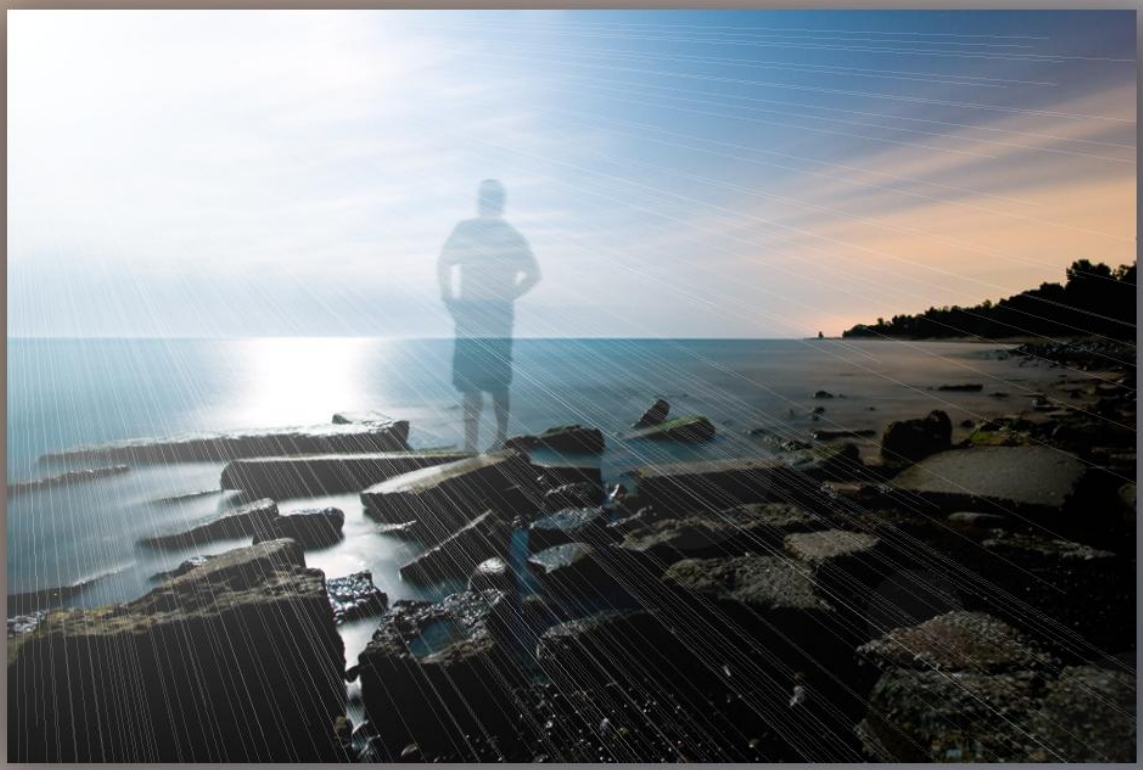
W drodze do brzegu życia



Praca zbiorowa pod redakcją:

Elżbiety Krajewskiej-Kułak
Cecylii Reginy Łukaszuk
Jolanty Lewko
Wojciecha Kułak

Tom X

W drodze do brzegu życia

Tom X

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
Wydział Nauk o Zdrowiu

W drodze do brzegu życia

Tom X

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

Białystok 2012

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

ISBN 978–83–89934–14–7
Tom X - ISBN - 978-83-89934-74-1

Wydanie I
Białystok 2012

Opracowanie graficzne: Agnieszka Kułak

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

Zaraz na początku życia ktoś powinien nam powiedzieć, że umieramy.
Może wtedy żylibyśmy pełnią życia w każdej minucie każdego dnia. Działa !
Kiedy poczujesz, że chcesz coś zrobić, zrób to od razu, teraz!
Dni, które przyjdą, są policzone.

Michael Landon

Szanowni Państwo

Kolejny tom monografii „*W drodze do brzegu życia*" jest zbiorem prac przedstawicieli różnych dziedzin nauki i sztuki, zachęcających czytelnika do dialogu o umieraniu i śmierci.

W momencie śmierci bliskiego uderza człowieka świadomość niczym nie dającej się zapełnić pustki, pisał Józef Tischner, dlatego też w tym tomie monografii poruszane będą tematy najbardziej dramatyczne, najbardziej intymne i postaramy się znaleźć odpowiedź na wiele trudnych pytań.

Chcemy uczulić, iż śmierć dotyczy nie tylko ciężko chorych, ale także tych, którzy za życia są już traktowani jako nieobecni, usunięci na margines, tak jakby nie żyli - chorych psychicznie, niepełnosprawnych, bezdomnych, z niedorozwojem intelektualnym i fizycznym. Bo jak twierdziła Bł. Matka Teresa z Kalkuty *Największą chorobą jest dzisiaj czuć się niechcianym, niekochanym, wyrzuconym poza nawias społeczeństwa.*

Chcemy podyskutować o problemie eutanazji, transplantacji, donacji. O tym, czy eutanazja to pozbawienie człowieka decyzji na temat tego, czy chce żyć? Czy to litość dla człowieka, coś co jest karygodne? Czy lekarz powinien umożliwić śmierć choremu, gdy sam chory podejmie taką decyzję o własnej śmierci? Co sądzimy o świadomej donacji? Czy warto zostać donatorem? Jak nim zostać?

Czy powinniśmy brać pod uwagę słowa *Nikt nie ma większej miłości od tej, gdy ktoś życie swoje oddaje za przyjaciół swoich" (J, 15,13)?*

Czy jesteśmy tolerancyjni? Czy akceptujemy ludzi o innym ubarwieniu skóry, odmiennej orientacji seksualnej, innej religii, czy subkultury? Czy prawdziwe są słowa *Sometimes tolerance is another name for indifference - Czasami tolerancja jest inną nazwą obojętności,* czy też raczej wypowiedź Nicolasa Gomesa Daviala - *Tolerancja wyraża niekiedy współczucie silnego, najczęściej jednak strach tchórza.*

Czym jest żałoba? Osierocenie? Jak je przeżyć, jak pomóc rodzinie? Już Napoleon Bonaparte mówił przecież, iż *Cierpienie wymaga więcej odwagi niż śmierć*

Mamy nadzieję, że w tomie X monografii znajdą się ciekawe tematy przydatne przedstawicielom różnych dziedzin nauki i sztuki, okazję do dialogu o umieraniu i śmierci, poznać opinie lekarza i filozofa, duchownego i artysty, dziennikarza i pielęgniarki, socjologa i położnej, chorego i pedagoga, psychologa i rodziny chorego.

Chcemy, aby skłoniły one do zastanowienia się nad tym, czy można „oswoić się ze śmiercią i umieraniem", zastanowić się, co trzeba uczynić by śmierć odbierać jako coś naturalnego, przyjmować ją z godnością i pokorą wtedy, gdy dotyczy naszych pacjentów, naszych najbliższych i wtedy, gdy sami, stając z nią oko w oko, wyruszamy na jej spotkanie.

Ktoś kiedyś napisał, że *nauka jest niezmierzonym morzem dobrej wody. Im więcej jej pijesz, tym bardziej jesteś spragniony,* jako redaktorzy tego tomu monografii mamy nadzieję, że czytając pierwsze rozdziały monografii zechcecie sięgnąć po kolejne, odnajdując w nich treści przydatne nie tylko w pracy zawodowej, ale także w zmaganiu się z codziennością tego świata.

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

Recenzje

monografii pt.: „W drodze do brzegu życia" tom X

pod redakcją prof. Elżbiety Krajewskiej-Kułak, dr Cecylii Łukaszuk,

dr Jolanty Lewko i prof. Wojciecha Kułaka

Przedstawiona mi do recenzji monografia to opracowanie zbiorowe autorów z różnych ośrodków akademickich w kraju. Praca składa się z 4 głównych rozdziałów, a mianowicie: „Bioetyka i medycyna", „Wyzwania medycyny paliatywnej/hospicyjnej", „Śmierć społeczna" oraz „Problemy wielokulturowości w medycynie".

W rozdziale „Bioetyka i medycyna" poruszane są takie istotne zagadnienia, jak: problematyka śmierci w różnych aspektach, postępowanie ze zwłokami, wskazania do podjęcia lub zaniechania resuscytacji, problematyka transplantacji narządów, eutanazji, ze szczególnym uwzględnieniem postaw pielęgniarek paliatywnych wobec eutanazji, zagadnienia dotyczące empatii studentów kierunku elektroradiologia oraz przemocy wobec dzieci.

Rozdział „Wyzwania medycyny paliatywnej/ hospicyjnej" dotyczy takich ważnych zagadnień, jak: jakościowe struktury lęków pacjentów onkologicznych, zadania pielęgniarki w komunikowaniu się z pacjentem w opiece paliatywnej, wybrane aspekty dotyczące opieki długoterminowej, zagadnienia związane z najczęściej występującymi chorobami nowotworowymi (rak piersi, rak jelita grubego, rak szyjki macicy).

Rozdział kończy bardzo interesująca pozycja dotycząca przygotowania studentów kierunku „pielęgniarstwo" do profilaktyki i opieki nad chorym na chorobę nowotworową. W kolejnym rozdziale „Śmierć społeczna" autorzy poruszają tematy związane z czynnikami ryzyka samobójstwa, stygmatyzacją chorych na AIDS, marginalizacją i stereotypizacją oraz postawami młodzieży wobec osób niepełnosprawnych, czy też jakością życia w wieku podeszłym. Monografię kończy rozdział pt: „Problemy wielokulturowości w medycynie", w którym poruszane są ważne zagadnienie dotyczące szeroko rozumianej problematyki medycznej w różnych krajach. Scharakteryzowane powyżej rozdziały w sposób wszechstronny i komplementarny poruszają bardzo ważne zagadnienia we współczesnej medycynie.

Opracowanie napisane jest w oparciu o aktualną, dobrze dobraną literaturę. Przedstawioną mi do recenzji monografię oceniam wysoko pod względem merytorycznym i edytorskim. Będzie ona niewątpliwie źródłem aktualnej wiedzy dla profesjonalistów różnych dyscyplin medycznych i dziedzin pokrewnych, a także studentów kierunków medycznych i zasługuje na publikację.

Prof. dr hab. Kornelia Kędziora-Kornatowska

Kierownik Katedry i Kliniki Geriatrii, Collegium Medicum w Bydgoszczy
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Z dużym zaciekawieniem, przystąpiłem do lektury prac z X 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 zarówno duże ośrodki akademickie (m.in. Warszawa, Lublin, Kraków, Gdańsk, Białystok), jak również mniejsze, ale prężne np. Łomża, Ciechanów, Rzeszów czy Biała Podlaska. Różne środowiska akademickie to również różne wiodące tematy badawcze. Tym zapewne należy tłumaczyć rozległość poruszanej tematyki, świadczącą o potrzebie holistycznego podejścia do każdego pacjenta i jego problemów.

Zawarte w monografii artykuły skłaniają do przemyśleń nad szeroko pojętymi zagadnieniami bioetycznymi. Psychospołeczne aspekty choroby nowotworowej, opieka paliatywna, zagadnienia związane z eutanazją, donacją narządów do transplantacji, to ciągle aktualne, „gorące" tematy.

Zwraca również uwagę bogactwo i różnorodność tematów poświęconych problematyce dziecięcej. Zaczynając od relacji między kobietą i dzieckiem w jej łonie, poprzez opiekę nad noworodkiem do bardzo poważnych problemów klinicznych dzieci. Prace zawarte w monografii skupią się na problemach opiekunów i ich dzieci z chorobą przewlekłą w tym m. in. z autyzmem, zaburzeniami neurologicznymi, chorobami metabolicznymi, niepełnosprawnością, zespołem alkoholowym płodu, jak również na problemie najtrudniejszym, jakim jest śmierć dziecka. Poruszane są także zagadnienia związane z postrzeganiem śmierci przez dzieci, problemy dziecka wobec przemocy i rolą, jaką mogą w tym odgrywać bajki.

Lektura tej interesującej monografii skłania do refleksji, z wielu powodów. Zaskakuje ciągle żywe zainteresowanie tematami, które w medycynie uznawane są za najtrudniejsze. Wszechstronność podejścia do problemów człowieka chorego budzi szacunek znajomością tematu i będzie zapewne inspirujące do podejmowania kolejnych edycji monografii w najbliższych latach.

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

PRELUDIUM

„Kiedy się czegoś pragnie, wtedy cały wszechświat sprzysięga się, byśmy mogli spełnić nasze marzenie”

P. Coelho



Wspomnienia Janiny Ludawskiej - wolontariuszki pracującej z chorymi na HIV/AIDS

Słowo wstępne - Gałaj Joanna, Prezes Stowarzyszenia "Bądź z nami"

Janina Ludawska urodziła się 23 grudnia 1921 w Warszawie. Uczęszczała do warszawskiego gimnazjum żydowskiego, w 1938 roku zdała maturę. W sierpniu 1939 roku wyjechała do Szwecji na kurs języka szwedzkiego. Tam zastałą ją wojna. W czasie wojny pracowała jako pomoc domowa, kucharka, opiekunka do dzieci. Uczyła się również w sztokholmskim Instytucie Chemii. Po wojnie w 45 roku wróciła do kraju. Nie znalazła nikogo ze swoich bliskich.

Podjęła pracę tłumacza języka szwedzkiego w Wydziale Skandynawskim Ministerstwa Spraw Zagranicznych. W 1948 wyjechała na studia na Moskiewskiej Akademii Teatralnej na wydziale reżyserii, potem na Wydziale Wiedzy o Teatrze. Od 1953 do 1968 pracowała w Państwowej Wyższej Szkole Teatralnej, w Państwowym Instytucie Sztuki Państwowej Akademii Nauk oraz po urodzeniu syna Tomka w Centralnej Poradni Amatorskiego Ruchu Artystycznego.

W roku 1968 po zwolnieniu z pracy ze względu na pochodzenie żydowskie zdecydowała się na emigrację. Ponownie znalazła się w Szwecji. Pierwsze lata pracowała jako pomoc domowa, następnie dostała pracę w Instytucie Teatrologii Uniwersytetu Sztokholmskiego. Tu uzyskała doktorat.

Po śmierci syna, w roku 1986, zaangażowała się w działalność Fundacji "Arka Noego" (inicjatywy szwedzkiego Czerwonego Krzyża). Pomagała osobom zakażonym HIV i chorym na AIDS w Szwecji i w Polsce. W Szwecji była wolontariuszką w Domu Gościnnym i to dzięki niej osoby zakażone z Polski mogły również korzystać z możliwości pobytu i opieki w Szwecji. Przez długie lata dwa razy w roku jeździła do kraju gdzie spędzała po kilka miesięcy, głównie w Gdańsku, mieszkając w tamtejszym szpitalu, prowadząc akcję informacyjną na temat HIV.

Popołudniami osobiście zajmowała się chorymi. Przedpołudnia spędzała w szkołach, na uczelniach, m.in. na Uniwersytecie Gdańskim w instytucjach kształcących nauczycieli lub personel medyczny. Przekazywała informacje o HIV i AIDS oraz o sposobach zapobiegania zakażeniu się oraz dalszemu rozprzestrzenianiu się wirusa. Na początku lat 90-tych odwiedzała również chorych w więzieniach oraz prowadziła wykłady dla personelu medycznego w szpitalach. A kiedy w Polsce nie było leków robiła zbiórki w szpitalach szwedzkich i sama woziła leki dla polskich chorych.

W latach 90 była inicjatorką i organizatorką szkoleń dla wolontariuszy organizowanych przez Arkę Noego we współpracy ze Stowarzyszeniem Wolontariuszy Wobec AIDS „Bądź z nami" Tłumaczyła szwedzkie materiały szkoleniowe, informacyjne, ulotki, była tłumaczką podczas zajęć.

W 2001 roku, otrzymała nagrodę Bancos Humanpris (Humanitarną Nagrodę Bancos), którą przyznaje się osobom szczególnie zasłużonym w działalności humanitarnej. Nagrodę przekazała na pomoc i wsparcie osobom żyjącym z HIV w Polsce.

wykorzystano artykuł: Michał Haykowski /polonia 1/2001 i krótką notatkę - http://www.audiohistoria.dsh.waw.pl

Z doświadczeń wolontariuszki

Ludawska Janina

Na początku lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku w prasie szwedzkiej zaczęły się pojawiać niepokojące wiadomości o nieznanej śmiertelnej chorobie na którą zapadali młodzi mężczyźni w Stanach Zjednoczonych. Wywołało to mój niepokój, gdyż syn mój studiował na uniwersytecie Cornell. Zaczęłam pilnie się tym interesować. Późniejsze wydarzenia, które dalej opiszę, sprawiły, że od początku 1987 roku zostałam wolontariuszką zajmującą się sprawami zaobserwowanej wtedy epidemii i byłam nią ponad 15 lat. Czemu więc dopiero teraz zdecydowałam się podzielić się swymi doświadczeniami? Namówiły nie do tego osoby interesujące się zagadnieniami HIV i AIDS. Nie wiem, czy byłoby to ze skutkiem, gdyby nie doniesienia tak w szwedzkiej, jak i szczególnie w polskiej prasie o sytuacji obecnej.

Przeczytałam, że między 50% a 70% polskich obywateli zakażonych HIV o tym nawet nie wie. Pewna edukatorka seksualna w Polsce opowiadała że pierwszym pytaniem zakażonego pacjenta, z którym rozmawiała, było "jak długo pozostanie anonimowy". Stwierdzała jednocześnie, że „nigdy jeszcze dane o pacjentach nie wypłynęły w świat". Miejmy nadzieję, że istotnie nigdy dotąd i nigdzie w Polsce się to nie zdarzyło. W każdym razie obawy tego pacjenta wskazują, że jedną z przyczyn tego, że ludzie nie poddają się testowi na HIV nawet wtedy, gdy wiedzą, że mieli ryzykowne zachowania, jest obawa przed ujawnieniem pociągającym za sobą dyskryminację.

Od czasu, kiedy dotarły wieści o tajemniczej wówczas pandemii minęło trzydzieści lat. Nie istniał wtedy żaden lek, który mógłby zwalczyć śmiertelne działanie wirusa.. Wszędzie szerzył się strach. Poszukiwano „winnych" . We wczesnym stadium uznano w Stanach Zjednoczonych, że są nimi osoby o orientacji homoseksualnej i stąd powstał tam termin GRID - Gay Related Immuno Deficiency - upośledzenie odporności związane z homoseksualizmem.. Pierwsze zakażenia odnotowano bowiem wśród osób o orientacji homoseksualnej. Niedługo potem, zespół AIDS odkryty został wśród mężczyzn chorych na hemofilię oraz u osób uzależnionych od narkotyków oraz partnerek seksualnych mężczyzn zakażonych HIV. Zaczęto więc z czasem mówić o „grupach ryzyka", co sprawiło, że osoby heteroseksualne uznały, że problem AIDS ich nie dotyczy. Nie było to słuszne. Istotne są bowiem zachowania seksualne, a nie "przynależność" do jakiejkolwiek grupy. Rosła w związku z tym ilość zakażeń wśród osób heteroseksualnych, które nie brały narkotyków, a w krajach poza Europą i Ameryką ten sposób zakażania się jest dominujący.

Od drugiej połowy lat dziewięćdziesiątych istnieją leki dzięki którym zakażenie HIV może stać się chorobą przewlekłą. Być może, że lekceważenie testów, przez osoby, które powinny by im się poddać, wiąże się także z niezrozumieniem, że choroba nadal może być śmiertelna.

W Szwecji

Nie zamierzam pisać historii HIV i AIDS. Nie posiadam ku temu kompetencji. Chcę jedynie podzielić się swymi osobistymi doświadczeniami związanymi z tą chorobą. Rozpoczęły się one dla mnie już w latach osiemdziesiątych i to w sposób ogromnie bolesny. Jedyny syn mój, który studiował w Stanach Zjednoczonych, zachorował na AIDS. Był on orientacji homoseksualnej. Wiedziałam o tym i mogliśmy o tym swobodnie rozmawiać, gdyż nie miałam uprzedzeń związanych z homo-seksualizmem.. Kiedy na początku lat osiemdziesiątych z Ameryki dochodziły pierwsze

wieści o nieznanej dotąd chorobie, która została zaobserwowana wśród gejów, zaniepokoiłam się. Rozmawiałam o tym z Tomkiem, gdy przyjechał na wakacje, ale on uspakajał mnie. Mówił, że ma stosunki chronione, więc nie obawia się. Jednak w roku 1985 wykryto u niego HIV. Nie wiedzieliśmy oboje, że wirus może namnażać się w organizmie nawet przez wiele lat nie dając o sobie znać. Zawisła nad nami groza śmierci.

Latem 1986 roku Tomek zachorował i długo przeleżał w szpitalu. Był to okres urlopu, mogłam więc codziennie u niego bywać. Pewnego dnia oświadczył mi, że przed moim przyjściem zadzwonił do moich przyjaciół i znajomych i powiedział im o swojej chorobie, abym nie była z tą wiedzą sama. Opowiadał mi potem, że byli wstrząśnięci. Nikt nie robił głupich uwag i nie zadawał żadnych pytań. Jedna z moich przyjaciółek, dużo starsza ode mnie Karen, mówiła mi później, że oboje z mężem nie czytali artykułów o HIV myśląc, że ich to nie dotyczy. Aż nagle, kiedy zadzwonił do nich Tomek, okazało się inaczej. Dużo później jednak, przy jakimś spotkaniu, jej mężowi wyrwało się, że „zakażeni sami są sobie winni". Z kolei kiedyś spotkany w metrze Polak, sąsiad z działki, ni stąd ni zowąd poczęstował mnie opowiadaniem, że on, stary człowiek, miał wiele zawałów i żyje, bo dobrze się prowadził. Jego wynurzenia w ogóle nie zrobiły na mnie wrażenia, niech sobie rozumuje, jak chce.

Natomiast zmartwiło mnie to, że Nils myśli tak, jak ówcześnie uważała spora część szwedzkiego społeczeństwa. Szczęśliwie były to jedyne przypadki nierozumnych zachowań, które skierowane były do mnie osobiście.

Tomek zakończył już studia i miał po wakacjach rozpocząć pracę w Nowym Jorku. Nie wiedziałam jak się do tego odnieść. Niepokoiło mnie to, że będzie tak daleko. Tomek jednak chciał ją podjąć, gdyż podpisał już umowę. Lekarze popierali jego stanowisko. Zgodziłam się więc. Przekonałam się, że mieli rację. Bez względu na to, ile człowiekowi pozostaje życia, powinien móc spędzić ten czas według swojej woli. Nie powinien martwić się tym, że traci jakąś szansę. Tomek wyjechał z walizką pełną leków, działających jedynie na symptomy, ale nie atakujących źródła zakażenia.

Każde przypomnienie naszego pożegnania na Arlandzie jest dla mnie straszne. Nie rozklejaliśmy się, tylko w wymienionych spojrzeniach i uściskach dzieliliśmy się tym, co czujemy.

W grudniu tego samego roku nastąpił ostry rzut choroby. Tomek przyjechał z Nowego Yorku do Sztokholmu. Prawdopodobnie zakażony był już od dawna, choć nie wiedział o tym, gdyż nie miał żadnych objawów. Nie zadawałam mu żadnych związanych z tym pytań. Powiększałoby to tylko jego cierpienia. Przyjechał, gdyż nie chciał chorować daleko od domu.. Po powrocie 8 grudnia pozostało mu tylko niecałe 24 godziny życia, które spędziliśmy w szpitalu razem

W sierpniu 1986 roku powstała w Sztokholmie Fundacja Arka Noego, w celu pomocy osobom z HIV i AIDS i ich rodzinom oraz informowania społeczeństwa w sprawach profilaktyki i przeciwstawiania się dyskryminacji zakażonych osób. Powiedział nam, o tym, mnie i memu synowi, jeden z założycieli Fundacji, który znał Tomka i odwiedził go latem w szpitalu.

„Mama, jak pójdziesz na emeryturę, bądź wolontariuszką tej Fundacji" - to słowa Tomka. Nie czekałam do emerytury, tylko zgłosiłam się w styczniu 1987 roku. Nie wiem, jak dałabym sobie radę z utratą syna, gdybym nie mogła od razu przeciwstawić się tej nienormalnej sytuacji, kiedy to rodzic chowa swoje dziecko, a nie odwrotnie. Buntowałam się także przeciw nieracjonalnemu strachowi i dyskryminacji ludzi zakażonych. Coś z tego było nawet w szpitalu. Podawano jedzenie w

jednorazowych naczyniach i z jednorazowymi sztućcami i wszystko ostrożnie wrzucano do czarnego worka. Nie uważałam tego za słuszne i wzięłam z domu potrzebne normalne naczynia i sztućce i zmywałam je sama. Kiedyś przyniosłam Tomkowi truskawki z działki, a że nie zjadł wszystkich, chciałam wstawić resztę do szpitalnej lodówki. Nie zgodzono się na to, bo były one wcześniej w pokoju chorego. Od tego czasu zostawiałam owoce w szpitalnej lodówce i stamtąd zanosiłam do pokoju. Moja reakcja nie była lekkomyślnością. Oczywiście nie wyobrażałam sobie, jak mogę w tej sytuacji bać się i nie myśleć przede wszystkim o moim synu. Ale widziałam, jak bez strachu zachowują się lekarze. Wiadomo już było, że zakazić się można przez krew i przez stosunki seksualne, nie było więc powodu do tego typu ostrożności, jaką stosowały pielęgniarki.

W Arce Noego (o której dalej będę pisała tylko Arka) od początku zorganizowane były kursy, które należało skończyć aby zostać wolontariuszem wspierającym chorych i ich rodziny, lub informatorem szerszego społeczeństwa. Przeszłam je wszystkie i miałam z nich później pożytek. Były to: kurs medyczny nakierowany na zagadnienia związane z HIV i AIDS. Bez niego nie mogłabym odpowiadać na proste pytania, które czasami zadawali chorzy lub informowane grupy. Mieliśmy także możność aktualizować naszą wiedzę wraz z pojawianiem się nowych badań.. Istniał także kurs skierowany na zagadnienia wsparcia, kurs poświęcony historii różnych epidemii w świecie, i kurs informujący o przepisach prawnych związanych z zagadnieniami zdrowia.

Aby zostać wolontariuszem trzeba było przejść przez kurs podstawowy, który zawierał elementy zagadnień poruszanych w kursach wymienionych poprzednio. Był on podzielony na grupy i każda z nich miała swego opiekuna, który był moderatorem dyskusji członków grupy. Byłam nim wielokrotnie.

Duży nacisk w Arce położony był na sprawę dyskrecji i tajemnicy odnośnie osób tam spotykanych. Była ona stosowana z całą surowością. Do tego stopnia, że kiedy ktoś w Göteborgu raz nie zastosował się do tej zasady, odebrano tej organizacji prawo nazywania się Arką Noego. Zakończenie kursu umożliwiało zostanie wolontariuszem, ale nie zobowiązywało do tego. Wychodziliśmy z założenia, że im więcej ludzi świadomych będzie zagadnień związanych z HIV/AIDS, tym bardziej uda się działanie na rzecz profilaktyki i przeciwstawiania się dyskryminacji.

Od stycznia 1987 roku byłam więc wolontariuszką Fundacji Arka Noego w Szwecji, zaś od roku 1990 jeździłam w związku z informacją o HIV i AIDS także do Polski.

Były to lata osiemdziesiąte. Pamiętam, że w dzień po śmierci Tomka w telewizji szwedzkiej podano, że zmarło w Szwecji 41 osób. Na jednym z pierwszych spotkań szkolenia jego uczestnik, dokładnie pamiętam kto, zapytał mnie, czy nie zadaję sobie pytania, dlaczego to nieszczęście musiało spotkać akurat mnie. Trochę mnie to zdumiało, bo nigdy tak nie pomyślałam. Teraz jednak musiałam się nad tym zastanowić. Dlaczego? No tak, bo po przecinku, po „dlaczego akurat mnie" powinno się pojawić „a nie kogoś innego" - a absolutnie nikomu tego nie życzę. Zawsze myślałam, że najgorszą utratą jest utrata dziecka.

Kursy i przebywanie z osobami z HIV i z AIDS potwierdziły to, że w zwykłych codziennych kontaktach, nie ma powodu bać się zakażenia, że to zdrowi powinni myśleć o tym, by nie zarazić osób z HIV przeziębieniem, które przy niskiej odporności organizmu może być niebezpieczne.

Gdy istniały już testy i można było się przebadać, rozwinęła się dyskusja, czy się testowi poddawać. Pierwszy lek, który się pojawił w 1987 roku powodował anemię i wiele osób musiało dostawać transfuzje krwi mniej więcej raz na miesiąc. Właściwie była to dopiero pierwsza próba zahamowania namnażania się wirusa. Z osób, z którymi wtedy zetknęłam się w szpitalu i w Arce - po krótkim czasie nikt nie pozostał przy życiu. Był to jeden z powodów, dla których wielu nie chciało poddawać się testom. Tym bardziej, że ujawnienie zakażenia groziło dyskryminacją, utratą pracy, nawet odsunięciem się bliskich. W Anglii pojawił się termin „dżuma XX wieku". Rozprzestrzenił się, a któż nie bał się dżumy! Byłam tym zbulwersowana i koniecznie chciałam przeciwstawić się szerzeniu takiego określenia. Tym bardziej, że poznawałam tych ludzi, młodych, pragnących życia tak, jak mój syn. Wymagali ochrony przed takimi poglądami. Jednocześnie świadomość własnego zakażenia HIV, była ważna ze względu na to, by nie zakażać innych.

Pamiętam przypadek, gdy w pewnej fabryce mężczyzna zakażony HIV, o czym wiedział, uległ wypadkowi. Natychmiast zawołał, aby zachować ostrożność przy opatrywaniu go i dlaczego. Otrzymał niezbędna pomoc, ale od tego wydarzenia spotkał się z takim ostracyzmem, że musiał zmienić pracę.

Wiosną 1987 roku w miejscowości Barnens Ö położonej niedaleko Sztokholmu przeprowadzony był kilkudniowy kurs wsparcia dla osób z HIV i AIDS, w którym uczestniczyli zarówno wolontariusze, jak i osoby zakażone. Prowadził go Anglik, jeden z inicjatorów powstania w Londynie organizacji i domu pomocy dla osób z HIV i AIDS - LIGHTHOUSE.

Czterdziestoośmioletni wtedy Christopher, gay, miał za sobą duże doświadczenie w psychologicznej pomocy ludziom. Mottem jego pracy była strategia: zamiast stać się ofiarą i umrzeć na AIDS, raczej przyjąć tę sytuację jako wyzwanie i żyć, jak dotąd. Nie poddawać się, walczyć, być sobą, szanować siebie. Christopher prowadził nasze zajęcia w formie warsztatów. Pierwsze ćwiczenie dotyczyło słuchania. Podzielił nas na pary. Każdy miał przez pięć minut powiedzieć drugiemu coś o sobie. Następnie przepytał każdego z nas z tego, cośmy usłyszeli. Powiedział potem, że w rozmowach i dyskusjach często bywa tak, że każdy zamiast słuchać rozmówcy, tylko czeka, aby sam dojść do głosu. Tak było też w paru przypadkach i teraz. A umiejętność słuchania jest szczególnie ważna.

Ćwiczenie to nie było dla mnie trudne. Żeby było śmieszniej przypomniałam sobie mego przyjaciela, który lubił mówić dużo i długo i oświadczył mi kiedyś „lubię z tobą rozmawiać, bo ty nie przerywasz". Oczywiście słuchanie nie jest tylko „sprawą uszu". To faktyczne zainteresowanie drugą osobą, empatia wobec jej przeżyć próba ich zrozumienia

Były też wtedy ćwiczenia na relaks, na zupełne rozluźnienie, na swobodne reakcje, na zaufanie do drugiej osoby.

W pewnym momencie Christopher zadał pytanie, kto zetknął się ze śmiercią chorego na AIDS, potem kto znał kogoś, kto zmarł, kto stracił, przyjaciela, kogoś z rodziny, dziecko. W Arce byłam pierwszym rodzicem - wolontariuszem.

Christopher poprosił abym opowiedziała o śmierci Tomka. Stanęłam obok niego i opowiadałam. Łzy leciały mi ciurkiem, a Christopher nie pozwolił mi ich wycierać. Pamiętam każdą chwilę tego wieczoru, tej nocy. Przeżywałam je na nowo. Wtedy nie płakałam. Byłam bezsilna. Starałam się Tomkowi ulżyć. Bezskutecznie. Zapytałam go, czy coś go boli. Dał znać głową, że nie. Widocznie się na to uśmiechnęłam. Odpowiedział mi uśmiechem i zamknął oczy. Na zawsze.

Christopher uścisnął mnie i po cichu dodał: było odważnie, że powiedziałaś, że jesteś Żydówką. Powiedziałam bowiem także, że zaprosiłam do domu dziesięciu Żydów i dwóch religijnych znajomych, aby odmówili Kadish, modlitwę za zmarłych. Wszyscy moi najbliżsi zginęli w Zagładzie i nigdy nie zostali pochowani. Chciałam tej modlitwy myśląc także o nich. Uderzyły mnie słowa Christophera. Ten otwarty człowiek, humanista, za akt odwagi uważa powiedzenie, że jest się Żydem! Ubodło mnie to. Niestety nie powiedziałam mu od razu, co myślę o tej „pochwale", ale trudno mi o niej zapomnieć.

Na tym szkoleniu było tyle zrozumienia i serdeczności, że znaczyło ono wiele dla wszystkich jego uczestników. Niepokoiła mnie tylko jedna rzecz. Tu byli wszyscy otwarci i to sprawiało ulgę. Ale co będzie jutro, kiedy wrócą do swojej codzienności, w której muszą się ukrywać. Tego Christopher niestety nie uczył.

Dostałam zaraz potem bardzo ciepłą kartkę pisaną po norwesku. Nazwiska nie mogłam odczytać, a że nie znaliśmy się wszyscy i nie było ze zrozumiałych względów spisu uczestników, nie mogłam odpisać.

W owym czasie Arka nie miała jeszcze własnego lokalu i mieściliśmy się w poradni psychologicznej przy ośrodku dla młodych ludzi uzależnionych od narkotyków. Sama poradnia była przeznaczona dla osób mających problemy ze swoją tożsamością seksualną.

Jesienią 1987 roku kiedy hospitalizowano osoby z AIDS, niektóre z nich mogły po pewnym czasie wrócić do domu, ale potrzebna im była pomoc.. Działał już wtedy w Arce telefon zaufania. Pewnego wieczoru w telewizji wyświetlano fabularny film angielski, w którym - o ile pamiętam - ojciec rodziny wyjawił, że choruje na AIDS. W związku z tym telefon zaufania otwarty był dwie godziny po zakończeniu filmu. Oczywiście trzeba było uruchomić wiele połączeń, bo spodziewaliśmy się wielu rozmów i pytań. I tak rzeczywiście było. Byli z nami także lekarze na wypadek pytań, na które wolontariusze nie umieliby odpowiedzieć.

Przekazywaliśmy wtedy lekarzom słuchawkę. I ja miałam takie sytuacje, ale opowiedzieć chcę o innej.

Zadzwoniła kobieta z jednego ze sztokholmskich gminnych ośrodków pomocy domowej udzielanej osobom starszym, lub chorym. Może to być pomoc w przy-rządzaniu posiłków, zakupach, sprzątaniu, przyjmowania leków. Jest to pomoc odpłatna w zależności od sytuacji ekonomicznej danej osoby. Kobieta, która do nas zadzwoniła, opowiedziała, że kierowniczka ośrodka zwołała wszystkie pracownice i zapytała, czy któraś zgodzi się pójść, aby pomóc osobie z AIDS. Nikt się nie zgodził. Kobieta, z którą rozmawiałam, zadzwoniła do Arki dlatego, że - jak powiedziała - ma nieczyste sumienie. Kierowniczka wytłumaczyła, jak można i jak nie można się zarazić, że nic pracownicom nie grozi. Zwyciężył jednak lęk. Moja rozmówniczyni powiedziała, że zgłosiłaby się, ale ma pięcioletnie dziecko i mąż będzie temu przeciwny. Poradziłam jej, aby razem z mężem przyszła do ARKI i porozmawiała. Są tu osoby kompetentne. Czy to zrobiła - nie wiem. Mogłam bywać w Arce tylko w godzinach wolnych od pracy, ale Arka miała już wtedy dwóch pracowników i była czynna do późna.

Przychodzili do nas mężczyźni seropozytywni, gdyż tu mogli czuć się zupełnie swobodnie. Nie musieli ukrywać swojej sytuacji. Niektórzy nie chcieli rozmawiać o niej z rodziną, albo obawiając się reakcji bliskich, albo nie chcąc ich martwić. To ostatnie uważałam za niesłuszne. Opierałam się na własnym doświadczeniu. Moje cierpienie byłoby jeszcze ostrzejsze, gdybym nie wiedziała o chorobie mego syna. Śmierć jest

zawsze zaskakująca, ale gdybym wiedziała, że grozi jemu, ale nie okazał mi tyle zaufania aby wyjawić, że ma AIDS, byłoby to dodatkową traumą.

Arka wydawała właśnie pierwszy numer swego pisma. Napisałam więc na ten temat i przytaczam tu tłumaczenie mego tekstu ze szwedzkiego, gdyż sprawa HIV nie jest zamknięta i podobne sytuacje mogą zdarzyć się wszędzie, także teraz.

Pieta Rondanini

Rozmawiamy i opowiadasz mi, że Twoja matka wie, że jesteś gejem. Byłoby zapewne za dużo powiedziane, że to akceptuje, ale pogodziła się z tym. Istnieje między wami cicha umowa, aby na ten temat nie rozmawiać. Nadal jest to trudne, nadal zostaje przemilczane, nawet w przypadku bardzo szczerych rozmów. Kochasz ją i nie oskarżasz jej z tego powodu, ale...

Za Twoim „ale" wyczuwam gorycz i rozumiem to. Teraz czas także na moje „ale", gdyż rozumiem także Twoją matkę. Chciałoby się, aby nasze dzieci przeżywały wiele radości i szczęścia. Jeśli ma się dużą część życia za sobą wie się, że nie jest łatwo to osiągnąć. Drogi naszego życia usłane są trudnościami. Ty, do wszystkich innych masz dodatkową: pozostać wiernym sobie, mimo braku akceptacji dla orientacji homoseksualnej u otoczenia, mimo przesądów i dyskryminacji. Twoja matka o tym wie i ciąży jej to. Być może nie przypuszcza nawet, że może Ci pomóc.

Teraz masz nowy problem, z którym walczysz, najtrudniejszy. Jesteś zakażony HIV. Twój przyjaciel dowiedziawszy się o tym opuścił Cię i zostałeś sam z Twoim problemem.. Nie wyobrażasz sobie, że możesz powiedzieć o tym matce, gdyż byłby to dla niej ciężar, od którego chcesz ją uwolnić,

Czy masz rację? Czy rzeczywiście miłość do naszych bliskich wyraża się zawsze najlepiej w tym, że ich oszczędzamy i czy jest to możliwe w Twoim przypadku? Wszystko, co Twoja matka dotąd czytała w prasie, w broszurach wrzucanych do naszych mieszkań, co słyszała w radiu i widziała w telewizji o zakażeniu HIV i jego konsekwencjach, musiało sprawić, że jest o Ciebie niespokojna. Nawet jeśli nic na ten temat nie mówi, nosi ten niepokój w sobie. Mam nadzieję, że Ty mimo HIV jak najdłużej zachowasz zdrowie. Niestety niewiadomo jednak jak to będzie i jeśli, na nieszczęście, zachorujesz na AIDS, nie zdołasz tego przed matką ukryć. Do jej bólu dołączą się wtedy wyrzuty sumienia, że nie dzieliła z Tobą Twoich niepokojów i rozczarowanie, że jej nie zaufałeś. Będzie to dla niej dodatkowym uderzeniem. Tobie zaś jej troska, ciepło i opieka mogą być pomocne w panowaniu nad tak trudnym problemem, jakim jest Twoje zakażenie.

Dobrze, że w Arce Noego są wolontariusze zajmujący się wsparciem osób z HIV. Sądzę jednak, że najlepiej byłoby, aby osoba zakażona czy już chora znalazła wsparcie wśród swoich najbliższych. To przecież normalne, żeby w trudnych sytuacjach znaleźć zrozumienie i pomoc wśród przyjaciół i swojej rodziny. Pomoc wolontariuszy, to jednak rola zastępcza i osobiście będąc osobą wspierającą cieszyłabym się, gdyby udało mi się połączyć mego podopiecznego z jego codziennym, bliskim mu otoczeniem.

„Połączenie" Ciebie z Twoją matką nie oznacza roli pośrednika. Absolutnie nie o to chodzi. Jedynie Ty sam możesz dokonać tego zwierzając się jej ze swojego problemu. Tylko Ty sam możesz przekonać ją o Twojej miłości okazując jej zaufanie Będzie Twoim zwierzeniem zaszokowana, albowiem dotychczasowy niepokój zawierał jednak - jak to bywa - nadzieję, że jest zbędny. Ta nadzieja odpada. Masz słuszność: Twoje wyznanie będzie dla niej ciężkim uderzeniem. I na początku, to Ty sam musisz jej pomóc w zmaganiu się z tą wiadomością. Dodatkowy ciężar dla Ciebie? Tak i nie. Jeśli w takiej chwili myślisz o jej cierpieniu powstaje między Wami bliskość, która jest Wam obojgu potrzebna.

Mówię to i nagle w mojej pamięci pojawia się obraz: rzeźba Michała Anioła „Pieta Rondanini" w Castello Sforzesco w Mediolanie. To przedziwna Pieta. Obie postacie stoją pionowo. Choć nogi Chrystusa są lekko ugięte, słabe, a głowa opadła na piersi, jednak to on podtrzymuje Madonnę. Jej młoda, piękna twarz z czułością przylega do głowy syna i w żadnej innej wersji Piety nie ma takiej jedności tych dwojga w przeżywanym bólu.

Tekst ten ukazał się w lipcu 1987 roku. Zdawałam sobie sprawę, że istnieją rodziny, które odrzucają nawet najbliższych, gdy dowiedzą się o ich zakażeniu, a na dodatek o ich orientacji. Bywa jednak także inaczej.

Śmiertelność związana z AIDS była wtedy w Szwecji niemal codziennym zjawiskiem. Dziś jest inaczej. Przytaczam jednak ten tekst, gdyż wbrew temu, co się często sądzi, świat nie pozbył się jeszcze problemu HIV. Nieleczone zakażenie tym wirusem nadal prowadzić może do śmierci.

Późnym latem 1987 lekarz, który przyjmował do szpitala mego syna w ostatnim dniu jego życia, powiedział na oddziale AIDS, że mogłabym być osobą wspierającą jednego z jego aktualnych pacjentów. I tak moim pierwszym podopiecznym był mężczyzna starszy ode mnie. Byłam tym zaskoczona, gdyż dotąd stykałam się jedynie z ludźmi młodymi zakażonymi HIV. R. pochodził z jednego z krajów skandynawskich. Był człowiekiem tak milczącym, że obawiałam się, że nie odpowiadam mu jako osoba wspierająca. Myślałam, że może wolałby, aby był to mężczyzna. Bardzo mnie to niepokoiło, czułam się niepewnie.

W owym czasie poszczególne grupy, na które podzielony był kurs pomocy psychospołecznej, spotykały się co pewien czas w domu u któregoś z uczestników, aby wymieniać się doświadczeniami i wspierać się wzajemnie. Powiedziałam o swoim niepokoju. Dyskusja zaczęła sie od tego, że może powinnam zrezygnować, ale tego nie chciałam. Wreszcie jeden z kolegów podpowiedział rzecz właściwie bardzo prostą: „zapytaj go". Pomyślałam od razu, że ma rację i aż było mi głupio, że nie wpadłam na tak proste rozwiązanie mojej niepewności. Spotkanie w grupie przydało się, dobrze że istniała.

Zapytałam R. i okazało się, że wręcz przeciwnie, chce abym go odwiedzała i w szpitalu i w domu. Przebywanie z R. nauczyło mnie wielu rzeczy, których wcześniej nie rozumiałam. Każdy bywa zmęczony. Ale zmęczenie zmęczeniu nie równe. R. mógł być spragniony, ale nie miał siły, aby sięgnąć po szklankę wody stojącą obok łóżka. Męczyły go także wyrzuty sumienia. Był przez wiele lat krwiodawcą. Nie tylko on, ale i w stacji krwiodawstwa nic nie wiedziano wtedy o HIV i AIDS, więc krew nie była badana. O tym jego problemie dowiedziałam się niechcący w szpitalu od kogoś, kto był przekonany, że on sam mi o tym powiedział. Nie chciałam zdradzić tego, że dowiedziałam się o tym, gdyż jedyną osobą od której wolno mi było się o tym dowiedzieć, był on sam. Jednocześnie zależało mi na tym, aby mu ulżyć. Przecież nie można tu mówić o żadnej winie, postępował dobrze oddając krew, chcąc pomóc tym, którym mogła być potrzebna. Naprowadzałam więc rozmowę ogólnie na temat panującej epidemii i jej późnego odkrycia, długiego okresu zanim wirus się ujawnia, tego że osoby zakażone nie mogły o tym wiedzieć i nie wiedziano o tym w stacjach krwiodawstwa. Próbowałam uwolnić go od poczucia winy. Nie wiem jednak, czy mi się to udało. Nie rozmawialiśmy przecież nigdy o tym otwarcie.

Przychodziłam do R. do szpitala. Bardzo często podsypiał. Stracił poczucie czasu. Była już późna godzina wieczorna, ciemno na dworze, a mógł się nagle ocknąć i

pytał „już idziesz, czego się tak śpieszysz". Było mi wtedy przykro, gdyż jednocześnie nie chciałam wyprowadzać go z błędu, ale musiałam jednak powiedzieć, która godzina.

W tym czasie przygotowywałam moją pracę doktorską i kiedyś, kiedy R. tak przysypiał wyjęłam notes i zapisywałam coś, co przyszło mi do głowy. Nagle mój podopieczny otwiera oczy i z niepokojem pyta „co ty tam piszesz?" Wytłumaczyłam mu, że to nic związanego z nim, że notowałam coś w związku z moją pracą. Zrozumiałam jednak bardzo ważną sprawę: być przy kimś nie jest jedynie sprawą fizycznej obecności. Nie można być mentalnie gdzie indziej, gdyż ten człowiek to odczuwa, pozostaje samotny. Być przy kimś, to być także myślami, sobą. Była to dla mnie istotna nauka na przyszłość.

Rodzina R. mieszkała w innym kraju, w Sztokholmie był sam. Chciał ją zawiadomić o swojej sytuacji, ale nie wiedział jak. Rozmawiał o tym ze swoim lekarzem, tym samym, który mnie niejako „zaangażował". Powiedział on, że mu w tym pomoże. Niechaj R. zaprosi swoich krewnych do siebie, on wtedy także przyjdzie i powie im o chorobie R. Tak się też stało. Niefortunnie lekarz mówiąc o chorobie wspomniał o orientacji seksualnej R., a to jego rodzinę zbulwersowało. Nie chcieli w to uwierzyć. Dla nich stanowiło to ujemną ocenę R. On zaś był zaskoczony wyjaśnieniami lekarza i zmartwiony. Lekarz nie mający żadnych przesądów i zahamowań związanych z odmienną orientacją swego pacjenta nie wziął pod uwagę tego, jak mogą zareagować jego krewni. W sposobie myślenia lekarza najgorszą sprawą była sama śmiertelna. choroba. To przykład na to jak bardzo ostrożnym trzeba być przy przypisywaniu innym własnych ocen i poglądów. Mnie także się to zdarzyło w innej sytuacji.

Ale jeszcze wracając do R. Opowiedział mi o tym wydarzeniu. W jego ocenie już nie dobra wola lekarza była istotna, ale gaffa, którą popełnił. Rozumiałam go. Znał „swoich" i spodziewał się widocznie, że to będzie miało konsekwencje. Kiedy był bliski śmierci i ze szpitala zadzwoniono do jego krewnych pytając, czy ktoś z nich może przyjedzie, nikt nie mógł. Przyjechali dopiero na nabożeństwo żałobne. A on widocznie nie chciał umierać w samotności. Kiedyś, westchnął i powiedział mi, że kiedy będzie umierał, będzie sam. Zapytałam go wtedy, czy chce, abym ja wtedy przyjechała. Tak, powiedział. Umówiłam się z pielęgniarkami, że mnie wezwą. Pewnej nocy, gdy mnie do niego wezwali jeszcze przeżył. Po paru dniach była to już jego noc ostatnia. Dowiedziałam się wtedy, że słuch działa, kiedy nie ma już z człowiekiem kontaktu i próbowałam szeptać mu do ucha uspakajające słowa.

Przypomniałam sobie, jak to ja chciałam kogoś „uszczęśliwić" według swojego sposobu myślenia. Przychodził często do Arki o różnych porach dnia chłopak mniej niż dwudziestoletni. Był to imigrant zaadoptowany przez szwedzką rodzinę, J. Przebywał przeważnie z innym młodym człowiekiem, Szwedem z Finlandii. Obaj byli dość milczący, ale tylko J. jakby stronił od ludzi. Zainteresowało mnie to, że jego przebywanie w Arce wskazuje na to, że ani nie uczy się, ani nie pracuje. Obawiałam się, że ze względu na swoje zakażenie uważa, że nie warto. Rozpoczęłam z nim więc kiedyś rozmowę na temat intensywności poszukiwań leków przedłużających życie, myślenia o przyszłości, szczególnie, kiedy się jest tak młodym, jak on.. Starałam sie oczywiście o to, aby nie był to wykład, a już na pewno nie kazanie. Przeplatałam to lżejszymi tematami. Wspomniałam także o tym, że człowiekowi trudno dać sobie radę w życiu bez zawodu. Rozmawiałam też o tym ze wspomnianym, jego bliskim kolegą. Powiedział, że aby się uczyć potrzebne są środki finansowe. Wypożyczyłam więc z biblioteki dość grubą księgę o istniejących w Szwecji stypendiach i dałam ją J. z prośbą, aby mi ją

zwrócił przed datą, kiedy będę musiała ją oddać. Nie zrobił tego, widocznie odniósł sam, ale od tego czasu w ogóle przestał mnie zauważać. Miał własne preferencje.

W Szwecji bardzo ważne jest nieingerowanie w czyjeś sprawy, nie naruszanie czyjejś integralności. Nie wzięłam tego pod uwagę. Dla mnie był on jeszcze dzieckiem, któremu trzeba pomóc, aby mimo sytuacji przygotowywał się do przyszłości. Widocznie gdzieś popełniłam błąd. Nie mieliśmy już wtedy swoich grup, gdzie mogłabym usłyszeć, co myślą o tym inni. Próbowałam kiedyś zagadnąć o J. koleżankę, ale ta odnosiła się do niego bardzo krytycznie i zwróciła jedynie uwagę na jego niesubordynację w zupełnie innych sprawach. J. szczęśliwie nadal żyje, ale nie wiem co robi.

Trudno jest samemu zauważyć wszystkie błędy jakie się popełniło, a niestety nie było już takiego forum, gdzie można było o takich sprawach rozmawiać. Proponowałam to w Arce i powiedziałam, że zacznę od siebie, ale nie wzbudziło to zainteresowania. Bardzo rzadko zdarzało się też, aby sobie wzajemnie zwrócić uwagę. Mnie zdarzyło się to jeden raz.

My, którzy byliśmy już wolontariuszami od dawna, byliśmy opiekunami poszczególnych grup kursu podstawowego. Wypełniałam to zadanie wielokrotnie i cieszyło mnie, kiedy spotykałam później uczestników tych kursów jako wolontariuszy. Jak wspomniałam wcześniej skończenie kursu do tego bowiem nie zmuszało. Wręcz przeciwnie, zdarzało się czasem, że decydujące osoby były zdania, że absolwent kursu na wolontariusza wspierającego się nie nadaje.. Raz jednak, podczas spotkania grupy powiedziałam coś o doświadczeniach z Tomkiem, kiedy to nie była moja kolej. Jeden z uczestników zwrócił mi na to uwagę. Powiedziałam mu, że ma rację i przeprosiłam. O dziwo, kiedy poszliśmy potem całą grupą do kawiarni, usłyszałam z jego strony pochwałę, że przyznałam mu rację. Okazało się, że był tym zdumiony. Tego z kolei ja nie rozumiałam.

Pamięta się dobrze te swoje błędy, które pozostawiają jakiś ślad, są nauką na przyszłość. Wtedy wie się o nich i nie zapomina.

Zdarzało się, że kiedy hospitalizowani byli Polacy, dzwoniono do mnie ze szpitala, abym przyszła i pomogła w kontaktach z chorymi lub rodziną. Temu, o którym będzie mowa pomogłam porozumieć sie telefonicznie z krewnymi. Chciał, aby przyjechała matka z kimś, kto jej pomoże w tej podróży. Przyjechały, były jednak bardzo krótko.

Od pacjentów i w sztokholmskich szpitalach dostawałam czasami leki, które wysyłałam do szpitala zakaźnego w Polsce. Przyszłam właśnie odebrać je na oddział, gdzie leżał ten pacjent, któremu pomogłam w kontakcie z rodziną. Z jakiegoś powodu śpieszyłam się dalej, ale nagle zawołano mnie, gdyż mówił on coś, czego nikt nie mógł zrozumieć.

Weszłam do niego. Były to jednak nieartykułowane dźwięki, których nie mogłam nawet odczytać z jego ust. Jednak widać było, że chce on coś przekazać. Poczułam się zupełnie bezradna. Gdybym czekała cierpliwie i zobaczyła co będzie dalej, może mogłabym mu pomóc, może wpadłabym na to, co chciał powiedzieć. A ja, w poczuciu swojej bezsilności, podsunęłam mu coś, po czym zupełnie zamilkł. Stchórzyłam. Poczułam swoją niemożność, swoje granice i nie zdobyłam się na to, aby je przekroczyć. Gdybym została dłużej, może wpadłabym na to, by zapytać go np. czy chce księdza. Nie znałam go wcześniej, więc nie widziałam, czy był religijny. Wtedy jednak wystarczyłoby, aby kiwnął głową i byłoby wiadomo, czy tak, czy nie. W szpitalu był jedynie pastor, ale mogliby wezwać i katolickiego księdza. Pastor był człowiekiem, który nie narzucał się. Znałam go z wcześniejszych kontaktów, może ten umierający

człowiek by się na niego zgodził. Ja, w każdym razie, zachowałam się nie tak, jak bym sama chciała. Jednak wtedy nie potrafiłam inaczej.. Uświadomiłam sobie tylko, że mam swoje granice i że bywają sytuacje, kiedy muszę się starać je przekraczać.

Jeszcze w 1987 roku Arka Noego połączyła się z Czerwonym Krzyżem. Światowy Czerwony Krzyż włączył do swoich zadań problematykę związaną z HIV. Pracownicy i wolontariusze Arki mieli już wtedy swoje doświadczenie, gdyż powstała już w sierpniu 1986 roku. Czerwony Krzyż miał zaś odpowiednie fundusze. Wtedy też Fundacja mogła wynająć własny lokal i to w centrum Sztokholmu, na Drottninggatan, dokąd jest bardzo dobry dojazd różnymi środkami lokomocji z koleją włącznie. Lokal wymagał pewnych przeróbek, aby nadawał się dla celów Fundacji Noaks Ark - Czerwony Krzyż, jak wtedy nazywała się organizacja. Był to trzypiętrowy, choć wąski dom, co umożliwiło z czasem uruchomienie na drugim piętrze t. zw. Domu Gościnnego. Mogło w nim mieszkać jednocześnie z rekomendacji szpitala parę tygodni kilkanaście osób, jeśli po pobycie w szpitalu byli jednak jeszcze zbyt słabi, aby wrócić do własnego mieszkania. Urządzono tam także wygodną i odpowiednio dużą kuchnię, gdyż już zimą 1987 roku dwa razy w tygodniu podawane tam były lunche dla osób z HIV i ich bliskich przygotowywane w owym czasie przez wolontariuszy. Parę lat później zatrudniona została kucharka, gdyż korzystało z tego wiele osób. W lokalu Arki była także tania kawiarnia dla osób zakażonych, ich bliskich i wolontariuszy. Otwarto także znów telefon zaufania, połączenia z którym były bezpłatne.
Goście Domu Gościnnego, którzy mieli tam całodzienne utrzymanie, płacili niewiele. Koszty prowadzenia Domu Gościnnego były w budżecie Fundacji. Prowadziła ten Dom zawsze dyplomowana pielęgniarka i do pomocy miała kilka zatrudnionych osób z podobnym wykształceniem. Jeśli jednak mieszkańcom potrzebne były nawet proste zabiegi, jak np. zastrzyki, nie wolno było ich wykonywać nikomu z personelu. Mógł to jedynie wykonywać pracownik szpitalnej, lub dzielnicowej służby zdrowia. W Domu gościnnym miałam częste dyżury.

W pierwszych latach od wielu mężczyzn, którzy przychodzili do Arki na Drottninggatan słyszeliśmy, że wielokrotnie spacerowali obok tego domu i nie mieli odwagi wejść. Nie było co prawda żadnego szyldu, który informowałby, że istnieje tu instytucja związana w jakiś sposób z HIV, ale mimo to obawiali się, że ktoś ich zobaczy, zapyta, że z czasem się to wyda. A istniał wtedy w społeczeństwie silny strach przed zakażeniem i ostracyzm wobec osób zakażonych. Nie byli także pewni, jak zostaną przyjęci. W pierwszych latach w Arce byli jedynie mężczyźni, których partnerami seksualnymi byli inni mężczyźni, co po latach zaczęto nazywać MSM: Mężczyźni mający Seks z Mężczyznami, zamiast określenia orientacja homoseksualna. Nie było w Arce osób uzależnionych od narkotyków, gdyż nie mieliśmy odpowiednich kompetencji. W krótkim czasie powstała odrębna organizacja zajmująca się ich problemami. Pracownicy i wolontariusze tej organizacji uczestniczyli w pierwszych latach w kursach Arki.

W Arce nie panował bynajmniej szpitalny, czy ponury nastrój. Wręcz przeciwnie. Rozmawialiśmy na różne tematy, grali w różne gry, oglądali telewizję. Był klub zainteresowanych sztuką i od czasu do czasu chodziliśmy na wystawy. Byli także wśród przebywających w Arce malarze, którzy mieli własne wystawy na mieście. W pokojach mieszkalnych nie wolno było palić papierosów, ale była palarnia, gdyż wiele osób paliło papierosy, ja także.

Od czasu, kiedy powstał Dom Gościnny miałam w nim nocne dyżury, oprócz tego co pewien czas miałam dyżury w kuchni, gotowałam lunche.

Na początku istnienia Domu Gościnnego nocne dyżury miał ktoś z jego pracowników i wolontariusz. Goście Domu kładli się spać o różnych porach, kiedy chcieli. Pracownik dyżurował całą noc, a wolontariusz mógł także iść spać, ale jeśli był potrzebny, mógł zostać w każdej chwili obudzony.. Wolontariusze przychodzili na kolację o godzinie szóstej, a rano mogli opuścić Arkę o godzinie ósmej, kiedy do pracy przychodziły osoby zatrudnione. W czasie kolacji (właściwie w Szwecji nazywa się to obiad, gdyż zawsze są to dania gotowane, a kawa zawsze jest gotowa w kuchni i można było ją sobie brać, kiedy się chce) zawsze toczyły się rozmowy. Wolontariusze w ten sposób zapoznawali się z wszystkimi obecnymi.

Pewnego wieczoru, kiedy miałam dyżur, po kolacji słyszę nagle „Janina" z drugiego końca stołu. Był to jak się okazało były student teatrologii, który poznał mnie po głosie. Wcześniej nie widział, że tam jestem, bo był …niewidomy. Wstrząsające. Młody chłopak, studiował, chodził do teatru i nim się zajmował, znałam go, wiedziałam, że już przedstawienia nie zobaczy. Poszłam z nim razem do jego pokoju. Zaczęliśmy rozmawiać. O słuchu, o brzmieniu replik, o fantazji. Czy wierzyłam sama, że można w ten sposób zastąpić to, co się w teatrze widzi? Nie, ale jest to trochę, jak teatr radiowy, a jednak słyszy się bezpośrednio głos aktora i ruch na scenie Starałam się obudzić w nim wiarę, że nie wszystko jest stracone.

Pierwszy raz zetknęłam się z kimś, kto w skutek AIDS stracił wzrok. Każdy zmysł jest potrzebny, ale komuś, kto przygotowuje się, aby swoją przyszłość związać z teatrem, niezbędny jest wzrok i słuch. Zostać tego pozbawionym u progu! Starałam się nie przekazać mu mego własnego lęku, czy uda mu się przezwyciężyć to kalectwo i wydawało mi się, że zaczął się nad tym zastanawiać. Krótko po tym spotkaniu dowiedziałam się, że nie żyje.

Przez wszystkie lata istnienia Arki, kiedy jeszcze była na Drottniggatan, w pierwszym pokoju, do którego wchodziło się z recepcji, stał stolik, na którym niemal każdy dzień pojawiały się nekrologi zmarłych na AIDS, ich zdjęcia, zapalone świece i kwiaty. Nie było to dla mnie abstrakcją, informacją, jak nekrolog nieznanych mi osób w gazecie. Najczęściej byli to ci, których znałam, nie byli mi obcy, należało im się jeszcze długie życie. Chodziłam na ich pogrzeby z potrzeby pożegnania się z nimi. Z potrzeby pokazania ich bliskim, że odczuwam ich brak. To nic, że ich rodzin nie znałam. To może wydać się głupie, ale mnie było lepiej z tym, że Tomka żegnało wielu ludzi, że dostałam około sześćdziesięciu listów z wspomnieniami o nim, że żegnali go jego koledzy w Ameryce i spotkali się potem i przysłali mi zdjęcie z tego spotkania, tekst tego, co o nim powiedziano na nabożeństwie, że moi katoliccy przyjaciele w Warszawie zamówili mszę za niego, choć dobrze wiedzieli, że oboje nie byliśmy katolikami i ludźmi religijnymi. Oczywiście nie wiem, jak reagowali inni, ale kierowałam się własnym doświadczeniem.

W nocnych dyżurach ważne było po prostu to, żeby być z ludźmi. Nic specjalnego się nie działo. Zdarzało się jednak czasami, że wtedy dochodziło do rozmów, które może inaczej nie miałyby miejsca.

Pewnej nocy jednemu z pensjonariuszy zebrało się na narzekanie na swoich kolegów. Zrobił im tyle dobrego, dbał o ich rośliny, kiedy byli w szpitalu, a oni mu się nie odwdzięczają. Znałam tego sympatycznego młodego człowieka z jego poprzednich pobytów w Arce, nie podejrzewałam go o to, że tak dobrze myśli o sobie, a tak źle o innych będących w takiej samej sytuacji. Powtarzał to dobre kilka godzin. Nie był sprawiedliwy w swoich narzekaniach i w pewnej chwili powiedziałam mu to bez ogródek. Nie wiedziałam, czy zreflektował się, czy poczuł się dotknięty. Godzina była trzecia w nocy, ja następnego dnia miałam dyżur w kuchni i aby zdążyć z

przygotowaniem lunchu, musiałam o ósmej zacząć pracę, więc powiedziałam dobranoc. Kiedy rano zjawiłam się w kuchni przygotowane kartofle były już obrane. Zrobił to mój nocny rozmówca. Ucieszyłam się. Nie tyle z obranych kartofli, ile z tego że zaaprobował widocznie moją krytyczną uwagę.

Arka nie była hospicjum. W zasadzie nie przebywali u nas ludzie w stanie przedśmiertnym. Zdarzył się jednak taki wypadek. Miałam akurat dyżur nocny wraz z zatrudnionym kolegą. Nasz podopieczny miał ojca na samej północy Szwecji i koniecznie chciał się z nim pożegnać. Koledzy z Arki zawiadomili ojca i powiedział, że przyjedzie, co oczywiście przekazali choremu. Droga pociągiem z północy do Sztokholmu trwa wiele godzin, od godzin wieczornych do rana i dopiero wtedy można było spodziewać się ojca. Z jego synem był już niemożliwy werbalny kontakt. Jedyne, co mogliśmy robić, to zwilżać jego usta, gdyż nie mógł już łykać. Obawialiśmy się, że może cierpi, może coś mu dolega. Kolega wezwał dyżurnego lekarza. Przyszedł z pielęgniarką. Stwierdzili jednak, że nie dzieje się nic takiego, oprócz tego, że on gaśnie. Walczył jednak całą noc. Rano ojciec dotarł do Arki. Syn zdążył się z nim pożegnać. Nie wiem jak, ale wytrzymał. Zaraz po pożegnaniu z ojcem zmarł.

Jeśli człowiek tego chce, jeśli kogoś, lub czegoś jeszcze oczekuje, trzeba mu w tym pomóc. My mogliśmy jedynie zrobić niezbędne minimum. Na więcej nie było nas stać w tej sytuacji. Niestety nie mogliby zrobić nic więcej i lekarze.

Mój ostatni podopieczny posłuchał rady szpitala i zjawił się w Arce. Był Polakiem, więc narzucało się samo przez się, że zająć się nim mam ja. Był dość obcesowy, więc kiedyś powiedział mi, że gdy powiedziano mu, że przyjdzie Polka, spodziewał się damy, a zjawiłam się ja. Była zima, więc w chustce przewiązanej pod brodą. Zrozumiałam, że było to dla niego rozczarowaniem, ale nie przejęłam się tym. Towarzyszyłam mu w jego sytuacji dwa lata. Wkrótce po tym jak poznaliśmy się i odwiedziłam go w domu opowiedział mi, że jakiś czas temu postanowił, że powie jednak swoim bliskim przyjaciołom o swoim zakażeniu HIV. Usłyszał: „ I tyś przychodził do nas i pił herbatę z naszych filiżanek !" Przyjaźń na tym się skończyła. Ci przerażeni, że pił z ich filiżanek dzwonili później do niego, ale nie przyjmował ich telefonów. Wobec tego, że w Sztokholmie miał tylko jednego kolegę, który go odwiedzał, chciałam go poznać z kimś z moich przyjaciół, co do których byłam pewna, że nie mają żadnych przesądów ani związanych z homoseksualizmem, ani z obawami przed zakażeniem HIV. Wykluczone. Rodaków unikał, jak ognia. I nie on jeden.

Kiedyś zadzwoniono do mnie z jednego ze szpitali, czy zgadzam się mieć kontakt z zakażoną polską parą małżeńską i jeśli tak, to dostaną oni mój numer telefonu i zadzwonią do mnie. Oczywiście odpowiedziałam, że naturalnie, zgadzam się. Nigdy się do mnie nie odezwali. Przypuszczam, że właśnie obawiali się kontaktów z Polką, co było niezrozumiałe dla Szwedów. Niestety oboje zmarli osierociwszy dwie córki. Podobno jedna z nich, starsza, jest bardzo dzielna i potrafi zająć się młodszą.

Mój podopieczny nie odznaczał się delikatnością. Pewnego dnia idąc do niego do domu zobaczyłam po drodze piękne tulipany i zaniosłam mu je. „Że też ty nie masz rozumu!. Przecież wiesz, że ja za dwa dni idę na chemię do szpitala. Po co mi te tulipany." Przypomniałam mu, że opowiadał mi o swoich wycieczkach górskich i pięknych widokach, które pamięta. Zapytałam go, jak długo patrzył na te widoki, kiedy dotarł do szczytu. Tydzień? Dwa? Chyba nie. A opowiada i wspomina jeszcze dziś i ma z tego przyjemność. O tulipanach nie będzie opowiadał i pamiętał, ale będzie z nich miał przyjemność dwa dni. Nawet z kawałkiem. Złagodniał.

Wiedziałam, że jest wierzącym katolikiem, więc kiedy było jasne, że może się zbliżać koniec, zapytałam go, czy życzy sobie księdza. Miałam kontakt z hospicjum katolickim Maria Regina, gdzie kończyły życie osoby z AIDS i skąd dostawałam lekarstwa na wysyłkę do Polski. Ich ksiądz znał zasady zachowania dyskrecji. Mój podopieczny nie chciał tego, natomiast zapytał mnie, czy ja wierzę w życie pozagrobowe. Nie lubię mówić nieprawdy. Powiedziałam więc, że nie, ale cieszyłabym się bardzo, gdybym mogła w jakiejś formie spotkać Tomka. Uśmiechnął się i powiedział: „to jeśli ja go spotkam, to go pozdrowię od ciebie".

Mój podopieczny koniecznie chciał kończyć życie w swoim mieszkaniu. Nie było to takie proste. Brał leki i kroplówki, musiał być pod opieką. Bywał już w domu i przychodziły wtedy do niego pielęgniarki z dzielnicowego ośrodka zdrowia, ale nie był z tego zadowolony. Wiedziałam, że to nie fochy, gdyż byłam świadkiem tego, że to nie funkcjonowało dobrze. Odbyło się więc w szpitalu posiedzenie z udziałem jego lekarza, pielęgniarek, asystentki społecznej, samego zainteresowanego i zaprosili także mnie. Wśród pielęgniarek była też , Finka, która zajmowała sie nim znakomicie, której pomocy bardzo chciał, a i ona była na nią gotowa. Dyskusja trwała dość długo. Sytuacja nie była codzienna dla szpitala. Skończyło się jednak na tym, że spełnione zostały życzenia mego podopiecznego. Kiedy sytuacja będzie rzeczywiście zbliżała się do tej ostatecznej, mój podopieczny przeniesiony zostanie do domu ze szpitala. Jego pielęgniarka Finka i ja będziemy się zmieniały dyżurami, dziennym i nocnym, gdyż ktoś musiał być z nim w domu. Nie miał już wtedy kroplówek, ani zastrzyków, a gdyby przy moim dyżurze coś z zakresu pomocy medycznej było potrzebne, miałam dzwonić do tej pielęgniarki. Obie w pewnej mierze przeniosłyśmy się do niego (miał dwa pokoje).Musiałyśmy mieć swoje przybory toaletowe i coś z ubrania. Zadzwoniłam do tej osoby z jego rodziny, która była wtajemniczona w całą sytuację. Przyjechała. i była do końca. W ostatnich chwilach była przy nim ona i ja. Chory nagle zaczął cierpieć bardzo silne bóle. Zadzwoniłam więc do pielęgniarki. Zląkł się, że dzwonię do szpitala. Powiedziałam, że nie, ale nadal bał się, mimo zaufania do mnie. Na szczęście pielęgniarka szybko przyjechała, otrzymał zastrzyk. Ból minął. Umierał już bez bólu. Pani, która przyjechała z Polski głośno wyrażała swoją rozpacz. Aby ją uspokoić wyjęłam z szafy koniak i napiłyśmy się wszystkie trzy. Zasnęła w drugim pokoju, a my pozostałyśmy w kuchni. Pomogłyśmy jej następnego dnia w załatwieniu pierwszych niezbędnych formalności..Zależało jej także na tym, aby w świadectwie zgonu nie znalazło się słowo AIDS - znowu ze względu na stosunki rodzinne i znajomych w Polsce. Było to o tyle możliwe, że zmarły miał raka, mięsaka Kaposiego i w świadectwie zgonu można było raka podać jako jego przyczynę.

Drugi raz w życiu widziałam, jak zmarłego zabierają pracownicy zakładu pogrzebowego. Pierwszy raz z mojego mieszkania w Warszawie zabierali w trumnie naszą osiemdziasięcioletnią Babunię. Ale razem z jej siostrzenicą myłyśmy ją i ubierały. Może te nasze działania sprawiły, że reagowałam na to spokojniej.
Tym razem szczególne wrażenie zrobiła na mnie zwisająca z noszy bezwładnie ręka.

W sytuacji chorych w stadium AIDS pojawiają się różne choroby, tak zwane oportunistyczne. Powodują je wirusy i drobnoustroje, które normalnie znajdują się w naszym organizmie, a jego system odporności daje sobie z nimi radę. Natomiast kiedy zostaje wyeliminowany przez HIV, zaczynają szaleć. W Domu Gościnnym zetknęłam się z ludźmi, którym choroba rzuciła się na mózg, którzy mieli choroby skórne powodujące, że twarz była w czerwonych wypryskach, lub raka mięsaka Kaposiego zaczynającą się od brunatnych plam, często na twarzy, a rozwijającą się potem w ciemne

płaty, twarde jak podeszwy, na całym ciele. Na koniec atakuje ten rak także wewnętrzne organa.

Ludzie i nie tylko młodzi ludzie, są tym skrępowani także wtedy, gdy to nie powoduje jeszcze bólu. Widać te objawy i często wydaje im się, że to innych odstrasza i czasem tak bywa. Wiem, że ktoś komu zaczęły się plamy rakowe na twarzy, gdy jakaś pasażerka przeniosła się na inne miejsce w metrze, był przekonany, że uciekła od niego. A wcale nie musiało tak być. Sama lubię siedzieć przy oknie i zmieniam miejsce, gdy takie się zwalnia. Ale przekonać go o tym nie mogłam. Dlatego jest bardzo ważne, aby stykając się z ludźmi w tej sytuacji nie unikać kontaktów. Wiem to z doświadczenia, gdyż miałam bardzo przyjazne spotkania w Domu Gościnnym z przebywającym tam zakażonym lekarzem, który miał całą twarz pokrytą egzemą. A chory pokryty na ciele płatami komórek rakowych, mówił pielęgniarkom w szpitalu, że jak przyjdę, to będę mu je smarowała. Pilnował tylko abym włożyła jednorazowe rękawiczki. Ważne było dla tych osób, że nie są „obrzydliwi" nie tylko dla zawodowych pielęgniarek ale i dla zwykłych ludzi. Niestety obaj byli ciężko chorzy i zmarli. Lekarz zmarł w szpitalu i tam chciał jedynie odwiedzin matki. Przekazał jej co ma mi dać, abym wysłała do Polski. Dostałam to od niej i spełniłam jego wolę.

Nie chcę twierdzić, że nigdy nie byłam zmęczona i przygnębiona. Kiedyś nawet tak, że mieszałam języki. Musiałam wyjechać na urlop. Mój podopieczny powiedział wtedy: koniecznie na dwa tygodnie, bo inaczej nie wypoczniesz. Tak zrobiłam, a gdy wróciłam przywitała mnie miła wiadomość o nagrodzie Nobla dla Wisławy Szymborskiej. Czyli było to piętnaście lat temu.

Pod koniec lat osiemdziesiątych zaczęli się pojawiać w Arce imigranci, a właściwie głównie imigrantki z Afryki. Kobiety, gdyż mężczyźni jeszcze bardziej niż one unikali tego, aby ktoś z ich rodaków dowiedział się o ich statusie. Przy wjeździe do Szwecji proponowano im wykonanie próby na obecność wirusa HIV. Zgadzali się, wydaje mi się, że z dwóch powodów. Obawiali się, że odmowa będzie się równała zakazaniu wjazdu, ale także dlatego, że nie przypuszczali, że są zakażeni. Taka była sytuacja kobiet, które się u nas znalazły. Jedna z nich nawet z dzieckiem, na szczęście nie zakażonym. W jednym przypadku opuścił żonę jej mąż, choć zapewne to on ją zakaził. Znalazła się wśród naszych gości - imigrantów późniejsza cenna aktywistka Rita. Niezwykle dzielna. Jeździła co pewien czas ze Szwecji do Ugandy, aby tam zajmować się informacją. Niestety nie uniknęła niszczącej siły wirusa. Już po jej śmierci przyjechało do Sztokholmu kilka osób z jej rodziny i odbyła się w kościele poświęcona jej msza.

Niektóre z Afrykanek były muzułmankami. Dla nich gotowało się potrawy, które mogły jadać zgodnie ze swoją religią.

Zdarzało się, że wśród przychodzących do Arki byli mieszkańcy jakiegoś z katolickich krajów Afrykańskich. Jeden z nich zwrócił się kiedyś do mnie z prośbą, abym w Polsce znalazła mu zakażoną żonę, katoliczkę. Tłumaczył mi, że zależy mu na sakramencie ślubu. Przekonywał mnie, że utrzyma żonę, że nie musi się ona bać o sprawy materialne , a ponadto będzie mogła poddać się leczeniu w kraju, gdzie istnieją wszystkie leki. Mieszkał na południu Szwecji, u jakiejś starszej pani Szwedki, która akceptowała go. Byłam w bardzo trudnej sytuacji. W czasach, kiedy nie było jeszcze tych leków, które są obecnie, nie było wiadomo jak długo będzie on żył. Wiedziałam także, jakie przesądy istnieją ciągle w społeczeństwie polskim w stosunku do czarnych. Przypomniałam sobie reakcję taksówkarza we Wrocławiu, kiedy zobaczył przechodzących ulicą białą dziewczynę, najpewniej Polkę, z czarnym chłopakiem. Wzbogaciłam

wtedy o stek przekleństw swój zasób słów ojczystego języka. Próbowałam temu mężczyźnie z Afryki wytłumaczyć, że roli swatki nie mogę się podjąć, nie potrafię jej spełnić. Pisał jeszcze potem do mnie w tej sprawie oddając także ukłony od swojej gospodyni. Po roku dowiedziałam się, że zmarł.

W domu gościnnym byłam wolontariuszką tak długo, jak długo był czynny. Kiedy pojawiły się leki hamujące rozwój wirusa, nie był już tak potrzebny.

Z moich obowiązków gotowania lunchów wywiązałam się chyba dobrze, skoro kiedyś jeden z naszych gości zapytał mnie, czy byłam kiedyś kucharką w ambasadzie.

Zajmowałam się także szerszą informacją dla różnych grup społecznych o HIV i AIDS. Informacją taką musieliśmy my, wolontariusze, zająć się bardzo wcześnie, aby uchronić - o ile się tylko da - ludzi zakażonych od dyskryminacji oraz przestrzec przed możliwością zakażenia. Nie byliśmy jeszcze tak przygotowani, jak później, ale jedno wiedzieliśmy: jak można i jak nie można się zakazić, a to w tych pierwszych kontaktach było najważniejsze.

Zastanawiałam się wtedy nad pojęciem tolerancji. Dominuje ono we wszystkich przypadkach, gdy mowa jest o jakiejś odmienności. Nie bardzo mi to odpowiadało. Toleruję coś, co jest mi w gruncie rzeczy obce, ale nie jest obce innym ludziom i nikomu nie przynosi szkody. Ale są też zjawiska i obyczaje, gdzie moja tolerancja się kończy. Dla przykładu-obrzezanie dziewcząt, rasizm. Natomiast w zupełnie innych przypadkach pojęcie tolerancji i nawoływanie do niej uważam za niewystarczające. Akceptuję to, że w bogactwie i różnorodności natury istnieje orientacja homoseksualna. Tu więc nie mogę mówić o tolerancji, lecz o akceptacji. Posługiwałam się więc pojęciem akceptacji. A jak jest z z zakażeniem HIV?. Staram się w miarę moich możliwości aktywnie przeciwdziałać zakażaniu się ludzi. Natomiast akceptuję ludzi zakażonych HIV i moim zadaniem jest im pomóc i chronić ich przed dyskryminacją. A w przypadku zakażonych przez wstrzykiwanie narkotyków? Tu muszę także wprowadzić rozróżnienie. Ani nie akceptuję, ani nie toleruję uzależnienia od narkotyków. Traktuję to jednak, jak psycho-fizyczną chorobę i ludzi, którzy na nią chorują nie odrzucam. Akceptuję ich jako ludzi wymagających pomocy. Wypracowanie sobie stanowiska w tej sprawie okazało się szczególnie ważne, gdy zaczęłam w sprawach HIV/AIDS jeździć do Polski.

Informacja w pierwszych latach pandemii była bardzo intensywna i obejmowała w Szwecji najróżniejsze środowiska. .Np. przez pewien czas w Arce organizowane były lunche dla dziennikarzy, także pracujących w radiu i telewizji. Informację prowadzili wtedy lekarze. My zaś, wolontariusze jeździliśmy po kraju i spotykali się w Sztokholmie w zakładach pracy, związkach zawodowych, szkołach i w innych jeszcze instytucjach zawsze we dwójkę: wolontariusz i osoba zakażona. Wolontariusz mówił o elementarnych zagadnieniach medycznych i psychospołecznych, osoba zakażona zaś o swojej sytuacji osobistej. W Arce byli już ludzie, którzy się tego nie obawiali.

Zdarzało się, że słuchacze tych spotkań uważali, że w gruncie rzeczy nie ma to nic wspólnego ani z ich życiem prywatnym, ani z ich zawodem. Pamiętam spotkanie w mieście północnej Szwecji zorganizowane dla wychowawców przedszkoli. Byłam tam z bardzo młodym człowiekiem, który między innymi właśnie po zastosowaniu u niego pierwszego istniejącego leku musiał dostawać transfuzje krwi. Miał więc już trudne doświadczenia z chorobą. Ja zaś licząc się z audutorium i jego zainteresowaniami mówiłam także o zakażonych dzieciach i dzieciach zakażonych rodziców. Po zakończeniu spotkania podszedł do nas jeden z wychowawców i powiedział, że niechętnie przyszedł na to zebranie, ale teraz widzi, że było ono potrzebne i zaczął myśleć o sprawach, którym wcześniej nie poświęcał czasu.

Kiedyś przyszło do Arki zaproszenie ze związku zawodowego drukarzy. Zostałam wyznaczona aby pójść tam (pytano nas zawsze, czy się zgadzamy). Przypuszczam, że zdecydowano tak ze względu na mój wiek, bowiem zapraszający zaznaczył, aby mówić także o orientacji homoseksualnej, gdyż jest to środowisko „macho". Gdy mówi o tym kobieta i to w starszym wieku, będzie to inaczej przyjmowane. Tak było istotnie i po skończonym spotkaniu podszedł do mnie jeden z uczestników dziękując za to, że poruszyłam ten temat. Poruszałam go zawsze, bo jest związany ze sprawą HIV/AIDS, a że tym razem bardziej obszernie - było zasługą organizującego spotkanie.

W Szwecji nie miałam żadnych zadań związanych z telewizją. Kiedyś natomiast jeden z dawnych kolegów Tomka, który pracował w radiu, poprosił mnie o wywiad na antenie, jak to jest być matką syna o orientacji homoseksualnej, który zmarł na AIDS. Zgodziłam się. Dało mi to bezpośrednie pojęcie o znaczeniu środków masowego przekazu. Dzwoniły do mnie po tej audycji osoby, z którymi od dawna nie miałam kontaktu. Kolega z Arki, który nie słyszał audycji, gdyż w tym czasie był w Niemczech w nadziei na skuteczność stosowanego tam leczenia, napisał do mnie po powrocie, gdyż opowiedzieli mu o tym jego koledzy. Zastanawiam się więc, czy radio i telewizja są dostatecznie wykorzystywane w sprawie epidemii i czy jest to robione we właściwy sposób. Przy koniecznej rzeczowości nie może to być suchy wykład, czy sucha informacja. Jest to szczególnie ważne teraz, gdy o pandemii jest tak cicho, jakby sprawa była załatwiona, co niestety nie jest rzeczywistością. Mimo tak szerokiej kiedyś informacji ciągle powstają nowe zakażenia. Wydaje się ludziom, że leki rozwiązują problem, a tak nie jest. Przedłużają życie, poprawiają jego jakość, ale nie rozwiązują problemu. Ponadto - jest już nowe pokolenie, którego ówczesna intensywna informacja nie objęła. W Szwecji duży procent zgłaszających się obecnie do służby zdrowia z wirusem HIV, to imigranci, którzy nawet o swoim zakażeniu nie wiedzieli. Jest jednak wielu stałych mieszkańców, którzy nawet mimo wiedzy o epidemii nie poddają się testom.

W Polsce

W 1989 roku jeden z kolegów z Arki, który był pracownikiem dużego szwedzkiego biura turystycznego, został wydelegowany do Londynu, aby na miejscu zapoznać się z działalnością LIGHTHOUSE. Nie pamiętam już dlaczego, choć może prosił go o to szwedzki Czerwony Krzyż, po drodze zatrzymał się także w Polsce. W Warszawie skontaktował się z polskim Czerwonym Krzyżem i chyba przy pomocy tam pracujących odwiedził oddział AIDS w szpitalu zakaźnym. Po powrocie opowiedział mi co zastał. Sala, w której leżeli zakażeni HIV była zamknięta. Chorzy nie mieli dostępu do wspólnej łazienki na korytarzu. Nie odwiedzali ich bliscy. Hospitalizowani nie mieli papieru ani piór, aby do nich napisać. Wśród chorych był jeden zakażony w Ameryce, który mówił po angielsku i to z nim mój kolega mógł się porozumieć i od niego wiele dowiedzieć.

Sytuacja w Polsce była bardzo trudna. Przede wszystkim ze względów finansowych, ale nie tylko. Pierwszy lek AZT, którym roczna kuracja kosztowała wtedy w Szwecji rocznie 100 000 koron, w związku z tą ceną oczywiście nie był w Polsce dostępny. Nie było na oddziale potrzebnej aparatury do badania płuc, a oddział chorób płucnych nie wypożyczał swojej, ze względu na strach przed zakażeniem. Pełna izolacja pacjentów na oddziale wiązała się także ze strachem jego personelu, który był niedoinformowany o HIV/AIDS, o tym jak można, a jak nie można zostać zakażonym.

Fakt, że personel był (zapewne nie dużo) dodatkowo wynagradzany za pracę z pacjentami HIV/AIDS nie przyczyniał się do przekonania o prawdziwości tych informacji.

O wszystkim tym poinformował mnie kolega. Napisałam wtedy do mego dawnego przyjaciela z Warszawy z prośbą, aby zaniósł pacjentowi, z którym rozmawiał mój kolega, różne niezbędne drobiazgi, które posłałam. Rozśmieszyłam go także, gdyż wypisałam dokładnie jak się ma zachować: nie wkładać jednorazowych rękawiczek, przywitać się podając rękę. Było to ważne, aby przełamać strach dotyczący możliwości zakażenia się i poprawy samopoczucia ludzi zakażonych. Otrzymałam potem żartobliwy list, że wypełnił dokładnie moje instrukcje.

W maju 1990 roku odbyła się w Krakowie konferencja związana z HIV/AIDS. Szwedzki Czerwony Krzyż wysłał mnie na nią. Treścią jej były istotne informacje medyczne, wykłady i dyskusja na tematy etyczne oraz pewne informacje o aktualnej sytuacji w Polsce. Jakkolwiek poruszane były w sferze etyki aspekty religijne, nie było mowy o odmienności seksualnej. Jednak w konferencji uczestniczyli „nawet" dwaj przedstawiciele organizacji gejowskiej, obaj z Warszawy. Piszę „nawet", gdyż byłam świadkiem rozmowy na ich temat dwóch nauczycielek, uczestniczek konferencji. Były zdumione, że „są normalnie ubrani, tak jak inni i że w ogóle wyglądają zupełnie normalnie!" Nota bene z jednym z nich spotykałam się później w Warszawie, a teraz mieszka na drugiej półkuli, odwiedził mnie w Szwecji i jesteśmy w kontakcie mailowym. Był on studentem Warszawskiej Akademii Katolickiej, ale jako aktywny gej nie mógł zrobić magisterium. Udało mu się to natomiast w Ameryce.

Spotkała mnie w czasie konferencji przygoda, która zaważyła na dalszej mojej pracy w związku z HIV/AIDS w Polsce. Jadaliśmy w czasie kongresu w stołówce, przy stolikach i pewnego dnia znalazłam się w towarzystwie doktora nauk pedagogicznych z Gdańska, Pani Jolanty W. i jej studentek. Już samo to, że zabrała ze sobą swoje studentki z Wydziału Pedagogiki Uniwersytetu Gdańskiego, było niezwykłe i świadczyło o jej autentycznym zainteresowaniu omawianą problematyką i poczuciu wagi kształcenia pedagogów świadomych zadań związanych z pandemią. Oczywiście rozmawiałyśmy. Opowiadałam o Arce i Pani Jolanta zapytała, czy nie przyjechałabym do Gdańska z wykładem dla jej studentów. Naturalnie zgodziłam się i byłam tam jesienią tegoż roku. Pani Jolanta poznała mnie z osobą zupełnie niezwykłą, z Panią profesor Władysławą Zielińską, kierownikiem Kliniki Chorób Zakaźnych Uniwersytetu Gdańskiego. Oddanie Pani Profesor pracy lekarza było ogromne, jej zaangażowanie w sprawy ludzi zakażonych HIV i próby ich leczenia zaraziły cały zespół lekarzy oddziału. Pani Profesor. Wraz z lekarzami zajmowała się także zakażonymi więźniami, przypuszczam, że z własnej inicjatywy.

Pani Profesor zapytała mnie, czy nie przyjechałabym do szpitala i do różnych instytucji w Gdańsku z wykładami psychospołecznymi związanymi z HIV/AIDS. Zgodziłam się i odtąd spędzałam w Gdańsku po parę tygodni dwa razy do roku. Mieszkałam wtedy w pokoju gościnnym kliniki i wracałam tam już jak do domu, w dużej mierze dzięki przyjaznej atmosferze stwarzanej przez zespół pracowników..

W Polsce zetknęłam się z zupełnie innym środowiskiem osób zakażonych. Dominowały osoby uzależnione od narkotyków, mężczyźni i kobiety. Trzeba było nauczyć się nowych rzeczy, gdyż z uzależnieniami nie miałam dotąd do czynienia.

Jeszcze z Krakowa, po konferencji pojechałam do Warszawy i odwiedziłam szpital zakaźny. Wtedy po raz pierwszy zetknęłam się z tym, że w Polsce dominują zakażeni przez wstrzykiwane narkotyki. Nie mogę powiedzieć, że mnie to zdziwiło. Uzależnieni pojawiają się w służbie zdrowia z różnymi dolegliwościami. Nie byłam

pewna, czy przy tych okazjach nie jest robiony test na HIV, także bez pytania zainteresowanych. Nie byłam też pewna, czy nie zjawiają się oni już w stadium AIDS. W każdym razie zapytałam osobę o wysokim akademickim wykształceniu i tytule o mężczyzn o orientacji homoseksualnej, czy nie ma ich wśród zakażonych. Usłyszałam, że nie, gdyż to są osoby wykształcone, inna sfera i wiedzą jak się zachowywać. Takie były wtedy pojęcia nawet wśród wykształconych medyków na temat orientacji homoseksualnej. Oczywiście nie wszystkich, ale osoba, z która rozmawiałam, była inteligentna, nie tylko wykształcona. Przyznam, że to było dla mnie zdumiewające, tym bardziej, że w szpitalu zakaźnym spotkałam MSM, górnika z Katowic. Widocznie nie wyjawił swojej orientacji. Ze mną jednak rozmawiał tak, że była ona dla mnie jasna. Pomyślałam od razu, że w związku z takim brakiem świadomości nawet u lekarzy, liczba niewykrytych zakażeń musi być w Polsce bardzo wysoka, szczególnie wśród osób o orientacji homoseksualnej i u osób heteroseksualnych, przede wszystkim żonatych. Jedni muszą jednocześnie odkryć orientację podlegającą dyskryminacji, drudzy - przyznać się do niewierności lub/i biseksualności.

Wśród pacjentów był czternastoletni chłopak. Nie mógł chodzić. Na pytanie, czemu zaczął brać narkotyki, odpowiedział „bo wtedy robiłem się taki obojętny". Rodzi się pytanie przed jakimi przeżyciami broni się czternastoletnie dziecko, szuka obojętności i płaci za to zakażeniem HIV i bezwładem jednej nogi. W konsekwencji leczenie jest niezbędne, ale czy ono wystarczy, nawet jeśli jest możliwe. To pytanie zadawałam sobie wielokrotnie w dalszych kontaktach z chorymi.

Panowie w szpitalu według polskiego obyczaju całowali mnie w rękę. Nie lubię tego, ale nie chciałam sprzeciwiać się z obawy, że byłoby to źle zrozumiane, jako obawa przed zakażeniem. Kiedy opuszczałam szpital zaproponowano mi umycie rąk. Powiedziałam, że dziękuje, ale to zbyteczne. Oczywiście w innej sytuacji postąpiłabym inaczej, ale wobec tego, że pielęgniarki i nawet lekarze obawiali się zakażenia, chciałam pokazać, że nie ma czego się obawiać.

Systematyczny kontakt miałam jednak ze szpitalem zakaźnym w Gdańsku. Tam bywałam dwa razy do roku i mieszkałam w pokoju gościnnym szpitala zakaźnego, dzięki czemu mogłam nie tylko mieć zajęcia na mieście, ale bywać codziennie u chorych oraz mieć kontakt z lekarzami i pielęgniarkami. Od nich wiele się nauczyłam. Przywykłam wierzyć temu, co ludzie mówią i co obiecują. Lekarze, którzy mieli przecież dużo większe ode mnie doświadczenie w kontaktach z dominującą grupą zakażonych, to jest z uzależnionymi od narkotyków, przestrzegli mnie, że z tym trzeba być ostrożnym. Mieli rację. Z początku wierzyłam wszystkim, kiedy mówili, że już nie „biorą". Z czasem i nie trwało to długo, przekonałam się, że w jakiś sposób udaje się ich kolegom przemycić narkotyki nawet także do szpitala.

Przede wszystkim przekonałam się o tym, że narkomania jest bardzo ciężką chorobą. po drugie jak różne są przyczyny zapadania na nią. Ponadto z jakimi cierpieniami fizycznymi może wiązać się odzwyczajanie się od niej. Chorzy byli na oddziale zakaźnym, gdyż byli zakażeni HIV. To zaś wiązało sie z dodatkowymi trudnościami. Kiedy była potrzebna współpraca z innymi oddziałami, te często odmawiały z obawy przed wirusem.

Pani profesor Zielińska opowiadała mi, jak kiedyś zjawiła się chora z wrzodem, który wymagał natychmiastowego zoperowania. Oddział chirurgii jednak odmówił. Nie było innego wyjścia i profesor dokonała tego sama.

Parokrotnie miałam przywilej uczestniczenia w zajęciach informacyjnych razem z Panią profesor, gdzie mówiła ona o kwestiach medycznych, ja zaś o

psychospołecznych. Pierwszy raz było to dla kuratorów szkół. Pani Profesor mówiła o zagadnieniach seksualnych, o rozmaitych aktach seksualnych i ich oddziaływaniu także psychicznym z całą naukową powagą i otwartością, na którą przypuszczam, że przy innym prelegencie reakcja słuchaczy nie byłaby tak spokojna. Mówiła między innymi o tym, że także heteroseksualne pary uprawiają stosunki analne i u obojga doprowadza to do orgazmu. Nie było dyskusji, ani pytań, więc trudno mi powiedzieć, jak de facto audytorium odebrało informację profesor Zielińskiej. Jednak samo to, że istniała, było bardzo istotne. Dziś, po niemal dwudziestu latach, być może sytuacja jest inna. Wtedy jednak strach przed wirusem połączony był ściśle z absolutną ciszą wokół spraw seksualnych w szkole. Utrudniało to więc przekazywanie ostrzeżeń związanych z epidemią.

Drugi raz była to informacja dla lekarzy. W tym środowisku sprawa medyczna powinna być prostsza. Jednak w sytuacji, gdy lekarze z innych wydziałów, niż infekcyjny są pełni obaw, gdy trzeba zająć się jakąś specjalistyczną pomocą chorym niezbędna jest siła przekonywania i autorytet. Niewątpliwie Pani prof. Zielińska miała jedno i drugie, nie mniej jednak - przypadek konieczności dokonania przez nią operacji, która była rzeczą chirurga, był przykładem, jak trudno było pokonać strach i przesądy.

Kiedy poznałam w szpitalu pacjentów, a byli to ludzie młodzi, uważałam, że nie mogę mówić im o abstynencji seksualnej a jedynie o sposobie zabezpieczania się przed zakażeniem. Postanowiłam powiedzieć o tym Pani Profesor, bo uważałam, że powinna wiedzieć jak wygląda moja informacja i moje rozmowy z chorymi, ale nie było to bez obaw, że tego nie zaakceptuje. Usłyszałam: „Oczywiście! przecież w tym wieku to jest burza hormonów!" Uspokoiłam się.

Pani Profesor opowiedziała mi kiedyś, że zaproponowała zatrudnienie pacjenta, który był już w takim stanie, że mógł pracować, w domu rehabilitacji osób uzależnionych. Kierownik nie zgodził się, gdyż chodziło o mężczyznę o orientacji homoseksualnej, czyli - jak dzisiaj się to określa MSM. Byłam tym oburzona, tym bardziej, że znałam tego kierownika. Teraz, po dłuższym czasie, zastanawiam się, czy miałam rację. Zetknęłam się wielokrotnie ze stosunkiem uzależnionych od narkotyków do MSM. Był pełen przesądów i agresywny, mógł być niekontrolowalny. Nie rozmawiałam z owym kierownikiem na ten temat i nie zapytałam go, czy przeszkodziły mu jego własne przesądy. Teraz widzę także inną możliwość: Obawę, jak zareagują na to pensjonariusze, czy nie utrudnią temu MSM życia i czy nie stworzy to dodatkowych problemów w i tak niełatwej sytuacji pracy nad odwykiem od narkomanii.

Jednego z pacjentów spotkałam wcześniej na detoksie. Poznałam go bliżej na oddziale. Nie miał jednej ręki. Stracił ją dlatego, że jako protest, gdy nie chcieli go przyjąć do szpitala, podłożył ją pod pociąg. Taka była przynajmniej jego opowieść. Opowiadał mi wiele o swoim dzieciństwie, o tym, że był bity przez ojca alkoholika. W pewnym momencie stwierdził, że powiedział o sobie tyle, że ja też powinnam coś o sobie powiedzieć. Przyznałam mu rację i opowiedziałam, jak pierwszy raz znalazłam się w Szwecji i jak utrzymywałam się z pracy jako służąca. Zapytałam, czy on, po wyjściu ze szpitala także nie mógłby poszukać jakiejś pracy. „Proszę pani, tyle co ja zarobię przez miesiąc, to ja ukradnę w ciągu jednego tygodnia!"

Pacjent ten obracał się wyłącznie w środowisku narkomanów i jedyną osobą, która nie „brała", była kobieta z która współżył i miał z nią synka. Nie mieszkali razem. Twierdził, że nie wie ona, że on bierze narkotyki, ani że jest teraz w szpitalu. Chyba tak było, bowiem wcześniej wydawało mi się dziwne, że nigdy go nie odwiedzała. Twierdził, ze ona myśli, że on bierze tylko „prochy" czyli leki.. Kiedy była w ciąży

poszedł z nią do ośrodka przeprowadzania testów na HIV, ale nie była zakażona. Twierdził, że nie zorientowała się dokąd ją zaprowadził „bo jest taka głupia". Pomyślałam, co będzie dalej, jak on wyjdzie ze szpitala i zaczęłam rozmawiać z nim o chronionych stosunkach. Nie chciał o tym w ogóle słyszeć, bo ona się czegoś domyśli. Nie pomogło moje tłumaczenie, że można to umotywować tym, aby nie mieć więcej dzieci. Nic z tego. Gdy ja jednak myśląc o tej kobiecie nie ustępowałam, powiedział: „pani jest jak kat". Odpowiedziałam, że rozumiem jego reakcję, ale czy on chce być katem dla matki swego synka? Ponadto nie jest wykluczone, że choć ona nie była zakażona wtedy, nie jest teraz, skoro miał z nią cały czas niechronione stosunki. Po dalszej rozmowie skończyło się na tym, że przyjdzie z nią na oddanie krwi do analizy. Na pożegnanie zapytał „a przyjdzie pani jutro?"

Ten sam chory powiedział mi kiedyś, kiedy przyszła nowa pacjentka, młoda dziewczyna, że jej poradził, aby porozmawiała ze mną, bo - jak powiedział i przekazał mi to - „ja sobie też ulżyłem". Jest to potrzeba wylania z siebie tego, co człowiekowi ciąży. Czasem łatwiej jest to zrobić wobec człowieka obcego, który jednak umie słuchać.

Pozwolę tu sobie na dygresję, Moja bliska przyjaciółka, z którą przez wszystkie lata chodziłyśmy do jednej szkoły, przeżyła wojnę w warszawskim getcie. Nie wiem jak się uratowała i skoro sama nie poruszała tego bolesnego tematu, nigdy o to nie pytałam. Raz tylko powiedziała mi, że kiedyś, zagranicą siedząc w kawiarni z zupełnie obcą osobą, opowiedziała jej wszystko o swoich losach. Wiedziała, że nigdy jej już więcej nie spotka i wylała z siebie wszystko. Wyobrażam sobie, że ta pani słuchając opowiadania o życiu, o którym nie miała pojęcia, głęboko się nim zainteresowała. Umiała słuchać.

Kiedyś zjawił sie na oddziale bardzo młody człowiek. Przyprowadziła go policja, bo zasłabł na ulicy. Okazało się, że wirus zaatakował jego płuca. W szpitalu był bez narkotyków. Wcześniej nie zdawałam sobie sprawy z tego z jakim fizycznym bólem może być związana abstynencja, jak dalece organizm może zostać rozregulowany. Zobaczyłam to u niego. Pacjent ten opowiedział mi, że nie ma rodziców, a wychowywał go dziadek. Mieszka u niego i bardzo go kocha. Płakał opowiadając mi to i mówił, że bardzo chce pozbyć się narkomanii, także ze względu na dziadka. Gdy następnego dnia zeszłam na oddział nie było go. Uciekł ze szpitala.

Jak bardzo trudno uwolnić się od uzależnienia przekonałam się przy innych jeszcze przypadkach. Zresztą wiem to także z własnego doświadczenia. Paliłam papierosy 62 lata. Odrzuciło mnie od nich tylko, kiedy oczekiwałam dziecka i nie znosiłam nawet jeśli ktoś zapalił w mojej obecności. Potem wróciłam do palenia i przestałam dopiero w 2008 roku, cztery lata temu i to dlatego, że w pewnym momencie zabrakło mi tchu. Płacę za ten nałóg przewlekłą obturacyjną chorobą płuc.

Ale opowiedzieć chciałam o innych jeszcze przypadkach, z którymi zetknęłam się w Gdańsku.

Pojawił sie w szpitalu człowiek w niższym średnim wieku, który kiedy już mógł opuścić szpital z własnej woli poszedł do ośrodka, gdzie zajmowano się odwykiem. Korespondowaliśmy ze sobą i po pewnym czasie jego praca nad sobą przy pomocy zespołu przyniosła tak pozytywne rezultaty, że został zatrudniony jako kierowca w jakimś przedsiębiorstwie. W pewnym momencie nasza korespondencja się urwała. Trochę się tym zdziwiłam, ale w końcu uważałam to za normalne. Kiedy jednak następnym razem przyjechałam do Gdańska, zastałam go w szpitalu. Nie tylko był chory, ale nie wytrzymał bez narkotyków.

Zdarzyło mi się raz spotkać, jeszcze w Warszawie, mężczyznę któremu - jak to się mówi-ptasiego mleka nie brakło. Spotkałam także jego matkę. Była zdumiona, że on wszystko miał, niczego od niego nie wymagała, a on popadł w uzależnienie od narkotyków. Powiedziałam jej, że może właśnie dlatego. Życie bez żadnych obowiązków, z otrzymywaniem wszystkiego bez wysiłku może prowadzić do pustki wewnętrznej, którą młodzi ludzie próbują zapełnić narkotycznym rauschem i popadają w nałóg. Aktualnie zaś ten nałóg może doprowadzić do śmiertelnej choroby - pomyślałam.

Spotkałam także matkę z którą korespondowałam jeszcze dość długo po śmierci jej córki. Kiedy poznałyśmy się zorientowałam się, że przede wszystkim obawia się, aby w jej środowisku i rodzinie nie dowiedziano się, że córka choruje na AIDS i zakaziła się przez wstrzykiwanie narkotyków. Zirytowało mnie to w końcu i powiedziałam jej wręcz, aby się zdecydowała: co jest dla niej ważniejsze - choroba córki, czy opinia jej własnych przyjaciół i czy uważa, ze może ich nazwać przyjaciółmi, skoro tak boi się ich reakcji. Zaprosiła mnie kiedyś do domu i rozmawiałyśmy we trójkę, ona, jej córka i ja. Córka była inteligentną miłą i ładną dziewczyną. Było wtedy jeszcze daleko do leków, które istnieją obecnie, więc rozmowa nie była łatwa. Najważniejszą rzeczą były wzajemne stosunki obu kobiet. Przecież kochały się, ale jedna z nich uzależniła się od narkotyków, druga swego środowiska.

Po śmierci córki matka została wolontariuszką organizacji „Bądź z nami" w Warszawie. Opiekowała się szczególnie z ogromnym oddaniem pewnym gejem. Nie tylko zapraszała go do siebie w Warszawie, ale nawet do domku letniego, gdzie latem bywali razem z mężem. Pomagała mu w domu, gotowała mu, czasem sprzątała. Ku mojemu zdziwieniu nie miała do niego żalu o to, jak się jej „odwdzięczył". Miała od niego upoważnienie na dysponowanie jego oszczędnościami. Kiedy po jego śmierci poszła do banku, aby wyjąć pieniądze niezbędne w związku ze zorganizowaniem pogrzebu, powiedziano jej, że on cofnął to upoważnienie. Nic jej o tym nie powiedział. Wyglądało tak, jakby chciała teraz sobie coś przywłaszczyć. Odwiedziłam ją później, kiedy byłam w Warszawie i dowiedziałam się od niej, że wiele rzeczy, o których opowiadał w związku ze swoją sytuacją nie było prawdą. Nie miała mu jednak niczego za złe. Przyznaję, że w odróżnieniu ode mnie. Znałam go bowiem dobrze, wiele razy był w Domu Gościnnym Arki. Także tam wierzyliśmy jego opowieściom. Trudno, ale nie potrafię puszczać mimo uszu wiadomości o czyimś postępowaniu, które nie jest związane z jego sytuacją zdrowotną, czy społeczną, ale z jego charakterem. A nie chcę przejść z ufności wobec ludzi w podejrzliwość.

Ale wracając do Gdańska. Poznałam tam młodą dziewczynę, której losy wpłynęły na moją informację dla przyszłych nauczycieli oraz wzbudziły moje pytania i wątpliwości związane z ośrodkami rehabilitacji uzależnionych od narkotyków.

Kiedy ją poznałam miała nie dużo ponad dwadzieścia lat. Dzieciństwo miała okropne. Była bardzo przywiązana do swego ojca. Zabierał ją ze sobą na grzyby do lasu, nad rzekę, gdy łowił ryby. Jako pięcioletnie dziecko wróciła kiedyś do domu i zobaczyła ojca na stryczku. Powiesił się. Zrobiło to na dziecku takie wrażenie, że musiano ją odwieźć do szpitala. Do ich mieszkania wprowadził się konkubent matki. Gdy była trochę starsza zaczął się do niej dobierać. Matka nie reagowała na to. Nie wierzyła jej. Przypuszczam, że nie chciała zadzierać z konkubentem. Dziewczynka kładła sie spać z nożem pod poduszką. Jej starszy brat zajmował sie przyrządzaniem kompotu (narkotyku z maku z dodatkiem chemikalii). Wciągnął ją do pomocy. Kiedyś poczęstował ją gotowym produktem. Wpadła w narkomanię. Matka zaniedbywała ją tak, że dziewczynka chodziła głodna. Zauważono to w szkole i dostawała tam śniadanie.

Została zakażona, ale kiedy ją spotkałam leżała w szpitalu po wypadku, po złamaniu nogi. Była bardzo serdeczna, pomagała swoim hospitalizowanym kolegom, sprzątała im. Uważałam nawet, że ją wykorzystywali. Kiedy mogła juz chodzić o kulach wróciła do ośrodka rehabilitacji od narkotyków, gdzie mieszkała. Jej brat, ożenił się z pielęgniarką, której udało się odzwyczaić go od narkotyków. Nie chciał on w ogóle znać swojej młodszej siostry, a co dopiero jej pomóc.

W ośrodku, ze względu na to, że była w szpitalu ze złamaną nogą. nie wierzono jej, że nie brała ostrych środków przeciwbólowych. Ze względu na to, że noga jeszcze była słaba, miała lżejszą pracę, prasowanie na siedząco. Społeczność jednak uznała, że wymiga się i w końcu ją wyrzuciła z ośrodka nie dając jej nawet zabrać kuli. Poruszała się przy pomocy znalezionej gałęzi i dotarła znów do szpitala. Bardzo chciała, aby odwiedziła ją matka. Życzliwa lekarka nazywana przez pacjentów "Troszką" dzwoniła do matki wielokrotnie. Ta obiecała, że przyjedzie, ale nigdy tego nie zrealizowała. Był to drugi taki zawód dla tej dziewczyny. Jakiś czas bowiem przebywała ze świadkami Jehowy. Także ci obiecali, że będą ją odwiedzać w szpitalu. Dzień w dzień czekała. Daremnie. Jej straszliwym grzechem w ich oczach było to, że paliła papierosy, a odzwyczajając się od narkotyków trudno jej było jednocześnie rzucić także palenie.

Ta sama troskliwa lekarka, kiedy dziewczyna mogła już opuścić szpital, załatwiła jej miejsce w ośrodku odwykowym. Przypuszczam, że może nie był dla niej właściwy. Obawiałam się, że jak na nią zbyt religijny. W każdym razie kiedyś napisała do mnie, że jadą na wycieczkę w góry i ona będzie brała w niej udział. List przyszedł z dużym opóźnieniem, nie wiem dlaczego. Oczywiście od razu odpisałam. Tego listu już nie dostała, gdyż niestety uciekła z ośrodka. Dlaczego - nie wiem.

Spotkałam ją znowu w szpitalu dużo później. Przed tym opowiadano mi, że żebrze w kolejce do Gdyni. Jechałam tą kolejka, ale nigdy na nią nie trafiłam. Kiedy zaś, chyba po roku, może nawet po dwóch latach, znowu spotkałam ją w szpitalu, była do siebie niepodobna. Miała niemowlę, synka w swoim pokoju. Pielęgniarki mówiły mi, że kiedy z nim przyszła była tak "naćpana", że o mało nie przytłoczyła go sobą w łóżku. Po tym wydarzeniu nie pozwolono jej mieć go obok siebie, aby nic mu się nie stało. Kiedy przyjechałam i ją spotkałam, zachowywała się tak, jakby mnie nie poznała, choć wcześniej nazywała mnie swoja babcią. Miała się wtedy rozstrzygnąć sprawa jej dziecka. Nie chciała się z nim rozstać, a była w takim stanie, że obawiano się zostawić ją z niemowlęciem. Akurat wtedy przyszedł do szpitala jakiś dojrzały mężczyzna, wcześniej już znany pielęgniarkom, który chciał się zająć i nią i dzieckiem. Nie wiem jednak, jak się sprawa zakończyła.

Skomplikowaną sprawą mego wolontariatu w Polsce było to, że przyjeżdżałam dwa razy do roku, ale nie na tak długo, parę tygodni, czasem trzy, a to za mało aby wiedzieć jak takie trudne sprawy zostają ostatecznie rozwiązane. A szczególnie sprawy osób uzależnionych od narkotyków, które same w sobie są bardzo trudne pod wieloma względami, a do tego jeszcze dochodzi HIV. Nie wmawiam sobie oczywiście, że byłabym w stanie pokonać trudności, gdybym nie wyjeżdżała. Faktem jest, że mogłabym wtedy sama więcej się nauczyć i zrozumieć, a wtedy i trochę więcej pomóc. Nie jest wykluczone, że do niektórych spraw w ogóle się nie nadaję.

Opisany wyżej przeze mnie przypadek sprawił, że nabrałam nieufności co do tego, czy słuszne jest pozostawianie tzw. społecznościom decyzji w sprawach kolegów w domach, gdzie narkomani mają pozbyć się swego uzależnienia. W omawianym tu przypadku wcale nie jestem pewna co wpłynęło na decyzję społeczności. Czy istotnie troska o utrzymanie niezbędnej dyscypliny, czy zazdrość, że ktoś ma lżejszą pracę. Z

drugiej strony znam sytuację jedynie z relacji pacjentki szpitala. Ufam jej, ale aby skontrolować, czy mam rację powinnam by także skontaktować się z ośrodkiem, w którym była. Wiem, że reaguję źle na bezwzględność w traktowaniu narkomanów. W telewizji była kiedyś pokazywana z Monaru rozmowa o zakażeniu HIV. Odbywała się w obecności zakażonego. Pamiętam, że siedział na krześle z prawej strony. W pewnym momencie zasłużony założyciel Monaru, którego działalność wielu ludziom pomogła pozbyć się uzależnienia, powiedział do rozmówcy wskazując siedzącego na krześle: "on przecież niedługo umrze". Zaszokowało mnie to. Wiem, że była to kontynuacja nie owijania niczego w bawełnę w procesie rehabilitacji, nazywania wszystkiego po imieniu i stawiania ostrych wymagań. Nie mniej jednak kiedy walczy się o życie człowieka, do czego byłam przyzwyczajona w szpitalu, nie tak brutalnie przygotowuje się go do śmierci, chociaż jest nieuchronna. Moja reakcja była, jaka była, ale czy niechęć do brutalności w procesie rehabilitacji ludzi uzależnionych od narkotyków jej nie utrudnia - tego nie wiem.

W więzieniu spotkałam się z nowymi problemami. Na oddziale, na którym byłam siedzieli więźniowie przed procesem. Dowiedziałam się, że wcześniej zdarzało się, że więźniowie zakażeni sprzedawali swoją krew innym, gdyż ci mieli nadzieję, że jako zakażonych spotka ich mniejsza kara. Prowadziłam informację dla więźniów. Chciałam zostać z nimi sama, ale nie zgodzono się na to. Był wśród nich jeden, który wziął kiedyś zakładnika i obawiano się tego a w oddziale istniała także sala dla chorych. Aktualnie leżał tam jeden pacjent.

Mówiłam więźniom między innymi o tym, że samo zakażenie HIV w początkowym stadium nie jest jeszcze chorobą, że można funkcjonować normalnie, pracować czy uczyć się. Usłyszałam: " proszę pani, ja nigdy w życiu nie pracowałem, to będę pracował teraz, kiedy jestem chory". Chory nie był, ale co odpowiedzieć na takie dictum.

Na spotkaniu na innym oddziale więzienia był chłopak - aniołek. Buzia nieomal dziecinna, blond włoski, wyglądał, jakby nie miał jeszcze dwudziestu lat. Pyta: "proszę pani, a ja czy jak już będę miał AIDS będę mógł pójść do szpitala?" Oczywiście, przecież wszystkich starają się leczyć. " No tak, ale ja mam wyrok piętnaście lat". Wszystkich, to wszystkich. Ale pomyślałam, że fizjonomia może łatwo zmylić. Piętnaście lat - tego jednak w Polsce nie dostaje się za byle co.

Kiedy opuszczałam to więzienie widziałam, jak za pomocą przeciągniętego sznurka więźniowie coś sobie przesyłają z piętra na piętro. Nikt na to nie reagował.

Pani profesor opowiadała mi, że kiedyś badając więźniów trafiła na jednego z "twardych". Chciała zajrzeć mu do gardła. Wyjął więc z ust żyletkę i otworzył je szeroko. Jak to się działo, że się nią nie kaleczył - nie wiedziała.

Kierownik tego więzienia wydawał mi się osobą zainteresowaną tym, aby więźniom pomóc wyjść z uzależnień i pomóc w tym aby się nie zarażali. Prosił, abym miała spotkania za każdym razem, kiedy będę w Gdańsku. Kilka lat temu przeczytałam w polskiej prasie, że odwołano go ze względu na bardzo zły stosunek do więźniów. Co było prawdą?

Kiedyś poproszono mnie o informację dla personelu więziennego o HIV i AIDS. Jedną miałam już wcześniej, ale polegała ona jedynie na pokazaniu filmu australijskiego o zamężnej kobiecie, o jej niezakażonym mężu i zakażonym synku z tego małżeństwa. Kobieta uległa zakażeniu w przedmałżeńskim stosunku. Zgodziła się na filmowanie końcowego okresu swego życia, ojciec dziecka zaś na pokazanie, jak się nim opiekuje, dba o jego zdrowie, naukę w szkole. Film kończył się także śmiercią dziecka. Działo się to wszystko we wczesnym okresie pandemii.

Tym razem miałam sama przedstawić sytuację HIV i AIDS w Polsce i na świecie oraz to, jak prowadzi się prace z tym związane w Szwecji i w naszej Fundacji. Po zakończonej informacji podszedł do mnie chirurg zatrudniony w szpitalu więziennym. Jego problemem było to, że ma przeprowadzić operację na więźniu, który jest zakażony HIV. Właściwie nie chce tego wykonać. Obawia się zakażenia. Może się zdarzyć, że chirurgiczny skalpel przetnie rękawiczkę i krew pacjenta dostanie się do jego organizmu. Lekarz wiedział, jak postępuje się w przypadkach podobnego nieszczęśliwego wypadku aby nie dopuścić do zakażenia, gdyż to zostało już na świecie opracowane, ale mimo to obawiał się.

Byłam w dość trudnej sytuacji. Do wiedzy tego chirurga nie mogłam nic dodać. Chodziło jedynie o nastawienie, o sytuację psychiczną. Powiedziałam to, co mi w owej chwili przyszło do głowy. To jest kwestia wyboru zawodu. Czy jeśli ktoś jest strażakiem - czy ma pewność, że nic mu się nie stanie w przypadku gaszenia pożaru? Czy jeśli ktoś jest ratownikiem, ma pewność, że ratowany nie wciągnie go pod wodę? Czy w obu wypadkach ludzie wiedzą kogo ratują? Może także ratują przestępców narażając własne życie, ale wybrali taki zawód. I podobna sytuacja jest w przypadku więziennego chirurga mającego zoperować więźnia zakażonego HIV. Trzeba jedynie jeszcze bardziej uważać. Nie wiem, czy moja odpowiedź miała na to jakiś wpływ, ale lekarz zoperował więźnia, mimo swego strachu.

W gdańskim szpitalu poznałam dwóch mężczyzn w ponad średnim wieku głęboko wierzących. Mieli orientację homoseksualną. Problemem ich była nie tylko sama choroba, ale i niezgodność zachowań z zasadami wiary. Z jednym z nich miałam niewielki kontakt. Odwiedzał go ktoś z rodziny. Nie wiem na ile był świadomy całej sytuacji chorego, którego odwiedzał. Kiedyś tylko widziałam, że czytał książkę w pokoju odwiedzanego, który przysypiał. Wiedziałam za mało o obydwu, aby się wmieszać.

Z drugim natomiast byłam w bliższych stosunkach. Rozmawialiśmy dużo, kiedyś pojechaliśmy razem do Oliwy i słuchali koncertu organowego. Potem pojechaliśmy do niego do domu razem z jakimś jego kolegą, który nas woził swoim autem. Spędziliśmy miłe popołudnie. Był w dobrej formie psychicznej.

Kiedy przyjechałam następnym razem leżał znowu na oddziale, w wyraźnej depresji. Choroba fizyczna posunęła się naprzód, ale nie było źle. Nie mniej jednak stracił zupełnie ochotę do walki o życie. Wypisał się ze szpitala i miał zjawiać się po leki. Zaniedbał to zupełnie. Dzwoniłam do niego i pytałam, czy mogę do niego przyjechać. Absolutnie nie, bo on nie goli się, nie sprząta, mieszkanie wygląda strasznie, nie pozwala nawet wchodzić swojej sąsiadce, z którą był w bardzo dobrych stosunkach. Niestety skończył samobójstwem.

Sytuacja lekarzy w podobnych przypadkach także wcale nie jest łatwa. Starają się robić tyle ile można, aby ratować życie, a to się nie udaje.

Szpital gdański miał także kontakt z Domem Dziecka im. Janusza Korczaka. Mogło się bowiem zdarzyć, że trzeba będzie umieścić jakieś zakażone dziecko w tym Domu. Konieczne było więc przygotowanie do tego pracownic Domu, aby nie traktowały tego dziecka inaczej niż inne dzieci i nie obawiały się. W związku z tym bywałam w tym Domu wielokrotnie. Miał bardzo ciepłą i rozsądną kierowniczkę, którą niestety po kilku latach zmieniono. Z innych spotkań znałam również tę drugą i bardzo żałowałam tej zmiany, niezależnie od tego, że kiedy nastąpiła, nie miałam już kontaktu z Domem Dziecka. W tego rodzaju instytucji byłam pierwszy raz w życiu. W oczach niektórych dzieci widziałam nadzieję, czy pytanie "a może ty będziesz moja mamusią".

Wiedziałam, że tak nie będzie i było to dla mnie bardzo trudne. Wyobrażałam też sobie, jak trudne to musi być dla pozostałych dzieci, gdy jedno z nich rzeczywiście znajdzie dla siebie "mamusię".

Było to bolesne. Opiekunki dzieci były bardzo miłe i dobre. Nie mogły jednak przecież być dla większej ilości dzieci tak bliskie, jak chciałyby, ani nikogo wyróżniać. A każde dziecko chciałoby dla kogoś być najważniejsze, to jest normalne, zrozumiałe, właściwe.

Kiedyś poproszono mnie, abym dowiedziała się o domy dziecka w Szwecji, jak są zorganizowane, jak wygląda praca w nich. Istniały kiedyś i praca w nich bynajmniej nie wyglądała dobrze. Teraz ich nie ma. Wszystko opiera się na adopcji i rodzinach zastępczych. Te zaś wyglądają różnie. Do prasy trafiają wiadomości o przykładach ujemnych. Nie jest to jednak tak, że one dominują. Wprost przeciwnie, jakkolwiek być dzieckiem adoptowanym oraz mieć dziecko adoptowane nie jest zjawiskiem bezproblemowym, większość to sytuacje udane.

Kierowniczka Domu im. Korczaka przysłała do mnie kiedyś pewna panią, która chciała zaadoptować dziewczynkę z wirusem HIV. Pani ta miała córkę, która zginęła w wypadku samochodowym. Była rozwiedziona i koniecznie chciała mieć dziecko, aby się nim zająć, aby ulokować swoją potrzebę okazywania miłości. Przed adopcją dziewczynka spędzała w jej domu weekendy i obie były z tego zadowolone. Moja rola polegała na tym, aby z nią porozmawiać o tym, że ciągle nie ma leków ratujących życie osób z HIV i może ją czekać nowa utrata dziecka. Wynikło jednak z naszej rozmowy, że pani ta jest tego świadoma i gotowa jest ponieść ryzyko, a dziewczynka bardzo ją ujęła. Doszło więc do adopcji.

Ucieszyło mnie to. Nie zdarza się często, aby udało się umieścić w rodzinach dzieci zakażone HIV. Nie wiem jednak, jak ułożyły się losy tej dziewczynki. Po paru latach usłyszałam, że mąż tej pani wrócił do niej i ona spodziewa się dziecka. Czy dziewczynka otrzyma rodzeństwo i po prostu powiększy się rodzina, czy też zejdzie ona na drugi plan, co może stać się dla niej bardzo bolesne?

Ten przypadek, jak i wiele innych, budził we mnie pytanie, na ile jest się w stanie pomóc innym ludziom podejmując zadania wolontariuszki. Czy jest to bardziej potrzebne mnie samej, czy rzeczywiście tym ludziom, z którymi się stykam. Nie mam na nie odpowiedzi. Jeśli zaś, to jestem bliżej takiej, że mnie to jest potrzebne. To, co wiem o innych, to paradoksalnie, ten narkoman, dla którego byłam katem i który potem zapytał mnie, czy przyjdę następnego dnia. Może przesadzam i zapominam o listach, które dostałam. W każdym razie brak wiedzy o tym "co dalej", czy to się na coś przydało to niewątpliwie trudny moment w podejmowaniu przypisanych tej roli zadań. Pozostaje zadowolenie się tym, że jeśli to komuś pomaga w danej chwili, jeśli nawet na bardzo krótko przynosi ulgę, to i to coś warte. Podobnie jest z informacjami dla społeczeństwa. I tu także musiałam się nauczyć być minimalistką. Bo czyż wiadomo, ile osób w większym audytorium istotnie przejęło się tym, co usłyszało, zmieniło swój sposób myślenia, czy chociażby zastanowiło się nad nim? Więc jeśli jedynie ktoś z tego grona to uczynił, to i tak warto. Taka postawa, jak sądzę, pomogła mi kontynuować wypełnianie podjętych zadań.

W Gdańsku regularnie (t.j. gdy przyjeżdżałam) spotykałam się na uniwersytecie z przyszłymi pedagogami, studentami dr. Jolanty W. Korzystając z rozmów z bardzo młodymi ludźmi zakażonymi HIV, których spotkałam, starałam się przyszłym nauczycielom uświadomić, że powinni zainteresować się, np. tym dlaczego opuścili się w nauce ich dobrzy uczniowie. Pomogło mi w tym opowiadanie tej młodej pacjentki,

która otrzymywała dokarmianie w szkole, ale nie zainteresowano się tym, dlaczego to jest jej potrzebne. To mogłoby przecież ewentualnie pomóc jej w sytuacji, w której się znalazła. Próbowałam rozmawiać z nimi na ten temat, że nie wystarczy być nauczycielem przedmiotu wystawiającym stopnie, ale trzeba być pedagogiem, myślącym o tych - przecież - dzieciach. Zastosowałam także inscenizacje tematycznych scenek, czego nauczyłam się kiedyś w Warszawie uczestnicząc w kursie przeprowadzanym dla tamtejszej organizacji przez francuską organizację "AID" - pomoc, zajmującą się sprawami HIV/AIDS. Z tego, jak studentki "odgrywały" te scenki i z dyskusji nad nimi wynikało, że rozumiały o co chodzi. Pozostaje mieć nadzieję, że stosowały to również w swojej praktyce. Liczę się jednak z tym, że na to później wpływały także warunki pracy, czas, liczba uczniów.

Za każdym razem, kiedy byłam w Gdańsku miałam także zajęcia związane z HIV i AIDS w jednym z gimnazjów. Przeprowadzałam tam także anonimowe ankiety. Na liczącą około 40 uczniów klasę tylko z dwojgiem o sprawach seksualnych rozmawiali rodzice. Pozostali szukali informacji o tych istotnych dla nich sprawach w czasopismach, u kolegów, niewielka ilość w środkach masowego przekazu. Rozmawiałam o tym z wice-dyrektor gimnazjum, które i tak było niezwykłe, gdyż moje spotkania z młodzieżą były inicjatywą jego kierownictwa. Dotyczyły HIV i AIDS i oczywiście związane były także z zagadnieniami seksualnymi. Mówiłam o tych zagadnieniach otwarcie i przyjmowane to było przez młodzież z całą powagą. Moim atutem był wiek i brak zażenowania, z czego zdaję sobie sprawę. Kiedyś po pierwszej godzinie zajęć, rozdałam uczniom puste kartki i poprosiłam, aby w czasie pauzy położyli mi je na stole z pytaniami. Oczywiście anonimowo. Otrzymałam około 50 pytań, na które w drugiej godzinie odpowiadałam. Niektóre z pytań były bardzo intymne.

Dyrektorka gimnazjum poprosiła mnie także o informację dla nauczycieli. Tu odezwała się po mojej informacji tylko katechetka protestując przeciw nazywaniu po imieniu zagadnień stosunków seksualnych i organów płciowych. Podtrzymała mnie dyrektor szkoły, ale reszta nauczycieli milczała. Czy podzielali stanowisko katechetki, czy tylko się jej obawiali? W każdym razie zjawiła się ona później na moim następnym spotkaniu z młodzieżą. Nie wpłynęło to na jego treść z mojej strony, ale próbowała ze mną dyskutować. Przypuszczam, że nie była zbyt popularna wśród młodzieży, bo nie wydaje mi się jednak, aby wszyscy tak bezwzględnie się ze mną zgadzali, jak na to wyglądało.

Inne ze spotkań, na których z kolei zadawano mi pytania wymagające w Polsce specjalnego rodzaju odpowiedzi, było w jednym z podwarszawskich ośrodków rehabilitacji osób uzależnionych od narkotyków. Jeden z uczestników przywitał mnie z uśmiechem mówiąc "my się znamy". Wstyd mi było, ale nie pamiętałam. Okazało się, że chodzi o więzienie w Gdańsku, gdzie wtedy siedział. W każdym razie oboje poczuliśmy się bardziej swojsko. Gdy przyszło do zadawania pytań, zapytał czy to prawda, że HIV i AIDS to kara Boża za grzeszne życie. Było to po podobnej wypowiedzi Prymasa Glempa, a ośrodek, w którym przebywał prowadzony był przez osoby związane z kościołem. Odpowiedziałam, że tak nie jest. Ludzi, którzy zachowywali się kiedyś tak, jak obecnie zakażeni, jest nieporównanie więcej. Kto zaś wierzy w Boga nie może sądzić, że karze on dla przykładu. Tak postępują tylko ludzie. Oczywiście należy wystrzegać się zakażenia, tak jak o tym informowałam. Zostało to przyjęte i mam nadzieję, że mój znajomy z więzienia przestał obawiać się, że go Pan Bóg skarał za grzechy.

Arka Noego parokrotnie organizowała kursy w Polsce i raz w Sztokholmie dla polskich wolontariuszy. Kurs w Szwecji odbywał się już po zlikwidowaniu Domu Gościnnego tak, że można było polskich uczestników ulokować w lokalu Arki. W organizacji kursu i jego przeprowadzeniu uczestniczyli wykładowcy Arki, a jedna ze szwedzkich wolontariuszek zajmowała się gotowaniem obiadów.

W tym kursie zupełnie inna była reakcja polskiego grona, aniżeli Szwedów na zagadnienie seksualności kobiet. Wykładowczyni tłumaczyła fizjologię orgazmu kobiet związaną z budową organów płciowych i uczestnicy byli tym zażenowani. Nie cenili sobie tego wykładu. Nie dotyczy to wszystkich, ale wielu. Może dlatego, że kursy były koedukacyjne, ale tak nie reagują szwedzcy słuchacze, którzy mają zagadnienia seksualne w szkole.

Niektórzy Polacy zamieszkali w Szwecji także jednak reagują inaczej. W 1994 roku otrzymałam na adres Arki list bez nadawcy z nalepionym znaczkiem Czerwonego Krzyża. List zawierał artykuł z czasopisma Znaki Czasu,7-8/91. Wypowiedzi apostoła Pawła są w nim przedstawione jako przewidzenie upadku moralnego czasów współczesnych, grzechów które przynoszą zniszczenie, jak na przykład erotyzm i inne problemy młodego pokolenia. Rozumiałam, że list ten był reakcją na moją informację o HIV/AIDS, którą miałam - nie ze swojej zresztą inicjatywy - dla polskiego audytorium.

W trakcie swojej pracy przy organizacji kursów, czy też tylko w czasie refleksji nad ich programem i sposobem przeprowadzenia skonstatowałam, że Arka i bądź z Nami opierają się na różnych tradycjach. W Warszawie uczestniczyłam w czasie jednego z pobytów w kursie organizowanym przez Francuzów. Bardzo cenny wydawał mi się ich sposób prowadzenia zajęć przez inicjowanie zadań inscenizowanych. Np. zajęcie o szanowaniu odrębności obyczajów wśród różnych ludów, tak ważne w działaniach wolontariuszy, wcale nie było oparte na zagadnieniach związanych z HIV i AIDS. Ekipa europejska miała przekonać plemię innego lądu o pożytku ze zbudowania mostu skracającego drogę do ośrodka zdrowia oraz pomóc potem w tej budowie. Aby móc tego dokonać musiała uszanować obyczaje tego plemienia, jak - dla przykładu - to, że nie dotyka się innego człowieka, nie podaje ręki, a tylko pochyla głowę.

W Arce próbowałam o tym opowiedzieć i nakłonić kolegów zajmujących się kursami do wprowadzenia tej metody, być może właśnie przy pomocy Francuzów. Nie spotkało się to z zainteresowaniem, przypuszczalnie dlatego, że w Arce wszyscy byli anglojęzyczni i trudno było z francuskim, ale i w Polsce byli tłumacze. Wydaje mi się, że odgrywa tu pewną rolę trudność w przełamywaniu rutyn.

W każdym razie w czasie kursów w Polsce przeprowadzanych przez kolegów z Arki udało mi się przygotować dla grup program oparty właśnie inscenizowaniu zadań dla wolontariuszy. Uczestnicy byli podzieleni na trzy grupy i prowadziło je trzech kolegów z Arki. Przy tym zorganizowaliśmy to tak, że każda grupa stykała się z każdym z nich. i udało się to . Dwoje kolegów Polaków z Malmö i ja byliśmy tłumaczami.

x x x

W moich zapiskach z doświadczeń wolontariuszki nie ma nic nadzwyczajnego. Istotne było przebywanie z zakażonymi ludźmi na zasadzie koleżeństwa, czy przyjaźni, empatia. Nie okazywanie współczucia dla ludzi, których spotkało nieszczęście. To daje się odczytać i staje się kurtyną oddzielającą ludzi od siebie, a ważne jest poczucie bliskości.

Zastanawiałam się oczywiście czy może być jakiś pożytek z pisania o zadaniach wolontariuszki. Nie byłam tego wcale pewna. Pomyślałam jednak o obecnej ciszy w sprawie HIV/AIDS, ciszy nieusprawiedliwionej w żadnym kraju. Oczywiście, minął 1 grudnia, Międzynarodowy Dzień AIDS i sporo się działo. Jednak chodzi o to, a aby nie zaniedbywać pracy codziennej przystosowanej do zmienionych, aktualnych warunków i pamiętać o tym, że od czasu pierwszych działań przybyło już nowe pokolenie. Jestem przekonana, że konieczność ponownego informowania o HIV AIDS dotyczy wielu krajów.

A jak jest w Polsce? Wyczytałam w Polityce z 30/10 2011 roku, a więc obecnie, o ośmioletnim chłopczyku zakażonym HIV. Na fotografii dziecko zakrywa swoją buzię. Bo o tym nikt nie powinien wiedzieć. Inaczej będzie on zewsząd wykluczony. Jego matka, to trzynastolatka, która uciekła z domu opieki i została zgwałcona. Złożyło się dla chłopca o tyle szczęśliwie, że znalazła się kobieta, która chce go zaadoptować. Ale... po pierwsze - dwie przyjaciółki tej pani już z nią zerwały stosunki, po drugie - musi przed aktualną szkołą ukrywać sytuację chłopca, gdyż poprzednio nie chciano go nigdzie przyjąć, gdy informowała o jego zakażeniu. Dziecko zaś wie, że musi milczeć.

Wyczytałam także, że w Polsce co roku zakaża się dziesięcioro dzieci. Przypuszczam, że bierze się to stąd, że matki w ciąży nie poddają się badaniu na obecność HIV i w związku z tym nie biorą odpowiednich leków chroniących dziecko. A więc nadal niewiedza, nadal dyskryminacja. I stąd też ten wysoki procent osób, które bądź nie podejrzewają swego zakażenia, bądź boją się je ujawnić.

Pewna moja koleżanka powiedziała, że interesuje ją dlaczego ludzie w ogóle zajmują się zagadnieniami HIV/AIDS jako wolontariusze. Oczywiście nie byłam w ARCE jedna. Było nas z początku, w latach osiemdziesiątych bardzo dużo, o ile dobrze pamiętam kilkaset, potem co raz mniej. Na początku wiązało się to z zaskoczeniem pandemią i szczególnie nagłą śmiertelnością młodych ludzi. W owych czasach w Szwecji ludzie często jednoczyli się w różnych organizacjach pomocy. Pozostawali w Arce ci, którzy byli od początku bardziej aktywni i sami mieli wśród swojej rodziny, lub przyjaciół, czy tylko w swoim środowisku kogoś, kto chorował na AIDS, lub zmarł. Teraz, kiedy od czasu do czasu przychodzę do ARKI, widzę nowych ludzi i już inne, młodsze pokolenie. Arka nadal prowadzi swoje kursy i ogłasza je. Choć są one płatne, mają uczestników. Ale wobec tego, że w czasach, gdy byłam aktywnym członkiem Arki prowadziłam grupy na kursach i pytaliśmy co skłoniło ludzi, aby byli wolontariuszami pamiętam, że odpowiedzi były różne. I te, o których już wspomniałam, ale także takie, że w miejscu pracy ktoś słyszał głupie wypowiedzi na temat zakażonych i chciał się więcej nauczyć, aby się temu lepiej przeciwstawić. Jedna z uczestniczek kursu którego byłam opiekunką, została wolontariuszką i na swoje dyżury przyjeżdżała z Uppsali.
Jeśli chodzi o mnie zostałam osobiście tak głęboko dotknięta, że nie ma w tym nic dziwnego, że nie przeszło mi ani zainteresowanie tą problematyką, ani chęć zajmowania się nią, dopóki byłam w stanie coś w tej dziedzinie robić.

Autorzy monografii bardzo dziękują Pani Janinie Ludawskiej za zgodę na druk wspomnień w monografii.

Wspomnienia są objęte **prawem autorskim Pani Janiny Ludawskiej** - ich wykorzystywanie, drukowanie, w całości lub części, bez uprzedniej pisemnej zgody autorki, jest **niedozwolone.**

Wolniewicz Ala

Jan Paweł II – człowiek modlitwy

Ala Wolniewicz, urodzona 14 grudnia 1998 r. w Warszawie, młodziutka, utalentowana autorka książek, a także opowiadań i scenariuszy do sztuk wystawianych w szkolnym teatrze. Jej pasja to nie tylko pisanie. Aktywnie uczestniczy w zajęciach Ogniska Teatralnego przy Teatrze Ochoty w Warszawie. Gra na skrzypcach razem ze swoją młodszą siostrą Olą. Jej debiutem wydawniczym jest „Psia Planeta", powieść wydana w 2011 roku.

Modlitwa była piękną kobietą. Miała złote, kręcone, cudowne włosy, które sięgały jej do ramion. Ubrana była zawsze w długą, białą suknię do ramion, z rękawami dłuższymi od jej rąk. Suknia sięgała do ziemi, ale Modlitwa nigdy się o nią nie potknęła. Modlitwa miała niebieskie oczy, które błyszczały tak mocno, że czasem zaślepiały Słońce…

Modlitwa czasami zamieniała się w ptaka. Było jej wtedy wygodniej. Ptak przecież lata szybciej niż chodzi człowiek. Modlitwa miała dość trudne zadanie. Musiała zanosić prośby i podziękowania ludzi do Boga. Ludzie powiedzieli, że rozmawiają z Bogiem dzięki modlitwie i mieli rację. To przecież modlitwa udostępnia tę rozmowę z Bogiem. Modlitwa zbiera wszystkie prośby i podziękowania dla Boga i zanosi Jemu. Ona zawsze ma na ramieniu lnianą, schludną torbę, do której wkłada prośby do Boga. Te delikatne, dobre prośby, są lekkie jak piórko i Modlitwa niesie je z łatwością, bo prawie nic nie ważą. Są też ciężkie prośby. Takie prośby, które życzą komuś źle, lub skupiają się tylko na sobie. Takie prośby są ciężkie, ale jest ich przecież bardzo mało.

Gdy już Modlitwa zabierze ludziom prośby, zapina swoją torbę i biegnie do Boga, który zawsze na nią czeka. Bóg bardzo kocha Modlitwę, bo dzięki niej może rozmawiać z ludźmi. Bóg bardzo kocha też ludzi.

Któregoś razu Modlitwa dostała bardzo dużo próśb. Próśb było tyle, że Modlitwa nie mogła wszystkiego zmieścić do swojej lnianej torby. Musiała wziąć część w ręce, a i tak było ich za dużo, więc zostawiła kilka, żeby przyjść po nie później. Gdy zaniosła je do Boga, On bardzo się zdziwił. To był chyba pierwszy raz, kiedy Modlitwa nie dała razy wziąć wszystkich próśb do torby. Bóg powiedział, że te wszystkie modlitwy pochodzą od jednego człowieka.

- Jak to możliwe, żeby jeden człowiek mógł o tyle prosić? Czy tak można? – spytała Modlitwa. Bóg pokazał jej prośby. Były one prośbami proszącymi o życie dla konkretnych osób, o szczęście i dostatek dla konkretnych krain oraz narodowości, o zdrowie dla chorych, o przebaczenie dla morderców, i o łaski dla złoczyńców.
- To nie są samolubne prośby. Ktoś prosił o szczęście i łaskę dla prawie każdego człowieka. Czyje to prośby? – pytała Modlitwa. Bóg odpowiedział jej, że to prośby człowieka modlitwy, człowieka, który był w stanie modlić się za ludzi, którzy skrzywdzili świat, ale też i za ludzi, którzy byli biedni i nieszczęśliwi.
- Dlaczego człowiek modlitwy się o wszystkich troszczy? Przecież niektórzy nie są tego warci. – stwierdziła Modlitwa. Bóg powiedział, że człowiek modlitwy wie, że każdy człowiek, jest, był i będzie czegoś wart. Że każdy człowiek jest dziełem jego, Boga, a

ten, kto przysłał te prośby bardzo kocha Boga i wszystkie jego dzieła. W tym również człowieka.

Tym, który przysłał Bogu te prośby, był Papież Jan Paweł II. Już wiadomo, że nasz papież został człowiekiem modlitwy nie tylko na Ziemi…

Autorzy monografii bardzo dziękują Ali i jej Rodzicom za zgodę na druk wspomnień w monografii

BIOETYKA I MEDYCYNA

„Dlaczego mam słuchać serca? Bo nie uciszysz go nigdy. I nawet gdyby udawał, że nie słyszysz, o czym mówi, nadal będzie biło w twojej piersi i nie przestanie powtarzać ci tego, co myśli o życiu i świecie”

P. Coelho



Zabielski Józef Ks. prof. zw. dr hab

Donacja organów – darowaniem życia. Bioetyczne dylematy transplantologii

Katedra Teologii Moralnej Życia Społecznego Uniwersytetu Kard. Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, Międzywydziałowa Katedra Teologii Katolickiej Uniwersytetu w Białymstoku

Szczególną formą spotkania międzyosobowego oraz doświadczenia dobroci drugiego człowieka jest relacja pomocowa. Życzliwość okazana przez daną osobę stanowi szczególny sposób nawiązania międzyludzkiej łączności, która wzmacnia obie strony tej relacji. Im bardziej potrzebny i oczekiwany jest ów dar nam ofiarowany, tym darczyńca staje się nam bliższy, a jego czyn bardziej budujący. Elementem wartościującym owego daru i życzliwości w nim zawartej jest też – a może przede wszystkim – osobisty wkład i ofiara darczyńcy. Im jest on bardziej związany z darowaną rzeczą, tym więcej okazuje poświęcenia i szacunku osobie obdarowanej. Stąd też najbardziej okazujemy miłość wtedy, gdy ofiarowujemy coś nam najbliższego i najbardziej nas angażującego. Tę prawdę bardzo przekonująco wyrażają słowa Jezusa Chrystusa: „Nikt nie ma większej miłości od tej, gdy ktoś życie swoje oddaje za przyjaciół swoich" (J 15, 13).

Charakteryzującą współczesność formą „darowania życia" drugiemu człowiekowi jest przekazanie organów do przeszczepu. Umożliwia to współczesny stan transplantologii, w ramach której przeszczepiane organy ratują życie wielu ludziom. Możliwości medyczno-techniczne nie niwelują jednak dylematów natury bioetycznej. Swoiste normatywne „napięcie" w tym zakresie tworzą zagadnienia natury etyczno-prawnej, dotyczące przekazywania organów oraz ich pobierania i odpowiedniego wykorzystania. Zagadnienia te podejmuje niniejsza analityczna refleksja, w ramach której koncentrujemy się na następujących problemach: 1. Bioetyczny normatyw przekazywania organów do przeszczepu; 2. Etyczno-prawne wymogi pobierania i przeszczepiania organów; 3. Bariera społecznej nieufności i pamięć organów pojedynczych.

1. Bioetyczny normatyw przekazywania organów do przeszczepu

Początek nowej ery w rozwoju chirurgii transplantacyjnej datuje się na koniec lat 50-tych XX wieku[1]. Osiągnięcia tego okresu w dziedzinie medycyny opartej na technikach chirurgicznych umożliwiły przejście od działań wyłącznie terapeutycznych do działań rekonstrukcyjno-zastępczych uszkodzonych lub niewydolnych organów, tkanek lub komórek. Otworzyły się nowe szanse ludziom dotkniętym kalectwem, chorobą uniemożliwiającą poruszanie się lub zagrożonych śmiercią. Realizacja zaś tych

[1] W 1958 r. odkryto antygeny zgodności tkankowej (HLA – *Human Limfocyte Antigenes*), zaś w roku 1959 - pierwszy lek immunosupresyjny. Por. P. Wolf (i in.), *Transplantacja narządów. Kompendium*, Wrocław 1993, s. 1-34. Zob. także: N. Knoepffer, J. Savulescu, *Der neue Mensch? Enhancement und Genetik*, Freiburg 2009.

medyczno-technicznych możliwości uwarunkowana jest zdobyciem organów potrzebnych do przeszczepów.

Pozyskanie organów do przeszczepu wymaga uszanowania woli ich dawcy. Nikt bowiem nie ma prawnego obowiązku darowania swoich organów lub tkanek, nikt też nie może rościć prawa do organów drugiego człowieka – żywego czy zmarłego. Jedynie właściwą – moralnie i prawnie – formą pozyskania organu jest dobrowolny akt dawcy. Swą wolę darowania organów lub tkanek dawca może wyrazić wprost lub w sposób domniemany. W podejmowaniu takiej decyzji dawca winien uwzględnić podstawowe wymogi etyczne: organ można przekazać wyłącznie do przeszczepu o charakterze terapeutycznym; planowany przeszczep stanowi jedyną szansę uratowania życia lub zdrowia pacjenta, po wyczerpaniu innych – prostszych metod i sposobów leczenia; można przekazywać i przeszczepiać tylko organy „neutralne" dla osobowości człowieka, czyli wykluczona jest transplantacja mózgu oraz gruczołów płciowych. Ten ostatni wymóg zawarty jest też w polskim prawodawstwie, gdzie stwierdzono, że ta norma prawna „nie dotyczy pobierania i przeszczepiania komórek rozrodczych i gonad, tkanek embrionalnych i płodowych oraz narządów rozrodczych i ich części"[2]. Zostało to też podkreślone w nauczaniu Kościoła katolickiego, gdzie stwierdzono, że spośród implantowanych organów „należy wykluczyć mózgowie i gruczoły płciowe, które zapewniają tożsamość osobową i prokreacyjną osoby"[3].

Normatywnym wymogiem przekazywania organów do przeszczepu jest uszanowanie osobowej godności i wartości dawcy. Sprowadza się to do zachowania świadomości i wolności aktu osoby przekazującej swój organ. Ten wymóg odnosi się zarówno do dawcy żywego, jak też po jego śmierci. Nikt nie może – wprost czy pośrednio – zmusić kogoś do przekazania organów do przeszczepu. Osoba żyjąca, w sposób dobrowolny może przekazać wyłącznie jeden z organów podwójnych (nerka) lub część organu (wątroby i płuc) lub tkanek. Przekazanie organu nie może być przyczyną trwałego kalectwa lub śmierci dawcy. Są to podstawowe wymogi etyczne, eksponowane w ogólnoludzkiej moralności. W *Katechizmie Kościoła Katolickiego* czytamy, że przeszczep narządów jest „zgodny z prawem moralnym i może zasługiwać na uznanie, jeśli zagrożenia i ryzyko fizyczne i psychiczne ponoszone przez dawcę są proporcjonalne do pożądanego dobra biorcy"[4]. Brak owej proporcjonalności między skutkiem a przyczyną zachodzi w przypadku przekazania organu pojedynczego – serca przez dawcę żyjącego. Wprawdzie norma etyczna dopuszcza ofiarowanie życia za drugiego człowieka lub wartości wyższe, np. dobro wspólne (Ojczyzna) czy wartości religijne (męczeństwo). W przypadku jednak przekazania serca do przeszczepu przez osobę żyjącą jest to moralnie niedopuszczalne, gdyż zachodzi tu rozbieżność co do skutków tego czynu: jest pewne, ze dawca organu (serca) utraci życie, nie ma zaś pewności co do życia biorcy; przeczepiony organ nie zawsze jest przyjęty przez biorcę. Stąd też: „Jest rzeczą moralnie niedopuszczalną bezpośrednie powodowanie trwałego

[2] *Ustawa z dnia 26 października 1995 r. o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów*, Dz. U. 1995, nr 138, poz. 682, art. 1.2. Zob. P. Morciniec, *Przeszczepy narządów*, w: „Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański", red. A. Muszala, Radom 2007, s. 468-469; J. Wróbel, *Dawstwo organów w perspektywie teologicznomoralnej i pastoralnej*, „Roczniki Teologiczne" 44(1997), nr 3, s. 55-57.

[3] Papieska Rada ds. Służby Zdrowia, *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Watykan 1995, nr 88.

[4] *Katechizm Kościoła Katolickiego*, wyd. pol., Pallottinum, Poznań 1994, nr 2296. Por. E. Sgreccia, *Bioetica. Manuale per medici e biologi*, Milano 1986, s. 337-339.

kalectwa lub śmierci jednej istoty ludzkiej, nawet gdyby to miało przedłużyć życie innych osób”[5].

Zachowanie tych wymogów etycznych wyraża i eksponuje charakter daru zawarty w przekazaniu organów do przeszczepu. Ukazuje bowiem osobowy wymiar owej donacji, której przedmiotem nie jest coś zewnętrznego, lecz organ mego ciała – część mnie samego. Jest to najwyższa forma daru, który jest uświadamiany i odbierany w ramach doświadczenia ludzkiej miłości, stanowiąc jej wyjątkową formę. Darowanie organów jest przejawem wielkodusznej solidarności z drugim człowiekiem, jest gestem bezinteresowności i heroizmu. Ten aksjologiczny wymiar donacji organów ukazuje, że jest to czyn szlachetny, godny pochwały i naśladowania. Tak też jest rozumiany i głoszony w etyce personalistycznej, czego szczególnym wyrazem jest etyka chrześcijańska. Jan Paweł II podkreśla, że tylko w pojmowaniu człowieka „bogatym w wartości ludzkie i w miłość, rodzą się także gesty heroiczne. Są one najbardziej uroczystym wysławianiem Ewangelii życia, ponieważ głoszą ją poprzez całkowity dar z siebie; są chwalebnym objawieniem miłości największej, która każe oddać życia za ukochaną osobę (por. J 15, 13); są uczestnictwem w tajemnicy Krzyża, w której Jezus objawia, jak wielką wartość ma dla Niego życie każdego człowieka i jak realizuje się ono w pełni poprzez bezinteresowny dar z siebie. […] Pośród tych gestów na szczególne uznanie zasługuje oddawanie organów, zgodnie z wymogami etyki, w celu ratowania zdrowia, a nawet życia chorym, pozbawionym niekiedy wszelkiej nadziei”[6].

Mając na względzie możliwości współczesnej medycyny, społeczność ludzka winna uświadomić potrzebę współdziałania w ramach transplantologii. Ta współpraca ma się objawić gotowością przekazania swoich organów do przeszczepu w kategorii daru. Osoba ludzka winna uznać siebie za dawcę, czyli kogoś, kto dobrowolnie zgadza się na pobranie komórek, tkanek czy organów. Etyczna możliwość przeszczepu uwarunkowana jest uprzednią – świadomą i wolną – decyzją ze strony dawcy. Jan Paweł II wyjaśnia i apeluje: „Jest to decyzja ofiarowania, bez żadnego wynagrodzenia, części ciała komuś ze względu na zdrowie i dobro innej osoby. W tym sensie akt medyczny przeszczepu umożliwia akt ofiarowania ze strony dawcy, ów szczery dar z siebie, który wyraża nasze istotne powołanie do miłości i komunii”[7]. Postęp współczesnej biomedycyny daje ludziom możliwość „przedłużyć poza śmierć powołanie do miłości”[8]. Fakt ten powinien „poprowadzić osobę do <ofiarowania za życia części swego ciała, ofiarowania, które stanie się rzeczywiste po śmierci>. Jest to <akt wielkie miłości, tej miłości, która daje życie za innych>”[9]. Decyzja wyrażająca zgodę na pobranie organów do przeszczepu ma charakter „aktu ofiarniczego dawcy”, który jest wyrazem „miłości,

[5] *Katechizm Kościoła Katolickiego*, nr 2296. Por. T. Ślipko, *Bioetyka. Najważniejsze problemy*, Wydawnictwo Petrus, Kraków 2009, s. 272-277.

[6] Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 86. Por. J. Zabielski, *Odpowiedzialność za życie*, Białystok 2007, s. 33-5; P. Kieniewicz, *Człowiek niewygodny, człowiek potrzebny. Dyskusja antropologiczna w bioetyce amerykańskiej*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2010, s. 228-232.

[7] Jan Paweł II, *Przemówienie do I Międzynarodowego Kongresu na temat przeszczepów narządów* (20.VI.1991), nr 3, w: „Insegnamenti di Giovanni Paulo II” XIV/1 (1991), nr 1711.

[8] *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, dz. cyt., nr 90.

[9] Tamże. Zob. E. Kowalski, *Osoba i bioetyka. Zagadnienia biomedyczne dla duszpasterzy i katechetów*, Kraków 2009, s. 220-225.

która daje życie”[10]. Takie pojmowanie tego aktu należy rozwijać i propagować, aby wzmocnić poczucie odpowiedzialności za życie drugiego człowieka. Ludzkość winna się przekonać do zasadności zgody na pobieranie organów, co jest wyrazem humanitarnego rozwoju i realizacji kultury życia. Dane statystyczne napawają pewnym optymizmem w tym względzie, gdyż coraz więcej ludzi wykazuje przekonanie o zasadności przekazywania darów oraz deklaruje zgodę na ich pobranie. Istnieje jednak pewna rozbieżność między deklaracją w wymiarze ogólnym a wyrażeniem zgody w konkretnej sytuacji. Stan ten stanowi swoisty normatyw potrzeby ciągłych wysiłków w tym względzie. Wyrazem tej troski jest apel Episkopatu Polski: „Biskupi apelują, aby chrześcijańską miłością bliźniego objąć tysiące chorych oczekujących na przeszczep. Można tego dokonać przez wyrażenie zgody, aby po biologicznej śmierci nasze zdrowe organy wolno było wykorzystać dla ratowania życia innym. Postawa taka stanowić będzie odpowiedź na apele ludzi potrzebujących przeszczepu”[11].

2. Etyczno-prawne wymogi pobierania i przeszczepiania organów

Charakter daru winien być zachowany przy pobieraniu organów i ich przeszczepianiu. Uszanowanie normy donacji w przypadku dawcy żyjącego wyraża się w wyraźnej zgodzie danej osoby lub jej prawnego opiekuna. Trudniejsza jest sprawa w przypadku dawcy zmarłego. Zasadniczo istnieją dwie formy wyrażenia i rozumienia zgody dawcy zmarłego: zgoda formalna (wyraźna) i domniemana (brak formalnego sprzeciwu). W pierwszym przypadku wyraża się to w wyraźnym ujawnieniu woli oddania organów do przeszczepu za życia (w formie ustnej lub pisemnej). Zawarte jest tu prawo do samostanowienia dawcy, który jako osoba czyni dobrowolny dar na rzecz drugiego człowieka. Nikt nie ma prawa do pośmiertnej zmiany woli zmarłego w tym względzie. Zgoda zaś domniemana rozumiana jest jako brak wyraźnego sprzeciwu do pobrania organów po śmierci. Zgoda domniemana jest przyjęta w polskim prawodawstwie w *Ustawie z dnia 26 października 1995 r. o pobieraniu i przeszczepieniu komórek, tkanek i narządów*[12], która została poprawiona przez *Ustawę z 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów*[13]. W art. 5 tej *Ustawy* postanowiono: „1. Pobrania komórek, tkanek lub narządów ze zwłok ludzkich w celu ich przeszczepienia można dokonać, jeżeli osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu. 2. W przypadku małoletniego lub innej osoby, która nie ma zdolności do czynności prawnych, sprzeciw może wyrazić za ich życia przedstawiciel ustawowy. 3. W przypadku małoletniego powyżej lat szesnastu sprzeciw może wyrazić również ten małoletni”[14]. Ta Ustawa jest formą wdrożenia przepisów dyrektyw Parlamentu Europejskiego 2004/23/WE z dnia 31 marca 2004 r. dotyczących ustalenia norm jakości i bezpieczeństwa oddawania, pobierania, testowania, przetwarzania, konserwowania,

[10] *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, dz. cyt., nr 91.

[11] *Komunikat z 275 Konferencji Plenarnej Episkopatu Polski*, Warszawa, 18.03.1995r., s. 5. Por. S. Biały, *Bioetyczne aspekty przeszczepiania organów pojedynczych i ich pamięci*, Warszawa 2011, s. 52-57. Zob. także: A. Marcol (red.), *Etyczne aspekty transplantacji narządów*, Opole 1996.

[12] Dz. U. z 1995 r., nr 138, poz. 682, art. 4.

[13] Dz. U. z 2005., nr 169, poz. 1411.

[14] W art. 6 tejże *Ustawy* czytamy: „1. Sprzeciw wyraża się w formie: 1) wpisu w centralnym rejestrze sprzeciwów na pobranie komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich; 2) oświadczenia pisemnego zaopatrzonego we własnoręczny podpis; 3) oświadczenia ustnego złożonego w obecności co najmniej dwóch świadków, pisemnie przez nich potwierdzonego”.

przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich. Przyjęte w Polsce rozwiązanie prawne jest normą obwiązującą w wielu innych krajach Europy: Austria, Belgia, Francja, Luksemburg, Hiszpania, Portugalia, Rosja oraz niektóre kantony Szwajcarii. Natomiast w kilku innych krajach - Finlandia, Dania, Wielka Brytania, Niemcy – obowiązuje tzw. model rozszerzonej zgody. Norma ta stanowi, że jeśli zmarły za życia nie wyraził ani zgody, ani sprzeciwu co do pobrania po śmierci jego organów, wymagana jest zgoda jego krewnych (współmałżonka, dorosłych dzieci i rodzeństwa). Podobne prawodawstwo obowiązuje w Stanach Zjednoczonych[15].

Prawna akceptacja domniemanej zgody jako zasady upoważniającej do pobierania organów do przeszczepu, choć spełnia wymogi WHO (Światowa Organizacja Zdrowia), nie wszystkich satysfakcjonuje. Główny zarzut oparty jest na przekonaniu, że jest to działanie w stanie wątpliwości i może naruszać wolę dawcy, który ma prawo w sposób wolny wyrazić swoją decyzję. Nie wystarcza więc zgodność formalno-prawna, ale potrzeba też zgody w sensie moralnym. Niektórzy twierdzą, że działanie na zasadzie zgody domniemanej jest to „akt nieuprawnionego moralnie upoważnienia lekarza do ingerencji w prywatną sferę życia obywatela"[16]. Opinia ta w znacznym stopniu odpowiada wymowie *Katechizmu Kościoła Katolickiego*, gdzie czytamy: „Przeszczep jest moralnie nie do przyjęcia, jeśli dawca lub osoby uprawnione nie udzieliły na nie wyraźnej zgody"[17].

Dylemat etyczny stanowi tu rozumienie pojęcia „wyraźna zgoda", w ramach którego zgoda domyślna też się mieści, choć może wzbudzać wątpliwości. Nie wszyscy bowiem obywatele wiedzą o możliwości wyrażenia sprzeciwu w tym zakresie, bądź też nie zdążyli tego uczynić przed śmiercią. Zupełne jednak wykluczenie domniemanej zgody dawcy jako moralnego uprawnienia pobierania jego organów do przeszczepu i pozostawienie w tym względzie decyzji wyłącznie osobom najbliższym po śmierci dawcy, może także być naruszeniem jego woli, której najbliżsi nie znali. Rodzina nie zgadzająca się na przeszczep po śmierci osoby bliskiej może działać wbrew woli tejże osoby. Stąd też, od strony moralnej lekarz nie ma obowiązku pytania o zgodę osób najbliższych zmarłego co do pobrania jego organów do przeszczepu; z tego zwalnia go też obowiązująca w Polsce – i w innych krajach - norma prawna. Rozwiązanie moralnego dylematu w tym zakresie wydaje się sprowadzać do edukacji i zachęt skierowanych do społeczeństwa, aby każdy obywatel mógł publicznie wyraźnie zdeklarować swą zgodę na pobranie organów po jego śmierci. Na pochwałę zasługuje tu działalność wielu organizacji i fundacji zajmujących się uświadamianiem społeczeństwa, prowadzącego do wyrażania swojej formalnej zgody w „karcie dawcy". W ten sposób uniknie się też zarzutu o prawny pozytywizm zgody domniemanej, bardziej zaś się wyeksponuje prawa osoby ludzkiej i jej bezinteresowny dar z siebie[18].

Dylematem etyczno-prawnym jest też ustalenie czasu pobrania organów od dawcy zmarłego. Ogólna zasada w tym zakresie stanowi, że można pobrać organ tylko

[15] Por. S. Biały, *Bioetyczne aspekty przeszczepiania organów…*, dz. cyt., s. 92-93; J. Wróbel, *Człowiek i medycyna. Teologicznomoralne podstawy ingerencji medycznych*, Kraków 1999, s. 317-324.

[16] P. Góralczyk, *Etyczne uzasadnienie regulacji świadomej zgody*, w: „Etyczne aspekty transplantacji narządów", red. A. Marcol, Opole 1996, s. 119. Por.

[17] *Katechizm Kościoła Katolickiego*, dz. cyt., nr 2296.

[18] Zob. S. Biały, *Bioetyczne aspekty przeszczepiania organów…*, dz. cyt., s. 94-95; T. Biesaga, *Wobec zgody domniemanej i zawłaszczenia zwłok do transplantacji*, „Medycyna Praktyczna" 1(2006), s. 20-24.

po śmierci człowieka. Ustalenie więc i stwierdzenie momentu śmierci jest rozstrzygającym kryterium umożliwiającym pobranie narządów. Definiowanie śmierci człowieka stanowi „odwieczne" pytanie, na które do dzisiaj nie jest łatwo odpowiedzieć. Przywołanie powszechnego pojmowania śmierci człowieka jako „rozłączenie duszy i ciała" wymaga dookreślenia, kiedy owo „rozłącznie" następuje. W sensie ogólnym, śmierć jest utratą tego, co jest fundamentalnie znaczące dla natury - istoty jednostki danego bytu. W przypadku człowieka, fundamentalne znaczenie ma naturalna zdolność świadomości jako wyposażenie bytu osobowego. Stąd też, o śmierci osoby świadczy nieodwracalna utrata świadomości. Człowiek umiera w sensie zaprzestania istnienia – żywego bytowania, gdy traci zdolność myślenia. Gdy bowiem wyższa partia mózgu (kresomózgowie) zostaje zniszczona, niemożliwe jest dalsze myślenie, co spełnia kryterium śmierci człowieka jako osoby. „Tym, co umiera jest organizm jako całość. To ta śmierć, śmierć indywidualnego ludzkiego bytu jest ważna dla lekarzy i dla społeczności, nie zaś śmierć organów czy komórek, które są jedynie częściami"[19].

Mając na względzie przywołane tu pojmowanie śmierci bytu osobowego oraz dane współczesnej medycyny, w obowiązującej obecnie tzw. definicji nowej zmodyfikowanej, śmierć człowieka określa się jako nieodwracalne ustanie wszystkich funkcji mózgu, co oznacza śmierć mózgu jako całości (*mors biologia cerebri*). Niekoniecznie oznacza to natychmiastową śmierć wszystkich komórek mózgu. Takie określenie jest zgodne z tzw. definicją klasyczną, według której nieodwracalne ustanie funkcji mózgu oznacza śmierć człowieka jako całości. W prawodawstwie polskim takie rozumienie śmierci człowieka zawiera *Komunikat Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29.X.1996 r. o wytycznych w sprawie kryteriów stwierdzenia trwałego ustania funkcji pnia mózgu (śmierci mózgowej)*[20]. Ustalenie tego faktu umożliwia badanie rezonansu magnetycznego mózgu (fRMI - *functional Magnetic Resonance Imaging*). Śmierć człowieka następuje wraz z całkowitym i nieodwracalnym ustaniem wszelkiej aktywności mózgowej - mózgu, móżdżku i rdzenia, co jest warunkiem uznania osoby za zmarłą (śmierć osobnicza). Stwierdzenie tego stanu upoważnia do uznania człowieka za zmarłego, choć utrzymują się czynności serca czy innych organów. Stan ten – określany niekiedy mianem „zwłoki z bijącym sercem" - upoważnia lekarzy do podjęcia czynności pobrania organów do przeszczepu[21].

Tak określone „kryterium neurologiczne" uznaje też Kościół katolicki. Jan Paweł II wyjaśnia, że „kryterium stwierdzenia faktu śmierci przyjęte w ostatnim czasie, mianowicie całkowite i nieodwracalne ustanie całej funkcji mózgu, raczej nie zaprzecza

[19] L. R. Kass, *Death as an event: A commentary on Robert Morrison*, "Science" 1971, nr 3998, s. 173. Por. J. Downie, *Brain death and brain life: rethinking the connection*, "Bioethics" 1990, nr 4, s. 216-226; R. Roczeń, *Neurocentryczne koncepcje śmierci człowieka. Esej medyczno-filozoficzny*, www.incet.uj.edu.pl/dzialy.php?/..., [29.01.2012 r.].

[20] Zob. *Dziennik Urzędowy Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej*, 1996, nr 13, poz. 36.

[21] Por. *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, dz. cyt., nr 87; R. Roczeń, *Naurocentryczne koncepcje śmierci człowieka. Esej medyczno- filozoficzny*, www.incet.uj.edu.pl/dzialy.php?/..., [29.01.2012r.]. Zob. także: J. M. Norkowski, *Medycyna na krawędzi. Ewolucja definicji śmierci człowieka w kontekście transplantacji narządów*, Radom 2011; J. M. Norkowski, M. Wyrwich, Zwłoki z bijącym sercem, http://www.opoka.org.pl/biblioteka/F/FE/niedziela201124-zwloki.html, [26.01.2012 r.].

podstawowym zasadom logicznej antropologii. Dlatego pracownik służby zdrowia, zawodowo odpowiedzialny za stwierdzenie śmierci, może w każdym przypadku stosować te kryteria jako podstawę do wydania uzasadnionego orzeczenia etycznego. Pewność moralna jest uważana za konieczność i wystarczającą bazę właściwego, pod względem etycznym, postępowania. Tylko wtedy, gdy istnieje taki rodzaj pewności oraz gdy dawca lub jego upoważniony przedstawiciel (upoważnieni przedstawiciele) wyrazi świadomą zgodę, uzyskuje się moralne prawo wszczęcia technicznych przygotowań do usunięcia organów w celu transplantacji"[22]. Opinię tę potwierdza obecny papież Benedykt XVI, dodając: „W sytuacjach, gdy nie można mieć całkowitej pewności, powinna przeważać zasada ostrożności, a podstawowym kryterium powinien być szacunek dla życia dawcy, aby pobranie organów było możliwe tylko w przypadku rzeczywistej śmierci"[23]. Kierowany szacunkiem wobec ludzkiego życia Papież apeluje: „Należy kontynuować badania naukowe, by nie mieć najmniejszej wątpliwości przy orzekaniu śmierci osoby, od której chce się pobrać organ"[24].

3. Bariera społecznej nieufności i pamięć organów pojedynczych

Etyczne dylematy związane z przeszczepami ludzkich organów wiążą się też ze skutecznością stosowanych metod leczenia transplantacyjnego. W szczególności chodzi o zdrowotny komfort – fizjologiczny, psychiczny, duchowy, osobowościowy, jaki transplantacyjna medycyna może zaoferować pacjentowi po przeszczepie. Oprócz ryzyka odrzucenia wszczepionego organu oraz innych komplikacji związanych z przyjmowaniem leków immunosupresyjnych, narażających biorcę na różne powikłania, ważnym problemem jest też zmiana osobowości u biorcy oraz związane z tym konsekwencje psychiczno-duchowe – niepokoje, lęki, obawy. W zasadniczym stopniu wiąże się to z przekazywaniem pamięci dawcy w pojedynczych organach przeszczepionych innej osobie. Fakt ten oraz związane z tym przeżycia stanowią obecnie coraz bardziej aktualny dylemat natury etyczno-społecznej[25].

Ten wymiar problemu leczenia transplantacyjnego da się sprowadzić do kilku zagadnień w swej istocie newralgicznych, charakteryzujących się swoistą tajemniczością lub różnorodnością postrzegania. Faktem jest, że organizm człowieka broni się przed leczeniem transplantologicznym, gdyż jest ono ciągle jeszcze inwazyjne. Organizm biorcy nie potrafi zaakceptować wszczepionego organu, reagując szokiem, ostrym lub przewlekłym odrzutem, bądź też innymi negatywnymi skutkami (chorobami). Bywa też – choć rzadko – reakcja odwrotna, kiedy organ występuje przeciw biorcy. Reakcje te budzą sprzeczne uczucia i domagają się specjalnej analizy i oceny bioetycznej. Problemem pozostaje też brak zgody rodziny zmarłego na pobranie organów do transplantacji. Wiąże się to z silnie zakorzenionym w społecznej świadomości poglądem,

[22] Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników 18. Międzynarodowego Kongresu Towarzystwa Transplatologicznego*, „L'Osservatore Romano", wyd. pol., 2000, nr 11/12, s. 37-39. Zob. D. Wilkinson, J. Savulesu, *Should We Allow Organ Donation Euthanasia? Aletrnatives for Maximizing the Number and Quality of Organs for Transplantation*, „Bioethics" 2012, vol. 26, nr 1, s. 32-48.

[23] Benedykt XVI, *Discosro ai partecipanti al Congresso Internationale sul tema: "Un dono per la vita. Considerazione sulla donazione dei organi"*, promosso della Pontificia Academia "Per la Vita", 07.11.2008 r., Citta'del Vaticano 2008.

[24] Tamże. Papież Benedykt XVI – J. Ratzinger, jeszcze jako kardynał, podpisał deklarację wyrażającą zgodę przeznaczenia swych organów do przeszczepu. Zob. tamże.

[25] Por. S. Biały, *Bioetyczne aspekty przeszczepiania organów pojedynczych i ich pamięci*, dz. cyt., s. 34-35.

