczuciami. Ogromną rolę odgrywa tutaj empatia. Należy być przygotowanym na łzy pacjenta. Koniecznością jest panowanie nad własnymi reakcjami. Przydatne może być użycie zwrotu „*Widzę, że to dla Pana/Pani trudne przeżycie, może chce Pan/Pani odpocząć?*”, który świadczy o zrozumieniu sytuacji. Trzeba przyznać choremu prawo do takiej reakcji, powiedzieć, że to normalne

zachowanie. Można też zaproponować leki uspokajające. Nie należy zapominać o możliwości zadawania pytań przez pacjenta [1, 15].

Szczególny rodzaj dawania nadziei, dzięki której można minimalizować strach i sprawić, by pacjent poczuł się lepiej, to normalizacja uczuć. Może ona powstrzymać pacjenta od rozmowy na temat obaw, poprzez uświadomienie, że jest on jednym z wielu pacjentów, którzy przechodzą przez to samo [7]. Podczas rozmowy lekarz musi być aktywnym słuchaczem. Pomocne są pytania otwarte, zachęcanie pacjenta do kontynuowania rozmowy, a także umiejętność milczenia w odpowiednich momentach [20].

Informując o rozpoznaniu nowotworu, można spotkać się z następującymi reakcjami: wszechogarniającą rozpaczą, potrzebą wsparcia, wyparciem, mieszanymi uczuciami (złością, niepokojem, strachem), nierealnymi oczekiwaniami, cichą akceptacją lub chęcią zatajenia choroby, szokiem [7]. Nawet jeżeli choroba jest w fazie remisji, pacjent nadal żyje w ciągłej niepewności i spodziewa się pogorszenia swojego stanu,. Objaw ten nazywany jest *syndromem miecza Damoklesa*. Nie może on zapomnieć o nowotworze, nawet jeśli badania pokazują, że choroba ustąpiła. Boi się, czy kolejny dzień nie przyniesie złych informacji [19].

Summary oznacza zestawienie, powtórzenie wszystkich informacji, zastanowienie się *„co dalej?”*. W tej części rozmowy rolą lekarza jest ocena stopnia zrozumienia informacji przez pacjenta. Można poprosić o opowiedzenie, jak zrozumiał to, co zostało mu przekazane [1]. Lekarz musi ocenić, czy u rozmówcy nie pojawiły się myśli o samookaleczeniu lub samobójstwie, ocenić stan psychiczny, ustalić, czy nie potrzebuje on wsparcia ze strony psychoonkologa [21]. Zakończenie rozmowy powinno być zapewnieniem pacjenta, że będzie otoczony należytą opieką [7].

Podsumowanie

Rozmowa z pacjentami onkologicznymi i przekazywanie złych wiadomości jest jednym z największych wyzwań dla lekarzy. Przeciętnie onkolog odbywa około 20 tysięcy takich rozmów w ciągu całego życia zawodowego. Dobrym sposobem zapobiegania wypaleniu zawodowemu może być nauczenie się strategii komunikacji i przyswojenie prostych metod porozumiewania się [20]. Nie tylko badany jest narażony na ogromny stres wynikający z otrzymania informacji o chorobie nowotworowej. Także lekarz nie pozostaje obojętny na sytuację chorego, pomimo tego, że śmierć jest nieodłączną częścią jego pracy. Oczywisty jest fakt, że pacjent stanowi centrum zainteresowania środowiska medycznego i to do niego jest w głównej mierze skierowana pomoc psychoonkologa [21]. Jednak warto pamiętać, że lekarze są narażeni na obciążenia psychiczne i ta dziedzina psychologii może

być bardzo pomocna, zarówno w doskonaleniu sztuki komunikacji z pacjentem, jak i w radzeniu sobie z własnym stresem.

Każdy z nas spotyka się w swoim życiu ze śmiercią. Przytaczając słowa Wisławy Szymborskiej pamiętajmy, że [22]:

Nie ma takiego życia,
które by choć przez chwilę
nie było nieśmiertelne.
Śmierć
zawsze o tę chwilę przybywa spóźniona.
Na próżno szarpie klamkę
niewidzialnych drzwi.
Kto ile zdążył,
tego mu cofnąć nie może.