że pobranie organów ze zwłok wyraża brak uszanowania godności i pamięci zmarłej osoby. Jeszcze bardziej newralgicznym jest brak pełnej akceptacji kryteriów ustalania śmierci mózgowej. Często rodzina obawia się, czy swoją zgodą nie przyczynią się do przyspieszenia śmierci swej bliskiej osoby. Z tym łączy się też obawa przed komercjalizacją, nielegalnym handlem narządami oraz innymi podobnymi nadużyciami[26].

Tego rodzaju przejawy społecznej nieufności w zakresie transplantacji organów domagają się znalezienia nowych sposobów oddalenia owych lęków i znaków zapytania. Sytuacja ta domaga się znalezienia takiej formy interpretacji i wyjaśnień, które mogłyby zaakceptować różne środowiska: naukowe, medyczne, bioetyczne, religijne. Chodzi o wypracowanie takiej metody, która w swym uzasadnieniu sięgałaby nie tylko do podstaw biologiczno-fizycznych (zwłaszcza biofizyki kwantowej), lecz także – a może przede wszystkim - do możliwości duchowych – mocnej wiary i zaufania człowieka, chcącego poddać się przeszczepowi organu pojedynczego. Innymi słowy, chodzi o umożliwienie dawcy i biorcy spotkania się na płaszczyźnie psychiczno-duchowej, żeby mogli poznać siebie i wzajemnie siebie ofiarować, wychodząc poza materialność owego faktu obdarowania i przyjęcia daru. Realność owego spotkania miałaby wyrazić się w nawiązaniu duchowej relacji między dawcą i biorcą, skutkującej dobroczynnymi efektami dla biorcy – tak somatycznymi, jak i psychiczno-duchowymi. Mogłoby to skutkować potrzebą odstawienia leków immunosupresyjnych. Ten duchowy kontakt miałby doprowadzić do tego, żeby otrzymujący narząd unaczyniony mógł osiągnąć wewnętrzne przeświadczenie o zgodzie dawcy. Ta zgoda miałaby utwierdzić go w przekonaniu o faktycznym „obdarowaniu", co wyrażałoby się w takim „asymilowaniu" przeszczepionego organu, żeby organizm biorcy nie musiał odrzucać przeszczepu jako „obcego ciała" oraz, żeby nie było potrzeby obniżania immunologicznej bariery różnymi „niebezpiecznymi lekami".

Osiągniecie takiego stanu jest sprawą bardzo złożoną i trudną. Przede wszystkim, mamy tu do czynienia z dwiema płaszczyznami oddziaływań: z jednej strony problem medycznego przeszczepu organu (materia empiryczna oraz doświadczenia socjologiczne – społeczna nieufność), z drugiej zaś przeniesienie ich na dane wynikające z wiary, osobistych doświadczeń natury duchowo-moralnej, mających charakter mistyczny. Chodzi więc o odwagę wejścia w zakres zjawisk niezwykłych (w medycynie lub bioetyce), co ze względów światopoglądowych nie przez wszystkich mogą być przyjęte, zwłaszcza przez ludzi sceptycznie nastawionych do wiary w Boga, a jeszcze bardziej do Objawienia Bożego w Jezusie Chrystusie. Nie jest to jednak – także dla niewierzących – sytuacja zupełnie beznadziejna. Owo spotkanie bowiem dawcy i biorcy organu na płaszczyźnie duchowej ma swą analogię w dobrze znanym w transplantologii fakcie, kiedy dawcą organu jest osoba żyjąca i bardzo bliska biorcy (np. ktoś z rodziny). Wtedy między nimi tworzy się bardzo intensywny związek psychiczno-emocjonalny, przewyższający uczucia wobec innych osób bliskich. Wyraża się to w chęci niesienia wzajemnej pomocy, w woli wspólnego rozwiązywania trudnych problemów, przede wszystkim zaś bardzo pozytywnie wpływa na ich samopoczucie i zdrowie somatyczne. Jest to fakt obiektywny i niezwykle wartościowy, który pozwala

[26] Zob. D. Witschen, *Menschenrechte als sekundäres Naturrechte*, "Theologie und Glaube" 87(1997), nr 3, s. 346-366; Fr. Schroetr, *L'autonomie de la volonté: une idée pèrimée?*, "Philosophie und Theologie", 53(2006), nr 3, s. 741-751.

przezwyciężyć liczne konflikty wiążące się z tzw. „tyranią daru", co prowadzi do wymogu „konieczności utrzymywania w anonimowości danych dawcy organu"[27].

W ten sposób dochodzimy do pytania o zasadność utrzymywania w anonimowości danych dawcy organu. Podstawą podważenia zobowiązania w tym względzie jest możliwość wejścia w dobroczynny kontakt osobowy – duchowy i psychofizjologiczny – dawcy i biorcy organu. Warunkiem jest tu jednak poznanie dawcy, zdobycie moralnej pewności o darowaniu organu oraz przekonanie, że reakcja na obecność tzw. „obcych wspomnień" nie jest bezpośrednią konsekwencją stresu związanego z przeszczepem. Realności tego typu doświadczeń dowodzą liczne świadectwa biorców, którzy odważyli się nawiązać kontakt z rodziną dawcy, a następnie duchową łączność z nim samym. Jedna z pacjentek wyznaje: „Jestem świadoma pokonania w tym momencie wszystkich oporów. Dopiero teraz nastąpiła wzajemna akceptacja organizmu i narządu na poziomie pamięci komórkowej. Od początku nie miałam obiekcji, jeśli chodzi o przeszczep, że będzie we mnie obcy narząd. Ani mój rozum, ani emocje, ani psychika nie sprzeciwiały się tej ewentualności. Jednak okazało się w praktyce, że trzeba było aż trzech dni, aby moje ciało, niezależnie od mojej psychiki i woli mogło zaakceptować zmianę, jaka zaszła, a wątroba dawcy zaakceptowała moje ciało. […] Odczułam coś takiego, jak zjednoczenie dwóch różnych ciał, wzajemną akceptację, dostosowanie się. Dopiero teraz odniosłam wrażenie, że żyją tym samym rytmem w pełnej harmonii. Niesamowite jest uczucie uczestniczenia w takiej symbiozie"[28]. W wyznaniu innej pacjentki, oprócz wdzięczności, zawarta jest potrzeba bezpośredniego poznania dawcy przeszczepionego organu: „Cały czas czuję przepełniającą mnie wdzięczność dla człowieka, od którego otrzymałam w darze wątrobę, dla jego rodziny za wyrażenie zgody na pobranie narządu, dla zespołu lekarzy, którzy uratowali mi życie. Wiem, ze dawcą był 23-letni mężczyzna. Chciałam coś więcej o nim wiedzieć. Drugiej nocy sześciokrotnie powracał do mnie sen – wypadek samochodowy – żółty samochód zachodniej marki wypada z zakrętu. Następnego dnia, kiedy pytałam lekarza, odpowiedział, że dawca był z wypadku. Nic więcej o nim nie wiedział lub też nie chciał powiedzieć, a ja nie nalegałam. Podobno poinformowano rodzinę dawcy, dzięki której decyzji żyję, że transplantacja udała się"[29].

Tego rodzaju łączność między dawcą i biorcą organu jest specyficznym aktem, który może się dokonać na bazie duchowego, zakotwiczonego w religijnej wierze, doświadczenia, którego treścią i celem jest osiągnięcie stanu świadomości wynikającego z jedności biorcy i dawcy. Oparte jest to na wiedzy, że wraz z otrzymanym organem unaczynionym i jego pamięcią, otrzymuje się także pewien wymiar osobowości dawcy w postaci wspomnień stanowiących podstawowy impuls do nawiązywania relacji wdzięczności i chrześcijańskiej miłości. Medycznym potwierdzeniem i uzasadnieniem tego doświadczenia jest pamięć komórkowa przeszczepionego organu. Na podstawie zachowanej pamięci immunologicznej, komórki macierzyste wszczepionego organu mają zdolność „spenetrowania" szpiku kostnego biorcy, co prowadzi do zmiany jego grupy krwi na grupę dawcy. (Pierwszym tego przykładem jest australijska nastolatka

[27] Por. S. Biały, *Bioetyczne aspekty przeszczepiania organów pojedynczych i ich pamięci…*, dz. cyt., s. 36-38.

[28] *Słyszę miły głos męski*, w: „Wspomnienia", http://www.przeszczep.pl, (5.12.2004r.); zob. S. Biały, *Bioetyczne aspekty przeszczepiania organów pojedynczych i ich pamięci*, dz. cyt., s. 244.

[29] Tamże. Zob. Jan Paweł II, *Etyczne aspekty transplantacji narządów*. List do Papieskiej Akademii Nauk, Watykan, 01.02.2005r.

Demi-Lee Brennan, u której po przeszczepie wątroby nastąpiła zmiana krwi na grupę dawcy)[30]. W takiej sytuacji ryzyko odrzucenia wszczepionego organu maleje do zera, co umożliwia zupełne odstawienie leków immunologicznych. Stąd też wielu naukowców zastanawia się nad tego rodzaju drogą do pokonania mechanizmów odrzutów. Wysiłki badawcze w tym zakresie winny iść w kierunku budowania solidarnych, emocjonalnych i duchowych więzi między dawcą i biorcą organów. Daje to dużą dozę prawdopodobieństwa lepszego uwiarygodnienia w społeczeństwie obowiązujących procedur transplantacyjnych, pojmowanych jako skuteczna i etycznie dopuszczalna metoda leczenia.

* * * * * *

Doświadczenie wartości ludzkiego życia wyzwala w człowieku potrzebę jego utrwalenia, zachowania jak najdłużej, co poeta ujął w słowa: „Trwaj chwilo, jesteś piękna" (J. W. von Goethe, „Faust"). Współczesnym sposobem przedłużenia życia jest transplantacja organów, do czego potrzebny jest dawca. Decyzja więc o przekazaniu organów - za życia lub po śmierci – jest swoistym „darowaniem życia" drugiemu człowiekowi. Akt ten stanowi najwyższą formę miłości, gdyż jego celem jest uratowanie życia bliźniemu. Niech podsumowaniem przeprowadzonych tu analitycznych refleksji na wskazane problemy transplantologii będą poetyckie wypowiedzi wartościujące ludzkie życie i śmierć, pragnienie życia i traktowanie człowieka umarłego. K. Dickens napisał: „O straszna, zimna, okrutna śmierci, wznoś tu sobie swój ołtarz i ozdabiaj go wszystkimi okropnościami, jakie masz do rozporządzenia, gdyż jest to twoje królestwo! Ale daremnie byś usiłowała zohydzić, skazić jeden choćby rys twarzy człowieka, którego inni darzyli miłością i szacunkiem. Co z tego, że ręka stężała i opada bezwładnie? Co z tego, że tętno ucichło i serce bić przestało? To jeno jest ważne, że ręka ta była hojna, innym pomocna; że serce to było odważne i czułe, i pełne miłości, że było sercem człowieczym. O śmierci, uderz, zadaj cios! Przekonasz się, że z rany wytrysną dobre uczynki, owe nasiona nieśmiertelnego życia na ziemi"[31]. Tymi „nasionami życia" są przekazywane organy do przeszczepów i tak trzeba je oceniać. Stąd też: „Żyjmy więc. Lecz starajmy się, by śmierć była dla nas postępem. Dążmy do jaśniejszego świata. Idźmy za sumieniem, które nas prowadzi. I nigdy nie zapominajmy, że lepsze można znaleźć tylko poprzez to, co najlepsze"[32].

[30] Por. A. Błońska, *Po przeszczepie wątroby zmiana krwi!*, http://.www.roik.pl/po-przeszczepie, 24.01.2008. Tego typu świadectwa zawarte są też dokumencie filmowym pt. „Przeszczepione wspomnienia (pamięć w komórkach)", w reżyserii G. Krawczyka, który był emitowany 11.12.2004 r. w TVP2. Przykłady innych świadectw na ten temat podaje S. Biały, *Bioetyczne aspekty przeszczepiania organów pojedynczych…*, dz. cyt., s. 244-269.

[31] K. Dickens, *Opowieści wigilijne*, tłum. K. Tarnowska, Warszawa 1958, s. 93.

[32] W. Hugo, *Pracownicy morza*, Warszawa 1955, s. 444.

Tworkowska Anna

Na granicy życia i śmierci. Śmierć i jej konsekwencje w świetle przepisów prawa.

Uniwersytet w Białymstoku, Wydział Prawa

Wstęp

W świetle nowelizacji Ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. Nr 169, poz. 1411), rozważania na temat prawnych aspektów śmierci człowieka ponownie nabrały aktualności. Na bazie obecnie obowiązujących przepisów lekarz i prawnik niekoniecznie muszą być zgodni określając moment zgonu człowieka. Źródłem takiego stanu rzeczy może być brak jednoznacznych przepisów prawnych dotyczących obowiązków nałożonych na personel medyczny w sytuacji, kiedy szanse na powrót funkcji życiowych są znikome. Wiele kontrowersji wzbudza także teoria tzw. śmierci mózgowej. Coraz częściej podnoszone są bowiem głosy twierdzące, że obecne kryteria diagnostyczne śmierci mózgowej powinny być zniesione. Wydaje się niemożliwym do udowodnienia to, że ludzie, którzy znajdują się w stanie śmierci mózgowej rzeczywiście nie żyją. Możemy przecież zaobserwować u nich objawy świadczące o pewnej aktywności mózgu mimo znacznego jego uszkodzenia. Niewątpliwie jednak śmierć osoby fizycznej jest zdarzeniem istotnym z prawnego punktu widzenia i ustalenie dokładnego jej momentu ważne jest ze względu na fakt, iż rodzi ona szerokie konsekwencje prawne. Naturalną konsekwencją stwierdzenia śmierci człowieka jest pewna zmiana kategorialna - ciało człowieka od tej chwili traktowane jest jako zwłoki. Współcześnie wciąż istnieje duży problem z jednoznacznym ustaleniem statusu prawnego zwłok. Trudności powoduje głównie fakt, iż owego statusu nie da się wyprowadzić wprost z prawa stanowionego. Możliwe jest jedynie wyciągnięcie pewnych istotnych wniosków dotyczących rozwiązania tej kwestii z przepisów prawa cywilnego, karnego, administracyjnego czy też międzynarodowego.

Rozwinięcie

W medycynie przez stulecia obowiązywała tzw. klasyczna definicja śmierci. Według niej śmierć człowieka następowała w momencie ustania wszelkich czynności oddechowych oraz krążenia, a za dokładny moment śmierci uznawano zazwyczaj ostatni oddech lub ostatnie bicie serca. Prawo amerykańskie, np. definiowało śmierć jako „zatrzymanie krążenia krwi oraz związane z tym ustanie funkcji życiowych, takich jak oddychanie czy bicie serca. Śmierć ma miejsce wtedy, gdy kończy się życie i nie można jej stwierdzić aż do momentu ustania akcji serca oraz oddechu" [1].

Rozwój współczesnej medycyny, umożliwiający mi.in. sztuczne podtrzymywanie naturalnych funkcji człowieka doprowadził do tego, że klasyczna definicja

śmierci straciła na aktualności. Wynalazek defibrylatora i pierwszego respiratora czy użycie encefalografu dały nowe możliwości diagnostyki oraz stworzyły nowe sytuacje kliniczne, które stopniowo podważały sensowność wcześniejszych kryteriów śmierci. Klasyczna definicja śmierci nie spełniała również oczekiwań, jakie mieli transplantolodzy. Kierując się nią nie mogli pobrać narządów odpowiednio wcześnie, gdy nadawały się jeszcze do przeszczepienia innej osobie. Możliwość podtrzymywania wentylacji płuc i krążenia metodami sztucznymi przez w zasadzie nieokreślony czas spowodowały, że w 1968 roku śmierć całego mózgu uznano za warunkującą śmierć człowieka (tzw. nowa definicja śmierci). Po raz pierwszy określenie śmierci mózgu zostało zawarte w raporcie Nadzwyczajnej Komisji Harwardzkiej Szkoły Medycznej dla Zbadania Definicji Śmierci Mózgowej (Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death), w którym to raporcie podano nowe kryteria śmierci człowieka. Miejsce serca i płuc w definicji śmierci zajął mózg i kryteria neurologiczne, takie jak: całkowity brak odruchów, rozszerzenie źrenic, kompletna hipotomia, zanik wychyleń w zapisie elektroencefalograficznym. Zarówno prawna, jak medyczna definicja śmierci sformułowana była w sposób alternatywny - na jej podstawie lekarz mógł stwierdzić zgon, biorąc pod uwagę zarówno kryteria klasyczne, tj. ustanie krążenia i oddechu, jak i nowe - ustanie czynności mózgu. Użycie wytycznych z poszczególnych definicji warunkowane było okolicznościami danego przypadku.

Zauważono jednak, że śmierć komórek mózgu nie następuje w tym samym czasie - powstała więc tzw. nowa zmodyfikowana definicja śmierci. Stwierdzono, że śmierć pnia mózgu pociąga za sobą śmierć mózgu jako całości. Nie oznacza to jednak, że w momencie śmierci pnia mózgu martwe są wszystkie komórki mózgu. Śmierć pnia mózgu jest niezbędna, ale i wystarczająca, by uznać osobę za zmarłą [2].

Powstanie nowej, czy też nowej - zmodyfikowanej definicji śmierci wynikało z obserwacji faktu, iż tkanki umierają w różnym czasie. Uzależnione jest to od wrażliwości tych tkanek na niedobór tlenu, którego to brak powoduje zaburzenia w przemianie materii i zmniejsza zapasy energetyczne tkanek i narządów. Najmniej odpornym zaś na brak tlenu okazał się właśnie mózg. W warunkach krytycznych to on umiera jako pierwszy.

Nie wolno jednak zapomnieć, że powyższe definicje dotyczyły śmierci człowieka w sensie prawnym. Samo umieranie jest zaś procesem, którego nie można zredukować do jednego momentu, zwłaszcza gdy mamy do czynienia ze śmiercią powolną.

Polskie ustawodawstwo po raz pierwszy ustosunkowało się do międzynarodowych standardów dotyczących śmierci człowieka w 1984 roku, kiedy to ukazał się Komunikat Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, nieznacznie zmodyfikowany w roku 1994. Obecnie w systemie prawnym definicja śmierci ustalona została w ustawach transplantacyjnych. Obecnie obowiązująca ustawa utożsamia śmierć osobniczą ze śmiercią mózgową, za którą uważa jednak „trwałe i nieodwracalne ustanie czynności mózgu". Definicja ta pozwala lekarzom na odłączenie aparatury podtrzymującej prace poszczególnych organów, gdy pień mózgu utracił w sposób nieodwracalny zdolność sterowania funkcjami organizmu. Stan taki stwierdzany jest przez komisję złożoną z trzech lekarzy posiadających specjalizacje, z czego co najmniej jeden musi posiadać specjalizację w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii oraz jeden specjalizację z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii. Rozpoznanie śmierci mózgu pozwala na zaprzestanie dalszego, w efekcie niecelowego leczenia oraz na pobranie ze zwłok narzą-

dów do celów transplantacyjnych. Obecnie obowiązujące kryteria opierają się na stwierdzeniu, że śmierć jest zjawiskiem zdysocjowanym.

Nie została przy tym zdyskwalifikowana możliwość stwierdzenia śmierci na podstawie definicji klasycznej, zakładającej ustanie krążenia krwi w jednym, dającym się zaobserwować momencie. Definicja ta stosowana jest szeroko, pomijając przypadki, „w których szczególnie wyraźnie ujawnił się zdysocjowany charakter śmierci", kiedy to jedynym kryterium kwalifikującym może być śmierć mózgu.

Precyzyjne określenie momentu śmierci istotne jest między innym z uwagi na fakt, że z jej chwilą wygasa podmiotowość prawna człowieka, która jest cechą normatywną. O uznaniu człowieka za podmiot prawa w rozumieniu prawa cywilnego decyduje prawo. Podmiotowość prawna to przyznana przepisami możliwość bycia podmiotem praw i obowiązków z zakresu prawa cywilnego. Zgodnie z art. 8 k.c. (ustawa z dnia 23 kwietnia 1964r., Kodeks cywilny, Dz. U. 1964, nr 16, poz. 93) „każdy człowiek od chwili urodzenia ma zdolność prawną". Pamiętać jednak należy, że jest to tylko zdolność, a nie gwarancja posiadania określonego prawa czy obowiązku, a nawet możliwość ich nabycia w drodze własnych działań prawnych. Tak rozumiana zdolność prawna trwa przez całe życie osoby fizycznej i kończy się wraz z jej śmiercią (mimo, że Kodeks Cywilny dokładnie tego nie rozstrzyga), dlatego też niezwykle istotne jest ustalenie dokładnego momentu śmierci osoby fizycznej. Nie oznacza to jednak, iż w momencie śmierci gasną wszystkie prawa i obowiązki człowieka. Niektóre z tych praw gasną, inne zaś przechodzą na następne osoby w drodze dziedziczenia, czy to testamentowego czy też ustawowego [3].

I tak, co do zasady, nie gasną, a wchodzą w skład spadku i przechodzą na inne osoby prawa i obowiązki o charakterze cywilnoprawnym i majątkowym. Są to przede wszystkim prawa i obowiązki uregulowane w kodeksie cywilnym lub innych ustawach odnoszących się do tej dziedziny prawa. Dziedziczeniu podlegają również wszystkie te prawa i obowiązki, które wynikają ze stosunków charakteryzujących się cechami właściwymi dla stosunków cywilnoprawnych. Wyznacznikiem tego typu stosunków prawnych jest przede wszystkim równorzędność podmiotów. Dlatego też w skład spadku wchodzą, np.: prawa i obowiązki pracownicze wynikające ze stosunku pracy, w którym pracownik nie jest podporządkowany pracodawcy (np. roszczenie o wypłatę zaległego wynagrodzenia); prawo własności rzeczy ruchomych i nieruchomości oraz udział we współwłasności; prawo użytkowania wieczystego; zastaw i hipoteka [4]. Osobami, na rzecz których tego typu prawa przechodzą są osoby, które ze zmarłym łączył stosunek rodzinnoprawny lub wymienione w testamencie jako spadkobiercy.

Jeżeli zaś chodzi o prawa i obowiązki, które nie przechodzą na inne osoby i gasną z chwilą śmierci człowieka, wymienić należy te wynikające ze stosunków karnoprawnych lub dyscyplinarnych (np. obowiązek zapłaty grzywny lub kary pieniężnej), obowiązki podatkowe (spadkobierca nie dziedziczy podatku i nie przysługują mu uprawnienia spadkodawcy w tym zakresie). Dobra osobiste zmarłego, jak np. nazwisko, pseudonim, wizerunek oraz prawa i obowiązki związane ściśle z osobą zmarłego, jak np. użytkowanie ustanowione na rzecz osoby fizycznej nigdy nie wchodzą w skład spadku i uznać można, że gasną w chwili śmierci osoby fizycznej. Do spadku nie wchodzą również prawa niemajątkowe płynące z naruszenia dóbr osobistych oraz prawa, których celem jest wyłącznie zaspokojenie interesu pokrzywdzonego. Grupę praw i obowiązków gasnących w chwili śmierci stanowią prawa i obowiązki wynikające ze stosunków rodzinnych (chodzi np. o prawa i obowiązki wynikające z małżeństwa).

Nie wolno zapomnieć o osobowych skutkach, jakie pociąga za sobą śmierć człowieka, przykładowo wyliczyć można ustanie małżeństwa i możność zawarcia nowego związku małżeńskiego przez współmałżonka, gasną również prawa osobiste, prawa osobowości i prawo do nazwiska. Od chwili śmierci zmarły nie nabywa także w swoim imieniu żadnych nowych praw i obowiązków.

Doniosłe konsekwencje prawne, które rodzi śmierć człowieka wymagają precyzyjnego określenia momentu tego zdarzenia prawnego. Od chwili stwierdzenia śmierci człowieka jego ciało traktowane jest jako zwłoki i np. po przekazaniu ich na cele naukowe może służyć przyszłym lekarzom do nauki anatomii człowieka. Przede wszystkim jednak stwierdzenie śmierci człowieka istotne jest z uwagi na możliwość pobrania od zmarłego organów w celach transplantacyjnych. To właśnie transplantacja serca stała się początkiem namiętnej debaty na temat definicji śmierci i doprowadziła ostatecznie do ustalenia pewnych operacyjnych kryteriów śmierci. Niemniej jednak, kryterium śmierci pnia mózgu jako warunku koniecznego do stwierdzenia zgonu, a następnie pobrania narządów nadal wywołuje wiele emocji i kontrowersji. Człowiek, znajdujący się w stanie śmierci mózgowej, jest bowiem ciepły, jego krew krąży, płuca pobierają tlen, a serce bije. Wszystkie, za wyjątkiem mózgu, narządy ciała funkcjonują normalnie. Jest to jednak stan uniemożliwiający odzyskanie świadomości i samodzielne oddychanie. Medycyna jest w stanie ustalić jedynie oznaki śmierci, a pojęcie śmierci jest w zasadzie pojęciem filozoficznym.

Wraz ze śmiercią człowieka następuje zmiana w statusie jego ciała. Nie ma już mowy o ciele ludzkim lecz o zwłokach ludzkich. Określenie statusu zwłok istotne jest między innymi ze względu na konieczność określenia pozycji prawnej samego zmarłego, praw najbliższych jego krewnych, którzy dysponują uprawnieniami w odniesieniu do zwłok oraz interesy społeczeństwa, które ograniczają działania na zwłokach w imię ochrony porządku publicznego i powszechnego odczucia pietyzmu. Szereg problemów powstających przy definiowaniu terminu zwłoki powoduje, że status prawny zwłok jest sporny, a stanowiska w tej kwestii rozciągają się od traktowania ich jako rzeczy (lub jak rzeczy) po przyznawanie im ochrony prawnej prawa osobowego [5]. Trudność polega jednak na tym, że statusu prawnego zwłok nie da się wyprowadzić wprost z prawa stanowionego. Zwłoki określa się najkrócej jako ciało zmarłego człowieka, jednakże tego typu stwierdzenie w toku analizy całego zagadnienia okazuje się mało przydatne. Już w komentarzu do Kodeksu Karnego z 1932 roku W. Makowski stwierdził, że zwłoki ludzkie są „ciałem ludzkim po śmierci człowieka". Precyzyjniejsza definicja została zawarta w § 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 7 grudnia 2001r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi (Dz. U. 2001, nr 153, poz. 1783), gdzie przeczytać możemy, że zwłoki ludzkie to „ciała osób zmarłych i dzieci martwo urodzonych". Z kolejnego zaś rozporządzenia Ministra Zdrowia dowiedzieć się możemy, że „za zwłoki uważa się ciała osób zmarłych i dzieci martwo urodzonych, bez względu na czas trwania ciąży". O ile definicja ta jest poprawna merytorycznie, bo zwłoki człowieka pozostają nimi niezależnie od wieku (czasu trwania ciąży), to kontrowersje związane są z jej praktycznymi aspektami. Trudności wykonawcze pojawiają się choćby w przypadku domagania się wydania zwłok, kiedy te zwłoki (w pierwszym trymestrze ciąży) trudno zidentyfikować albo nie ma ich już w organizmie matki po samoistnym poronieniu. Problem stanowić może również określenie płci zwłok embrionalnych we wczesnych fazach, do którego zobowiązuje m.in. rozporządzenie dotyczące wydania karty zgonu. Pamiętając, że jedną z naczelnych zasad

stanowienia prawa jest możliwość jego wykonania wydaje się, że do wspomnianych rozporządzeń należałoby dodać klauzulę w brzmieniu: „przepisy odnoszące się do zwłok mają zastosowanie w sytuacji, kiedy ciało (płodu) można zidentyfikować" lub podobnym [5]. Zabezpieczyłoby to *nasciturusa* przed niegodnym traktowaniem, a jednocześnie zniwelowałoby problemy wykonawcze związane ze wspomnianymi przepisami. Pomijając problemy wykonawcze związane z obowiązującymi w prawie definicjami zwłok, zauważyć należy, że sam termin nie rozstrzyga o właściwym lub niewłaściwym traktowaniu martwego ciała, ponieważ nie określa obowiązków odnoszących się do „ciała zmarłych osób". Do kluczowych zagadnień należy określenie tego, w jakim stosunku pozostają zwłoki ludzkie do osoby, która zmarła. Należy odpowiedzieć na pytanie, czy mówiąc o zwłokach mówimy jedynie o martwej materii, która nie posiada żadnej godności. Jeżeli mają być jednak traktowane z godnością, to w jaki sposób ta godność będzie legalizowana. To właśnie dzięki godności ludzkie zwłoki nie pozwalają zredukować się do poziomu martwej materii lub rzeczy, w stosunku do której istnieje prawo własności i posiadania. Problem polega jednak na tym, że zwłoki ludzkie tej godności człowieka już nie posiadają, choć coś z osobowej godności symbolicznie „przywarło" do zwłok. Jeżeli bowiem szacunek należy się ludzkiemu ciału jako uczestniczącemu w godności osoby, to kolejnym logicznym krokiem jest rozciągnięcie tego szacunku na ludzkie zwłoki. Z jednej strony można sprzeciwić się urzeczowieniu zwłok, z drugiej zaś zrównanie martwego ciała bytowo i godnościowo z żywym człowiekiem tworzy niemożliwy do pogodzenia z przepisami prawa byt.

W prawie stanowionym nie znajdziemy odpowiedzi na pytanie ani o status prawny zwłok, ani ich części w postaci pobranych pośmiertnie tkanek czy organów. Prawo cywilne nie zawiera regulacji *explicite* tej kwestii, dlatego pomocne w rozstrzyganiu tego zagadnienia są inne przepisy, do których należą przede wszystkim przepisy ustawodawstwa transplantacyjnego. Wydaje się, że w prawodawstwie polskim dominuje rzeczowe podejście do zwłok. Przykładem takiego podejścia jest chociażby publikacja A. Wiekluka pt. „Zawłaszczenie zwłok ludzkich" [6]. Za rzeczy w rozumieniu prawa cywilnego uważa się przedmioty materialne (art. 45 k.c.). Z pewnymi zastrzeżeniami ciało człowieka spełnia warunki określone w przepisach k.c.; niemniej jednak powszechnie uważa się, że nie jest ono rzeczą jako jednostka będąca podmiotem, a nie przedmiotem stosunków prawnych.

Wnioski o rzeczowym podejściu do zwłok nasuwają się między innymi z koncepcji domniemanej zgody w przypadku pozyskiwania organów do przeszczepów, gdzie należy przyjąć, że zwłoki, jako punkt odniesienia praw i obowiązków, kwalifikowane są jako rzecz. Jeżeli bowiem zmarły za życia nie podjął żadnej decyzji, jego organy mogą być zgodnie z prawem przeszczepione innej osobie. Z podobną sytuacją mamy do czynienia w przypadku przekazywaniu zwłok ludzkich na cele naukowe. Wtedy to jeszcze za życia podpisywany jest specjalny akt donacyjny, w którym decydujemy o tym, że po śmierci nasze zwłoki służyć będą studentom medycyny do praktycznej nauki anatomii. Zwłoki stanowią tu więc przedmiot rozporządzenia. W sytuacji tej należy pamiętać jednak, że w przypadku zwłok chodzi o res extra cemmercium.. Powiedzieć można jednak- z praktycznego punktu widzenia- o swego rodzaju posiadaniu ciała osoby zmarłej przez jej bliskich, zobowiązanych czy upoważnionych do pochówku. Nie wydaje się przekonujące, że tkanka pobrana pośmiertnie lub martwe ciało są wyłączone z obrotu komercyjnego, biorąc pod uwagę niezwykle szerokie spektrum wykorzystywania tkanek pobranych pośmiertnie. Realnie

przejawia się to w wielostronnym wykorzystywaniu zwłok, np. w pobieraniu organów, wytwarzaniu lekarstw pochodzących z substancji pozyskiwanych z ciała, zastosowaniu w badaniach naukowych itp. Główną intencją stwierdzenia o niekomercyjności ciała jest jednak ochrona godności człowieka i praw osobowych post mortem i musi być ona uwzględniana przy określaniu ograniczeń prawnych dotyczących działań na zwłokach, ponieważ szacunek dla wcześniejszego bycia człowiekiem i dla człowieka jako takiego wyznacza granice dowolnemu traktowaniu zwłok. Ani żywy człowiek, ani martwe ciało jako pozostałość po żywym człowieku nie mogą być degradowani do roli przedmiotu komercji lub interesów badawczych. Dlatego też współcześnie zwłoki ludzkie nie mogą być traktowane jako rzecz użytkowa, z którą można się obchodzić w sposób zupełnie dowolny, ale też nie jako osoba, której przysługują prawa podmiotowe.

Zasadniczą regulację dotyczącą zwłok stanowi w Polsce Ustawa o cmentarzach i chowaniu zmarłych. Ważną regulacją prawną dostosowującą polskie realia do standardów międzynarodowych jest wydane w 2006 rozporządzenie Ministra Zdrowia, zmieniające rozporządzenie w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi. W rozporządzeniu tym uznano, że „za zwłoki uważa się ciała osób zmarłych i dzieci martwo urodzonych". Przepis ten rozwiązał jednoznacznie problem kwalifikacji martwych płodów. Mimo problemów wykonawczych związanych między innymi z koniecznością podania płci takiego płodu zabezpieczył on - przynajmniej teoretycznie - przed praktyką spalania ciał embrionalnych i płodów razem z pozostałościami anatomicznymi, do czego uprawniała kwalifikacja *nasciturusa* jako szczątków ludzkich.

Zakończenie

Temat śmierci oraz statusu zwłok i organów ludzkich jest w dzisiejszych czasach niezwykle istotny. Istnieje bowiem potrzeba precyzyjnego i całościowego uregulowania w prawie tej materii. Obowiązujące do tej pory zwyczaje, tradycje i zasady moralne nie stanowią wystarczającej ochrony i bariery przed nieetycznym, często komercyjnym wykorzystywaniem zwłok ludzkich. Nie da się obecnie jednoznacznie określić sytuacji prawnej ciała ludzkiego po śmierci człowieka. Już bowiem samo określenie momentu śmierci stanowić może problem. Być może wynika to z szeroko stosowanej w Polsce praktyki ratowania życia za wszelką cenę. U źródeł takiej postawy lekarzy leży zaś brak jednoznacznych przepisów prawnych, które regulowałyby działania personelu medycznego. Dyskusję budzi również określenie statusu prawnego zwłok ludzkich, gdyż są one przedmiotem materialnym o szczególnym statusie prawnym, nie są zaś rzeczą, z którą można obchodzić się w sposób dowolny, nie są również osobą, której przysługuje podmiotowość prawna.

Piśmiennictwo

1. Biesaga T.: Kontrowersje wokół nowej definicji śmierci, Med. Prakt., 2006, 2.
2. Breczko A.: Podmiotowość prawna człowieka w warunkach postępu bioetycznego. Wyd. Temida 2, Białystok, 2011.
3. Radwański Z.: Prawo cywilne. Część ogólna, Wyd. C.H. Beck, Warszawa, 1994.
4. Skowrońska- Bocian E.: Prawo spadkowe, Wyd. C.H. Beck, Warszawa, 2010.
5. Morciniec P.: Bioetyka personalistyczna wobec zwłok ludzkich, Uniwersytet Opolski, Opole, 2009.

6. Wiekluk A.: Zawłaszczenie zwłok ludzkich, Polska Akademia Umiejętności, Kraków, 1996.

Rozwadowska Emilia, Krajewska – Kułak Elżbieta

Postępowanie ze zwłokami osób zmarłych

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej UMB

Tematyka dotycząca prawnych aspektów związanych ze śmiercią nie należy do często poruszanych. Mimo szczegółowych relacji prawnych zawartych w ustawie o cmentarzach i chowaniu osób zmarłych oraz wydanych na jej podstawie rozporządzeniach, niewiele jest publikacji poruszający prezentowaną tematykę. Analizując unormowania prawne związane z postępowaniem ze zwłokami osób zmarłych nie sposób nie zauważyć, jak bardzo szczegółowe oraz przewidujące wszelkie okoliczności (trumna, transport, choroba zakaźna) są to uregulowania.

Stwierdzenie zgonu

Pierwszym etapem, następującym bezpośrednio po śmierci pacjenta, jest stwierdzenie zgonu regulowane przez Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 sierpnia 1961 r. w sprawie stwierdzania zgonu i jego przyczyny [1].

Zgodnie z art. 11 ustawy o cmentarzach i chowaniu osób zmarłych zgon i jego przyczyna powinny być ustalone przez lekarza, leczącego chorego w ostatniej chorobie [2]. W razie niemożliwości stwierdzenia zgonu przez lekarza prowadzącego, stwierdzenie zgonu i jego przyczyny powinno nastąpić w drodze oględzin dokonywanych przez lekarza lub – w przypadku jego braku – przez inną osobę, powołaną do tej czynności przez właściwego starostę.

Zgon i jego przyczynę należy stwierdzić w karcie zgony, której wystawienie jest obowiązkiem lekarza, który ostatni w okresie 30 dni przed dniem zgonu udzielał choremu świadczeń leczniczych [1]. Powyższa regulacja oznacza, iż lekarzem wystawiającym kartę zgonu jest lekarz prowadzący pacjenta, a nie lekarz, który zgon stwierdził. Pomimo długiego okresu obowiązywania omawianego aktu prawnego (od 1961 r.) przedstawiony zapis nadal nie można uznać za powszechnie znany. Odmienną od przedstawionej regulacja powoduje okoliczność, w której zachodzi podejrzenie, że przyczyną zgony było przestępstwo, wówczas karta zgonu wystawiana jest przez lekarza, który na zlecenie sądu lub prokuratora dokonał oględzin lub sekcji zwłok [1].

Rozporządzenie przewiduje również możliwość wystawienia karty zgonu przez podmioty odmienne od wyżej wymienionych w sytuacji, gdy nie ma lekarza zobowiązanego do wystawienia karty zgonu (np. pacjent, który nie przebywał w ww. okresie pod opieką żadnego lekarza) bądź zobowiązany lekarz zamieszkuje w odległości większej niż 4 km od miejsca, w którym znajdują się zwłoki albo z powodu choroby lub innych uzasadnionych przyczyn nie może dokonać oględzin zwłok w okresie 12 godzin od chwili wezwania. W zaistniałych okolicznościach obowiązek wystawienia karty zgony zostaje przeniesiony na:

1. Lekarza, który stwierdził zgon będąc wezwany do nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania,
2. Lekarz lub starszy felczer albo felczer zatrudniony w przychodni bądź ośrodku zdrowia lub jego placówce terenowej i sprawujący opiekę zdrowotną nad rejonem, w którym znajdują się zwłoki,
3. Położna wiejska, jeżeli nastąpił na terenie gromady zgon pozostającego pod jej opieką noworodka przed upływem 7 dni życia, a najbliższa przychodnia lub ośrodek zdrowia jest oddalony o więcej niż 4 km [2].

Przytoczona regulacja zawiera możliwość wystawienia karty zgony przez felczera, czyli zawód pomocniczy uprawniający do świadczenia pomocy medycznej chorym przez osobę o niższych kwalifikacjach od lekarza [3]. Nie dysponujemy danymi statystycznymi odnośnie aktualnej liczby felczerów w Polsce. Kształcenie kandydatów do wspomnianego zawodu zostało zakończone.

W ciągu 12 godzin od wezwania podmiot zobowiązany do wystawienia karty zgony ma obowiązek ustalenia tożsamości zwłok i osobistego dokonania ich oględzin, przeprowadzenia wywiadu wśród osób z otoczenia osoby zmarłej celem ustalenia okoliczności, w których zgon nastąpił oraz zapoznania się z dokumentami dotyczącymi stanu zdrowia danej osoby w okresie poprzedzającym zgon [1]. Jeżeli nie ma podejrzenia, że przyczyną zgonu było przestępstwo istnieje możliwość, by podmiot stwierdzający zgon ograniczył się do zewnętrznych oględzin zwłok, przy których należy zwrócić przede wszystkim uwagę, czy nie ma ewentualnych śladów doznanych urazów ciała albo objawów użycia trucizny żrącej [1].

Karta zgonu powinna być wystawiona w dwóch egzemplarzach, z których jeden, zawierający adnotację urzędu stanu cywilnego o zarejestrowaniu zgonu, należy przedstawić administracji cmentarza celem pochowania zwłok, drugi zaś służy do celów statystycznych [2].

Przechowywanie zwłok i szczątków osób zmarłych

Polskie prawo za zwłoki uważa ciała osób zmarłych i dzieci martwo urodzonych [4]. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 marca 2011 r. w sprawie sposobu przechowywania zwłok i szczątków nakłada obowiązek, by dom pogrzebowy lub kostnica na terenie cmentarza znajdowały się w jego wydzielonej części, z bezpośrednim dojazdem do bramy cmentarza. Ponadto powinny posiadać pomieszczenia:

1. przeznaczone do wystawiania trumien ze zwłokami oraz do odprawiania ceremonii pogrzebowych, na trumny ze zwłokami lub szczątkami oczekujące na wystawienie,
2. do przechowywania sprzętu związanego z ceremonią pogrzebową, do przechowywania sprzętu porządkowego oraz środków do mycia i dezynfekcji pomieszczeń,
3. wyposażone w instalację ciepłej i zimnej wody oraz instalację kanalizacyjną,
4. przeznaczone do przechowywania zwłok i szczątków,
5. ze stołem ze stali nierdzewnej przeznaczone do przygotowywania zwłok do pochówku,
6. przeznaczone do mycia i dezynfekcji mat wykorzystywanych przy ekshumacji oraz do przechowywania skrzyń, w których transportowane są zwłoki i

szczątki, jak również do przechowywania sprzętu porządkowego oraz sprzętu do mycia i dezynfekcji pomieszczeń,
7. socjalne dla pracowników zatrudnionych przy przygotowywaniu zwłok i ich pochówku [5].

Prawo pochowania zwłok bądź przekazania do celów naukowych

Zwłoki osoby zmarłej mogą być pochowane przez złożenie w grobach ziemnych, murowanych lub w katakumbach albo poprzez zatopienie w morzu. Istnieje również możliwość przechowywania szczątek pochodzących ze spopielenia zwłok w kolumbariach [2]. Prawo zabrania przenoszenia lub przewożenia zwłok w otwartych trumnach.

Ustawa o cmentarzach i chowaniu osób zmarłych prawo pochowania zwłok ludzkich przyznaje najbliższego rodzinie, do której zalicza: współmałżonka, krewnych zstępnych, krewnych wstępnych, krewnych bocznych do 4 stopnia pokrewieństwa oraz powinowatych w linii prostej do 1 stopnia. W przypadku zwłok osób wojskowych zmarłych w czynnej służbie wojskowej prawo ich pochowania przysługuje właściwym organom wojskowym, natomiast prawo pochowania zwłok osób zasłużonych wobec Państwa i społeczeństwa – organom państwowym, instytucjom i organizacjom społecznym. Ponadto, prawo pochowania zwłok przysługuje tym, którzy się do tego zobowiążą dobrowolnie [2]. Wojewódzki Sąd Administracyjny w Białymstoku w wyroku z dnia 2 lutego 2006 r. (sygn. II SA/Bk 728/05) uznał, iż ewentualny spór między osobami, którym przysługuje prawo pochowania zwłok i prawo ekshumacji nie może być rozstrzygnięty w postępowaniu administracyjnym. Prawo pochowania zwłok osoby zmarłej (wraz z prawem do ekshumacji) oraz pamięć o niej stanowi dobro osobiste chronione przepisami prawa cywilnego (art. 23 i 24 kodeksu cywilnego), a do ochrony dóbr osobistych powołany jest sąd powszechny cywilny [6].

Istnieje możliwość przekazania zwłok do celów naukowych publicznej uczelni medycznej lub publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, w kwestii której decyzję podejmuje starosta na wniosek uczelni [2]. Należy zwrócić uwagę, iż ustawa zastrzega możliwość przekazania zwłok do celów naukowych tylko i wyłącznie uczelniom publicznym, nie ma możliwości zastosowania powyższego przepisu do uczelni niepublicznych.

Szczegółową regulację kwestii dotyczącej przekazania zwłok do celów naukowych zawiera Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2009 r. w sprawie trybu i warunków przekazywania zwłok do celów naukowych, zgodnie z którym uczelnia ma obowiązek wystąpić do właściwego starosty z wnioskiem o przekazanie zwłok do celów naukowych oraz powyższy wniosek uzasadnić. Ponadto, konieczne jest oświadczenie osoby, która pragnie przekazać uczelni swoje zwłoki [2, 7].

Ciała osób zmarłych na okrętach będących na pełnym morzu należy pochować przez zatopienie w morzu zgodnie z morskimi zwyczajami. Wyjątkiem od powyższego jest okoliczność, w której okręt ma możliwość, by w przeciągu 24 godzin przybyć do portu objętego programem podróży, należy wówczas zwłoki przewieźć na ląd i tam je pochować [2].

Składanie zwłok w trumnach

W trumnie przeznaczonej dla zwłok osoby dorosłej można złożyć zwłoki tylko jednak osoby dorosłej albo zwłoki matki z dzieckiem nowo narodzonym lub

zwłoki dwojga dzieci w wieku do 6 lat. Ponadto, trumna musi mieć dno i ściany boczne nieprzepuszczalne, szczelnie przylegające wieko oraz warstwę substancji płynochłonnej o grubości 5 cm [4]. Nie ma możliwości ponownego otwarcie trumny po złożeniu zwłok i przymocowaniu jej wieka [4].

Celem przewiezieni zwłok na obszarze państwa na odległość większą niż 560 km należy je złożyć w szczelnej drewnianej trumnie, wypełnionej warstwą substancji płynochłonnej o grubości 5 cm, którą zamyka się w obecności powiatowego lub portowego inspektora sanitarnego, który dokonuje jej opieczętowania [4]. Nie ma możliwości otworzenia trumny po przewiezieniu na miejsce przeznaczenia. Szczegółowe warunku transportu zwłok określa Rozporządzenie Ministra zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie wydawania pozwoleń i zaświadczeń na przewóz zwłok i szczątków ludzkich. Przywołany akt prawny nakłada obowiązek dezynfekcji środka transportu po każdorazowym przewiezieniu zwłok albo szczątków ludzkich w części przeznaczonej na ich umieszczenie za pomocą preparatów o charakterze bakteriobójczym, wirusobójczym i grzybobójczym. Ponadto, rozporządzenia nie dopuszcza możliwości zewnętrznego mycia środka transportu drogowego przeznaczonego do przewozu zwłok i szczątków ludzkich w miejscach przypadkowych i prowizorycznie zorganizowanych myjniach. W przypadku przewozu szczątków powstałych ze spopielenia zwłok, umieszczonych w szczelnym, odpornym na uszkodzenia pojemniku może odbywać się dowolnym środkiem transportu, w sposób zapewniający ich poszanowanie [7].

Postępowanie ze zwłokami osób pozbawionych wolności w zakładach karnych i aresztach śledczych

W razie zgonu osoby pozbawionej wolności w zakładzie karnym lub areszcie śledczym należy o tym fakcie bezzwłocznie powiadomić współmałżonka (w razie niemożliwości – krewnych zstępnych i wstępnych, krewnych bocznych do czwartego stopnia pokrewieństwa, powinowatych w linii prostej do pierwszego stopnia, z którymi utrzymywał kontakt lub których dane teleadresowe są znane dyrektorowi zakładu karnego) telefonicznie, telegraficznie lub w inny sposób, stosownie do okoliczności. Powiadomione osoby mają obowiązek poinformowania dyrektora zakładu karnego w ciągu 72 godzin od chwili zgonu o decyzji w sprawie zorganizowania pogrzebu na własny koszt [8]. Ustawodawca przewidział odmienną od powyższej regulację w przypadku zgonu spowodowanego chorobą zakaźną, w przypadku której pochówek musi nastąpić przed upływem 24 godzin od chwili zgonu [8].

W przypadku niemożliwości porozumienia się z osobami najbliższymi albo braku ich decyzji o pochowaniu zwłok, mogą być wydane innym osobom, które dobrowolnie zobowiążą się do ich pochowania. Nieodebranie zwłok nakłada obowiązek na zakład karny poinformowania właściwego starosty o możliwości przekazania zwłok uczelni publicznej medycznej lub publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych do celów naukowych [9]. Ponownie zastosowane jest ograniczenie tylko do uczelni publicznych.

Jeżeli osoby uprawnione do odbioru zwłok nie zobowiążą się do ich pochowania oraz negatywnej decyzji starosty w powyższej kwestii, zleca się pochowanie zwłok zakładowi pogrzebowemu ze środków osoby zmarłej, a w razie ich braku – zakładu karnego [8].

Choroby zakaźne

Ustawodawca precyzyjnie określił, do których chorób zakaźnych odnosi się szczególna regulacja wspomniana powyżej. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2001 r. w sprawie wykazu chorób zakaźnych, w przypadku których stwierdzenie zgonu wymaga szczególnego postępowania ze zwłokami osób zmarłych na te choroby należy natychmiast usunąć z mieszkania zwłoki osób zmarłych i pochować w przeciągu 24 godzin, jeśli przyczyną zgony była: cholera, dur wysypkowy i inne riketsjozy, dżuma, gorączka powrotna, nagminne porażenie dziecięce, nosacizna, trąd, wąglik, wścieklizna, żółta gorączka i inne wirusowe gorączki krwotoczne [10].

Zwłoki osób zmarłych na wymienione powyżej choroby zakaźne zawija się w płótno nasycone płynem dezynfekcyjnym, składa w trumnie, którą należy szczelne zamknąć i obmyć z zewnątrz płynem dezynfekcyjnym. Następnie trumna umieszczana jest w worku foliowym z przepuszczalnego tworzywa sztucznego, odpornego na uszkodzenia mechaniczne, który po dostarczeniu trumny na cmentarz należy zdjąć i spalić [2]. Ponadto, Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi nakłada dodatkowe środki ostrożności: w pomieszczeniu, w którym leżą zwłoki, nie mogą zbierać się ludzie, dotykanie zwłok jest niedozwolone, poza czynnościami opisanymi powyżej. Na dnie trumny umieszcza się warstwę substancji płynochłonnej o grubości 5 cm oraz pomieszczenie, w którym osoba zmarła przebywała oraz wszystkie pomieszczenia, z którymi była w styczności, jak też środek transportu, którym zwłoki były przewożone, poddaje się odkażaniu [2].

Ekshumacja

Ustawodawca dopuszcza możliwość ekshumacji zwłok i szczątków w trzech sytuacjach:

1. Umotywowana prośba osób uprawnionych do pochowania zwłok za zezwoleniem właściwego państwowego inspektora sanitarnego,
2. Zarządzenie prokuratora lub sądu,
3. Decyzji właściwego państwowego inspektora sanitarnego w razie zajęcia terenu cmentarza na inny cel, należy wówczas pochować zwłoki i szczątki na nowo w innym miejscu [2].

Nie ma możliwości ekshumacji zwłok osób zmarłych na choroby zakaźne w terminie wcześniejszym niż 2 lata od dnia zgonu.

Zgodnie z art. 210 kodeksu postępowania karnego prokurator albo sąd mogą zarządzić wyjęcie zwłok z grobu, celem dokonania oględzin lub otwarcia zwłok [11].

Analizując krąg osób, które mogą ubiegać się o ekshumację zwłok i szczątków warto zwrócić uwagę na Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 13 stycznia 1965 r., zgodnie z którym prawo do pochowania przysługujące najbliższe rodzinie osoby zmarłej jest prawem podmiotowym, osobistym. Zakres tego prawa nie wyczerpuje się z chwilą pochowania, lecz obejmuje również możność żądania ekshumacji w celu pochowania zwłok w innym stosownych miejscu. Do rozpoznania roszczenia o złożenie oświadczenia woli, na podstawie którego mogłaby nastąpić ekshumacja zwłok, przysługuje droga sądowa [12].

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi dopuszcza możliwość

przeprowadzenie ekshumacji w okresie od 16 października do 15 kwietnia we wczesnych godzinach rannych. Wyjątkiem od powyższego jest uprawnienie powiatowego lub portowego inspektora sanitarnego, które może dopuścić wykonanie ekshumacji w inny terminie przy zachowaniu ustalonych przez niego środków ostrożności [4]. Zwłoki ekshumowane przed upływem okresu mineralizacji (całkowity rozkład substancji) są wydobywane wraz z trumną i przewożone w skrzyni szczelnie wybitej blachą. W przypadku ekshumacji dokonanej po upływie okresu mineralizacji wydobyte szczątki wraz z resztkami trumny umieszcza się w nowej trumnie. Zarząd cmentarny powinien być powiadomiony na piśmie o zamierzonej ekshumacji [4].

Prawo funeralne bardzo szczegółowo reguluje postępowanie ze zwłokami osób zmarłych. Zarówno związane z pochowaniem zwłok, ich transportem, przekazaniem do celów naukowych, jak i ekshumacją.

Piśmiennictwo

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 sierpnia 1961 r. w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny, Dz. U. 1961 Nr 30 poz. 201 i 202
2. Ustawa z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych, Sz. U. 1959 Nr 11 poz. 62
3. Encyklopedia Gazety Prawnej: felczer, http://www.gazetaprawna.pl/encyklopedia/medycyna/hasla/336895,felczer.html, data pobrania 24.04.2012
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi, Dz. U. 2001 Nr 153 poz. 1783
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2011 r. w sprawie sposoby przechowywania zwłok i szczątków, Dz. U. 2011 Nr 75 poz. 405
6. Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego z dnia 2 lutego 2006 r., sygn. II SA/Bk 728/05
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie wydawania pozwoleń i zaświadczeń na przewóz zwłok i szczątków ludzkich, Dz. U. 2007 Nr 249 poz. 1866
8. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 lipca 2010 r. w sprawie sposobu postępowania ze zwłokami osób pozbawionych wolności w zakładach karnych i aresztach śledczych, Dz. U. 2010 Nr 123 poz. 839
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2009 r. w sprawie trybu i warunków przekazywania zwłok do celów naukowych, Dz. U. 2009 Nr 129 poz. 1067
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2001 r. w sprawie wykazu chorób zakaźnych, w przypadku których stwierdzenie zgonu wymaga szczególnego postępowania ze zwłokami osób zmarłych na te choroby, Dz. U. 2001 Nr 152 poz. 1742
11. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego, Dz. U. 1997 Nr 89 poz. 555
12. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 13 stycznia 1965 r., sygn. I CK 454/64

Tworkowska Anna

Nie zabieraj ich do nieba. Czyli przekazanie zwłok na cele naukowe

Wydział Prawa, Uniwersytet w Białymstoku

Wstęp

Hic mortui docent vivo - ten napis za każdym razem wita studentów i lekarzy wchodzących do sali sekcyjnej. Problem jednak w tym, że w sytuacji braku zwłok do badań i ćwiczeń anatomicznych idea pomocy żywym przez zmarłych staje się bezprzedmiotowa. Prawdą zaś jest to, że pozyskiwanie odpowiedniej ilości zwłok do badań anatomicznych zawsze stanowiło wyzwanie dla władz uczelnianych. Mimo istnienia ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych z 1959r. (Dz. U. 2011 nr 118 poz. 687) oraz rozporządzeń wydanych na jej podstawie, ciągle brakuje jednoznacznych przepisów wykonawczych, które pozwoliłyby bez zbędnych komplikacji i pośrednictwa kilku instytucji pozyskiwać zwłoki, by służyły nauce. Problemu tego nie rozwiązują do końca programy donacyjne będące najbardziej etycznym sposobem pozyskiwania ciał przez uczelnie medyczne. Odpowiednie regulacje prawne zezwalają wprawdzie społeczeństwu na zapisywanie w testamencie swoich ciał dla wykorzystania ich do celów edukacji i badań naukowych. Wdrożone programy dobrowolnych donacji zyskują coraz szersze uznanie w społeczeństwie i na ogół dobrze funkcjonują. Problem braku wystarczającej liczby ciał z pewnością nie występowałby, gdyby uczelniom medycznym udało się pozyskać większą liczbę dobrowolnych dawców, ale powodzenie programów donacyjnych uzależnione jest w dużej mierze od stopnia zaufania społecznego, którym co raz wstrząsają doniesienia o nadużyciach.

Rolę, jaką odgrywają ludzkie zwłoki w kształceniu przyszłych lekarzy, najtrafniej opisują słowa praktyków. Dla przykładu przytoczyć można wypowiedź profesora Jerzego Gieleckiego- kierownika Zakładu Anatomii Prawidłowej Śląskiej Akademii Medycznej: „Studenci nie nauczą się anatomii inaczej niż na zwłokach. Najcudowniejszy atlas czy film wideo nie zastąpią dotknięcia nerwu. Student musi zobaczyć, jak daleko jest on od kości, wziąć serce do ręki. W latach 80. większość amerykańskich uczelni pozamykała prosektoria, a zwłoki zastąpiła plastikowymi modelami. Potem zrobiono badania na grupie 10 tys. lekarzy, z których połowa uczyła się na zwłokach, druga - na fantomach. W tej drugiej było więcej procesów o błędy w sztuce lekarskiej". Nie da się ukryć, że praktyczne ćwiczenia prowadzone w ramach kursu preparacji zwłok pozostają nieodzowną częścią studiów medycznych i nawet największy zbiór sztucznych modeli różnych części ciała, fantomów i rycin czy perfekcyjne programy komputerowe pozwalające symulować preparację zwłok nie mogą zastąpić ćwiczeń prowadzonych na ludzkich zwłokach.

Problem polega jednak na tym, że Polacy za życia niezwykle rzadko decydują się na donację. Programy dobrowolnej donacji działają jedynie w kilku regionach, a świadomość społeczna jest niezwykle niska. Równocześnie nie ma w Polsce prawa,

które umożliwiałoby wojewodom i prezydentom miast na przekazywanie uczelniom zwłok bezimiennych czy tych chowanych na koszt miasta. Problem pozyskiwania martwych ludzkich ciał jest w Polsce problemem tak technicznym, jak i prawnym, i etycznym. Skoro bowiem zwłoki nie są ani rzeczą, ani obojętną moralnie materią biologiczną, znaczenie ma modus ich zdobywania. Obecnie, zwłoki znajdujące się w zakładach anatomii, kształcących przyszłych lekarzy, pochodzą najczęściej z okresu, kiedy prawodawstwo polskie przewidywało przekazanie akademiom ciał osób niepochowanych przez rodzinę. Tego typu możliwość istnieje i dziś, brak jest jednak jednoznacznych przepisów wykonawczych, które pozwoliłyby bez zbędnych komplikacji i pośrednictwa kilku instytucji na zastosowanie przepisów w praktyce. Kolejne pokolenia studentów zmuszeni są więc do korzystania z tych samych, przechowywanych przez lata zwłok. Pocieszające jest jednak to, że programy dobrowolnej donacji zyskują coraz szersze uznanie w społeczeństwie i funkcjonują na coraz szerszą skalę.

Rozwinięcie

Obecnie w Polsce zwłoki na cele naukowe uzyskiwane są przede wszystkim w drodze decyzji wydawanej przez starostę powiatowego. Podstawową przesłanką podjęcia przez niego tego rodzaju decyzji jest odmowa pochowania zwłok przez uprawnione do tego podmioty. Prawo do pochowania zwłok ludzkich ma najbliższa rodzina, zaś o tym, komu z najbliższej rodziny przysługuje owe prawo, decyduje wydana w 1959 roku ustawa o cmentarzach i chowaniu zmarłych. I tak są to:

- pozostały małżonek (ka)
- krewni zstępni
- krewni wstępni
- krewni boczni do 4 stopnia pokrewieństwa
- powinowaci w linii prostej 1 stopnia

Dodatkowo prawo pochowania zwłok osób wojskowych, zmarłych w czasie służby wojskowej, przysługuje właściwym organom wojskowym, w myśl przepisów wojskowych; natomiast prawo pochowania osób zasłużonych wobec państwa i społeczeństwa przysługuje organom państwowym, instytucjom i organizacjom społecznym. Tego typu prawo przysługuje również osobom, które dobrowolnie się do tego zobowiążą (np. osobom bliskim, przyjaciołom, sąsiadom).

Zwłoki niepochowane przez osoby, organy i instytucje do tego uprawnione mogą być przekazane szkołom wyższym do celów naukowych w drodze decyzji wydanej przez starostę. W praktyce wydanie takiej decyzji wiąże się z niemałymi problemami, dotyczącymi przede wszystkim art 17 §1 pkt. 15 ustawy o pomocy społecznej (Dz. U. 2008, nr 115, poz. 728), który do zadań i obowiązków własnych gminy zalicza sprawienie pogrzebu, między innymi osobom bezdomnym. Starostowie wielokrotnie powoływali się na fakt, iż to właśnie ów obowiązek jest przyczyną tak znikomej ilości wydawanych decyzji o przekazaniu zwłok niepochowanych przez osoby uprawnione uczelniom wyższym. Jednakże obawy, którymi kierują się starostowie, można uznać za niesłuszne. Przepis mówi bowiem jasno, iż zwłoki niepochowane, względnie nieprzekazane szkołom wyższym, powinny być pochowane przez ośrodek pomocy społecznej miejsca zgonu. W pierwszej kolejności prawo do pochowania zwłok

ma rodzina lub ewentualnie inne podmioty określone w ustawie; jeżeli podmioty te nie skorzystają ze swojego uprawnienia, decyzję o przekazaniu zwłok szkołom wyższym dla celów naukowych podejmuje starosta. Dopiero zaś na końcu, jeżeli zwłoki nie zostały pochowane przez uprawnionych lub nie zostały przekazane szkołom wyższym dla celów naukowych, na ośrodku pomocy społecznej ciąży obowiązek pochówku. Uczelnia, której mocą decyzji starosty przekazywane są zwłoki, pokryć musi koszty ich transportu. Zobowiązać się musi również do godnego traktowania zwłok. W praktyce to, czy zwłoki będą przekazywane przez starostów uczelniom wyższym zależy przede wszystkim od indywidualnej współpracy uczelni z władzami lokalnymi. Co może dziwić, starostowie nie zawsze wiedzą o przysługujących im uprawnieniach do przekazania zwłok uczelniom, a dodatkowo opory przed tego typu praktyką mogą być spowodowane przez kontrowersje, jakie budzą w społeczeństwach lokalnych tego typu działania.

Prawnie uregulowana została również kwestia przekazywania uczelniom wyższym zwłok osób zmarłych w czasie odbywania kary pozbawienia wolności. Mechanizm ten został opisany w rozporządzeniu w sprawie sposobu postępowania ze zwłokami osób pozbawionych wolności zmarłych, w zakładach karnych i aresztach śledczych (Dz. U. 2010, nr 123, poz. 839). Spod uregulowania tego wyłączone zostały ciała osób zmarłych w momencie, kiedy ich proces jeszcze się nie zakończył, nie zapadł wyrok, a stosowany był wobec nich areszt tymczasowy. Według rozporządzenia w sytuacji, kiedy dochodzi do zgonu osoby pozbawionej wolności, bezzwłocznie zawiadamia się o tym pozostałego małżonka, a jeżeli okaże się to niemożliwe- krewnych zstępnych i wstępnych, krewnych bocznych do czwartego stopnia pokrewieństwa, powinowatych w linii prostej pierwszego stopnia, z którymi zmarły utrzymywał kontakt lub których adresy lub numery telefonów są znane dyrektorowi. Osoby te w ciągu 72 godzin powinny powiadomić dyrektora zakładu karnego o decyzji podjętej w sprawie zorganizowania pogrzebu na własny koszt. Jeżeli osoby te zamieszkują za granicą, zawiadomienia o zgonie dokonuje się za pośrednictwem ministra właściwego do spraw zagranicznych. Jeżeli zaś zmarłym jest cudzoziemiec, o zgonie powiadamia się za pośrednictwem właściwego przedstawiciela dyplomatycznego lub urzędu konsularnego, a w przypadku braku przedstawiciela w RP, albo gdy dotyczy to skazanego, którego obywatelstwa nie znano - za pośrednictwem ministra właściwego do spraw zagranicznych. Jeżeli zawiadomienia dokonuje się za pośrednictwem ministra spraw zagranicznych, wskazuje się dane personalne, adresy lub numery telefonów osób, które mają być zawiadomione. Zwłoki mogą być także wydane innym osobom niż osobom najbliższym, jeżeli zobowiążą się one do ich pochowania, pod warunkiem jednak, że osoby bliskie nie wyrażą chęci samodzielnego pochowania zwłok. W sytuacji, kiedy zwłoki nie zostaną pochowane ani przez osoby najbliższe, ani przez inne osoby, informuje się starostę o możliwości przekazania zwłok publicznej uczelni medycznej lub publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych do celów naukowych. Samo przekazanie zwłok szkole wyższej wymaga uzyskania decyzji starosty oraz zgody na pochowanie, pochodzącej od prokuratora prowadzącego lub nadzorującego postępowanie prowadzące do wyjaśnienia okoliczności śmierci osoby pozbawionej wolności oraz aktu zgonu wystawionego przez urząd stanu cywilnego właściwego dla miejsca zgonu. W przypadku odmownej decyzji starosty, pochowanie zwłok zleca się zakładowi pogrzebowemu. Koszty takiego pogrzebu zakład karny pokrywa ze środków osoby zmarłej, a w przypadku kiedy środków takich zmarły nie posiadał lub były one niewystarczające- ze środków zakładu

karnego. Ważne jest, że mamy tu do czynienia z obowiązkiem, a nie możliwością wystąpienia do starosty z wnioskiem o podjęcie decyzji w sprawie przekazania zwłok do celów naukowych w sytuacji, kiedy o zwłoki nie upomniała się żadna osoba bliska lub taka, która dobrowolnie zobowiązałaby się do pochowania zwłok. Jest to więc procedura odmienna niż ta, z którą mamy do czynienia w przypadku pochówku zwłok przez ośrodki pomocy społecznej, gdzie wystąpienie z wnioskiem do starosty jest co najwyżej konkurencyjne wobec pochówku.

Bardzo podobnie wygląda sprawa w sytuacji zgonu cudzoziemca przebywającego w strzeżonym ośrodku lub areszcie w celu wydalenia. Wtedy to niezwłocznie zawiadamia się o tym, przy użyciu wszelkich dostępnych środków łączności, najbliższą rodzinę zmarłego, zamieszkałą lub przebywającą na terenie RP, z którą zmarły utrzymywał kontakt lub której adresy lub numery telefonu są znane kierownikowi ośrodka strzeżonego lub funkcjonariuszowi odpowiedzialnemu za funkcjonowanie aresztu. Jeżeli zaś najbliższa pozostała rodzina zamieszkuje za granicą, powiadomienia o zgonie dokonuje się za pośrednictwem właściwego przedstawiciela dyplomatycznego lub urzędu konsularnego, a w razie braku takiego przedstawiciela na terenie RP, albo gdy obywatelstwo cudzoziemca nie zostało ustalone- ministra właściwego do spraw zagranicznych. Termin na podjęcie decyzji o zobowiązaniu się do pochówku został tu wydłużony do 14 dni. Jeżeli w tym czasie osoby zawiadomione nie podejmą żadnej decyzji lub kontakt z nimi nie jest możliwy, zwłoki wydane mogą być innym osobom niż osoby najbliższe, jeżeli zobowiążą się one do ich pochowania. Zgodę na pochowanie zwłok cudzoziemca wydaje prokurator rejonowy właściwy dla miejsca zgonu, na wniosek złożony przez kierownika ośrodka strzeżonego lub funkcjonariusza odpowiedzialnego za funkcjonowanie aresztu. Podobnie, jak w przypadku zgonu osoby pozbawionej wolności tak i tutaj, jeżeli w wyznaczonym terminie zwłoki nie zostaną odebrane przez najbliższą rodzinę bądź osoby, które dobrowolnie zobowiązały się do pochówku, kierownik ośrodka strzeżonego lub funkcjonariusz aresztu zawiadamiają starostę o możliwości przekazania zwłok publicznej uczelni medycznej lub publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, dołączając do takiego zawiadomienia wniosek o przekazanie informacji o podjętej decyzji. Jeżeli starosta podejmie decyzję negatywną, pochowanie zwłok zleca się zakładowi pogrzebowemu, a koszty pokrywa ze środków należących do zmarłego, a gdy nie są wystarczające lub nie ma ich w ogóle, z budżetu państwa.

Najodpowiedniejszym i najmniej kontrowersyjnym z punktu widzenia etyki oraz budzącym najmniej dyskusji społecznych sposobem pozyskiwania zwłok do medycznych celów naukowych wydaje się dobrowolna donacja. Donacja polega na przekazaniu zwłok na podstawie pisemnego oświadczenia osoby, która pragnie przekazać zwłoki szkole wyższej. Za tym, aby stał się to podstawowy sposób pozyskiwania zwłok przemawia również fakt, iż rozwiązania administracyjne nie najlepiej sprawdzają się do tej pory. Akt donacji stanowi wyraz samostanowienia dotyczącego okresu *post mortem*, mówi się o tym jako o kontynuacji sformułowanej woli podmiotu, który pozostaje w pewnej relacji do swoich zwłok także po śmierci. Biorąc pod uwagę respektowanie wyraźnie sformułowanej za życia donatora zgody, stwierdzić można, że jest to standard najpoprawniejszy, a przez to i najbardziej pożądany w kwestii pozyskiwania zwłok przez uczelnie. Zmierzać więc należy do objęcia działaniami edukacyjnymi dotyczącymi możliwości i potrzebie dobrowolnej donacji

własnego ciała po śmierci, tak by zajmowanie stanowiska w tej kwestii stanowiło regułę, a nie wyjątek.

Aby wypełnić etyczne standardy pozyskiwania zwłok również w Polsce od 2003 roku organizowane są przez akademie medyczne specjalne programy donacyjne. Obecnie funkcjonują one na coraz większą skalę. Aby dokonać aktu donacji, należy złożyć odpowiednie oświadczenie na piśmie. W oświadczeniu takim określa się między innymi to, czy donator oddaje swoje ciało nauce na czas określony, czy też nieokreślony, czyli na zawsze. Oświadczenie takie, by było skuteczne wolne musi być od wad. Nie może być więc złożone w stanie wyłączającym świadome albo swobodne powzięcie decyzji i wyrażenie woli (nie może więc złożyć takiego oświadczenia osoba, której stan psychiczny nie pozwala na odpowiedzialne podejmowanie i wyrażanie woli), pod wpływem przymusu fizycznego. Podobnie nie może stanowić podstawy przekazania zwłok oświadczenie złożone w sytuacji niezgodności między obiektywną rzeczywistością a jej odbiciem w świadomości składającego oświadczenie donatora (musi być to błąd dotyczący treści czynności prawnej, chodzi przy tym jedynie o taki błąd, który uzasadnia przypuszczenie, że gdyby składający oświadczenie woli nie działał pod wpływem błędu i oceniał sprawę rozsądnie, nie złożyłby oświadczenia dotyczącego donacji zwłok). Oświadczenia składane przez donatorów jeszcze przed śmiercią nie mają charakteru zobowiązania, w każdej chwili tego typu oświadczenie może zostać odwołane, a praktyka spotykała przypadki, kiedy rodzina zmarłego oświadczała, iż zmarły chwilę przed śmiercią zmienił zdanie i do donacji nie dochodziło. W efekcie wyrażonej zgody zmarły dawca dostarcza najcenniejszego materiału badawczego, jaki człowiek może „zaoferować" naukom medycznym. Wyższe standardy kształcenia studentów zaowocują lepszym ich przygotowaniem do zawodu..

Prowadzone z coraz większym sukcesem programy donacyjne gwarantują godne traktowanie zwłok zarówno podczas ich wykorzystywania do badań naukowych, jak i później podczas ostatniej posługi wobec darczyńcy. Pochówek odbywa się zwykle na cmentarzu komunalnym, w specjalnie wyznaczonym do tego miejscu, gdzie stawia się tablicę pamiątkową, na której widnieją nazwiska kolejnych donatorów (o ile nie wyrazili chęci pozostania anonimowym). W samej uroczystości biorą zwykle udział oprócz rodzin donatorów również władze uczelni oraz studenci. Jest to dowód ich wdzięczności za realizację idei *hic mortui docent vivos* (pomocy żywym przez zmarłych). Przykładem tego typu praktyki może być zwieńczenie programu donacyjnego prowadzonego przez Śląską Akademię Medyczną- w 2004 roku odbył się pochówek ciał osób, które wiele lat służyły nauce i kształciły kolejne pokolenia nowych lekarzy. W uroczystości, która odbyła się Parku Pamięci w Rudzie Śląskiej brali udział studenci, władze uczelni oraz rodziny darczyńców. Odbyło się tam ekumeniczne nabożeństwo pożegnania zmarłych, a zaproszeni byli przedstawiciele kościołów katolickiego, prawosławnego i protestanckiego.

Zakończenie

W zasadzie możliwy jest dwojaki punkt widzenia na problem przekazywania ludzkich zwłok na cele naukowe. Z jeden strony wybranie pochówku w tradycyjnym obrządku, zamiast oddania zwłok szkole wyższej, wydawać by się mogło dla większości z nas bardziej korzystne. Przede wszystkim zmarły jest wtedy chowany w spokoju, nie naruszone zostaje poczucie estetyki samego zmarłego, a jego bliscy mogą pożegnać się z

ciałem. Z drugiej zaś strony korzyści, jakie czerpią studenci medycyny z kontaktu ze zwłokami, wydają się być nieporównywalnie większe. Niestety, wskutek braku dobrej woli, wynikającego przede wszystkim z nieznajomości problemu przez osoby biorące udział w procesie decyzyjnym (starostowie), sytuacja w polskich zakładach anatomicznych nie poprawia się w tempie, jakiego wymagałyby standardy europejskie.

Maria Gorzkowska

Wskazania do podjęcia bądź zaniechania resuscytacji

Student, studia dzienne doktoranckie, wydział lekarski I rok
CM UJ wydział lekarski, studia doktoranckie I rok

Wprowadzenie

Nagłe nieoczekiwane zatrzymanie krążenia jest często zdarzeniem o bardzo negatywnych konsekwencjach dla pacjenta, jego rodziny i przyjaciół. Pomimo podejmowania dużych wysiłków i postępu, jaki dokonał się w ciągu ostatniej dekady, tylko w niewielu przypadkach resuscytacja jest skuteczna i kończy się dobrymi długoterminowymi wynikami leczenia [1]. Podjęcie decyzji dotyczącej wszczęcia bądź niepodejmowania resuscytacji krążeniowo-oddechowej jest przedmiotem wielu dyskusji w zawodach medycznych. Szczególnie, że w dzisiejszych czasach rozwój technologii medycznych pozwala nam na przedłużanie życia za wszelką cenę, a personel szpitalny często nie rozważa czy podjęcie resuscytacji jest właściwe. Podejmowanie resuscytacji w przypadkach nierokujących jest zjawiskiem powszechnym.

Od czasu pierwszych skutecznych resuscytacji przeprowadzonych w latach 60-tych w Stanach Zjednoczonych u pacjentów, u których do zatrzymania krążenia doszło w warunkach bloku operacyjnego, gdzie 70% resuscytowanych zostało wypisanych ze szpitala [2], pojawił się ogromny entuzjazm wynikający z przeświadczenia o dużej skuteczności działań resuscytacyjnych. Doprowadziło to do podejmowania prób resuscytacji niemalże rutynowo u wszystkich pacjentów z zatrzymaniem krążenia. Badania dowodzą, że nawet wśród pacjentów hospitalizowanych w oddziałach intensywnej terapii, gdzie prowadzony jest stały monitoring parametrów życiowych pacjentów przeżywalność do czasu wypisu ze szpitala pacjentów po nagłym zatrzymani krążenia wynosi 9,2% [3].

We wszystkich przypadkach nagłego zatrzymania krążenia personel medyczny musi odpowiedzieć sobie na podstawowe pytania: kiedy podjąć próbę resuscytacji, jak długo należy kontynuować resuscytację, kiedy należy przerwać działania resuscytacyjne i czy w ogóle należy je podejmować? W każdym indywidualnym przypadku odpowiedź na to pytanie opiera się na trudnej analizie korzyści, ryzyka i kosztów związanych z tym postępowaniem w odniesieniu do pacjenta, jego rodziny i personelu medycznego [4].

Wskazaniem do resuscytacji jest pierwotne zatrzymanie krążenia, pierwotne zatrzymanie oddychania bądź śmierć kliniczna, o ile poszkodowany jest potencjalnie zdolny do życia, czyli posiada fizjologiczne uwarunkowania powodzenia zabiegów ratunkowych, rozumiane jako drożność krążenia mózgowego, wieńcowego i płucnego, krytyczny czas niedotlenienia nie został przekroczony, a zatrzymanie krążenia nie jest skutkiem nieuleczalnej choroby w okresie terminalnym [5].

Podstawowe zasady etyczne

Podstawowe zasady etyczne obowiązujące w opiece nad pacjentem to zasada autonomii, zasada nieczynienia krzywdy, zasada działania w imię korzyści pacjenta,

zasada sprawiedliwości oraz zasada godności i uczciwości [6]. Zasada autonomii jest podstawowym prawem pacjenta do stanowienia o sobie i swoim zdrowiu. Każdy pacjent ma prawo do samodzielnego decydowania o własnych sprawach, w tym do podejmowania decyzji dotyczących przebiegu procesu terapeutycznego, jego intensyfikacji, ograniczenia czy wręcz zaprzestania. Podejmowanie działań resuscytacyjnych u chorych bezwzględnie nierokujących jest niezgodne z zasadą nieczynienia krzywdy, przyjętą jako jedną z głównych zasad etycznych resuscytacji. W przypadku choroby nieuleczalnej postępowanie resuscytacyjne uniemożliwia godną i spokojną śmierć. Zasada działania w imię korzyści pacjenta oznacza działanie pracowników ochrony zdrowia w najlepszym interesie pacjenta. Oznacza to konieczność rozważenia korzyści, jak i ryzyka płynących z podejmowanych działań. Najczęściej podjęcie działań resuscytacyjnych jest zgodne z tą zasadą, ponieważ zawsze, gdy istnieje szansa na przywrócenie życia i zdrowia pacjenta, lekarz ma moralny obowiązek podjąć takie działania. Jednak zdarzają się sytuacje, w których właściwe jest nie podejmowanie resuscytacji. Podejmowanie resuscytacji u wszystkich chorych, którym może ona przynieść korzyść jest zgodne z zasadą sprawiedliwości, czyli z zasadą bezstronnego i równego traktowania wszystkich chorych. Także zasady godności i uczciwości są często uwzględnianymi i istotnymi zagadnieniami etycznymi. Każdy ma prawo do leczenia zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej i bez zbędnej zwłoki przy użyciu wszelkich dostępnych metod i środków. Każdy ma także prawo do uzyskania pełnej i przystępnej informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu choroby, proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych etc. [7].

Decyzja o podjęciu resuscytacji

Decyzja o podjęciu CPR różni się znacznie od innych decyzji dotyczących leczenia pacjenta podejmowanych w szpitalu. Powodem takiej sytuacji jest fakt, że zatrzymanie krążenia u pacjenta jest najbardziej krytyczną sytuacją, z jaką spotykamy się w szpitalu. Pacjenci w trakcie zatrzymania krążenia nie mogą podejmować decyzji i tym samym to personel medyczny musi podejmować decyzje w ich imieniu. Taka decyzja musi być podjęta szybko i bez zbędnej zwłoki, aby zmaksymalizować szanse na powodzenie resuscytacji [8]. Podstawowym aspektem podejmowania RKO jest jasne określenie celu, w jakim chcemy podjąć resuscytację. American Health Assosiation jasno precyzuje cele podejmowania RKO. Towarzystwo AHA zaleca, aby działanie resuscytacyjne były podejmowane w celu ratowania życia, przywracania zdrowia, niesienia ulgi w cierpieniu, aby ograniczyć niepełnosprawność oraz aby odwrócić stan śmierci klinicznej. Dokument AHA zaleca, że jeżeli cel leczenia, jakim jest wydłużenie życia i poprawa jego jakości nie mogą zostać osiągnięte to zastosowanie takiego leczenia uważa się za daremne [9].

Kiedy przerwać resuscytację

Większość podejmowanych prób resuscytacji kończy się niepowodzeniem i musi zostać przerwana. Na decyzję o zaprzestaniu resuscytacji wpływa kilka czynników. Będą to: historia choroby i przewidywanie rokowanie, czas pomiędzy zatrzymaniem krążenia a rozpoczęciem RKO przez świadków zdarzenia lub przeszkolony personel medyczny, wyjściowy zapis EKG, czas do defibrylacji i czas trwania zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych (ALS) z ciągła asystolią, brak odwracalnych przyczyn NZK oraz brak ROSC [10]. Decyzja w sprawie zakończenia prób resuscytacji jest często

subiektywna i oparta na wielu czynnikach. Ostateczna decyzja jest zawsze w gestii lekarza prowadzącego resuscytację po konsultacji z zespołem. Aby zwiększyć obiektywność decyzji personelu medycznego stworzono skalę przewidywania wyników resuscytacji- Resuscitation Predictor Scoring Scale (RPS Scale). Skala została stworzona na podstawie 7-letniej analizy pacjentów, u których doszło do wewnątrzszpitalnego zatrzymania krążenia. Skala ta stworzona została, aby zwiększyć obiektywność decyzji w trakcie działań resuscytacyjnych tak, aby zespół prowadzący resuscytację mógł ocenić szanse na przeżycie pacjenta w określonym czasie. Autorzy skali wskazują następujące czynniki mogące wpływać na decyzję o zaprzestaniu resuscytacji: asystolia trwająca powyżej 10 minut pomimo wprowadzenia podstawowych, jak i zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych, brak powrotu spontanicznego krążenia w trakcie pierwszych 15 minut resuscytacji, podstawowe zabiegi resuscytacyjne rozpoczęte w czasie dłuższym niż 3 minuty od zatrzymania krążenia. Autorzy zwracają także uwagę na mechanizm zatrzymania krążenia, jako czynnik warunkujący powodzenie resuscytacji: zatrzymanie krążenia w mechanizmie oddechowym daje większe szanse przeżycia. Także rytm VT, VF jako czynnik wywołujący NZK zwiększa szanse na przeżycie pacjenta w trakcie zatrzymania krążenia [11]. Inne badania sugerują także czynnik wieku, jako jeden z punktów odniesienia mogący warunkować skuteczność resuscytacji. Autorzy publikacji przeprowadzili analizę 266 przypadków resuscytacji wśród pacjentów hospitalizowanych. Autorzy sugerują, że szansa poszkodowanego na przeżycie maleje wraz z wiekiem. Pacjenci w wieku poniżej 60 lat mają większe szanse na przeżycie. Szanse te znacznie maleją w przypadku pacjentów powyżej 80. roku życia, autorzy nie odnotowali żadnej skutecznej resuscytacji wśród pacjentów powyżej 90. roku życia [12]. Istnieją oczywiście doniesienia o wyjątkowych sytuacjach, które nie potwierdzają powyższych reguł, dlatego każdy przypadek musi być rozpatrywany indywidualnie, aby uniknąć oskarżenia, m.in o ograniczeniu prawa do życia ludzi starszych.

Kiedy nie podejmować resuscytacji

Resuscytacja nie jest stosowna i nie powinno się jej podejmować w sytuacji, gdy z góry wiadomo, że będzie to leczenie daremne lub gdy jej podjęcie będzie sprzeczne z wolą pacjenta. Jeden z autorów opisał resuscytację jako ”drastyczną, pełną cierpienia, uwłaczającą godności człowieka procedurę”. Sugerując w ten sposób, że resuscytacja powinna być podejmowana wtedy, jeśli mamy racjonalne przesłanki, że pacjent ją przeżyje [12]. Resuscytacja podjęta wśród wielu grup hospitalizowanych pacjentów może przedłużyć tylko proces umierania lub wydłużyć cierpienie ciężko chorych pacjentów. Do takich grup zaliczamy pacjentów w terminalnej fazie raka, pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek, schyłkową niewydolność krążenia POCHP, niewydolność wątroby oraz pacjentów z niewydolnością wielonarządową [13]. Wstrzymanie się od czynności ratujących życie w przypadku określonych grup chorych jest oparte na zasadach bioetyki, zatwierdzone przez międzynarodową społeczność naukową, jest wspólne na całym świecie. Jest to działanie podejmowane tylko, aby uniknąć niepotrzebnego cierpienia umierających pacjentów i nigdy nie powinno być mylone z eutanazją. Wiele badań wskazuje, w jakich sytuacjach należy rozważyć odstąpienie od RKO. Jedno z najbardziej aktualnych badań przeprowadzone w 8 greckich szpitalach wskazują na następujące sytuacje w przypadku zaistnienia, których RKO może okazać się leczeniem daremnym. Należą do nich: brak jakiejkolwiek odpowiedzi na zastosowane u pacjenta leczenia, niepomyślne rokowanie choroby podstawowej oraz niepomyślne rokowanie choroby wpływającej na zaostrzenie się stanu

pacjenta, jako czynniki mające największy wpływ na podjęcie decyzji o odstąpieniu od RKO. Na uwagę zasługuje fakt, że znacząca większość decyzji była podejmowana przez zespół lub lekarza prowadzącego. Daje to obraz paternalistycznego modelu decydowania, bardzo powszechnego w Europejskich szpitalach [14]. Niepomyślne rokowania, co do powodzenia resuscytacji poza sytuacjami wymienionym powyżej mają pacjenci hospitalizowani z powodu sepsy, pacjenci z zewnątrzszpitalnym zatrzymaniem krążenia, wstrząsem kardiogennym oraz udarem [15].

Inną sytuacją, w przypadku której nie należy podejmować resuscytacji jest oświadczenie DNAR. W obliczu postępu medycznego coraz częściej podejmowana jest dyskusja dotycząca zasadności podejmowania RKO u pacjentów w końcowym stadium choroby. W takim przypadku podejmowanie działań ratunkowych przedłuża tylko cierpienie pacjenta opóźniając śmierć, która i tak jest już nieunikniona. W takich przypadkach, kiedy szanse na powrót pacjenta do zdrowia są praktycznie żadne zespół medyczny, pacjent i jego rodzina mogą zdecydować o wdrożeniu procedury DNAR - nie reanimować. U podstaw takiego postępowania leży konieczność przestrzegania praw pacjenta, takich jak prawo do autonomii, prawo pacjenta do zachowania godności, które to zostałyby zachwiane poprzez wykonywanie procedur medycznych przedłużających tylko proces umierania [16]. Skrótem DNAR określa się zespół czynności obejmujący odstąpienie od resuscytacji w przypadku zatrzymania oddechu lub krążenia, formalny sposób dokumentowania takiej decyzji przez lekarza po uprzednim omówieniu tej kwestii z pacjentem, jeśli jest to możliwe lub z jego rodziną, jeśli nie ma możliwości rozmowy z pacjentem [17]. Zwraca się szczególną uwagę na konieczność podkreślania w rozmowie z pacjentem i jego rodziną, że decyzja DNAR oznacza tylko rezygnację z resuscytacji, a nie ograniczenie terapii. Jednak społeczeństwo nadal jest pełne obaw czy podpisanie deklaracji DNAR nie będzie się wiązało ze spadkiem jakości opieki. Przeprowadzono analizę postaw pielęgniarek w opiece nad pacjentem hospitalizowanym w OIOM dotyczącą wpływu decyzji DNAR na jakość opieki pielęgniarskiej. Z analizy danych wynika, że działania pielęgniarskie pozostały na niezmienionym poziomie niezależnie od tego czy pacjent posiadał zalecenie DNAR, czy też nie [18]. Przyjęcie zasady autonomii pacjenta co do zakresu terapii nakłada na lekarza obowiązek omawiania z nim zakresu terapii w przypadku zatrzymania krążenia. Jednak liczne publikacje dowodzą, że lekarze niechętnie podejmują takie rozmowy. Jest to prawdopodobnie wynikiem braku szkoleń w zakresie komunikacji w relacji lekarz-pacjent [19]. Niewiele jest badań opisujących sytuację panującą w Polsce. Próby oceny stanowiska dotyczącego DNAR dokonał dr P. Andruszkiewicz zwracając uwagę na fakt, że decyzja DNAR jest w Polsce wciąż tematem tabu, niechętnie oficjalnie rozważanym, a przez to w świadomości wielu lekarzy niesłusznie kojarzonym z eutanazją. Tymczasem w codziennych szpitalnych dyskusjach wyraźnie artykułowany jest brak akceptacji dla podejmowania zabiegów resuscytacyjnych, np. w przypadkach agonii w krańcowej fazie choroby nowotworowej.

Analiza wyników dotyczących aktualnej praktyki podejmowania lub zaniechania prowadzenia zabiegów resuscytacyjnych prowadzona przez dr Andruszkiewicza ujawnia niepokojący obraz. Aż w 49% przypadków decyzję o sposobie postępowania w wypadkach szpitalnego zatrzymania krążenia podejmuje samodzielnie lekarz dyżurny. Znajomość szpitalnych realiów podpowiada, że w wielu przypadkach wiedza dyżurnego o chorym jest zbyt skąpa, aby świadomie podjąć jedną z najtrudniejszych decyzji klinicznych. Co więcej, dramatyczne okoliczności towarzyszące zatrzymaniu krążenia sprawiają, że tak ważna decyzja podejmowana jest w ciągu kilku sekund. Kolejnym skłaniającym do refleksji wynikiem badań dr

Andruszkiewicza jest całkowite wyeliminowanie chorego z udziału w dyskusji dotyczącej jego losu oraz zminimalizowanie roli jego rodziny. Taka praktyka łamie prawo chorego do autonomii oraz zasadę wyrażania świadomej zgody na sposób i zakres leczenia, co wynika z przepisów Kodeksu Karnego, Ustawy o Zawodzie Lekarza oraz Kodeksu Etyki Lekarskiej [20].

Podsumowanie

Nagłe zatrzymanie krążenia (NZK) jest główną przyczyną śmierci w Europie. W zależności od tego, jak jest definiowane NZK rozpoznaje się u 350000- 700000 osób w skali roku [21]. Dane opublikowane przez amerykański Krajowy Rejestr Przeprowadzonych Resuscytacji (NRCPR) wykazują, że na 14000 przeprowadzonych resuscytacji aż w 44% przypadków uzyskano czasowy powrót tętna, ale tylko 17% ożywionych przeżyło i zostało wypisanych ze szpitali. Jedna trzecia z nich trafiła do ośrodków opieki z powodu uszkodzenia mózgu [22]. Personel szpitalny często nie rozważa, czy przystępowanie do resuscytacji jest właściwe, a podejmowanie zabiegów resuscytacyjnych w nie rokujących przypadkach (uporczywa terapia) jest powszechne [23].

Postęp nauk medycznych sprawił, że współczesna medycyna dysponuje metodami, które umożliwiają podtrzymywanie życia poprzez zastępowanie niektórych funkcji życiowych. Jednak nierozważne stosowanie tych metod może w pewnym stopniu łamać podstawowe zasady, które obowiązują w opiece nad pacjentem. Każdy pacjent ma prawo decydować o zakresie terapii, która zostanie wdrożona w opiece nad nim. Decyzje dotyczące terapii pacjenta powinny zostać podejmowane w porozumieniu z chorym, a jeśli jest to niemożliwe w porozumieniu z rodziną pacjenta. We współczesnej medycynie śmierć jest postrzegana jako porażka, a nie jako naturalna kolej rzeczy. W większości sytuacji, w których dochodzi do zatrzymania krążenie wdrażane są procedury mające przerwać naturalny proces umierania. Takie działania przekształcają się w zabiegi jedynie przedłużające umieranie chorego. Śmierć jest traktowana w szpitalu w kategoriach porażki. Działania resuscytacyjne poprzedzają większość zgonów w szpitalu i są traktowane jako naturalna procedura w przypadku zatrzymania krążenia lub oddechu u większości pacjentów. Liczne prace pokazują, że resuscytacja, tak jak inne działanie lecznicze, powinna być wdrażana, jeśli istnieją realne szanse na jej skuteczność. Od kilku lat zwraca się szczególną uwagę na autonomię pacjenta. Wiąże się to z obowiązkiem udzielenia pacjentowi wszelkich informacji dotyczących stanu zdrowia, procesu chorobowego, a także form proponowanego leczenia. Te same zasady powinny dotyczyć także działań resuscytacyjnych. Udzielenie pełnych informacji co do aktualnego stanu zdrowia, rokowań, sposobów proponowanego leczenia, alternatyw, ryzyka i korzyści może pozwolić pacjentowi na podjęcie decyzji dotyczącej resuscytacji. Stosowanie zabiegów resuscytacyjnych rutynowo u wszystkich pacjentów prowadzi do wystąpienia zjawiska uporczywej terapii i tym samym prowadzi do złamania podstawowych zasad obowiązujących w opiece nad pacjentem.

Piśmiennictwo

1. Wytyczne resuscytacji 2010 Polskiej Rady Resuscytacji. Kraków, 2010, 280-285.
2. Jude JR, Kouvenhoven WB, Knicerbocker GC: Cardiac arrest-report of application of external cardiac massage on 118 patients. JAMA,. 1961, 178, 1063-1070.

3. Myrianthefs P, Kalafati M, Lemonidou C, Minasidou E, Evegelopoulou P, Karatzas S and Baltopoulos G.: Efficacy of CPR in a general, adult ICU. Resuscitation, 2003, 57, 43–48.
4. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 10. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions Freddy K. Lippert, Violetta Raffay, Marios Georgiou, Petter A. Steen, Leo Bossaert. Published online 19 October 2010, 1445 – 1451.
5. Trybus-Gałuszka H, Sokołowska-Kozub T: Resuscytacja – uwagi ogólne, życie, umieranie, śmierć. [w:] Pierwsza pomoc i resuscytacja krążeniowo-oddechowa, Andres J. (red.). Polska Rada Resuscytacji, Kraków, 2006.
6. Beauchamp T.L., Childress J.: Principles of biomedical ethics. 6th ed. Oxford University Press, Oxford, 2008.
7. Encyklopedia Bioetyki, Personalizm chrześcijański. Muszal A. (red.). Radom, 2007, 485-496.
8. Moore M.L., Grundy K.: CPR in New Zealand hospitals: an alternate perspective on lawfulness and ways to improve practice. N. Z. Med. J., 2011, 124, 72-79.
9. Berger J. T.: Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Am. J. Bioeth., 2010, 10, 68–85.
10. Wytyczne resuscytacji 2010 Polskiej Rady Resuscytacji. Kraków, 2010, 280-285.
11. Cooper S., Evans C.: Resuscitation Predictor Scoring Scale for inhospital cardiac arrests. Emerg. Med. J., 2003. 20, 6–9.
12. Schultz SC, Cullinane DC, Pasquale MD, et al.: Predicting in- hospital mortality during cardiopulmonary resuscitation. Resuscitation, 1996, 33 13–17.
13. Pope T. M.: Restricting CPR to Patients Who Provide Informed Consent Will Not Permit Physicians to Unilaterally Refuse Requested CPR, J Am. Bioeth, 2010, 10, 82-83.
14. Kranidiotis G., Gerovasili V., Tasoulis A., et al: End-of-life decisions in Greek intensive care units: a multicenter cohort study. Crit. Care, 2010, 14, 228.
15. Solveig A., Herlitza J., Bang A.: Characteristics of patients who die in hospital with no attempt at resuscitation. Resuscitation, 2005, 65, 291–299.
16. Park Y.R., Kim J.A., Kim K.: Changes in how ICU nurses perceive the DNR decision and their nursing activity after implementing it. Nurs. Ethics, 2011, 18, 802–813.
17. Chang Y., Huang C.F., Lin C.C.: Do-not-resuscitate orders for critically ill patients in intensive care. Nurs. Ethics, 2010, 17, 445–455.
18. Young-Rye Park Jin-A Kim Kisook Kim, Changes in how ICU nurses perceive the DNR decision and their nursing activity after implementing it. Nursing Ethics, 18(6): 802–813
19. Cheng Y.W., Ho K.W., Lai P.H., Lo L.W., Wan H.L.,Wong L.C., Yeung Y.N., Yuen S.H., Wong A.Y.C. Sham C.O.: Do-not-resuscitate decision: the attitudes of medical and nonmedical students. J. Med. Ethics, 2007, 33, 261-265.
20. Andruszkiewicz P., Kański A., Konopka P.: Decyzja o podejmowaniu resuscytacji w przypadku szpitalnego zatrzymania krążenia – aktualna praktyka i poglądy lekarzy. Anest. Intens. Ter., 2010, 42, 19-23.
21. Wytyczne resuscytacji 2010 Polskiej Rady Resuscytacji. Kraków, 2010, 74-74.
22. Peberdy AP, Kaye W, Ornato J.P, Larkin G.L, Nadkarni V., Mancini M.E., Berg R.A., Nichol G., Lane Trult T.: Cardiopulmonary resuscitation of adults in the hospital: A report of 14720 cardiac arrest from the National Registry of Cardiopulmonary resuscitation. Resuscitation, 2003, 58, 297-308.

23. Parr M.J., Hadfield J.H., Flabouris A., Bishop G., Hillman K.: The Medical Emergency Team: 12 month analysis of reason for activation, immediate outcome and not-for-resuscitation orders. Resuscitation, 2001, 50, 39-44.

Kotowicz Małgorzata[2], Młynarczyk Izabela[2], Hładuński Marcin[2], Szymańczyk Piotr[2], Romanowska Joanna[2], Turko Barbara[2], Porowska Weronika[2], Chilińska Ewelina[2], Ryniec Malwina[2], Drzymkowski Jarosław[2], Tyrakowska Zuzanna[2], Kuszczak Anita [2], Paulina Małachwiej [2], Ewelina Żarnoch [2] , Rozwadowska Emilia[1], Krajewska – Kułak Elżbieta[1]

Postrzeganie transplantologii przez studentów UniwersytetuGdańskiego

[1] Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
[2] SKN Wolontariuszy Medycznych działające przy Zakładzie Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

„Każdy przeszczep narządu ma swoje źródło w decyzji o wielkiej wartości etycznej, decyzji, aby bezinteresownie ofiarować część własnego ciała z myślą o zdrowiu i dobru innego człowieka. Na tym właśnie polega szlachetność tego czynu, który jest autentycznym aktem miłości."

Papież Jan Paweł II

Świadomość ogólnego, powierzchownego znaczenia terminu: "transplantacja" jest na wysokim poziomie we współczesnym społeczeństwie. Pojęcie to nie jest społeczeństwu obce, gdyż regularnie pojawia się w różnego rodzaju mediach, a to element często decydujący o „powodzeniu" lub „nie" jakiegokolwiek wydarzenia.

Rozwój medycyny i nauk medycznych, które miały miejsce zwłaszcza w drugiej połowie XX wieku doprowadziły do upowszechnienia leczenia schyłkowej niewydolności wielu narządów poprzez wykonanie stosunkowo licznych udanych przeszczepów [1, 2].

Procedury przeszczepiania serca, nerek, wątroby, jelita, płuc, a także jednoczesnego przeszczepienia trzustki i nerki wdrożono na świecie podobnie, jak przeszczepy rogówki, które chronią przed utratą wzroku, czy przeszczepy szpiku, które ratują życie chorych na schorzenia hematologiczne [3].

Rozwój transplantologii jako nauki był możliwy dzięki poznaniu antygenów zgodności tkankowej czy mechanizmów odpowiedzi immunologicznej. Decydujące znaczenie miały również sposoby rozpoznawania i leczenia procesu odrzucania przeszczepu [1, 4].

Dzięki licznym osiągnięciom, w tym technologicznym, przeszczepianie narządów stało się skuteczną i bezpieczną metodą leczenia. Za ich sprawą na świecie żyje już ponad milion ludzi z przeszczepionym narządem. Niestety, postępowi wiedzy medycznej nie współtowarzyszy podnoszenie świadomości społeczeństw oraz dbanie o zdrowie posiadane w tym momencie [1,2].

Edukacja zdrowotna jest najczęściej definiowana jako uczenie się dbałości o zdrowie własne i społeczności. Jest najskuteczniejszym procesem kształtowania umiejętności dokonywania właściwych dla pomnażania zdrowia wyborów. Problemem niezwykle nurtującym w dobie takich możliwości leczenia stała się niska aktywność ludzi w proces rozwoju transplantologii klinicznej.

Światowa globalizacja, bardzo aktywny, wręcz konsumpcyjny tryb życia oraz pogoń za sukcesem - to zjawiska prawie całkowicie pozbawione aspektu nieodwracalnego, jakim jest przemijanie (vanitas) [2,5].

Współczesność traktuje zdrowie, jako dobro ważne, o które niekoniecznie trzeba zabiegać i za które odpowiada tylko lekarz. Przeświadczenie, iż współczesna medycyna ma takie osiągnięcia, że można czuć się zupełnie zwolnionym z obowiązku codziennej troski o nie, stanowi epicentrum problemów związanych z przedwczesną umieralnością i niską dbałością o zdrowie posiadane [5].

Kwestia przeszczepów jest tak ważna, że należy wykorzystywać wszelkie możliwości, by propagować ideę potrzeb dokonywania transplantacji celem pobudzania społeczeństwa do współpracy [6]. Bierność w tej kwestii wynika ze strachu i obaw. Niepewności i wahania wynikają natomiast z niewiedzy, braku niepodważalnego źródła informacji, z których osoba, nie mająca nic wspólnego z ochroną zdrowia, mogłaby czerpać niezbitą wiedzę [2].

Wszystkie czynności związane z procesem transplantacji są uregulowane prawnie. Prawną regulację transplantacji zawiera ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów [7].

Proces przeszczepiania jest możliwy dzięki zintegrowanej współpracy i zaangażowaniu licznych instytucji, takich jak ośrodki przeszczepowe, banki tkanek i komórek, ośrodki dawców szpiku, Centrum Organizacyjno- Koordynacyjne do Spraw Transplantacji „Poltransplant", Krajowe Centrum Bankowania Tkanek i Komórek oraz Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia, nadzorowany przez Ministra Zdrowia [3, 8]. Transplantacja, jako najskuteczniejsza alternatywna metoda ratowania życia ludzkiego jest powszechnie akceptowana w świecie. Akceptacja dotyczy zarówno pobrania narządów od dawcy żywego oraz przeszczepu post mortem, czyli pobrania narządu od osoby zmarłej [9].

Zgodnie z unormowaniami prawnymi brak informacji o woli osoby zmarłej w kwestii transplantacji poczytywany jest jako wyrażenie zgody na bycie pośmiertnym dawcą [9 - 12].

Porównując zaangażowanie społeczeństwa polskiego w transplantologię z innymi krajami Unii Europejskiej widoczne jest, iż ilość pobrań narządów (zgodnie ze wskaźnikiem – stosunek dawców w przeliczeniu na milion mieszkańców) w Polsce (11.2) jest z zdecydowanie mniejsza niż w pozostałych Państwach Członkowskich [13].

Z prac Naczelnej Izby Kontroli, która skontrolowała dokumentację Ministra Zdrowia, Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnym do Spraw Transplantacji „Poltransplant", Krajowego Centrum Bankowania Tkanek i Komórek, Centrali, 5 oddziałach wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia oraz z 5 zakładów opieki zdrowotnej posiadających ośrodki transplantacyjne wynika, że szpitale w Polsce wykazywały zbyt małą, nieracjonalną aktywność w zakresie identyfikowania i zgłaszania potencjalnych dawców narządów. Nie zatrudniły także odpowiedniej liczby koordynatorów transplantacyjnych, przeszkolonych pracowników koordynujących organizację pobierania i przeszczepiania narządów [3].

Ilości narządów przeznaczonych do przeszczepu, które mimo wielu kampanii nadal można określić jako „towar deficytowy", może być zwiększona tylko poprzez identyfikację i zgłaszanie osób zmarłych, spełniających odpowiednie warunki jako potencjalni dawcy. Należy podkreślić, iż nieidentyfikowanie potencjalnych dawców jest zaniechaniem zarówno medycznym, jak i etycznym [3,14].

Po 1980 roku, za moment śmieci człowieka uznano śmierć mózgową, czyli moment, w którym następuje nieodwracalne ustanie czynności mózgu. Śmierć człowieka, śmierć biologiczna to obumarcie wszystkich tkanek człowieka. Czas ten zależny jest od wrażliwości poszczególnych tkanek na niedotlenienie. Komórka nerwowa toleruje niedotlenienie przez kilka minut, komórka tkanki łącznej kilka godzin.

Celem dokładnego określenia śmierci mózgowej, nie biorąc pod uwagę aspektu transplantologii, dla potrzeb oddziałów intensywnej terapii sformułowano precyzyjne reguły uznawania pacjenta za zmarłego [9,15].

W Polsce tylko niezależna Komisja może wydać orzeczenie o śmierci mózgowej. Lekarze niezwykle ostrożnie podchodzą do wydawania decyzji o śmierci mózgowej. Śmierć mózgowa stanowi moment, od którego możliwe jest rozważanie zmarłego jako potencjalnego dawcy. Ponadto, oznacza również chwilę, w której następuje zaprzestanie czynności ratowniczych, nawet gdy z pacjentem nie wiąże się żadna czynność z dziedziny transplantologii [2,16,17].

Aktualnie, na terenie Rzeczypospolitej Polskiej funkcjonuje 70 ośrodków transplantacyjnych, w tym 33 ośrodki przeszczepiania nerek, 8 ośrodków przeszczepiania trzustki/nerki i trzustki, 6 ośrodków przeszczepiania wątroby, 5 ośrodków przeszczepiania serca, 2 ośrodki przeszczepiania płuc i 16 ośrodków przeszczepiania komórek krwiotwórczych (szpiku). Ponadto funkcjonują 23 banki tkanek i komórek, w tym: 10 banków komórek macierzystych krwi (krwi pępowinowej), 4 – wielospecjalistyczne, 3 – tkanek oka (rogówek), 2 – zastawek serca i naczyń krwionośnych, 2 – skóry i komórek naskórka, 1 – komórek wysp trzustkowych i 1 – komórek chrząstki i kości [3].

Stale rosnąca liczba nowo powstałych ośrodków zajmujących się udzielaniem świadczeń w zakresie transplantologii nie ma jednak tak dużego przełożenia na zwiększenie liczby przeprowadzonych transplantacji, jak początkowo oczekiwano [3].

Szybki rozwój transplantologii pozwala na przeszczepianie narządów niemal na całym świecie. Niestety, mimo iż liczba chorych oczekujących na transplantacje regularnie wzrasta, stale można mówić o pogłębiającym się niedoborze dawców. Spadkowa tendencja donorów może być spowodowana zarówno aspektem medycznym, jaki i etycznym. Na świecie wśród licznych zjazdów i konferencji dotyczących transplantologii są poruszane tematy związane z wpływem kultur na aspekt transplantacji [2, 18 , 19].

Źródła niewielkiego i powolnego wzrostu liczby dokonywanych transplantacji można upatrywać w tradycyjnym podejściu do osoby zmarłej i jej ciała, gdyż zdecydowana większość monoteistycznych związków wyznaniowych aprobuje omawiane zjawisko [2].

Różnice w podejściu do problemu transplantacji wynikają z odrębności kulturowych i są w dużej mierze kształtowane przez religie danego regionu. Widać to na przykładzie przepisów legislacyjnych, stanowiących prawne podstawy transplantologii w wielu krajach świata. Narządy do przeszczepu są pobierane od dawcy, u którego stwierdzono zgon. Pojawia się zatem problem ustalenia definicji oraz momentu śmierci. Śmierć człowieka wiąże się z wieloma pytaniami natury religijnej i duchowej [18-20].

Formalnie, żadna religia oraz grupa etniczna nie zabrania aktu dawania ani otrzymywania organów. Cyganie, Indianie amerykańscy oraz wyznawcy szintoizmu i konfucjanizmu nie dają zgody na wykonywanie transplantacji od zmarłych dawców. Żadna religia nie nakłada też obowiązku na wiernych w sprawie donacji i jej odmowy, jak również nie preferuje dawstwa narządów od zmarłych. Niektórzy wyznawcy religii azjatyckich i islamu opowiadają się za przeszczepianiem organów od dawców żywych [18, 19, 21].

Celem dopasowania potrzeb zdrowotnych do istniejących ugrupowań kulturowych poszczególne rejony świata wprowadziły specyficzne metody możliwości rozwoju transplantologii [18 - 21].

Transplantolodzy oraz organizacje pozarządowe, do których możemy zaliczyć także związki wyznaniowe, propagują dyskusje i akcje, uwzględniając istniejące różnice kulturowe, mające na celu uświadomienie i edukację, przyczyniającą się do większego zrozumienia i akceptacji przeszczepiania organów [18 - 20].

Ostatnio, często spotykanym zjawiskiem jest publiczne poparcie znanych osobistości ze świata sportu, muzyki i poezji idei transplantologii, które nieustannie podkreślają, że życie, jako najwyższa wartość, nieprzecenione dobro jest najpiękniejszym prezentem, jakim można kogoś obdarować. Do jednej w ww. kampanii należy zaliczyć projekt reklamowany pod hasłem: „Nie zabieraj swoich narządów do nieba, one są potrzebne tu, na ziemi"[22, 23].

Bez zwiększenia dostępności pozyskiwania organów, medycyna transplantacyjna nie może pomagać ludziom chorym. Jej dokonania zależą od indywidualnej postawy każdego człowieka oraz od zrozumienia problemu przez społeczeństwo i od tworzenia atmosfery zaufania. Decyzja oddania własnego narządu czy zgoda na pobranie organów z ciała zmarłej bliskiej osoby nie należy do łatwych, jednak często związany jest z nią aspekt ratowania życia ludzkiego [22,23,24].

Transplantologia jest bardzo trudną dziedziną medycyny, której rozwój owocuje możliwością podarowania wielu ludziom drugiego życia. Są sprawy, nawet w medycynie, które można kupić za pieniądze, np. łatwiejszy i szybszy dostęp do świadczeń leczniczych (dzięki prywatnym klinikom); droższe i skuteczniejsze leki; milszą, bardziej wykwalifikowaną i doświadczoną opiekę medyczną. Są jednak i takie kwestie, które można posiąść jedynie dzięki dobroduszności, miłości i odwadze drugiego człowieka i do nich właśnie należy transplantologia [18-21, 31].

Cel pracy

Celem pracy było sprawdzenie poziomu wiedzy na temat transplantologii przez studentów Uniwersytetu Gdańskiego.

Materiał i metody

Badania wykonano metodą sondażu diagnostycznego za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety składającego się z dwóch części. Część podstawowa zawierała pytania dotyczące płci, wieku, stanu cywilnego, kierunku studiów, miejsca zamieszkania oraz dochodów na jedną osobę w rodzinie. Część zasadnicza dotyczyła wiedzy o transplantologii, indywidualnego stosunku ankietowanych do transplantologii oraz kulturalnych aspektów badanego zjawiska.

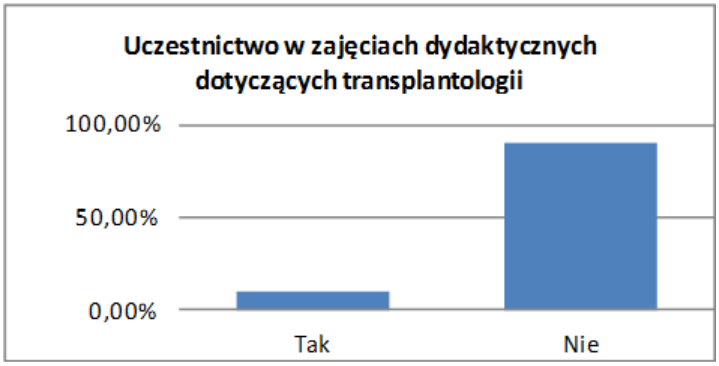
Badaniem zostało objętych 106 studentów Uniwersytetu Gdańskiego z kierunków: logopedia, rosjoznawstwo, filozofia, elektronika, historia, kulturoznawstwo, filologia polska, kulturoznawstwo i rosjoznawstwo, informatyka, prawo, fizyka medyczna, stosunki międzynarodowe i rosjoznawstwo, matematyka, bioinformatyka, matematyka ekonomiczna, administracja, krajoznawstwo, oligofrenopedagogika, informatyka i ekonometria, pedagogika specjalna, pedagogika, ochrona środowiska, filologia angielska, kulturoznawstwo i psychologia, kulturoznawstwo i prawo, turystyka, filologia rosyjska, kulturoznawstwo i pedagogika opiekuńczo-wychowawcza, ekonomia, psychologia, geografia, biologia, politologia, gospodarka przestrzenna, dziennikarstwo i komunikacja społeczna.

Wyniki

Badaniem objęto 106 studentów Uniwersytetu Gdańskiego, w tym 77 kobiet (72,64%) i 29 mężczyzn (27,36%). Co trzeci badany miał 21 lat, 15,09% - 22 lata, 14,15% - 23 lata, 4,72% - 19 lat, 3,77% - 26 lat, natomiast poniżej 1% określiło swój wiek na 27 lat oraz 30 lat. Spośród ankietowanych 63,21% osób zadeklarowało stan wolny; 32,08% stanowiły osoby deklarujące związek nieformalny a 4,72% - związek formalny. Zdecydowana większość badanych (73,58%) pochodziła z miasta.

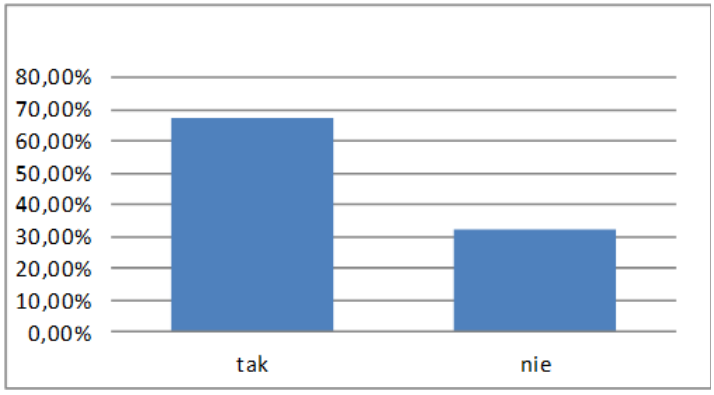
42,45% osób zadeklarowały dochody w granicach 500-1000zł, 34,91% osób powyżej 1000zł. 14,15% osób zadeklarowało, iż ich dochody mieściły się w granicach 300zł-500zł. 6,60% ankietowanych zadeklarowało, iż dochody na jedną osobę w rodzinie nie przekraczały 300zł. 1,89% osoby nie zdeklarowały żadnej wartości.

Ankietowani w znacznej większości (89,62%) oświadczyli, iż nigdy nie byli na zajęciach dydaktycznych o tematyce dotyczącej transplantologii. Obecność na takowych zajęciach zadeklarowało dokładnie 10,38% respondentów. Wyniki przedstawia Ryc. 1.



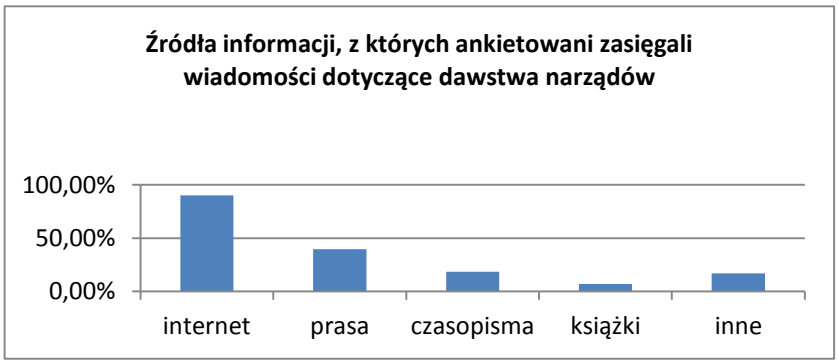
Rycina 1. Uczestnictwo ankietowanych w zajęciach dydaktycznych dotyczących transplantologii

Respondenci w znacznej przewadze (66,98%) przyznali, iż zasięgali informacji dotyczących transplantologii z różnych źródeł. Co trzeci ankietowany przyznał jednak, że nie szukał informacji na temat dawstwa narządów w ogóle (Ryc. 2).



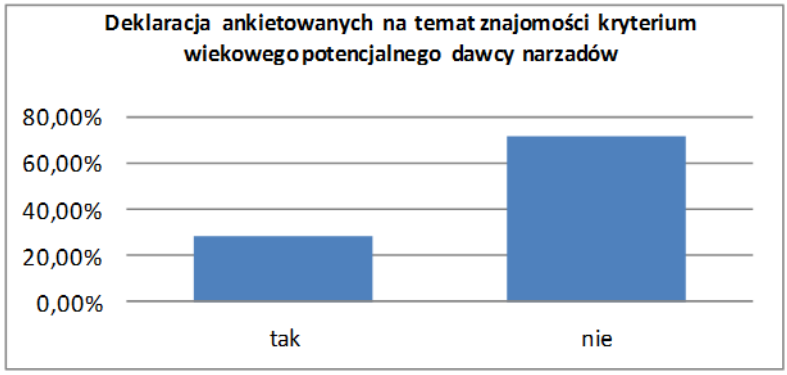
Rycina 2. Zasięganie informacji przez ankietowanych dotyczących transplantologii przeszłości

Wśród osób, które odpowiedziały, iż zasięgały informacji na temat transplantologii, najczęściej podawanym źródłem, bo aż przez 90,14% był „internet"; 39,44% badanych zaznaczyło pozycję „prasa"; 18,31% ankietowanych - „czasopisma"; 16,90% - „inne", a 7,04% ankietowanych - „książki" (Ryc. 3.).



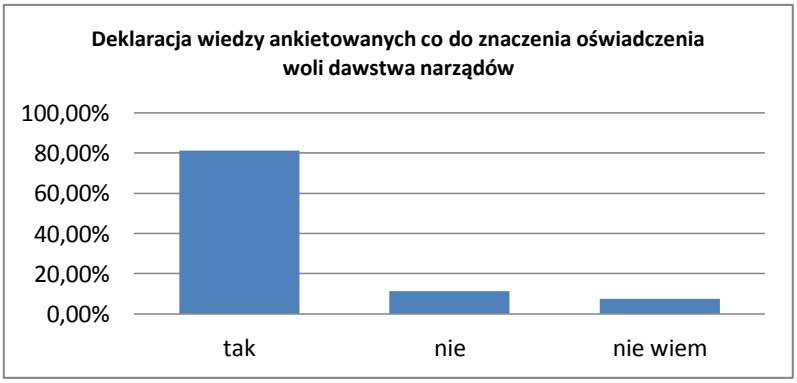
Rycina 3. Źródła informacji, z których badani czerpali wiedze na temat dawstwa narządów

Ankietowani zapytani o kryteria wiekowe potencjalnego dawcy narządów w 71,70% zaznaczyło, że nie znają odpowiedzi na pytanie o wiek potencjalnego dawcy narządów. 28,30% respondentów zadeklarowało znajomość odpowiedzi na to pytanie (Ryc. 4.).



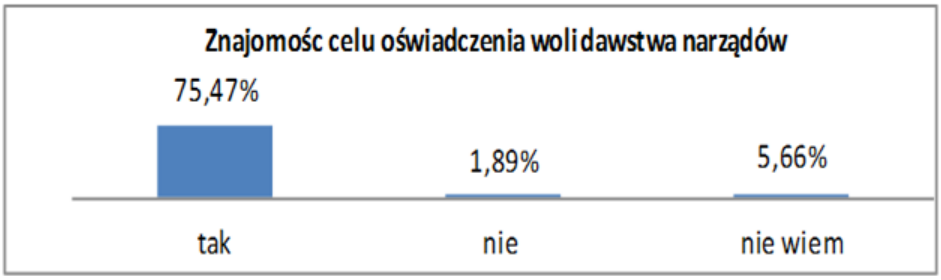
Rycina 4. Znajomość kryterium wiekowego potencjalnego dawcy

Ankietowani w zdecydowanej większości (81,13%) uznali, że wiedzą, czym jest oświadczenie woli dawstwa. 11,32% respondentów przyznało, iż nie wie, co to jest oświadczenie woli, 7,55% ankietowanych nie była zaś pewna swojej wiedzy. Wyniki przedstawia Ryc. 5.



Rycina 5. Świadomość ankietowanych odnośnie znaczenia podpisania oświadczenia woli

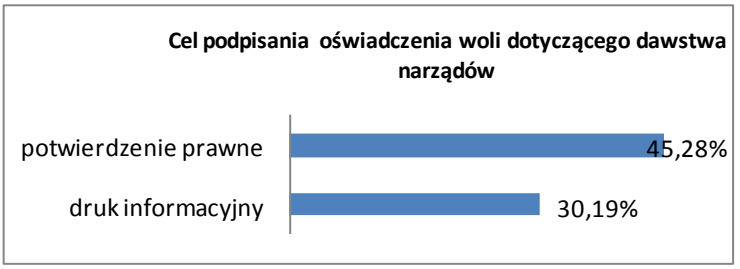
Na pytanie dotyczące celu, w jakim podpisuje się oświadczenie woli dawstwa narządów 75,47% respondentów oświadczyło, iż jest świadoma jego celu; 16,98% respondentów nie udzieliło odpowiedzi w ogóle, 5,66% ankietowanych zadeklarowało niepewność, co do swojej wiedzy, zaś 1,89% ankietowanych przyznało, że nie wie w jakim celu podpisuje się oświadczenie woli (Ryc. 6.).



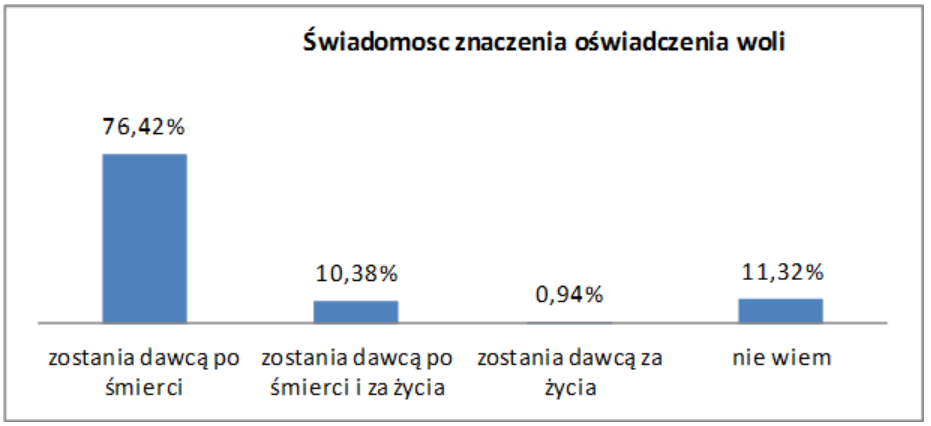
Rycina 6. Znajomość celu oświadczenia woli dotyczącego dawstwa narządów

Wśród ankietowanych, którzy deklarowali znajomość znaczenia celu oświadczenia woli, 45,28% uznało, że jest to „Zatwierdzone prawnie stanowisko zmarłego odnośnie pobrania narządów". 30,19% spośród tej samej grupy oświadczyło, iż jest to „Druk informacyjny, głównie dla rodziny dotyczący stanowiska zmarłego odnośnie pobrania narządów" (Ryc.7).

Najczęstszymi odpowiedziami, jakie padały na pytanie odnośnie czego dotyczy oświadczenie woli -76,42% odpowiedziało, iż odnosi się ono do zostania dawcą po śmierci. 11,32% respondentów przyznało się, że nie wie, czego owe oświadczenie dotyczy. 10,38% ankietowanych oświadczyło, że zostania dawcą po śmierci i za życia; 0,94% respondentów wstrzymało się od odpowiedzi, natomiast 0,94% badanych zadeklarowało, że dotyczy jedynie zostania dawcą za życia (Ryc. 8).



Rycina 7. Cel podpisanego oświadczenia woli wg ankietowanych



Rycina 8. Znaczenie oświadczenia woli

Ponad połowa respondentów (59,43%) nie wiedziała, czy w Polsce istnieje rejestr żywych dawców organów. 33,02% ankietowanych zadeklarowała, iż wie, że taki rejestr istnieje, natomiast 7,55% ankietowanych oświadczyła, że takowego rejestru w Polsce nie ma. Wyniki przedstawia Ryc. 9.

51,89% respondentów przyznało, iż nie wie, czy istnieje możliwość podpisania oświadczenia woli z zaznaczeniem, że zgadzamy się jedynie na oddanie wybranych przez siebie narządów. Prawie połowa respondentów (42,45%) uznała, że jest taka możliwość. Natomiast 5,66% ankietowanych stwierdziło, iż nie ma możliwości wyboru oddania jedynie poszczególnych, wybranych przez siebie wcześniej narządów (Ryc. 10.).

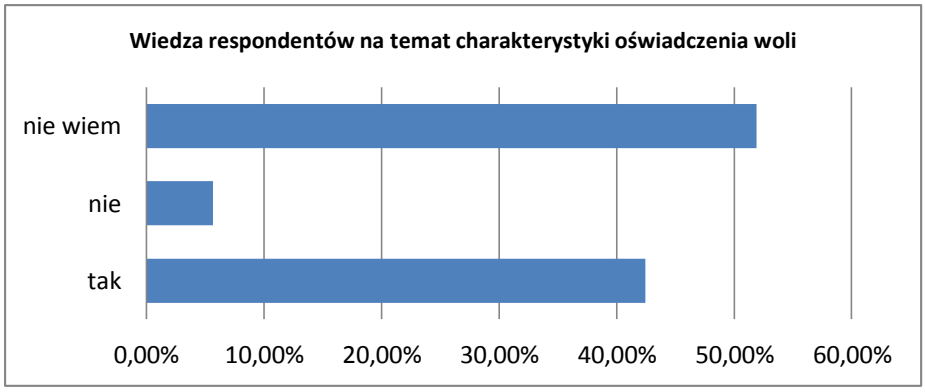
Ankietowani w zdecydowanej większości (80,19%) uznali, że wiedzą kiedy następuje stan potwierdzający śmierć i pozwalający pobrać narządy. 17,92% respondentów natomiast przyznało, że nie są pewni swojej wiedzy. 1,89% ankietowanych oświadczyło, iż nie wie nic na ten temat (Ryc. 11).



Rycina 9. Istnienie rejestru żywych dawców organów w Polsce wg ankietowanych

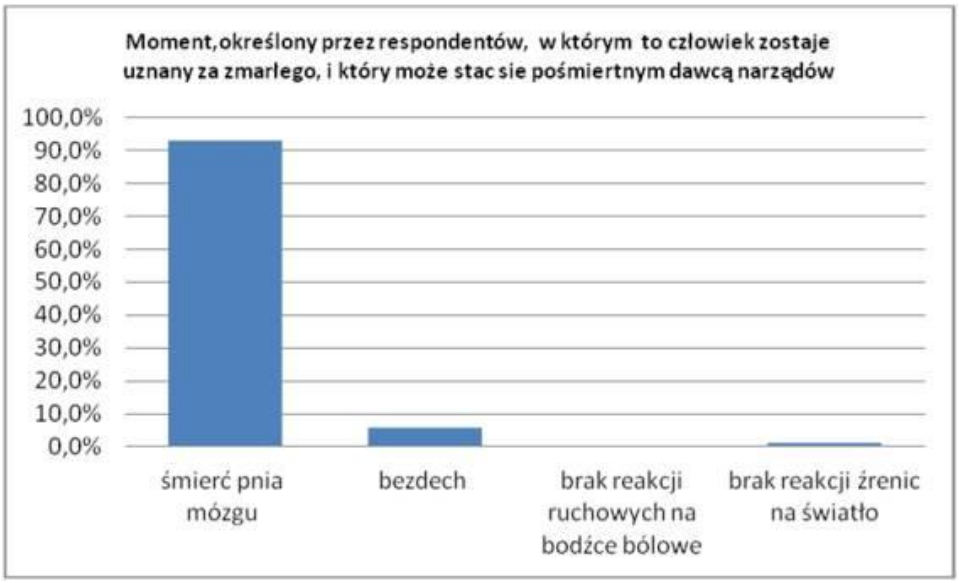


Rycina 10. Znajomość specyfiki charakteru oświadczenia woli.



Rycina 11. Znajomości stanu potwierdzającego śmierć i pozwalającego pobrać narządy

Respondenci, którzy zadeklarowali swoją wiedzę dotyczącą warunków, w których można pobrać narządy do przeszczepów, prawie w większości (92,9%) za moment potwierdzenia zgonu wskazali śmierć pnia mózgu. 5,9% spośród ty osób stwierdziło, iż chwilą, z którą można uznać osobę za zmarła jest jej bezdech. Jedynie 1,2% ankietowanych zadeklarowało, że momentem świadczącym o zgonie człowieka jest brak jego reakcji na światło (Ryc. 12).



Rycina 12. Sytuacje, w których według ankietowanych uznajemy człowieka za zmarłego

Na pytanie dotyczące kryterium zdrowotnego, jakie musi pełniach potencjalny dawca narządów, respondenci odpowiadali w sposób przedstawiony w Tabeli 1.

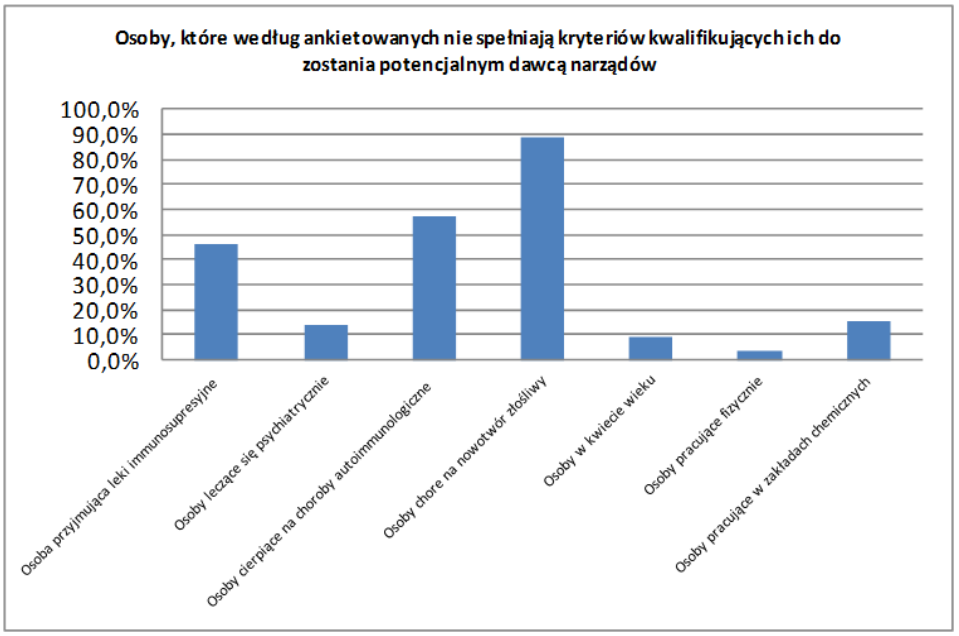
Tabela 1. Osoby, które według ankietowanych nie mogą zostać dawcą narządów*

Osoba przyjmująca leki immuno-supresyjne	Osoby leczące się psychia-trycznie	Osoby cierpiące na choroby autoimmu-nologiczne	Osoby chore na nowotwór złośliwy	Osoby w kwiecie wieku	Osoby pracujące fizycznie	Osoby pracujące w zakładach chemicznych
49 osób	15 osób	61 osób	94 osoby	10 osób	4 osoby	16 osób

*możliwość udzielenia kilku odpowiedzi

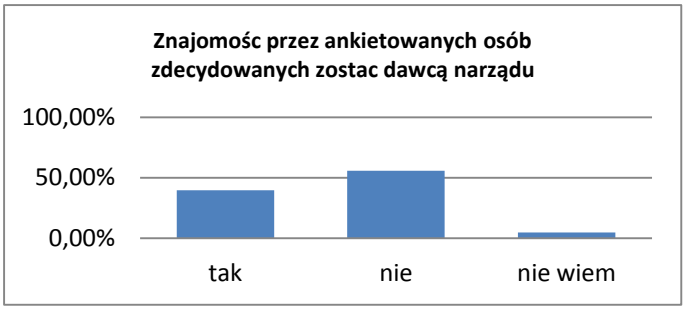
Prawie wszyscy respondenci (94,34%) udzielili odpowiedzi na pytanie dotyczące kryteriów zdrowotnych, jakie musi spełniać potencjalny dawca narządów. Wśród tych 94,34% ankietowanych, którzy udzielili odpowiedzi 94% wskazało, że osobą, która nie może zostać dawcą narządów jest człowiek chory na nowotwór złośliwy. Ponad połowa respondentów (61%) wskazała osoby cierpiące na choroby

autoimmunologiczne; 49% - ludzi przyjmujących leki immunosupresyjne. 16% ankietowanych wskazała osoby pracujące w zakładach chemicznych, 15% uznało ludzi leczących się psychiatrycznie, 10% - osoby w kwiecie wieku. Spośród wszystkich ankietowanych 5,66% osób nie udzieliło odpowiedzi w ogóle. 4% zadeklarowało, że człowiekiem, który nie spełnia tego kryterium jest pracownik fizyczny (Ryc. 13).



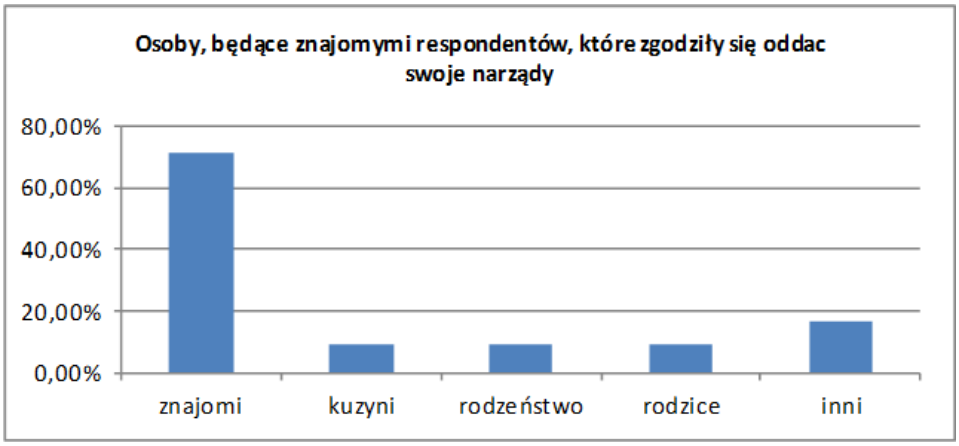
Rycina13. Osoby zdyskwalifikowane do potencjalnego dawstwa narządów wg ankietowanych

Ponad połowa respondentów (55,66%) oświadczyła, iż nie zna nikogo, kto zdecydował się oddać swoje narządy. 39,62% ankietowanych zadeklarowała znajomość potencjalnego dawcy narządu, zaś 4,72% przyznało, ze nie wie, czy ktokolwiek z ich znajomych złożył oświadczenie chęci oddania narządu (Ryc. 14.).



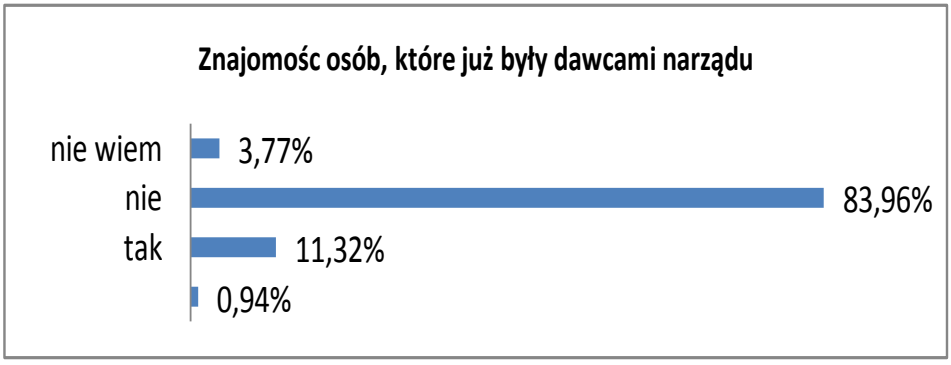
Rycina14. Znajomość z najbliższego otoczenia potencjalnych dawców narządu

Wśród respondentów, którzy zadeklarowali znajomość potencjalnych dawców narządu ze swojego otoczenia 71,43% z nich wskazało, że tą osobą jest ktoś ze znajomych; 16,67% wskazało na inną osobę niż wymienieni w ankiecie. 9,52% ankietowanych wskazało na kuzyna; 9,52% na rodzinę i tak samo 9,52% na rodzica - wyniki obrazuje Ryc. 15.



Rycina15. Potencjalni dawcy narządu spośród znajomych ankietowanych

Ankietowani zapytani o to, czy znają kogoś, kto już był dawcą narządu, 83,96% oświadczyło, iż takiej osoby nie zna. Zaledwie 11,32% udzieliło twierdzącej, zaś 3,77% stwierdziło, że nie jest pewnym co do swej wiedzy. 0,94% ankietowanych nie odpowiedziało na to pytanie w ogóle (Ryc. 16).

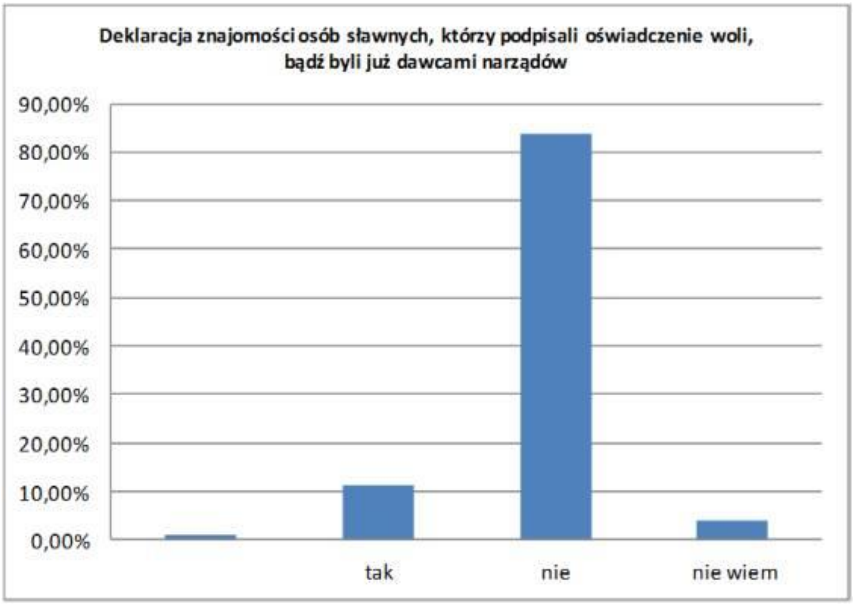


Rycina16. Znajomość dawcy narządów wśród znajomych respondentów.

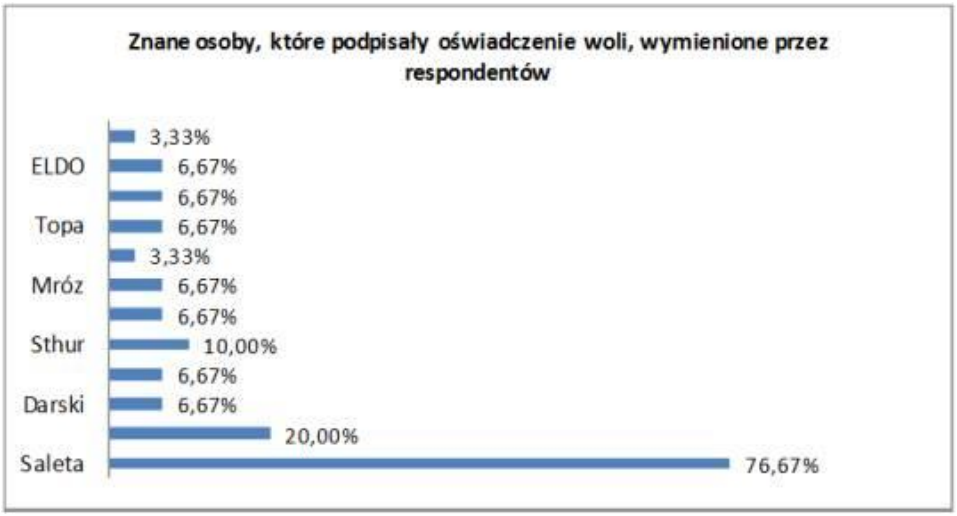
Ankietowani w zdecydowanej większości (67,92%) oświadczyli, iż nie znają sławnej osoby, które podpisały oświadczenie woli, bądź były dawcami. 28,30%

zadeklarowało znajomość takiej osobistości; 2,83% respondentów przyznało, że nie są pewni swej wiedzy; 0,94% badanych wstrzymało się od odpowiedzi w ogóle (Ryc. 17).

Ankietowani, którzy zadeklarowali znajomość sław propagujących ideę dawstwa narządów poprzez podpisanie oświadczenia woli, podawali następujące przykłady. Wyniki przedstawia Rycina 18.

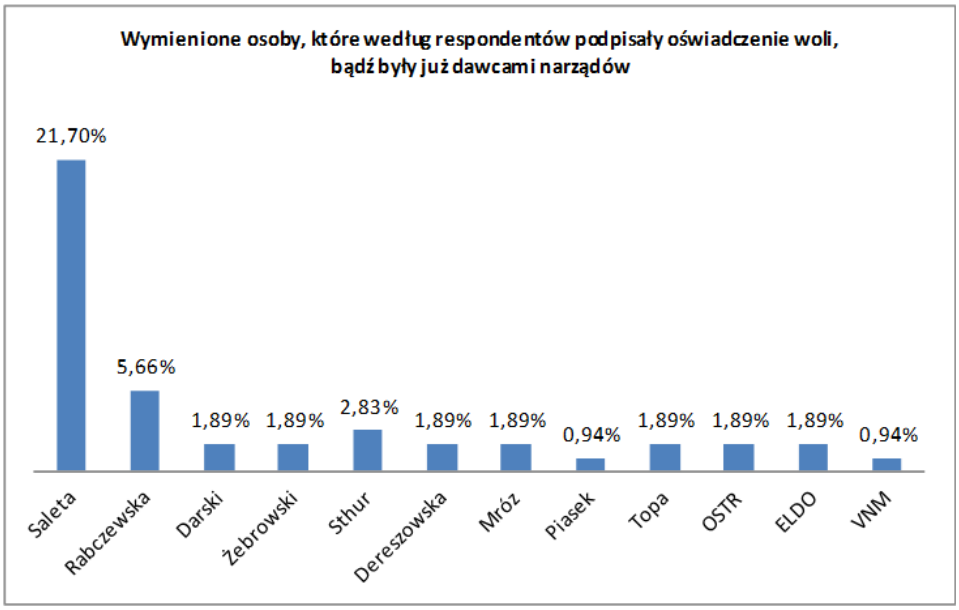


Rycina 17. Znajomość sław propagujących ideę dawstwa narządów



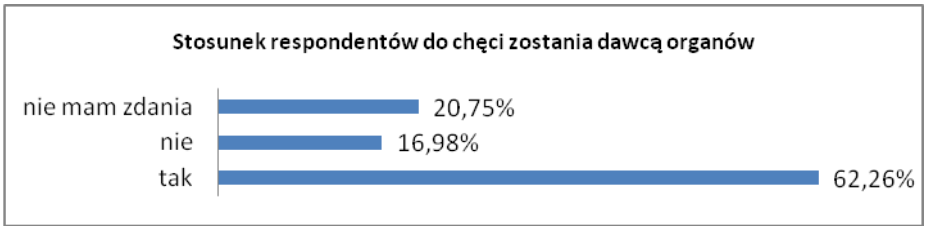
Rycina 18. Nazwiska znanych ludzi, którzy według ankietowanych podpisali oświadczenie woli

21,70% respondentów wskazało nazwisko „Saleta" Andrzeja Saletę, 5,66% respons-dentów „Rabczewska" Dorotę Rabczewską, 2,83% respondentów wskazało „Stuhr" Macieja Stuhra, 1,89% wskazało: „Darski" Adama Darskiego; „Żebrowski" Michała Żebrowskiego; „Dereszowska" Annę Dereszowską; „Topa" Bartłomieja Topę; „OSTR" Adama Ostrowskiego; „ELDO" Leszka Kaźmierczaka; „Mróz" Agatę Mróz, 1 ankietowany wskazał „Piasek" Andrzeja Piasecznego i „VNM" Tomasza Lewandowskiego. Wiedza ankietowanych w kwestii znajomości osób publicznych, które podpisały oświadczenie woli była zróżnicowana. Wyniki przedstawia (Ryc. 19).



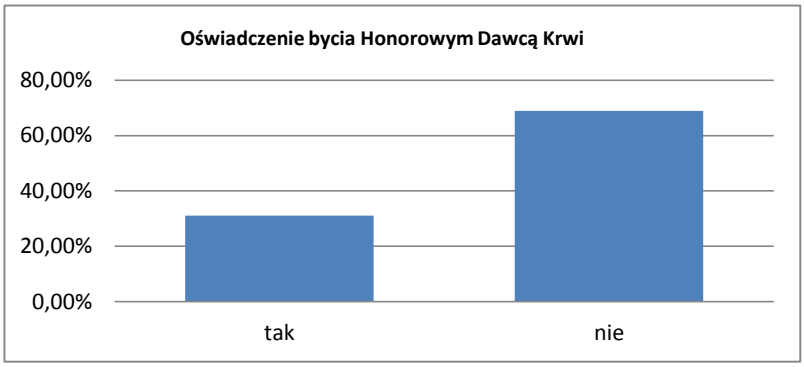
Rycina 19. Nazwiska znanych osób, potencjalnych bądź aktualnych dawców narządów

21,70% respondentów wskazało nazwisko „Saleta"; 5,66% „Rabczewska"; 2,83% „Sthur"; 1,89% „Darski"; „Żebrowski"; „Dereszowska"; „Piasek"; „Topa"; „OSTR"; „ ELDO"; 0,94% „VNM"; Mróz". Ankietowani w zdecydowanej większości (62,26%) zadeklarowali chęć zostania dawcą narządów. 20,75% badanych nie miało zdania na ten temat, zaś 16,98% ankietowanych wyraziło niechęć zastania dawcą (Ryc. 20.).



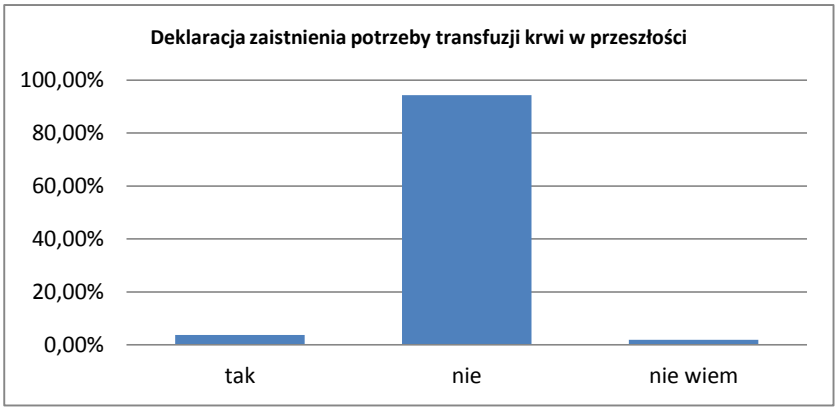
Rycina 20. Chęć zastania dawcą narządów

Znaczna część ankietowanych (68,87%) przyznała, że nie jest dawcą krwi, podczas gdy zaledwie 31,13% respondentów oświadczyła, że jest Honorowym Dawcą Krwi (Ryc. 21).



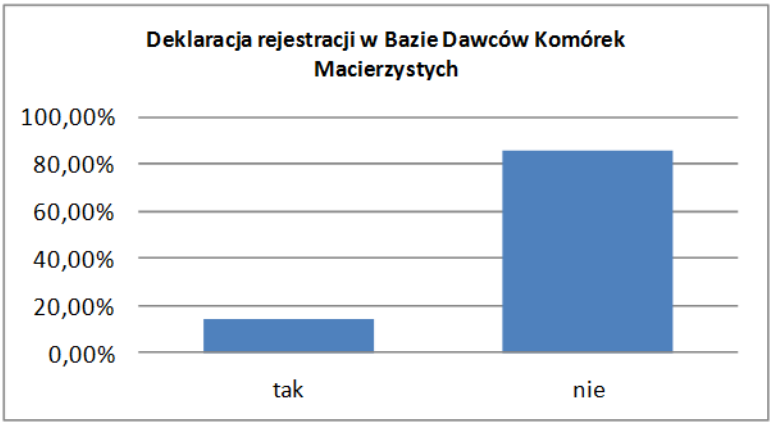
Rycina 21. Deklaracja oddawania krwi

Ankietowani zapytani o to, czy kiedykolwiek potrzebowali transfuzji krwi, 94,34% zaprzeczyło temu, by kiedykolwiek byli biorcami krwi. 3,77% przyznało, że było w takiej potrzebie, natomiast 1,89% ankietowanych nie było pewnych tego, czy kiedykolwiek potrzebowali transfuzji krwi (Ryc. 22).



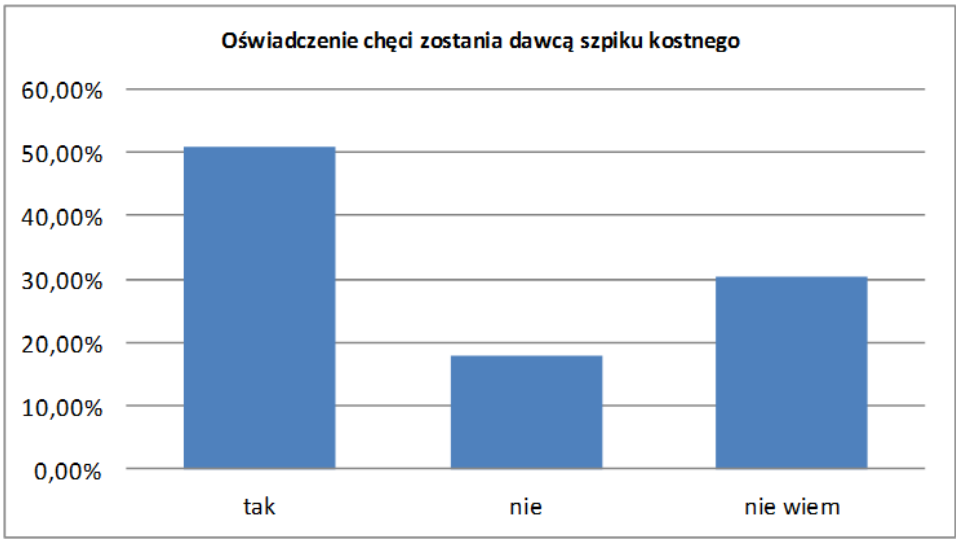
Rycina 22. Potrzeba transfuzji krwi w przeszłości ankietowanych

Ankietowani w zdecydowanej większości (85,85%) oświadczyli, że nie są zarejestrowani w Bazie Dawców Komórek Macierzystych jako potencjalni dawcy szpiku. 14,15% respondentów potwierdziło swoją rejestrację w tej Bazie (Ryc. 23).



Rycina 23. Deklaracja rejestracji w Bazie Komórek Macierzystych

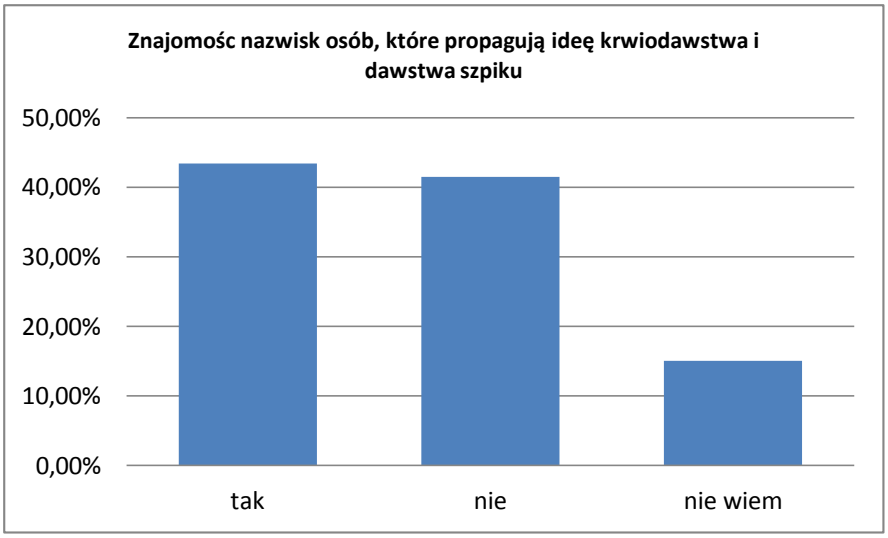
Znaczna grupa respondentów (50,94%) zadeklarowała chęć zostania dawcą szpiku kostnego. 30,19% ankietowanych nie wiedziało jakie stanowisko objąć, zaś 17,92% nie wyraziło chęci bycia dawca. 0,94% badanych nie udzieliło odpowiedzi w ogóle. Wyniki te obrazuje Ryc. 24.



Rycina 24. Chęć zostania dawcą szpiku kostnego

Ankietowani zapytani o to, czy znają nazwiska osób sławnych, propagujących ideę krwiodawstwa i oddawania szpiku, w 43,40% przypadkach znało nazwiska tych ludzi i potrafiła je wymienić. Podobna grupa ankietowanych - 41,51% zaprzeczyła, by

miała znać jakiekolwiek nazwiska osób propagujących tę ideę. 15,09% respondentów nie była pewna swojej wiedzy (Ryc. 25).



Rycina 25. Wiedza odnośnie znajomości osób, które propagowały idee krwiodawstwa i oddawania szpiku

Wśród ankietowanych, którzy zadeklarowali znajomość nazwisk osób sławnych propagujących tę ideę, najczęściej padały następujące nazwiska. Wyniki obrazuje Ryc. 26.

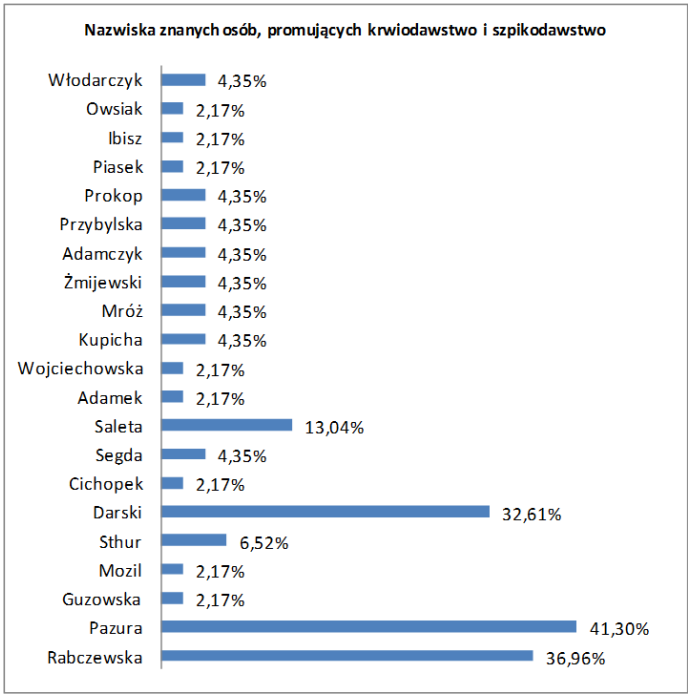
41,30% respondentów wskazało - „Pazura" Cezary Pazura; 36,96% - „Rabczewska" Dorota Rabczewska; 32,61% - „Darski" Adam Darski; 13,04% - „Saleta" Przemysław Saleta;6,52% - „Stuhr" Maciej Stuhr; po 4,35% - „Segda" Dorota Segda, „Kupicha" Piotr Kupicha, „Mróz" Agata Mróz, „Żmijewski" Artur Żmijewski, „Adamczyk" Piotr Adamczyk, „Przybylska " Anna Przybylska, „Prokop " Marcin Prokop, „Włodarczyk" Krzysztof Włodarczyk oraz po 2,17% - „Guzowska" Iwona Guzowska, „Mozil" Czesław Mozil, „Cichopek" Katarzyna Cichopek, „Piasek" Andrzej Piaseczny, „Ibisz" Krzysztof Ibisz, „Owsiak" Jurek Owsiak, „Adamek" Tomasz Adamek, „Wojciechowska" Martyna Wojciechowska.

Ankietowali wykazali się znajomością osób publicznych, którzy propagują ideę transplantologii. Wyniki ukazuje Ryc. 27.

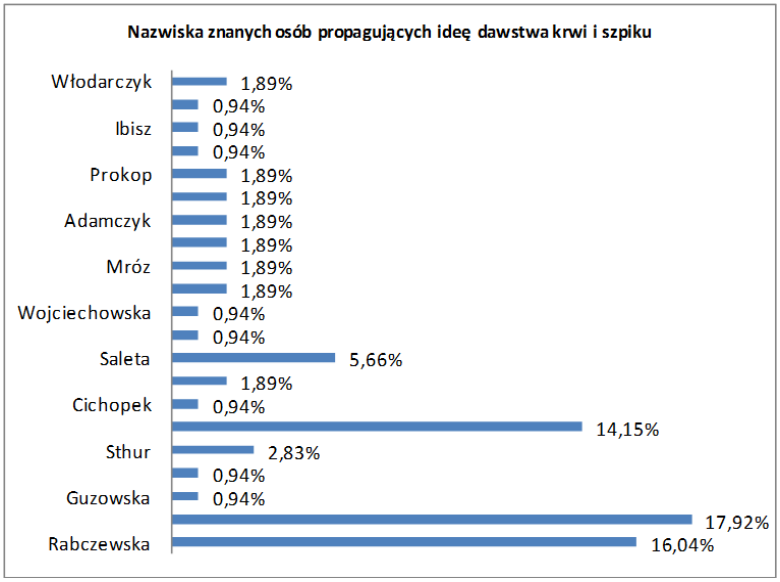
Wśród wszystkich ankietowanych 17,92% osób wskazało nazwisko „ Pazura", 16,94% - „Rabczewska", 14,15% badanych wymieniło nazwisko „Darski", 5,66% ankietowanych przytoczyło „Saleta", 2,83% ankietowanych wskazało nazwisko „Sthur", po 1,89% respondentów za przykład podało „Segda"; „Kupicha"; „Mróz", „Żmijewski"; „Adamczyk"; „Przybylska "; „Prokop " i „Włodarczyk" oraz po 0,94% - „Guzowska"; „Mozil"; „Cichopek"; „Wojciechowska"; „Adamek", „Piasek"; „Ibisz"; „Owsiak".

Ankietowani zapytani o to, czy uważają, że wszystkie religie popierają przeszczepianie narządów, 62,26% badanych uznało, ze nie wszystkie. Spośród grona

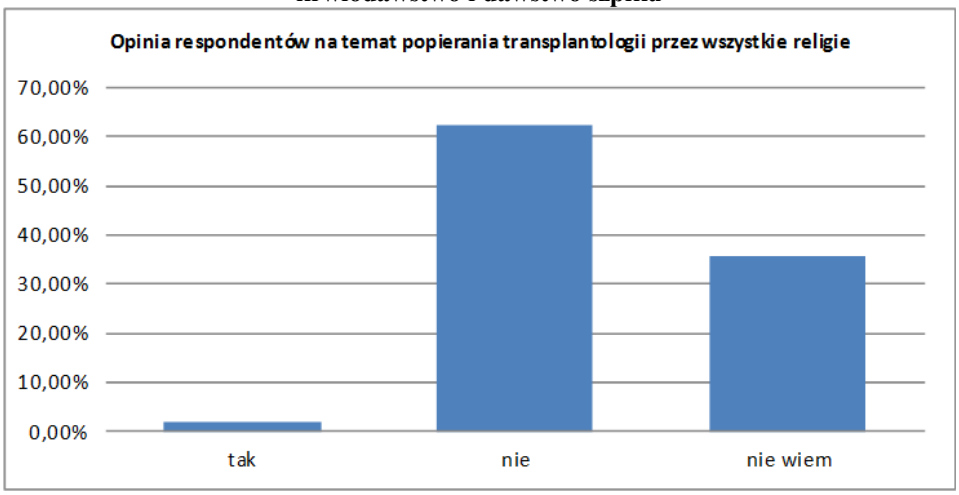
ankietowanych, 35,85% nie potrafiła odpowiedzieć na to pytanie. Zaledwie 1,89% wszystkich respondentów oznajmiło, iż owszem, wszystkie (Ryc. 28.).



Rycina 26. Nazwiska znanych osób, propagujących ideę krwiodawstwa i dawstwa szpiku



Rycina 27. Osoby, wymienione przez respondentów, które propagują krwiodawstwo i dawstwo szpiku



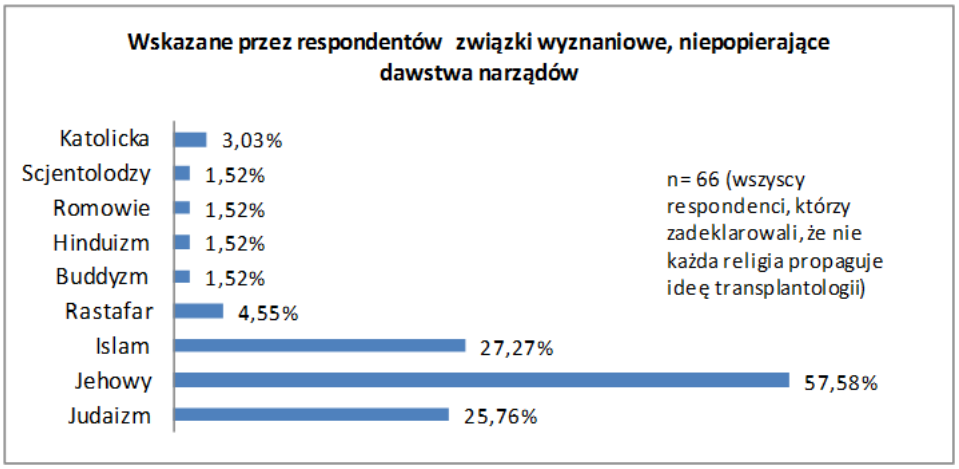
Rycina 28. Opinia ankietowanych odnośnie popierania dawstwa narządów przez wszystkie religie

Wśród respondentów, którzy dementowali jakoby wszystkie związki wyznaniowe propagowały ideę dawstwa narządów, 8,49% spośród tych ankietowanych nie przytoczyło przykładu żadnej religii.

Tabela 2. Związki wyznaniowe podane za przykład

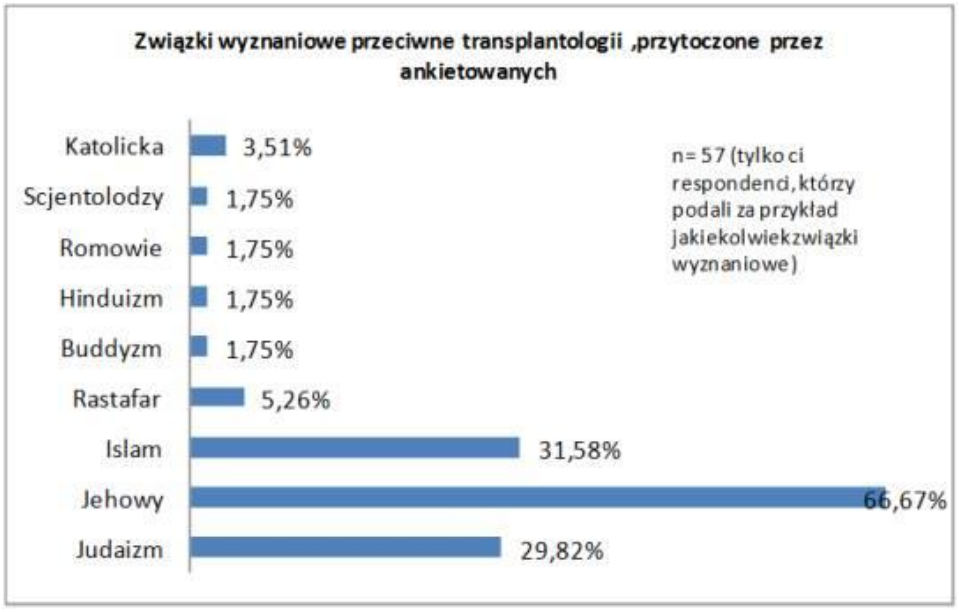
związki wyznaniowe	Liczba osób	n= 66 osób które odp. „nie”	Wszyscy ankietowani	n=57 osób, które wymieniły nazwiska
Judaizm	17	25,76%	16,04%	29,82%
Jehowy	38	57,58%	35,85%	66,67%
Islam	18	27,27%	16,98%	31,58%
Rastafar	3	4,55%	2,83%	5,26%
Buddyzm	1	1,52%	0,94%	1,75%
Hinduizm	1	1,52%	0,94%	0,75%
Romowie	1	1,52%	0,94%	1,75%
Scjentolodzy	1	1,52%	0,94%	1,75%
Katolicka	2	3,03%	1,89%	3,51%

Na rycinie 29 przedstawione zostały wyniki przytoczonych przykładów związków wyznaniowych, które nie są przychylne idei transplantologii.



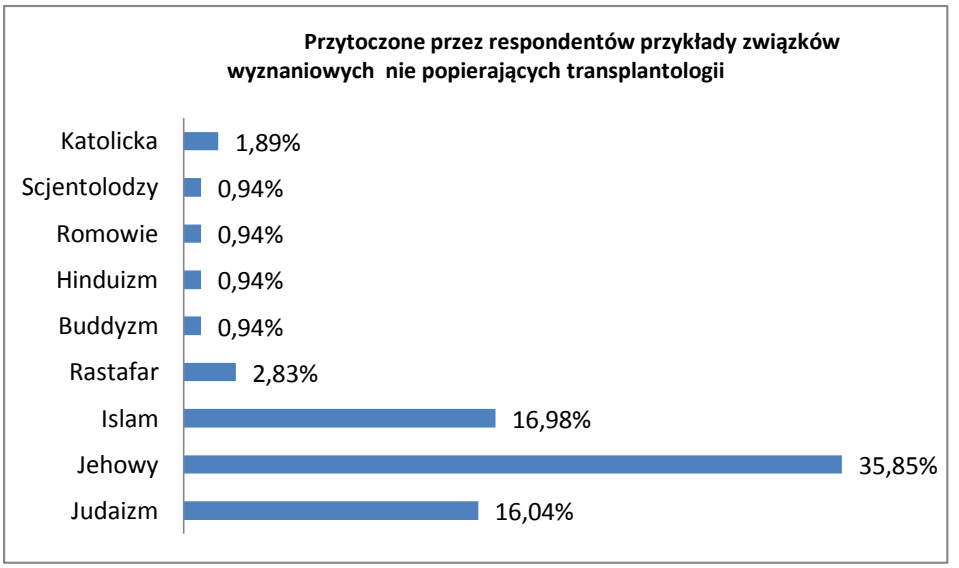
Rycina 29. Wskazane związki wyznaniowe popierające transplantologię

Na rycinie 30 przedstawiono religie, wymienione przez respondentów, którzy uznali, iż te związki wyznaniowe nie są przychylne dawstwu narządów:



Rycina 30. Wymienione przez ankietowanych religie nie popierające idei transplantologii

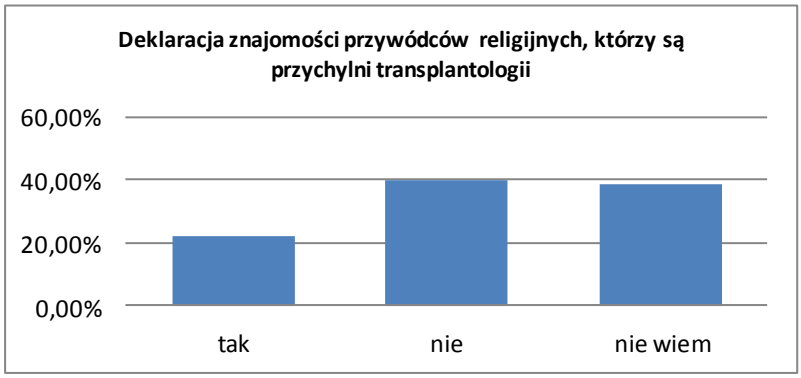
Wyniki te w stosunku do wszystkich ankietowanych, obrazuje Rycina 31.



Rycina 31. Wymienione przez ankietowanych religie przeciwne dawstwu narządów

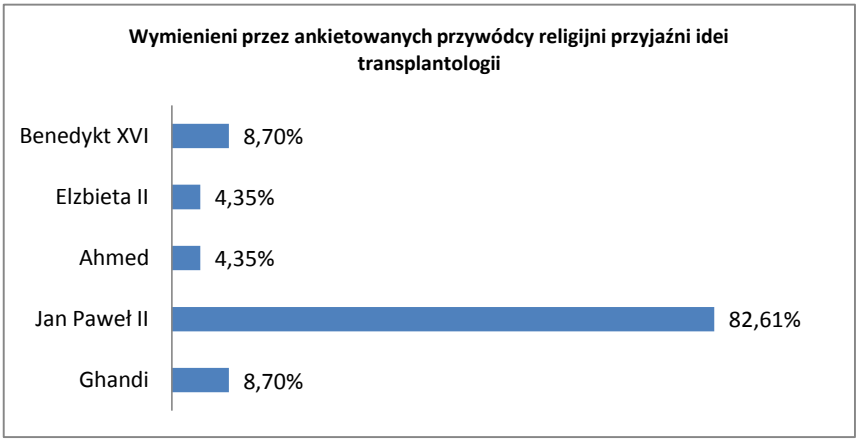
Prawie tyle samo ankietowanych (39,62%) oświadczyło, że nie zna żadnego przywódcy religijnego, który miał pozytywne stanowisko odnośnie transplantologii, co respondentów (38,68%), którzy nie byli pewni swojej wiedzy na ten temat. Jedynie 21,70% badanych zadeklarowało znajomość takowych przywódców (Ryc. 32).

.



Rycina 32. Znajomość przywódców religijnych propagujących ideę dawstwa narządów

Na rycinie 33 obrazowano przytoczone przez respondentów przykłady przywódców religijnych, wspierających ideę transplantologii.



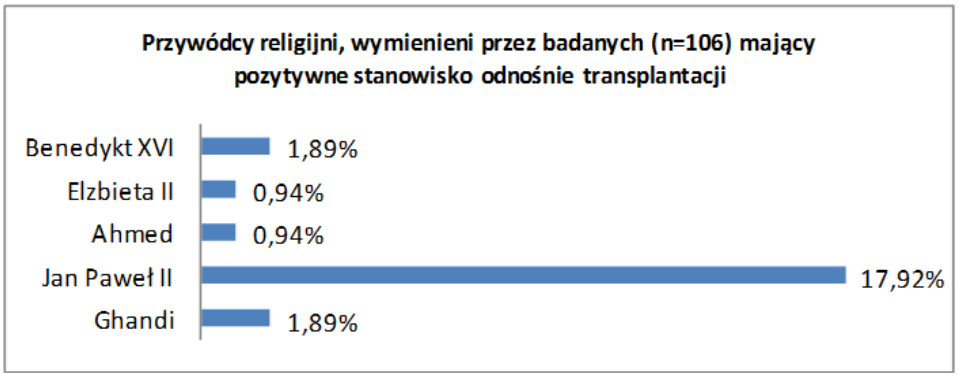
Rycina 33. Przywódcy wyznań wiar deklarujących się za rozwojem transplantologii

Tabela 3. Przedstawiciele przywódców religii, mających pozytywne stanowisko odnośnie dawstwa narządów

Przedstawiciele	Liczba ankietowanych	Dla 23 respondentów, którzy zadeklarowali znajomość przywódców religijnych propagujących ideę transplantologii.	Wszyscy ankietowani
Ghandi	2	8,70%	1,89%
Jan Paweł II	19	82,61%	17,92%
Ahmed	1	4,35%	0,94%
Elżbieta II	1	4,35%	0,94%
Benedykt VI	2	8,70%	1,89%

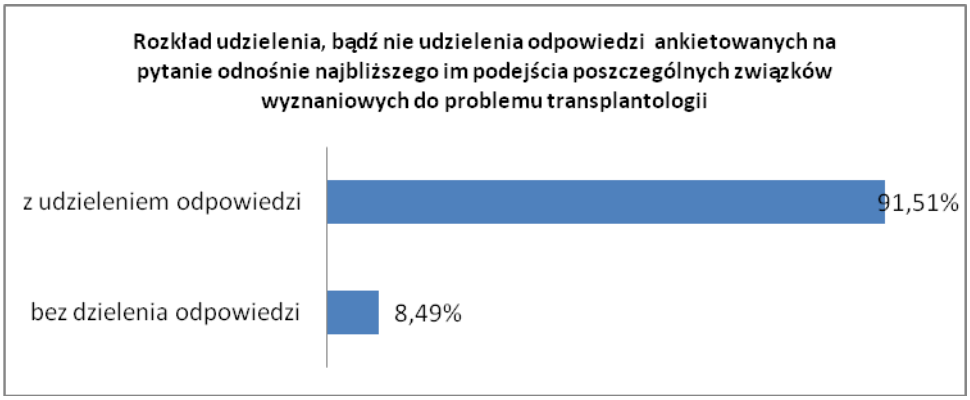
Wśród 23 respondentów, którzy zadeklarowali znajomość przywódców religijnych propagujących ideę transplantologii 82,61% respondentów wskazało: „Jan Paweł II"; 8,70% „Ghandi", "Benedykt VI"; 4,35% : „Ahmed", „Elżbieta II". Wśród wszystkich ankietowanych: transplantologii 17,92% respondentów wskazało: „Jan Paweł II"; 1,89% „Ghandi", "Benedykt VI"; 4,35% : „Ahmed", „Elżbieta II".

Na rycinie 34 przedstawiono wyniki w stosunku do wszystkich ankietowanych (n=106).



Rycina 34. Przywódcy religijni przychylni dawstwu narządów

Ankietowani zapytani o to, która religia ich zdaniem reprezentuje najbliższe im podejście do transplantologii, 91,51% badanych zadeklarowało swoje stanowisko. Natomiast 8,49% respondentów nie udzieliło odpowiedzi (Ryc. 35).



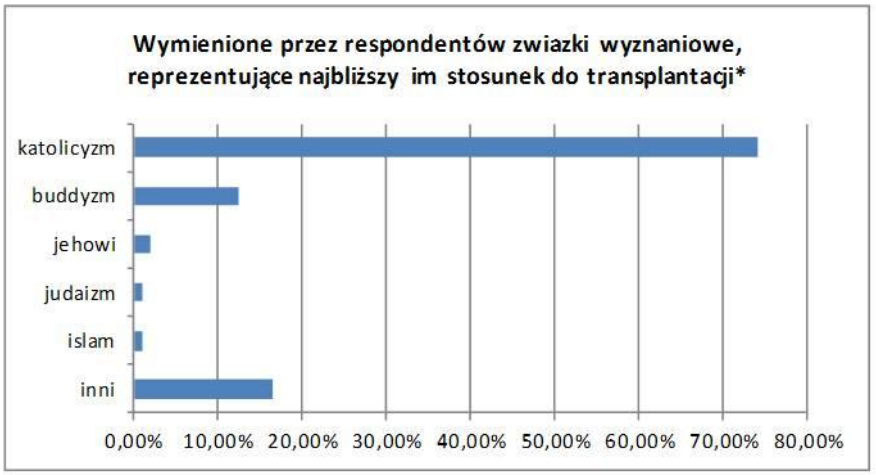
Rycina 35. Udzielona bądź nieudzielona odpowiedz

Wśród ankietowanych, którzy zadeklarowali, iż są pewne religie bliskie ich poglądom odnośnie dawstwa narządów podawali następujące przykłady. Wynik przedstawia Ryc. 36.

Znaczna część (74,23%) podała za przykład „katolicyzm". 16,49% badanych zaznaczyło, iż propagują poglądy odnośnie transplantologii „innych" związków wyznaniowych. Następne 12,37% przytoczyło religię „buddyzmu". 2,06% - „świadków Jehowy". Tyle samo ankietowanych (po 1,03%) wskazało „islam" i „judaizm". Spośród całego grona ankietowanych (n=106) wyniki ukazuje (Ryc. 37).

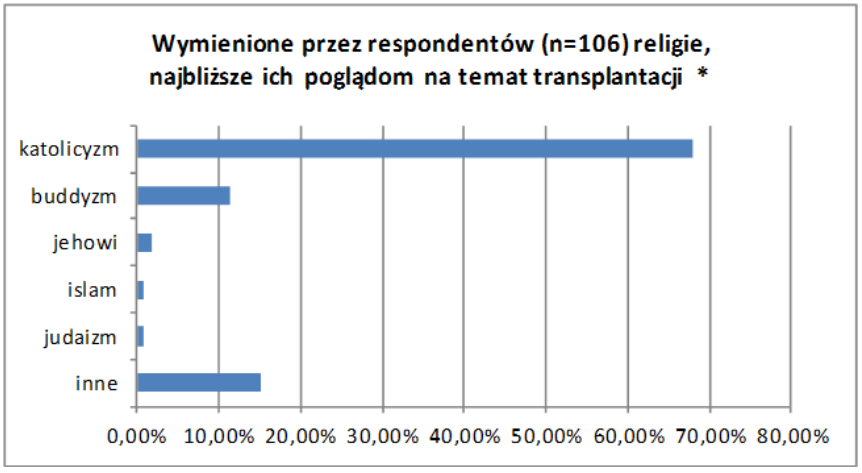
67,92% ankietowanych opowiedziało się za poglądami wyznawców wiary katolickiej. 15,09% respondentów opowiedziało się za poglądami innych, nie wymienionych związków wyznaniowych. 11,32% respondentów zadeklarowało, ze najbliżsi ich przekonaniom są przedstawiciele buddyzmu. 1,89% badanych utożsamiało swoje przekonania z przekonaniami świadków Jehowy, zaś 0,94% - judaizmu i tyle samo -

0,94% islamu. Prawie wszyscy ankietowani (97,17%) zgodnie zadeklarowali, iż w trakcie toku studiów nie mieli zajęć związanych z aspektami transplantologii w różnych kulturach. Jedynie pozostali respondenci (2,83%) oświadczyli, iż takowe zajęcia były przeprowadzane u nich na poziomie kształcenia wyższego (Ryc. 38.).



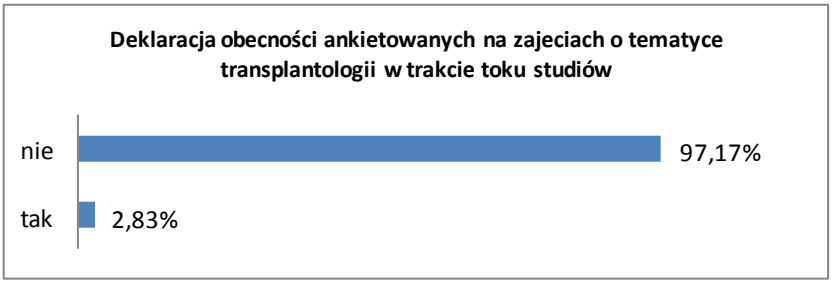
Rycina 36. Wymienione religie mające podobny stosunek do transplantologii jak ankietowani

*możliwość udzielenia kilku odpowiedzi



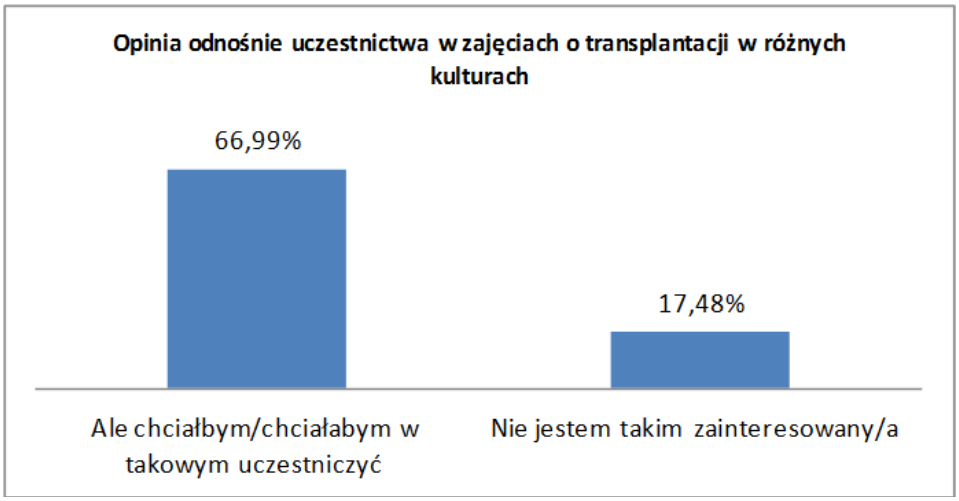
Rycina 37. Wymienione przez respondentów związki wyznaniowe reprezentujące podobny stosunek do transplantologii

*możliwość udzielenia kilku odpowiedzi



Rycina 38. Deklaracja obecności na zajęciach o tematyce transplantacji w różnych kulturach.

66,99% spośród respondentów, u których nie przeprowadzano zajęć dotyczących aspektu transplantologii w różnych kulturach oznajmiło, iż chciałoby w takowych zajęciach jednak uczestniczyć". Zaś 17,48% ankietowanych z tej samej grupy nie jest jednak zainteresowanych zajęciami dotyczącymi dawstwa narządów (Ryc. 39).

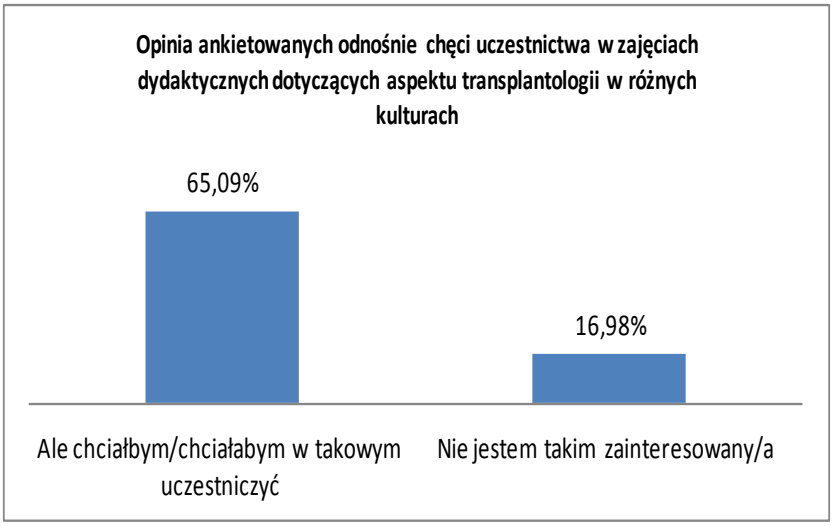


Rycina 39. Opinia ankietowanych dotycząca chęci uczestnictwa na zajęciach o tematyce transplantologii

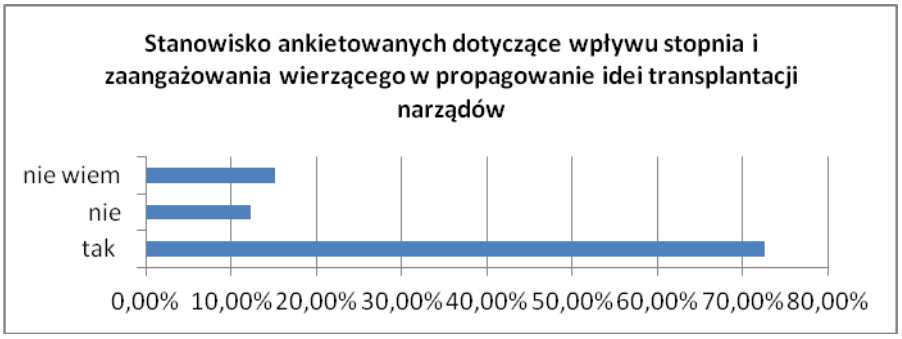
Spośród grona wszystkich ankietowanych, Ci którzy zaprzeczyli przeprowadzaniu w przeszłości zajęć poruszających aspekt transplantologii, 65,09% z nich zadeklarowało chęć uczestnictwa na takich zajęciach. 16,98% natomiast nie była zainteresowana takimi zajęciami (Ryc. 40).

Ankietowani zapytani o to, czy ich zdaniem religie i stopień zaangażowania wierzącego mają wpływ na propagowanie idei transplantologii, w przeważającej mierze (72,64% respondentów) byli skłonni ku temu twierdzeniu. Część respondentów (15,09%) nie potrafiło odpowiedzieć na to pytanie. 12,26% ankietowanych było

przeciwnych tego typu poglądom zakładając, że ani religie, ani stopień zaangażowania w wiarę nie ma wpływu na propagowanie idei dawstwa narządów (Ryc. 41).



Rycina 40. Deklaracja ankietowanych odnośnie chęci uczestnictwa na zajęciach poruszających tematykę transplantologii (n=106).



Rycina 41. Stanowisko ankietowanych wobec wpływu religii na transplantologię

Dyskusja

Badania przeprowadzone przez Baran [25] w 2004 r. w Jarosławiu w trzech szkołach średnich wykazały, iż 85,45% uczniów nie pamięta, aby tematyka przeszczepiania narządów była poruszana podczas zajęć w szkole [25].

W prezentowanych badaniach ankietowani zostali zapytani o uczestnictwo w zajęciach dydaktycznych na temat transplantologii, aż 89,62% respondentów stwierdziło, iż w takowych nie uczestniczyło.

Gorzkowicz [26] analizowała postrzeganie transplantologii przez studentów uczelni wyższych w Szczecinie. Badani studenci, jako źródło informacji o transplantologii najczęściej podawali: książki (92%), służbę zdrowia (82%) i znajomych (81%). U respondentów z uniwersytetu Szczecińskiego znajduje się telewizja (94%), następnie czasopisma (88%) i książki (82%). Studenci uczelni technicznej za źródła informacji podają: telewizję (91%), czasopisma (87%) i radio (79%) [26].

Prezentowane badania wykazały, że 66,98 % respondentów zasięgało informacji w dostępnych źródłach informacji odnośnie dawstwa narządów. Największą popularnością cieszył się internet (60,38%), następnie prasa (26,42%), czasopisma (12,26%), książki (4,72%) i inne źródła informacji (11,32%). Wśród studentów przebadanych przez Gorzkowicz o możliwości oddania narządu w gronie rodziny rozmawiało 76%, a w gronie przyjaciół 86% respondentów z Pomorskiej Akademii Medycznej.

Studenci Uniwersytetu Szczecińskiego i Zachodniopomorskiego Uniwersytetu Technologicznego częściej rozmawiali na ten temat z członkami rodziny (66% dla studentów US i 47 % dla studentów ZUT) niż z kolegami (60 % dla studentów US i 40% w przypadku studentów ZUT) [26].

Spośród gdańskich studentów 39,62% udzieliło twierdzącej odpowiedzi dotyczącej znajomości osób, które zdecydowały się być dawcą narządów. Ponad połowa respondentów -55,66% nie zna nikogo. Respondenci, którzy znali osoby zdecydowane na dawstwo najczęściej wskazywali znajomych – 28,30%. Po 3,77% badanych wskazało rodzeństwo, kuzynów i rodziców.

W badaniu przeprowadzonym przez Feliksiaka [27] wśród wybranego losowo społeczeństwa polskiego w 2011r. 60% ankietowanych słyszało o tzw. oświadczeniu woli, które wypełnia się w krytycznej sytuacji, aby rodzina, osoby bliskie wiedziały, że dana osoba zgadza się na pobranie narządów [27].

W prezentowanych badaniach aż 81,13 % ankietowanych potwierdziło, że wie co to jest oświadczenie woli.

Badani przez Feliksiaka [27] mieszkańcy Polski w zdecydowanej większości deklarowali chęć oddania własnego narządu po śmierci. Wyraża ją ponad 85% badanych, natomiast 8% nie godzi się, by po śmierci pobrano jego narządy w celu przeszczepienia innym [27].

Wśród respondentów prezentowanego badania 62,26% wyraziło chęć zastania dawcą organów, natomiast 16,98% wyraziło sprzeciw. Z badań Feliksiaka wynika, iż wśród osób deklarujących się jako „głęboko wierzące" zgodę na pobranie narządów do przeszczepu innym wyraża 75 %, nie aprobuje tego 14%. Z kolei wśród „całkowicie niewierzących" pozytywnie do tej idei nastawionych jest 96%, a negatywnie 4 % [27]. Porównując do przedstawianego badania znaczna część ankietowanych- 72,64% stwierdziło, iż religie i stopień zaangażowania wierzącego mają wpływ na propagowanie idei transplantologii, natomiast 12,26%, że nie ma to żadnego wpływu.

Kozłowska [28] w badaniu przeprowadzonym wśród studentów wrocławskich uczelni wykazała, iż około 35% studentów zadeklarowało chęć oddania krwi [28].

W prezentowanym badaniu procent deklarujących się studentów jest bardzo zbliżony i wynosi 31,13%.

Respondenci wrocławskich uczelni wyższych badani przez Gościniak [29] z 2011 r., którzy potwierdzili rejestracje w Krajowej Bazie Komórek Macierzystych

stanowili 4% wszystkich ankietowanych [29]. Porównując wrocławskich studentów do prezentowanych badań wśród studentów gdańskich należy stwierdzić, że drudzy z wymienionych charakteryzowali się większą liczbą osób, którzy zadeklarowali się jako potencjalni dawcy – 14,15%.

W badaniach Borkowskiej [30] wśród mieszkańców Łomży przeprowadzonych w 2007r., wiedza na temat przeszczepów społeczeństwie była niska. Wyniki wskazują na niski poziom wiedzy respondentów w zakresie transplantologii. Ponad połowa (52%) swoją wiedzę oceniła jako dostateczną, a 13% jako niedostateczną. Grupa 34% respondentów oceniła swoją wiedzę jako dobrą, 1% jako bardzo dobrą [30].

Respondenci prezentowanego badania w większości (66,98%) przyznali, iż zasięgali informacji dotyczących transplantologii z różnych źródeł. Większość respondentów (81%) u Borkowskiej uważa za zasadne kształtowanie świadomości społecznej, która sprzyja postawie dawcy. 74% zdecydowanie potwierdziło swoje stanowisko. 5% nie potwierdziło zasadności takiego działania. Pozostała grupa (14%) nie ma wyrobionej opinii na ten temat [30]. Prawie wszyscy ankietowani (97,17%) badani przez Borkowską deklarowali, iż w trakcie toku studiów nie mieli zajęć związanych z aspektami transplantologii w różnych kulturach. Jedynie 2,83% oświadczyło, iż takowe zajęcia były przeprowadzane u nich na poziomie kształcenia wyższego. 66,99% spośród respondentów, u których nie przeprowadzano zajęć dotyczących aspektu transplantologii w różnych kulturach oznajmiło, iż chciałoby w takowych zajęciach jednak uczestniczyć. 17,48% ankietowanych z tej samej grupy nie jest jednak zainteresowanych zajęciami dotyczącymi dawstwa narządów. Według opinii respondentów Borkowskiej, do upowszechniania przeszczepów w dużym stopniu mogą przyczynić się faktyczni dawcy i biorcy (14%) oraz lekarze zaangażowani w przeszczepy (19%), czyli ci, którzy są osobiście zaangażowani w procedurę przeszczepów. 50% ankietowanych uważało, że nie tylko ci, którzy biorą bezpośredni udział w przeszczepach, ale również personel medyczny, media oraz Kościół powinni brać udział w upowszechnianiu wiedzy [30].

Gdańscy studenci w większości (67,92%) oświadczyli, iż nie znają sławnej osoby, która podpisałaby oświadczenie woli, bądź była dawcą. 28,30% deklarowało znajomość takiej osobistości. Wśród ankietowanych, którzy deklarowali znajomość sław propagujących ideę dawstwa narządów poprzez podpisanie oświadczenia woli najwięcej respondentów (76,67%) wskazywało nazwisko „Saleta" Andrzeja Saletę. 82,61% respondentów za przywódcę religijnego propagującego idee transplantologii wskazało Jana Pawła II.

Wnioski

1. Większość studentów nigdy nie uczestniczyła w zajęciach zawiązanych z tematyką transplantologii.
2. Duża część ankietowanych wiedziała co to oświadczenie woli.
3. Badana populacja w większości trafnie wskazała stany chorobowe dyskwalifikujące do potencjalnego dawstwa narządów.
4. Prawie wszyscy ankietowani wykazali akceptację wobec transplantologii.

Piśmiennictwo

1. http://www.poltransplant.pl/Download/polgraft.pdf, data pobrania 01.01.2012

2. Kuzyszyna Z.: Społeczno-etyczne aspekty transplantologii. Wyd. Continuo, Wrocław, 2011, 5-33.
3. http://www.nik.gov.pl/plik/id,2850,vp,3606.pdf, data pobrania 01.01.2012
4. Bohatyrewicz R., Makowski A., Kępiński S. Rozpoznawanie śmierci mózgu. [w:] Rowiński W., Wałaszewski J., Pączek L.(red.). Transplantologia kliniczna. Wyd. I, Wyd. Lek.e PZWL, Warszawa, 2004, 50–59.
5. http://cornetis.pl/pliki/OP/2008/4/OP_2008_4_185.pdf, data pobrania 01.01. 2012
6. http://www.nerka.org/files/Dodatek%20Rz2.pdf, data pobrania 01.01.2012
7. http://www.przeszczep.pl/?a=tekst&id=480, data pobrania 01.01.2012
8. http://www.nowinylekarskie.ump.edu.pl/uploads/issues/78/078_0159.pdf, data pobrania: 02.01.2012.
9. http://www.pressje.org.pl/assets/articles/article_105.pdf, data pobrania 01.01. 2012.
10. http://biesaga.info/wp-content/uploads/2009/11/IV.-2.-Biesaga-T.-Wobec-zgody-domniemanej-i-zaw%C5%82aszczania-zw%C5%82ok-do-transplantacji-MP-12006-20-24.pdf , data pobrania: 02.01.2012.
11. Rowiński W.: Aspekty prawne i etyczne przeszczepiania narządów. Służba Zdrowia, 2002, 26-30, 17-18.
12. Rowiński W.: Aspekty prawne i etyczne przeszczepiania narządów. Służba Zdrowia 2002, 75-76.
13. Rzepliński A.: Prawne granice dopuszczalności transplantacji narządów i tkanek ludzkich w myśl przepisów Rady Europy. Prawo i Med., 2002, 12, 51-63.
14. Hołub G.: Jak rozwiązywać problemy bioetyczne na forum społeczeństwa laickiego i pluralistycznego?. Med. Prakt., 2006, 20-24.
15. Brzeziński T. Historia medycyny. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000
16. Bisaga T.: Etyka cnót w etyce medycznej. Med. Prak,. 2006, 3, 20-23.
17. Wróbel J.: Człowiek i medycyna: teologiczno-moralne podstawy ingerencji medycznych. Wydawnictwo Księży Sercanów, Kraków, 1999, 107-125.
18. Dobrowolska B., Reczek A., Kózka M.: Charakterystyka wybranych religii świata i grup etnicznych [w:] Problemy wielokulturowości w medycynie. Krajewska – Kułak E., Wrońska I., Kędziora-Kornatowska (red.). Wyd, Lekarskie PZWL, Warszawa , 2010, 19-58.
19. Małkowski P.: Kulturowe uwarunkowania w transplantologii [w:] Problemy wielokulturowości w medycynie, Krajewska – Kułak E., Wrońska I., Kędziora-Kornatowska (red.). Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2010, 327-337.
20. Oniscu G.C., Forsythe J.L.R.: An overview of transplantation in culturally diverse regions. Ann. Acad. Med., 2009, 38, 65-369.
21. Bruzzone P.: Religious Aspects of Organ Transplantation. Transplantation Proceedings, 2008, 40, 1064-1067.
22. http://www.uniatransplantacyjna.pl/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=129 , data pobrania 01.01.2012
23. Nesterowicz M., Śliwka K.: Pobieranie ze zwłok komórek, tkanek i narządów do celów naukowych – problem prawny i medyczny. Prawo i Med., 2009, 4, 5-12.
24. Rowiński W., Wałaszewski J., Safian D., Safian M.: Problemy etyczno-obyczajowe przeszczepiania narządów. Służ. Zdr., 2002, 75-76.
25. http://www.neurocentrum.pl/biblioteka/zdrowie_rodziny/tom1/baran.pdf, data pobrania: 04.01.2012.
26. https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:4DzJZl6z7dYJ:www.pp.viamedica.pl/darmowy_pdf.phtml%3Findeks%3D12%26indeks_art%3D190+opinia+na+tema

t+dawstwa+narz%C4%85d%C3%B3w+w%C5%9Br%C3%B3d+student%C3%B3w+uczelni+wy%C5%BCszych+Szczecina&hl=pl&gl=pl&pid=bl&srcid=ADGEESiT3xe4cEiDCK-79UJsDGFhodX6qkd3MUE-Q17uRf6KAbki-ruj9Y8Q_plqRof5xpQX1lBwLFm_EaO-VP7GSB31mTiuV-z4AAmWgTG5anGBE_8980WEiLcHYZWeHoQyagCaSmnk&sig=AHIEtbSpxoIPIlHeTN__D_z3TKGIL-GS4Q, data pobrania: 02.01.201.
27. http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2011/K_091_11.PDF, data pobrania: 01.01.2012.
28. http://www.pzp.am.wroc.pl/pdf/2011/15.pdf , data pobrania: 14.01.2012.
29. http://www.pzp.am.wroc.pl/pdf/2011/3.pdf,data pobrania: 14.01.2012.
30. http://www.google.pl/url?sa=t&rct=j&q=wydawnictwo%20wy%C5%BCszej%20szko%C5%82y%20agrobiznesu%20w%20%C5%82om%C5%BCy%20seria%3Azeszyty%20naukowe%20nr%2040%20%C5%82%C3%B3d%C5%BA&source=web&cd=2&ved=0CDIQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.wsa.edu.pl%2Fwydawnictwa.html%3Ffile%3Dtl_files%2Fdownload%2Fwydawnictwa%2FZN%252040.pdf&ei=1mJJT8nxIIaeOuC__YMO&usg=AFQjCNFqD5e9IvSptjBgJ-lckv69CxpdQA&sig2=FZKB-BAebWMWEh_f15aTRg, data pobrania: 14.01.2012.
31. Nowacka M. Etyka a transplantacje. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2006.

Kuszczak Anita, Tyrakowska Zuzanna Judyta, Drzymkowski Jarosław, Turko Barbara, Młynarczyk Izabela, Hładuński Marcin, Szymańczyk Piotr, Chilińska Ewelina, Ryniec Malwina, Porowska Weronika, Romanowska Joanna, Kotowicz Małgorzata, Małachwiej Paulina, Żarnoch Ewelina, Rozwadowska Emilia, Krajewska-Kułak Elżbieta

Przeszczepianie zwierzęcych organów ludziom - aspekty ksenotransplantacji

SKN Wolontariuszy Medycznych, Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Definicja pojęcia ksenotransplantacja

Transplantacja jest to zabieg operacyjny polegający na pobraniu części organizmu albo narządu jednego człowieka (nazywanego dawcą) i wszczepieniu go do organizmu drugiego człowieka (nazywanego biorcą), który koniecznie potrzebuje tego narządu, by móc dalej żyć. Ksenotransplantacja natomiast jest, według U.S. Public Health Service, każdą procedurą, która obejmuje transplantację, implantację czy infuzję człowiekowi żywych komórek, tkanek lub organów pochodzących od zwierząt, a także płynów ustrojowych, komórek, tkanek czy narządów człowieka, które weszły w kontakt ex vivo ze zwierzęcymi komórkami, tkankami lub narządami **[**1**]**.

Historia

Już w 1682 roku w Rosji wykonano zabieg, podczas którego użyto psią kość, aby uzupełnić ubytek w czaszce rannego arystokraty. Natomiast pod koniec XIX wieku do leczenia oparzeń stosowano żabią skórę. Przełomem był rok 1905, w którym Francuz M. Princeteau wszczepił płaty nerki królika do nerki dziecka mającego skrajną mocznicę, uzyskując w ten sposób zwiększenie wydzielania moczu. Po 16 dniach dziecko zmarło. Pierwsza, nieudana, próba przeszczepienia człowiekowi całego narządu - serca świni - odbyła się w roku 1922 [2].

Przed 46. laty profesor Jan Nielubowicz wraz ze swoim zespołem wykonał w Warszawie, po raz pierwszy w Polsce, udany zabieg przeszczepienia nerki pobranej od osoby zmarłej. W rocznicę tego wydarzenia dzień 26 stycznia ustanowiono Krajowym Dniem Transplantacji. Powyższe zdarzenie zmotywowało polskie środowisko medyczne do prowadzenia dalszych badań, zwłaszcza dotyczących dawców zwierzęcych, które zaowocowały m.in. zabiegiem przeszczepienia pacjentowi przez prof. Zbigniewa Religę serca świni w 1992 r. Pomimo śmierci pacjenta po kilkudziesięciu godzinach, był to wielki sukces, ponieważ organy przeszczepione do tej pory w innych krajach pracowały maksymalnie przez kilkadziesiąt minut.

W 1975 r. Światowe Stowarzyszenie Lekarzy (World Health Association) opracowało i przyjęło na kongresie w Helsinkach zbiór wytycznych określających warunki prowadzenia eksperymentów w medycynie [3].

Podział i rodzaje

Oprócz wymienionej powyżej klasyfikacji zabiegów ksenotransplantacji w zależności od rodzaju przeszczepianych tkanek bądź organów, bardzo istotny jest również podział ze względu na kryterium wyboru zwierzęcia będącego dawcą. Decyzja ta jest bardzo trudna, ponieważ jego narządy muszą wykazać się jak największym podobieństwem do ludzkich zarówno w zakresie anatomii organu, jak również fizjologii **[**4**].**

W XX wieku pawiany, szympansy oraz świnia domowa stały się najczęstszymi potencjalnymi dawcami. Naczelne są zwierzętami najbliżej spokrewnionymi filogenetycznie z człowiekiem, jednak małe rozmiary narządów (duży szympans waży zaledwie 30kg) powodują, że mogą być one wykorzystywane tylko u dzieci **[**4**].**

Małpy natomiast są trudne w hodowli, późno osiągają dojrzałość płciową, rodzą niewielką ilość potomstwa, więc takie rozwiązanie mogłoby okazać się bardzo drogie. Dodatkowo, znaczne podobieństwo genetyczne powoduje, że duża ilość wirusów małp człekokształtnych jest w stanie zarażać ludzi **[**5**].**

Świnie zaś są dużo tańsze i łatwiejsze w hodowli, mają liczne mioty, szybko dorastają do rozmiarów dorosłego człowieka, a ich narządy są bardzo podobne pod względem anatomicznym i fizjologicznym do organów ludzkich, m.in. zbliżony rzut minutowy serca, ciśnienie krwi. Pokrewieństwo świni domowej i człowieka jest jednak na tyle odległe, że powstają problemy związane z pokonaniem biologicznej bariery odpornościowej. Układ odpornościowy biorcy rozpoznając tkankę obcą, niszczy przeszczepiony narząd. Z tego powodu trwają próby wprowadzania genów, których celem jest jeszcze lepsze oszukiwanie ludzkiego systemu immunologicznego **[**4**].**

Skala zjawiska

Lista narządów, które już można przeszczepić człowiekowi, obejmuje jak dotąd: serce, nerki, trzustkę, wątrobę, płuca, jelito, rogówki, kości, skórę oraz szpik kostny. Obecnie z przeszczepionym narządem żyje w naszym kraju już kilka tysięcy ludzi, jednak prawie 90 tys. osób na całym świecie wciąż czeka na operację, a mniej niż połowa ma szansę, aby znaleźć pasującego dawcę w przeciągu roku. W Wielkiej Brytanii ok. 25-30% oczekujących na przeszczep serca lub płuca umiera nie doczekawszy się narządu **[**3**].**

Zdaniem naukowców praktycznie każdy z przeszczepianych obecnie organów można zastąpić narządami pochodzącymi od zwierząt. Co prawda na chwilę obecną nie jest powszechnie praktykowane, jednak - zdaniem naukowców - moment, w którym zwierzęta staną się dla ludzi „fabrykami części zamiennych" jest coraz bliższy **[**6].

Konsekwencje zjawiska

Zwierzęce narządy i tkanki mogą być już za kilka lat rutynowo wszczepiane dziesiątkom tysięcy pacjentów rocznie. Na początku dynamicznego rozwoju ksenotransplantacji naukowcy ostrzegali, że grozi to wybuchem globalnej epidemii. Jednak bez genetycznie zmodyfikowanych zwierząt trudno byłoby sobie wyobrazić postęp w medycynie, a nawet w poznawaniu funkcjonowania ciała człowieka. Jeszcze kilka lat temu obawy ludzi wywoływały zwierzęce wirusy mogące przedostać się do organizmu człowieka, ale naukowcy uspokajają, że potrafią bezpiecznie prowadzić hodowlę, a także ograniczać zagrożenia. Dziś, patrząc na szybkie postępy i sukcesy tego

typu badań, możemy mieć nadzieję, że omawiane zjawisko idzie to w dobrym kierunku [2, 6].

Zamierzeniem obecnych prac środowiska naukowego jest wyhodowanie zwierząt (głównie świń) o cechach zmienionych w taki sposób, aby w jak najmniejszym stopniu różniły się biologicznie od człowieka. Owe modyfikacje genetyczne spowodują, że serce i inne narządy świni będą pokryte na powierzchni ludzkimi białkami, co nie wywoływało by odpowiedzi immunologicznej po przeszczepieniu ich człowiekowi. Trafnym można określić porównanie, że zmodyfikowane genetycznie narządy zwierzęcia byłyby rozpoznawane przez układ odpornościowy jako własne i prawidłowe, podobnie jak Czerwony Kapturek nie zdał sobie sprawy, że to wilk przebrany w ubranie babci. Rasa świń stworzona przez naukowców z brytyjskiej firmy Imutran ma szansę stać się kluczem do jednej z największych rewolucji w dziedzinie medycyny [7].

Zdaniem Davida Sachsa z Harvard Medical School, liczba samych przeszczepów serca w USA mogłaby sięgnąć 400 tys. rocznie, gdyby udało się pokonać ostatnie trudności, związane z transplantacjami narządów zwierzęcych do organizmu człowieka, czyli tzw. ksenotransplantacjami [2].

Z drugiej jednak strony trwają prace nad wyprodukowaniem leków, które osłabiłyby działanie mechanizmów odpornościowych organizmu biorcy, a także poszukuje się możliwości dokonywania u niego zmian genetycznych upodabniających pewne części jego organizmu do organizmu zwierzęcia – dawcy [2].

Mając na uwadze bezpieczeństwo pacjentów nie należy zapominać, że do tej pory zagrożeni byli również potencjalni dawcy, ponieważ każdy zabieg może być obciążony komplikacjami.

Przyczyny wszczepiania organów zwierzęcych

Przeszczepy organów to dziś już codzienność. Co roku na świecie przeprowadza się ich ok. 30 tysięcy. Zapotrzebowanie na odpowiednie organy przerosło jednak możliwości ich źródeł, ponieważ potrzebujących jest ponad trzy razy tyle i ciągle przybywa, zaś narządów do transplantacji nie. Coraz lepsza infrastruktura i większa świadomość społeczeństwa dotycząca bezpieczeństwa na drodze sprawiły, że liczba wypadków znacznie spadła. Wynikiem powyższego jest mniejsza liczba zdrowych, młodych dawców. Zatem rozwiązaniem problemu mogłoby być użycie tkanek i narządów zwierząt.

Ksenotransplantacja, czyli właśnie przeszczepianie zwierzęcych narządów to szansa dla ciężko chorych pacjentów. Nie jest to rozwiązanie idealne i dożywotnie, jednak pozwoli na przedłużenie życia w oczekiwaniu na dalszy rozwój medycyny w zakresie sztucznych narządów czy hodowli organów z komórek macierzystych [4].

Zaletą ksenotransplantologii jest całkowita eliminacja niebezpieczeństwa, na jakie narażeni są dawcy przeszczepu. Dzięki pobieraniu tkanek od zwierząt, nie okalecza się ani nie naraża na śmierć żadnego człowieka.

Różne spojrzenia na zjawisko ksenotransplantacji

Ksenotransplantacja jest zjawiskiem stawiającym wiele pytań natury etycznej, prawnej, religijnej i światopoglądowej, które są przedmiotem licznych dyskusji prowadzonych pomiędzy jej zwolennikami a przeciwnikami. Transplantologia jako nowa dziedzina bardzo szybko się rozwija, toteż lista argumentów ulega ciągłym modyfikacjom.

Sceptycy twierdzą, że jeśli spojrzeć na historię ksenotransplantacji, czyli przeszczepów międzygatunkowych, to organy zwierząt przeszczepia się ludziom od ponad 100 lat, jednak okres ten można określić długim pasmem niepowodzeń.

Zwolennicy ksenotransplantacji natomiast tłumaczą, że choć sama technika operacyjna wydaje się dziś stosunkowo prosta, zawsze największy problem stanowił układ odpornościowy biorcy, który rozpoznając obcą tkankę, niszczy przeszczepiony organ. Podobna reakcja zachodzi w przypadku przeszczepu ludzkich narządów, ale jest ona o wiele łagodniejsza i medycyna dysponuje już lekami, które potrafią ten proces zahamować **[**3, 8, 9**]**.

Z punktu widzenia pacjentów

Biorąc pod uwagę bezpieczeństwo pacjentów nie można zapominać, że do tej pory zagrożeni byli również potencjalni dawcy, ponieważ każdy zabieg może być obciążony komplikacjami. Zaletą ksenotransplantologii jest całkowita eliminacja niebezpieczeństwa, na jakie narażeni są dawcy przeszczepu: dzięki pobieraniu tkanek od zwierząt, nie okalecza się ani nie naraża na śmierć żadnego człowieka **[**8**]**.

Prezentowane rozwiązanie nasuwa również pytanie, kto będzie dostawał narządy pochodzące od ludzi (uznawane, bardziej preferowane), a kto organy zwierzęce? Czym uwarunkowany będzie proces decyzyjny?

Z punktu widzenia ochrony praw zwierząt

Zdrowie i życie człowieka są wartościami najwyższymi, jednak nie można zapominać o obowiązku humanitarnego traktowania zwierząt. Obrońcy ich praw apelują, że niedopuszczalne jest traktowanie transgenicznych świń jako żywych inkubatorów do produkcji "części zamiennych" dla ludzi.

Wielka Brytania (od roku 1997), Nowa Zelandia (od roku 1999) i Szwecja (od roku 2003 roku) wykluczają posługiwanie się małpami człekokształtnymi w celach badawczych i doświadczalnych. Irlandia wdraża politykę zabraniającą wydawania licencji na projekty, które przewidują wykorzystanie jakichkolwiek gatunków naczelnych. W Japonii naukowcy zaprzestali inwazyjnych badań na szympansach i domagają się całkowitego ich zakazania. Stany Zjednoczone nadal nie wprowadziły takiego zakazu, a w amerykańskich laboratoriach znajduje się tysiąc dwieście szympansów (wg inspekcji z czerwca 2003 roku cytowanej przez IAT Bulletin) **[**10**]**.

Coraz częstsze manipulacje genetyczne zwierząt hodowlanych przyczyniły się do tego, że w 1995 roku Brytyjska Komisja Bannera (Banner Committee) przedstawiła trzy zasady dotyczące wprowadzenia nowych metod do hodowli zwierząt, które dotyczą również inżynierii genetycznej:

- Narażenie zwierząt na uszczerbki pewnego rodzaju lub określonego natężenia jest niedopuszczalne w żadnych sytuacjach.
- Wyrządzanie zwierzęciu jakiejkolwiek krzywdy, nawet jeśli nie jest całkowicie niedopuszczalne, musi być uzasadnione i zrównoważone oczekiwanymi pozytywnymi skutkami tego postępowania.
- Krzywda uzasadniona zgodnie z zasadą wyrażoną w punkcie 2 powinna być możliwie jak najmniejsza **[**11**]**.

Z punktu widzenia lekarzy

Jak już wspomniano, środowisko lekarskie podkreśla takie zalety ksenotransplantologii, jak: precyzyjne zaplanowanie terminu oraz dokładne przebadanie narządu, co pozwala uniknąć takich skutków, jak wpływ śmierci mózgu na organy. Dodatkowo unika się problemów ze zgodą pacjenta **[**7**]**.

Z punktu widzenia epidemiologów

Epidemiolodzy podkreślają, że bliskie pokrewieństwo między człowiekiem a zwierzęciem, od którego pobierany będzie organ, może powodować zagrożenie związane z wirusami. Ponadto pojawiają się obawy odnośnie przeniesienia do organizmu człowieka wirusów, które choć nie są zagrożeniem dla zwierząt, mogą po przeszczepie zaatakować tkanki ludzkie. Jest to jedyna w swoim rodzaju sytuacja, w której komórki zwierzęce wchodzą w bezpośredni kontakt z ludzkimi. W połączeniu z osłabionym układem odpornościowym, wywołanym dużą dawką leków immunosupresyjnych, powstają warunki wyjątkowo sprzyjające infekcji wirusowej, co niesie ze sobą groźbę wybuchu epidemii, ponieważ takie zakażenie jest niebezpieczne nie tylko dla biorcy organu, ale również dla innych ludzi. Nikt na ten moment nie jest w stanie określić, jakie jest prawdopodobieństwo takiego zdarzenia, jednak zwolennicy ksenotransplantacji uważają, że ryzyko pojawiania się nowych chorób pochodzenia odzwierzęcego jest takie samo, jak do tej pory **[**7**]**.

Biorąc pod uwagę fakt, że przeszczepy zwierzęcych organów mogą ratować wiele istnień, niewielkie ryzyko, które stwarzają, wydaje się być możliwe do zaakceptowania.

Z punktu widzenia ogółu społeczeństwa

Ksenotransplantacja jako metoda leczenia może być stosowana tylko przy akceptacji społecznej, gdyż to jego opinia będzie kluczowa w kwestii ewentualnego poszerzenia bądź zakończenia badań.

Z prawnego punktu widzenia

Pomiędzy różnymi krajami mogą istnieć duże różnice w przyjętej filozofii odnoszącej się do zasad tworzenia regulacji prawnych. Powyższe jest zauważane zwłaszcza w sytuacjach, kiedy poruszana tematyka związana jest z dużą zawartością emocjonalną, nie jest „obojętna" w zestawieniu z normami etycznymi, religijnymi lub światopoglądowymi. Istnieje zatem duże prawdopodobieństwo, że prawne regulacje dotyczące ksenotransplantologii będą odmienne w różnych krajach.

Długo oczekiwana deklaracja przedstawiona na kongresie w Helsinkach zezwoliła na dokonywanie eksperymentów tylko przez osoby o wysokich kwalifikacjach oraz po przeprowadzeniu wszelkich możliwych testów laboratoryjnych i na zwierzętach. Eksperymenty na ludziach mogą być podjęte wyłącznie wtedy, gdy wynikająca z nich korzyść dla osób poddawanych badaniom jest znacznie większa niż towarzyszące im ryzyko, a interes badanego musi stać zawsze ponad interesem społeczeństwa czy nauki. Osoby poddawane eksperymentom muszą być szczegółowo powiadomione o przebiegu badania, korzyściach z niego płynących i możliwym ryzyku. Na podstawie tych informacji wyrażają one zgodę na udział w eksperymencie, która jest koniecznym warunkiem prowadzenia badań, która może być w każdej chwili wycofana **[**8**]**.

Negatywnym efektem owych zróżnicowanych uregulowań prawnych może być zjawisko „ksenoturystyki", a więc przemieszczania się (również zorganizowanego) pacjentów z kraju, gdzie nie mogą być poddani zabiegowi ksenotransplantacji, do kraju, gdzie taki zabieg jest prawnie dopuszczalny.

Z punktu widzenia religii

Aktualne stanowisko wszystkich głównych religii światowych nie ocenia ksenotransplantacji jako aktu, który może prowadzić do zmiany tożsamości. W odniesieniu do judaizmu i islamu należy wspomnieć, że obowiązuje tam zakaz spożywania mięsa świń, jednak obydwie religie nie traktują przeszczepu organu pochodzenia świńskiego jako aktu tożsamego ze spożywaniem mięsa tych zwierząt. Traktują go jako sposób uzyskiwania szczególnego rodzaju korzyści z wykorzystaniem tego gatunku zwierząt, uzasadnionej ratowaniem ludzkiego życia. Ksenotransplantacje

są etycznie akceptowane przez kościół katolicki. Istnieją jednak dodatkowe zastrzeżenia, które nie dopuszczają transplantacji komórek mózgowych i gonad: *„Aby ksenotransplant był dopuszczalny, przeszczepiany organ nie może naruszać psychicznej i genetycznej tożsamości osoby, która go przyjmuje; ponadto musi także istnieć dowiedziona biologiczna możliwość, iż przeszczep się uda i że nie narazi odbiorcy na niekontrolowane ryzyko*" [Jan Paweł II, przemówienie do uczestników Kongresu Światowego Towarzystwa Transplantologicznego w Rzymie, 29 sierpnia 2000].

Ponadto, ksenotrasplantologia może stać się alternatywą dla transplantacji wśród wyznawców religii zakazujących przeszczepiania ludzki organów.

Rozwój zjawiska

Choć próby wykonywania przeszczepów tkanek były podejmowane już kilkaset lat temu, bardzo dobre wyniki zaczęto osiągać dopiero w latach sześćdziesiątych XX w. Operacje przeszczepiania tkanek cechowała dużo mniejsza ilość komplikacji niż całych narządów, dlatego całkowitym sukcesem kończyły się tylko przeszczepy oczyszczonych chemicznie zastawek serca pobranych od cieląt oraz świń.

By transplantacje zwierzęcych organów mogły się udać, największą nadzieję pokłada się w ich genetycznej modyfikacji, nad którą prace są już bardzo zaawansowane. Rozwój biotechnologii umożliwił potrafimy m.in. hodowlę zwierząt z wybranymi genami człowieka - z ich krwi, mleka czy moczu otrzymywanych jest ponad czterdzieści produktów farmaceutycznych ratujących życie i zdrowie ludzkie. Przykładem może być mleko transgenicznych owiec, z którego pozyskiwany jest czynnik VIII krzepliwości krwi, niezbędny w terapii hemofilii oraz mleko transgenicznych królików dające ludzki hormon wzrostu i mocz transgenicznych myszy - erytropoetyny, hormonu skutecznego w leczeniu anemii. Wiele z tych produktów najprawdopodobniej już wkrótce będzie mogło wejść w fazę badań klinicznych **[**9**]**.

Najwięcej komplikacji wzbudzają przeszczepy całych zwierzęcych narządów. By takie operacje miały szansę powodzenia, potrzebne jest skuteczne upodobnienie wszystkich komórek zwierzęcia do ludzkich, nad czym intensywnie pracują uczeni z kilku krajów, w tym także z Polski. Najbardziej zaawansowane prace prowadzone są na świniach. Zwierzęta te mają narządy zbliżone wielkością do człowieka, przy czym łatwo się rozmnażają i są tanie w hodowli.

Idealny osobnik to taki, którego komórki byłyby pozbawione powierzchownych białek, rozpoznawanych po przeszczepie przez drugi organizm jako obce, co jest przyczyną odrzutu. Dodatkowo musi być wzbogacony o geny człowieka, które upodobniłyby jego tkanki i narządy do ludzkich. Polacy są jednymi z pierwszych, którym udało się wyhodowanie takiego okazu. „*Prace prowadziliśmy w podkrakowskich Balicach, a przewodniczył im koordynator projektu prof. Zdzisław Smorąg z Instytutu Zootechniki. Pierwsze tak zmienione genetycznie zwierzę, knura TG1154 wyhodowaliśmy już w 2003 roku. Od tamtego czasu doczekaliśmy się już całego stada świń, które potencjalnie mogą zostać dawcami organów dla ludzi*"**[**4**]** opowiada prof. Ryszard Słomski, kierownik Katedry Biochemii i Biotechnologii Akademii Rolniczej w Poznaniu.

Dwa lata temu przeprowadzono pierwszy w Polsce zabieg przeszczepu wątroby zmodyfikowanego genetycznie knura innej, ale niezmienionej transgenicznie świni. Wątroba podjęła pracę i zaczęła produkować żółć. Celem przeszczepiania także innych organów i udoskonalenia metod przeszczepów tak, by mogły byś stosowane również u ludzi konieczne są dalsze doświadczenia, np. na małpach. Polscy naukowcy nawiązali

już współpracę ze specjalizującym się w tej dziedzinie ośrodkiem w Hanoi. Z uwagi na brak środków finansowych kontynuacja badań nie jest możliwa. By zgromadzić potrzebne fundusze naukowcy zgłosili się Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego, które – w momencie przygotowywania niniejszej publikacji – dotychczas nie udzieliło odpowiedzi [5].

Czynniki wpływające na rozwój lub stagnację zjawiska

Transplantacje tkanek zarówno ludzkich, jak i zwierzęcych, od dawna nie stanowiły szczególnego problemu technicznego dla chirurgów. Znacznie poważniejszym wyzwaniem były przeszczepy całych narządów. Na początku naszego stulecia, wraz z rozwojem medycyny, zaczęto brać pod uwagę możliwość przeszczepiania serca, wątroby czy nerki. Jednym z ważniejszych osiągnięć, które umożliwiły takie operacje, było opanowanie sztuki łączenia naczyń krwionośnych. Pierwsze zakończone sukcesem eksperymenty z przeszczepami nerek pomiędzy zwierzętami laboratoryjnymi wykonano w Wiedniu w 1902 roku.

Przez wiele lat próby przeszczepiania narządów pomiędzy ludźmi (tzw. transplantacje allogeniczne, czyli przeszczepy pomiędzy niespokrewnionymi organizmami w obrębie jednego gatunku) kończyły się niepowodzeniami, gdyż nie znano zasad działania układu odpornościowego, który sprawiał, że przeszczepy były odrzucane. Układ ten jest głównym strażnikiem naszego organizmu przed wrogimi drobnoustrojami wywołującymi choroby zakaźne oraz nowotworami powstającymi z naszych własnych zbuntowanych komórek. Ubocznym skutkiem działania układu odpornościowego jest odrzucanie przeszczepów -tkankę pochodzącą od innego człowieka uznaje on za "obcą" i próbuje ją zniszczyć. Przyczyną tego zjawiska są różnice genetyczne pomiędzy poszczególnymi ludźmi [12].

Podobnie jak ludzie różnią się od siebie kolorem oczu, kształtem nosa czy choćby wzrostem, tak odmienni są też pod względem biochemicznych właściwości tkanek. Najbardziej znanym tego przykładem są grupy krwi. Powszechnym jest zakaz przetaczania krwi pomiędzy dwiema przypadkowymi osobami, a błąd w doborze grup krwi może rodzić duże negatywne konsekwencje. Z jednej strony podobna jest kwestia przeszczepów, w drugiej jednak – bardziej skomplikowana. Sukces transplantacji zależy w głównej mierze od tego, na ile podobne są do siebie tkanki dawcy i biorcy. Komórki, z których zbudowane są tkanki, mają na swej powierzchni bardzo dużą liczbę różnorodnych białek. Wiele z nich pełni rolę znaków rozpoznawczych dla własnego systemu odpornościowego. Są to tzw. antygeny zgodności tkankowej [13].

Świnia jest najlepszym dawcą organów dla człowieka z racji tego, że wielkość jej narządów oraz ich wydolność jest niemal taka sama jak u ludzi.

Kolejnym czynnikiem wpływającym na rozwój ksenotransplantacji jest edukacja ułatwiająca jednostkom świadomą decyzję, które działania należy uznać za pozytywne dla rozwoju ludzkiej egzystencji, a które wręcz przeciwnie. Paradoksalnym jest fakt, że społeczeństwo o rozwoju medycyny nie dowiaduje się z literatury branżowej, lecz z kinematografii, nie zawsze przedstawiającej nowe technologii wiarygodnie.

Przeszczepianie narządów, jako metoda lecznicza, może być stosowane jedynie w przypadku pełnej akceptacji społecznej, która jest warunkiem koniecznym do dalszego rozwoju ksenotransplantologii. Przełamanie barier obyczajowo-społecznych wymaga szerokiego programu edukacyjnego, wspomaganego przez publiczne media oraz poparcia osób i instytucji cieszących się zaufaniem społecznym, takich jak

przedstawiciele władz państwowych, związków wyznaniowych oraz osób powszechnie szanowanych.

Piśmiennictwo

1. Smorąg Z., Słomski R., Cierpka L.: Biotechnologiczne i medyczne podstawy ksenotransplantacji. Ośrodek Wyd. Nauk., Poznań 2006.
2. Łęski T.: Serce prosto od świni. Wiedza i Życie, 1999, 1.
3. Meller J.: Transplantacje - etyczna problematyka przeszczepiania narządów. Episteme, 2001, 17, 199-225.
4. Krzyszkowska R.: Zwierzęta ludziom, Przew. Katol., 2007, 3.
5. Smorąg Z., Słomski R.: Ksenotransplantacja – możliwości i ograniczenia, Nauka, 2005, 4, 133-148.
6. Michalska E.: Ksenotransplantacja szansą dla serc? Wprost, 2009, 52.
7. Reiss M.J., Straughan R.: Poprawianie natury. Inżynieria genetyczna – nauka i etyka. Wyd. Amber, Warszawa 1997, 163-190.
8. Rowiński W.: Aspekty prawne i etyczne przeszczepiania narządów. Służba Zdrowia, 2009, 9.
9. Newell J.: W roli stwórcy? Dokąd zmierza inżynieria genetyczna? WNT, Warszawa, 1997.
10. Bishop J.: Ssaki transgeniczne. PWN, Warszawa, 2001.
11. Singer P.: W obronie zwierząt. Wyd. Czarna Owca, Warszawa, 2011.
12. Mepham B.: Bioetyka. Wprowadzenie dla studentów nauk biologicznych. PWN, Warszawa, 2008.
13. http://www.medhunters.com/articles/transplantTimelineXeno.html. Data pobrania 4.03. 2012.

Kowalik Jolanta[1,2], Prokopek Zofia[2]

Opinie pielęgniarek na temat transplantacji narządów

[1] Akademia Wychowania Fizycznego w Warszawie, Wydział Rehabilitacji, Samodzielny Zakład Pielęgniarstwa, ul. Marymoncka 34, Warszawa
[2] Collegium Masoviense Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu w Żyrardowie, Wydział Medyczny, kierunek Pielęgniarstwo ul. G. Narutowicza, Żyrardów

Wstęp

Lekarze od wieków marzyli o tym, aby w przypadku chorego narządu można go było zastąpić nowym. Próby zastąpienia organu uszkodzonego zdrowym organem pobranym ze zwłok podejmowane już były w różnych cywilizacjach. Legenda o świętych męczennikach Damianie i Kosmie mówi, że dokonali oni wymiany chorej nogi na zdrową, którą pobrali ze zwłok. Jednak próby te ze względu na niewielką wiedzę na temat funkcjonowania organizmu kończyły się niepowodzeniami. Dopiero w XX wieku, dzięki odkryciu grup krwi w 1901 roku przez serologa austriackiego Karla Landsteinera, doszło do rozwoju transplantologii.

W 1933 roku pierwszego przeszczepu nerki dokonał Voronov. W 1967 roku w Kapsztadzie Christian Barnard wykonał pierwszy przeszczep serca. Kolejnym ważnym krokiem w rozwoju tej dziedziny medycyny był rok 1983 – Cyklosporynę uznano za środek, który zapobiegał odrzucaniu przeszczepów. Dzięki zastosowaniu tego leku przeszczepy mogły stać się rutynowym zabiegiem [1]. W Polsce w 1966 roku Nielubowicz i T. Orłowski dokonali pierwszego przeszczepu nerki, a w 1967 roku Moll – przeszczepu serca. Natomiast Zieliński w 1969 roku dokonał próbnego przeszczepu trzustki, a w 1987 roku wątroby. W 1985 roku Religa wykonał udany przeszczep serca [2].

Wieloletnie badania oraz współpraca wielu lekarzy i naukowców z różnych dziedzin doprowadziły do wprowadzenia nowych schematów immunosupresyjnych, rozpoznania i leczenia procesu odrzucenia, zastosowania nowych technik chirurgicznych i opracowania nowych technik badania zgodności tkankowej [3]. Nowoczesne leczenie immunosupresyjne wpłynęło na wydłużenie życia chorych po przeszczepach. Ponadto uległa zmniejszeniu liczba i ciężkość powikłań [4]. Przeszczepianie narządów jest uznaną i skuteczną metodą leczenia chorych ze skrajną niewydolnością nerek, płuc, wątroby, serca i trzustki. Przeszczepiony narząd daje chorym nie tylko szansę na przedłużenie życia, lecz również na zdecydowaną poprawę jego jakości. W wielu przypadkach pozwala na pełny powrót do pełnienia ról w życiu rodzinnym i społecznym [15].

Metoda ta ciągle jednak budzi wiele kontrowersji i dyskusji nie tylko wśród społeczeństwa, ale także w środowisku medycznym. Najwięcej zastrzeżeń wzbudzają aspekty: prawny, medyczny i etyczny dokonywania przeszczepów. Dotyczą one następujących zagadnień: momentu rozpoznania zgonu człowieka, zgody domniemanej,

wyboru biorcy narządu oraz obawy przed handlem narządami [5]. Medycyna transplantacyjna stała się ofiarą własnego sukcesu. Setki tysięcy pacjentów na świecie oczekuje na możliwość przeszczepienia narządu i często umiera nie mogąc doczekać się na zabieg. Narastającym problemem na świecie staje się pozyskiwanie dawców. Ze względu na ograniczenie liczby osiągalnych narządów każde pobranie powinno być pobraniem wielonarządowym [6]. Według prawa polskiego każda zmarła osoba, która za życia nie wyraziła sprzeciwu wobec pobierania narządów po śmierci, może zostać potencjalnym dawcą narządów. Osoby, które mają powyżej 16. r.ż mogą same zgłosić taki sprzeciw. Natomiast za osoby małoletnie, taki sprzeciw może wyrazić opiekun prawny [7]. Swój sprzeciw wobec pobierania narządów po śmierci można wyrazić w trzech formach: wpis do centralnego rejestru sprzeciwów (CRS), oświadczenie pisemne ze złożonym własnoręcznym podpisem, oświadczenie ustne, które zostało złożone w obecności, co najmniej dwóch osób w czasie przyjęcia lub hospitalizacji, potwierdzone pisemnie przez świadków [8]. Potencjalny dawca, którego sprzeciw został wpisany do CRS, otrzymuje potwierdzenie wpisu w formie druku komputerowego. Centralny rejestr sprzeciwów (CRS) prowadzony jest przez Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnie do spraw Transplantacji Poltransplant, który mieści się w Warszawie. Zgodnie z obowiązującą ustawą rodzina zmarłego nie musi być pytana o zgodę na pobranie narządów w celu ich przeszczepienia, ponieważ w myśl ustawy ciało ludzkie po stwierdzeniu śmierci mózgu nie podlega prawu własności, gdyż nie jest rzeczą. Jednak w praktyce lekarze rozmawiają i pytają rodzinę o zgodę na pobranie narządów [7]. Pobieranie narządów do przeszczepów jest możliwe po stwierdzeniu, przez powołaną komisję, trwałego, nieodwracalnego ustania czynności mózgu. W akcji trans plantacyjnej, która rozpoczyna się od momentu zgłoszenia potencjalnego dawcy do pobrania narządów zaangażowanych jest wiele osób: lekarz zgłaszający, lekarze-specjaliści, zespół zajmujący się dawcą, zakład radiologii, bakteriologii, zespoły transplantacyjne, pracownicy bloku operacyjnego i „Poltransplantu". Działania tych osób nadzorują koordynatorzy transplantacyjni na szczeblach: lokalnym, regionalnym i centralnym [7].

Na całym świecie istnieją trzy różne regulacje prawne dotyczące zgody na pobranie narządów od osób zmarłych. Zgoda „wprost" obowiązuje w Niemczech, Wielkiej Brytanii, Holandii, a także w USA (w większości stanów) w przypadku braku takiej zgody prawo zezwala na podjęcie decyzji przez rodzinę zmarłego [9]. W Polsce i w pozostałych krajach obowiązuje tzw. zgoda „domniemana". W myśl której każdy chory traktowany jest jak przyszły dawca, jeżeli za życia nie wyraził sprzeciwu w formie pisemnej lub ustnej. Definicja zgody „domniemanej" mówi, że w momencie stwierdzenia śmierci mózgu zwłoki należą do państwa i mogą być użyte do przeszczepów, bez zgody rodziny. Natomiast rodzina może zająć się tylko pochówkiem. Lekarz zgodnie z ustawą nie musi informować rodziny o pobraniu [10].

Zgodę domniemaną krytykują etycy – głównie chrześcijańscy. Twierdzą oni, że dzięki wprowadzeniu tej zgody zwiększyła się jedynie liczba narządów do pobrania, a zwłoki ludzkie zostały zawłaszczone przez państwo. Uważają, że ta ustawa narusza wolność osobistą każdego człowieka, ponieważ włącza do tego samego kręgu dawców świadomych i nieświadomych, którzy z różnych przyczyn nie wyrazili sprzeciwu. Etycy uważają, że potencjalny dawca powinien za życia świadomie i dobrowolnie wyrazić swoją zgodę „wprost" na pobranie narządów [10].

Zgodnie z nauką Kościoła Katolickiego życie człowieka jest wartością świętą i nadrzędną. Kościół nie jest przeciwny żadnej interwencji medycznej pod warunkiem, że jest on konieczny do ratowania lub przywrócenia życia ludzkiego. Oddanie narządu do przeszczepu powinno być darem wobec biorcy. Wypowiedzi papieża, dokumenty

Soboru Watykańskiego II i lekarzy katolickich potwierdzają pozytywną postawę Kościoła Katolickiego wobec przeszczepów [7]. Papież Jan Paweł II w Encyklice Evangelium Vitae potwierdza to mówiąc, że Kościół pod względem etycznym dopuszcza oddanie narządów w celu ratowania życia i zdrowia ludzi nieuleczalnie chorych [11]. W ten sposób podkreśla akceptację Kościoła wobec medycznego kryterium śmierci mózgu i uznaje, że człowiek umiera w tym momencie, kiedy umiera mózg. Kościół aprobuje pobieranie narządów przypominając jednak o obronie życia dawcy i biorcy. Ponadto zwraca uwagę na szacunek, jaki należy się ciału zmarłego człowieka oraz na to, że nie wszystkie narządy mogą być pobrane. Do takich narządów należą: gruczoły płciowe i mózgowie. Niemoralne jest pobieranie narządów od noworodków bezmózgowych, od więźniów i skazanych na śmierć. Kościół uważa, że pobieranie narządów od dzieci jest możliwe tylko wtedy, gdy lekarze mają pewność, że stan biorcy po przeszczepie ulegnie poprawie [12].

Cel pracy

Ukazanie opinii pielęgniarek na temat transplantacji narządów.

Materiał i metoda

Badanie przeprowadzono od sierpnia do października 2011r wśród pielęgniarek i pielęgniarzy. W badaniu wzięło udział 100 respondentów wybranych losowo. Narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety skonstruowany na potrzeby badania. Kwestionariusz ankiety składał się z 26 pytań, z czego 9 pierwszych dotyczyło informacji na temat grupy badawczej. Osoby biorące udział w badaniu zostały poinformowane o celu i anonimowości badań.

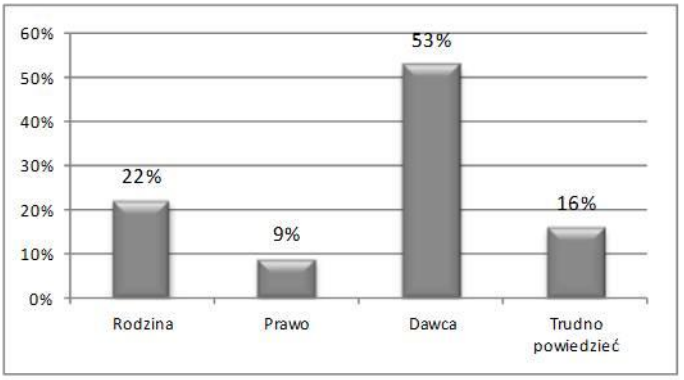
Wyniki

W badaniu wzięło udział 100 pielęgniarek i pielęgniarzy. Grupę badawczą w większości (95%) stanowiły kobiety. Badanych podzielono na 4 grupy wiekowe: 20-29 lat, 30-39 lat, 40-49 lat oraz 50 lat i więcej. Najmniej osób było w grupie wiekowej 20-29 lat – 12% badanych, między 30. a 39. rokiem życia było 29% badanych, najwięcej osób było w przedziale wiekowym między 40. a 49. rokiem życia – 36% badanych, a w grupie wiekowej 50 lat i więcej było 23% badanych. 48% osób biorących udział w badaniu pracowało w zawodzie ponad 20 lat. Wśród badanych 73% posiadało tylko średnie wykształcenie pielęgniarskie, wyższe pielęgniarskie 24%, a inne wyższe 3% badanych. Kurs kwalifikacyjny ukończyło 49% respondentów, specjalistyczny – 20%, doszkalający – 13% badanych, specjalizację – 7%, natomiast 2% respondentów nie uczestniczyło w kształceniu podyplomowym pielęgniarek.

Większość ankietowanych (48%) mieszkała w mieście powyżej 100 tyś. mieszkańców. Najliczniejszą grupę (71%) badanych stanowiły osoby zamężne. 38% respondentów posiadało jedno dziecko. 59% respondentów było praktykującymi Katolikami. 40% respondentów miało osobisty kontakt z osobą oczekującą na przeszczep.

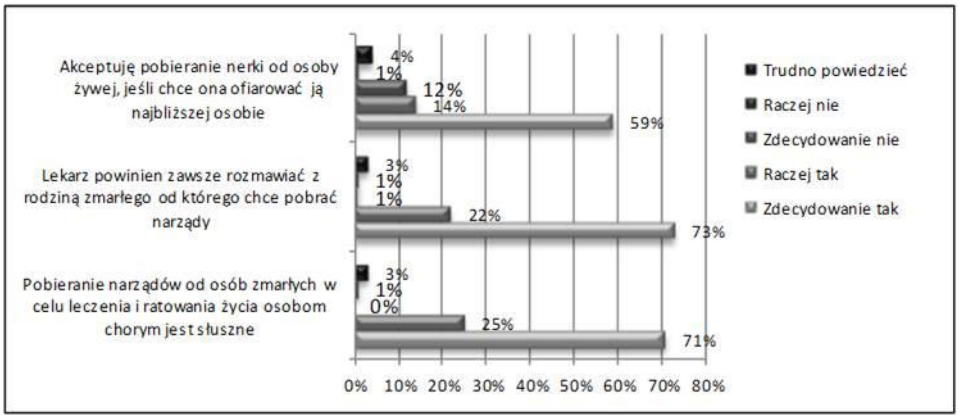
Na zadane pytanie, czym dla Ciebie jest transplantacja – większość ankietowanych (71%) odpowiedziało, że darem życia. Większość ankietowanych (82%) uważała, że przeszczepianie jest skuteczną metodą leczenia schyłkowej niewydolności narządów, ponieważ przeszczep daje szansę na normalne życie. W Polsce obowiązuje zgoda domniemana. Oznacza to, że jeżeli człowiek za życia nie złożył sprzeciwu w

CRS, to po śmierci według prawa staje się potencjalnym dawcą narządów. Natomiast lekarz nie musi informować rodziny o ewentualnym pobraniu narządu. Większość etyków chrześcijańskich uważa, że w Polsce powinna być wprowadzona zgoda wprost tzn., że każdy człowiek świadomie za życia powinien zadecydować o oddaniu narządów [10]. Spośród ankietowanych tylko 1 osoba nosi przy sobie sprzeciw złożony w CRS, natomiast pozostałe osoby nie złożyły takiego sprzeciwu lub nawet nie zastanawiały się nad tym. Na pytanie, kto powinien decydować o pobraniu narządów po śmierci, większość ankietowanych (53%) odpowiedziała, że dawca (Rycina 1).



Rycina 1 Opinia respondentów na temat, kto powinien decydować o pobraniu narządów.

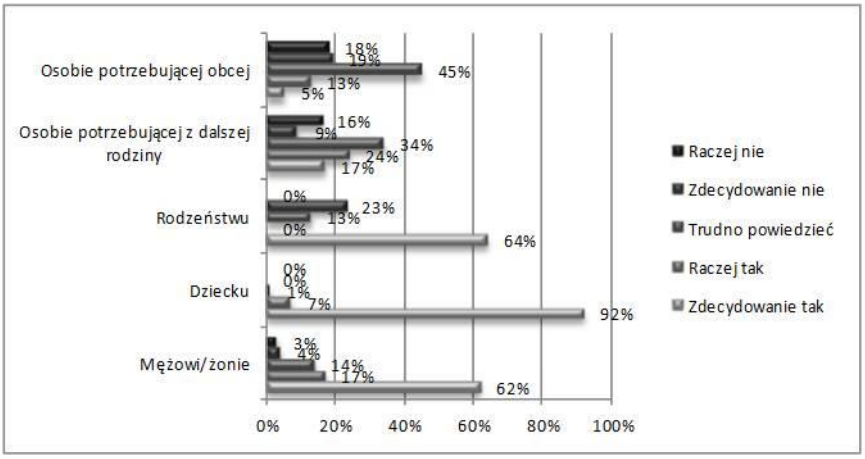
Zdecydowana większość (71%) badanych akceptuje pobieranie narządów od osób zmarłych. Respondenci (73%) swoje narządy po śmierci w celu przeszczepienia gotowi są oddać każdemu biorcy. Spośród badanych – 59% zdecydowanie akceptuje pobieranie nerki od osoby żywej (Rycina 2).



Rycina 2 Opinie pielęgniarek i pielęgniarzy biorących udział w badaniu na temat pobierania narządów.

Najwięcej respondentów (92%) oddałoby nerkę dziecku, 64% rodzeństwu, a mężowi/żonie 62%. Osobie potrzebującej z dalszej rodziny zdecydowanie oddałoby swoją nerkę 17% pielęgniarek, natomiast osobie obcej potrzebującej zdecydowanie oddałoby swoją nerkę 5% osób badanych (Rycina 3).

Jedynie 46% respondentów wiedziało, że Kościół Katolicki jest pozytywnie nastawiony wobec przeszczepiania narządów, 30% twierdziło, że Kościół Katolicki nie wypowiada się ten temat, a 24% uważało, że jest negatywnie nastawiony wobec przeszczepów.

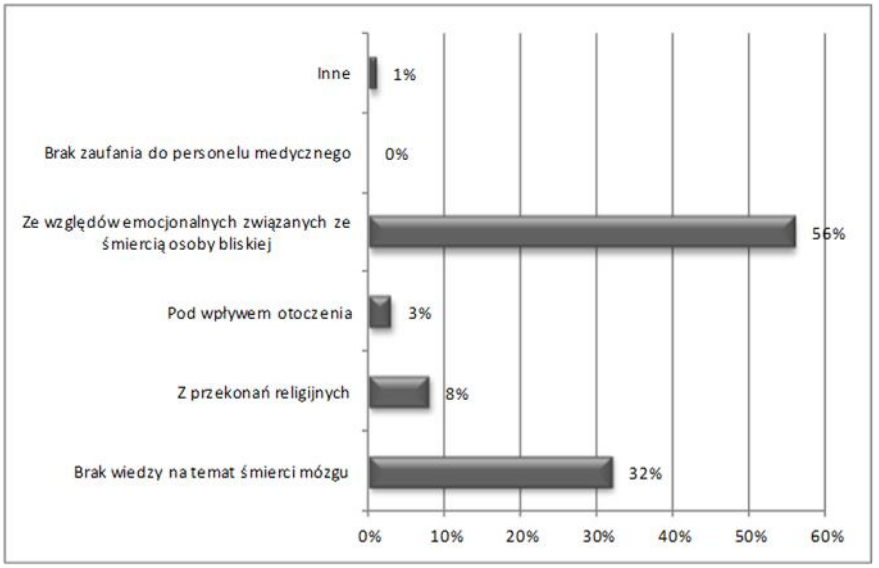


Rycina 3 Opinie pielęgniarek i pielęgniarzy biorących udział w badaniu na temat faktu oddania własnego narządu.

Na pytanie, dlaczego rodziny zmarłych nie wyrażają zgody na pobranie narządów, najwięcej respondentów (56%) odpowiedziało, że ze względów emocjonalnych związanych ze śmiercią bliskich, 32% badanych twierdziło, że względu na brak wiedzy o śmierci mózgu, 3% , że pod wpływem otoczenia, a 8% osób biorących udział w badaniu stwierdziło, że brak zgody na pobranie narządów ze strony rodziny zmarłego wynika z przekonań religijnych. Natomiast nikt z respondentów nie zakreślił odpowiedzi – brak zaufania do personelu medycznego (Rycina 4).

Mimo wcześniejszej zgody wyrażonej przez zmarłego na przeszczep, na pobranie narządów od osoby bliskiej nie wyraziłoby zgody 32% badanych, 36% nie miałoby nic przeciwko temu, a 32% nie ma zdania na ten temat (Rycina 5).

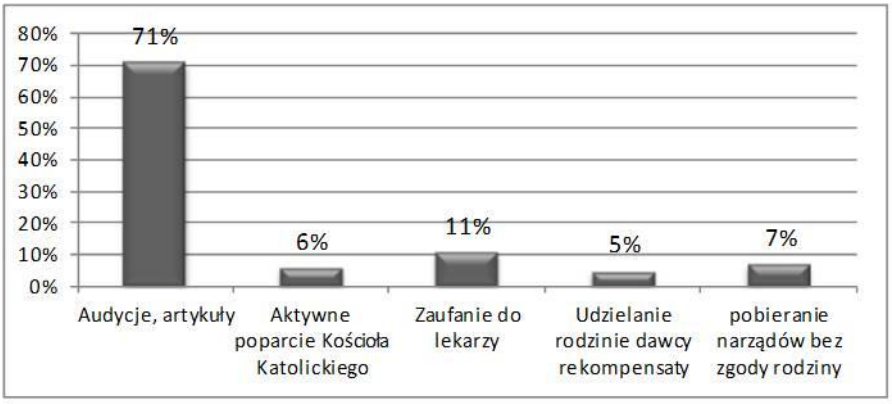
Większość badanych pielęgniarek (71%) uważa, że dobrym sposobem na zwiększenie ilości przeszczepów mogłyby być audycje i artykuły, 11% badanych uważało, że wzrost zaufania wobec lekarzy, 7% stwierdziło, że pobieranie narządów bez zgody rodziny, według 6% ilość przeszczepów mogłaby wzrosnąć dzięki aktywnemu poparciu Kościoła Katolickiego, tylko 5% uważa, że najlepszym sposobem byłaby rekompensata wypłacona rodzinie dawcy (Rycina 6).



Rycina 4 Przyczyny niewyrażania przez rodziny zgody na pobranie narządów w opinii respondentów



Rycina 5 Opinie respondentów na temat: czy protestowaliby jako rodzina, wobec zamiaru pobierania narządów, mimo że zmarły wcześniej wyraził na to zgodę.



Rycina 6 Opinie respondentów na temat środków, które mogłyby wpłynąć na zwiększenie ilości przeszczepów

Dyskusja

Dzięki rozwojowi transplantologii przeszczepianie narządów stało się skuteczną metodą ratowania życia i zdrowia ludzkiego. Do tej metody leczenia potrzebne są narządy, które pobiera się od osób zmarłych i żywych. Mimo, że transplantacja ratuje życie, to jest źródłem wielu pytań, kontrowersji i dyskusji, które odbywają się nie tylko w środowisku medycznym, ale przede wszystkim wśród osób niezwiązanych z ochroną zdrowia. Wielu lekarzy transplantologów uważa, że negatywny stosunek oraz brak wiedzy na temat transplantacji w środowisku medycznym wpływa na zbyt małą ilość przeszczepianych narządów [1].

Badanie wykazało, że zdecydowana większość respondentów akceptuje pobieranie narządów od osób żywych i zmarłych. Jednak mała jest wiedza i świadomość pielęgniarek i pielęgniarzy na temat możliwości złożenia sprzeciwu w CRS. W badaniu G. Kobus i wsp. [13] większość pielęgniarek biorących udział w badaniu (83,3%) nie zgłosiła swojego sprzeciwu w CRS. Ponadto pielęgniarki biorące udział w tym badaniu uważały (63%), podobnie jak w badaniu własnym, że lekarz zawsze powinien rozmawiać z rodziną zmarłego, od którego chce pobrać narządy. Natomiast były odmiennego zdania na temat, kto powinien decydować o pobraniu narządów od zmarłego. Uważały (41,1%), że to rodzina powinna decydować o pobraniu narządów.

Z badania przeprowadzonego wśród społeczeństwa polskiego przez CBOS w 2009 roku na temat stosunku do przeszczepiania narządów wynika, podobnie jak w badaniu własnym, że 70% społeczeństwa zdecydowanie akceptuje pobieranie narządów od osób zmarłych [14]. W badaniu przeprowadzonym przez G. Kobus 85,6% respondentów deklaruje oddanie narządów po śmierci, niezależnie kto by był biorcą [13]. W badaniu przeprowadzonym przez E. Jarmolińską i T. Jarmolińskiego wśród pielęgniarek, większość ankietowanych (86,2%), podobnie jak w badaniu własnym, wyrażała zgodę na oddanie narządów po śmierci, a oddanie swojej nerki za życia dla najbliższego członka rodziny deklarowało 98% pielęgniarek [15]. Według badania przeprowadzonego przez CBOS większość polskiego społeczeństwa (81%) nie sprzeciwiłaby się pobraniu narządów od zmarłego wiedząc, że bliska osoba chciała oddać narządy po śmierci. W

badaniu E. Jarmolińskiej i T. Jarmolińskiego jedynie 9,3% respondentów, podobnie jak w badaniu własnym uważało, że oddanie narządów przez żywego dawcę powinno wiązać się z wypłacaniem rekompensaty. W związku z tym, że zwiększyło się zapotrzebowanie na narządy istnieje możliwość handlu narządami. Etycy uważają, że oddanie narządów do przeszczepu przez dawcę żywego lub zamarłego powinno być bezinteresownym darem, który ma na celu uratować lub przywrócić życie biorcy. Przeszczepienie narządów nie powinno wykraczać poza kryteria medyczne. Handel narządami narusza ludzką godność. Korzyści płynące z kupna lub sprzedaży narządów nie mogą dzielić pacjentów na biednych i bogatych. Jedynie bezpłatne i bezinteresowne oddanie narządów może dać równe szanse osobom oczekującym na przeszczep [7].

W badaniach przeprowadzanych w celu poznania opinii na temat transplantacji narządów bardzo ważnym aspektem jest problem małej ilości przeszczepów. Większość pielęgniarek biorących udział w badaniu własnym stwierdziło, że powinno być więcej audycji i artykułów na ten temat. B. Borkowska i E. Falkowska-Pijagin badały opinie na temat transplantacji wśród 70 mieszkańców Ostrołęki. Według ich opinii do upowszechniania przeszczepów mogą przyczynić się faktyczni dawcy i biorcy (uważało tak 14% respondentów) oraz lekarze zaangażowani w przeszczepy (tak odpowiedziało 19%). Oznacza to, że według mieszkańców Ostrołęki biorących udział w badaniu najbardziej wiarygodni są ci, którzy są osobiście zaangażowani w procedurę przeszczepów. Połowa respondentów uważała, że nie tylko ci, którzy biorą bezpośredni udział w przeszczepach, ale także cały personel medyczny, media oraz Kościół powinni brać udział w upowszechnianiu wiedzy na ten temat [16].

B. Gorzkiewicz i wsp. w badaniu opinii na temat transplantacji wśród studentów uczelni wyższych w Szczecinie stwierdzili, że należy prowadzić stałą edukację na temat potrzeb i wyników przeszczepiania narządów. Zgłosili oni postulaty na temat konieczności popularyzacji wiedzy na temat dawstwa narządów. Uznali za konieczne podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zaufania społecznego wobec środowisk medycznych [17].

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań wśród pielęgniarek na temat ich opinii na temat transplantacji narządów, stwierdzono, że grupa badanych pielęgniarek akceptowała pobieranie narządów od osób zmarłych. Osoby biorące udział w badaniu nie wyraziłyby zgody na pobranie narządów od osoby bliskiej zmarłej, mimo że wyraziłaby ona wcześniej taką wolę. Natomiast większość respondentów deklarowało oddanie własnych narządów po śmierci. Swój narząd za życia, osoby biorące udział w badaniu, oddałyby członkowi najbliższej rodziny, przede wszystkim dziecku.

Zasadne jest prowadzenie podobnych badań mających na celu poznanie opinii personelu medycznego na temat transplantacji. Wiedza na ten temat i postawa personelu medycznego wobec przeszczepiania narządów jest bardzo istotna. Osoby spoza tej grupy zawodowej twierdzą, że personel medyczny powinien brać udział w upowszechnianiu tej wiedzy oraz swoim postępowaniem przyczyniać się do zwiększania zaufania społecznego wobec środowisk medycznych.

Piśmiennictwo

1. Nowacka M.: Etyka a transplantacje. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2003.

2. Duda J.: Cywilnoprawna problematyka transplantacji medycznej. Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa, 2011.
3. Rowiński W, Wałaszewski J, Pączek L.: Transplantologia kliniczna. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2004.
4. Danowitch G.M.: Podręcznik transplantacji nerek. Wyd. Czelej, Lublin 2007.
5. Rowiński W.: Bariery przeszczepiania narządów w Polsce i sposoby ich pokonania. Med. Prakt. 2009, 1, 156-157.
6. Dyszkiewicz W, Jemielity M, Wiktorowicz K.: Transplantologia w zarysie. Wyd. Akademii Medycznej, Poznań, 2009.
7. Rutkowski B.: Wytyczne dotyczące zasad zgłaszania, kwalifikacji i przygotowania zmarłych dawców do pobierania narządów. Wyd. Via Medica, Gdańsk, 2009.
8. Szewczyk K.: Bioetyka 2. Pacjent w systemie opieki zdrowotnej, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2009.
9. Kruszyński Z.: Intensywna terapia stanu astmatycznego. Przygotowanie dawcy narządów. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2009.
10. Biesiaga T.: Wobec zgody domniemanej i zawłaszczania zwłok do transplantacji. Medycyna Prakt., 2006, 20-24.
11. Jan Paweł II: Encyklika Evangelium vitae. O wartości i nienaruszalności życia ludzkiego. Wyd. Pallottinum, 1995.
12. Szczepaniak L.: Transplantacja – próba syntezy etycznej. Bioetyczne zeszyty pediatrii, 2005, 2, 63-88.
13. Kobus G, Sawicka J, Aleksiejuk J. i wsp.: Transplantacja narządów jako dar życia – w opinii pielęgniarek [w:] W drodze do brzegu życia, Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C. (red), Wyd. UMB, Białystok, 2009, 71-80.
14. Feliksiak M.: Stosunek do przeszczepiania narządów. Komunikat badań CBOS, Warszawa, październik 2009.
15. Jarmolińska E., Jarmoliński T.: Postawy pielęgniarek wobec przeszczepiania narządów. Przegl. Lek., 2006, 63, 189-193.
16. Borkowska B., Falkowska-Pijagin E:. Zagadnienia transplantologii w społecznej świadomości mieszkańców Ostrołęki. Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży. Zeszyty Naukowe, Łomża, 2009, 40, 5-21.
17. Gorzkiewicz B., Majewski W., Tracz E.: Opinia na temat dawstwa narządów wśród studentów uczelni wyższych Szczecina. Probl. Pielęg., 2010, 18, 111-116.

Tyrakowska Zuzanna Judyta, Drzymkowski Jarosław, Kuszczak Anita, Turko Barbara, Młynarczyk Izabela, Hładuński Marcin, Szymańczyk Piotr, Chilińska Ewelina, Ryniec Malwina, Porowska Weronika, Romanowska Joanna, Kotowicz Małgorzata, Małachwiej Paulina, Żarnoch Ewelina, Rozwadowska Emilia, Krajewska-Kułak Elzbieta

Różne aspekty rezygnacji z podtrzymywania życia u pacjentów w śpiączce i stanach wegetatywnych

Studenckie Koło Naukowe Wolontariuszy Medycznych przy Zakładzie Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wprowadzenie

1. Definicja śmierci

Definicja śmierci jest przedmiotem kontrowersji, a na jej określenie składają się czynniki typowo medyczne, prawne i etyczne. Przez długi czas medycyna posługiwała się klasycznym kryterium śmierci. Zgon stwierdzano przy pomocy kryteriów, takich jak: ustanie akcji serca i krążenia krwi, brak oddechu i reakcji źrenic. Dochodziły do tego również skutki zaniku krążenia, takie jak plamy opadowe czy oziębienie ciała, które dawały każdemu pewność, że mamy do czynienia ze zmarłym. Metody te były jednak zawodne, na co wskazywały przypadki letargu.

Upowszechnienie w latach 60. XX wieku metod reanimacji i zastosowanie respiratora ujawniły niewystarczalność krążeniowo-oddechowego kryterium śmierci. Krążenie czy oddech w wielu przypadkach można bowiem przywrócić. Obok dotąd stosowanych wskaźników należało więc szukać innych, pewniejszych oznak śmierci. W centrum uwagi znalazł się mózg człowieka i jego formy zamierania. Pierwszym międzynarodowym krokiem w kierunku nowej definicji śmierci była tzw. Deklaracja z Sydney, czyli „*Komunikat na temat śmierci*" sformułowany na spotkaniu Światowego Stowarzyszenia Lekarzy (WMA) w 1968 roku. W deklaracji tej zastąpiono „śmierć na skutek ustania czynności serca" „śmiercią mózgową".

Tradycyjna definicja śmierci całego organizmu, jako stanu nieodwracalnego ustania krążenia krwi, okazała się nieprzydatna, gdy krążenie krwi, a także inne funkcje życiowe zaczęto podtrzymywać sztucznie. Nie spełniała ona również oczekiwań transplantologów, ponieważ nie pozwalała pobierać narządów odpowiednio wcześnie, kiedy nadają się jeszcze do przeszczepu. Szukano takiej definicji śmierci, która pozwoliłaby stwierdzić, że organizm ludzki jest martwy, pomimo iż część funkcji fizjologicznych (zwłaszcza oddychanie i krążenie krwi) może być podtrzymywanych sztucznie. Takie podejście do problemu pozwala na kwalifikację osób zmarłych jako dawców, gdyż pomimo śmierci pnia mózgu pozostałe narządy nadają się do transplantacji.

Rozwój medycyny doprowadził do zastąpienia powyższej definicji pojęciem śmierci organizmu jako całości. Chodzi tu o stwierdzenie śmierci samego mózgu, którego nadrzędna rola wymaga nieprzerwanego utrzymania wszystkich funkcji organizmu w harmonijnym działaniu. Sformułowania „całego" i „jako całości" choć brzmią podobnie, mają zupełnie inne znaczenie. Śmierć całego mózgu oznacza, że wszystkie jego komórki muszą być jednocześnie martwe, natomiast określenie „śmierć mózgu jako całość" obejmuje zerwanie więzi łączącej wszystkie elementy narządu. Można zatem stwierdzić, że trwałe ustanie funkcji części mózgu, zwanej pniem mózgu, świadczy o śmierci mózgu jako całości. Przechodzą tędy bowiem wszystkie drogi nerwowe łączące pozostałą część mózgu z obwodowa częścią organizmu. Z pnia wychodzą nerwy czaszkowe, znajdują się tam ważne dla życia ośrodki, m.in. oddechowy i naczynioruchowy. Oznacza to, że rozpoznanie śmierci mózgu, pomimo sztucznego podtrzymywania krążenia i wentylacji, jest równoznaczne ze stwierdzeniem śmierci osobniczej. Zasada ta została przyjęta we wszystkich krajach naszego kręgu kulturowego. Na tej podstawie opracowano szczegółowe przepisy wykonawcze. W Polsce zostały one opublikowane w Dzienniku Urzędowym Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej nr 11, poz. 24, z dnia 5 września 1994 roku.

W literaturze możemy spotkać się z podziałem śmierci na dwa rodzaje, ze względu na czynniki, które ją wywołały. Mowa tu o śmierci fizjologicznej, która następuje w wyniku procesów starzenia się oraz ekologicznej, spowodowanej działaniem niekorzystnych warunków środowiska, m.in. chorób, głodu, katastrof, urazów itp. Dzieli się ona na śmierć powolną – z przyczyn biologicznych, gdzie zgon następuje w toku choroby oraz nagłą np. z powodu urazu [1].

2. Podział i rodzaje śpiączki oraz stanów wegetatywnych

Pacjent może również znajdować się w jednym z nieodwracalnych stanów, przy których pojawiają się rozważania na temat odłączenia aparatury utrzymującej go przy życiu. Do takich stanów zaliczamy śpiączkę nieodwracalną oraz stan wegetatywny.

Śpiączka nieodwracalna, czyli śmierć mózgowa, objawia się brakiem przytomności, akcji serca i oddychania oraz czynności elektrycznej mózgu przy zachowanej funkcji hemodynamicznej serca, a także brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne i brakiem spontanicznych odruchów [1].

Natomiast **stan wegetatywny** - występuje u pacjenta, który jest przytomny, ale pozbawiony świadomości. Rdzeń przedłużony funkcjonuje prawidłowo, tzn. zachowane są reakcje odruchowe (np.: reakcje obronne, postawy ciała, regulacja temperatury, krążenie, chory samodzielnie oddycha, trawi podane mu pokarmy). Pacjent nie kontaktuje jednak ze światem rzeczywistym. Stan ten spowodowany jest uszkodzeniem półkul mózgowych, zapewniających człowiekowi świadomość siebie, otoczenia i kojarzenie. Mózg części osób w tym stanie może reagować na bodźce zewnętrzne w sposób wykrywalny za pomocą funkcjonalnego rezonansu magnetycznego [1].

Wpływ czynników medycznych, socjologicznych i psychologicznych na podejmowanie decyzji

Systematycznie podejmowane są próby wyjaśnienia wpływu różnych czynników na decyzję lekarza i sposób jej podejmowania. Jedną spośród wielu takich prób jest program badawczy przeprowadzony w 1999 r. na grupie 1100 lekarzy fińskich.

Potwierdza on przypuszczenie, że decyzje zależą od osobistych przymiotów lekarza, jego doświadczenia, specjalizacji, a nawet płci. Uwzględniając czynniki medyczne najłatwiej zrezygnować jest lekarzowi z leczenia przeciwzakrzepowego i transfuzji krwi, natomiast najtrudniej z odżywiania i nawadniania pozajelitowego oraz podawania tlenu. Onkolodzy gotowi są zaniechać terapię za wyjątkiem antybiotykoterapii i transfuzji krwi. W badanej grupie kobiety miały więcej obaw w podejmowaniu tej trudnej decyzji od mężczyzn. Wśród pozamedycznych czynników wpływających na lekarza istotne znaczenie ma prośba rodziny, by uczyniono wszystko, co jest możliwe dla ratowania chorego [1].

Badania socjologiczne ukazują natomiast różnorodność poglądów społecznych na temat sztucznego podtrzymywania życia osób nieuleczalnie chorych, a więc pośrednio i uporczywej terapii. Badania CBOS z 2005 roku pt.: „*Stosunek Polaków do śmierci. Komunikat z badań"* wykazały, że zwolennicy zaprzestania sztucznego podtrzymywania życia nieuleczalnie chorego (44%) tylko nieznacznie przeważają nad tymi, którzy twierdzą, że życie chorego powinno być podtrzymywane do samego końca (39%). Wiele jest też osób nie mających jasno sprecyzowanego poglądu (17%) [2]. Na kształtowanie opinii może wpłynąć również stosunek do Boga. Osoby podające się za głęboko wierzące, w porównaniu z mało praktykującymi lub niewierzącymi, są znacznie częściej zwolennikami uporczywej terapii. Postawa wierzących często różni się od stanowiska Kościoła dopuszczającego możliwość rezygnacji z nadzwyczajnych środków i sprzeciwiającego się uporczywej terapii. Z drugiej strony osłabienie wiary i mniejsze zaangażowanie w życie religijne sprzyja postawom przyzwalającym na odłączenie nieuleczalnie chorego człowieka od aparatury podtrzymującej życie [2].

Wpływ rodziny chorego na podejmowanie decyzji silniej zaznacza się w przypadku kobiet oraz młodych lekarzy nie posiadających dostatecznego doświadczenia. Czynniki emocjonalne nabierają szczególnego znaczenia w przypadku uporczywej terapii chorego terminalnie dziecka. Tylko w USA każdego roku umiera około 3 tys. dzieci z powodu raka, zaburzeń odporności, wad genetycznych oraz przewlekłych chorób serca, płuc, nerek i wątroby [3]. Badania przeprowadzone wśród lekarzy pediatrycznych oddziałów intensywnej opieki medycznej ujawniają, że decyzję o zaniechaniu uporczywej terapii poprzedza konsultacja z lekarzem prowadzącym terminalnie chore dziecko, którym zazwyczaj jest onkolog. Spośród 270 badanych 83% lekarzy było zgodnych, że przed rozmową z rodzicami powinno być uzgodnione wspólne stanowisko. Natomiast mniej niż połowa respondentów była zdecydowana na konsultację z etykiem w sytuacji, gdy rodzice chcą przerwać kontynuowanie zabiegów podtrzymujących życie, a prawdopodobieństwo przeżycia dziecka wynosi ok. 40% oraz gdy rodzice domagają się wdrożenia nowych metod leczenia, a szanse na przeżycie dziecka wynoszą ok. 5%, przy czym przewidywany czas przeżycia z powodu raka jest krótszy niż 1 rok. Niewątpliwie duży wpływ na podejmowane decyzje mają złe rokowanie i oczekiwania rodziców [3].

Postrzeganie zjawiska rezygnacji z podtrzymywania życia

U schyłku życia wielu ludzi, a czasem nawet w samym jego środku, nadchodzi moment, w którym są oni zmuszeni podjąć trudne decyzje związane z osobami, którymi się opiekują – członkami rodziny lub pacjentami. Dotyczą one podjęcia bądź zaniechania działań, które mogą przyczynić się - przynajmniej w pewnym stopniu - do tego, aby życie ich podopiecznym dobiegło końca. Jedną z owych decyzji jest rezygnacja z podtrzymywania życia.

Udział chorego w podejmowaniu decyzji

Dr Edmund Pellegrini z Uniwersytetu w Georgetown (USA) przekonuje, że dyskusja nad uporczywą terapią powinna opierać się z jednej strony na stanowisku pacjenta, lekarza, rodziny chorego i innych członków zespołu medycznego, z drugiej zaś - na skuteczności, korzyści i ciężarze leczenia. Uwzględnienie zatem woli chorego ma znaczenie fundamentalne, jeśli jest on zdolny do wyrażenia jej w sposób świadomy. Toczy się jednak spór, jak daleko należy uszanować autonomię pacjenta, zwłaszcza gdy wcześniej zastrzegł, aby go nie reanimować w przypadku zatrzymania akcji serca (*Do not resuscitate*, DNR). Proponowane rozwiązania różnią się w poszczególnych krajach [1].

W USA, w stanie Nowy Jork prawo zezwala na poszanowanie DNR już od 1988 r. [4]. Natomiast Brytyjskie Stowarzyszenie Lekarzy (*The British Medical Association*) wydaje wytyczne dotyczące niepodejmowania lub zaprzestania sztucznego podtrzymywania życia wynikające z praw człowiek ratyfikowanych przez parlament (*The Human Rights Act 1998*) [4]. Stąd też lekarz nie jest zobowiązany do podtrzymywania życia za wszelką cenę, a więc pośrednio respektowana jest wola chorego przedstawiona w formie DNR.

Niektórzy autorzy prac poruszających tematykę odłączania aparatury podtrzymującej życie (np. B.A. Ditillo; D.J. Murphy) przekonani są, że lekarz nie ma obowiązku uwzględniać opinii chorego, gdyż jako profesjonalista najlepiej potrafi ocenić czy dana terapia jest daremna, czy też nie. W ten sposób stają się oni zwolennikami postawy skrajnie paternalistycznej. Dla uzasadnienia jej używają argumentu autonomii i integralności decyzji lekarskiej oraz „przywileju" terapeutycznego. Stanowisko to jest trudne do zaakceptowania, ponieważ godność człowieka zobowiązuje lekarza do włączenia chorego w podejmowanie decyzji dotyczących jego życia. Zatem konieczna jest świadoma i uprzednia zgoda na rezygnację z uporczywej terapii. Lekarz, jeśli tylko pozwala na to sytuacja, musi rozmawiać z chorym. Powinien to czynić również z chorym dzieckiem, najlepiej w obecności rodziców i starać się je wysłuchać. Zapewne przyczyni się to do umocnienia wzajemnego zaufania. Dlatego w niektórych wypadkach powinno być ono włączone w podejmowanie decyzji dotyczących jego osoby, nawet tak trudnych, jak rezygnacja z uporczywej terapii [4].

Proponowane postępowanie zgodne jest z przesłankami „pryncypializmu". Wymaga to jednak od lekarza oceny dojrzałości dziecka, którą zdobywa ono stopniowo. Przecież w wieku 2-7 lat nie potrafi ono w pełni zrozumieć przyczyn leczenia, a więc nie może podjąć samodzielnej decyzji. W wieku 7-11 lat zaczyna myśleć w sposób logiczny i abstrakcyjny, ale ocena własnego położenia jest dla niego jeszcze zbyt trudna. Natomiast w wieku 14 lat zazwyczaj umie już ono właściwie ocenić sytuację, podobnie jak dorosły człowiek. Badania potwierdzają, że dziecko chore ciężko i przewlekle wykazuje większą dojrzałość pod tym względem niż jego rówieśnicy. Prawo dziecko do uczestniczenia w podejmowaniu decyzji terapeutycznych zostało uwzględnione dopiero w 1985 r. i znajduje potwierdzenie w Konwencji Praw Dziecka ONZ (*Convention on the Rights of the Child, 1989*). Nie każda jednak decyzja dziecka w wieku 14 lat jest dojrzała. Dlatego w sytuacji jego sprzeciwu wobec terapii, której zastosowanie jest konieczne, powinno się odwołać do sądu opiekuńczego [5]. Wymaga to jednak rozwagi, gdyż można zaprzepaścić współpracę z dzieckiem. W okolicznościach bezpośredniego zagrożenia życia, kiedy istnieje szansa uratowania go, lekarz powinien mieć odwagę

postąpić zgodnie ze sztuką leczenia i głosem własnego sumienia, choćby chory sprzeciwiał się. Później będzie czas na wyjaśnienia, o ile on przeżyje. Wyjątkowość tej sytuacji nie umniejsza w niczym obowiązku uwzględnienia, przynajmniej w jakimś stopniu, woli dziecka w podejmowaniu decyzji terapeutycznych. Stąd też i osoba małoletnia posiada prawo do współdecydowaniu o zaniechaniu uporczywej terapii.

Z punktu widzenia lekarzy

Zdaniem prof. Eleonory Zielińskiej, prawnika i wykładowcy na UW: „*nie powinno być tu kolizji z kodeksem etyki lekarskiej. Kodeks mówi wyraźnie, że lekarz musi się kierować zgodą pacjenta oraz, że w stanach terminalnych nie ma obowiązku stosowania uporczywej terapii. Nie ma więc powodu, żeby ratować życie za wszelką cenę. Zresztą, co to znaczy ratować? Można przedłużyć umieranie, ale gdy nie ma szansy, by ktoś odzyskał przytomność, wtedy mówimy wyłącznie o wegetacji*" [6].

Również zdaniem lekarzy to dobre rozwiązanie. Szef Naczelnej Rady Lekarskiej Konstanty Radziwiłł uważa: „*Co do zasady się zgadzam: wola pacjenta, wyrażona wtedy, kiedy jeszcze może coś zrobić, powinna być przestrzegana. Ale testament życia powinien być zestandaryzowany i jak najlepiej zabezpieczony przed możliwością nadużyć*". Ostrzega on jednocześnie, by nie mylić prawa do autonomicznej decyzji z eutanazją, na którą jako lekarz, nigdy by się nie zgodził [6].

Z punktu widzenia ogółu społeczeństwa

Z przypadkiem moralnie dozwolonej rezygnacji z terapii podtrzymującej przy życiu mamy do czynienia, gdy spełnione są następujące warunki:

- terapia, z której się rezygnuje, jest świadomie i dobrowolnie odrzucana przez samego pacjenta
- terapia, z której się rezygnuje, jest również przez lekarza oceniana jako niestosowna (bezużyteczna, bezcelowa, daremna)
- pacjent, którego postanawia się nie podtrzymywać przy życiu, jest już i tak umierający czy też bliski śmierci
- rezygnacja z możliwej terapii przedłużającej o pewien krótki czas jego życie polega na jej niepodjęciu czy też zaniechaniu
- tym, z czego się rezygnuje lub czego się nie podejmuje, jest stosowanie nadzwyczajnych środków podtrzymujących przy życiu, nie zaś podtrzymywanie życia za pomocą środków zwyczajnych, w tym zwłaszcza przez sztuczne odżywianie oraz nawadnianie [6].

Z prawnego punktu widzenia

Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w dziedzinie zastosowania biologii i medycyny, zwana również ***Konwencją o prawach człowieka i biomedycynie***, przewiduje wprowadzenie deklaracji, którą pacjent będzie nosił przy sobie o przykładowej treści: „*Nie życzę sobie, żeby ratowano mnie na siłę lub bez końca utrzymywano w śpiączce*", której Polska nadal nie ratyfikowała. Konwencja mówi, że „*należy brać pod uwagę wcześniej wyrażone życzenie pacjenta co do interwencji medycznej, jeżeli w chwili jej przeprowadzenia nie jest on w stanie wyrazić swojej woli*".

W raporcie z prac powołanego pod koniec 2008 roku przez premiera zespołu ds. jej ratyfikacji, to rozwiązanie zostało przyjęte jednomyślnie.

Zespół, który składał się z 19 osób - lekarzy, etyków, biologów, prawników i księży, rekomenduje wprowadzenie instytucji tzw. testamentu życia. Mógłby on mieć formę kartki noszonej w portfelu z tekstem w rodzaju: „*jeśli utracę świadomość bez szansy jej odzyskania, proszę nie podejmować żadnych środków nadzwyczajnych*". Inna propozycja to elektroniczny rejestr [6].

Jak stwierdził zespół, testament życia znajdzie zastosowanie w sytuacjach skrajnych. Przede wszystkim u osób śmiertelnie chorych, którym żadne zabiegi już nie pomogą, a procedury ratujące życie - jak resuscytacja w przypadku zatrzymania krążenia – przysporzy jedynie dodatkowych cierpień. Drugi, bardziej kontrowersyjny przypadek, to śpiączka. Zdaniem części członków zespołu bioetycznego utrzymywanie chorego przy życiu w stanie wegetatywnym można uznać za uporczywą terapię i stosowanie środków nadzwyczajnych, dlatego powinno być możliwe zastosowanie się do życzenia pacjenta. Inni zwracają jednak uwagę, że jest to balansowanie na granicy eutanazji [6].

Nie będzie można natomiast zapisać w testamencie życia polecenia, by ratować bez końca w nadziei, że rozwój medycyny pozwoli na wyleczenie chorób dziś nieuleczalnych. Prof. Eleonora Zielińska, prawnik i wykładowca UW, która uczestniczyła w pracach w/w zespołu uważa, że: „*pacjent może stwierdzić, że nie zgadza się na daną procedurę, ale nie może zażądać, żeby go na siłę utrzymywać przy życiu przez kolejne sto lat! Nie można zmuszać lekarza, żeby postąpił wbrew wiedzy medycznej. Testament życia daje jedynie prawo sprzeciwu"* [6].

Z punktu widzenia Kościoła katolickiego

Kościół przy stanowczym sprzeciwie wobec eutanazji nie popiera uporczywej terapii. Watykańscy hierarchowie podają w tym kontekście przykład Jana Pawła II, który, gdy w marcu 2005 roku pojawiła się potrzeba kolejnej hospitalizacji w związku z poważnym pogorszeniem się stanu zdrowia, wyraził pragnienie pozostania w Watykanie. Jak podkreślił kardynał Barragan właśnie wtedy umierający polski papież „*odrzucił coś, co mogło być uporczywą terapią*" [7].

Na pytanie, czy Kościół nie obawia się, że testament życia niebezpiecznie zbliża się do pomocy w zadaniu śmierci, ks. Kazimierz Sowa mówi - *Nie wydaje mi się, żeby był jakiś problem z rozróżnieniem między sztucznym skróceniem cierpień, czyli eutanazją a zaprzestaniem sztucznego podtrzymywania życia. To dwie zupełnie różne kwestie* [7]. Także encyklika Evangelium vitae autorstwa Jana Pawła II głosi, że - *gdy śmierć jest bliska i nieuchronna - można "w zgodzie z sumieniem zrezygnować z zabiegów, które spowodowałyby jedynie nietrwałe i bolesne przedłużanie życia*" [7].

Alternatywą dla testamentu życia jest ustanowienie pełnomocnika podejmującego decyzję w sytuacji, gdy pacjent jest do tego niezdolny. Nie mógłby być nim nikt z rodziny. Każdy mógłby zawczasu wskazać osobę, którą upoważni do podjęcia decyzji w jego imieniu, a jeśli takiego wskazania nie będzie, pełnomocnika wybierałby sąd lub komisja etyczna. Obecnie o podtrzymaniu bądź przerwaniu uporczywej terapii decyduje lekarz.

Opieka medyczna nad ciężko chorym jest przejawem miłości chrześcijańskiej do niego. Posługa ta potwierdza jego godność jako osoby oraz podstawowe prawo do życia. Stąd też zasługuje ona na najwyższą ocenę, a lekarz na szacunek społeczeństwa. Wypełnia on przecież pewną misję, którą najlepiej określa słowo *powołanie*. Medycyna,

chociaż udoskonalona w ostatnich latach, nie potrafi jednak uratować od śmierci każdego człowieka, o czym przypominają słowa papieża Piusa XII [8]. Świadomość tego wymaga od lekarza zaniechania uporczywej terapii. W tym właśnie przejawia się jego szacunek dla godności człowieka oraz pokora wobec własnych umiejętności i uznanie zależności od Boga. Oczywiście, że mogą się rodzić u niego uczucia głębokiego współczucia, a nawet buntu, zwłaszcza gdy spotyka się z brakiem odpowiednich środków. Prawdopodobnie lekarzy nigdy nie ominie w takich przypadkach dźwiganie ciężaru odpowiedzialności. Stąd też na równi z kwalifikacjami powinien dbać o znajomość deontologii lekarskiej, a w wypadku wierzącego, także znajomości nauczania Kościoła. „*Prawo moralne pozwala odrzucić terapię uporczywą, a za obowiązkowe uznaje jedynie takie leczenie, jakie wchodzi w zakres normalnej opieki medycznej, której najważniejszym celem w przypadku chorób nieuleczalnych jest łagodzenie cierpień*" [8]. Do niej należy również zaliczyć stosowanie środków minimalnych, takich, jak karmienie i pojenie. Trzeba jednak potrafić pozwolić umrzeć w pokoju temu, kto nie ma już nadziei na przeżycie. Jest to akt miłosierdzia, dla którego można poświęcić niewłaściwą ambicję walki za wszelką cenę i przy użyciu wszelkich środków przeciw przeznaczeniu śmierci [9]. Komitet Ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia zajmuje podobne stanowisko, „*że jest etycznie uzasadnione powstrzymanie się od podtrzymujących życie działań lub też ich zaprzestanie, jeśli pozostają one w sprzeczności z wolą chorego, nie powstrzymają przebiegu choroby, a tylko przedłużą proces umierania*" [9].

U podstawy chrześcijańskiej nauki o powstaniu ludzkości leży teza o psychofizycznej strukturze człowieka oraz jego duchowych i niematerialnych pierwiastkach. W takim aspekcie śmierć człowieka oznacza, iż proces ten można nazwać rozdzieleniem człowieka jako całości na jego dwie najważniejsze składowe, jakimi są dusza oraz ciało. Mimo, iż znacznie prościej byłoby dostrzegać śmierć właśnie jako mechaniczne rozdzielenie dwóch głównych składników tworzących całość ludzkiego ciała. Filozofowie różnych wyznań, w tym chrześcijańscy, dążą do ukazania sensu ludzkiego życia na tle życia pozagrobowego.

Nie da się przewidzieć godziny ani daty śmierci. Nie jesteśmy w stanie czekać na jej przyjście, jednak nie to jest najważniejsze; najważniejsza jest możliwość obiektywnego stwierdzenia, że śmierć nastąpiła na pewno i nie jest to śpiączka bądź śmierć kliniczna. Zgon jest identyfikowany za pomocą ściśle określonych kryteriów - brak oddechu, brak reakcji źrenic, ustanie akcji serca i krążenia krwi. Jednak stwierdzone przypadki letargu wskazywały na niewystarczającą skuteczność wyżej wymienionej metody, nie miało to jednak większego znaczenia, w związku z czym nie zostały podjęte żadne decyzyjne kroki.

W chwili obecnej sytuacja przedstawia się inaczej. Na przestrzeni lat rozwój technik reanimacyjnych dowiódł, że jest rzeczą możliwą przywrócić do życia osobę z pozoru umarłą w takich przypadkach, jak: zatrucia, przepicia czy choroby serca. Jeden z najistotniejszych problemów stanowi przypadek śmierci funkcjonalnej, zwanej też „dystanazją". Śmierć ta polega na zniszczeniu centralnego układu nerwowego przy zachowaniu innych funkcji życiowych, takich jak oddech czy krążenie krwi. Na podstawie tych danych można stwierdzić, iż śmierć nie jest krótkim momentem, a pewnego rodzaju procesem, który zawiera w sobie wiele aspektów medycznych, prawnych oraz etycznych.

Temat śmierci od dawna wzbudza kontrowersje wśród społeczeństwa, które powodują burzliwą dyskusję. Biorąc pod uwagę biologiczne objawy momentu śmierci należy zwrócić uwagę i odwołać się do pracy ustania trzech głównych organów - mózgu,

serca i płuc, obserwowanych przez odpowiednio długi czas bez odpowiedniej aparatury reanimacyjnej.

Jednak w rozwoju medycyny nadszedł moment, w którym zastosowanie zabiegów reanimacyjnych podważyło pewność zewnętrznych objawów zgonu oraz ukazało możliwość sztucznego podtrzymywania pracy płuc i serca, przed nauką stanął więc niełatwy do rozstrzygnięcia problem. Funkcjonowanie którego z tych trzech systemów uznać za czynnik najistotniejszy i niezastąpiony dla utrzymania człowieka przy życiu, zaś który z czynników uznać za ostateczny wskaźnik śmierci?

Ramsey [10] wyraża opinię, że w wypadku, kiedy została stwierdzona śmierć mózgu to już „*ani bicia serca, ani oddychania nie należy uznawać za oznakę życia, jeśli jest ono sztucznie podtrzymywane; w tym wypadku nie są to wcale oznaki życia… Jest to tylko działanie maszyny, którą się włącza*".

Tylko „*życia serca, które utrzymuje się (lub może być wznowione) w sposób naturalny, nie można wyłączyć spod oznak, że człowiek jeszcze żyje*".

Znaczenia zaczęła nabierać wiarygodność badania śmierci mózgu oraz długotrwałość zapisu encefalograficznego niezależnie od tego, jaki mogłoby to mieć wpływ na to, co się dzieje z poszczególnymi organami ciała ludzkiego po jego śmierci. Dzięki rozwojowi medycyny można rozróżnić śmierć całego mózgu, jego wszystkich komórek oraz śmierć mózgu jako całości, która zajdzie, gdy zostanie potwierdzona śmierć pnia mózgu.

Śmierć jest swoistym zakończeniem egzystencji człowieka uwarunkowanym prawami natury, jednak dzięki rozciągłości tego procesu znalazła się pod znaczną kontrolą człowieka. Mimo to nie stała się ona przedmiotem manipulacji istoty żywej [11].

Wnioski, czyli argumenty za i przeciw zaprzestaniu podtrzymywania życia

Zjawisko odłączania aparatury podtrzymującej życie nadal wywołuje wiele kontrowersji zarówno pod względem medycznym, religijnym, czy ogólnie moralnym.

Stworzenie ludzkich warunków umierania i nieprzedłużanie agonii nie są popieraniem biernej eutanazji. Fakt odłączenia chorego od aparatury ratującej życie, z ludzkiego punktu widzenia, może wydawać się bardzo okrutny. Jednak nie jest łamane żadne prawo ani też etyczna norma dotycząca obowiązków lekarza. Jest on powołany do niesienia pomocy przy zastosowaniu środków, jakimi obecnie medycyna dysponuje. Zdarza się, że racje emocjonalne zespołu leczącego są tak silne, iż pomimo śmierci mózgu człowieka, lekarz nie odłącza aparatury. Często chodzi o podtrzymywanie na duchu rodziców lub dzieci, którzy jeszcze nie pogodzili się ze śmiercią bliskich. Taką decyzję dyktuje mu czasem oczekiwanie, na przyjazd krewnych lub przyjaciół, danie czasu na przygotowanie się do tak trudnej chwili. Gdy jednak aparatura jest konieczna dla kogoś, kto jest w stanie ciężkim i ma szansę przeżycia, to ma on pierwszeństwo. Natomiast zaniedbanie podstawowej opieki medycznej wobec chorego w przetrwałym stanie wegetatywnym jest ciężkim wykroczeniem wobec miłości bliźniego i wskazań deontologii lekarskiej. Zobowiązania te spoczywają również na całej służbie zdrowia, administracji państwowej, organizacjach społecznych i charytatywnych. Stałą ich troską powinno być wspieranie rodziny, której bliska osoba jest tak ciężko chora. Pozostawienie ich samych w tej dramatycznej sytuacji jest czynem niegodnym człowieka [12].

Stąd też konieczna jest im pomoc psychologiczna, materialna i religijna. Niezwykle cenną inicjatywą jest tworzenie oddziałów przewlekłej opieki medycznej i domowej pomocy ze specjalnym programem rehabilitacji chorego oraz wsparcia dla jego rodziny. Służba zdrowia powinna być przygotowana na okresowe przyjęcie chorego do szpitala w celu odciążenia rodziny znajdującej się u kresu wytrzymałości psychicznej i fizycznej. Istotna jest również pomoc wolontariuszy, których obecność jest dobrym sposobem przezwyciężenia poczucia osamotnienia, tak często towarzyszącego rodzinom chorych [13].

Piśmiennictwo

1. Szczepaniak L.: Podejmowanie decyzji o zaprzestaniu zabiegów podtrzymujących życie. Bioetyczne Zeszyty Pediatrii, 2006, 3, 111-134.
2. Centrum Badania Opinii Społecznej: Stosunek Polaków do śmierci. Komunikat z badań oprac. R. Boguszewski, Warszawa, 2005, 10-12.
2. Szewczyk K.: Rozumieć siebie i innych. Zarys psychologii. Tarnów, 1994, 174.
4. Tobiasz-Adamczyk B.: Relacje lekarz – pacjent w perspektywie socjologii medycyny. Kraków, 2002, 47.
5. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, DzU 1997 Nr 28, poz. 152.
6. Wężyk K.: Kiedy odłączyć respirator? Koniec ratowania na siłę – artykuł dla TVN24, listopad, 2008.
7. Jan Paweł II: Człowiek chory zawsze zachowuje swą godność. Przemówienie do uczestników międzynarodowego kongresu lekarzy: „Terapie podtrzymujące życie a stany wegetatywne: postępy nauki i dylematy etyczne", 17-20.03.2004 r., OsRomPol 25, 2004, 6,20-22.
8. Kornas St.: Współczesne eksperymenty medyczne w ocenie etyki katolickiej. Częstochowa, 1986, 233.
9. Jan Paweł II: Prawo Boże stawiajcie przed prawo ludzkie. Przem. cyt., 64-65.
10. Ramsey P.: Pacjent jest osobą.. Łypacewicz S.(tł. z ang) Warszawa, 1977.
11. Ślipko T.: Bioetyka, najważniejsze problemy. Wyd. Petrus, Kraków, 2009, 427-431.
12. Gubała W.: Zagadnienia etyczne w anestezjologii i intensywnej terapii w nauczaniu Jana Pawła II. [W:] Śladami Boga i Człowieka. Księga pamiątkowa ku czci ks. prof. dr hab. Jana Kowalskiego, red. Orzeszyna J., Kraków, 2000, 282-283.
13. Wrobel J.: Człowiek i medycyna. Teologiczno-moralne podstawy ingerencji medycznych, Kraków, 1999, 426.

Klimaszewska Krystyna[1], Borawska Katarzyna, Kowalewska Beata[1,2], Rolka Hanna[1,2], Kondzior Dorota[1], Kowalczuk Krystyna[1], Jankowiak Barbara[1,2], Łukaszuk Cecylia[1], Krajewska –Kułak Elżbieta[1]

Eutanazja w opinii społeczeństwa - dobrodziejstwo czy cywilizacja śmierci

[1.] Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej UMB
[2.] Instytut Medyczny PWSIiP w Łomży

Wprowadzenie

„Napisz im, żeby nie bali się śmierci. Jest bardzo prosta.
Potrzebuje wrażliwej miłości, nic więcej."
- Matka Teresa z
Kalkuty

Postawy wobec śmierci i umierania

We współczesnej rzeczywistości człowiek nie chce myśleć o śmierci, bo zbyt pochłonięty jest pogonią za pieniędzmi. Żyjąc w świecie materialnym, zapomina o wartościach duchowych i nie dostrzega przemijania czasu. Dopiero choroba o niepomyślnym rokowaniu uruchamia w nim przemiany duchowe oraz zmienia jego postawy wobec śmierci i umierania. W tych przemianach człowiek potrafi sam odnaleźć najważniejsze dla siebie wartości, a w momencie gdy zagrożone jest jego życie, przyspieszony rozwój duchowy może stać się faktem [1, 2].

Istota i rodzaje eutanazji

Główny podział na eutanazję: czynną i bierną pojawił się pod koniec XX wieku wraz z możliwością długotrwałego utrzymywania pacjenta na skraju życia i śmierci. Do niedawna, niejako tradycyjnie, rozróżniło się eutanazję:

1. czynną – śmierć była spowodowana określonym działaniem,
   a) pośrednią – gdy podjęte działanie ma na celu uśmierzenie bólu, jednak drugim, niezamierzonym, ale i nieuniknionym skutkiem jest skrócenie życia chorego, np. podawanie bardzo silnych środków przeciwbólowych w dawkach, które powodują skrócenie procesów życiowych,
   b) bezpośrednią – gdy podjęte działanie lub zaniechanie bezpośrednio zmierza do skrócenia życia chorego, np. przez odłączenie respiratora.
2. bierną – śmierć następowała na skutek zaniechania terapii podtrzymującej życie [3, 4, 5],

oraz eutanazję:

1. dobrowolną – kiedy występowała świadoma prośba o spowodowanie śmierci
2. niedobrowolną – gdy chory nie był w stanie wyrazić takiej prośby, np. był nieprzytomny [3, 4, 5, 6].

Podziały te krzyżują się, i tak eutanazja czynna (pośrednia lub bezpośrednia), jak i bierna, może stanowić jednocześnie eutanazję dobrowolną, niedobrowolną lub przymusową [7, 8].

Eutanazja czynna – aktywna - jest to postępowanie świadome, zmierzające do skrócenia życia chorego. Śmierć jest wynikiem aktywnego działania, np. podanie śmiertelnej dawki środka narkotycznego [6, 9].

Eutanazja bierna – pasywna - jest nieuzasadnionym zaprzestaniem leczenia mającym na celu przyspieszenie śmierci [10]. Polega na zaniechaniu czynności ratujących życie (np. przerwanie terapii, zaprzestanie karmienia chorego w stanie terminalnym lub nieuleczalnie chorego noworodka) [3]. Barbara Chyrowicz, w jednej ze swoich książek *„Eutanazja i spór o argumenty"* twierdzi, iż eutanazja bierna jest sytuacją, gdy lekarz celowo nie podając choremu niezbędnych do przeżycia środków, dąży do przyśpieszenia śmierci. Jak też rezygnacja z leczenia noworodka, kiedy, to podkreśla autorka, terapia jest możliwa i przynosi wymierne skutki [11].

Ortotanazja- zaniechanie działań w kierunku sztucznego podtrzymywania życia, podejmowanie i prowadzenie reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych w okresie umierania [12].

Dystanazja- jest to sztuczne utrzymanie serca i płuc u pacjenta z nieodwracalnymi zmianami, a ciężkimi uszkodzeniami mózgu, czyli odwrotnie jak ortotanazja, polega na utrzymaniu przy życiu nieuleczalnie chorego za wszelka cenę, z zastosowaniem nadzwyczajnych środków leczniczych, często bardzo kosztownych i trudnych do pozyskania. Zaniechanie czy zmniejszenie zakresu ich stosowania prowadzi najczęściej do zgonu pacjenta [13].

Kryptanazja - eutanazja zwana też kryptanazją, z greckiego „kryptos" – tajny, ukryty, „thanatos" – śmierć, niedopuszczalna, będąca właściwie zwykłym morderstwem, a polegająca na zabiciu człowieka bez jego wiedzy i woli – z powołaniem się na dobro jego lub jego bliskich [13]. Kryptanazja nie jest dobrowolnym uśmiercaniem. Dzieje się bez przyzwolenia jednostki.

Samobójstwo wspomagane - K. Szewczyk twierdzi, iż pomoc w samobójstwie „jest celową i przemyślaną pomocą lekarza drugiemu człowiekowi w popełnieniu samobójstwa, motywowaną pragnieniem ulżenia jego cierpieniom. Pomoc polega na zaopatrzeniu w leki do samodzielnego zażycia, dokonanym na dobrowolne i kompetentne żądanie pacjenta" [14].

Uporczywa terapia - W przypadku terapii uporczywej celem nie jest ani skracanie, ani wydłużanie życia chorego, ale uchronienie go przed dodatkowymi cierpieniami, gdy w zakresie terapeutycznym nie można już nic dla niego zrobić. Rezygnacja z działań nadzwyczajnych, nieproporcjonalnych, a do tego zazwyczaj kosztownych i bolesnych oznacza po prostu nie stawianie przeszkód nieuchronnej śmierci [15].

Zasada podwójnego skutku - dopuszczalne etycznie i prawnie jest działanie oparte na zasadzie podwójnego skutku. Działania te zmierzają do złagodzenia uciążliwego dla chorego objawu i są podejmowane pomimo istnienia ryzyka skrócenia życia chorego w wyniku takiego postępowania. Przykładem takich działań może być stosowanie bardzo szybko wzrastających dawek opioidów w bólu nie do wytrzymania. Głównym celem jest tu opanowanie dolegliwości, a śmierć jest niemożliwym do całkowitego wykluczenia skutkiem takiego postępowania [13].

Legalizacja eutanazji – argumenty za i przeciw

Etyczny spór o eutanazję (powiązany ze sporem o samobójstwo), zw. sporem o prawo do godnej śmierci, trwa od czasów starożytnych Grecji, chociaż nieznane było wówczas nowoczesne pojecie eutanazji i samobójstwa. Platon i Arystoteles wyrażali poparcie dla dobrowolnego zakończenia bezsensownych cierpień, pitagorejczycy zaś

bezwzględnie przeciwstawiali się prawu człowieka do odebrania sobie życia, natomiast ideę śmierci godnej, łagodnej i pełnej tym samym chwał głosił Cyceron [6].

Czym jest eutanazja? Zabójstwem, odebraniem życia, czy może podaniem ręki potrzebującemu w jego cierpieniu, bólu? Dyskusja na ten temat wciąż pozostaje kwestią sporną [12].

Argumenty przeciwników legalizacji eutanazji ze względów społecznych

Dla przeciwników legalizacji eutanazji dyskusja ma charakter przede wszystkim moralny, a później religijny. Swą argumentację opierają na fundamentalnym zakazie zabijania, uznawanym także przez agnostyków. Podkreślają, że problem dotyczy nie tylko samego życia, ile cierpienia i możliwości jego uniknięcia [16].

Swe stanowisko motywują, m.in. argumentami etycznymi:

1. Litość i współczucie nie mogą być podstawą racjonalnych decyzji moralnych, winny natomiast mobilizować do konstruktywnego działania w celu pomocy nieuleczalnie chorym (np. medycyna paliatywna, ruch hospicyjny, rozwój medycyny).
2. Wolność człowieka ma charakter ograniczony; nie istnieje bezwzględna autonomia uprawniająca do swobodnego decydowania o własnym życiu, co wynika m.in. ze społecznego charakteru wolności (prawo słabych do opieki).
3. Godność ludzka, jako wartość ontyczna nie może być utożsamiana z jakością życia, nawet, jeśli jest przez nią ograniczana; jeden wymiar życia („jakość") nie może decydować o jego całości (godności); sens lub bezsens istnienia jest transcendentalny wobec jakości życia i czerpie swe uzasadnienie z metafizyki i aksjologii.
4. Pragmatyzm i względy ekonomiczne, których utylitarny charakter sprzeciwia się podmiotowości człowieka, nie mogą być podstawą moralnej decyzji dotyczącej życia.
5. Zgodnie z etyką lekarską, związek lekarza i pacjenta jest oparty również na przekonaniu pacjenta, że lekarz nigdy nie targnie się na jego życie, legalizacja eutanazji zniszczy to zaufanie.
6. Legalizacja prawna eutanazji zahamowałaby postęp w badaniach naukowych w zakresie opieki i medycyny paliatywnej, w dążeniu do wypracowania jeszcze lepszych modeli opieki nad cierpiącymi pacjentami i wytwarzania skuteczniejszych środków przeciwbólowych.
7. Legalizacja eutanazji mogłaby wpłynąć na przekonanie, że takie rozwiązanie jest korzystne dla społeczeństwa i nie stanowi żadnej szkody społecznej, jako że życie starych, niedołężnych i chorych ludzi nie przedstawia wartości. Osoby te mogłyby przez swą zależność od innych odczuć, że ich obowiązkiem jest zgodzić się na eutanazję, aby nie być ciężarem dla społeczeństwa, co w rażący sposób godziłoby w autonomię tych ludzi [11, 16].
8. Gdy zwolennicy eutanazji chcą usprawiedliwić eutanatyczne ingerencje medycyny, powołują się na "względy humanitarne" - współczucie dla ciężko chorego i cierpiącego człowieka. To współczucie ma usprawiedliwić spowodowanie zgonu [17].
9. Jeszcze innym argumentem, jakim posługują się zwolennicy eutanazji, są względy utylitarystyczne - unikanie nieproduktywnych wydatków.

Argumenty "społeczne" zwolenników legalizacji eutanazji

Zwolennicy eutanazji za najistotniejszy argument w dyskusji uważają reguły moralne. Według nich, zamiast koncentrować się na intencji działań lekarza, skrócenie życia pacjenta, złagodzenie jego bólu czy też na sposobie, w jaki tego dokonuje, należy raczej zadać sobie pytanie czy decyzja ta, w świetle wiedzy medycznej i zastanych okoliczności, jest słuszna. Odrzucają oni religijne argumenty przeciw eutanazji, które ich zdaniem nie mogą być wprowadzone mocą prawa stanowionego, gdyż byłoby to sprzeczne z obowiązującą w demokracji zasadą możliwości wyboru [16].

1. Litość i współczucie dla cierpiącego człowieka.
2. Przyrodzone i niezbywalne prawo do wolności.
3. Idea „jakości życia", którą terminalnie chory traci wskutek cierpienia.
4. Pojęcie „sensu" i „bezsensu" życia.
5. Pragmatyzm (m.in. wysokie koszty opieki nad terminalnie chorymi i wykorzystanie aparatury medycznej w leczeniu chorego, którego zdrowie rokuje poprawę).
6. Konieczność prawnego usankcjonowania i uregulowania praktyki eutanazji, a tym samym poddania jej kontroli społecznej.
7. Eutanazja po zalegalizowaniu i zaakceptowaniu społecznym pozostanie aktem tylko dobrowolnym, na który nie będą mogły mieć wpływu namowy i naciski.
8. Nie będzie zgody na eutanazję osób, które są trwale niezdolne do wyrażania swej woli - prośby o odebranie życia.
9. Legalizacja eutanazji zabezpieczy lekarzy przed odpowiedzialnością prawną.
10. Zalegalizowanie eutanazji nie wpłynie ujemnie na działalność opiekuńczą i finansowanie rozwoju programów opieki paliatywnej i medycyny paliatywnej.
11. W cywilizowanym społeczeństwie nigdy nie wykorzysta się eutanazji do niewłaściwych działań [11, 16].

Jak wynika z przeprowadzonej analizy argumentów obydwu stron, postawy przyjmowane wobec zagadnienia eutanazji popierane są całą gamą odmiennie interpretowanych argumentów i oparte na rozmaitych doktrynach teologicznych i filozoficznych. Jednakże skrajne postawy etyczne, wobec tego budzącego kontrowersje zjawiska, wywierają zasadniczy wpływ na opinię publiczną, a także personel medyczny i ustawodawstwo.

Cel pracy

Dyskusja na temat moralnej oceny eutanazji wciąż trwa, dzieląc ludzi, a linie podziału wyznaczają najczęściej formułowane argumenty.

Celem pracy było:

- Określenie postawy społeczeństwa w stosunku do legalizacji eutanazji.
- Porównanie podejścia do eutanazji, jako ważnego problemu etycznego pośród ludzi wierzących i niewierzących.
- Poznanie znajomości zagadnienia i opinii na temat eutanazji wśród ankietowanych.

Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone na przełomie października i listopada 2010 roku w grupie 100 wybranych losowo osób. Przedział wiekowy osób biorących udział w badaniu wynosił od >20 . do powyżej 60. roku życia.

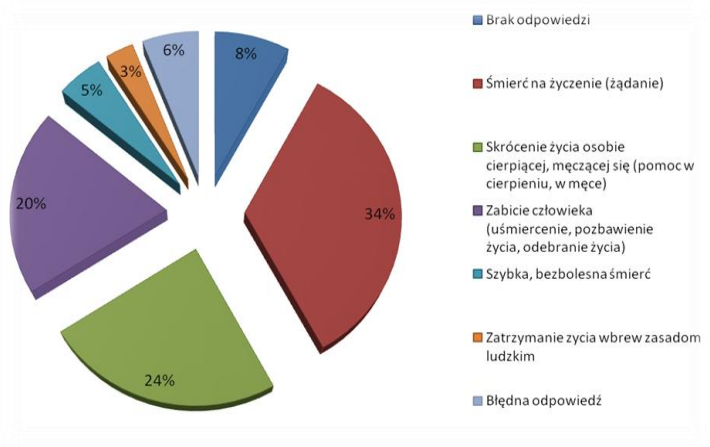
Wyniki

W grupie ankietowanych 100 osób - 73% stanowiły kobiety, natomiast pozostałe 27% mężczyźni.

Ze względu na wiek najliczniejszą grupę wśród respondentów stanowiły osoby w wieku 36 – 59 lat (30%), najmniej liczną grupą były osoby powyżej 60. roku życia (7%).

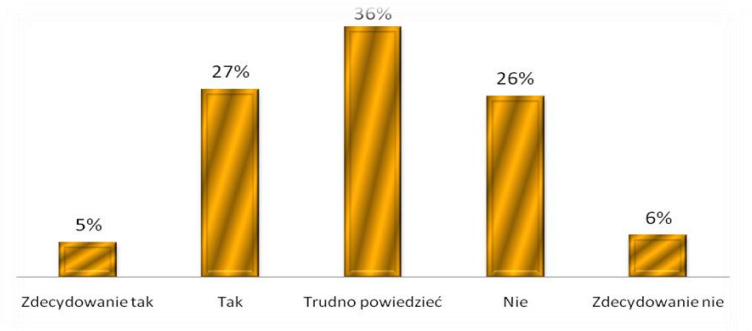
Pod względem wykształcenia najliczniejszą grupę stanowiły osoby posiadające wykształcenie średnie (45%), 41% osób miało wykształcenie wyższe. Natomiast 8% to osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym.

Na podstawie przeprowadzonych badań okazało się, że pojęcie eutanazja jest znane większość ankietowanych. 92 respondentów (92%) odpowiedziało na pytanie: Jak Pan/Pani zdefiniowałby/zdefiniowałaby pojęcie eutanazja? Ośmiu (8%) ankietowanych wcale nie udzieliło odpowiedzi na powyższe pytanie (Ryc.1).



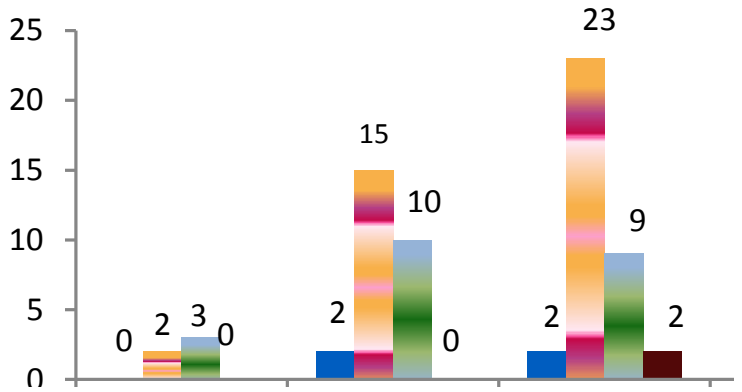
Rycina 1. Definicje eutanazji według ankietowanych

Odpowiedzi badanych na pytanie dotyczące legalizacji eutanazji były wyrównane. Zdecydowanie za legalizacją opowiedziało się 5% spośród wszystkich biorących udział w badaniu, natomiast zdecydowanie przeciwnych eutanazji było 6% respondentów (Ryc. 2).



Rycina 2. Opinie badanych dotyczące legalizacji eutanazji

Eutanazja ma zarówno wielu zwolenników, jak i przeciwników. Ludzie potępiający eutanazję twierdzą, że to jest morderstwo, dla osób wierzących takie praktyki są niezgodne z ich przekonaniami religijnymi. Najwięcej osób z grupy wierzących i praktykujących (23%) nie jest przekonanych, co do legalizacji eutanazji. Dokładne dane przedstawia Ryc. 3.

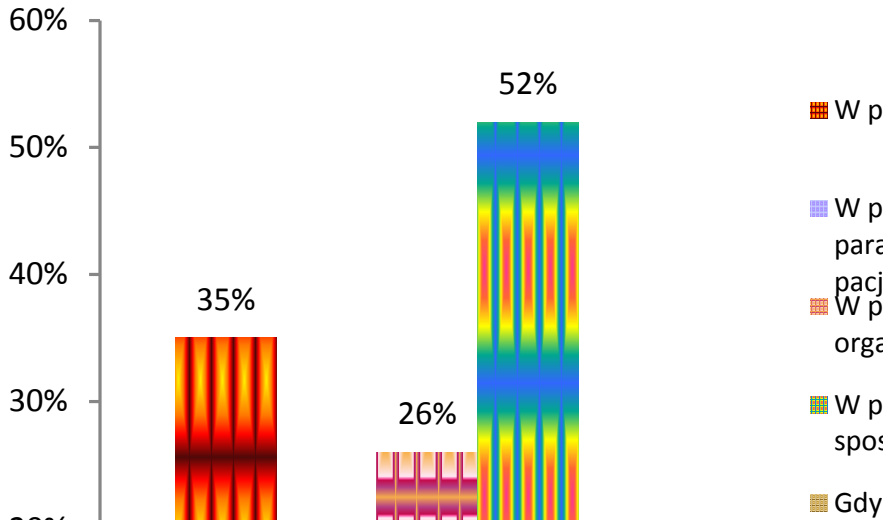


Rycina 3. Opinie badanych dotyczące legalizacji eutanazji wg wiary

Większość badanych – 59% deklarowało, iż w najbliższej rodzinie nikt nie choruje, ani nie chorował na nieuleczalną, śmiertelną chorobę. 35 osób (35%) potwierdziło nieuleczalną chorobę w najbliższej rodzinie, pozostali ankietowani - 6 osób (6%) nie wiedziało, czy ktoś chorował bądź choruje w ich rodzinie.

Spośród wszystkich ankietowanych tylko 30 osób (30%) opiekowało się ciężko chorą osobą, natomiast reszta ankietowanych 70 osób (70%) nie miało do czynienia z taką osobą.

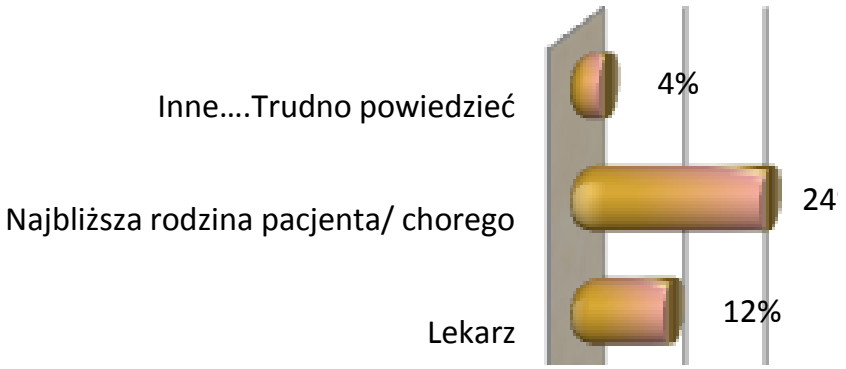
Na pytanie dotyczące akceptacji eutanazji w poszczególnych przypadkach, ankietowani mogli wielokrotnie udzielić odpowiedzi spośród sześciu podanych sytuacji klinicznych, które mogły być wskazaniem do eutanazji. Najwięcej osób (52%) zgodziłoby się na eutanazję w przypadku, gdy życie podtrzymywane było w sposób sztuczny, a zaledwie 4% ankietowanych nigdy nie podjęłoby decyzji o eutanazji (Ryc.4).



Rycina 4. Rozkład odpowiedzi dotyczących aktu eutanazji w poszczególnych przypadkach.*

**Wartości nie sumują się do 100%, ponieważ istniała możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi*

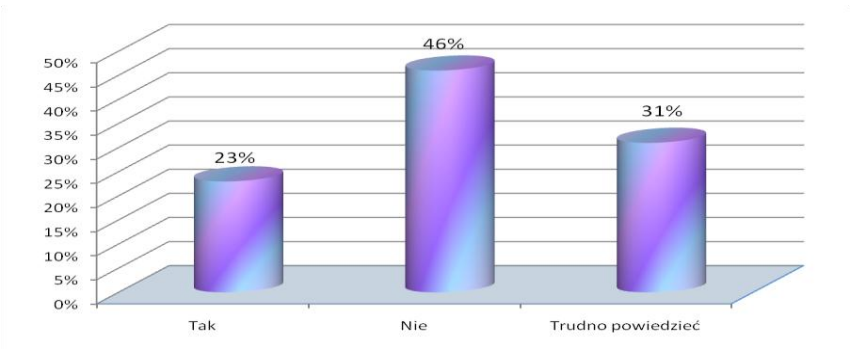
75% badanych stwierdziło, iż sam pacjent/chory powinien decydować o dokonaniu eutanazji, gdy osoba jest przytomna, zdaniem 24% ankietowanych to najbliższa rodzina pacjenta/chorego powinna decydować o eutanazji, natomiast 12% osób jest za tym, aby ową decyzję podejmował lekarz. 4% respondentów nie potrafiło sprecyzować swego stanowiska (Rc. 5).



Rycina 5. Kto Pana/ Pani zdaniem powinien decydować o dokonaniu eutanazji u osoby przytomnej? *

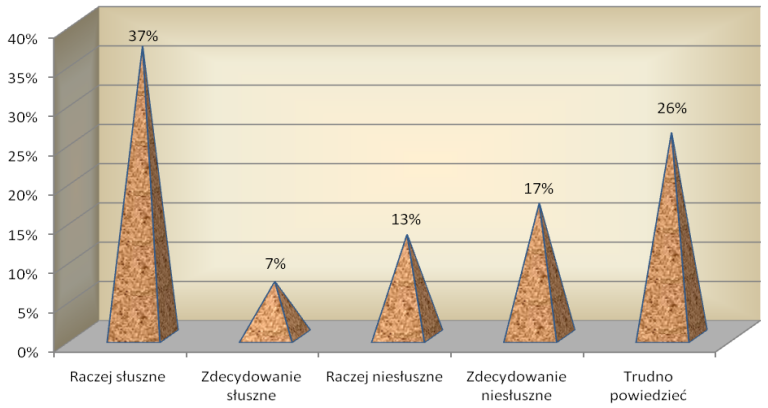
**Wartości nie sumują się, do 100%, ponieważ istniała możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi*

Spośród 100 ankietowanych, 46% osób jest przeciwko temu, aby eutanazja była regulowana politycznie, 23% badanych popiera kwestie regulowania politycznego eutanazji, natomiast 31% osób ciężko jest się wypowiedzieć na ten temat. Graficznie odpowiedzi ankietowanych przedstawia Rycina 6.



Rycina 6. Czy uważa Pan/Pani, że kwestia eutanazji powinna być regulowana politycznie?

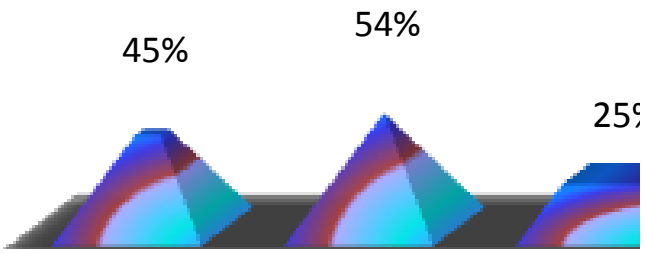
Na pytanie dotyczące słuszności lub nie, na wprowadzenie prawa umożliwiającego lekarzom przyspieszenie śmierci cierpiącego, nieuleczalnie chorego na jego własna prośbę - 37% ankietowanych odpowiedziało, iż jest to raczej słuszne, zdaniem 13% ankietowanych jest to raczej niesłuszne prawo. Niezdecydowanych było 26% badanych. Dokładne dane przedstawia Rycina 7.



Rycina 7. Czy uważa Pan/Pani, że wprowadzenie prawa umożliwiającego lekarzom przyśpieszenie śmierci cierpiącego, nieuleczalnie chorego na jego własną prośbę jest słuszne czy niesłuszne?

Według 33% badanych lekarze powinni spełniać wolę chorych, którzy domagają się podania im środków powodujących śmierć, 28% badanych było przeciwnego zdania.

W przypadku zalegalizowania eutanazji, według 54% ankietowanych to małżonek/małżonka powinien podjąć decyzję o śmierci osoby nieprzytomnej, natomiast 45% ankietowanych twierdzi, iż taką decyzję powinni podjąć rodzice chorego. 25% badanych twierdzi, iż pozostawiłoby tą decyzję dzieciom chorego, a tylko o 1% mniej, czyli 24% respondentów powierzyłoby rozstrzygnięcie lekarzowi (Ryc. 8).



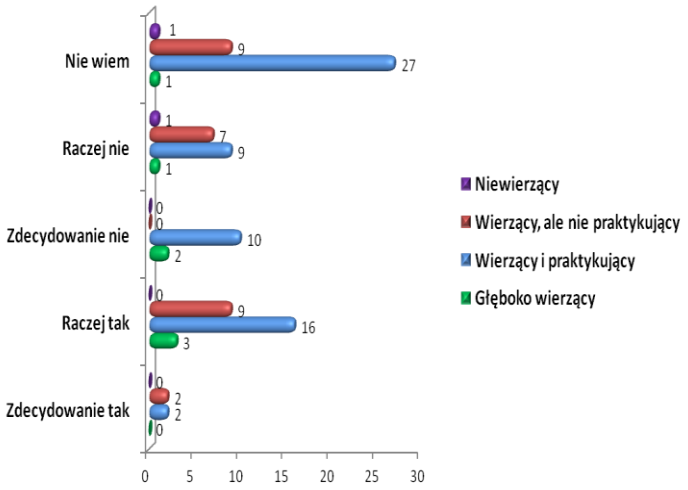
Rycina 8. W przypadku zalegalizowanej eutanazji, kto powinien podjąć decyzje o śmierci osoby nieprzytomnej?*

**Wartości nie sumują się do 100%, ponieważ istniała możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi*

Prośbę bliskich o eutanazję spełniłoby 28% ankietowanych, z kolei 27% osób zdecydowanie odmówiłoby, a prawie połowa badanych 45% nie wie, jaką podjęłaby decyzję.

Osoby, którym medycyna nie jest w stanie już pomóc niekiedy domagają się prawa do godnej śmierci. Prawdą jest też, że nie wszyscy cierpiący, nieuleczalnie chorzy ludzie chcą zakończenia swojego życia. 30% ankietowanych wierzących i praktykujących nie wie, jaką podjąć decyzję w przypadku stwierdzenia nieuleczalnej choroby u osób bliskich. Natomiast 10% wierzących, ale niepraktykujących postąpiłoby zgodnie z wolą chorego.

Zwolennicy eutanazji odwołują się niejednokrotnie do tej samej od setek, czy nawet tysięcy lat argumentacji, że ostatecznym dysponentem własnego życia jest sam człowiek. Jeśli zatem jest człowiekiem wolnym, może sam decydować o swoim życiu i jego końcu. Co więcej, ma wręcz moralne prawo do odebrania sobie życia, a także do upoważnienia kogokolwiek do zadania mu śmierci. Wśród osób wierzących i praktykujących 10% nie zdecydowałoby się na własną eutanazję, a 27% nie miało zdania w tym względzie (Ryc. 9).



Rycina 9. Zgoda na własną eutanazję w przypadku stwierdzenia nieuleczalnej choroby wg wiary

Dyskusja

Na podstawie przeprowadzonych badań wynika, że pojęcie eutanazji wśród społeczności woj. podlaskiego jest znane większości ankietowanych. 92 respondentów (92%) podało określenie eutanazji spójne z definicją. Ośmiu (8%) ankietowanych wcale nie znało określenia tego słowa. Z opracowań Gaworskiej – Krzemińskiej i Żuralskiej wynika, że ze 156 badanych pielęgniarek z województwa pomorskiego, ponad połowa częściowo błędnie zdefiniowała terminologię związana z eutanazją [18].

Według badań Wiski, Kluczek i Kurpienicza, dla 42,6% studentów pielęgniarstwa i 68% studentów prawa eutanazja jest zaprzestaniem terapii podtrzymującej życie. Inaczej pojęcie eutanazji interpretuje 16% studentów pielęgniarstwa i 12% studentów prawa. Dla nich, eutanazja to podanie środków przeciwbólowych w ilościach, które doprowadzą do śmierci. 41,4% studentów pielęgniarstwa i 20% studentów prawa jest zdania, że eutanazja to pomoc w samobójstwie [19].

Według Sikory pielęgniarki i lekarze definiują termin eutanazja, m.in. jako: odebranie życia, skrócenie życia, przyśpieszenie śmierci, pozbawienie życia, przerwanie cierpienia – nie określając przy tym woli i zgody pacjenta oraz czy pacjent jest, czy nie jest nieuleczalnie chory [4].

Odpowiedzi respondentów na pytanie dotyczące legalizacji eutanazji były wyrównane. Za legalizacją eutanazji opowiedziało się 27% respondentów, na nie było 26% respondentów. Trudno było się zdecydować 36% badanym. Zdecydowanie na „tak" było 5% osób spośród wszystkich biorących udział w badaniu, natomiast zdecydowanie przeciwnych eutanazji okazało się 6% respondentów.

Z badań przeprowadzonych w Białymstoku przez Matejuk i in. dotyczących postrzegania przez pacjentów, lekarzy, studentów medycyny i mieszkańców województwa podlaskiego problemu opieki paliatywnej i eutanazji wynika, że za

legalizacją eutanazji opowiedziało się około 30% wszystkich ankietowanych: 24,3% lekarzy (1/4 grupy), 33,3% studentów i 42% mieszkańców woj. podlaskiego. Ponad 20% zarówno lekarzy, jak i studentów nie zajęło stanowiska w tej kwestii. Największą grupę 73,3% przeciwną legalizacji eutanazji stanowili pacjenci Hospicjum domowego w Białymstoku (średnia wieku 67 lat). W przeprowadzonych badaniach okazało się, iż największymi zwolennikami eutanazji byli ludzie młodzi, poniżej 35. roku życia [20, 21].

Wiski., Kluczek i Kurpienicz. z Białegostoku ze swoich badań wywnioskowali, iż 8% studentów (pielęgniarstwa i prawa) popiera legalizacje eutanazji, 27,3% odpowiedziało, że „raczej popiera". Stanowczo przeciwnymi jest 14,6% [19].

Na pytanie dotyczące akceptacji eutanazji w poszczególnych przypadkach ankietowani mogli wielokrotnie udzielić odpowiedzi spośród sześciu podanych sytuacji klinicznych, które mogły być wskazaniem do eutanazji. Najwięcej osób (52%) zgodziłoby się na eutanazję w przypadku, gdy życie podtrzymywane by było w sposób sztuczny, a zaledwie 4% ankietowanych nigdy nie podjęłoby decyzji o eutanazji.

W badaniu przeprowadzonym przez Mierzeckiego, wśród studentów akceptujących eutanazję (48% Polaków, 61% Szwedów i 82% Niemców) również najczęściej wymienianą sytuacją, w której zgodziliby się na akt eutanazji było sztuczne podtrzymywanie procesów życiowych. Ponad połowa ankietowanych zaakceptowałaby procedurę eutanazji w terminalnej fazie chorób nieuleczalnych. Niewielki odsetek stanowiły odpowiedzi, gdzie choroba przewlekła mogłaby być wskazaniem do eutanazji [22].

W badaniach własnych wykazano, że 33% badanych stwierdziło, iż lekarze powinni spełniać wolę chorych, którzy domagają się podania im środków powodujących śmierć, 28% badanych było przeciwnego zdania.

Szewczyk twierdzi, iż większość polskich lekarzy uważa, że powiedzenie prawdy o złym rozpoznaniu i rokowaniu odbiera nadzieję, a tym samym przyśpiesza śmierć. Czasem mówienie prawdy, w sytuacji śmiertelnej choroby, jest porównywane do eutanazji. „Prawda wówczas staje się rodzajem trucizny. Aplikowana w zbyt dużych dawkach – zabija" [26]. Dalej autor stwierdza, że lekarze z takimi przekonaniami zapominają, że komunikowanie prawdy pacjentowi wchodzącemu w stan terminalny czy umierającemu powinno być procesem, trwającym nawet tyle, co umieranie [23].

W opracowaniach własnych prośbę bliskich o eutanazję spełniłoby 28% ankietowanych, z kolei 27% osób zdecydowanie odmówiłoby, a prawie połowa badanych (45%) nie wie, jaką podjęłoby decyzję.

Jak podje Sikora, większość ankietowanych w przeprowadzanym przez nią badaniu, chciałaby mieć wpływ na sposób zakończenia swego życia w sytuacji zdiagnozowania u nich nieuleczalnej choroby. Respondenci chcieliby też decydować o czasie i sposobie zakończenia życia [4].

Wnioski

1. Pojecie eutanazji jest znane większości respondentów.
2. Zdanie ankietowanych na temat poparcia legalizacji jest podzielone po połowie. Wiara badanych osób ma wpływ na decyzję poparcia legalizacji eutanazji.
3. Ponad 46% ankietowanych nie jest za poparciem politycznego regulowania eutanazji.
4. Wiara badanych osób ma wpływ na decyzję o śmierci nieuleczalnie chorego człowieka.

5. Istnieje przyzwolenie na akt eutanazji w przypadku, gdy życie podtrzymywane jest w sposób sztuczny.
6. W perspektywie nieuleczalnej choroby tylko 32% badanych chciałaby dla siebie eutanazji.

Piśmiennictwo

1. Antonelli F.: Oblicze śmierci. Wydawnictwo Diecezjalne, Sandomierz, 1985.
2. Bogacz-Wardzińska H.: Postawy wobec śmierci i umierania [w:] W drodze do brzegu życia. t.II. Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C., Nyklewicz W., Lewko J. (red.): Uniwersytet Medyczny w Białymstoku Wydział Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia, Białystok , 2007, 313- 318.
3. Kaczmarek T., Marcinkowski J.T.: Kryptoeutanazja – jaka jest skala tego problemu? [w:] W drodze do brzegu życia. t. VI. Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C. (red.): Uniwersytet Medyczny w Białymstoku Wydział Nauk o Zdrowiu, Białystok, 2009, 235-245.
4. Sikora M., Szczepański S.M.: Eutanazja w świadomości społecznej: między odrzuceniem a akceptacją. Eutanazja. Prawo do życia. Prawo do wolności. Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin, 2005, 61 – 91.
5. Szawarski Z.: Spór o eutanazję. Med. Dypl., 2003, 12, 14 – 19.
6. Wielka Encyklopedia PWN t. VIII. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2002, 465-466.
7. Pietrzykowski T.: Spór o eutanazję. Wyd. Sonia Droga, Katowice, 2007.
8. Wichrowski M.: Prawo do życia. Wyd. Helsińska Fundacja Praw Człowieka, Warszawa, 2006, 3-31.
9. Nesterowicz M.: Prawo medyczne, TNOiK, Toruń, 1994, 92.
10. Dziedzic J.: Eutanazja. Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański, Polskie Wyd. Encyklopedyczne, Radom, 2005, 153 – 159.
11. Chyrowicz B.: Eutanazja i spór o argumenty. Eutanazja. Prawo do życia. Prawo do wolności, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2005; 143 – 172.
12. Kowalska D.: Eutanazja w polskim prawie karnym a granice dopuszczalności interwencji lekarskiej, Prok. Pr. 2002, 1, 86.
13. Walden-Gałuszko K., Kaptacz A. (red.): Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2005, 217 – 219.
14. Szewczyk K.: Bioetyka. Medycyna na granicach życia. t. I. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2009, 288 – 414.
15. Fryś A.: Aborcja i eutanazja w świetle zagadnień historycznych, prawnych, medycznych i etyczno – deontologicznych. Kształcenie i doskonalenie zawodowe pielęgniarek i położnych. Standardy opieki w pielęgniarstwie. Wdrożenie programów promocji zdrowia. Materiały konferencyjne. Poznań, 1999, 265 – 267.
16. Gadacz T., Milerski B.: Religia Encyklopedia PWN, t. III, Warszawa, 2001.
17. Jan Paweł II.: Encyklika Evangelium Vitae. Encykliki Ojca Świętego Jana Pawła II. Wyd. Znak, Kraków, 2006, 841 – 986.
18. Gaworska- Krzemińska A., Żuralska R.: Eutanazja w opinii pielęgniarek Pomorza [w:] W drodze do brzegu życia. t. II. Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C., Nyklewicz W., Lewko J. (red.) : Uniwersytet Medyczny w Białymstoku Wydział Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia, Białystok, 2007, 337-342.
19. Wiska M., Kluczek I., Krupienicz A.: Postawy studentów pielęgniarstwa i prawa wobec eutanazji na podstawie badań własnych. [w:] W drodze do brzegu życia. t. VI.

Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C. (red.) : Uniwersytet Medyczny w Białymstoku Wydział Nauk o Zdrowiu, Białystok, 2009,289- 304.
20. Fenigsen R.: Eutanazja. Śmierć z wyboru? Wyd. „W drodze", Poznań, 2002.
21. Matejuk A., i in.: Opieka paliatywna czy eutanazja – postrzeganie problemu przez pacjentów, lekarzy, studentów medycyny i mieszkańców województwa podlaskiego. Onkol. Pol., 2003, 6, 29 – 33.
22. Mierzecki A., Rękawek K., Świątkowski J. i in.: Ocena podejścia do eutanazji studentów pierwszego roku medycyny w Szczecinie, Greifswaldzie i Lund. Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, Szczecin, 2008, 54, 164 – 169.
23. Szewczyk K.: Bioetyka. Medycyna na granicach życia. t. I. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2009, 288 – 414.

Chmiel Izabela[1], Brzostek Tomasz[1], Górkiewicz Maciej[1], Czekaj Janusz[1], Zalewski Zbigniew[1], Kliś-Kalinowska Anna[1], Iwaszczyszyn Jan[2]

Postawy pielęgniarek paliatywnych wobec eutanazji

[1] Uniwersytet Jagielloński w Krakowie, Wydział Nauk o Zdrowiu
[2] Zakład Opiekuńczo-Leczniczy, Kraków

Wstęp

Zjawisko eutanazji jest przedmiotem uwagi współczesnych specjalistów z wielu dziedzin. Eutanazja to słowo greckiego pochodzenia oznaczające „dobrą śmierć". Obecnie oznacza działanie lub zaniechanie działania, które w intencji zmierza do zadania śmierci osobom znajdującym się w stanie skrajnego cierpienia, umierającym, czy głęboko upośledzonym [1]. Wśród przyczyn jej dokonywania wymienia się motyw litości i współczucia dla chorego oraz chęć ulżenia w cierpieniu w obliczu nieuchronnie zbliżającej się śmierci [2,3]

We współczesnym świecie eutanazja budzi skrajne postawy. Z jednej strony mamy żądania systemu prawa zawierającego bezwzględny zakaz dokonywania eutanazji, z drugiej – akceptację części opinii publicznej.

Rozpatrując zagadnienie eutanazji można wyodrębnić jej następujące rodzaje:

- eutanazję pozytywną (czynną), czyli podjęcie działań mających na celu spowodowanie śmierci
- eutanazję negatywną (bierną) oznaczającą przerwanie leczenia w obliczu utraty nadziei przywrócenia zdrowia
- eutanazję dobrowolną wykonaną na prośbę osoby cierpiącej
- eutanazję niedobrowolną czyli wykonaną na prośbę osób trzecich, gdy osoba cierpiąca nie jest w stanie sama o nią poprosić [3].

W chwili obecnej eutanazja jest prawnie dozwolona w Albanii, Belgii, Holandii Japonii, Kolumbii, Luksemburgu, natomiast w Szwajcarii i stanie Oregon (USA) dopuszczalna jest pomoc w samobójstwie [1].

W Polsce eutanazja nie jest legalna, o czym mówi art. 150 Kodeksu Karnego:

- *§ 1. Kto zabija człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.*
- § 2. *W wyjątkowych wypadkach sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary, a nawet odstąpić od jej wymierzenia* [4].

W Kodeksie Etyki Lekarskiej znajduje się jednoznaczny zapis dotyczący eutanazji:

- *Art. 31. Lekarzowi nie wolno stosować eutanazji, ani pomagać choremu w popełnieniu samobójstwa.*
- *Art. 32. 1. W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych* [5].

Chorzy zwracający się z prośbą o dokonanie eutanazji, zazwyczaj wypowiadają ją w ściśle określonych warunkach:

- gdy odczuwają silny ból, duszności lub inne bardzo intensywne dolegliwości fizyczne,
- gdy przeżywają głęboką depresję, lęk lub inne przykre stany emocjonalne,
- gdy nie mają oparcia w otoczeniu, czują się odrzuceni, niepotrzebni i samotni [2,3].

W części przypadków poprawa warunków leczenia i sprawowanej opieki jest wystarczającym czynnikiem powodującym zmianę nastawienia pacjenta, czego efektem jest osłabienie chęci skrócenia sobie życia, lub nawet anulowanie prośby o śmierć.

Pielęgniarki paliatywne mają bardzo ograniczone możliwości radzenia sobie z obciążeniem psychicznym wynikającym z pozostawania w stałym i bezpośrednim kontakcie z ludźmi, będącymi w bezpośrednim poczuciu zbliżającej się śmierć. Siłą rzeczy jest im trudniej zdefiniować sens swoich działań niż tym, których podstawowe zadanie polega na współudziale w leczeniu i tworzeniu warunków utrzymania zdrowia [6]. Wiedzą, że dostosowanie się do skali wartości i oczekiwań ludzi „śmiertelnie" chorych, często w zaawansowanym wieku nie jest sprawą łatwą [7,8,9]. Przy tym wiedzą, lub tylko domyślają się, że część ich podopiecznych nie uzewnętrznia swoich negatywnych odczuć, nawet wtedy, kiedy zachowania otoczenia ocenia źle, jako niepomocne, a nawet raniące ich [10]. Ponadto, spotykają się z sygnałami, prośbami a nawet żądaniami skrócenia cierpienia. Czasem w, przysłowiowym sformułowaniu: „Pozwólcie odejść mi do mojego Ojca". Tymczasem opinia publiczna w sprawie eutanazji jest podzielona niemalże po połowie, a sprawa wywołuje silne emocjonalne reakcje [11].

Materiał i metody

W badaniach wzięło udział 227 pielęgniarek paliatywnych uczestniczących w kursach kwalifikacyjnych, specjalistycznych i specjalizacji z dziedziny opieki paliatywnej, organizowanych przez Małopolską Izbę Pielęgniarek i Położnych w Krakowie. Badania przeprowadzono na przełomie 2010 i 2011 roku.

Na przeprowadzenie badania wyraziła zgodę Komisja Bioetyczna UJ CM, organizatorzy szkolenia oraz badane pielęgniarki. Za kryteria wyłączające z badań przyjęto cofnięcie zgody na udział w trakcie przeprowadzania badania.

W anonimowym badaniu zastosowano kwestionariusz autorski składający się z 4 części. Cześć pierwsza (21 pytań) dotyczyła znajomości zagadnień związanych ze zjawiskiem eutanazji oraz podejścia badanych osób do tego zjawiska, a części druga (12 pytań) i trzecia (13 pytań) - dylematów etycznych występujących w pracy pielęgniarki paliatywnej, postępowania etycznego podczas pracy pielęgniarki z chorym u kresu życia, medykalizacji w opiece paliatywnej. Część czwarta (11 pytań) zawierała pytania dotyczące wieku, płci i kwalifikacji zawodowych badanej grupy pielęgniarek oraz prezentowanego systemu wartości.

Udzielenie odpowiedzi na większość pytań polegało na wybraniu prawidłowej spośród asortymentu odpowiedzi zamkniętych lub przyporządkowaniu cech ważności zaproponowanych odpowiedzi, w skali od ocena 1 = najmniejszy wpływ, do ocena 5 = największy wpływ.

Nieliczne pytania otwarte wymagały wpisania własnej propozycji odpowiedzi na postawione pytanie. W prezentowanym doniesieniu wykorzystano wyniki z części czwartej oraz z części pierwszej odpowiedzi na następujące cztery pytania kwestionariusza:

- Pytanie 10: Czy zgodziłaby się Pani/Pan na eutanazję bliskiego członka rodziny?
- Pytanie 11: Czy zgodziłaby się Pani/Pan na przeprowadzenie eutanazji na sobie samym?
- Pytanie 12: Które z czynników mają największy wpływ na Pani/Pana podejście do eutanazji i opieki paliatywnej?
- Pytanie 13: Czy jest Pani/Pan osobą religijną?

Charakterystyka badanej grupy

Próbę badaną stanowiła grupa 227 pielęgniarek paliatywnych należących do Małopolskiej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krakowie. Podstawowym miejscem pracy dla badanych 115 (44%) osób był szpital, pozostałe osoby pracowały w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), domach pomocy społecznej (DPS) i zakładach opiekuńczo-leczniczych (ZOL).

Wiek badanych mieścił się w przedziale od 20-60 lat. Średnia wieku badanych. wynosiła 39.2 lat $\pm$ 7,5 lat, 95% CI od 38,2 do 40,2 lat. Najliczniejszą grupę stanowiły pielęgniarki w wieku 36-40 lat, najmniej badanych było w wieku 56-60 lat (Tab.1).

Tabela 1. Rozkład wieku w badanej grupie N = 227 pielęgniarek paliatywnych

Przedział	20-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60
N	7	16	47	55	46	39	16	1
%	3,1%	7,0%	20,7%	24,2%	20,3%	17,2%	7,0%	0,4%

Najwięcej, bo 172 (80%) badanych osób, posiadało wykształcenie średnie, pozostałe 20% wykształcenie wyższe, z czego 35 osoby licencjackie, a 20 magisterskie.

W badanej grupie rozpiętość czasowa uzyskania dyplomu pielęgniarki obejmowała przedział od 1974 do 2008 roku. Najwięcej, bo 13 (6%) badanych osób uzyskało dyplom w 1993 roku. Kolejne roczniki 1985, 1992, 1995 i 2007 roku - liczyły każdy po osób 12 (5%).

Aktywność zawodowa badanych osób obejmowała przedział czasowy od 1 roku do 34 lat. Najwięcej, bo 20 (9%) badanych posiadało 20. letni staż pracy zawodowej.

Spośród 227 badanych studia podyplomowe ukończyło 12 (5%) osób. Specjalizacje z różnych dziedzin pielęgniarstwa posiadało 9 (4%), kursy podstawowe 85 (37%), kursy specjalistyczne 38 (17%), a kwalifikacyjne 20 (9%) badanych.

W badanej grupie 227 pielęgniarek paliatywnych, w odpowiedzi na pytanie: *Czy zgodziłaby się Pani/Pan na eutanazję bliskiego członka rodziny* - 173 (76,2%) osoby zadeklarowało, że całkowicie nie zgodziłoby się na eutanazję bliskiej osoby, 9 (4,0%) częściowo nie wyraziłoby zgody, 36 (15,9%) badanych nie miało zdania, 7 (3,1%) osób zadeklarowało, że dałaby częściową zgodę na eutanazję bliskiej osoby, a tylko 2 (0,9%) osoby wyraziłyby całkowitą zgodę (Tab. 2).

Na pytanie: *Czy zgodziłaby się Pani/Pan na przeprowadzenie eutanazji na swojej osobie* - całkowity sprzeciw zadeklarowało 128 (56,4%) badanych, częściowy sprzeciw 16 (7,0%) osób, nie miało zdania 55 (24,2%) badanych, 20 (8,8%) osób zadeklarowało częściową zgodę, a 5 (2,2%) dałoby całkowitą zgodę (Tab. 3).

Rozkłady odpowiedzi na pytanie dotyczące potencjalnego przyzwolenia na eutanazje zarówno wobec osoby bliskiej, jak i samych respondentów, istotnie różniły się

w badanej grupie od rozkładów odpowiedzi w grupach porównawczych, istotność testu chi-kwadrat p < 0,0001 (Tab. 3).

Tabela2 Rozkłady przewidywań udzielenia zgody na eutanazję bliskiej osoby w badanej grupie i w grupach porównawczych

Grupa badana	**pielęgniarki paliatywne[1]**		**absolwentki pielęgniarstwa [2]**		**doświadczone pielęgniarki[3]**	
odpowiedź	N	%	N	%	N	%
zgadzam się całkowicie	2	0,9%	9	4,4%	5	2,0%
zgadzam się częściowo	7	3,1%	23	11,2%	27	10,7%
nie mam zdania + brak	36	15,9%	56	27,2%	78	31,0%
częściowo się nie zgadzam	9	4,0%	22	10,7%	14	5,6%
całkowicie się nie zgadzam	173	76,2%	96	46,6%	128	50,8%
Razem	227	100%	206	100%	252	100%
[1] badana grupa; [2,3] grupy badane według Brzostek et al.(2008), [12]						

Tabela. 3. Rozkłady przewidywań udzielenia zgody na eutanazję swojej osoby w badanej grupie i w grupach porównawczych

Grupa badana	**pielęgniarki paliatywne[1]**		**absolwentki pielęgniarstwa [2]**		**doświadczone pielęgniarki[3]**	
odpowiedź	N	%	N	%	N	%
zgadzam się całkowicie	5	2,2%	29	14,1%	20	7,9%
zgadzam się częściowo	20	8,8%	25	12,1%	40	15,9%
nie mam zdania + brak	55	24,2%	74	35,9%	100	39,7%
częściowo się nie zgadzam	16	7,0%	10	4,9%	5	2,0%
całkowicie się nie zgadzam	128	56,4%	68	33,0%	87	34,5%
Razem	227	100%	206	100%	252	100%
[1] badana grupa; [2,3] grupy badane według Brzostek et al.(2008), [12]						

Istotna różnica pomiędzy badaną grupą, a grupami porównawczymi, w aspekcie omawianych pytań polegała na tym, że pielęgniarki paliatywne (grupa badana) deklarowały wyrażenie całkowitej zgody na eutanazję bliskiej osoby 5,0 razy rzadziej niż absolwentki pielęgniarstwa (pierwsza grupa porównawcza), oraz 2,5 razy mniej często, niż pielęgniarki doświadczone nie pracujące bezpośrednio z pacjentami paliatywnymi (druga grupa porównawcza). Równocześnie badana grupa częściej deklarowała całkowity sprzeciw~~u~~ wobec eutanazji osoby bliskiej odpowiednio 1,6 razy stosunku do absolwentów i 1,4 razy w stosunku do innych doświadczonych lecz nie pracujących z pacjentami paliatywnymi (Tab. 4).