Piśmiennictwo

1. Stangierska I., Horst−Sikorska W.: Ogólne zasady komunikacji między pacjentem a lekarzem., Forum Med. Rodz., 2007, 1, 58−68.
2. Walewski P.: Niezdrowe relacje lekarz−pacjent. Medycyna dobrych manier., Polityka, 2012.
3. de Walden−Gałuszko K.: Problemy komunikacji. de Walden−Gałuszko K.: Psychoonkologia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000, 45−54.
4. Sobierajski T.: Jak skutecznie rozmawiać z pacjentem?, Med. Prakt. Szczepienia, 2012/01, 93−94.
5. Ogłodek E., Moś D., Araszkiewicz A., Zasady kontaktu terapeutycznego lekarza z pacjentem. Zdr. Pub., 2009, 119, 331−334.
6. Dorfmüller M..: Podstawy komunikacji. Dorfmüller M., Dietzfelbinger H.: Psychoonkologia. Diagnostyka − metody terapeutyczne. Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2011, 89−92.
7. Opowieści o raku. Sztuka komunikacji w opiece onkologicznej. Stolarczyk A. (red.), VIAMEDICA sp. z o.o. s.k., Gdańsk 2008, 12−19.
8. de Walden−Gałuszko K.: Nowe aspekty pojęcia jakości życia w psychoonkologii w świetle założeń psychologii pozytywnej. Psychoonkologia, 2011, 2, 65−69.

9. Machnik−Czerwik A.: Funkcjonowanie na płaszczyźnie psychofizycznej a jakość życia chorych onkologicznie. Psychoonkologia, 2010, 2, 55−59.
10. Mayerscough P., Ford M.: Role lekarza i pacjenta. Mayerscough P., Ford M.: Jak rozmawiać z pacjentem., Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002, 19−23.
11. Mielnik−Błaszczak M., Zioło A., Kawiak−Jawor E.: Relacja lekarz−pacjent - od paternalizmu do partnerstwa. Zdr. Publ., 2011, 121, 95−98.
12. Salmon P.: Choroba przewlekła. Salmon P.: Psychologia w medycynie wspomaga współpracę z pacjentem i proces leczenia. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002, 111−121.
13. Michałowska−Wieczorek I.: Rola wsparcia w zmaganiu się z chorobą nowotworową. Psychoonkologia, 2006, 10, 51−56.
14. Kudelka A.: Jak przekazywać złe wiadomości? HBRP, 2010, 93−94.
15. Maciejewska M.: Być lekiem na całe zło. Coaching, 2011, 5, 32 – 38.
16. Porębiak M.I.: Fakty i mity dotyczące chorób nowotworowych., Psychoonkologia, 2008, 12, 52−57.
17. Szulc R.: Zagrożenie relacji lekarz-pacjent we współczesnej praktyce medycznej. Med. Prakt. Chir 2010, 1, 51−56.
18. Dorfmüller M.: Podstawowe zasady prowadzenia rozmowy. Dorfmüller M., Dietzfelbinger H.: Psychoonkologia. Diagnostyka−metody terapeutyczne. Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2011, 89−92.
19. Brzozowska E.: Stawić czoła chorobie. Głos Pomorza, Słupsk, 2012. 06. 09.
20. Prien P.: Strategie komunikowania się z pacjentami onkologicznymi. Biblioteka Raka Prostaty 2011/6
21. Kawiecka−Dziembowska B.: Dlaczego psychoonkolog, a nie psycholog czy psychiatra powinien wspierać Pacjenta z chorobą nowotworową?. FOCUS CO Magazyn Pacjentów Centrum Onkologii, 2013, 1, 30−31.
22. Szymborska W.: O śmierci bez przesady. Widok z ziarnkiem piasku. Wydawnictwo a5, Kraków, 1996.

Spis treści

BIOETYKA, PRAWO I MEDYCYNA

Zabielski Józef: *Humanizacja ludzkiego cierpienia i śmierci……15-24*

Sawicki Adam: *Antropologia choroby……..… …25-34*

Szuta Wiesław: *Wybrane wartości aksjologiczne w etosie pielęgniarki……..….35-47*

Żurawski Jacek A: *Reklama w mediach i prawie nieuczciwej konkurencji…… ……...49-58*

Kicel Katarzyna, Szydłowska Monika: *Dylematy etyczne w pracy pielęgniarki……59-69*

Pasieka Ewa, Lewandowski Jacek: *Etyka i odpowiedzialność technika elektroradiologii podczas angiograficznego potwierdzenia śmierci mózgu……...69-77*

Smerdka Agnieszka: *Terminacja ciąży, a aborcja - terminologia medyczna używana w placówkach opieki zdrowotnej……..……79-90*

Ortman Elżbieta , Baczewska Agnieszka, Kondzior Dorota, Krajewska- Kułak Elżbieta, Jankowiak Barbara, Kowalewska Beata, Rolka Hanna , Klimaszewska Krystyn: *Opinia studentów na temat aborcji……..91-101*