Analogiczne relacje miały miejsce w odniesieniu do eutanazji na własnej osobie, odpowiednio 6,4 i 3,6 razy częściej całkowita zgoda oraz 1,7 i 1,6 razy częściej całkowity sprzeciw w porównaniu z grupami porównawczymi. Przy tym współczynniki korelacji liniowej między stosunkami szans a rangą odpowiedzi osiągnęły ujemne wartości, odpowiednio R = -0,91; R = -0,79; R = -0,80; R = -0,91 (Tab. 4). Stosunek częstości przewidywań udzielenia zgody na eutanazję w badanej grupie i w grupach porównawczych.

Tabela 4. Iloraz częstości (odds ratio – OR) przewidywań udzielenia zgody na eutanazję w badanej grupie i w grupach porównawczych

Grupa	OR(grupa[1]/grupa badana		OR(grupa[2]/grupy porównawcze	
odpowiedź	pytanie 10*	pytanie 11**	pytanie 10*	pytanie 11**
zgadzam się całkowicie	5,0	6,4	2,5	3,6
zgadzam się częściowo	3,6	1,4	3,9	1,8
nie mam zdania + brak	1,7	1,5	2,2	1,6
częściowo się nie zgadzam	2,7	0,7	1,6	0,3
całkowicie się nie zgadzam	0,6	0,6	0,7	0,6
R(ranga odpowiedzi, OR)	-0,91	-0,80	-0,79	-0,91
istotność hipotezy H_0: R = 0	0,03	0,10	0,11	0,03

[1] grupa badana [2] grupy porównawcze, według Brzostek et al.(2008),[12]
* pytanie dotyczyło potencjalnej zgody na .. ** zgodny na ….

Spośród czynników mających wpływ na podejście do eutanazji, badana grupa za najważniejsze uznała: filozoficzną postawę życiową, zawodowy kodeks deontologiczny, osobistą wiedzę i doświadczenie. Czynniki te oraz inne (nieokreślone) uzyskały średnie oceny wpływu na podejście do eutanazji, bliskie ocenie 3, dokładnie pośredniej pomiędzy ocenami 1 i 5, natomiast czynnik prawo uzyskał średnią ocenę pomiędzy ocenami 2 i 3 (Tab. 5).

Od szeregowania czterech zdefiniowanych czynników uchyliło się około 30% badanych osób, niezdefiniowanego „innego" czynnika nie wskazało 2/3 respondentów.

Średnie oceny postrzeganego wpływu badanych pięciu czynników na osobiste podejście do eutanazji we wszystkich trzech porównywanych grupach pielęgniarek wynosiły około 3. Jedynym wyjątkiem był czynnik prawo któremu badane pielęgniarki paliatywne przypisały ocenę 2,46. Podobna 2,60 dały absolwentki. Wyższe znaczenie 2,95 przypisały prawu doświadczone pielęgniarki nie opiekujące się bezpośrednio pacjentami paliatywnymi (czy różnica była znamienna). Wyniki obrazuje tabela 6.

W odpowiedzi na pytanie: Czy jest Pani/Pan osobą religijną,? udział zdecydowanych deklaracji religijności w badanej grupie wyniósł P = 82,8%, 95%CI od 77,3% do 87,2%, i różnił się istotnie od udziałów zdecydowanych deklaracji religijności w grupach porównawczych, odpowiednio P = 64,6%, 95%CI od 57,8% do 70,8%, oraz P = 71,6%, 95%CI od 65,7% do 76,8% (Tab. 6).

Tabela 5. Wykaz czynników mających największy wpływ na podejście do eutanazji według badanych

Czynnik:	filozoficzna postawa życiowa	prawo	zawodowy kodeks deontologiczny	osobista wiedza i doświadczenie	inne czynniki
N	163	161	159	161	73
średnia ocena	3,05	2,46	2,89	2,89	3,05
SD	1,65	1,41	1,30	1,46	1,91
mediana	3	2	3	3	3
skośność	-0,06	0,51	-0,05	0,14	-0,06
brak oceny	64	66	68	66	154
brak oceny %	28,2%	29,1%	30,0%	29,1%	67,8%
Skala ocen: ocena 1 = minimalny wpływ; ocena 5 = maksymalny wpływ					

Tabela.6. Udział zdecydowanych deklaracji religijności w badanej grupie i w grupach porównawczych

Grupa	N	brak odpowie-edzi	Zdecydo-wanie TAK	zdecydowani TAK %	95%CI od	95%CI do
pielęgniarki paliatywne[1]	227	0	188	82,8%	77,3%	87,2%
absolwentki pielęgniarstwa [2]	206	0	133	64,6%	57,8%	70,8%
pielęgniarki doświadczone[3]	252	2	179	71,6%	65,7%	76,8%
[1] badana grupa; [2,3] grupy badane według Brzostek et al.(2008), [12]						

Dyskusja

Problem eutanazji jest coraz częściej poruszany nie tylko na forum publicznym, prawnym i etycznym, ale także wśród profesjonalistów ochrony zdrowia [12, 13,14, 15]. W dyskusji nie może zabraknąć głosu pielęgniarek zwłaszcza opiekujących się chorymi w okresie terminalnym

Badaniem ankietowym objęto grupę 227 pielęgniarek pracujących w opiece paliatywnej, w wieku od 20-60 lat; średnia 39.2 $\pm$ 7,5 lat. Większość badanych (72,6%) zadeklarowała całkowity sprzeciw na udzielenie zgody na eutanazję bliskiej osoby. Niższy odsetek 56,4%, jednakże nadal powyżej połowy, był całkowicie przeciwny wyrażeniu potencjalnej zgody na eutanazję względem siebie samych. W badaniach przeprowadzonych przez Brzostka i wsp. uczestniczyła porównywalna liczebnie grupa 206 absolwentek studiów pielęgniarskich - osób młodych w wieku 22,6 $\pm$ 1,2 lat, a także 252 doświadczonych pielęgniarek, w porównywalnym do analizowanego w tym badaniu przedziale wieku 39,9 $\pm$ 7 lat [12]. W powyższej grupie potencjalnie całkowity brak

zgody na eutanazję osoby bliskiej wyraziło 47% absolwentów i 51% doświadczonych pielęgniarek.

Analogiczni bark potencjalnej akceptacji eutanazji na własnej osobie wyraziło 33% absolwentów i 35% doświadczonych pielęgniarek z obecnych analiz.

Zestawienie wyników powyższych badań wskazuje przede wszystkim na znaczenie doświadczenia zawodowego, wypływającego z codziennego obcowania z pacjentem terminalnie chorym. Znamiennym jest fakt, że pielęgniarki paliatywne istotnie częściej odmówiłyby zgody na eutanazję, niż dwie pozostałe grupy. Różnica była widoczna zarówno w przypadku potencjalnej zgody wobec osoby bliskiej jak i siebie samych. Zatem osoby bezpośrednio sprawujące opiekę paliatywną rzadziej akceptują możliwość eutanazji niż wiedzące o niej jedynie teoretycznie koleżanki. Myśl ta sugeruje potrzebę uwzględnienia opinii osób bezpośrednio zaangażowanych w opieką w kreowaniu świadomości społecznej i rzeczywistości prawnej dotyczącej zjawiska eutanazji.

Znamiennym jest, że w każdej z badanych grup odsetek respondentów nie akceptujących eutanazji osób bliskich, był wyższy, niż wobec własnej osoby.

Powyższy fakt świadczy, że różne czynniki wpływają na potencjalną decyzję badanych pielęgniarek. Jakkolwiek, większość badanych pielęgniarek paliatywnych (82,8%) zadeklarowała się, jako osoby religijne, natomiast procent deklarowanej religijności w grupie porównawczej był znacznie niższy.

Należy również zwrócić uwagę na jeszcze inne czynniki decyzyjne. W badaniach własnych, jak i badaniach przeprowadzonych przez Brzostka i wsp., innymi czynnikami mającymi wpływ na postawę badanych wobec eutanazji były osobista wiedza i doświadczenie oraz filozoficzna postawa życiowa. Bezpośrednie doświadczenie pokazuje również, że trudno rozwiązać problem opieki wobec terminalnie chorych jedynie w kontekście prawa, które w grupie pielęgniarek paliatywnych zyskało niższe uszeregowanie, niż w pozostałych grupach.

Wydaje się, że większy wpływ na postawę wobec eutanazji ma bezpośrednie codzienne doświadczenie zawodowe, niż różnica pokoleniowa, bowiem częstość całkowitego barku zgody była podobna wśród absolwentów i doświadczonych pielęgniarek [12].

Omawiając uzyskane wyniki, należy sobie zdawać sprawę z tego, że wypowiedzi w tak osobistej, delikatnej i emocjonującej sprawie, mogą raczej odzwierciedlać sposób, w jaki respondent pragnie przedstawić sam sobie. Natomiast nie dają żadnych konkretnych przesłanek do faktycznych zachowań w sytuacji decyzyjnej [16].

Wnioski

1. Większość badanych pielęgniarek byłaby zdecydowanie przeciwna przeprowadzeniu eutanazji na osobie bliskiej, nieco mniej nie dopuszczało takiej możliwości w stosunku do samych siebie..
2. Decyzja badanych wynikała z szeregu czynników: religijności a także przyjętej filozoficznej postawy życiowej, obowiązku przestrzegania prawa, posiadanej wiedzy i doświadczenia
3. Wyniki wskazują na szczególne znaczenie własnego doświadczenia pielęgniarek w opiece paliatywnej, bowiem ta grupa istotnie częściej negowała możliwość eutanazji niż doświadczone pielęgniarki lecz nie pracujące z terminalnie chorymi oraz absolwenci z licencjatem nie mający jeszcze doświadczenia.

Piśmiennictwo

1. http://pl.wikipedia.org/wiki/Eutanazja, data pobrania 6.04.2012
2. Kaczmarek T., Marcinkowski J.T.: Kryptoeutanazja – jaka jest skala tego problemu? [w:] W drodze do brzegu życia, Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C. (red.), Wyd. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok, 2009, t. VI, 235-246.
3. Staciwa M.: Problem eutanazji [w:] W drodze do brzegu życia, Krajewska-Kułak E., Nyklewicz W., Łukaszuk C. (red.), Wyd. Akademia Medyczna w Białymstoku, Białystok, 2007, t. III, 105-114.
4. http://isap.sejm.gov.pl/, data pobrania 6.04.2012
5. http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf , data pobrania 6.04.2012
6. Wilczek-Rużyczka E., Górkiewicz M.: Zmienne decyzyjne w psychologicznym modelu nastawienia pielęgniarki do pacjentów [w:] Człowiek i jego decyzje. Kłosiński KA, Biela A (red), Wyd. KUL, Lublin, 2009, 179-186.
7. Gniadek A., Kozicka M., Górkiewicz M.: Nieoczekiwane, pośrednie i pozorne powiązania czynników jakości życia osób starszych [w:] Wybrane Determinanty Pielęgniarstwa, Część II. Sienkiewicz Z, Fidecki W, Wójcik G. (red.), Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, 2010, 118-127.
8. Chmiel I., Górkiewicz M, Czupryna A, Czekaj J.: Dopasowanie stylu wspierającego dotyku pielęgniarek do indywidualnych preferencji osób w terminalnym okresie choroby. Doniesienie wstępne.[w:] W drodze ku brzegu życia. Krajewska-Kułak E, Łukaszuk C (red.), Wyd. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok, 2009, t. VII, 357-368.
9. Chmiel I., Górkiewicz M., Czupryna A., Bodys-Cupak I., Tralka M.: Właściwe formy niewerbalnej komunikacji w opiece paliatywnej. Probl. Hig. Epidemiol., 2009, 90, (Supl.1), 54.
10. Chmiel I., Górkiewicz M.: Umierający człowiek i jego otoczenie: Kto bardziej potrzebuje pomocy ? Kto kogo ma wspierać ? [w:] Żyć godnie do końca: Etyczne, psychologiczne i duchowe aspekty kresu życia, Krzyżanowski D, Fal A, Steciwko A, Sochocka L. (red)., WCM, Opole, 2010, t II, 137-145.
11. Hartman J.: Prolegomena do debaty nad legalizacją eutanazji. Zdrowie i Zarządzanie, 2004,5, 43-50, http://www.iphils.uj.edu.pl/~j.hartman/, data pobrania 5.04.2012
12. Brzostek T., Dekkers W., Zalewski Z. i wsp..: Perception of palliative care and euthanasia among recently graduated and experienced nurses. Nurs. Ethics., 2008, 15, 761-776.
13. Leppert W., Gottwald L., Kaźmierczak-Łukaszewicz S., i wsp.**:** Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the Views of 5th- and 6th-Year Medical Students—A Comparison of Two Polish Medical Universities. J. Supp. Oncol., 2010, 8, http://www.supportiveoncology.net/jso/journal/0805.html, data pobrania 5.04.2012
14. Leppert W, Gottwald L, Kaźmierczak-Łukaszewicz S.: Problematyka eutanazji i opieki paliatywnej w poglądach studentów VI roku medycyny. Med. Paliat., 2009, 1, 45-52, http://www.termedia.pl/Czasopismo/Medycyna Paliatywna-59/ Streszczenie -13661, data pobrania 5.04.2012

15. Koc A.: Nursing students' attitudes towards euthanasia; a study in Yozgat, Torkey. Int. J. Caring Scien., 2012, 5, 66- 73, htt:// www.inernationaljournal of caringscienes.org, data pobrania 5.04.2012
16. Kaasa S, Hjermstad MJ, Loge JH.: Methodological and structural challenges in palliative care research: how have we fared the last decades. Palliat. Med., 2006, 20, 727-734.

Klimaszewska Krystyna[1], Kasprzyńska Lucyna, Kowalewska Beata[1,2], Rolka Hanna[1,2], Kondzior Dorota[1], Kowalczuk Krystyna[1], Jankowiak Barbara[1,2], Baranowska Anna[1], Krajewska –Kułak Elżbieta[1]

Kwestia nierozstrzygalności problemu eutanazji w kontekście racji społecznych

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej UMB
2. Instytut Medyczny PWSIiP w Łomży

Wstęp

Na temat śmierci trudno jest rozmawiać i pisać. Jest ona bardzo drażliwym i bardzo delikatnym tematem w życiu. Nie chcemy o niej rozmawiać. Jest ona wręcz tematem tabu. Nasza kultura wyparła ją na margines życia społecznego. Współczesny model życia, nastawiony na karierę zawodową, zdrowie, sprawność i młodość kreuje iluzoryczny obraz życia bez cierpienia oraz złudzenie pełnej kontroli nad jego przebiegiem. Równoczesny brak akceptacji starości, odrzucenie cierpienia związanego z chorobą lub starością prowadzi do zainteresowania eutanazją.

Śmierć jest naturalnym i nieuniknionym końcem naszego życia. Śmierć można uznawać w różnych aspektach: medycznym, psychologicznym i społecznym. W sensie medycznym proces umierania przebiega określonymi etapami: agonia, śmierć kliniczna i śmierć osobnicza [1, 2].

Przez wieki obowiązywała tradycyjna definicja śmierci. Według niej śmierć człowieka następowała w momencie ustania wszelkiej czynności oddechowej i krążenia. Za dokładny moment śmierci zazwyczaj uznawano ostatni oddech lub częściej, ostatnie wysłuchane uderzenie serca. Obecnie prawnie uznanym kryterium śmierci osobniczej jest śmierć mózgu. Definicja ta dotyczy śmierci osobniczej człowieka w sensie prawnym. Jednak samo umieranie jest procesem, którego nie można zredukować do jednego momentu. Szczególnie, gdy mamy do czynienia ze śmiercią powolną.

W związku z tym wyróżnia się następujące stany:

- agonia- na którą składają się:
    - życie zredukowane - stan, w którym następuje osłabienie procesów fizjologicznych oraz czynności poszczególnych układów organizmu
    - życie minimalne - stan, w którym następuje dalsza dysregulacja funkcji życiowych układów
- śmierć pozorna nazywana też letargiem - okres zaliczany do życia minimalnego, w którym funkcje życiowe układów krążenia i oddechowego są tak zredukowane, że niewykrywalne
- śmierć kliniczna - jest to całkowite ustanie czynności układów krążenia i oddechowego, które jest jednak odwracalne. Jest to moment oddzielający agonię, w której zmiany są odwracalne od okresu interletalnego, w którym zachodzą zmiany nieodwracalne
    - okres interletalny – czas, w którym równolegle występują dwa stany:

    - życie pośrednie - jest to okres, w którym można jeszcze od poszczególnych narządów lub tkanek uzyskać właściwe dla tej tkanki reakcje
- śmierć biologiczna - ustanie wszelkich procesów życiowych komórek [3, 4].

Postawy pacjentów wobec choroby i śmierci

Umieranie to ciąg następujących po sobie i wzajemnie uwarunkowanych zdarzeń, które łączą się w funkcjonalną całość. Nie jest łatwe określenie momentu, w którym rozpoczyna się proces umierania, ponieważ jest to zawsze sprawą indywidualną. Może on trwać różnie długo i zawsze kończy się śmiercią poprzedzoną agonią lub aktywnym umieraniem. W schorzeniach terminalnych, śmierci można oczekiwać w okresie od kilku do kilkunastu miesięcy, do roku. Jednak proces umierania może wystąpić nagle na przykład: wypadek, nagłe zatrzymanie krążenia, utajona choroba, samobójstwo. W takich sytuacjach nikt nie ma świadomości zbliżającej się śmierci [5, 6, 7, 8, 9]. Umieranie jest traktowane jako indywidualny, postępujący i nieodwracalny proces, w trakcie którego można wyróżnić etapy i prawidłowości odpowiadające każdej śmierci (w wyniku toczącego się procesu chorobowego).

Eutanazja

Eutanazja z języka greckiego - eu thanatos - znaczy „dobrą, bezbolesną śmierć". Jest to szczególny rodzaj skracania ludzkiego życia. Współcześnie oznacza pomoc w umieraniu pod dyktando woli umierającego lub chorego, cierpiącego człowieka. Niektórzy określają eutanazję jako „zabójstwo z litości" [10-16].

Problem eutanazji nie jest kwestią tylko współczesnych czasów. Jest sporem wielopokoleniowym trwającym od wielu wieków. Na przestrzeni wieków człowiek inaczej spostrzegał swoje miejsce i rolę w świecie. Inne były idee humanizmu, inne cele życiowe i społeczne. Problem eutanazji jest ciągle ważny, trudny do rozstrzygnięcia, trudny z natury moralnej [14].

Godność człowieka - etyczny aspekt eutanazji, argumenty za i przeciw eutanazji

Godność osoby ludzkiej jest fundamentalną wartością moralną człowieka. W jej skład wchodzi honor, osobiste walory moralne i eksponowane społecznie role wzbogacające osobową godność istoty ludzkiej. Podstawa godności ludzkiej przejawia się w różnych dziedzinach życia, takich jak porządek moralny, prawny, kulturalny, społeczny i gospodarczy [17, 18].

W etyce uważa się, że człowiek ma prawo do godności bez względu na wyznanie, kolor skóry czy wykształcenie. Godność człowieka jest jego najważniejszą wartością. Prawo do życia ukonkretnia się w osobie chorego w stanie terminalnym jako prawo do umierania w spokoju, z zachowaniem godności ludzkiej i chrześcijańskiej [18]. Godne umieranie to także zachowanie integralności osobowej, podstawowych cech przysługujących człowiekowi, świadomości i integralności. Ludzka godność ściśle wiąże się z prawami człowieka umierającego, które są adaptacją deklaracji praw człowieka, aż do końca ludzkiego życia. Umieranie jest ostatnim etapem naszego życia i nasze prawo do godnego umierania jest konsekwencją prawa do godnego życia [4].

Żądanie eutanazji godzi nie tylko w etos zawodu lekarza i pielęgniarki, ale przede wszystkim w pacjenta. Zabiera mu się prawo do realnego życia, godność i wartości, jakie przypisuje się każdemu człowiekowi. Zapewnienie „godnej śmierci" staje się jednym ze sposobów rozwiązania problemu starości i cierpienia [19].

Cele pracy

1. Analiza i porównanie opinii społecznych wobec dylematu etycznego, jakim jest eutanazja.
2. Poznanie opinii społecznej na temat dopuszczalności eutanazji w Polsce.
3. Określenie wpływu wyznawanej wiary, środowiska, wieku, wykształcenia na stanowisko w sprawie eutanazji.

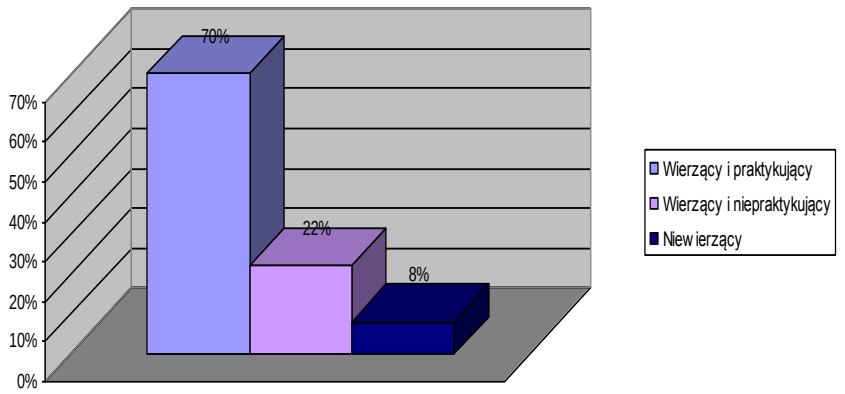
Materiał i metody

Badania przeprowadzono w okresie od września do listopada 2010 roku na podstawie analizy ankiet, którą objęto 100 losowo wybranych osób z województwa podlaskiego. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej. W obliczeniach przyjęto poziom istotności $p<0,05$ jako znamienny statystycznie.

Wyniki badań

Badaniem objęto 100 osób wybranych w sposób przypadkowy. Zdecydowaną większość ankietowanych stanowiły kobiety -70 (70%) i 30% mężczyzn.
Miejscem zamieszkania badanych osób było miasto i wieś. Większość badanych pochodziła z miasta- 84 osoby (84%), ze wsi było 16 osób (16%) ankietowanych.

Przedział wiekowy ankietowanych mieścił się między 18. a powyżej 56. rokiem życia. Zostali oni podzieleni na pięć grup wiekowych. Największą grupę stanowiły osoby w przedziale wiekowym od 18 do 25 lat - 30 osób (30%). Najmniejszą grupą były osoby w przedziale wiekowym od 56 lat i powyżej -10 osób (10%). Większość w grupie ankietowanych stanowiły osoby z wyższym wykształceniem (52%), najmniej liczną grupą były osoby z podstawowym wykształceniem (4%) i zawodowym (6%), 38% respondentów posiadało wykształcenie średnie. Stosunek do wiary badanej grupy obrazuje rycina 1. Zdecydowana większość ankietowanych deklarowała się jako osoby wierzące i praktykujące (70%), około 1/5 podała, że jest osobą wierzącą, ale niepraktykującą. Tylko 8 osób (8%) określiło się jako niewierzący.



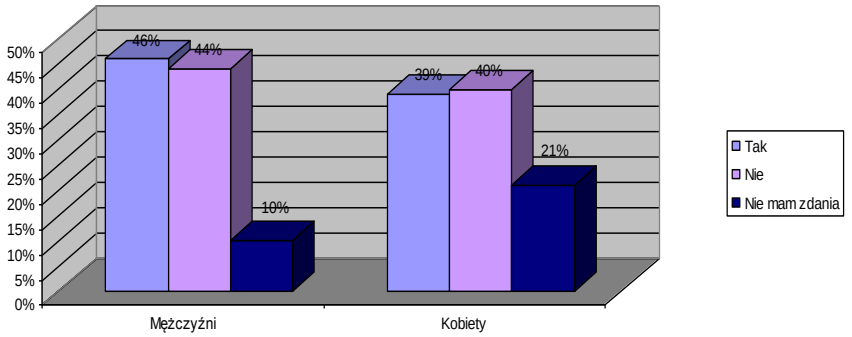
Rycina 1. Stosunek do wiary badanej grupy

W obu badanych grupach najwięcej ankietowanych było przeciwnych przeprowadzaniu eutanazji (po 43% kobiet i mężczyzn). Ponad 1/3 badanych mężczyzn deklarowała poparcie dla eutanazji, natomiast 1/5 badanych kobiet nie miała zdania na ten temat. Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie pod względem poparcia dla eutanazji w obu badanych grupach (p= 0,96). Dane szczegółowe przedstawia Tabela 1.

Tabela 1. Poparcie dla eutanazji ze względu na płeć

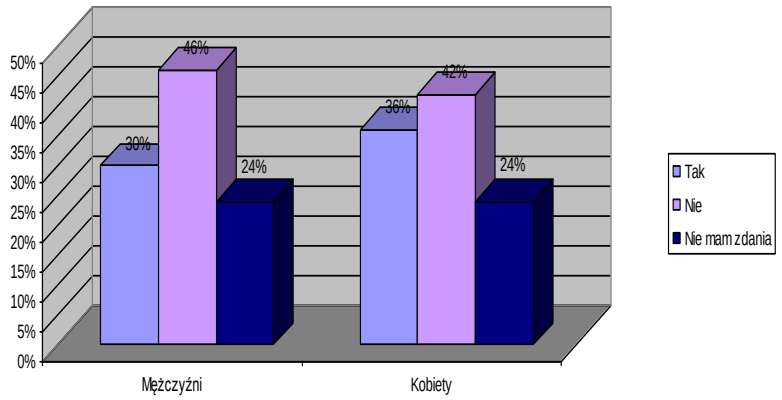
	Tak		Nie		Nie mam zdania		p
	n	%	n	%	n	%	
Mężczyźni	11	36,0	13	43,0	6	21,0	0,96
Kobiety	25	35,0	31	43,0	16	22,0	

Wśród badanych osób, 18% nie ma swojego zdania odnośnie problemu eutanazji jako zabójstwa, 14% mężczyzn i 27% kobiet uważa, że eutanazja jest zabójstwem. Eutanazji za zabójstwo nie uważa 13% mężczyzn i 28% kobiet. Nie stwierdzono różnic istotnie statystycznych między opinią na temat eutanazji jako zabójstwa w obu badanych grupach (p=0,38). Dane przedstawia rycina 2.



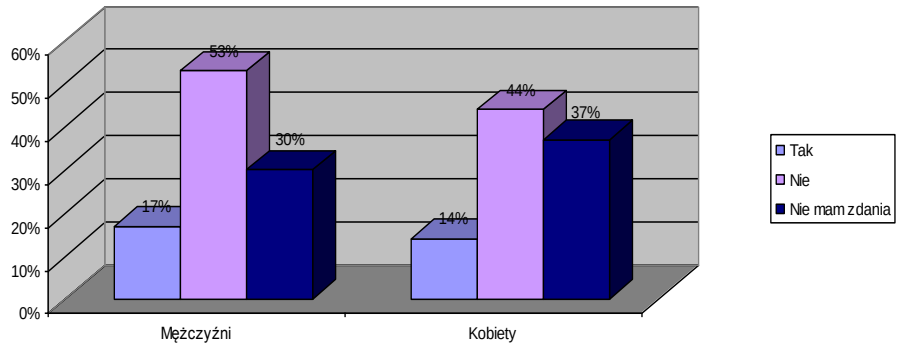
Rycina 2. Czy uważa Pan/Pani, że eutanazja jest zabójstwem?

Coraz więcej ludzi stara się o legalizację eutanazji we własnym państwie. Czy i tak powinno być w Polsce? Czy nasi bliscy, którzy są śmiertelnie chorzy powinni być trzymani pod respiratorem? Wśród respondentów 36% kobiet i 30% mężczyzn jest za zalegalizowaniem eutanazji w Polsce. Przeciwko opowiedziało się 46% mężczyzn i 42% kobiet. Zdania nie miało po 24% kobiet i mężczyzn. Wynik nie jest istotny statystycznie (p > 0,05). Dane ilustruje rycina 3.



Rycina 3. Czy jest Pan / Pani za wprowadzeniem eutanazji w Polsce?

Większość kobiet (34%) i 53% mężczyzn nie zgodziłaby się na akt eutanazji wobec nieuleczalnie chorej bliskiej osoby. 10 kobiet (14%) i 5 (17%) mężczyzn wyraziłoby zgodę na eutanazję chorej nieuleczalnie bliskiej osoby. Natomiast zdania na ten temat nie miało 30% ankietowanych mężczyzn i 37% kobiet. Różnice nie były istotne statystycznie (p> 0,05). Dane te obrazuje rycina 4.



Rycina 4. Czy zgodziłby/ zgodziłaby się Pan/ Pani na eutanazję bliskiej osoby, w przypadku stwierdzenia nieuleczalnej choroby?

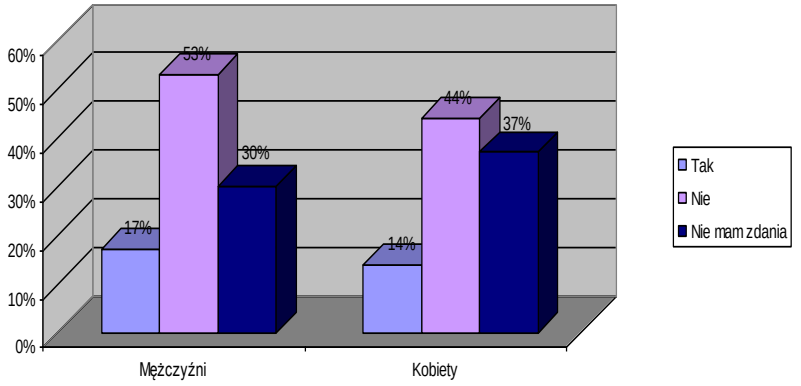
Ankietowanych pytano, w jakim wypadku zgodziliby się na akt eutanazji. Blisko 1/3 kobiet i 35% mężczyzn w żadnym wypadku nie zgodziłaby się na eutanazję. Natomiast niektóre osoby wybrały kilka odpowiedzi, w których wyraziłaby zgodę na akt eutanazji. Wynik nie jest istotny statystycznie (p= 0,89). Szczegółowe dane przedstawia tabela 2.

Tabela 2. W jakim przypadku zgodziłbyś/ zgodziłabyś się na akt eutanazji?

	W wypadku śmierci klinicznej		W przypadku długoletniej choroby związanej z paraliżem całego ciała, gdy opieka nad pacjentem jest bardzo trudna		W przypadku długotrwałej, wyniszczającej organizm choroby		W przypadku, gdy życie podtrzymywane jest w sposób sztuczny		Gdy dziecko urodziło się z uszkodzeniami ciała lub mózgu i pewne jest, że nie będzie się ono normalnie rozwijać		Gdy życie wcześniaka będzie możliwe tylko dzięki wspomaganiu przez aparaty		W żadnym wypadku nie zgodziłbym /zgodziłabym się	
M	5	14%	6	16%	3	8%	7	19%	2	5%	1	3%	13	35%
K	14	16%	9	10%	6	7%	25	28%	3	3%	2	2%	27	33%

** Wartości nie sumują się do 100% , ponieważ istniała możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi*

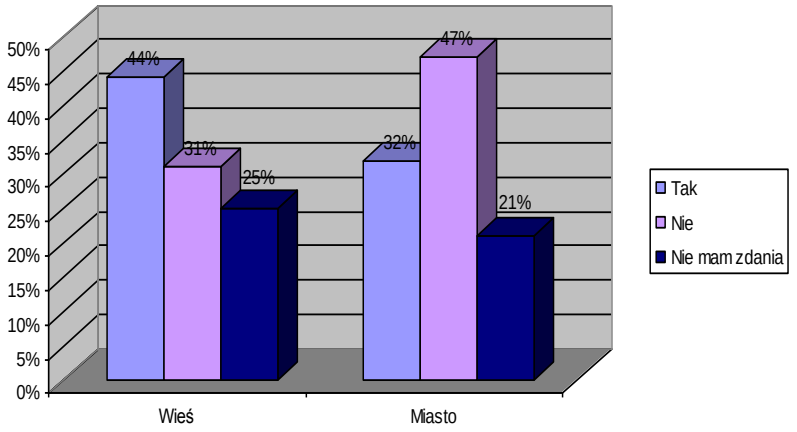
Respondentów pytano, czy zgodziliby się na własną eutanazję w sytuacji stwierdzenia nieuleczalnej choroby. Większość badanych mężczyzn 53% i 44% kobiet nie zgodziłaby się na własną eutanazję. Zgodę wyraziłoby natomiast 10 (14%) kobiet i 5 (17%) mężczyzn. Zdania na temat eutanazji wobec własnej osoby nie miało 30% mężczyzn i 37% kobiet. Różnice te nie były istotne statystycznie (p=0, 79). Dane przedstawia ryc. 5.



Rycina 5. Czy zgodziłby/zgodziłaby się Pan/Pani na własną eutanazję w przypadku stwierdzenia nieuleczalnej choroby

Badanych pytano, czy są za wprowadzeniem eutanazji w Polsce? 1/4 ankietowanych ze wsi nie miała zdania na ten temat, 44% było za wprowadzeniem eutanazji w Polsce, natomiast 31% było temu przeciwnych. Prawie połowa (47%) osób

mieszkających w mieście była przeciwna legalizacji eutanazji w naszym kraju. Natomiast 32% respondentów z miasta była za wprowadzeniem eutanazji w Polsce, a 21% nie miało na ten temat zdania. Wynik nie jest istotny statystycznie (p>0,05 (ryc. 6).



Rycina 6. Czy jest Pan/Pani za wprowadzeniem eutanazji w Polsce?

Wśród respondentów z grupy wiekowej 18-25 lat ponad połowa (56%) nie uważa eutanazji za zabójstwo, a 40% uważa ją za zabójstwo. Podobnie w grupie wiekowej 26-35 lat 38% badanych uważa eutanazję za zabójstwo. Natomiast ankietowani w wieku 36-45 lat w 52% uważają eutanazję za zabójstwo, a w 29% nie mają zdania na ten temat. Wśród respondentów wieku 46-55 lat 38% nie uważa eutanazji za zabójstwo. 1/2 ankietowanych w wieku 56 lat i więcej uważa, że eutanazja jest zabójstwem. Pozostałe dane szczegółowo przedstawia tabela 3. Wyniki nie są istotne statystycznie (p=0,09).

Tabela 3. Czy uważa Pan/Pani, że eutanazja jest zabójstwem?

	Tak		Nie		Nie mam zdania	
18 – 25	12	40%	17	56%	1	4%
26 – 35	5	38%	6	46%	2	16%
36 – 45	11	52%	4	19%	6	29%
46 – 55	8	31%	10	38%	8	31%
56 i więcej	5	50%	4	40%	1	10%

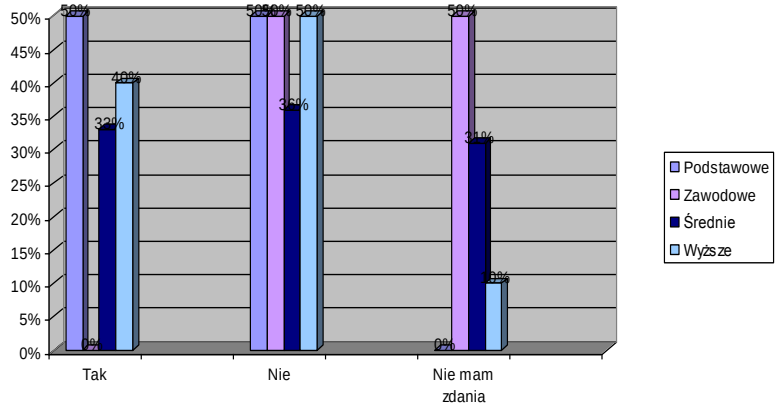
Połowa badanych w wieku 18-25 lat wyraża poparcie dla wprowadzenia eutanazji w Polsce. Natomiast 57% respondentów w przedziale wiekowym 36-45 lat nie zgodziłaby się na legalizację eutanazji w Polsce. Wśród badanych w wieku 56 lat i

więcej 50% była przeciwna wprowadzeniu eutanazji w naszym kraju. Pozostałe dane przedstawia tabela 4. Wyniki są nieistotne statystycznie (p>0,05).

Tabela 4. Poparcie dla wprowadzenia eutanazji w Polsce ze względu na wiek

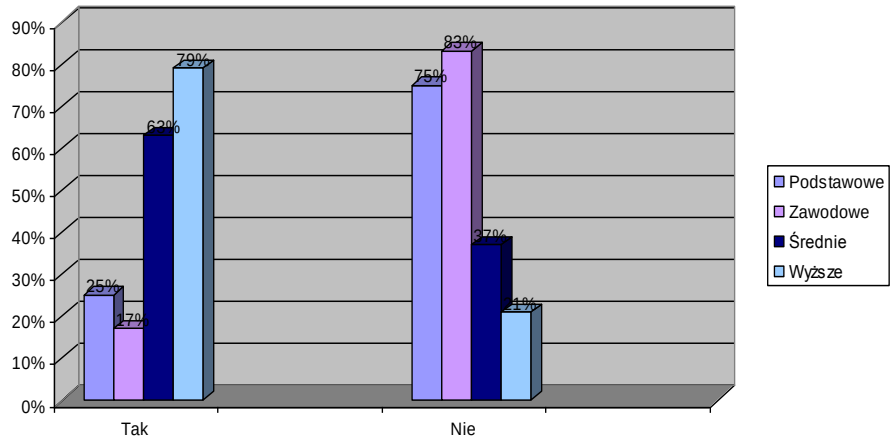
	Tak		Nie		Nie mam zdania	
18 – 25	15	50%	10	33%	5	17%
26 – 35	5	38%	6	46%	2	16%
36 – 45	3	14%	12	57%	6	29%
46 – 55	7	27%	11	42 %	8	31%
56 i więcej	4	40%	5	50%	1	10%

Połowa badanych w trzech grupach z wykształceniem podstawowym, zawodowym i wyższym wypowiedziała się przeciw wprowadzeniu eutanazji w Polsce. Najliczniejszą grupę popierającą wprowadzenie eutanazji byli respondenci z wykształceniem podstawowym (50%). Nikt z osób mających wykształcenie zawodowe nie poparł zalegalizowania eutanazji w naszym kraju. Natomiast 29% ankietowanych z wykształceniem średnim poparło wprowadzenie eutanazji w Polsce. Różnice są istotne statystycznie (p<0,05). Szczegółowe dane obrazuje rycina 7.



Rycina 7. Czy jest Pan/Pani za wprowadzeniem eutanazji w Polsce?

Zdecydowana większość respondentów z wykształceniem zawodowym (83%) nigdy nie opiekowała się ciężko chorą osobą. Najliczniejszą grupę, która opiekowała się ciężko chorym stanowili badani z wykształceniem wyższym (79%). Pozostałe dane przedstawia rycina 8. Wynik jest istotny statystycznie (p<0,05).



Rycina 8.Czy opiekowałeś/opiekowałaś się kiedykolwiek ciężko chorą osobą?

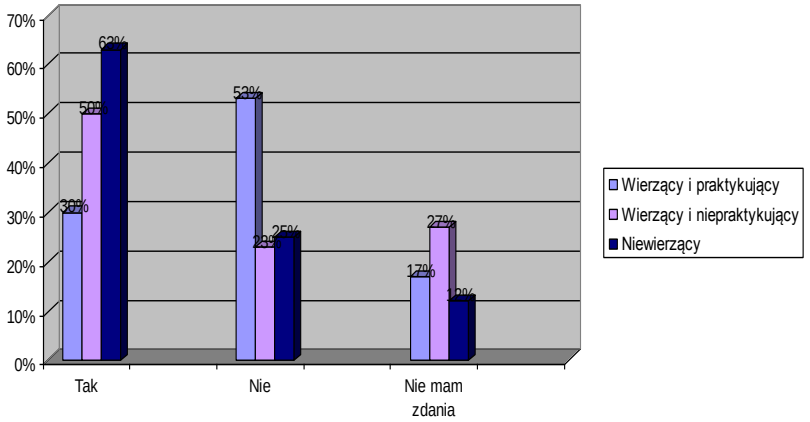
Ankietowani odpowiadali na pytanie, do kogo należy decyzja o śmierci człowieka chorego nieuleczalnie. Najwięcej badanych z wykształceniem zawodowym (66%) odpowiedziało, że nikt nie może o tym decydować, 53% respondentów z wykształceniem średnim odpowiedziało, że taką decyzję może podjąć tylko sam chory. Natomiast 1 osoba z wykształceniem wyższym (3%) podała inną odpowiedź, że tylko sam chory i osoby bliskie, i 1 osoba z wykształceniem średnim (2%) podała, że tylko Pan Bóg. Różnice nie są istotne statystycznie (p=0,35). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 5.

Tabela 5. Kto według Pana/Pani może decydować o śmierci chorego nieuleczalnie?

	Nikt		Lekarz bez wiedzy pacjenta		Lekarz za zezwoleniem chorego		Lekarz po uzyskaniu zgody rodziny		Tylko sam chory		Inne	
Podstawowe	2	40%	0	0%	1	20%	2	40%	0	0%	0	0%
Zawodowe	4	66%	0	0%	0	0%	1	17%	1	17%	0	0%
Średnie	12	30%	0	0%	2	5%	4	10%	21	53%	1	2%
Wyższe	23	40%	0	0%	7	12%	7	12%	19	33%	1	3%

Zdecydowana większość badanych deklarujących się jako osoby wierzące i praktykujące była przeciwnych eutanazji (53%). Najliczniejszą grupą wyrażającą poparcie dla eutanazji (63%) byli ankietowani niewierzący. Połowa respondentów określających siebie jako wierzących i niepraktykujących również wyraziła swoje poparcie dla niej. Zdania na ten temat nie miało 12% respondentów deklarujących się jako niewierzący, 17% wierzących i praktykujących i 27% wierzących i

niepraktykujących . Różnice te są nieistotne statystycznie (p>0,05). Wszystkie wyniki przedstawia rycina 9.



Rycina 9. Czy popiera Pan/Pani eutanazję?

Dyskusja

Problem eutanazji nie jest kwestią tylko współczesnych czasów. Jest sporem wielopokoleniowym trwającym od wielu wieków [14].

Kaczmarek i Marcinkowski [20] w swoim artykule wskazują na niepokojące zjawisko kryptoeutanazji w krajach, gdzie eutanazja nie jest prawnie zalegalizowana, jak również tam, gdzie jest ona prawnym przyzwoleniem. Rośnie społeczne przyzwolenie dla praktyk eutanastycznych. W Polsce, według badania CBOS z 2007 roku, 46% dorosłych Polaków nie wyraziło zgody na wprowadzenie eutanazji w naszym kraju, 37% opowiedziało się za skróceniem życia cierpiących, nieuleczalnie chorych, zaś 17% nie miało zdania na ten temat [20]. Podobne rezultaty badań własnych przedstawili Matejuk, Mikołajczyk, Lewko i wsp. w swoich badaniach przeprowadzonych wśród mieszkańców Podlasia, dotyczących między innymi legalizacji eutanazji w Polsce. Większość respondentów (53%) uważała, że eutanazja powinna być prawnie zabroniona, natomiast 31% ankietowanych widziałoby możliwość eutanazji w naszym kraju [21].

Z analizy badań własnych wynika, że wśród ankietowanych 36% kobiet i 30% mężczyzn jest za zalegalizowaniem eutanazji w Polsce. Przeciwko opowiedziało się 46% mężczyzn i 42% kobiet. Natomiast zdania nie miało po 24% kobiet i mężczyzn.

W swoich badaniach Fryś przedstawiła zależność między pochodzeniem ankietowanych a poparciem dla eutanazji. Osoby pochodzące ze wsi w 13,2% były przeciwne aktom eutanatycznym, natomiast pochodzące z miasta w 39,7%. Za wprowadzeniem eutanazji opowiedziało się 2,5% mieszkańców wsi i 21,6% mieszkańców miasta [22].

W badaniach własnych wśród mieszkańców wsi 44% opowiedziało się za wprowadzeniem eutanazji w Polsce, 31% było temu przeciwnych, a 1/4 nie miało zdania na ten temat. Prawie połowa (47%) osób mieszkających w mieście była przeciwna legalizacji eutanazji w naszym kraju. Natomiast 32% respondentów z miasta było za wprowadzeniem eutanazji w Polsce, a 21% nie miało na ten temat zdania.

Akceptacja dla eutanazji widoczna jest głównie wśród ludzi młodych. W badaniach Matejuk, Mikołajczyk i wsp. największymi zwolennikami eutanazji okazały się młode osoby, poniżej 35. roku życia. Wynika to być może z modnego i wszechobecnego modelu szczęścia, które wiąże się z młodością, zdrowiem, działaniem i samowystarczalnością. Ciężka, nieuleczalna choroba jest zaprzeczeniem tych wartości. Poparcie dla eutanazji jest odwrotnie proporcjonalne do wieku [21]. Israël [23] podkreśla, by nie pozwalać ludziom młodym i zdrowym przyzwyczajać się do myśli, że życie ludzi chorych jest mniej godne niż ich własne i że można im je odebrać.

Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że połowa badanych w wieku 18-25 lat wyraża poparcie dla wprowadzenia eutanazji w Polsce, a 33% jest temu przeciwna.

Z badań własnych wynika, że połowa badanych w trzech grupach: z wykształceniem podstawowym, zawodowym i wyższym wypowiedziała się przeciw wprowadzeniu eutanazji w Polsce. Najliczniejszą grupę popierającą wprowadzenie eutanazji byli respondenci z wykształceniem podstawowym (50%). Nikt z osób mających wykształcenie zawodowe nie poparł zalegalizowania eutanazji w naszym kraju. Natomiast 29% ankietowanych z wykształceniem średnim poparło wprowadzenie eutanazji w Polsce.

Fryś [22] wykazała, że istnieje zależność między stosunkiem do wiary społeczeństwa a akceptacją eutanazji. Przeciwna legalizacji eutanazji była większość katolików wierzących i praktykujących (46,3%). Wśród osób niepraktykujących i wierzących więcej było zwolenników eutanazji (8,2%) niż przeciwników (6,6%) [22].

Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że istnieje zależność między stosunkiem do religii respondentów a poparciem dla eutanazji. Ponad połowa (51%) respondentów deklarujących się jako wierzący i praktykujący i 1/4 niewierzących uważa eutanazję za zabójstwo. Natomiast 3/4 badanej grupy osób niewierzących nie uważa aktu eutanazji za zabójstwo.

Wnioski

1. Problem eutanazji znajduje się obecnie w centrum zainteresowania wielu społeczeństw. W Polsce rośnie poparcie dla legalizacji eutanazji. Jednak w dalszym ciągu większość opinii jest negatywna przyjęciu eutanazji w naszym kraju.
2. W opinii ankietowanych lekarz powinien chronić życie chorego. Nie może on bez wiedzy chorego decydować o poddaniu go eutanazji.
3. Wpływ religii miał istotne znaczenie w kształtowaniu opinii społecznej na poparcie dla eutanazji. Osoby wierzące i praktykujące w większości były przeciwne legalizacji eutanazji w Polsce. Zdecydowana większość osób deklarujących się jako niewierzący wyraziła swoje poparcie dla wprowadzenia eutanazji w naszym kraju. Takie poglądy wydają się być logiczną konsekwencją wybranego przez nich stylu życia.
4. Największą grupą popierającą eutanazję byli respondenci w młodym wieku.
5. Wykształcenie respondentów w mniejszym stopniu miało wpływ na ich opinie wobec dylematu eutanazji.
6. Największy wpływ na kształtowanie opinii społecznych miał stosunek do wiary ankietowanych, najmniejszy zaś wpływ na opinie respondentów miało miejsce zamieszkania.

Piśmiennictwo

1. Kulikowska A., Czaban S.L. i wsp.: Postawy wobec umierania i śmierci personelu medycznego prowadzącego proces leczniczy chorych w stanach bezpośredniego zagrożenia życia. [w:] W drodze do brzegu życia, Krajewska – Kułak E., Łukaszuk C. (red.), UM w Białymstoku, Wydział Nauk o Zdrowiu, Białystok, 2009, tom VII, 521-533.
2. Pietruk K.: Postrzeganie opieki paliatywnej przez środowisko medyczne w aspekcie higieny psychicznej i epidemiologii. Hospicjum to przede wszystkim życie. Probl. Hig. Epidemiol., 2009, 90, 1, 120 – 125.
3. http://pl.wikipedia.org/wiki/Eutanazja, data pobrania: 5.04.2012
4. Bednarek – Szymańska M.: Życie jest darem. Godna śmierć - prawem każdego człowieka. Biuletyn OIPiP w Łodzi, 2009, 11, 25 – 27.
5. Grzesiak D., Łukaszuk C. i wsp.: Opieka paliatywna jako forma opieki nad pacjentem umierającym. [w:] Pacjent podmiotem troski zespołu terapeutycznego, Krajewska – Kułak E., Sierakowska M. i wsp. (red.),, Wydz. Piel. i Ochr. Zdr. AM w Białymstoku, Białystok, 2005, tom II, 285 – 290.
6. Górecki M.: Hospicjum w służbie umierającym. Wyd. Akademickie Żak, Warszawa, 2000, 7 – 31.
7. Jankowiak B.: Komunikowanie z pacjentem umierającym. [w:] Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie, Kwiatkowska A., Krajewska – Kułak E., Panek W. (red.), Wydawnictwo Czelej, Lublin 2003; 238 – 247.
8. Wiśniowski M.: Fenomen śmierci. Nasz Głos, Pismo OIPiP w Lublinie, 2008, 1, 19–20.
9. Mazur K.: Relacje interpersonalne między pielęgniarką a pacjentem w terminalnym stadium choroby. Nasze Sprawy, Biuletyn Inf. OIPiP w Katowicach, 2010, 3, 21 – 22.
10. Kuźmicz I., Brzostek T., Cisek M.: Postawy pacjentów wobec choroby i śmierci. [w:] W drodze do brzegu życia. , Krajewska – Kułak E., Nyklewicz W., Łukaszuk C. (red.), AM w Białymstoku, Wydz. Piel. i Ochr. Zdr. AM w Białymstoku, Białystok, 2007, tom III, 391 – 397.
11. Kübler – Ross E.: Rozmowy o śmierci i umieraniu. Media Rodzina, Poznań, 2007,19 – 187.
12. Jaje E.: Poglądy na śmierć i umieranie. Pismo Małopolskiej OIPiP, 2009, 3-4, 13 – 14.
13. Styrc L.: Eutanazja w świetle rozważań etycznych. Nasze Sprawy, Biuletyn Inf. OIPiP w Katowicach, 2008, 12, 18 – 19.
14. Staciwa M.: Problem eutanazji. Impuls, Biuletyn Warszawskiej OIPiP, 2008, 10-11, 6 – 9.
15. Gossa M.: Eutanazja. Biuletyn OIPiP w Łodzi, 2009, 4: 25.
16. Kieniewicz P.: Eutanazja. Nauczanie moralne Jana Pawła II. Bioetyka, POLWEN, Radom, 2006, 41 – 46.
17. Książek J., Waleńska G. i wsp.: Godność człowieka i godność umierania a standard postępowania medycznego. [w:] W drodze do brzegu życia, Krajewska – Kułak E., Nyklewicz W., Łukaszuk C., (red.), Wydz. Piel.i Ochr. Zdr., Białystok, 2007, tom III, 341–343.
18. Banaszak – Żak B., Tolarczyk A.: Opieka pracowników służby zdrowia nad pacjentem umierającym w aspekcie bioetyki chrześcijańskiej. [w:] W drodze do brzegu życia, , Krajewska – Kułak E., Nyklewicz W., Lewko J., Łukaszuk C.

(red.), AM w Białymstoku, Wydz. Piel. i Ochr. Zdr., Białystok, 2007, tom II, 129 – 139.
19. Turczak B.: Ból, cierpienie, eutanazja. Mag. Piel. i Poł., 2008, 11, 31.
20. Kaczmarek T., Marcinkowski J.T.: Kryptoeutanazja – jaka jest skala tego problemu? [w:] W drodze do brzegu życia, , Krajewska – Kułak E., Łukaszuk C. (red.), UM w Białymstoku, Wydział Nauk o Zdrowiu, Białystok, 2009; tom VI, 235 – 245.
21. Matejuk A., Mikołajczyk E., Lewko A. i wsp.: Opieka paliatywna czy eutanazja – postrzeganie problemu przez pacjentów, lekarzy, studentów medycyny i mieszkańców woj. podlaskiego. Onkol. Pol. 2003, 6, 29 – 33.
22. Fryś A.: Bioetyczne aspekty eutanazji w poglądach studentów pielęgniarstwa Akademii Medycznej w Poznaniu. [w:] Konteksty społeczno – kulturowe zdrowia i medycyny, Musielak M. (red.), Wyd. AM im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań, 2000,2 4 – 39.
23. Israël L.: Eutanazja czy życie do końca. Wyd. WAM, Kraków, 2009.

Hładuński Marcin[1], Młynarczyk Izabela[1], Porowska Weronika[1], Szymańczyk Piotr [1], Turko Barbara[1], Romanowska Joanna[1], Małachwiej Paulina[1], Tyrakowska Zuzanna[1], Chilińska Ewelina[1], Ryniec Malwina[1], Kuszczak Anita[1], Kotowicz Małgorzata[1], Żarnoch Ewelina[1], Drzymkowski Jarosław[1], Rozwadowska Emilia[2], Krajewska-Kułak Elżbieta[2]

Aspekty prawne, etyczne i moralne zapłodnienia *in vitro* w Polsce

[1] SKN Wolontariuszy Medycznych przy Zakładzie Zintegrowanej Opieki Medycznej UMB
[2] Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej UMB

Wprowadzenie

Rozmnażanie jest podstawową potrzebą fizjologiczną człowieka umieszczoną na podstawie modelu piramidy potrzeb ludzkich według Maslowa. Ludzie od zarania dziejów mają potrzebę rozmnażania się i posiadania potomstwa. Jednak dla wielu par było i jest to niemożliwe. Na drodze do upragnionego potomstwa może stać wiele przeszkód. Wśród obecnych dziś przyczyn ekonomiczno-finansowych istnieją także bariery kulturowe. Najczęstszą jednak przyczyną jest coraz częściej występująca w społeczeństwie niepłodność. Od wielu wieków ludzie próbują poradzić sobie z problemem braku pierworodnych. Walczono z tym strapieniem na mnóstwo sposobów, dopiero dzięki rozwojowi medycyny możemy poradzić sobie z niepłodnością. Powstały medyczne sposoby wspomagania rozrodu. Podstawową, w dzisiejszych czasach, metodą jest In vitro.

Pierwszym dzieckiem, które przyszło na świat na skutek zapłodnienia In vitro była Louise Brown, urodzona 25 lipca 1978 roku. W Polsce prekursorem tej metody jest Marian Szamatowicz, pracownik Kliniki Ginekologii Akademii Medycznej w Białymstoku (obecnie Uniwersytetu Medycznego), który pierwszego zabiegu *in vitro* w Polsce dokonał w 1987 roku [1].

Materiał i metody

Analiza piśmiennictwa zawierająca tematykę zapłodnienia In vitro zawartego na stronie internetowej www.prawoimedycyna.pl oraz pozycji książkowych wydawnictwa Lekarskiego PZWL autorów: Bręborowicz, Kaye, Pisarski.

Wyniki

Słownikowo, metoda In vitro jest to doprowadzenie do zapłodnienia komórki jajowej przez plemnik w warunkach laboratoryjnych poza ustrojem żeńskim [2]. Na metodę In vitro składa się kilka etapów. Są to następujące po sobie: stymulacja jajników, pobranie komórek jajowych, zapłodnienie komórek i finalnie- przeniesienie zarodków do macicy.

Opisując w telegraficznym skrócie poszczególne etapy, przybliżymy skomplikowaną technikę zapłodnienia In vitro.

W naturalnym cyklu menstruacyjnym kobiety w jajniku dojrzewa tylko jedna komórka jajowa. Pierwszą fazą postępowania jest kuracja hormonalna, w której, za pomocą dostarczanych z zewnątrz hormonów podwzgórzowych i przysadkowych, wywołuje się dojrzewanie kilku lub kilkunastu komórek jajowych [3]. Są dwa sposoby kuracji

hormonalnej dobieranej indywidualnie dla kobiety, na podstawie konkretnych wskazań lekarza i przyczyn niepłodności.

Pierwszy sposób to tzw. protokół krótki, który polega na podaniu od pierwszego dnia cyklu antagonistów hormonu gonadolibertyny, od trzeciego dnia włączeniu gonadotropiny, a po osiągnięciu przez komórki odpowiedniej wielkości, zastosowaniu jednorazowo gonadotropinę kosmówkową, która kończy etap owulacji.

Drugi sposób kuracji hormonalnej to tzw. protokół długi, który od protokołu krótkiego różni się wydłużonym czasem podawania antagonistów gonadolibertyny.

Wielkość komórek jajowych i poziom hormonów we krwi jest stale monitorowany przez lekarza, za pomocą testów laboratoryjnych i echografii endowaginalnej [3].

W momencie, gdy pęcherzyki Graaf'a osiągną dojrzałość, za pomocą punkcji, pobierane są rozwinięte oocyty. Zabieg punkcji przeprowadzany jest pod kontrolą USG w znieczuleniu miejscowym, podczas którego kobieta siedzi na fotelu ginekologicznym. Zabieg polega na nakłuciu jajników i pobraniu płynu z pęcherzyka Graaf'a wraz z dojrzałymi komórkami jajowymi przez sklepienie macicy.

W czasie trwania zabiegu punkcji, mężczyzna oddaje świeże nasienie, które w laboratorium przygotowywane jest do zapłodnienia. Nasienie przyszykowuje się w celu uzyskania jak największej liczby ruchliwych plemników [3].

W klasycznym zapłodnieniu In vitro komórki jajowe umieszcza się w specjalnie przygotowanym płynie zawierającym plemniki na czas około osiemnastu godzin. Po upływie tego czasu większa część komórek jajowych zostaje zapłodniona i następują pierwsze podziały komórkowe.

Poza powyższą, istnieją również inne metody zapłodnienia komórki jajowej. Jedną z nich jest ICSI, czyli docytoplazmatyczne podanie plemnika, polegające na wprowadzeniu za pomocą specjalnych igieł, mikromanipulatorów i mikroskopu plemnika bezpośrednio do komórki jajowej. IMSI, czyli docytoplazmatyczne podanie wyselekcjonowanych morfologicznie plemników, to podaniu wybranych, najlepiej wyglądających morfologicznie plemników.

Po zapłodnieniu zygoty umieszcza się ją z specjalnym inkubatorze, w którym panują optymalne warunki do jej rozwoju [3].

Po kilkudniowym rozwoju zarodka w inkubatorze następuje przeniesienie go do macicy kobiety, czyli embriotransfer, polegający na przeniesieniu przez specjalną rurkę jednego lub dwóch zarodków bezpośrednio do macicy kobiety. Zabieg bezbolesny i ma krótki czas wykonania. Po implantacji zarodka kobieta może przez kilka dni przyjmować progesteron, który zwiększa szansę na zagnieżdżenie się zarodka w endometrium macicy [3].

Diagnostyka preimplantacyjna

Zastosowanie zaawansowanej diagnostyki preimplantacyjnej umożliwia nawet dwukrotne zwiększenie skuteczności zapłodnienia *in vitro*. Istnieje możliwość wyboru zarodków ludzkich pozbawionych wad genetycznych i mutacji, a tym samym uniknięcia zespołów genetycznych i letalnych wad wrodzonych przyszłego noworodka [4].

Wskazania do zastosowania metody In vitro

Metoda In vitro jest procesem medycznym, a co za tym idzie z jej zastosowaniem związane są konkretne przesłanki . Głównym wskazaniem lekarskim jest zaburzona funkcja jajowodów lub całkowity ich brak. Kolejnym wskazaniem jest ciężka endometrioza, czyli rozrost błony śluzowej macicy poza obrębem jamy macicy. Wskazaniami mogą być również zaburzenia hormonalne cyklu miesiączkowego, a także zaburzenia funkcji jajników. In vitro może być również stosowane przy lekkiej niepłodności męskiej oraz gdy kobieta przez dłuższy czas, z niewyjaśnionych przyczyn medycznych, nie może zajść w ciążę. Jeżeli stosowane wcześniej metody leczenia niepłodności nie były skuteczne lub gdy kobieta

przebyła operacją ginekologiczną, można również rozważyć zastosowanie zapłodnienia In vitro [5].

Konsekwencje zapłodnienia metodą In vitro

Każda interwencja w ludzki organizm niesie za sobą określone skutki, podobnie zapłodnienie In vitro nie pozostaje tu odmienne. Głównym, najczęściej dyskutowanym, następstwem jest nawet czterokrotne zwiększenie ryzyka martwych urodzeń w porównaniu do ciąż naturalnych [6]. Kolejnymi, nie mniej ważnymi, są ciąże mnogie, ciąże pozamaciczne, niska masa urodzeniowa dziecka, wcześniactwo, a także zwiększenie ryzyka nowotworu jajników po stymulacji hormonalnej kobiety [7].

Aspekty prawne zapłodnienia metodą In vitro w Polsce.

Wykonywanie zabiegów in vitro ma w Polsce długą tradycję, pomimo braku regulacji prawnej. Trwające wiele lat dyskusje nad potrzebą unormowania tak istotnej i kluczowej, z punktu widzenia społeczeństwa, kwestii nadal nie zakończyły się przyjęciem konkretnych rozwiązać.

Kwestia regulacji prawnej In vitro stała się kluczową, zwłaszcza po wstąpieniu Polski do Unii Europejskiej. Jednak nie tylko takie zagadnienia wymagają uregulowania, wśród innych jest także sprawa handlu komórkami rozrodczymi i zarodkami, jak również kontrola placówek zajmujących się wspomaganiem rozrodu, wykonującymi zabiegi In vitro [8].

Jedynym aktem prawnym regulującym zapłodnienie in vitro w Polsce jest Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w odniesieniu do zastosowań biologii i medycyny (w skrócie Europejska Konwencja Bioetyczna) [8], podpisana przez Polskę w 1999 roku, jednak nadal nie ratyfikowana. Brak ratyfikacji oznacza, iż powyższy akt nadal nie jest obowiązującym w Polsce prawem.

Celem Konwencji, zgodnie z preambułą, jest stworzenie gwarancji godnych warunków i podstawowych wolności i praw człowieka w dziedzinie stosowania medycyny i biologii. Konwencja jednak odsyła do prawa krajowego, umożliwiając różnorodność w uregulowania dopuszczalności badań nad embrionem ludzkim pochodzącym po zapłodnieniu [9].

Pomimo podpisania Konwencji Polska nadal potrzebuje regulacji prawnej, która unormuje wiele kwestii. Jednym z takich problemów jest ewentualna dopuszczalność tworzenia i badań na embrionach ludzkich wytworzonych w procesie In vitro, a niewykorzystanych do zapłodnienia. Tworzenie embrionów ma dwojakie znaczenie, po pierwsze ze względów ekonomicznych, a po drugie to względy praktyczne - zdecydowanie łatwiej przechowywać (w procesie kriokonserwacji) embriony niż komórki jajowe. Kolejnym strapieniem w związku z embrionem jest niszczenie nieprzydatnych już do celów prokreacji embrionów, które w procesie kriokonserwacji straciły swoją witalność i szanse na normalny, prawidłowy rozwój [8].

Problematyczną kwestią są również ewentualne eksperymenty i innowacyjne badania na embrionach, a przede wszystkim genomie ludzkim. Badania takie mogą mieć pozytywne jak i negatywne tendencje stosowania. Do pierwszych należy zaliczyć możliwość przyczynienia się do ochrony powołanego życia, dzięki wczesnym wykryciu wad i zapobieganiu (leczeniu) ich, dając szanse na przeżycie embriona i zwiększenie szans na zdrowe urodzenie się dziecka. Natomiast do drugich – ewentualna selekcja embrionów nadliczbowych i pozostawianiu jedynie takich, które spełniają indywidualne preferencje rodziców i wymogi lekarzy. Badania nad genomem ludzkim przyczyniają się do poznania przez naukowców powstawiania wielu schorzeń wrodzonych oraz wpływu genów na rozwój człowieka. Trudno określić, czy są to zabiegi o wybrzmieniu pozytywnym czy negatywnym, dlatego ciągle toczy się nad tym zagadnieniem gromka dyskusja głównie wśród naukowców

i etyków. Embrion jest również wykorzystywany do pobierania komórek macierzystych. Po takim pobraniu embrion obumiera [10].

Etyczna ocena zapłodnienia in vitro ma istotny wpływ na kierunek, którzy obierze jej przyszła regulacja prawna. Można by uznać, że aktualnie rozgrywa się walka prawno-moralno- etyczna, budząca wiele kontrowersji i pytań, takich jak: od którego momentu można mówić o istocie ludzkiej, czy można traktować In vitro jako rozwój nauki i czy można poświęcić zarodek do ratowania życia innej jednostki? [10].

Aspekty moralne i etyczne wspomagania rozrodu metodą In vitro.

Dyskusja na temat In vitro obrazuje pewne zjawisko kulturowe, polegające na tym, iż każdy człowiek może mieć swoje własne, subiektywne poglądy moralne i że każde z tych poglądów i przekonań mają taką samą wartość i moc zobowiązań i usprawiedliwiają indywidualne wybory [11]. Jednak czy można rozpatrywać etycznie zjawisko In vitro jedynie przez pryzmat jednostki? Ocena etyczna wspomaganego rozrodu powinna być rozpatrywana w trzech płaszczyznach–poszanowania embriona ludzkiego, natury płciowości ludzkiej i aktu małżeńskiego oraz jedności rodziny.

Poszanowanie embriona ludzkiego

W opinii Mrozowicz dziecko jest wynikiem poczęcia na drodze naturalnej, a nie produktem, który można zamówić jak towar w sklepie. W sytuacji sztucznego zapłodnienia prowadzi się hodowlę, reprodukcję towarów w postaci embrionów ludzkich, a rodzice dzięki możliwościom technicznym mogą wybrać sobie „odpowiedni towar" z dopasowaniem płci, a nawet innych cech, które dziecko powinno spełniać. Co się dzieje z pozostałymi embrionami, które nie spełniły oczekiwań rodziców i wymogów lekarzy jako towar do zapłodnienia? Zostają one najzwyczajniej w świecie niszczone, co według bioetycznego słowotwórstwa, nie jest aborcją lecz „jedynie" redukcją embrionalną. Życie każdego embriona jest jednakowo ważne i nie może być ceną, którą trzeba zapłacić za inne życie [12].

Natura płciowości ludzkiej i aktu małżeńskiego

Zdaniem Mrozowicz [12] akt małżeński ma wymiar prokreacyjny, ale również jednoczący, a takie określenie zapłodnienia In vitro jest po prostu niegodne. Godność osoby ludzkiej wymaga, aby upragnione dziecko przychodziło na świat jako dar Boży i jako owoc aktu małżeńskiego jednoczącego małżonków w miłości. Wszystkie zabiegi medyczne powinny mieć jedynie funkcję wspomagającą zapłodnienie w akcie małżeńskim, a nie zastępować proces prokreacji małżeńskiej. W przypadku sztucznego zapłodnienia metodą In vitro, interwencja lekarska nie służy pomocy w akcie małżeńskim, lecz jest przywłaszczeniem funkcji rodzicielskiej. Przez metodą wspomaganego rozrodu naruszana jest godność oraz niezbywalne prawa małżonków i nienarodzonego jeszcze dziecka. W związku z tym godziwe są tylko sposoby homologicznego, wewnątrzmacicznego wspomagania rozrodu, jako wsparcie aktu małżeńskiego [12].

Jedność rodziny

Trzecia płaszczyzna rozważań nad etycznością zapłodnienia In vitro to jedność rodziny. W zapłodnieniu wewnątrzustrojowym metodą In vitro dziecko zawsze wprowadzane jest do rodziny z zewnątrz. Powyższe nie wywołuje tylu dylematów, jeśli analizowane jest zapłodnienie homologiczne, gdyż wykorzystywane przy zapłodnieniu gamety pochodzą od przyszłych rodziców. Zapłodnienie heterologiczne powoduje więcej dylematów, gdyż wówczas wprowadzana „do rodziny" jest osoba trzecia, a czasem nawet czwarta. Pojawiają się wtedy pytania, w jaki sposób można wówczas ustalić tożsamość dziecka – jako potomka kobiety noszącej płód, czy kobiety dającej komórkę jajową.

Analogicznie prezentuje się kwestia ojcostwa - czy jest to dziecko ojca, który oczekuje na dziecko, czy mężczyzny, który ofiarował nasienie?

Mrozowicz również negatywnie odnosi się do banków nasienia, które krytykuje z powodu deformowania postaci rodzica i sprowadzenia go tylko do dawcy materiały genetycznego [12].

Rozpatrzenie zagadnienia In vitro w trzech wyżej wymienionych płaszczyznach pozwala na określenie podstawowych poglądów etycznych.

Dwa aspekty rozumowania moralnego

Tomasz Kraj z Papieskiej Akademii Teologicznej w Krakowie omawia dwa aspekty moralnego rozumowania wspomaganego rozrodu [11]. Zwolennicy zapłodnienia metodą In vitro spotykając się z zarzutem zabijania albo narażania na śmierć ludzkich embrionów zauważają, że w naturalnym procesie zapłodnienia 20-60, a nawet do 80% zygot nigdy nie implantuje się w macicy. Jeżeli porównać by ilość embrionów tracących życie w metodzie zapłodnienia In vitro z tymi w procesie naturalnym, medycy znacznie przeważają skutecznością nad naturą. Problem polega jednak głownie na tym, że natura nie jest podmiotem moralnym, a człowiek nim jest. Naturalna śmierć ludzkich embrionów nie powinna w żaden sposób być poddawana dyskusji. Co jednak nie dotyczy zapłodnienia In vitro, ponieważ ponoszą do odpowiedzialności ludzi uczestniczących i podejmujących procedury prowadzące do śmierci tworzonych lub wykorzystywanych przez nich embrionów. Zapłodnienie In vitro jest niemoralne, bo narusza dobro ludzkiego życia, integralność fizyczną, godność człowieka, jak również akt małżeństwa, jedność rodziny i rodzicielstwo [11].

In vitro w innych krajach

Regulacja prawna zapłodnienia In vitro jest ściśle związana z poglądami społeczeństwa na tę kwestią. Różnorodnością kultur i doświadczeń społeczeństw powoduje niejednorodność systemu prawnego, również w kwestii normalizacji zapłodnienia In vitro.

Porównując kwestię dawstwa gamet w wielu krajach obowiązują różne kwestie prawne. We Włoszech absolutnie zakazane jest dawstwo gamet, niezależnie od wieku kobiety lub mężczyzny. Natomiast w Niemczech i Norwegii prawo dopuszcza dawstwo nasienia, nie dopuszcza jednak oddawania komórek jajowych. Państwa, takie jak Belgia, Finlandia, Austria, Dania, Holandia, Francja, Izrael, Szwecja, Portugalia, Wielka Brytania, Grecja i Hiszpania dopuszczają prawnie dawstwo gamet. W poszczególnych z tych krajów określono jednak warunki, które musi spełniać dawca. Najczęściej ograniczenia dotyczą wieku i stanu zdrowia dawcy, jednak w Portugalii i Finlandii nie ma żadnych wymogów dotyczących osoby oddającej gametę [13].

Procedury wspomaganego rozrodu mogą być stosowane tylko przez pary pozostające w związku małżeńskim w Niemczech i Norwegii. Dopuszczenie In vitro dla małżeństw, ale również dla par heteroseksualnych możliwe jest w Szwecji, Francji, Austrii, Finlandii i we Włoszech. W krajach, takich jak Dania, Belgia, Holandia, Izrael, Szwecja, Grecja, Wielka Brytania i Hiszpania prawo państwowe dopuszcza zabiegi In vitro dla samotnych kobiet, jak również dla par homoseksualnych [13].

Wnioski

Reasumując, In vitro jest metodą wspomaganego rozrodu zewnątrzmacicznego, w wyniku którego pobrane z organizmu kobiety i mężczyzny gamety są zapładniane w warunkach laboratoryjnych. Z wielu zapłodnionych embrionów, do macicy wszczepiane są jedynie jeden do trzech zarodków, a reszta jest poddawana kriokonserwacji lub jest po prostu niszczona. Sposób postępowania z embrionami ludzkimi powoduje wiele dyskusji etycznych i moralnych. Zwolennicy prokreacji wspomaganej podkreślają, iż moralność

każdego człowieka jest jego kwestią indywidualną, natomiast jej przeciwnicy argumentują, że istnieją dowody potwierdzające niemoralność zabiegów sztucznego zapłodnienia. Regulacja prawna In vitro w Polsce nadal nie została zakończona.

Piśmiennictwo

1. http://pl.wikipedia.org/wiki/Zap%C5%82odnienie_pozaustrojowe, data pobrania 7.05. 2012
2. Bręborowicz G.: Położnictwo i ginekologia. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2007, 741, 755.
3. Kaye P.: Płodność, niepłodność, bezpłodność. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2009, 127–133.
4. Stephen Adams, Medical Correspondent: Hope for older women as test improves IVF success. The Daily Telegraph, 2010, 9, 14.
5. Chilińska E., Ryniec M., Rozwadowska E., Krajewska- Kułak E., Lewko J.: Postrzeganie In vitro przez studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. [w:] drodze do brzegu życia. Uniwersytet Medyczny, Białystok, 2011, 347-358.
6. Human Reproduction, IVF and stillbirth: a prospective follow-up study, February 23rd, 2010.
7. Pisarski T., Szamatowicz M.,:Niepłodność. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa. 1997, 315.
8. Rej A., Kryska S., Grajek M,: Metoda sztucznego zapłodnienia (in vitro) w świetle prawa i medycyny. http://www.prawoimedycyna.pl/index.php?str=artykul&id=1041, data pobrania 7.05.2012
9. Konwencja Rady Europy o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w odniesieniu do zastosowań biologii i medycyny: Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie, opublikowana w European Treaty Series (ETS) nr 164
10. Zolla A.: Czy można mówić o statusie prawnym komórek macierzystych? Gazeta Lekarska, 2005, 2, 34-35.
11. Rej T.: Wokół dyskusji na temat In vitro [w:] Teologia i Moralność, T. 4, Poznań 2008, 107-118
12. Mrozowicz A., Mrozowicz S.: Ocena etyczna metod wspomaganego rozrodu http:// www.npr.org.pl/pliki_artyk/in_vitro.pdf, data pobrania 7.05.2012
13. http://www.proinvitro.pl/in-vitro-w-innych-krajach, data pobrania 7.05.2012

Ryniec Malwina, Kuszczak Anita, Porowska Weronika, Chilińska Ewelina, Tyrakowska Zuzanna Judyta, Drzymkowski Jarosław, Turko Barbara, Młynarczyk Izabela, Hładuński Marcin, Szymańczyk Piotr, Romanowska Joanna, Małachwiej Paulina, Kotowicz Małgorzata, Żarnoch Ewelina, Rozwadowska Emilia, Krajewska-Kułak Elżbieta

Zdolność do empatii studentów kierunku Elektroradiologia Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

SKN Wolontariuszy Medycznych przy Zakładzie Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wstęp

W 2007 roku na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku otworzono nowy, unikatowy kierunek kształcenia, jakim jest Elektroradiologia. Utworzenie powyższego kierunku miało stanowić zwiększenie możliwości awansu zawodowego w stosunku do absolwentów studium medycznego [1].

Elektroradiologia należy do grupy zawodów okołomedycznych. Osoby chcące związać swoją przyszłość z tym kierunkiem powinny posiadać odpowiednie cechy charakteru, które ułatwią im późniejszą pracę. Wśród predyspozycji zawodowych najczęściej wymienia się: odporność na stres, umiejętność pracy zespołowej (współpraca z lekarzami, pielęgniarkami, sanitariuszami), zdecydowanie w podejmowaniu decyzji oraz empatia [1].

Termin empatia wywodzi się od greckiego słowa ‘empathes’ oznaczającego: wzruszenie. Po raz pierwszy zastosowano go w odniesieniu do procesu wczuwania się w stany emocjonalne innych osób. Użył go angielski psycholog Edward B. Titchener w 1909 roku [2]

Słownik Współczesnego Języka Polskiego definiuje empatię jako [3] „*umiejętność rozumienia innych osób i wczuwania się w ich uczucia i potrzeby”,* jednakże pojęcie to jest trudne do jednoznacznego zdefiniowania, ponieważ termin zrodził się z rozważań zarówno etycznych, jak i filozoficznych, które dotyczą różnych zachowań ludzkich [4, 25].

Według Jakubczak różnorodność definicji wynika z odmiennych aspektów interpretacyjnych oraz perspektywy spojrzenia na zagadnienie dotyczące empatii, np. Dalaj Lama ukazuje empatię przez pryzmat podobieństwa i równości wszystkich ludzi, którzy dążą do osiągnięcia pełni szczęścia. Fakt ten powoduje, że człowiek odczuwa bliskość innych. Amerykański psycholog i psychoterapeuta Carl Rogers uważa natomiast empatię za istotny element życia z drugim człowiekiem, pozwalający zrozumieć dynamikę jego osobowości [5].

Umiejętność empatycznego przeżywania określonych sytuacji pomaga zrozumieć zachowania i motywy postępowania drugiego człowieka. Próba wczuwania się w stan emocjonalny drugiej osoby jest korzystną i oczekiwaną cechą umożliwiającą szybszą i skuteczniejszą reakcję w obliczu zaistniałego zdarzenia. Pomaga w realizacji i

zaspokajaniu swoich potrzeb: czy to potrzeby wzajemnego zrozumienia, akceptacji czy też bezpieczeństwa. Poziom empatii jest uzależniony w dużej mierze od wrażliwości człowieka. Osoby bardziej uwrażliwione są zdolne do głębszego rozumienia ludzi cierpiących oraz potrzebujących [5].

Współczucie jest jedną z głównych cech osób, które podejmują trudne rzemiosło, jakim jest praca socjalna. [6] Wymaga ona wielu poświęceń oraz cierpliwości i zaangażowania w pełnione obowiązki.

Szczególnym rodzajem pracy jest praca z pacjentem, gdzie każdego dnia spotyka się ból i cierpienie towarzyszące chorobie, a także niejednokrotnie zagubienie, bezradność oraz osamotnienie. Każdy dzień to nowa historia, w której łzy szczęścia przeplatają się z łzami boleści i smutku. Relacja lekarz - pacjent lub pacjent - personel medyczny jest nacechowana nie tylko ogromnym ładunkiem emocjonalnym dotyczącym stanu zdrowia, ale także problemami niezwiązanymi z profesją medyczną, a należącymi do sfery psychospołecznej. Często w rozmowach poruszane są tematy poświęcone rzeczom ostatecznym człowieka, takim jak: zdrowie, choroba, proces umierania [7].

Warto również podkreślić, że dla znacznej większości pacjentów dobry pracownik sektora medycznego to taki, który oprócz wysokich kwalifikacji zawodowych jest skory do niesienia natychmiastowej pomocy, empatyczny, tolerancyjny, życzliwy, serdeczny, dbający o dobroć pacjenta, stojący na straży jego godności [7].

Samo powołanie i zainteresowania medyczne nie wystarczą, aby dobrze wykonywać swoje obowiązki. Niezwykle istotnym elementem jest również poprawne komunikowanie się z pacjentem, które w znacznym stopniu związane jest z poziomem empatii. Jak pisze Turczyńska empatia łączy się ze stopniem satysfakcji i zadowolenia, które odczuwa pacjent. Przyjazne i życzliwe nastawienie do chorego sprawia, że pacjent nabiera zaufania do personelu medycznego oraz akceptuje zalecane metody leczenia oraz ufnie poddaje się zleconym badaniom diagnostycznym [8].

Ks. Dziewiecki uważa, że w komunikacji interpersonalnej nie tyle ważna jest zdolność mówienia, co zdolność słuchania empatycznego. Tylko poprzez nauczenie się wsłuchiwania w to, co próbuje nam przekazać drugi człowiek przez różnego rodzaju sposoby komunikacji zarówno werbalnej, jak i nie werbalnej – używając słów, gestów, spojrzeń – możemy w pełni zrozumieć go i poznać [8, 9].

Tomasz Pasierski podkreśla, że najważniejsza jest więź z pacjentem - mimo istnienia różnic w pojmowaniu choroby. Dla lekarza choroba ma znaczenie tylko biologicznej dysfunkcji, zaś dla chorego posiada także wymiar egzystencjalny. Osoby empatyczne są bardziej wrażliwe na potrzeby innych. Nie wolno im jednak zbytnio się identyfikować z pacjentem. Powinno się zachować rozwagę między emocjonalnym zaangażowaniem w sytuacje chorego a chłodnym dystansem względem niego. Nasze emocje winny być kontrolowane [10].

Jednakże nie możemy zapominać, że nasze zachowanie oraz stosunek do pacjenta ma ogromny wpływ na jego samopoczucie. Czasem wystarczy drobny, przyjazny gest lub dobre słowo, aby wywołać uśmiech na twarzy albo zmniejszyć lęk przed badaniem. Istotnym elementem w relacji z pacjentem jest również empatia – rozumiana jako próba wejścia w świat chorego i zrozumienia jego położenia w danym momencie. Takie zachowanie zwiększa zaufanie wobec nas [11].

Daniel Goleman wychodzi z założenia, że empatia jest częścią tzw. inteligencji emocjonalnej [12], czyli umiejętności rozpoznawania swoich uczuć i kierowania nimi tak, by poprawnie zidentyfikować emocje drugiego człowieka dążąc przy tym do próby przewidzenia, jak zachowa się pacjent w danej chwili [11].

Włoscy uczeni przeprowadzając badania neuroobrazowe odkryli, że w mózgu istnieją tzw. neurony lustrzane, które odpowiadają za zdolności empatyczne. Zaburzenia w ich obrębie mogą upośledzać funkcję poznania społecznego. Reakcje empatyczne są modulowane przez proces oceny sytuacji. Mogą służyć zarówno do współpracy, jak i być źródłem zachowań altruistycznych, a także odgrywać znaczącą rolę w komunikacji społecznej [13].

Cel pracy

Celem pracy była ocena zdolności do empatii studentów kierunku Elektroradiologia.

Materiał i metody

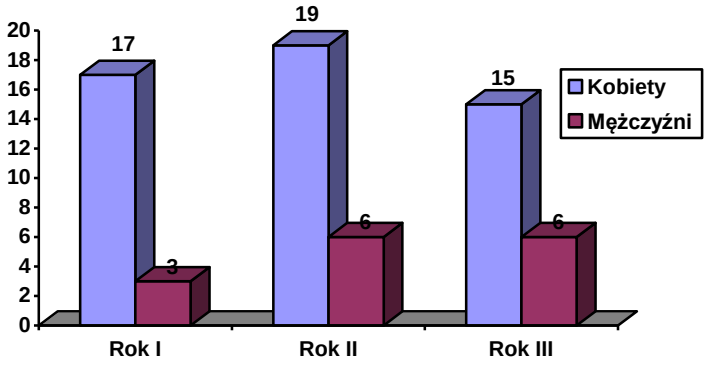
Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego w styczniu 2012 wśród 66 studentów studiów stacjonarnych pierwszego stopnia na kierunku Elektroradiologia na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Do badań użyto kwestionariusza ankiety złożonego z części ogólnej i zasadniczej.

Cześć ogólna składała się z 6 pytań dotyczących: płci, roku studiów, zdefiniowania z czym kojarzy się zawód elektroradiologa, scharakteryzowania, kto może zostać elektroradiologiem, sprecyzowania wyboru tego kierunku studiów oraz prośby o wybranie trzech cech, spośród 20 wymienionych, jakie powinny charakteryzować elektroradiologa.

Cześć zasadnicza składała się z Kwestionariusza Rozumienia Empatycznego Innych Ludzi (KRE) według Węglińskiego. Test zawierał 33 pytania, na które respondent mógł udzielić następujących odpowiedzi: „tak", „raczej tak", „raczej nie", „nie". Każdej z nich przyporządkowuje się odpowiednio: 3, 2, 1 lub 0 punktów, jeśli odpowiedzią diagnostyczną jest „Tak". Dotyczy to pytań: 1-12, 14-19, 21-26 oraz 31-33. W przypadku, gdy odpowiedzią diagnostyczną jest „Nie", wtedy najwyższą wartość zyskuje odpowiedź negatywna i tak oto: „nie" – 3pkt, „raczej nie" – 2pkt, „raczej tak" – 1pkt, „tak" – 0pkt. System ten obowiązuje w pytaniach: 13, 20 oraz 27-30. Końcowe wyniki będą się zawierać w przedziale między 0 a 99. Poziom empatii uzależniony jest od otrzymanej wartości punktowej. Zwiększa się wraz ze wzrostem liczby punktów [14].

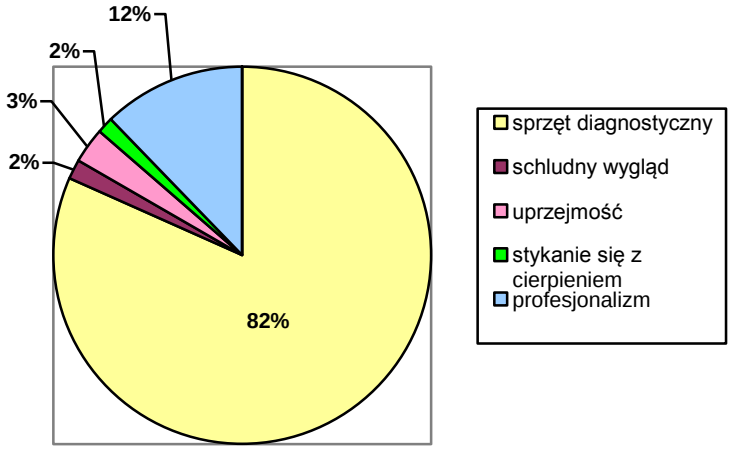
Wyniki

Badaniem zostało objętych 66 studentów kierunku Elektroradiologia, w tym 20 z I roku, 25 z II roku oraz 21 z III roku (szczegółowe dane przedstawia rycina. 1).



Rycina 1. Status ankietowanych

Zdecydowanie większą część respondentów stanowiły kobiety (77,3%)
Praca elektroradiologa zdecydowanej większości badanych (81,8%) kojarzyła się ze sprzętem diagnostycznym oraz z profesjonalizmem (12,1%) (Rycina 2)



Rycina. 2 Asocjacja z wykonywaniem zawodu elektroradiologa

Zdaniem prawie połowy ankietowanych elektroradiologiem może zostać wyłącznie osoba o zainteresowaniach medycznych. Z powyższym zgodziło się 30% studentów I roku, 60% studentów II roku oraz 52,4% studentów III roku. 21,2% respondentów podkreśla, że elektroradiologiem powinna zostać osoba z powołaniem. Natomiast w przekonaniu 12,1% badanych może nim być każdy. Nieliczna grupa ankietowanych wskazywała, że w tym zawodzie mogą pracować osoby mające zdolności manualne (6,1%) oraz posiadające wyobraźnię przestrzenną (9,1%) (Tabela1).

Tabela 1. Możliwości wykonywania zawodu elektroradiologa, n=66

	Płeć				Rok studiów						Ogółem	
	Kobieta		Mężczyzna		I		II		III			
	n	%	N	%	n	%	N	%	n	%	n	%
Każdy	5	9,8	3	20,0	3	15,0	1	4,0	4	19,1	8	12,1
osoba z powołaniem	12	23,5	2	13,3	7	35,0	4	16,0	3	14,3	14	21,2
osoba mająca zdolności manualne	3	5,9	1	6,7	1	5,0	2	8,0	1	4,8	4	6,1
osoba posiadająca wyobraźnię przestrzenną	4	7,8	2	13,3	2	10,0	2	8,0	2	9,5	6	9,1
osoba o zainteresowaniach medycznych	26	51,0	6	40,0	6	30,0	15	60,0	11	52,4	32	48,5
Inne	0	0,0	1	6,7	0	0,0	1	4,0	0	0,0	1	1,5

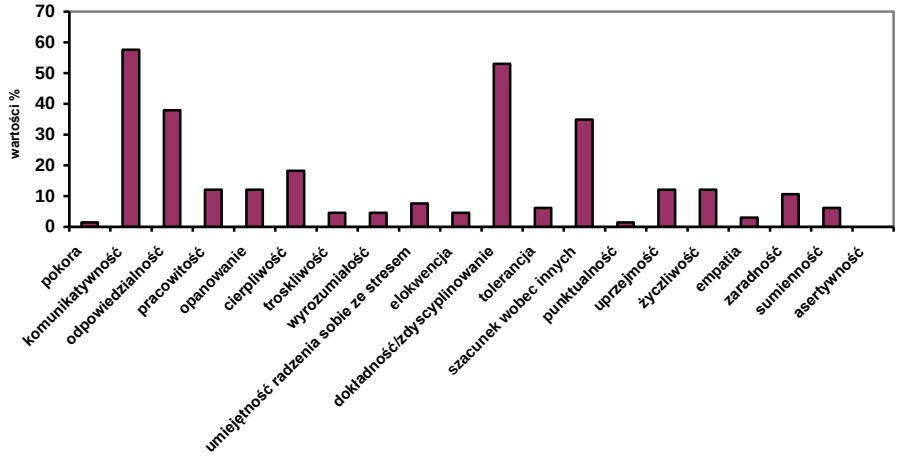
Spośród ankietowanych studentów co trzeci wybrał kierunek Elektroradiologia, gdyż nie zostali przyjęci na inny kierunek. Wśród 30% osób z I roku, którzy zamierzali studiować inny kierunek 33,3% respondentów wybrałoby farmację, 33,3% medycynę, 16,7% fizjoterapię oraz 16,7% stomatologię. O innym kierunku niż Elektroradiologia marzyło także 36% studentów II roku. Najczęściej wymieniali: stomatologię (33,3%), medycynę (22%) oraz fizjoterapię (22%). Pojedyncze osoby wskazały: geodezję oraz farmację. Podobnie jak młodsi koledzy na swój wymarzony kierunek nie dostało się 33,3 % studentów III roku. 42,9% z nich zamierzało studiować medycynę a 28,6% fizjoterapię. Z kolei 14,3% ankietowanych przyznało, że pragnęło podjąć studia na kierunku analityka medyczna lub farmacja (Tabela 2).

Tabela 2. Motywy wyboru kierunku elektroradiologia, n=66

	Płeć				Rok studiów						Ogółem	
	Kobieta		Mężczyzna		I		II		III			
	n	%	N	%	n	%	N	%	n	%	n	%
świadomie, zawsze marzyła/łem o tym zawodzie	14	27,5	3	20,0	6	30,0	5	20,0	6	28,6	17	25,8
nie dostała/łem się na inny	16	31,4	6	40,0	7	35,0	8	32,0	7	33,3	22	33,3

kierunek												
namówili mnie koledzy/znajomi	3	5,9	1	6,7	1	5,0	2	8,0	1	4,8	4	6,1
doradziła mi rodzina	3	5,9	1	6,7	2	10,0	2	8,0	0	0,0	4	6,1
po przeczytaniu artykułu w gazecie/na portalu internetowym	13	25,5	3	20,0	3	15,0	7	28,0	6	28,6	16	24,2
Inne	2	3,9	1	6,7	1	5,0	1	4,0	1	4,8	3	4,6

Respondenci poproszeni o wskazanie 3 cech, które powinny charakteryzować elektroradiologa najczęściej wskazywali: komunikatywność (57,6%), dokładność/ zdyscyplinowanie (53%), odpowiedzialność (37,9%), szacunek wobec innych (34,9%), a także cierpliwość (18,2%) (Rycina 3, Tabela 3).



Rycina 3. Cechy charakteryzujące elektroradiologa

Tabela 3. Cechy charakteryzujące elektroradiologa, n=66

Cechy	Płeć				Rok studiów						Ogółem	
	Kobieta		Mężczyzna		I		II		III			
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
pokora	1	2,0	0	0,0	1	5,0	0	0,0	0	0,0	1	1,5
komunikatywność	32	62,8	6	40,0	14	70,0	12	48,0	12	57,1	38	57,6

Odpowiedzialność	20	39,2	5	33,3	8	40,0	10	40,0	7	33,3	25	37,9
pracowitość	7	13,7	1	6,7	2	10,0	3	12,0	3	14,3	8	12,1
opanowanie	6	11,8	2	13,3	2	10,0	3	12,0	3	14,3	8	12,1
cierpliwość	8	15,7	4	26,7	2	10,0	5	20,0	5	23,8	12	18,2
troskliwość	2	3,9	1	6,7	1	5,0	1	4,0	1	4,8	3	4,6
wyrozumiałość	3	5,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	14,3	3	4,6
umiejętność radzenia sobie ze stresem	4	7,8	1	6,7	1	5,0	2	8,0	2	9,5	5	7,6
elokwencja	1	2,0	2	13,3	0	0,0	3	12,0	0	0,0	3	4,6
dokładność/ zdyscyplinowanie	28	54,9	7	46,7	15	75,0	12	48,0	8	38,1	35	53,0
tolerancja	2	3,9	2	13,3	1	5,0	2	8,0	1	4,8	4	6,1
szacunek wobec innych	19	37,3	4	26,7	6	30,0	9	36,0	8	38,1	23	34,9
punktualność	1	2,0	0	0,0	1	5,0	0	0,0	0	0,0	1	1,5
uprzejmość	6	11,8	2	13,3	4	20,0	4	16,0	0	0,0	8	12,1
życzliwość	7	13,7	1	6,7	1	5,0	4	16,0	3	14,3	8	12,1
empatia	1	2,0	1	6,7	0	0,0	0	0,0	2	9,5	2	3,0
zaradność	4	7,8	3	20,0	1	5,0	3	12,0	3	14,3	7	10,6
sumienność	1	2,0	3	20,0	0	0,0	2	8,0	2	9,5	4	6,1
asertywność	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Poziom empatii kobiet nieznacznie przewyższał empatię mężczyzn. Średni wynik dla kobiet wynosił 61 punktów, a dla mężczyzn 55 punktów.

Rozpatrując problem empatii na płaszczyźnie poszczególnych roczników – najwyższy poziom odnotowano wśród studentów I roku (66pkt), natomiast najniższym poziomem empatii wykazali się studenci III roku (56pkt). Jednakże zdolności empatyczne studentów II, jak i III roku są zbliżone. Szczegółowe wyniki prezentuje Tabela 4.

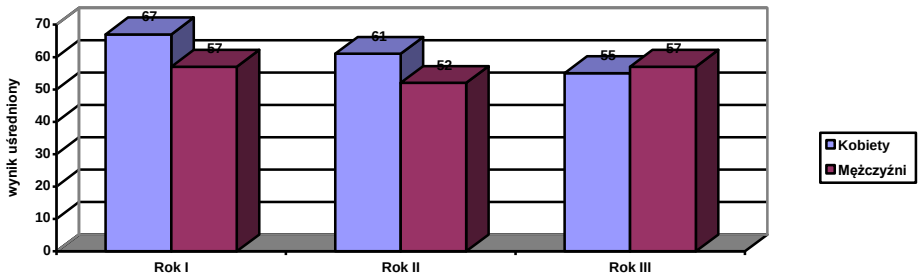
Tabela 4. Poziom empatii studentów kierunku Elektroradiologia

Wyniki	Płeć		Rok studiów		
	Kobieta	Mężczyzna	I	II	III
Min	38	42	47	38	38
Max	85	66	85	85	67
Średnia	61	55	66	59	56

Analizując szczegółowe dane z uwzględnieniem płci i roku studiów należy zauważyć, że największe skłonności empatyczne wykazują studentki I roku Elektroradiologii (67pkt), następnie kolejno: studentki II roku (61pkt) i studentki III roku (55pkt). Zdolność do empatii studentów I oraz III roku jest równa i wynosi 57 punktów. Wynik studentów II roku to 52 punktów. Szczegółowe dane obrazuje Tabela 5 oraz Rycina. 4.

Tabela 5 Poziom empatii studentów kierunku Elektroradiologia – podział ze względu na rok studiów i płeć

Wyniki	ROK STUDIÓW					
	I		II		III	
	Kobieta	Mężczyzna	Kobieta	Mężczyzna	Kobieta	Mężczyzna
Min	56	47	38	42	38	53
Max	85	66	85	58	67	61
Średnia	67	57	61	52	55	57



Rycina 4 Poziom empatii studentów kierunku Elektroradiologia

Dyskusja

Studia medyczne są specyficznym rodzajem studiów, wymagającym od studentów określonych predyspozycji, a także powołania. Tylko 21,2% studentów kierunku Elektroradiologia uważa, że powołanie jest istotną cechą w podjęciu tych studiów. Zdecydowanie bardziej pożądaną cechą według nich, pozwalającą podjąć takie studia są zainteresowania medyczne (48,5%).

Zdolność do empatii jest nieocenionym źródłem pomocy w profesjonalnym przygotowaniu do pełnienia obowiązków zawodowych personelu medycznego. Motyka w swojej pracy zauważył istotną różnicę w poziomie wrażliwości uczuciowej u studentów rozpoczynających studia licencjackie na kierunku Pielęgniarstwo a tymi, którzy są absolwentami tego kierunku. Większą empatią wykazali się absolwenci pielęgniarstwa [15] .

Krajewska-Kułak przebadała 237 studentów pielęgniarstwa, spośród których 65,4% uznało, że to właśnie powołanie jest bardzo ważną cechą skłaniającą do podjęcia pracy w branży medycznej [16].

W prezentowanych badaniach głównym czynnikiem umożliwiającym zostanie elektroradiologiem były zainteresowania medyczne.

Kliszcz i Hebanowski również wykazali tendencję spadkową empatii. Ankietowane studentki medycyny I roku cechowały się znacznie wyższym wskaźnikiem wrażliwości emocjonalnej niż ich starsze koleżanki, które kończyły studia [17].

Prezentowane badania wykazały, że najwyższym poziomem empatii wykazali się studenci I roku. Analiza danych wykazała nieznaczny spadek empatii wraz z kolejnymi latami studiów wśród ankietowanych studentów.

Podobnie jak w prezentowanych badaniach, które ukazują, iż kobiety odznaczają się wyższymi zdolnościami empatycznymi aniżeli mężczyźni, tak i potencjał empatyczny studentek I roku Wydziału Lekarskiego GUM był znacząco wyższy niż studentów tegoż wydziału [18].

Pawełczyk przebadała 199 studentów Wydziału Lekarskiego UM w Łodzi. Otrzymane wyniki pozwalają stwierdzić, że istnieje związek płci z zachowaniami empatycznymi, gdyż poziom empatii studentek medycyny znacznie przewyższa wrażliwość emocjonalną studentów tego kierunku [19].

Odmienne wyniki otrzymała Śladewska. Podjęła się ona analizy zdolności empatycznych pośród 80 studentów PSW w Białej Podlaskiej. Z przeprowadzonych przez nią badań wynika, że kobiety cechują się niższym poziomem empatii niż mężczyźni [20]. Prezentowane badania również wykazały, iż kobiety cechuje wyższy poziom empatii niż mężczyzn.

W opinii Wilczek-Rużyczki zarówno lekarze, jak i pielęgniarki charakteryzowały się średnim poziomem empatii. Jednakże po przebadaniu 260 pracowników ochrony zdrowia i podzieleniu na grupy lekarzy zabiegowych i niezabiegowych stwierdziła, że lekarze niezabiegowi odznaczali się najwyższym poziomem wrażliwości emocjonalnej w stosunku do pozostałych wyszczególnionych grup [21].

Ziółkowska-Rudowicz i Kładna są zdania, że studia medyczne powinny pomagać studentom zrozumieć emocje, jakie przeżywa pacjent podczas hospitalizacji oraz kształtować w nich odpowiednią postawę w stosunku do choroby i cierpienia, a także rozwijać komunikację lekarz - pacjent opartą na wzajemnym zrozumieniu i empatii. Według nich kluczem do rozwoju zachowań empatycznych jest jak najwcześniejszy kontakt z pacjentem [22, 23].

Zdaniem Ziółkowskiej-Rudowicz odpowiednia komunikacja między lekarzem a pacjentem powinna opierać się przede wszystkim na słuchaniu ze zrozumieniem oraz doszukiwaniu się istotnych informacji w monologu pacjenta, które mogłyby wpłynąć na dalsze leczenie [24].

Empatia jest bardzo dynamicznym zjawiskiem, które nieustannie się rozwija i ulega ciągłym przemianom wraz z osobowością człowieka. Obecnie pojęcie to jest wykorzystywane bardzo szeroko w dziedzinie psychologii. Istnieje również wiele koncepcji wrażliwości emocjonalnej oraz metod jej badania [25].

Wnioski

1. Zdecydowana większość ankietowanych kojarzyła zawód elektroradiologa ze sprzętem diagnostycznym oraz z profesjonalizmem.

2. Zdaniem większości studentów elektroradiologiem powinna zostać osoba o zainteresowaniach medycznych.
3. Wybór kierunku Elektroradiologia wśród badanych uwarunkowany był w głównej mierze niedostaniem się na inny kierunek.
4. Do cech charakteryzujących elektroradiologa respondenci zaliczyli: komunikatywność, dokładność/zdyscyplinowanie oraz odpowiedzialność.
5. Najwyższym poziomem empatii wykazali się studenci I roku.
6. Większe zdolności empatyczne wykazywały kobiety aniżeli mężczyźni.

Piśmiennictwo

1. Eureka, Podlaska Gazeta dla maturzystów1/2010, Białystok, 2010, 18.
2. Rembowski J. Empatia: studium psychologiczne. PWN, Warszawa, 1989.
3. Słownik Współczesny języka polskiego. Tom I, Warszawa, 1998, 236.
4. Wilczek-Różyczka E.: Empatia i jej rozwój u osób pomagających. Wyd. UJ, Kraków, 2002, 9-25.
5. Jakubczak M.: Rola empatii w relacjach między ludzkich. Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogiczne.
6. www.literka.pl: Empatia – jak rozpoznać i wczuć się w emocje innych., data pobrania 5.04.2012.
7. Kliszcz J.: Empatia i jej dynamizujący wpływ na relację lekarz-pacjent. Sztuka leczenia, 2000, 6, 23-27
8. Turczyńska K., Księżopolska-Kaczorowska A., Hebanowski M., Komorowska-Szczepańska W.: Empatia i motywy wyboru studiów medycznych jako przykład wskaźników pomocnych w ocenie predyspozycji kandydatów do zawodu lekarza, Pol. Merk. Lek. 2003, 81, 243-247.
9. Dziewiecki M.: Empatia, czyli sztuka słuchania. Katecheta, 2000, 11, 6-14.
10. Pasierski T.: Leczenie a doświadczenie choroby, Amazonki, Warszawa, 2008, 14, 7.
11. de Walden-Gałuszko K. Rola empatii w relacjach między lekarzem a pacjentem. Warszawa, 2007.
12. Goleman D:. Inteligencja emocjonalna. Media Rodzina, Poznań, 1997.
13. Vignemont F., Singer T.: The empathic brain: how, when and why? Przedrukowano z „Trends in Cognitive Sciences", 2006.
14. Węgliński A:. Opracowanie kwestionariusza rozumienia empatycznego innych ludzi. Zdr. Psych., 1983, 4,13-21.
15. Motyka M.: Empatia a studia pielęgniarskie. Sztuka Leczenia, 2006, 1-2, 33-38.
16. Krajewska-Kułak E., Van Damme-Ostapowicz K., Bielemuk A., Penar-Zadarko B., Rozwadowska E., Lewko J., Kowalewska B., Kondzior D., Kowalczuk K., Klimaszewska K., Terlikowski R.: Samoocena postrzegania zawodu pielęgniarki oraz zdolności rozumienia empatycznego innych ludzi przez studentów pielęgniarstwa, Probl. Piel., 2010, 18, 1-10.
17. Klisz J., Hebanowski M.: Badania nad empatią lekarzy i studentów medycyny. Pol. Merk. Lek. 2001, 11, 154-157.
18. Kliszcz J, Hebanowski M., Rembowski J.: Poziom i dynamika empatii studentów I i VI roku Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Gdańsku. Pol. Tyg. Lek., 1996, 1-5, 55-58.

19. Pawełczyk A., Pawełczyk T., Bielecki J.: Związek płci z preferowaną specjalizacja medyczną oraz wybranymi cechami osobowości studentów wydziału lekarskiego. Pol. Merk. Lek., 2007, 137, 363-366.
20. Śladewska J.: Poziom i zdolności empatyczne studentów PSW w Białej Podlaskiej. Człowiek i Zdrowie, 2011, 1, 138-145.
21. Wilczek-Różyczka E.: Empatia a wypalenie zawodowe u pracowników ochrony zdrowia. Sztuka Leczenia, 2006, 1-2, 39-49.
22. Ziółkowska-Rudowicz E., Kładna A.: Kształcenie empatycznych lekarzy. Część I – przegląd stosowanych metod. Pol. Merk. Lek., 2010, 172, 277-281.
23. Ziółkowska-Rudowicz E., Kładna A.: Kształcenie empatycznych lekarzy. Część II – wczesne zapoznawanie studentów z sytuacją pacjenta. Pol. Merk. Lek., 2010, 172, 282-286.
24. Ziółkowska-Rudowicz E., Kładna A:. Kształcenie empatycznych lekarzy. Część IV – rozwój umiejętności leżących u podstaw empatii. Pol. Merk. Lek., 2010, 174, 400-404.
25. Warecka I.: Empatia. http://awans.szkola.net/, data pobrania 5.04.2012.

ŻAŁOBA, OSIEROCENIE

„Kiedy ktoś umiera, unicestwieniu ulega jedna cząstka kosmosu. Wszystko co czuł, czego doświadczył, co poznał, znika wraz z jego odejściem, tak jak znikają łzy na deszczu”

P. Coelho



Koper Olga Martyna[1], Gruszewska Ewa[1], Kamińska Joanna[2]

O śmierci w bajkach

lustracje wykonała: Hanna Korniluk[3]

1. studentka III roku studiów doktoranckich na Wydziale Farmaceutycznym z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Zakład Laboratoryjnej Diagnostyki Klinicznej
2. Zakład Laboratoryjnej Diagnostyki Klinicznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. uczennica III klasy Liceum Plastycznego im. Artura Grottgera w Supraślu

„Śmierć, owa najtwardsza, jasna jak Słońce realność, dla każdego widoczna i dostępna, każdego dnia dostrzegana z największą pewnością i jasnością, pod mikroskopem analizy i 'nauki' zdaje się przeobrażać w wielkość przechodzących w siebie nawzajem drobnostek"
Max Scheller [1]

Wstęp

W dzisiejszych czasach ludzie często umierają w szpitalach, hospicjach lub wskutek nagłych, nieprzewidzianych zdarzeń. Z tego względu w tym trudnym momencie nie zawsze towarzyszą im bliscy. Ludzie często umierają w poczuciu opuszczenia, samotności i zapomnienia. Dawniej śmierć następowała w domach, w otoczeniu rodziny, krewnych i sąsiadów. Świadkami tego były często dzieci. W ten sposób uczyły się, czym jest śmierć. Oswajały się z nią, można by rzec, przygotowywano je, że śmierć to naturalne zjawisko, jedna z faz cyklu życia.

Nic więc dziwnego, że kiedy umrze ktoś bliski, to współczesne dziecko nie bardzo rozumie, co się tak naprawdę wydarzyło. Widzi wprawdzie, że wszyscy chodzą smutni, zapłakani i że nie ma „TEJ" osoby. Ale dlaczego jej nie ma? Co się z nią stało? Gdzie ona teraz jest? Na te pytania nie potrafi sobie odpowiedzieć. Takich pytań jest jeszcze więcej.

W takiej sytuacji z pomocą może nam przyjść jakże cudowny, a zarazem pouczający świat baśni i bajek. Powinniśmy uświadomić sobie, jaką mogą mieć wartość wychowawczą, a może nawet i terapeutyczną…

Rozwinięcie

Upersonifikowaną Śmierć mały czytelnik może odnaleźć już w wierzeniach i podaniach starożytnych Greków. W **mitologii greckiej** Śmierć była bowiem jednym z dzieci potężnej i budzącej grozę Nocy, a bał się jej nawet sam Zeus [1, 2]. Czarnoskrzydły *Thanatos*, bóg śmierci, wyobrażany ze zgaszoną pochodnią w ręku, bezszelestnie wchodził do domu mającego umrzeć człowieka. *Thanatos* złotym nożem odcinał pukiel umierającemu jako ofiarę dla władcy podziemi, wtedy duch zmarłego

rozpoczynał wędrówkę do królestwa Hadesa. Pewnego razu rozzłoszczony Zeus wysłał *Thanatosa* po króla Koryntu - Syzyfa, miała to być kara za zdradzenie śmiertelnikom sekretów bogów. Jednak przebiegły król, spodziewając się wizyty bożka śmierci, przygotował na niego zasadzkę i zakuwając w kajdany, uwięził go w piwnicy. Na świecie ludzie przestali umierać. W tej sytuacji władca podziemi poszedł ze skargą do Zeusa. Uświadomił mu, że została zachwiana naturalna równowaga pomiędzy życiem a śmiercią, a jego królestwu grozi zagłada. Zeus wysłał więc samego Aresa, boga wojny, żeby uwolnił *Thanatosa* [2] (Rycina 1).

Nieco mroczny obraz śmierci przedstawiają w swoich bajkach tworzący ponad 200 lat temu bracia Jacob i Wilhelm Grimm. Szczególną uwagę zwracają dwa utwory: „Kuma Śmierć" oraz „Wysłannicy śmierci".

„Kuma Śmierć" opowiada o pewnym ubogim człowieku, który poszukuje ojca chrzestnego dla swojego trzynastego dziecka. Pierwszą osobą, która zaofiarowała się, że potrzyma jego dziecię do chrztu, był sam Pan Bóg. Jednak biedak Mu odmówił. Następny był Szatan i jemu też odmówił. Po pewnym czasie chęć podania dziecka do chrztu wyraziła Śmierć i ją ubogi człeczyna zechciał na kumę. I w ten oto sposób Śmierć została chrzestną matką trzynastego dziecka. Kiedy chłopiec podrósł, Śmierć pod postacią matki chrzestnej przybyła do niego i jako podarunek pokazała mu magiczne ziele posiadające moc uzdrawiania. Dała przy tym młodzieńcowi przestrogę: *„Strzeż się jednak, abyś cudownego ziela nie użył wbrew mojej woli, bo mogłoby się to źle skończyć dla Ciebie"*[3]. W niedługim czasie syn biedaka stał się najsławniejszym lekarzem na świecie. Mówiono o nim, że *„Wystarczy mu tylko spojrzeć na chorego, a już wie, jaki jest jego stan i czy wyzdrowieje, czy też musi umrzeć"*[3]. Pewnego razu ciężko zachorowała królewna, która była jedynym dzieckiem króla. Lekarz został niezwłocznie do niej wezwany. Król obiecał mu, że jeśli ją uratuje, to otrzyma całe królestwo i królewna zostanie jego żoną. Lekarz, oszołomiony obietnicą oraz urodą samej królewny, postanowił oszukać Śmierć i dzięki magicznemu zielu przywrócił córkę króla do pełni zdrowia. Nie taka jednak była wola Śmierci, dlatego bardzo ją to rozgniewało. Chwyciła ona zatem lekarza lodowatą dłonią i zaprowadziła do swojej podziemnej pieczary. *„Oto - rzekła Śmierć - świece życia ludzi. Gdy się świeca zapala, rodzi się człowiek, gdy gaśnie - umiera. […] Śmierć ukazała mu maleńki ogarek, który lada chwila miał zgasnąć. […] W tejże chwili lekarz padł na ziemię i dostał się w ręce Śmierci"* [3] (Rycina 2).

Nieco inny obraz śmierci został ukazany w bajce **„Wysłannicy Śmierci"**, w której bracia Jacob i Wilhelm Grimm opowiadają historię pewnego olbrzyma. Wygrał on zapasy ze Śmiercią. Celnym uderzeniem pięścią powalił Śmierć, która nie mogła się po tym podnieść z ziemi. *„Co teraz będzie - rozmyślała Śmierć - jeśli zostanę tu, pod tym kamieniem, ludzie przestaną umierać i w końcu będzie ich tyle, że zmieszczą się na ziemi nie inaczej jak na stojąco."* [3]. W pewnym momencie na drodze pojawił się młody człowiek, a że miał dobre serce, to pomógł wstać poszkodowanej. Wówczas Śmierć, chcąc okazać mu wdzięczność za pomoc obiecała, że przychodząc po niego, nie zaskoczy go znienacka, ale najpierw wyśle swoich wysłanników. Młodzieniec ucieszył się z takiego stanu rzeczy, *„po czym ruszył dalej, ochoczo i raźnie, i żył sobie beztrosko z dnia na dzień"*[3]. Jednak młodość i zdrowie nie trwały długo, gdyż młodzieniec zachorował i cierpiał zarówno za dnia, jak i w nocy. Kiedy wrócił do zdrowia, ponownie zaczął żyć radośnie. Taki stan rzeczy długo niestety nie potrwał, gdyż nagle zjawiła się po niego Śmierć. Młody człowiek był bardzo oburzony tym faktem, wytknął Śmierci, iż obiecała mu, że zanim po niego przyjdzie, wpierw wyśle swoich wysłanników. Słysząc

to Śmierć bardzo się zdenerwowała. *„Zamilcz - odrzekła Śmierć - czyż nie przysłałam ci ich jednego po drugim? Czy nie dostawałeś gorączki, która tobą trzęsła i ścinała z nóg? Czy nie miałeś zawrotów głowy? Czy reumatyzm nie rwał cię w kościach? Czy nie czułeś szumu w uszach? Czy nie bolały cię zęby? Czy nie robiło ci się ciemno przed oczami? A oprócz tego wszystkiego, czyż nie przypominał ci o mnie co wieczór mój rodzony brat, Sen? Czy nie leżałeś nocą w łożu jak nieżywy?”* [3]. Na te wszystkie, zadane przez Śmierć pytania, człowiek nie wiedział już co odpowiedzieć i poddany swemu losowi poszedł z Nią [3] (Rycina 3).

Całe bogactwo odniesień do motywu śmierci możemy także znaleźć w baśniach Hansa Christiana Andersena. Pięknie o śmierci, jednak o śmierci w zapomnieniu, opowiada bajkopisarz w **„Stokrotce”**. Przytacza tam historię skowronka, którego chłopcy uwięzili w klatce, a potem o nim zapomnieli nie zostawiwszy mu ani kropli wody do picia. Do klatki włożono mu tylko kawałek trawy ze stokrotką. Kwiatek z całych sił starał się pocieszyć ptaszka, jednak nie mógł mówić. W końcu skowronek z tęsknoty za utraconą wolnością oraz z pragnienia zmarł, *„serce ptaka pękło ze smutku”* [4]. Następnego dnia przyszli chłopcy, którzy go uwięzili; *„a kiedy zobaczyli martwego ptaka, zapłakali, płakali rzewnymi łzami i wykopali mu śliczny grób, który ozdobili płatkami kwiatów. […] Kiedy żył i śpiewał, zapomniano o nim, trzymano go w klatce w niedostatku, teraz ofiarowano mu wspaniały pogrzeb i wiele łez”, zaś „kawałek murawy wraz ze stokrotką wyrzucono na drogę pełną kurzu”* [4] (Rycina 4).

W **„Dziewczynce z zapałkami”** Andersen kreśli przed małym czytelnikiem postać biednej, bosonogiej dziewczynki, która została wysłana w wigilię Nowego Roku na miasto, żeby sprzedać zapałki. Przez cały dzień nie udało się jednak dziecku sprzedać ani jednej zapałki, do domu też nie miała po co wracać, bo *„przecież nie dostała ani grosza, ojciec by ją zbił […]”*[4]. Chcąc się trochę ogrzać, zaczęła zapalać zapałki. Niespodziewanie jej oczom ukazała się zmarła Babunia, która kiedy jeszcze żyła, jako jedyna okazywała serce dziewczynce. *„A kiedy nastał zimny ranek, w kąciku przy domu siedziała dziewczynka z czerwonymi policzkami, z uśmiechem na twarzy - nieżywa: zamarzła na śmierć ostatniego wieczora minionego roku. Ranek noworoczny oświetlił martwą postać trzymającą w ręku zapałki, z których garść była spalona.”* [4] Minionego wieczora przyszła bowiem po dziewczynkę Babunia, żeby ją porwać w ramiona i razem polecieć do Boga [4] (Rycina 5).

Natomiast piękną opowieść o Święcie Zmarłych oraz pamięci o zmarłych osobach każde dziecko odnaleźć może w bajce Ewy Szelburg - Zarembiny pt. **„O tym, jak wszyscy święci gwiazdy w Zaduszki zapalali”**. W ten szczególny dzień roku, święty Piotr wyjątkowo pozwolił się zebrać wszystkim duszyczkom na skraju nieba, by stamtąd mogły spoglądać na ziemię. A było się czemu przyglądać. *„Oto pomimo późnej pory na ziemi jasno było, jak gdyby spadło na nią słońce i ozłociło całą. Paliły się bowiem na wszystkich cmentarzach i cmentarzykach setki i setki świateł. Każda mogiłka, choćby najuboższa, gorzała od drżących złotych płomyków.”* [5]. To żywi zapalali te światełka duszom zmarłych osób na znak, że byli im bliscy i wciąż o nich pamiętają. A duszyczki w niebie bardzo się z tego powodu radowały. Tylko duszyczka małej Marysi była smutna. Widząc to święty Piotr próbował ją pocieszyć, jednak bezskutecznie. Dziewczynka zapłakała: *„moja matusia, com od niej do nieba odeszła, com ją samą na ziemi zostawiła, u mogiłki mojej klęczy i płacze […] a ja jej pocieszyć nie mogę”* [5]. Święty Piotr nie miał jednak pomysłu, jak temu zaradzić. Z pomocą przyszła dopiero Matka Boska, gdyż nie mogło być tak, żeby w Dzień Zaduszny, radosny dla wszystkich dusz jakakolwiek dusza była smutna. Dlatego dała radę Marysi, by ta zapaliła na niebie

światełko dla mamy na znak, że o niej pamięta. Święty Piotr przyniósł dziewczynce ze skarbca niebieskiego najjaśniejszą gwiazdkę. *„I oto stało się, że gdy u mogiłki Marysinej klęcząca matka podniosła w niebo zapłakane oczy, ujrzała nad sobą na niebie światełko cudne, gwiazdkę złocistą świeżo zapaloną."* [5]. Serce mamy poznało wówczas, że to dusza córki daje jej znak z nieba i w tejże chwili przestała płakać. Inne dusze w niebie widząc to także zapragnęły pocieszyć swoich bliskich na ziemi. *„Od tej więc pory, co roku w listopadzie, gdy tylko nadejdzie Dzień Zaduszny i na ziemi zapłoną na mogiłkach świeczki, zaraz i na niebie jedno po drugim zapalają się cudowne światełka"* [5]. Na ziemi bowiem jest dużo serc potrzebujących pocieszenia (Rycina 6).

W bardzo poetycki, ale jednak dosłowny sposób, o śmierci opowiada także **Mały Książę**, kiedy wypowiada słowa: *„Będę wyglądał, jakby mnie bolało… Będę wyglądał, jakbym umierał. Tak to jest. Nie przychodź tego oglądać. Nie warto."* [6]. A kiedy narrator nie chce się pogodzić z mającym nastąpić odejściem Małego Księcia, tamten próbując go pocieszyć mówi: *„Nie mogę zabrać ze sobą tego ciała. Jest za ciężkie […] . Ale ono będzie jak stara porzucona skorupka. Nie ma przecież nic smutnego w starych skorupkach…"* [6]. Antoine de Saint- Exupéry tymi słowami w delikatny sposób oswaja młodego czytelnika ze zjawiskiem śmierci.

Podsumowanie

Dzisiejsza kultura afirmuje młodość, zaprzecza starości i przemijaniu. Świat telewizji, kolorowych reklam, gier komputerowych ukazuje dzieciom rzeczywistość bez chorób, starzenia się i śmierci. Wszyscy są młodzi, piękni i zdrowi. Nie widać też cierpienia, które mogłoby się wiązać z przemijaniem, stratą kogoś bliskiego. Jeśli już pojawia się motyw śmierci, to zawsze jest to „śmierć na niby", tzn. zdarzenie odwracalne, wielokrotne, a przez to nieprawdziwe.

Dlatego musimy pamiętać, żeby z dziećmi o śmierci rozmawiać. I to nie tylko, kiedy bezpośrednio nas dotknie. Dzieciom należy pokazać, że śmierć jest częścią życia, jakoby naturalną jego koleją, idąc za myślą Mikołaja Gogola *„Gdyby nie było śmierci, życie nie wydawałoby się nam takie piękne"*. Dzieciom należy uświadomić, że umieramy, ponieważ żyjemy. Tak jak żyją i umierają zwierzęta czy rośliny. Tak jak i my kiedyś umrzemy. Niestety, wielu z nas w rozmowie z dziećmi stara się omijać ten jakże bolesny, trudny i nieprzyjemny temat. Z drugiej strony organizowane są wystawne pogrzeby (piękne kwiaty, płomień świec, wspaniały obiad), które odciągają uwagę dziecka od istoty wydarzenia.

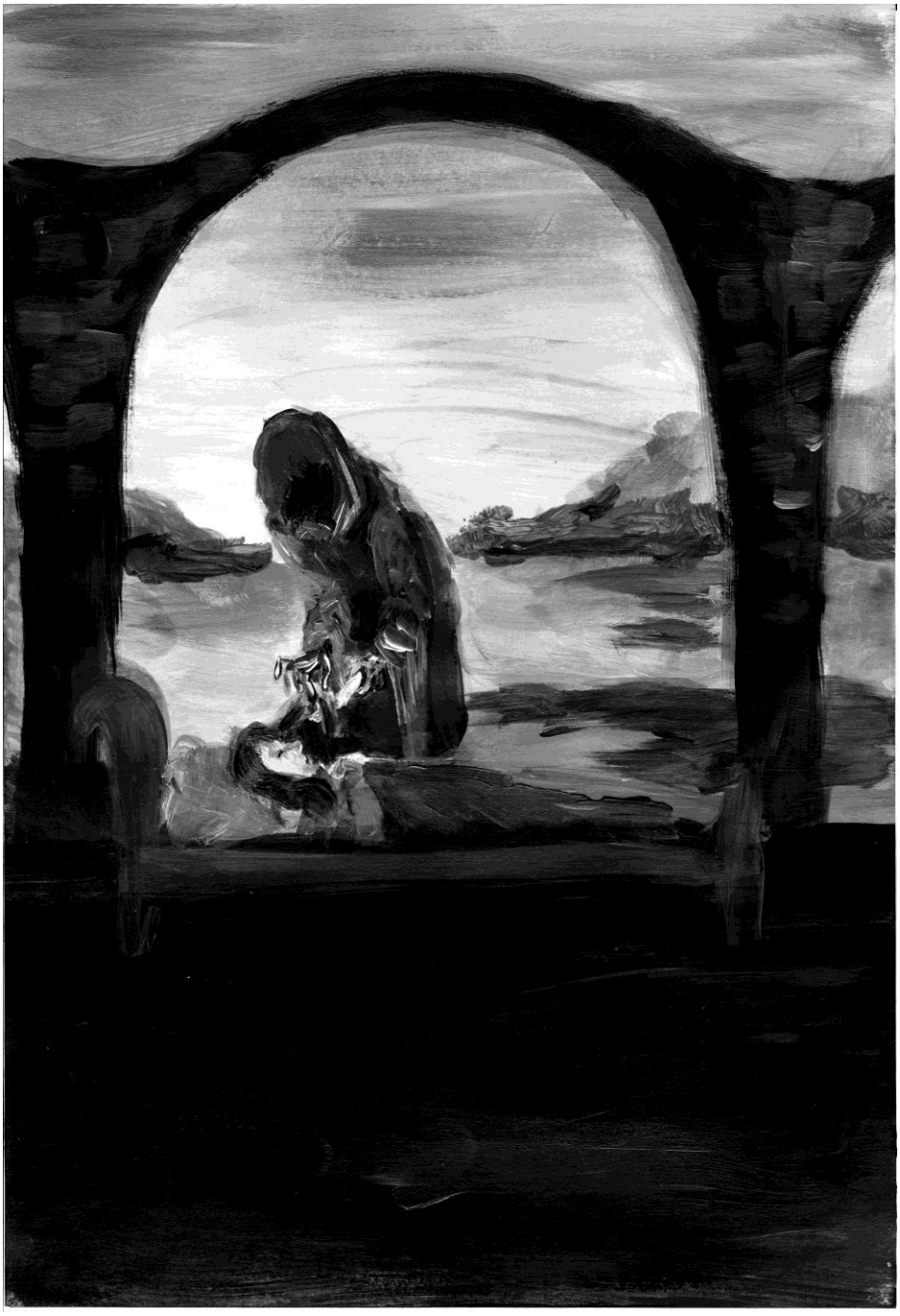
Często zamiast wprost mówić o śmierci stosujemy eufemizmy, takie jak np. „kotek zasnął", „babcia odeszła". Niektórzy, widząc na ulicy nieżywe zwierzątko, tłumaczą swoim dzieciom, że ono sobie śpi albo wygrzewa się na słoneczku. Niewątpliwie jest to dla nich bardzo wygodne i bezpieczne tłumaczenie. Zapominamy jednak, że te młode istoty, wypowiadane przez nas słowa rozumieją dosłownie, a nie ich symbolikę i przenośne znaczenie. A przecież nie o to tak naprawdę nam chodziło.

Wzorem naszych dziadków i rodziców należałoby wprowadzać dzieci w bolesny temat, jakim jest śmierć. Dzięki utworom wymienionym w tej pracy i wielu innym będą wiedziały, że śmierć nie jest czymś strasznym lub pojęciem abstrakcyjnym, ale zjawiskiem naturalnym i nieuniknionym. Szkoda tylko, że współcześni rodzice nie sięgają do tej wielkiej skarbnicy wiedzy i życiowej mądrości, jaką są właśnie stare baśnie, mity i legendy.

Autorzy pracy: Olga M. Koper, Ewa Gruszewska, Joanna Kamińska są Stypendystami w ramach projektu „Studiuję, badam, komercjalizuję- program wsparcia doktorantów UMB", Poddziałanie 8.2.1 Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, współ finansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Piśmiennictwo

1. Ratajczak W.: Słownik motywów literackich. Wyd. Skrypt, Warszawa, 2003.
2. Parandowski J.: Mitologia - Wierzenia i podania Greków i Rzymian. Wyd. Puls, Cieszyn, 1992.
3. Grimm J., Grimm W.: Baśnie braci Grimm. Tom 1. Ludowa Spółdzielnia Wydawnicza, Waraszwa, 1986.
4. Andersen H. Ch.: Baśnie. Wiedza Powszechna, Warszawa, 1956.
5. Szelburg- Zarembina E.: Boży Roczek. Instytut Wydawniczy Pax, Warszawa, 1990.
6. Saint- Exupéry A.: Mały Książę. PWW, Warszawa, 1998.



Ryc. 1. Thanatos



Ryc. 2. Kuma śmierć



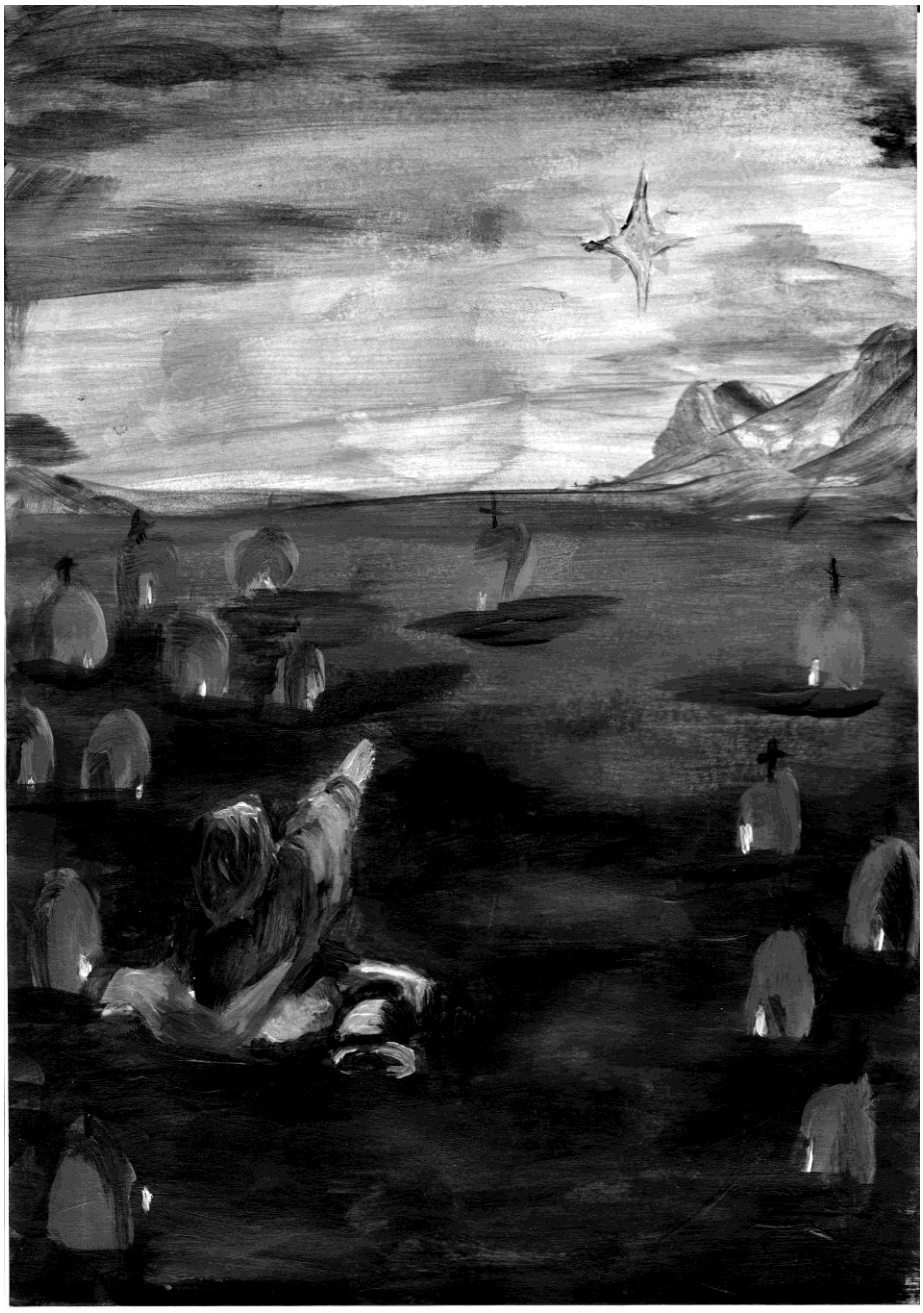
Ryc. 3. Wysłannicy śmierci



Ryc. 4. Stokrotka



Ryc. 5. Dziewczynka z zapałkami



Ryc. 6. O tym jak wszyscy święcą gwiazdy w Zaduszki

Tomaszek Aleksandra[1], Goźlińska Anna[2], Aleksandrowska Paulina[1], Janiszewska Elzbieta[1], Duniec Larysa[1], Kosson Dariusz[1,3], Mikaszewska-Sokolewicz Małgorzata[2], Łazowski Tomasz[2]

Edukacja umierania w opiece paliatywnej

[1] Zakład Nauczania Anestezjologii i Intensywnej Terapii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
[2] Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
[3] Zakład Neuropeptydów Centrum Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej PAN

Śmierć jest zjawiskiem powszechnym i nieodwracalnym. Jest z nami od początku istnienia życia na ziemi, jednak mimo upływy tak wielu lat, nadal nie potrafimy mówić o niej ze spokojem, a towarzyszenie osobie umierającej często wiąże się z przeżywaniem negatywnych emocji. Śmierć, a jeszcze bardziej towarzyszenie człowiekowi terminalnie choremu i opieka paliatywna zmuszają do zadawania bardzo trudnych pytań, ale nie chronią przed pokusami banalizacji tanatologii i związanych z nią dylematów etycznych.

Opieka paliatywna sprzeciwia się eutanazji, ceni życie a śmierć uważa za zjawisko naturalne, dlatego nie popiera przedłużania życia za wszelka cenę.

W poniższym artykule omówimy funkcje terapii paliatywnej; dydaktyczną, hedonistyczną, komunikacyjną.

Nowo powstałą dziedziną łączącą zagadnienia z zakresu medycyny onkologicznej i psychologii jest psychoonkologia, zajmująca się między innymi edukacją, dotyczą zarówno pacjenta jak i jego rodziny. W trakcie trwania procesu edukacyjnego podejmuje ona zagadnienia dotyczące; przebiegu choroby, sposobów leczenia i pielęgnacji chorego, nie pomija elementów religii i egzystencji umierającego, uczy jak zorganizować czas i jak odejść zostawiając „ślad po sobie"

Jednym z najważniejszych elementów psychoonkologii jest rozmowa terapeutyczna, która ma na celu: nawiązanie kontaktu z chorym, zapewnienie go, że nie jest sam ze swoimi problemami oraz uświadomienie choremu, że wiemy o jego cierpieniach, chcemy mu pomóc a także wspólne szukanie rozwiązań. Dzięki wsparciu jaki możemy zapewnić osobie terminalnie chorej, nie pozostawiamy ja „samej sobie", co znacznie zmniejsza lęk i stres związany ze stanem swojego zdrowia i często ułatwia przejście na „drugą stronę"

Edukacja umierania w opiece paliatywnej

Refleksja nad śmiercią, jako najbardziej osobistym wydarzeniem życia człowieka, jest różnie ukierunkowana i odzwierciedla rozmaite opcje światopoglądowe i moralne. Ich szybki rozwój wiąże się z faktem, że umieranie i śmierć stały się oficjalnie problemami naukowymi, którymi zajęła się dyscyplina zwana tanatologią. Dużą role odgrywa swoista fascynacja śmiercią, a także żywiołowy rozwój nowoczesnej medycyny, który ukazał nieznane przedtem możliwości oraz wynikające z nich bezprecedensowe dylematy etyczne. Śmierć, a jeszcze bardziej towarzyszenie człowiekowi terminalnie choremu i opieka paliatywna zmuszają do zadawania bardzo trudnych pytań, ale nie chronią przed pokusami banalizacji tanatologii i związanych z

nią dylematów etycznych. W kontekście szerokiego spektrum różnych wypowiedzi na te tematy nauczanie Kościoła katolickiego ma więc ogromne znaczenie. Nauczanie jest zawarte w dokumentach wydanych w ciągu ostatniego półwiecza. Należą do nich spisane wypowiedzi papieża Piusa XII, zwłaszcza dwa przemówienia wygłoszone w 1957 i 1958 roku, oraz jego następców – Jana XXIII, Pawła VI i Jana Pawła II, wzbogacone o dokumenty ważnych urzędów Stolicy Apostolskiej, jak Kongregacja Nauki Wiary, Papieska Rada „Cor Unum" i Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia. Fundament całości posoborowego nauczania Kościoła zawiera ogłoszony 11 października 1992 roku *Katechizm Kościoła Katolickiego* (KKK). Przedmiotem niniejszych rozważań jest nauczanie wyłożone właśnie w KKK i w dokumencie ogłoszonym w 1995 roku przez Papieską Radę ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, zatytułowanym *Karta Pracownika Służby Zdrowia.* Ten ważny dokument często powołuje się na wcześniejsze wypowiedzi, zawarte w Encyklice Jana Pawła II *Evangelium Vita* z 1995r. Należy zaznaczyć, że szczególnie bogate nauczanie Jana Pawła II na temat teologii cierpienia, a także sensu umierania i śmierci oraz potrzeby towarzyszenia umierającym i opieki nad nimi, wymaga osobnego studium.

Do najczęściej używanych określeń zaliczamy termin opieka paliatywna – pochodzi on od łacińskich słów palliato – uśmierzanie, łagodzenie; paliativum – środek uśmierzający, łagodzący, terapia palliativy – leczenie uśmierzające. Terminem zbliżonym do „opieki paliatywnej" jest „medycyna paliatywna" (dosłownie łagodzenie objawów) – „wszechstronna całodobowa opieka sprawowana nad nieuleczalnie chorymi i ich rodzinami, leczenie objawowe prowadzone przez wielodyscyplinarny zespół specjalistów i wolontariuszy".

„*Po raz pierwszy terminu „paliatywny" użyto w 1975 roku w szpitalu Royal Wiktoria – Montreal. Podobne określenie to „aktywność medyczna mająca na celu podnoszenie jakości życia nieuleczalnie chorego człowieka i jego rodziny, doprowadzenie go do łagodnej śmierci*" [1]. Kolejno często spotykanym określeniem jest „*terminalna faza choroby nowotworowej – stadium choroby nie rokujące jej wyleczenia dostępnymi metodami, gdzie stan chorego systematycznie pogarsza się, następuje ograniczenie sprawności psychofizycznej*" [1].

Określając terminologię związaną z opieką nad nieuleczalnie chorymi należy wyznaczyć cele leczenia paliatywnego, najczęściej określane jako:

- powstrzymywanie rozwoju choroby,
- leczenie objawowe,
- poprawa sprawności psychofizycznej,
- edukacja pacjenta i rodziny.

Opieka paliatywna sprzeciwia się eutanazji, ceni życie a śmierć uważa za zjawisko naturalne, dlatego nie popiera przedłużania życia za wszelka cenę oraz neguje następujące mity:

- traktowanie śmierci jako tabu,
- bezradności medycyny wobec terminalnie chorych,
- traktowania morfiny jako narkotyku.

W opiece paliatywnej wyróżnia się następujące funkcje terapii:

- dydaktyczna – wzbogacanie wewnętrzne człowieka, wskazanie na nowe wartości, wpływ na życie emocjonalne,
- hedonistyczna – odprężenie psychiczne,
- komunikacyjna – integracyjna

- terapeutyczna – „*sztuka pomaga odzyskać równowagę psychiczną, częściowo przynajmniej rozładować i przezwyciężyć frustracje, depresje i konflikty wewnętrzne, urazy, kompleksy*” [2].

Najtrafniej zdefiniowano cele i zadania terapii zajęciowej w londyńskim hospicjum. Określono je jako zaspokajanie potrzeb:

- komunikacji z ludźmi – organizowanie wspólnoty pacjentów i personelu, rozmowy, dyskusje, ergoterapię, stwarzanie atmosfery miłości, życzliwości, akceptacji, bezpieczeństwa poprzez: tworzenie domowej atmosfery, nawiązywanie znajomości,
- syntonii – wspólne wykonywanie prac, spotkania, imprezy kulturalne, wspólnotę pacjentów,
- poznawczych i estetycznych – wystawy prac pacjentów, muzykoterapię, sztuki plastyczne, prace ręczne, słuchanie audycji radiowych, oglądanie telewizji,
- dominacji - udział w grach towarzyskich, sportowych,
- obowiązku – wzajemną pomoc, opiekę nad innymi współpacjentami, uprawianie roślin.

Dominującą formą terapii w opiece paliatywnej jest biblioterapia. Według Leedyego, biblioterapia – „*jest procesem asymilacji wartości psychologicznych, społecznych, estetycznych z książek do ludzkiego charakteru, osobowości, zachowania. Według R. J. Rubinta to program aktywności, oparty na interaktywnych procesach zastosowania drukowanych materiałów (...) w celu dokonania zmian w zaburzonym zachowaniu. Inne podejście prezentują Ansett i Pode, wg których biblioterapia to wykorzystywanie materiałów czytelniczych, poleconych przez osobę mającą intencje terapeutyczne w postępowaniu opiekuńczym i interwencyjnym wobec osób zakłopotanych z powodu problemów natury medycznej, psychologicznej, społecznej”*.

Analizując przytoczone definicje, można określić główne zadania biblioterapii w opiece terminalnej:

- odwrócenie uwagi od trudnej, traumatyzującej sytuacji,
- obniżenie lęku, napięcia emocjonalnego,
- aktywizacja chorych,
- zastępcze zaspokajanie potrzeby działania,
- przybliżenie rzeczywistości – biblioterapia pozwala pacjentowi realistycznie spojrzeć na swoją sytuację, dostrzec problemy bohaterów, poznać motywy postępowania ludzi, ocenić wartość ludzkiego doświadczenia, znaleźć rozwiązania trudnych sytuacji.

Narzędziami terapeutycznymi stosowanymi w biblioterapii terminalnie chorych są:

- poradniki medyczne,
- literatura faktu (osobiste przeżycia w walce z chorobą, kalectwem),
- beletrystyka,
- prasa, czasopisma,
- kasety magnetofonowe, video [3].

Opieka psychoonkologiczna

Dziedziną psychologii zajmującą się chorymi w opiece paliatywnej jest psychoonkologia – to nowa dziedzina w medycynie i psychologii, która powstała w wyniku rozwoju opieki paliatywnej. Jej główne zadania to:

- analiza psychologicznych aspektów choroby nowotworowej, wpływu na pacjenta, rodzinę, personel medyczny,
- ocena psychospołecznych czynników ryzyka zachorowania,
- opracowywanie metod poprawy jakości życia chorych onkologicznie.

Hasła opieki psychoonkologicznej

- nie opuszczaj mnie,
- wysłuchaj mnie,
- pomóż mi,
- delikatnie dotykaj mojej duszy [1].

Do potrzeb psychicznych pacjenta z chorobą nowotworową zalicza się: bezpieczeństwo, przynależność – pragnienie, aby być potrzebnym, miłość – wyrażanie uczuć i kontakt pozawerbalny, zrozumienie – wyjaśnianie objawów i charakteru choroby, akceptacja – wyglądu, zachowania, zmian nastroju i towarzyszącym im lękom, poczucie własnej godności – udział w podejmowaniu decyzji, zaufanie – kontakt i zaufanie w stosunku do osób leczących i pielęgnujących [1]. Ważne jest dostrzeganie tych potrzeb i uwzględnianie indywidualnego charakteru wyrażania ich przez pacjenta.

Potrzeby edukacyjne dotyczą zarówno pacjenta jak i jego rodziny sprawującej opiekę. Brak jest jednak informacji o rodzajach i zakresie tych potrzeb występujących współcześnie. Można jedynie przypuszczać, że obejmować mogą one uzyskanie informacji związanych z:

- przebiegiem choroby
- sposobami leczenia i pielęgnacji
- problemami religijnymi i egzystencjalnymi
- organizacją czasu wolnego
- „zostawianiem śladu po sobie".

Kolejnym ważnym elementem w opiece paliatywnej jest nawiązanie kontaktu z chorym i umiejętne podtrzymywanie go. Istotne są tu umiejętności prawidłowej komunikacji. Komunikacja – oznacza przekazywanie informacji z zamiarem uzyskania informacji zwrotnej. Komunikacja jest efektywna, jeżeli:

- nadawca informacji wzbudza zaufanie, jest życzliwy,
- informacja jest zrozumiała dla odbiorcy,
- odbiorca reaguje na informację, przekazuje odpowiedź zwrotną.

Komunikacja między chorym a członkami zespołu terapeutycznego to szczególny rodzaj kontaktu. Jest to układ terapeutyczny, gdzie obowiązują zasady, które umożliwiają dobrą komunikację. Wyróżnia się trzy etapy kontaktu terapeutycznego:

- warunki wstępne: brak pośpiechu, zapewnienie spokoju, warunków do intymnej rozmowy „w cztery oczy", wygodna pozycja, zaplanowanie przebiegu wywiadu i adekwatne reagowanie na przekazywane komunikaty
- właściwy wywiad – ma na celu uzyskanie informacji ważnych dla zespołu, w celu wdrożenia odpowiednich terapii.
- podsumowanie – istotę stanowi powtórzenie informacji ważnych dla pacjenta (sposób zażywania leków, sposoby radzenia sobie z dolegliwościami).

Rozmowa terapeutyczna ma na celu: nawiązanie kontaktu z chorym, zapewnienie go, że nie jest sam ze swoimi problemami oraz uświadomienie choremu, że wiemy o jego cierpieniach, chcemy mu pomóc a także wspólnie szukać rozwiązań.

Istotnym czynnikiem jest praktyczna znajomość zasad obowiązujących w trakcie wywiadu. Są one wykorzystywane i opracowane jako standardowe zasady etyczne dotyczące informowania chorych odnośnie swojego rozpoznania, mają one na celu;

- ustalenie celu rozmowy,
- ustalenie poziomu świadomości pacjenta co do swojej choroby,
- zachęcanie chorego do mówienia poprzez rozwijanie zdań, stwierdzeń, nie przerywanie wypowiedzi pacjenta, powtarzanie kluczowych słów,
- utrzymywanie kontaktu wzrokowego,
- zwracanie uwagi na nieistotne, według pacjenta problemy,
- kontakt pozawerbalny (siedzenie obok chorego, dotyk, trzymanie za rękę),
- zaczynanie rozmowy od stwierdzeń pozytywnych, dostosowanie informacji do oczekiwań chorego,
- wyrażanie empatii i zrozumienie sytuacji człowieka chorego,
- pytanie o plany na przyszłość,
- stosowanie klasyfikacji,
- nie unikanie ciszy w trakcie rozmowy (pozwala to choremu na sformułowanie problemów, wyrażanie obaw, niepokoju),
- umiejętność odczytywania ukrytego w wypowiedziach pacjenta podtekstu
- nie przekazywanie zbyt wielu informacji na raz,
- podsumowanie rozmowy i zapewnienie pacjenta o naszej pomocy [4].

Trudnym momentem jest przekazywanie złych informacji. Zła wiadomość to każda informacja, która zmienia pogląd chorego na jego przyszłość. Wpływ na odbiór takiej informacji mają: odczucia chorego, oczekiwania, przewidywania odnośnie stanu zdrowia. W trakcie przeprowadzania wywiadu, osobą dla nas najważniejszą staje się pacjent i jego potrzeby.

Nie ma gotowego schematu przekazywania prawdy o nieuleczalnej chorobie, niepomyślnym rokowaniu. Obowiązują dwie zasady:

1. „Prawda jest jak lekarstwo, które trzeba dawkować w zależności od indywidualnych potrzeb i wrażliwości chorego”
2. „Przekazywanie złych informacji jest procesem, który trwa wiele dni i ma swoją dynamikę rozwoju”.

Hasło „*Nihil Faciendum*” (nic do zrobienia), przestało istnieć, zarówno w odniesieniu do leczenia, jak i pielęgnowania. Idea opieki hospicyjnej w ujęciu pielęgniarskim obejmuje:

- pomoc choremu w czasie, który mu jeszcze pozostał,
- pomoc w zniesieniu bólu fizycznego, emocjonalnego, depresji,
- pomoc rodzinie.

Jako istotną w ruchu hospicyjnym należy uznać zasadę: „WATCH WITH ME – CZUWAJ ZE MNĄ”, która określa najważniejsze przykazania zespołu terapeutycznego:

- przebywanie z pacjentami,
- tworzenie atmosfery pełnej pomocy, życzliwości, nadziei,
- indywidualne traktowanie chorych,
- okazywanie szacunku, akceptacji, życzliwości,
- pozytywne myślenie,

- empatia – oparta na bliskości terapeuty z wspólnotą – pozwala na otwarcie się pacjenta, ukazanie swoich myśli, lęków, wątpliwości, rozmowy na tematy śmierci, bólu, cierpienia [4].

Wskazania dla personelu medycznego zaczynają się od przedstawienia położenia ludzi terminalnie chorych. „Gdy warunki zdrowotne pogarszają się w sposób nieodwracalny i śmiertelny, człowiek wchodzi w końcowe stadium swojego istnienia ziemskiego. Życie staje się dla niego szczególnie i stopniowo niepewne i ciężkie. Do bólu i cierpienia dochodzi dramat psychologiczny i duchowy rozstania, jaki oznacza i zakłada umieranie". Doświadczony personel medyczny doskonale zna te dylematy i rozterki. Mimo to należy je przypominać, aby niosący pomoc i świadczący opiekę zbytnio nie „oswoili się" z sytuacją umierania i śmierci a także – co byłoby naganne; stali się nieczuli na stan duchowy swoich pacjentów.

„*Śmiertelnie chory jest więc osobą potrzebującą ludzkiej i chrześcijańskiej opieki; lekarze i pielęgniarki są powołani, by dać w tym względzie swój własny i nieodzowny wkład. Chodzi o realizację szczególnej opieki sanitarnej nad umierającym, ponieważ także umierając człowiek powinien być uznany i traktowany jako żyjący*" [4].

Etapy godzenia się ze śmiercią.

Kùbler – Ross najlepiej do tej pory przedstawiła pięć następujących po sobie etapów reakcji chorych onkologicznie. To mechanizm borykania się i zmagania z nieuleczalną chorobą, oraz sygnalizowania podstawowych psychicznych problemów osób terminalnie chorych [4].

1. Etap – zaprzeczenie nieuchronności i nieodwracalności zagrożenia życia. W tym okresie chory koncentruje się na własnych przeżyciach. Jest to etap, w którym dowiaduje się lub domyśla niepomyślnego rokowania. Dominują negatywne reakcje uczuciowe, emocjonalna izolacja, pojawia się pragnienie – by nieuleczalna choroba nie była prawdą.
2. Etap – okres złości, gniewu, rozżalenia. Gniew najczęściej występuje w formie pytań skierowanych do innych osób „dlaczego ja?" Chory złości się sam na siebie, rodzinę, los, Stwórcę. Jest to etap trudny dla pacjenta oraz osób opiekujących się nim.
3. Etap – okres „targowania się" z rozwojem wydarzeń, losem. U podłoża tego etapu leży poczucie winy z powodu choroby i jej przebiegu i zbliżającej się śmierci, często odczuwana jako kara za grzechy.
4. Etap – okres depresji – jest kontynuacją poprzedniego etapu, dominuje smutek, żal, apatia, unikanie kontaktów z bliskimi.
5. Etap – pogodzenie się z przeznaczeniem, zbliżającą się śmiercią.

Na podstawie analizy adaptacji do nieuleczalnej choroby można wyznaczyć cztery główne płaszczyzny działania:

- informowanie odnośnie sytuacji zdrowotnej indywidualnie do potrzeb,
- podnoszenie jakości życia,
- wspomaganie w zdobywaniu umiejętności pozytywnej samooceny,
- akceptowanie rozwoju choroby, ograniczeń [4].

Zagadnienia umierania i śmierci są analizowane pod kątem medycznym, etycznym, społecznym. Warto uświadomić sobie w oparciu o opracowania tego zagadnienia przez wybitnego lekarza –humanistę Marka Sycha, że śmierć i umieranie są związane z życiem. Życie to pewien rodzaj aktywności, a śmierć to mechanizm

zamieniający człowieka żywego w martwego. Śmierć zawsze poprzedzona jest umieraniem, procesem rozciągniętym w czasie [6].

Nasze społeczeństwo unika rozmów na temat śmierci mimo, że lęk przed śmiercią towarzyszy człowiekowi przez całe życie. To uczucie sprawia, że zjawisko śmierci i umierania jest w naszym społeczeństwie tematem tabu – nie chcemy myśleć i mówić o śmierci. Według ks. Makselona lęk przed śmiercią i umieraniem dotyczy takich zjawisk, jak:

- lęk przed umieraniem,
- lęk przed nieznanym, moralną oceną życia przez Boga,
- lęk przed zniszczeniem ciała po śmierci,
- lęk o pozostałych przy życiu,
- lęk przed przedwczesną śmiercią,
- lęk przed określonym typem śmierci,
- lęk przed śmiercią społeczną,
- lęk przed pozorną śmiercią.

Ogólnie potrafimy akceptować śmierć jako wydarzenie. W przypadku konkretnej śmierci – naszych bliskich, wyrażamy żal, smutek, uczestniczymy w pogrzebie.

Trudno jest jednak mówić o śmierci w pozytywnych kategoriach, w pełni ją akceptować. Istotnym elementem przygotowania do śmierci jest opieka duszpasterska. Obecność kapłana w zespole terapeutycznym pozwala na spełnianie potrzeb natury duchowej. Opieka ta pozwala choremu na przygotowanie się do śmierci. Duchowny pomaga pacjentowi odnajdywać się we własnej wierze, daje nadzieje i wsparcie. Celem opieki duszpasterskiej jest:

- nawiązanie kontaktu z chorym i na tej podstawie udzielanie pomocy,
- akceptacja,
- wspólne poszukiwanie rozwiązań problemów, nie tylko egzystencjalnych,
- religijna interpretacja sensu cierpienia, śmierci,
- udzielanie sakramentów świętych.

W nawiązaniu do etapów reakcji na chorobę – duchowny utwierdza pacjenta w przekonaniu, że jego życie ma sens, że przeżył wiele dobrych chwil. Daje możliwość zrozumienia sensu istnienia wyrażanego przez cierpienie. Duchowny, podobnie jak każdy inny członek zespołu, pełni rolę aktywnego słuchacza, zmniejsza swoją obecnością lęk i niepokój. Z obserwacji wynika, że rozmowy na tematy związane ze śmiercią, życiem wiecznym, nadzieją przyszłego życia, spotkania z „miłosiernym Ojcem" – zmniejszają niepokój oraz bunt chorego wobec Boga, losu.

Towarzyszenie agonii, modlitwa, zapalona świeca – podtrzymuje nadzieje chorego, zmniejsza lęk i niepokój. Nadzieja i umiejętne jej podtrzymywanie zapobiega izolacji psychicznej oraz odczuwaniu przez pacjenta osamotnienia, braku wsparcia. Zmniejsza objawy fizyczne, potwierdza ważne dla samego pacjenta przekonanie, że przebyte życie miało sens, że rodzina poradzi sobie po jego śmierci [1].

Blokady komunikacji interpersonalnej

Rozpoczynając rozważania na blokadami komunikacji, należy uwzględnić fakt, iż komunikacja, to proces, który zachodzi prawie nieustannie. Przekazujemy informacje nie tylko słowem, ale i swoja postawą, gestami, tonem i barwą głosu.

Choroby nowotworowe są jedną z najczęstszych przyczyn śmierci, charakteryzują się obok cierpień fizycznych długotrwałym i rosnącym w miarę postępu choroby dyskomfortem psychicznym. Postęp medycyny powoduje opóźnienie procesów patologicznych oraz ograniczenia doznań bólowych. Nie opracowano jednak w pełni skutecznych sposobów pomocy psychicznej i pedagogicznej chorym onkologicznie. Trudno też mówić o sprawdzonych metodach kształtowania postaw osób zdrowych wobec cierpiących.

Choroby nowotworowe nie wybierają tylko ludzi w starszym wieku. Swoje żniwo zbierają wśród dzieci, młodzieży, ludzi w kwiecie wieku.

Punktem wyjścia do realizacji zmiany sytuacji idealnej pacjenta jest skupienie szczególnej uwagi na teraźniejszości i wykorzystanie chwili bieżącej, która dla pacjenta jest bardzo ważna. Kolejny ważny element stanowi zapewnienie potrzeby bezpieczeństwa i poczucia własnej wartości.

Edukacja umierania to pomoc pacjentom przejść na drugą stronę ze zrozumieniem, pogodzenie się z losem, który go spotkał. Tutaj otwierają się drzwi dla służby zdrowia i powstawania zespołów terapeutycznych łączących pracę: pielęgniarek, lekarzy, psychologów i pedagogów.

Aby zrozumieć chorego należy go słuchać, obserwować, by móc mu pomóc w jego trudnej drodze, na końcu której czeka go pożegnanie. „Aktywne słuchanie zakłada zarówno wysłuchanie, tego, co mówi nadawca, jak też przekazywanie informacji o tym, że słuchający zrozumiał sens komunikatu nadawcy. Aktywne słuchanie to również, okazywanie rozmówcy akceptacji, szacunku, serdeczności i ciepła. To powstrzymywanie się od własnych sądów i dobrych rad.

Do technik aktywnego słuchania zaliczmy;

- odzwierciedlanie – informujemy rozmówcę, jakie według nas przeżywa emocje
- parafrazowanie – powtarzanie własnymi słowami tego co powiedział rozmówca
- klasyfikacja - zwracanie się do rozmówcy z prośbą o skoncentrowanie się na sprawach najważniejszych.
- potwierdzanie – potwierdzamy, że jesteśmy zainteresowani rozmową i słuchamy tego co nam przekazuje rozmówca.
- dowartościowanie – okazanie drugiej osobie, że jest dla nas ważna.

Dzięki zastosowaniu technik aktywnego słuchania, unikamy zakłóceń w komunikacji, a podopieczny wie, iż zawsze może liczyć na naszą pomoc i zrozumienie.

Omówić należy postawy służby zdrowia uniemożliwiające kontakt, rozmowę i pomoc pacjentom w trudnej sytuacji.

Blokady w komunikacji, sprawiają zamknięcie się chorego na pomoc, której bardzo potrzebuje, co stanowi barierę uniemożliwiającą aktywne uczestniczenie pacjenta w dialogu z lekarzem oraz innymi pracownikami służby zdrowia?

Ujawniono wiele postaw, jakie personel medyczny przyjmuje w celu ograniczenia wypowiedzi pacjenta lub jej uniemożliwienia:

- „Posługiwanie się ściśle fachowym językiem, co uniemożliwia pacjentowi udział w rozmowie
- Spoglądanie na zegarek lub na wykaz spraw do załatwienia
- Mamrotanie pod nosem, co ma dać pacjentowi do zrozumienia, że lekarz myśli o ważnych sprawach fachowych i nie należy mu przeszkadzać
- Przerywanie pacjentowi lub kończenie zdania za niego
- Nagłe odejście bez uprzedzenia, że to koniec wizyty
- Ignorowanie pytań pacjenta

- Okazywanie dezaprobaty, na przykład zmarszczeniem czoła.

Umiejętności komunikacji interpersonalnej i stosunek do pacjentów zajmują w kształceniu młodych lekarzy dalekie miejsce, utrudniając zainteresowanie samą chorobą [5].

Istnieje dwanaście blokad komunikacji interpersonalnej. Thomas Gordon, rozpoczynając u progu swej kariery zawodowej ćwiczenia w zakresie umiejętności interpersonalnej z grupami rodziców, nauczycieli, służby zdrowia i szefów, wyróżnił dwanaście potencjalnych przeszkód w kontaktach międzyludzkich, które nazwał blokadami komunikacji interpersonalnej i przedstawił w swojej książce „Pacjent jako partner". Należą do nich między innymi; nakazywanie, ostrzeganie, upominanie, „głoszenie kazań", osądzanie, ignorowanie. Osoby ujawniające swe uczucia reagują na blokady wyłączeniem się z rozmowy o swoich problemach lub całkowicie rezygnują z otwierania się i skupiają się na komunikacie blokującym.

Pracownicy służby zdrowia używają powszechnie blokad komunikacji interpersonalnej, zwłaszcza zadając zamknięte pytania sondujące, udzielając rad i proponując rozwiązania.

Komunikacja niewerbalna

Ważnym elementem komunikacji jest komunikacja niewerbalna. Poprzez komunikaty niewerbalne przekazujemy podopiecznemu często znacznie więcej informacji o naszych emocjach, relacjach nas łączących, niż za pomocą komunikacji werbalnej. Do elementów komunikacji niewerbalnej zaliczamy między innymi; mimikę twarzy, ton i barwę głosu, dotyk i kontakt fizyczny.

Dzięki komunikacji niewerbalnej, dajemy choremu informacje, że wciąż jesteśmy z nim i mu towarzyszymy. Dotyk, stanowi sygnał o bardzo dużej sile oddziaływania i o łączących nas relacjach. Często w momencie odejścia chorego, towarzyszenie mu, przez trzymanie go za rękę, ułatwia mu pokonanie tego ostatniego etapu życia. Nawiązanie kontaktu fizycznego poprzez trzymanie za rękę, poklepanie po ramieniu, zmniejsza lęk chorego i daje mu poczucie, że nie jest sam. Szczególnie istotne znaczenie ma kontakt fizyczny u chorych nieprzytomnych. Wiedza, że ktoś przy nas czuwa znacznie zmniejsza nasz poziom stresu.

Umiejętność komunikacji interpersonalnej

Choroba i umieranie zawsze były, będą i są procesami ludzkimi, w których w grę wchodzi człowiek jako integralna całość. Nie można tu rozdzielić człowieka na dwie części: ciała i duszy. Nie można leczyć ciała, nie lecząc duszy. To jeden człowiek i tak jak potrzebuje, by leczyć jego ciało, tak samo potrzebuje leczyć swoją, jakże w tym czasie obolałą duszę. Już Platon zauważył, że „*szaleństwem byłaby chęć leczenia tylko ciała, bez leczenia duszy*" [9].Słowa te odnoszą się do wszystkich poczynań medycyny, zwłaszcza onkologii i medycyny paliatywnej.

Zrozumienie współdziałania psychiki, duszy oraz ciała wymaga zastosowania medycyny holistycznej. Konieczność opieki psychologa wobec chorych na nowotwory staje się pomału powszechna. Zaczyna się dostrzegać ogromny problem, braku „lekarzy dusz" dla pacjentów onkologicznych.

Psycholog nie może być sam w „walce", by jak najmniej traumatycznie pomóc przejść tę krótką, ale jakże usłaną cierpieniem drogę pacjenta. Psycholog musi być członkiem, stać się integralną całością z personelem medycznym. Pomoc psychologa w

terminalnym okresie to próba zintegrowania śmierci z życiem: to współpraca z chorym, aby nawiązał kontakt z samym sobą, aby zrozumiał, że jest w optymalnym czasie do samorealizacji, że jest to czas na uporządkowanie wszystkich spraw.

Jak już nadmieniono, komunikacja – oznacza przekazanie informacji z zamiarem uzyskania informacji zwrotnej. W tym procesie treść informacji zostaje przez „nadawcę" (lekarza, pielęgniarkę) przesłana w sposób werbalny i niewerbalny (oba sposoby przesłania powinny być ze sobą zgodne). Z kolei „odbiorca" (chory), odczytując treść informacji, odpowiednio na nie reaguje. Dobra komunikacja (porozumienie) jest wtedy, gdy:

1. nadawca jest wiarygodny i wzbudza zaufanie swoją profesjonalnością i życzliwością.
2. informacja jest przekazywana w sposób zrozumiały.
3. odbiorca przekazuje zwrotnie swoje zrozumienie i reakcje na otrzymaną informację 7].

Jak kształtować właściwą postawę wobec śmierci?

Jak przygotować pacjenta na tę ostatnią drogę?

Czy należy mówić pacjentowi prawdę, czy zatajać tę straszną informację?

W jaki sposób przekazać tę informację?

Kto powinien to zrobić?

Co zrobić by pomóc rodzinie umierającego, jak nauczyć ich żyć ze świadomością utraty i jak postępować po śmierci bliskiej osoby?

Jak postąpić , co powiedzieć pacjentowi który prosi o eutanazje?

Lekarze, pielęgniarki, psycholodzy i wolontariusze przebywający z chorymi, stykają się z różnorakimi dylematami etycznymi, nie tylko tymi które omówiono w tym artykule. Te pytania nurtujące wszystkich uczestniczących w kontaktach z pacjentami, a jednak codziennie służba zdrowia musi szukać nowych rozwiązań tej sytuacji, bo każdy chory ma prawo poznać prawdę .

Piśmiennictwo

1. Jakubek B., Wójcik G.: Problemy medycyny paliatywnej w onkologii. Praca zbiorowa. Lubelskie Wyd. Prawnicze, Lublin, 1996, 19, 39, 14, 48.
2. Bochusz – Dobosz A.: Terapia zajęciowa [w:] S.C Christopher's Hosoice w Londynie, Zdrowie Psychiczne, 1992, 2, 124-128.
3. Szulc W.: Kulturo terapia – wykorzystanie sztuki i działalności kulturalno – oświatowej w leczeniu. AM im. K.Marcinkowskiego, Poznań, 1994, 12-15.
4. De – Walden – Gałuszko K.: Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychopatologii. Uniwersytet Gdański, Gdańsk, 1992, 78-90, 129, 130, 60, 68, 67-77.
5. Gordon T.W. Sterling Edward przeł. Tadeusz Szafrański, Pacjent jako partner, Instytut wyd. PAX , Warszawa, 1999, 107.
6. Sych M. Resuscytacja – teoria i praktyka ożywiania. PZWL, Warszawa, 1995, 12 – 15.
7. de Walden- Gałuszko K.: U kresu. Opieka psychopaliatywna. Wyd. Med. MAKmed, Gdańsk, 1996
8. Kępiński A.: Rytm życia. Wyd. Lit., Kraków, 2001.
9. Tatarkiewicz Wł.: Historia Filozofii, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2005.

Grzegorz Kazberuk

Śmierć dziecka

TVP o/Białystok

Patrząc z najróżniejszych perspektyw (ewolucyjnej, biologicznej, społecznej) na więzy pomiędzy rodzicami i dzieckiem, są one zazwyczaj postrzegane jako najważniejsze, najwięcej znaczące, najsilniejsze i mające wpływ na inne kontakty międzyludzkie. Kiedy umiera dziecko, silny jest nie tylko smutek osób, które pozostały. Silne jest również odczuwanie straty jako stwarzajacej zagrożenie dla ich przyszłego życia.

Podczas, gdy niektóre aspekty związku rodzic-dziecko mogą być zaprogramowane w człowieku od momentu poczęcia, każdy z nich objawia się i rozwija w otoczeniu determinowanym społecznie i kulturowo. To właśnie owe szerokie wpływy kształtują nie tylko naturę i status każdej międzyludzkiej interakcji, ale także doświadczenia i znaczenie każdego członka społeczności.

Wszystkie dzieci, z powodu swej rozwojowej delikatności, ściągają na siebie wyjatkową i niepowtarzalną uwagę, kiedy borykają się ze śmiercią własną. Jeśli weźmiemy pod uwagę śmierć dziecka na całym świecie, to sposoby, w jaki wyrażony jest smutek oraz sposoby, w jakie dana kultura przypisuje wartości i znaczenia różnym typom opłakiwania umierających różnią się miedzy sobą w zależności od kultury i czasu historycznego.

Każda kultura przypisuje wyjątkowe znaczenie śmierci dziecka. W każdej kulturze istnieją wierzenia dotyczące tego, gdzie przebywają dzieci przed swoim przyjściem na świat i dokąd idą po śmierci. Co wiecej, wiek dziecka, jego płeć, pozycja społeczna i przyczyna śmierci mogą wpływać na znaczenie przypisywane jego stracie i determinować rytuały pogrzebowe, i normy właściwego postępowania w obrębie danej kultury.

Na przestrzeni dziejów ludzkości śmierć niemowląt i dzieci była zjawiskiem powszechnym. W krajach, w których obecnie odsetek śmiertelności jest wysoki, śmierć dziecka jest postrzegana jako nieunikniona, a opłakiwanie trwa nie dłużej niż kilka dni. Z drugiej strony, w krajach rozwiniętych zmiany w odżywianiu, nawykach higienicznych i postęp medycyny spowodowały gwałtowne zmniejszenie dziecięcej umieralności. W rezultacie śmierć dziecka stała się rzadkością i dlatego postrzegana jest jako tragedia, niesprawiedliwość losu, jako coś nienaturalnego, stanowiąc zburzenie powszechnie pojmowanego porządku natury.

Podczas, gdy wiele kultur wyznacza status określonym opłakującym, taki jak "wdowiec" czy "wdowa" dla kogoś, kto stracił małżonka, rzadko spotykamy kulturowo zaakceptowane określenia opisujące status rodziców opłakujących dziecko.....

W ciągu ostatnich lat poświęcono wiele publikacji żałobie rodziców, a rosnąca liczba studiów wyniosła na światło dzienne niepowtarzalne cechy żałoby doświadczanej przez rodziców, którzy utracili dziecko. Kiedy porównamy ją z innymi formami opłakiwania, reakcja na śmierć dziecka okazuje się być bardziej skomplikowana, intensywna i o dłużej trwających skutkach. Sprawia to, że opłakujący rodzice zaczynają być postrzegani jako "anormalni" lub "atypowi", podczas gdy w rzeczywistości tak nie jest....

Kiedy umiera dziecko, wraz z nim umiera cząstka *ego* rodziców. Marzenia, nadzieje i oczekiwania, jakie rodzic wiązał z tym właśnie dzieckiem, zostają utracone.

Jest to szczególnym zagrożeniem dla większości zachodnich rodzin, w których dzieci stają się głównym sensem życia rodziców i głównym jego celem. Chociaż obecnie społeczności zachodnich krajów zaczynają hołdować zupełnie innym priorytetom społecznym i ekonomicznym pogłębiając tym samym niż demograficzny i przyczyniając się do starzenia się narodów. Co wiecej, po śmierci dziecka zostają oni ograbieni z tożsamości opiekunów i żywicieli oraz pozostają przytłoczeni poczuciem porażki...

Świat, który postrzegali dotąd jako bezpieczny i poukładany teraz jawi się im jako niesprawiedliwy i nie dający sie kontrolować. Rodzice zaczynają goraczkowo poszukiwać odpowiedzi na dręczące ich pytanie "dlaczego?" --- usiłują zrekonstruować swój świat znaczeń. Takie dociekanie może się stać sensem i celem całego życia. Wielu rodziców obchodzi żałobę po dziecku nawet dziesięć lat po jego śmierci. Określa sie ten stan mianem "żałoba-cień" ("shadow grief"). Opisuje on dobitnie chroniczny i przytłaczający efekt matczynego smutku spowodowanego utratą dziecka przed lub zaraz po porodzie oraz stratą dzieci starszych. Specjaliści uważają, że takie matki nie chcą opanować swojego smutku – ból staje się integralną i permanentną częścią wspomnienia o dziecku i staje się dla nich czymś bardzo cennym.

W społeczenstwach zachodnich oczekuje się, że rodzice będą opłakiwać dziecko prywatnie i powrócą do pracy, i innych codziennych zajęć wkrótce po śmierci potomka. Reakcje żałobne różnią się jednakże między sobą w zależności od społeczeństwa, w którym występują i dlatego należy je rozumieć we własnym kontekście kulturowym. W innym przypadku istnieje ryzyko, że ocenimy je jako patologiczne, według standardów naszej własnej kultury.

Egipska matka, która pozostaje niema, nieobecna i zupełnie pasywna jeszcze przez siedem lat po śmierci swojego dziecka, uznawana jest za zachowującą się normalnie wedle standardów kultury, w której żyje.

Tak samo dzieje się w przypadku matki na Bali, która po śmierci dziecka jest spokojna i wesoła. W tej kulturze uważa się, że niepokoje emocjonalne osłabiają organizm i czynią go podatnym na choroby i złe czary.

Reakcje żałobne i czas opłakiwania mogą być też determinowane przez płeć dziecka. W niektórych kulturach śmierć męskiego potomka, który przenosi nazwisko rodu na przyszłe pokolenia, zaopatruje i chroni swoją rodzinę zarówno tę z której pochodzi, jak i tę, którą zakłada doświadczana jest jako bardziej traumatyczna w porównaniu ze śmiercią dziewczynki.

Wartość, jaką kultury przypisują dzieciom i znaczenie ich śmierci znajdują swoje odbicie w sposobach postępowania z ciałem i w rytuałach pogrzebowych, które często różnią się od tych, które odprawiane są na pogrzebach ludzi dorosłych.

W wielu kulturach dzieci uważane są za niewinne, a ich przedwczesna śmierć nadaje in niejako niebiański status. Dlatego portorykańczycy ubierają swoje zmarłe dzieci na biało, malują im twarze, żeby wyglądały jak aniołki i układają kwiaty zarówno wewnątrz, jak i wokół trumny. Grecy, z kolei, ubierają swoje zmarłe dzieci w stroje weselne. Dzieje się tak dlatego, że postrzegają oni śmierć jako szczególnie traumatyczną, kiedy zdarza się ona przed zawarciem małżeństwa, które jest uważane w Grecji za skonsumowanie ziemskiej szczęśliwości. Wierzenie to ujawnia się również w greckich lamentach pogrzebowych uderzająco podobnych do pieśni weselnych.

Podobieństwa pomiędzy weselem i pogrzebem, z których oba wymagają rytuałów podkreślających przejście i które podkreślają separację, widoczne są nie tylko w Grecji, ale także na terenie Bałkanów i środkowej Europy.

Mimo, że w większości kultur śmierć dziecka jest społecznie uznawana, a na pogrzeby tłumnie się uczęszcza, w niektórych krajach, na przykład w Chinach, śmierć dziecka uważa się za "złą śmierć", tak samo jak w przypadku śmierci gwałtownej. Rodzice i dzieci nie powinny brać udziału w pogrzebie i unikają dyskusji o śmierci, która uważana jest za przynoszącą wstyd rodzinie.

Pewne rodzaje dziecięcej śmierci, takie jak samobójstwo czy zabójstwo, są piętnowane i uznawane za wstydliwe, co powstrzymuje rodziny przed jawnym obchodzeniem żałoby, społeczność zaś przed udzielaniem im wsparcia.

Takie podejście obecne jest coraz częściej w społecznościach zachodnich, gdzie obserwuje się wzrost liczby samobójstw i zabójstw wśród nastolatków. Katolicy, prawosławni, protestanci i Żydzi postrzegają samobójstwo jako grzech, a moralne piętno łączy się nie tylko z jednostką, która popełniła samobójstwo, ale także z tymi wszystkimi, których z samobójcą łączyły jakieś więzi. Interpretacje faktu samobójstwa popełnionego przez dziecko różnią się w zależności od kultury. Samo zaś samobójstwo może być postrzegane jako grzech {potępiony przez wszystkie religie Biblii}, jako akt przestępczy, jako oznaka słabości lub szaleństwa, a w pewnych okolicznościach może być uważane za honorowy czyn służący spełnieniu wyższej sprawy {islam, feudalna Japonia}.)

Śmierć niemowląt odznacza się wyjątkowym statusem w większości kultur. Antropolodzy zaobserwowali, że w historii ludzkości śmierć niemowląt czczona była zawsze skróconymi rytuałami, a żałoba kończyła się niemal natychmiast.
Staje się to zrozumiałe w świetle wysokiej umieralności niemowląt, która zobowiązywała rodziców do nastawienia, że nie wszystkie dzieci przeżyją i dorosną, i do spodziewania się, że niektóre z niemowląt umrą.

W Nigerii na przykład plemię Yoruba wyrzucało zwłoki niemowląt w krzaki. Ten pozornie "okrutny" zwyczaj jest zasadny w tej właśnie kulturze, w której zakłada się, że pochowane normalnie niemowlę obraża głęboko świątynię ziemi, która ma obdarzać całą społeczność płodnością i chronić od śmierci. Hindusi, przeciwnie, grzebią małe dzieci i niemowlęta, zamiast poddawać ich zwłoki kremacji, ponieważ oczekuje się, że powrócą one do ziemskiego życia i będą się nim cieszyć w całej pełni. W innych kulturach niemowlęta grzebane są w specjalnie wyznaczonych częściach cmentarzy (w Polsce zwane m.in. "wzgórzami aniołków") albo, jak to się dzieje w Japonii, na specjalnych dziecięcych cmentarzach.

W niektórych krajach Afryki Zachodniej śmierć przed urodzeniem i tuż po nim (w tym także poronienia, martwe narodziny, nagła śmierć noworodka i inne formy śmierci dziecka, które następują od dwudziestego tygodnia od poczęcia do pierwszego roku życia) uznawana jest za "niewielką" stratę albo jest zupełnie ignorowana przez społeczeństwo, a nawet przez samych rodziców.

Komplikuje to zaakceptowanie i dostosowanie się do straty niemowlęcia i może w konsekwencji prowadzić do problemów psychosomatycznych, które pojawiają się podczas kolejnych ciąż, albo może wpływać na psychospołeczny rozwój "zastępczego" dziecka, które urodziło się po śmierci starszego brata lub siostry. W niektórych przypadkach trudności powielają się poprzez przekazywanie nierozwiązanej żałoby z jednego pokolenia w następne.

Każda kultura dostarcza własnych wytłumaczeń przyczyn choroby dzieci i determinuje procedury i rytaułay towarzyszące odejściu umierających, ustalenia, w jaki sposób o nie dbać i kto powinien być przy nich obecny....

Aż do naszego stulecia rodzina i społeczeństwo były odpowiedzialne za opiekowanie sie umierajacymi dziećmi, które pojawiały sie w obszarze domowego środowiska. Dzieje sie tak nadal w wielu społeczenstwach.

Jednakże w społeczeństwach, w których dominuje nowoczesna medycyna, umieranie skupiło się na szpitalach, a opiekę nad umierającymi powierzono wysoko wykwalifikowanym specjalistom, którzy podkreślają "działanie" i często usiłują, za pomocą wszelkich dostępnych środków, opóźnić nadejście śmierci. W rezultacie, w dzisiejszych czasach znacząca liczba umierających dzieci stała się pacjentami w czujnym, zorientowanym na leczenie, opierającym się na technologii systemie. Stało się to przyczyną powstania kilku nowych, psychologicznych, społecznych i etycznych problemów dla rodzin, które są jeszcze poważniejsze w przypadku rodzin, które posiadają inne wierzenia kulturowe lub religijne.

Dość często zdarza się w otoczeniu szpitalnym, że profesjonaliści i rodzice uznają "ochronne" podejście w stosunku do dzieci i unikają informaowania ich o chrobie i nieuniknionej śmierci. Jednakże badania naukowe dowodzą, że nawet jeśli dziecku nie powie się wprost o jego chorobie, akumuluje ono informacje pochodzące z różnych źródeł, takich jak kontakty z innymi umierającymi dziećmi, podsłuchanie rozmów go dotyczących oraz obserowanie niewerbalnych komunikatów pomiędzy jego opiekunami. Poprzez takie osobiste doświadczenia dzieci stopniowo zaczynaja rozumieć powagę swojego stanu i wyrażają symbolicznie i niebezpośrednio swoją wiedzę o tym, że umierają.

Inni naukowcy dowodzą z kolei, że bez względu na swój wiek, dzieci dysponują intuicyjną wiedzą na temat swojego stanu i nieuchronnej śmierci, i wyrażają swoją świadomość tego długo przed tym, kiedy są w stanie zrozumieć to kognitywnie.

Kiedy ludzie nie potrafią zareagować na ich pytania i lęki, kiedy mają do nich pretensje, dzieci czują, że są zdezorientowane, wyizolowane emocjonalnie i pozbawione wsparcia w obliczu śmierci je czekającej.

Mimo, że przyjęcie podejścia "otwartej świadomości" okazało się być pod wieloma względami korzystne, nie zapewnia ono najlepszego sposobu radzenia sobie ze śmiercią dziecka dla większości zachodnich rodzin. To ukazanie "zgodności" pomiedzy przekonaniami i zachowaniami tych, którzy otaczają dziecko, wpływa niewątpliwie na opiekę nad dzieckiem.

Możliwość pozostawania otwartym na pytania dziecka i odpowiadanie na nie stosownie do wieku chorego oraz dodawanie mu otuchy może okazać się najbardziej pomocnym podejściem, mimo że w praktyce jest ono bardzo trudne w konsekwentnym stosowaniu.

Niekiedy wartości, przekonania i praktyki zachodniej medycyny mogą pozostawać w niezgodzie z wartościami, przekonaniami i praktykami rodzin wywodzących się z innego podłoża kulturowego. Rodzina może przez dłuższy czas posługiwać się medycyną tradycyjną przed oddaniem dziecka do szpitala, kiedy będzie ono znajdowało się w stanie krytycznym, albo może sprzeciwiać się pewnym procedurom lub kuracjom, a może także mieć trudności z wypełnieniem zaleceń lekarzy.

Na przykład zezwolenie na operację może być sprawą bardzo trudną do wyegzekwowania od rodziny Hmongów, ponieważ wierzenia ich kultury utrzymują, że człowiek będzie żył wiecznie po śmierci w takim stanie, w jakim znajdował się w chwili zgonu. Co więcej, wierzą oni, że dusza zamieszkuje różne części ciała, a usunięcie którejś z nich w rezultacie pozbawi chorego części sił życiowych. Fizyczne wytłumaczenie dotyczące przyczyn choroby dziecka może pozostać przez Hmongów

pominięte, ponieważ to wytłumaczenia ponadnaturalne są zgodne z systemem wierzeń tej kultury.

Pracownicy służby zdrowia mogą napotkać wielkie trudności ze zrozumieniem światopoglądu tak bardzo odmiennego od ich własnego, natomiast rodziny Hmongów mogą czuć się całkowicie sfrustrowane brakiem zrozumienia i porozumienia z personelem.

Dlatego wyzwania rzucone pracownikom medyczym, którzy pomagają rodzinom stawiającym czoło kryzysowi, jakim jest nieuchronna śmierć dziecka, są bardzo liczne, kiedy rodzina pochodzi z odmiennego systemu wierzeń i przekonań.

Bez względu na to, czy to dziecko umiera, czy też opuszcza je ktoś bardzo je kochający, umieranie stało się wydarzeniem "zakulisowym" od czasu, gdy szpitale i inne instytucje przejęły opiekę nad chorymi i umierającymi, zastępując w tym krytyczym zadaniu rodzinę i społeczność. Usiłując załagodzić wiele problemów spowodowanych taką instytucjonalizacją, w wielu krajach utworzono różne programy opieki domowej.

Wyniki badań sugerują, że opieka pediatryczna i medyczna oparta na domu i rodzinie posiada kilka przewag nad opieką szpitalną:

- dziecko pozostaje w rodzinnym środowisku swojego domu
- członkowie rodziny czują się silniej zaangażowani w opiekę nad chorym dzieckiem
- rodzice odczuwają zmniejszone poczucie winy i bezradności
- rodzinna komunikacja i poufałość ulega intensyfikacji

Dodatkowo postępowanie rodziny po ewentualnej śmierci dziecka okazało się być bardziej efektywne w rodzinach, w których dzieci umarły w domu, niż tam gdzie dzieci zmarły w szpitalu.

Jednakże nie każda rodzina wybiera dom jako alternatywę hospitalizacji, a wiele osób podkreśla branie pod uwagę czynników społeczno-kulturowych, psychologicznych i medycznych, które wpływają na rodzinę, kiedy jej członkowie decydują się czy będą się sami opiekowali dzieckiem, czy też oddadzą je do szpitala.

Sumiła Anita[1], Burkiewicz Anna[2], Przybycińska Monika[1], Siuchnińska Hanna[1]

Postrzeganie śmierci przez dzieci

[1] Fundacja Wspierania Dzieci i Rodzin, Gdańsk
[2] Zakład Psychologii Klinicznej GUM, Gdańsk

Wstęp

Śmierć stanowi zjawisko będące tajemnicą istnienia. Niemożność poznania, zbadania powoduje brak kontroli nad jej początkiem i końcem, co budzi lęk każdego człowieka. Poruszeni procesem umierania dotykamy własnych ograniczeń. W pracy z dziećmi, w sztuce ich wychowywania temat śmierci jest jednym z ważnych aspektów z punktu widzenia rozwoju dziecka emocjonalnego, poznawczego, a także społecznego. Postawa dorosłego, jego sposoby radzenia sobie i możliwości zgłębienia śmierci mogą ułatwiać, bądź utrudniać naukę akceptacji straty, żałoby. W sytuacji, kiedy dziecko samo próbuje radzić sobie z chaosem uczuć związanych z umieraniem, a dodatkowo zostaje obciążone lękową, unikającą postawą rodziców swoje konflikty może ujawniać w postaci objawów psychopatologicznych.

Rozwinięcie

Większość dzieci spotyka się ze śmiercią częściej i wcześniej niż z narodzinami. Gdy dwulatki umieją już, że miś, lalka lub stół niczego same nie zrobią, natomiast inne dziecko lub zwierzę zrobi, to dostrzegają także, że funkcje życiowe mogą ustać nieodwołalnie, że to, co żyje może stać się martwe [1]. Wiedzą także, że „martwy" oznacza niezmienność, że żyjące stworzenia mogą umrzeć, ale martwe nie mogą powrócić do życia [1,2]. „Śmierć ma zawsze charakter całościowy. Inaczej mówiąc, całościowość osobistej integracji niesie ze sobą możliwość, a tak naprawdę – pewność śmierci: akceptacja śmierci może zatem przynieść wielką ulgę, ulgę od lęku przed alternatywami, takimi jak dezintegracja lub duchy, to znaczy lęku przed utrzymywaniem się zjawisk duchowych po śmierci somatycznej połowy psychosomatycznej całości. Powiedziałbym, że zdrowe dzieci są w tym lepsze niż dorośli"[3].
Zadanie przeżycia utraty zawiera zasadniczo trzy fazy [1, 4, 5]:

I. Pierwsza obejmuje rozumienie i uznanie faktu, że kochana osoba nie żyje, gdy wiemy, co oznacza „martwy", co było przyczyną tej szczególnej śmierci oraz w jaki sposób i gdzie zwłoki zostały pochowane. To także obejmuje radzenie sobie z niepokojem: „To mnie się może zdarzyć" i zapewnienie siebie, że wszystkie potrzeby będą zaspokojone, tak aby życie toczyło się dalej i aby warto było żyć. W tej fazie bardzo ważne jest dla dzieci uświadomienie, że nawet jeśli jego rodzina umrze, nie oznacza to, że rodzinie grozi bezpośrednie niebezpieczeństwo

II. Kiedy te aspekty są wystarczająco opanowane, rozwija się następna faza. Nazywamy ją żałobą. Pomaga nam przystosować się do rzeczywistości, w której zmarły przestaje być osiągalny w zewnętrznym świecie. Towarzysząc dzieciom w tej fazie powinno się skłonić do refleksji nad czasem spędzonym ze zmarłym, uświadomić dziecku, że osoba, która odeszła pozostanie w naszej pamięci. Nie wolno dawać dziecku fałszywej nadziei, że zmarły wróci. Różnica w przeżywaniu czasu żałoby między dziećmi a dorosłymi polega na tym, że dzieci potrzebują dużo więcej czasu, by oswoić się z nową sytuacją i zastanowić się nad tym, co się stało.
III. Stopniowo, kiedy wewnętrzny proces żałoby jest w toku, wchodzimy w ostatnią fazę, w której powracamy do życia bez zmarłego, w sposób zgodny z naszym wiekiem. Dzieci uczą się nawiązywać relacje z innymi, bez nadmiernego lęku o to, że ktoś bliski umrze.

Poniżej (Tabela 1) przedstawiono kształtowanie się pojęcia śmierci u dzieci w poszczególnych okresach rozwojowych [1, 6-8].

Tabela 1. Kształtowanie się pojęcia śmierci u dzieci w poszczególnych okresach rozwojowych [1, 6- 8].

Okres rozwoju	Rozumienie śmierci
Okres wczesnodziecięcy	Niewielkie rozumienie idei śmierci. Dzieci odczuwają podniecenie, ekscytację, niepokój smutek, poczucie opuszczenia przez ważną osobę i zastąpienie ją nową osobą, przejmują emocje otaczających je ludzi, mogą przejawiać oznaki rozdrażnienia.
Wiek przedszkolny	Dziecko poniżej sześciu lat nie jest w stanie pojąć, że śmierć następuje na stałe. Może się wtedy skupić na jakimś pojedynczym jej aspekcie, np. „Mamo, a czy wtedy dalej będę lubił czekoladę?" Niemniej małe dziecko jest w stanie wyczuć uczucia własnych rodziców, co trudno mu rozumieć. W wieku przedszkolnym doświadczenia ze śmiercią zwielokrotniają się i dostarczają dziecku wielu sposobności poszerzenia i pogłębienia jego pojęcia śmierci. Dziecko może też być zdezorientowane z powodu nowych nieporozumień, które wymagają wyjaśnienia i z powodu nowych uczuć, które trzeba uporządkować, i poradzić sobie z nimi. Są przekonani, że zmarły wróci, stąd niewielkie nasilenie lęku. Mogą wystąpić zachowania regresyjne, takie jak moczenie nocne, ssanie kciuka oraz dodatkowo wzrost agresji (więcej irytacji, agresywna zabawa). Poprzez wielokrotne zadawanie pytań podejmują wysiłki stworzenia poczucia sensu straty. do 3.r.ż-dziecko nie ma pojęcia o śmierci, opisuje ją jako stan czasowy, odwracalny, podobny np. do wyjazdu, snu; 4.r.ż- ograniczone pojęcie śmierci, brak szczególnych emocji związanych ze śmiercią, wiążą smutek ze zjawiskiem umierania, dziecko zaczyna interesować się śmiercią i częściowo rozumieć ją, pojęcie śmierci jest częściowe odwracalne, nieadekwatne do treści, dziecko łączy pogrzeb z faktem nieobecności, zmarły żyje dalej, wie, co się dzieje na ziemi, dziecko doświadcza sytuacji, że nie może być blisko osoby zmarłej tak jak dawniej; w wymiarze emocjonalnym dominuje lęk przed zniknięciem, oddzieleniem od osoby bliskiej; 5. r.ż - dziecko uświadamia sobie, że śmierć jest czymś nieodwracalnym, ale personifikując śmierć jest przekonane, że np. można przed nią uciec, unika myśli o śmierci, wiąże funkcjonowanie ciała ze śmiercią.

Wiek wczesnoszkolny	Między szóstym a ósmym rokiem życia dziecko zaczyna znacznie lepiej pojmować konsekwencje śmierci. Dzieci w tym okresie zadają konkretne pytania, martwią się tym, że duchy przychodzę i zabierają, mają trudność w werbalnym wyrażeniu uczuć związanych ze śmiercią. 6.r.ż-dziecko potrafi odróżnić śmierć od snu, rozumie nieodwracalność i powszechność śmierci, pojawia się lęk w sytuacji utraty osoby bliskiej; zamartwianie się o możliwość opuszczenia przez matkę, pojawia się związek pomiędzy śmiercią a agresją, wierzą, że same nie umrą, konstruują pojęcie życia jako biologicznego mechanizmu. 7.r.ż-pojawia się lęk przed własną śmiercią, ale związana jest ona z daleką przyszłością i wydaje się niemożliwa, śmierć odnosi się do innych; interesują się przyczynami śmierci (starzeniem, chorobą, zabijaniem), cmentarzem, zauważają, że mogą również umrzeć, ale zaprzeczają równocześnie.
Wiek szkolny	Zaczynają rozumieć nieodwracalność śmierci, interesują się duchowością. 8. r.ż – zainteresowanie tym, co się dzieje po śmierci; 8.-10.r.ż- łączenie ustania funkcji życiowych z umieraniem, rozszerza się zasób pojęć dotyczących śmierci, np. zewnętrznych oznak (zmiana postawy ciała, brak ruchu), sposobu, w jaki doszło do śmierci (np. w wyniku napaści); źródłem lęku może być świadomość nieodwracalnego rozstania z rodzicami, poczucia winy lub konflikty; 10. r.ż – realistyczna ocena możliwości, że można samemu umrzeć, zauważają cykl życia.
Wiek późnoszkolny	W starszym wieku szkolnym pojęcia te zostają bardziej zintegrowane. Przy nadarzających się okazjach dzieci dowiadują się więcej o obrządkach, w których uczestniczymy, gdy wydarzy się śmierć: nabożeństwo, wybór między grzebaniem a kremacją, sposoby wyrażania wsparcia i współczucia. W tej fazie rozwoju dzieci zaczynają myśleć także w kategoriach abstrakcyjnych i do ich wcześniejszego rozumienia śmierci mogą dołączyć przekonania religijne i filozoficzne, takie jak wiara w przetrwanie duszy lub ducha 11. – 12.r.ż.-dziecko przyjmuje śmierć za naturalny proces, który dotyczy także jego samego, pojawia się strach przed własną śmiercią; Powyżej 12.r.ż- świadomość całkowitego unicestwie-nia i związany z nią lęk przed śmiercią, jak u osób dorosłych.
Dorastanie	Wiążą zmiany fizyczne z oznakami umierania, nadają sens życiu, podejmowanie zachowań ryzykownych jako próba redukcji niepokoju i przeciwstawiania się śmierci, rozważania o życiu i śmierci często w postaci myśli samobójczych, tendencja do zaprzeczania i niemyślenia, pojawiają się pytania dotyczące wiary i duchowości

Rodzice obawiają się, że każde rozważanie śmierci wzbudzi w nich i w dziecku niepokój dotyczący jego lub ich śmierci. Fakt, że śmierć jest nieuchronnym aspektem życia, pozostaje dla nas wszystkich przerażającą, ciągle wymagającą namysłu sprawą, od której lękliwie uciekamy i o której myślimy tylko wtedy, gdy to konieczne i z którą trudno nam się pogodzić. Rodzice małych dzieci, sami będąc w pełni życia, czują często, że śmierć nie ma prawa wkraczać do ich życia, że stać ich na to, żeby nie dopuścić myśli na ten temat i oszczędzić tego dzieciom. Z powodu tej życzeniowej postawy nie dostrzegają, jak często dzieci mają możność obserwować śmierć, jaką jest dla nich interesującą nowością oraz że dzieci nie nauczyły się jeszcze unikać tych treści, jak dorośli [1].

Rozwój pojęcia śmierci jest zależny od wielu czynników, m.in. wieku, poziomu intelektualnego, wsparcia w zakresie podejmowania tematu śmierci [1, 9, 10-12]:

1. Już niemowlęta odczuwają smutek z powodu poczucia straty, utracenia osoby, która dotychczas była obecna w ich życiu.
2. Percepcja młodszych dzieci jest ukierunkowana w obszarze zmysłów, dzieci koncentrują się na tym, co czują w danym momencie. Dzieci są konkretne w swoim myśleniu - po kolei zmniejszając niepewność, nieporządek, używają słów śmierć i umieranie. Opisują śmierć konkretnie, dlatego należy odpowiadać na ich pytania prosto i szczerze. Nie należy dodawać zbyt dużej liczby detali, szczegółów, jeśli dzieci będę chcieć wiedzieć więcej, spytają. Małe dzieci nie mają abstrakcyjnego pojęcia śmierci. Swoje emocje i odczucia wyrażają często poprzez gry, zabawy, ale także poprzez liczne pytania, przez które próbują szukać odpowiedzi i nadać znaczenie procesowi śmierci.
3. Dzieci przechodzą „od ogółu do szczegółu". Dla dzieci typowe jest generalizowanie: Jeśli ktoś umarł w szpitalu, dzieci myślą, że szpitale są do umierania, jeśli ktoś umarł we śnie, wtedy boją się spać, jeśli jedna osoba umarła, mogą myśleć, że każdy umrze. Dzieci przeżywając swój smutek, mogą zadawać wielokrotnie te same pytania, nie kończąc poszukiwań odpowiedzi. Ich pytania są swoistym wskaźnikiem stopnia odczuwania zakłopotania, niepokoju i niepewności.
4. Dzieci tkwią fizycznie w swoim smutku. Starsze dzieci są bardziej zdolne do wyrażania siebie w słowach. Młodsze dzieci odczuwają emocje w sposób prosty. Smutek jest realnym odczuciem w każdym wieku, szczególnie dla młodszych dzieci. Ruch, gry, zabawy mogą pomóc im w wyrażaniu swojego smutku.
5. Myślenie abstrakcyjne obecne, gdy dzieci stają się starsze i zaczynają pojmować koncepcję śmierci. Ich „bank danych" dotyczący śmierci dojrzewa. Zaczynają rozumieć, że osoba już nigdy nie powróci, bo umarła i śmierć zaczyna nabierać znaczenia. Abstrakcyjne myślenie rozwija się głębiej na początku dojrzewania. Czasami śmierć prowadzi do bardziej filozoficznych rozważań, czasami ujawniania się jako depresja, próbują nadać znaczenie zdarzeniu, które je wywołało. Mogą skłaniać do powstania następujących pytań: „czym jest życie"? „kim jestem"?
6. Cykliczność dziecięcego smutku. Ich smutek pojawia się w cyklach przez całe dzieciństwo i życie. Za każdym razem obejmując swoim zasięgiem nowe poziomy rozwoju, ważne wydarzenia w ich życiu, wykorzystując nowo nabyte umiejętności.
7. Dzieci potrzebują wyboru - dzieci powinny mieć wybór czy pójścia do szpitala, oglądać ciało żegnając się czy uczestnictwa w pogrzebie. Ważnym elementem wspierającym dzieci w ich procesie przechodzenia przez fazę smutku są ofiarowane im pamiątki należące do zmarłego. Należy pozwolić im wybrać co chcą robić i z kim. Mogą się pojawić manieryzmy charakterystyczne dla osoby zmarłej.
8. Dziecięcy smutek jest częścią rodziny - śmierć członka rodziny wpływa na funkcjonowanie rodziny jako całości. Całość relacji w rodzinie ulega przesunięciu, zmianie. Rodzina przystosowuje się do zmian. Każda rodzina powinna znaleźć swój własny sposób wyrażania smutku, wzajemnego wsparcia, wspólnego przebywania.
9. Najczęściej występującym uczuciem jest strach spowodowany niezrozumieniem sytuacji oraz niepewnością, skłaniającą do pytań: kto będzie następny? jak będziemy żyli bez tej osoby? Mogą wystąpić koszmary nocne,

objawy somatyczne, regresje. Typowe objawy smutku zależą od zdolności poznawczych, bycie zdolnym do skojarzenia emocji ze śmiercią brata lub siostry w prosty sposób wyrażają się w postaci złości, wycofania oraz trudności z diagnozą objawów fizycznych. Dominują następujące uczucia: zaprzeczenie, zakłopotanie, zmieszanie oraz trudności z koncentracją, myśli dotyczące zmarłych.

Poniżej przedstawiono wypowiedzi dzieci dotyczące umierania, obrazując poziom rozwoju pojęcia śmierci w zależności od wieku (Tab 2).

Tabela 2. Wypowiedzi dzieci dotyczące umierania [Źródło własne].

wiek	Odpowiedź dziecka na pytanie „co znaczy umierać”
3.r.ż.	Umrzeć, to pójść do Nieba, ale co tam się robi?
4r.ż.	To takie spotkanie wszystkich w Niebie
5.r.ż.	Być w niebie, ale moja mam nie umarła
6.r.ż.	Już się nie oddycha i nie żyje, i nic się nie robi, nie rusza się, lepiej mieć zamknięte oczy, wtedy jest koniec życia
7.r.ż.	Idzie się do Jezuska, do Niebieskiego Królestwa, do Nieba, w tym najważniejszy jest pogrzeb, można też zobaczyć Niebo przed śmiercią, bo ludzie nieraz tam idą na chwile, np. gdy jest wypadek
8.r.ż.	Zamknąć oczy i się nie obudzić, śpi się na zawsze pochowanym w grobie
9.r.ż.	Jakby już nas nie było na tym świecie, można być w Niebie, Czyśćcu, Piekle
11.r.ż.	Ciało umiera, dusza jest nieśmiertelna, idzie się albo do Nieba albo do Czyśćca, jest to niezrozumiała sprawa, bo np. umarła u nas koleżanka, a z drugiej strony to zrozumiałe, bo nie byłoby miejsca na ziemi, gdyby ludzie byli nieśmiertelni
12.r.ż.	Choroba może być śmiertelna i wtedy jest śmierć, ciało umiera, a dusza żyje wiecznie, idzie się albo do Nieba, albo do Czyśćca, albo do Piekła w zależności od wiary w Boga, najlepiej wyspowiadać się przed śmiercią
14.r.ż.	Zasnąć i się nie obudzić, problem w tym czy się cierpi jak się umiera
16.r.ż.	Odejście człowieka, bo przyszedł czas, trzeba być przygotowanym na to, że może się to w każdym czasie stać

Zmienne wpływające na rozwój pojęcia śmierci

Badania dostarczają wiedzy, że lęk u dzieci z wysokim poziomem poznawczym jest większy niż u dzieci z niższym poziomem poznawczym. Nabycie wiedzy rozumienia znaczenia śmierci wymaga pewnego stopnia dojrzałości poznawczej, lecz gdy owa dojrzałość zostanie osiągnięta, pojęcie śmierci wprowadza duży poziom strachu. W sytuacji niższego poziomu poznawczego, strach zdaje się niemal zupełnie nie oddziaływać na dziecko. Interakcja w trzech aspektach pomiędzy poznaniem, strachem oraz wiekiem pozwala stwierdzić, iż strach wpływa w większym stopniu na dzieci z wysokim poziomem poznawczym tylko w pierwszej i piątej klasie [13]. Wiele zmiennych wpływa na proces pojmowania śmierci podczas dzieciństwa oraz dojrzewania. Czynniki te obejmują indywidualne zróżnicowania, takie jak wiek, płeć,

poziom rozwoju, umiejętności poznawcze, osobowość, dojrzałość emocjonalna oraz osobiste życiowe doświadczenia. Zmienne środowiskowe, takie jak suma i jakość wsparcia emocjonalnego, wzorzec komunikacyjny, schematy komunikacji w rodzinie, wierzenia i praktyki religijne i kulturowe, wystawienie dzieci i młodzieży na „wpływ" popkultury i mediów; zmienne sytuacyjne (związki i relacje z osobą zmarłą, ustalenie czasu osoby zmarłej, obecność żyjących w procesie umierania i rytuały pośmiertne) [9]. Myśl, że ostatecznie każde życie się kończy jest najlepiej przyswajana, gdy nie stanowi bezpośredniego zagrożenia dla dziecka lub kochanych przez nie osób, kiedy przyczyny realne są odróżnione od wyobrażonych i kiedy jest oczywiste, że ani uczucie złości, ani brak miłości jako takie nie powoduje śmierci [1].

Rozumienie śmierci w kontekście odchodzenia członków rodziny

Do niedawna większość prac badawczych koncentrowała się na żałobie rodzicielskiej, tymczasem żałoba w kontekście straty brata lub siostry zdawała się znajdować na drugim planie. Śmierć jest pojęciem wielowymiarowym, które wymusza zmiany w obrębie funkcjonowania rodziny na płaszczyźnie interpersonalnej i tożsamościowej jednostki [14, 15]. Reiko [4] podkreśla, że niewłaściwa komunikacja w rodzinie przyczynia się do powstania zniekształceń poznawczych, które destabilizują proces zdrowienia u dzieci. Manolo [16], badając reakcje dzieci na projektowane historie doszedł do wniosku, że istotnym determinantem postrzegania żałoby jest wiek umierającego dziecka. Dzieci, których rodzeństwo zmarło w wieku szkolnym przemycało w opowieści więcej tematów związanych ze śmiercią niż dzieci, które straciły młodsze rodzeństwo. Również wyniki badania przeprowadzonego przez Rogers [17] zdają się potwierdzać znaczenie wieku jako bardzo istotnego rozwojowego predykatora względem postrzegania śmierci. Autorka zauważyła, że starsze dzieci reagowały poczuciem winy na śmierć rodzeństwa, ponieważ obwiniały się za chęć zniknięcia młodszego ,,rywala'', podczas gdy młodsze dzieci starały się zastąpić starsze rodzeństwo i stać się ich ,,imitacją". Potrzeba bycia obiektem zastępczym wymaga krótkiego omówienia, ponieważ wydaje się być ona stosowana zarówno przez dzieci, jak i przez rodziców w celu poradzenia sobie z cierpieniem. Tymczasem, jak wskazują badania może prowadzić do utraty własnej tożsamości, a przynajmniej do zahamowania jej rozwoju. Danych na to, jak postawa rodzicielska może destabilizować rozwój dziecka dostarczyli Krell i Rabkin [18] stwierdzając, że postrzeganie dziecka jako obiekt zastępczy może utrudnić samookreślenie jednostki. Natomiast postawa cechująca się nadopiekuńczością i próbą kontroli losu mogła w dziecku indukować poczucie nadmiernego związania, zahamowania autonomii rozwoju powodując czujność i nadmierną reaktywność. Jeśli w rodzinie przyjmowało się strategie ogólnego milczenia, wtedy dzieci prezentowały się jako nieufne i strachliwe. To, jak ważną rolę odgrywa rodzic w życiu rozwojowym zdają się świadczyć badania poświęcone zaburzeniom więzi [19]. Należy wspomnieć, że śmierć dziecka nie zawsze jest związana z nagłym wypadkiem i często początek traumatycznych przeżyć dotyczy procesu chorobowego. Mulhern [20] wykazała, że opieka terminalna, w porównaniu z opieką domową, powoduje u rodzeństwa dzieci chorych większy wskaźnik emocjonalnego zahamowania, wycofania i lękliwości. Alderfer [21] wraz ze współpracownikami dokonała przeglądu 65 badań związanych z psychospołecznym dostosowaniem rodzeństwa dzieci z rakiem. Chociaż przedmiotem zainteresowania badaczy nie była śmierć, tylko proces choroby, na wszystkich płaszczyznach dzieci wykazywały podobne reakcje emocjonalne, jak szok, strach, zamartwianie, smutek, bezradność, gniew, poczucie winy, spłycenie

emocjonalne. Dodatkowo cechowały się zanikiem zainteresowania statusem rodziny, zanotowano też spadek osiągnięć szkolnych. Za pozytywne aspekty należy uznać: wzrost empatii i dojrzałości emocjonalnej, odpowiedzialności i samodzielności. Do podobnych konkluzji doszedł Kramer [22], który zauważył, że dzieci po przeżytej traumie śmierci brata lub siostry mogą czuć strach, gniew i poczucie winy, i mieć mniejszy dostęp do odczuwanych emocji. Natomiast do pozytywnych skutków traumatycznego przeżycia zaliczył empatię, wrażliwość na potrzeby innych i większy szacunek dla życia.

Wsparcie dzieci w nadawaniu znaczenia śmierci

Jednak niektóre dzieci, które nie osiągnęły jeszcze pełnego zrozumienia znaczenia śmierci, często uzupełniają luki w rozumieniu elementami fantastycznymi, które mogą być zaczerpnięte, m.in. z filmów animowanych. Cox, Garrett i Graham [5] przeprowadzili badania dotyczące potencjalnego wpływu filmów Disneya na sposób pojmowania przez dzieci śmierci. Dzieci młodsze niż 5 lat nie rozumieją, że śmierć jest nieuchronnym końcem. Pomiędzy 5. a 9. rokiem dzieci zdobywają potwierdzenie nieuchronności śmierci, jej stałości, jednak w odróżnieniu od 10-latków widzą śmierć jako coś dotyczącego tylko osób dorosłych. Filmy zawierające nieprawdziwy obraz śmierci i umierania można wykorzystać jako narzędzie do przeprowadzenia z dzieckiem rozmów dotyczących tego procesu. Oglądając wraz z dzieckiem filmy Disneya, mogą werbalnie przeprowadzić dziecko przez sceny śmierci, tłumacząc i objaśnić dziecku, które sceny mogą być nierealistyczne oraz klasyfikując punkty przesadnie wyolbrzymmione lub mogące przyczyniać się do powstania mylnego pojęcia śmierci przez dzieci. Oglądanie filmów pozwala na doświadczenie straty, bowiem bohaterzy, którzy umierają mogą pomóc dziecku lepiej zrozumieć prawdziwą śmierć, pokazać, że jest ona mniej traumatyczna i przerażająca. Na podstawie filmowych scen śmierci mogą lepiej rozumieć, co dzieje się, gdy ktoś umiera.

Podsumowanie

Rozwój pojęcia śmierci zależy od wielu czynników. Jednym z najważniejszych jest rozwój poznawczy zależny od wieku, rozwoju emocjonalnego w rodzinie. Badania przedstawiane w literaturze przedmiotu szeregują doświadczenia dziecięce, odczuwane przez nich stany emocjonalne oraz ujawniane zachowania i potrzeby w kontekście wieku. Wypowiedzi pacjentów nasuwają przypuszczenie (wymagające przeprowadzenia badań empirycznych), że w polskich warunkach znacząca zmienną jest wychowanie religijne.

Piśmiennictwo

1. Furman E.: Jak wspierać dziecko w rozwoju. Podręcznik psychoanalizy dla rodziców. Jacek Santorski & Co Agencja Wydawnicza, Warszawa, 2007, 433 – 450.
2. Slaughter, V., Lyons, M.: Learning about life and death in early childhood. Cognitive Psychol., 2003, 46, 1-30.
3. Winnicott D.W.: Dom jest punktem wyjścia. Eseje psychoanalityczne. Jednostka, rodzina, społeczeństwo. Wyd. Imago, Gdańsk, 2010, 60-61.

4. Reiko S.: Parental mourning and children's behavior. J Couns Dev., 1997, 75, 258-265.
5. Cox M., Garrett E., Graham J.: Death in Disney films: implications for children's understanding of death. Omega-J Death Dying [serial online]. 2004, 50, 267-280. Available from: Academic Search Complete, Ipswich, MA. Accessed April 14, 2012.
6. Skowrońska M.: Problemy dziecka z chorobą przewlekłą i jego rodziny. [w:] Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci, Wolańczyk T., Komender J. (red). Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2005, 345.
7. Giblin N., Ryan F.:Reaching The Child's Perception Of Death [e-book]. 1989. Available from: ERIC, Ipswich, MA. Accessed April 14, 2012.
8. Priutt D.B.: Twoje dziecko. The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Jacek Santorski & Co Agencja Wydawnicza, Warszawa, 2005, 340.
9. Children, adolescents, and death: myths, realities, and challenges. A statement from the Work Group on Palliative Care for Children of the International Work Group on Death, Dying, and Bereavement. Death Stud. [serial online]. July 1999; 23(5): 443-463. Available from: MEDLINE Complete, Ipswich, MA. Accessed April 12, 2012.
10. White, E., Elsom, B., Prawat, R.: Children's Conceptions of Death. Child Dev. 1978, 49, 307-310.
11. Speece M. W.: Children's Concepts of Death, Living & Dying: Family Decisions. 1995; 1, 1: http://hdl.handle.net/2027/spo.4919087.0001.107
12. Cotton C., Range L.: Children's Death Concepts: Relationship to Cognitive Functioning, Age, Experience With Death, Fear of Death, and Hopelessness. J Clin Child Psychol.[serial online]. June 1990; 19(2):123. Available from: Academic Search Complete, Ipswich, MA. Accessed April 14, 2012.
13. Orbach, I., Gross Y., Glaubman H., Berman D.: Children's perception of death in humans and animals as a function of age, anxiety and cognitive ability, J Child Psychol Psyc., 1985, 26, 453-463.
14. Greeff A.P., Vansteenwegen A., Herbiest T.:Indications of family resilance after the death of a child. Omega-J Death Dying Journal of Death & Dying, 2011, 64, 343-358.
15. Worden J.W.,Davies.B., Mc Cown.D.: Comparing Parent loss with sibling loss. Death Stud.,1999, 23, 1-5.
16. Manalo A.T.,Dauz W.P.,Tamb C.M.: Determinants of Filipino children s to the death of a sibling. Matern. Child.Nurs. J., 1988, 17, 115-135.
17. Rogers, R.: Children's reactions to sibling death. Dunlop E., Weisman M.N. (red), Psychosomatic Medicine. Proceedings of the First International Congress of the Academy of Psychosomatic Medicine. International Congress Series Palma de Mallorca, 1966, 134, 209-212.
18. Krell R., Rabkin, L.: The effects of sibling death on the surviving child: A family perspective. Family Process., 1979, 18, 471-477.
19. Corbin J.R.: Reactive Attachment Disorder:A Biopsychosocial Disturbance of Attachment. Child. Adolesc. Soc. Work J., 2007, 24, 539-552.
20. Mulhern R .K, Lour M.E., Hoffmann R.G.: Death of a child at home or in the hospital: subsequent psychological adjustment of the family. J Pediatr., 1983, 75, 743-747.

21. Alderfer M.A. ,Long K.M., Lown E.A., Marsland A.L., Ostrowski N.L., Hock J.M., Ewing L.J.: Psychosocial adjustment of siblings of children with cancer: a systematic review. Psychooncology, 2010, 19, 789-805.
22. Kramer, R. F.: Living with childhood cancer: Healthy siblings' perspectives. Issues Compr. Pediatr. Nurs., 1981, 5, 155–165.

Renata Świderska

Gdy umiera tata…

Gwiazdko, gwiazdko, świeć mi świeć, dla tatusia, żeby było światło.
Tata zawsze jest.
Tata zawsze z nami jest…

Sytuacja zetknięcia się z osobą, która straciła kogoś bliskiego, zazwyczaj nas przerasta. Czujemy bezsilność i zaczynamy unikać kontaktu. Boimy się trudnych emocji i tak naprawdę gubimy się w domysłach: czego potrzebuje żałobnik, co będzie dla niego najlepsze? Jedną z pierwszych dostępnych form pomocy osobie osieroconej jest okazanie współczucia. Tylko jak okazać to współczucie, gdy tą osobą jest dziecko? Co powiedzieć, jaki wykonać gest?

Takie pytania zadawałam sobie podczas drogi do pewnej rodziny. Szłam na spotkanie z niepokojem w sercu, po prostu tak po ludzku bałam się, bałam się spojrzeć mamie w oczy, nie wiedziałam, jak mam się zachować, co powiedzieć. Moje obawy prysły w momencie, gdy zobaczyłam dziewczynki wesołe, rezolutne dzieci, pełne radości i takie otwarte. Zderzenie dwóch światów – żałoba w domu, bo kilka miesięcy temu zmarł mąż, tata, jedyny mężczyzna w domu, jedyny żywiciel rodziny i taki spokój dzieci, tak jakby tata wyszedł do pracy. Tylko oczy mamy pełne łez zdradzały tak wielką tragedię. Dziewczynki usiadły przy mnie, zainteresował je mój notes podałam go, a one narysowały w nim tatę słoneczko dla niego, mamę uśmiechniętą, kwiatki. Dla nich życie nie stanęło w miejscu, dla nich tata wciąż jest obecny w każdej chwili dnia. Siedziałam, jak skamieniała - to dla mnie tu się czas zatrzymał. Natalka śpiewała piosenkę dla taty o gwiazdce. A dlaczego gwiazdka? To zaczęło się od pewnej nocy. Noc Sylwestrowa. Za oknem świeciła tylko jedna gwiazdka i to tuż nad ich oknem. Mama pokazała córeczkom gwiazdkę powiedziała im, że to tata, że widzi ich, że będzie nimi się opiekować i że zawsze będzie tam i jest. Każdej nocy tuż nad ich oknem świeci mała gwiazdka. Natalka Zaczyna śpiewać piosenkę ” *Gwiazdko, gwiazdko, świeć mi świeć, dla tatusia, żeby było światło. Tata zawsze jest. Tata zawsze z nami jest…”*

Jak dobrze, że dzieci mają tak wspaniałą mamę, że mimo tak ogromnego bólu ma jeszcze w sobie siłę, aby wytłumaczyć córeczkom nieobecność taty w domu, w ich życiu. Każdego dnia mama ze spokojem opowiada im o tacie. Rysuje przed nimi obraz taty, którego nie da się zapomnieć, nie da się nawet zakurzyć. Obraz jest tak bardzo wyraźny, że można by rzec, że jest taki realny.

Historia, jak wiele innych z naszego życia. Codziennie ktoś umiera, zostają osierocone dzieci, ktoś płacze, ktoś zamyka się w sobie, ktoś jeszcze oskarża za śmierć. Ale czy taką mamę mają inne dzieci, czy my jesteśmy podobni do tej mamy? Czy mi, nam nasze mamy opowiedzą o gwiazdce…?

Chcąc w przyszłości pomóc naszemu dziecku poradzić sobie ze stratą, powinniśmy podjąć temat śmierci jak najwcześniej w naszych rozmowach, zanim jeszcze dziecko doświadczy rzeczywistej śmierci. Marielene Leist zwraca uwagę na to, że spotkanie ze śmiercią jest najbardziej gorzkim doświadczeniem, jakie dziecko może

przeżyć. Na co dzień możemy znaleźć wystarczająco wiele możliwości, aby temat życia i śmierci uczynić dla dziecka zrozumiałym. Możemy wykorzystać do tego chociażby zdjęcia dziadków wiszące w pokoju, bądź znajdujące się w albumie. Inną możliwością jest też pytanie dziecka, które zrodzić się może w związku ze wspomnieniem zmarłych w kościele, świętem zmarłych, po rozmowie o kimś, kto od dawna nie żyje, czy też w czasie wizyty na cmentarzu. Naturalnie, jedna wizyta na cmentarzu nie wystarczy, aby dziecko zdobyło pełne wyobrażenie o tym, czym jest śmierć. Dziecko może jednak na pewno pojąć chociaż cząstkę z tajemnicy życia i śmierci, kiedy obserwuje mężczyznę zapalającego świece, kobietę sprzątającą grób, czy zmieniony głos rodziców, gdy opowiadają o śmierci dziadka. Stopniowo wzrastać będzie też u dziecka poczucie nieuchronności śmierci. Poprzez rozmowy z dzieckiem o śmierci i umieraniu możliwe jest częściowe chociaż przygotowanie go na doświadczenie przez niego straty w przyszłym czasie. Takie rozmowy należą do najważniejszych, spośród wszystkich rozmów dzieci z rodzicami.

Pierwsze doświadczenie śmierci przez dziecko jest związane ze śmiercią domowego zwierzątka. Bez względu na to, czy jest to kanarek, chomik czy królik – martwe zwierzę jest dla dziecka pierwszym przeżyciem skończoności wszelkiego stworzenia. Trzeba tu zaznaczyć, że w świecie wyobrażeń dziecka istnieją dobre i złe zwierzęta. Szczur złapany przez kota czy zabity przez dorosłego ma inne znaczenie niż zwierzę, z którym dziecko związane jest emocjonalnie.

Dzieci identyfikują się na różne sposoby ze zwierzętami i często przeżywają ich śmierć, jak utratę rodzeństwa. Dla niektórych dzieci śmierć ukochanego zwierzęcia domowego może być utratą przyjaciela, któremu dziecko mogło powierzyć wszystkie swoje obawy, troski, lęki, życzenia, które było towarzyszem zabaw i towarzyszem w samotności.

Trzeba tu zaznaczyć, jak ważnym jest, aby pozwolić przeżywać dziecku żałobę po stracie ukochanego zwierzaka.

Najpoważniejszym błędem, jaki popełniają rodzice w momencie śmierci ukochanego zwierzątka, jest szybkie zastępowanie go nowym, nie dając dziecku w ogóle czasu na przeżywanie żałoby, nie pozwalając mu płakać i skarżyć się. Nikt nie zauważa, że to nowe zwierzę nie jest już tym samym wiernym przyjacielem dziecka, któremu dziecko mogło powierzyć wszystkie swoje tajemnice.

Przeżywanie żałoby jest zawsze trudną pracą duchową – „opłakiwanie jest drogą powrotu do zdrowia". Osoby towarzyszące dziecku powinny zrobić wszystko, aby mu pomóc zaakceptować stratę i rozprawić się rodzącymi się uczuciami.

Dla dziecka nie ma nic gorszego, jak poczucie wykluczenia przez pozorną troskę dorosłych. Dziecko spostrzega zmianę w zachowaniu pozostałych członków rodziny, nie umie jej jednak wytłumaczyć, przez co czuje się osamotnione. I tu dobrym przykładem może posłużyć pewne opowiadanie, jak przyjęcie śmierci bliskiej osoby uczynić można delikatniejszym. Jest to opowiadanie o dziadku, który wziął swojego wnuka za rękę, poprowadził go do sypialni, mówiąc: „chodź idziemy się pożegnać z babcią". W sypialni obaj – dziadek i wnuk – powiedzieli babci do widzenia. Później wnuk powiedział: „babcia umarła, to był jej czas".

Jeśli śmierć stała się faktem, rodzi się pytanie o to, jak można pomóc sobie i dziecku, stawić czoło okrutnej rzeczywistości. Podstawową zasadą jest bycie autentycznym w swoim przeżywaniu. Wszyscy psychologowie zgodnie podkreślają konieczność wyrażenia zgody na własne przeżycia, zaakceptowania uczuć związanych ze stratą. Możemy sobie pomóc, kiedy damy sobie czas na przeżywanie żałoby.

Im bardziej rodzice będą szczerzy i autentyczni w swoich rozmowach z dzieckiem, tym więcej będą doświadczać zaufania i otwartości z jego strony. Nie chodzi o to, aby obciążać dziecko swoim przygnębieniem, strachem czy bólem. Chodzi jednak o to, aby dziecko nie postrzegało rodziców jako stojących ponad wszelkimi uczuciami, ale aby mogło doświadczyć czegoś z ich własnej wrażliwości.
Rodzice i dzieci będą mogli wtedy odkrywać, że dla tych najgłębszych doświadczeń i pytań różnica wieku często jest bez większego znaczenia.

Cierpienie i miłość, tęsknota i nadzieja, gniew i skrucha, tchórzostwo i odwaga wydają się być w swej głębi uniwersalnymi przeżyciami, które łączą nas wszystkich u korzeni naszego człowieczeństwa, bez względu na różnicę wieku, płci, wykształcenia i doświadczeń. Może to stworzyć swoisty nastrój bycia razem i bycia obok siebie. Już nawet spokojne, wysłuchujące, pełne miłości zwrócenie się do dziecka – które przyjmuje również ciszę, milczenie, możliwość nieudzielania odpowiedzi – może prowadzić do pociechy i rozluźnienia. Nie bez znaczenia jest również fakt, że wymiana wspólnych doświadczeń i przeżyć między dziećmi i rodzicami sprawia, iż zmarły ciągle żyje w ich wspomnieniach. Wspomnienia są zaś budowaniem ciągłości pomiędzy przeszłością a przyszłością. Kiedy osoby pogrążone w smutku dzielą się ze sobą wspomnieniami, wtedy łatwiej jest im przejść przez „ciemną dolinę".

Wielu rodziców wierzy, że ich dziecko jest za małe, aby mogło zrozumieć śmierć drugiego człowieka. Dlatego w czasie choroby i śmierci matki, ojca, brata czy siostry zwykło się oddawać dzieci pod opiekę rodziny. Inni z kolei sądzą, że dziecko samo wszystko zrozumie.

Dziecko potrzebuje natomiast jasnego wytłumaczenia tego, co się stało. Sformułowania typu: „tata śpi, mama wybrała się w daleką podróż" są nie na miejscu, gdyż kryją w sobie wiele możliwości wypierania i zaprzeczania realności śmierci, co dziecko szczególnie ochoczo przyjmuje. Nie chodzi przy tym o pełne grozy (jak to ma zwykle miejsce w przypadku śmierci nagłej, w wyniku wypadku) tłumaczenie okoliczności śmierci, lecz o zrozumienie, z czym dziecko jest sobie w stanie poradzić. Dzieci, które słabo rozumieją przyczynę śmierci bliskiej osoby czują się nieraz jej winne, bo być może z zazdrości lub wściekłości życzyły jej kiedyś zmarłemu. Dlatego tak ważnym jest uczynienie zrozumiałym przyczyny śmierci.

Każdy dorosły i każde dziecko stawia sobie pytanie o sens tego, co się stało. Mała dziewczynka, której kot został przejechany przez samochód pyta: „Drogi Boże, jeżeli pozwoliłeś na to, aby mój kot został przejechany, to musisz mi także powiedzieć, dlaczego?" Dziecko, które straciło swojego tatę może wyrażać owo pytanie o przyczynę następująco: „Dlaczego właśnie mój tata? Przecież jest tak wiele złych ludzi na świecie!" Pytanie o przyczynę straty może przeradzać się w skargę, zarzut, wściekłość i nienawiść, dlatego tak trudnym wydaje się mówić osobom pogrążonym w żałobie o Bożej opiece i miłości. Na pewno osoba, która dopiero co straciła kogoś bliskiego, bardziej niż naszych słów o Bożej miłości, potrzebuje naszej własnej miłości i troski. Tylko troszcząc się o tych, którzy akurat się źle mają, możemy być „przedłużeniem Bożych ramion miłości".

Pomóżmy dziecku przejść tę trudną drogę od pytania: „dlaczego?" do pytania: „w jakim celu?".

Drogi tej nie można pokonać inaczej, jak tylko okazując swojemu dziecku zainteresowanie, poświęcając mu swój nieraz drogocenny czas, pozwalając mu uczestniczyć we własnym bólu i łzach, a tym samym pokazując mu, że pytania, które stawia, nie są niedorzeczne. To, że nie możemy odpowiedzieć naszym dzieciom na

pytanie „dlaczego?" nie zwalnia nas od zadania niesienia im pomocy i pociechy. Musimy zrobić wszystko, aby je o tym zapewnić.

W dużej mierze od postawy rodziców i od ich sposobu radzenia sobie ze stratą zależeć będzie, jak ono poradzi sobie z własną stratą i bólem.

Chciejmy uświadomić dzieciom, że mają prawo do wszelkich uczuć i że są one zupełnie naturalne. Dziecko doświadczy wtedy, jak powoli wszystko się zmienia, ból staje się coraz mniejszy, łzy płyną coraz rzadziej, a smutek znów zamienia się w radość.

To, co zostanie, to wspomnienia wspólnie przeżytych godzin, dni i lat, ale to nie wszystko, człowiek wierzący może bowiem żyć nadzieją ponownego spotkania tam, gdzie nie ma już łez smutku i bólu – w Bożym Królestwie.

Na niebie wschodzi nowa gwiazda by nocą blask swój ludziom dać. Jeszcze nie ma imienia a jednak jest już bardzo ważna i potrzebna.

Piśmiennictwo

1. http://www.wegrow.luteranie.pl/, data pobrania 27.04.2012

WYZWANIA MEDYCYNY PALIATYWNEJ/HOSPICYJNEJ

„Człowieka tak bardzo pochłaniają myśli i plany
na przyszłość, że przypomina sobie o życiu dopiero
wtedy, gdy jego dni na ziemi są policzone.
Ale wówczas na wszystko jest już za późno”
P. Coelho



Block Bogusław Leszek[1], Kosno Agnieszka[2]

Świat zamknięty w lęku. Jakościowa analiza struktury lęków pacjentów onkologicznych

[1.] Katedra Psychoterapii i Psychologii Zdrowia, Katolicki Uniwersytet Lubelski JP II, Wydział Nauk Społecznych, Instytut Psychologii
[2.] Katolicki Uniwersytet Lubelski JP II, Wydział Nauk Społecznych, Instytut Psychologii

Czemu ty się, zła godzino,
z niepotrzebnym mieszasz lękiem?
Jesteś - a więc musisz minąć.
Miniesz - a więc to jest piękne.

W. Szymborska, „Nic dwa razy"

Lęk i obawy są uczuciami, które najczęściej występują u pacjentów chorych na nowotwór i towarzyszą prawie każdemu z nich. Pojawiają się jeszcze przed rozpoznaniem, kiedy występują pierwsze niepokojące objawy, mogące świadczyć o tym, że jest to rak i trwają przez cały czas, nawet po zakończeniu leczenia, ponieważ nie ma pewności, że nowotwór nie ulegnie wznowieniu. Tego typu uczucia mogą dotyczyć różnych sfer ludzkiego życia, występować z różnym nasileniem i być indywidualnie postrzegane przez każdego pacjenta. Choroba nowotworowa uznawana jest głównie za sytuację stresową, będącą relacją osoby z otoczeniem i jest ona oceniana jako krzywdząca lub przewyższająca zasoby osoby nią dotkniętą. Na leczenie i powrót do normalnego życia wpływa lęk przed np. okaleczeniem, śmiercią czy odrzuceniem przez najbliższe otoczenie [12]. Bywa też tak, że chorzy na raka pod wpływem strachu nie przyjmują do świadomości faktu jego istnienia, łudzą się, że jest to inna choroba. Brak wiedzy na temat rozprzestrzeniania się choroby, jej przyczyn, a także brak umiejętności skutecznego jej opanowania również wzbudza lęk [9].

Wnikając głębiej w pojęcie lęku należy zauważyć, że najczęściej określany jest on jako emocja zbliżona do strachu, lecz bez wyraźnej, dającej się łatwo określić i usunąć przyczyny. Powstaje najczęściej w sytuacjach nieustabilizowanych, niezrozumiałych, stawiających człowieka wobec konfliktowych wymagań. Obawa natomiast definiowana jest jako uczucie niepokoju, *niejasny strach lub lękliwość przed mającymi nastąpić wydarzeniami* [26]. Człowiek lęka się utracić to, co już posiada – życie czy owoce swoich wysiłków.

W prezentowanych badaniach podjęto próbę określenia rodzaju lęków i obaw, jakie występują u chorych ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową. Rodzaje tych zjawisk mogą się różnić w zależności od tego, czy dotyczą osób posiadających dzieci i partnera życiowego, czy osób bezdzietnych i samotnych. Podobnie, jak lęki, obawy wydają się być ważnymi czynnikami modyfikującymi przebieg procesu adaptacji pacjenta do choroby, jego samopoczucia, motywacji do leczenia i w efekcie skuteczności terapii.

Problematyka prezentowanego opracowania oscyluje wokół odpowiedzi na pytania: (1) Jaka jest struktura oraz nasilenie lęków i obaw osób, które zachorowały na nowotwór? (2) Jaka jest treść oraz zakres lęków i obaw u osób, które zachorowały na

nowotwór? (3) W jakich kategoriach lęki i obawy osób, które zachorowały na nowotwór są nasilone najbardziej? Na podstawie literatury przedmiotu postawiono następujące hipotezy badawcze: (1) Świat obaw i lęków osób po raz pierwszy chorych na nowotwór dotyczy ich rodzin i w tej sferze ma największe nasilenie. (2) Lęki i obawy osób, które zachorowały na nowotwór dotyczą ich bliskich, choroby kogoś z rodziny. (3) Siła lęków i obaw osób, które zachorowały na nowotwór jest największa na płaszczyźnie rodzinnej. Aby odpowiedzieć na te pytania i zweryfikować hipotezy przeprowadzono badania empiryczne metodą wywiadu-rozmowy ze 177 osobami, u których zdiagnozowano chorobę nowotworową. Na podstawie spotkań z chorymi zebrano bogaty materiał badawczy, który poddano analizie jakościowej.

Podjęta próba określenia rodzaju owych lęków i obaw ma na celu zdobycie wiedzy na temat ich zakresu, nasilenia i źródeł. Pozwoli to w przyszłości zapobiegać im i eliminować ich przyczyny, które są podstawą ich powstawania. Ponadto, wyniki badań mogą przyczynić się do poprawy warunków opieki nad chorymi onkologicznie oraz łagodzenia ich cierpienia psychicznego i fizycznego. Najważniejszą jednak kwestią jest wypracowanie dzięki tym badaniom możliwości wspomagania chorych w potraumatycznym rozwoju i minimalizowania skutków działania lęku jako czynnika odbijającego swoje piętno i wpływającego obciążająco nawet po ustąpieniu nowotworu.

Lęk – trwanie w zamkniętym kole

Lęk w dużym stopniu wpływa na przebieg wielu trudnych sytuacji, w których znajduje się człowiek. Ta negatywna emocja rodzi się w nim także na skutek utraty pewności, bezpieczeństwa. Człowiek zostaje ich pozbawiony, gdy dowiaduje się, że rak jest przyczyną jego dolegliwości. U osób mniej odpornych powoduje to modyfikację zachowania, mającą swoje negatywne skutki w przyszłości.

Lęk odgrywa ważną rolę w życiu jednostki, grupy i społeczeństwa. Towarzyszy każdemu z nas nie tylko w wyjątkowych momentach. Lęki ograniczają nasze myślenie i powodują, że trwamy w zamkniętym kole. Widzimy wówczas tunelowo będąc nastawionym tylko na jakiś bodziec, nie dostrzegamy już nic więcej. Wymyślamy scenariusze, które nakręcają lęk i wywołują niepokój, który narasta i wywołuje kolejną lawinę negatywnych myśli. Jak pisze Kozielecki [16], lęk jest źródłem licznych symptomów somatycznych, takich jak dreszcze, pocenie się, nadciśnienie, przyspieszona akcja serca, uczucie duszenia się, a nawet wymioty. Natomiast obawa, pośpiech, uczucie sparaliżowania, czy dezintegracja osobowości są zjawiskami nierozerwalnie im towarzyszącymi. Ta awersyjna emocja rodzi się w człowieku w chwilach utraty kontroli, braku możliwości zapanowania nad tym, co dzieje się wokół.

Rak – słowo, które kaleczy duszę

Rak jest drugą, po chorobach układu krążenia, przyczyną śmierci w krajach wysoko rozwiniętych. Coraz częściej nazywany nawet chorobą cywilizacyjną. Jak pisze Klimek [15] „rak (nowotwór) jest biologiczną strukturą dyspatywną samorealizującą się w organizmie jako alternatywa śmierci jego struktur subkomórkowych, komórek i tkanek". Łatwo zauważyć, że rak to nie tylko słowo [21], ale również definicja, która poprzez trudne, niezrozumiałe terminy wywołuje w nas niepokój, a co dopiero namacalna choroba, którą człowiek nosi w sobie? Dla takiego człowieka rak, to przede wszystkim rzeczywistość. Kiedy dowiaduje się on, że jego dolegliwości są objawami nowotworu, jest tak wstrząśnięty, że nawet nie przychodzi mu do głowy, iż czynniki

psychiczne czy umysł mają wpływ na jego przeżycie. Pierwszą reakcją jest zazwyczaj lęk przed cierpieniem, okaleczeniem, odrzuceniem przez otoczenie, utratą pracy. Jest źródłem obaw o własną przyszłość, przyszłość współmałżonka i dzieci. Dodatkowo w człowieku rodzi się chęć natychmiastowego pozbycia się choroby, w czysto fizycznym sensie. Myśli wtedy głównie o wycięciu, rozpuszczeniu, czy zabiciu komórek rakowych wszelkimi dostępnymi środkami. Nie rozmyśla o kwestiach psychologicznych choroby [18]. Nowotwór postrzegany jest głównie jako ciało obce, groźny twór, który nie wiadomo skąd się wziął i jak pokieruje ludzkim życiem. Takie reakcje są całkowicie naturalne, tym bardziej, że rak rozwija się w mało widoczny i podstępny sposób, a diagnoza jest dla większości dużym zaskoczeniem. Natomiast towarzyszące im groza i bezradny strach mogą okaleczyć zdolność do walki z chorobą.

Jak zauważyła Szczepańska-Gieracha [31] wraz ze współpracownikami, częstym zjawiskiem wśród chorych na raka jest zaabsorbowanie lękowe. Strategia ta wyraża niepokój spowodowany chorobą, spostrzeganą głównie jako zagrożenie wywołujące lęk, nad którym nie można zapanować i który sprawia, że każda zmiana jest interpretowana jako sygnał pogorszenia się stanu zdrowia.

Dość rozpowszechniona w dzisiejszym społeczeństwie jest również kancerofobia, czyli lęk przed rakiem, który wpływa na występowanie stanu zaburzeń psychicznych [5, 6, 27]. Należy tu wymienić zespoły depresyjne i lękowe, w dalszej kolejności jakościowe zaburzenia świadomości, rzadziej natomiast występują zaburzenia psychoorganiczne i inne zaburzenia psychotyczne [34]. Często kancerofobia spowodowana jest ślepym przekonaniem w prawdziwość medialnych przekazów i obiegowych informacji na temat samej choroby, jej leczenia, konsekwencji. Jak pisze Mazurkiewicz [20], powołując się na Kopalińskiego, rak jest symbolem napastliwości, drapieżności, złego humoru, zrzędliwości, głupoty, niezdecydowania, lenistwa, powolności, niezgrabności. Wszystkie te negatywne cechy symbolizujące raka jako organizm żywy można odnaleźć w metaforyce, jak i w mitach i stereotypach. Najstarszy mit związany z rakiem to przekonanie o chorobie jako winie i karze, mającym swe źródło, jak pisze Goffman [10], w Biblii. W niektórych środowiskach funkcjonuje mit, że kobiety, które mają raka piersi, popełniły zdradę małżeńską, nowotwór zatem jest karą za grzech cudzołóstwa. Kolejny obserwowany mit zakłada, że rak „zjada" człowieka od wewnątrz. Istnieje przekonanie, że dlatego chory na raka chudnie. Mit „lepiej raka nie ruszać", bo „dostanie powietrza" funkcjonuje w społeczności pacjentów mimo upływu lat [20]. W społeczeństwie zauważyć można jeszcze wiele tego typu przekazów, których nie sposób wymienić. Wpływają one na tworzenie przez ludzi błędnych wyobrażeń, przekonań, mających swoje konsekwencje w dalszym przebiegu choroby i jej leczeniu. Te z kolei nacechowane są wysokim poczuciem zagrożenia życia i pesymizmem terapeutycznym, które często składają się na indywidualny obraz własnej choroby każdego pacjenta. Powodują najbardziej niekorzystne reakcje, którym towarzyszy bezradność, depresja i poddanie się [27]. Należy zatem zauważyć, że mity, stereotypy, metafory wpływają na przedstawienie nie tylko nieprawdziwego, ale także niepełnego obrazu choroby nowotworowej.

Innym ważnym aspektem, mającym znaczenie w budzeniu się lęku podczas trwania choroby nowotworowej, jest leczenie. Jak wiadomo, jest ono dość agresywne i nie pozbawione uciążliwości wynikających z współwystępujących skutków ubocznych. Dodatkowo wywołuje negatywne emocje w społeczeństwie, którymi jest wstręt, odraza, lęk, odrzucenie itd. Rodzaj zaproponowanego leczenia jest jednym z najważniejszych czynników decydujących o negatywnych skutkach w sferze psychicznej osoby chorej.

Leczenie chirurgiczne jest jednocześnie najbardziej akceptowaną przez chorych i powodującą problemy psychiczne formą leczenia. W okresie przedoperacyjnym trudnością taką jest głównie lęk przed ewentualnymi komplikacjami, przed śmiercią, przed potwierdzeniem niepomyślnej diagnozy, przed bólem i innymi dolegliwościami związanymi z okresem tuż po zabiegu. Innym sposobem eliminacji raka jest, włączana w leczenie, radioterapia i chemioterapia. W powszechnym przekonaniu są one uważane za „tajemnicze" metody leczenia, budzące lęk, grozę i niepokój również z powodu wyobrażonych przesadnie doraźnych objawów ubocznych oraz przykrych odległych następstw. Stresującą formą jest zwłaszcza leczenie aplikatorami zawierającymi izotopy promieniotwórcze. Wymaga ono bowiem wielogodzinnej izolacji w osobnym pomieszczeniu z ograniczeniem ruchów i kontaktów. Taki sposób wymaga niejednokrotnie pomocy ze strony psychologa, jak i uzupełnienia podstawowego leczenia farmakologicznego środkami przeciwlękowymi lub uspokajającymi. Podobne konsekwencje psychiczne ma leczenie cytostatykami. Poza chemioterapią i radioterapią stosowane są także immunoterapia i hormonoterapia. W wielu przypadkach, za de Walden-Gałuszko (1998) stosowanie terapii hormonalnej wyzwala również lęk, któremu towarzyszą obrzydzenie, przygnębienie, poczucie niższości.

Powołując się na badania przeprowadzone przez Nowickiego i Rządkowską [22] należy zauważyć, że u większości pacjentów z chorobą nowotworową lęk jest najczęściej odczuwaną negatywną emocją. Z powodu lęku cierpi ok. 91% osób. Liczba ta jest porównywalna z wcześniejszymi badaniami innych autorów, m. in. z Pyk i wsp. [25], którzy przedstawiają lęki na trzech poziomach nasilenia: niskim, średnim i wysokim. W badanej przez nich grupie niskim lękiem cechowało się 47% pacjentów, co zdaje się potwierdzać opinie wielu badaczy, mówiących o typowym dla chorych na nowotwory niskim poziomie lęku. Tłumaczy się to wzmożoną kontrolą przeżywanych emocji. Lęk na poziomie średnim stwierdzono u 15% osób, a na poziomie wysokim u 41%. Niski poziom lęku u pacjentów może świadczyć o braku wykształconych mechanizmów przystosowawczych, co w sytuacjach zagrożenia może skutkować agresją i oporem. Pacjenci o średnim poziomie lęku najczęściej opanowują emocje dzięki dostarczanym informacjom, są skłonni do współpracy z personelem. Osoby o wysokim poziomie lęku mają silną motywacje do rozwijania mechanizmów redukujących lęk, ale nie potrafią go rozładować. Próba kontrolowania swoich emocji jest u nich trudna i mało skuteczna.

Lęk w życiu codziennym chorych na nowotwór

W każdą chorobę wpisane są charakterystyczne dla niej objawy. Pojawia się również konieczność podjęcia nowej aktywności życiowej, jaką jest leczenie choroby. Owa zmiana orientacji aktywności w przypadku chorób przewlekłych, do których niektórzy zaliczają już nowotwór, ma charakter permanentny. Dotychczasowe życie staje się teraz „życiem z chorobą", w którym sporo czasu i energii trzeba przeznaczyć na „obsługę choroby", czyli leczenie. Należy zauważyć, że choroba często pociąga za sobą konieczność modyfikacji planów życiowych, zmiany dotychczasowego życiowego ukierunkowania [11]. Doświadczanie traumatycznych wydarzeń, do których zalicza się również chorobę nowotworową, ma swoje negatywne i pozytywne następstwa. Można wskazać trzy możliwe konsekwencje przeżytej traumy: przetrwanie, dla którego równowagi oraz wzrost i rozwój, który cechuje wyższy poziom funkcjonowania w porównaniu z okresem sprzed traumy [23].

Reakcja jaką jest lęk często stanowi emocjonalną odpowiedź na sytuację spowodowaną przez chorobę. Nie przejawia się jedynie w specyficznym zachowaniu będącym jego ekspresją, ale może także oddziaływać na inne obszary aktywności człowieka chorego. Zdarza się, że lęk jest czynnikiem dezorganizującym wszelkie sfery życia. Heszen-Niejodek [12] zwraca uwagę, że opisywanych jest wiele sytuacji, kiedy chorzy tracą zdolności przyjmowania dalszych informacji od lekarza w wyniku silnych emocji wywołanych wiadomością o diagnozie. Nie docierają do nich instrukcje, jakich powinni się trzymać, a w konsekwencji nie są one zrealizowane. Jeżeli sytuacja powtarza się wielokrotnie, jakiekolwiek leczenie nie jest możliwe. Bywa również tak, że burzliwe reakcje prowadzą do zaburzeń emocjonalnych, co może doprowadzić do rozpadu rodziny, utraty pracy lub niemożności jej dalszego wykonywania [27]. Przeprowadzone przez Stępień i Wrońską [30] badania dobrze obrazują obniżenie poziomu funkcjonowania wśród kobiet po mastektomii. W tej grupie wykazano istnienie związku o ujemnym kierunku asocjacji pomiędzy poziomem lęku i depresji a wartościami wskaźników ujmujących stan funkcjonalny. Wykazane korelacje ujemne oznaczają, że niższy poziom lęku i depresji zapewnia lepsze funkcjonowanie w obszarze życia codziennego, rodzinnego i towarzyskiego, stanu fizycznego, emocjonalnego oraz w wymiarze ogólnym i globalnym. Ważnym spostrzeżeniem w wynikach tych badań jest nasilenie się głównie w obszarze fizycznym oraz życia rodzinnego i towarzyskiego negatywnego wpływu lęku i depresji.

Kryzysowe wydarzenia są źródłem psychicznego obciążenia, ale mogą być również okazją do indywidualnego rozwoju. Ludzie, którzy pomimo doświadczania takich sytuacji, jak śmierć bliskiej osoby, poważna choroba, bycie uczestnikiem wypadku lub ataku terrorystycznego potrafią zmienić swoje życie na lepsze. Takie zmiany mogą przyczyniać się nie tylko do utrzymania dobrego stanu zdrowia fizycznego, jak i psychicznego, ale również do jego ulepszenia [24]. Zjawisko to nazywa się mianem potraumatycznego rozwoju, wzrostu. Wprowadzony został przez Tedeschi i Calhoun [32], jako opis pozytywnych zmian, będących wynikiem podejmowanych prób poradzenia sobie z konsekwencjami traumatycznych wydarzeń. Za tymi autorami należy wskazać trzy grupy pozytywnych zmian składających się na potraumatyczny rozwój. Są to zmiany (1) w percepcji siebie, (2) w relacjach interpersonalnych i (3) w filozofii życiowej. Zmiany w percepcji siebie dotyczą głównie bycia lepszą osobą, wzrostu własnej wartości, skuteczności, większego zaufania do siebie. Takie osoby zauważają swoją siłę w postaci lepszego radzenia sobie w trudnych sytuacjach, dostrzeganiu nowych możliwości, stawianiu sobie nowych celów. Zmiany w stosunkach z innymi ludźmi wiążą się z większą wrażliwością i empatią w stosunku do innych, większą skłonnością do otwierania się przed innymi. Zmienia się również filozofia życia, która staje się bardziej dojrzała, znacząca i satysfakcjonująca [23].

Osoby doświadczające potraumatycznego wzrostu w wyniku przeżytych sytuacji traumatycznych w większym stopniu przywiązują wagę do drobnych codziennych wydarzeń, a zdają się pomniejszać znaczenie ważnych spraw życiowych. Rodzina, przyjaciele, a także drobne przyjemności zwykłego dnia mogą być postrzegane jako ważniejsze od tych, które wcześniej traktowane były jako pierwszoplanowe.

Metodologia badań oraz grupa badawcza

Badaniami objęto 177 osób, które po raz pierwszy zachorowały na raka i były w trakcie leczenia onkologicznego w różnej formie: ambulatoryjnie, cykliczne pobyty w

szpitalu na czas określony lub hospitalizowani. W skład tej grupy wchodzą zarówno kobiety (114), jak i mężczyźni (63). Rozpiętość wieku osób chorych na raka mieści się między 16. a 77. rokiem życia, a jego średnia wynosi 49 lat. Najwięcej spośród badanych (61%) to osoby żyjące w związku małżeńskim, zaś 5,65% to osoby rozwiedzione. Wdowcy lub wdowy stanowili 12,4%, natomiast 20,9% to osoby stanu wolnego. Status społeczno-zawodowy ma następujące kategorie: rolnik (7,3%), rzemieślnik (9,6%), robotnik (11,9%), przedsiębiorca (5,1%), pracownik umysłowy (42,4%), emeryt/rencista (3,4%), bezrobotny (17,5%).

Do zebrania informacji na temat przeżywanych lęków wykorzystano pytanie otwarte stanowiące część rozmowy – wywiadu standaryzowanego: *Co byłoby dla Pana/Pani bardzo trudne do przyjęcia lub przykre? (sprawy, rzeczy, wydarzenia)*, w odpowiedzi, na które zapytany wymieniał kilka swoich obaw i lęków. Następnie na kontinuum od 0 do 10 (gdzie 0 oznacza całkowicie niepewne, 10 całkowicie pewne) oceniał, w jakim stopniu według niego możliwe jest, że jego obawy się spełnią. Pytanie to stanowiło część szerszych badań prowadzonych w formie wywiadu standaryzowanego *Aspekty życia - Rozmowa z chorym* skonstruowanej w Katedrze Psychoterapii i Psychologii Zdrowia Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II.

Badania prowadził zespół badawczy studentów III roku psychologii KUL JPII głównie na terenie Lublina, Radomia, Lipska oraz Ciepielowa w domach chorych lub szpitalach, pod kierunkiem doktora psychologii ks. Bogusława Blocka. Polegały one na rozmowie z osobami chorymi na nowotwór lub samodzielnym udzielaniu przez nich odpowiedzi w intymnych warunkach. Spotkanie z chorym odbywało się w domu lub szpitalu i trwało zazwyczaj od 1,5 do 2h. Jeżeli badany poczuł się zmęczony mógł zrobić przerwę by dokończyć później. Kwestionariusz, poprzez rozmowę lub indywidualne przemyślenia pacjentów, miał również dodatkowy walor rozmowy terapeutycznej.

Świat lęków osób chorych na raka. Wyniki badań własnych

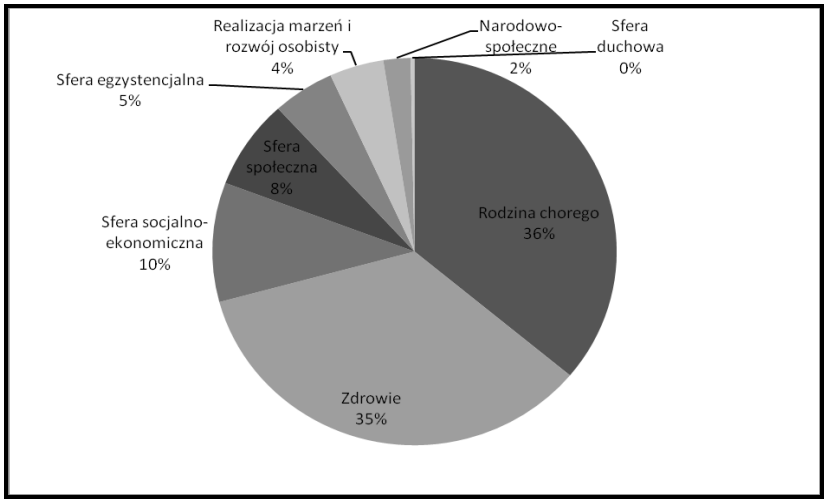
W przeprowadzonych badań zebrano 322 różnego rodzaju lęków i obaw osób chorych na raka. Zdecydowano się na jakościową analizę danych, ponieważ jak twierdzi Silverman [28], „są takie sfery rzeczywistości, których statystyki ilościowe nie są w stanie zmierzyć". Zaletą owej metody jest „możliwość zrozumienia kategorii używanych przez uczestników życia społecznego i zobaczenie, jak stosuje się je w konkretnych działaniach, takich jak (...) opisywanie życia rodzinnego" [28].

Na 177 badanych osób, swoje obawy ujawniło w kwestionariuszu 153 osoby (86,4%). Chorych, którzy uniknęli udzielenia odpowiedzi na pytanie otwarte było 23, natomiast jeden badany uznał, że nie dręczą go żadne niepokoje (łącznie 13,6%). Nie znaczy to, że osoby te nie miały żadnych lęków czy obaw. Unikanie odpowiedzi należy raczej przypisać silnie działającym mechanizmom obronnym, np. wypierania czy zaprzeczania. Materiał empiryczny, który jest przedmiotem analiz stanowi w sumie 322 zwerbalizowane lęki i obawy. W celu ich uporządkowania nie zakładano z góry ustalonych kategorii, ale wyłoniono je na podstawie ich wewnętrznej treści. Korzystano tu z metody 'konsensusu sędziów kompetentnych', który stanowił zespół badawczy. W ten sposób powstało osiem kategorii lęków i obaw związanych z różnymi sferami życia, którymi są: rodzina chorego, zdrowie, sfera socjalno-ekonomiczna, społeczna, egzystencjalna, realizacji marzeń i rozwoju osobistego, narodowo-społeczna i duchowa. Wyniki te prezentuje tabela 1 oraz rycina 1.

Tabela 1. Lęki i obawy osób w pierwszym zachorowaniu na raka z podziałem na poszczególne kategorie

L.p.	Kategorie lęków	f	% ogółu
1	Rodzina chorego	116	36,02
2	Zdrowie	112	34,78
3	Sfera socjalno-ekonomiczna	32	9,94
4	Sfera społeczna	24	7,45
5	Sfera egzystencjalna	16	4,97
6	Realizacja marzeń i rozwój osobisty	14	4,35
7	Narodowo-społeczne	7	2,17
8	Sfera duchowa	1	0,31
Razem		**322**	**100,0**

Najwięcej, bo 36,02% lęków i obaw odnosi się do rodzin osób chorych. Porównywalna ich liczba dotyczy zdrowia samych pacjentów onkologicznych (34,78%).



Rycina 1. Rozkład poszczególnych kategorii lęków i obaw (% w zaokrągleniu do całości)

Te dwie kategorie stanowią zatem ponad ⅔ (70,8%) rozkładu procentowego wszystkich lęków i obaw (Ryc.1).

Tabela 2. Lęki i obawy dotyczące rodziny chorego

Rodzina chorego	Prawdopodobieństwo (0-100%)					f	%	% ogółu
	0	10-30	40-60	70-90	100			
Choroba kogoś z rodziny	2	10	18	3	6	39	33,62	12,11
Śmierć w rodzinie	1	2	7	3	5	18	15,52	5,59
Nieszczęście w rodzinie	1	7	7	0	0	15	12,93	4,66
Brak wsparcia	2	9	1	0	2	14	12,07	4,35
Rozstanie	0	7	5	2	0	14	12,07	4,35
Bycie ciężarem	0	0	6	1	1	8	6,9	2,48
Smutek i przygnębienie	0	0	3	0	1	4	2,41	1,24
Umieszczenie w hospicjum	0	2	0	0	0	2	1,72	0,62
Problemy z dziećmi	0	0	1	0	1	2	1,72	0,62
Razem	6	37	48	9	16	**116**		
%	5,17	31,9	41,38	7,76	13,79		**100**	
% ogółu	1,86	11,49	14,9	2,8	4,97			**36,02**

Lęki i obawy dotyczące rodziny chorego wyrażone są następującymi sformułowaniami: *Gdyby ktoś bliski chorował tak jak ja, śmierć bliskiej osoby, wiadomość o nagłych kłopotach moich bliskich, brak wsparcia od najbliższych, odejście bliskiej osoby, skazanie na łaskę innych, ciągłe zmartwienie i smutek żony, oddanie mnie przez rodzinę do hospicjum, upadek moralny dzieci* itp. Można je sprowadzić do następujących podkategorii: (1) Choroba, (2) Śmierć, (3) Nieszczęście w rodzinie, (4) Brak wsparcia, (5) Rozstanie, (6) Bycie ciężarem, (7) Smutek i przygnębienie, (8) Umieszczenie w hospicjum, (9) Problemy z dziećmi. Badani najbardziej martwią się, że ich bliscy też zachorują na nowotwór. Tego typu obawy powtórzyły się 39 razy i stanowią 33,62%. Następne ze względu na swoją liczebność są: śmierć wśród członków rodziny – 18 razy (15,52%), nieszczęście w rodzinie – 15 razy (12,93%). Łącznie te podkategorie zajmują ponad połowę (61,53%) lęków w obrębie sfery ”Rodzina chorego” i 22,36% ogółu wszystkich niepokojów.

Osoby chore na raka oceniły, że spełnienie 41, 38% (48) lęków jest realne na 40-60%. Prawdopodobieństwo 10-30% dotyczy 31,9% (37) niepokojów. Natomiast maksymalna możliwość, że obawy badanych na pewno ulegną urzeczywistnieniu odnosi się do 13,79% (16) lęków. Dotyczą one głównie choroby i śmierci (11). Takie rezultaty badań wyraźnie świadczą o dużej świadomości badanych na temat dziedziczności oraz trosce o domowników i ich dobro. Można przypuszczać, że wynika to z własnych bolesnych doświadczeń i atmosfery miłości panującej w domach chorych. Nasilenie lęków i obaw dotyczących rodziny chorego w 73,3% jest średnie i umiarkowane, co może wskazywać na świadomość ich istnienia, ale bez ich nadmiernego przeżywania. Niepokoić może 13,8% (5% ogółu) lęków przeżywanych jako całkowicie realne zagrożenie chorobą i śmiercią. Być może osoby te będą potrzebowały pomocy psychoterapeutycznej.

Kolejną kategorią, jaką pozwoliły wyłonić wypowiedzi osób badanych jest *Zdrowie*. Można w niej wyróżnić: (1) Pogorszenie stanu zdrowia, (2) Dolegliwości związane z chorobą, (3) Brak szans na wyleczenie, (4) Przerzuty/nawrót, (5) Operacja/okaleczenie, (6) Zła diagnoza, (7) Nieskuteczność leczenia, (8) Pobyt w

szpitalu, (9) Chemioterapia, (10) Wyjazd na leczenie do innego miasta. Tego typu lęki pojawiły się 112 razy, co stanowi 34,78% ogółu zwerbalizowanych obaw (Tab. 3).

Tabela 3. Lęki i obawy dotyczące zdrowia chorych na raka

Zdrowie	Prawdopodobieństwo (0-100%)					f	%	% ogółu
	0	10-30	40-60	70-90	100			
Pogorszenie stanu zdrowia	0	2	12	5	3	22	19,64	6,83
Dolegliwości zw. z chorobą	0	4	8	7	2	21	18,75	6,53
Brak szans na wyleczenie	0	3	11	0	3	17	15,18	5,28
Przerzuty/nawrót	0	3	8	3	2	16	14,29	4,97
Operacja/okaleczenie	1	1	5	4	2	13	11,61	4,04
Zła diagnoza	0	2	3	2	2	9	8,04	2,8
Nieskuteczność leczenia	0	0	3	1	0	4	3,57	1,24
Pobyt w szpitalu	0	0	4	1	0	5	4,46	1,55
Chemioterapia	0	1	2	1	0	4	3,57	1,24
Wyjazd na leczenie	0	0	1	0	0	1	0,89	0,31
Razem	1	16	57	24	14	**112**		
%	0,89	14,29	50,89	21,43	12,5		**100**	
% ogółu	0,31	4,97	17,7	7,45	4,35			**34,78**

Najczęstsze w obrębie kategorii *Zdrowie* były te dotyczące jego pogorszenia (19,64%) i dolegliwości związanych z chorobą (18,75%). Niewiele od nich odbiega obawa odnosząca się do braku szans na wyleczenie (15,18%). Lęki pozwalające na taką analizę w kategorii „Zdrowie" reprezentują następujące wypowiedzi chorych onkologicznie: *pogorszenie stanu zdrowia, duszności, zmęczenie, niemożliwość mojego powrotu do zdrowia, nawrót choroby, boję się operacji, zła diagnoza, brak leku na moją chorobę, długi pobyt w szpitalu, kolejna chemia, gdybym musiał wyjechać leczyć się do innego miasta* itp.

Analizując możliwość urzeczywistnienia lęków i obaw w tym zbiorze należy zauważyć, że respondenci maksymalną i bardzo dużą szansę ich spełnienia przyznali 33,93% (38). Z drugiej strony kontinuum prawdopodobieństwa znajduje się 15,18% (17) niepokojów. Natomiast 50,89% lęków to te, z których badani zdają sobie sprawę, ale nie przeżywają ich zbyt mocno (prawdopodobieństwo 40-60%). Stanowią one połowę lęków i obaw dotyczących kategorii „Zdrowie".

W kategorii *Sfera socjalno-ekonomiczna*, liczącej 32 lęki, wyróżniono następujące podzbiory: (1) Praca zawodowa, (2) Sytuacja materialna, (3) Mieszkanie, (4) Rodzina, (5) Inne. Podziału tego dokonano na podstawie zwerbalizowanych lęków: *strata pracy, pogorszenie sytuacji materialnej, nie mieć mieszkania, utrata pracy przez męża, dodatek na leki – zabranie* (Tab. 4).

Najwięcej z nich odnosi się do pracy zawodowej (43,75%). Głównie są to obawy dotyczące utraty miejsca pracy lub nie znalezienia go ze względu na chorobę i konsekwencje leczenia (14). Prawie ⅓ lęków (28,13%) stanowi natomiast trwoga o sytuację materialną (9). Obawy dotyczące mieszkania, nie znalezienia pracy lub problemów finansowych kogoś z rodziny oraz inne obejmują po 9,38%, czyli po 3 lęki w każdej z tych podkategorii.

Tabela 4. Lęki i obawy chorych na raka dotyczące sfery socjalno-ekonomicznej

Sfera socjalno-ekonomiczna	Prawdopodobieństwo (0-100%)					f	%	% ogółu
	0	10-30	40-60	70-90	100			
Praca zawodowa	0	1	7	4	2	14	43,75	4,35
Sytuacja materialna	0	0	8	1	0	9	28,13	2,8
Mieszkanie	0	1	1	0	1	3	9,38	0,93
Rodzina	0	0	0	2	1	3	9,38	0,93
Inne	0	1	1	1	0	3	9,38	0,93
Razem	0	3	17	8	4	**32**		
%	0	9,38	53,13	25	12,5		**100**	
% ogółu	0	0,93	5,28	2,48	1,24			**9,94**

Badane osoby największe nasilenie (70-100%) przyznały 37,5% obaw. Natomiast 53,13% lęków ma szansę spełnienia według nich na 40-60%. Należy zauważyć, że umiarkowane prawdopodobieństwo spełnienia jest największym źródłem niepewności chorych onkologicznie, ponieważ nie wiadomo, czy tak ocenione lęki ulegną urzeczywistnieniu, czy też nie.

Kolejną sferą lęków, jaką pozwoliły wyodrębnić przeprowadzone badania jest sfera społeczna. Swoje obawy, niepokoje i lęki badani wyrażali w następujący sposób: *samotność, kłótnia z rodziną lub przyjaciółmi, gdybym nie mogła być na weselu syna, zagrożenie ze strony sąsiadów alkoholików, zamknięcie pobliskiego sklepu, co utrudnia mi zakupy* itp. Obawy te pozwoliły na wyodrębnienie pięciu podkategorii. Są nimi: (1) Samotność, (2) Zła relacja z innymi, (3) Brak kontaktu z ludźmi, (4) Zagrożenie ze strony sąsiadów, (5) Inne (Tab. 5).

Tabela 5. Lęki i obawy chorych na raka dotyczące sfery społecznej

Sfera społeczna	Prawdopodobieństwo (0-100%)					f	%	% ogółu
	0	10-30	40-60	70-90	100			
Samotność								
Złe relacje z innymi	1	7	1	4	0	13	54,17	4,04
Brak kontaktu z ludźmi	0	1	3	1	0	5	20,83	1,55
Zagrożenie ze strony sąsiadów	0	2	2	0	0	4	16,67	1,24
Inne *(zamknięcie sklepu)*	0	0	1	0	0	1	4,17	0,31
	0	0	1	0	0	1	4,17	0,31
Razem	1	10	8	5	0	**24**		
%	4,17	41,67	33,33	20,83	0		**100**	
% ogółu	0,31	3,11	2,48	1,55	0			**7,45**

Najczęściej pojawiającymi się obawami w obrębie kategorii *Sfera społeczna* jest samotność (13), która stanowi ponad połowę tego zbioru (54,17%). Złe relacje z innymi, przejawiające się kłótniami i różnymi nieporozumieniami to 20,83% (5). Niewiele mniej, bo 16,67% obejmuje brak kontaktu z ludźmi (4). Obawy typu: zagrożenie ze strony sąsiadów (1) oraz zamknięcie jedynego, pobliskiego sklepu (1).

Najbardziej dokuczliwe dla badanych w tej kategorii jest 20,83% lęków (5). Obawy ocenione przez nich na 40-60% prawdopodobieństwo spełnienia stanowią 33,33% (8). Niepokoje o minimalnej możliwości urzeczywistnienia to 41,67% lęków (10) *Sfery społecznej*. Powoduje ona u chorych na raka zbliżoną do *Sfery socjalno-ekonomicznej* liczbę lęków. W obydwu tych sferach badani okazują się być większymi optymistami, przypisując mniejsze prawdopodobieństwo zagrożenia.

Tabela 6. Lęki i obawy chorych na raka dotyczące sfery egzystencjonalnej

Sfera egzystencjalna	Prawdopodobieństwo (0-100%)					f	%	% ogółu
	0	10-30	40-60	70-90	100			
Śmierć i umieranie Cierpienie	0 0	3 0	8 0	2 0	2 1	15 1	93,75 6,25	4,66 0,31
Razem	0	3	8	2	3	**16**		
%	0	18,75	50,00	12,5	18,75		**100**	
% ogółu	0	0,93	2,48	0,62	0,93			**4,97**

Śmierć i umieranie (1) oraz cierpienie (2) to podkategorie wyróżnione w *Sferze egzystencjalnej* (Tab. 6). Na ich wyodrębnienie wpłynęły sformułowane przez osoby badane następujące lęki: *śmierć, świadomość, że umieram, obawa cierpienia*. Śmierć i umieranie jako najczęstsze lęki w tej sferze stanowią 93,75% (15). Cierpienie natomiast to 6,25% tego rozkładu, co w sumie daje jedynie 4,97% (16) ogółu. Trwogi o umiarkowanym nasileniu to 50% obaw sfery egzystencjalnej (8). Można zauważyć, że lęki te są dla chorych onkologicznie największym źródłem niepewności. Nie wiadomo, czy staną się rzeczywiste, czy też nie. Maksymalne i minimalne prawdopodobieństwo urzeczywistnienia lęków w ocenie badanych wynosi po 18,75% (3) każde.

Lęki zaliczone do kategorii *Realizacja marzeń i rozwój osobisty* pozwoliły na wyodrębnienie następujących podzbiorów: (1) Edukacja, (2) Prawo jazdy, (3) Cele życiowe, (4) Niezamknięte sprawy, (5) Inne (Tab. 7).

Chorzy onkologicznie mają najwięcej (35,71%) obaw dotyczących edukacji (5): *gdyby nie udało mi się uzupełnić edukacji, gdybym zawalił sesję albo studia, gdybym musiała przerwać studia, niezdanie matury, gdyby syn nie zdał matury*. Charakterystyczna w tym zbiorze jest równa liczba lęków związanych z prawem jazdy (14,29%), celami życiowymi (14,29%) i niezamkniętymi sprawami (14,29%). Zostały one zwerbalizowane z następujący sposób: *utrata prawa jazdy, ograniczenie jazdy samochodem spowodowane chorobą, brak celów życiowych, gdyby choroba przeszkodziła mi w realizacji moich celów, że pewne sprawy nie zostały przeze mnie zamknięte, brak możliwości wyjazdu do wnuczki*.

Tabela 7. Lęki i obawy chorych na raka dotyczące realizacji marzeń i rozwoju osobistego

Realizacja marzeń i rozwój osobisty	Prawdopodobieństwo (0-100%)					f	%	% ogółu
	0	10-30	40-60	70-90	100			
Edukacja	0	0	4	1	0	5	35,71	1,55
Prawo jazdy	0	0	0	1	1	2	14,29	0,62
Cele życiowe	1	1	0	0	0	2	14,29	0,62
Niezamknięte sprawy	0	0	1	1	0	2	14,29	0,62
Inne	0	2	1	0	0	3	21,43	0,93
Razem	1	3	6	3	1	**14**		
%	7,14	21,43	42,86	21,43	7,14		**100**	
% ogółu	0,31	0,93	1,86	0,93	0,31			**4,35**

Badani przyznali 40-60% prawdopodobieństwo spełnienia 42,86% lęków. Według nich po 21,43% obaw (3) ma 10-30% i 70-90% szansę urzeczywistnienia. Lęki najbardziej absurdalne i te, mające maksymalną możliwość spełnienia stanowią po 7,14% (1) podkategorii dotyczącej realizacji marzeń i rozwoju osobistego. Charakterystyczny dla tego zbioru jest rozkład nasilenia niepokojów zgodny z krzywą Gaussa. Kolejną kategorią lęków osób chorych na raka są obawy dotyczące spraw ogólnoludzkich – narodowo-społecznych. Jest ich zaledwie siedem i stanowią niewielki odsetek, bo zaledwie 2,17% wszystkich lęków i obaw (Tab. 8).

Tabela 8. Lęki i obawy narodowo-społeczne chorych na raka

Narodowo-społeczne	Prawdopodobieństwo (0-100%)					f	%	% ogółu
	0	10-30	40-60	70-90	100			
Wojny	0	1	0	1	1	3	42,86	0,93
Kataklizmy	0	0	1	0	0	1	14,29	0,31
Głód	0	0	1	0	0	1	14,29	0,31
Bieda	0	0	0	1	0	1	14,29	0,31
Przeludnienie szpitali	0	0	0	0	1	1	14,29	0,31
Razem	0	1	2	2	2	**7**		
%	0	14,29	28,57	28,57	28,57		**100**	
% ogółu	0	0,31	0,62	0,62	0,62			**2,17**

Lęki dotyczące wojny są najczęstsze wśród obaw *Narodowo-społecznych* i wynoszą 0,93% ogółu obaw osób chorych na raka. Natomiast kataklizm, głód, bieda i przeludnienie szpitali stanowią po 14,29% co sprawia, że mamy do czynienia z rozkładem płaskim, równomiernym. Podobnie prezentuje się prawdopodobieństwo ich urzeczywistnienia. Najmniejsze stanowi 14,29%, natomiast umiarkowane, bardzo duże i maksymalne po 28,57%. Co ciekawe, dla jednej osoby obawa przeludnienia szpitali jest tak samo całkowicie realna, jak dla innej obawa wojny. W tej grupie spraw nie ma natomiast poczucia lęku niczym nieuzasadnionego (0% prawdopodobieństwa).

Tabela 9. Lęki i obawy chorych na raka dotyczące sfery duchowej

Sfera duchowa	Prawdopodobieństwo (0-100%)					f	%	% ogółu
	0	10-30	40-60	70-90	100			
Brak wiary	0	1	0	0	0	1	100	0,31
Razem	0	1	0	0	0	**1**		
%	0	100	0	0	0		**100**	
% ogółu	0	0,31	0	0	0			**0,31**

W obrębie *Sfery duchowej* pojawił się tylko jeden lęk dotyczący braku wiary, który stanowi jedynie 0,31% ogółu (Tab. 9). Według chorych na raka, prawdopodobieństwo jego urzeczywistnienia wynosi 10-30%.

Należy zauważyć, że najmniejszą wagę badani przypisują dwóm ostatnim sferom: *Sferze duchowej* oraz *Narodowo-społecznej* (Tabele 8. i 9.). Wskazuje to na najmniejsze zainteresowanie chorych onkologicznie tego typu sferami życia. Być może jest to związane z tym, że nie dotyczą one bezpośrednio osób badanych.

Tabela 10. Lęki i obawy w zależności od prawdopodobieństwa ich spełnienia

Prawdopodobieństwo	0	10-30	40-60	70-90	100	Razem
Liczebność (f)	9	74	146	53	40	**322**
Procent ogółu lęków	2,8	22,98	42,34	16,46	12,42	**100**

Ogólny rozkład lęków i obaw w zależności od prawdopodobieństwa ich spełnienia jest zbliżony do rozkładu normalnego (Tab. 10). Umiarkowaną intensywność ma 42,34% wszelkich trwóg osób w pierwszym zachorowaniu na raka. Badani przypisali bardzo małe nasilenie 22,98% lęków, natomiast 70-90% prawdopodobieństwo 16,45%. Obawy najbardziej absurdalne stanowią 2,8% ogółu, zaś te o maksymalnej możliwości urzeczywistnienia 12,42%. Te właśnie uznane jako najbardziej zagrażające oraz 16,46% – bardzo prawdopodobne (na 70-90%) mogą wpływać na sposób myślenia, zachowania i podejmowane nieracjonalnych decyzji przez osoby chore na raka. Natomiast świadomość posiadania niczym nie uzasadnionych lęków, których jest niespełna 3% wywołana jest raczej zmiennymi osobowościowymi, które są względnie stałe. Na uwagę zasługuje prawie 23% lęków o bardzo niskim prawdopodobieństwie realizacji. Te najczęściej są uzasadnione lękowym nastawieniem lub tendencją do zamartwiania się, które niełatwo poddają się modyfikacji. Taki rozkład nasilenia lęków nie potwierdza wyników, jakie uzyskano we wcześniejszych badaniach (por. Pyk, 2003 s.152-153).

Dyskusja

Przeprowadzone badania potwierdziły pierwszą z postawionych hipotez mówiącą, iż przedmiotem lęków i obaw osób, które zachorowały na nowotwór, są ich rodziny. Badani zamartwiają się, że kogoś bliskiego też spotka los w postaci raka. Warto podkreślić, że wystąpienie tych lęków tłumaczy teoria emocji Lazarusa [19]. Zgodnie z nią, poznawcze oceny na temat zdrowia bliskich chorych onkologicznie, pojawiają się

przed negatywnymi emocjami z nim zwianymi. Badani w pierwszym etapie orientują się, czy ich obecna sytuacja ma wpływ na przyszłość ich rodzin. Możliwość zachorowania na raka przez kogoś bliskiego przypisują własnemu stanowi i prawdopodobieństwu odziedziczenia komórek rakowych. Następnie całą swoją uwagę koncentrują na poradzeniu sobie ze swoimi zmartwieniami, które przeradza się w negatywną emocję – lęk. Pojawianie się obawy o zdrowie bliskich może mieć swoje podłoże w utracie bezpieczeństwa poprzez wystąpienie choroby, która jest czymś nowym i nieznanym. Możliwe, że niektóre osoby badane mają wyuczone nieprawidłowe reakcje na czynniki zewnętrzne, co powoduje interpretowanie wszystkich sytuacji, wydarzeń, jako zagrażających. Jak pisze Mazurkiewicz [20] takie działanie wzmacnia ślepa wiara w stereotypy, mity, metafory, które w żaden sposób nie są oparte na doświadczeniu.

Stan cywilny i status społeczno-zawodowy (Tabela 1 i 2) ma prawdopodobnie także wpływ na przedmiot lęków i obaw chorych onkologicznie. Osoby, które znajdują się w związku małżeńskim są wyczulone na punkcie bezpieczeństwa i zdrowia własnej rodziny. Badani pracujący umysłowo są bardziej oczytani. To sprawia, że mają większą świadomość zagrożenia, wynikającego z możliwości odziedziczenia skłonności do zachorowania na raka przez kogoś z bliskich krewnych.

Hipoteza druga również została potwierdzona. Okazuje się, że największą intensywność lęków obserwujemy na płaszczyźnie rodzinnej. Może to wypływać z braku odpowiednich umiejętności zaradczych w tej sferze życia chorych onkologicznie. Zgodnie z salutogenetyczną koncepcją Antonovsky'ego [1] poczucie koherencji jest tu prawdopodobnie niskie, co nie daje poczucia spójności i korzyści z doświadczeń życiowych [por. 33]. Największą możliwość urzeczywistnienia lęków w płaszczyźnie rodzinnej badani przypisali chorobie i śmierci. Wskazuje to na brak pewności wobec tego, co nieznane i przykre, co przynosi ból zarówno fizyczny, jak i psychiczny. Takie lęki mogą wynikać z ich osobniczego charakteru. Ukazują, że pacjenci mają zniekształcony obraz tego, co dotyczy ich rodziny. Są podatni na postrzeganie szerokiego zakresu obiektywnie niegroźnych lub nie w pełni poznanych sytuacji i reagowanie na nie stanami lęku, których siła nie jest adekwatna do obiektywnego niebezpieczeństwa i oceny obserwatorów.

Cennym materiałem badawczym jest również uniknięcie przez 24 (14,12%) badanych odpowiedzi na pytanie kwestionariuszowe: *Co byłoby dla Pana/Pani bardzo trudne do przyjęcia lub przykre? (sprawy, rzeczy, wydarzenia)*. Wskazuje to prawdopodobnie na brak gotowości mówienia o lękach, szczególnie w bardzo ciężkich chwilach, jakimi jest czas trwania choroby nowotworowej. Można jednocześnie przypuszczać, że w przypadku niektórych badanych obawy mają charakter nieuświadomiony. Zebrany materiał badawczy nie pozwala na rozróżnienie odpowiedzi „Nie chcę o tym rozmawiać" od „Nie mam żadnych lęków". Pozwoliłoby to na określenie, jaki procent badanych nie przeżywa swoich lęków na poziomie świadomym, ponieważ każdy człowiek przeżywa jakieś wartości dla niego ważne, a ich choćby potencjalne zagrożenie może budzić obawę czy lęk. Niemniej osoby te albo są nieświadome swoich lęków, albo nie są gotowe, by je zwerbalizować. Jedne zepchnęły je do podświadomości, a drugie bronią się przed ich uświadomieniem i zwerbalizowaniem. Nie można też wykluczyć, że badani odpowiadając podawali tylko takie obawy, które były dla nich „bezpieczne". Niemniej jednak, w prezentowanych badaniach chodziło o ustalenie takich lęków, które są związane z sytuacją choroby nowotworowej czy leczenia onkologicznego i można je ograniczyć za pomocą interwencji zewnętrznej, bez sięgania po głęboką i długotrwałą psychoterapię. Rozkład

prawdopodobieństwa realizacji lęków osób chorych na raka pokazuje, że tylko 2,8% z nich to obawy, które istnieją bez jakichkolwiek racji bytu, a 22,89% to obawy mało realne. Należy zaznaczyć, że rozkład lęków osób chorych na raka pod względem ich realności jest zbliżony do rozkładu normalnego. Natomiast badania M. Pyk (2003 s.152-153) dotyczący nasilenia lęków u takich osób pokazał tendencję wręcz przeciwną. Uzyskane w naszych badaniach wyniki pokazują, że czym innym jest realność zagrożenia (wyrażona prawdopodobieństwem spełnienia się go), a czym innym siła emocji towarzysząca temu zagrożeniu.

Wnioski

Zamierzeniem przedstawionej pracy było poznanie struktury oraz stopnia realności lęków i obaw osób, które po raz pierwszy zachorowały na raka. Pomocne przy tym były, postawione w oparciu o literaturę przedmiotu, założenia mówiące, że świat ten odnosi się do zagrożenia chorobą i śmiercią osób bliskich chorych onkologicznie. Przypuszczano, że w tej sferze będą one oceniane jako najbardziej realne zagrożenie.

Wyniki badań potwierdziły wcześniejsze przypuszczenia. Okazało się, że werbalizowane lęki i obawy pacjentów skupiają się wokół ośmiu sfer egzystencji i dotyczą kolejno: rodziny chorego, zdrowia, sfery socjalno-ekonomicznej, społecznej, zagrożenia życia i cierpienia, niemożności realizacji marzeń i rozwoju osobistego, a także sfer narodowo-społecznych oraz duchowych. Badania ujawniły, że głównym przedmiotem lęków chorych onkologicznie są rodziny badanych. Treść tych obaw obejmuje w szczególności zamartwianie się, że najbliżsi krewni mogą odziedziczyć skłonność do zachorowania na raka i w przyszłości podzielić ten sam los. Obawom tym przypisywali największą realność (prawdopodobieństwo) zagrożenia. Może to wypływać z poczucia braku kontroli nad genetycznym przekazywaniem skłonności do zachorowania na raka i pozaracjonalnego poczucia winy z tego powodu. Duży wpływ ma tu również brak wiedzy o behawioralnych możliwościach profilaktyki chorób nowotworowych i odpowiednich badaniach kontrolnych. Poprawienie umiejętności zaradczych, nabycie kompetencji na płaszczyźnie poznawczej i behawioralnej mogłoby obniżyć poziom lęków i ich częstotliwość pojawiania się.

Lęk nie zawsze jest czynnikiem destruktywnym, ale kiedy doznania są zbyt częste, zbyt silne, nadmierne, mogą doprowadzić do utrwalenia się nastawienia lękowego, a w skrajnych przypadkach do utrwalonych zaburzeń nerwicowo-lękowych. U osób chorych onkologicznie, które borykają się z ciągłymi trudnościami i problemami, lek staje się szkodliwy, uniemożliwia normalne funkcjonowanie i działa destrukcyjnie na jednostkę. Wpływa niekorzystnie na przebieg procesu adaptacji pacjenta do choroby, jego samopoczucie, motywację do leczenia i ostatecznie na skuteczności terapii.

Wartością prezentowanych badań jest możliwość tworzenia lub uaktualniania na ich podstawie już istniejących programów psychologicznego szkolenia ‘białego personelu’. Jego celem jest profilaktyka lęku, czy podejmowania doraźnych działań i procedur czy schematów zachowań zwiększających poczucie bezpieczeństwa pacjentów onkologicznych. Oddziaływania edukacyjne względem samych pacjentów powinny obejmować trzy płaszczyzny: po pierwsze, rzetelną informację korygującą mity wokół choroby nowotworowej, jej przyczyn, metod leczenia i prognozy. Po drugie zwiększać umiejętności radzenia sobie w nowej sytuacji – życia z chorobą. Po trzecie – motywacji, sensu podejmowania działań poprawiających poczucie kontroli i satysfakcji z życia. Ważne jest, aby pojawiający się lęk nie był czynnikiem obciążającym życie, ale ostatecznie katalizatorem wzrostu i rozwoju.

Piśmiennictwo

1. Antonovsky A.: Rozwikłanie tajemnicy zdrowia: Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Warszawa, Fundacja IPN, 1995.
2. Aouil B.: Lęk i jego natura. Bydgoszcz: www.psyche.zdrowemiasto.pl, data czerwiec 2011.
3. Aouil B.: (2004b). Rola lęku i jego skutki. Bydgoszcz: www.psyche. zdrowemiasto.pl, data pobrania czerwiec 2011.
4. Aouil B.: (2004c). W świetle psychologii lęku. Bydgoszcz: www.psyche.zdrowemiasto.pl, data pobrania czerwiec 2011.
5. Batura-Gabryel H.: Rak płuca jako problem pulmonologiczny. Przew. Lek., 2008, suplement, 11-14.
6. Chojnacka-Szawłowska G.: Sytuacyjny i osobowościowy komponent lęku wobec diagnozy onkologicznej. Przegl. Psychol., 1996, ½, 53-65.
7. Cierpiałkowska L.: Psychologia zaburzeń osobowości i zaburzeń lękowych [w:] Psychologia kliniczna, Sęk W.H., Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2005.
8. Drat-Ruszczak K.: Teorie osobowości-podejście psychodynamiczne i humanistyczne. [w:] Psychologia. Podręcznik akademicki, t. 2. , Strelau J. (red.), GWP, Gdańsk, 2002.
9. Gajek A.: Możliwości usprawniania i doskonalenia psychologicznego wspomagania leczenia nowotworów. adres internetowy: www.psychologia.net.pl, data pobrania czerwiec 2011.
10. Goffman E.: Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości. GWP, Gdańsk. 2005.
11. Heszen I.: Kliniczna psychologia zdrowia [w:] Psychologia kliniczna, Sęk H. (red.). Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2005.
12. Heszen-Niejodek I.: Radzenie sobie z konfrontacją stresową. Now. Psychol., 1991, 1-2, 13-26.
13. Heszen-Niejodek I.: Radzenie sobie z chorobą-przegląd zagadnień [w:] Jak żyć z chorobą a jak ją pokonać. Heszen-Niejodek I. (red.). Wyd. Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, 1996.
14. Kępiński A.: Lęk. Wyd. Sagittarius, Kraków, 1992.
15. Klimek R.: Rak, przyczyna, uwarunkowania, samoobrona. PWN, Warszawa, 1985.
16. Kozielecki J.: Psychologia nadziei. Wyd. Akademickie Żak, Warszawa, 2006.
17. Kübler-Ross E.: Rozmowa o śmierci i umieraniu. Wyd. Media Rodzina, Poznań, 1998.
18. Lambley P. Psychologia raka, jak zapobiegać, jak przeżyć. Książka i Wiedza, Warszawa, 1995.
19. Lazarus, R.: Ocena poznawcza [w:] Natura emocji, Ekman P., Davidson R. (red.). GWP, Gdańsk, 1999.
20. Mazurkiewicz A.: Lepiej raka nie ruszać, bo dostanie powietrza-czyli mity, metaforyka i symbolika wokół raka. Onkologia w Praktyce Klinicznej, 2010, 28-33.
21. Moritz A.: Rak nie jest chorobą. Wyd. Bertrams Print On Demand, 2009.
22. Nowicki A., Rządkowska B.: Depresja i lęk u chorych z nowotworami złośliwymi. Wsp. Onkol., 2005, 9, 396-403.
23. Ogińska-Bulik N.: Pozytywne zmiany w następstwie doświadczonej traumy-zjawisko potraumatycznego rozwoju [w:] Człowiek i dzieło, Suchocka L., Sztembis R.(red.). Wyd. KUL JPII, Lublin, 2010.

24. Ogińska-Bulik N., Juczyński Z.: Rozwój potraumatyczny - charakterystyka i pomiar. Via Medica, 2010, 4, 129-142.
25. Pyk M. i in.: Zmęczenie, ból, lęk i depresja u chorych onkologicznych. Studia Medyczne, 2003, 1, 149-158.
26. Reber A.S., Reber E.S.: Słownik Psychologii. Polskie Wydanie. Kurcz I., Skarżyńska K..(red.), Wyd. Naukowe Scholar, Warszawa, 2005.
27. Sęk H.: Psychologia zdrowia. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2007.
28. Silverman D.: Interpretacja danych jakościowych. Tłumaczenie: M. Głowacka-Grajper. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2007.
29. Siuta J.: Inwentarz Osobowości NEO-PI-R Paula T. Costy Jr i Roberta R. McCrea. Adaptacja polska. Pracowania Testów Psychologicznych, Warszawa, 2006.
30. Stępień R., Wrońska I.: Lęk i depresja jako emocjonalne uwarunkowania możliwości funkcjonalnych kobiet po radykalnym leczeniu raka piersi. Studia Medyczne, 2008, 10, 31-35.
31. Szczepańska-Gieracha J. i in.: Przystosowanie psychologiczne kobiet bezpośrednio po operacji onkologicznej i po zakończeniu leczenia. Wsp. Onkol., 2010, 6, 403-410.
32. Tedeschi R.G., Calhaun L.G.: Podejście kliniczne do wzrostu po doświadczeniach traumatycznych [w:] Psychologia pozytywna w praktyce, Linley P.A., Joseph S. (red.), Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2007.
33. Terelak J.F.: Psychologia stresu. Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz, 2001.
34. Trzebiatowska I.: Zaburzenia lękowe w chorobie nowotworowej-aspekt praktyczny. Psychoonkol., 2000, 6, 49-53.
35. de Walden-Gałuszko K .: Psychologiczne następstwa leczenia chorych na nowotwory. Onkol. Pol., 1998, 3-4, 149-152.
36. Wrześniewski K.: Style a strategie radzenia sobie ze stresem. Problemy pomiaru. [w:] Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne, Heszen-Niejodek I., Ratajczak Z. (red.), Wyd. Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, 1996.

Antosiewicz Katarzyna[1], Oskędra Iwona[2]

Zadania pielęgniarki w komunikowaniu się z pacjentem w opiece paliatywnej

[1] Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu UJ CM
[2] Zakład Pedagogiki Medycznej Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa WNZ UJ CM

Wstęp

Zdolność komunikowania się jest jedną z podstawowych umiejętności społecznych człowieka. W ostatnich latach komunikacja interpersonalna stała się przedmiotem wielu badań socjologów medycyny, a ich prace dowodzą, że błędy w komunikacji są jedną z najczęstszych przyczyn złego samopoczucia pacjentów, szczególnie pacjentów w opiece paliatywnej [1].

W obliczu śmiertelnej choroby, współpraca z pacjentem może być czasem bardzo trudna, natomiast świadome i umiejętne posługiwanie się słowem daje pielęgniarce możliwość rozładowania napięcia, a także uniknięcia wielu błędów jatrogennych. W związku z tym wielką wagę przypisuje się w opiece paliatywnej sztuce komunikacji [2]. Słowo staje się zatem jednym z najważniejszych narzędzi w pracy pielęgniarki z pacjentem, szczególnie w opiece paliatywnej. Nawet najdoskonalsza aparatura medyczna nie zastąpi życzliwej rozmowy, dlatego w ostatnim czasie dużo uwagi poświęca się zagadnieniu komunikacji z pacjentem, o czym świadczy znaczna liczba publikacji z tego zakresu. Wciąż jednak badacze zbyt mało uwagi poświęcają roli pielęgniarki w dialogu z pacjentem terminalnie chorym.

Cel pracy

Celem pracy było określenie zadań pielęgniarki w procesie komunikowania się z pacjentem terminalnie chorym oraz trudności, na jakie napotyka w tym procesie.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w 2011 roku w Krakowie wśród 34 pielęgniarek zatrudnionych w dwóch placówkach opieki paliatywnej: w Hospicjum św. Łazarza (pielęgniarki pracujące na trzech oddziałach stacjonarnych – 15 oraz w Hospicjum domowym - 5) oraz w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym (pielęgniarki pracujące na oddziale stacjonarnym medycyny paliatywnej - 14).

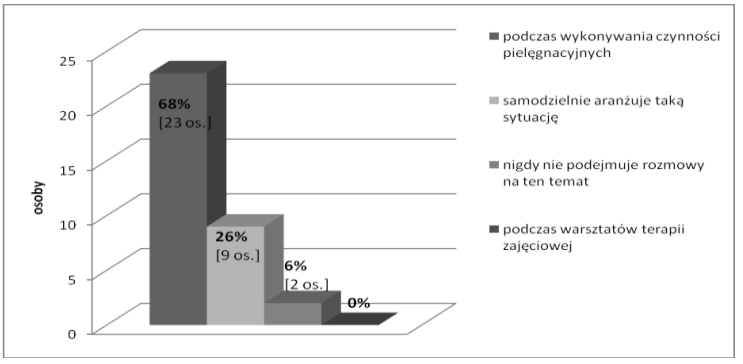
Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, techniką badawczą ankieta, narzędziem, autorski kwestionariusz ankiety składający się z 10 pytań; 5 zamkniętych i 5 półotwartych. Pytania od 1-8 miały charakter jednokrotnego wyboru, natomiast od 9-10 wielokrotnego wyboru. Pytania dotyczyły m.in. takich kategorii, jak: dane demograficzne, okoliczności, w których pielęgniarki podejmują rozmowę z chorym na

temat jego stanu, reakcje pielęgniarek na pytania chorego o rokowanie, opinie pielęgniarek na temat zasadności rozmów z pacjentem o śmierci, postrzeganie roli pielęgniarki w komunikowaniu się z pacjentem terminalnie chorym, czynniki wpływające na jakość komunikacji oraz trudności w komunikacji z pacjentem.

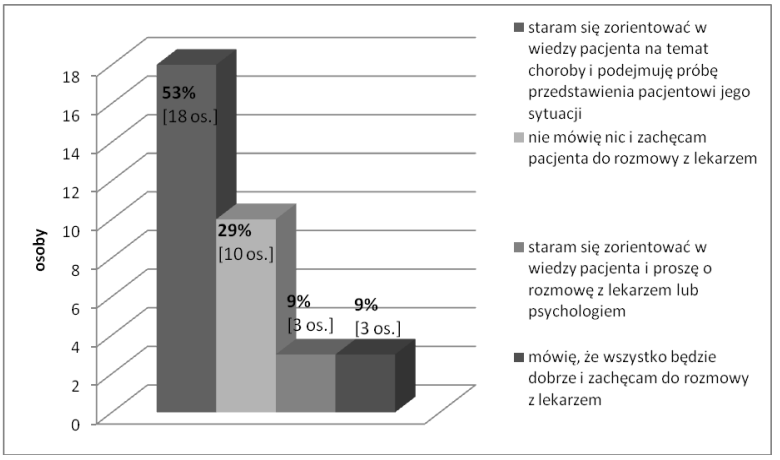
W analizie zebranego materiału dokonano procentowych obliczeń częstotliwości odpowiedzi na pytania.

Wyniki badań

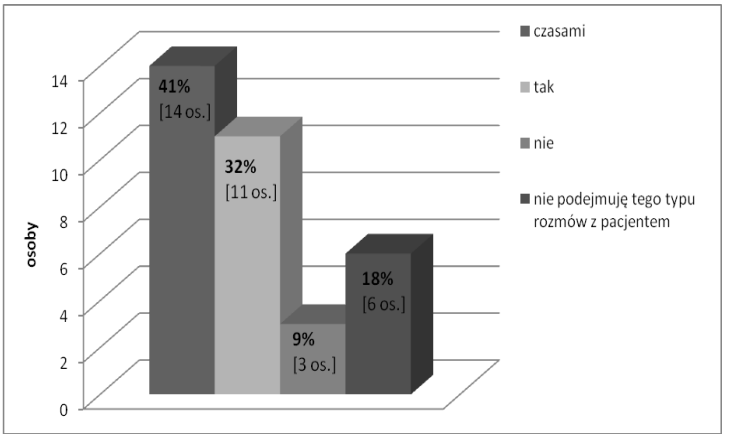
W badaniu wzięły udział 34 pielęgniarki, w przedziale wieku od 24 do 53 lat. Najliczniejszą grupę – 41,2% stanowiły osoby w przedziale wieku od 34-43 lat, najmniej liczną w przedziale wieku od 44-53 lat – 23,5%. Osoby w najmłodszym przedziale wieku od 24-33 lat stanowiły 35,3%. Średnia wieku badanej grupy wynosiła 36,9 lat. Staż pracy pielęgniarek w opiece paliatywnej wynosił od 1 miesiąca do 15 lat (średni staż 6,5 roku). Spośród okoliczności (do wyboru), w których pielęgniarki najczęściej podejmowały rozmowę z pacjentem na temat jego choroby, wskazywane były czynności pielęgniarskie - 68% oraz samodzielne podejmowanie takiej inicjatywy bez związku z konkretną sytuacją - 26%. Dwie osoby (6%) podały, że nigdy nie rozmawiają z chorym na temat jego stanu bez jego wyraźnej woli (Rycina 1). W sytuacji zadawania pytań przez chorego na temat rokowania, pielęgniarki różnie reagowały; najwięcej z nich - 53% próbowało zorientować się w wiedzy chorego na temat swojego stanu i następnie podejmowało próbę przedstawienia mu jego sytuacji; 29% nie odpowiadało nic, zachęcając pacjenta do rozmowy z lekarzem; 9% próbowało zorientować się w zakresie wiedzy chorego na temat choroby, a następnie zachęcały go do rozmowy z lekarzem lub psychologiem; natomiast kolejne 9% zapewniało chorego o tym, że wszystko jest w porządku i sugerowały rozmowę z lekarzem (Rycina 2). Najwięcej pielęgniarek (41%) tylko czasami zasięgało opinii rodziny przed podjęciem trudnej rozmowy z pacjentem, 32% robiło to zawsze, natomiast 9% badanych nigdy nie konsultowało tej kwestii. Z kolei 18% pielęgniarek w ogóle nie podejmuje rozmów z pacjentami na temat niepomyślnego rokowania (Rycina 3).



Rycina 1. Sytuacje, w których pielęgniarki najczęściej podejmują rozmowę z pacjentem na temat jego choroby



Rycina 2. Postępowanie pielęgniarek w sytuacji zadawania przez pacjenta pytań na temat niepomyślnego rokowania

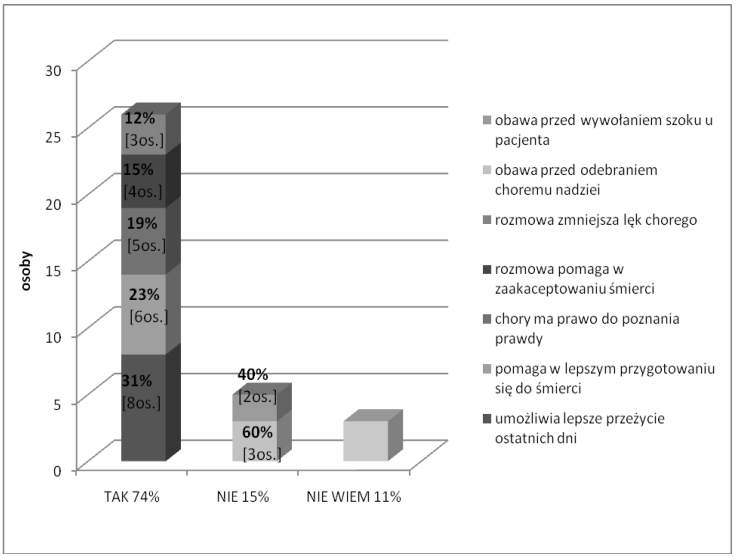


Rycina 3. Zasięganie opinii rodziny przed podjęciem trudnej rozmowy z pacjentem

W odniesieniu do zasadności poruszania tematu śmierci w rozmowach z pacjentem, badane pielęgniarki w większości dostrzegały taką potrzebę – 74%, przy czym 8% spośród nich podkreśliło, że robi to tylko wtedy, gdy chory wyraża na to chęć. Swoje stanowisko pielęgniarki uzasadniały przekonaniem, że taka rozmowa pozwala choremu na lepsze przeżycie czasu, jaki mu pozostał (31%), że świadomość prawdy pomaga choremu w lepszym przygotowaniu się do śmierci (23%), a także jej zaakceptowaniu (15%), że chory ma prawo do poznania prawdy na temat swojej choroby (19%), a wiedza ta wpływa również na zmniejszenie jego lęku (12%).

Jedynie 15% pielęgniarek wyraziło przekonanie, że nie powinno się rozmawiać z pacjentem terminalnie chorym o śmierci. W tej grupie 60% badanych nie podejmuje tego typu rozmów w obawie przed odebraniem pacjentowi nadziei, pozostałe 40% swoje postępowanie uzasadnia obawą, że chory może nie zdawać sobie sprawy z tego, jak niewiele czasu mu pozostało, w związku z tym rozmowa o śmierci może wywołać u niego szok. Opinii na ten temat nie wyraziło 11% pielęgniarek (Rycina 4).

W badaniach pielęgniarki miały wyrazić opinię, czy sytuacja inicjowania przez chorego rozmowy na temat jego rokowania jest dla nich stresująca.



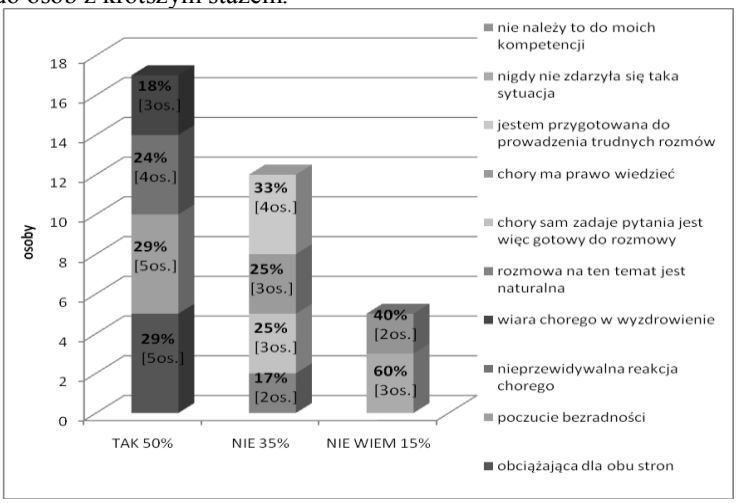
Rycina 4. Opinie pielęgniarek dotyczące poruszania tematu śmierci w rozmowach z pacjentem terminalnie chorym

Dla 50% pielęgniarek taka sytuacja była stresująca, co uzasadniały: własnym poczuciem bezradności (29%), obciążającym charakterem takich rozmów (29%), niemożnością przewidzenia reakcji chorego na wiadomość o niepomyślnym rokowaniu (24%) oraz świadomością, że chory nadal ma nadzieję na wyzdrowienie (18%).

Natomiast dla 35% pielęgniarek taka sytuacja nie była stresująca, argumentowały to tym, że: są przygotowane do prowadzenia tego rodzaju rozmów (33%), pacjent zasługuje na prawdziwe informacje o swoim stanie (25%), jeśli pacjent zadaje pytania na temat śmierci, to sam przejawia gotowość do tej rozmowy (25%), rozmowa na ten temat jest naturalna w sytuacji choroby terminalnej (17%).

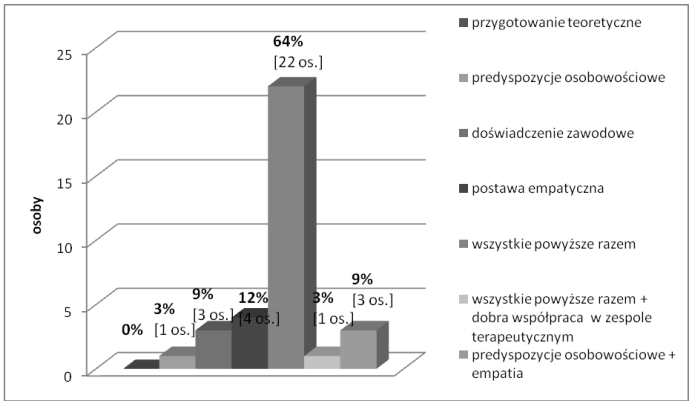
W grupie badanych pielęgniarek, 15% nie umiało określić czy taka sytuacja była dla nich stresująca; 40% spośród nich uznało, że nie należy do ich kompetencji prowadzenie takich rozmów, a 60% nigdy nie zdarzyła się sytuacja, kiedy pacjent sam inicjowałby rozmowę na temat niepomyślnego rokowania (Rycina 5). Na uwagę zasługuje fakt, iż staż pracy w opiece paliatywnej badanych miał wpływ na jakość oceny

sytuacji; osoby dłużej pracujące rzadziej oceniały rozmowy z chorym jako stresujące, w stosunku do osób z krótszym stażem.



Rycina 5. Opinie pielęgniarek na temat stresującego charakteru rozmowy z chorym o jego rokowaniu

O jakości komunikacji pielęgniarki z pacjentem może decydować szereg czynników. W badaniach pielęgniarki miały wskazać te spośród nich, które ich zdaniem decydują o dobrej komunikacji pomiędzy pielęgniarką a pacjentem w opiece paliatywnej. Zdaniem 64% badanych wszystkie z wymienionych do wyboru czynników, tj.: przygotowanie teoretyczne, predyspozycje osobowościowe, doświadczenie zawodowe, postawa empatyczna w równym stopniu decydują o powodzeniu komunikacji. Natomiast 36% pielęgniarek wskazało tylko jeden z czynników jako decydujący, w tym 12% postawę empatyczną, po 9% doświadczenie zawodowe i predyspozycje osobowościowe w połączeniu z postawą empatyczną, po 3% predyspozycje osobowościowe i dobrą współpracę pomiędzy członkami zespołu terapeutycznego. Żadna z badanych osób nie wybrała samego przygotowania teoretycznego (Rycina 6).



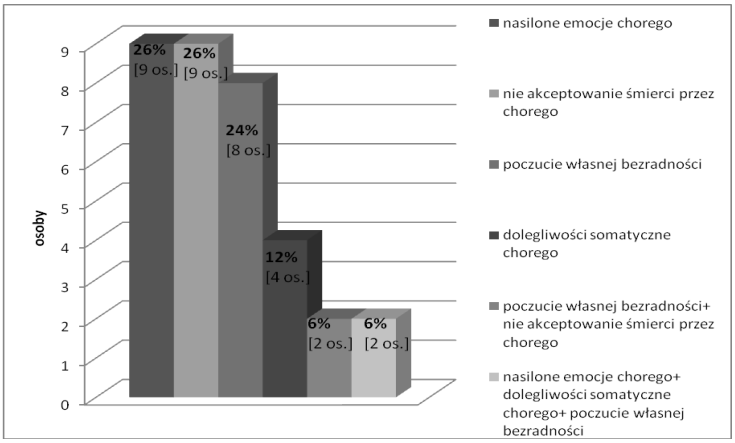
Rycina 6. Czynniki decydujące o dobrej komunikacji z pacjentem terminalnie chorym w opinii pielęgniarek

Najwięcej trudności w komunikacji z pacjentem, pielęgniarki miały z powodu: braku akceptacji śmierci przez chorego - 26% badanych, nasilonych emocji chorego (26%), poczucia własnej bezradności wobec pacjenta i jego choroby (24%), dolegliwości somatycznych chorego (12%), poczucia własnej bezradności wraz z brakiem akceptacji śmierci przez chorego (6%), a także łącznie nasilonych emocji, dolegliwości somatycznych chorego i poczucia własnej bezradności - 6% (Rycina 7).

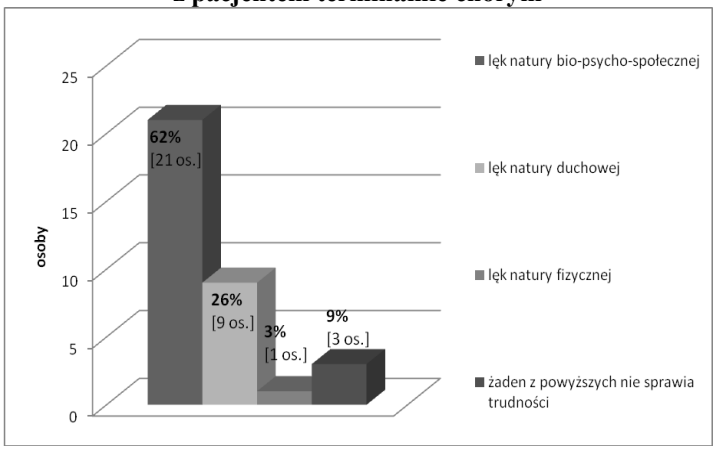
Jednym z dominujących objawów towarzyszących pacjentowi terminalnie choremu jest wszechogarniający lęk. W badaniach pielęgniarki miały określić, który z rodzajów lęku i jego zwalczanie stanowi dla nich największy problem w opiece nad pacjentem.

Najwięcej pielęgniarek (62%) miało trudności w walce z lękiem natury biopsychospołecznej pacjenta, 26% z opanowaniem lęku natury duchowej, 3% z lękiem natury fizycznej, natomiast dla 9% badanych łagodzenie lęków chorego nie stanowiło problemu (Rycina 8).

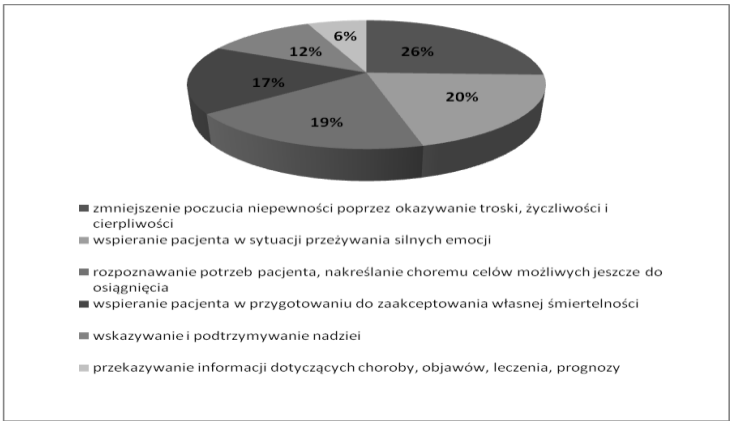
Za najistotniejsze z celów komunikacji w opiece paliatywnej pielęgniarki uznały: zmniejszanie u chorego poczucia niepewności poprzez troskę, życzliwość i okazywanie mu cierpliwości (26%), wspieranie go w sytuacji przeżywania silnych emocji (20%), rozpoznawanie potrzeb chorego oraz nakreślanie mu celów nadal możliwych do osiągnięcia (19%), pomoc pacjentowi w zaakceptowaniu własnej śmiertelności (17%), podtrzymywanie nadziei chorego (12%) oraz przekazywanie pacjentowi informacji na temat istoty choroby, leczenia i rokowania - 6% (Rycina 9)



Rycina 7. Trudności na jakie najczęściej napotykają pielęgniarki w komunikacji z pacjentem terminalnie chorym

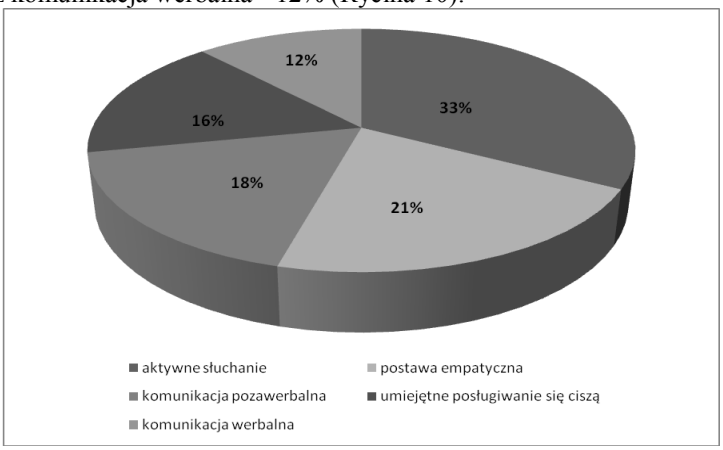


Rycina 8. Rodzaje lęku pacjenta terminalnie chorego a trudność w jego łagodzeniu w opinii pielęgniarek



Rycina 9. Najistotniejsze cele, jakim służy komunikacja w opiece paliatywnej w opinii pielęgniarek

Spośród elementów procesu komunikowania za decydujące o jego powodzeniu i najważniejsze w komunikacji z pacjentem terminalnie chorym pielęgniarki uznały przede wszystkim aktywne słuchanie (33%) oraz postawę empatyczną (21%). Rzadziej wskazywane były: komunikacja pozawerbalna (18%), umiejętne posługiwanie się ciszą (16%) oraz komunikacja werbalna - 12% (Rycina 10).



Rycina 10. Elementy procesu komunikacji najistotniejsze w komunikowaniu się

Dyskusja

W odniesieniu do najważniejszych celów, jakim służy komunikacja w opiece paliatywnej, opinia badanych pielęgniarek była tożsama z opinią badaczy na ten temat. Podobnie jak Janiszewska oraz De Walden-Gałuszko pielęgniarki wyrażały pogląd, że

komunikowanie się z pacjentem terminalnie chorym powinno służyć przede wszystkim zmniejszaniu u niego poczucia niepewności [1, 4].

Spośród czynników decydujących o dobrej komunikacji pielęgniarki z pacjentem terminalnie chorym, 64% badanych wymieniło wszystkie z proponowanych do wyboru, tj.: doświadczenie zawodowe, predyspozycje osobowościowe, postawa empatyczna i przygotowanie teoretyczne, uznając je za ważne w równym stopniu. Jedynie 9% badanych za najistotniejszy czynnik uznała doświadczenie zawodowe. Z kolei Kleja, Wordliczek i Filipczak-Bryniarska przypisują o wiele większą rangę doświadczeniu zawodowemu, stawiając je na pierwszym miejscu wśród wszystkich innych czynników decydujących o powodzeniu komunikacji [2].

Jak wynika z badań, 74% pielęgniarek uważa, że powinno się rozmawiać o śmierci z pacjentem terminalnie chorym, jednak już tylko 53% badanych w sytuacji zadawania przez pacjenta pytań na temat rokowania, podjęłaby próbę przedstawienia choremu jego sytuacji. W badaniach opublikowanych przez Kmieciak, Bielawską i Jędrasik-Fignę zbliżony odsetek badanych (76,2%) uznaje za konieczne informowanie pacjenta o niepomyślnym rokowaniu, brak jednak informacji dotyczących tego, jaka liczba badanych byłaby wtedy gotowa przedstawić choremu jego sytuację [5].

Dla 50% pielęgniarek rozmowa z pacjentem terminalnie chorym na temat rokowania jest stresująca, jedynie 12% badanych uważa, że jest przygotowanych do prowadzenia tzw. „trudnych rozmów". Podobnie prezentują się wyniki badań przeprowadzonych przez Kmieciak - 14,3% badanych uważa się za przygotowanych do podjęcia rozmowy z chorym na temat rokowania [5]. De Walden-Gałuszko proponuje natomiast przed podjęciem rozmowy z pacjentem na trudny temat, zasięgnięcie opinii rodziny chorego. Wykazano, że 32% badanych pielęgniarek zawsze konsultuje się z rodziną pacjenta, natomiast 41% robi to tylko czasami [3, 4].

Nie ulega wątpliwości, że sztuka prowadzenia rozmowy jest jedną z najcenniejszych umiejętności pielęgniarki w pracy z pacjentem terminalnie chorym. Wciąż jednak niewielu badaczy zajmuje się problemem komunikowania się pielęgniarki z pacjentem terminalnie chorym. W związku z powyższym tak ważnym jest ciągłe samodoskonalenie się pielęgniarek w sztuce rozmowy.

Wnioski

1. Najistotniejszymi zadaniami, jakie stoją przed pielęgniarką w procesie komunikowania się z pacjentem terminalnie chorym są: zmniejszanie u chorego poczucia niepewności poprzez odpowiednie ukierunkowanie rozmowy, wspieranie pacjenta w sytuacji przeżywania silnych emocji, nakreślanie choremu celów możliwych jeszcze do osiągnięcia oraz przekazywanie pacjentowi informacji dotyczących istoty choroby oraz rokowania.
2. Większość badanych pielęgniarek dostrzega korzyści płynące z prowadzenia rozmów na temat śmierci z pacjentem terminalnie chorym. Zwolenniczki takiego postępowania swoje stanowisko najczęściej uzasadniają przekonaniem, że pozwala to choremu na lepsze przeżycie ostatnich dni, zaś przeciwniczki uzasadniają to obawą przed odebraniem choremu nadziei oraz wywołaniem u niego szoku.
3. Niepokojącym wydaje się fakt, iż w sytuacji, kiedy chory zadaje pytania na temat rokowania, znaczna grupa pielęgniarek nie udziela choremu żadnych informacji, a

część badanych przyznaje, że mówi pacjentowi, że wszystko będzie dobrze. Być może takie postępowanie wynika z niejasnego zdefiniowania kompetencji informacyjnych pielęgniarki w Ustawie o Zawodzie Pielęgniarki i Położnej.

4. Jedną z największych trudności, na jakie wskazują pielęgniarki pracujące z osobami terminalnie chorymi jest stres towarzyszący ich pracy. Jego bezpośrednią przyczyną są trudności w prowadzeniu rozmów na temat niepomyślnego rokowania, nasilone emocje chorego, nie akceptowanie przez niego śmierci oraz poczucie własnej bezradności.

Piśmiennictwo

1. Janiszewska J.: Dobra komunikacja warunkiem wsparcia psychicznego chorych umierających. Nowa Medycyna, 2004; 2: www: czytelniamedyczna.pl/1515, dobra-komunikacja-warunkiem-wsparcia-psychicznego-chorych-umierajacych.html, data pobrania: 10.06.2011
2. Kleja J., Filipczak-Bryniarska I., Wordliczek J.: Komunikacja w opiece paliatywnej. Med. Paliat. Prakt., 2010, 2, 81-85.
3. De Walden-Gałuszko K.: Rola komunikacji lekarza z pacjentem umierającym. Przew. Lek., 2007, 2, 192-197.
4. De Walden-Gałuszko K.: Dobra komunikacja lekarza z chorym podstawą prawidłowej opieki. Pol. Med. Rodz., 2008, 3, 1139-1144.
5. Kmieciak M., Bielawska A., Jędrasik-Figna L.: Udział pielęgniarki w opiece paliatywnej. Pielęg. Pol., 2005, 1, 115-122.

Toczyńska Aneta

Warunki funkcjonowania opieki długoterminowej w Polsce - historia i współczesność

Niepubliczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej; Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Ustrzeszy

Opieka długoterminowa, za Kędziora-Kornatowska i wsp. [1] *to długo-okresowa, ciągła, profesjonalna pielęgnacja i rehabilitacja oraz kontynuacja leczenia farmakologicznego i dietetycznego, realizowana instytucjonalnie (stacjonarnie lub w domu chorego) w celu podtrzymania zdrowia i zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego chorym z dużymi deficytami w samoopiece i samopielęgnacji, którzy nie kwalifikują się do leczenia szpitalnego*.

Zgodnie z definicją przyjętą przez Ministerstwo Zdrowia, za Koziarkiewicz i Szczerbińską [2], opieka długoterminowa *dotyczy osób przewlekle i obłożnie chorych, których stan zdrowia nie wymaga leczenia w warunkach ostrego oddziału szpitalnego, natomiast powoduje występowanie poważnych deficytów w samoopiece (czyli możliwości samodzielnego zadbania o siebie), uniemożliwiając im niezależne, samodzielne funkcjonowanie w swoich domach. Osoby te wymagają codziennej, a nieraz i całodobowej, profesjonalnej, intensywnej opieki, pielęgnacji oraz kontynuacji leczenia.*

Według autorów [3] „Zielonej Księgi" opieka długoterminowa to *profesjonalne lub nieprofesjonalne, intensywne i długotrwałe usługi opiekuńcze i pielęgnacyjne świadczone codziennie osobom niesamodzielnym (niezdolnym do samodzielnej egzystencji) w zakresie odżywiania, przemieszczania, pielęgnacji ciała, komunikacji oraz zaopatrzenia gospodarstwa domowego*.

Przewlekle chory natomiast, za Kędziora-Kornatowska i wsp. [1], *to chory z chorobą przewlekłą, u którego w różnych okresach i przedziałach czasu występują objawy podmiotowe i przedmiotowe, w wyniku których mogą powstawać zmiany w budowie i funkcjonowaniu narządów i lub układów uniemożliwiające prawidłowe funkcjonowanie organizmu*. Choroba przewlekła może przebiegać powoli, prowadząc do systematycznego pogarszania się stanu zdrowia pacjenta lub z okresami zaostrzeń i remisji. Jednak proces leczenia trwa długo i nie jest możliwe cofnięcie skutków choroby [1].

W Polsce, za Szarota [4] w okresie powojennym, opieka długoterminowa była domeną obszaru pomocy społecznej i kwalifikowano do niej osoby potrzebujące pomocy socjalnej z powodu ograniczonej zdolności do samoopieki. Na terenie kraju powstała sieć domów opieki stacjonarnej, od różnych dziennych domów środowiskowego wsparcia po ogólne i specjalistyczne domy pomocy społecznej. Nieliczne z nich należały do organizacji niepaństwowych, najczęściej kościelnych i realizowały opiekę na zlecenie instytucji opieki społecznej. Opieka domowa została zorganizowana w formie usług opiekuńczych [4].

Stacjonarna opieka długoterminowa nad ludźmi przewlekle chorymi i niepełnosprawnymi ma swoją historię i w przeszłości opierała się głównie na

organizowanych przez ludzi dobrej woli lub państwo różnorodnych, ale zbliżonych koncepcyjnie formach szpitali, przytułków i domów opieki [5, 6].

W literaturze przedmiotu [1] podkreśla się, iż potrzeba tworzenia rożnych form opieki długoterminowej wynikła ze wzrastającego zapotrzebowania na ten rodzaj usług zdrowotnych. Powodem tego było wydłużanie się życia ludzi, zwiększająca się liczba osób starych i niepełnosprawnych, zmiana modelu rodziny oraz większa aktywność zawodowa kobiet. Potrzeba ta pojawiła się również w wyniku rozpoczęcia się w latach 90 tych XX wieku restrukturyzacji ochrony zdrowia, której celem było stworzenie warunków do racjonalnego wydawania środków finansowych przeznaczonych na stacjonarna opiekę medyczną [1]. Rozwiązanie ekonomiczne systemu opieki zdrowotnej zmuszało do skracania okresu pobytu osób chorych w szpitalach do minimum niezbędnego do wykonania procedur specjalistycznych a jednocześnie nie istniały placówki, które kontynuowałyby długoterminowe leczenie oraz rehabilitację jak również opiekę nad osobami, którym rodziny takiej opieki zapewnić nie mogą. Z tego też powodu w Polsce duża część osób wymagających opieki długoterminowej przez wiele tygodni a nawet miesięcy przebywała w szpitalach, zajmując łóżka do leczenia stanów ostrych, co powodowało nieefektywne wykorzystanie poszczególnych oddziałów [1].

Możliwość tworzenia w Polsce stacjonarnych form opieki długoterminowej dała ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 roku, a przełomowym dla ochrony zdrowia stał się rok 1999 z uwagi na wprowadzenie kas chorych i systemu kontraktowania usług [2]. Zdaniem Koziarkiewicz i Szczerbińskiej [2] wprowadzenie zasad pararynkowych pobudziło restrukturyzację szpitali w kierunku zmiany łóżek z ostrych na łóżka opieki długoterminowej, co dodatkowo wspierały programy restrukturyzacyjne prowadzone przez Ministerstwo Zdrowia. Dzięki tej sytuacji począwszy od 1999r. zaczęły powstawać nowe zakłady – ZPO – (zakłady pielęgnacyjno – opiekuńcze), ZOL – (zakłady opiekuńczo – lecznicze). Te nowe formy opieki długoterminowej mogły przejąć część przewlekle chorych, którzy dotychczas oczekiwali na przyjęcie do DPS (domy pomocy społecznej), często przebywając w oddziałach szpitalnych. Tymczasem liczba zakładów opieki długoterminowej działającej w ramach opieki zdrowotnej systematycznie rosła [2].

Obecnie, ten początkowy dynamizm rozwoju opieki długoterminowej uległ spowolnieniu [1]. Kędziora-Kornatowska i wsp. [1] uważają powyższe za niepokojące zjawisko, ponieważ obserwuje się gwałtownie rosnące zapotrzebowanie na świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze. Wzrost liczby zakładów i łóżek opieki długoterminowej jest wolniejszy, niż proces starzenia się społeczeństwa i narastania liczby osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych [1].

Przez wiele lat DPS były jedyną formą opieki dla przewlekle chorych i niepełnosprawnych, niezdolnych do samoopieki ludzi [2]. W momencie pojawienia się ZOL, ZPO i hospicjów, w wyniku zastosowania prostych wskazań kwalifikujących do przyjęcia do tych placówek, zapoczątkowany został proces różnicowania pacjentów tych zakładów z klientami DPS [2].

Podstawy prawne

Artykuł 68 Konstytucji Rzeczpospolitej Polskiej [7] zobowiązuje władze publiczne do zapewnienia wszystkim obywatelom, bez względu na ich sytuację materialną, równego dostępu doświadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z tym przepisem każdy ma prawo do ochrony zdrowia, niezależnie od swojej sytuacji materialnej. Władze publiczne są zobowiązane do zapewnienia

szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku oraz są zobowiązane do zwalczania chorób epidemiologicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska. Istnieje zatem odpowiedzialność władz publicznych za bezpieczeństwo zdrowotne obywateli, a więc za dostępność i jakość świadczeń opieki zdrowotnej [8].

Warunki i zakres udzielania świadczeń opieki zdrowotnej reguluje ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), która obowiązuje od 1 października 2004 roku [cyt. za 3].

Podstawy prawne dla świadczeniodawców realizujących opiekę długoterminową w systemie ochrony zdrowia

Świadczenia zdrowotne mogą być udzielane przez zakłady opieki zdrowotnej oraz przez osoby fizyczne wykonujące zawód medyczny lub przez grupową praktykę lekarską, grupową praktykę pielęgniarek lub położnych na zasadach określonych w odrębnych przepisach.

Zgodnie z ustawą z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007r. Nr 14 poz. 89 z późn. zm.) [9], zakłady opieki zdrowotnej dzieli się na publiczne i niepubliczne. Publiczny zakład opieki zdrowotnej jest jednostką organizacyjną, utworzoną przez jeden z podmiotów: ministra lub centralny organ administracji rządowej, wojewodę, jednostkę samorządu terytorialnego, publiczną uczelnię medyczną lub publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych albo Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego [9].

Niepubliczny zakład opieki zdrowotnej (NZOZ) może być utworzony przez**:** kościół lub związek wyznaniowy, pracodawcę, fundację, związek zawodowy, samorząd zawodowy lub stowarzyszenie, spółkę niemającą osobowości prawnej, a także inną krajową lub zagraniczną osobę prawną lub osobę fizyczną.

Zakłady opieki długoterminowej są zakładami opieki zdrowotnej, a więc podlegają wszystkim przepisom związanym z organizacją i funkcjonowaniem placówek ochrony zdrowia. Aktualnie wymagania dla zakładów opieki długoterminowej regulowane są w oparciu o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 213. poz 1568 z późn. zm) [10].

Zasady realizacji świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zostały określone w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), aktach wykonawczych do ww. ustawy oraz zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, dotyczących postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych rodzajach i zakresach [11].

Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 96/2008/DSOZ [12] regulowało postępowanie w sprawie zawierania i realizacji umów w rodzajach: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz opieka paliatywna i hospicyjna, a także określało warunki wymagane od świadczeniodawców zainteresowanych zawarciem umowy w danym rodzaju.

Wymagania te odnosiły się do zatrudnianego personelu, warunków lokalowych, sprzętu i wyposażenia, sprzętu medycznego i pomocniczego oraz inne. W zakresie wymagań innych przewidziano certyfikat ISO (*International Organization For Standardization*) oraz certyfikat CMJ (*Centrum Monitorowania Jakości*) [12].

Na podstawie 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) wydano Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej [13]. Określa ono wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. W odniesieniu do zatrudnienia pielęgniarek – liczba pielęgniarek jest określana wg normy zatrudnienia ustalonej przez kierownika zakładu na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 r. w sprawie ustalania minimalnych norm zatrudniania pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 111 poz.1314). W stosunku do pozostałych pracowników wymagania określone zostały przez NFZ [14].

Zakłady opiekuńczo – lecznicze i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze dysponują także zaleceniami Konsultanta Krajowego w dziedzinie Pielęgniarstwa Przewlekle Chorych i Niepełnosprawnych w zakresie podstawowej pielęgnacji osób z ograniczoną zdolnością do samoopieki oraz zaleceniami w zakresie zapobiegania odleżynom [cyt. za 3].

Wskazania do opieki długoterminowej

Postępującemu starzeniu się społeczeństwa polskiego, z ciągle wzrastającą liczbą osób dożywających późnej starości, towarzyszy występowanie licznych chorób przewlekłych. Ponad połowa populacji seniorów podlega starzeniu patologicznemu, charakteryzującemu się występowaniem licznych chorób, doprowadzających w kolejnych latach do trwałego upośledzenia funkcjonowania w życiu codziennym.

Starość zwyczajna – z niewielkimi deficytami, ale bez widocznej patologii, diagnozowana jest u ok. 30% seniorów [cyt. za 15].

Natomiast starość pozytywna, prawidłowa, niezakłócona żadnymi problemami, bez chorób i deficytów funkcjonalnych jest przywilejem nielicznych. Przydarza się jedynie co 5–10 osobie [cyt. za 16].

Do oddziału opieki długoterminowej kwalifikowani są chorzy z ograniczoną zdolnością do samodzielnego poruszania się, deficytami w samoopiece i samopielęgnacji, wymagający stałej profesjonalnej opieki, kontynuacji leczenia farmakologicznego i dietetycznego oraz posiadający przeciwwskazania do pozostawania w domu bez opieki, szczególnie gdy ograniczenie to łączy się z podeszłym wiekiem, obniżeniem aktywności, pogorszeniem świadomości lub z porażeniami czy niedowładami [17].

W skład tej grupy wchodzą chorzy nie kwalifikujący się do hospitalizacji w szpitalach o charakterze krótkoterminowym a posiadający wskazania do stałej profesjonalnej opieki medycznej:

- przewlekła niezdolność do samodzielnego funkcjonowania
- rozpoznanie choroby, problemy zdrowotne lub niepełnosprawność powodujące konieczność korzystania z długookresowej stałej pomocy ze strony innych osób i ta pomoc jest nieodzowna w codziennej ich egzystencji

- niezależna od wieku osoby cierpiącej przewlekła choroba somatyczna lub psychiczna
- niepełnosprawność intelektualna lub fizyczna
- niedołężność wynikająca z podeszłego wieku.

Organizacja systemu opieki długoterminowej

W organizacji opieki długoterminowej w Polsce współpracują resorty zdrowia i polityki socjalnej [2].

Opieka długoterminowa zapewniana jest w ramach systemu publicznych ubezpieczeń zdrowotnych (NFZ) i systemu pomocy społecznej, w sektorze komercyjnych usług leczniczych i opiekuńczych oraz przez organizacje pozarządowe (stowarzyszenia, fundacje, organizacje kościelne), które w działalności statutowej mają zapisaną pomoc osobom przewlekle chorym [2]. Opieka długoterminowa świadczona jest przez osoby formalnie zobowiązane do świadczenia takiej pomocy (lekarze, pielęgniarki, terapeuci, pracownicy socjalni) jak i przez opiekunów nieformalnych (członkowie rodziny, przyjaciele, sąsiedzi, wolontariusze działający w różnych instytucjach opiekuńczych) [2]

Polski system opieki długoterminowej w sektorze opieki zdrowotnej działa w oparciu o placówki typu zamkniętego, dziennego, ambulatoryjnego oraz opieki domowej, a placówki funkcjonujące w systemie opieki zdrowotnej można podzielić na dwie kategorie:

- placówki opieki długoterminowej wg definicji NFZ
- placówki z funkcjami z pogranicza opieki długoterminowej [12,18]

Według NFZ [12,18] do opieki długoterminowej zalicza się:

1. Placówki opieki zamkniętej:
   - Oddziały szpitalne dla osób przewlekle chorych
   - Hospicja – dla pacjentów terminalnie chorych
   - Odziały opieki paliatywnej – dla pacjentów terminalnie chorych
   - Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO), świadczące usługi opiekuńcze i pielęgnacyjne w ramach opieki długoterminowej
   - Zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL), świadczące usługi lecznicze, opiekuńcze i pielęgnacyjne w ramach opieki długoterminowej
2. Placówki opieki ambulatoryjnej
   - Poradnie opieki paliatywnej
3. Placówki opieki dziennej
   - Specjalistyczne ośrodki dzienne (np. dzienny ośrodek paliatywny)
4. Placówki opieki domowej
   - Pielęgniarki opieki długoterminowej
   - Wielospecjalistyczne zespoły opieki długoterminowej

Uzupełnieniem opieki długoterminowej są oddziały geriatryczne i rehabilitacji oraz psychiatrii, będące instytucjami opieki zdrowotnej, które zgodnie z nomenklaturą NFZ nie są uważane za placówki świadczące opiekę długoterminową, (tzw. placówki z funkcjami z pogranicza), często jednak udzielające świadczeń osobom wymagającym takiej opieki:

- osobom starszym (poradnie geriatryczne, geriatryczne oddziały dzienne i geriatryczne ośrodki dzienne, szpitalne oddziały geriatryczne)

- osobom chorym psychicznie (poradnie psychiatryczne, psychiatryczne oddziały dzienne i psychiatryczne ośrodki dzienne, szpitalne oddziały psychiatryczne)
- osobom niepełnosprawnym (poradnie rehabilitacyjne, rehabilitacyjne oddziały dzienne i rehabilitacyjne ośrodki dzienne, szpitalne oddziały rehabilitacyjne) [2]

W resorcie polityki społecznej jedną z podstawowych instytucji służących osobom starszym jest ośrodek pomocy społecznej (gminny, miejski) [19]. Jego głównym celem jest dążenie do utrzymania samodzielności podopiecznych, aktywizacja do działań zmierzających do poprawy jakości własnego życia. Zakres usług i formy pomocy instytucjonalnej społecznej określony jest zapisem w Ustawie o Pomocy Społecznej [19].

System pomocy społecznej oferuje świadczenia opiekuńcze, które częściowo pokrywają się z tym co oferuje system opieki zdrowotnej w ramach opieki długo-terminowej. W ustawie z dn. 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej [19] uregulowane zostały kwestie z zakresu świadczeń i dostępności do opieki stacjonarnej w domach pomocy społecznej i w ośrodkach wsparcia oraz do opieki domowej w postaci usług opiekuńczych. W systemie pomocy społecznej można wyróżnić następujące rodzaje opieki długoterminowej:

1. Opiekę w placówkach zamkniętych, świadczoną przez:
   - ✓ Domy pomocy społecznej (DPS) i inne placówki pomocy społecznej (traktowane jako placówki stacjonarnej pomocy społecznej – PSPS)
2. Opiekę dzienną świadczoną przez:
   - ✓ Dzienne domy pomocy społecznej (DDPS) i inne środki wsparcia
3. Opiekę domową – organizowaną przez ośrodki pomocy społecznej i zapewnianą w formie:
   - ✓ Świadczeń opiekuńczych realizowanych przez opiekunów społecznych środowiskowych i asystentów osób niepełnosprawnych
   - ✓ Świadczeń opiekuńczych specjalistycznych realizowanych przez pracowników socjalnych i różnych terapeutów uczestniczących w rehabilitacji społecznej [2].

Świadczenia pomocy społecznej obejmują świadczenia pieniężne (zasiłki) i świadczenia w naturze (rzeczowe, usługi).

Granica tych dwóch systemów – ochrony zdrowia i pomocy społecznej bywa często nieostra i w opiece długoterminowej realizowane są często funkcje zarówno zdrowotne i społeczne [2].

Podział placówek według rodzaju, zarówno w sektorze zdrowotnym, jak i w sektorze pomocy społecznej, nakłada się na podział produktów kontraktowanych przez NFZ i świadczeń finansowanych z systemu pomocy społecznej. Do celów kontraktowania NFZ wyróżnił następujące typy produktów opieki długoterminowej:

1. Opieka paliatywna
   - Oddziały medycyny paliatywnej i hospicja
   - Hospicja domowe
   - Dziecięce hospicja domowe
   - Poradnie medycyny paliatywnej

2. Stacjonarna opieka długoterminowa realizowana w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO)
3. Stacjonarna opieka długoterminowa realizowana w zakładach opiekuńczo-leczniczych (ZOL)
4. Stacjonarna opieka długoterminowa realizowana przez zakłady opiekuńczo-lecznicze dla pacjentów wentylowanych mechanicznie
5. Domowa pielęgniarska opieka długoterminowa
6. Stacjonarna opieka długoterminowa realizowana przez oddziały szpitalne dla osób przewlekle chorych [2]

Formy opieki długoterminowej stacjonarnej

Zmniejszająca się wraz z wiekiem zdolność do samodzielności powoduje wzrost zapotrzebowania na różne formy opieki. Osoby starsze, niepełnosprawne wymagają szczególnej opieki pielęgniarskiej, która obejmuje pomoc w utrzymaniu niezależności od innych oraz wsparcie w chorobie. Zdolność do samoopieki, za Fidecki i wsp. [20], jest to *sprawność czynnościową, należy utożsamiać z niezależnością w zakresie zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych. Do potrzeb tych należy zaliczyć: poruszanie się, odżywianie, kontrolowanie czynności fizjologicznych oraz utrzymanie higieny osobist*ej [20].

W organizacji opieki długoterminowej, jak już wcześniej wspomniano współpracują resorty zdrowia i polityki socjalnej. Formy opieki instytucjonalnej socjalnej (podległe resortowi polityki społecznej) – domy pomocy społecznej dla osób niesprawnych i dla przewlekle chorych – funkcjonują obok form opieki instytucjonalnej medycznej (podległych resortowi zdrowia) – ośrodków opieki długoterminowej, oddziałów szpitalnych długoterminowych, zakładów pielęgnacyjno- opiekuńczych, zakładów opiekuńczo-leczniczych [21]

Opieką długoterminową, w ramach stacjonarnych zakładów długoterminowej opieki zdrowotnej o różnych profilach: ogólne, psychiatryczne, dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, dla pacjentów w stanie wegetatywnym, objęte są osoby obłożnie i przewlekle chore, niewymagające pobytu w szpitalu a u których występują istotne deficyty w samoopiece, które wymagają całodobowej, profesjonalnej, intensywnej opieki i pielęgnacji oraz kontynuacji leczenia [22]. Nie mogą być objęte opieką osoby kwalifikujące do domów pomocy społecznej lub takie, u których podstawowym wskazaniem do objęcia opieką jest trudna sytuacja socjalna albo zaawansowana choroba nowotworowa. W ramach instytucjonalnej opieki długoterminowej udzielane są całodobowe świadczenia zdrowotne realizowane przez zakłady opiekuńczo-lecznicze i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze. Zakłady te świadczą usługi w zakresie pielęgnacji, opieki i rehabilitacji osób niewymagających hospitalizacji [22]

Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z dn. 30 sierpnia 1991 roku [9] wyróżnia poniższe formy organizacyjne stacjonarnej opieki długoterminowej

Zakład opiekuńczo-leczniczy (art. 32c) [9]

Udziela całodobowych świadczeń zdrowotnych, obejmujących pielęgnację i rehabilitację osób niewymagających hospitalizacji oraz zapewnia im środki farmaceutyczne i materiały medyczne, pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia, a także opiekę w czasie organizowanych zajęć kulturalno-rekreacyjnych [22]. Osobom ubezpieczonym i innym osobom uprawnionym do bezpłatnych świadczeń

zdrowotnych na podstawie odrębnych przepisów, przebywającym w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, który jest publicznym zakładem opieki zdrowotnej, zakład ten zapewnia środki farmaceutyczne i materiały medyczne na zlecenia lekarza zakładu.

Pacjent ZOL uzyskuje opiekę lekarską, leczenie dietetyczne, farmakologiczne, niezbędne konsultacje specjalistyczne, podstawowe badania diagnostyczne, usługi rehabilitacyjne – w zakresie kinezyterapii oraz fizykoterapii, stymulację do aktywności życiowej metodami terapeutycznymi i psychoterapeutycznymi, całodobową i kompleksową pielęgnację, wynikającą z diagnozy pielęgniarskiej, opiekę duszpasterską oraz możliwość korzystania z obrzędów liturgicznych [22].

Pobyt pacjenta w ZOL ma charakter okresowy (do 6 miesięcy). Warunkiem przyjęcia pacjenta do ZOL jest niezdolność do samodzielnego funkcjonowania wyrażająca się wartością Indeksu Barthel poniżej 40 punktów.

Personel medyczny i leczenie są finansowane ze środków NFZ, natomiast pacjent częściowo ponosi koszty hotelowe do wysokości 70% swoich dochodów (tzn. emerytury lub renty), lecz nie więcej niż 250% najniższej emerytury [22].

Sposób i tryb kierowania osób do publicznego zakładu opiekuńczo-leczniczego oraz zasady ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1998 r. w sprawie sposobu i trybu kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach (Dz. U. Nr 166 z 1998 r. poz. 1265). W niepublicznych zakładach opiekuńczo-leczniczych decyzję o przyjęciu do zakładu wydaje dyrektor zakładu po zasięgnięciu opinii lekarza zakładu w oparciu o dokumentację określoną w w/w rozporządzeniu. Przyjęcie w takim przypadku wymaga potwierdzenia płatnika.

Do zakładu opiekuńczo-leczniczego ogólnego nie może być przyjęty pacjent z chorobą psychiczną i w terminalnej fazie choroby nowotworowej [23].

Wyróżnia się poniższe profile zakładów opiekuńczo-leczniczych z podziałem dla dzieci i dorosłych:

- ogólne dla przewlekle chorych i niepełnosprawnych
- apecjalistyczne: dla psychicznie chorych, dla chorych na chorobę Alzheimera i inne [24].

Celem zakładu opiekuńczo-leczniczego jest objęcie całodobową opieką i leczeniem osób, które przebyły ostra fazę leczenia szpitalnego, mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego, nie wymagają już dalszej hospitalizacji, jednak ze względu na stan zdrowia i stopień niepełnosprawności oraz brak możliwości samodzielnego funkcjonowania w środowisku domowym wymagają stałego nadzoru lekarskiego, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji [1].

Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy (art. 32d) [9]

Udziela całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują pielęgnację, opiekę i rehabilitację osób niewymagających hospitalizacji, oraz zapewnia im kontynuację leczenia farmakologicznego, pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia, także prowadzi edukację zdrowotną tych osób i członków ich rodzin.

ZPO prowadzone są przez wykwalifikowany personel pielęgniarski. Mimo zapewnienia kontynuacji leczenia farmakologicznego koszty środków farmaceutycznych i materiałów medycznych ponoszone są przez pacjenta. Jego celem jest zapewnienie okresowej intensywnej opieki pielęgniarskiej:

- rekonwalescentom, którym zapewnia opiekę umożliwiającą im powrót do środowiska zamieszkania i w miarę możliwości samodzielne funkcjonowanie
- osobom przewlekle chorym, które ze względu na stan zdrowia wymagają stacjonarnej pielęgnacji i opieki [1, 22].

Podstawowe profile w ZPO obejmują:

- zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy ogólny
- zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy dla dzieci

Do zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego nie może być przyjęty pacjent z chorobą psychiczną lub w terminalnej fazie choroby nowotworowej. W ZPO pacjenci mogą przebywać czasowo. Czas pobytu wynosi od kilku tygodni do 6 miesięcy. Przedłużenie czasu pobytu wymaga akceptacji oddziału NFZ.

Sposób i tryb kierowania pacjentów do ZPO oraz zasady ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1998 r. w sprawie sposobu i trybu kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach (Dz. U. Nr 166 z 1998 r. poz. 1265).

Zakład opiekuńczo-leczniczy dla pacjentów wentylowanych mechanicznie [9]

Jest opieką w warunkach stacjonarnych nad pacjentami obłożnie chorymi, z niewydolnością oddechowa, wymagających ciągłej terapii oddechowej za pomocą respiratora ale nie wymagający hospitalizacji na oddziałach intensywnej terapii [1].