Andrzejewska Sylwia, Grzesiak Barbara, Kamiński Daniel: *Dawcy nasienia- kwestie etyczne i prawne……..…..103-115*

Witczak-Błaszczyk Kinga: *Za i przeciw NaProTechnologii w świetle badań opinii lekarzy ginekologów……..…...117-131*

Kowalewska Beata, Truszkowska Ewelina, Klimaszewska Krystyna, Jankowiak Barbara, Oleszczuk Tadeusz, Rolka Hanna, Ortman Elzbieta, Krajewska–Kułak Elzbieta, Kondzior Dorota, Niedźwiecka Barbara: *Przeszczepianie narządów w opinii społeczeństwa na przykładzie studentów –podstawy teoretyczne……..……...133-147*

Wiśniewska-Śliwińska Hanna: *Ocena potrzeb edukacyjnych na rzecz świadomej transplantacji i donacji narządów……...149-157*

Kowalewska Beata, Truszkowska Ewelina, Klimaszewska Krystyna, Jankowiak Barbara, Oleszczuk Tadeusz, Rolka Hanna, Ortman Elzbieta, Krajewska –Kułak Elzbieta, Kondzior Dorota, Niedźwiecka Barbara: *Przeszczepianie narządów w opinii społeczeństwa na przykładzie studentów – badania własne……159-188*

Iwański Tomasz Aleksander: *Uregulowania prawne dotyczące przemocy w rodzinie na tle wybranych rozwiązań legislacyjnych na świecie i w Polsce…… .189-213*

Czerżyńska Magdalena, Pasieka Ewa: *Letalny wpływ promieniowania rentgenowskiego na komórki organizmu ludzkiego. Uzasadnienie stosowania ochrony radiologicznej……..215-223*

Gorzkowska Maria, Sałapata Kinga: *Obecność rodziny pacjenta podczas szpitalnej resuscytacji krążeniowo-oddechowej w opinii pielęgniarek studiów pomostowych PWSZ w Tarnowie……225-235*

Wajda-Drzewiecka Katarzyna, Chowaniec Czesław: *Śmierć aresztanta w wyniku długotrwałego protestu głodowego- problemy organizacyjno-decyzyjne więziennej służby zdrowia……..237-246*

PROBLEMY OPIEKI PALIATYWNEJ

Antoszewska Beata: *Dziecko z chorobą nowotworową - wybrane aspekty……..247-261*

Wojciechowska Małgorzata, Kuczalska Joanna: *Rola pielęgniarki w interdyscyplinarnym zespole i jej wpływ na poprawę jakości życia pacjentów w chorobie nowotworowej w domowej opiece hospicyjnej……263-275*

Krzesińska-Żach Beata, Redlarska Zofia: *Towarzyszenie w chorobie, cierpieniu i śmierci podopiecznym Hospicjum……...277-281*

Fiega Ewa, Wróblewska Krystyna Helena, Krajewska - Kułak Elżbieta, Chilińska Joanna Zofia, Moczydłowska Alicja, Perkowska Ewa, Chojnowska Anna, Sobocińska Agnieszka Beata: *Ocena wiedzy pielęgniarek i położnych na temat znajomości praw pacjenta umierającego…283-309*

Fiega Ewa, Wróblewska Krystyna Hanna, Chilińska Joanna, Krajewska- Kułak Elżbieta, Moczydłowska Alicja, Perkowska Ewa: *Ocena zapotrzebowania na kształcenie pielęgniarek w dziedzinie opieki paliatywnej……311-326*

Seń Mariola, Klisowska Iwona, Krysa Marzena, Lintowska Agnieszka, Staniszewska Jadwiga, Felińczak Anna: *Sytuacja zdrowotna i społeczna osób objętych opieką długoterminową przebywających w domach pomocy społecznej……327-340*

Kalinowski Paweł, Bojakowska Urszula: *Epidemiologia i analiza czynników ryzyka raka piersi……341-349*

Jakubów Piotr, CydzikMariusz, Jasiewicz Przemysław, Sewastianowicz Adam, Pasławski Leszek, Frank Marek, Matlak Krzysztof: *Zastosowanie kriolezji w leczeniu uciążliwego bólu u chorych paliatywnych… ……..351-360*

Jakubów Piotr, Cydzik Mariusz, Dubowski Mirosław, Jasiewicz Przemysław, Sewastianowicz Adam, Juszczyk Grzegorz, Matlak Krzysztof, Frank Marek, Hirnlne Tomasz: *Analizazasobów bazy danych dotycząca wpływu anestetyków na funkcje kognitywne u chorych w podeszłym wieku, analiza i przegląd dostępnego piśmiennictwa w latach 1976 do 2013…….361-372*

TANATOEDUKACJA

Zwolski Marcin: *Śmierć jako świadoma cena walki o niepodległość w Polsce w latach 1944–1956 .....…….373-382*

Pucko Zygmunt, Miarka Joanna: *O pożytku niektórych aspektów filozofii dialogu w procesie towarzyszenia ludziom umierającym…… ……..383-389*

Deręgowska Justyna: J*ednostkowość procesu umierania wobec współczesnej tabuizacji i instytucjonalizacji śmierci…….....391-400*

Masłowiecka Agnieszka: *Obecność tematu śmierci w literaturze psychologicznej…..401-406*

Marcinkowski Jerzy T., Edbom-Kolarz Anna, Bajek Anna, Klimberg Aneta, Zarzycki Andrzej, Galewska Irena, ChochowskaMałgorzata, Kilarski Tomasz, Lindner Zbigniew, Wiśniewska- Śliwińska Hanna: C*zy oto rodzi się „nowoczesny człowiek" - niewrażliwy na śmierć najbliższych? Część I. Pochówki z perspektywy historycznej……407-420*

Marcinkowski Jerzy T., Edbom-Kolarz Anna, Bajek Anna, Klimberg Aneta, Zarzycki Andrzej, Galewska Irena, ChochowskaMałgorzata, Kilarski Tomasz, Lindner Zbigniew, Wiśniewska- Śliwińska Hanna: C*zy oto rodzi się „nowoczesny człowiek" - niewrażliwy na śmierć najbliższych? Część II. Pierwsza nekropolia królewskiego miasta Poznania……421-424*

ChochowskaMałgorzata, Marcinkowski Jerzy T:*Tanatos merda ogonem - zjawisko uczłowieczania zwierząt w kulturze na przykładzie tradycji funeralnych……425-440*

Szymanowska Joanna: *Poczucie osamotnienia dziecka w rodzinie osieroconej……441-452*

PROBLEMY WIELOKULTUROWOŚCI W MEDYCYNIE

Gryko Katarzyna, Krajewska-Kułak Elżbieta, Emilia Górska, Sochoń Katarzyna, Tołoczko Helena, Orzechowska Anna: *Tolerancyjność Polaków wobec innych narodów i mniejszości……453-467*

Kułak Agnieszka, Kulak Piotr, Bejda Grzegorz: *Lalki Reborn - zabawka, oznaka pseudorodzicielstwa, czy terapia? ……..469-490*

Kułak Agnieszka, Kulak Piotr, Bejda Grzegorz: *Żywe lalki - moda czy choroba ? 491-519*

Tołoczko Helena, Krajewska-Kułak Elżbieta, Orzechowska Anna, Sochoń Katarzyna, Emilia Górska, Gryko Katarzyna: *Percepcja wizerunku własnego ciała - wybrane aspekty…….521-537*

Kułak Piotr, Kułak Agnieszka: *Specyficzne metody ozdabiania ciała……539-574*

ŚMIERĆ SPOŁECZNA

Twardowska-Rajewska J: S*tygmat starości z perspektywy młodości…..……575-583*

Łuszczyńska Maria: *Świadomość śmiertelności a pomyślne starzenie się – komunikat z badań……585-595*

Jastrzębska Jolanta, Oskędra Iwona: *Przejawy dyskryminacji osób starszych w ocenie pracowników ochrony zdrowia na przykładzie opinii pielęgniarek……...597-604*

Szafranek Anna: *Przemoc względem pracowników Domów Pomocy Społecznej……..605-613*

Szydłowska Monika, Kicel Katrzyna: *Obraz osoby w podeszłym wieku w opinii studentów……..…….615-627*

Sienkiewicz Zofia, Fidecki Wiesław, Kobos Ewa, Wysokiński Mariusz, Gruba Leóńczuk Anna, Wrońska Irena, Imiela Jacek: *Problemy osób w starszym wieku związane z samotnością…….....…..629-642*

Dąbrowska Olga, Marcysiak Miłosz, Marcysiak Małgorzata: *Wizerunek osoby niepełnosprawnej w opinii uczniów szkół podstawowych……..643-651*

Cybulski Mateusz, Krajewska-Kułak Elżbieta, Manias Sylwia, Orzechowska Anna, Sowa Paweł, Rozwadowska Emilia, Guzowski Andrzej: *Obraz osób z zaburzeniami słuchu i wzroku w świadomości studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku…….....……..653-671*