Oddział dla przewlekle chorych [9]

Jest oddziałem udzielającym stacjonarnych, całodobowych świadczeń zdrowotnych, obejmujących kontynuację leczenia, pielęgnację i rehabilitację pacjentów po przebytym leczeniu na oddziałach opieki krótkoterminowej [1].

Oddziały te sprawują opiekę nad chorymi, którzy nie wymagają już intensywnego leczenia, ale stan ich zdrowia nie pozwala na wypis do domu. Świadczenia dla pacjenta są realizowane bezpłatnie. Celem funkcjonowania oddziału dla przewlekle chorych jest objęcie całodobową opieką i leczeniem osób, które przebyły ostrą fazę leczenia szpitalnego, mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego, lecz wymagają dalszej hospitalizacji. Również ze względu na stan zdrowia i stopień niepełnosprawności oraz brak możliwości samodzielnego funkcjonowania w środowisku domowym wymagają stałego nadzoru lekarskiego, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji [1].

Opieka paliatywno-hospicyjna [9]

Opieka ta zapewnia całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską, psychologiczną, rehabilitacyjną, wsparcie socjalne i duchowe chorym w terminalnym okresie życia. Wspomaga również rodziny pacjentów w czasie trwania choroby i okresie sieroctwa. W hospicjum wszystkie świadczenia są bezpłatne.

Celem opieki paliatywnej jest zapobieganie i leczenie objawów towarzyszących chorobom przewlekłym i nieuleczalnym oraz podnoszenie jakości życia pacjentów.

W okresie terminalnym choroby, jak również po jej zakończeniu, szczególnego znaczenia nabiera właściwe rozpoznanie i rozwiązywanie problemów psychosocjalnych opiekunów [25].

Zgodnie z definicją WHO [cyt. za 26], opieka paliatywna *jest tożsama z opieką hospicyjną i polega na czynnej holistycznej opiece nad pacjentami z chorobami, które nie poddają się leczeniu przyczynowemu, w celu osiągnięcia możliwie najlepszej jakości życia chorych i ich rodzin. Opiekę paliatywną sprawuje zespół interdyscyplinarny, który stanowią lekarze, pielęgniarki, psychologowie, terapeuci i rehabilitanci, pracownicy socjalni, a także duchowni oraz wolontariusze przeszkoleni w zasadach sprawowania opieki. Stworzono różne formy opieki paliatywnej, jak też różne modele leczenia, których głównym zadaniem jest poprawa jakości życia nieuleczalnie chorych*.

W Polsce często błędnie utożsamia się opiekę długoterminową z opieką hospicyjną. W naszym kraju w ramach opieki długoterminowej, zdefiniowanej przez Prezesa NFZ wyróżnia się: 1)świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz 2) opiekę paliatywno-hospicyjną. Zarządzenie Nr 53/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka długoterminowa.

Te dwie formy opieki, różniące się wymaganiami dotyczącymi personelu, sposobem kierowania oraz kryteriami kwalifikacji pacjentów ogólnie nazwano opieką długoterminową [27].

Z badań CBOS [28] przeprowadzonych w 2009 r. wynika, że wiedza o założeniach i funkcjonowaniu opieki hospicyjnej jest w śród Polaków dość mocno zróżnicowana. Co czwarty respondent (24%) w ogóle nie orientuje się w tej problematyce, co trzeci (36%) wykazuje jedynie podstawowy zakres informacji, a nieco mniej osób (30%) ma przeciętną wiedzę w tej kwestii. Jedynie co dziesiąty ankietowany (10%) dobrze orientuje się w działalności hospicjów. Mimo dość powszechnego społecznego poparcia dla działalności hospicyjnej, większość respondentów (57%) uważa, że hospicjum stacjonarne to miejsce, do którego osoby umierające powinny trafiać tylko w wyjątkowych sytuacjach, np. gdy rodzina nie jest w stanie zapewnić im specjalistycznej opieki. W innych przypadkach umierający powinni przebywać raczej w domach [28].

Zakłady opieki długoterminowej zapewniają respektowanie podstawowych wartości wynikających z praw człowieka i pacjenta, takich jak: godność, intymność, niezależność, poczucie bezpieczeństwa, prawo dokonywania wyboru, rozwój osobowości.

Celem pobytu jest:

- zapewnienie bezpieczeństwa i opieki
- poprawa i lub utrzymanie stanu zdrowia
- aktywizacja i usprawnianie ruchowe
- uzyskanie maksymalnej samodzielności i niezależności
- zapobieganie powikłaniom wynikającym z procesu chorobowego i unieruchomienia
- przygotowanie chorego i jego rodziny, opiekunów, bliskich do samo opieki i samo pielęgnacji w warunkach domowych
- pomoc w zakresie powrotu chorego do aktywnego życia w rodzinie i społeczeństwie [22].

Podstawowy pakiet świadczeń realizowanych w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej obejmuje w szczególności:

- ✓ świadczenia lekarskie
- ✓ świadczenia pielęgniarskie
- ✓ ogólną rehabilitację w podstawowym zakresie mającą na celu zmniejszenie skutków unieruchomienia oraz usprawnianie ruchowe

- ✓ świadczenia psychologa
- ✓ terapię zajęciową
- ✓ leczenie farmakologiczne
- ✓ leczenie dietetyczne
- ✓ zaopatrzenie w środki i przedmioty medyczne
- ✓ zapewnienie badań diagnostycznych zleconych przez lekarza zakładu
- ✓ zapewnienie transportu sanitarnego w dniu wypisu z zakładu lub w dniu skierowania pacjenta do szpitala albo na konsultację z wyłączeniem stanów nagłych
- ✓ edukację zdrowotną polegająca na przygotowaniu rekonwalescenta i jego rodziny lub opiekuna do samoopieki i samopielęgnacji [1].

Metody kwalifikacji chorych do opieki długoterminowej

Na oddział dla przewlekle chorych pacjent może zostać skierowany bezpośrednio przez lekarza z oddziału szpitalnego [1]. Jeśli stan pacjenta nie ulegnie poprawie i wymaga on kontynuacji opieki długoterminowej, to przed upływem 45 dni należy podjąć działania w celu umieszczenia chorego w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub pielęgnacyjno-opiekuńczym [1].

Sposób i tryb kierowania osób do publicznego ZOL i ZPO oraz zasady udzielania odpłatności za pobyt w tych zakładach określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1998r. w sprawie sposobu i trybu kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno- opiekuńczych oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach (Dz. U. nr.166 z 1998r., poz.1265). Skierowanie wydaje w drodze decyzji organ, który utworzył zakład, albo organ, który zawarł umowę z niepublicznym zakładem na wykonywanie zadań publicznego zakładu opieki zdrowotnej [29].

Zgodnie z rozporządzeniem o skierowanie do zakładu może wystąpić:

- osoba ubiegająca się o skierowanie
- jej przedstawiciel ustawowy
- inna osoba, za zgodą osoby ubiegającej się o skierowanie albo jej ustawowego przedstawiciela
- zakład opieki zdrowotnej [29].

Podstawą skierowania pacjenta do zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego lub opiekuńczo-leczniczego jest:

- wniosek lekarza POZ lub lekarza prowadzącego pacjenta na oddziale szpitalnym po zakończeniu leczenia w warunkach szpitalnych
- wywiad pielęgniarki rodzinnej
  - karta kwalifikacji pacjenta do udzielania świadczeń w zol/zpo (ocena wg zmodyfikowanej skali barthel), która powinna być podpisana przez lekarza i pielęgniarkę [29].

Wniosek o skierowanie do zakładu formułowany jest na podstawie dokładnej oceny i analizy stanu zdrowia chorego, sytuacji socjalnej, w tym wydolności opiekuńczej rodziny i środowiska, oceny zakresu niezbędnej pomocy i opieki, a przekazywany lekarzowi wyznaczonemu przez organ kierujący, który dokonuje kwalifikacji [29].

Skierowanie powinno zawierać:

- wniosek lekarza poz lub lekarza prowadzącego pacjenta z oddziału szpitalnego stwierdzający, że osoba ubiegająca się o skierowanie do zakładu ze względu na stan zdrowia wymaga całodobowej opieki lekarskiej, pielęgnacji i rehabilitacji
- wywiad pielęgniarski przeprowadzony przez pielęgniarkę środowiskową (rodzinną lub społeczną) zakładu opieki zdrowotnej, w którym przebywa osoba ubiegająca się o skierowanie di zakładu, wraz z oceną wg zmodyfikowanej (10 punktowej) skali barthel
- zgodę osoby zainteresowanej lub jej opiekuna prawnego na umieszczenie w zakładzie oraz – w przypadku pacjentów z demencją – zgodę sądu opiekuńczego właściwego dla miejsca zamieszkania zainteresowanego
- dokumenty stwierdzające wysokość dochodu osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu albo osoby zobowiązanej do ponoszenia odpłatności za pobyt w zakładzie
- zaświadczenie wydane przez lekarza psychiatrę o braku przeciwwskazań psychiatrycznych do pobytu w zakładzie, z adnotacją o świadomej i dobrowolnej zgodzie [29].

Skierowanie do ZPO, jak już wspomniano, wydaje się na czas określony (6 miesięcy), a do ZOL na czas określony (6 miesięcy) lub na stałe, w zależności od stanu samoobsługi pacjenta, określonej zmodyfikowaną 10- punktową skalą wg Barthel. Przedłużenie czasu pobytu wymaga akceptacji oddziału NFZ [29].

Pacjenci w stanie wegetatywnym (apalicznym), pacjenci wymagający przewlekłej wentylacji mechanicznej oraz dzieci mogą przebywać w zakładzie bezterminowo. Osoba ubiegająca się o przyjęcie do zakładu opiekuńczo-leczniczego powinna otrzymać decyzję o przyjęciu w ciągu 3 miesięcy lub zostać umieszczona na liście oczekujących i przyjęta do zakładu w okresie 12 miesięcy. W przypadku uzasadnionym stanem zdrowia lub zdarzeniem losowym osoba ubiegająca się może być przyjęta poza kolejnością. Kierownik zakładu ma obowiązek poinformowania lekarza POZ o objęciu pacjenta opieką długoterminową [29].

Do zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego lub opiekuńczo-leczniczego może zostać przyjęty pacjent wymagający całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych, u którego rozpoznano chorobę przewlekłą i który uzyskał 40 punktów lub mniej w ocenie zmodyfikowaną skalą Barthel [29]. Powyższej oceny dokonuje lekarz i pielęgniarka w dniu przyjęcia pacjenta oraz na koniec każdego miesiąca. Jeżeli stan zdrowia ulegnie poprawie i w ocenie ww. skalą pacjent uzyska powyżej 40 punktów, NFZ zaprzestaje finansowania pobytu pacjenta w zakładzie na koniec kolejnego miesiąca kalendarzowego [29].

Przeciwwskazaniem do leczenia w ogólnym ZPO i ZOL jest terminalna faza choroby nowotworowej (wskazane świadczenia hospicyjne), ostra faza choroby psychicznej (wskazany pobyt na oddziale psychogeriatrycznym) oraz wskazania socjalne (wskazany pobyt w domu pomocy społecznej) jak również uzależnienie.

Zgodnie z art. 34a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej osoba przebywająca w zakładzie opiekuńczo-leczniczym i pielęgnacyjno-opiekuńczym ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania. Miesięczna opłata ustalona jest w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z zastrzeżeniem, że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej [1, 22].

Domy pomocy społecznej (DPS) [9]

Zgodnie z ustawą o pomocy społecznej [19], DPS obejmują opieką osoby, które wymagają całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności i nie są w stanie samodzielnie funkcjonować w środowisku, a nie można im zapewnić niezbędnych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania (Ustawa z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej; Dz.U. z dnia 15 kwietnia 2004r.)

Wniosek o przyjęcie do DPS wraz z naliczaniem należnej opłaty rozpatrywany jest komisyjnie przez miejskie ośrodki pomocy rodzinie lub centra pomocy rodzinie. W przypadku gdy kwota w wysokości 70% miesięcznego dochodu mieszkańca nie pokrywa ustalonej opłaty, ustawa zobowiązuje rodzinę podopiecznego oraz gminę do współfinansowania pobytu w DPS [19].

Domy pomocy społecznej po uzyskaniu zezwolenia wojewody mogą prowadzić:

- jednostki samorządu terytorialnego
- kościół katolicki i inne kościoły
- związki wyznaniowe
- organizacje społeczne
- fundacje i stowarzyszenia
- osoby prawne i fizyczne [19].

Osobę ubiegającą się o pobyt w DPS kieruje się do domu pomocy społecznej odpowiedniego typu, zlokalizowanego jak najbliżej jej miejsca zamieszkania, po uzyskaniu jej zgody lub zgody jej przedstawiciela [19]. Decyzję o umieszczeniu w DPS wydaje organ gminy prowadzącej dom pomocy społecznej lub starosta powiatu prowadzącego dom pomocy społecznej. W przypadku regionalnych domów pomocy społecznej decyzję wydaje marszałek województwa, w przypadku finansowania domu z dochodów własnych samorządu województwa zaś decyzję o skierowaniu wydaje organ gminy, a decyzję o umieszczeniu i opłacie za pobyt wydaje marszałek województwa. W razie niemożności umieszczenia w domu pomocy społecznej z powodu braku wolnych miejsc powiadamia się zainteresowaną osobę o wpisaniu na listę oczekujących. Gdy osoba bezwzględnie wymagająca pomocy (lub jej przedstawiciel ustawowy) nie wyraża zgody na umieszczenie w domu pomocy społecznej lub po umieszczeniu wycofuje swoją zgodę, ośrodek pomocy społecznej lub dom pomocy społecznej są zobowiązane do zawiadomienia o tym właściwego sądu. Jeśli osoba taka nie ma przedstawiciela ustawowego lub opiekuna, zawiadamiany jest prokurator [19].

Organizacja domu pomocy społecznej, zakres i poziom usług świadczonych przez wykwalifikowany personel uwzględnia wolność, poszanowanie intymności, godności i poczucie bezpieczeństwa mieszkańców domu. Domy pomocy społecznej świadczą usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób w nim przebywających [22].

Domy pomocy społecznej zapewniają kompleksowe zaspokojenie potrzeb mieszkańców, są to:

- miejsce zamieszkania wyposażone w niezbędne sprzęty, pościel oraz środki utrzymania higieny osobistej
- odzież i obuwie
- wyżywienie w ramach obowiązujących norm żywieniowych, a także dietetycznych zgodnie ze wskazaniami lekarza
- opiekę lekarską (zgodnie z obowiązującymi zasadami – opieka lekarza rodzinnego lub w razie potrzeby lekarza specjalisty) oraz pielęgniarską,

włączając w to karmienie, ubieranie, mycie i kąpania osób które nie mogą samodzielnie wykonywać tych czynności
- zabiegi lecznicze usprawniające (kinezyterapia, fizykoterapia)
- leki i środki opatrunkowe zalecane przez lekarza
- warunki do nauki i rozwoju dla osób upośledzonych umysłowo
- terapię zajęciową, a także dobrowolny udział w pracach na rzecz domu
- dostęp do kultury i rekreacji
- spokój i bezpieczeństwo na terenie domu oraz opiekę w czasie zajęć organizowanych poza domem
- opiekę duszpasterską [22].

Piśmiennictwo

1. Kędziora-Kornatowska K., Muszalik M., Skolmowska E.: Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej. Podręcznik dla studiów medycznych. Wyd. PZWL, Warszawa, 2010.
2. Koziarkiewicz A., Szczerbińska K., Opieka długoterminowa w Polsce: ocena stanu obecnego oraz rozwiązania na przyszłość. Wyd. Wspólny Rynek Medyczny sp. z o. o., Termedia Wydawnictwo Medyczne, Wrocław, 2008.
3. Augustyn M., Błędowski P., Wyrwicka K., Łukasik J., Witkowska B., Wilmowska – Pietruszyoska A., Czepulis-Rutkowska Z.: Opieka długoterminowa w Polsce. „Zielona Księga" Opis, diagnoza, rekomendacje. Grupa Robocza ds. przygotowania ustawy o ubezpieczeniu od ryzyka niesamodzielności przy Klubie Senatorów Platformy Obywatelskiej, Augustyn Wł, Warszawa, 2009.
4. Szarota Z.: Gerontologia społeczna i oświatowa: zarys problematyki. Wyd. Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków, 2004.
5. Jabłoński L, Wysokińska-Miszczuk J: Podstawy gerontologii i wybrane zagadnienia z geriatrii. Lublin. Wyd. Czelej, 2000.
6. Zboina B, Kulik T. Uwarunkowania społeczne jako determinanty zadowolenia z jakości życia w zakładach pielęgnacyjno-leczniczyc. [w:] Ostrowieckie Dni Promujące Zdrowie. Zboina B (red.). Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju WSBiP, Ostrowiec Świętokrzyski, 2005. 79-90.
7. Konstytucja RP
8. Wieczorkowska-Tobis K.: Specyfika medycyny geriatrycznej. Pol. Med. Rodz., 2004, 6, 557-560
9. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z 30 sierpnia 1991 roku ze zmianami z 1992 roku i 1995 roku
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 213. poz 1568 z późn. zm.
11. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.)
12. Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 96/2008/DSOZ
13. Ustawa 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)

14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 r. w sprawie ustalania minimalnych norm zatrudniania pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 111 poz.1314).
15. Bień B. Sytuacja zdrowotna osób w podeszłym wieku. W: Geriartia z elementami gerontologii ogólnej. Red. T Grodzicki, J Kocemba, A Skalska. Wyd. Via Medica, Warszawa, 2006 42–46.
16. Bień B., Doroszkiewicz H.: Opieka długoterminowa w geriatrii: dom czy zakład opieki? Przew. Lek., 2006, 10, 48-57.
17. Przyłuska-Fiszer A., Wójcik A.: Problemy metodologiczne badań naukowych w opiece paliatywnej, Diametros, 2009, 19, 119–131.
18. Zarządzenie Nr 53/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka długoterminowa.
19. Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 roku
20. Fidecki W., Wysokiński M., Wrońska I., Ślusarz R.: Niesprawność osób starszych wyzwaniem dla opieki pielęgniarskiej. Probl. Pielęg., 2011, 19, 1-4.
21. Kędziora-Kornatowska K., Muszalik M.: Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunku pielęgniarstwo. Wyd. Czelej, 2007.
22. Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Hospicjum im. św. Łazarza" w Krakowie, Opieka długoterminowa oraz paliatywna i hospicyjna INFORMATOR Wydanie poprawione Materiały zostały wydane przy wsparciu finansowym Województwa Małopolskiego, Kraków, 2010.
23. Szwałkiewicz E. Kaussen J.: Opieka długoterminowa w świadczeniach pielęgniarek i opiekunek, Wyd. Toruńskie Zakłady materiałów opatrunkowych S.A. Toruń, 2006.
24. Michalak A., Krawczyk K., Bocian R., Okraszewski J., Wroński K.: Jakość życia, Ginekol. Prakt., 2010, 33-37.
25. Lutostańska I., Mrówczyńska E., Mazurkiewicz B., Stachowiak A.: Analiza Zintegrowanego Systemu Opieki nad osobami umierającymi na oddziale opieki paliatywnej – wszechstronna ocena potrzeb pacjentów w okresie terminalnym choroby nowotworowej, Med. Paliat., 2010, 2, 100–106.
26. Przewodnik dla pielęgniarek: Organizacja systemu ochrony zdrowia i pomocy społecznej w aspekcie opieki długoterminowej, Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, WEDA Zakład Poligraficzno-Wydawniczy, zeszyt I, Warszawa, 2000.
27. Budzyńska-Kapczuk A. Ocena jakości życia podopiecznych objętych długoterminową opieką stacjonarną w mieście i powiecie ziemskim Biała Podlaska. Gerontol. Pol., 2004, 12, 24-31.
28. CBOS (Centrum Badania Opinii Społecznej) Komunikat z badań. Warszawa, listopad 2009 BS/149/2009 Polacy o hospicjach i opiece paliatywnej, Warszawa, 2009, 1-25.
29. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1998r. w sprawie sposobu i trybu kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno- opiekuńczych oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach (Dz. U. nr.166 z 1998r., poz.1265)

Toczyńska Aneta

Jakość życia chorych w stacjonarnej opiece długoterminowej - zadania pielęgniarki

Niepubliczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej; Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Ustrzeszy

Każdy człowiek ma własne spojrzenie na jakość.

Pojęcie „jakości" istnieje od czasów starożytnych, a rozważania na jej temat można już znaleźć w dziełach Arystotelesa czy Platona, przy czym w przeszłości jakość kojarzona była z produktem czy usługą bez wad.

Charakterystyka jakości według Stonera [cyt. za 1] to: „*skupianie się na wytwarzaniu coraz lepszych wyrobów i usług po coraz bardziej konkurencyjnych cenach. Oznacza ponadto prawidłowe wykonywanie wszystkiego od początku, zamiast popełniania błędów a następnie ich poprawiania*".

Znaczenie jakości ewoluowało na przestrzeni wieków, od tzw. kontroli *post fatum,* do zaangażowania wszystkich pracowników firmy, na każdym jej szczeblu i współpracy na jej rzecz, we wszystkich obszarach działalności produkcyjnej i usługowej, przy czym w ochronie zdrowia jakość ma szczególny wymiar ze względu na fakt, iż dotyczy zdrowia i życia ludzkiego [2,3].

Jakość życia

Termin „jakość życia" pojawia się w wielu dziedzinach nauki, filozofii, polityki czy praktyki społecznej, w kontekstach historycznych i ideologicznych, w postaci pytania o sprawy fundamentalne dla życia ludzkiego [4]. Nie jest on bezpośrednio obserwowalny, mierzalny, dlatego charakteryzuje go nieograniczona dowolność Interpretacyjna. Tej wieloznaczności założeń teoretycznych oraz definicyjnych można zawdzięczać szczególne nim zainteresowanie. W medycynie problematyka jakości życia jest rozpatrywana w związku ze zdrowiem [4].

W Polsce w latach osiemdziesiątych, w naukach społecznych, pojawiły się prace dotyczące jakości życia. Przeniesienie z nauk społecznych na grunt medyczny pojęcia jakości życia wynikało z kwestionowania tradycyjnych metod oceny stanu zdrowia oraz łączyło się z alternatywą modelu holistycznego wobec biomedycznego wzorca opieki.

Model holistyczny uwzględnia wielostronne uwarunkowania zarówno zdrowia, jak i choroby. Według niego człowiek to: ciało, psychika i rozum, a to wszystko decyduje o stanie zdrowia oraz o powstaniu i przebiegu choroby [5,6].

Pojęcie jakości życia (ang. *QL quality of life)* [7] jest trudne do zdefiniowania i choć funkcjonuje w medycynie od wielu lat, to intensywny rozwój badań jakości życia obserwuje się tak naprawdę od niedawna. Impulsem do ich rozwoju stało się wzrastające zainteresowanie zarówno obiektywnymi wynikami leczenia, jak i subiektywnymi

odczuciami chorego. Jakość życia najczęściej porównywana jest ze szczęściem, satysfakcją, dobrostanem lub zadowoleniem [7].

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia jakość życia określana jest jako „*sposób postrzegania przez jednostki swoich pozycji w życiu, w kontekście kultury i systemu wartości, w których egzystują i w powiązaniu z własnymi celami, oczekiwaniami, standardami i obawami*".

Próby uściślenia definicji jakości życia doprowadziły ostatecznie do stworzenia nowego pojęcia jakości życia, nadającego się do zastosowania w medycynie. Jest to mianowicie „jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia" - HRQL (*Health related quality of life*). Pojęcie to wprowadził Schipper i jego współpracownicy [cyt. za 8], definiując je jako „*funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia odbierany (przeżywany) przez pacjenta*".

HRQL obejmuje cztery dziedziny:

- stan fizyczny i sprawność ruchową,
- stan psychiczny,
- sytuację społeczną i warunki ekonomiczne,
- doznania somatyczne [8].

Zakresy i kategorie wymienione przez WHO [cyt. za 9], które umożliwiają oszacowanie jakości życia obrazuje poniższe zestawienie:

Zakresy	Kategorie
Psychiczny	Bóle, niesmak, energia, zmęczenie, sen, wypoczywanie
Psychologiczny	Uczucia pozytywne, myślenie, uczenie się, pamięć koncentracja, szacunek do samego siebie, zewnętrzny wizerunek i negatywne uczucia
Stopień niezależności	Ruchliwość, czynności życia codziennego, zależność od medykamentów albo terapii, zdolność do pracy
Stosunki socjalne seksualna	Stosunki osobiste, wsparcie socjalne, aktywność
Środowisko	Bezpieczeństwo fizyczne, otoczenie domowe, zasoby finansowe, zdrowie i opieka socjalna, istnienie i jakość okazji uzyskania nowych informacji i sprawności, czas wolny i okazje do odpoczynku, fizyczne otoczenie (zanieczyszczenie, hałas, ruch uliczny, klimat), transport
Duchowy wierze	Życie duchowe, religia, osobiste wyobrażenie o

Jakość życia według Kolmana to: *stopień zaspokojenia potrzeb duchowych i materialnych człowieka, stopień zaspokojenia wymagań określający poziom Materialnego i duchowego bytu jednostek i całego społeczeństwa, stopień spełnienia oczekiwań umownej normalności w działaniach i sytuacji codziennego życia jednostek i społeczeństwa.*

W literaturze przedmiotu podkreśla się, iż mówiąc o jakości życia należy mieć na uwadze jej zasadnicze uwarunkowania takie jak.: warunki obiektywne, na które składają się: warunki ekonomiczne, czas wolny, bezpieczeństwo społeczne, warunki mieszkaniowe, środowisko naturalne człowieka, zdrowie, środowisko społeczne i wiele innych.

Równie ważny wpływ na jakość życia człowieka mają warunki subiektywne, które postrzegane są w sposób niepowtarzalny przez każdego człowieka, przejawiają się one w jego samopoczuciu, w tym ważna jest tu samoocena warunków życia, która jest ujmowana w kategoriach zadowolenia, szczęścia, lęków, obaw, nadziei, a także samotności tej rzeczywistej, która często tylko jemu samemu jest znana, a często nie uzewnętrzniana z obawy przed posądzeniem o dziwactwo, nieprzystosowanie społeczne, czy też z innych powodów. W opinii Sadowskiej i Przygody [10], *człowiek ze swego życia winien być zadowolony, bowiem zadowolony człowiek widzi sens życia, co warunkuje jego szczęście, jest mu wtedy łatwiej żyć i wszystkim z nim jest także łatwiej przebywać i współpracować.*

Jakość jest tym, co można poprawić w swoim otoczeniu, ale najpierw należy zacząć od samego siebie. W takim rozumieniu odnosi się ona do wyrobu, informacji, zarządzania oraz życia.

Jakość życia człowieka to nie tylko byt w sensie fizycznym, ale także możliwości wzbogacenia ducha, umysłu, możliwość kształcenia, a także twórczość i kreatywność. To kategoria filozoficzna, obejmująca wartości materialne, niematerialne i duchowe.

Ogólne tendencje w definiowaniu jakości życia, za Bartoszek [11], skupiły się ostatecznie wokół całokształtu położenia życiowego danego człowieka w określonym czasie, jednak każdy z badaczy określał ten termin odmiennie, zależnie od tego, jaką reprezentował dyscyplinę naukową.

Jakość życia i starość są ze sobą ściśle związane. Starzenie się zdaniem Strugały i Talarskiej [12], postrzegane jest jako proces destrukcyjny, postępujący i nieodwracalny, spowodowany czynnikami biologicznymi związanymi z inwolucją fizyczną, jak i czynnikami psychospołecznymi. Osoby starsze mają trudności związane z pogarszającym się stanem zdrowia, gdyż z wiekiem wyraźnie obniża się sprawność fizyczna i psychiczna organizmu [12].

Szczególne miejsce w projektach badawczych, za Nesterowiczem [13], zajmują badania nad jakością życia osób chorych, a zwłaszcza tych, które cierpią na ciężkie choroby grożące kalectwem, utratą czynności życia codziennego oraz śmiercią.

Jakość opieki pielęgniarskiej

Zdaniem Wrońskiego [14], jakość opieki pielęgniarskiej to stopień w jakim opieka ta, wykazując zgodność z aktualną, profesjonalną wiedzą przyczynia się do osiągnięcia pożądanych efektów w stanie zdrowia osób/populacji, zwiększając ich niezależność i zdolność do samopielęgnowania. W ochronie zdrowia definicja jakości funkcjonuje jako: *Jakość to stopień, jakim każda usługa świadczona klientowi (pacjentowi), dostarczana zgodnie z aktualnym stanem wiedzy, podnosi prawdopodobieństwo uzyskania pożądanego wyniku opieki i redukuje prawdopodobieństwo niepożądanych następstw* [cyt. za 14].

Jakość życia pacjentów w stacjonarnej opiece długoterminowej

Pobyt w szpitalu wymaga od pacjenta przystosowania się do nowej roli społecznej – roli pacjenta, diametralnie różnej od tej, którą odgrywał do tej pory (członka rodziny, pracownika itp.) [15]. Jak podkreśla Zahradniczek [15], rola pacjenta narzuca nowe obowiązki oraz prawa, a przewlekła choroba somatyczna, jakiej doświadcza chory, zmienia radykalnie wypracowywany przez lata system wartości.

Osoby chore przewlekle, za Kilańska [16], mają prawo do godnej opieki o wysokiej jakości, wsparcia i ukierunkowania działań na ich potrzeby oraz do wspierania ich zdolności do samoopieki do końca trwania życia.

Jakość życia człowieka jest zawsze wartością niezwykle subiektywną i jako taka zależy w dużym stopniu od jego stanu psychicznego, cech osobowości, upodobań, systemu wartości itp. Ten sam objaw, np. ograniczenie aktywności ruchowej, na przykładzie pacjenta opieki długoterminowej, może u jednego człowieka powodować znaczne obniżenie jakości życia w subiektywnej ocenie, u innego, mniej ruchliwego, może to być obniżenie niewielkie.

W opinii Górnej i Jaracz [17], jakość życia ściśle wiąże się z pojęciem życiowej satysfakcji, ponieważ ludzie, których cechuje wysoka jakość życia, są zadowoleni, mają satysfakcjonujące relacje społeczne.

Zdaniem autorek [17], analiza dobrze udokumentowanego materiału empirycznego pozwala na zidentyfikowanie czynników, którym przypisuje się zasadnicze znaczenie w osiąganiu wysokiej jakości życia. Jednym z nich jest wsparcie społeczne, wiążące się z istnieniem tak zwanej sieci społecznej, czyli funkcjonowaniem człowieka wśród innych ludzi i jego powiązaniami z nimi (np. posiadanie małżonka, dzieci, przyjaciół, sąsiadów) [17].

Niestety, pacjenci zakładów opieki długoterminowej nie zawsze mogą liczyć na wsparcie ze strony bliskich. Obserwując na co dzień w swojej pracy rożnego rodzaju sytuacje, ale będąc daleką od oceny ich, daje się zauważyć, że niejednokrotnie ludzie starzy i chorzy są dla swych rodzin ciężarem i pozostawienie ich w takim zakładzie powoduje ulgę tak naprawdę chyba dla obu stron. Nierzadko zdarza się, że chora osoba „oddana" do zakładu pozostaje w nim do końca swoich dni, bez jakiegokolwiek zainteresowania ze strony rodziny.

Inaczej wygląda sprawa w placówkach onkologicznych, powstają tam tak zwane zespoły wsparcia. Pierwszy taki zespół powstał w Centrum Onkologii w Warszawie w 2004 roku. System działający w Centrum Onkologii uwzględnia szkolenie onkologów i pielęgniarek onkologicznych w zakresie opieki paliatywnej. Powstała specjalna grupa pielęgniarek, liderek opieki paliatywnej, które brały udział w obszernym programie szkoleń i obecnie są odpowiedzialne za rozpoznawanie chorych, którzy mają specyficzne potrzeby wymagające pomocy paliatywnej. Personel zespołu stanowią: lekarz – specjalista medycyny paliatywnej, pielęgniarki, psychologowie i pracownik socjalny.

Realizacja zadań, jak podkreśla Jarosz i wsp. [18], odbywa się przez udzielanie porad i konsultacji, współpracę z lekarzem prowadzącym, wsparcie psychologiczne i socjalne, organizowanie wsparcia duchowego dla pacjentów i ich rodzin, edukowanie pacjentów, rodzin i opiekunów, pomoc w uzyskaniu sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie, w rozwiązywaniu trudności związanych z chorobą nowotworową i z jej następstwami, przełamywanie mitów i zabobonów związanych z chorobą nowotworową, cierpieniem i leczeniem przeciwbólowym, w tym opioidami.

W związku z tym istotną sprawą wpływającą na jakość życia pacjentów objętych długoterminową opieką są właściwe kontakty z chorym [15]. W opinii Zahradniczek [15], kontakty między pacjentem, a personelem medycznym, prócz bezpośredniego świadczenia usług medycznych, powinny również obejmować informowanie o stanie zdrowia, przebiegu choroby, sposobie leczenia, możliwości oraz rodzaju pojawiających się objawów ubocznych i co najważniejsze – powinny prowadzić do nawiązywania i podtrzymywania kontaktu emocjonalnego poprzez empatię oraz życzliwość w bezpośrednich relacjach między osobą leczoną a leczącymi. Ich jakość ma

istotne znaczenie w procesie zdrowienia, odgrywa bowiem ważną rolę w kształtowaniu odpowiedniego nastawienia do choroby i leczenia, wpływa na samopoczucie psychiczne i mobilizację do walki z chorobą [15, 19].

Dbałość o zachowanie jakości życia obejmuje zapewnienie odpowiednich warunków zamieszkania, uwzględnienie indywidualnych cech osoby objętej opieką i jej zainteresowań. Ważne jest przy tym dogłębne poznanie pielęgnowanej osoby i uzyskanie wiedzy co jest dla niej istotne, co ją cieszy i „trzyma przy życiu". Jeżeli są to potrzeby religijne to umożliwia się ich praktykowanie. Jeżeli dla osoby objętej opieką najważniejszy jest uregulowany styl życia to należy dążyć do tego by podstawowe czynności opiekuńcze np.: mycie, karmienie były wykonywane zawsze o tej samej porze.

Postulat dbania o jakość życia podopiecznych, w opinii Szaroty [20], ma na celu ochronę osób, szczególnie starszych przed depresją i marazmem, także zapewnienie tym osobom przynajmniej minimum radości i zadowolenia w schyłkowej fazie życia. Realizowanie opieki całościowej trafia w praktyce na wiele przeszkód, a często jest wręcz niemożliwe. Mimo wszystko, zdaniem autora [20], należy dążyć do zachowania równowagi między wymienionymi wyżej celami.

Prawa pacjenta, będące częścią praw człowieka, umożliwiają chorym przebywającym w zakładach opieki zdrowotnej praktykowanie swojej religii i nieograniczony kontakt z przedstawicielami swojego związku wyznaniowego.

Każdy chory przebywający w zakładzie opieki zdrowotnej, niezależnie od przynależności do grupy wyznaniowej, ma prawo do opieki duszpasterskiej, a 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 [21, 22].

Należy zwrócić szczególną uwagę na działania zmniejszające ryzyko upadków, które, w wielu krajach są traktowane priorytetowo [23,24]. Upadki często spowodowane są zaburzeniami równowagi. Zaburzenia równowagi w podeszłym wieku wynikają ze zmian starczych i chorobowych oraz wpływu niekorzystnych warunków zewnętrznych. Istotą skutecznej profilaktyki jest uświadomienie seniorom i ich opiekunom zagrożenia upadkiem i konieczności podejmowania indywidualnych środków zapobiegawczych. W pierwszej kolejności potrzeba zmodyfikować zagrożenia środowiskowe. Konieczny jest także instruktaż osoby starszej w zakresie wykonywania czynności dnia codziennego. Na podstawie przeprowadzonych badań w wielu ośrodkach [23,24] wynika, ze istotne znaczenie w zmniejszeniu ryzyka upadków mają ćwiczenia fizyczne ukierunkowane na stabilizację równowagi, zwiększenie siły mięśniowej i koordynacji ruchowej.

Upadki w wieku geriatrycznym stanowią duży problem dla seniora i osób opiekujących się nim, a wśród przyczyn wyróżnia się czynniki zewnętrzne związane ze środowiskiem seniora jak również czynniki wewnętrzne wynikające z procesu starzenia się organizmu, istniejących chorób a także ubocznych skutków farmakoterapii [23,24].

Dużymi trudnościami związanymi z zachodzącymi w wieku podeszłym zmianami inwolucyjnymi są problemy z mobilnością, które skutkują niesamodzielnością w poruszaniu się, a zaburzenia równowagi wynikają ze zmian starczych i chorobowych oraz wpływu niekorzystnych warunków zewnętrznych [25].

Nietrzymanie moczu jest jednym z ważniejszych objawów wprowadzających w chorobach wieku podeszłego, ponieważ strukturalne i czynnościowe zmiany pojawiające się w przebiegu starzenia utrudniają kontrolowane oddawanie moczu [25, 26, 27]. Wśród przewlekle chorych niestety nie wszyscy przyznają się do tego kłopotliwego zaburzenia,

ponieważ często jest ono przyczyną izolacji towarzyskiej i załamania psychicznego, a nieraz nawet przedwczesnego zamieszkania w zakładzie opieki długoterminowej [25].

Utrata funkcji poznawczych, to kolejny czynnik determinujący jakość życia podopiecznych stacjonarnej opieki długoterminowej. Z powodu procesów zwyrodnieniowych mózgu, klinicznie objawiających się występowaniem zespołów otępiennych, jest on formą niewydolności mózgu, a zespół objawów przypomina zespoły objawów niewydolności innych narządów.

U osób w wieku podeszłym często występują objawy zespołu depresyjnego towarzyszące chorobom somatycznym oraz trudnościom życiowym [25]. Osoby objęte opieką cierpią z powodu problemów ze snem – stanów bezsenności. Odczuwają stany niepokoju przed samotnością, utratą sprawności, śmiercią i chorobą [25].

Duża liczba osób starszych cierpi z powodu dysfunkcji narządów zmysłu: wzroku lub słuchu [25].

Problemy, które występują u ludzi starszych, wiążą się z procesem starzenia i jego skutkami - wraz z wiekiem pogarsza się wydolność czynnościowa organizmu oraz zwiększa się zapadalność na różne choroby. W związku z tym, jak podkreślają Borowiak i Barylska [28], osoby starsze wymagają specyficznej, profesjonalnej oraz stałej opieki medycznej, a przede wszystkim opieki pielęgniarskiej.

Zadania pielęgniarki opieki długoterminowej

Pielęgniarka – rola zawodowa

Sprawowanie funkcji zawodowych pracowników ochrony zdrowia wiąże się z okazywaniem współczucia cierpiącym oraz zainteresowaniem i podejmowaniem trudu pomagania ludziom.

W literaturze przedmiotu [2, 29, 30] podkreśla się, iż współczesna medycyna przywiązuje olbrzymią wagę do holistycznego podejścia do człowieka chorego, a opieka zdrowotna na początku XXI wieku charakteryzuje się zwiększonym poziomem oczekiwań wobec pracowników ochrony zdrowia, przede wszystkim wobec pielęgniarek, co wynika ze wzrostu liczby i jakości problemów zdrowotnych społeczeństwa oraz postrzegania tego zawodu jako wiodącego w realizacji celów i zadań ochrony zdrowia.

Obowiązujące przepisy prawne dotyczące zawodu pielęgniarki jasno definiują zakres jej kompetencji oraz przyznają jej samodzielność, czyli autonomię. Wrońska [31] podkreśla, że przed pielęgniarstwem, jako samodzielnym zawodem, otwierają się nowe możliwości działania, a praca pielęgniarki opiera się nie tylko na doświadczeniu, lecz ma coraz mocniejszą podbudowę badawczo-naukową. Wyraża opinię, że przemiany zachodzące w systemie opieki zdrowotnej świadczą o tym, że kształtowanie się roli pielęgniarki nie ma charakteru statycznego.

Współczesne pielęgniarstwo zmierza do zapewnienia społeczeństwu coraz doskonalszej opieki pod względem jakościowym zarówno w chorobie, jak i zdrowiu. Na kompetencje pielęgniarki składają się: wiedza, umiejętności, wartości oraz postawy pozwalające jej wykazać się autonomią i profesjonalizmem. Zakres realizowanych zadań jest między innymi wynikiem oczekiwań społecznych [32, 33, 34].

Zadaniem i obowiązkiem personelu medycznego, za Ślusarska i wsp. [35], jest działanie przede wszystkim dla dobra chorego człowieka. Fundamentalnymi zasadami są: życzliwość, nieszkodzenie, przestrzeganie zasady autonomii pacjenta, czyli poszano-

wanie jego woli, a przy podejmowaniu działań potrzebne jest zrozumienie choroby, jej przyczyn i następstw z punktu widzenia pacjenta [35].

Głównym celem opieki pielęgniarskiej wobec osób starszych jest udzielenie wsparcia i niezbędnej pomocy, aby jak najdłużej podtrzymać aktywność i samodzielność warunkującą zachowanie zdrowia, niezależności i godności starszego człowieka [36, 37]. Specyfika podejmowanych działań pielęgniarskich uzależniona jest przede wszystkim od stopnia samodzielności pacjenta w zaspokajaniu potrzeb życiowych, stanu czynnościowego i psychicznego organizmu. Skupiając uwagę na funkcjach zawodowych pielęgniarki największe zastosowanie na oddziale opieki długoterminowej znajdują czynności i zadania pielęgniarki wynikające z funkcji opiekuńczej i wychowawczej [36, 37].

Rola pielęgniarki nad pacjentem przewlekle chorym i niepełnosprawnym

Funkcja opiekuńcza [38]

- rozpoznawanie stanu zapotrzebowania na opiekę, jej rodzaj, zakres i charakter (np. skala barthel)
- stwarzanie optymalnych warunków do podtrzymania biologicznych funkcji życiowych organizmu
- pomaganie w wykonywaniu czynności życia codziennego lub wykonywanie ich za pacjenta
- pomaganie w rozwiązywaniu problemów wynikających z metody diagnozowania, leczenia i rehabilitacji
- ułatwianie choremu dostępu do informacji o stanie zdrowia i planowanych działaniach
- wspieranie, tworzenie warunków i udział w opiece długoterminowej oraz terminalnej
- wsparcie emocjonalne

Funkcja wychowawcza [38]

- kształtowanie poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie
- przygotowanie pacjenta i jego rodziny do współpracy w procesie pielęgnowania
- przygotowanie pacjenta do samoopieki i samopielęgnacji
- przygotowanie członków rodziny i innych osób do sprawowania opieki nieprofesjonalnej w środowisku domowym

Funkcja promowania zdrowia [38]

- przygotowanie pacjenta do zwiększenia kontroli nad stanem własnego zdrowia
- pomaganie w kształtowaniu zachowań sprzyjających zdrowiu

Funkcja profilaktyczna [38]

- podejmowanie działań zapobiegających lub ograniczających ryzyko wystąpienia powikłań w czasie stosowania metod diagnostycznych, leczenia i rehabilitacji

Funkcja terapeutyczna [38]

- wykonywanie zadań i zabiegów w ramach pierwszej pomocy przedlekarskiej w nagłym załamaniu stanu zdrowia pacjenta
- współudział w procesie diagnozowania pacjenta: wykonywanie pomiarów podstawowych czynności życiowych, pobieranie materiałów do badań, asystowanie lekarzowi w wykonywaniu badań, przygotowanie pacjenta do badań i zabiegów

- wykonywanie zabiegów zleconych przez lekarza (leczenie farmakologiczne, dietetyczne, zabiegowe)

Funkcja rehabilitacyjna [38]

- współudział w usprawnianiu pacjenta (układy: oddechowy, pokarmowy, moczowy ruchowy)
- prowadzenie treningu samoobsługi
- motywowanie do działań rehabilitacyjnych i pracy nad sobą
- pomoc niepełnosprawnym w podniesieniu poziomu samooceny przez wskazanie sprawności, które utrzymują się mimo choroby czy dysfunkcji i mogą stanowić o usamodzielnieniu pacjenta
- informowanie o możliwościach zatrudnienia w zakładach pracy chronionej
- informowanie o możliwościach uzyskania pomocy oferowanej przez instytucje pomocy społecznej
- organizowanie samopomocy osób niepełnosprawnych.

Pielęgniarka opieki długoterminowej

W literaturze przedmiotu [38] podkreśla się, iż niepodważalną zasadą opieki długoterminowej jest jej kompleksowość, ponieważ połączenie świadczeń pielęgniarskich i usług opiekuńczych w jeden kompleks koordynowany i nadzorowany przez profesjonalna pielęgniarkę daje szansę na rozwój dobrej jakościowo opieki długoterminowej.

Wśród czynników, charakteryzujących pracę z pacjentami przewlekle chorymi i niepełnosprawnymi, za Kornatowska i wsp. [382] można wyróżnić:

- samodzielność stanowiska pracy
- sprawowanie opieki nad pacjentem ze złożonymi problemami zdrowotnymi i życiowymi
- duży zakres działań edukacyjnych i wsparcia na rzecz podopiecznych
- współudział pacjenta i jego rodzimy w wyborze metody leczenia i organizacji opieki
- konieczność integracji świadczeń z różnych zakresów np.: medycznych, rehabilitacyjnych, opiekuńczych, socjalnych, prawnych
- potrzeba nawiązania efektywnej współpracy z członkami zespołu terapeutycznego.

Autorzy [38] uważają, iż biorąc pod uwagę powyższe czynniki należy uznać, że podstawowe kwalifikacje pielęgniarek mogą być niewystarczające do właściwego sprawowania opieki długoterminowej nad pacjentem, dlatego w edukacji pielęgniarek podejmujących pracę w obszarze opieki długoterminowej dużo uwagi powinno się poświęcać na kształtowanie właściwych postaw etycznych, dojrzałości zawodowej i profesjonalizmu.

W ich opinii [38], pielęgniarka pracująca w opiece długoterminowej powinna:

- dobrze poznać pacjenta i jego rodzinę, aby móc rozpoznawać ich aktualne i potencjalne, a najczęściej złożone, problemy zdrowotne i życiowe
- ustalać zakres deficytu w samoobsłudze i samo pielęgnacji pacjenta przewlekle chorego i niezdolnego do samodzielnej egzystencji
- umieć organizować opiekę nad pacjentem przewlekle chorym i niepełnosprawnym w warunkach instytucjonalnych

- umieć efektywnie współpracować i koordynować pracę członków zespołu terapeutycznego działającego na rzecz pacjenta
- podejmować samodzielne decyzje zawodowe w zakresie stawiania diagnozy pielęgniarskiej, planowania opieki oraz metod realizacji planu pielęgnowania, a także dokonywać oceny efektów działania
- prowadzić wielokierunkową edukację pacjenta i jego rodziny w celu poprawy komfortu i jakości życia mimo niepełnosprawności
- realizować zadania zawodowe wobec pacjentów przewlekle chorych i niepełnosprawnych w ramach wyższych funkcji zawodowych.

Głównym celem działania pielęgniarki specjalisty pielęgniarstwa opieki długoterminowej jest ustalenie obszaru świadczenia medycznego w zakresie opieki i pielęgnacji oraz koordynowanie i monitorowanie działań w odniesieniu do osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych [38]. Udzielanie świadczeń obejmuje działania związane z oceną stanu zdrowia w kontekście ustalenia stopnia niesamodzielności w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych, kompensowanie utraconej sprawności w zakresie samo pielęgnacji oraz współuczestniczenie w procesie leczenia [38].

Praca pielęgniarki specjalisty opieki długoterminowej jest pracą samodzielną, ale jednocześnie wymaga ścisłej współpracy z lekarzem, zespołem terapeutycznym oraz organizacjami działającymi na rzecz pacjentów przewlekle chorych i niepełnosprawnych [38]. Specjalistka wykonuje także zadania związane ze szkoleniem personelu, rodzin i opiekunów pacjentów. W realizacji świadczeń dla pacjenta przewlekle chorego i niepełnosprawnego powinna wykazywać się dużą wiedza na temat zmian inwolucyjnych w procesie starzenia się, zmian i zagrożeń powstających w wyniku chorób przewlekłych, prowadzących do niepełnosprawności i niesamodzielności oraz być osobą samodzielną i kreatywną, powinna trafnie i szybko podejmować decyzje oraz być skuteczną [38].

Zadania zawodowe pielęgniarki specjalisty opieki długoterminowej obejmują:

- organizowanie opieki pielęgniarskiej nad pacjentem przewlekle chorym i niepełnosprawnym w warunkach instytucjonalnych i domowych
- organizowanie wsparcia społecznego dla pacjenta opieki długoterminowej i kształtowanie pozytywnych relacji interpersonalnych w najbliższym otoczeniu podopiecznego
- planowanie i wdrażanie standardów opieki obowiązujących w opiece długo-terminowej
- rozpoznawanie i ocena stanu zdrowia oraz ustalenie zakresu deficytu w zakresie samoobsługi i samo pielęgnacji pacjenta przewlekle chorego, a także niezdolnego do samodzielnej egzystencji
- koordynowanie i planowanie opieki nad pacjentem przewlekle chorym i niezdolnym do samodzielnej egzystencji z rozróżnieniem cech opieki nad dorosłym, dzieckiem i pacjentem z zaburzeniami psychicznymi
- przygotowanie chorego przewlekle i niepełnosprawnego oraz jego rodziny do samoopieki i kompensowania utraconych funkcji
- prowadzenie edukacji w zakresie obsługi sprzętu i aparatury specjalistycznej
- kierowanie pracą zespołu terapeutycznego w przebiegu opieki i rehabilitacji pacjenta przewlekle chorego i niepełnosprawnego
- współpraca z instytucjami i organizacjami społecznymi oraz osobami fizycznymi w celu rozwiązywania problemów zdrowotnych, socjalnych i prawnych pacjentów przewlekle chorych i niepełnosprawnych

- organizowanie i planowanie pracy na własnym stanowisku oraz personelu podległego zgodnie z przepisami oraz zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy, ergonomii, ochrony przeciwpożarowej i ochrony środowiska
- nadzorowanie i ocena działań zespołu pielęgniarskiego w stosunku do pacjenta przewlekle chorego i niepełnosprawnego
- ocena pracy własnej oraz podległych pracowników zespołu opieki długoterminowej
- udział w badaniach naukowych w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej oraz wykorzystywanie wyników badań w działalności praktycznej [38].

Z badań przeprowadzonych przez Grabską i Stefańską [32] z Wydziału Pedagogiki i Nauk o Zdrowiu Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej we Włocławku na temat „Sylwetka zawodowa pielęgniarki w opinii pacjentów" wynika, że:

1. pacjenci najbardziej cenią u pielęgniarki takie cechy, jak: uprzejmość i serdeczność oraz dokładność w wykonywaniu zabiegów.
2. istotnie ważnym elementem w ocenie sylwetki zawodowej współczesnej pielęgniarki przez pacjentów jest sytuacja w ochronie zdrowia i poziom realizacji oczekiwań, jakie są przed nią stawiane.
3. badani bardzo wysoko oceniają profesjonalizm pielęgniarki

Niemniej jednak należy stanowczo powiedzieć, że praca pielęgniarki opiekującej się ludźmi wymagającymi ciągłej opieki, niezależnie od tego czy jest to praca na oddziale opieki długoterminowej, paliatywno-hospicyjnej, czy dla przewlekle chorych jest pracą niezwykle ciężką fizycznie jak również obciążającą psychicznie. W związku z tym powstało wiele publikacji i badań z zakresu stresu i wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek.

W opinii Muraczyńskiej [39], przegląd badań z zakresu stresu zawodowego u osób, które poświęciły większość lub część swojego życia opiece nad człowiekiem umierającym, wskazuje jednoznacznie, że pielęgnowanie pacjentów z niepomyślnym rokowaniem tworzy specyficzne zawodowe problemy. Z jednej strony, długa choroba pacjenta i pozostawanie pod stałą opieką personelu medycznego sprzyja nawiązywaniu przyjaznych relacji, których zerwanie bywa dotkliwie odczuwane przez personel opiekujący się chorym. Z drugiej zaś, wyzwala postawy dystansujące wobec człowieka umierającego i śmierci. Badania przeprowadzone w jednym z amerykańskich szpitali, których przedmiotem był czas reakcji pielęgniarek na dzwonek chorego, wykazały, iż pielęgniarki najdłużej zwlekały z pójściem do najciężej chorych. Problem ten wydaje się szczególnie istotny w odniesieniu do pracy zawodowej, której nieodłączną cechą są szybkie interwencje [39].

W pracy pielęgniarskiej za fundamentalną zasadę, niezależnie od przedstawianych poglądów filozoficznych, uważa się słowa zawarte w Biblii: „*...wszystko więc, co byście chcieli, żeby wam ludzie czynili, i wy im czyńcie*" (Mt 7–12).

Pracownicy ochrony zdrowia powinni chronić swoich podopiecznych przed doznaniem krzywdy w sytuacjach, gdy sami nie mogą tego czynić ze względu na wiek, chorobę czy stan umysłu. Zasada Hipokratesa — *primum non nocere*, czyli przede wszystkim nie szkodzić, w opinii Tałaja i Suchorzewskeij [40] obejmuje cały jego byt psychosomatyczny, a nieszkodzenie obejmuje sferę myśli, zaniedbań i uczynków [40].

Piśmiennictwo

1. Stefańska W.: Podstawowe zagadnienia współczesnej pielęgniarki w opiece zdrowotnej. Pielęg. Pol., 2004, 1–2, 4.
2. Krukowski J., Katarzyna Kretowicz K., Aleksandra Gaworska-Krzemińska A.: Ocena jakości opieki pielęgniarskiej w hospicjum stacjonarnym, Probl. Pielęg., 2010, 18, 299–303.
3. Michalak A., Krawczyk K., Bocian R., Okraszewski J., Wroński K.: Jakość życia, Ginekol. Prakt., 2010, 33-37.
4. Daszykowska J.: Jakość życia w koncepcjach związanych ze zdrowiem. Przegl. Med. Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów, 2006, 2, 122–128.
5. Muszalik M., Kędziora-Kornatowska K., Ciosek A.: Problemy związane z adaptacją oraz oczekiwania hospitalizowanych osób w starszym wieku Gerontol. Pol., 2010, 16, 41–46,
6. Wstępny krajowy raport w sprawie opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej, Ministerstwo Zdrowia, 2005.
7. Skrzypek E., Jakość i efektywność, Wyd. UMCS, Lublin, 2000.
8. Tałaj A., Janina Suchorzewska J.: Postawy pielęgniarek i położnych wobec osób chorych i cierpiących w aspekcie obowiązujących norm prawnych i moralnych. Probl. Pielęg., 2007, 15, 32-38.
9. Daszykowska J.: Jakość życia w koncepcjach związanych ze zdrowiem. Przegl. Med. Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów, 2006, 2, 122–128.
10. Sadowska L., Przygoda Ł.: Opieka hospicyjna jako alternatywa eutanazji, Przegl. Med. Uniwersytetu Rzeszowskiego, 2005, 4, 372–379 .
11. Bartoszek A. Moralne aspekty „Jakości życia" w opiece paliatywnej, Śląskie Studia Historyczno-Teologiczne, 2002, t. 35, z. 2, 309–330
12. Strugała M, Talarska D.: Ocena sprawności podstawowej osoby w wieku podeszłym z wykorzystaniem katalogu czynności życia codziennego. Family Med. Care Review., 2006, 2, 332-335.
13. Nestorowicz M., Bagińska E., Śliwka M., Świderska M., Wałachowska M., Ustawa o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta, Instytut Problemów Ochrony Zdrowia sp. z o.o., Wydanie I, Warszawa, 2009.
14. Wroński K.: Prawo chorego do opieki duszpasterskiej podczas pobytu w szpitalu, Współ.. Onkol., 2007, 11, 381-384.
15. Zahradniczek K.: Pielęgniarstwo. Podręcznik dla studiów medycznych. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2006.
16. Kilańska D.: Pielęgniarki liderami opieki długoterminowej, Probl. Pielęg., 2010, 18, 72–78.
17. Górna K, Jaracz K. Jakość życia osób starszych [w:] Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. Podręcznik dla studiów medycznych. Wieczorowska-Tobis K, Talarska D (red.). Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2008, 343-345.
18. Jarosz J., Wikłacz R., Grzejszczak M., Czerwik-Kulpa M., Smolik B., Opieka J., Markowska-Gąsiorowska A., Majewska M.: Ocena zapotrzebowania na działalność szpitalnego zespołu wsparcia w szpitalu onkologicznym, Med. Paliat., 2010, 1, 18–24.
19. Krajewska-Kułak E., Van Damme-Ostapowicz K., Bielemuk A., Penar-Zadark B, Rozwadowska E, Lewko J, Kowalewska B., Dorota Kondzior B., Krystyna Kowalczuk K., Krystyna Klimaszewska K, Terlikowski R.: Samoocena postrzegania zawodu pielęgniarki oraz zdolności rozumienia empatycznego innych ludzi przez studentów pielęgniarstwa, Probl. Pielęg., 2010, 1, 1–10.

20. Szarota Z.: Gerontologia społeczna i oświatowa: zarys problematyki. Wyd. Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków, 2004.
21. Niechwiadowicz-Czapka T., Kimczyk A.: Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa geriatrycznego. Wyd. Continuo, Wrocław, 2010.
22. Wdowiak L., Stanisławek D., Stanisławek A.: Jakość życia w stacjonarnej opiece długoterminowej. Med. Rodz., 2009, 4, 49-63.
23. Zboina B., Florczyk M., i wsp.: Jakość życia osób starszych wyzwaniem dla opieki instytucjonalnej, Akademia Świętokrzyska w Kielcach, Wydział Nauk o Zdrowiu Katedra Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej w Lublinie, 2008.
24. Zboina B, Kulik T. Uwarunkowania społeczne jako determinanty zadowolenia z jakości życia w zakładach pielęgnacyjno-leczniczyc. [w:] Ostrowieckie Dni Promujące Zdrowie. Zboina B (red.). Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju WSBiP, Ostrowiec Świętokrzyski, 2005. 79-90.
25. de Walden-Gałuszko K., Majkowicz M.: Jakość życia w chorobie nowotworowej, Wyd. Uniwersytetu gdańskiego, Gdańsk , 1994.
26. Biercewicz M., Szewczyk M., Ślusarz R., Pielęgniarstwo w geriatrii. Wybrane zagadnienia z zakresu pielęgniarstw specjalistycznych. Wyd. Med. BORGIS. Warszawa, 2006.
27. Biercewicz M, Kędziora-Kornatowska K. i wsp.: Ocena wydolności czynnościowej osób w wieku podeszłym na tle uwarunkowań zdrowotnych i społecznych. Pielęgniarstwo XXI wieku, 2005, ½, 39-45
28. Borowiak E., Barylska A., Problemy seniorów przebywających w Domu Dziennego Pobytu wyzwaniem dla pielęgniarki Probl. Pielęg., 2007, 15, 13-19.
29. Szwałkiewicz E.: Warunki funkcjonowania opieki długoterminowej w Polsce. Medi, 2003, 4.
30. Wieczorkowska-Tobis K.: Specyfika medycyny geriatrycznej. Pol. Med. Rodz., 2004, 6, 557-560
31. Wrońska I.: Rola społeczno-zawodowa pielęgniarki. Studium z zakresu współczesnego pielęgniarstwa. Wyd. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa, 1997, 10.
32. Grabska K., Stefańska W., Sylwetka zawodowa pielęgniarki w opinii pacjentów Probl. Pielęg., 2009, 17, 8–12.
33. Sokolnicka H., Mikuła W.: Metody oceny jakości życia mające zastosowanie w medycynie, Med. Rodz., 2003, 24, 129-131.
34. Stefańska W.: Podstawowe zagadnienia współczesnej pielęgniarki w opiece zdrowotnej. Pielęg. Pol., 2004, 1–2, 4.
35. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K.: Podstawy pielęgniarstwa, Tom I, Założenia teoretyczne, Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo, Wyd. Lek. PZWL, 2011.
36. Derejczyk J.: Geriatria – dziedzina z przyszłością. Mag. Piel. Poł.., 2005, 4, 15-16.
37. Wieczorowska-Tobis K., Talarska D.: Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. Podręcznik dla studiów medycznych. Wyd. Lek. PZWL, 2008.
38. Kędziora-Kornatowska K., Muszalik M., Skolmowska E.: Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej. Podręcznik dla studiów medycznych. Wyd. PZWL, Warszawa, 2010.
39. Muraczyńska B.: Problemy zawodowe pielęgniarek w opiece paliatywnej – wybrane zagadnienia, Ann. UMCS Sect. I., 2001, 26, 201-205.

40. Tałaj A., Janina Suchorzewska J.: Postawy pielęgniarek i położnych wobec osób chorych i cierpiących w aspekcie obowiązujących norm prawnych i moralnych. Probl. Pielęg., 2007, 15, 32-38.

Guzak Beata[1], Abramczyk Anna[1], Kolasińska Kolasińska[2], Kozinoga Leszek[1], Rypicz Łukasz[1]

Wybrane aspekty opieki nad pacjentem objętym opieką długoterminową

[1] Zakład Pielęgniarstwa w Podstawowej Opiece Zdrowotnej, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wydział Nauk o Zdrowiu
[2] Zakład Nauki Zawodu, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wydział Nauk o Zdrowiu

Wstęp

Termin opieka długoterminowa często kojarzy się z osobą cierpiąca na schorzenia o charakterze przewlekłym, z upośledzoną sprawnością fizyczną i/lub psychiczną. Wiąże się ze świadczeniem usług, pomocy, wsparcia. Może dotyczyć osób w każdym wieku, jednak najczęściej dotyczy populacji osób starszych, w której nasilają się schorzenia przewlekłe [1].

Pojęcie „opieka długoterminowa" nie ma jednoznacznej, ustawowej definicji. Ministerstwo Zdrowia określa opiekę długoterminową jako "długookresową, ciągłą i profesjonalną pielęgnację i rehabilitację oraz kontynuację leczenia farmakologicznego i dietetycznego. Opieka ta realizowana jest w zakładach opieki stacjonarnej lub w domu chorego [2]. W opinii wielu autorów „opieka długoterminowa dotyczy osób przewlekle i obłożnie chorych, których stan zdrowia nie wymaga leczenia w warunkach ostrego oddziału szpitalnego, natomiast powoduje występowanie poważnych deficytów w samoopiece (czyli niemożności samodzielnego zadbania o siebie), uniemożliwiając im niezależne, samodzielne funkcjonowanie w swoich domach. Osoby te wymagają codziennej, a nieraz i całodobowej, profesjonalnej, intensywnej opieki, pielęgnacji oraz kontynuacji leczenia"[2].

Narodowy fundusz Zdrowia, jako płatnik za świadczenia medyczne w opiece długoterminowej, określa jedynie rodzaj świadczeń, jakie podlegają realizacji w placówkach opieki długoterminowej, nie definiując, czym jest opieka długoterminowa [3]. Polski system pomocy społecznej z założenia zajmujący się świadczeniem usług osobom wymagającym stałej, bądź długotrwałej pomocy wsparcia i opieki, w swoim zasadniczym akcie prawnym także nie precyzuje pojęcia opieki długoterminowej [4]. Mimo braku jednoznacznej definicji opieki długoterminowej, ochrona zdrowia i pomoc społeczna to kluczowe elementy opieki długoterminowej, stanowiące o jej stabilnym funkcjonowaniu [5]. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) opieka długoterminowa to system działań podejmowanych przez opiekunów nieformalnych (rodzina, grupy samopomocowe) i/lub formalnych (medycznych, społecznych), mających na celu zapewnienie osobie, która nie jest w stanie samodzielnie wykonywać

czynności życia codziennego, utrzymania najwyższej możliwej jakości życia, zgodnej z osobistymi preferencjami i wymaganiami, przy zachowaniu najwyższego możliwego poziomu niezależności, autonomii, uczestnictwa oraz godności osobistej [5]. Opieka długoterminowa prowadzona jest w różnych formach. Ze względu na miejsce świadczenia usług wyróżnia się opiekę środowiskową/domową (realizowaną w miejscu zamieszkania osoby niesamodzielnej) oraz opiekę stacjonarną (realizowaną całodobowo przez wyspecjalizowane instytucje) [1].

Opieka środowiskowa, jak i opieka stacjonarna może być realizowana zarówno przez resort polityki społecznej, jak i przez resort zdrowia. Resort polityki społecznej koordynuje w środowisku podopiecznego głównie usługi opiekuńcze świadczone przez ośrodki pomocy społecznej, organizacje rządowe, np.; PFRON, organizacje pozarządowe, np. PCK, PKPS lub fundacje i stowarzyszenia. W formie stacjonarnej oferuje domy pomocy społecznej i dom dziennego pobytu. Resort zdrowia w opiece środowiskowej oferuje usługi w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej, natomiast w opiece stacjonarnej świadczenia realizowane są w oddziałach geriatrycznych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych czy opiekuńczo-leczniczych [6].

Brak ujednoliconych definicji i usystematyzowanych kategorii świadczeń powoduje, że w samej tylko Unii Europejskiej funkcjonuje 8 typów placówek opieki stacjonarnej, 17 kategorii placówek czasowego pobytu oraz 22 rodzaje usług środowiskowych [5].

Efektywna opieka długoterminowa jest rezultatem właściwego współdziałania różnych świadczeniodawców na rzecz świadczeniobiorcy. W realizację tych działań zaangażowane są cztery grupy podmiotów:

- rodziny wraz z siecią wsparcia nieformalnego,
- instytucje publiczne/państwowe,
- organizacje pozarządowe (*non-profit*, wolontariat),
- podmioty gospodarcze (komercyjne/niepubliczne), tworzące łącznie tzw. „brylant opieki społecznej" [1].

Podmioty w „brylancie opieki" wypełniają komplementarne zadania i nie powinny traktować siebie jak rywali, lecz jak partnerów realizujących wspólny cel [5].

Potencjalną potrzebę opieki długoterminowej należy analizować w trzech wymiarach:

- choroby ciała,
- niesamodzielności funkcjonalnej,
- niedomagań psychicznych, społecznych lub ekonomicznych [5].

Opieka długoterminowa powinna odpowiadać na określone potrzeby medyczne, społeczne oraz potrzeby sprawnego funkcjonowania [5].

Podstawowym kryterium kwalifikującym do objęcia opieką długoterminową jest stan zdrowia pacjenta. Na tej podstawie ustala się zapotrzebowanie na usługi pielęgnacyjno – opiekuńcze, rehabilitacyjne czy lecznicze. Świadczenia te adresowane są zarówno do dorosłych, jak i do dzieci [2]. Jednakże około 80% odbiorców świadczeń opieki środowiskowej/domowej oraz 90% pensjonariuszy stacjonarnych zakładów opieki długoterminowej to osoby w wieku powyżej 65 lat, dlatego opiekę długoterminową zwykło się traktować jako opiekę nad osobami starymi [5].

Narodowy Fundusz Zdrowia wprowadził jako podstawowe kryterium kwalifikujące do opieki długoterminowej: stacjonarnej i środowiskowej ocenę według skali Barthel. Określił jednocześnie, że tą formą opieki mogą być objęci przewlekle

chorzy, unieruchomieni z powodu choroby lub urazu i którzy uzyskali od 0 do 40 punktów w skali Barthel [7].
Skala Barthel pozwala ocenić sprawność chorego, czynności, które pacjent może wykonać sam lub z pomocą, nie może wykonać sam lub z pomocą, albo których nie może wykonać wcale. Według skali Barthel maksymalnie pacjent może otrzymać 100 pkt. a min. 0 pkt.[2].

W zależności od ilości uzyskanych punktów pacjentów można podzielić na trzy grupy:

1. 85 – 100 punktów – ograniczona zdolność do samoopieki
2. 20 – 85 punktów – znacznie ograniczona zdolność do samoopieki
3. 0 - 20 punktów – brak zdolności do samoopieki [7].

Skala ta nie sprawdza się jednak w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi (otępieniem) lub z przewlekłymi ranami (dleżyny, owrzodzenia). U takich pacjentów często występuje więcej niż 40 pkt. w ocenie skalą Barthel, jednakże wymagają oni świadczeń z zakresu opieki długoterminowej [7].

„Świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, pielęgniarskie i opiekuńcze są realizowane na rzecz osób niepełnosprawnych[1], niesamodzielnych[2], z ograniczoną zdolnością do samoopieki [3],[4], najczęściej przewlekle chorych[5] i w podeszłym wieku”[7].

---

[1] „Niepełnosprawność według Światowej Organizacji Zdrowia to wynikające z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu w następstwie choroby lub urazu ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka”[8].

[2] „Niesamodzielność – to wynikająca z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu w następstwie choroby lub urazu niezdolność do samodzielnej egzystencji, powodująca konieczność stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy osób drugich w wykonywaniu czynności dnia codziennego w zakresie odżywiania, przemieszczania się, pielęgnacji ciała, komunikacji oraz zaopatrzenia gospodarstwa domowego [8].

[3] Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) definiuje samoopiekę jako "działania - poszczególnych osób, ich rodzin i środowiska, w którym żyją - podejmowane z zamiarem poprawy zdrowia, zapobiegania chorobom, ograniczania skutków choroby i przywracania zdrowia” [9].

[4] Ograniczona zdolność do samoopieki – bywa oceniana w kontekście aktywności dnia codziennego (ADL) lub (IADL), służą do tego określone skale.
„Według Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (*Organization for Economic Co-operation and Development OECD)*, ADL (*Activities of daily living*) to osobiste czynności życia codziennego, które osoba musi wykonać codziennie: jedzenie, picie, mycie, ubieranie, wstawanie i chodzenie spać, siadanie, poruszanie się, korzystanie z toalety i kontrolowanie funkcji pęcherza i jelit. Natomiast IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*) to instrumentalne czynności życia codziennego związane z samodzielnością obejmujące: przygotowanie posiłku, utrzymanie się, robienie zakupów, wykonywanie lekkich lub ciężkich prac domowych, korzystanie z telefonu”[2].

Przygotowanie do samoopieki i samopielęgnowania, to jedna z ważniejszych procedur postępowania pielęgniarskiego. Wymaga ono ogromnej wiedzy profesjonalnej od pielęgniarki i umiejętnego motywowania chorego do radzenia sobie w sytuacji choroby [10].

Cel pracy

Poznanie zachowań w zakresie samoopieki oraz samodzielności podopiecznych objętych opieką długoterminową.

Materiał i metody

Badania dla celów pracy przeprowadzono wśród 79 losowo wybranych pacjentów objętych opieką długoterminową realizowaną w warunkach: Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego oraz Oddziału Opieki Długoterminowej na terenie województwa dolnośląskiego i opolskiego.
Badania dla celów pracy przeprowadzono w oparciu o ukierunkowany wywiad pielęgniarski przeprowadzony za pomocą:

1. kwestionariusza ankiety pozwalającego na uzyskanie informacji na temat: wieku i płci pacjenta, miejsca zamieszkania, wykształcenia, stanu cywilnego, źródła i wysokości dochodu;
2. kwestionariusza Europejskiej Skali Samoopieki, Copyright Jaarsma, Stro ¨ mberg, Mama ˚ rtensson, Dracup, 1999;
1. 3. kwestionariusza złożonych czynności życia codziennego – skala Lawtona (**IADL** - instrumental activities of daily living).

Udział pacjentów w badaniach był dobrowolny i anonimowy. Najmłodszy pacjent miał 16, a najstarszy 90 lat. Średnia wieku badanych osób to 55,66 lat. Większość badanych osób zamieszkiwała w środowisku miejskim (78,5%). Co piąty badany pochodził ze środowiska wiejskiego (21,5%). Najliczniejszą grupę wśród badanych osób stanowią pacjenci zamieszkujący wraz z rodziną (69,6%), co czwarty chory mieszkał sam (26,6%), a 2,5% mieszkało ze znajomymi. Badane osoby najczęściej mają wykształcenie średnie (40,6%), a co piąty ma wykształcenie zawodowe (22,8%). Prawie co piąty chory ma wykształcenie wyższe (19%). Wykształceniem podstawowym charakteryzuje się 15,2% chorych, a na poziomie gimnazjum 2,5% badanych. Zdecydowaną większość wśród badanych stanowiły kobiety (64,6%).Co trzeci pacjent w opiece długoterminowej to mężczyzna (35,4%). Najliczniejszą grupę wśród badanej populacji stanowią osoby żyjące w związku małżeńskim (39,2%). Co piąty pacjent jest owdowiały (22,8%) lub stanu wolnego - nigdy nie żonaty (21,5%), a częściej niż co dziesiąty jest rozwiedziony (15,2%). W pojedynczym przypadku pacjenci są w fazie separacji (1,3%). Z relacji badanych osób wynika, że najczęściej źródłem ich utrzymania jest emerytura (38%),%). Prawie co trzeci chory był zatrudniony w pełnym wymiarze

[5] „Choroba przewlekła to dolegliwość lub stan patologiczny, który utrzymuje się przez dłuższy czas i który z różnym natężeniem trwa do końca życia pacjenta(….) Pogarsza sprawność fizyczną i psychiczną oraz ogranicza osobę chorą w samoopiece”[7].

czasu pracy (29,1%), prawie co piąty chory utrzymuje się z renty (19%), a co dziesiąty chory jest na utrzymaniu rodziny (10,1%). W pojedynczych przypadkach dla pacjentów źródłem utrzymania jest praca w niepełnym wymiarze czasu pracy (1,3%), zasiłek (1,3%).

Z analizy wynagrodzenia badanych osób wynika, że wynagrodzenie poniżej poziomu minimalnego (mniej niż 1386 zł brutto tj. netto poniżej 1200 zł) otrzymuje 30,4% osób, poniżej przeciętnego (netto 1200-2000 PLN) otrzymuje (34,2%), przeciętne miesięczne wynagrodzenie (brutto 3 322,00 PLN tj. netto 2000 - 2500) uzyskuje 8,9% badanych, a wynagrodzenie na poziomie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w I kwartale 2011 roku w sektorze przedsiębiorstw (3 600,00 PLN, tj. netto 2500 i więcej) i powyżej otrzymuje tylko 8,9% pacjentów.

Wyniki

Z analizy zachowań pacjentów w zakresie samoopieki (wg kryteriów zawartych w Europejskiej Skali Samoopieki) wynika, że najczęściej przyjmują leki zgodnie z zaleceniem lekarza (81%), chociaż prawie co piąty nie respektuje tego zalecenia. Pacjenci w opiece długoterminowej najczęściej nie kontrolują masy swojego ciała (57%), nie dostrzegają potrzeby kontaktu z lekarzem lub pielęgniarką w przypadku znacznego przyrostu masy ciała (50,6%), a także gdy odczuwają wzrost zmęczenia (49,4%). Tylko co czwarty chory ćwiczy regularnie (25%) i spożywa niskosoloną dietę (27%) (Tab. 1).

Analiza statystyczna wykazała, że ani jeden pacjent nie respektuje wszystkich analizowanych zaleceń. Tylko u jednego pacjenta ustalono respektowanie 8 spośród 12 analizowanych zachowań.

Tabela 1. Zachowania pacjentów w zakresie samoopieki

	Zachowania w zakresie samoopieki	Zupełnie się zgadzam	Prawie się zgadzam	W połowie się zgadzam i nie zgadzam	Prawie się nie zgadzam	Zupełnie się nie zgadzam
1	Codziennie się ważę	11,4%	10,1%	15,2%	6,3%	57,0%
2	Jeśli mam skrócenie oddechu nie przejmuję się tym	24,1%	17,7%	22,8%	17,7%	15,2%
3	Jeśli skrócenie mojego oddechu wzrasta kontaktuje się z moim lekarzem lub pielęgniarką	26,6%	19,0%	24,1%	10,1%	20,3%
4	Jeśli moja noga staje się bardziej obrzmiała niż	31,6%	17,7%	20,3%	8,9%	20,3%

	zwykle kontaktuję się z moim lekarzem lub pielęgniarką					
5	Jeśli przybywam na wadze 2 kg w ciągu 1 tygodnia kontaktuję się z moim lekarzem lub pielęgniarką	13,9%	3,8%	17,7%	11,4%	50,6%
6	ograniczam ilość płynów i piję nie więcej niż 1,5-2 litry/ dzień	24,1%	20,3%	13,9%	11,4%	27,8%
7	odpoczywam w ciągu dnia	50,6%	17,7%	16,5%	7,6%	6,3%
8	Jeśli odczuwam wzrost zmęczenia kontaktuję się z moim lekarzem lub pielęgniarką	13,9%	7,6%	13,9%	15,2%	49,4%
9	Jem niskosoloną dietę	27,8%	13,9%	11,4%	13,9%	30,4%
10	Przyjmuję moje leki zgodnie z zaleceniem	81,0%	7,6%	6,3%	1,3%	3,8%
11	co roku choruję na grypę	22,8%	12,7%	17,7%	12,7%	34,2%
12	Ćwiczę regularnie	25,3%	13,9%	17,7%	13,9%	29,1%

Uzyskane wyniki potwierdziły brak oczekiwanych zachowań w zakresie samoopieki u znakomitej większości chorych objętych opieką długoterminową.
Istotne znaczenie w kształtowaniu wśród pacjentów oczekiwanych zachowań ma poziom samodzielności i zdolność do samoopieki. Zdolność do samoopieki może być oceniana w kontekście aktywności dnia codziennego posługując się skalą ADL (*Activities of daily living*) lub IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*). Zastosowana w pracy całościowa analiza złożonych (instrumentalnych) czynności życia codziennego w oparciu o skalę **IADL** wykazała pełną samodzielność u 36 osób (45,5%) objętych opieką długoterminową. Brak samodzielności w 1-2 formach aktywności wystąpił u 12 osób (14%). Brak samodzielności w 3-7 formach aktywności u 23 osób (20%). Całkowity brak samodzielności w życiu codziennym stwierdzono u 8 osób (10,1%). Średnio pacjenci zdolni byli do realizacji 5 form aktywności. Wśród badanych osób najczęściej stwierdzono całkowity brak samodzielności w zakresie prania (34,2%), przygotowywania posiłków (30%). Co czwarty pacjent w ogóle nie jest zdolny do zarządzania pieniędzmi (25,3%). Najczęściej pacjenci w opiece długoterminowej mają zachowaną samodzielność pozwalającą im swobodnie korzystać z aparatu telefonicznego (77,2%). Szczegółowe dane przedstawia Tabela 2.

Tabela 2. Samodzielność pacjentów wg skali IADL

Rodzaj czynności	Zakres samodzielności	Uzyskany wynik
A. Zdolność do używania telefonu	1. Obsługuje telefon z własnej inicjatywy spogląda i wybiera numery, itd..	77,2%
	2. Wybiera kilka dobrze znanych numerów	8,9%
	3. Odpowiada na telefon ale nie wybiera numerów	6,3%
	4. Nie używa telefonu w ogóle.	10,1%
B. Pranie	1. Pierze osobiste rzeczy w pełni	51,9%
	2.Pierze małe rzeczy; pończochy płucze itd..	13,9%
	3. Całe pranie musi być zrobione przez innych.	34,2%
C. zakupy	1. Troszczy się o wszystkie potrzebne zakupy niezależnie	50,6%
	2. jest niezależny w robieniu małych zakupów	12,7%
	3.Potrzebuje osoby towarzyszącej do pomocy podczas zakupów	15,2%
	4. Zupełnie niezdolny zrobić zakupy.	21,5%
D. Przygotowanie jedzenia	1.Planuje , przygotowuje i podaje odpowiednie posiłki niezależnie	53,2%
	2. Przygotowuje odpowiednie posiłki, jeżeli dostarczono mu składniki	11,4%
	3.Zagrzewa, serwuje i przygotowuje posiłki lub przygotowuje posiłki ale nie utrzymuje odpowiedniej diety.	5,1%
	4.Potrzebuje mieć posiłki przygotowane przez innych.	30,4%
E. Podróże, Transport	1.Podróżuje niezależnie publicznymi środkami transportu lub jedzie posiadanym samochodem	62%
	2. Układa własną podróż taksówką, ale nie używa publicznego transportu	2,5%
	3.Podróżuje publicznym transportem, ale w towarzystwie innej osoby	7,6%
	4.Podróżuje w ograniczony sposób, by jeździć taksówkami lub samochodem potrzebuje innych	6,3%
	5. Nie podróżuje w ogóle.	20,3%
F. Prowadzenie domu	1.Utrzymuje dom samotnie lub ze sporadyczną pomocą (np. "ciężka praca domowa pomocy")	46,8%
	2. Wykonuje lekkie codzienne zadania takie jak zmywanie, słanie łóżka	19%
	3.Wykonuje lekkie codzienne zadania ale nie może utrzymać zadowalającego poziomu czystości.	11,4%
	4.Potrzebuje pomocy we wszystkich domowych	

	zadaniach, utrzymaniu.	1,3%
	5.Nie uczestniczy w żadnych zadaniach w prowadzeniu domu.	22,8%
G. Odpowiedzialność za przyjmowanie własnych lekarstw	1.Jest odpowiedzialny za branie lekarstwa poprawnych dawkowaniu w poprawnym czasie.	68,4%
	2.Bierze odpowiedzialność, jeżeli lekarstwo jest przygotowane z góry w oddzielnym dawkowaniu.	15,2%
	3. Nie jest kompetentny w zakresie dawkowania własnych lekarstw.	15,2%
H. Zdolność do zarządzania finansami	1. Zarządza finansowymi sprawami niezależnie (ustala budżety, notuje kontroluje, płaci najem, rachunki, idzie, by zdeponować do banku), kolekta i trzyma szlak dochodu.	59,5%
	2. Zarządza codziennymi zakupami, ale potrzebuje pomocy w bankowości, głównych zakupach, itd..	13,9%
	3. Niezdolny, do zarządzania pieniędzmi	25,3%

Dyskusja

Ludzie, którzy są obarczeni różnymi schorzeniami przewlekłymi stopniowo tracą swoją samodzielność życiową, co przyczynia się do wzrostu ich uzależnienia od innych w codziennym funkcjonowaniu. Priorytetem więc powinny być działania podejmowane na rzecz tworzenia warunków do optymalnego funkcjonowania jednostki w swoim środowisku [11]. Uzyskane wyniki wskazały brak oczekiwanych zachowań w zakresie samoopieki u znakomitej większości chorych i konieczność zwiększenia ich przygotowania do samoopieki w określonych schorzeniach. Potwierdziły także ograniczone zdolności pacjentów do aktywnego ich udziału w samoopiece. Jest wiele opracowanych skal przypisanych do określonej jednostki chorobowej, przy pomocy których określa się liczbowo stan czynnościowy pacjenta, poziom jego dysfunkcji ograniczeń, także w życiu społecznym, spowodowanych przez daną chorobę [12]. Dzięki przeprowadzonej ocenie, kierując się uzyskanymi wynikami, można ukierunkować program opieki [12] tak, aby jego realizacja sprzyjała utrzymywaniu sprawności i niezależności osób przewlekle chorych [11]. Mają oni bowiem prawo do godnej i odpowiednio jakościowej opieki, ukierunkowanej na ich potrzeby i wspierającej w samoopiece [13]. Poprzez nabycie umiejętności opieki ludzie są w stanie bardziej aktywnie uczestniczyć w rozwijaniu własnego zdrowia oraz w tworzeniu warunków, które wpływają na ich stan [9]. W codziennym funkcjonowaniu ważna jest nie tyko wiedza w zakresie własnej jednostki chorobowej, istotne jest też działanie, które zapobiegnie niweczeniu osiągniętych efektów leczenia oraz zapobiegnie odległym skutkom choroby ograniczającej lub uniemożliwiającej samodzielne funkcjonowanie [14]. Analiza zachowań pacjentów w zakresie samoopieki potwierdza trudności w uzyskaniu lub utrzymaniu efektów leczenia, zwłaszcza ze względu na deficyt aktywności fizycznej, nadmiar soli w codziennym żywieniu i zdarzającą się nieregularność w zakresie przyjmowania zaleconych leków. Uzyskane wyniki świadczą

o tym, że pacjenci w opiece długoterminowej częściej wymagają pomocy ze strony innych osób niż populacja ogólna [15]. Ocena samodzielności pacjentów za pomocą skali Lawtona (IADL) potwierdziła przydatność tego narzędzia w identyfikacji potrzeb pacjentów w zakresie usług opiekuńczych [12], a uzyskane wyniki wskazały na zróżnicowany poziom codziennej działalności pacjentów objętych opieką długoterminową i konieczność zróżnicowanego, w zależności od możliwości samoobsługowych pacjentów, wsparcia.

Wnioski

1.Pacjenci w opiece długoterminowej charakteryzują się deficytem oczekiwanych zachowań w zakresie samoopieki.
2.Osoby objęte opieką długoterminową najczęściej respektują zalecenia dotyczące przyjmowania leków.
3.Chorzy w opiece długoterminowej charakteryzują się zróżnicowanym deficytem samodzielności.

Piśmiennictwo

1. Bień B., Doroszkiewicz H.: Opieka długoterminowa w geriatrii: dom czy zakład. Przew. Lek., 2006, 10, 48-57. http://www.termedia.pl /Czasopismo/ Przewodnik _Lekarza-8/Numer-10-2006, data pobrania 08.04.2012
2. Augustyn M.: Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje. Grupa Robocza ds. przygotowania ustawy o ubezpieczeniu od ryzyka niesamodzielności przy Klubie Senatorów Platformy Obywatelskiej Warszawa, 2009; 9 – 57. http://new.mfsds.boris.org.pl/wp-content/uploads/ 2012/03/ zielona_ ksiega_3.pdf, data pobrania 08.04.2012
3. Zarządzenie Nr 83/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 listopada 2011 r w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej
4. Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004r. Dz.U. 2004 Nr 64 poz. 593
5. Jurek Ł.: Zmiany stacjonarnej opieki społecznej nad ludźmi starymi w Polsce i wybranych krajach. Rozprawa doktorska pod kierunkiem naukowym dr hab. O. Kowalczyk, prof. Uniwersytetu Ekonomicznego, Wrocław, 2009, 58 – 87. http://www.dbc.wroc.pl/Content/6168/DOKTOr.Zmiany+stacjonarnej+opieki+spo%C5%82ecznej.pdf, data pobrania 08.04.2012
6. Marzec A.: Formy opieki nad osobami w starszym wieku. [w:] Kompedium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku, podręcznik dla studentów i absolwentów kierunku pielęgniarstwo. Kędziora- Kornatowska K., Muszalik M.(red.). Czelej, Lublin, 2007, 58-72.
7. Szwałkiewicz E., Kaussen J.: Opieka długoterminowa w świadczeniach pielęgniarek i opiekunek. TZMO S.A. Toruń, 2006, 6 -16.
8. Błędowski P., Wilmowska-Pietruszyńska A.: Organizacja opieki długoterminowej w Polsce – problemy i propozycje rozwiązań. Pol. Społ., 2009, 7, 11.
9. McGowan P.: Edukacja zdrowotna w Self-care: Możliwości i ograniczenia. Światowa Organizacja Zdrowia, Genewa, 1983,http://www.enotes.com/ public-health-encyclopedia/self-care-behavior/print, data pobrania 08.04.2012

10. Balcerek D, Kurowska K.: Model opieki według teorii Doroty Orem – odzyskać witalność. Mag. Piel. Poł., 2007, 5 http://www.nursing.com.pl/ Archiwum MagazynuPiP_Model_opieki_wedlug_teorii_Doroty_Orem_Odzyskac_witalnosc_88 .html, data pobrania 08.04.2012
11. Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A.: Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Via Medica, Gdańsk, 2007, 42-59.
12. Abrams William B. Beers Mark H., Berkow R.: Podręcznik geriatrii. Galus K., Kocemba J. (red. wyd. pol.). Urban&Partner, Wrocław, 1999, 249 – 253.
13. Kilańska D.: Pielęgniarki liderami opieki długoterminowej. Probl. Pielęg., 2010, 18, 72–78.
14. Krakowiak P., Krzyżanowski D., Modlińska A.: Przewlekle chory w domu. Fundacja Lubię Pomagać, Gdańsk, 2011, 15- 16.
15. Baran A., Malesa E.: Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2006 roku. Konferencja Transformacja systemu opieki długoterminowej. Doświadczenia Polski i innych krajów europejskich, Toruń 25-27 września 2007.

Najdyhor Ewa

Problematyka nowotworów piersi

Dział Diagnostyki Obrazowej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej

Rak sutka jest jednym z najgroźniejszych nowotworów złośliwych, na którego chorują kobiety w Polsce i na całym świecie. Klasyfikuje się na pierwsze miejscu zachorowań na nowotwory wśród kobiet, jest też jako najczęstsza przyczyna zgonów z powodu nowotworów u kobiet.

Według Krajowego Rejestru Nowotworów [1] rocznie odnotowuje się ok. 14 tysięcy zachorowań u kobiet, a połowa z nich umiera.

W 1980 roku na raka sutka zachorowało około 5 tysięcy kobiet, w 2008 roku około 14,5 tysiąca, a szacuje się, że w 2025roku ilość ta zwiększy się do 21 tysięcy [1] Pomimo bardzo dynamicznego rozwoju metod diagnostycznych i stałego postępu w terapii, współczynnik zachorowalności zwiększa się wraz z wiekiem badanej populacji.

Rozwój raka piersi jest procesem wieloletnim i wieloetapowym, a analizy patologiczne w wielu organach wykazują uszkodzenia reprezentujące etapy pośrednie procesu, w którym komórki ewoluują od normalnych poprzez szereg stanów przednowotworowych do nowotworów inwazyjnych

Nowotwory złośliwe są w stanie pokonać fizjologiczne mechanizmy regulujące wzrost komórek [2]. W normalnych warunkach powyższe mechanizmy potrafią powstrzymać rozprzestrzenianie dzielących się komórek i nie dopuszczają do zajęcia innych tkanek, jednakże w momencie, gdy nad procesem nie można zapanować, dzielące się w sposób niekontrolowany komórki naciekają i niszczą sąsiadujące tkanki, mogą także przemieszczać się do innych narządów powodując powstawanie wtórnych nowotworów (przerzutów) [3].

Nazwa nowotworów związana jest z rodzajem tkanki, w której pierwotnie się rozwijają. Najczęściej spotykanym nowotworem złośliwym w piersi, jest rak rozwijający się z komórek wyścielających przewodów mlecznych zwany rakiem przewodowym [1].

Komórki rakowe rozsiewają się drogą naczyń krwionośnych lub chłonnych. Miejsce powstania raka jest nazywane guzem pierwotnym, a zmiany tworzące się po przemieszczeniu jego komórek są ogniskami wtórnymi [4].

Szybkość, z jaką rak daje przerzuty odlegle jest różna dla poszczególnych nowotworów i decyduje o złośliwości i rzeczywistym zagrożeniu życia, jakie stwarza dany nowotwór.

Najczęstszym miejscem przerzutów raka piersi są najbliższe (regionalne) węzły chłonne [1]. Komórki, które znalazły się w węźle chłonnym, mogą następnie dawać przerzuty drogą naczyń chłonnych do innych grup węzłów (w dole nadobojczykowym, w obrębie klatki piersiowej, pachwin lub przeciwległej pachy) [2].

Układ chłonny pełni bardzo ważną rolę w systemie odpornościowym człowieka. Uważa się, za Kordek [15], że jeżeli węzły nie zawierają przerzutów, może to wskazywać na naturalnie wyższą odporność chorego i ma to znaczący wpływ na planowanie leczenia.

Rokowanie w raku sutka zależy od stopnia zaawansowania, ale istnieje wyraźna zależność między wielkością zmiany, a okresem wystąpienia objawów rozprzestrzeniania się raka sutka. Rak wykryty we wczesnym okresie wzrostu – poniżej 10mm, najczęściej nie daje jeszcze przerzutów do okolicznych węzłów chłonnych i rokuje wieloletnie przeżycie, a nawet w 90% przypadków wyleczenie [3].

W Polsce około 50% przypadków choroby wykrywa się w stadium zaawansowania, dlatego najczęściej wykonywanym zabiegiem jest amputacja [1].

Obecnie postęp w technice badań diagnostycznych umożliwia wykrycie raka sutka w okresie klinicznie bezobjawowym –tzw. rak przedkliniczny.

Podstawową metodą wykrywania raka piersi klinicznie bezobjawowego jest mammografia rentgenowska. Szacuje się za Noszczyk [14], że wykrycie raka klinicznie bezobjawowego zwiększa odsetek wyleczeń, a umieralność zmniejsza o około 25%. Umożliwia to leczenie oszczędzające, z zachowaniem gruczołu piersiowego, co dla kobiet jest podstawowym warunkiem komfortu psychicznego.

1.2. Epidemiologia

Rak sutka stanowi około 19% ogółu zachorowań na raka na świecie, a około 22% spośród wszystkich nowotworów złośliwych u kobiet [8]. Jest najczęstszym nowotworem, występującym u kobiet zamieszkujących Amerykę Północną, Europę, Amerykę Południową, Afrykę Północną, Azję Południowo-Wschodnią, Australię i Nową Zelandię [8].

Ryzyko zachorowania na raka sutka wzrasta, a u niemal połowy kobiet chorych nie stwierdza się narażenia na znane dotychczas czynniki ryzyka zachorowania. Szacuje się, iż każda kobieta, zwłaszcza po 35 roku życia jest zagrożona zachorowaniem na ten nowotwór [8].

Rocznie notuje się prawie 10 tysięcy nowych przypadków zachorowań, tj. 30 kobiet na 100 tysięcy [15]. W Polsce na raka piersi umiera procentowo najwięcej kobiet w Europie. W 2004 roku zarejestrowano 4 887 zgonów z powodu raka piersi, a w 2006 roku liczba zgonów wynosiła 5 212 [15].

Uważa się, za Strukiel i wsp. [8], iż polskie statystyki są zaniżone, gdyż wiele kobiet chorych na raka piersi nie zgłasza się do onkologa, nie poddaje się leczeniu, i umiera nie objęte statystyką. Wzrost ryzyka zgonu dotyczy głownie kobiet powyżej 50 roku życia. W młodszych grupach wiekowych nastąpiła stabilizacja umieralności, co może być następstwem odmiennej biologii raka sutka u kobiet w wieku przed menopauzalnym, jego wcześniejszego rozpoznawania lub też skuteczniejszego leczenia [8].

Dynamiczny rozwój diagnostyki, postępy w terapii, tylko w niewielkim stopniu zmieniają powyższą sytuację, współczynnik zachorowalności zwiększa się wraz z wiekiem badanej populacji. Badania wykazują, że wykorzystujemy zaledwie 20% mocy mammografów [16].

W Polsce nadal istnieje konieczność prowadzenia działań mających na celu obniżenie umieralności z powodu raka sutka, a tylko wczesne wykrycie choroby daje szansę na wyleczenie.

Jednymi z najważniejszych czynników zmniejszających ryzyko rozwoju choroby jest wiedza na temat chorób nowotworowych piersi oraz regularne wykonywanie badań profilaktycznych. Kobiety powinny zdać sobie sprawę, że wizyta u lekarza ginekologa jest tak samo ważna i niezbędna, jak u lekarza innej specjalizacji, a w przypadku wczesnego wykrycia choroby nowotworowej i podjęcia leczenia może uratować życie.

Bezpośrednim miernikiem skuteczności wczesnego wykrywania raka piersi jest czas, który upływa od zauważenia przez chorą pierwszych objawów choroby do zgłoszenia się do lekarza i rozpoczęcia leczenia - im jest on krótszy, tym większa jest świadomość zdrowotna pacjentki.

W opinii Krzakowskiego i wsp. [1], prawdopodobnie zbyt mało kobiet wierzy, że wczesne wykrycie zmian chorobowych i rozpoznanie zmiany mogą uratować życie, pomóc uciec od bólu, cierpienia i tragedii rodzinnych. Jest to olbrzymi problem kliniczny, ekonomiczny i społeczny.

Zapobieganie powstawaniu i rozwojowi chorób powinno być głównym celem działań medycznych, w przypadku chorób nowotworowych profilaktyka jest szczególnie istotna. Dane z literatury [17] wskazują, iż propagowanie wczesnej diagnostyki i leczenia raka piersi może zmniejszyć odsetek umieralności nawet o 20-30%.

Etiologia

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet na całym świecie, u mężczyzn zaledwie w 0,5% [8]. Szacuje się, iż rocznie z jego powodu umiera 5 000 kobiet [8].

Około 20-30% chorób raka sutka wiąże się z tzw. czynnikami ryzyka, których określenie, może być ważnym elementem profilaktycznym, pozwalającym ograniczyć liczbę zachorowań lub umożliwić wczesne wykrycie choroby i zwiększyć szansę na wyleczenie [2].

Jednym z najlepiej zbadanych czynników jest tzw. czynnik dziedziczny [5]. Uważa się, że jeśli wśród najbliższych krewnych (matka lub siostra) wystąpił nowotwór, to ryzyko zachorowania u pozostałych kobiet z tej rodziny wzrasta kilkakrotnie. Pozwala to na podjęcie w takich rodzinach akcji profilaktycznej i diagnostycznej [2].

W ostatnich latach wykryto, że u części kobiet mutacja genetyczna w postaci nadekspresji genu HER2 (*Human Epidermal Grouth Factor Receptor*), prawdopodobnie ma wpływ na większą liczbę zachorowań i na przebieg choroby [5].

Bardzo radykalnym rozwiązaniem u kobiet szczególnie zagrożonych chorobą jest usuwanie obu sutków i usuwanie jajników - takie metody profilaktyki są praktykowane w ostatnich latach w USA [2].

W Europie, za Pawlicki [2] działania profilaktyczne w tej grupie kobiet ograniczają się do stałych obserwacji klinicznych i badań mammograficznych wykonywanych raz w roku, a za Jassen [5], że ryzyko zachorowania na raka piersi w krajach wysoko rozwiniętych jest pięciokrotnie wyższe, niż w pozostałych krajach świata.

W opinii Pawlickiego [9], za przyczynę wzrostu liczby zachorowań na raka piersi we wszystkich regionach świata uważa się rosnące rozpowszechnienie czynników ryzyka takich jak: obniżenie dzietności kobiet, krótki okres karmienia piersią, stosowanie preparatów hormonalnych, wadliwy sposób odżywiania, niska aktywność fizyczna oraz otyłość.

Także okoliczności takie jak: wczesne wystąpienie pierwszej miesiączki, późne wystąpienie menopauzy, brak ciąż zakończonych porodem, brak karmienia piersią, a także otyłość w okresie pomenopauzalnym zwiększają ekspozycję kobiet na endogenne estrogeny- zwiększając tym samym ryzyko wystąpienia raka sutka [5].

W literaturze przedmiotu [6] podkreśla się, iż u kobiet, u których pierwsza miesiączka wystąpiła przed 11 rokiem życia ryzyko zachorowania jest 3-krotnie większe, podobnie jak u kobiet, które nie rodziły dzieci do 40 roku życia.

Kobiety, które miesiączkowały do 54 roku życia są 2-krotnie częściej narażone na zachorowanie, niż te, u których menopauza wystąpiła wcześniej, podobnie jak kobiety otyłe, u których indeks masy ciała po menopauzie przekracza wartość 35 [6].

Najsilniejszym czynnikiem ryzyka raka piersi u kobiet jest wiek - ocenia się, za Pawlicki [2], że ryzyko zachorowania wśród kobiet w wieku 70-74 lata jest 17 razy wyższe, niż wśród kobiet w wieku 30-34 lata.

Warty podkreślenia jest fakt, iż u około 50% kobiet chorych na raka piersi, nie stwierdza się występowania żadnych czynników ryzyka [9]. Z tego powodu uważa się, że wszystkie kobiety, po ukończeniu 50 roku życia powinny uczestniczyć w profilaktycznych badaniach mammograficznych niezależnie od występowania zmian w piersiach oraz obecności innych, niż wiek czynników ryzyka.

Diagnostyka

Rozwój raka piersi jest procesem wieloetapowym i wieloletnim. Analizy patologiczne w wielu organach wykazują uszkodzenia reprezentujące etapy pośrednie procesu, w którym komórki ewoluują od normalnych poprzez szereg stanów przed nowotworowych do nowotworów inwazyjnych.

Rozpoznanie raka sutka oraz ocena danych przydatnych w ustaleniu rokowania i leczenia wymaga współpracy zespołu specjalistów składającego się z chirurga, onkologa, rentgenodiagnostyka oraz patologa, którego zadaniem jest scharakteryzowanie wykrytych klinicznie zmian oraz ocena morfologiczna tj. zróżnicowanie zmian nie nowotworowych od nowotworów oraz wyróżnienie spośród zmian nowotworowych ogniska pierwotnego.

Scharakteryzowanie pierwotnego raka sutka pomocne jest w wyborze pierwotnego i uzupełniającego leczenia, a także w ocenie nowych metod leczenia oraz dalszego rokowania.

W każdym przypadku kliniczne rozpoznanie raka piersi musi być potwierdzone badaniem histopatologicznym lub cytologicznym.

Najczęstszymi objawami, które skłaniają kobietę do szukania porady u lekarza,za Jassen, Krzakowski [13] są:

- guz lub zmiana struktury piersi
- wydzielina lub krwawienie z brodawki
- ból piersi.

Każdy z tych objawów może świadczyć o obecności raka, ale bardzo często bywa też wynikiem zmian łagodnych i niegroźnych.

W piersiach, za Krzakowski i wsp. [1] można wyróżnić trzy rodzaje nieprawidłowości guzopodobnych:

- zmiany nie nowotworowe
- nowotwory łagodne
- nowotwory złośliwe, czyli raki.

Zmiany guzopodobne są związane z powstawaniem nieregularności struktury piersi i wynikają z działania hormonów, a najczęstszym powodem takich zmian jest różnica struktury i konsystencji piersi w czasie cyklu miesięcznego [8]. Może temu towarzyszyć wzmożona tkliwość i bolesność piersi. W końcowym okresie cyklu piersi są obrzmiałe i wykazują zwiększoną konsystencję [1].

Pamiętać należy także, że piersi mogą różnić się wymiarami oraz kształtem w wyniku dziedziczenia pewnych cech. U wielu kobiet jedna pierś jest większa od drugiej, co w takim wypadku, poza względami estetycznymi, nie powinno budzić obaw.

Łagodnymi nowotworami piersi są najczęściej tzw. gruczolako-włókniaki [4]. Pojawiają się zwykle u młodych kobiet w wieku dojrzewania. Podczas badania dotykiem przesuwają się pod palcem, rosną zwykle 2-3 lata do wielkości ok. 2 cm a następnie stopniowo zanikają [1].

Inne przyczyny powstania guza są rzadkie, może to być np. martwica tłuszczowa lub torbiele [3].

Ze statystycznego punktu widzenia pojedynczy guz piersi u kobiety w wieku powyżej 55 lat okazuje się częściej rakiem, poniżej 30 roku życia - włókniako-gruczolakiem, a pomiędzy 30 a 55 rokiem życia - najczęściej torbielą [7].

Częstym objawem miejscowym jest wyciek z brodawki sutkowej [3]. Objaw ten, aczkolwiek niepokojący kobiety, w większości przypadków nie jest przejawem raka, lecz towarzyszy innym, często fizjologicznym stanom. Może być np. wynikiem zaburzeń hormonalnych, towarzyszyć przyjmowaniu niektórych leków, a także występować bez żadnej uchwytnej przyczyny [1].

Guz w przebiegu raka sutka jest na ogół niebolesny, aczkolwiek u około 15% chorych towarzyszą mu pewne dolegliwości, np. „kłucie" lub „pociąganie" [8]. Brak dolegliwości bólowych u większości chorych jest najważniejszą przyczyną opóźnionego wykrycia raka, a u kobiet, które stwierdzają u siebie guz - czynnikiem uspokajającym, powodującym często zwłokę w pierwszej wizycie u lekarza [1].

Wstępna diagnostyka, za Dziukowa i Wesołowska [7] powinna obejmować:

- pełne badanie podmiotowe i przedmiotowe, z badaniem palpacyjnym piersi
- obustronną mammografię, uzupełnioną w zależności od indywidualnych wskazań badaniem ultrasonograficznym
- badanie mikroskopowe
- badania dodatkowe.

Rodzaj badań dodatkowych uzależniony jest od stopnia klinicznego zaawansowania miejscowego i kwalifikacji do leczenia radykalnego lub paliatywnego.

W przypadku raka piersi podstawową metodą wykrywania jest badanie przez dotyk w celu wykrycia guza [2]. Badane są piersi oraz okolice pachowe, a powyższe poprzedzone wywiadem, który powinien zawierać ocenę dolegliwości, informacje na temat dotychczasowych chorób piersi, chorób nowotworowych w rodzinie, dat pierwszej i ostatniej miesiączki, informacje na temat ciąż i porodów oraz stosowania preparatów hormonalnych [2].

Badanie przedmiotowe powinno oceniać [4]:

- wymiary guza
- jego umiejscowienie
- stosunek do skóry i ściany klatki piersiowej w zakresie ruchomości
- stan okolicznych węzłów chłonnych.

Badanie mammograficzne stanowi podstawę rozpoznania w przypadku zmian przedklinicznych (niewyczuwalnych w badaniu przedmiotowym) [7]. Końcowym efektem badania mammograficznego jest opis, który powinien zawierać ocenę stwierdzonych zmian morfologicznych, wnioski końcowe oraz zalecenia, co do proponowanych badań dodatkowych w tym biopsji.

Istnieje kilka zasadniczych rodzajów biopsji, które pozwalają na stwierdzenie, czy guz lub zmiana ogniskowa jest nowotworem lub zmianą nie nowotworową, czy mamy do czynienia z nowotworem łagodnym czy złośliwym lub jaki jest to histologiczny typ raka. Biopsja, czyli nakłucie guza, może być:

- aspiracyjna cienkoigłowa

- gruboigłowa
- biopsja chirurgiczna, czyli pobranie fragmentu guza lub całego guza do oceny mikroskopowej
- biopsja mammotoniczna [10].

Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa jest podstawową metodą diagnozowania wyczuwalnych palpacyjnie guzków piersi [10]. Uzyskany materiał podczas nakłucia guza stanowi zawiesinę komórek, z których wykonuje się rozmaz i ocenia w mikroskopie świetlnym. Wynik można uzyskać w ciągu kilku godzin. Zaletą tej metody jest to, że jest całkowicie bezbolesna i nie powoduje uszkodzenia otaczających tkanek [2].

Biopsja gruboigłowa służy do uzyskiwania drobnych fragmentów tkanek guza, z których wykonuje się preparaty histologiczne [5].

Oba rodzaje biopsji przeprowadza się w warunkach ambulatoryjnych, jest to niewątpliwie ogromną zaletą.

Biopsję chirurgiczną (pobranie fragmentu guza) wykonuje się w znieczuleniu miejscowym lub w czasie operacji. W diagnostyce przedoperacyjnej ten typ uzyskiwania materiału jest obecnie rzadko stosowany [2].

W przypadku zmian prawdopodobnie łagodnych standardowym postępowaniem jest obserwacja i badanie kontrolne za sześć miesięcy [5].

U kobiet z grupy o podwyższonym ryzyku zachorowania na raka piersi należy rozważyć weryfikację mikroskopową przy zastosowaniu biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej lub biopsji gruboigłowej lub mammotonicznej [5]. Przy dodatnim wyniku badania mikroskopowego podstawą leczenia jest zastosowanie leczenia chirurgicznego. Ujemny wynik badania mikroskopowego, poparty wynikami dodatkowych badań obrazowych pozwala część kobiet zakwalifikować do obserwacji [2].

W przypadku zmian typowych dla raka (BIRADS 5 - *Breast Imaging Reporting and Data System*) jednoznaczne przedoperacyjne rozpoznanie mikroskopowe raka piersi kwalifikuje pacjentkę do dalszego postępowania leczniczego [18].

W przypadku różnicowania zmian torbielowatych i litych za najważniejszą, poza mammografią, metodę diagnostyczną uważa się ultrasonografię [19]. Uważa się ją, za Stawros [19], jako uzupełnienie mammografii, szczególnie przydatne w ocenie piersi o dużej gęstości, zwłaszcza u młodych kobiet. Pozwala bowiem różnicować zmiany torbielowate, lite oraz oceniać wielkość i granice zmian ogniskowych [19].

W ultrasonografii rak sutka najczęściej widoczny jest w postaci guzka, który cechuje się słabą echogenicznością. - wsoko echogenne ”halo” wokół guzka jest wyrazem reakcji otaczającej tkanki na obecność nowotworu [19].

Badanie ultrasonograficzne wykonuje się też w przypadku przeciwwskazań do wykonania mammografii lub, gdy technicznie nie jest ona możliwa do wykonania (sutek wydzielający, kontrola stanu miejscowego po operacji, kontrola po leczeniu napromieniowaniem, stan po implantacji protezy, ciąża) [19]. Przeciwwskazania do wykonania ultrasonografii nie są znane.

Rezonans magnetyczny (MR) pozwala na dokładne zobrazowanie morfologii piersi, w tym zaburzeń architektury i wykrycie małych guzków [10].

W diagnostyce raka sutka badaniami dodatkowymi, które bezwzględnie należy wykonać są:

- radiografia klatki piersiowej
- badanie morfologii krwi z rozmazem
- podstawowe badania biochemiczne określające wydolność wątroby

- badanie wskaźników układu krzepnięcia [10].

U chorych w trzecim stopniu zaawansowania wskazane jest wykonanie:

- scyntygrafii kośćca
- ultrasonografię jamy brzusznej
- badanie ginekologiczne [10].

Inne badania powinny być wykonane w zależności od wskazań klinicznych.

Leczenie

Leczenie nowotworów gruczołu piersiowego jest zróżnicowane i zależne od stopnia zaawansowania choroby. Jednym z najważniejszych elementów decydujących o wyborze metody leczenia i oceny rokowania nowotworu jest klasyfikacja nowotworu według skali TNM z 2003 roku, która jak podaja Krzakowski i wsp.[1] określa:

- T - guz pierwotny (*tumor*)
- N - regionalne węzły chłonne (*nodulus)*
- M - przerzuty odległe, oraz stopień zaawansowania nowotworu (*metastatis*) [1].

Istnieje, za Pawlicki [2] pięciostopniowa skala zawansowania guza piersi:

- O - nowotwór rozrasta się wewnątrz przewodów gruczołu piersiowego nie naciekając tkanek otaczających te przewody
- I - nowotwór nacieka tkanki otaczające przewody gruczołu piersiowego, jednak wielkość guza nie przekracza 2 cm i nie stwierdza się zajęcia przez nowotwór pachowych węzłów chłonnych
- II - nowotwór nie przekracza 5cm, a węzły chłonne są powiększone, ale ruchome
- III - guz ma rozmiary ponad 5cm, przerzuty do węzłów pachowych tworzą konglomerat lub występuje naciekanie skóry i klatki piersiowej
- IV - obecność przerzutów nowotworowych w narządach(wątroba, płuca) lub odległych od piersi węzłach chłonnych.

W celu zastosowania odpowiedniego leczenia w praktyce klinicznej, jak podaje Krzakowski i wsp. [1], istnieje następujący podział raków piersi:

- przedinwazyjny rak piersi
- inwazyjny rak piersi o zaawansowaniu miejscowym-regionalnym
- uogólniony rak piersi.

Współczesna onkologia stosuje leczenie skojarzone, które obejmuje metody miejscowe, takie jak: chirurgia i radioterapia oraz leczenie systemowe (uogólnione), do którego należy: chemioterapia, hormonoterapia i metody biologiczne [5].

Podejmując decyzje terapeutyczne należy uwzględnić:

- stan ogólny chorej
- stan hormonalny
- choroby współistniejące
- wiek

oraz

- typ histologiczny i stopień złośliwości raka
- zaawansowanie guza pierwotnego oraz pachowych węzłów chłonnych
- obecność przerzutów odległych oraz ich lokalizację
- ekspresję ER/PgR i HER2
- wiek chorej
- choroby współistniejące i przebyte [5].

Leczenie chirurgiczne

Pomimo upływu czasu chirurgia nadal jest podstawową metodą leczenia raka piersi. Wszystkie zabiegi chirurgiczne stosowane u chorych na raka piersi można podzielić na trzy główne typy: diagnostyczne, terapeutyczne oraz odtwórcze.

W przypadku przedinwazyjnego raka przewodowego i inwazyjnego raka piersi o wczesnym zaawansowaniu pierwotne jest leczenie chirurgiczne, ewentualnie w skojarzeniu z radioterapia i/lub leczeniem systemowym [20].

W przypadku dużego zaawansowania miejscowo-regionalnego, leczenie chirurgiczne i/lub napromieniowanie jest poprzedzone leczeniem systemowym, natomiast w uogólnionej chorobie, główną metoda leczenia jest leczenie systemowe.

Wybór metod leczenia miejscowego lub systemowego w odpowiednich stopniach zaawansowania jest oparty na ocenie klinicznej i patologicznej.

Decyzje dotyczące leczenia powinno się podejmować przy udziale chorej, po udzieleniu jej pełnej informacji i przedstawieniu wszystkich możliwości leczniczych.

We wczesnych postaciach raka piersi leczenie oszczędzające jest postępowaniem alternatywnym w stosunku do mastektomii, która pozwala w wybranych sytuacjach uzyskać całkowite wyleczenie z choroby nowotworowej i jednocześnie zachować narząd [20].

Leczenie oszczędzające polega na chirurgicznym usunięciu ogniska pierwotnego raka, a następnie napromieniowanie gruczołu w celu zniszczenia innych ewentualnie pozostawionych mikroognisk nowotworu [21].

Kryteria doboru chorych do leczenia oszczędzającego:

- motywacja pacjentki
- wczesny rak sutka
    - guz 3-4cm
    - NO-1
    - bez przerzutów odległych
    - jedno „centrum" nowotworu
- możliwość osiągnięcia co najmniej dobrego efektu estetycznego
- przeciwwskazania do leczenia oszczędzającego:
- ciąża
- wieloośrodkowy rak
- rozległe mikrozwapnienia
- uprzednia radioterapia na obszar sutka [2].

Przy prawidłowym doborze chorych leczenie oszczędzające daje wyniki odległe porównywalne z uzyskiwanymi po mastektomii.

Jedynym czynnikiem różniącym obie metody (poza czasem leczenia), jest częstość wznów miejscowych. Odsetek wznów w obrębie leczonego sutka według opublikowanych badań, po dziesięciu latach wynosi do 20% [21]. Roczna częstość występowania wznów w obrębie leczonego kwadrantu waha się między1,3-1,8%, od 2 do 7 lat po leczeniu, a następnie spada do poziomu 0,4% w ciągu 10 lat [2].

W przeciwieństwie do tego częstość wznów w miejscach odległych od pierwotnego guza wzrasta stopniowo do około 0,7% rocznie przez 8 lat i stabilizuje się na tym poziomie [21]. Ryzyko wznowy w kwadrancie innym niż pierwotny jest podobne do ryzyka zachorowania na raka drugiego sutka [16]

Ważnym czynnikiem mającym wpływ na powstanie wznowy w obrębie leczonej piersi jest zasięg leczenia chirurgicznego.

Czynnikiem wpływającym na większą część wznów miejscowych po zabiegach oszczędzających jest rak zrazikowy sutka, w którym ze względu na jego biologię (wieloogniskowy rozrost, często jest „niemy" radiologicznie) kontrola miejscowa jest trudniejsza do osiągnięcia, a ewentualna wznowa jest późno rozpoznawana [5].

Do znanych czynników wznowy po leczeniu oszczędzającym zaliczane są:

- pozostawiony nowotwór - wieloogniskowość
- obecność przerzutów w węzłach chłonnych
- wielkość guza > 4cm
- wiek chorych(chore młode poniżej 35 roku życia mają ryzyko wznowy większe niż chore po 55 roku życia)
- rozległy komponent wewnątrz przewodowy towarzyszący rakowi inwazyjnemu
- inne czynniki histopatologiczne (obecność inwazji naczyń limfatycznych wokół guza) [1].

W celu uzyskania dobrej kontroli miejscowej kluczową kwestią jest radykalne usunięcie ogniska pierwotnego, a warunkiem koniecznym - możliwie idealne zobrazowanie gruczołu przy użyciu wszystkich możliwych technik [1].

Powszechnie akceptowanym markerem radykalizmu zabiegu jest mikroskopowa histologiczna ocena marginesów wycięcia. Niejednokrotnie dla uzyskania prawidłowych marginesów wskazane jest przeprowadzenie kolejnych zabiegów chirurgicznych [14].

W chirurgicznym leczeniu oszczędzającym raka piersi istotnym problemem jest odpowiednie zaplanowanie w czasie radio i chemioterapii [1].

Najczęściej stosowanym postępowaniem jest leczenie uzupełniające chemioterapią, a następnie przeprowadzenie pełnej radioterapii [22].

Za klasyczną metodę radykalnego operacyjnego leczenia raka piersi uważa się mastektomię (amputacje), czyli usunięcie:

- całego gruczołu sutkowego wraz z guzem
- skóry wraz z brodawka i otoczką
- powięzi mięśnia piersiowego większego
- pachowych węzłów chłonnych [21].

Mastektomia potocznie nazywana jest często „operacją Patya", co nie jest w pełni określeniem ścisłym, ponieważ w proponowanej przez tego chirurga metodzie przecinano mięsień piersiowy mniejszy [18]. Obecnie nie wykonuje się tego, aby zaoszczędzić okoliczne nerwy i zapobiec ewentualnym skutkom ubocznym [18].

W minionych latach wykonywano także mastektomię sposobem Halseda, usuwając leżący poniżej mięsień piersiowy większy [18] Była to bardzo okaleczająca metoda, która obecnie przechodzi do historii i jedynym wskazaniem do jej wykonania jest naciekanie tego mięśnia przez nowotwór [18].

Mastektomię wykonuje się w znieczuleniu ogólnym w warunkach szpitalnych. Gruczoł piersiowy i węzły chłonne usuwane są poprzez poprzeczne, lekko ukośne cięcia, a późniejsza blizna pooperacyjna ma poprzeczny lub ukośny przebieg [18]. Po ukończonej operacji w okolicy pachowej pod skórą pozostawiony jest dren, którego zadaniem jest odprowadzanie płynu przesiękowego i chłonki, gromadzącej się po przecięciu dróg chłonnych. Po trzech - czterech dniach dren zostaje usunięty, jednak płyn pod skórą może gromadzić się przez pewien czas, jest on wtedy usuwany strzykawką, co kilka dni [18].

Głównym celem leczenia chirurgicznego jest doszczętne wycięcie nowotworu oraz dokładna ocena jego zaawansowania.

Chirurgia „raka piersi" w ostatnich latach poczyniła wielkie postępy, a pod wpływem nowoczesnej wiedzy zmieniła się filozofia leczenia. Przejawia się to między innymi tym, że w miejsce bardzo radykalnych zabiegów wprowadza się coraz mniej okaleczające. Obecnie znaczna część kobiet może być leczona w sposób oszczędzający, pod warunkiem wczesnego wykrycia choroby.

W przypadkach, w których wskazane jest wykonanie mastektomii, istnieje możliwość odtworzenia piersi – natychmiast lub po pewnym czasie.

Warto w tym miejscu podkreślić, iż każda kobieta, u której wykonano amputacje piersi i u której nie występują przeciwwskazania powinna zostać poinformowana o możliwości rekonstrukcji piersi.

Wskazania do zabiegu są natury psychologicznej, gdyż uraz związany z utratą piersi jest ogromny, a już sama informacja o możliwości przeprowadzenia operacji odtwórczej może poprawić jakość życia chorej [6].

Chirurgiczne leczenie odtwórcze jest nieodłączną częścią nowoczesnego postępowania w raku piersi. Powinno się odbywać w ośrodkach posiadających odpowiednie doświadczenie. Rekonstrukcja może być wykonana w trybie natychmiastowym (podczas tej samej operacji) lub w trybie odroczonym [18].

W niektórych przypadkach (znaczne zaawansowanie miejscowe, przewidywana radioterapia lub chemioterapia pooperacyjna) istnieje przeciwwskazanie do rekonstrukcji natychmiastowej [23].

Rekonstrukcja odroczona może być wykonana, gdy istnieje silna motywacja chorej do odbudowy piersi, gdy brak jest cech nowotworu miejscowego lub jego uogólnienia oraz brak ogólnych przeciwwskazań do kolejnego zabiegu operacyjnego [24].

Możliwość rekonstrukcji piersi dzieli się na dwie podstawowe kategorie:

- zastosowanie ekspandera tkankowego i protezy
- użycie tkanek własnych [24].

Przeciwwskazaniem do wykonania mastektomii będą wszystkie przypadki, w których już na podstawie badania klinicznego oraz badań dodatkowych można stwierdzić przerzuty, wówczas odstępuje się od leczenia chirurgicznego, aby podjąć leczenie zachowawcze [1].

Leczenie uzupełniające

Chore, które miały wykonaną operację z powodu raka piersi wymagają zazwyczaj leczenia uzupełniającego. Część z nich powinna przejść leczenie miejscowe w postaci napromieniowania, a prawie wszystkie - terapię systemową, działającą na cały organizm [24].

Terapia systemowa obejmuje:

- chemioterapię
- hormonoterapię
- stosowanie tak zwanych modyfikatorów odpowiedzi biologicznej [22].

Leczenie napromieniowaniem stosuje się najczęściej, jako uzupełnienie radykalnej operacji, a wskazania do niego są uzależnione od obecności przerzutów w usuniętych węzłach chłonnych oraz od wielkości usuniętego guza w sutku [22].

We wczesnym stadium raka nie stosuje się napromieniowania chyba, że dokonano miejscowego usunięcia guza, po którym bezwzględnie konieczne jest napromieniowanie. Nie ma bowiem gwarancji, że poza usuniętym guzem nie było małych guzków niewidocznych dla operatora [18].

Leczenie napromieniowaniem stosuje się również w przypadku leczenia przerzutów do kości, a czasem także nie operacyjnych przerzutów w tkankach miękkich i węzłach chłonnych [22].

Leczenie radioterapią polega na wykorzystaniu biologicznego oddziaływania promieniowania elektromagnetycznego w wysokich energiach, posiadającego zdolność do wytwarzania jonów w napromieniowanej materii, którego działanie polega na uszkodzeniu struktury DNA jądra komórkowego [22].

Współczesna radioterapia pozwala prowadzić leczenie z ograniczeniem skutków ubocznych, ponieważ wiązka promieni jest tak ograniczona, że obejmuje tylko zmiany nowotworowe z niewielkim marginesem tkanek zdrowych [22].

Nowoczesne metody leczenia napromieniowaniem stanowią nieodzowny element nowoczesnego leczenia raka sutka w bezpośrednim skojarzeniu z leczeniem miejscowym.

Leczeniu farmakologicznemu podlega 70% chorych na raka piersi w różnych okresach choroby [1]. W przypadku pacjentek leczonych radykalnie, u których chemioterapia jest stosowana jako leczenie uzupełniające lub poprzedzająca leczenie miejscowe, szansa wzrostu odsetka przeżyć 5-letnich waha się od 5 do 22% [22]. Szacuje się, iż prawidłowa chemioterapia ratuje życie 22 chorym na 100 chorych, zwłaszcza w zaawansowanych stadiach choroby, w których dochodzi do przerzutów w węzłach chłonnych [18].

Decyzja o leczeniu uzupełniającym powinna uwzględniać:

- ryzyko związane z nawrotem raka piersi
- zagrożenia związane z leczeniem
- stan sprawności chorej
- choroby współistniejące
- oszacować prawdopodobne przeżycie [22].

Celem chemioterapii jest zniszczenie nowotworowych przerzutów, które potencjalnie mogą być obecne już w chwili rozpoznania nowotworu, w celu zapobieżenia nawrotowi raka lub opóźnieniu jego wystąpienia [5].

Leczenie systemowe powinno być prowadzone według ustalonych i okresowo aktualizowanych międzynarodowych lub krajowych zaleceń i zależy od stopnia zaawansowania raka (miejscowe czy uogólnione) [18].

Leczenie przedoperacyjne (indukcyjne) stosuje się głownie u pacjentek, u których rozpoznano duży guz nieoperacyjny. Uważa się, iż podanie 2-4 serii chemioterapii przed zabiegiem operacyjnym powinno spowodować zmniejszenie guza, co umożliwi chirurgowi usunięcie go z marginesem zdrowych tkanek [22].

Chemioterapia, ze względu na toksyczność podawanych leków oraz występowanie działań niepożądanych, jest leczeniem, które najbardziej obciąża organizm, a optymalny czas leczenia chemią wynosi 4-6 miesięcy [22]. Pamiętać jednak należy, iż leki stosowane w chemioterapii oprócz działania zamierzonego wywołują wiele powikłań, w tym nieodwracalnych i trudno odwracalne lub pozostawiają trwałe uszkodzenia.

Leki cytostatyczne z jednej strony niszczą komórki nowotworowe, ale z drugiej nie działają wybiórczo, ponieważ uszkodzeniu ulegają także komórki zdrowych narządów (szpik kostny, nabłonek przewodu pokarmowego i gonad) [8]. Mechanizm działania każdego z leków cytostatycznych jest inny, stosuje się je zwykle razem w tzw. terapii wielolekowej. Efekt działania leków nakłada się i potęguje, co prowadzi do lepszych wyników leczenia [22].

Leczenie chemiczne w stadium uogólnionym ma charakter paliatywny, a jego głównym celem jest wydłużenie życia oraz poprawa jego jakości. Większa liczba kobiet z rozsianym rakiem piersi to pacjentki ze wznową choroby po leczeniu [8].

Leczenie chemioterapią wymaga stałego monitorowania działań niepożądanych, stanu ogólnej sprawności oraz oceny odpowiedzi. W ramach oceny toksyczności przed każdym cyklem chemioterapii wykonuje się, co 4-8 tygodni, badanie morfologii krwi i badania biochemiczne. Ocena toksyczności powinna dotyczyć ostrych objawów niepożądanych oraz oceny późniejszej toksyczności i jej wpływu na jakość życia.

Do ostrych skutków leczenia chemicznego należy utrata włosów, nudności, wymioty, osłabienie [21]. Ogromne znaczenie ma tutaj leczenie wspomagające, takie jak: zwalczanie bólu, zwalczanie oraz zapobieganie infekcjom, leczenie oraz zwalczanie powikłań hematologicznych, leczenie zaburzeń metabolicznych, współistniejących chorób, zapobieganie nudnościom i wymiotom [9].

Podobną do chemioterapii rolę, głównie u pacjentek starszych z dodatnim receptorem hormonalnym, może spełniać hormonoterapia, jednakże jest ona jednak mniej efektywna. jako leczenie indukcyjne. niż chemioterapia [9].

Podatność raka sutka na leczenie hormonalne jest znana od dawna. Odkrycie w połowie lat siedemdziesiątych obecności receptorów estrogenowych w tkance raka sutka oraz wykazanie zależności pomiędzy obecnością tych receptorów a odpowiedzią na leczenie hormonalne pozwoliło określić racjonalne wskazania do stosowania tej metody leczenia. Wysoki odsetek odpowiedzi (powyżej 50%) u chorych na zaawansowanego raka sutka z obecnością receptora estrogenowego stwarzał przesłanki do zastosowania hormonoterapii także w uzupełnieniu leczenia chirurgicznego [18].

Podstawowym lekiem o działaniu hormonalnym stosowanym w pooperacyjnym leczeniu chorych jest tamoksyfen, szczególnie skuteczny u chorych w wieku pomenopauzalnym [18].

Leczenie w uogólnionym raku piersi- stopień IV

Chore zaliczane do tej kategorii dzielimy na dwie grupy:

- chore z nawrotem miejscowo-regionalnym [1].
- chore z uogólnieniem po leczeniu pierwotnym lub uogólnieniem pierwotnym.

Leczenie w stadium uogólnienia nowotworu ma charakter paliatywny, a jego głównym celem jest wydłużenie życia i poprawa jego jakości. Wybierając metodę leczenia należy uwzględnić:

- liczbę, masę i umiejscowienie zmian nowotworowych
- czas wolny od nawrotu po leczeniu pierwotnym
- dynamikę rozwoju zmian nowotworowych
- rodzaj pierwotnego leczenia raka piersi
- wiek, choroby przebyte i współistniejące
- stan ogólnej sprawności [1]

Rehabilitacja

Rehabilitacja stanowi integralną część leczenia chorych na raka piersi.

Celem rehabilitacji psychofizycznej jest zmniejszenie niedostosowania fizycznego, psychicznego, społecznego i zawodowego, które wynikają z choroby lub jej leczenia[8]

Rehabilitacja fizyczna polega na usprawnianiu ruchowym chorych w okresie szpitalnym, ambulatoryjnym, sanatoryjnym i wspomagającym (np. klub kobiet „Amazonki") [18]

Do celów rehabilitacji fizycznej należą:

- uzyskanie poprawy zakresu ruchów w stawach obręczy barkowej po stronie operowanej
- zapobieganie wystąpieniu obrzęku limfatycznego kończyny po stronie operowanej
- korygowanie wad postawy wynikłych z przebytego leczenia
- leczenie zachowawcze obrzęku limfatycznego
- usprawnianie chorych przed i po operacjach odtwórczych piersi [24].

Jednym z elementów rehabilitacji jest zapewnienie refundowanych protez zewnętrznych piersi i dostęp do refundowanych peruk.

Celem rehabilitacji psychofizycznej jest poprawa stanu psychicznego kobiet w trakcie i po leczeniu(szczególnie chirurgicznym, a także radioterapii i leczeniu systemowym) oraz pomoc w akceptacji zaistniałego stanu [18]

W tym celu wykorzystuje się metody psychoterapii grupowej i indywidualnej, psychoedukacji - nauczenie radzenia sobie ze stresem.

Piśmiennictwo

1. Krzakowski M., Herman K., Jassen J. i wsp.: Onkologia w praktyce klinicznej. Zalecenia postępowania diagnostyczno – terapeutycznego w nowotworach złośliwych. Wyd, VM Media Sp z o.o. VM Group sp.k., Gdańsk, 2011.
2. Pawlicki M.: Rak piersi –nowe nadzieje i możliwości leczenia. Wyd, Alfa Medica Press, Gdańsk, 2002.
3. Baum M.Ch. Sauders.: Rak piersi-poradnik dla kobiet i lekarzy. Springer PWN, Warszawa, 1995.
4. Krzakowski M., Onkologia kliniczna. Tom II, Wyd, Borgis, Warszawa, 2006.
5. Jassen J. : Rak sutka. Podręcznik dla studentów i lekarzy. Wyd, Springer PWN, Warszawa, 1998.
6. Jeziorski A.: Onkologia. Podręcznik dla pielęgniarek. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2005.
7. Dziukowa J., Wesołowska E.: Mammografia w diagnostyce raka sutka. Wyd, II. Medi Page, Warszawa, 2006.
8. Strukiel E., Mess E., Twardak I. i wsp.: Problemy pielęgnacyjne, psychiczne i społeczne kobiet chorych na raka piersi leczonych chemioterapią, Onkol. Pol., 2008, 11, 181-184.
9. Pawlicki M.: Elementy diagnostyki nowotworów złośliwych. Wyd, Alfa Medica Press, Gdańsk, 2001.
10. Morrow Cavanaugh B.: Badania laboratoryjne i obrazowe dla pielęgniarek. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2006.
11. Sokołowska-Pietuchowa J.: Anatomia człowieka. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2000.
12. Lewin- Kowalik J.: Fizjologia. Wyd, Lek. PZWL ,Wyd. 1. Warszawa , 2007.
13. Jassen J. Krzakowski M.: Rak piersi. Praktyczny przewodnik dla lekarzy. Wyd. Med. Via Media, Gdańsk, 2009.
14. Noszczyk W.: Chirurgia – repetytorium. Wyd, Lek. PZWL, Warszawa, 2009.

15. Kordek R : Onkologia. Wyd, Med. Via Media, Gdańsk, 2007.
16. Tabor L., Tot T., Dean P.B.: Rak piersi. Wczesne wykrycie przy użyciu mammografii. MediPage, Warszawa, 2010.
17. Surdyka D.: Monitorowanie losów pacjentek- wykorzystywanie SIMP. Szkolenie dla realizatorów. Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi. Lublin 29 .04. 2008.
18. Mika K.: Po odjęciu piersi. Wydanie IV uaktualnione. Wyd, Lek. PZWL, Warszawa, 2005.
19. Stawros A. T.: Ultrasonografia piersi. Wyd, MediPage, Warszawa, 2007.
20. Perek D.: Onkologia Harison, Wyd, Czelej, Lublin, 2009.
21. Walewska E.: Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego, Wyd, Lek. PZWL, Warszawa, 2007.
22. McKay J.Hirano N.: Chemioterapia. Radioterapia. GWP, Gdańsk, 2002.
23. Markham Maurie: Atlas chorób nowotworowych, tom I., Wyd, Via Media, 2009.
24. Mikołajewska E.: Fizjoterapia po mastektomii, Wyd, Lek. PZWL, Warszawa, 2010.

Najdyhor Ewa

Diagnostyka gruczołu piersiowego w aspekcie profilaktyki raka piersi ze szczególnym uwzględnieniem mammografii

Dział Diagnostyki Obrazowej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej

Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie profilaktyki i wczesnej diagnostyki zmian w gruczole sutkowym

Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie profilaktyki i wczesnej diagnostyki zmian w gruczole sutkowym obejmują [1]:

A. W trakcie badania ginekologiczno-położniczego kobiety po 20 roku życia zaleca się:
- badanie przedmiotowe i podmiotowe sutków przeprowadzone przez lekarza
- nauczanie kobiet samodzielnego, palpacyjnego badania sutków
- poinformowanie pacjentek o możliwie najszybszym zawiadomieniu lekarza ginekologa o wykrytych w czasie samodzielnego badania palpacyjnego zmian w sutkach

B. Od 45 roku życia do 50 roku życia wykonywanie badania mammograficznego co 2 lata

C. Od 50 roku życia wykonywanie badania mammograficznego co 1 rok

D. zwrócenie uwagi na fakt, że badania muszą być przeprowadzane z użyciem aparatu o właściwych parametrach i poddane ocenie przez kwalifikowanego lekarza- radiologa

E. Ultrasonografia gruczołów sutkowych nie jest badaniem zastępującym mammografię, natomiast stanowi ona uzupełniającą część diagnostyki

F. W szczególnych sytuacjach klinicznych należy rozważyć celowość wykonania mammografii rezonansu magnetycznego

G. Zaleca się identyfikacje oraz objęcie szczególna obserwacją, grupy kobiet o zwiększonym ryzyku zachorowania na raka sutka poprzez ocenę parametrów, do których należą między innymi:
- obciążony wywiad rodzinny
- niektóre niezłośliwe zmiany rozrostowe sutka w wywiadzie
- przebyta zmiana onkologiczna w jednym sutku
- brak ciąży w wywiadzie
- późna pierwsza ciąża(powyżej 30 roku życia)
- brak lub krótki okres karmienia piersią(< 8 miesięcy)
- otyłość
- dieta wysokotłuszczowa
- nadmierne spożywanie alkoholu
- liczne cykle bezowulacyjne
- wysoki status socjoekonomiczny
- cukrzyca

- wzmożona gęstość radiologiczna po 55 roku życia

H. Akceptuje się możliwość podawania egzogennych hormonów (HRT.OC) po poprzednim szczegółowym przeanalizowaniu ewentualnych wskazań oraz korzyści takiej terapii.

I. Rezultaty opublikowanego w kwietniu 2004 roku estrogenowego ramienia badania wskazują na konieczność przestrzegania daleko idącej ostrożności w długotrwałym stosowaniu niektórych progestagenów.

J. Grupa Ekspertów zwraca uwagę na problem podwyższonej radiologicznej gęstości sutka, szczególnie po 55 roku życia, niejednokrotnie nasilającej się po zastosowaniu HRT. Taki stan sutka uniemożliwia przeprowadzenie jego skutecznej diagnostyki, głównie poprzez znaczne ograniczenie interpretacji wyniku mammografii. Wysoka radiologiczna gęstość gruczołów sutkowych może wskazywać na zwiększone ryzyko wystąpienia nowotworów sutka. W takich sytuacjach zaleca się wykonanie kontrolnej mammografii po zmniejszeniu gęstości tego narządu, którą można osiągnąć po:

- zastosowaniu niższej dawki hormonów
- odstawieniu hormonów na 2 tygodnie do 3 miesięcy.

U kobiet tych zaleca się stosowanie preparatów nie powodujących zwiększonej gęstości sutka.

Pacjentki posiadające obciążony wywiad rodzinny powinny być poddane specjalnej obserwacji zgodnie z wcześniejszymi rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczącymi wykrywania wysokiego dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka gruczołu piersiowego i jajnika z dnia 9 stycznia 2004 [1], spośród których do najważniejszych należą:

- kierowanie tych kobiet na konsultacje w zakresie genetyki onkologicznej(m.in.
- diagnostyka nosicielstwa BRCA1 i BRCA2
- kobiety posiadające obciążenie rodzinne raka sutka w pierwszym stopniu pokrewieństwa powinny mieć pierwsze badania mammograficzne wykonane o 5 lat wcześniej od rozpoznania raka sutka u bliskiego krewnego
- przebyta choroba nowotworowa sutka nie stanowi bezwzględnego przeciwwskazania do HT. Jednak wdrożenie leczenia należy dokonać po szczegółowej rozmowie z chorą w czasie, której bezwzględnie trzeba rozważyć relacje korzyści i ryzyka oraz uwzględnić życzenia kobiety, co do prowadzenia takiej terapii.
- Polskie Towarzystwo Ginekologiczne będzie dążyć do wdrożenia nowych form i metod szkolenia ginekologów we współczesnych metodach postępowania w chorobach gruczołu sutkowego i ich profilaktyce, jak też poszerzenia zakresu wymaganej wiedzy w tej dziedzinie w szkoleniu specjalizacyjnym. PTG dołoży daleko idących starań dla wzmożenia współpracy z onkologami, radiologami, chirurgami, genetykami onkologicznymi, epidemiologami i innymi specjalistami.

Badania radiologiczne gruczołu piersiowego

Podstawową metodą wykrywania raka sutka klinicznie bezobjawowego jest mammografia rentgenowska, a głównym celem badań mammograficznych - wykrywanie zmian klinicznie bezobjawowych [2].

Wykrycie tych zmian, za Tabor i wsp. [3] znacznie zwiększa odsetek wyleczeń, a umieralność zmniejsza o około 25%, co umożliwia leczenie oszczędzające z zachowaniem gruczołu piersiowego.

Mammografia, w opinii Dziukowej i Wesołowskiej [2], to metoda diagnostyczna polegająca na prześwietleniu sutka promieniami rentgenowskimi z wykorzystaniem różnicy współczynników pochłaniania promieniowania przez tkankę gruczołową i tłuszczową, wykonywana w celu wykrycia i rozpoznania zmian w piersi oraz określenia stopnia ryzyka zachorowania na raka piersi. Na podstawie zdjęcia mammograficznego można rozróżnić uwidocznione guzki i sklasyfikować zagrożenie jakie istnieje w wyniku ich występowania.

Guzki łagodne są zazwyczaj jednolite, okrągłe, mają gładki zarys i są otoczone warstwą tkanki tłuszczowej, natomiast nowotwory złośliwe są bardziej gęste, mają nieregularny kształt i nierówny zarys [3].

Początki mammografii rentgenowskiej, jak podkresla Morrow Cavanaugh [4] sięgają lat pięćdziesiątych.

W USA Leborgne i Gershon-Cohen, a następnie w Europie Gros, za Morrow Cavanaugh [4], opracowali zasady techniki mammograficznej oraz szczegółową symptomatologię rentgenowską i od początku dostrzegali możliwości tej metody w wykrywaniu wczesnego raka sutka.

W 1964 roku w Nowym Jorku, za Przemycki [5] rozpoczęto po raz pierwszy program badawczy, który polegał na badaniu dwóch grup po 30 000 kobiet. W jednej grupie prowadzono przez cztery lata skrining mammograficzny oraz kliniczny i w tej właśnie grupie stwierdzono zmniejszenie umieralności z powodu raka sutka o blisko 30% w porównaniu z druga grupą kobiet nie objętą skriningiem [5]. Wyraźne znamienne zmniejszenie umieralności obserwowano wśród kobiet powyżej 50 roku życia [3].

Ogłoszenie początkowych wyników wywołało, za Dziukowa i Wesołowska [2], liczne kontrowersje, bowiem kwestionowano wysoką dawkę promieniowania otrzymywaną w trakcie badań. W związku z powyższym na pewien czas zahamowało to prowadzenie badań skriningowych. W latach osiemdziesiątych, inne amerykańskie programy, za Tabor i wsp. [3], opublikowały wyniki swoich badań, potwierdzające ogromne korzyści wynikające z badań skriningowych. Następnie zasady organizacji prowadzonych skriningów przedstawiły kraje europejskie, przede wszystkim Holandia, Szwecja, Finlandia, Dania, Anglia i Francja [2].

W Polsce pierwsze projekty organizacyjne badań skriningowych przedstawiono w latach siedemdziesiątych [3]. W latach osiemdziesiątych Buraczewski, za Dziukowa i Wesołowska [7], omówił zasady badań przesiewowych w światowych ośrodkach, nawiązując do możliwości skryningu w Polsce i apelując o jak najszybsze wprowadzenie badań w skali krajowej. Jednakże stan aparatury mammograficznej i ówczesna organizacja ochrony zdrowia w Polsce nie pozwoliły na wdrożenie żadnego z proponowanych projektów. Dopiero lata dziewięćdziesiąte i współpraca z ośrodkami amerykańskimi pozwoliła wprowadzić w placówkach onkologicznych badania skryningowe. W następnych latach coraz więcej ośrodków w Polsce wprowadzało badania profilaktyczne w raku sutka [7].

Teoretyczne podstawy badania

Podstawowe wyposażenie współczesnej pracowni mammogarficznej stanowią aparaty rentgenowskie, które zostały stworzone wyłącznie dla potrzeb tej metody badań.

Stały rozwój aparatury mammograficznej uwidacznia się poprzez rosnącą liczbę nowych typów mammografów charakteryzujących się mniej lub bardziej istotnymi zmianami mającymi na celu poprawę parametrów fizycznych i technicznych urządzenia.

Początkowo, za Przemycki [5] używano istniejącej aparatury rentgenowskiej dostosowując napięcie na lampie do potrzeb badania oraz umocowując specjalny stolik do ułożenia piersi. Wiązkę promieniowania X zmniejszano tubusem, a zła jakość obrazów otrzymywana tą aparaturą narzuciła konieczność wprowadzenia zmian. Nowe mammografy, wyprodukowane specjalnie dla potrzeb badań mammograficznych pojawiły się w 1970 roku. Dzięki tym zmianom uzyskano ponad dziesięciokrotna poprawę rozdzielczości obrazu i ponad sto razy mniejsza dawkę promieniowania X otrzymywaną przez pacjentki [5].

Zobrazowanie struktur sutka zróżnicowanych pod względem kontrastu i wielkości, za Morrow Cavanaugh [4], przy jednoczesnym ograniczeniu do niezbędnego minimum narażenia kobiet na promieniowanie X wymaga stosowania wysokiej klasy aparatury mammograficznej oraz utrzymywania jej pracy na wymaganym poziomie, co realizowane jest poprzez prowadzenie systematycznej kontroli jakości aparatury mammograficznej.

Technika badania mammograficznego

Prawidłowe badanie mammograficzne powinno być wykonane w dwóch projekcjach:

- skośnej (przyśrodkowo-bocznej) - która prawidłowo wykonana skośna uwidacznia cały sutek, dobrze obrazuje część położoną blisko klatki piersiowej oraz ogon pachowy (Spence'a) [2]. Ustawienie kąta lampy w zakresie 40-60 stopni jest uzależnione od budowy anatomicznej pacjentki. W przypadku kobiet niskich i krępych ustawienie powinno być bardziej poziome, dla wysokich i szczupłych bardziej pionowe. Kasetę ustawia się równolegle do mięśnia piersiowego i do tyłu od linii pachowej przedniej, a róg kasety umieszcza się niezbyt głęboko w dole pachowym. Takie ustawienie pozwala na najlepsze odciągnięcie gruczołu sutkowego od ściany klatki piersiowej i jednocześnie badanie jest mniej bolesne dla pacjentki. Kobieta powinna stać przodem do aparatu z ręką swobodnie opartą na uchwycie. Sutek układa się na kasecie, wyciągając go do góry i do przodu. Ucisk stosuje się unosząc jednocześnie sutek ku górze. Rękę wsuwa się dopiero po upewnieniu się, że sutek jest unieruchomiony między kasetą a płytką kompresyjną. Należy sprawdzić czy skóra sutka nie tworzy fałdów, które mogłyby maskować zmianę ogniskową [2]. Pozwala ona na uwidocznienie:
    - całego sutka z dobrze rozłożoną i uciśnięta tkanką gruczołową
    - mięśnia piersiowego w kształcie trójkąta widoczny do wysokości brodawki
    - fragmentu tkanki podsutkowej [3].
- kranio-kaudalnej, bedacej uzupełnieniem projekcji skośnej [2]. Dobrze obrazuje część centralną i przyśrodkową sutka. Podczas tej projekcji pacjentka stoi przodem do aparatu. Podczas ustalania właściwej wysokości kasety podciąga się sutek do góry i dopiero wówczas układa kasetę w fałdzie podsutkowym. Niewłaściwie dobrana wysokość kasety powoduje zwiększone napięcie skóry i tkanki podskórnej oraz ból podczas badania. Wraz z uciskiem odciąga się sutek od ściany klatki piersiowej i wygładza fałdy skórne [3]. Prawidłowo wykonana projekcja kranio-kaudalna obrazuje:

- cały sutek z dobrze widoczną warstwą tkanki tłuszczowej położonej do tyłu od stożka gruczołowego
- wyrzutowaną, ułożona pośrodku brodawkę sutkową
- uważa się, że idealne zdjęcie powinno uwidaczniać niewielki fragment mięśnia piersiowego oraz oba fałdy(przyśrodkowy i boczny) [4].

W przypadku, gdy na podstawie prawidłowo wykonanych zdjęć mammogarficznych w dwóch podstawowych projekcjach można potwierdzić lub wykluczyć obecność raka, nie są konieczne projekcje dodatkowe [2]. Jednakże, kiedy stwierdza się nieprawidłowości na zdjęciach standardowych, za Tabor i wsp. [3], pierwszym krokiem w celu uzyskania rozpoznania jest wykonanie zdjęć dodatkowych, z których najważniejszymi są:

- zdjęcia celowane i powiększone
- projekcja boczna(przyśrodkowo-boczna lub boczno-przyśrodkowa)
- rozszerzona projekcja kranio-kaudalna
- projekcja ”zrotowana”
- projekcja styczna
- projekcja dolinowa
- projekcja „Kleopatry”
- projekcja kaudo-kranialna.

Zdjęcia celowane i powiększane należą do najbardziej użytecznych i najczęściej stosowanych projekcji dodatkowych [3]. Polegają na zastosowaniu punktowego ucisku na małym obszarze sutka, uzyskuje się przez to zmniejszenie promieniowania rozproszonego i poprawę kontrastu. Zdjęcia powiększane polegają na zwiększeniu odległości między sutkiem a filmem, co poprawia rozdzielczość, dzięki temu małe zmiany są lepiej widoczne i łatwiejsze w ocenie [2].

Badanie mammograficzne wykonuje technik rentgenowski, mający najbliższy kontakt z pacjentką. Technik powinien przygotować pacjentkę do badania mammograficznego poprzez objaśnienie wszystkich wykonywanych czynności w trakcie badania. Takie postępowanie jest konieczne dla sprawnego przebiegu badania oraz uzyskania zdjęć możliwie najlepszych technicznie. Należy uświadomić pacjentce, że odpowiedni ucisk zmniejsza dawkę promieniowania oraz pozwala na wykonanie zdjęcia z uwidocznieniem większej ilości szczegółów. Jest to równoznaczne z możliwością wykrycia bardzo małej zmiany, która mogłaby być pominięta gdyby zastosowało się nieodpowiedni ucisk, także nawet niewielka objętość piersi, zawierająca fragment tkanki gruczołowej znajdująca się poza aparatem nie będzie uwidoczniona na zdjęciu [4].

W przypadku, gdy zaistnieje potrzeba wykonania dodatkowych zdjęć, należy poinformować pacjentkę, że są one niezbędne do postawienia właściwej diagnozy. Końcowym efektem badania mammograficznego jest opis, który powinien zawierać ocenę stwierdzonych zmian morfologicznych, oraz wnioski końcowe i zalecenia do dalszego postępowania. Jeżeli istnieje taka możliwość lekarz radiolog wykonujący opis powinien porównać badanie aktualne z wykonywanymi wcześniej. Takie porównanie jest przydatne, podczas analizy pojawiających się nowych zagęszczeń, ocenie asymetrii lub zmian w wyglądzie mikrozwapnień [4].

Niepowiększanie się zmiany guzkowej nie jest równoznaczne z wykluczeniem raka, jednak im dłuższy czas obserwacji tym większe prawdopodobieństwo zmiany łagodnej. Należy bowiem pamiętać, że niektóre nowotwory rosną bardzo powoli (minimalny wzrost w ciągu kilku lat) [6].

Opis badania mammograficznego powinien zawierać:

- ocenę typu utkania sutka
- opis guzkowych zmian ogniskowych
- opis zwapnień
- opis zmiany struktury sutka (asymetryczne zagęszczenie, zaburzenie architektury)
- opis objawów dodatkowych [2].

Określenie typu utkania sutka ma wpływ na czułość badania mammograficznego [2].

Podając lokalizację zmiany można posługiwać się kwadrantami sutka lub określać położenie zmiany według godziny na wyobrażonej tarczy zegarowej [3].

Symptomatologia mammograficzna

Sutki dojrzałej kobiety są położone między drugim, a szóstym żebrem i między brzegiem mostka, a linią pachową środkową [7]. Sutek leży na powięzi przykrywającej mięsień piersiowy większy, mięsień zębaty i mięsień skośny zewnętrzny. Brodawka leży pośrodku sutka, a na jej powierzchni uchodzą przewody mleczne. Otoczona jest pigmentowaną otoczka sutkową [7].

Sutek zbudowany jest z tkanki gruczołowej, przewodów włóknistej tkanki łącznej oraz tkanki tłuszczowej [7]. Tkanka gruczołowa podzielona jest na 15-20 płatów, kształtem przypominających stożek, którego wierzchołek skierowany jest do brodawki. Każdy z płatów zawiera przewód mleczny [7].

Rozkład tkanki gruczołowej jest niejednorodny, najwięcej znajduje się w obszarze centralnym i górno-bocznym, tam też najczęściej rozwijają się raki [7]. Tkanka tłuszczowa jest najobfitszym składnikiem morfologicznym sutka. Otacza cały sutek od jego podstawy i od strony skóry [7].Gruczoły sutkowe u kobiet są pod stałym działaniem hormonów płciowych [8].

Obraz mammograficzny ulega zmianie w zależności od oddziaływania hormonalnego oraz cyklu miesięcznego [3]. W drugiej fazie cyklu utkanie sutków staje się bardziej zagęszczone. Wykonanie badania mammograficznego w tym czasie powoduje większy dyskomfort dla badanej kobiety. W związku z powyższym badania skriningowe u kobiet miesiączkujących powinny być wykonywane w pierwszej połowie cyklu [3].

W przypadku mammografii diagnostycznej faza cyklu nie ma znaczenia [9].

Po menopauzie rozpoczynają się w sutku zmiany inwolucyjne, a najwcześniejszym tego objawem jest zastąpienie podścieliska łącznotkankowego przez tkankę tłuszczową, obniża to gęstość sutków [8].Tkanka łączna zanika częściowo, powoduje to różnice w poszczególnych obszarach sutka. Zagęszczenia tkanki łącznej mogą powodować powstanie obszarów podejrzanych w obrazie mammograficznym [2].

Obraz radiologiczny prawidłowego sutka

Obraz radiologiczny sutka gruczołowo-tłuszczowego jest widoczny, jako stożkowate zagęszczenie o różnej gęstości, otoczone przez pasmo przejaśnienia zmiennej gęstości odpowiadające tkance tłuszczowej, wąskie w okolicy brodawki, a rozszerzające się ku tyłowi [2]. Warstwa podskórnej tkanki tłuszczowej może być niejednorodna, ponieważ przebiegają tam pasma łącznotkankowe, natomiast warstwa tkanki tłuszczowej leżąca między podstawą stożka, a powięzią jest jednorodna. Skóra w obrazie mammograficznym to gęste pasmo szerokości od 0,5 do 2mm. Tętnice i żyły sutkowe w sutku tłuszczowym są dobrze widoczne. Żyły są szersze niż tętnice i mają bardziej kręty przebieg. Czasem w obrębie tętnic widoczne są zwapniałe blaszki miażdżycowe. W

prawidłowym sutku naczynia limfatyczne są niewidoczne. U około 1/4 kobiet widoczne są małe wewnątrzsutkowe węzły chłonne o wyglądzie fasolki, wielkości do 1cm [2].

Asymetria

Najczęstszą przyczyną powstania asymetrii są prawidłowe elementy miąższu sutka (asymetryczne zagęszczenia o charakterze łagodnym) [4]. Asymetria może też stanowić objaw raka. Rak rosnący w sposób rozlany, powodujący objaw asymetrii w badaniu mammograficznym jest najczęściej wyczuwalny w badaniu klinicznym, jeżeli badanie kliniczne jest bez zmian, to asymetria przemawia przeciwko zmianie złośliwej [4].

Asymetryczne zagęszczenia w mammografii sutka mogą też być spowodowane leczeniem hormonalnym, natomiast u kobiet, które nie stosują terapii hormonalnej, każde asymetryczne zagęszczenie wymaga dalszej diagnostyki [5].

Zaburzenia architektury

Zaburzenie architektury w obrazie mammograficznym może być jedynym lub bardzo wczesnym objawem raka sutka [3].

Zmiany złośliwe mogą być różnicowane z obrazem nakładających się więzadeł Coopera lub blizny po urazie. Jeśli na podstawie wywiadu można wykluczyć uraz a zaburzenie architektury widoczne jest tylko w jednej projekcji, to konieczne są zdjęcia celowane z uciskiem lub zdjęcia powiększone tak, aby wykluczyć nakładanie się struktur sutka. Jeśli zmiana powtarza się na kolejnych projekcjach, a jej lokalizacja jest niejasna, wskazane jest wykonanie badania MR z kontrastem. Zmiana, która wykazuje nawet niewielkie wzmocnienie po dożylnym podaniu kontrastu powinna być usunięta [2].

Guzek spikularny

Za najbardziej typową zmianą radiologiczną dla raka sutka uważa się guzek spikularny [2]. Szacuje się, iż ponad 80% wyczuwalnych guzów złośliwych to powyższe zmiany. Obraz przedstawia się jako twór o gęstym nieregularnym centrum otoczonym pierścieniem wypustek. Najczęściej guzek spikularny odpowiada inwazyjnemu rakowi przewodowemu [3].

Rak

Zmiana o dużych wymiarach najczęściej nie stwarza problemów diagnostycznych. W badaniu mammograficznym widoczny jest owalny lub okrągły guzek o wysokiej gęstości, od którego promieniście odchodzą wypustki. Mogą być też widoczne pośrednie objawy złośliwości, w postaci pogrubienia lub wciągnięcia skóry lub wciągnięcia brodawki [4].

Radial scar

Radiologicznie zmiana jest mała i zwykle niewyczuwalna w badaniu klinicznym, a w obrazie mammograficznym wygląd zmiany przedstawia się jako:

- zmienny obraz w zależności od projekcji
- jasne centrum zmiany lub nieproporcjonalnie małe centrum w stosunku do długich wypustek
- cienkie, długie wypustki nakładające się w wiązki
- brak wciągnięcia skóry lub wyczuwalnego guzka [2].

W przypadku takich zmian konieczne jest wycięcie w całości i badanie histopatologiczne ze względu na brak jednoznacznych kryteriów radiologicznych

pozwalających odróżnić *radial scar* od raka oraz częste współistnienie z rakiem wewnątrzprzewodowym *in situ* i rakiem cewkowym [3].

Martwica tłuszczowa

Jest to zmiana nowotworowa rozwijająca się w wyniku uszkodzenia tkanki tłuszczowej [2]. Może powstać po urazie lub zabiegu chirurgicznym. W badaniu klinicznym zmiana ta może być wyczuwalna i powodować pogrubienie lub wciągnięcie skóry, zaś w badaniu mammograficznym ma wygląd zróżnicowany w zależności od projekcji, czasami są to nie charakterystyczne, obrączkowato ułożone zwapnienia, w centrum zmiany nie stwierdza się zagęszczenia ale okrągłe przejaśnienie [2].

Blizna pooperacyjna

Wygląd blizny ulega zmianie w dwóch prostopadłych projekcjach. Obraz blizny nie ma gęstego centrum, stwierdzenie przejaśnienia w centrum zmiany wskazuje na obecność martwicy tłuszczowej [2].

Mikrozwapnienia

Mikrozwapnienia, są to złogi wapnia o wymiarach poniżej 1 mm [4]. Prawidłowa ocena mikrozwapnień może pomóc w wykryciu małych, niewidocznych w badaniu palpacyjnym raków sutka. W literaturze [3] podaje się, że około połowa raków niewidocznych w badaniu palpacyjnym uwidacznia się jako mikrozwapnienia i często są to raki przedinwazyjne. Obecnie powszechnie stosowany system BIRADS wyróżnia trzy typy mikrozwapnień: łagodne, niejednoznaczne i złośliwe. Kwalifikacja do odpowiedniej kategorii systemu klasyfikacji wg powyższego systemu decyduje o dalszym postępowaniu: obserwacji lub weryfikacji mikroskopowej [3].

Guzek dobrze odgraniczony

Najczęstszą zmianą patologiczną stwierdzaną w mammografii jest guzek dobrze odgraniczony [3]. Traktuje się go jako zmianę potencjalnie łagodną, jednak rozpoznanie wymaga uzupełnienia mammografii innymi badaniami (USG, biopsja aspiracyjna cienkoigłowa lub gruboigłowa). Przy ocenie guzka dobrze odgraniczonego należy określić jego kształt, zarysy, gęstość, wielkość, objawy towarzyszące oraz położenie. Zmiany okrągłe lub owalne są przeważnie łagodne, im bardziej zmiana ma kształt zrazikowy tym bardziej jest podejrzana [3].

Zmiany złośliwe - Raki sutka

Częstość występowania raków ujawniających się jako guzki dobrze odgraniczone, według różnych autorów waha się od 2% do 9% [2]. Najczęściej jest to inwazyjny rak przewodowy (75%) [2]. Inne raki manifestujące się jako zmiana dobrze odgraniczona to rak rdzeniasty, śluzowy, brodawkowy [2]. Obraz mammograficzny jest nieswoisty, ale pewne cechy pozwalają na podejrzenie zmiany złośliwej:

- obecność nieostrych lub spikularnych zarysów widocznych na zdjęciu powiększonym celowanym
- obecność mikrozwapnień w obrębie guza
- obecność dyskretnych objawów naciekania skóry (pogrubienie, wciągnięcie brodawki)
- obecność powiększonych węzłów chłonnych w obrębie pachy
- pojawienie się pojedynczego guzka u kobiety w okresie menopauzy [4].

Przerzuty do sutka

Przerzuty do sutka występują rzadko, najczęściej są to przerzuty z drugiego sutka, czerniaka, raka płuca, jajnika, macicy, przewodu pokarmowego [5].

Przerzuty mogą być mnogie i obustronne. W mammografii widoczne są jako dobrze odgraniczone, okrągłe guzki, zdjęcia powiększone potwierdzają ich wyjątkowo gładkie zarysy. Częściej zlokalizowane są w tkance podskórnej, niż w miąższu [3].

Guz liściasty

Występowanie tego nowotworu nie przekracza 1% wszystkich guzów sutka [3]. Zbudowany jest z tkanki nabłonkowej i łącznej. Wyróżnia się trzy postacie: łagodną, pośrednią i złośliwa. Jest to guz pojawiający się w czwartej dekadzie życia, szybko rosnący, może osiągać duże rozmiary(nawet do 40 mm). Obraz mammograficzny przedstawia go jako guz, najczęściej policykliczny, czasami okrągły lub owalny, zwykle dobrze odgraniczony, odcinkowo może być widoczny efekt „halo". Brak jest wiarygodnych kryteriów mammograficznych, które pozwoliłyby odróżnić guz liściasty od innych zmian dobrze odgraniczonych oraz odróżnić postać łagodną od złośliwej [2].

Zmiany łagodne

Gruczolakowłókniak

Jest to najczęstszy łagodny, lity guz sutka, nie związany z podwyższonym ryzykiem rozwoju raka. Może być jedno- lub obustronny i w 20% przypadków jest mnogi [3]. Jest guzem hormonozależnym, może powiększać się w czasie ciąży, lub w czasie leczenia estrogenami. W mammografii widoczne jest jako okrągłe, czasami policykliczne zagęszczenia o gładkich zarysach. W sutku o obfitej budowie gruczołowej może być widoczny jedynie częściowo lub być niezauważalny [2].

Gruczolak

Łagodny guz występujący u młodych kobiet, który objawy kliniczne i mammograficzne daje takie jak gruczolakowłókniak [4].

Brodawczak

Jest to łagodny guz, występujący w około 1-1,5% wszystkich zmian w sutku i dający objawy w postaci jasnego lub krwistego wycieku z brodawki [10]. Najczęściej występuje w dużych, zbiorczych przewodach w okolicy zabrodawkowej włącznie z zatoką mlekową. W przypadku podejrzenia brodawczaka na podstawie obrazu klinicznego należy wykonać zdjęcie powiększone z punktowym uciskiem. Ponieważ na podstawie badań obrazowych nie można odróżnić brodawczaka od raka, a niektóre typy brodawczaków są związane z większym ryzykiem powstania raka, badaniem rozstrzygającym jest badanie histoptalogiczne [11].

Torbiele

Występują u blisko połowy kobiet powyżej 40 roku życia [2]. Torbiele mogą nie dawać żadnych objawów, ale większe mogą być wyczuwalne i stwarzać dolegliwości bólowe. W postępowaniu diagnostycznym zaleca się badanie ultrasonograficzne, które w 100% potwierdza obecność torbieli. U kobiet przed 35 rokiem życia stwierdzenie torbieli w badaniu ultrasonograficznym pozwala zakończyć diagnostykę. U kobiet powyżej 35 roku życia zaleca się wykonanie USG i mammografii ze względu na większe ryzyko raka. W mammografii torbiel widoczna jest jako owalne lub okrągłe zagęszczenie o gładkich zarysach i jednolitej gęstości Kształt torbieli uzależniony jest od stopnia wypełnienia jej płynem [4].

Krwiak

W przypadku pojawienia się zmiany w piersi, która może mieć związek z urazem, istnieje podejrzenie obecności krwiaka. W mammografii krwiak widoczny jest jako guzek z wyraźnymi lub częściowo zatartymi zarysami. Pamiętać należy, aby monitorować cofanie się zmiany [4].

Zmiany zawierające tkankę tłuszczową

Zmiany zawierające tkankę tłuszczową nie są związane ze zmianami złośliwymi i uwidaczniają się w badaniu mammograficznym jako zmiany z przejaśnieniem w środku [3]

Tłuszczak

Jest to guz zbudowany z tkanki tłuszczowej otoczony torebką łącznotkankową, dobrze widoczny w sutkach gruczołowych [2].W mammografii widoczny jest jako guzek przejrzysty, otoczony torebką z zagęszczonej tkanki. Podstawowym badaniem w diagnostyce tłuszczaka jest mammografia [2].

Hamartoma, fibroadenolipoma

Zawiera różne elementy miąższu sutka, włókniste, gruczołowe i tłuszczowe, otoczone pseudotorebką [4]. W mammografii widoczny jest jako zbiór przejaśnień i zagęszczeń odgraniczonych wąską pseudotorebką. Wyglądem przypomina „plasterek salami". Z reguły występuje u kobiet pomiędzy 40-60 rokiem życia. W przypadkach typowych mammografia kończy diagnostykę, w przypadkach wątpliwych należy wykonać badanie ultrasonograficzne sutków [3].

Torbiel mleczna

Powstaje w czasie ciąży lub laktacji na skutek zatkania przewodu wyprowadzającego i jest wypełniona treścią mleczną [12]. Zmiana pojawia się nagle, jest miękka, czasami bolesna, może towarzyszyć jej wyciek mleczny z brodawki. Obraz mammograficzny uwidacznia owalny lub okrągły homogenny guzek, dobrze odgraniczony o średniej gęstości. Charakterystyczną cechą jest obecność poziomu płynu widocznego w projekcji bocznej odpowiadającego odgraniczeniu zawartości tłuszczowej i nietłuszczowej w obrębie torbieli [2].

Zmiany zapalne

Na podstawie obrazu klinicznego wyróżnia się następujące łagodne zmiany zapalne w sutku:

- zapalenie sutka okołoporodowe
- zapalenie sutka nie związane z okresem porodu
- bakteryjne
- ziarniniakowe zapalenia sutka
- grzybicze, pasożytnicze (rzadko)
- łagodne zmiany zapalne sutka należy różnicować z rakiem zapalnym, często jest to bardzo trudne, z powodu zbliżonych objawów klinicznych i podobnych cech badania obrazowego. objawami mammograficznymi zapalenia sutka są:
  - pogrubienie skóry
  - zatarcie rysunku tkanki podskórnej
  - rozlane zwiększenie gęstości utkania sutka, największe w okolicy brodawki
  - czasami źle odgraniczony guz, który może odpowiadać ropniowi.
  - dodatkowo można stwierdzić wciągnięcie brodawki, poszerzenie naczyń sutkowych, powiększenie węzłów chłonnych pachowych [2].

Podejrzenie raka zapalnego dotyczy zwłaszcza przypadków niezwiązanych z ciążą, laktacją, zabiegiem operacyjnym lub nie poddających się leczeniu, a za nim przemawia obecność polimorficznych mikrozwapnień [2].

Rak zapalny jest źle rokującym rakiem przewodowym, jego komórki szybko naciekają tkanki sutka [6]. W przypadku raka zapalnego dochodzi do rozlanego obrzęku limfatycznego w wyniku zatkania naczyń limfatycznych przez nacieki z komórek nowotworowych [13].

W badaniu mammograficznym, oprócz cech obrzęku sutka, widoczna jest zmiana o wyglądzie guzka spikularnego, trudna do zauważenia w gęstym utkaniu sutka [3].

Inne techniki badań radiologicznych gruczołu piersiowego

Mammografia cyfrowa

Obrazowanie cyfrowe cechuje się znacznie większą rozdzielczością kontrastową, niż technika konwencjonalna [2]. Dzięki temu możliwe jest obrazowanie bardzo niewielkich różnic w stopniu pochłaniania promieniowania RTG przez tkanki, a tym samym uwidocznianie zmian niemożliwych do wychwycenia w konwencjonalnej mammografii. Większa rozdzielczość i dynamika kontrastu są szczególnie przydatne podczas obrazowania piersi z dużą ilością tkanki gruczołowo-włóknistej [3].

Po wykonaniu zdjęcia metodą konwencjonalną, nie ma możliwości poprawy jakości uzyskanego obrazu, w przypadku mammografii cyfrowej możliwa jest natychmiastowa obróbka komputerowa obrazu. Zapewnia ona pełne wykorzystanie informacji zawartej w obrazie cyfrowym. Ze względu na brak procesu wywoływania zdjęć i otrzymywania obrazu, skrócony jest czas badania, dzięki czemu możliwe jest wykonanie większej ilości badań, a zatem lepsze wykorzystanie sprzętu i zwiększenie dostępności do badań [2].

Galaktografia

Jest to badanie radiologiczne przewodu wydzielającego po wypełnieniu go środkiem kontrastowym, umożliwiające stwierdzenie rozrostu wewnątrzprzewodowego, określenie wielkości zmiany oraz jej lokalizację [3].

Wskazaniem do wykonania galaktografii jest samoistny wyciek o treści surowiczej, surowiczo-krwistej lub krwistej z pojedynczego przewodu [4].

Badanie galaktograficzne powinno być poprzedzone wywiadem i szczegółowym badaniem klinicznym, które umożliwi w niektórych przypadkach lokalizację zmiany ogniskowej lub miejsca, którego ucisk spowoduje pojawienie się wydzieliny [2]. Podczas badania pacjentka leży na plecach. Skórę wokół brodawki oraz samą brodawka dokładnie się odkaża, brodawkę znieczula się ksylokainą, poprzez wprowadzenie środka znieczulającego w okolicę otoczki. Lokalizuje się ujście przewodu wydzielającego, tam wprowadza się zgłębnik a następnie cewnik, podaje się próbną ilość kontrastu i wykonuje się zdjęcie kontrolne w projekcji bocznej. Jeżeli położenie cewnika jest prawidłowe, podaje się docelową ilość kontrastu(do całkowitego wypełnienia przewodu i jego odgałęzień). Po usunięciu cewnika wykonuje się dokumentację zdjęciową(dwa zdjęcia w projekcjach kranio-kaudalnej i bocznej, oraz zdjęcie celowane powiększone w obu projekcjach) [2].

Mammoscyntygrafia

Jest to metoda czuła i nieinwazyjna. W diagnostyce scyntygraficznej sutka w latach osiemdziesiątych, jako znacznik wprowadzono metoksyizobutylizonitryl - 99m Tc MIBI [16]. Ujemny wynik badania z użyciem znacznika może sugerować niewrażliwość na niektóre chemioterapeutyki, co może uchronić pacjentki przed bardzo toksyczną i w efekcie nieskuteczną chemioterapią [2].

Mammoscyntygrafię wykonuje się w pozycji leżącej z rękoma uniesionymi do góry po 15-90 minutach od podania 740 MBq99m Tc MIBI do żyły odłokciowej,

przeciwnej do strony chorej [2]. W przypadku zmian w obu sutkach iniekcje wykonuje się w żyły stopy. Dodatni wynik badania świadczy o obecności:

- ogniska zwiększonego gromadzenia radioizotopu w sutku lub w węźle chłonnym pachowym
- asymetryczne, rozlane, zwiększone gromadzenie znacznika w obrębie pachy po stronie zajętego sutka tzw. objaw „ciasnej pachy"
- za wynik ujemny przyjmuje się:
- brak zmiany ogniskowej
- symetryczne gromadzenie w zakresie obu dołów pachowych [2].