Wejda Urszula, Krajewska-Kułak Elżbieta, Kowalewska Beata: *Pomoc bezdomnym w Polsce i w Unii Europejskiej…….....……673-685*

Wejda Urszula, Krajewska-Kułak Elżbieta, Kowalewska Beata: *Ocena postaw studentów wobec bezdomności…….687-700*

Kuszczak Anita: *Problem stygmatyzacji osób dotkniętych mutyzmem……...……...701-711*

Orzechowska Anna, Krajewska-Kułak Elżbieta, Cybulski Mateusz, Tołoczko Helena, Sochoń Katarzyna, Emilia Górska, Gryko Katarzyna: *Problem dzieciobójstwa na przestrzeni wieków…….…..713-723*

Kazberuk Grzegorz: *Dzieciobójstwo medialne. Przypadek Katarzyny W…….....729-744*

Zalewska – Ćwikła Martyna, Kowalczuk Krystyna, Krajewska-Kułak Elżbieta: *Koncepcje uzależnień od alkoholu …….……745-753*

Zalewska - Ćwikła Martyna, Kowalczuk Krystyna, Łukaszuk Cecylia: *Prawdy i mity na temat uzależnień młodzieży…….……755-764*

Zalewska - Ćwikła Martyna, Kowalczuk Krystyna, Łukaszuk Cecylia: *Choroba alkoholowa – rozpoznanie oraz leczenie…….765-773*

Sawicki Adam: *Filozoficzne spojrzenie na starość……775-785*

BIO-PSYCHO-SPOŁECZNE PROBLEMY FUNKCJONOWANIA RODZINY

Guzowski Andrzej, Krajewska – Kułak Elżbieta, Rozwadowska Emilia, Cybulski Mateusz, Kuć Dariusz, Zieliński Kajetan: *Rola rodziny w wychowywaniu dzieci……787-808*

Guzowski Andrzej, Krajewska – Kułak Elżbieta, Zieliński Kajetan, Rozwadowska Emilia, Kuć Dariusz, Cybulski Mateusz: *Rola wsparcia w funkcjonowaniu chorego niepełnosprawnego, intelektualnie ze szczególnym uwzględnieniem roli rodziny……809-830*

Guzowski Andrzej, Kajewska – Kułak Elżbieta, Zieliński Kajetan, Rozwadowska Emilia, Kuć Dariusz, Cybulski Mateusz: *Rodzina i jej funkcje a wypalenie sił u rodziców dziecka z niepełnosprawnością……831-850*

Malesińska Magdalena, Sacharewicz Agata, Prokop-Zaniewska Aleksandra, Łuszcz Anna, Stepek Agata, Roszko-Kirpsza Izabela, Olejnik Beata Janina, Maciorkowska Elżbieta: *Socjologiczna rola rodziny w występowaniu zachowań ryzykownych u dzieci i młodzieży……..……..…..851-866*

Sienkiewicz Zofia, ŚnieguckaMałgorzata, Wrońska Irena: *Rola rodziny w opiece nad pacjentem w hospicjum domowym……..…….867-882*

ŚnieguckaMałgorzata, Sienkiewicz Zofia, Wrońska Irena: P*roblemy rodziny opiekującej się nieuleczalnie chorym w środowisku domowym…….……883-896*

Iwański Tomasz Aleksander: *Epidemiologia zjawiska przemocy w rodzinie w Polsce i na świecie…….…….897-908*

Iwański Tomasz Aleksander: *Rodzaje przemocy w rodzinie…….……...909-948*

Iwański Tomasz Aleksander: *Skutki przemocy w rodzinie - wybrane aspekty…...….949-959*

Turko Barbara, Romanowska Joanna: *Świadomość rodziców na temat wpływu profilaktyki logopedycznej na rozwój mowy u dzieci…….....…….961-983*

Kowalik Jolanta, **Galerczyk Monika:** *Ocena wiedzy członków rodzin pacjentów ze stwardnieniem rozsianym na temat choroby…….……...985-999*

WYBRANE PROBLEMY INTERDYSCYPLINARNEJ OPIEKI MEDYCZNEJ

Moczydłowska Alicja, Krajewska-Kułak Elżbieta, Bielski Krzysztof, Perkowska Ewa, Fiega Ewa: *Wsparcie społeczne w chorobie……...1003-1012*

Moczydłowska Alicja, Krajewska-Kułak Elżbieta, Bielski Krzysztof, Fiega Ewa, Perkowska Ewa, Kowalewska Beata: *Satysfakcja chorych z opieki medycznej……..1013-1025*

Wiśniewska-Śliwińska Hanna, Marcinkowski Jerzy T.: *Diagnoza potrzeb pacjenta hospicjum z punktu widzenia personelu medycznego oraz pacjentów - w świetle badań……1027-1035*

Rolka Hanna, Brayer Aneta, Drozdowski Wiesław, Kowalewska Beata, Kulikowska Barbara, Klimaszewska Krystyna, Kondzior Dorota, Kowalczuk Krystyna, Jankowiak Barbara: *Zmęczenie jako istotny problem pielęgnacyjny determinujący samopoczucie chorych ze schorzeniami neurologicznymi - badanie wstępne……1037-1048*

Korzeniecka-Kozerska Agata, Okurowska-Zawada Bożena, Kułak Wojciech, Liszewska Alicja: *Ocena czynności nerek u dzieci cewnikowanych z pęcherzem neurogennym po operacji przepukliny oponowo rdzeniowej……..1049-1061*

Kwoka Joanna, Oskędra Iwona: *Stosowanie suplementów diety przez osoby starsze powyżej 60. roku życia……1063-1072*

Piechocka Dorota I, Kaczyńska Ewelina, Michalak Stanisław Jr, Gierasimczuk Bogusława K, Kalisz Anna, Sienkiewicz Anna, Dobrzycka Bożena, Terlikowski Sławomir J: *Analiza przebiegu ciąży i porodu u kobiet po 35 roku życia…….1073-1092*

Perkowska Ewa, Terlikowski Sławomir Jerzy, Dobrzycka Bożena, Moczydłowska Alicja, Fiega Ewa, Fejfer-Wirbał Ewa, Dobrzycka Bożena, Śliżewska Halina, Kraśnicka Jolanta: *Wpływ opieki okołoporodowej na problemy związane z karmieniem piersią w pierwszych tygodniach po porodzie…….1093-1103*

Perkowska Ewa, Terlikowski Sławomir Jerzy, Dobrzycka Bożena, Moczydłowska Alicja, Fiega Ewa, Kraśnicka Jolanta, Śliżewska Halina: *Wpływ opieki okołoporodowej na problemy związane z pielęgnacją noworodka w pierwszych tygodniach po porodzie……..1105-1112*

Piechocka Dorota I., Dobrzycka Bożena, Michalak Stanisław Jr., Gierasimczuk Bogusława K, Kalisz Anna, Sienkiewicz Anna, Terlikowski Sławomir J: *Wylewy śródczaszkowe u noworodków w materiale Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. Jędrzeja Śniadeckiego w latach 2004-2008……...1113-1124*

Gierasimczuk Bogusława K., Piechocka Dorota I., Michalak Stanisław Jr., Kalisz Anna, Dobrzycka Bożena, Sienkiewicz Anna, Kinalski Piotr , Terlikowski Sławomir J: *Rola personelu medycznego w sytuacji urodzenia dziecka z wadą wrodzoną……..1125-1143*

Piechocka Dorota I., Dobrzycka Bożena , Terlikowski Sławomir J.: *Wpływ masy ciała noworodków na częstość mechanicznych urazów okołoporodowych……..1145-1158*

Piechocka Dorota I., Dobrzycka Bożena, Łapińska Paulina, Kinalski Piotr, Michalak Stanisław Jr., Gierasimczuk Bogusława, Fedeńczuk Tomasz, Kalisz Anna, Sienkiewicz Anna, Terlikowski Sławomir J: *Analiza przebiegu ciąży, porodu i połogu u pacjentek z rozpoznaną padaczką……..1159-1173*

Okurowska-Zawada Bożena, Korzeniecka-Kozerska Agata, Kułak Wojciech, Wojtkowski Janusz: *Zachowania zdrowotne matek dzieci z przepukliną oponowo-rdzeniową w korelacji z poziomem kwasu foliowego i witaminy D3 w badanej grupie dzieci……1175-1187*

Gasińska Karolina, Bednarski Jerzy, Bieniaś Beata, Wieczorkiewicz-Płaza Anna, Zajączkowska Maria: *Jakość życia dziecka z chorobą Recklinghausena – opis przypadku…….1189-1196*

Olejnik Beata Janina, Zalewska Magdalena, Roszko-Kirpsza Izabela, Czerech Ewa, Kulesza Mariola, Jabłoński Robert, Prokop-Zaniewska Aleksandra, Łuszcz Anna, Stepek Agata, Maciorkowska Elżbieta: *Żywienie dzieci wiejskich w wieku wczesnodziecięcym……..1197-1212*