Wskazaniem do wykonania mammoscyntygrafii jest:

- sprzeczne lub niejasne wyniki badania ultrasonograficznego, mammografii i biopsji
- ocena węzłów chłonnych przymostkowych i zamostkowych w przypadku stwierdzenia raka sutka
- stwierdzenie obecności komórek nowotworowych w klinicznie podejrzanych węzłach chłonnych w przypadku prawidłowego obrazu sutka w mammografii i ultrasonografii
- poszukiwanie raka sutka u kobiet z endoprotezami
- wykluczenie wznowy miejscowej po operacji raka sutka-do różnicowania z blizną i zmianami po napromieniowaniu [2].

Pozytronowa tomografia emisyjna (PET)

Pozytronowa tomografia emisyjna może być stosowana do diagnostyki zmienionych pachowych węzłów chłonnych u chorych, gdy średnica guza sutka przekracza 2 cm [3]. Badanie może być także przydatne do wykrywania odległych przerzutów u chorych na zaawansowanego raka sutka Znaczenie PET w ocenie pierwotnego raka sutka jest ograniczone [2].

Badania mammograficzne pozostają nadal najważniejszą metoda diagnostyczną służąca do wykrywania zmian w sutkach oraz oceny ich złośliwości [3].

Diagnostyka zmian klinicznie bezobjawowych.

Rozwój przesiewowych badań mammograficznych spowodował wzrost wykrywalności, a tym samym konieczność weryfikacji przedklinicznych postaci raka sutka. Najczęstszą lokalizacją zmian niewyczuwalnych są:

- kwadrant górno-zewnętrzny (52%)
- kwadrant górno-wewnętrzny
- kwadrant dolno-zewnętrzny
- okolica zabrodawkowa
- kwadrant wewnętrzny dolny [4].

W niemal 42% przypadków stwierdza się mikrozwapnienia, ale tylko połowa z nich ma obraz mikrozwapnień o typowo złośliwym charakterze [4].

Wśród zmian guzkowych (39%), w blisko 16% stwierdza się guzki typowo spikularne [2]. Prawie 20% raków przedklinicznych rozpoznawanych jest na podstawie objawów pośrednich, takich jak: ogniskowe zaburzenie architektury, asymetria, powiększające się zagęszczenie w trakcie obserwacji [2].

Ogółem aż 60% klinicznie bezobjawowych raków wykazuje subtelne lub tylko pośrednie objawy złośliwości w obrazie mammograficznym. Najczęściej należy wykonać dodatkowe projekcje, zdjęcia celowane i powiększone, a następnie weryfikację mikroskopową [3].

Wskazania do wykonania badania mammograficznego

Do wykonania badania mammograficznego zalicza się następujące wskazania [2, 4]**:**

- badanie profilaktyczne u kobiet od 40 roku życia, co dwa lata, po 50 roku życia co roku
- u kobiet powyżej 40 roku życia ze zwiększonym ryzykiem zachorowania (występowanie rodzinne, dysplazja gruczołu piersiowego)
- przed rozpoczęciem terapii hormonalnej
- w przypadku zmiany wielkości piersi (nagle powiększenie jednej piersi)
- przy podejrzeniu zmiany w sutku(guz, wciągnięcie brodawki lub skóry, wyciek z brodawki)
- w ocenie zmian wykrytych podczas samobadania piersi lub badania klinicznego przeprowadzonego przez lekarza
- jako badanie kontrolne po amputacji sutka
- po radioterapii lub chemioterapii do oceny stopnia regresji guza
- w celu określenia przyczyny bolesności piersi.

Badanie nie wymaga specjalnego przygotowania, zaleca się wykonywanie go w i fazie cyklu [4].

Przeciwwskazaniem do wykonania mammografii jest ciąża, gdy korzyści z wykonania badania nie przewyższają znacznie ryzyka dla płodu [4].

Nie powinno się rezygnować z wykonania mammografii z powodu szkodliwego działania promieniowania, jakie towarzyszy temu badaniu, ponieważ korzyści są dużo większe niż hipotetyczna szkodliwość.

Możliwe powikłania po wykonaniu mammografii

- ból sutka
- krwiak podskórny
- w przypadku galaktografii odczyn zapalny oraz wynaczynienie środka kontrastowego [2].

Badania przesiewowe (*skrining*)

Badania przesiewowe polegają na poszukiwaniu nowotworu lub zmiany przednowotworowej u osób bez objawów klinicznych choroby [14].

Warunkiem skuteczności skriningu jest masowość, długoterminowość i wysoka jakość wykonywanych badań [14].

Zgodnie z zaleceniami Komisji Doradczej Unii Europejskiej [15] takim badaniem przesiewowym jest mammografia, wykonywana co dwa lata u kobiet w wieku 50-69 lat.

Badania skriningowe muszą być monitorowane i oceniane zgodnie z przyjętymi standardami jakości.

W Polsce Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi został wprowadzony w 2006 roku w ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych [15]. Program finansowany jest ze środków budżetu państwa. Polega na wykonywaniu badań mammograficznych kobietom w wieku 50-69 lat z często-tliwością co 2 lata. Celem programu jest obniżenie wskaźnika umieralności kobiet z powodu raka piersi poprzez:

- podniesienie poziomu wiedzy społeczeństwa na temat profilaktyki raka sutka
- wprowadzenie na terenie całego kraju zasad postępowania diagnostycznego [16].

Możliwości pierwotnej profilaktyki w raku piersi są ograniczone, a większość przypadków tej choroby ma etiologię wieloczynnikową (czynniki genetyczne, środowiskowe). W związku z tym znaczenie decydujące ma profilaktyka wtórna [16].

Metodą umożliwiającą rozpoznanie zmian patologicznych jest mammografia, jej czułość dla kobiet po menopauzie wynosi 90-95% [2].

Skrining raka sutka jest kosztowny, ale prawidłowo zaplanowane i prowadzone badania mogą uratować życie wielu kobietom [2]. W programach przesiewowych 90% kobiet ma prawidłowy wynik badania mammograficznego, a około 3-5% kobiet jest poddawana dodatkowym badaniom diagnostycznym, gdyż w badaniu mammograficznym widoczne są zmiany wymagające dalszej diagnostyki [2]. Większość z tych zmian okazuje się zmianami łagodnymi, a pacjentki powracają do stałego schematu badań. Jednakże około 5-7% zmian wykrytych w badaniach mammograficznych okazuje się być rakami [16].

Około 70-80% przypadków raka piersi wykrytych w badaniach przesiewowych ma dobre rokowanie [15].

Zasady realizacji Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi, za Surdyka, obejmują [16]:

1. programem nie mogą być objęte kobiety, u których wcześniej zdiagnozowano w piersi zmiany o charakterze złośliwym.
2. zaleca się, aby wynik badania mammograficznego był dostępny dla kobiet w ciągu 15 dni roboczych od dnia badania.
3. w przypadku konieczności skierowania pacjentki do etapu pogłębionej diagnostyki, kierujący zobowiązany jest udzielić jej informacji o wszystkich świadczeniodawcach realizujących ten etap w województwie.
4. kobiety, u których rozpoznano raka piersi lub inne schorzenie wymagające leczenia specjalistycznego zostają skierowane(poza programem) do dalszej diagnostyki lub leczenia w Poradni Onkologicznej.
5. świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia elektronicznej dokumentacji realizacji programu w oparciu o narzędzie informatyczne udostępnione przez NFZ- jest to program SIMP (*System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki*).

Do oceny badań mammograficznych Amerykańskie Towarzystwo Radiologiczne opracowało system oceny BIRADS (*Breast Imaging Reporting and Date System*), który stanowi standard opisów mammograficznych [6].

Standard ten, za Pawlicki [17], to:

- ujednolicenie opisów mammograficznych w celu uniknięcia niejasnych opisów i ograniczenia różnorodności terminów obecnych w opisach u różnych radiologów
- kategoryzacja wyników i ich rola w stawianiu rozpoznania
- standaryzacja zaleceń dotyczących dalszego postępowania diagnostycznego i/lub terapeutycznego
- kontrola osób wykonujących i opisujących badania mammograficzne

W systemie BIRADS (*Breast Imaging Reporting and Data System*) wyróżnia się następujące kategorie [cyt. za 1]:

BIRADS 0

Kategoria wykorzystywana w badaniach przesiewowych w sytuacjach, kiedy jest potrzeba wykonania dalszych procedur w celu określenia ostatecznej kategorii. Może to być porównanie z badaniem poprzednim, wykonanie dodatkowych zdjęć mammograficznych i/lub usg

BIRADS 1

Wynik badania jest prawidłowy. Piersi o budowie symetrycznej, bez guzków, zaburzeń architektury i podejrzanych makrozwapnień. Kolejne badanie zgodnie z ustalonym interwałem tzn. za 2 lata

BIRADS 2

W opisie uwzględnione są zmiany łagodne, takie jak: tłuszczak, torbiel olejowa, gruczolakowłókniak, łagodne mikrozwapnienia. Te zmiany nie wymagają dodatkowych badań, ani skróconego okresu do kolejnego badania przesiewowego, które powinno odbyć się za 2 lata.

BIRADS 3

W tej kategorii określa się zmiany prawdopodobnie łagodne, do których należą: guzki dobrze odgraniczone, asymetryczne zagęszczenia, skupiska okrągłych, punkcikowatych zwapnień. Postępowanie polega na obserwacji i badaniu kontrolnym w Poradni Onkologicznej za 6miesięcy.

BIRADS 4

Ta kategoria wymaga weryfikacji mikroskopowej. W obrazie mammograficznym stwierdza się zmiany podejrzane, czyli guzki nieostro odgraniczone, niejednorodne mikrozwapnienia. Zmiany te dzielimy na trzy podgrupy:

A- małym stopniu prawdopodobieństwa złośliwości
B- o pośrednim stopniu prawdopodobieństwa złośliwości
C- wysokim stopniu prawdopodobieństwa złośliwości

BIRADS 5

Określa klasyczne cechy zmiany złośliwej tj. guzki spikularne, polimorficzne mikrozwapnienia. Konieczna jest ocena onkologiczna i weryfikacja mikroskopowa. Mimo, iż czasem wynik badania mikroskopowego jest ujemny, nie wyklucza to złośliwego charakteru zmiany.

BIRADS 6

Kategoria to określa zmianę złośliwą, potwierdzoną histopatologicznie, która wymaga ponownej oceny np. po wstępnej chemioterapii, lub oceny innej zmiany w tej samej lub drugiej piersi-wykluczenie raka wieloośrodkowego lub wieloogniskowego.

W opisie mammograficznym powinna dodatkowo znaleźć się informacja o budowie piersi. Wyróżniamy 4 kategorie struktury piersi:

- 1 - postać z przewagą tkanki tłuszczowej
- 2 - tkanka włóknisto- gruczołowa
- 3 - tkanka o niejednorodnej gęstości(czułość mammografii jest obniżona)
- 4 - tkanka wybitnie gęsta(wówczas niektóre zmiany mogą być niewidoczne) [18]

Bardzo istotną rolę we wczesnym wykrywaniu raka sutka odgrywa regularne samobadanie piersi, które powinna wykonywać każda kobieta, która ukończyła 20 rż. [19].

Samobadanie przeprowadza się tydzień po zakończeniu miesiączki, a kobiety po menopauzie powinny badać się w wybranym dniu miesiąca [19].

Samobadanie piersi wraz z badaniami mammograficznymi przesiewowymi pozwalają wykryć raka we wczesnym stadium jego rozwoju, jest to związane z lepszym rokowaniem i mniejszymi kosztami leczenia.

Piśmiennictwo

1. Spaczyński M. Rekomendacje Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w sprawie profilaktyki i wczesnej diagnostyki zmian w gruczole sutkowym. Ginekol. Dypl., 2005, 4, 92-93.
2. Dziukowa J., Wesołowska E.: Mammografia w diagnostyce raka sutka. Wyd. II. Medi Page, Warszawa, 2006.
3. Tabor L., Tot T., Dean P.B.: Rak piersi. Wczesne wykrycie przy użyciu mammografii. MediPage. Warszawa, 2010.
4. Morrow Cavanaugh B.: Badania laboratoryjne i obrazowe dla pielęgniarek. Wyd. PZWL, Warszawa, 2006.
5. Przesmycki B.: Radiologia-diagnostyka obrazowa, Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2003.
6. Krzakowski M., Herman K., Jassen J. i wsp.: Onkologia w praktyce klinicznej. Zalecenia postępowania diagnostyczno – terapeutycznego w nowotworach złośliwych. VM Media Sp z o.o. VM Group sp. k., Gdańsk, 2011.
7. Michajlik A. Romantowski W.: Anatomia i fizjologia człowieka, Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2003.
8. Lewin- Kowalik J.: Fizjologia. Wyd. Lek. PZWL, Wyd. 1., Warszawa, 2007.
9. Jeziorski A.: Onkologia. Podręcznik dla pielęgniarek. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2005.
10. Krzakowski M.: Onkologia kliniczna. Tom II, Wyd. Borgis, Warszawa, 2006.
11. Baum M.Ch. Sauders.: Rak piersi-poradnik dla kobiet i lekarzy. Springer PWN, Warszawa, 1995.
12. Markham M.: Atlas chorób nowotworowych, tom I. Wyd. Via Media, 2009.
13. Jassen J. : Rak sutka. Podręcznik dla studentów i lekarzy. Wyd. Springer PWN, Warszawa, 1998.
14. Perek D.: Onkologia Harison, Wyd, Czelej, Lublin, 2009.
15. Jassen J. Krzakowski M.: Rak piersi. Praktyczny przewodnik dla lekarzy. Wyd. Med. Via Media, Gdańsk, 2009.
16. Surdyka D.: Monitorowanie losów pacjentek- wykorzystywanie SIMP. Szkolenie dla realizatorów. Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi. Lublin, 29.04.2008.
17. Pawlicki M.: Elementy diagnostyki nowotworów złośliwych. Wyd. Alfa Medica Press, Gdańsk, 2001.
18. Kułakowski A., Skowrońska- Gardos A.: Onkologia- Podręcznik dla studentów medycyny. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2003.
19. Pawlicki M.: Rak piersi –nowe nadzieje i możliwości leczenia. Wyd. Alfa Medica Press, Gdańsk, 2002.

Barańska Agnieszka[1], Pacian Anna[2], Hanna Skórzyńska[2], Damian Szymczyk[1], Monika Grela[1], Magdalena Mińko[3]

Częstość występowania złośliwego nowotworu piersi w makroregionie lubelskim

[1.] SKN przy Katedrze Zdrowia Publicznego; Uniwersytet Medyczny w Lublinie
[2.] Katedra Zdrowia Publicznego; Uniwersytet Medyczny w Lublinie
[3.] SKN Menagerów Zdrowia WUM, Warszawski Uniwersytet Medyczny;

Wstęp

Epidemiologia w dzisiejszych czasach odgrywa bardzo ważną rolę w wielu dziedzinach życia człowieka. Jednym z głównych jej zadań jest badanie częstości występowania danego zjawiska na określonym obszarze. Dostarcza istotnych informacji, ułatwiających medycynie zapobiegawczej osiąganie swoich celów z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia społeczeństwa. Wiąże się to ściśle z głównymi zadaniami epidemiologii, wynikającymi z definicji tej nauki, którą należy rozumieć jako: „dział medycyny, naukę o przyczynach i prawach powstawania oraz szerzenia się wszystkich chorób w populacji ludzkiej, o ich natężeniu i zapobieganiu im" [8, 10].

Nowotwory są jedną z najważniejszych problemów zdrowotnych Polaków. Znajdują się na drugim miejscu wśród głównych przyczyn zgonów, zaraz po chorobach układu krążenia [20]. O wadze problemu świadczą również liczne wskaźniki epidemiologiczne, np. umieralność czy zachorowalność. Nowotwory zalicza się do grupy chorób nazywanych społecznymi. Z definicji wiadomo, że są to choroby przewlekłe, szeroko rozpowszechnione w społeczeństwie. Powodują one także ograniczenia w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych oraz wymagają długiego leczenia i rehabilitacji [2]. Dzięki wczesnemu wykryciu raka, u 90% kobiet rokowania są pomyślne [14].

Na pierwszym miejscu wśród największej liczby zachorowalności i umieralności w 2008 roku znajduje się Belgia, zaraz po niej w czołówce występują takie państwa, jak: Francja, Holandia, Irlandia, Dania, Szwajcaria oraz Wielka Brytania. Polska na tle wszystkich krajów Europy wypada pomyślnie. W Polsce w roku 2007 na podstawie wojewódzkich rejestrów nowotworów złośliwych, oszacowano 128 883 nowych zachorowań i wskazano ponad 92 000 zgonów. Z czego ponad 26% zgonów u mężczyzn i 23% zgonów u kobiet. Nowotwory złośliwe zarówno w 2000, jak i 2007 roku stanowiły drugą przyczynę zgonów w Polsce, zaraz po chorobach układu krążenia. Wykazują one tendencję stale rosnącej liczby zachorowań [4].

W dzisiejszych czasach życie każdego człowieka jest warunkowane przez wiele czynników. Wszystko to, co go otacza wpływa zarówno na jego stan zdrowia, jak i na sposób życia. Znajomość czynników ryzyka nowotworów piersi może uchronić wiele kobiet przed zachorowaniem [19]. Na podstawie wieloletnich badań epidemiologicznych można wyróżnić sporo czynników zwiększających zagrożenie pojawienia się nowotworu piersi [1]. Szacuje się, że wykluczenie bądź modyfikacja niektórych czynników ryzyka może zapobiec pojawieniu się nawet 50% przypadków tego nowotworu [18]. Do tych,

na które mamy wpływ zaliczamy: brak ciąży w życiu, brak lub krótkie karmienie piersią, późna pierwsza ciąża, zabieg przerywania ciąży, stosowanie doustnej antykoncepcji, obecność łagodnych zmian rozrostowych w piersi, nadmierne spożywanie alkoholu, otyłość, wysokotłuszczowa dieta, mała aktywność fizyczna [16]. Istnieją czynniki ryzyka, na które nie mamy wpływu i nie możemy ich eliminować bądź modyfikować. Do nich zalicza się:

- wiek,
- wczesna pierwsza miesiączka (przed 12. rokiem życia),
- późna menopauza,
- uwarunkowania genetyczne, czyli występowanie nowotworu w rodzinie,
- chorowanie na raka trzonu macicy lub jajnika [9].

Materiał i metody

Celem niniejszej pracy jest ocena częstości występowania złośliwego nowotworu piersi w makroregionie lubelskim. Badania, które zostały przeprowadzone pozwolą na ukazanie zróżnicowania w częstości występowania nowotworu piersi w zależności od wieku kobiet i powiatu, który zamieszkują. Zastosowaną metodą była analiza dokumentacji: dostępnych danych statystycznych pochodzących z raportów: Krajowego Rejestru Nowotworu, Lubelskiego Rejestru Nowotworów prowadzonego przez Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej, Głównego Urzędu Statystycznego oraz Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi.

Zastosowane w badaniach dane, pochodzące z wyżej wymienionych raportów obejmowały statystykę z lat 2000-2011 dotyczącą wybranych wskaźników zachorowalności, umieralności oraz skuteczności programu profilaktycznego, odnoszących się do kobiet zamieszkujących województwo lubelskie.

Wyniki

Częstość występowania złośliwego nowotworu piersi w województwie lubelskim

Trendy czasowe zachorowalności na nowotwór w latach 2000-2008

Tabela 1. Współczynniki surowe zachorowalności na raka piersi w latach 2000-2008

Rok	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Współ-czynnik surowy	47,2	51,7	57	53,5	51,8	76	64,3	65,6	61,2

W 2000 roku w województwie lubelskim zarejestrowano 542 przypadki zachorowań na nowotwór złośliwy piersi. W 2008 roku liczba ta była o wiele większa, wynosiła bowiem 684, czyli wzrosła o około 26%. Porównując te dwie liczby widoczna jest tendencja wzrostowa wraz z biegiem czasu. Mimo tego, warto również

przeanalizować, jak sytuacja prezentowała się w poszczególnych latach na przełomie 2000/2008 roku. Jak wynika z tabeli można zaobserwować okresy tendencji spadkowych i wzrostowych. Zaczynając od 2000 roku do 2002 następował wzrost zachorowalności na raka piersi, później od 2002 do około 2004 doszło do delikatnego spadku tego zjawiska. W analizowanym odstępie czasowym przełomowy stał się rok 2005, w którym zarejestrowano najwięcej przypadków zachorowań, współczynnik surowy wynosił 76, podczas gdy w 2004 przedstawiał się następująco: 51,8. Warto podkreślić, że w następnych latach dochodziło do spadku zachorowalności na nowotwór.

Zachorowalność na raka złośliwego piersi w województwie lubelskim na tle pozostałych województw Polski w 2008 roku

Tabela 2. Współczynniki surowe zachorowalności na nowotwór złośliwy piersi w poszczególnych województwach Polski w 2008 roku

Województwo	Współczynnik surowy
Dolnośląskie	86,4
Kujawsko-Pomorskie	87,3
Lubelskie	61,2
Lubuskie	72,2
Łódzkie	86,7
Małopolskie	73,4
Mazowieckie	74,2
Opolskie	73,1
Podkarpackie	63
Podlaskie	67,4
Pomorskie	68,7
Śląskie	67,9
Świętokrzyskie	63,4
Warmińsko-Mazurskie	69,3
Wielkopolskie	79,7
Zachodniopomorskie	77,2

Z powyższej tabeli wynika, że województwo lubelskie nie znajduje się w wśród obszarów o największej zachorowalności na nowotwór złośliwy piersi. Według współczynników surowych do województw o najwyższej częstotliwości występowania omawianego nowotworu należą: kujawsko-pomorskie 87,3; łódzkie 86,7 oraz dolnośląskie 86,4. Terenami, na których w 2008 roku zarejestrowano najmniej zachorowań na raka złośliwego piersi są następujące województwa: lubelskie 61,2; podkarpackie 63 i świętokrzyskie 63,4. Na podstawie powyższej analizy można stwierdzić, że Lubelszczyzna w 2008 roku należała do obszarów o najmniejszej zachorowalności na nowotwór złośliwy piersi.

Występowanie raka piersi w poszczególnych grupach wiekowych w 2008 roku

Tabela 3. Współczynniki surowe zachorowalności na raka piersi w poszczególnych grupach wiekowych w 2008 roku

Grupa wiekowa	Współczynnik surowy
00-04	0
05-09	0
10-14	0
15-19	2,5
20-24	0
25-29	3,5
30-34	1,3
35-39	22,3
40-44	63,9
45-49	86,7
50-54	134,5
55-59	133,4
60-64	168,7
65-69	187,7
70-74	103
75-79	111
80-84	113,4
85+	89,3

Województwo lubelskie, w porównaniu z innymi obszarami Polski pod względem zachorowań na nowotwory złośliwe piersi, zajmuje jedno z ostatnich miejsc. Należy jednak pamiętać, że wskaźnik zachorowań uzależniony jest od wielkości populacji na danym obszarze oraz od jej wieku. W związku z powyższym, podczas dokonywania analizy zapadalności na nowotwór piersi w społeczności kobiet, należy również skupić się na ich wieku oraz zaobserwować zachodzące zależności. W tabeli zostały umieszczone współczynniki surowe zachorowalności na nowotwór piersi w poszczególnych grupach wiekowych w 2008 roku. Jak wynika z danych zawartych w

tabeli od około 40. roku życia do 69. roku następuje tendencja wzrostowa w zachorowalności na opisywaną jednostkę chorobową. Wiek od urodzenia do mniej więcej 29. roku życia jest okresem najmniej zagrożonym chorobą. Po 50. roku życia obserwuje się gwałtowny wzrost liczby zachorowań, a jego szczyt przypada na przedział wiekowy pomiędzy 60. a 69. rokiem życia.

Częstość występowania nowotworu piersi w poszczególnych powiatach w 2000 i 2008 r.

Tabela 4. Liczby bezwzględne zachorowań na nowotwór piersi w poszczególnych powiatach w 2000 i 2008 roku

Powiat	Liczby bezwzględne	
	2000	2008
Bialski	29	35
Biłgorajski	15	26
Chełmski	22	23
Hrubieszowski	17	8
Janowski	9	10
Krasnostawski	21	35
Kraśnicki	32	46
Lubartowski	23	20
Lubelski	20	32
Łęczyński	15	12
Łukowski	25	25
Opolski	13	15
Parczewski	10	12
Puławski	43	29
Radzyński	15	25
Rycki	9	20
Świdnicki	16	14
Tomaszowski	14	22
Włodawski	11	14
Zamojski	15	43
m. Biała Podlaska	20	19
m. Chełm	27	27
m. Lublin	98	134
m. Zamość	23	38

Województwo lubelskie składa się z 24 powiatów, w związku z tym kolejna

analiza zachorowań na nowotwór złośliwy piersi zostanie dokonana w oparciu o ten podział. Dane dotyczą liczby przypadków zachorowań na opisywaną jednostkę chorobową w dwóch latach: 2000 i 2008. Powiaty, które wyróżniają się największą liczba kobiet z rakiem piersi w 2000 roku to: m. Lublin: 98; puławski: 43; kraśnicki: 32; bialski: 29; m. Chełm: 27 oraz łukowski: 25. Dla porównania sytuacja w 2008 roku prezentowała się następująco: m. Lublin: 134; kraśnicki: 46; zamojski: 43; m. Zamość: 38; krasnostawski: 35 oraz bialski: 35. Z upływem ośmiu lat sytuacja w powyższych obszarach województwa lubelskiego, nieco się zmieniła. Doszło do wzrostu zachorowalności na raka piersi w powiecie kraśnickim, krasnostawskim, zamojskim oraz m. Zamość. Wskaźnik ten jednak uległ obniżeniu w powiecie: łukowskim, puławskim oraz m. Chełm. Skupiając się na powiatach o najniższej zachorowalności na nowotwór w 2000 roku, należy wymienić: janowski: 9; rycki: 9; Parczewski: 10 oraz włodawski: 11. Rok 2008 prezentuje następujące wyniki: najmniej przypadków chorych wystąpiło w powiecie: hrubieszowskim:8; janowskim: 10; łęczyńskim: 12 oraz parczewskim: 12. W obu latach powiaty parczewski i janowski utrzymywały się na tym samym poziomie. Zmieniła się sytuacja w powiecie hrubieszowskim, w którym obniżyła się liczba chorych oraz w łęczyckim.

Podsumowując realia zachorowalności na nowotwór złośliwy piersi w województwie lubelskim, należy podkreślić, że do powiatów najbardziej zagrożonych należą: miasto Lublin, miasto Zamość, zamojski, kraśnicki, krasnostawski oraz bialski.

Dyskusja

Wyniki przeprowadzonej analizy dotyczącej częstości występowania nowotworu piersi w makroregionie lubelskim wskazują, iż zdecydowanie na całym obszarze widoczne są różnice w zachorowalności i umieralności na raka piersi. Rezultat ten pokazuje coraz bardziej pogłębiający się problem stale rosnącego zjawiska dotyczącego nowotworu piersi.

Wbrew pozorom województwo lubelskie nie znajduje się wśród obszarów o największej zachorowalności na nowotwór złośliwy piersi. Zaskakujące jest, że w 2008 roku odnotowano na nim najmniej zachorowań na nowotwór złośliwy piersi, co pozwoliło zakwalifikować Lubelszczyznę do terenów o niskiej zapadalności na omawianą jednostkę chorobową. Na wielu obszarach Polski, także w wielu krajach Europy, nowotwór złośliwy piersi znajduje się w czołówce wśród rozpoznań nowotworowych. Sformułowanie to potwierdzają także badania wykonane przez Richarda Moulda, który w swoim artykule podkreśla, że nowotwór piersi był drugim, najczęściej rozpoznawanym nowotworem w Unii Europejskiej w 2000 roku. Ponadto stanowił on aż 25% wszystkich rozpoznań nowotworowych u kobiet [15].

Przeprowadzona analiza pozwoliła na sformułowanie wniosku dotyczącego rozkładu zachorowalności na nowotwór złośliwy na Lubelszczyźnie w zależności od wieku pacjentki. W związku z powyższym od około 40. roku życia do 69. roku następuje tendencja wzrostowa w zachorowalności na opisywaną jednostkę chorobową. Dla porównania, w województwie małopolskim na przełomie lat 1999-2001 również zostały przeprowadzone podobne badania, które dowodzą, że około 49% zachorowań występuje w przedziale wiekowym 45-64 lata [17]. Maria Buchwald-Rogalka - autorka badań na wspomnianym terenie, wskazuje w swoich obserwacjach, że u kobiet znajdujących się w grupach wiekowych 55-59 oraz 70-74 lata występowało najwięcej zachorowań na nowotwory złośliwe [2].

Interesujący jest fakt, że wielorakość zachorowalności na nowotwór złośliwy

piersi w województwie lubelskim jest również obserwowana w zależności od powiatu, w którym mieszka kobieta. Zatem powiaty: m. Lublin, kraśnicki, zamojski, m. Zamość, krasnostawski oraz bialski to tereny, na których w 2008 roku zarejestrowano najwięcej przypadków raka złośliwego piersi. Tendencje te są również zmienne w zależności od roku, w którym dokonuje się obserwacji, ponieważ w 2000 roku powyższa sytuacja wyglądała nieco inaczej. Dokładniej wskazując obszary o największej zachorowalności w tym czasie, są to następujące powiaty: m. Lublin, puławski, kraśnicki, bialski, m. Chełm oraz łukowski. Informacje te świadczą o tym, że zapadalność na nowotwór złośliwy piersi w poszczególnych powiatach ulega zmianie na przełomie lat. Jadwiga Rachtan w swoim artykule dotyczącym analizy częstości występowania nowotworu złośliwego piersi w województwie małopolskim w latach 1999-2001 podkreśla zróżnicowanie w liczbie zachorowań w zależności od zamieszkiwanego powiatu. Do obszarów o wysokim zagrożeniu chorobą zalicza: Kraków i powiat olkuski oraz wadowicki. Zaś o najniższym powiaty: limanowski, nowosądecki, myślenicki i gorlicki. Porównując te dwa województwa należy podkreślić również, że na Lubelszczyźnie współczynnik surowy zachorowalności na nowotwór złośliwy piersi w 2008 roku był niższy niż w Małopolsce, gdyż wynosiły one odpowiednio: 61,2 i 73,4 [17]. Natalia Guglas, współautorka badań dotyczących poruszanego tematu wskazuje, że od ponad stu lat obserwuje się w Polsce zwiększającą się liczbę zachorowań na nowotwór złośliwy piersi. Szczególnie widoczne jest to wśród kobiet w wieku pomenopauzalnym [5]. Może to świadczyć o poprawie wykrywalności nowotworów oraz dokładniejszym rejestrowaniu nowotworów.

Podobnie, jak zachorowalność także umieralność na nowotwór piersi w województwie lubelskim różni się od pozostałych województw Polski. W związku z tym należy wskazać, że do terenów, na których w 2008 roku występowało najwięcej zgonów z powodu raka piersi, należą następujące województwa: śląskie, świętokrzyskie oraz dolnośląskie. Bez wątpienia należy podkreślić, że w województwie lubelskim odnotowano najmniej zgonów z powodu raka piersi. Zaraz za nim znajdują się województwa: podlaskie, lubuskie oraz podkarpackie. Nowotwór piersi jest jedną z głównych przyczyn zgonów kobiet na różnych obszarach Polski oraz Europy. Jednak trzeba podkreślić, że w umieralności na raka piersi wyprzedzają Europę takie kontynenty, jak Afryka, Ameryka Południowa i Środkowa oraz Azja Środkowo-Południowa. Ponadto Richard Mould wskazuje, że największy poziom umieralności obserwuje się w Holandii i w Danii, zaś najniższy na Łotwie i Litwie [15]. Ciekawą obserwacją jest również to, że umieralność na nowotwór piersi w województwie lubelskim jest zróżnicowana w poszczególnych grupach wiekowych. Najwięcej zgonów w 2008 roku odnotowano u kobiet w przedziale wiekowym 60-85 lat. Szczegółowiej opisując powyższe stwierdzenie należy podkreślić, że od 45. roku życia następuje nagły wzrost zgonów u mieszkanek Lubelszczyzny. Największy przełom następuje w grupie kobiet od 60 do 85+. W tym wieku umiera najwięcej chorych pacjentek na nowotwór piersi. Badania Zofii Kołoszy, która dokonała analizy umieralności na nowotwór piersi w województwie śląskim w latach 1975-2002 potwierdzają również, że kobiety poniżej 50. roku życia rzadziej umierają z powodu raka piersi. Ryzyko zaś wzrasta wraz z upływem lat [12].

Kolejnym, bardzo ważnym i ciekawym wynikiem z badań własnych jest to, że istnieją różnice w poszczególnych powiatach województwa lubelskiego dotyczące umieralności na raka piersi. W związku z powyższym powiatami, w których 2008 roku wystąpiło najwięcej zgonów z powodu raka piersi są: miasto Lublin, zamojski, miasto Biała Podlaska, tomaszowski oraz lubartowski. Skupiając się na powiatach o najniższym

zagrożeniu zgonem z powodu nowotworu piersi należy wymienić: powiat rycki, janowski i łęczyński. Podobnie zaobserwowała zróżnicowanie w liczbie zgonów w poszczególnych powiatach województwa wielkopolskiego Maria Buchwald-Rogalka. Wskazuje, że powiatami najbardziej zagrożonymi omawianym rakiem są: ostrowski, m. Kalisz, kaliski oraz krotoszyński. Najmniej zaś powiaty: jarociński, ostrzeszowski oraz pleszewski. Ponadto nowotwory w tym województwie, w 2004 roku znajdowały się na drugim miejscu wśród wszystkich przyczyn zgonów, zaraz po chorobach układu krążenia [2, 13].

Pomiędzy poszczególnymi powiatami województwa lubelskiego również występują różnice w skuteczności Populacyjnego programu wykrywania raka piersi. Powiatami o największej skuteczności wyżej wymienionego programu są: parczewski 49,15%, świdnicki 47,58%, rycki 46,71% oraz tomaszowski 46,55%. Tereny, na których profilaktyka nie jest aż tak skuteczna to: miasto Zamość 29,38% oraz powiat chełmski 27,93%. W województwie pomorskim, w którym także wprowadzono Populacyjny program profilaktyczny wskazano, że spowodował on podniesienie świadomości onkologicznej kobiet. Ponadto autorka badań Iwona Chruścicka zaznacza, że po wprowadzeniu programu ponad połowa wykrytych nowotworów piersi była w niskim stopniu zaawansowania, co świadczy o dużej skuteczności wspominanego programu [5].

Zagrożenie nowotworami staje się w ostatnich latach zjawiskiem bardzo powszechnym oraz dotyczy ono każdej grupy społecznej niezależnie od wieku, płci czy zamożności [6]. Rak piersi stał się obecnie główną przyczyną przedwczesnej śmierci. Informacja ta jest sygnałem zapotrzebowania na zwiększenie działalności profilaktycznej oraz stałego monitoringu i kontrolowania jego szerzenia [11].

Piśmiennictwo

1. Antos E.: Nowotwory piersi-czynniki ryzyka i metody wczesnego rozpoznania zmian w sutkach. Piel. Poł., 2007, 49, 5-8.
2. Buchwald-Rogalka M.: Nowotwory złośliwe w Wielkopolsce Południowej w 2004 roku-możliwości optymalizacji działań profilaktycznych na poziomie subregionu. Probl. Hig. Epidemiol., 2008, 89, 128-132.
3. Buckman R., Whittaker T.: Co trzeba wiedzieć o raku piersi. Klub dla Ciebie. Warszawa, 2001.
4. Chmielarczyk W.: Rak piersi: ocena sytuacji epidemiologicznej. Pielęg.i Poł., 2007, 49, 7-8, 17.
5. Chruścicka I., Jaśkiewicz J., Rak P., Imko-Walczuk B.: Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi. Pierwszy rod działalności w województwie pomorskim. Nowotwory, 2009, 59, 82-86.
6. Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W.: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2007 roku, Warszawa, 2009.
7. Guglas N., Mackiewicz J., Pawlik P., Cichy W.: Aspekty psychologiczne raka piersi u kobiet w okresie menopauzalnym. Prz. Menopauz., 2007, 6, 19-22.
8. Jabłoński L.: Podstawowe określenia epidemiologii (w): Podstawy epidemiologii ogólnej, epidemiologia chorób zakaźnych. Jabłoński L. (red), Lublin, 2002, 11-13.
9. Janssens J., Vandeloo M.: Rak piersi: bezpośrednie i pośrednie czynniki ryzyka związane z wiekiem i stylem życia. Nowotwory, 2009, 59,159-166.
10. Jędrychowski W.: Podstawy epidemiologii. Kraków, 2002, 11-15.
11. Karski J., B: Promocja zdrowia z perspektywy ostatniej dekady XX wieku (w:) Promocja zdrowia. Karski J., B. (red). Warszawa, 1999.

12. Kołosza Z., Banasik T., Juszko-Piekut M., Zych-Sowa J., Zemła B.: Trendy umieralności na nowotwory złośliwe piersi w populacji kobiet śląskich, 1975-2002. Med. Środow., 2006, 9, 9-17.
13. Kościańska B.: Biuletyn, Zachorowania i zgony z powodu nowotworów złośliwych w Regionie Lubelskim w 2008 roku. Lublin, 2010.
14. Krychowska-Ćwikła A., Dmuch-Gajzlerska E.: Rak piersi. Położna Nauka i Praktyka, 2009, 2, 19-23.
15. Mould F.R.: Statystyka zachorowań na nowotwory ze szczególnym uwzględnieniem raka prostaty, okrężnicy i odbytnicy, płuca oraz piersi i szyjki macicy. Nowotwory, 2008, 58, 213-220.
16. Muszyńska A., Masztalerz-Migas A., Jawiarczyk A., Majchrzak E., Dembska K., Pokorna-Kałwak D., Steciwko A.: Czynniki zwiększające ryzyko wystąpienia raka piersi – czy możemy je modyfikować?. Fam. Med. Primary Care Rev., 2006, 8, 711-713.
17. Rachtan J., Sokołowski A., Geleta M., Molong Ł.: Zachorowalność na nowotwory złośliwe piersi u kobiet w województwie małopolskim w latach 1999-2001. Wsp. Onkol., 2004, 8, 425-428.
18. Stasiołek D., Kwaśniewska M., Drygas W.: Rak sutka-wybrane czynniki ryzyka, prewencja pierwotna. Przegl. Lek., 2002, 59, 26-30.
19. Wolska A., Wesołowska E., Skorupka M.: Problem raka piersi. Pielęg. Poł., 2007, 49,4-6.
20. Krajowy Rejestr Nowotworów – Raporty na podstawie danych z Centrum Onkologii: http://epid.coi.waw.pl/krn/, data pobrania 24.04.2012

Dobrzycka Bożena[1], Terlikowska Katarzyna Maria[2], Nesterowicz Iwona[3], Demska Mirosława[3], Maćkowiak-Matejczyk Beata[3], Terlikowski Sławomir Jerzy[1]

Wolny krążący DNA – współczesny biomarker guzów litych

[1] Zakład Położnictwa, Ginekologii i Opieki Położniczo-Ginekologicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
[2] Zakład Technologii i Towaroznawstwa Żywności Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
[3] Oddział Onkologii Ginekologicznej z pododdziałem Brachyterapii Białostockiego

Wstęp

Krążący wolny DNA (cfDNA, *circulating cell-free DNA*) jest to pozakomórkowy kwas dezoksyrybonukleinowy obecny we krwi. Został wykryty ponad 60 lat temu jednak badania nad cfDNA znacznie się opóźniały ze względu na brak wszechstronnych, dokładnych i specjalistycznych metod analitycznych [1].

Historia badań nad cfDNA jest klasycznym przykładem braku zrozumiałego przełożenia wyników podstawowych badań na praktykę kliniczną ze względu na ograniczenia laboratoryjne. Efektywne metody izolacji cfDNA oraz czułe procedury wykrywania wykorzystujące nowoczesne i specjalistyczne techniki barwników fluoroscencyjnych oraz reakcję łańcuchową polimerazy (PCR, *Polymerase Chain Reaction*) wypracowane w ostatnich 20 latach przyczyniły się do znacznego postępu w tej dziedzinie badań. Potencjalne diagnostyczne, prognostyczne i monitorujące znaczenie cfDNA było tematem wielu doniesień [2, 3]. Praca przedstawia charakterystykę biologiczną cfDNA w powiązaniu z rozwojem ogniska pierwotnego nowotworu rosnącego w formie guza litego.

Pochodzenie i charakterystyka cfDNA u osób zdrowych oraz pacjentów z nowotworami

Krążące cfDNA może zostać wykryte w próbkach osocza i/lub surowicy nie tylko u osób cierpiących na schorzenia nowotworowe lub inne choroby wyniszczające, ale także u osób zdrowych. W przeszłości wykrycie niskich stężeń cfDNA w osoczu osób zdrowych nie było możliwe ze względu na niską czułość stosowanych metod, stąd uważano, że cfDNA jest obecne jedynie w próbkach patologicznych [4]. Wolne cfDNA to głównie dwuniciowe kwasy nukleinowe posiadające masę molekularną w przedziale od 0,18 kB do 21 kB [5]. Te specyficzne fragmenty DNA mają niższą masę molekularną od fragmentów DNA genomowego. Krążą jako złożone nukleoproteiny; jednakże u osób zdrowych główna część cfDNA występuje w postaci zaadsorbowanej na powierzchni komórek krwi [6]. Mechanizmy pojawiania się cfDNA we krwi nie zostały jeszcze do końca poznane. Rozważano kilka procesów potencjalnie odpowiedzialnych za ilościowe

i jakościowe ich zmiany u chorych na raka. W surowicy osób zdrowych pochodzi ono z komórek ulegających apoptozie i jest głównie pochodzenia hematopoetycznego [7, 8].

Wyniki wielu badań udowodniły, że wszystkie żywe komórki mają zdolność do aktywnego uwalniania fragmentów DNA [9]. Uważa się, że te spontanicznie uwalnianie fragmenty o masie molekularnej mniejszej niż DNA genomowe odpowiadają tak zwanej frakcji DNA metabolicznego. Frakcja ta najprawdopodobniej jest odpowiedzialna za faktyczne funkcje komórkowe, takie jak transkrypcja RNA [10]. Możliwe, że wchodzi ona w kompleks z glikoproteinami i uwalniana do krwiobiegu sprawuje funkcje nośnika sygnalizującego, przenoszącego informacje pomiędzy komórkami a tkanką [11].

Oprócz aktywnego uwalniania fragmentów DNA przez wszystkie zdrowe i chore komórki żyjące, cfDNA u osób chorych na raka dodatkowo pochodzi z procesów apoptozy i martwicy charakterystycznych dla komórek nowotworowych o gwałtownej proliferacji [12]. Oba mechanizmy jednocześnie przyczyniają się do produkcji cfDNA u pacjentów chorych na raka. Potwierdza to obecność w surowicy i osoczu zarówno typowych fragmentów DNA o niskiej masie molekularnej pochodzących z procesów apoptozy, jak i molekuł DNA o dużej masie pochodzących z procesów martwicy [5].

Istnieje model procesu, który sugeruje, że w wyniku niedotlenienia następuje martwica komórek nowotworowych z późniejszą ich fagocytozą, trawieniem i uwalnianiem fragmentów DNA do krwiobiegu. Oszacowano, że u pacjentów cierpiących na nowotwór okrężnicy, przy wadze guza 100 g, dziennie uwalniane jest do krwiobiegu około 3,3% DNA nowotworu [13]. Pewne ilości cfDNA pochodzą z rozpadu komórek, które odłączyły się od ogniska pierwotnego i dostały się do krwiobiegu [12]. Ta hipoteza ma swoje uzasadnienie w wyraźnym powiązaniu pomiędzy stężeniem i genetyczną strukturą cfDNA a obecnością krążących komórek nowotworowych u pacjentów z rakiem prostaty [14].

Wyniki badań przeprowadzonych na zwierzętach wykazują zależność pomiędzy uwalnianiem DNA a fazą rozwoju nowotworu. W fazie wstępnej istnieje silna interakcja pomiędzy komórkami nowotworowymi i przylegającymi do nich komórkami zdrowymi. Powoduje to zwiększone uwalnianie fragmentów DNA z komórek zdrowych [15]. Oprócz tego ogólnie niski stosunek nowotworowego cfDNA do zwiększającej się całkowitej liczby fragmentów cfDNA w osoczu pacjentów chorych na raka może być tłumaczony szybszą degradacją DNA nowotworowego w porównaniu z wolniejszym tempem degradacji cfDNA pochodzącego z komórek zdrowych [16]. Stosunek nowotworowego cfDNA do jego całkowitej liczby zależy od: rodzaju nowotworu, jego stadium zaawansowania klinicznego, stopnia złośliwości oraz rozmiaru i lokalizacji.

Przeznaczenie cudna

Mechanizm eliminacji cfDNA z krwi pozostaje w dużej mierze nieznany. Okres połowicznego zaniku cfDNA płodu we krwi matki wynosi od 4 do 30 min. po porodzie. Proces eliminacji podzielony jest na dwie fazy: pierwszą szybką i drugą wolną. W oparciu o doświadczenia przeprowadzone na zwierzętach i ich korelację z wynikami badań pacjentów ustalono, że za usuwanie cfDNA z krwi odpowiedzialne są: wątroba, śledziona oraz nerki [17, 18]. Jednak nukleazy DNA osocza mają ograniczony wpływ na jego usuwanie z krwiobiegu. Wbudowanie cfDNA w kompleksy nukleoproteidowe, jak też ich specjalna struktura chronią je przed rozpadem a obniżona aktywność DNazy w

osoczu może być interpretowana jako jeszcze jedna przyczyna wzrostu poziomu cfDNA we krwi chorych na raka [7, 17, 19].

Potencjalne biologiczne znaczenie cfDNA - hipoteza genometastazy (przerzuty materiału genetycznego pochodzącego z komórek nowotworowych)

Badania przeprowadzone na hodowlach komórkowych, do których dodawano osocze szczurów z rozrostem nowotworowym sugerują, że cfDNA może być przechwytywane i wchłaniane przez komórki do własnego genomu [20]. Wyniki te dały podstawę wysnucia hipotezy „genometastazy", która zakłada, że tworzenie się przerzutów może być powodowane obecnością we krwi cfDNA pochodzenia nowotworowego. Podejrzewa się, że onkogenne fragmenty DNA mogą być przechwytywane przez podatne komórki, np. macierzyste, obecne w odległych organach docelowych, dając początek powstawaniu przerzutów [21]. Chen i wsp. uważają, że onkogenne DNA mogłoby być uwalniane głównie przez żyjące komórki nowotworowe na zasadzie obecności w nich onkowirusa [22].

Metodologiczne aspekty badania cudna

Na stężenia cfDNA może wpływać: sposób przygotowania osocza, używanie różnych antykoagulantów, czas od pobrania do odwirowania, temperatura przechowywania krwi przed odwirowaniem, siły wirowania oraz kriokonserwacja próbek w zależności od temperatury. Stężenia DNA w surowicy są od 3 do 24 razy wyższe niż w osoczu. Jest to spowodowane lizą leukocytów *in vitro* podczas procesów koagulacji lub fibrynolizy i nie odpowiada rzeczywistym stężeniom cfDNA w krwiobiegu [23, 24].

Różnicom sprzyja także brak standardowego protokołu dotyczącego izolacji DNA. Ilość cfDNA pozyskanego za pomocą różnych metod może różnić się do 50%, w szczególności dotyczy to metod wykorzystujących komercyjne zestawy oparte o kolumny żelowe z krzemionki koloidalnej. Korzystając z udoskonalonej procedury izolacji DNA metodą wysalania, uzyskano osiem razy więcej cfDNA w porównaniu do standardowego zestawu opartego na technologii żelowej membrany z krzemionki koloidalnej. Jednakże nawet te niewielkie frakcje DNA stanowią ogromne źródło informacji, ponieważ zawierają nowotworowe mutacje [25].

Zmiany ilościowe cudna

Pacjenci z nowotworem mają podwyższony poziom stężenia całkowitego cfDNA. Te zmiany ilościowe są wynikiem zwiększonego uwalniania cfDNA przez komórki nowotworowe oraz przylegające do nich komórki nienowotworowe. Stężenia cfDNA są zależne od wielu zmiennych, takich jak stadium nowotworu, jego rozmiar, lokalizacja oraz czynniki powiązane z jego złośliwością i prognozowaniem. Mimo, że ocena całkowitego cfDNA wydaje się mieć ograniczone zastosowanie, wiele publikacji przypisuje im wartość prognostyczną w zakresie wznowy i całkowitego przeżycia [26, 27].

Związek pomiędzy poziomami cfDNA u pacjentów cierpiących na różne rodzaje nowotworów oraz rodzajem zastosowanej terapii wykazano już w pierwszych publikacjach. Doświadczenia przeprowadzone na myszach z nowotworami, którym

podawano chemioterapię potwierdziły, że poziomy cfDNA stale zmniejszały się, odzwierciedlając regresję nowotworu. Dane te sugerują potencjalne wykorzystywanie cfDNA jako markera do monitorowania przebiegu leczenia, jak i przewidywania jego wyników. Pacjenci poddani radykalnym operacjom chirurgicznym, gdzie terapia zakończyła się sukcesem, mieli niskie poziomy cfDNA w porównaniu do wartości uzyskanych przed operacją. Z drugiej strony można podejrzewać, że pacjenci z wartościami wzrastającymi po operacji nie uzyskali kompletnej odpowiedzi na leczenie lub już rozwinęła się u nich choroba ogólnoustrojowa [28].

Zmiany jakościowe cfDNA

Tożsamość i specyfika zmian stwierdzanych w cfDNA i DNA pochodzącym z tkanki nowotworowej potwierdzają jego nowotworowe pochodzenie. Zmiany w cfDNA specyficzne dla nowotworów dotyczą rozmiarów fragmentów, mutacji genowych onkogenów i supresorów, zmian dotyczących niestabilności mikrosatelitarnej oraz hipermetylacji [13].

Mutacje onkogenów i genów supresorowych

Już wczesne badania wykazały zgodność pomiędzy mutacjami onkogenów i genów supresorowych w DNA nowotworów i cfDNA. Odkrycia te zachęciły wiele grup badaczy do dalszej analizy mutacji oraz ich wykorzystania do celów diagnostycznych i prognostycznych. Najczęściej skupiano się na mutacjach genu *K-RAS* i *P53*. Odsetek próbek tkanek ze zidentyfikowanymi mutacjami *K-RAS* oraz *P53* wahał się odpowiednio od 23 do 64% i od 17 do 54%. Zgodność mutacji wykrytych w guzach i próbkach cfDNA dla obu mutacji wynosiła dla *K-RAS* od 0 do 56% a dla *P53* od 14 do 65%. Średnio dla mutacji *P53* w osoczu w odniesieniu do nowotworów odbytu, płuc i jajników wykazano zgodność na poziomie 26-75%. Były one wykrywane w osoczu najczęściej u pacjentów w zaawansowanym stadium klinicznym [29, 30].

Zmiany w metylacji DNA

Zmiany w modelu metylacji DNA stanowią część zmian epigenetycznych często wykrywanych w nowotworach. Charakterystyczna dla tych zmian jest ogólna hipometylacja genomu oraz miejscowa hipermetylacja genów. We wczesnej fazie tworzenia się ogniska pierwotnego dochodzi do hipermetylacji genów supresorowych i utraty pewnych funkcji genów, takich jak zablokowanie transkrypcji. Stąd, kolejne kroki mające na celu wczesne wykrycie i prognozowanie przebiegu nowotworu powiązano z wykrywaniem zmian w metylacji cfDNA. Pierwsze doniesienia na ten temat opublikowano w roku 1999 [31].

Niestabilność mikrosatelitarna

Terminem mikrosatelita określa się region w chromosomie zawierający sekwencje DNA o długości od 1 do 6 nukleotydów powtórzoną od 1 do 60 razy jako pary zasad. Sekwencje mikrosatelitarne są rozproszone po całym genomie. Liczba powtarzalnych motywów różni się w zależności od alleli. Modyfikacje mikrosatelitów wykrywane przez PCR oraz kolejne analizy produktów PCR, na przykład, poprzez elektroforezę, często są wykrywane w nowotworach jako wynik nieudanych prób naprawy niedopasowanych par zasad w DNA. Modyfikacje te są widoczne jako utrata heterozygotyczności oraz jako niestabilność mikrosatelitów. Utrata heterozygotyczności jest wykrywana w momencie, gdy mikrosatelity, które normalnie są heterogenetycznymi wytwórcami *locus* genu, wydają się być monomorficzne lub przynajmniej skrócone w

wyniku wycięcia jednego z alleli. Niestabilność mikrosatelitarną cechuje pojawianie się nowych mikrosatelitów i jest ona wykrywana jako nowe pasma w widmie lub szczyty w czasie elektroforezy. Obie modyfikacje mikrosatelitarne są zazwyczaj rozpatrywane w kategorii niestabilności allelicznych. W przeszłości te modyfikacje były wykorzystywane wyłącznie w analizach klinicznych jako markery niestabilności genomu, jednakże obecnie uważa się, że mają one bezpośredni wpływ na procesy nowotworowe [32].

Podsumowanie

Wiedza na temat cfDNA znacznie poszerzyła się w przeciągu ostatniej dekady. Obiecujące dane stwarzają nadzieję na wykorzystywanie cfDNA jako nowatorskiego narzędzia diagnostycznego i prognostycznego o nieinwazyjnej naturze. Warto zauważyć, że zastosowanie panelu markerów reprezentujących różne typy zmian genetycznych i epigenetycznych, takich jak mutacje, niestabilność mikrosatelitarna, hipermetylacje, a także ilościowa ocena krążącego DNA poprawia znacząco odsetek dodatnich wyników. Analiza badań publikowanych na przestrzeni ostatnich lat wydaje się uzasadniać rozpowszechnione przekonanie, że w miarę postępu technologicznego w biologii molekularnej i wprowadzania coraz bardziej czułych metod, ważnym a nawet podstawowym materiałem diagnostycznym staje się krew obwodowa, co być może umożliwi diagnostykę molekularną w warunkach ambulatoryjnych.

Piśmiennictwo

1. Mandel P., Metais P.: Les acides nucleiques du plasma sanguin chez l'homme. CR Seances Soc. Biol. Fil., 1948, 142, 241–243.
2. Swaminathan R., Butt A., Gahan P.: Circulating nucleic acids in plasma or serum IV. Ann. NY Acad. Sci. New York: New York Academy of Sciences, 2006.
3. Gahan P.B., Swaminathan R.: Circulating nucleic acids in plasma or serum V. Ann. NY Acad. Sci., New York: New York Academy of Sciences, 2008, 27-31.
4. Steinman C.R.: Free DNA in serum and plasma from normal adults. J. Clin. Invest., 1975, 56, 512–515.
5. Jahr S., Hentze H., Englisch S., Hardt D., Fackelmayer F.O., Hesch R.D., Knippers R.: DNA fragments in the blood plasma of cancer patients: quantitations and evidence for their origin from apoptotic and necrotic cells. Cancer Res., 2001, 61, 1659–1665.
6. Skvortsova T.E., Rykova E.Y., Tamkovich S.N., Bryzgunova O.E., Starikov A.V., Kuznetsova N.P., Vlassov V.V., Laktionov P.P.: Cell-free and cell-bound circulating DNA in breast tumours: DNA quantification and analysis of tumour related gene methylation. Br. J. Cancer, 2006, 94, 1492–1495.
7. Suzuki N., Kamataki A., Yamaki J., Homma Y.: Characterization of circulating DNA in healthy human plasma. Clin. Chim. Acta, 2008, 387, 55–58.
8. Ziegler A., Zangemeister-Wittke U., Stahel R.A.: Circulating DNA: a new diagnostic gold mine? Cancer Treat. Rev., 2002, 28, 255–271.
9. Stroun M., Lyautey J., Lederrey C., Olson-Sand A., Anker P.: About the possible origin and mechanism of circulating DNA: apoptosis and active DNA release. Clin. Chim. Acta, 2001, 313, 139–142.

10. Gahan P.B., Anker P., Stroun M.: Metabolic DNA as the origin of spontaneously released DNA? Ann. NY Acad. Sci., 2008, 1137, 7–17.
11. Gahan P.B.: Circulating DNA: intracellular and intraorgan messenger? Ann. NY Acad. Sci., 2006, 1075, 21–33.
12. Stroun M., Maurice P., Vasioukhin V., et al.: The origin and mechanism of circulating DNA. Ann. NY Acad. Sci. 2000, 906, 161–168.
13. Diehl F., Li M., Dressman D., et al.: Detection and quantification of mutations in the plasma of patients with colorectal tumors. Proc. Natl. Acad. Sci. USA, 2005, 102, 6368–6373.
14. Schwarzenbach H., Alix-Panabieres C., Muller I., et al.: Cell-free tumor DNA in blood plasma as a marker for circulating tumor cells in prostate cancer. Clin. Cancer Res., 2009, 15, 1032–1038.
15. Garcia-Olmo D.C., Samos J., Picazo M.G., Asensio A.I., Toboso I., Garcia-Olmo D.: Release of cell-free DNA into the bloodstream leads to high levels of non-tumor plasma DNA during tumor progression in rats. Cancer Lett., 2008, 272, 133–140.
16. Diehl F., Schmidt K., Choti M.A., et al.: Circulating mutant DNA to assess tumor dynamics. Nat. Med., 2008, 14, 985–990.
17. Lo Y.M., Zhang J., Leung T.N., Lau T.K., Chang A.M., Hjelm N.M.: Rapid clearance of fetal DNA from maternal plasma. Am. J. Hum. Genet. 1999, 64, 218–224.
18. Korabecna M., Opatrna S., Wirth J.: Cell-free plasma DNA during peritoneal dialysis and hemodialysis and in patients with chronic kidney disease. Ann. NY Acad. Sci., 2008, 1137, 296–301.
19. Cherepanova A.V., Tamkovich S.N., Bryzgunova O.E., Vlassov V.V., Laktionov P.P.: Deoxyribonuclease activity and circulating DNA concentration in blood plasma of patients with prostate tumors. Ann. NY Acad. Sci., 2008, 1137, 218–221.
20. Garcia-Olmo D., Garcia-Olmo D.C.: Functionality of circulating DNA: the hypothesis of genometastasis. Ann. NY Acad. Sci., 2001, 945, 265–275.
21. Garcia-Olmo D.C., Ruiz-Piqueras R., Garcia-Olmo D.: Circulating nucleic acids in plasma and serum (CNAPS) and its relation to stem cells and cancer metastasis: state of the issue. Histol. Histopathol., 2004, 19, 575–583.
22. Chen Z., Fadiel A., Naftolin F., Eichenbaum K.D., Xia Y.: Circulation DNA: biological implications for cancer metastasis and immunology. Med. Hypotheses, 2005, 65, 956–961.
23. Jen J., Wu L., Sidransky D.: An overview on the isolation and analysis of circulating tumor DNA in plasma and serum. Ann. NY Acad. Sci., 2000, 906, 8–12.
24. Lee T.H., Montalvo L., Chrebtow V., Busch M.P.: Quantitation of genomic DNA in plasma and serum samples: higher concentrations of genomic DNA found in serum than in plasma. Transfusion, 2001, 41, 276–282.
25. Schmidt B., Weickmann S., Witt C., Fleischhacker M.: Improved method for isolating cell-free DNA. Clin. Chem., 2005, 51, 1561–1563.
26. Yoon K.A., Park S., Lee S.H., Kim J.H., Lee J.S.: Comparison of circulating plasma DNA levels between lung cancer patients and healthy controls. J. Mol. Diagn., 2009, 11, 182–185.
27. Ludovini V., Pistola L., Gregorc V., Floriani I., Rulli E., Piattoni S., Di Carlo L.,

28. Semeraro A., Darwish S., Tofanetti F.R., Stocchi L., Mihaylova Z., Bellezza G., Del Sordo R., Daddi G., Crinò L., Tonato M.: Plasma DNA, microsatellite alterations, and p53 tumor mutations are associated with disease-free survival in radically resected non-small cell lung cancer patients: a study of the perugia multidisciplinary team for thoracic oncology. J. Thorac. Oncol., 2008, 3, 365–373.
29. Kamat A.A., Bischoff F.Z., Dang D., et al.: Circulating cell-free DNA: a novel biomarker for response to therapy in ovarian carcinoma. Cancer Biol. Ther., 2006, 5, 1357–1362.
30. Gormally E., Vineis P., Matullo G., et al.: TP53 and KRAS2 mutations in plasma DNA of healthy subjects and subsequent cancer occurrence: a prospective study. Cancer Res., 2006, 66, 6871–6876.
31. Shao Z.M., Wu J., Shen Z.Z., Nguyen M.: p53 mutation in plasma DNA and its prognostic value in breast cancer patients. Clin. Cancer Res., 2001, 7, 2222–2227.
32. Esteller M., Sanchez-Cespedes M., Rosell R., Sidransky D., Baylin S.B., Herman J.G.: Detection of aberrant promoter hypermethylation of tumor suppressor genes in serum DNA from non-small cell lung cancer patients. Cancer Res., 1999, 59, 67–70.
33. Shah S.N., Hile S.E., Eckert K.A.: Defective mismatch repair, microsatellite mutation bias, and variability in clinical cancer phenotypes. Cancer Res., 2010, 70, 431–435.

Pacewicz Marzena

Rak szyjki macicy

SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony Im. J. Śniadeckiego, oddział: Kardiologii, Gastrologii, Białystok

Epidemiologia raka szyjki macicy

Nowotwory złośliwe szyjki macicy w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Stanów Zdrowotnych (ICD-10) są, za Bruziewicz i Wronkowski [1] oznaczone jako C53.

W literaturze przedmiotu [1-4] uważa się, iż stanowią one poważny problem zdrowotny, społeczny i ekonomiczny.

Rak szyjki macicy (RSM) jest po raku piersi drugim nowotworem złośliwym najczęściej stwierdzanym u kobiet, stanowiąc również jedną z najczęstszych przyczyn zgonów z powodu chorób nowotworowych [2, 4].

Rocznie na świecie rozpoznaje się ok. 500 000 nowych zachorowań [2,4], a około 275 000 pacjentek umiera z powodu tej choroby [1-4].

W krajach rozwijających się występuje ponad 80% wszystkich zachorowań, przy czym duże ryzyko populacyjne obserwuje się w Afryce, Ameryce Łacińskiej oraz w Azji, w krajach takich jak Indie, Kambodża, Tajlandia, Filipiny i Korea [1-3].

Według danych ECDC w Unii Europejskiej, za Bidziński i wsp. [3], roczna zapadalność na raka szyjki macicy wynosi około 33 000, natomiast śmiertelność szacowana jest na poziomie około 15 000/rok. Różnice w częstości zgonów szczególnie zaznaczają się między 15 starymi, a 12 nowymi członkami UE. Najmniejsze ryzyko zgonu na RSM odnotowano w Finlandii, a największe w Rumunii, Serbii, Bułgarii i na Litwie [2,3,5].

W Polsce zapadalność na RSM pozostaje na stałym, wysokim poziomie [cyt. za 3, cyt. za 7].

Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów w 2008 roku, za Korona i wsp. [7], zarejestrowano w Polsce 3 270 zachorowań na nowotwory szyjki macicy, a 1 745 kobiet zmarło z tego powodu. Oznacza to, że według standaryzowanego współczynnika zachorowalności na 100 000 mieszkanek Polski zachorowało prawie 17, a zmarło 9 z nich. W tym samym roku największą liczbę zachorowań stwierdzono w województwach: mazowieckim, śląskim, wielkopolskim i dolnośląskim. Najwięcej zachorowań (565) odnotowano w grupie wiekowej 55-59 lat (1,5,8,9). Taka sytuacja epidemiologiczna dotycząca występowania RSM w Polsce stawia nasz kraj na równi z państwami trzeciego świata [7].

Etiologia raka szyjki macicy

Przyczyny występowania wielu nowotworów są złożone i nie do końca poznane. Ocenia się jednak, że prawie 18% chorób nowotworowych jest wywoływanych przez czynniki infekcyjne, a spośród czynników zakaźnych najczęstszymi mikroorganizmami, którym można przypisać inicjację procesu karcinogenezy są bakterie i wirusy, rzadziej płazińce [7, 10,11].

Przetrwałe zakażenia onkogennymi typami wirusa brodawczaka ludzkiego odpowiadają za rozwój około 5,2% nowotworów, w tym 90% płaskonabłonkowych i 75% gruczołowych raków szyki macicy [7,10,11].

Tabela 1. Najczęstsze czynniki zakaźne w etiologii nowotworów złośliwych [10]

Czynnik infekcyjny	Odsetek wywoływanych nowotworów	Liczba bezwzględna wywoływanych nowotworów/rok	Rodzaj nowotworu
Bakteria *Helicobacter pylori*	5,5%	592 tys.	Rak żołądka, chłoniak żołądka
Wirus brodawczaka ludzkiego (HPV)	5,2%	561 tys.	Rak: szyjki macicy, prącia, sromu, pochwy, odbytu, jamy ustnej i gardła
Wirusy zapalenia wątroby typu B i C (HBV, HCV)	4,9%	535 tys.	Rak wątroby

Zakażenie HPV jest jednym z najczęstszych przenoszonych drogą płciową [8,9]. Rocznie rozpoznaje się około 5 500 tys. nowych zakażeń. Występuje 100 typów ludzkich wirusa, spośród których 40 określa się mianem genitalnych z uwagi na preferencyjne występowanie w nabłonku okolic sromu, pochwy, szyjki macicy, penisa i okolicy anogenitalnej [11, 12].

Genitalne typy HPV można podzielić na trzy podgrupy: wysokiego ryzyka lub karcinogenne (wysokie względne ryzyko rozwoju raka szyjki macicy), niskiego ryzyka (związane z rozwojem łagodnych nabłonkowych zmian proliferacyjnych w okolicy płciowej, ale nie z rakiem inwazyjnym szyjki macicy) oraz „prawdopodobnie karcinogenne" (występują niepełne dane dotyczące ich związku z rakiem szyjki macicy) [10, 12].

Tabela 2. Klasyfikacja najczęściej występujących genitalnych typów HPV [12]

Klasyfikacja	Typy HPV
Wysokiego ryzyka lub karcinogenne	16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59
Prawdopodobnie karcinogenne	26, 53, 66, 68, 73, 82
Niskiego ryzyka	6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81, 89

Wirus brodawczaka ludzkiego (*Human papillomaviruses*) jest małym wirusem DNA należącym do rodziny *Papillomaviridae* [11,12]. Składa się z kulistego genomu zawierającego około 8000 par zasad oraz kapsydu (otoczki zewnętrznej) zbudowanego z dwóch białek: L1 i L2. W genomie wyróżnia się trzy regiony funkcjonalne: region wczesny, niekodujący i późny. Region wczesny koduje sekwencję białek, które uczestniczą w replikacji wirusa (E1, E2, E4, E5) oraz pobudzają podział komórek gospodarza, co może prowadzić do ontogenezy, czyli rozwoju nowotworów (E6 i E7). Region niekodujący, składający się z 400-1000 par zasadowych, zawiera sekwencje promotora, enhancera (sekwencje wzmacniające) i silencera (sekwencje wyciszające), które kierują replikacją DNA wirusowego. Region późny koduje białka strukturalne kapsydu wirusa (L1 i L2) [11, 12].

Wśród dróg szerzenia się infekcji genitalnymi typami HPV wymienia się, oprócz głównej seksualnej, także wertykalną oraz zakażenia okołoporodowego. Szacuje się [11, 13], że w ciągu całego życia ponad 80% czynnych seksualnie kobiet i mężczyzn było, jest lub będzie zakażonych HPV, a połowę zainfekowanych stanowią osoby w wieku 15-25 lat.

Większość zakażeń HPV ma charakter przemijający i jest bezobjawowa [10]. Cykl rozwojowy wirusa dotyczy tylko komórek nabłonkowych, bez penetracji do warstw skóry właściwej, wiremii i transmisji wirusów do odległych narządów. Może on dawać jednak kliniczne objawy występujące miejscowo, takie jak brodawki i kłykciny, które u osób immunokompetentnych ustępują samoistnie. W rzadszych przypadkach, u osób z zaburzeniami odporności na rożnym tle oraz przy istnieniu niepoznanych czynników (prawdopodobnie immunologicznych) dochodzi do rozwoju infekcji przetrwałej, utrzymującej się miesiącami, a nawet latami. W takiej sytuacji może dojść do karcinogenezy, w której DNA wirusa zostaje wbudowane w genom gospodarza, umożliwiając podziały uszkodzonych komórek. Ostatecznie prowadzi to do rozwoju nowotworu [11,12]. Mała liczba komórek prezentujących antygen w nabłonku, brak wirusa w narządach limfatycznych oraz supresyjne wobec układu odpornościowego właściwości wirusa HPV powodują, że odpowiedź immunologiczna na naturalne zakażenie jest słaba, wcześniejsze zakażenie nie wyzwala reakcji odpornościowej na następne ani nie zmniejsza ryzyka utrzymywania się przetrwałego zakażenia w przyszłości [10, 11, 13].

Do powstawania przedinwazyjnego, a następnie inwazyjnego raka szyjki macicy, oprócz przewlekłego zakażenia onkogennymi typami HPV, przyczyniają się także inne czynniki, takie jak:

- wiek (szczyt zachorowalności na raka przedinwazyjnego przypada na 35. rok życia, a na raka inwazyjnego pomiędzy 45. a 50. rokiem życia),
- wczesna inicjacja seksualna (większe ryzyko u kobiet, które pierwszy stosunek seksualny odbyły przed 16. rokiem życia),
- duża liczba partnerów płciowych (wraz ze wzrostem liczby partnerów wzrasta ryzyko zakażenia onkogennymi typami wirusa HPV),
- duża liczba porodów (wzmożona wydzielina z dróg rodnych, często współistniejąca grzybica pochwy),
- wieloletnie palenie tytoniu (ryzyko dwukrotnie większe niż u osób nie palących),
- nieleczone stany zapalne pochwy (wywołane głównie przez *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, wirus opryszczki, HIV),

- doustne środki antykoncepcyjne (przy stosowaniu doustnej antykoncepcji przez ponad 10 lat ryzyko rozwoju raka szyjki macicy wzrasta aż czterokrotnie),
- sterydoterapia lub immunosupresja dłuższa niż 5 lat,
- współistniejące schorzenia powodujące ogólne osłabienie organizmu (biorcy przeszczepów, zaawansowana choroba nowotworowa),
- urazy i mikrourazy szyjki macicy,
- nieodpowiednia dieta (prawdopodobieństwo wystąpienia nowotworu wyższe u osób z nadwagą i otyłością),
- niski status socjoekonomiczny (większość kobiet o niskich dochodach ma ograniczony dostęp do opieki medycznej i badań profilaktycznych, dlatego wyższe jest u nich prawdopodobieństwo nie wykrycia zmian przedrakowych, a tym samym- zaniechania ich leczenia) [1, 7, 14, 15].

Diagnostyka HPV i raka szyjki macicy

Rozpoznanie zakażenia HPV w przypadku występowania objawów klinicznych, takich jak brodawki i kłykciny kończyste, nie przysparza większej trudności, a badania dodatkowe są jedynie potwierdzeniem rozpoznania [13]. W postaci subklinicznej, w której nie stwierdza się makroskopowych zmian charakterystycznych dla wirusa HPV, wykonuje się dodatkowo badanie cytologiczne, histologiczne, kolposkopowe czy molekularne. W zakażeniu bezobjawowym rozpoznanie jest bardzo trudne i możliwe tylko przy użyciu badań molekularnych [3, 13]. Do molekularnych metod wirusologicznych należą: amplifikacja wyodrębnionego fragmentu DNA HPV (PCR), hybrydyzacja kwasów nukleinowych (umożliwia wykrycie całego genomu wirusa), hybrydyzacja *in situ* (pozwala wykryć HPV i jego lokalizację w komórce), *Hybrid Capture System* (test oparty na wykrywaniu aktywnych onkogenów E6 i E7 wirusa HPV) oraz *Hybrid Capture* 2 [6, 13, 15].

Zmiany nowotworowe u kobiet z przewlekłym zakażeniem HPV występują stosunkowo późno, najczęściej po około 10-20 latach od kontaktu z wirusem i są poprzedzone rozwojem wewnątrznabłonkowej neoplazji szyjki macicy (CIN, dawniej dysplazja) oraz zmianami przedrakowymi w nabłonku gruczołowym [3].

W zależności od stopnia nasilenia neoplazje, za Korona i wsp. [7] podzielono na:

- CIN 1- neoplazja małego stopnia (często samoistnie odwracalna),
- CIN 2- neoplazja średniego stopnia,
- CIN 3- neoplazja dużego stopnia (CIS, rak wewnątrznabłonkowy).

Do stanów przedrakowych w nabłonku gruczołowym, za Korona i wsp. [6] oraz Baszta i wsp. [9] zaliczamy:

- wewnątrzszyjkowy polip,
- wewnątrzszyjkową gruczołową atypię,
- rak przedinwazyjny gruczołowy.

W literaturze przedmiotu [16, 17] podkreśla się, iż wczesne stadia raka szyjki macicy często nie dają żadnych objawów klinicznych, zatem znacząca część chorych nie zgłasza żadnych dolegliwości. Jako pierwszy sygnał nieprawidłowości pojawiają się krwawienia między miesiączkami i po odbyciu stosunku, upławy i bóle w okolicy krzyżowo-lędźwiowej lub pośladków, a w bardzo zaawansowanych stadiach choroby- obrzęk kończyny dolnej [16, 17].

Pierwszym badaniem, za Korona [6], które pozwala na szybką identyfikację poddających się leczeniu stanów przedrakowych i na zapobieganie rozwojowi raka, jest badanie cytologiczne. Cytologia polega na pobraniu komórek z tarczy i kanału szyjki macicy za pomocą specjalnej szczoteczki na szkiełko podstawowe i utrwaleniu próbki w alkoholu lub preparatem typu Cytofix maksymalnie w czasie 20 sekund. Jest to badanie przesiewowe i nie powinno być traktowane jako ostateczne rozpoznanie zmian szyjki macicy [2,18]. Jednak nieprawidłowy wynik cytologiczny wymaga weryfikacji innymi metodami diagnostycznymi. Wykorzystywane wtedy są [2, 18]:

- powtórne badanie cytologiczne,
- testy HPV (test DNA *high risk* HPV- służy wykrywaniu obecności DNA lub mRNA wysokoonkogennych wirusów brodawczaka ludzkiego; test mRNA *high risk* HPV- pozwala na różnicowanie zakażenia przygodnego i przetrwałego),
- badanie kolposkopowe z wykonaniem biopsji i oceną histopatologiczną materiału pobranego z tarczy i kanału szyjki macicy,
- diagnostyczno-terapeutyczne wycięcie zmiany na szyjce macicy.

Badanie kolposkopowe umożliwia dokładne badanie szyjki macicy za pomocą wziernika i przyrządu wyposażonego w dwuokularową lupę (kolposkopu) [1, 2, 18, 19]. Po wstępnym obejrzeniu nabłonka wielowarstwowego płaskiego nierogowaciejącego na ścianach pochwy i na tarczy szyjki macicy oraz nabłonka gruczołowego wokół ujścia kanału szyjki, wykonuje się próby z 3% kwasem octowym oraz z płynem Lugola [, 2, 18, 19]. Po ocenie kolposkopowej zaleca się wykonanie biopsji celowanej szyjki macicy, czyli pobranie jednego lub kilku wycinków z miejsc o największym nasileniu zmiany chorobowej widocznej w kolposkopie [2]. Dopiero badanie histopatologiczne upoważnia do rozpoznania choroby nowotworowej i określenia typu nowotworu. W celu właściwego doboru metody leczenia należy jeszcze określić stopień zaawansowania klinicznego RSM [16]. Dokonuje się tego za pomocą badań:

- badania zestawionego: przez pochwę i przez odbytnicę,
- RTG klatki piersiowej,
- urografii lub USG jamy brzusznej,
- cystoskopii, jeśli naciek obejmuje przednią ścianę lichwy,
- rektoskopii, jeśli naciek obejmuje tylną ścianę pochwy,
- badań biochemicznych krwi oraz morfologii [16.

Tabela 3. Klasyfikacja stopnia zaawansowania RSM według FIGO (2009 r.) [20]

Stopień	Opis
I	Rak ściśle ograniczony do szyjki macicy.
IA	Rak inwazyjny rozpoznawany wyłącznie mikroskopowo, głębokość naciekania podścieliska ≤5,0mm i średnica zmiany ≤7,0mm.
IA1	Głębokość naciekania podścieliska ≤3mm i średnica zmiany ≤7mm.
IA2	Głębokość naciekania podścieliska >3mm i nie więcej niż 5,0mm, średnica zmiany ≤7,0mm.
IB	Zmiany widoczne klinicznie ograniczone do szyjki macicy lub rak w stadium przedklinicznym ale większy od IA.
IB1	Klinicznie widoczna zmiana ≤4,0cm.

IB2	Klinicznie widoczna zmiana >4,0cm.
II	Rak przechodzi poza szyjkę macicy, lecz nie dochodzi do ścian miednicy, nacieka pochwę, ale tylko górne 2/3 jej długości.
IIA	Bez naciekania przymacicz.
IIA1	Klinicznie widoczna zmiana ≤4,0cm.
IIA2	Klinicznie widoczna zmiana >4cm.
IIB	Z naciekaniem przymacicz, nie dochodzi do kości miednicy (bez lub z naciekaniem pochwy).
III	Rak dochodzi do ścian miednicy, i/lub nacieka pochwę obejmując jej dolną 1/3 i/lub powoduje wodonercze lub przypadki nieczynnej nerki.
IIIA	Naciek pochwy obejmujący jej dolną 1/3 długości, nie dochodzi do ścian miednicy.
IIIB	Rak dochodzi do ścian miednicy (bez lub z zajęciem ścian pochwy) i/lub obecność wodonercza lub nieczynnej nerki.
IV	Przejście raka poza teren miednicy mniejszej lub zajęcie (potwierdzone badaniem biopsyjnym) śluzówki pęcherza moczowego lub odbytnicy.
IVA	Naciekanie narządów sąsiednich.
IVB	Odległe przerzuty.

Stopnie klinicznego zaawansowania RSM przedstawia klasyfikacja FIGO [14,15]. Raz postawiony stopień zaawansowania choroby nie może być zmieniony w trakcie leczenia. Zasada ta pozwala na porównywanie materiału klinicznego pochodzącego z ośrodków zlokalizowanych na różnych kontynentach [16, 20].

Terapia raka szyjki macicy

W terapii raka szyjki macicy, za Bruziewicz i Wronkowski [1], stosuje się trzy podstawowe metody leczenia onkologicznego: chirurgię, radioterapię oraz chemioterapię. Dwie pierwsze z nich należą do leczenia miejscowego, ostatnia zaś - systemowego. Mogą być wykorzystywane osobno lub jako tzw. leczenie skojarzone (jednocześnie lub kolejno po sobie) [1].

Zasady leczenia ustala się w zależności od stopnia zaawansowania nowotworu wg klasyfikacji FIGO, typu histologicznego (rak płaskonabłonkowy czy gruczolakorak), wieku chorej, planów dotyczących rozrodu, jej indywidualnych preferencji oraz możliwości i doświadczenia ośrodka podejmującego się leczenia RSM [16]. Leczenie śródnabłonkowej neoplazji szyjki macicy (CIN) polega na usunięciu tkanki, w której toczy się proces chorobowy. Wykorzystuje się do tego metody ablacyjne (kriochirurgię- wymrażanie metalową sondą schłodzoną ciekłym azotem, laseroterapię i koagulację termiczną) i chirurgiczne (konizację chirurgiczną, laserową i operację wycięcia macicy). Żadna z metod terapeutycznych stosowanych w leczeniu CIN nie likwiduje zakażenia HPV. W przypadku RSM stopnia I i IIA wg FIGO stosuje się miejscową radioterapię, brachyterapię (jedna z technik leczenia w radioterapii polegająca na umieszczeniu źródła promieniowania w guzie lub w jego sąsiedztwie) i chirurgię. Rak stopnia IIB i III wymaga brachyterapii i radioterapii, a stopnia IV- jedynie radioterapii [16, 21, 22].

Metody leczenia chirurgicznego RSM, zalecane w literaturze przedmiotu [1, 21], to:

- konizacja chirurgiczna szyjki macicy - usunięcie z szyjki macicy fragmentu w kształcie stożka (jego podstawa obejmuje widoczną od strony pochwowej część tarczy szyjki macicy, a wierzchołek jest skierowany w głąb kanału szyjki), wycięcia dokonuje się skalpelem (tzw. „zimnym nożem") lub za pomocą pętli diatermicznej (elektrokonizacja),
- konizacja laserowa - „wypalanie" nieprawidłowych komórek za pomocą wiązki promieniowania laserowego,
- wycięcie trzonu i szyjki macicy (histerektomia) - proste (usunięty tylko trzon i szyjka macicy) i rozszerzone (wycięcie tkanek sąsiadujących z macicą, górnej części pochwy i węzłów chłonnych miedniczych),
- trachelektomia - usunięcie szyjki macicy i górnej części pochwy i zastosowanie szwu chirurgicznego, który odtwarza ciągłość dróg rodnych, uzupełnieniem zabiegu jest laparoskopowe usunięcie okolicznych węzłów chłonnych,
- wytrzewienie jamy miednicy- stosowane się w nawrocie RSM, polegające na dodatkowym usunięciu pęcherza moczowego, pochwy, odbytnicy, a nawet części okrężnicy.

Radioterapia polega na wykorzystaniu do niszczenia komórek nowotworowych promieniowania jonizującego [1, 16]. Stosuje się napromieniowanie z zewnątrz (teleterapia) oraz z wewnątrz (brachyterapia). Do potencjalnych działań niepożądanych tego leczenia należą: odczyny skórne, podrażnienie błony śluzowej odbytnicy i/lub pęcherza moczowego, nudności, biegunka, nietrzymanie kału, osłabienie, zaburzenia seksualne, trwałe zwężenie pochwy [1, 16].

Standardem leczenia RSM jest równoczasowa chemio radioterapia [1]. Zastosowanie wyłącznie chemioterapii ma najczęściej miejsce w leczeniu paliatywnym, włączanym w przypadku rozsiewu choroby. Ma ono na celu przedłużenie życia chorej i poprawę jego jakości [1].

Leczenie nawrotu RSM wymaga indywidualizacji postępowania [1, 16, 22]. Ogólne zasady postępowania brzmią: niepowodzenia po radioterapii najczęściej leczymy chirurgicznie, natomiast po leczeniu chirurgicznym stosujemy radioterapię lub chemioterapię. Należy też wziąć pod uwagę wiek chorej, jej stan ogólny, rozległość zmian i ich lokalizację, czas po zakończeniu leczenia pierwotnego i wolę chorej. Badania kontrolne po leczeniu RSM powinny być przeprowadzane przez pierwsze 2 lata co 3 miesiące, a później w odstępach półrocznych. Powinny obejmować badanie ginekologiczne, cytologię, kolposkopię oraz badania biochemiczne [1,16, 22].

Rokowanie pod względem 5-letnich przeżyć jest następująca: 80% w stopniu I, 50% w stopniu II, 20-30% w stopniu III, a poniżej 5% w stopniu IV [22].

Diagnostyka, profilaktyka i wczesne wykrywanie raka szyjki macicy- rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego.

W 2004 roku, za Kędzia i Spaczyński [23], odbyło się spotkanie ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego i Polskiego Towarzystwa Patologów, którzy ustalili wytyczne dotyczące diagnostyki, profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy obowiązujące w Polsce.

Analizie poddano obecną sytuację epidemiologiczną dotyczącą występowania RSM w Polsce i stwierdzono, że Polska ma jedne z najwyższych współczynników zachorowalności i umieralności tego nowotworu wśród wszystkich państw Unii Europejskiej [23]. Ustalono, że przyczynami takiego stanu rzeczy są:

- rozpowszechnienie czynników ryzyka RSM,
- objęcie badaniami przesiewowymi niewielkiego odsetka populacji kobiet w wieku 25-59 lat,
- niska zgłaszalność kobiet na badania cytologiczne,
- częste wykrywanie RSM w wysokim zaawansowaniu klinicznym [23].

Państwa, które prowadzą aktywny i powszechny skrining RSM i objęły badaniami profilaktycznymi 40-100% populacji, osiągnęły spadek zachorowalności i umieralności z powodu tego nowotworu w ciągu 5-7 lat [23,24]. Biorąc pod uwagę doświadczenie praktyczne tych państw, opracowano Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy [23, 24].

Do najważniejszych zaleceń PTG dotyczących programu profilaktyki w Polsce [23, 24] zalicza się:

- badaniami profilaktycznymi polegającymi na corocznej kontroli cytologicznej powinny być objęte kobiety w wieku 25-59 lat (najpóźniej w wieku 30 lat, nie później niż 3 lata po rozpoczęciu współżycia), które nie miały wykonanego wymazu cytologicznego przez ostatnie 3 lata przez lekarza ginekologa realizującego kontrakt Narodowego Funduszu Zdrowia,
- badanie cytologiczne może być wykonywane co 3 lata u kobiet 30-letnich i starszych, które mają prawidłowe trzy kolejne wyniki rozmazu cytologicznego lub kobiet z usuniętą macicą wraz z szyjką z powodu zmian niezłośliwych,
- kontroli cytologicznej co 12 miesięcy powinny być poddane pacjentki: zakażone HIV, przyjmujące leki immunosupresyjne, zakażone wysoko-onkogennym typem HPV lub leczone w przeszłości z powodu śródnabłonkowej neoplazji szyjki macicy lub RSM,
- kontroli cytologicznej częstszej niż co 12 miesięcy powinny być poddane kobiety, u których w poprzednich rozmazach cytologicznych nie stwierdzono obecności komórek pochodzących ze strefy przekształceń, *endocervix* lub też poprzednie rozmazy cytologiczne były mało czytelne z powodu domieszki śluzu, krwi lub obecności stanu zapalnego,
- wymazy cytologiczne powinny być klasyfikowane w Systemie Bethesda,
- zalecana jest cytologia konwencjonalna, jak i płynna cytologia,
- do pobrania materiału z szyjki macicy należy użyć szczoteczki, czytelnie i jednoznacznie oznakować szkiełko podstawowe, dobrze uwidocznić szyjkę macicy przed pobraniem rozmazu cytologicznego, rozmaz pobrać przed wykonaniem badania cytologicznego i przed wykonaniem USG sondą dopochwową, utrwalić pobrany rozmaz w odczynnikach opartych na alkoholu w ciągu do 6 sekund po pobraniu,
- w przypadku przetrwałego zakażenia onkogennym typem HPV badaniem uzupełniającym powinien być test DNA HPV,
- u kobiet z nieprawidłowym wynikiem cytologicznym wprowadzenie etapu pogłębionego (wykonanie kolposkopii, biopsji,) [23, 24].

W celu zwiększenia zgłaszalności kobiet na przesiewowe badania profilaktyczne, w 2006 roku rozpoczęto planowe wysyłanie do nich indywidualnych zaproszeń [23].

Elementem profilaktyki RSM jest prewencja pierwotna, czyli immunoprofilaktyka [24]. Zasady szczepień obowiązujące w Polsce opracowali eksperci PTG w 2008 roku. Szczepienia przeciw HPV są w Polskim Programie Sczepień Ochronnych szczepieniami zalecanymi. Oznacza to, że są wartościowe i powinny być zastosowane w różnych grupach osób, ale nie finansuje ich Ministerstwo Zdrowia z powodu braków finansowych. Pacjent musi sam zakupić takie szczepionki. Możliwe jest czasem finansowanie ich zakupu ze środków samorządów lokalnych w ramach prowadzonych przez nie programów profilaktycznych [24].

Obecnie w Europie zarejestrowane są dwie szczepionki przeciwko zakażeniom HPV: czterowalentna Gardasil=Silgard (Sanofi Pasteur Merck: MSD) i dwuwalentna Cervarix (GlaxoSmithKline Biologicals) [4, 24] Obie szczepionki są rekombinowane, wysoko oczyszczone i niezakaźne (nie zawierają materiału genetycznego wirusa). Występujący w nich antygen ma postać podobnej do wirusa cząsteczki VLP (*virus-like particles*), uzyskanej w drodze rekombinacji genetycznej. Charakterystykę obu szczepionek zawiera tabela 4. [4,24].

Rutynowe stosowanie szczepionki rekomendowane jest dla dziewczynek w wieku 11-12 lat, a także dla dziewcząt w wieku 13-18 lat, które nie zostały zaszczepione wcześniej lub u których należy dokończyć rozpoczętą wcześniej serię szczepień. Ważna jest odpowiednia klasyfikacja pacjentek do wykonania szczepienia, w której zasadniczą rolę odgrywa dobrze zebrany wywiad lekarski. U dziewczynek powinien ją przeprowadzać pediatra i ginekolog, u nastolatek i kobiet- ginekolog i położnik. Pytania powinny dotyczyć przede wszystkim: aktualnego stanu zdrowia, ostrych chorób (w tych gorączkowych) oraz przewlekłych, uczuleń na leki, pokarmy, składniki szczepionki, objawów niepożądanych po wcześniej podawanych szczepionkach, chorób współistniejących (padaczki, chorób upośledzających funkcję układu odpornościowego), leczenia w ciągu 3 ostatnich miesięcy kortyzonem, prednizonem lub innymi kortykosteroidami, cytostatykami, stosowania radioterapii, ciąży i karmienia piersią. Każda aktywnie seksualna kobieta przed wykonaniem szczepienia musi mieć wykonany wymaz cytologiczny, aby wykluczyć już istniejące zmiany CIN lub raka szyjki macicy [24].

Przeciwwskazaniami do szczepienia są: znana reakcja alergiczna na drożdże (przy szczepionce czterowalentnej), ciężkie choroby układowe, ciąża, trombocytopenia i inne skazy krwotoczne, które mogą być przyczyną powstania krwiaka w miejscu wkłucia, stany gorączkowe [24].

Obie szczepionki przeciwko HPV wykazywały niewiele działań niepożądanych, które były krótkotrwałe i ustępowały samoistnie najpóźniej w kilka dni po jej podaniu. Jednak bardzo często (1/10) występowały ból, zaczerwienienie i świąd w miejscu podania, często (1/100- 1/10) obserwowano zaburzenia ze strony układu pokarmowego (nudności, wymioty, biegunka, ból brzucha), ze strony skóry (rumień, świąd, pokrzywkę) oraz bóle stawów, natomiast rzadko- zawroty głowy, miejscowe zaburzenia czucia, zakażenie górnych dróg oddechowych [24].

Szczepionki, jak podkreśla Kotarski [24], nie chronią przed wszystkimi typami HPV, które mogą być przyczyną RSM, dlatego wszystkie zaszczepione kobiety nadal powinny mieć regularnie wykonywane badanie cytologiczne.

Tabela 4. Charakterystyka szczepionek HPV [4].

	Szczepionka czterowalentna	**Szczepionka dwuwalentna**
Producent, rejestracja, nazwa handlowa	Sanofi Pasteur Merck (MSD), czerwiec 2006, Gardasil=Silgard	GlaxoSmithKline (GSK), wrzesień 2007, Cervarix
VLPs genotyp	6,11,16,18	16,18
Stężenie antygenów	20 µg HPV 6 40 µg HPV 11 40 µg HPV 16 20 µg HPV 18	20 µg HPV 16 20 µg HPV 18
Adiuwant	glin: 225 µg siarczanu hydroxyfosforanu glinu	AS04: 500 µg wodorotlenku glinu, 50 µg 3-deacylowanego monofosforylu lipidu A
Technika uzyskiwania substratów metodą rekombinacji	drożdżowy system ekspresyjny na komórkach *Saccharomyces cerevisiae*	bakulowirusowy system ekspresyjny na komórkach owadzich *Tichoplusia ni*
Metoda podania: domięśniowo	0, 2, 6 miesiąc	0, 1, 6 miesiąc
Objętość na dawkę	0,5 mL	0,5 mL

Piśmiennictwo

1. Bruziewicz S., Wronkowski Z.: Rak szyjki macicy. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2008.
2. Kędzia W., Nowak-Markwitz E., Spaczyński M.: Rak szyjki macicy. Profilaktyka, diagnostyka i leczenie. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2009.
3. Bidziński M., Macioch T., Niewada M., Radowicki S., Wierzba W.: Zapobieganie chorobom zależnym od HPV-aspekty kliniczne i ekonomiczne stosowania szczepień profilaktycznych. Curr. Gynecol. Oncol., 2010, 8, 69-81.
4. Jackowska T.: Pierwotna profilaktyka raka szyjki macicy. Zakażenia wirusowe, 2009, 2, 58-60.
5. Spaczyński M.: Uczestnictwo kobiet w Populacyjnym Programie Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy w latach 2007-2009. Ginekol. Pol., 2010, 81, 655-663.
6. Basta A., Basta P., Jach R., Kabzińska-Turek M., Kolawa W., Kula M., Mika M., Radoń-Pokracka M.: Rak szyjki macicy w przebiegu ciąży. Trudności diagnostyczne i powikłania. Curr. Gynecol. Oncol., 2010, 8(2), 112-122.
7. Korona K., Olejek A., Zamłyński J.: Epidemiologia i diagnostyka stanów przedrakowych oraz RSM. Współczesne standardy diagnostyki i terapii zmian szyjki macicy. Ogólny Przegląd Medyczny, 2007, 9/10, 51-53.
8. http://85.128.14.124/krn/liczba_zach_woj/default.asp, data pobrania 23.03.2012
9. http://85.128.14.124/krn/std_zach/default.asp, data pobrania 23.03.2012

10. Kotarski J., Nowakowski A.: Zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego jako czynnik etiologiczny nowotworów złośliwych. Zakażenia, 2008, 8, 40-48.
11. Dmoch-Gajzerska E., Słabuszewska-Jóźwiak A.: Zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV). Położna Nauka i Praktyka, 2009, 4, 44-47.
12. Basta A., Blecharz P., Dulińska-Litewska J., Dumin M., Karolewski K., Klimek M., Kojs Z., Jach R., Radoń-Pokracka M., Ziętarski G.: Zakażenia HPV i jego związek z nowotworami złośliwymi. Curr. Gynecol. Oncol., 2010, 8, 200-213.
13. Maździarz A., Reinholz-Jaskólska M., Skrajna A.: Zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego. Współczesne metody diagnostyczne. Curr. Gynecol. Oncol., 2010, 8, 40-45.
14. Wyderka M. I.: Wiedza badanych kobiet o profilaktyce raka szyjki macicy. Pielęg. Pol., 2008, 4, 262-270.
15. Kurowska M., Miśta S., Włodarczak A.: Szczepionki przeciwko zakażeniom wirusem HPV dla nastolatek- przełom w profilaktyce raka szyjki macicy. Med. Rodz., 2009, 16, 61-67.
16. Bidziński M.: Diagnostyka i leczenie raka szyjki macicy. Onkologia i radioterapia, 2008, 4, 40-47.
17. Dudkiewicz J., Muszer M.: Diagnostyka nieprawidłowych krwawień z dróg rodnych u kobiet: porównanie badań histeroskopowych, ultrasonograficznych i mikroskopowych endometrium. Gin. Pol., 2001, 72, 1429-1432.
18. Szymborski J. (red.): Diagnostyka szyjki macicy. Histopatologia. Cytologia. Kolposkopia. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2001.
19. Łepecka-Klusek C.: Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii. Wyd. Lek. PZWL, 2010
20. Baranowski W., Bidziński M., Doniec J., Zalewski K.: Zmiany klasyfikacji zaawansowania nowotworów narządu płciowego u kobiet-stan na 2009 rok. Ginekol. Pol., 2010, 81, 778-782.
21. Spaczyński M., Nowak-Markwitz E.: Postępowanie w przypadku stwierdzenia śródnabłonkowej neoplzji i raka gruczołowego in situ szyjki macicy. Ginek. Pol., 2009, 80, 791-794.
22. Opala T.: Ginekologia. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2003.
23. Kędzia W., Spaczyński M.: Diagnostyka, profilaktyka i wczesne wykrywanie raka szyjki macicy- rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Ginekologia po dyplomie, 2009, 2, 158-160.
24. Kotarski J.: Rekomendacje zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące szczepienia przeciwko zakażeniom HPV. Ginekol. Dypl., 2009, 9, 97-104.

Piekut Krystyna[1], Dobrzycka Bożena[1], Terlikowska Katarzyna Maria[2], Iwona Nesterowicz Iwona[3], Demska Mirosława[3], Maćkowiak-Matejczyk Beata[3], Michalak Stanisław[4], Terlikowski Sławomir Jerzy[1]

Biologiczne markery raka endometrium

[1] Zakład Położnictwa, Ginekologii i Opieki Położniczo-Ginekologicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
[2] Zakład Technologii i Towaroznawstwa Żywności Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
[3] Oddział Onkologii Ginekologicznej z pododdziałem Brachyterapii Białostockiego Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej – Curie
[4] Oddział Ginekologiczno-Położniczy SPZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku

Wstęp

Rak endometrium jest najpowszechniej występującym nowotworem złośliwym w krajach uprzemysłowionych. Na świecie zajmuje 7 miejsce wśród najczęstszych nowotworów występujących u kobiet. Ryzyko zachorowania wynosi 2-3%. Około 75% przypadków zostaje zdiagnozowanych we wczesnym stadium, ograniczonym jedynie do trzonu macicy. Jednak u około 15-20% leczonych chirurgicznie dochodzi do nawrotu choroby. Obecnie podstawą do określenia ryzyka wznowy stał się podział raka endometrium na dwa podtypy. Typ I, wskazujący na dobre rokowanie, stanowi większość przypadków i związany jest z niskim stopniem zaawansowania, dobrym zróżnicowaniem oraz histologicznie wywodzi się z endometrium (endometrioidalny). Typ II, źle rokujący, charakteryzuje się wysokim stopniem zaawansowania, niskim zróżnicowaniem i jest pochodzenia nieendometrioidalnego [1]. Częstość występowania raka endometrium zależy od regionu i jest 10-krotnie niższa w krajach słabiej rozwiniętych, w porównaniu do wysokorozwiniętych, w których występuje rocznie u 10-20 kobiet na 100 000 [2].

Etiologia i czynniki ryzyka

Nieznana jest dokładna etiologia raka endometrium [3]. Rzadko występuje u kobiet poniżej 40 r.ż. a mniej niż 20% przypadków dotyczy okresu przed menopauzą [4]. Około 5-10% raków ma podłoże dziedziczne związane z zespołem dziedzicznej predyspozycji do nowotworów (HNPCC, *Hereditary non-polyposis colorectal cancer*) jako najczęstszą przyczyną zachorowania. Ryzyko wystąpienia schorzenia u kobiet z zespołem HNPCC wynosi 42%, przewyższając 30% ryzyko wystąpienia raka jelita grubego [5]. Mimo to, większość przypadków ma charakter sporadyczny. Czynniki ryzyka związane są często z hormonalną stymulacją błony śluzowej macicy [2]. Nadwagę wykazuje 50% kobiet z rakiem endometrium a wzrost ryzyka zachorowania jest związany z zaburzeniami w gospodarce hormonalnej wywołanymi otyłością [6].

Kobiety, które nie rodziły są także w grupie podwyższonego ryzyka, a kuracja tamoksyfenem stosowana u chorych na raka piersi, zwiększa ryzyko zachorowania na raka endometrium aż 6-8 krotnie [7].

Onkogeny

Onkogeny są zazwyczaj nieaktywne a ich aktywacja stymuluje podział komórki. Tylko kilka genów nowotworowych zostaje zmodyfikowanych w znacznym odsetku raków endometrium [8]. *K-RAS* uczestniczy w transdukcji sygnału kontroli wzrostu oraz różnicowania. Mutacje *K-RAS* były obecne w 10-30% przypadków raka endometrium, głównie w guzach endometrioidalnych (typu I) [9].

Onkogeniczna aktywacja kinaz tyrozynowych jest powszechnym mechanizmem karcynogenezy a podatność tych enzymów na działanie leków sprawia, że są one atrakcyjnym celem terapii [10].

HER-2/neu (*human epidermal growth factor receptor 2*) oraz receptor nabłonkowego czynnika wzrostu (EGFR, *epidermal growth factor receptor*) należą do rodziny receptorów kinazy tyrozynowej (RTK, *receptor tyrosine kinase*), która bierze udział w namnażaniu się komórek za pośrednictwem dwóch szlaków sygnałowych: ścieżki kinazy Ras-Raf-MAP oraz PI3K (*phosphatidylinositol 3-kinase*) i AKT (*serine/threonine-specific protein kinase*). Nadekspresję HER-2/neu zaobserwowano w 9-30% przypadków, częściej w guzach typu II. Amplifikacja HER-2/neu wydaje się być rzadka w przypadku nowotworów typu I [11].

Mutacja w obrębie PIK3CA, katalitycznej podjednostki PI3K, pojawia się w 24-36% przypadków i współistnieje z mutacjami w obrębie PTEN w 14-26%. Wykazano, że amplifikacje PIK3CA korespondują z profilami ekspresyjności procesu aktywacji PI3K, natomiast korelują ujemnie z jego profilami inhibicji. Wskazuje to na PI3K jako potencjalny cel nowej terapii przeciwnowotworowej. W 12% przypadków raka endometrium zidentyfikowano somatyczne mutacje w kolejnym genie kinazy tyrozynowej. Wydaje sie, że FGFR2 może być celem terapeutycznym w przypadku nowotworów endometrium charakteryzujących się występowaniem takich mutacji [12, 13].

Antyonkogeny (geny supresorowe)

Antyonkogeny kodują białka hamujące wzrost guza. Gdy ulegną mutacji, stają się nieaktywne pozwalając na jego swobodny wzrost [8]. PTEN koduje fosfatazę, antagonizując szlak PI3K/AKT. Zmniejszona aktywność PTEN powoduje zwiększone namnażanie się komórek, wpływa na ich żywotność, neoangiogenezę oraz procesy adhezji i migracji [11]. Może zostać inaktywowany przez mutacje, delecje oraz hipermetylację promotora. Mutacje PTEN stwierdza się w 25-83% przypadków raków endometrium, częściej typu I i guzach charakteryzujących się niestabilnością mikrosatelitarną [14]. Mutacje w obrębie PTEN obserwuje się również w hiperplazji endometrium, co sugeruje, że może być to wczesny etap inicjacji procesu karcynogenezy. Utrata funkcji PTEN wraz z następującą po niej aktywacją szlaków PI3K/AKT oraz mTOR, pojawia się w dużym odsetku przypadków raka typu I. Wskazuje to na rolę inhibicji mTOR w tej odmianie raka [13].

Gen *P53* reguluje procesy cyklu komórkowego, apoptozy oraz różnicowania. Jeden z mechanizmów jego działania polega na zatrzymaniu cyklu komórkowego w

odpowiedzi na uszkodzenie DNA. Następuje to na skutek zwiększenia transkrypcji *p21*-inhibitora kinazy zależnej od cyklin (CDK, *cyclin-dependent kinase*). Prawidłowe białko p53 ulega degradacji natomiast nowotworowe niestabilne degradacji się nie poddaje i może zostać wykazane w badaniach immunohistochemicznych z 76% zgodnością między obecną mutacją a tkankową nadekspresją w nowotworach endometrium [15].

Mutacje *P53* stwierdzono w 10-20% przypadków raka endometrium, podczas gdy nadekspresja białka p53 jest obecna w 15-30%. Nadekspresja p53 jest częstsza w typie II raka. Uważa się, że mutacje w obrębie *P53* pojawiają się w początkowym stadium rozwoju raków typu II w przeciwieństwie do typu I, w którym postrzegane są jako zmiany późniejsze [16, 17].

Regulator cyklu komórkowego CDKN2A/*p16* (*cyclin-dependent kinase inhibitor 2A*) jest inaktywowany w większości guzów złośliwych, czego dowodzą: brak ekspresji białek, delecje homozygotyczne i metylacja promotora oraz spadek częstości występowania mutacji. W rakach endometrium, w zależności od źródła, utrata ekspresji białek waha się od 14 do 74%. Kluczowy mechanizm inaktywacji białka p16 w rakach endometrium jest nieznany ponieważ mutacje, delecje i metylacja promotora pojawiają się zaledwie w 2-6% przypadków [18, 19].

Geny mutatorowe MMR i niestabilność mikrosatelitarna (MSI)

Naprawa DNA i system naprawy nieprawidłowo sparowanych zasad (MMR, *mismatch repair*) odgrywają kluczową rolę w utrzymaniu stabilności genetycznej. Mikrosatelity są prostymi, powtarzającymi się sekwencjami łańcucha DNA w genomie, które są podatne na błędy replikacyjne. MSI (*microsatellite instability*) jest wynikiem nagromadzenia się mutacji w trakcie procesu replikacji DNA i wiąże się ze defektami w obrębie genów MMR. Początkowo MSI znaleziono w nowotworach u pacjentek z zespołem Lyncha (HNPCC), z mutacjami germinalnymi w obrębie genów MMR, takich jak *hMLH1*, *hMSH2*, *hMSH6*, *PMS1* i *PMS2*. MSI stwierdzono także w 20-30% przypadków raka endometrium typu I. W rakach typu II MSI występuje sporadycznie [20, 21].

Receptory steroidowe

Błona śluzowa trzonu macicy zawiera receptory estrogenowe oraz progesteronowe. Estrogeny wpływają na proliferację oraz różnicowanie komórek endometrium. Progesteron ma działanie przeciwne. Tkankowy status receptorowy ma znaczenie w przypadku leczenia nowotworów endometrium i piersi. Progestageny działają nie tylko za pośrednictwem receptorów progesteronowych ale również poprzez inne receptory steroidowe. Wydaje się, że receptory progesteronowe mają kluczowe znaczenie w hamowaniu proliferacji endometrium wywoływanej działaniem estrogenów na zasadzie mechanizmu *down-regulation* (zmniejszenia liczby i wrażliwości receptorów) [22, 23].

Podsumowanie

W raku endometrium opisano wiele zaburzeń molekularnych, wśród nich także te, które wydają się mieć wartość prognostyczną oraz znaczenie dla terapii celowanej. Wartość kliniczna tych markerów pozostaje nadal przedmiotem badań. Raki typu I

częściej wykazują zmiany genetyczne takie jak MSI czy mutacje w obrębie genów *PTEN* i *K-RAS* oraz *beta-kateniny* podczas gdy w typie II częściej pojawia się utrata receptorów hormonalnych, mutacje genu *P53*, amplifikacja *HER-2/neu* oraz brak stabilności chromosomowej. Przedstawiona charakterystyka molekularna pozwala na próby indywidualizowania leczenia, które uwzględniają zmiany w receptorowych kinazach tyrozynowych, genach oraz ścieżkach receptorów hormonów.

Piśmiennictwo

1. World Health Organization, International Agency for Research on Cancer.: World Cancer Report. Lyon, France: IARC Press, 2003.
2. Amant F., Moerman P., Neven P., Timmerman D., Van L.E., Vergote I.: Endometrial cancer. Lancet, 2005, 366, 491–505.
3. Albertini A.F., Devouassoux-Shisheboran M., Genestie C.: Pathology of endometrioid carcinoma. Bull. Cancer, 2012, 99, 7-12.
4. Karimi-Zarchi M., Mousavi A.S., Behtash N., Chiti Z., Bokaie M.: Conservative management of young women with endometrial carcinoma or complex atypical hyperplasia: report of three cases and literature review. Eur. J. Gynaecol. Oncol., 2011, 32, 695-698.
5. Reeves S.G., Meldrum C., Groombridge C., Spigelman A., Suchy J., Kurzawski G., Lubinski J., Scott RJ.: DNA repair gene polymorphisms and risk of early onset colorectal cancer in Lynch syndrome. Cancer Epidemiol., 2012, 36, 183-189.
6. Saltzman B.S., Doherty J.A., Hill D.A., Beresford S.A., Voigt L.F., Chen C., Weiss N.S.: Diabetes and endometrial cancer: an evaluation of the modifying effects of other known risk factors. Am. J. Epidemiol., 2008, 167, 607-614.
7. Bergman L., Beelen M.L., Gallee M.P., Hollema H., Benraadt J., van Leeuwen F.E.: Risk and prognosis of endometrial cancer after tamoxifen for breast cancer. Comprehensive Cancer Centres' ALERT Group. Assessment of Liver and Endometrial cancer Risk following Tamoxifen. Lancet, 2000, 356, 881-887.
8. Meyer L.A., Westin S.N., Lu K.H., Milam M.R.: Genetic polymorphisms and endometrial cancer risk. Expert. Rev. Anticancer Ther., 2008, 8, 1159-1167.
9. Llobet D., Pallares J., Yeramian A., Santacana M., Eritja N., Velasco A., Dolcet X., Matias-Guiu X.: Molecular pathology of endometrial carcinoma: practical aspects from the diagnostic and therapeutic viewpoints. J. Clin. Pathol., 2009, 62, 777-785.
10. Ortega E., Marti R.M., Yeramian A., Sorolla A., Dolcet X., Llobet D., Abal L., Santacana M., Pallares J., Llombart-Cussac A., Matias-Guiu X.: Targeted therapies in gynecologic cancers and melanoma. Semin. Diagn. Pathol., 2008, 25, 262-273.
11. Carnero A., Blanco-Aparicio C., Renner O., Link W., Leal J.F.: The PTEN/PI3K/AKT signalling pathway in cancer, therapeutic implications. Curr. Cancer Drug Targets, 2008, 8, 187-198.
12. Gatius S., Velasco A., Azueta A., Santacana M., Pallares J., Valls J., Dolcet X., Prat J., Matias-Guiu X.: FGFR2 alterations in endometrial carcinoma. Mod. Pathol., 2011, 24, 1500-1510.
13. Azueta A., Gatius S., Matias-Guiu X.: Endometrioid carcinoma of the endometrium: pathologic and molecular features. Semin. Diagn. Pathol., 2010, 27, 226-240.

14. Bansal N., Yendluri V., Wenham R.M.: The molecular biology of endometrial cancers and the implications for pathogenesis, classification, and targeted therapies. Cancer Control, 2009, 16, 8-13.
15. Soong R., Robbins P.D., Dix B.R., Grieu F., Lim B., Knowles S., Williams K.E., Turbett G.R., House A.K., Iacopetta B.J.: Concordance between p53 protein overexpression and gene mutation in a large series of common human carcinomas. Hum. Pathol., 1996, 27, 1050-1055.
16. Lax S.F.: Molecular genetic pathways in various types of endometrial carcinoma: from a phenotypical to a molecular-based classification. Virchows. Arch., 2004, 444, 213-223.
17. Hecht J.L., Mutter G.L.: Molecular and pathologic aspects of endometrial carcinogenesis. J. Clin. Oncol., 2006, 24, 4783-4791.
18. Koh V.M., Shi Y.X., Tang Q.H.: P16 and retinoblastoma protein expression in endometrial carcinoma and clinical significance. Eur. J. Gynaecol. Oncol., 2011, 32, 309-315.
19. Salvesen H.B., Kumar R., Stefansson I., Angelini S., MacDonald N., Smeds J., Jacobs I.J., Hemminki K., Das S., Akslen L.A.: Low frequency of BRAF and CDKN2A mutations in endometrial cancer. Int. J. Cancer., 2005, 115, 930-934.
20. Gadducci A., Cosio S., Genazzani A.R.: Tissue and serum biomarkers as prognostic variables in endometrioid-type endometrial cancer. Crit. Rev. Oncol. Hematol., 2011, 80, 181-192.
21. Vasen H.F., Hendriks Y., de Jong A.E., van Puijenbroek M., Tops C., Bröcker-Vriends A.H., Wijnen J.T., Morreau H.: Identification of HNPCC by molecular analysis of colorectal and endometrial tumors. Dis. Markers, 2004, 20, 207-213.
22. Shang Y.: Molecular mechanisms of oestrogen and SERMs in endometrial carcinogenesis. Nat. Rev. Cancer., 2006, 6, 360-368.
23. Silfen S.L., Ciaccia A.V., Bryant H.U.: Selective estrogen receptor modulators: tissue selectivity and differential uterine effects. Cimacteric, 1999, 2, 268-283.

Pacewicz Marzena

Badanie cytologiczne jako element profilaktyki raka szyjki macicy

SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony Im. J. Śniadeckiego, oddział: Kardiologii, Gastrologii, Białystok

Badanie cytologiczne

Przetrwałe zakażenie onkogennym typem wirusa brodawczaka ludzkiego jest czynnikiem odgrywającym podstawową rolę w karcinogenezie raka szyjki macicy [1, 2]. Rozwój tego nowotworu, od momentu zakażenia trwa średnio około 14 lat i jest to czas wystarczająco długi, by prowadząc badania podstawowe wykryć stany przedrakowe lub raka we wczesnym stadium zaawansowania klinicznego [1, 2].

Zgodnie z definicją WHO, za Kędzia i wsp. [2] „*badanie przesiewowe to test, który przeprowadza się u osób zdrowych, który pozwala na wczesne wykrycie i leczenie choroby, czego skutkiem jest zmniejszenie śmiertelności w populacji*". Obecnie na świecie w profilaktyce RSM powszechnie wykonuje się badanie cytologiczne.

Teoretyczne i techniczne podstawy badania

Tradycyjną cytologię do praktyki ginekologicznej, za rokita [3] wprowadzono ponad 80 lat temu. Badanie to powstało jako narzędzie służące do wykrywania nowotworów i stanów przednowotworowych i polega na ocenie mikroskopowej utrwalonych i zabarwionych komórek pobranych z tarczy i kanału szyjki macicy. Elementy oceniane to między innymi kształt i wielkość jądra komórkowego, ilość oraz charakter cytoplazmy oraz stosunek wielkości jądra komórkowego do cytoplazmy [4, 5].

Przed pobraniem materiału, za Chosia i Domagała [6] należy przygotować:

- wziernik pochwowy jednorazowego użytku,
- naczynie z utrwalaczem (96% alkohol etylowy lub utrwalacz w innej postaci, np. aerozolu),
- szkiełka podstawowe suche i odtłuszczone ze zmatowionym brzegiem umożliwiającym oznaczenie preparatu ołówkiem,
- szczoteczkę do pobierania materiału.

W niektórych sytuacjach rozmaz można pobrać za pomocą pałeczki z wacikiem na końcu, jednakże zaleca się używanie specjalnych szczoteczek (przypominających płaskie miotełki) posiadających atest (np. Cervex- Brush), które umożliwiają dokładne pobranie materiału z części pochwowej, strefy transformacji oraz kanału szyjki macicy [6-8]. We wszystkich krajach Unii Europejskiej badanie cytologiczne wykonują lekarze ginekolodzy, w Polsce także położne, w Danii - dodatkowo lekarze rodzinni, a w Finlandii i Szwecji - położne i pielęgniarki [2, 6].

Technicznie badanie składa się z trzech faz [5, 6, 9].

Pierwszą, polegającą na pobraniu materiału, przeprowadza się po uwidocznieniu szyjki macicy za pomocą wziernika. Jeżeli na tarczy szyjki znajduje się śluzowy czop, należy go usunąć jałowym wacikiem. Szczoteczkę wprowadza się do ujścia zewnętrznego szyjki na głębokość 1-2 cm i wykonuje się nią pełen obrót (360 stopni) zbierając komórki z narządu [5, 6, 9].

Drugi etap to przygotowanie materiału komórkowego do badania. Możliwe są dwa sposoby. Cytologia konwencjonalna, która polega na umieszczeniu pobranego wymazu na 2/3 powierzchni szkiełka podstawowego i natychmiastowym (w czasie do 6 sekund) jego utrwaleniu (np. zanurzeniu preparatu w uprzednio już otwartym naczyniu z 96% alkoholem). Nową i lepszą metodą jest płynna cytologia (LBC- *Liquid Based Cytology*). W technice tej pobrany materiał umieszczany jest nie na szkiełku, a w specjalnym roztworze utrwalającym, który chroni komórki przed wysychaniem i zniekształceniami. Zaletą LBC jest znacznie lepsza jakość uzyskanego preparatu (cienka warstwa komórek bez nakładania się, bez domieszki śluzu, krwi), a więc ograniczenie liczby badań wymagających powtórzenia [1, 2, 5, 6, 10].

Trzecia faza to ocena mikroskopowa preparatu dokonywana przez kwalifikowanego cytologa. W większości krajów dokonują jej cytotechnicy [5, 10].

Wskazania

Badanie cytologiczne części pochwowej szyjki macicy służy profilaktyce oraz wykrywaniu stanów przednowotworowych i raka inwazyjnego szyjki macicy, a także kontroli efektywności ich leczenia [11].

Zgodnie z rekomendacjami PTG, za Kędzia i Spaczyński [10] oraz Duda-Szymańska i Sporny [11] coroczną cytologię powinny mieć wykonaną wszystkie kobiety po ukończeniu 25. roku życia (najpóźniej w wieku 30 lat). W sytuacji wczesnego rozpoczęcia współżycia badanie należy przeprowadzić nie później niż 3 lata od inicjacji seksualnej. Prawidłowe wyniki trzech kolejnych wymazów (wykonywanych corocznie) i brak czynników ryzyka zachorowania na RSM pozwalają na prowadzenie badania przesiewowego co 3 lata. Kontroli cytologicznej co 12 miesięcy nadal wymagają kobiety:

- zakażone HIV
- przyjmujące leki immunosupresyjne
- zakażone HPV typem wysokiego ryzyka
- leczone w przeszłości z powodu neoplazji szyjki macicy lub RSM [10,11].

Rozpoczęcie skriningu cytologicznego przed 25. rokiem życia prowadzi do niepotrzebnych interwencji diagnostycznych i terapeutycznych, a nawet oceniane jest jako medycznie i społecznie szkodliwe, jednakże wcześniejsze wykonanie cytologii należy rozważyć w grupach zwiększonego ryzyka:

- kobiety stosujące antykoncepcję hormonalną powyżej 5 lat,
- wieloródki (ponad 7 donoszonych ciąż),
- palaczki tytoniu,
- kobiety zakażone Chlamydia trachomatis,
- nastolatki molestowane w okresie dojrzewania,
- kobiety HIV pozytywne [10].

Według zaleceń ACOG (*American Congress of Obstetricians and Gynecologists*) z 2009 roku, za Klimkowska [12], wykonywanie cytologicznych badań przesiewowych

należy rozpocząć u kobiet w 21. roku życia i do 29. roku życia powtarzać je co 2 lata. Odstęp czasowy pomiędzy kolejnymi cytologiami u kobiet w wieku 30 lat i więcej można wydłużyć do 3 lat, jeżeli 3 kolejne wcześniejsze wyniki były ujemne, nigdy nie stwierdzono CIN , brak jest zakażenia HIV i brak upośledzonej odporności [12].

Wykonywania cytologii mogą zaniechać kobiety po całkowitej histerektomii (chirurgiczne usunięcie trzonu i szyjki macicy) przeprowadzonej z innego powodu niż nowotwór złośliwy [1,12].

Na badanie cytologiczne powinne niezwłocznie się zgłosić kobiety, które zaobserwowały u siebie niepokojące objawy takie jak upławy, plamienia z dróg rodnych lub krwawienia kontaktowe po stosunku [13].

Sposób przygotowania do badania

W literaturze przedmiotu [1, 6], podkreśla się, iż w celu zwiększenia czułości badania cytologicznego i uniknięcia uzyskania wyniku fałszywie ujemnego, należy się do niego odpowiednio przygotować. Powinno przestrzegać się następujących zasad:

- nie wykonywać badania w czasie menstruacji (optymalnie nie wcześniej niż 2 dni po ostatnim dniu miesiączki i nie później niż 2 dni przed jej rozpoczęciem),
- nie współżyć w ciągu 48 godzin poprzedzających badaniem
- nie używać tamponów dopochwowych ani nie stosować jakichkolwiek preparatów dopochwowych (leków, kremów plemnikobójczych, środków nawilżających, wykonywać irygacji) w ciągu 48 godzin poprzedzających badanie,
- materiał do badania powinno pobierać się co najmniej jeden dzień po badaniu ginekologicznym lub USG dopochwowym,
- jeżeli zachodzi konieczność pobrania materiału na obecność choroby przenoszonej drogą płciową, jako pierwszy należy wykonać wymaz cytologiczny [1, 6].

Klasyfikacja Papanicolaou i System Bethesda

Do oceny komórek rozmazu cytologicznego, za Duda-Szymańska i Sporny [11], wykorzystuje się dwie klasyfikacje. Wcześniej najszerzej stosowano klasyfikację Papanicolaou, która składa się z pięciu stopni. Stopnie III-V wiążą się ze wzmożonym niepokojem onkologicznym. Obecnie uznaje się ją za metodę niewystarczającą, gdyż nie uwzględnia współczesnych ustaleń dotyczących patogenezy raka szyjki macicy i licznych zmian nienowotworowych tego narządu [11].

W 1988 roku Narodowy Instytut Onkologii w USA, za Kędzia i wsp. [10] oraz Malarewicz [14], zaproponował do interpretacji rozmazów cytologicznych System Bethesda, który po modyfikacjach w 1991 i 2001 roku, akceptuje się jako jedynie właściwy i skuteczny. Zwiększył on znacznie czułość oceny cytologicznej dzięki zdecydowanemu określeniu kategorii zmian komórkowych podejrzanych i uproszczeniu oceny obrazów niepodejrzanych [10, 14]. Ocena materiału cytologicznego w Systemie Bethesda jest kilkuetapowa:

- w pierwszym etapie określa się, czy rozmaz zawiera materiał reprezentatywny do badania
- w drugim podejmuje się ogólną decyzję, czy jest on prawidłowy czy nie

- w ostatnim etapie przedstawia się dokładny opis stwierdzanych zmian zgodnie z obowiązującą terminologią [11].

Tabela 5. System klasyfikacji rozmazu cytologicznego według Papanicolaou [15]

Stopień klasyfikacji	Obraz cytologiczny
I	Obecne jedynie komórki warstw powierzchownych nabłonka pokrywającego błonę śluzową pochwy i tarczy części pochwowej.
II	Komórki głębszych warstw nabłonka, komórki zwyrodniałe i pobudzone komórki kanałowe, komórki wysięku zapalnego.
III	Rozmaz zawierający komórki dysplastyczne.
IIIA	Dysplazja związana ze stanem zapalnym.
IIIB	Dysplazja związana ze stanem przedrakowym.
IV	Rozmaz odpowiadający rakowi przedinwazyjnemu.
V	Rozmaz odpowiadający rakowi inwazyjnemu.

Tabela 6. System klasyfikacji rozmazu cytologicznego według TBS [15]

Stopień klasyfikacji	Obraz cytologiczny	
AI	Rozmaz odpowiedni do oceny cytologicznej.	
AII	Rozmaz nieodpowiedni, ale nadaje się do oceny.	
BI	Rozmaz cytologiczny w granicach normy.	
BII	Rozmaz cytologiczny nieprawidłowy.	
CI	**Zakażenia**	
CI	**A**	Grzybicze (1.*Candida*, 2.inne).
	B	Bakteryjne (1.*Gardnerella*, 2.*Actinomyces*, 3.*Chlamydia*, 4.inne).
	C	Pierwotniakowe (1.*Trichomonas*, 2.inne).
	D	Wirusowe (1.*Cytomegalovirus*, 2.*Herpes simplex*, 3.inne).
CII	**Zmiany odczynowe i reparacyjne**	
	A	Zmiany komórek nabłonkowych związane z zapaleniem.
	B	Rzadkie zmiany (1.radioterapia lub chemioterapia, 2.ciało obce, 3.leczenie hormonalne).
CIII	**Obecność nieprawidłowych komórek nabłonkowych**	
	A	Komórki nabłonka wielowarstwowego płaskiego.
		1.ACUS (atypowe komórki nabłonka płaskiego), 2.AGUS (atypowe komórki nabłonka gruczołowego).
		2a.zmainy związane z zakażeniem wirusa HPV lub neoplazją małego stopnia (CIN1)- LSIL (neoplastyczna zmiana śródnabłonkowa małego stopnia), 2b.neoplazja średniego

		stopnia (CIN2) i dużego stopnia (CIN3)- HSIL (geoplastyczna zmiana śródnabłonkowa wysokiego stopnia).
		3.rak płaskonabłonkowy naciekający.
	Komórki gruczołowe	
	B	1.komórki endometrialne przed miesiączką lub po menopauzie.
		2.nieprawidłowe komórki endometrialne lub kanałowe.
		3.gruczolakorak (3a.pochodzenia szyjkowego, 3b.z trzonu macicy, 3c.niezwiązane z macicą).
	C	Inne nabłonkowe nowotwory złośliwe.
CIV	Nienabłonkowe nowotwory złośliwe.	
CV	Ocena hormonalna.	

Powikłania

W piśmiennictwie fachowym [10, 16] podkreśla się, iż programy skriningowe oparte na teście cytologicznym przyczyniły się w krajach rozwiniętych do zmniejszenia występowania RSM o 50, a nawet 80%, jednakże niekiedy powodują jednak:

- dyskomfort i niepokój u kobiet
- powikłania po niepotrzebnym leczeniu stanów przedrakowych
- wzrost istotnych kosztów opieki medycznej
- niektóre przypadki raka rozwijają się pomimo udziału w skriningu (gruczolakoraki),
- większość zachorowań występuje w grupach nie objętych skriningiem.

Na każdym etapie badania cytologicznego mogą pojawić się błędy, których całkowite wyeliminowanie nie jest możliwe, a znaczną wadę cytologii stanowią wyniki fałszywie ujemne i fałszywie dodatnie [10].

Duda-Szymańska i Sporny [11] uważają, iż przyczynami rozpoznań fałszywie ujemnych są: ciężka dyskarioza drobnokomórkowa, blada dyskarioza, ciężka dyskarioza w układach syncytialnych, ciężka dyskarioza z odczynem zapalnym, małe dyskariotyczne komórki ulegające rogowaceniu, nieliczne komórki z dyskariozą i nowotworzenie w gruczołach szyjkowych. Natomiast do rozpoznań fałszywie dodatnich przyczyniają się: endometrioza w szyjce macicy, metaplazja jajowodowo- Endometrialna, mataplazja jajowodowa, obecność nabłonka gruczołowego dolnego segmentu macicznego (LUS), następstwa stosowania wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej, odczynowe komórki z zapalnie zmienionego *endocervix*, zmiany odczynowe w niedojrzałej metaplazji płaskonabłonkowej, rozrost komórek rezerwowych, polip szyjkowy, rozrost drobnogruczołowy szyjkowy, zjawisko Arias-Stelli i komórki odczynu zapalnego imitujące dyskariozę w komórkach nabłonkowych [11].

Piśmiennictwo

1. Malkowska-Walczak B., Nowak-Markwitz E., Spaczyński M.: Rola cytologii i testu DNA HPV w erze szczepionki antywirusowej. Ginek. Pol., 2007, 78, 696-700.

2. Kędzia W., Nowak-Markwitz E., Spaczyński M.: Skrining raka szyjki macicy w kraju i na świecie. Ginek. Pol., 2007, 78, 354-360.
3. Rokita W.: Wartość diagnostyczna cytologii i kolposkopii u kobiet ze śródnabłonkowąneoplazją szyjki macicy. Ginek. Pol., 2011, 82, 607-611.
4. Bruziewicz S., Wronkowski Z.: Rak szyjki macicy. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2008.
5. Łepecka-Klusek C.: Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii. Wyd. Lek. PZWL, 2010.
6. Chosia M., Domagała W.: Cytodiagnostyka szyjki macicy. Fundacja Pro Pharmacia Futura, Warszawa, 2010.
7. Bidziński M., Markowska A., Markowska J.: Rak gruczołowy szyjki macicy w świetle profilaktyki. Ginek. Onkol., 2009, 7, 83-87.
8. Basta A., Basta P., Jach R., Kabzińska-Turek M., Kolawa W., Kula M., Mika M., Radoń-Pokracka M.: Rak szyjki macicy w przebiegu ciąży. Trudności diagnostyczne i powikłania. Curr. Gynecol. Oncol., 2010, 8, 112-122.
9. Opala T.: Ginekologia. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2003.
10. Kędzia W., Spaczyński M.: Diagnostyka, profilaktyka i wczesne wykrywanie raka szyjki macicy- rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Ginekologia po dyplomie, 2009, 2, 158-160.
11. Duda-Szymańska J., Sporny S.: Dylematy w cytologii złuszczeniowej szyjki macicy. Ginek. Prakt., 2009, 17, 2-5.
12. Klimkowska M.: Przesiewowe badania cytologiczne w kierunku raka szyjki macicy. Zalecenia ACOG z 2009 roku. Med. Prakt. Onkol., 2010, 2, 37-40.
13. Wyderka M. I.: Wiedza badanych kobiet o profilaktyce raka szyjki macicy. Pielęg. Pol., 2008, 4, 262-270.
14. Malarewicz A.: Aktualności cytologii i kolposkopii ginekologicznej. Suw. Towarz. Ginekol. Biuletyn, 2004, 13, 18-22.
15. Korona K., Olejek A., Zamłyński J.: Epidemiologia i diagnostyka stanów przedrakowych oraz RSM. Współczesne standardy diagnostyki i terapii zmian szyjki macicy. Ogólny Przegląd Medyczny, 2007, 9/10, 51-53.
16. Kędzia W., Nowak-Markwitz E., Spaczyński M.: Rak szyjki macicy. Profilaktyka, diagnostyka i leczenie. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2009.

Kowalewska Beata[1,2], Jankowiak Barbara[1,2], Oleszczuk Tadeusz[2], Rolka Hanna[1,2], Krajewska-Kułak Elżbieta[1], Klimaszewska Krystyna[1,2], Łukaszuk Cecylia[1], Gołębiewska Agata[2]

Ocena poziomu wiedzy kobiet na temat czynników ryzyka raka szyjki macicy

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

Wprowadzenie

Nowotwory, po chorobach układu krążenia, stanowią drugą przyczynę zgonów w Polsce. Jednocześnie obserwowane jest zjawisko narastania zapadalności na nowotwory, w tym nowotwory złośliwe u kobiet. W Polsce umieralność z powodu nowotworów złośliwych jest nadal wyższa od przeciętnej umieralności na choroby nowotworowe w Europie, a rokowanie i efekty leczenia w dużej mierze są uzależnione od zaawansowania choroby w momencie jej rozpoznania. Zdecydowanie lepsze efekty leczenia uzyskuje się w przypadku wczesnego rozpoznania. Nie bez znaczenia jest również fakt relatywnie mniejszych kosztów leczenia wczesnych postaci nowotworów [1].

Rak szyjki macicy (RSM) jest w kolejności drugim, co do częstości występowania, nowotworem u kobiet. Polska należy do krajów o najwyższym współczynniku zgonów w Europie, na co głównie rzutuje szansa przeżycia 5 lat przez chorych, u których stwierdzono raka szyjki macicy [1,2]. W efekcie od lat umieralność utrzymuje się na zbliżonym poziomie, mimo zmniejszania się zachorowalności. Obniżenie umieralności w krajach Europy nastąpiło w wyniku wprowadzenia profilaktyki. Udowodniono, że powyższe może obniżyć umieralność na raka szyjki macicy nawet o 80%. Na efektywność badań ma jednakże wpływ wielkość populacji poddanej badaniom cytologicznym. Zdecydowanie lepsze wyniki osiąga się, gdy badania mają charakter masowy, przy tym RSM leczony we wczesnym okresie rozwoju daje wyższy odsetek wyleczeń [1, 2].

RSM jest to pierwotny nowotwór złośliwy szyjki macicy [3]. Inwazyjnego raka szyjki macicy poprzedza stan zwany wewnątrznabłonkową neoplazją szyjki macicy, określany jako dysplazja szyjki macicy albo rak przedinwazyjny. Może ona ulegać progresji do raka inwazyjnego, nie stanowiąc zagrożenia dla zdrowia kobiety i w związku z tym istotne jest wczesne wykrycie tych zmian w badaniu cytologicznym rozmazu z pochwowej części szyjki macicy [3].

Nie jest znana bezpośrednia przyczyna raka szyjki macicy, jednak uważa się, że zachorowalność w tym przypadku zależna jest głównie od czynników zewnętrznych [3]. Nowotwór rzadko rozwija się u dziewic, natomiast częściej u kobiet, które we wczesnym wieku rozpoczęły życie płciowe, bądź miały wielu partnerów. Ponadto zachorowalność jest wyższa im więcej porodów przebyła kobieta i wiąże się również z warunkami

ekonomicznymi (jest wyższa wśród kobiet z niskim dochodem). Nowotwór rzadko występuje w populacjach, w których praktykuje się obrzezanie mężczyzn [3].

Do czynników ryzyka raka szyjki macicy zalicza się**:**

- zakażenie wirusami HPV 16, 18, 31, 33, 35,
- palenie papierosów,
- doustne środki antykoncepcyjne,
- zakażenie pochwy wirusem HSV-2,
- zakażenie chlamydiami, CMV, EBV, przewlekłe bakteryjne zakażenia pochwy,
- immunosupresja,
- częsta zmiana partnerów seksualnych,
- liczne ciąże i porody, zwłaszcza w młodym wieku,
- nieobrzezani partnerzy seksualni,
- przebyta radioterapia na okolicę miednicy małej,
- prostaglandyny w spermie [4,5,6,7, 8].

Za powstawanie raka szyjki macicy odpowiedzialne są niektóre typy wirusa brodawczaka ludzkiego – HPV (*Human Papilloma Virus*). Wirus ten występuje powszechnie we wszystkich populacjach na całym świecie. Uważa się, iż około połowa ludzi w jakimś momencie swojego życia ulega zakażeniu HPV, a ponad 2/3 przypadków raka szyjki macicy spowodowane jest przez wirusa HPV [7,9,10].

Wirus HPV jest przenoszony głównie drogą płciową, więc na zakażenie nim narażone są głównie osoby aktywne seksualnie [7,9,10]. Do zakażenia może dojść również w czasie porodu. U wielu osób HPV znajduje się w fazie latencji, co oznacza, że wirus nie ujawnia się, a dzięki działaniu układu immunologicznego zakażenie ustępuje samoistnie. Jednak w przypadkach osób wykazujących objawy immunosupresji, czyli osłabienia odporności, może dojść do przewlekłego zakażenia HPV, a w następstwie do powstania nowotworów [7,9,10].

Typy wirusów HPV, pod względem ryzyka onkologicznego, dzieli się na 2 grupy:

- niskiego ryzyka (typ 6, 11, 42, 43 i 44)
- wysokiego ryzyka (typ 16, 18, 31, 33, 35, 39, 51, 52, 56 i 58) [9-12]

Wśród typów HPV niskiego ryzyka na plan pierwszy wysuwają się typ 6 i 11, które wywołują łagodne zmiany, pojawiające się do kilku miesięcy po kontakcie z osobą zakażoną. Zmiany występują na zewnętrznych narządach płciowych:

- u kobiet na wargach sromowych i w okolicy krocza i odbytu
- u mężczyzn w cewce moczowej, na żołędzi i po wewnętrznej stronie napletka.

Niekiedy zmiany pojawiają się na błonie śluzowej jamy ustnej bądź gardła [9-12].

Typy wysokiego ryzyka onkogennego, to przede wszystkim typy HPV 16 i 18, których istnienie w zmianie nowotworowej zostało potwierdzone epidemiologicznie oraz które według badań [9-12] odpowiedzialne są za około 2/3 przypadków raka szyjki macicy. W literaturze przedmiotu [9-12] podkreśla się, iż ryzyko zakażenia onkogennym typem wirusa HPV towarzyszy kobiecie od inicjacji seksualnej przez całe życie aktywności płciowej.

Najskuteczniejszą metodą profilaktyki zakażeń HPV jest wykonywanie regularnych badań cytologicznych, które pozwalają na odpowiednio wczesne wykrycie zmienionych komórek [10,13]. W przypadku, gdy komórki te zostaną wykryte - wskazane jest wykonanie badania PCR (*Polymerase Chain Reaction*), które z dużą czułością wykrywa DNA wirusa i pozwala na określenie typów HPV w materiale (typowanie HPV) [10,13].

W roku 2006 na rynek Stanów Zjednoczonych i Meksyku wprowadzono szczepionkę przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego, która jest dostępna również w Polsce od roku 2006 [10]. Skierowana jest przeciwko najpopularniejszym typom HPV, a badania kliniczne dowiodły, że ma największą skuteczność, gdy zostanie podana dziewczynkom, które jeszcze nie miały kontaktu z HPV [10].

Od 2007 roku dostępna jest również na rynku druga szczepionka, która zapewnia 100% skuteczności w zapobieganiu zmianom przedrakowym wywołanym przez HPV 16 i 18 [10]. Przeznaczona jest dla kobiet i dziewcząt powyżej 10. roku życia, a podanie jej powoduje powstanie wysokiego i utrzymującego się w czasie poziomu przeciwciał. Zawiera ona innowacyjny adiuwant AS04, który warunkuje silniejszą i trwalszą odpowiedź immunologiczną niż taki sam preparat zawierający jedynie standardowy wodorotlenek glinu. Szczepionkę podaje się domięśniowo w trzech dawkach [10]. Ponadto, profilaktyka raka szyjki macicy to przede wszystkim regularne badania ginekologiczne i cytologiczne [13].

Cel pracy

Ocena poziomu wiedzy kobiet na temat czynników ryzyka raka szyjki macicy.

Materiał i metodyka badań

Badaniem przeprowadzonym we wrześniu 2010 roku objęto 100 kobiet (100%), w wieku 18 – 65 lat, z terenu Łomży i okolic. Materiał do badań zebrano za pomocą anonimowego autorskiego kwestionariusza skonstruowanego na potrzeby niniejszej pracy.

Ankieta składała się z 5 pytań w części ogólnej, tzn. metryczkowej oraz 19 pytań w części szczegółowej. Pytania części I - ogólnej dotyczyły m.in.: wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia oraz źródła utrzymania respondentek. Pytania w części II szczegółowej ankiety odnosiły się m. in. do stylu życia, zachowań seksualnych respondentek, wiedzy na temat czynników ryzyka raka szyjki macicy, występowania u nich takich czynników oraz przebytych problemów i chorób ginekologicznych.

Wyniki badań

Badane osoby stanowiły bardzo zróżnicowaną grupę, jeśli chodzi o wiek. Największą liczbowo grupą były kobiety w przedziale wiekowym 18 – 29 lat (41%), najmniejszą - w wieku 60 – 65 lat (2%)

Wśród badanych kobiet były mieszkanki zarówno miasta (64%), jak też wsi (36%).

Badane osoby różniły się między sobą również stanem cywilnym - przeważały mężatki (50%). Pannami było 25% badanych kobiet, rozwódkami -18%, a wdowami - 7% ankietowanych.

Respondentki stanowiły również zróżnicowaną grupę, jeśli chodzi o poziom wykształcenia. Największą grupę (36%) tworzyły kobiety ze średnim wykształceniem. Duża grupa, bo 25%, to osoby z wyższym wykształceniem. Natomiast z wykształceniem podstawowym i zawodowym było odpowiednio: 18% i 17%. Jedynie 4% grupy to osoby uczące się w liceum. Zróżnicowane było także źródło utrzymania badanych kobiet. Największa liczba (27%) utrzymywała się z pracy fizycznej. Z pracy umysłowej oraz rolnictwa - odpowiednio: 18% i 20%. Zasiłek dla bezrobotnych pobierało tylko 2%

grupy, natomiast emerytura była źródłem utrzymania 4% badanych kobiet. W badanej grupie podawano również inne źródła utrzymania: rodzice – 23% kobiet, mąż – 4% kobiet lub praca jako przedstawiciel handlowy – 2% kobiet.

Istotnym elementem wśród czynników ryzyka raka szyjki macicy jest wiek pierwszej miesiączki. Największą grupę (30%) pod tym względem stanowiły kobiety, które zaczęły miesiączkować w wieku 16 lat. Najmniejszą (4%) - kobiety, u których pierwsza miesiączka pojawiła się w wieku 12 lat. 4% badanych kobiet nie pamiętało, w jakim wieku zaczęło miesiączkować. Jednym z ważnych czynników zwiększających ryzyko raka szyjki macicy było wczesne rozpoczęcie współżycia seksualnego. 25% ankietowanych kobiet zadeklarowało inicjację seksualną w wieku 20 lat. Kolejną, co do wielkości, grupę (17%) stanowiły panie, które współżycie rozpoczęły w wieku 18 lat oraz w wieku 21 lat – 10%. Najniższy wiek inicjatywy seksualnej to 13 lat (2% badanych), natomiast najwyższy – 26 lat (2% badanych). 7% kobiet stwierdziło, że nie pamięta, kiedy rozpoczęło współżycie seksualne.

Spośród badanych 68% było w trwałym związku. Natomiast 32% nie miało stałych partnerów. Wśród badanych kobiet największą grupę (30%) stanowiły te, które nigdy jeszcze nie były w ciąży, ani nie rodziły. Drugą, pod względem liczebności grupą (23%), były kobiety, które tylko raz były w ciąży i odbyły jeden poród. Trzy ciąże i trzy porody dotyczyły 10% badanych. Natomiast po cztery ciąże i cztery porody oraz pięć ciąż i pięć porodów miały za sobą po 4% badanych kobiet. Kilka kobiet miało w swym życiu poronienia: jedna ciąża i poronienie – 4%, dwie ciąże i jeden poród – 4%, cztery ciąże i trzy porody – 2%, dwie ciąże i 2 poronienia – 2% oraz trzy ciąże i dwa porody – 4%. Wśród badanych 54% kobiet nie przechodziło żadnych zabiegów ginekologicznych. Cięcia cesarskie miało 40% kobiet, elektrokoagulację oraz cesarskie cięcie i elektro-koagulację - po 2% kobiet i tyle samo (2%) przeszło plastykę krocza.

W profilaktyce oraz wczesnym wykrywaniu nowotworów narządu rodnego ważne miejsce zajmują regularne badania ginekologiczne. Grupę badawczą podzielono na 2 części, tj. w przedziałach wiekowych 18 – 39 lat oraz powyżej 40 lat, kiedy ryzyko zachorowania znacznie wzrasta. Pod względem częstości wykonywania badań ginekologicznych w grupie 18 – 39- latek przeważały kobiety wykonujące badanie co pół roku i stanowiły one 34,5% grupy. Raz w roku badanie takie wykonywało 24% badanych kobiet, a najrzadziej, raz na dwa lata badaniu temu poddawało się 17% grupy.

Pod względem częstości wykonywania badań ginekologicznych w grupie 40 – 65 przeważały kobiety wykonujące je raz w roku (46,5%). Dwa razy w roku badanie takie miało 20% badanych kobiet, a najrzadziej, bo raz na dwa lata - 6,5% grupy. Niestety, w tej grupie znalazły się również osoby, które w ogóle nie poddawały się badaniu lub czyniły to dopiero w przypadku bólu lub innych dolegliwości (Tab. 1).

Tabela 1. Częstotliwość wykonywania badań ginekologicznych

Częstotliwość badań	**Kobiety w wieku 18 – 39 lat**	**Kobiety w wieku 18 – 39 lat**
wcale	21,00 %	13,00%
co 3 miesiące	3,50%	0%
co 6 miesięcy	34,50%	20,00%
1 x rok	24,00%	46,50%
1 x 2 lata	17,00%	6,50%
Razem	**100**%	**100**%

Nieodłącznym elementem badania ginekologicznego jest badanie cytologiczne. W grupie wiekowej 18 – 39 lat, dwa lata od ostatniego badania upłynęło w przypadku 17% grupy, a jeden rok w przypadku 38% grupy. 14% kobiet stwierdziło, że nie miało wcale wykonywanego takiego badania, a 24% nie pamiętało, albo wcale nie miało wykonywanego takiego badania (Tab. 2).

W grupie wiekowej 40 – 65 lat 2 lata od ostatniego badania upłynęło w przypadku 20% grupy, a jeden rok w przypadku 40% grupy. 14% kobiet stwierdziło, że nie miało wcale wykonywanego takiego badania, a 20% nie pamięta, albo wcale nie miało wykonywanego takiego badania. Powyższe pozwala wnioskować o niskiej wiedzy tych kobiet na temat znaczenia badania cytologicznego w profilaktyce i wczesnym wykrywaniu raka szyjki macicy (Tab. 2).

Tabela 2. Czas ostatniego badania cytologicznego

Ostatnie badanie	Kobiety wwieku 18 – 39 lat	Ostatnie badanie	Kobiety w wieku 40 – 65 lat
1 miesiąc temu	7,00**%**	2 miesiące temu	7,00**%**
pół roku temu	14,00**%**	pół roku temu	13,00**%**
rok temu	38,00**%**	rok temu	40,00**%**
2 lata temu	17,00**%**	2 lata temu	20,00**%**
nie pamiętam	10,00**%**	nie pamiętam	13,00**%**
wcale	14,00**%**	wcale	7,00**%**
Razem	**100%**	**Razem**	**100%**

Badane kobiety zostały zapytane również o wynik badania cytologicznego. W grupie kobiet w przedziale wiekowym 18 – 39 lat odpowiedzi były następujące: wynik dobry – 4%, I^0 – 7%, II^0 – 31%, III^0 – 30%, nie wykonują – 28%. Natomiast w grupie kobiet w przedziale wiekowym 40 – 65 lat odpowiedzi były następujące: wynik dobry – 9%, II^0 – 50%, III^0 – 13%, IV^0 – 8%, nie wykonują – 20%.

Następne pytanie dotyczyło okresu, kiedy kobiety miały ostatnio wykonywane badanie stopnia czystości pochwy, przy czym utrzymano dokonany wcześniej podział na grupy wiekowe. Kobiety w wieku 18 – 39 lat: 1 miesiąc temu – 10%, 6 miesięcy temu – 28%, rok temu – 52%, dwa lata temu – 6%, wcale – 4%. Badania stopnia czystości pochwy nie miało nigdy 5 kobiet z tej grupy wiekowej. Kobiety w wieku 40 – 65 lat: 6 miesięcy temu – 8%, rok temu – 12%, dwa lata temu – 2%, cztery lata temu – 50%, pięć lat temu – 12%, 10 lat temu – 6%, wcale – 12%.

Powyższe pytanie uszczegółowiono w przypadku kobiet wykonujących badanie stopnia czystości pochwy prośbą o wskazanie, jaki był wynik tego badania. W grupie kobiet w przedziale wiekowym 18 – 39 lat odpowiedzi były następujące: wynik dobry – 31%, II^0 – 7%, III^0 – 31%, IV^0 – 27%. W grupie kobiet w przedziale wiekowym 40 – 65 lat odpowiedzi były następujące: wynik dobry – 6%, II^0 – 12%, III^0 – 25%, IV^0 – 45%.

Biorąc pod uwagę wszystkie kobiety, u których od ostatniego badania stopnia czystości pochwy upłynęło więcej niż dwa lata można mówić o nieodpowiedzialnym podejściu do własnego zdrowia.

Najnowsze badania wskazują na duże znaczenie, w profilaktyce nowotworów narządu rodnego, zwalczania lub uniknięcia zakażeń genitalnym typem wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV). Przełomowym wydaje się być wprowadzenie szczepionki przeciw HPV, ponieważ zapobiega ona wielu schorzeniom wywołanym

przez ten wirus, w tym zmianom przed nowotworowym i rakom szyjki macicy. W związku z tym w badaniu zadano ankietowanym pytanie dotyczące znajomości terminu HPV i szczepień przeciwko temu wirusowi. Okazało się, że znaczenie skrótu HPV znało tylko 36% grupy, zaś pozostałe osoby przyznały się do niewiedzy tym zakresie.

Żadna z ankietowanych kobiet nie wykonała badania w kierunku HPV. W badanej grupie nie było też osoby, która zaszczepiła się przeciwko temu wirusowi.

Nie bez znaczenia dla skuteczności przeciwnowotworowej jest również wiek, w jakim to szczepienie jest wykonane. Ryzyko zakażenia wirusem HPV wzrasta wraz z liczbą partnerów seksualnych kobiety, dlatego bardzo ważne jest, aby szczepienie wykonać w młodym wieku. Zdanie ankietowanych, co do optymalnego wieku na zaszczepienie się przeciwko HPV było bardzo zróżnicowane. Największa grupa kobiet w ogóle nie wiedziała, jakiej odpowiedzi udzielić (49%) (Tab. 3).

Następnie kobiety zostały zapytane, czy miały kiedyś jakieś z wymienionych dolegliwości ze strony układu płciowego (Tab. 4). Wśród kobiet w grupie wiekowej 18 – 39 lat - 14% nie odczuwało żadnych dolegliwości ze strony układu płciowego, a te które je odczuwały, dominowały upławy, świąd i nadżerka.

Wśród kobiet w grupie wiekowej 40–65 lat jedynie 4% twierdziło, że nie mają żadnych dolegliwości ginekologicznych. Kobiety należące do tej grupy wiekowej najczęściej wymieniały upławy, nadżerkę, świąd i torbiele.

Tabela 3. Znajomość optymalnego wieku, w którym należy wykonać szczepienie przeciwko HIV

Wskazany wiek	% odpowiedzi
14 lat	11,00
15 lat	2,00
16 lat	8,00
17 lat	2,00
18 lat	7,00
19 lat	2,00
20 lat	2,00
30 lat	2,00
dziewica	16,00
nie wiem	49,00
Razem	**100**

Tabela IV. Dolegliwości kobiet ze strony układu płciowego

Dolegliwości Kobiety w wieku 18 – 39 lat	Procent badanych (%)
plamienia nie związane z miesiączką	2
świąd i pieczenie	4
torbiele	4
nadżerki	2
upławy/świąd	7
świąd/nadżerka	2

nadżerka/torbiele	2
nadżerka/upławy	2
upławy/świąd/nadżerka	9
upławy/nadżerka/polipy/torbiele	2
upławy/świąd/torbiele/nadżerka/stan zapalny	2
upławy/świąd/torbiele/nadżerka/stan zapalny/polipy	2
upławy/świąd/nadżerka/torbiele	4
żadne	14
Kobiety w wieku 40 – 65 lat	
upławy	9
nadżerka/torbiele	2
nadżerka/upławy	2
upławy/świąd/nadżerka	7
upławy/nadżerka/świąd/torbiele	7
upławy/świąd/torbiele/nadżerka/stan zapalny/polipy	7
żadne	4
Razem	**100**

Odpowiadając na kolejne pytanie kobiety miały wskazać, które z wymienionych czynników, ich zdaniem, są czynnikami raka szyjki macicy. Najczęściej wskazywane czynniki ryzyka raka szyjki macicy to: kobiety w wieku 18 – 39 lat: predyspozycje genetyczne/rodzinne – 47%, niska higiena osobista partnera, częste infekcje dróg rodnych, nieleczone nadżerki – 38%,wielu partnerów seksualnych, palenie papierosów – 34%, -kobiety w wieku 40 – 65 lat: nieleczone nadżerki, predyspozycje genetyczne/rodzinne – 36%, niska higiena osobista partnera – 32%, niska własna higiena osobista, wielu partnerów seksualnych, częste infekcje dróg rodnych – 25%,
Najrzadziej wskazywane czynniki to: kobiety w wieku 18 – 39 lat: późne rozpoczęcie współżycia seksualnego – 7%,kobiety w wieku 40 – 65 lat: późne rozpoczęcie współżycia seksualnego – 2% (Tab. 5).

Tabela 5. Czynniki ryzyka raka szyjki macicy*

Dolegliwości	**Procent badanych**
Kobiety w wieku 18 – 39 lat	**(%)**
wczesne rozpoczęcie współżycia płciowego	30
późne rozpoczęcie współżycia seksualnego	7
niska własna higiena osobista	32
niska higiena osobista partnera	38
wielu partnerów seksualnych	34
predyspozycje genetyczne/rodzinne	47
stosowanie antykoncepcji hormonalnej	20
dieta wysokotłuszczowa	18
wielokrotne ciąże	25
karmienie piersią	0

częste infekcje dróg rodnych	38
nie leczone nadżerki	38
palenie papierosów	34
Kobiety w wieku 40 – 65 lat	
wczesne rozpoczęcie współżycia płciowego	23
późne rozpoczęcie współżycia seksualnego	2
niska własna higiena osobista	25
niska higiena osobista partnera	32
wielu partnerów seksualnych	25
predyspozycje genetyczne/rodzinne	36
stosowanie antykoncepcji hormonalnej	17
dieta wysokotłuszczowa	10
wielokrotne ciąże	18
karmienie piersią	4
częste infekcje dróg rodnych	25
nie leczone nadżerki	36
palenie papierosów	23

* wyniki nie sumują się do 100%, ponieważ badane kobiety mogły zaznaczyć kilka odpowiedzi

Badane kobiety zapytano również o to, czy w ich rodzinie były przypadki zachorowania na raka szyjki macicy. W rodzinie 75% badanych kobiet nie było żadnych takich zachorowań, 17% grupy nie potrafiło udzielić odpowiedzi na to pytanie, a 9% przyznało, że schorzenie to dotyczyło ich matek.

W kolejnym pytaniu ankietowane kobiety zostały zapytane o stosowane formy antykoncepcji. Najczęściej wymienianą jej formą były prezerwatywy (38% ankietowanych), antykoncepcja hormonalna oraz prezerwatywa/antykoncepcja hormonalna - po 20% badanych kobiet, kalendarzyk małżeński - 2% badanych kobiet (Tab. 6).

Tabela 6. Stosowane formy antykoncepcji

Formy antykoncepcji	Procent badanych (%)
prezerwatywa	38
antykoncepcja hormonalna	20
wkładka domaciczna	0
prezerwatywa/ antykoncepcja hormonalna	20
prezerwatywa/wkładka	2
kalendarzyk małżeński	2
żadne	17
Razem	**100**

Wśród badanych kobiet - 47% nie paliło papierosów. Z kolei 53% grupy przyznało, że pali papierosy z częstotliwością: do 10 sztuk – 18%, 10 – 20- sztuk – 17%, powyżej 20 sztuk – 9% , zaś 9% paliło czasami.

Kobiety zostały zapytane, czy przechodziły hormonoterapię. Spośród ankietowanych kobiet tylko 7% korzystało z niej, a wszystkie zgodnie przyznały, że przyczyną tego był brak miesiączki. Natomiast 93% nigdy nie brało udziału w hormonoterapii.

Dyskusja

Jeden z około 200 różnych typów raka rozwija się w obrębie szyjki macicy, w tej jej części, która ma kształt stożka i łączy górną część macicy, czyli jej trzon z pochwą [1,3].

Rak szyjki macicy (RSM) rozwija się wówczas, kiedy uszkodzone komórki nabłonka zakażone wirusem HPV zaczynają się dzielić bez kontroli i mogą się gromadzić w jednym miejscu tworząc guz. Generalnie, guzy łagodne nie naciekają i z reguły są nieszkodliwe, a guzy złośliwe mogą naciekać okoliczne tkanki i stanowić poważne zagrożenie dla życia [1, 3]. Jednakże, aby zdiagnozować we wczesnym stadium RSM, niezbędna jest podstawowa wiedza społeczeństwa w zakresie profilaktyki i czynników ryzyka tego schorzenia [1, 3, 13]. Jak wykazały badania, niestety wiedza badanych kobiet w zakresie czynników ryzyka RSM jest na niskim poziomie.

Zapobieganie rozwojowi RSM to przede wszystkim regularne wykonywanie badań przesiewowych u kobiet za pomocą badania cytologicznego. Kobiety same powinny prosić swoich lekarzy o regularne badanie cytologiczne, po czym rozmawiać o wynikach tego badania [13,14]. Niestety, przeprowadzone badania wykazały, że zaledwie 38% badanych w wieku 18-39 lat i 40% respondentek w wieku 40-65 lat przeprowadza badanie ginekologiczne co roku. Natomiast, aż 38% respondentek w ogóle nie wykonuje badania cytologicznego.

Ważną rolę zachowań zdrowotnych i badań cytologicznych w profilaktyce RSM podkreślają również Słopiecka i Kamusińska [15]. Ponadto autorki [15] w badaniach własnych na temat wiedzy i postaw kobiet w zakresie zdrowia narządu rodnego uzyskały nieco zbliżone wyniki badań do prezentowanych w niniejszej pracy, gdyż w badanej przez nie grupie 50,6% respondentek regularnie poddawało się badaniu cytologicznemu, a wiedza kobiet objętych powyższym badaniem na temat czynników ryzyka RSM, podobnie jak w badaniach własnych, była niewystarczająca.

Braków w wiedzy kobiet na temat czynników predysponujących do RSM dowiodły również badania Chorążki i Bieńkiewicza [16], przeprowadzone w grupie studentek Uniwersytetu Medycznego i Uniwersytetu Łódzkiego.

Istotnym jest również fakt, że świadomość badanych na temat udziału wirusa HPV w powstawaniu RSM jest niezadowalająca. Blisko połowa respondentek przyznała, że nie wie kiedy najoptymalniej wykonać szczepienie przeciwko HPV. Niską wiedzę w zakresie chorobowości wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV) potwierdzają również badania Wrońskiego i wsp. [14], którzy w badaniach własnych stwierdzili niewiedzę respondentów w zakresie zwiększonego ryzyka wystąpienia raka jamy ustnej na skutek zarażenia tych partii ciała w czasie kontaktów seksualnych. Podobne wyniki uzyskała również Kowalczyk-Amico i wsp. [17] badając gimnazjalistki i ich rodziców.

W swym opracowaniu Gruszecki i Bała [6] wykazali istotny związek polegający na zwiększeniu ryzyka zachorowania na RSM u osób stosujących

antykoncepcję hormonalną, przy czym ryzyko to zwiększa się wraz z latami stosowania preparatu.

Kobiety objęte badaniem własnym w większości nie stosowały hormonalnych środków antykoncepcyjnych, co jednoznacznie obniża ryzyko zachorowania.

Znaczenie nikotyny w procesach nowotworzenia jest bezdyskusyjne i szeroko omawiane zarówno w masmediach, jak i publikacjach fachowych. Udział tego czynnika w RSM podkreśla również Sikorski [7].

Niestety, spośród objętych badaniem własnym kobiet, aż 53% paliło papierosy z różnym natężeniem, od wypalania ponad 20 sztuk papierosów dziennie do palenia „od czasu do czasu" .

Wnioski

1. Badane kobiety nie posiadały istotnej wiedzy na temat raka szyjki macicy.
2. Badane nie poddawały się regularnie badaniom ginekologicznym, które stanowiły profilaktykę w wykrywaniu nowotworu.
3. Wiele badanych kobiet nigdy w życiu nie poddała się ani badaniu cytologicznemu, ani badaniu stopnia czystości pochwy, a znaczna grupa czyniła to bardzo niesystematycznie.
4. Część ankietowanych kobiet poddało się badaniu ginekologicznemu dopiero, gdy wystąpiły u nich dolegliwości.
5. Większość kobiet nie wiedziała, co oznacza skrót HPV, a niektóre podały niepełne lub zupełnie błędne znaczenia tego skrótu.
6. Respondentki nigdy nie wykonywały badań w kierunku HPV, ani nie szczepiły się przeciwko temu wirusowi.
7. Wiedza ankietowanych kobiet odnośnie czynników ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy była niedostateczna.

Piśmiennictwo

1. Ostrowska A., Gujski M.: Walka z rakiem szyjki macicy w Polsce. Perspektywy, szanse i rekomendacje dla polityki państwa. Raport z sesji naukowej Szkoły Nauk Społecznych IFiS PAN i dziennik Służba Zdrowia. Warszawa, 9 październik 2007, 1-46.
2. Będkowska G.E., Ławicki S., Szmitkowski M.: Molekularne markery karcynogenezy w diagnostyce raka szyjki macicy. Post. Hig. Med. Dośw., 2009, 63, 99-105.
3. Kornafel J.: Ginekologia onkologiczna. Rada Naukowa Polskiej Unii Onkologii, Warszawa, 2011, 279-321.
4. Hausen H.: Papillomaviruses and cancer: From basic studies to clinical application. Nat. Rev. Cancer, 2002, 2, 342-350.
5. Kozakiewicz B.: Nowotwory złośliwe narządu rodnego. Nowa Med., 2003, 122, 111-127.
6. Gruszecki P., Bała M.: Rak szyjki macicy a antykoncepcja hormonalna: łączna analiza danych 16537 kobiet chorych na raka szyjki macicy oraz 35509 kobiet niechorujących na ten nowotwór, przeprowadzona na podstawie 24 badań epidemiologicznych. Med. Prakt. Ginekol. Poł., 2008, 2, 45-46.
7. Sikorski M.: Komentarz do artykułu: Rak szyjki macicy a antykoncepcja hormonalna: łączna analiza danych 16537 kobiet chorych na raka szyjki macicy

oraz 35509 kobiet niechorujących na ten nowotwór, przeprowadzona na podstawie 24 badań epidemiologicznych. Med. Prakt. Ginekol. Poł., 2008, 2, 47-48.
8. Nowicki A., BorowaI., Maruszak M.: Women health behaviours regarding prevention and early detection of precancerous lesions and cervical carcinoma Ginekol. Pol., 2008, 79, 840-849.
9. Majewski S.: Zakażenia ludzkim wirusem brodawczaka okolic zewnętrznych narządów płciowych i odbytu u kobiet. Med. Prakt. Ginekol. Poł., 2006, 6, 44-49.
10. Wysocki J.: Szczepionki przeciwko ludzkiemu wirusowi brodawczaka. Med. Prakt. Ginekol. Poł., 2006, 6, 51-56.
11. Bała M., Jaeschke R.: Skuteczność i tolerancja czterowalentnej szczepionki przeciwko ludzkim wirusom brodawczaka (HPV)w zapobieganiu zmianom patologicznym okolicy odbytu, zewnętrznych narządów płciowych oraz pochwy i szyjki macicy związanym z zakażeniem HPV – badanie FUTURE I. Med. Prakt. Ginekol. Poł., 2007, 6, 31-34.
12. Bała M., Jaeschke R.: Skuteczność i tolerancja czterowalentnej szczepionki przeciwko ludzkim wirusom brodawczaka (HPV)w zapobieganiu zmianom przedrakowym szyjki macicy związanym z zakażeniem HPV – badanie FUTURE II. Med. Prakt. Ginekol. Poł., 2007, 6, 35-37.
13. Nowak-Markwitz E.: Przydatność badań przesiewowych w onkologii ginekologicznej. Med. Prakt. Ginekol. Poł., 2006, 6, 57-66.
14. Wroński K., Bocian R., Depta A., Jakubik J.: Wiedza pacjentów na temat powstania raka jamy ustnej w wyniku uprawiania seksu oralnego. Ginekol. Prakt., 2010, 2, 12-16.
15. Słopiecka A., Kamusińska E.: Analiza wiedzy i postaw kobiet w zakresie stanu zdrowia narządu rodnego ze szczególnym uwzględnieniem badań cytologicznych. Zdr. Publ., 2004, 114, 29-36.
16. Chorążka A., Bieńkiewicz A.: Profilaktyka raka szyjki macicy a świadomość studentek. Zdr. Pub., 2002, 112, 340-344.
17. Kowalczyk-Amico A., Suzin J., Bladowska K., Janas A.: Świadomość gimnazjalistek i ich rodziców na temat szczepień przeciwko HPV. Zdr. Publ., 2010, 120, 228-233.

Perkowska Ewa[1], Dobrzycka Bożena[1], Terlikowska Katarzyna Maria[2], Iwona Nesterowicz Iwona[3], Demska Miroslawa [3], Maćkowiak-Matejczyk Beata[3], Michalak Stanisław [4], Terlikowski Sławomir Jerzy[1]

Jakość życia w chorobie nowotworowej żeńskiego narządu płciowego

[1] Zakład Położnictwa, Ginekologii i Opieki Położniczo-Ginekologicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
[2] Zakład Technologii i Towaroznawstwa Żywności Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
[3] Oddział Onkologii Ginekologicznej z pododdziałem Brachyterapii Białostockiego Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej – Curie
[4] Oddział Ginekologiczno-Położniczy SPZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku

Wstęp

Rozwój programów terapeutycznych oraz badań przesiewowych wykrywających wczesne postacie nowotworów żeńskiego narządu płciowego spowodował wzrost przeżywalności chorych. Wiele kobiet po terapii wraca do normalnego życia. Stosowane w leczeniu metody mogą jednak wywołać działania niepożądane, które utrzymują się mimo jego zakończenia (np. bóle, objawy przedwczesnej menopauzy, problemy seksualne, zmęczenie i zmniejszenie sprawności fizycznej). Mogą one w znaczący sposób wpływać na obniżenie jakość życia [1]. Badania nad jakością życia kobiet, które doświadczyły choroby nowotworowej trwają ponad dekadę. Nie koncentrują się one wyłącznie na próbie wyjaśnienia przyczyn jej obniżenia. Stanowią także podstawę do opracowania narzędzi pozwalających na obiektywizację badań [2].

Jakość życia (QoL)

Jakość życia (*QoL, Quality of Life*) obejmuje psychologiczne, społeczne i fizyczne funkcjonowanie człowieka oraz zawiera zarówno pozytywne elementy dobrego samopoczucia, jak i negatywne aspekty choroby czy niedomagania. Związana ze stanem zdrowia (*HRQoL, Health-Related Quality of Life*) odnosi się do kryteriów oceny jakości życia, zależnych od stanu zdrowia pacjenta. HRQoL jest stosunkowo nowym kryterium oceny, które włączane jest do kontrolowanych badań klinicznych od lat 90-tych ubiegłego wieku [3]. Czynniki określające jakość życia dzielą się najczęściej na:

1. subiektywne:
   - stan fizyczny (ogólna sprawność i wydolność, występowanie dolegliwości),
   - stan psychiczny (reakcje lękowe, depresje, obraz siebie, stres),
   - sytuacja socjalna (satysfakcja z pracy i zarobków, sposób spędzania wolnego czasu),
   - relacje międzyludzkie (wsparcie społeczne, kontakt z innymi osobami).
2. obiektywne:

- stan zdrowia (wyniki badań laboratoryjnych i prób specjalistycznych),
- obraz kliniczny choroby,
- stan socjalno-ekonomiczny (praca, dochody, mieszkanie, samochód),
- kontakty społeczne (ich ilość i jakość) [4].

W prowadzonych badaniach wśród chorych z nowotworami coraz częściej stosuje się już istniejące międzynarodowe narzędzia pomiarowe, które wymagają dostosowania do nowych warunków kulturowych, w których mają być użyte [2].

Zasadność oceny QoL pacjentek leczonych z powodu choroby nowotworowej

Celem leczenia onkologicznego i profilaktyki nowotworowej jest przedłużenie życia i poprawa jego jakości. Najczęściej wyniki leczenia oceniane są w kategoriach czasu przeżycia. Niestety interpretacja QoL w odniesieniu do śmiertelności jest trudna. Analiza przeżywalności kwalifikuje każdy przypadek do jednej z dwóch kategorii: żyje lub zgon. W kategorii „żyje" wszystkie przypadki są równoważne, dlatego pacjentka leżąca z ciężkimi objawami nie różni się od pacjentki bez objawów, w pełni sprawnej.

Onkologia kliniczna nieustannie się rozwija. W celu przedłużenia życia w badaniach klinicznych testowane są nowe leki, schematy ich podawania oraz zaawansowane techniki promieniolecznictwa. Jednak dla pacjentki czy jej opiekuna całkowity czas przeżycia może nie być najważniejszy. Nowy schemat leczenia może zwiększyć 5-letnie przeżycie z 11% do 23%, zwiększając ponad dwukrotnie szanse przeżycia w porównaniu z leczeniem konwencjonalnym ale jednocześnie poważnie pogorszyć stan pacjentki lub istotnie zwiększyć śmiertelność. Bardziej intensywny schemat leczenia pogarsza QoL, ze względu na większe niedogodności i zmęczenie, związane z koniecznością częstych wizyt. Z drugiej strony, jeśli bardziej intensywny schemat może być podany w krótszym czasie, to w sumie może okazać się mniej obciążający [3].

QoL a wpływ środowiska

W krajach rozwijających dostęp do usług medycznych może mieć istotne znaczenie w ocenie QoL ponieważ jest nadal ograniczony. Prowadzone tam badania obejmują zwykle kobiety o niskich dochodach i edukacji. To także wpływa negatywnie na ich ocenę QoL [5]. Jednak zdecydowaną większość badań QoL kobiet chorych na nowotwory narządu płciowego przeprowadzono w krajach rozwiniętych, stąd istotne różnice w porównaniu do wyników pochodzących z krajów rozwijających się. Dostępnych jest także niewiele danych dotyczących czynników innych niż leczenie, które mogą mieć wpływ na QoL [6].

Rozwój badań nad jakością życia

Przegląd literatury przeprowadzony przy pomocy bazy PubMed (Medline) w zakresie jakości życia kobiet chorych na nowotwory narządu płciowego dostarcza jedynie 74 pozycje piśmiennictwa opublikowane w latach 1987-2012 [7]. Ich wyniki często są sprzeczne. Niektóre badania wykazały pogorszenie jakości życia, inne jego poprawę. Jeszcze do niedawna nie oceniano wpływu różnych metod leczenia (np. chirurgii, promieniolecznictwa, chemioterapii, hormonoterapii i innych) na jakość życia w tej grupie [8].

W badaniach nad proporcją liczby publikacji poświęconych QoL chorych onkologicznie wzięto pod uwagę cztery główne lokalizacje nowotworów: piersi, płuca, prostaty i jelita grubego, w pięciu różnych okresach czasu (1985, 1990, 1995, 2000, 2005). Wykazano w nich, że średni roczny wzrost liczby publikacji w zakresie QoL z roku na rok wzrastał ale ich liczba ogólna była istotnie niższa w porównaniu z innymi opracowaniami biomedycznymi. Najliczniejszą grupę stanowiły publikacje QoL chorych na nowotwory gruczołu sutkowego a najmniejszą poświęcone QoL chorych na raka jelita grubego. Mając to na uwadze niezbędne są dalsze badania w tym zakresie [9].