Kowalewska Betata, Łuba Joanna, Rolka Hanna, Jankowiak Barbara, Klimaszewska Krystyna, Kondzior Dorota , Oleszczuk Tadeusz, Ortman Elżbieta, Krajewska –Kułak Elżbieta: *Zwyczaje żywieniowe w rodzinie a otyłość u dzieci w wieku 9-13 lat - badania własne……1213-1238*

Kowalewska Beata, Bruliński Kamil Klimaszewska Krystyna, Jankowiak Barbara, Rolka Hanna, Ortman Elżbieta, Krajewska –Kułak Elżbieta, Kondzior Dorota, Łukaszuk Cecylia: *Ocena zachowań zdrowotnych i akceptacji choroby wśród osób leczonych z powodu nadciśnienia tętniczego – podstawy teoretyczne……1239-1258*

Kowalewska Beata, Bruliński Kamil, Klimaszewska Krystyna, Jankowiak Barbara, Rolka Hanna, Ortman Elżbieta, Krajewska–Kułak Elżbieta, Kondzior Dorota, Łukaszuk Cecylia: *Ocena zachowań zdrowotnych i akceptacji choroby wśród osób leczonych z powodu nadciśnienia tętniczego – badania własne……1259-1278*

Kochański Karol, Kuźma Łukasz, Kobus Grażyna, Bachórzewska-Gajewska Hanna, Dobrzycki Sławomir: *Nagłe zatrzymanie krążenia w przebiegu zawału mięśnia sercowego, punktem zwrotnym w życiu pacjent……1279-1290*

Wysocka- Skurska Izabela, Sierakowska Matylda, Kułak Wojciech, Krajewska- Kułak Elżbieta, Sierakowski Stanisław: *Ocena problemów zdrowotnych i jakości życia pacjentów z RZS w zależności od stosowanej terapii farmakologicznej……1291-1302*

WYBRANE PROBLEMY OPIEKI REHABILITACYJNO/FIZJOTERAPEUTYCZNEJ

Sochoń Karolina, Zalewska Anna, Sochoń Magdalena: *Mechanizmy utrzymania równowagi posturalnej i metody diagnostyczne……1303-1311*

Zalewska Anna, Sochoń Karolina, Zalewski Karol, Sochoń Magdalena: *Rola fizjoterapeuty w rehabilitacji laryngektomowanych……1313-1321*

Kierczuk Edyta: *Aktywność ruchowa dzieci i młodzieży w Polsce i Europie……1323-1332*

Kuchna Paulina, Oskędra Iwona, Zych Beata: *Odżywianie i aktywność fizyczna w profilaktyce przedwczesnego starzenia się……1333-1342*

Frąckowski Łukasz, Gryń Kamila, Ogłodek Ewa, Araszkiewicz Aleksander: *O skuteczności alternatywnej terapii fizykalnej w medycynie……1343-1349*

Kur Marcin, Skonecka-Łukaszuk Dorota, Nędzi Agata, Młynarczyk Izabela, Kinalski Ryszard: *Odruch kolanowy osób dorosłych zdrowych: alternatywność badania konwencjonalnego i elektrodiagnostycznego……1351-1359*

Młynarczyk Izabela, Bockowski Leszek: *Przydatność endogennych potencjałów wywołanych związanych z wydarzeniem poznawczym w medycynie……1361-1368*

Nędzi Agata, Nędzi Marta, Sobaniec Wojciech, Młynarczyk Izabela, Kur Marcin, Żochowska Milena: *Stres oksydacyjny - znaczenie działania wolnorodnikowego w procesie niszczenia komórek……1369-1377*

PROBLEMY ZDROWOTNE W PRACY ZAWODOWEJ

Franek Grażyna, Ryś Bogusława, Arkuszewska Edyta: *Wpływ czynników stresogennych na pracę pielęgniarki……1379-1390*

Kowalewska Beata, Popławska Anna, Rolka Hanna, Jankowiak Barbara, Krajewska – Kułak Elżbieta, Klimaszewska Krystyna, Oleszczuk Tadeusz, Kondzior Dorota, Ortman Elżbieta: *Wpływ stresu na pracę pielęgniarek operacyjnych……1391-1401*

Kowalewska Beata, Popławska Anna, Rolka Hanna, Jankowiak Barbara, Krajewska – Kułak Elżbieta, Klimaszewska Krystyna, Oleszczuk Tadeusz, Kondzior Dorota, Ortman Elżbieta: *Wpływ stresu na pracę pielęgniarek operacyjnych - badania własne……1403-1426*

Górska Emilia, Krajewska-Kułak Elżbieta, Sochoń Katarzyna, Gryko Katarzyna, Orzechowska Anna, Tołoczko Helena: *Zagrożenia zdrowotne u pracowników administracji państwowej……1427-1441*

Szymańczyk Piotr, Rozwadowska Emilia, Młynarczyk Izabela, Nędzi Agata, Krajewska-Kułak Elżbieta, Kur Marcin: *Zespół wypalenia zawodowego elektoradiologów……1443-1460*

Ngozi Iyoha Emmanuel, Abramczyk Anna: *Bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów a warunki pracy pielęgniarek operacyjnych……....1461-1475*

PROMOCJA, EDUKACJA ZDROWOTNA

Moczydłowska Alicja, Krajewska-Kułak Elżbieta, Bielski Krzysztof, Kowalewska Beata, Fiega Ewa, Perkowska Ewa: *Zachowania zdrowotne i postrzeganie własnego zdrowia przez chorych……1477-1486*

Siwczyńska Dorota, Siwczyński Konrad, Religioni Urszula, MIńko Magdalena, Barańska Agnieszka, Mińko Maciej: *Wdrażanie e-Zdrowia w japońskim systemie opieki zdrowotnej……1487-1492*

Siwczyńska Dorota, Siwczyński Konrad, Religioni Urszula, MIńko Magdalena, Barańska Agnieszka, Mińko Maciej: *Komunikacja w jednostkach ochrony zdrowia za pomocą systemów informatycznych……1493-1496*

Kowalewska Beata, Łuba Joanna, Rolka Hanna, Jankowiak Barbara, Klimaszewska Krystyna, Kondzior Dorota, Oleszczuk Tadeusz, Ortman Elżbieta, Krajewska –Kułak Elżbieta: *Zwyczaje żywieniowe w rodzinie a otyłość u dzieci w wieku 9-13 lat - podstawy teoretyczne……1497-1522*

Piechocka Dorota I, Dobrzycka Bożena, Rybałtowska Anna, Terlikowski Robert, Kalisz Anna, Michalak Stanisław Jr, Gierasimczuk Bogusława K, Terlikowski Sławomir J: *Wpływ urazów, kontuzji i wypadków komunikacyjnych na przebieg ciąży……1523-1534*

Kobus Grażyna, Łukasz Kuźma, Karol Kochański, Hanna Bachórzewska-Gajewska: *Czy zieloni współlokatorzy mogą być niebezpieczni?.....1535-1549*

Godlewski Cezary, Dziadel Agnieszka, Walejewska – Iwaszko Krystyna, Zalewski Grzegorz: *Zdrowie w hierarchii wartości osobistych studentów kierunków medycznych……1551-1557*

Skalska Monika, Krajewska-Kułak Elżbieta, Van Damme-Ostapowicz Katarzyna: *Analiza poziomu wiedzy z zakresu udzielania pierwszej pomocy przedlekarskiej wśród wybranych służb mundurowych……1559-1585*

Czubaczyński Marcin, Kamińska Milena, Świsłocki Mateusz, Woźniak Joanna, Zwierzchowska Marta, Gabrysiak Adam, Kozłowski Krzysztof, Koroluk Paulina, Bodora Karolina, Kisiel Magdalena, Bogusz Piotr, Dąbrowska Barbara, Dąbrowska Zofia, Dąbrowska Ewa: *Higiena jamy ustnej u chorych na cukrzycę typu II……1587-1601*

Dąbrowska Barbara, Onopiuk Paweł, CzubaczyńskMarcin, Dąbrowska Zofia, Kisiel Magda, Nowaszewska Beata, Sawicka Katarzyna, Dąbrowska Ewa: *Kserostomia – przegląd literatury……1603-1611*

Sewastianik Michał, Arciszewska Magda, Dąbrowska Ewa Frątczak Patrycja, Iwaniuk Justyna, Jasionowska Anna, Kosk Olga, Koroluk Paulina, Laszewicz Joanna, Nowaszewska Beata, Mackiewicz Karolina, Podlińska Klaudia, Sobolewska Aneta, Wyrzykowska Karolina, Zwierzchowska Marta, Żuk Kornelia: *Pielęgnacja protez wśród pacjentów po 60 roku życia……1613-1624*

Kalinowski Paweł, Bojakowska Urszula: *Analiza poziomu wiedzy pacjentów z cukrzycą na temat retinopatii cukrzycowej……1625-1634*

Rzepiela Lidia, Sesiuk Aleksandra, Ogłodek Ewa, Araszkiewicz Aleksander: *Komunikacja lekarz – pacjent w onkologii. Protokół SPIKES……1635-1642*

ISBN: 978-83-89934-81-9