Jakość życia pacjentek z nowotworami narządu płciowego

Badania wykazują, że najczęstsze skargi pacjentek leczonych z powodu raka endometrium, wpływające na ich QoL dotyczą dolegliwości bólowych, krwawień z pochwy, nudności i/lub wymiotów oraz objawów spowodowanych niedokrwistością. Ich odbiór był negatywny, w przeciwieństwie od samego zabiegu operacyjnego, który wpływał istotnie na stan zdrowia i był odbierany pozytywnie. Czynniki, które najbardziej upośledzały QoL pacjentek związane były z nowotworową progresją. Dlatego większą uwagę należy skupić na wczesnej identyfikacji objawów oraz działaniach zmierzających do minimalizowania ich wpływu na QoL [6].

Analizowano QoL pacjentek po leczeniu raka szyjki macicy i raka endometrium w okresie 5 lat od postawienia rozpoznania. Uzyskane wyniki porównano z QoL kobiet zdrowych. Z przeprowadzonej oceny wynika, że nawet po 5 latach od zakończenia leczenia raka szyjki macicy choroba ma bardziej negatywny wpływ na stan psychiczny niż rak endometrium. Pacjentki wyleczone, ale bezrobotne lub mieszkające samotnie, były także szczególnie narażone na zły nastrój i problemy ze zdrowiem psychicznym [10].

Badania QoL po leczeniu raka endometrium nie wykazały różnic pomiędzy kobietami zdrowymi i chorymi. Brachyterapia również nie ma w przypadku tego nowotworu istotnego wpływu na QoL i funkcje seksualne [11]. Znaczące różnice stwierdzono natomiast w przypadku raka jajnika gdzie dłuższy czas leczenia wpływał negatywnie na zdrowie fizyczne. Niskie wykształcenie i brak wsparcia społecznego miały także istotny wpływ na upośledzenie zdrowia oraz QoL [12].

W pracy porównującej dwie metody leczenia raka szyjki macicy - radioterapię i radiochemioterapię nie wykazano istotnych różnic w QoL dotyczących zdrowia fizycznego, psychicznego i funkcjonowania seksualnego [1].

Badania pacjentek z chorobą nowotworową wykazały, że najbardziej narażone na zaburzenia emocjonalne są chore, u których pomimo stosowanego obciążającego leczenia nie udaje się uzyskać całkowitej remisji. Już pierwsze wyniki badań laboratoryjnych świadczące o niepomyślnym przebiegu choroby i niepowodzeniu dotychczasowego leczenia, pomimo braku jakichkolwiek objawów progresji wyzwalają wysoki poziom stresu i przy małym wsparciu społecznym mogą prowadzić do przyjęcia niekorzystnej postawy wobec choroby, która nacechowana jest poczuciem bezradności i lękiem [13].

Jakość życia chorych na raka jajnika leczonych chemioterapią jest niska. Podczas terapii dziesięciokrotnie wzrasta liczba ocen określających QoL jako złą. Z przebiegiem choroby nowotworowej wiąże się pogorszenie sytuacji finansowej. Objawy psychiczne są bardziej nasilone niż fizyczne. Niespełna połowa badanych podaje, że rodzina i bliscy są dla nich wsparciem w trakcie leczenia. Potwierdzono, że wiedza chorych na temat sposobów radzenia sobie z objawami ubocznymi jest niewielka a

obecność psychologa w zespole terapeutycznym ma istotny wpływ na polepszenie QoL. Podobny wpływ ma szczery, partnerski i serdeczny kontakt z personelem medycznym [14]. U pacjentek z zaawansowaną chorobą, a zwłaszcza w stanach terminalnych, najistotniejsze znaczenie mają objawy fizyczne. Z pewnym uproszczeniem można powiedzieć, że w terminalnej fazie choroby nowotworowej QoL zależy przede wszystkim od czynników biologicznych, dyskomfortu i uogólnionych dolegliwości fizycznych oraz nasilającego się zmęczenia [15].

Wykazano również, że zastosowanie chemioterapii u pacjentek z zaawansowaną chorobą nowotworową może wpłynąć na znaczną poprawę samopoczucia i mimo wysokiego ryzyka znacznej toksyczności ogólnoustrojowej, może spowodować poprawę QoL [16].

Najniższą ocenę QoL mają chore w czasie od rozpoznania do zakończenia leczenia, następnie jego jakość rośnie. W porównaniu do pacjentek z rakiem piersi, chore z nowotworami narządu rodnego mają zwykle mniej doświadczeń traumatyzujących. Do istotnych czynników wpływających negatywnie na QoL zaliczamy radioterapię, leczenie skojarzone, wydłużenie czasu terapii, młody wiek, niskie wykształcenie oraz małe wsparcie społeczne [8].

Podsumowanie

Leczenie operacyjne żeńskiego narządu płciowego oraz leczenie uzupełniające daje szansę wyleczenia choroby zasadniczej, jest jednak obciążające fizycznie i psychicznie. Jego skutki mają istotny wpływ na subiektywne odczucia chorych w zakresie QoL. Stąd, potrzebne są dalsze badania w tym zakresie, ponieważ znając indywidualną ocenę QoL można udoskonalać leczenie, pielęgnację, wsparcie oraz zorganizować pomoc psychologiczną.

Piśmiennictwo

1. Krikeli M., Ekonomopoulou M.T., Tzitzikas I., Goutzioulis A., Mystakidou K., Pistevou-Gombaki K.: Comparison of the impact of radiotherapy and radiochemotherapy on the quality of life of 1-year survivors with cervical cancer. Cancer Manag. Res., 2011, 3, 247-251.
2. Zawisza K., Tobiasz-Adamczyk B., Nowak W., Kulig J., Jędrys J.: Validity and reliability of the quality of life questionnaire (EORTC QLQ C30) and its breast cancer module (EORTC QLQ BR23). Ginekol. Pol., 2010, 81, 262-267.
3. Tai P., Yu E., Joseph K.: Q-TWiST i jakość życia u pacjentów onkologicznych. Nowotwory Journal of Oncology., 2010, 2, 101-108.
4. Chwałczyńska A., Woźniewski M., Rożek-Mróz K, Malicka I.: Jakość życia kobiet po mastektomii. Wiad. Lek., 2004, 57, 212-216.
5. Wig N., Lekshmi R., Pal H., Ahuja V., Mittal C.M., Agarwal S.K.: The impact of HIV/AIDS on the quality of life: a cross sectional study in north India. Indian J. Med. Sci., 2006, 60, 3-12.
6. Vaz AF, Pinto-Neto AM, Conde DM, Costa-Paiva L, Morais SS, Esteves SB.: Quality of life of women with gynecologic cancer: associated factors. Arch. Gynecol. Obstet., 2007, 276, 583-589.
7. Quality of life in gynecologic cancer survivors. www: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed, data pobrania 12.03.2012

8. Pearman T.: Quality of life and psychosocial adjustment in gynecologic cancer survivors. Health Qual. Life Outcomes., 2003, 1, 33.
9. Sanson-Fisher R., Bailey L.J., Aranda S., D'Este C., Stojanovski E., Sharkey K., Schofield P.: Quality of life research: is there a difference in output between the major cancer types? Eur. J. Cancer Care (Engl)., 2010, 19, 714-720.
10. Bradley S., Rose S., Lutgendorf S., Costanzo E., Anderson B.: Quality of life and mental health in cervical and endometrial cancer survivors. Gynecol. Oncol., 2006, 100, 479-486.
11. Becker M., Malafy T., Bossart M., Henne K., Gitsch G., Denschlag D.: Quality of life and sexual functioning in endometrial cancer survivors. Gynecol. Oncol., 2011, 121, 169-173.
12. Miller B.E., Pittman B., Case D., McQuellon R.P.: Quality of life after treatment for gynecologic malignancies: a pilot study in an outpatient clinic. Gynecol. Oncol., 2002, 87, 178-184.
13. Merluzzi T.V., Martinez Sanchez M.A.: Assessment of self-efficacy and coping with cancer: development and validation of the cancer behavior inventory. Health Psychol., 1997, 16, 163-170.
14. Marcinkiewicz J.T., Knihnicka-Mercik Z., Heimrath J., Mess E.: Jakość życia kobiet z nowotworami jajników poddanych chemioterapii. Onkol. Pol., 2006, 9, 149-153.
15. Majkowicz M.: Wielopoziomowa ocena stanu podmiotowego pacjentów z chorobą nowotworową. Rozprawa habilitacyjna. Ann. Acad. Med. Gedan., 2005, 35(supl. 2.).
16. Głuszak J.K., Wielgoszewska K.: Skuteczność chemioterapii w poprawie jakości życia u pacjentki z rakiem jajnika w stadium rozsiewu. Med. Pol. Paliat., 2006, 5, 126–130.

Zagroba Malgorzata, Jędrzejewska Aneta, Marcysiak Małgorzata Barbara, Ostrowska Bożena, Wiśniewska Ewa, Marcysiak Miłosz, Skotnicka-Klonowicz Grażyna

Problemy kobiet po mastektomii

Wydział Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Ciechanowie

Wstęp

Z analizy standaryzowanych współczynników zapadalności na nowotwory wynika, że wśród kobiet najczęstszym nowotworem w 2008 roku był rak piersi - w Polsce – 48,9/100 tys.,a zapadalność na raka piersi wzrasta niemal we wszystkich badanych krajach [1]. Niestety, nie ustalono jak dotąd jednoznacznie przyczyn rozwoju nowotworów, a określono jedynie czynniki ryzyka. Wystąpienie raka piersi związane jest z obecnością co najmniej kilku takich czynników. Należą do nich m. in. [2]:

- wiek – ryzyko zachorowania rośnie po 30. r.ż.
- uwarunkowania rodzinne – wystąpienie choroby u matki lub siostry
- pierwsza ciąża w późnym wieku lub bezdzietność
- przebieg menstruacji - wczesna miesiączka ok. 12. r.ż., późna menopauza po 50. – 55. r.ż.
- niezłośliwe zmiany w sutku
- ekspozycja na promieniowanie jonizujące
- hormonalna terapia zastępcza i antykoncepcja.

Należy pamiętać, że w przypadku raka piersi wczesne wykrycie choroby daje możliwość całkowitego wyleczenia. Metodami wczesnego wykrycia nowotworu są: samodzielne badanie piersi, mammografia i ultrasonografia. Badania te są pomocne w stwierdzeniu obecności zmian w obrębie gruczołu piersiowego [3]. Określenie złośliwości nowotworu możliwe jest jednak podczas badania w mikroskopie świetlnym fragmentu guza, a materiał do takiego badania pozyskuje się za pomocą biopsji [4]. Leczenie chorych na raka piersi jest leczeniem systemowym, miejscowym oraz ogólnoustrojowym. Wybór określonej metody leczenia uzależniony jest od wielu czynników, m.in. stopnia zaawansowania klinicznego nowotworu, stanu regionalnych węzłów chłonnych, stopnia złośliwości histologicznej, stanu hormonalnego, wieku chorej, stanu receptorów steroidowych (estrogenowego i progesteronowego) [5].

Mastektomia (amputacja piersi) jest metodą leczenia, która w znacznym stopniu okalecza kobietę, a skutkiem takiego działania jest bardzo często zmiana w trybie życia pacjentek po mastektomii. Dotyczy ona obniżenia aktywności zawodowej, a co za tym idzie spadku statusu materialnego, jak również zmian w sytuacji rodzinnej, ale przede wszystkim odjęcie piersi ma bardzo duży negatywny wpływ na psychikę kobiety [6]. Po mastektomii może pojawić się szereg powikłań i zapobieganie im jest głównym powodem wprowadzenia ćwiczeń rehabilitacyjnych jak najszybciej po zabiegu operacyjnym [7]. Bardzo uciążliwym dla kobiet powikłaniem jest obrzęk chłonny kończyny górnej. Przyczyną jego wystąpienia jest usunięcie węzłów chłonnych dołu

pachowego, co powoduje zaburzenia w odpływie chłonki z obszaru kończyny górnej. Obrzęk może wystąpić nagle, bez objawów wstępnych, najczęściej w ciągu pierwszych trzech lat od zabiegu operacyjnego. Nie leczony obrzęk chłonny może doprowadzić do trwałej słoniowacizny. Kończyna górna wówczas ma znacznie powiększony obwód i zwiększoną masę, co z kolei powoduje ograniczenie ruchomości w obrębie stawów kończyny. Poza tym może dojść do porażenia nerwów splotu barkowego na skutek trwałego ucisku obrzękniętych tkanek [8]. Najważniejsze są działania zapobiegawcze w celu uniknięcia wystąpienia obrzęku chłonnego, gdyż stwierdza się pogorszenie jakości życia kobiet po leczeniu raka piersi, u których on wystąpił, a każda pacjentka powinna być poinformowana jak postępować, aby uniknąć tego powikłania [9].

U pacjentek z rozpoznanym rakiem piersi nawet po leczeniu operacyjnym istnieje prawdo-podobieństwo, że komórki nowotworowe nadal krążą w organizmie poza ogniskiem pierwotnym, dlatego też istnieje konieczność zastosowania leczenia uzupełniającego, którego celem jest zmniejszenie ryzyka wystąpienia wznowy i przedłużenie życia [10]. Lekarz powinien wspólnie z pacjentką podejmować decyzje terapeutyczne i zawsze powinien poinformować chorą o wszystkich korzyściach, ale też objawach ubocznych wybranej metody leczenia [11]. Choroba nowotworowa i jej leczenie doprowadzają u kobiet do wielu zmian fizycznych i psychicznych. W pierwszym okresie choroby pacjentki chcą „tylko żyć", ale w miarę upływu czasu, widząc nadzieję i szansę wyleczenia, zaczynają troszczyć się również o jakość swojego życia [8].

Wprowadza się więc rehabilitację kompleksową dotyczącą wszystkich sfer życia kobiety – fizyczną, psychiczną, społeczną i zawodową [12]. Jej celem jest przywrócenie stanu funkcjonowania sprzed choroby i leczenia oraz poprawa jakości życia chorej. Rehabilitacja powinna być prowadzona w sposób indywidualny, ciągły i na wszystkich etapach leczenia [13]. Cały okres rehabilitacji wpływa korzystnie na proces leczenia, powodując wzrost nadziei u kobiet po mastektomii na wygranie walki z chorobą i lepsze życie [14].

Cel badań

Celem badań było określenie problemów kobiet po mastektomii.

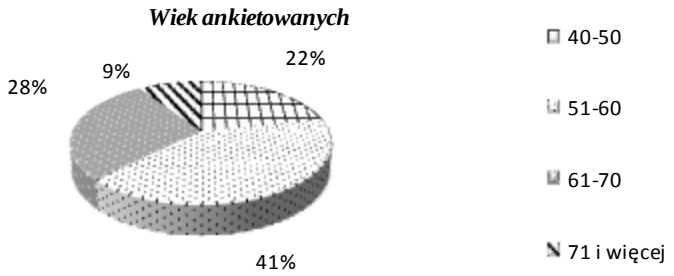
Materiał i metody

Badania przeprowadzono w grudniu 2010 roku wśród 64 kobiet po mastektomii, głównie zrzeszonych w Klubach Amazonek na terenie miasta Mławy i Ciechanowa.

W niniejszej pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, techniką była ankieta, natomiast narzędziem autorski kwestionariusz ankiety, składający się z 38 pytań. Najliczniejszą grupę stanowiły kobiety w wieku 51-60 lat (41,0%), natomiast najmniej było kobiet w wieku 71 lat i więcej (9,0%) – Rycina 1.

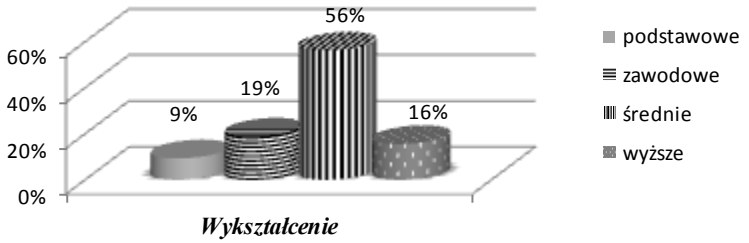
Ponad połowa kobiet (56,0%) była z wykształceniem średnim i tylko 9,0% kobiet z wykształceniem podstawowym – Rycina2.

Kobiety pozostające w stałym związku stanowiły 73,0% ogółu badanych, również zdecydowana większość (78,0%) była matkami usamodzielnionych już dzieci



Rycina1. Wiek ankietowanych kobiet (N=64)

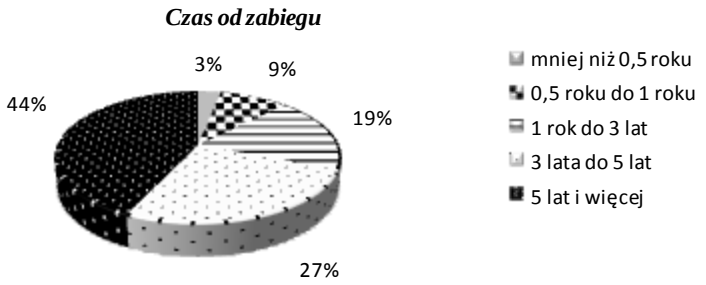
.



Rycina 2. Poziom wykształcenia ankietowanych kobiet (N=64)

Wyniki badań

Najliczniejszą grupą wśród badanych (44,0%) były kobiety, u których od zabiegu operacyjnego upłynęło powyżej 5 lat oraz te, u których od zabiegu minęło 3 do 5 lat (27,0%) - Rycina 3.



Rycina 3. Czas jaki upłynął od zabiegu operacyjnego u kobiet (N=64)

*wyniki badań nie sumują się, ponieważ u części ankietowanych proces chorobowy dotyczył obu piersi

Samobadanie piersi było najczęściej (66,0%) wskazywanym przez respondentki sposobem zdiagnozowania pierwszych zmian w obrębie gruczołu piersiowego, a u 23,0% kobiet zmiany zostały wykryte podczas przesiewowego badania mammograficznego (Tabela.1).

Tabela1. Sposoby wykrycia zmian nowotworowych u kobiet

W jaki sposób wykryto u Pani raka piersi ?	Kobiety	
	N = 64*	%*
sama zauważyłam niepokojące zmiany	42	66
podczas badania u lekarza ginekologa	4	6
przesiewowa mammografia	15	23
USG	5	8
przypadkowo podczas leczenia innej choroby	2	3

* wyniki badań nie sumują się, ponieważ u części ankietowanych proces chorobowy dotyczył obu piersi

Na wieść o zdiagnozowanej chorobie nowotworowej, badanym kobietom najczęściej towarzyszyły uczucia, takie jak: rozpacz (50,0%), niedowierzanie (34,0%), lęk (33,0%), ale również chęć walki z chorobą (42,0%). Rzadziej natomiast kobiety wskazywały na gniew (20,0%), żal (16,0%) czy niepokój (23,0%) – Tabela.2.

Tabela 2. Reakcje kobiet na rozpoznanie choroby nowotworowej

Reakcje kobiet na rozpoznanie choroby nowotworowej	Kobiety	
	N = 64*	%*
rozpacz	32	50
niedowierzanie	22	34
gniew	13	20
lęk	21	33
żal	10	16
niepokój	15	23
brak nadziei i wiary	1	2
depresja	4	6
chęć walki z chorobą	27	42
inne (nie przejęłam się chorobą)	1	2

* wyniki badań nie sumują się, ponieważ ankietowane miały możliwość wyboru kilku odpowiedzi

Po zdiagnozowaniu choroby nowotworowej najwięcej lęku i niepokoju budziła obawa przed bólem i cierpieniem (48,0%), perspektywa śmierci (47,0%), amputacja piersi i trwałe okaleczenie (47,0%), strach o najbliższych (44,0%) – Tabela. 3.

Tabela 3. Najczęstsze przyczyny lęku po rozpoznaniu choroby nowotworowej w opinii badanych kobiet

przyczyny lęku u kobiet po zdiagnozowaniu choroby nowotworowej	Kobiety	
	N = 64*	%*
perspektywa śmierci	30	47
ból, cierpienie	31	48
amputacja piersi, trwałe okaleczenie	30	47
skutki dalszego leczenia	15	23
bycie ciężarem dla innych	12	19
strach o najbliższych	28	44
utrata samodzielności	5	8

*wyniki badań nie sumują się, ponieważ ankietowane miały możliwość wyboru kilku odpowiedzi

Spośród 64 ankietowanych kobiet, większość (71,0%) została poddana zabiegowi amputacji piersi z jednoczesnym usunięciem węzłów chłonnych, a leczenie oszczędzające zastosowano tylko u 11,0% badanych.

Dla zdecydowanej większości kobiet (92,0%) konieczność amputacji piersi była trudnym, ale koniecznym etapem w walce z chorobą. Ponad połowa kobiet (55,0%) zaakceptowała zmiany w swoim wyglądzie, ale ¼ badanych kobiet jeszcze ich nie zaakceptowała, a 13,0% stwierdziło, że nigdy tego nie zaakceptuje – Tabela. 4.

Tabela 4. Akceptacja zmian we własnym wyglądzie po amputacji piersi

Akceptacja zmian we własnym wyglądzie po operacji	Kobiety	
	N	%
nie i nie wiem kiedy to nastąpi	9	14
nie, nigdy go nie zaakceptuję	8	13
tak, mam to już za sobą	35	55
tak, choć trwało to bardzo długo	12	19
ogółem	**64**	**100**

Badane kobiety najczęściej poddawane były chemioterapii (56,0%) i hormonoterapii (50,0%), rehabilitację kompleksową (psychoterapia, ćwiczenia, masaż) zastosowano u 36,0% ankietowanych, a radioterapię u 28,0% kobiet. Ponad połowa kobiet (64,0%) uczestniczyła w podejmowaniu decyzji dotyczącej postępowania terapeutycznego po amputacji piersi. Niestety, blisko ⅓ ankietowanych (28%) z przykrością stwierdziła, że została pominięta w procesie decyzyjnym.

Jedynie ponad połowa ankietowanych kobiet (56,0%) została poinformowana o możliwości wystąpienia różnych działań niepożądanych wskutek zastosowanego leczenia uzupełniającego, 23,0% badanych określiło przekazaną wiedzę jako niewystarczającą, natomiast 20,0% kobiet nie miało żadnych informacji na ten temat.

Stosowane metody leczenia raka piersi powodują występowanie u kobiet licznych działań niepożądanych. W okresie do pół roku od mastektomii kobiety najczęściej wskazywały ból (59,0%), ograniczenie sprawności kończyny górnej po stronie operowanej (58,0%), „uderzenia gorąca" (48,0%), nudności i wymioty (42,0%), obrzęk chłonny (42,0%) oraz wypadanie włosów (39,0%). Po upływie czasu dłuższym niż pół roku od zabiegu operacyjnego, dominowały „uderzenia gorąca" (61,0%), ograniczenie sprawności kończyny górnej po stronie operowanej (44,0%) oraz wypadanie włosów (17%) – Tabela.5.

Tabela 5. Skutki uboczne leczenia wskazane przez respondentki z uwzględnieniem czasu, który upłynął od zabiegu operacyjnego

Skutki uboczne leczenia	do pół roku po zabiegu		> pół roku po zabiegu	
	N = 64*	%*	N = 64*	%*
Ból	38	59	5	8
nudności , wymioty	27	42	—	—
Biegunka	5	8	2	3
zapalenie błon śluzowych	7	11	1	2
zmiany skórne	10	16	2	3
krwawienie z dróg rodnych	1	2	5	8
uderzenia gorąca	31	48	39	61
obrzęk chłonny	27	42	5	8
wypadanie włosów	25	39	11	17
utrata owłosienia (brwi, rzęsy, itp.)	17	27	6	9
ograniczenie sprawności kończyny górnej po stronie operowanej	37	58	28	44
inne (kłopoty z żołądkiem, przeczulica skóry, stany zapalne żył, przyrost masy ciała)	3	5	1	2

*wyniki badań nie sumują się, ponieważ ankietowane miały możliwość wyboru kilku odpowiedzi

U niemal połowy badanych kobiet (47,0%) wystąpił obrzęk chłonny kończyny górnej po stronie operowanej, ponad 72,0% w tej grupie posiadało wiedzę nt. postępowania w takiej sytuacji. Z ogółu badanych, ponad połowie znane były zasady automasażu (55,0%) oraz unikanie dźwigania i przeciążania kończyny (53,0%). Mniej niż połowa badanych (41,0%) wiedziała, że należy unikać wkłuć i iniekcji, a tylko 31,0%, że należy unikać ucisku kończyny. O wysokim układaniu kończyny, unikaniu urazów czy unikaniu źle dobranej protezy i zbyt ciasnego stanika wiedziało już tylko ok. 25,0% – Tabela. 6.

Tabela.6. Znajomość zasad profilaktyki obrzęku chłonnego w grupie badanych kobiet

Zasady profilaktyki obrzęku chłonnego znane kobietom	Kobiety	
	N=64*	%*
zasady automasażu	35	55
unikanie dźwigania, przeciążania kończyny	34	53
unikanie przegrzewania kończyny (kąpiel, opalanie)	10	16
unikanie ucisku kończyny	20	31
unikanie wkłuć (pobieranie krwi, zastrzyk) w kończynę po stronie operowanej	26	41
unikanie urazów (skaleczenie, oparzenie) kończyny po stronie operowanej	15	23
unikanie noszenia źle dobranej protezy piersi i ciasnego stanika	15	23
wysokie układanie kończyny nawet podczas snu	17	27

*wyniki badań nie sumują się, ponieważ ankietowane miały możliwość wyboru kilku odpowiedzi

Około 1/3 badanych kobiet (36,0%) została objęta opieką psychologiczną w czasie hospitalizacji, 9,0% dopiero po zgłoszeniu takiej potrzeby, 28,0% nie potrzebowało pomocy psychologa. Niepokojące jest jednak, że 27,0% kobiet potrzebowało opieki psychologicznej, ale nie otrzymały jej wcale i musiały szukać pomocy we własnym zakresie – Tabela. 7.

Tabela 7. Pomoc psychologiczna oferowana kobietom podczas pobytu w szpitalu

Opieka psychologiczną w czasie pobytu w szpitalu	Kobiety	
	N	%
tak	23	36
tak, ale dopiero gdy zgłosiłam taką potrzebę	6	9
nie, musiałam szukać pomocy we własnym zakresie	17	27
nie, gdyż nie było takiej potrzeby	18	28
ogółem	**64**	**100**

Rehabilitację, u zdecydowanej większości badanych kobiet (78,0%), rozpoczęto już podczas pobytu w oddziale szpitalnym po zabiegu operacyjnym.

Wśród 64 respondentek zdecydowana większość (83,0%) przed rozpoznaniem choroby nowotworowej i zabiegiem operacyjnym była aktywna zawodowo. Po mastektomii i leczeniu, niestety niewiele kobiet powróciło do pracy zawodowej. Tylko 9,0% kobiet pracowało w tym samym wymiarze godzin, 14,0% pracowało, ale w

mniejszym wymiarze godzin, 40,0% kobiet przeszło na emeryturę, a 34,0% otrzymało rentę. Ponad połowa badanych kobiet (58,0%) stwierdziła, że ich sytuacja materialna uległa pogorszeniu, w porównaniu z okresem sprzed zachorowania na raka piersi.

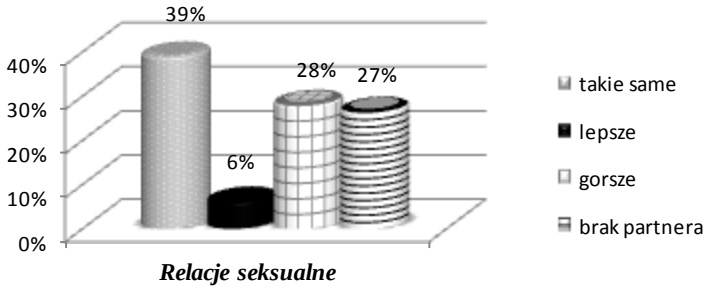
Amputacja piersi, która dla wielu kobiet jest symbolem kobiecości, atrakcyjności macierzyństwa powoduje okaleczenie na płaszczyźnie zarówno fizycznej, jak i psychicznej, niekiedy zmienia relacje kobiet z partnerami. Niemal połowa ankietowanych kobiet (47,0%) stwierdziła, że od momentu zdiagnozowania raka piersi mogły liczyć na wsparcie męża/ partnera, 28,0% badanych stwierdziło, że zbliżyli się do siebie, ale 11,0% kobiet zwróciło uwagę na brak zrozumienia i zainteresowania ze strony partnera – Tabela.8.

Tabela .8. Relacje kobiet po mastektomii z mężem / partnerem

Relacje kobiet z mężem / partnerem od czasu zdiagnozowania choroby nowotworowej	Kobiety	
	N=64*	%*
zbliżyliśmy się do siebie	18	28%
daje mi wsparcie	30	47%
nasze relacje się spłyciły	1	2%
oddaliliśmy się od siebie	4	6%
dużo rozmawiamy	9	14%
obojętne	4	6%
moja choroba to temat tabu w naszym związku	3	5%
brak zrozumienia i zainteresowania	7	11%
nie uległy żadnej zmianie	10	16%
brak partnera	17	27%

* wyniki badań nie sumują się, ponieważ ankietowane miały możliwość wyboru kilku odpowiedzi

Nieco inaczej wyglądały relacje seksualne badanych kobiet z mężem/partnerem od czasu rozpoznania raka piersi, ponieważ 1/3 kobiet (28,0%) stwierdziła, że uległy one pogorszeniu – Rycina 4.



Rycina 4. Relacji seksualne badanych kobiet z mężem / partnerem (N=64)

W przeprowadzonych badaniach stwierdzono, że relacje kobiet z rodziną tylko dla 16,0% uległy pogorszeniu, 33,0% kobiet stwierdziło, że te relacje się poprawiły, dla

39,0% fakt zdiagnozowanej choroby nowotworowej nic nie zmienił, ponad połowa kobiet (52,0%) podkreśliła wsparcie psychiczne ze strony rodziny – Tabela.8.

Tabela8. Relacje kobiet po mastektomii z rodziną

Relacje rodzinne badanych kobiet po mastektomii	Kobiety	
	(N=64)*	%*
poprawiły się	21	33
rodzina wspiera mnie psychicznie	33	52
rodzina wspiera mnie materialnie	8	13
rzadsze kontakty z rodziną (bo ja się odsunęłam)	2	3
rzadsze kontakty z rodziną (bo oni się odsunęli)	7	11
pogorszyły się	10	16
nie zmieniły się	25	39

*wyniki badań nie sumują się, ponieważ ankietowane miały możliwość wyboru kilku odpowiedzi

Według badanych kobiet ich relacje towarzyskie w znaczącej większości nie uległy żadnej zmianie (70,0%), poprawę tych relacji zauważyło 11,0% ankietowanych, natomiast 8,0% stanowiła grupa kobiet, która doświadczyła odsunięcia się znajomych od siebie.

Zdecydowana większość badanych kobiet miała kontakt z Amazonkami, czy to już podczas pobytu w szpitalu (52,0%), czy też po powrocie do domu (22,0%). Jednocześnie 11,0% kobiet nie odczuwało potrzeby kontaktu z Amazonkami, a 6,0% kobiet stwierdziło, że nie wiedziało o istnieniu stowarzyszenia w ich miejscowości – Tabela.9.

Tabela 9. Kontakty badanych kobiet po mastektomii z Amazonkami

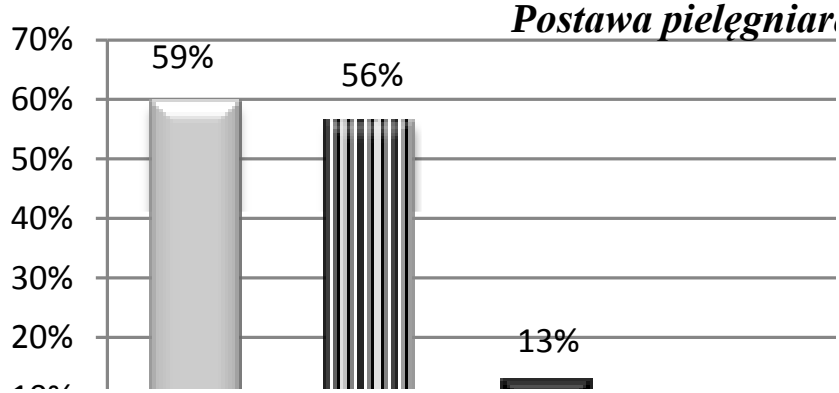
Kontakty kobiet z Amazonkami	Kobiety	
	N=64*	%*
tak, z wolontariuszkami w oddziale onkologicznym	33	52
tak, dopiero po wyjściu ze szpitala	14	22
tak, sama jestem członkiem stowarzyszenia	27	42
nie, ponieważ nie wiedziałam o istnieniu stowarzyszenia w mojej miejscowości	4	6
nie, gdyż nie odczuwam takiej potrzeby	7	11

*wyniki badań nie sumują się ponieważ ankietowane miały możliwość wyboru kilku odpowiedzi

Zdecydowana większość respondentek podkreśliła istotny udział Amazonek we wsparciu i edukacji, tylko 14,0% stwierdziło, że Amazonki nie odegrały żadnej istotnej roli w ich życiu, a 14,0% nie miało zdania na ten temat.

Oceniając postawę pielęgniarek w oddziałach szpitalnych, badane kobiety najczęściej określały ją jako serdeczną i życzliwą (59,0%), cierpliwą (56,0%), pełną zrozumienia (44,0%) i wspierającą (31,0%). W ocenie 13,0% badanych kobiet postawa

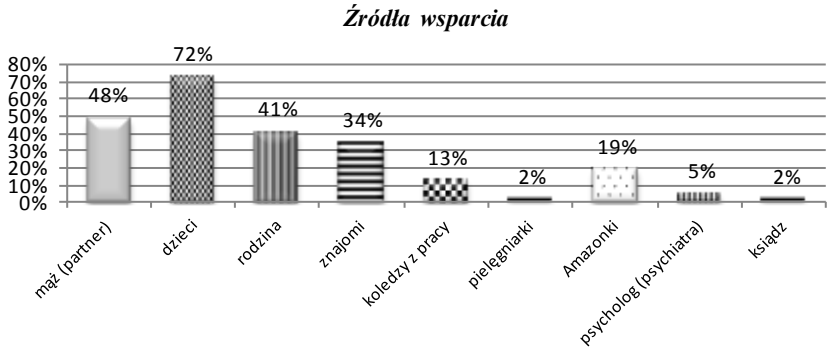
pielęgniarek była obojętna, a 1 kobieta stwierdziła, że nie mogła liczyć na wsparcie – Rycina5.



Rycina5. Postawy pielęgniarek w opinii ankietowanych kobiet po mastektomii (N=64)

* wyniki badań nie sumują się, ponieważ ankietowane miały możliwość wyboru kilku odpowiedzi

Wśród osób, od których badane kobiety po mastektomii uzyskały najwięcej wsparcia w okresie walki z chorobą nowotworową i skutkami jej leczenia, najczęściej wymieniane były dzieci (72,0%), mąż lub partner (48,0%) i rodzina (41,0%). Mniej wsparcia kobiety otrzymały od znajomych (34,0%), Amazonek (19,0%), czy kolegów z pracy (13,0%). Tylko jedna kobieta jako źródło wsparcia wskazała pielęgniarkę – Rycina 6.



Rycina 6. Wsparcie udzielone badanym kobietom w okresie leczenia choroby nowotworowej piersi (N=64)

*Wyniki badań nie sumują się, ponieważ ankietowane miały możliwość wyboru kilku odpowiedzi

Badane kobiety po mastektomii za pomocą jednej tylko odpowiedzi miały ocenić wpływ mastektomii na swoje życie. Niemal 1/3 kobiet (28,0%) stwierdziła, że po amputacji piersi zmieniły się tylko niektóre aspekty ich życia. Mastektomia całkowicie

zmieniła w sposób negatywny życie 25,0% kobiet, ale jednocześnie 22,0% oceniło pozytywnie wpływ choroby i leczenia na swoje życie. Są też kobiety, które uważały, że mastektomia zniszczyła ich życie i nawet jeśli stanowią one nieliczną grupę wśród ankietowanych (9,0%) należy ten fakt odnotować – Tabela.10.

Tabela50. Wpływ mastektomii na swoje życie w opinii ankietowanych kobiet (N=64)

Wpływ mastektomii na życie badanych kobiet	Kobiety	
	N = 64	%
zniszczyła moje życie	6	9
całkowicie zmieniła moje życie w sposób pozytywny	14	22
nie wywarła większego wpływu na moje życie	9	14
całkowicie zmieniła moje życie w sposób negatywny	16	25
zmieniły się tylko niektóre aspekty mojego życia	18	28
Inne (przewartościowuje świat i buduje do życia)	1	2
Ogółem	**64**	**100**

Analizowano źródła wiedzy, z których badane kobiety po mastektomii czerpały informacje nt. skutków ubocznych leczenia raka piersi, zasad postępowania z obrzękiem limfatycznym oraz zasad profilaktyki obrzęku. Około ¼ badanych kobiety korzystała z książek i broszur, najczęściej źródłem wiedzy niemal we wszystkich aspektach był lekarz, a pielęgniarka, niestety, zajmowała ostatnie miejsca – Tabela.11.

Tabela.11. Źródła wiedzy ankietowanych kobiet na temat ubocznych skutków leczenia, zasad postępowania z obrzękiem oraz zasad profilaktyki obrzęku chłonnego

Źródła wiedzy ankietowanych kobiet	Zasady postępowania z obrzękiem		Zasady profilaktyki obrzęku		Uboczne skutki leczenia	
	N=64*	(%)*	N=64*	(%)*	N=64*	(%)*
lekarz	30	47	15	23	46	72
rehabilitant	20	31	20	31	-	-
pielęgniarka	7	11	7	11	6	9
wolontariuszka Amazonka	7	11	9	14	9	14
książki, broszury, itp..	15	23	15	23	17	27

*wyniki badań nie sumują się, ponieważ ankietowane miały możliwość wyboru kilku odpowiedzi

Dyskusja

W przeprowadzonych ciechanowskich badaniach wykazano, że kobiety po mastektomii musiały zmierzyć się z wieloma problemami. Na wieść o chorobie nowotworowej pojawiał się lęk przed śmiercią, przed bólem i okaleczeniem. Po

amputacji piersi kobiety musiały uporać się ze znacznym okaleczeniem swojego ciała i utratą wizerunku pełnowartościowej kobiety, upośledzeniem fizycznym, czasem z odrzuceniem przez najbliższych. Trudnym etapem walki z chorobą było leczenie uzupełniające. Problemem dla kobiet był niedostatek informacji, m.in. na temat ubocznych skutków leczenia, zasad postępowania w przypadku obrzęku chłonnego i profilaktyki obrzęku.

Podobne problemy ukazali autorzy licznych prac poświęconych problematyce nowotworów piersi u kobiet. Po zdiagnozowaniu choroby nowotworowej, kobiety – mimo przeżywanego szoku – stawiają czoło chorobie nowotworowej, wraz z lekarzem dokonują wyboru metody leczenia i często godzą się z czekającą je zmianą wyglądu i z dużym okaleczeniem [15]. Pojawia się w tym czasie u kobiet wiele negatywnych uczuć. Lęk przed śmiercią, przed nieznanym, przed bólem i okaleczeniem, przed odrzuceniem przez bliskich, czy utratą wizerunku pełnowartościowej kobiety. Na wieść o chorobie może pojawić się też gniew (bo zaburza ona całe dotychczasowe życie), przygnębienie, żal, pogorszenie samopoczucia, izolacja społeczna, a nawet poczucie winy (bo zazdroszczą ludziom zdrowym). Tym wszystkim złym emocjom kobieta może przeciwstawić nadzieję, że wróci do zdrowia, a nadzieja wraz z wolą życia mobilizuje do walki z nowotworem [16]. Wszystkie emocje, które pojawiają się u kobiety w reakcji na chorobę nowotworową mogą zadziałać mobilizująco i skłonić szybko do walki z chorobą lub też mogą stać się utrudnieniem w procesie leczenia, niszcząc dotychczasowe życie chorej i całej jej rodziny. Takie pacjentki są narażone na pogłębienie lęku i wystąpienie związanej z nim depresji [15, 17]. U kobiet dobrze poinformowanych przez lekarza co do metod i skutków leczenia, depresja występuje rzadziej. Jest wiele sposobów radzenia sobie ze stresem. Obserwuje się, że u kobiet, które nie straciły piersi najczęściej występuje postawa nastawiona zadaniowo – na walkę z chorobą. Natomiast u kobiet po mastektomii częściej występuje postawa zaprzeczenia i uniku [18]. Kolejny trudny dla kobiety czas, to okres po operacji. Musi ona poradzić sobie ze strachem o nawrót choroby, znacznym okaleczeniem swojego ciała, upośledzeniem fizycznym (zmniejszenie ruchomości w stawie barkowym). Pojawiają się problemy osobiste, rodzinne i zawodowe, które są konsekwencją zabiegu operacyjnego. Kobieta po mastektomii musi przebudować swoje życie i dostosować się do nowej sytuacji [19]. Pojawia się też strach o kontakty intymne i stosunki z partnerem (mężem). Kobiety boją się odrzucenia przez swoich partnerów z powodu braku piersi, czy blizny pooperacyjnej. Powinny jednak pamiętać, że mężczyzna również potrzebuje czasu, aby oswoić się z nową sytuacją. Gdy kobieta ma stałego partnera lub męża, bardzo dobrym rozwiązaniem dla obojga jest wspólne przeżycie wszystkich etapów choroby. Pozwala to stopniowo oswajać im się wspólnie z nowymi sytuacjami, a gdy związek jest udany i stabilny to nawet wzmacnia więzi między partnerami. Choroba może scementować dobre i średnie małżeństwo, rozpaść mogą się te związki, gdzie mężczyzna traktuje stan kobiety jako pretekst do odejścia [15].

Wnioski

1. Choroba nowotworowa i skutki jej leczenia mają negatywny wpływ na wszystkie sfery życia kobiet. Wiele jest w związku z tym problemów, z którymi kobiety muszą się zmierzyć.
2. Aby pomóc kobietom przetrwać ten trudny etap ich życia, należy otoczyć każdą z nich troskliwą i profesjonalną opieką, uwzględniając ich potrzeby.
3. Należy przekazywać pacjentkom pełną i rzetelną wiedzę na temat metod i skutków ubocznych leczenia oraz profilaktyki obrzęku chłonnego. Kobiety dobrze poinformowane mogą bardziej zaangażować się w proces leczenia i szybciej powrócić do zdrowia.
4. Każda kobieta powinna być objęta kompleksową rehabilitacją (ćwiczenia, psychoterapia, masaż) od pierwszych dni po zabiegu operacyjnym, ponieważ wpływa to korzystnie na proces leczenia.
5. Szczególna rola w edukacji i rehabilitacji kobiet przypada pielęgniarkom.

Piśmiennictwo

1. Biała Księga. Zwalczanie raka jelita grubego i raka piersi w Polsce na tle wybranych krajów europejskich, Ośrodek Analiz Uniwersyteckich Sp. z o.o., Warszawa–Kraków, 2011.
2. Krzakowski M. (red.): Onkologia Kliniczna. t. II, BORGIS, Warszawa, 2006.
3. Kordek R. (red.): Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy. Via Medica, Gdańsk, 2007.
4. Markowska J. (red.): Ginekologia Onkologiczna, t. II, Urban & Partner, Wrocław, 2006.
5. Jeziorski A. (red.): Onkologia. Podręcznik dla Pielęgniarek. PZWL, Warszawa, 2005.
6. Łuczak E. i wsp.: Charakterystyka społeczna i zmiany trybu życia kobiet po mastektomii. Kwartalnik Ortopedyczny, 2007, 4, 363–371.
7. Noszczyk W. (red.): Chirurgia. PZWL, Warszawa, 2005.
8. Jeziorski A., Szawłowski A.W., Towpik E.: Chirurgia Onkologiczna. PZWL, Warszawa, 2009.
9. Chachaj A. i wsp.: Jakość życia kobiet z obrzękiem limfatycznym kończyny górnej po leczeniu raka piersi. Wsp. Onkol., 2007, 11, 444–448.
10. Brożek J., Jaeschke R.: Wpływ chemioterapii i leczenia hormonalnego na ryzyko wznowy i zgonu w ciągu 15 lat u kobiet chorych na niezaawansowanego raka sutka – przegląd systematyczny. Med. Praktyczna – Chirurgia, 2006, 4, 125–130.
11. Lewandowska K., Bączyk G.: Funkcjonowanie kobiet po mastektomii jako ocena efektywności leczenia, opieki pielęgniarskiej oraz edukacji. Ginekol. Prakt., 2009, 3, 12–16.
12. Tchórzewska H.: Rehabilitacja w leczeniu raka piersi [w:] Rak piersi – nowe nadzieje i możliwości leczenia, Pawlicki M. (red.), Alfa-Medica Press, Bielsko–Biała, 2002.
13. Samusik K.: Wybrane problemy w rehabilitacji pacjentki z rakiem piersi. Rehabilitacja w praktyce, 2010, 2, 26–27.
14. Orzechowska–Niedziela P. i wsp.: Nadzieja u kobiet po chirurgicznym leczeniu nowotworów piersi – wstępne wyniki. Post. Reh., 2005, 19, 45–46.

15. Pasternak K. i wsp.: Amputacja piersi – tragedia i nadzieja. Zdr. Publ., 2002, 12, 148–151.
16. Walden – Gałuszko K.: Psychospołeczne aspekty raka sutka. [w:] Rak sutka. podręcznik dla studentów i lekarzy. Jassem J. (red.), Springer PWN, Warszawa, 1995.
17. Nowicki A. i wsp.: Depresja i lęk u kobiet przed i po amputacji piersi. Pol. Przegl. Chirurg., 2008, 80, 673–686.
18. Walęcka K., Rostowska T.: Samoocena i style radzenia sobie ze stresem u kobiet po operacji raka piersi. Psychoonkol,, 2002, 6, 37–45.
19. Andrzejewski W. i wsp.: Ocena jakości życia kobiet po mastektomii zrzeszonych w Klubie Amazonek. Fizj. Pol., 2008, 8, 51–64.

Kołtuniuk Aleksandra, Ostrowska Alicja, Abramczyk Anna

Przygotowanie studentów na kierunku „pielęgniarstwo” do profilaktyki i opieki nad chorym na chorobę nowotworową

Zakład Pielęgniarstwa w Podstawowej Opiece Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Wstęp

Nowotwory są grupą chorób charakteryzujących się niekontrolowanym wzrostem i rozpowszechnianiem się zmienionych (ale własnych) komórek.

Na rozwój nowotworów wpływ mają zarówno czynniki zewnętrzne (tj. palenie tytoniu, infekcje, czynniki chemiczne, promieniowanie), jak i wewnętrzne (tj. mutacje genetyczne, hormony, stan układu odpornościowego) [1].

Choroba nowotworowa dotyczyć może wielu różnych narządów, dlatego objawy świadczące o jej rozwoju zależeć będą od umiejscowienia zmian chorobowych. Wśród objawów wyszczególnia się objawy ogólne i szczegółowe.

Objawy ogólne najczęściej pojawiają się w zawansowanym stadium choroby i nie zależą od umiejscowienia nowotworu. Czasami są pierwszymi niepokojącymi oznakami rozwijającego się nowotworu. Zaliczmy do nich: gorączkę, której mogą towarzyszyć nocne poty (około 20% gorączek niewiadomego pochodzenia ma swoje źródło w chorobie nowotworowej), chudnięcie i wyniszczenie organizmu, osłabienie, ból oraz zakrzepica żylna lub tętnicza [2].

Objawy szczegółowe są charakterystyczne dla konkretnego rodzaju nowotworu i zależą od lokalizacji zmiany. Do objawów, które powinny budzić czujność zaliczyć należy [2]:

- zaburzenia ze strony układu pokarmowego, tj. trudności w połykaniu (nowotwór gardła, krtani, przełyku lub żołądka), uczucie pełności w nadbrzuszu, ból, zgaga, odbijanie (nowotwór żołądka, jajnika), zaparcia, biegunki (rak jelita grubego), krew w stolcu, stolec ciemnobrunatny (rak jelita grubego);
- zaburzenia ze strony układu oddechowego, tj. krwioplucie, uporczywy kaszel, zmiana charakteru kaszlu, duszność (rak płuca);
- zaburzenia ze strony układu moczowego, tj. krwiomocz;
- nieprawidłowe krwawienie z dróg rodnych (rak pochwy, szyjki lub trzonu macicy);
- długotrwała chrypka lub zmiany barwy głosu;
- zmiany skórne lub błon śluzowych, tj. owrzodzenia lub zmiany wyglądu brodawki skórnej lub znamienia (szybki wzrost, krwawienie, sączenie, nieregularne obrysy lub kolor).

U dzieci do najczęstszych objawów mogących świadczyć o rozwijającej się chorobie nowotworowej zaliczyć możemy [3]:

- ból kostny,
- bóle głowy,

- bóle brzucha,
- powiększenie węzłów chłonnych,
- gorączka,
- zaburzenia mikcji,
- zaburzenia oddawania stolca – zaparcia i biegunki,
- przewlekły kaszel,
    - utrata przytomności,
    - niedokrwistość,
    - powiększenie wątroby i śledziony,
    - skazy krwotoczne – efekt: krwawienie samoistne w postaci wybroczyn, podbiegnięć krwawych, krwawienia z naczyń i masywne krwotoki,
    - żółtaczka,
    - osłabienie – ogólne rozbicie, spadek aktywności życiowej, zmniejszona tolerancja wysiłku, niechęć do zabawy, zaburzenia snu i senność w ciągu dnia, poczucie ciągłego zmęczenia, trudności w koncentracji i skupieniu uwagi, rozdrażnienie, znaczący spadek apetytu, u niemowląt szybkie męczenie się podczas ssania,
    - wymioty.

Obecnie nowotwory stanowią drugą, co do częstości, przyczynę zgonów zarówno w Stanach Zjednoczonych Ameryki [1], jak i w Polsce [4]. Według danych *ACS (American Cancer Society)* w 2012 roku w USA zostanie zdiagnozowanych 1 638 910 nowych przypadków nowotworów, przy czym 577 190 Amerykanów umrze z ich powodu (jest to około 1500/ na dzień) [1]. W Polsce w 2009 roku z powodu nowotworów złośliwych zmarło 24,5 osoby na każde 10 tys. ludności. Odsetek ten, z uwzględnieniem płci, wyniósł odpowiednio 28,4 dla mężczyzn i 20,7 dla kobiet na każde 100 tys. ludności [5].

Cel pracy

Celem pracy była ocena przygotowania studentów kończących kierunek „pielęgniarstwo" do udziału w profilaktyce i opiece nad chorym na chorobę nowotworową.

Materiał i metody

Badania dla celów pracy przeprowadzono wśród 150 studentów ostatniego semestru studiów I stopnia niestacjonarnych „pomostowych", V – letnich jednolitych magisterskich oraz 2- letnich stacjonarnych i niestacjonarnych magisterskich na kierunku „pielęgniarstwo" w jednej z polskich uczelni medycznych. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy.

Najliczniejszą grupę wśród badanych osób stanowili studenci dwuletnich studiów magisterskich niestacjonarnych (32%). Średnia wieku badanej populacji wynosiła 35,5 lat. Najmłodszą grupę stanowili studenci studiów magisterskich stacjonarnych (średnia 25,2 lata), a najstarszą studenci studiów I stopnia tzw. „pomostowych" (40,7 lat). Większość badanych stanowiły kobiety (89,3%). Mężczyźni stanowili największy odsetek wśród studentów studiów „pomostowych". Wśród badanej populacji zdecydowana większość mieszka w środowisku miejskim (85,3%). Zdecydowana większość badanych pracuje w zawodzie (93,4%). Jednak tylko co trzeci

badany ma ukończony kurs kwalifikacyjny (37,4%), a co piąty kurs specjalistyczny (23,4%). Żadnej formy wykształcenia podyplomowego nie posiada co trzeci student (35,2%).

W celu poznania przygotowania studentów do udziału w profilaktyce i opiece nad chorym na nowotwór zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem narzędzia badawczego, jakim jest kwestionariusz ankiety.

Dla celów pracy przyjęto następujące pytania szczegółowe:

1. Jaka jest znajomość czynników ryzyka i działań profilaktycznych zmierzających do ograniczenia rozwoju chorób nowotworowych?
2. Jaka jest znajomość objawów oraz metod leczenia chorób nowotworowych?
3. Jaka jest znajomość działań edukacyjnych, które należy wdrożyć w pracy z pacjentem chorym na nowotwór?
4. Czy rodzaj ukończonych studiów różnicuje poziom wiedzy na temat choroby nowotworowej i przygotowanie studentów do profilaktyki, i opieki nad chorym na nowotwór?

Wyniki

Respondenci wśród czynników ryzyka nowotworów najczęściej wymieniają nadmierne opalanie (98%). Substancje chemiczne, tj. węglowodory i aminy znane są 28% badanych. Co piąty wymienia palenie tytoniu, jako czynnik ryzyka choroby nowotworowej. Jedznie niewielki odsetek respondentów wie, że czynnikiem ryzyka choroby nowotworowej jest zanieczyszczenie środowiska (7,3%), picie alkoholu (4,7%), promieniowanie (4%), niewłaściwa dieta (3,3%), otyłość (1,3%), brak aktywności fizycznej (1,3%). Szczegółowe dane przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Czynniki ryzyka chorób nowotworowych w opinii studentów

Czynniki ryzyka chorób nowotworowych	Rodzaj ukończonych studiów								Ogółem	
	Studia I stopnia „pomostowe"		5-letnie studia jednolite, magisterskie		2 – letnie studia magisterskie niestacjonarne		2 – letnie studia magisterskie stacjonarne			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ciąża	0	0	1	2,1	1	2	0	0	2	1,3
Nadmierne opalanie	29	**93,5**	47	**100**	48	**100**	23	95,8	147	**98**
Węglowodory i aminy	8	25,8	9	29	14	29,1	11	45,8	42	28
Palenie tytoniu	3	9,6	15	31,9	10	20,8	3	12,5	31	20,6
Picie alkoholu	1	3,2	4	4,5	0	0	2	8,3	7	4,7
Niewłaściwa dieta	1	3,2	0	0	1	2	3	12,5	5	3,3
Używki	1	3,2	0	0	0	0	0	0	1	0,6
Genetyczne	3	9,6	15	31,9	5	10,4	4	16,7	27	18
Dieta bogata w tłuszcze	1	3,2	3	6,3	0	0	0	0	4	2,6
Zakażenia wirusowe	0	0	3	6,3	0	0	0	0	3	2
Zanieczyszczenie	0	0	6	12,7	3	6,25	2	8,3	11	7,3

środowiska										
Praca w szkodliwych warunkach	0	0	3	6,3	3	6,25	0	0	6	4
Promieniowanie	0	0	3	6,4	2	4,2	1	4,1	6	4
Niehigieniczny tryb życia	0	0	2	4,3	0	0	2	8,3	4	2,6
Konserwanty	0	0	2	4,3	1	2	0	0	3	2
Stres	0	0	2	4,3	1	2	0	0	3	2
Zaparcia	0	0	1	2,1	0	0	0	0	1	0,6
Otyłość	0	0	1	2,1	0	0	1	4,1	2	1,3
Brak aktywności ruchowej	0	0	1	2,1	0	0	1	4,1	2	1,3
Dieta ubogoresztkowa	0	0	1	2,1	0	0	0	0	1	0,6
Niektóre leki	0	0	1	2,1	0	0	0	0	1	0,6
Aldehydy i środki chemiczne	0	0	1	2,1	0	0	2	8,3	3	2
Infekcje	0	0	0	0	0	0	1	4,1	1	0,6
Nie wiem	0	0	0	0	0	0	1	4,1	1	0,6

Wśród działań zapobiegających chorobom nowotworowym studenci najczęściej wymieniali unikanie bliżej nieokreślonych czynników rakotwórczych (92,6%) oraz leczenie stanów przedrakowych (84,6%). Co drugi student wskazał na stosowanie diety z ograniczeniem tłuszczów zwierzęcych i czerwonego mięsa. Najczęściej odpowiedź tą deklarowali studenci 5. roku jednolitych studiów magisterskich niestacjonarnych (59,5%), a najrzadziej studenci 2. roku studiów magisterskich uzupełniających niestacjonarnych (45,8%). Tylko pojedyncze osoby wymieniły dietę bogatą w błonnik, badania profilaktyczne czy aktywność fizyczną jako działania wchodzące w zakres profilaktyki chorób nowotworowych. Na uwagę zasługuje fakt, że co dziesiąty student uważa, że przed nowotworem chroni spożywanie alkoholu (12%). Szczegółowe dane przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Profilaktyka chorób nowotworowych w opinii studentów

Zakres profilaktyki chorób nowotworowych	Rodzaj ukończonych studiów								Ogółem	
	Studia I stopnia „pomostowe"		5 letnie studia jednolite, magisterskie		2 – letnie studia magisterskie niestacjonarne		2 – letnie studia magisterskie stacjonarne			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Unikanie czynników rakotwórczych	29	**93,5**	44	**93,6**	44	91,6	22	91,6	139	**92,6**
Spożywanie alkoholu	5	16,1	4	8,5	7	14,5	2	8,3	18	12
Leczenie stanów przedrakowych	25	80,6	43	**91,4**	38	79,1	21	87,5	127	**84,6**
Dieta, unikanie	18	58,1	28	59,5	22	45,8	12	50	80	53,3

tłuszczów zwierzęcych i czerwonego mięsa										
Samobadanie	1	3,2	2	4,2	2	4,2	1	4,1	6	4
Udział w programach profilaktycznych	1	3,2	1	2,1	2	4,2	1	4,1	5	3,3
Badania profilaktyczne	1	3,2	7	14,7	2	4,2	0	0	10	6,6
Zdrowy styl życia	0	0	2	4,3	1	2	0	0	3	2
Dieta bogata w witaminy i błonnik	0	0	1	2,1	0	0	0	0	1	0,6
Aktywność fizyczna	0	0	1	2,1	0	0	0	0	1	0,6

Najczęściej wśród objawów choroby nowotworowej studenci wymieniają zaburzenia w oddawaniu stolca lub moczu (72,6%). Ból jako objaw wymienia 18% badanych, najczęściej studenci studiów I stopnia „pomostowych” (25,8%), a najrzadziej studenci 5. roku studiów magisterskich jednolitych niestacjonarnych (10,6%). Tylko co szósta osoba wskazuje na osłabienie jako objaw choroby nowotworowej, a co dziewiąta wskazuje na przewlekły kaszel. Częściej osłabienie i kaszel wymieniają studenci 5. roku studiów magisterskich jednolitych niestacjonarnych (odpowiednio 25,5% i 19,1%), a najrzadziej na osłabienie wskazują studenci 2. roku studiów magisterskich uzupełniających stacjonarnych oraz niestacjonarnych (12,5%). Przewlekły kaszel, jako objaw nowotworu, najrzadziej wymienili studenci studiów I stopnia „pomostowych” (6,4%). Jedynie niewielki odsetek studentów zna takie objawy nowotworu, jak: guzki i zgrubienia (5,3%), chrypka (3,3%), krwawienia z przewodu pokarmowego (2,6%), zmęczenie (2%), chudnięcie (0,6%), wyniszczenie (0,6%), krew w kale i moczu (0,6%), krwioplucie (0,6%), zmiany skórne (0,6%) i zmiany w węzłach chłonnych (0,6%).

Z analizy materiału badawczego wynika, że najbardziej znaną metodą leczenia chorób nowotworowych jest leczenie chirurgiczne (98,6%).

Nieco ponad połowa ankietowanych wskazała na chemioterapię (54,6%) i radioterapię (51,3%). Częściej na chemioterapię wskazali studenci 5. roku studiów magisterskich jednolitych niestacjonarnych (68,1%), a najrzadziej studenci 2. roku studiów magisterskich uzupełniających niestacjonarnych (39,5%). Radioterapia jako metoda leczenia w nowotworach częściej znana jest studentom 2. roku studiów magisterskich uzupełniających stacjonarnych (66,6%), a najrzadziej studentom studiów I stopnia „pomostowych” (38,7%). Szczegółowe dane przedstawia tabela 3.

Tabela 3. Metody leczenia chorób nowotworowych w opinii studentów

Metody leczenia w chorobach nowotworowych	Rodzaj ukończonych studiów								Ogółem	
	Studia I stopnia „pomostowe"		5 letnie studia jednolite, magisterskie		2 – letnie studia magisterskie niestacjonarne		2 – letnie studia magisterskie stacjonarne			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Leczenie chirurgiczne	30	**96,7**	47	**100**	48	**100**	23	95,8	148	**98,6**
Leczenie klimatyczne	0	0	3	6,3	3	6,25	0	0	6	4
Ziołolecznictwo	5	16,1	3	6,3	3	6,25	2	8,3	13	8,6
Bioenergoterapia	3	9,6	5	10,6	5	10,4	2	8,3	15	10
Farmakoterapia	1	3,2	3	6,3	0	0	1	4,1	5	3,3
Chemioterapia	15	48,3	32	68,1	19	39,5	16	66,6	82	54,6
Radioterapia	12	38,7	30	63,8	19	39,5	16	6,6	77	51,3
Leczenie hormonalne	0	0	2	4,3	0	0	1	4,1	3	2
Brachyterapia	0	0	1	2,1	0	0	2	8,3	3	2
Przeszczep szpiku	1	3,2	0	0	0	0	0	0	1	0,6
Zachowawcze	1	3,2	0	0	2	4,2	0	0	3	2
Teleterapia	0	0	1	2,1	0	0	0	0	1	0,6
Nie wiem	0	0	0	0	0	0	1	4,1	1	0,6

Edukacja osób z chorobą nowotworową w opinii studentów najczęściej powinna dotyczyć diety (15,3%). Na edukację żywieniową częściej wskazali studenci 5. roku studiów magisterskich jednolitych niestacjonarnych (21,2%), a najrzadziej studenci studiów magisterskich uzupełniających stacjonarnych (4,1%). W opinii studentów osoby chorujące na nowotwory powinny być również objęte edukacją na temat zdrowego stylu życia (12%) oraz korzystania z badań kontrolnych (9,3%). Niestety, tylko pojedyncze osoby dostrzegają potrzebę edukacji chorych z nowotworem w zakresie takich zagadnień, jak: rozpoznawanie nawrotu choroby, źródeł wsparcia (także w sferze zawodowej), higienę ciała, postępowania po radioterapii, protezowanie, samokontrola.

Studenci, oceniając różne formy kształcenia pod kątem możliwości zdobycia jak największej ilości informacji o chorobach nowotworowych, najwyżej ocenili samokształcenie (średnia ocen 4,1), a najniżej seminaria (średnia ocen 3,2). Najkorzystniej kształcenie w zakresie chorób nowotworowych ocenili studenci studiów I stopnia „pomostowych" (średnia ocen 4,0), a najbardziej krytycznie studenci studiów magisterskich uzupełniających stacjonarnych (średnia ocen 3,3).

Dyskusja

W Polsce nowotwory złośliwe stanowią drugą, co do częstości, przyczynę zgonów. Zacznie częściej są one zagrożeniem dla życia mężczyzn w porównaniu do populacji kobiet [4]. Wysoka zapadalność na nowotwory stawia przed pracownikami systemu opieki zdrowotnej, systemem kształcenia w zawodach medycznych oraz pielęgniarkami szczególne zadania.

Przyczyny powstawania nowotworów nie są do końca wyjaśnione. Wpływ na ich rozwój ma wiele czynników. Szczególnie ważne z punktu widzenia profilaktyki są te

czynniki, które związane są ze stylem życia, gdyż podlegają one modyfikacji. Jednym z zadań pielęgniarki jest identyfikacja zagrożeń zdrowia [6], której znaczenie wzrasta wobec niewystarczającej wiedzy młodzieży [7].

Uzyskane w badaniach własnych wyniki wykazały deficyt w zakresie znajomości czynników ryzyka chorób nowotworowych. Większość studentów pielęgniarstwa nie zna czynników ryzyka chorób nowotworowych, które związane są ze stylem życia (za wyjątkiem nadmiernego opalania). Odmienne wyniki uzyskali autorzy w badaniach prowadzonych na Pomorskim Uniwersytecie Medycznym [8]. Studenci, którzy dopiero co ukończyli kurs z pielęgniarstwa onkologicznego charakteryzują się dość rozległą wiedzą z zakresy czynników ryzyka chorób nowotworowych związanych ze stylem życia. Także studenci Wydziału Wychowania Fizycznego Uniwersytetu Rzeszowskiego [9] wśród czynników ryzyka chorób nowotworowych najczęściej wymienili te wiązane ze stylem życia (palenie tytoniu i spożywanie alkoholu). Badania przeprowadzone wśród studentów Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego [10] potwierdzają tezę o tym, że młodzi Polacy są świadomi zagrożeń zdrowotnych wynikających z palenia tytoniu, nadmiernego opalania, a także niewłaściwej diety i spożywania alkoholu. W badaniach własnych studenci wśród działań profilaktycznych najczęściej wymieniali unikanie bliżej nieokreślonych czynników rakotwórczych, a tylko 5 na 150 studentów wskazało na konieczność uczestniczenia w badaniach profilaktycznych. Natomiast studenci pielęgniarstwa ze Szczecina [8] w zdecydowanej większości (148 na 160 badanych) uznali, że to właśnie badania profilaktyczne są najlepszą formą profilaktyki chorób nowotworowych. Także studenci z Rzeszowa [9] uznali, że dzięki częstym badaniom można ograniczyć ryzyko śmierci z powodu choroby nowotworowej.

Objawy choroby nowotworowej są nieswoiste co oznacza, że mogą występować również w innych stanach chorobowych. Niestety, młodzi dorośli są umiarkowanie świadomi tego, jakie objawy można uznać za niepokojące i sugerujące konieczność wizyty u onkologa [10]. Wysoka zapadalność na nowotwory i umiarkowana świadomość, zwłaszcza ludzi młodych powoduje, że istotnego znaczenia nabiera znajomość wczesnych objawów nowotworu, aby jak najwcześniej wdrożyć diagnostykę w celu wykluczenia lub potwierdzenia choroby nowotworowej.

W badaniach własnych objawem choroby nowotworowej, najbardziej znanym, są zaburzenia w oddawaniu stolca lub moczu. Niestety, zdecydowana większość studentów nie zna innych objawów choroby nowotworowej. Uzyskane wyniki potwierdzają niewystarczającą znajomość objawów chorób nowotworowych, która ogranicza możliwości udziału pielęgniarek w procesie profilaktyki [11], stymulacji pacjentów celem zgłoszenia się do lekarza i ewentualnie wdrożenia odpowiednio wczesnego leczenia, pozwalającego zmniejszyć negatywne konsekwencje nowotworów.

Poza zapobieganiem chorobie ważną rolę odgrywa profesjonalna opieka nad osobą chorą. Uzyskane wyniki potwierdziły wybiórczą wiedzę pielęgniarek na temat podstawowych zagadnień związanych z chorobą nowotworową. Respondenci, choć w zdecydowanej większości są już osobami czynnymi zawodowo, nie posiadają ugruntowanej wiedzy, aby móc sprawować holistyczną i zindywidualizowaną opiekę nad osobą chorą na nowotwór.

Analizując uzyskane w badaniach własnych wyniki należy zadać pytanie „Czy właściwie został zrealizowany proces kształcenia w zakresie omawianych powyżej treści, skoro studenci ostatniego roku studiów I stopnia (pomostowych), jak i II stopnia posiadają wybiórczą wiedzę z zakresu profilaktyki, czynników ryzyka, objawów i metod

leczenia nowotworów oraz działań edukacyjnych skierowanych do pacjenta chorującego na nowotwór?

Wnioski

1. Absolwenci nie są wystarczająco przygotowani, aby włączyć się w proces zapobiegania chorobie nowotworowej.
2. Wybiórcza wiedza studentów na temat czynników ryzyka, objawów i metod leczenia choroby nowotworowej powoduje, że są oni niewystarczająco przygotowani do sprawowania holistycznej opieki nad chorym na nowotwór.
3. Rodzaj ukończonych studiów nie wpływa na poziom znajomości podstawowych zagadnień na temat choroby nowotworowej oraz na przygotowanie do profilaktyki i opieki nad chorym z tą jednostką chorobową.
4. Deficyt przygotowania absolwentów kierunku „pielęgniarstwo" do udziału w profilaktyce, opiece i edukacji w chorobach nowotworowych determinuje konieczność objęcia ich kształceniem podyplomowym.

Piśmiennictwo

1. Cancer Facts and Figures 2012. American Cancer Society.
2. Świeboda - Sadlej A.: Badanie podmiotowe i przedmiotowe w chorobie nowotworowej. Najczęstsze nieprawidłowości laboratoryjne mogące świadczyć o rozwoju nowotworu. w Podstawy diagnostyki i terapii nowotworów. Wyd. alfa - medica Press, Bielsko – Biała, 2008, 47-54.
3. Chybicka A.: Od objawu do nowotworu. Wczesne rozpoznanie chorób nowotworowych u dzieci. Wyd. Elsevier Urban&Partner; Wrocław, 2009.
4. Wojtyniak B., Goryński P.: Sytuacja zdrowotna ludności. Polski Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - PZH, Warszawa, 2008.
5. Rocznik Demograficzny 2011. GUS Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa, 2011.
6. Majda A.: Opieka pielęgniarska nad człowiekiem zagrożonym chorobą. [w:] Podstawy pielęgniarstwa. Założenia teoretyczne. Tom I. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. (red.) Wyd. Czelej, Lublin, 2008, 727-762.
7. Jośko J., Kryszczyszyn K., Lison K, Bargielska A., Kiermasz A., Smolarek J., Wadelik K.: Świadomość młodzieży na temat wpływu otyłości i nieprawidłowej diety na wystąpienie chorób nowotworowych. Hygeia Public Heath, 2010, 45, 148-151.
8. Majewski W., Majewska A.: Opinie studentów pielęgniarskich studiów zaocznych na temat profilaktyki nowotworów. Ann. Acad. Med. Stetin., Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, 2007, 53, 148–156.
9. Zadarko-Domaradzka M., Tlałka E.: Wiedza i zachowania prozdrowotne studentów w zakresie chorób nowotworowych. Zdrowie Publiczne, 2007, 117, 346 – 350.
10. Porębiak M.: Fakty i mity dotyczące chorób nowotworowych. Psychoonkol., 2008, 12, 52 -57.
11. Ciechaniewicz W.: Dawca i biorca pielęgnowania. [w:] Podstawy pielęgniarstwa. Założenia teoretyczne Tom I. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K (red.). Wyd. Czelej, Lublin, 2008, 325-370.

ŚMIERĆ SPOŁECZNA

„Umiera się na wiele sposobów: z miłości, z tęsknoty, z rozpaczy, ze zmęczenia, z nudów, ze strachu... Umiera się nie dlatego, by przestać żyć, lecz po to, by żyć inaczej. Kiedy świat zacieśnia się do rozmiaru pułapki, śmierć zdaje się być jedynym ratunkiem, ostatnią kartą, na którą stawia się własne życie”

P. Coelho



Julia Sawicka[1], Grażyna Kobus[1], Katarzyna Łagoda[1], Katarzyna Snarska[1], Hanna Bachórzewska-Gajewska[1,2]

Miłość jako czynnik ryzyka samobójstwa

[1] Zakład Medycyny Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
[2] Klinika Kardiologii Inwazyjnej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

„Kochać to także umieć się rozstać. Umieć pozwolić komuś odejść, nawet jeśli darzy się go wielkim uczuciem. Miłość jest zaprzeczeniem egoizmu, zaborczości, jest skierowaniem się ku drugiej osobie, jest pragnieniem przede wszystkim jej szczęścia, czasem wbrew własnemu."
Vincent van Gogh

Wstęp

Od początku istnienia życia ludzkiego, od prastarych antycznych mitów i biblijnych opowieści obiektem zainteresowania twórców był człowiek, któremu towarzyszyły różnorodne uczucia, takie jak: miłość, cierpienie, smutek, szczęście, ból czy rozpacz. Miłość jest jednym z najpiękniejszych uczuć. Nadaje sens naszemu życiu, zapobiega poczuciu osamotnienia i lęku. Miłość może być głęboka, piękna i przynosić szczęście, lecz także może być przyczyną tragedii, a w skrajnych przypadkach śmierci, w tym również śmierci samobójczej. Mimo tego zagrożenia, każdy człowiek marzył kiedyś lub wciąż marzy o miłości niosącej upragnioną radość życia. Miłość jest najważniejszym czynnikiem determinującym postawę oraz zachowania człowieka. Oczekiwania związane z miłością niekiedy mogą przynosić bolesne rozczarowania, które mogą przyczyniać się do destrukcyjnych zachowań.

Co zatem nazywamy cierpieniem? „Cierpieć" to odczuwać, przeżywać, znosić ból fizyczny lub moralny, boleć nad czymś lub z powodu czegoś, doznawać czegoś przykrego [1]. „Cierpienie" oznacza zarówno ból, objaw choroby, męczarnie, dolegliwość, przykrość, jak i uczucie tak dalece osobiste, że przekazanie go innemu człowiekowi wymaga wielu słów i porównań. Bez odczuwania cierpienia życie byłoby z pewnością znacznie przyjemniejsze. Gdyby jednak pozbawić człowieka tego silnego impulsu do działania w celu obrony naszej stabilności, życie zakończyłoby się bardzo szybko. Cierpienie spowodowane nieszczęśliwą miłością często może prowadzić do zachowań samobójczych.

Samobójstwo jest zachowaniem autodestrukcyjnym. Jest spowodowane zwątpieniem w sens własnego życia, niskim poczuciem własnej wartości, które prowadzą do uświadomienia pustki egzystencjalnej oraz poczucia bezsensu istnienia. Brak radości życia może doprowadzić do obniżenia lub całkowitej utraty poczucia jego sensu. Według danych szacunkowych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) codziennie umiera ponad 1300-1500 osób w wyniku zamachu samobójczego, co trzy sekundy na świecie podejmowana jest próba samobójcza, natomiast co 40 sekund w wyniku zamachu samobójczego umiera jedna osoba. Prognozy WHO szacują, że w 2020

roku 1,53 mln osób umrze z powodu samobójstw [3]. Dane liczbowe dotyczące zjawiska samobójstw wskazują na wagę tego problemu. Potwierdzają to również badania Międzynarodowego Stowarzyszenia Zapobiegania Samobójstwom -International Association for Suicide Prevention (IASP).

Cel pracy:

Celem pracy był opis przypadków śmierci samobójczej spowodowanej nieszczęśliwą miłością w literaturze oraz opisy przypadków śmierci samobójczej w życiu codziennym.

Opis przypadku śmierci samobójczej w literaturze

Motyw nieszczęśliwej miłości był najczęściej spotykanym tematem w literaturze, a także w innych dziedzinach sztuki. W literaturze pojawił się już w czasach starożytnych i wciąż pozostaje jednym z najbardziej popularnych tematów literatury światowej, co wskazuje na rangę tego uczucia w życiu człowieka. Wielu autorów pisało o miłości, która fascynuje, nadaje życiu sens, prowadzi do ekstazy, ale też do cierpienia, a nawet do tragedii [2]. Nieszczęśliwa miłość najbardziej zdominowała epokę romantyzmu. Jednak jej przejawy można już dostrzec w epoce średniowiecza w dziejach Tristana i Izoldy. Historia dotyczy pary młodych ludzi, którzy obdarzyli siebie niezwykle silnym uczuciem. Miłość ta była wystawiona na niesamowitą próbę przetrwania. Nikt i nic nie było w stanie jej przeszkodzić, żadne niebezpieczeństwa, normy zwyczajowe oraz obowiązujące w tym czasie prawo. Miłość, która połączyła dwoje ludzi była tak silnym uczuciem, że stała się źródłem licznych cierpień i doprowadziła do tragicznego jej zakończenia.

„Cierpienia Młodego Wertera" Johanna Wolfganga Geothego to najwybitniejszy utwór niemieckiego preromantyzmu. Główny bohater, Werter, opowiada w powieści historię swojej miłości do Lotty. Werter to człowiek uczuć: „*ceni też Książę rozum i talenty bardziej niż to serce, które jest przecież mą jedyną dumą, które jedynie jest źródłem wszystkiego, wszelkiej siły, wszelkiej szczęśliwości i wszelkiej niedoli. Ach, to, co ja wiem może każdy wiedzieć. Moje serce mam tylko ja."* Bohater Geothego pragnie uciec od rzeczywistości, zagubić się w namiętnościach. Miłość jest celem i treścią jego życia. Johann Wolfgang Goethe w przedmowie do drugiego wydania powieści tak pisał: „ *Takiej miłości każdy młodzian czeka. Tak być kochaną chce każda dziewczyna"*. Miłość do traktującej go jak przyjaciela kobiety staje się prawdziwą obsesją Wertera, miotanego przez sprzeczne uczucia, popadającego z euforii w przygnębienie, wreszcie myślącego o samobójstwie: „*Mam tak wiele, a uczucie do niej pochłania wszystko. Mam tak wiele, ale bez niej wszystko staje się niczym"*. Gdy wraca narzeczony dziewczyny, Werter postanawia usunąć się z jej życia, wyjeżdża na placówkę dyplomatyczną. Nie wytrzymuje jednak długo. Przeżywszy ciężkie upokorzenie ze strony szlachty wraca do Lotty, która była już żoną Alberta (tymczasem wyszła za mąż za Alberta). Zaczyna coraz częściej odwiedzać młodą parę, stając się dla nich poważnym utrapieniem, gościem niezbyt chętnie widzianym w domu, szczególnie przez Alberta, który nie darzy Wertera sympatią. Tymczasem tytułowy bohater jest w coraz gorszym stanie psychicznym. Pogłębiająca się depresja powoduje coraz częstsze myśli o popełnieniu samobójstwa. Miłość do Lotty jest uczuciem niszczącym, destrukcyjnym, popychającym Wertera w obłęd i prowadzącym do samozagłady. W końcu Lotta

decyduje się zerwać znajomość z Werterem, co okazuje się być decydującą przyczyną podjęcia przez niego decyzji o samobójstwie. Werter źle odczytał uczucia Lotty, która traktowała go przecież jak przyjaciela, a Werter w swoim irracjonalnym szale miłosnym nie był w stanie tego zrozumieć. Lotta posłuszna Albertowi, nie rozumiała zaślepienia Wertera. Jako młoda dziewczyna stanowiła idealny obiekt uczucia. Lotta nie do końca zdawała sobie sprawę z władzy, jaką posiadała nad Werterem, dla którego każde jej słowo miało jakieś ukryte piękno. Miłość Wertera była bardzo piękna, jednak nieszczęśliwa.

Opisy przypadków śmierci samobójczej w życiu codziennym

22-latek popełnił samobójstwo z miłości

22-letni P.H. wyszedł z domu. Według doniesień miejscowej gazety dopiero po trzech dniach znaleziono jego motorower i plecak, a następnie odnaleziono ciało chłopaka. Z relacji matki wynikało, że w Nowy Rok poznał dziewczynę i od tego momentu zmienił się diametralnie. Przestał pić, palić i było widać, że jest bardzo zaangażowany w nowy związek. Wcześniej myślał o wyjeździe z Polski, ale gdy poznał dziewczynę, postanowił zostać. Zrobił nawet kurs prawa jazdy. Rodzice byli szczęśliwi z powodu zmiany zachowania ich jedynego dziecka. Czasami zdarzały się późniejsze powroty syna do domu, ale zawsze wcześniej starał się ich o tym zdarzeniu zawiadomić, zwykle dzwonił. Rodzina nie zorientowała się, że coś złego dzieje się z 22-latkiem. Przed wyjściem feralnego dnia do pracy zachowywał się normalnie. Jednak po kilku dniach od zaginięcia chłopca odnaleziono jego motorower przypięty kłódką do drzewa. Później w okolicznej rzece wypłynął plecak 22-latka z jego rzeczami. Dopiero później płetwonurkowie odnaleźli ciało chłopaka w rzece. Motywem śmierci prawdopodobnie być zawód miłosny. Matka chłopaka przyznała, że kontaktowała się z dziewczyną syna. Dowiedziała się, że dziewczyna feralnego dnia z nim zerwała, wysyłając mu SMS-a. Być może to go wzburzyło i zaprowadziło nad rzekę, na "Górkę Miłości" - w ulubione miejsce młodych i zakochanych.

16-latek i 17-latek zabili się z miłości do tej samej dziewczyny

Dwaj nastolatkowie kochali się w tej samej dziewczynie. Jednak 17-latka, do której wzdychali dwaj przyjaciele odrzuciła ich miłość. Odtrąceni przez dziewczynę nastolatkowie wybrali śmierć samobójczą niż życie z sercem przepełnionym rozpaczą. „*Boję się to zrobić, lecz dokonałem wyboru. Już nie spotkacie mnie na korytarzach szkolnych ani u siebie, ani w domu…*”- napisał w liście pożegnalnym, do którego dotarł „Super Expres”. Jego przyjaciel wysłał jedynie krótkiego SMS-a: „*Żegnajcie*”. Przyjaciele znali się od dziecięcych lat. Problemy sercowe bardzo ich zbliżyły. Najpierw w dziewczynie zakochał się 16-latek, ale został potraktowany obojętnie. Koleżanka 17-latki w wywiadzie z „Super Expresem” twierdziła: „*Ona lubiła bawić się uczuciami innych. To przez nią Ł. poznał smak goryczy niespełnionej miłości*”. 17-latek w końcowych zdaniach swojego listu napisał: „*Nadeszła godzina mego wyzwolenia. Przyjaciele, rodzino, kocham Was* (…). *Żegnajcie*”. Chłopcy powiesili się w nocy w stodole.

15-latka i 17-latek zabili się, bo rodzice przekreślili ich miłość

Tragicznie zakończyła się miłosna historia dwojga nastolatków w Indiach, kiedy rodzice dziewczyny nie zaakceptowali ich związku. Według doniesień indyjskiego dziennika „Times of India" nastolatka popełniła samobójstwo, potem życie odebrał sobie jej 17-letni wybranek. Para nastolatków uczęszczała do jednej szkoły w mieście Sirsa położonym na północy Indii – 17-latek był uczniem klasy jedenastej natomiast dziewczyna dziewiątej. Dramat pary rozpoczął się, gdy rodzice dziewczyny skarcili ją za związek z chłopakiem, którego nie akceptowali. Załamana 15-latka popełniła samobójstwo, oblewając się naftą i podpalając. Historia miłosna miała dalszy tragiczny finał. „Times of India" pisał, powołując się na lokalną policję, że chłopak rzucił się na płonący stos pogrzebowy swojej dziewczyny, gdy rodzina opuściła już miejsce kremacji. W popiołach stosu pogrzebowego były szczątki dwóch osób. Niedaleko miejsca pochówku znaleziono należące do 17-latka przedmioty: rower oraz telefon komórkowy. Gazeta na swojej stronie internetowej pisała, że lokalna policja, aby potwierdzić wersję wydarzeń, zapowiedziała poddanie badaniom odnalezionych zwłok nastolatków.

17-latka popełniła samobójstwo, bo rzucił ją chłopak

17-letnia uczennica II Liceum Ogólnokształcącego w Bełchatowie popełniła samobójstwo. Dziewczyna powiesiła się w nocy. Według informacji ze źródeł zbliżonych do śledztwa, powodem samobójstwa był zawód miłosny. Do tragedii doszło w nocy w garażu stojącym przy domu jednorodzinnym, powiesiła się 17-letnia córka właścicieli posesji. Rodzina dziewczyny byli w szoku. Ciało nastolatki jej bliscy odkryli rano o godz. 6. Wezwany lekarz stwierdził zgon. Wykluczył on udział osób trzecich, co oznaczało, że nastolatka popełniła samobójstwo, jak wynikało z relacji zastępcy prokuratora rejonowego w Bełchatowie. Osoby, które znały dziewczynę wypowiadały się, że ostatnio była trochę bardziej smutna, przygaszona. Ale, że zdobędzie się na taki krok, nikt się nie spodziewał

Para nastolatków zabiła się z miłości

"*Proszę, wybaczcie nam. Chcieliśmy być razem na zawsze*" - napisali do rodziców nastoletni kochankowie. Potem wsiedli w "malucha" i wjechali wprost pod pędzącego tira. On zginął na miejscu, ona została w stanie krytycznym. W styczniu dziewczyna świętowała swoje 16. urodziny. Przyjechała do ukochanego, starszego o trzy lata chłopaka, do jego rodzinnej wsi na Mazowszu. Zawsze dobrze czuła się u rodziców T. w małym drewnianym domku na samym końcu wsi. Feralnego dnia chłopak powiedział, że odwozi dziewczynę do domu. Wtedy rodzice widzieli go po raz ostatni. Nie niepokoili się, bo młodzi czasem gdzieś znikali, kiedy chcieli być sami. Strach sparaliżował ich dopiero, kiedy listonosz przyniósł pocztę. Był w niej list pożegnalny. Wyglądało na to, że dziewczyna podyktowała go swojemu chłopakowi. "*Przepraszamy. Zabrałam państwu syna...*". Tego dnia po otrzymaniu listu rodzina zgłosiła zaginięcie chłopaka policji w Ostrołęce. Natychmiast rozpoczęły się poszukiwania. Nikt nie przypuszczał, że zostaną odnalezieni w tak tragicznych okolicznościach 20 km od Zambrowa fiat chłopaka zderzył się z tirem. Policjanci po przybyciu na miejsce długo nie mogli dojść do siebie, krajowa "ósemka" to bardzo niebezpieczna trasa. Ale okoliczności tego wypadku były wyjątkowe. Mały fiat został tak zmiażdżony, że trudno

było rozpoznać markę. Zwłoki kierowcy nie były zmasakrowane. Zginął natychmiast, nie cierpiał. Ile w nim było desperacji, żeby nie zdejmować nogi z gazu, w ostatniej chwili nie skręcić kierownicą, tylko jechać wprost na pędzącego tira? Kierowca ciężarówki próbował się ratować, zjeżdżając na prawe pobocze, ale nie uniknął czołowego zderzenia. Ogromny tir wylądował w rowie. Kierowca miał złamany nos, szwy na nodze i okropne poczucie, że wbrew swej woli przyczynił się do tragedii. Po "maluchu" została tylko sterta blachy. Dziewczynę z krwawiącą głową uratowało dwoje lekarzy, którzy akurat przejeżdżali autobusem. Grzeczna, spokojna, ale szaleńczo zakochana w swoim chłopaku– tak wypowiadały się jej koleżanki z liceum. To była miłość od pierwszego wejrzenia. Rok wcześniej spotkali się na obozie młodzieżowym. Od tamtej pory już nie mogli bez siebie żyć, choć dzieliło ich tyle kilometrów. Były więc listy, SMS-y, e-maile i potajemne spotkania. Rodzina dziewczyny nie akceptowała jej wyboru. Mówili, że to chłopak nie dla niej. Dziewczyna kilka razy uciekła z domu. T. zawsze na nią czekał. Jego "maluchem" pokonali setki kilometrów. Na początku stycznia znów uciekli. Dziewczyna jak zwykle poszła rano do szkoły i ślad po niej zaginął. W weekend ktoś z rodziny dostał dramatycznego SMS-a: *"Kursujemy na trasie Lublin-Warszawa. Nie wiemy co robić"*. Dziadek dziewczyny poszedł więc na policję. Mówił, że boi się, że młodym coś złego przyjdzie do głowy. Śledczy ustalają teraz, jak nastolatki spędziły cztery ostatnie dni przed tragedią. Rodzina T. czuwała przy zwłokach. Ojciec był najbardziej załamany, natomiast matka nie mogła uwierzyć w samobójstwo. Jej zdaniem to był nieszczęśliwy wypadek. Oni wracali do domu. Kochali się, byli szczęśliwi. Po co mieliby to robić? Tak samo myśli rodzeństwo, koledzy oraz nauczyciele T. Cała klasa chłopaka przyjechała na pogrzeb. *To był bardzo grzeczny chłopak, dobrze się uczył* – mówił dyrektor szkoły. I dodaje cicho: - *Wiedzieliśmy, że jest bardzo zakochany. Ale myśleliśmy, że oni mają wszystko poukładane, że są szczęśliwi...Podobno kilka dni temu rodzina dziewczyny powiedziała zakochanym stanowczo: koniec. A oni chcieli być razem. Na zawsze...*

Samobójcza śmierć z miłości

25-letni chłopak zadał sobie sam śmiertelne rany nożem po tym, jak zerwała z nim narzeczona. Tragedia miał miejsce w Clifton w Bristolu. Rannego w szyję i lewy nadgarstek chłopaka znalazła w kuchni ich mieszkania była narzeczona. Kiedy przybyła policja oraz karetka, chłopak wciąż żył, zmarł w drodze do szpitala. Dziewczyna została zatrzymana i przesłuchana przez policję. Została zwolniona, ponieważ nie postawiono jej żadnych zarzutów. W mieszkaniu została znaleziona kartka z następującym tekstem: „*Nic bym jej nie zrobił. Ona wie. Kocham ją swoją chorą głową. Nikt nie chciał mi pomóc. Przepraszam…"* Para poznała się w Polsce, następnie przeniosła się do Bristolu. Po powrocie do kraju dziewczyna wypowiadała się, że chłopak często miał napady paranoiczne, był zazdrosny o innych mężczyzn, z którymi się mogła spotykać, chociaż nic takiego nie miało miejsca. Chłopak popełnił samobójstwo w wyniku zaburzeń stanu umysłu.

Zabił się pod jej domem, aby pokazać jak ją kocha

28-latek tak mocno kochał swoją dziewczynę, że gdy go zostawiła, nie widział sensu życia. Wsiadł do swojego forda oriona i rozpędzonym autem wjechał prosto w drzewo stojące niedaleko domu dziewczyny. Chłopak nie miał szans na przeżycie. Para

spotykała się ponad dwa lata. Z upływem czasu w związku relacje się pogorszyły. Z relacji matki dziewczyny wynikało, że chłopak po alkoholu stawał się bardzo złośliwy. Dziewczyna nie wytrzymała presji i postanowiła zakończyć związek. Chłopak nie potrafił pogodzić się z odtrąceniem. Wystawał pod oknami dziewczyny, prosił, aby do niego wróciła, groził również, że się zabije jak do niego nie wróci. Zdesperowany próbował się otruć, ale próba się nie udała. Ostatecznie na prostej, mało uczęszczanej drodze nieopodal domu dziewczyny wjechał rozpędzonym samochodem w jedyne drzewo stojące na poboczu. W wiosce nikt nie miał wątpliwości, że zrobił to specjalnie, jak wynikało z wypowiedzi matki dziewczyny.

Nastolatka popełniła samobójstwo przez powieszenie z miłości

J.K. (14 lat) była młodą i zdolną gimnazjalistką. Zrobiła jednak coś strasznego. Wzięła kabel i na klamce powiesiła się na nim. Wszystko wskazywało na to, że do tak desperackiego czynu pchnęła ją niespełniona miłość do kolegi (14 lat). Dziewczyną mocno ją skrywała. Dopiero na chwilę przed śmiercią wysłała SMS-a z wyznaniem miłości. Feralnego dnia J.K. ze swoją koleżanką (16 lat) nie poszły do szkoły. J.K. była smutna z powodu niespełnionej miłości do szkolnego kolegi. Poprosiła koleżankę, aby się wspólnie zabić. Koleżanki zjadły dużą ilość tabletek, po których były oszołomione. J.K. wysłała wtedy miłosnego SMS-a do kolegi „*Kocham Cię i tak już zostanie!!!"*Potem wspólnie z przyjaciółką postanowiły się powiesić. Dziewczyny były przekonane, że tabletki spowodują śmierć, ale nie zadziałały one tak, jak tego oczekiwały. Wtedy wzięły kabel wiszący na strychu. Zawiązały na klamce drzwi i przewiesiły przez szyję. Na hasło miały zacisnąć pętlę. W ostatniej chwili koleżanka J.K. przestraszyła się. Z relacji prokuratora B.P. z prokuratury rejonowej w Żyrardowie wynikało, że koleżanka oswobodziła się z kabla i próbowała ratować J.K., ale było już za późno. Zszokowana zadzwoniła do kolegi. Karetka pogotowia, która przybyła na miejsce zdarzenia mogła tylko stwierdzić zgon J.K. Chłopak bardzo przeżył tragedię. Z jego relacji wynikało, że znali się tylko ze szkoły i nic nie wiedział o tym, że J.K. darzy go uczuciem. Dowiedział się o tym dopiero po otrzymaniu SMS-a, na którego nie zdążył odpisać, a następnie o tragedii, jaka się wydarzyła.

Samobójstwo z miłości

Związek 16-latki z Romem, któremu zwyczaj zabraniał chodzenia z nieromską dziewczyną, nie miał przyszłości. Dziewczyna zakochała się w wysokim, przystojnym o dwa lata starszym Cyganie. Oboje byli świadomi tego, że związek nie miał żadnych szans przetrwania, jednak uczucie miłości było silniejsze. Przyjaciele dziewczyny wiedzieli, że spotyka się ona z Romem. Traktowali ich jako kolejną parę darzącą się uczuciem. Jednak ich związek nie był łatwy. Ukrywali swoją miłość przed najbliższą rodziną. Z relacji przyjaciela dziewczyny wynikało, że chłopak „*chciał być fair wobec rodziny, a nie mógł. Gdyby jawnie prowadzał się po mieście z A. mógłby mieć duże kłopoty. Dlatego przemykali się gdzieś po parkach, żeby nikt z Romów ich nie zobaczył. Pamiętam, że kiedyś O. nie wytrzymał i przeszli się z A. za rękę. Zamaskowani, w kapturach, ale między ludźmi. Chociaż raz…"*Związek dwojga młodych ludzi trwał dwa lata. Znajomi dziewczyny wypowiadali się, że rodzina chłopaka uznała, że dojrzał on już do małżeństwa zgodnie z obowiązującą romską tradycją. Bliski przyjaciel dziewczyny twierdził, że A. bardzo przeżywała rozpad związku z Romem. Z relacji przyjaciela

wynikało, że „*Długo to w sobie dusiła. W końcu powiedziała, że wszystko się kończy. Była potwornie smutna, rozczarowana. Wiem, że pozostawali w kontakcie, SMS-owali do siebie. Mogę się tylko domyślać, o czym… A. skarżyła mi się, że nie daje rady. Mówiła, że straciła sens życia. A kiedyś na spotkaniu w ogródku, oświadczyła: Chyba się zabiję i będzie spokój. Nie wzięliśmy tego na serio. Nikt nie przypuszczał, że naprawdę to zrobi”.* Po długiej i ostatniej rozmowie ze swoim przyjacielem wróciła do domu i zażyła tabletki. Zostawiła w domu rodzinnym dwa listy pożegnalne. Jeden z nich był dla matki, natomiast drugi do chłopaka, którego darzyła niesamowitym uczuciem, które nie miało szans na przetrwanie.

Podsumowanie:

Na całym świecie, w tym również i w Polsce, obserwuje się wzrost liczby samobójstw. Potwierdzeniem tego destrukcyjnego zjawiska są statystyki ukazujące rozmiar oraz motywy jego popełnienia. Samobójstwo często mogą podejmować osoby nieszczęśliwie zakochane, których miłość nie została odwzajemniona. Najsłynniejszym literackim samobójcą był Werter z powieści Johanna Wolfganga Goethego. Romantyczne uczucie było również przyczyną samobójczej śmierci Romea i Julii Szekspira.

Samobójstwo jest tragedią przyciągającą uwagę ludzi. Medialne nagłośnienie problemu samobójstwa może stymulować ludzi znajdujących się w stanie kryzysu emocjonalnego do popełnienia destrukcyjnego czynu. Według doniesień liczba samobójstw wzrasta w zależności od czasu, jaki poświęca się w środkach masowego przekazu na charakterystykę tak destrukcyjnych form zachowania się [4]. Określa się to efektem Wertera. Charakteryzuje się on zwiększoną liczbą samobójstw po nagłośnieniu w mediach samobójstwa znanych osób. Zależność ta została potwierdzona badaniami przeprowadzonymi przez socjologa Davida Philipsa w 1974 roku na Uniwersytecie Kalifornijskim w San Diego. W wielu krajach po opublikowaniu powieści Goethego „Cierpienia młodego Wertera” masowo wzrosła liczba samobójstw. Efektem zaistniałej sytuacji był zakaz jej dystrybucji. W wyjaśnieniu zjawiska rosnącej fali samobójstw, zdaniem Philipsa, znajduje zastosowanie reguła społecznego dowodu słuszności. Popełnienie samobójstwa przez sławnych ludzi jest wystarczającym motywem, aby ludzie przekonali się, że odebranie sobie życia jest właściwą i słuszną decyzją [5].

Samobójstwa stanowią poważny problem społeczny. Niepokojąco wzrasta liczba samobójstw wśród dzieci i młodzieży. Samobójstwa wśród młodzieży stanowią 30% wszystkich zgonów [6]. Przedstawione opisy przypadków śmierci samobójczej wskazują, że niespełnione uczucie miłości może prowadzić do cierpienia, załamania i poczucia braku sensu życia. Cierpienie oprócz wymiaru fizycznego, często ma również wymiar psychiczny w postaci zdrady zaufania, bycia oszukanym, niespełnionych oczekiwań, samotności, braku akceptacji. Może być nim brak poczucia bezpieczeństwa, lek, niezrozumienie, czy też różnorodne konieczności, jak wykonywanie nielubianej pracy, obcowanie z nielubianymi ludźmi lub życie w nielubianym miejscu oraz wiele innych. Cierpienie może mieć także wymiar duchowy w postaci rozterek związanych z problematyką etyczną, moralną. Jest postrzegane jako siła niszcząca w sytuacji przeżywanego przez człowieka kryzysu. Niespełniona miłość powoduje cierpienie, lęk przed odrzuceniem oraz prowadzi człowieka w kierunku destrukcyjnych zachowań.

Piśmiennictwo:

1. Skorupka S., Auderska H., Łempicka Z.: Słownik Języka Polskiego. Wyd.7. PWN, Warszawa, 1969, 85.
2. Imieliński K.: Miłość i seks. Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa, 1984, 47.
3. Magierski R., Kłoszewska I.: Samobójstwa w podeszłym wieku. Wiad. Psychiat. 2005, 8, 211-215.
4. Cialdini R.: Wywieranie wpływu na ludzi. GWP, Gdańsk, 2004, 132-140.
5. Philips D.P.: The influence of suggestion on suicide : Substantive and theoretical implications of the Werther effect. Am. Soc. Rev., 1974, 39, 340-354.
6. Carr A.: Prevention: what works with children and adolescents? A critical review of psychological prevention programmes for children, adolescents and their families. Brunner – Routledge, Londyn, 2003, 180-183.

Krajewska-Kulak Elżbieta[1], Kułak Wojciech[2], Van Damme-Ostapowicz Katarzyna[1], Kowalewska Beata[1], Guzowski Andrzej[1], Rozwadowska Emilia[1], Łukaszuk Cecylia[1], Lewko Jolanta[1], Rolka Hanna[1], Baranowska Anna[1], Szyszko-Perłowska Agnieszka[1]

Stygmatyzacja osób zakażonych wirusem HIV i chorych na AIDS

[1] Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
[2] Klinika Rehabilitacji Dziecięcej , Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wprowadzenie

Na przestrzeni lat, za Scambler i wsp. [1], podejście do problemu stygmatyzacji ulegało zmianie i obecnie terminem tym określa się *pewien proces angażujący całe społeczeństwo, a nie jedynie atrybut czy cechę napiętnowanych*.

W literaturze przedmiotu [cyt. za 2], termin stygmat - stygmatyzacja, jest szeroko używany nie tylko w płaszczyźnie nauk społecznych, ale także w języku potocznym, gdzie nie jest wyraźnie sprecyzowany. W teorii naznaczenia, stygmatyzacja jest identyfikacją osobistej lub społecznej cechy prowadzącej do wykluczenia jednostki [cyt. za 2].

W piśmiennictwie polskim często używa się terminu „piętno", jako równoznacznego ze stygmatem.

Jones [cyt. za 2] wyodrębnił następujące cechy piętna: widoczność, dostrzegalność, zmienność atrybutów w czasie, ich postępujący charakter, destrukcję, czyli stopień, w jakim cecha jest piętnująca, estetykę, odnoszącą się do subiektywnych relacji na wyrazistość piętna, pochodzenie piętna – np. cechy wrodzone, cechy nabyte, które odnosi się do osobistej odpowiedzialności na wykreowanie danej cechy oraz stopień niebezpieczeństwa dla innych.

Goffman [3, 4], twórca teorii stygmatyzacji, wyróżnia trzy rodzaje piętna: fizyczne, charakterologiczne oraz narodowe i podkreśla, że w wyniku upływu czasu stygmat może ulec złagodzeniu lub zaostrzeniu. Autor osoby dotknięte stygmatem definiuje jako takie, które *posiadają społeczny atrybut głęboko je dyskredytujący i które są postrzegane jako niepełnowartościowe z tego właśnie powodu* i podkreśla jednocześnie, że ten sam atrybut w zależności od kontekstu, może kogoś dyskredytować, potwierdzać zwyczajność lub nawet pozytywnie wyróżniać [3]. Uważa także, że stygmat jest *wytworem danej widowni społecznej, reprezentującej określoną kulturę, a nie właściwością konkretnej osoby*. W jego opinii może mieć znaczenie centralne (np. niepełnosprawność, otyłość, choroba przewlekła, kolor skóry) lub peryferyjne (np. inna orientacja seksualna, ubóstwo). W związku z tym można go także ukryć, umiejętnie manipulując wrażeniem, warunkami sytuacji, bądź kierując informacjami dotyczącymi piętna [3].

Definicja stygmatu, pochodząca z *Introductory Sociology*, za Czykwin [5], podkreśla, że *„w tym procesie wiele form społecznego zachowania lub atrybutów jest odbieranych subiektywnie jako społeczna dezaprobata, stając się dyskredytującymi w*

oczach innych i czyniąc możliwym wykluczenie z prawidłowych społecznych interakcji, co w dalszej perspektywie prowadzi do dysfunkcji tożsamości [5].

Aggleton [6] uważa, iż stygmat można traktować jako jeden z najmocniejszych środków społecznych stosowanych do marginalizowania, wykluczania, demonstracji władzy wobec osób o niepożądanych cechach, będący odpowiedzią społeczeństwa na doznawany strach zwłaszcza wtedy, gdy nie jest on możliwy do uniknięcia lub zlikwidowania.

W opinii Alonzo i Reynoldsa [7] stygmat jest niezwykle dotkliwą etykietą społeczną, radykalnie zmieniającą sposób, w jaki osoby napiętnowane postrzegają siebie i są postrzegane przez innych.

Według Olechnickiego i Załęckiego [8] „*stigma*" jest szerszym terminem, obejmującym poza fizyczną cechą, skazą, czy defektem, również zdarzenia i sytuacje w życiu człowieka, które są rozpoznawane przez otoczenie, jako zjawiska piętnujące daną jednostkę i prowadzące do jej odtrącenia, a w konsekwencji wypaczenia, bądź niszczenia jej społecznej akceptacji i statusu społecznego.

Nelson [9] podkreśla, iż stereotyp i uprzedzenie to pojęcia, które bardzo często pojawiają się w kontekście badań nad stygmatyzacją. Oba są podobne do tzw. postawy, czyli ogólnej oceny jakiegoś obiektu i składają się z trzech składników: behawioralnego, afektywnego i poznawczego, z tym, że w przypadku stereotypu dominuje składnik poznawczy, a w przypadku uprzedzenia – afektywny [9].

W roku 2001 zjawisko stygmatyzacji opisali Link i Phelan [10], w pracy pt. „*Conceptualizing stigma*" i podkreślali w niej, iż o stygmatyzacji można mówić wtedy, gdy współistnieją następujące powiązane ze sobą elementy: etykietowanie, stereotypizacja, oddzielenie „nas" od „nich" na podstawie utworzonych stereotypów oraz utrata statusu społecznego i dyskryminacja.

W roku 2004 w Amsterdamie, podczas warsztatów zatytułowanych „*Stygmatyzacja i dyskryminacja związana z chorobą",* utworzono Międzynarodowe Konsorcjum do spraw Badań i Przeciwdziałania Stygmatyzacji Związanej z Chorobą [11, 12].

Rodzaje stygmatów

Goffman [4] wyróżnia trzy typy stygmatów:

- stygmaty wynikające z posiadania fizycznych deficytów lub uszkodzeń ciała
- skazy charakteru, wnioskowane przez ,,społeczną widownię" na podstawie pewnych elementów z biografii, np. pobyt w więzieniu, samobójstwo, wczesne macierzyństwo
- stygmaty plemienne, będące wynikiem samej przynależności do jakiejś grupy i przenoszone z pokolenia na pokolenie.

Czykwin [5] natomiast rozróżnia stygmaty:

- ukryte (dyskredytowane)
- jawne (zdyskredytowane), widoczne dla wszystkich
- nabyte, np. w wyniku wypadku lub choroby
- przeniesione, np. z pacjenta na lekarza, z zawodu rodzica na dziecko
- przekazane (plemienne).

Rüsch i wsp. [13] preferują stygmat:

- społeczny - stereotypizacja (powiązanie różnic społecznych ze stereotypami)
- własny - etykietowanie (identyfikacja i nazwanie niektórych istotnych społecznie różnic)

- zwiany z chorobą (oddzielanie „nas" od „nich" na podstawie utworzonych stereotypów lub utrata statusu społecznego i dyskryminacja, których doświadcza osoba napiętnowana).

Skutki stygmatyzacji

Urban [11] w procesie stygmatyzacji (naznaczania) wyróżnia trzy etapy:

- konfrontacji – gdy jednostka poddana jest zainteresowaniu i uwadze, jako ktoś „odbiegający od normy"
- osadzenia – gdy jednostka zaczyna być w sposób stały spostrzegana negatywnie
- wpisania w rolę – gdy osoba „naznaczona" silnie uwewnętrznia to, co wcześniej mówili o niej inni.

Szewetowska [2] podkreśla, iż istotą stygmatyzacji jest społeczne naznaczenie grupy stygmatyzowanej lub pojedynczych osób, a jedna grupa lub jedna osoba mogą być stygmatyzowane z kilku powodów [2]. Stygmat może spowodować zepchnięcie innych cech osoby (np. inteligencję, uczciwość, dobroć itp.) na plan dalszy, preferując tylko cechę związaną z „naznaczeniem" oraz z przynależnością do określonej stygmatem grupy, co w konsekwencji może być powodem, iż np. osoby chore mają niższy status społeczny, ponieważ mają niższą samoocenę, ale też i odwrotnie, mogą mieć niższą samoocenę, ponieważ mają niższy status [2].

W opinii Wojciechowskiej [14], osoby stygmatyzowane są często traktowane jak dewianci, osoby godne pogardy, co w konsekwencji prowadzi do ich dyskryminowania, odrzucania, izolowania, a nawet więzienia.

Czykwin [5] zauważa, iż stygmatyzacja, to nie tylko etykietowanie, ale również odmawianie równych praw, szykanowanie, znęcanie się psychiczne, drażnienie, wyszydzanie i wreszcie przemoc fizyczna, czyli zjawisko przyjmujące niekiedy postać wyroku decydującego o przyszłości człowieka, innym razem osądów moralnych, czy wykluczeni.

W literaturze przedmiotu [cyt. za 5] podkreśla się negatywne skutki, jakie zjawisko to wywołuje u „naznaczanych" jednostek, zaliczając do nich:

- efekt etykietowania - odnoszący się do sytuacji, kiedy ludzie zaczynają zachowywać się w odmienny sposób wobec danej osoby, kierując się informacjami o posiadaniu przez nią „etykiety", wynikający już z wcześniejszego nastawienia do danej osoby
- efekt Pigmaliona - polegający na spełnianiu się pozytywnego oczekiwania wobec kogoś dlatego, że to pozytywne oczekiwanie sobie wytworzyliśmy
- efekt Golema - polegający na tym, że określone oczekiwania w stosunku do innych osób, samych siebie lub przyszłych zdarzeń wpływają na zachowanie innych, bądź nas samych, gdy sam pacjent dąży do spełnienia negatywnych prognoz związanych ze swym stanem.

Etykietowanie, za Wojciechowska [14], wpływa zwrotnie na sposób myślenia "chorego" o sobie w kategoriach zawartych w stygmacie. Jednostka zaczyna wierzyć w dysponowanie przypisywanymi właściwościami, utożsamiać się z nimi i zachowywać zgodnie z treścią stygmatu, spełniając oczekiwania społeczne [14].

Stygmatyzacja, według Czykwina [5], może się odnosić także do osób chorych w przypadkach, gdy podkreślanie ich odmienności w stosunku do tzw. „normalnej" części społeczeństwa, czyli dążenie do wyraźnego oddzielania „ich" od „nas", stanowi ważny

element procesu społecznego ich napiętnowania. Stygmatyzować się może sam chory lub jego otoczenie, a skutkiem powyższego może być "efekt Golema" [5].

Sytuacja epidemiologiczna zakażeń HIV/AIDS

Świat od 25 lat próbuje stawić czoła epidemii HIV. W Polsce pierwsze przypadki rozpoznano w latach 1985-1986 [15].

Dane Narodowego Instytutu Zdrowia oraz Państwowego Zakładu Higieny wskazują, iż w Polsce, od początku epidemii (1985 roku) do 30 kwietnia 2010 roku zanotowanych jest 12.893 zakażonych ogółem, co najmniej 5.637 zakażonych w związku z używaniem narkotyków, 2.353 zachorowań na AIDS (*Acquired immune deficiency syndrome - Zespół nabytego niedoboru odporności*), a 1.023 chorych zmarło [16]. Na początku września 2010 roku leczeniem ARV (antyretrowirusowym) objętych było około 4.813 pacjentów, w tym 134 dzieci. [16]. W naszym kraju statystycznie każdego dnia 2 osoby dowiadują się o fakcie zakażenia HIV (*Human immunodeficiency virus - Ludzki wirus niedoboru odporności*), jako zazwyczaj zakażenia, których można uniknąć, stosując odpowiednią profilaktykę. Co czwarta zakażona HIV osoba w Polsce to kobieta [16].

Na świecie kobiety stanowią już ponad połowę osób żyjących z HIV i odsetek ten rośnie [16].

Wspólną cechą epidemii na całym świecie jest fakt, że HIV dotyka głównie osoby młode - prawie 40% osób żyjących z HIV na świecie jest między 15. a 24. rokiem życia [16].

W Polsce jest podobnie: 7% wszystkich zakażeń wykryto u osób poniżej 20. roku życia, zaś 46% wszystkich zakażeń HIV dotknęło osoby między 20. a 29. rokiem życia [16]. Dominującą grupę (84%) wśród zakażonych HIV i chorych na AIDS w Polsce stanowią osoby w wieku produkcyjnym (20-49 lat). Szacuje się, że w Polsce być może nawet 70% osób zakażonych HIV nie wie o swoim zakażeniu i osoby te nie są ujmowane w statystykach. Niepokojące jest również zjawisko zakażania się przez osoby bardzo młode i młode. Niezbędne jest zatem wzmocnienie działań skierowanych do populacji szczególnie narażonych na ryzyko zakażenia. Dane epidemiologiczne wskazują na relatywnie stabilną sytuację epidemiologiczną HIV/AIDS w Polsce. Jednak biorąc pod uwagę szybko wzrastającą liczbę zakażeń HIV w innych krajach Europy Środkowej i Wschodniej, istnieje potencjalne ryzyko gwałtownego rozprzestrzeniania się epidemii w regionie, co może mieć bezpośrednie przełożenie także na sytuację w Polsce [16].

Postawy wobec HIV/AIDS

W roku 2001 CBOS przeprowadził w dniach 9-12 listopada, na liczącej 968 osób reprezentatywnej próbie losowo-adresowej dorosłych mieszkańców Polski badanie, dotyczące postaw społeczeństwa wobec chorych na AIDS [17]. Istnieje powszechne przekonanie, że ludziom chorym na AIDS winni jesteśmy pomoc (94%), współczucie (91%) i opiekę (89%). Po raz pierwszy też od roku 1992 odsetek osób, które zgadzali się z kontrowersyjną opinią, iż ludzie chorzy na AIDS sami są sobie winni, że zapadli na tę chorobę (32%) był niższy niż odsetek sprzeciwiających się tej tezie (56%). W społeczeństwie istniało przekonanie, że nosiciele wirusa HIV powinni być otoczeni troskliwą opieką, najlepiej przez rodzinę (66%) [17]. Ponad dwie piąte respondentów (42%) było zdania, że powinny też działać specjalnie w tym celu powołane organizacje

i stowarzyszenia. Tyle samo ankietowanych (42%) uważało, że osoby zakażone powinny znaleźć opiekę w zakładach zamkniętych lub specjalnych szpitalach [17].

Huk-Wieliczuk i Szpakow [18] badaniem objęli 737 uczniów wiejskich uczęszczających do losowo wybranych szkół na terenie Południowego Podlasia i powiatu grodnieńskiego w wieku 15-17 lat. Zdecydowana większość badanej młodzieży (83,7%) twierdziła, iż AIDS jest obecnie choroba, której rzeczywiście należy się obawiać. Prawie 67% respondentów odwiedziłoby przyjaciela chorego na AIDS, a około 48% wyrażało gotowość do opieki nad przyjacielem lub krewnym dotkniętym tą chorobą. Jednak połowa badanych uważała, że ludzie zakażeni wirusem HIV powinni być izolowani od społeczeństwa. Podobne przekonania przejawiała badana młodzież wobec uczniów i nauczycieli zakażonych wirusem HIV i chorych na AIDS. Analizując wypowiedzi autorzy [18] odnotowali większy odsetek prawidłowych przekonań wśród młodych ludzi zamieszkałych na terenie Południowego Podlasia (27-75%), niż w obwodzie grodnieńskim (10%-58%).

Niedźwiecka i wsp. [19] badaniem objęli 160 żołnierzy w wieku 19-22 lat z jednostki wojsk zmechanizowanych. Większość żołnierzy (67,5%) było przekonanych, że zakażeni HIV powinni informować o tym innych ludzi. Jedynie 11,9% badanych zgodziła się z tym, że chorzy mają prawo do zachowania informacji o swojej chorobie. Około 34,4% badanych żołnierzy wiedziało, że osoby chore nie są zagrożeniem dla innych, natomiast 26,3% było przeciwnego zdania, co zdaniem autorów ujawnia nieprzychylny stosunek do chorych [19]. Ponad 60% badanych nie zgadzało się ze zwolnieniami chorych na AIDS, ale 14,4% respondentów twierdziło, że chorzy powinni być zwalniani z pracy, ponieważ stanowią dla innych ryzyko zakażenia. Większość ankietowanych (48,1%) przyzwala na korzystanie z tych samych zakładów opieki zdrowotnej wszystkim osobom. Jedynie nieliczni twierdzili, że taka sytuacja nie powinna mieć miejsca i byli jej przeciwni (21,3%). Tylko połowa badanych zgodziłaby się, aby chore dzieci uczęszczały do tych samych szkół, co inne dzieci. Prawie 84% badanych mogłoby odwiedzić przyjaciela chorego na AIDS i wyrażało gotowość do opieki nad nim. Ponad połowa ankietowanych deklarowała życzliwy stosunek do osób chorych (59,2%), stosunek obojętny miało 32,9% badanych, a niechętnych chorym osobom było tylko 7,4% osób [19].

Milewski [20] analizując postawy młodzieży z Płocka stwierdził, że ponad połowa wyraziła pogląd, iż leczenie chorych na AIDS powinno odbywać się w oddzielnych szpitalach 57,2%. Spośród wszystkich badanych 7,2% aprobowało takie postępowanie, a 88,4% uważało, że dzieci zakażone HIV powinny normalnie uczęszczać do szkoły z innymi dziećmi [20].

W badanej przez Komosińską [21] populacji młodzieży stosunek do dzieci chorych na AIDS był zbliżony do deklaracji składanych przez żołnierzy. Ponad 60% uczącej się młodzieży zgadzała się, aby takie dzieci chodziły do szkoły z innymi. Niestety, opinia młodzieży nie uczącej się nie jest już tak przychylna. Tylko 23% zgadzała się na uczęszczanie zakażonych dzieci do tej samej szkoły, co inne, zdrowe dzieci. 67% grupy nie jest pewna swojej decyzji [21].

Nowacka [22] w grupie 60 pielęgniarek pracujących w różnych placówkach ochrony zdrowia na terenie Dolnego Śląska wykazała, że 71,67% z nich bało się kontaktów z chorymi na HIV i AIDS, 70% opowiedziało się za ich oddzielną hospitalizacją, a 85% ankietowanych - że nie chciałoby pracować z koleżanką lub kolegą zarażonymi HIV [22].

Kułak i wsp. [23] w badaniu oceny postrzegania innych narodów i kultur przez 50 studentów kierunku fizjoterapia Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku wykazali,

iż nosiciela wirusa HIV za sąsiada nie chciałoby mieć 26% studentów, za kolegę na studiach - 28%, a za współmałżonka/partnera - 90% z nich. W innych badaniach [24], którymi objęli 150 osobową grupę młodzieży w wieku 17-20 lat stwierdzili, iż w większości młodzież nie chciałaby mieć nosiciela wirusa HIV za sąsiada (70%), jako kolegi w szkole lub na studiach (68%) oraz jako partnera/współmałżonka (91,3%).

Ankiersztejn-Bartczak [15] badaniem objęła 150 osób zakażonych wirusem HIV. Respondneci, na pytanie *Dlaczego ukrywają Pan/Pani informację o swoim zakażeniu?* - deklarowali iż bali się, że informacja o ich zakażeniu zostanie rozpowszechniona (72 osoby), uważali, że to wyłącznie ich sprawa (60 osób), bali się gorszego traktowania (54 osoby), wrogości (49 osób), odrzucenia (45 osób), nie czuli potrzeby mówienia (45 osób), bali się utraty pracy (39 osób), odwrócenia od nich bliskich im osób (33 osoby), utraty pozycji społecznej (25 osób), wstydzili się, że są zakażeni (22 osoby), bali się osamotnienia (19 osób). 19 badanych podało inne przyczyny, a 16 - nie potrafiło odpowiedzieć na to pytanie [15].

Stygmatyzacja chorych HIV/AIDS

Wojciechowska [14] podkreśla, iż dynamika AIDS pokazuje, że problem ludzi żyjących z HIV/AIDS jest nie tylko problemem medycznym, ale także poważnym problemem społecznym.

Lewis [25] zauważa, iż pomimo rozwoju nowych metod leczenia HIV problem stygmatyzacji pacjentów z HIV nadal występuje.

W literaturze przedmiotu [cyt. za 14] podkreśla się, że ujawnienie, iż ktoś jest seropozytywny niesie ze sobą znacznie więcej obaw, niż tylko po prostu strach i niepewność co do tego, jak inni ludzie będą reagować. W konsekwencji osoby zakażone wirusem HIV lub chore na AIDS boją się ujawnienia ich statusu rodzinom lub przyjaciołom, również ze względu na korzystanie z ich pomocy np. przy poszukiwaniu pracy, dostępie do służby zdrowia lub innych usług.

Uważa się, za Wojciechowska [14], że ludzie z HIV/AIDS są stygmatyzowani ponieważ:

- HIV/AIDS jest kojarzony z zachowaniami, które już są napiętnowane lub uznawane za dewiacyjne, jak np. homoseksualizm i dożylne wstrzykiwanie narkotyków
- ludzie z HIV/AIDS są uznawani za odpowiedzialnych za zarażenie się HIV
- HIV/AIDS jest chorobą zagrażającą życiu,
- ludzie boją się zarażenia HIV,
- przekonania religijne lub moralne prowadzą niektórych ludzi do wniosku, że zarażenie się HIV/AIDS jest skutkiem przewinienia moralnego.

Gagnon i wsp. [cyt. za 14] uważają, iż stygmat i dyskryminacja łączące się z HIV/AIDS są silnie związane z pierwotnym stygmatem seksualności, kojarzone są z chorobami przenoszonymi drogą płciową, homoseksualnością, stosunkami pozamałżeńskimi, prostytucją i dewiacjami seksualnymi, a powyższe potęguje fakt, że wirus HIV jest przenoszony głównie drogą płciową, a w większości obszarów świata epidemia HIV rozpoczęła się w populacjach stosujących praktyki seksualne odbiegające od normy.

We współczesnym społeczeństwie, za Wojciechowska [14] powszechne są przekonania, że epidemii zachorowań na AIDS są przede wszystkim homoseksualiści, a wśród osób heteroseksualnych - kobiety mające stosunki pozamałżeńskie. W Brazylii

[cyt. za 14], gdzie stopa infekcji HIV wśród monogamicznych mężatek jest wysoka, kobiety seropozytywne są powszechnie uznawane za cudzołożnice.

W literaturze przedmiotu [cyt. za 14], podkreśla się, że bardzo często zakażenia wirusem HIV lub zachorowania na AIDS są kojarzone z zachowaniami grup zmarginalizowanych, to wszystkie osoby żyjące z HIV/AIDS są postrzegane, jako należące do tych zmarginalizowanych grup, a niektóre z tych osób mogą być stygmatyzowane w sposób, jakiego nie doświadczały uprzednio. W związku z tym rozwija się swoiste błędne koło, ponieważ także HIV/AIDS potęguje stygmatyzację osób i grup, które już są zmarginalizowane, jednocześnie zwiększa także podatność na HIV/AIDS, a to z kolei przyczynia się do ich późniejszego stygmatyzowania i marginalizacji [cyt. za 14].

Ankiersztejn-Bartczak [15] badaniem objęła 150 osób zakażonych wirusem HIV. Ponad połowa z nich (53%) w swoim życiu spotkało się z przejawem dyskryminacji ze względu na status serologiczny. 5% nie udzieliło informacji na ten temat, a 42% twierdziło, Ze nie było nigdy stygmatyzowanymi. Spośród osób, które dyskryminowały badanych najczęściej był personel medyczny (61 wskazań), następnie rodzina - 23 osoby, przyjaciele - 16 wskazań, pracownicy służb więziennych - 7 wskazań, koledzy/ koleżanki w pracy - 6 wskazań, pracodawca - 6 wskazań, znajomi - 5 wskazań i inni - 1 [15]. Za najczęściej wymieniane przejawy dyskryminacji było nieetyczne traktowanie przez personel służby zdrowia (45 osób). W 38 przypadkach było to rozpowszechnienie informacji o zakażeniu, w 37 - odmówienie pomocy lekarskiej, w 29 - odmówienie pomocy stomatologicznej, w 29 - niekompetentna pomoc lekarska, w 25 - odmowa wykonania zaleconego zabiegu, w 20 - odmowa przyjęcia do szpitala, w 11- zakończenie związku, po 6 przypadków - utrata pracy, rodziny lub pozycji społecznej, w 4 - nie przyjęcie do pracy, 3 - odmowa rehabilitacji, w 3 - inne przyczyny , a w 2 - utrata dzieci [15]. Według osób seropozytywnych główną przyczyną ich dyskryminacji może być brak wiedzy w społeczeństwie (102 odpowiedzi). 65 osób uważało, że jest ona związana z lękiem przed zakażeniem, 47 osób sądziło, że jest to związane z ludzką mentalnością, 9 osób w innych przyczynach podało, m. in.: głupotę (4 osoby), poczucie wyższości nad osobami zakażonymi (1 osoba), brak chęci edukacji (1 osoba). Pojawiła się jedna odpowiedź: sami sobie jesteśmy winni [15].

Nachega i wsp. [26] przebadała 2035 osób z HIV za pomocą standardowego kwestionariusza. Trzydzieści siedem procent respondentów stwierdziło, iż odczuwa samotność z powodu HIV. Depresję odnotowano u 27 proc. Większe piętno i stygmatyzacji zgłaszali mieszkańcy Azji i Pacyfiku w porównaniu z innymi regionami świata [26].

Pitpitan [27] oceniali problem stygmatyzacji wśród HIV i AIDS u 2572 i wykazali, iż stygmatyzacja AIDS negatywnie korelowała z codziennym życiem i zwiększała większe ryzyko przenoszenie się HIV drogą płciową.

Smith i Baker [28], do zbadania relacji między stygmatyzacją HIV/AIDS i jej postrzeganiem, wykorzystali analizę sieci społecznych. Objęli badaniem 375 osób z różnych grup społecznych z Keetmanshoop w Namibii. Autorzy wykazali, iż większe ryzyko postrzegania i piętna HIV mieli uczestnicy z mniejszych grup społecznych. Tabu, tajemnica, opór, znajomość osoby żyjącej z HIV/AIDS oraz dążenie do Zachowania tajemnicy diagnozy były bardzo ważnymi elementami stygmatyzacji. Wyniki sugerują, że interakcja pomiędzy postrzeganiem ryzyka zakażenia HIV i piętna HIV, są związane strukturalne na poziomie sieci społecznych opartych na uczestnictwie w grupach społecznych [28].

Wong i Syuhada [29] badanie na temat stygmatyzacji i dyskryminacji HIV/AIIDS przeprowadzili wśród społeczeństwa Malezji i wykazali głęboko negatywne postawy wobec osób z HIV/ AIDS. Kluczowymi czynnikami były: wysokie ryzyko zakażenie HIV, stadium choroby, indywidualne relacje do osoby, miejsce zamieszkania: miasto wieś oraz przynależność do grupy etnicznej. Postawy bardziej negatywne wobec chorych stwierdzali wśród mieszkańców wsi [29].

W badaniu MacPherson i wsp. [30] wzięły udział osoby dorosłe zamieszkujące miasta w Malawi. Z 226 dorosłych zaproszonych do udziału, 216 (95,6%) wypełniło ankiety. Postawy stygmatyzacji były rzadkie, ale dominowały takie, jak obawy wyzwisk (22%) lub porzucenia przez swojego partnera (11%) [30].

Nattabi i wsp. [31] opisują problem stygmatyzacji chorych z HIV w Ugandzie. Badaniem objęli 476 chorych z HIV i stwierdzili, iż bardziej stygmatyzowane były kobiety zarażone wirusem HIV oraz osoby poddane terapii retrowirusowej [31].

Badahdah i Foote [32] badali miedzy innymi wpływ wstydu na zjawisko stygmatyzacji osób żyjących z HIV/AIDS w świecie arabskim. Dane z badania zostały zebrane od 277 studentek uczelni w trzech krajach arabskich: Kuwejt, Bahrajn, Jordania. Tylko w Bahrajnie wiedza na temat HIV i AIDS była odwrotnie proporcjonalna do negatywnych postaw wobec osób z HIV i AIDS, natomiast wstyd był silnym czynnikiem piętna AIDS we wszystkich trzech krajach [32].

Badahdah [33] podkreśla, iż najnowsze statystyki z Arabii Ministerstwa Zdrowia podają, że 77% Saudyjczyków zakażonych HIV stanowili mężczyźni. Swoim badaniem autor objął 162 saudyjskich studentów męskiej uczelni. Uzyskane wyniki sugerują jego zdaniem, że studenci, którzy wiedzieli mniej o HIV i AIDS byli bardziej skłonni do piętnowania osób żyjących z HIV/AIDS niż ci, którzy wiedzieli więcej. Wstyd związany z AIDS był najsilniejszym czynnikiem piętna AIDS [33].

Podsumowanie

Zakres chorób, którym w mniejszym czy większym stopniu towarzyszy stygmatyzacja jest bardzo szeroki i obejmuje zarówno choroby somatyczne, w tym przede wszystkim zakaźne, w tym np. AIDS.

Mill i wsp. [34] w swoich badaniach oceniali stygmatyzujące praktyki w zakładach opieki zdrowotnej w Ottawie i Edmonton (Kanada) i uważają, iż stygmatyzacja może być używana jako mechanizmu kontroli społecznej chorych z HIV i AIDS. Ankietowane przez nich osoby opisywały zarówno czynne, jak i bierne społeczne mechanizmy kontroli: unikanie i ostracyzm, etykietowanie i marginalizację w praktykach opieki zdrowotnej. Zdaniem autorów, wyniki te pokazują pilną potrzebę wielopoziomowych interwencji w zarządzaniu, w celu zmniejszenia stygmatyzacji chorych z HIV i AIDS [34].

Gausset i wsp. [35] przyczyny stygmatyzacji HIV oceniali w Burkina Faso (państwie w Afryce). Uzyskane wyniki świadczą ich zdaniem, iż moralna i społeczna stygmatyzacja jest nie tylko prostym wnioskiem wynikającym ze strachu i braku wiedzy na temat tej choroby, ale także braku oficjalnych kampanii społecznych na temat HIV i AIDS oraz złożonym procesem społecznym, który wymaga stałych działań na rzecz osób chorych [35].

Zarażeni wirusem HIV i chorzy na AIDS to osoby, które żyją w swoistym błędnym kole. Z jednej strony na co dzień borykają się nie tylko z chorobą, ale z dyskryminacją i napiętnowaniem, a z drugiej - nietolerancja wobec nich skutkuje

utrudnionym dostępem do pracy, co w konsekwencji prowadzi do życia w ubóstwie i zwiększa ryzyko rozpowszechnia się choroby.

Podsumowaniem pracy niech będą słowa Nelsona Mandeli, "*To nie AIDS jest zabójcą, ale stygmatyzacja, dyskryminacja i ostracyzm są prawdziwymi zabójcami*."

Piśmiennictwo

1. Scambler G., Heijnders M., van Brakel W.H.: Understanding and tackling health-related stigma, Psychol. Health Med., 2006; 11: 269-270.
2. Szewetowska K.: Stygmatyzacja społeczna, Edukacja i dialog, 2009, 4, http://www.eid.edu.pl/archiwum/2009,261/kwiecien,301/nasze_sprawy,309/stygmatyzacja_spoleczna,2199.html, data pobrania: 10.04.2012.
3. Goffman E.: Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości, Gdańskie Wyd. Psychol., Gdańsk 2005; 1-198.
4. Goffman E.: Stigma: notes on the management of a spoiled identity, Simon and Schuster, New York, 1963; 1-168.
5. Czykwin E.: Stygmat społeczny, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2007; 1-455.
6. Aggleton P.: Barcelona 2002: law, ethics, and human rights. HIV/AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework, Can. HIV AIDS Policy. Law. Rev., 2002; 7: 115-116
7. Alonzo A.A., Reynolds N.R.: Stigma HIV and AIDS. An explanation and elaboration of stigma trajectory, Soc. Sci. Med., 1995; 41: 303-313.
8. Olechnicki K., Załęcki P.: Słownik socjologiczny. Graffiti BC, Toruń, 2004; 1-262.
9. Nelson T.D.: Psychologia uprzedzeń. Gdańskie Wyd. Psychol., Gdańsk 2003; 1-340.
10. Link B.G., Phelan J.C.: Conceptualizing sigma, Ann. Rev. Sociol., 2001; 27: 363-385
11. Urban B.: Zaburzenia w zachowaniu i przestępczość młodzieży. Wyd. UJ, Kraków 2000; 1-238.
12. Somma D., Bond V.: International Research Workshop on Health-related Stigma and Discrimination. Psychol. Health Med., 2006; 11: 271-276.
13. Rüsch N., Angermeyer M.C., Corrigan P.W.: Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma, Eur. Psychiatry, 2005; 20: 529-539.
14. Wojciechowska J.: Stygmat i dyskryminacja osób żyjących z HIV/AIDS, http://www.univ.rzeszow.pl/ekonomia/Zeszyt4/35_wojciechowska.pdf, data pobrania: 10.04.2012.
15. Ankiersztejn-Bartczak M.: Jakość życia osób żyjących z HIV i chorych na AIDS. Raport z badań. http://politykaspoleczna.um.warszawa.pl /sites/ politykaspoleczna.um.warszawa.pl/files/artykuly/zalaczniki/Raport_z_badan__Jakosc_Zycia_osob_zyjacych_z_HIV_i_chorych_na_AIDS_..pdf, data pobrania, 10.04.2012.
16. Zakażenia HIV/AIDS – aktualne problemy, http://www.aids.gov.pl/ ?page= epidemiologia&act=pl&id=1, data pobrania - 10.04.2012.
17. Komunikat CBOS, Społeczeństwo wobec chorych na AIDS, BS/163/2001, 2001, 11, 1-9.
18. Huk-Wieliczuk E., Szpakow A.: Ocena wiedzy i przekonań młodzieży wiejskiej regionów przygranicznych Polski i Białorusi wobec HIV/AIDS. Now. Lek., 2004; 73: 135-139.

19. Niedźwiecka M, Nowacka E., Grzybowski A.: Postawy żołnierzy służby zasadniczej wobec osób zakażonych HIV i chorych na AIDS. Prob. Hig. Epidemiol., 2010; 9: 126-130.
20. Milewski M. Społeczne uwarunkowania postaw młodzieży wobec AIDS: (na przykładzie szkół średnich Płocka). Nomos, Kraków, 2005; 228-251.
21. Komosińska K.: Epidemia HIV/AIDS na tle historycznym. Wyd. Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn , 1999.
22. Nowacka M.: Poziom wiedzy pielęgniarek a postawy wobec pacjentów zarażonych wirusem HIV i chorych na AIDS. Acta Scholae Superioris Medicinae Legnicensis, 2008; 1: 69-78.
23. Kułak A., Okurowska-Zawada B., Kułak P.: Postrzeganie innych narodów i kultur przez studentów kierunku fizjoterapia. Doniesienie wstępne. [w:] W drodze do brzegu życia, Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C.R, Lewko J. (red.), Duchno sp. z o.o., Białystok, 2011; tom VIII, 205-222.
24. Kułak A., Kułak P., Shpakau A., Okurowska-Zawada B.: Postrzeganie innych narodów i kultur przez młodzież. Prob. Hig. Epidemiol, 2011; 92: 679-687.
25. Lewis R.: Stamping out stigma in HIV. Nurs. Times, 2011; 107: 16-17.
26. Nachega J.B., Morroni C., Zuniga J.M., et al: HIV-Related Stigma, Isolation, Discrimination, and Serostatus Disclosure: A Global Survey of 2035 HIV-Infected Adults. J. Int. Assoc. Physicians AIDS Care (Chic), 2012; 3: 19 [Epub ahead of print]
27. Pitpitan E.V., Kalichman S.C., Eaton L.A, et al:. AIDS-Related Stigma, HIV Testing, and Transmission Risk Among Patrons of Informal Drinking Places in Cape Town, South Africa. Ann. Behav. Med., 2012; 2: 25 [Epub ahead of print]
28. Smith R.A., Baker M.: At the Edge? HIV Stigma and Centrality in a Community's Social Network in Namibia. AIDS Behav. 2012; 16: 525-534.
29. Wong L.P., Syuhada A.R.: Stigmatization and discrimination towards people living with or affected by HIV/AIDS by the general public in Malaysia. Southeast Asian J Trop Med Public Health, 2011; 42: 1119-1129.
30. MacPherson P., Webb E.L., Choko A.T., et al: Stigmatising attitudes among people offered home-based HIV testing and counselling in Blantyre, Malawi: construction and analysis of a stigma scale. PLoS One, 2011; 10: 6, [Epub ahead of print].
31. Nattabi B., Li J., Thompson S.C., Orach C.G., Earnest J.: Factors associated with perceived stigma among people living with HIV/AIDS in post-conflict northern Uganda. AIDS Educ. Prev., 2011; 23: 193-205.
32. Badahdah A.M., Foote C.E.: Role of shame in the stigmatization of people with human immunodeficiency virus: a survey of female college students in 3 Arab countries. East. Mediterr. Health J , 2010; 16: 982-987.
33. Badahdah AM.: Stigmatization of persons with HIV/AIDS in Saudi Arabia. J. Transcult. Nurs. , 2010, 21, 386-392.
34. Mill J.E., Edwards N., Jackson R.C.: Stigmatization as a social control mechanism for persons living with HIV and AIDS. Qual Health. Res., 2010; 20: 1469-1483.
35. Gausset Q., Mogensen H.O., Yameogo W.M., et al: The ambivalence of stigma and the double-edged sword of HIV/AIDS intervention in Burkina Faso, Soc. Sci Med., 2012; 74: 1037-1044.

Krajewska-Kułak Elżbieta[1], Kułak Wojciech[2], Lankau Agnieszka[1], Kowalczuk Krystyna[1], Szyszko-Perlowska Agnieszka[1], Krajewska-Ferishah Katarzyna[1], Kondzior Dorota[1], Klimaszewska Krystyna[1], Jankowiak Barbara[1], Sierakowska Matylda[1]

Marginalizacja i stereotypizacja osób niepełnosprawnych

[1] Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
[2] Klinika Rehabilitacji Dziecięcej , Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Dane epidemiologiczne

Zgodnie z danymi ze strony pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnoprawnych [1], ostatnie pełne dane dotyczące liczby osób niepełnosprawnych w Polsce pochodzą z Narodowego Spisu Powszechnego 2002 i wykazały one, iż w 2002 roku liczba osób niepełnosprawnych ogółem wynosiła blisko 5,5 mln, w tym około 4,5 mln posiadało prawne potwierdzenie faktu niepełnosprawności, a 4,3 mln spośród nich stanowiły osoby w wieku 15 lat i więcej.

Według wyników kwartalnego reprezentacyjnego Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL) [1], prowadzonego przez Główny Urząd Statystyczny, liczba tych ostatnich od tego czasu systematycznie spadała i w 2011 roku wynosiła około 3,4 mln osób (dokładnie 3384 tys.). Oznacza to, że 10,6% ludności w wieku 15 lat i więcej posiada prawne orzeczenie niepełnosprawności. W 2011 roku liczba osób niepełnosprawnych prawnie w wieku produkcyjnym wynosiła około 2,0 mln (dokładnie 2024 tys.), co stanowiło 8,4% ludności w tym wieku [1].

Według Badania Stanu Zdrowia [1], pod koniec 2009 roku prawne orzeczenie o niepełnosprawności lub równoważne posiadało prawie 4,2 mln Polaków, w tym blisko 184 tys. dzieci do lat 16 z aktualnym orzeczeniem o niepełnosprawności, tj. o około 600 tys. osób więcej w porównaniu z szacunkami z badania BAEL w tym samym okresie. W rezultacie pod koniec 2009 roku struktura osób niepełnosprawnych prawnie przedstawiała się następująco: częściej niż co trzeci niepełnosprawny prawnie posiadał orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, a kolejne po około 30% osób posiadało orzeczenie o znacznym i lekkim stopniu niepełnosprawności. Dzieci do lat 16 natomiast stanowiły 4,4% ogółu populacji osób niepełnosprawnych prawnie [cyt. za 1].

W 2011 roku aktywnych zawodowo było 17,2% osób niepełnosprawnych w wieku 15 lat i więcej, a udział osób pracujących wśród osób niepełnosprawnych w wieku 15 lat i więcej roku wynosił 14,6% [2].

Najczęstszą przyczynę niepełnosprawności stanowią schorzenia układu krążenia, narządów ruchu oraz schorzenia neurologiczne. Relatywnie niższy udział procentowy osób z uszkodzeniami narządu wzroku i słuchu, z chorobą psychiczną i upośledzeniem umysłowym w zbiorowości osób niepełnosprawnych dotyczy jednak tysięcy osób o obniżonej sprawności w codziennym funkcjonowaniu, a zatem i wymagających szczególnego podejścia w edukacji, na rynku pracy i w życiu codziennym [3].

Na podstawie Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności [3], w 2011 roku 27,4% osób w wieku 15 lat i więcej miało orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenie równoważne), 40,6% tych osób posiadało orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (lub równoważne), a 32,1% - orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności (lub równoważne). Wśród osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym odsetek osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności jest mniejszy, przy wyższym odsetku osób z lekkim stopniem niepełnosprawności (odsetki wynoszą odpowiednio: 20,8%, 41,8% i 37,4%) [3].

Głównymi źródłami utrzymania w 2010 roku były najczęściej: renta z tytułu niezdolności do pracy (46,8%) i emerytura (23,4%) [4]. W głównej mierze z zasiłku dla bezrobotnych, świadczenia przedemerytalnego i innych świadczeń społecznych utrzymywało się 11,8%. Odsetek osób niepełnosprawnych w wieku 15 lat i więcej, utrzymujących się głównie z pracy wynosił 12,9% (w tym z pracy najemnej 10,4%). Na inne niezarobkowe źródło utrzymania wskazało 0,9% osób niepełnosprawnych w tym wieku. Na utrzymaniu innych osób pozostawało zaś 4,2% [4].

Wprowadzenie teoretyczne

Bycie niepełnosprawnym, w opinii według Ostrowskiej i Sikorskiej [5] *oznacza nieustanną konfrontację z problemami w codziennym funkcjonowaniu w rodzinie, w pracy, w urzędzie, na ulicy. Bycie niepełnosprawnym to częste zmaganie się z życiem w izolacji i na marginesie społeczeństwa. To napotykanie barier*".

Zabłocki [6] uważa, iż osobą niepełnosprawną jest ten, kto *na skutek ograniczeń pod względem fizycznym, somatycznym lub psychicznym ma znaczne trudności w wywiązywaniu się z zadań, jakie stawia przed nią życie codzienne, szkoła, praca zawodowa i czas wolny* ..

Bulenda [7] w osobie niepełnosprawnej widzi *człowieka nie mogącego samodzielnie, częściowo lub całkowicie zapewnić sobie możliwości normalnego życia indywidualnego lub społecznego, na skutek wrodzonego lub nabytego upośledzenia sprawności fizycznych lub psychicznych.*

Niepełnosprawność może być konsekwencją wypadków, chorób oraz wad wrodzonych, jednakże bez względu na przyczynę, osoby niepełnosprawne doświadczają poczucia zależności, ponieważ inni muszą im pomagać albo zupełnie wyręczać w codziennych czynnościach, mają kłopoty w relacjach społecznych, czego rezultatem jest ignorowanie ich, odrzucanie lub bardziej subtelne unikanie ich przez osoby w pełni sprawne.

Problematyka niepełnosprawności, problemy i sytuacja osób niepełnosprawnych jest przedmiotem zainteresowania reprezentantów nie tylko nauk społecznych, w tym pedagogiki specjalnej, pedagogiki społecznej, socjologii oraz polityki społecznej, ale także nauk medycznych.

W literaturze przedmiotu [cyt. za 8] podkreśla się, iż osoby niepełnosprawne naznaczone są piętnem swojej niepełnosprawności.

Szpunar [8] podkreśla, iż już w czasach starożytnej Grecji, piętno było znakiem wypalanym bądź wycinanym na ciele, wskazującym niewolnika, przestępcę, zdrajcę, osobę nieczystą, od której należy stronić. Dzisiaj jednakże piętno oznacza raczej samą hańbę, niż cielesne naznaczenie kogoś innego.

Goffman [9] uważa, że nie wierzymy, iż *osoba napiętnowana jest człowiekiem, co implikuje stosowanie wobec niej różnych form dyskryminacji, zdecydowanie zmniejszając jej szanse życiowe*, a Goodman [10], że w *naszym społeczeństwie*

stygmatem […] *naznacza się ludzi chorych psychicznie, mocno zdeformowanych pod względem fizycznym, inwalidów, a nawet cierpiących na schorzenia typu AIDS*. […] *Określanie ludzi niekonwencjonalnym mianem „dewiantów", a nie „innych" znacznie wpływa na sposób traktowania tych jednostek i w konsekwencji na sposób, w jaki one same siebie postrzegają*.

Marginalizacja/streotypizacja chorych niepełnosprawnych

Na przestrzeni wieków, za Kossewska [11], na zmiany postrzegania osób niepełnosprawnych ruchowo i intelektualnie, wpływ miały dominujące poglądy społeczne i filozoficzne, początkowo obejmując dyskryminację, izolację lub segregację, a nawet eutanazję (w faszystowskim ustroju narodowosocjalistycznym), a współcześnie - integrację niepełnosprawnych z resztą społeczeństwa.

Larkowa [12] uważa, iż wobec osób niepełnosprawnych ludzie przejawiają różne postawy:

- uczuciowe - pozytywne (okazywanie życzliwości i sympatii), pośrednie (współczucie, litość, obojętność), negatywne (niechęć do widoku inwalidztwa)
- wolicjonalne - pozytywne (akceptacja i chęć utrzymania kontaktów), pośrednia (przyglądanie się), negatywna (unikanie kontaktu z osobami niepełnosprawnymi),
- intelektualne - pozytywna (uznanie, szacunek dla osób niepełnosprawnych), pośrednia (ciekawość, zainteresowanie), negatywna (ujemna ocena tych osób).

Mahler [cyt. za 13] definiuje marginalność jako:

- społeczną pozycję tych grup, które zostały zdegradowane do peryferyjnego statusu w wyniku zdominowania przez grupy centralne;
- niejednoznaczną pozycja społeczną tych grup, które w tym samym czasie mają więcej niż jedną afiliację do innych grup społecznych (tzn. należą do więcej niż jednej szerszej grupy) lub które zależą od dwóch (lub więcej) różnych (lub konfliktowych) kultur, lub są w procesie przejściowym z jednej grupy (kultury) do innej grupy (kultury)

Obiektywnym cechom wyliczonym przez Mahlera [cyt. za 13] towarzyszą pewnego rodzaju wiedza, uczucia i oceny (postawy) członków grup zmarginalizowanych:

- odczucie deprywacji (poczucie, że nie możemy zaspokoić potrzeb).
- poczucie zagrożenia.
- frustracja (stan napięcia spowodowany deprywacją mogący prowadzić do agresji).
- alienacja (wyobcowanie, poczucie izolacji).
- odczucie nieudanego życia i obwinianie się za to.
- niezdolność do kierowania własnym życiem, fatalizm (poddanie się losowi i decyzjom innych).
- pesymizm i strach przed przyszłością.

Powyższym odczuciom i postawom mogą towarzyszyć różne zachowania, które Mahler [cyt. za 13] podzielił na:

- negatywne
  - apatia, niezaangażowanie, pasywność, absencja.
  - hedonizm i konsumpcjonizm.
  - brak zaufania do innych, wycofanie się, indywidualizm.
  - ucieczka od rzeczywistości, nadużywanie narkotyków.

- ekstremizm, przemoc, terroryzm
- pozytywne.
  - zaangażowanie i aktywność społeczna.
  - wrażliwość na zmianę.
  - wola uczestnictwa w walkach społecznych, w wyzwoleniu narodowym lub eksperymenty z alternatywnymi sposobami życia.

Badania panelowe Ostrowskiej i Sikorskiej [14,15] nad marginalizacją osób niepełnosprawnych przeprowadzono na 200 osobach niepełnosprawnych fizycznie w latach 1993, 1999. Autorki wyróżniły 18 zmiennych i nazwały je skalami marginalizacji - „Skale marginalizacji (wyższe wartości na uwzględnionych skalach oznaczają wzrastającą deprywację mierzonego zjawiska)" - a ich skład wchodzą:

- ograniczenia samoobsługi,
- uwięzienie w mieszkaniu,
- korzystanie ze sprzętu ortopedycznego,
- bariery architektoniczne,
- obowiązki domowe,
- odczuwanie bólu,
- samopoczucie psychiczne,
- kontakty towarzyskie,
- zagrożenie biedą,
- rehabilitacja medyczna,
- dostęp do lekarza specjalisty,
- rehabilitacja zawodowa,
- wyjazdy do sanatorium,
- potencjał rodzinny - potrzebne umiejętności,
- gotowość wspomagania,
- potrzebna ilość czasu,
- posiadane cele w życiu,
- uczestnictwo w życiu publicznym.

Autorki [14,15] sugerują istnienie kilku składowych, syndromów czynników marginalizujących, uporządkowanych według siły wyłączania osób niepełnosprawnych z normalnego życia (od najsilniej wykluczających do najmniej):

- pomocowy potencjał rodzinny (potrzebne umiejętności i czas oraz gotowość wspomagania wyjaśniał 19,4% ogólnej wariancji);
- sprawność fizyczna (samoobsługa, uwięzienie w mieszkaniu, sprzęt ortopedyczny, bariery architektoniczne, obowiązki domowe, wyjaśniał 9,5% ogólnej wariancji)
- instytucje wspomagające (rehabilitacja medyczna i zawodowa, dostęp do lekarza, wyjazd do sanatorium, 8,2%);
- kondycja psychiczna (ból, samopoczucie, kontakty towarzyskie, zagrożenie biedą, 6,9%);
- automarginalizacja (brak celu w życiu, nieuczestnictwo w życiu publicznym, 6,5%)
- cywilizacyjno-statusowy (standard mieszkania, dostępność telefonu, wielkość miejscowości, wykształcenie, dochód na osobę, ale też wyjazdy do sanatorium, 15,2%, teraz to był najsilniejszy czynnik)
- starość (wiek, 4,5%, po nim była automarginalizacja)

- zagrożenie biedą (subiektywna ocena zagrożenia biedą, praca zawodowa, 3,9%, to był teraz najsłabszy czynnik).

Określiły [14,15] także wymiary niepełnej sprawności" - tzw. „model ośmioczynnikowy", obrazujący kolejność czynników marginalizujących według siły wykluczającej:

- cywilizacyjno-statusowe,
- potencjał pomocowy rodziny,
- sprawność fizyczna,
- kondycja psychiczna,
- instytucje,
- starość,
- automarginalizacja,
- zagrożenie biedą.

Wyróżniły [14,15] również cztery typy osób niepełnosprawnych:

1. upośledzeni statusowo (najwyższe pozycje na skali ogólnej marginalizacji, kobiety w starszym wieku niepełnosprawne biologicznie, z niskimi dochodami, częściej żyjące na wsi, 20% niepełnosprawnych);
2. wyizolowani (największy poziom niesprawności fizycznej, nadreprezentacja kobiet, uwięzienie w mieszkaniu, środek na ogólnej skali marginalizacji, 28% niepełnosprawnych);
3. pasywni życiowo (nadreprezentacja mężczyzn, brak celów w życiu i zamierzeń na najbliższa przyszłość, środek na ogólnej skali marginalizacji, 20% niepełnosprawnych);
4. aktywni życiowo (względnie młodzi, lepiej wykształceni i zamożniejsi, najniższa pozycja na ogólnej skali marginalizacji, 27% niepełnosprawnych).

Zasępa [16] zwraca uwagę, iż w piśmiennictwie fachowym podkreśla się, że osoby pochodzące z różnych krajów różnią się pomiędzy sobą pod względem postaw wobec osób niepełnosprawnych, a postawy najbardziej charakterystyczne w tym względzie ujawniali Niemcy, Anglicy i Włosi, a mniej pozytywne – Chińczycy, Grecy oraz Arabowie. Autor [16] uważa, iż negatywne postawy wobec osób niepełnosprawnych mogą wystąpić szczególnie w przypadkach, gdy osoby te charakteryzują się 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, a także złośliwość, agresywność, czy nieliczenie się z innymi.

Witkowska [17] stwierdziła, iż bardziej pozytywne postawy wobec osób niepełnosprawnych charakteryzowały osoby o wyższym poziomem inteligencji ogólnej, myślenia dywergencyjnego i samooceny (ogólnej oraz oceny stosunku do siebie i do innych ludzi), bardziej niezależne od pola percepcyjnego, bardziej refleksyjne oraz bardziej preferowały wartości moralne, religijne, społeczne, a także artystyczno-estetyczne, mniej zaś – wartości prestiżowe.

Stankiewicz [18] wykazała, iż niepełnosprawni spotykają się na ulicy raczej z nieprzyjemnymi reakcjami, takimi jak: niezdrowa ciekawość (47,83%), obojętność (30,43%), czy wrogość (8,7%). Jednocześnie 95% respondentów z jej badania było przekonanych, iż niepełnosprawni powinni pracować, a ponad 82% - że ta praca nie powinna się odbywać w specjalnych zakładach zatrudniających samych inwalidów.

Jasińska -Kania i Staszyńska [19] wykazały, iż młodzież podlaska jest wyraźnie otwarta na osoby niepełnosprawne, ale jednocześnie najwyższy odsetek osób (po 9%)

deklarował negatywny stosunek do osób niepełnosprawnych w sferze biologicznej i intymnej.

Biegańska [20] stwierdziła, w grupie 57 siedemnastolatków z Lublina, iż tylko jedna z respondentów 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 badaniach własnych [21] dotyczących 101 studentów kierunku pielęgniarstwo pierwszym słowem, jakie przychodziło im do głowy na określenie osoby niepełnosprawnej, były: „potrzebujący pomocy/opieki" (22,8%), „poruszający się na wózku inwalidzkim" (9,9%), „niesprawny ruchowo/fizycznie" (7,9%), „inwalida" (5,9%) lub „niesprawny ruchowo i psychicznie" (5,0%). Pojedyncze osoby podawały określenia: „chory", „kaleka" lub „bezradny" (po 3,0%), „upośledzony", „mający trudne życie" lub nieszczęśliwy, nieporadny" (po 2,0%) oraz „ułomny", „pokrzywdzony" lub „nie znajdujący akceptacji" (po 1,0%). Jednocześnie najczęściej (30,7%) respondenci mieli trudności z wyrażeniem swojej opinii. Osoba niepełno-sprawna wzbudzała w badanych studentach różne uczucia, od chęci pomocy (60,4%), zainteresowania się jej problemami (25,7%) i empatii (19,8%), po litość (17,8%), chęć poznania takiej osoby (16,8%) i współczucie (2,0%) [21]. 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 (79,25). Preferowali model integracyjny funkcjonowania osoby niepełnosprawnej (67,3%) [21].

Baliński [22] podkreśla, że osoby niepełnosprawne są grupą szczególnie narażoną na upokorzenia, a cały proces zaczyna się już w okresie dzieciństwa i związany jest z uczestnictwem w niewinnych zabawach, w czasie których może dochodzić do wyśmiewania się z osoby, którą uznaje się za niezdarę. W późniejszym okresie, jak podkreśla autor [22], zaczyna się proces wykluczania tej osoby z grupy, np. poprzez dokuczanie, niepodawanie piłek na boisku, zabieranie zabawek, niedopuszczanie takiej osoby do małych i wielkich tajemnic danej grupy. Konsekwencja powyższego może być uznanie, że osoba nie pasuje do grupy, nie jest jej członkiem, a więc jest obcym, wrogiem, którego trzeba zniszczyć. Grupa zaczyna pokazywać swoją siłę wobec osamotnionej i słabej jednostki, wykorzystując przy tym swoją przewagę, znęcając się psychicznie lub fizycznie nad nią [22] .

Podsumowanie

W opinii Nowak [23] osoby niepełnosprawne w Polsce natrafiają na utrudnienia i przeszkody w codziennym funkcjonowaniu, są bezradne wobec bezrobocia, narastającej pauperyzacji i stygmatyzacji. Często nie nadążają za dokonującymi się zmianami i nie mogą sprostać wymaganiom oraz oczekiwaniom psychicznym, technicznym i technologicznym w świecie.

Gorajewska [cyt. za 8] podkreśla, iż pełnię człowieczeństwa osoby niepełnosprawne mogą osiągnąć dzięki rozwojowi, zmianie, pracy i nauce. W związku z czym należy stworzyć im możliwość podniesienia swoich umiejętności, co w konsekwencji zaowocuje zwiększeniem szans na rynku pracy, a także przyczyni się skutecznie do podwyższenia ich samooceny.

Podsumowaniem problematyki mogą być słowa Bł. Jana Pawła II *Człowiekowi niepełnosprawnemu, jak każdej innej osobie słabej, należy dopomóc, aby stał się twórcą własnego życia.*

Piśmiennictwo

1. http://www.niepelnosprawni.gov.pl/dane-statystyczne/dane-demograficzne/, data pobrania: 11.04.2012.
2. http://www.niepelnosprawni.gov.pl/dane-statystyczne/rynek-pracy/, data pobrania: 11.04.2012.
3. http://www.niepelnosprawni.gov.pl/dane-statystyczne/stan-zdrowia/, data pobrania: 11.04.2012.
4. http://www.niepelnosprawni.gov.pl/dane-statystyczne/warunki-zycia/, data pobrania: 11.04.2012/
5. Ostrowska A., Sikorska J.: Syndrom niepełnosprawności. Bariery integracji., Wyd. IFS PAN 1996.
6. Zabłocki J., Psychologiczne i społeczne wyznaczniki rehabilitacji osób niepełnosprawnych, Warszawa 1992.
7. Bulenda T., Zabłocki J., Ludzie niepełnosprawni w środowisku społecznym, Warszawa, 1993.
8. Szpunar M.: Życie z piętnem, Studia jako próba zdeprecjonowania stygmatu osoby niepełnosprawnej, http://www.e-mentor.edu.pl/artykul/index/numer/34/id/738, data pobrania 11.04.2012.
9. Goffman E.: Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości, GWP, Gdańsk, 2007.
10. Goodman N.; Wstęp do socjologii, Zysk i S-ka, Poznań, 1997.
11. Kossewska J. Społeczeństwo wobec osób niepełnosprawnych - postawy i ich determinanty. Studia Psychologica I., 2003; 14: 1-11.
12. Larkowa H. Postawy społeczne wobec osób z odchyleniami od normy [w:] Pedagogika rewalidacyjna, Hulek A. (red.), PWN Warszawa 1988; 479.
13. Szarfenberg R.: Marginalizacja i wykluczenie społeczne. Wykłady., Wyd. Instytutu Polityki Społecznej Uniwersytet Warszawski, Warszawa, 2006; 4: 1-160.
14. Ostrowska A., Sikorska J.: Syndrom niepełnosprawności w Polsce. Bariery integracji, Wyd. IFiS PAN, 1996.
15. Ostrowska A, Sikorska J.: Wymiary marginalizacji osób niepełnosprawnych (lata 1993 i 1999), Problemy Polityki Społecznej, 2001; 3: 97-113.
16. Zasępa E., Czabała Cz., Starzomska M.: Postawy wobec niepełnosprawności i osób niepełnosprawnych, Człowiek-niepełnosprawność-społeczeństwo, 2005; 1: 23-36.
17. Witkowska B. Osobowościowe uwarunkowania postaw wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Przegl. Psychol., 2001; 44: 239–254.
18. Stankiewicz P.: Raport Z Badania Postaw Wobec Osób Niepełnosprawnych. Stowarzyszenie Pomocy Osobom Z Problemami Emocjonalnymi „SPOZA", Warszawa, 2008; 1-16
19. Jasińska-Kania A., Staszyńska K.M.: Diagnoza postaw młodzieży województwa podlaskiego wobec odmienności kulturowej, Biały Kruk, Białystok, 2008; 1-196
20. Biegańska A.: Model niepełnosprawności w mediach a postawy wobec osób niepełnosprawnych. Szkoła specjalna, 2005; 42-78.
21. Krajewska-Kułak E., Kułak W., Łukaszuk C., Lewko J., Lankau A., Van Damme-Ostapowicz K., Rozwadowska E., Kropiwnicka E. Guzowski A.: Postawy studentów kierunku pielęgniarstwo wobec osób niepełnosprawnych. Hygeia Public Health 2011; 46: 335-361.
22. Baliński K.: Ból odrzucenia, czyli o niepełnosprawności. Racjonalista, 2004, 2, http://www.racjonalista.pl/kk.php/s,3255, data pobrania: 11.04.2012.

23. Nowak A.: Zagrożenie wykluczeniem społecznym kobiet niepełnosprawnych, wyd. Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, 2012.

Kułak Agnieszka[1], Kułak Piotr[1], Blecharczyk Bernadetta[2]

Postawy młodzieży wobec osób niepełnosprawnych

[1] Studenckie Koło Naukowe Kliniki Rehabilitacji Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
[2] Klinika Neurochirurgii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wprowadzenie

Na przestrzeni wieków, za Kossewską [1], wizerunek osób niepełnosprawnych uzależniony był od dominujących poglądów społecznych i filozoficznych. Początkowo obejmowały one dyskryminację, izolację lub segregację, a nawet eutanazję (w faszystowskim ustroju narodowosocjalistycznym), a współcześnie - integrację niepełnosprawnych z resztą społeczeństwa [1].

W roku 1980 Światowa Organizacja Zdrowia przyjęła i ogłosiła Międzynarodową Klasyfikację Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń [2], w której to koncepcja niepełnosprawności określona została jako biologiczna. W procesie powstawania niepełnosprawności lub procesie stawania się osobą niepełnosprawną przyjmuje ona trzy wymiary:

- **uszkodzenie** (*impairment*) – oznacza wszelki brak lub anormalność anatomicznej struktury narządów oraz brak lub zaburzenie funkcji psychicznych lub fizjologicznych organizmu, na skutek określonej wady wrodzonej, choroby lub urazu;
- **niepełnosprawność funkcjonalną** (*disability*) – oznacza wszelkie ograniczenie lub brak, wynikający z uszkodzenia, zdolności wykonywania czynności w sposób i w zakresie uważanym za normalny dla człowieka;
- **upośledzenie lub niepełnosprawność społeczną** (*handicap*) – oznacza mniej uprzywilejowaną lub mniej korzystną sytuację danej osoby, wynikającą z uszkodzenia i niepełnosprawności funkcjonalnej, która ogranicza lub uniemożliwia jej wypełnianie ról związanych z jej wiekiem, płcią oraz sytuacją społeczną i kulturową [2].

Według Badania Stanu Zdrowia pod koniec 2009 roku, za danymi Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych [2], prawne orzeczenie o niepełnosprawności lub równoważne posiadało prawie 4,2 mln Polaków, w tym blisko 184 tys. dzieci do lat 16 z aktualnym orzeczeniem o niepełnosprawności, tj. o około 600 tys. osób więcej w porównaniu z szacunkami z Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL) w tym samym okresie. Na podstawie wspomnianego badania, w roku 2010 - 27,0% osób w wieku 15 lat i więcej miało orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenie równoważne), 39,6% tych osób posiadało orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (lub równoważne), a 33,4% - orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności (lub równoważne) [2]. Wśród osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym odsetek osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności jest znacznie mniejszy, przy wyraźnie wyższym odsetku osób z

lekkim stopniem niepełnosprawności (odpowiednio: 19,7%, 40,7% i 39,5%). W rezultacie pod koniec 2009 roku częściej niż co trzeci niepełnosprawny prawnie posiadał orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, a kolejne około 30% osób posiadało orzeczenie o znacznym i lekkim stopniu niepełnosprawności. Dzieci do lat 16 natomiast stanowiły 4,4% ogółu populacji osób niepełnosprawnych prawnie. W 2010 roku aktywnych zawodowo było 17,0% osób niepełnosprawnych w wieku 15 lat i więcej, a udział osób pracujących wśród osób niepełnosprawnych w wieku 15 lat i więcej w 2010 roku wynosił 14,5% [2].

Termin niepełnosprawność, za Dykcik [3] „(…) *obejmuje różne ograniczenia funkcjonalne jednostek ludzkich w każdym społeczeństwie, wynikające z uszkodzenia zdolności wykonywania jakiejś czynności w sposób uważany za normalny, typowy dla życia ludzkiego. Ograniczenia te mogą mieć charakter stały lub przejściowy, całkowity lub częściowy, mogą dotyczyć sfery sensorycznej, fizycznej i psychicznej*".

Kowalik [4] uważa, że niepełnosprawność opiera się na „*rozróżnieniu pomiędzy niepełnosprawnością i dysfunkcjonalnością. Niepełnosprawność jest określona, jako utracona sprawność organizmu, jego układów lub narządów. Z kolei dysfunkcja jest przez autora traktowana jako predyspozycja wywołująca powstanie sytuacji problemowej, czyli takiej w której nie jest zachowana równowaga między warunkami zewnętrznymi, w których żyje człowiek a jego możliwościami. Z praktycznego punktu widzenia rodzaj dysfunkcji może decydować, w jakich sytuacjach problemowych znajdzie się człowiek niepełnosprawny"*.

Powyższe dane ewidentnie wskazują, iż istotne jest badanie postaw społeczeństwa wobec grupy osób niepełnosprawnych.

Cel pracy

Ocena postaw młodzieży wobec osób niepełnosprawnych

Materiał i metodyka

Badaniem objęto 250 losowo wybranych osób w wieku 17-19 lat, mieszkańców Białegostoku. Wykorzystano autorski kwestionariusz ankietowy Zakładu Zintegrowanej Opieki Medycznej UMB, opracowany na podstawie literatury [5-7] oraz przemyśleń własnych.

Kwestionariusz składał się z dwóch części, pierwszej - metryczkowej zawierającej 3 pytania (wiek, płeć, miejsce zamieszkania) i drugiej - zasadniczej, złożonej z 32 pytań, m.in. dotyczących rozumienia pojęcia niepełnosprawność, odczuć, jakie budzi osoba niepełnosprawna, opinii nt. zawierania związków małżeńskich i posiadania potomstwa, poznania, z jakiego typu niepełnosprawnością stykają się na co dzień, stosunku społeczeństwa do osób niepełnosprawnych, życia zawodowego i społecznego osób niepełnosprawnych, chęci sprawowania nad nimi opieki, celowości kampanii społecznych na rzecz niepełnosprawnych, postrzegania przywilejów dla osób niepełnosprawnych i korzyści płynących z kontaktów z osobami niepełnosprawnymi.

Wyniki

W badaniu uczestniczyło 9,6% osób w wieku 17 lat, 12,8% w wieku - 18 lat oraz 77,6% w wieku 19 lat, w większości kobiety (92%) i mieszkańcy miast (62,4%). Mężczyźni stanowili 18% badanych, a mieszkańcy wsi - 37,6%.

Ankietowani pod pojęciem „niepełnosprawność" najczęściej rozumieli brak całkowitej sprawności ruchowej (54%), trudności w funkcjonowaniu w społeczeństwie (36,8%), potrzebę funkcjonowania z pomocą innych (30%) oraz zaburzone funkcjonowanie zmysłów (25,2%). W dalszej kolejności wymieniali - widoczne zniekształcenia ciała (6,4%) lub chorobę psychiczną (4,4%).

Słowem (cechą), które przychodziło respondentom do głowy na określenie osoby niepełnosprawnej, najczęściej było „poruszający się na wózku inwalidzkim" - 36,8%, „bezradny" - 38,4%, „niesprawny ruchowo/fizycznie" - 34,8%, „potrzebujący pomocy/opieki" - 28,4%, „nieszczęśliwy, nieporadny" - 19,2%, „pokrzywdzony" - 18,8%, „ułomny" - 16,8%, „mający trudne życie" - 12,4% lub „kaleka" -12,4%, „chory" - 11,6%, „nie znajdujący akceptacji" - 9,2%, „inwalida" - 7,6% albo „upośledzony" - 7,2%.

Młodzież zapytana o uczucia, jakie wzbudza w nich osoba niepełnosprawna, wymieniała z reguły: „chęć pomocy" - 75,6%, „litość" - 34,8%, „chęć poznania takiej osoby" - 28,8%, „uczucie empatii" - 21,6% współczucie" - 24% oraz „chęć zainteresowania się problemami innych" - 21,2%.

Zdaniem młodzieży, kontakt z osobą niepełnosprawną uczy przede wszystkim niesienia pomocy (65,6%), daje satysfakcję moralną wyniesioną ze spotkań z nimi (59,2%), stwarza możliwość poznania ich problemów (30%) i uwrażliwia (24,8%). Nie potrafiło sprecyzować, co daje taki kontakt 35% badanych.

Respondentów zapytano także o stosunek większości ludzi w naszym kraju do osób niepełnosprawnych z powodu chorób lub jakiegokolwiek kalectwa. Większość z nich uważała, iż jest on „bardzo dobry" (41,2%) lub „dobry" (32,8%). Jako „raczej niedobry" oceniło go 16,4% osób. Zdania w powyższej kwestii nie wyraziło 9,6%.

W grupie ankietowanych - 34% z nich ma lub miało osoby niepełnosprawne wśród znajomych/przyjaciół. Ma lub miało takie osoby w rodzinie - 21,6% respondentów, miało kontakt z takimi osobami tylko na zajęciach - 16,4% lub znało takie osoby, ale niezbyt dobrze lub tylko z widzenia - 12,8% z nich. Nie znało takich osób i nie miało kontaktu z nimi - 15,2% badanych.

W opinii większości respondentów (92%) osoby niepełnosprawne powinny pracować wszędzie, razem ze zdrowymi, ale powinni mieć przystosowane stanowisko pracy. Miejsca pracy w zakładach pracy zatrudniających samych inwalidów i osoby niepełnosprawne preferowało 3,6% badanych, a 4,4% nie miało w tej kwestii wyrobionej opinii.

Ankietowani z reguły byli przekonani, iż osoby niepełnosprawne powinny zawierać małżeństwo (72,8%), mieć dzieci (63,6%), mieć możliwość uczęszczania do klas integracyjnych w każdej szkole (81,6%), powinny jeździć samochodem (63,2%) i nie powinny mieszkać w oddzielnych domach (79,2%). Badani byli też zdania, że nie powinno się parkować w miejscach przeznaczonych dla osób niepełnosprawnych (82,8%), w miastach powinny kursować same autobusy miejskie dostosowane do potrzeb osoby niepełnosprawnej (72%), a sklepy powinny mieć podjazdy przeznaczone dla osoby niepełnosprawnej (80,8%). Pozostałe wskazania obrazuje tabela 1.

Tabela 1. Opinie o wybranych aspektach funkcjonowania osób niepełnosprawnych

Aspekt funkcjonowania	Tak	Nie	Trudno powiedzieć
zawieranie małżeństwa	72,8%	20%	7,2,%
posiadanie dzieci	63,6%	18%	18,4%
mieszkanie w oddzielnych domach	14,8%	79,2%	6%
możliwość uczęszczania do klas integracyjnych w każdej szkole	81,6%	14%	4,4%
jazda samochodem	63,2%	31,2%	5,6%
parkowanie przez innych w miejscach przeznaczonych dla osób niepełnosprawnych	82,8%	14,4%	2,8%
powinny kursować same autobusy miejskie dostosowane do potrzeb osoby niepełnosprawnej	72%	24,8%	3,2%
sklepy powinny mieć podjazdy przeznaczone dla osoby niepełnosprawnej	80,8%	18%	1,2%

W opinii respondentów najodpowiedniejszy jest integracyjny (osoby niepełnosprawne wśród zdrowych, te same szkoły, miejsca pracy, domy) model funkcjonowania osoby niepełnosprawnej w społeczeństwie (72,4% wskazań). Model separacyjny (osoby niepełnosprawne osobno w szkołach, miejscach pracy, domach) - wskazało 22,8% badanych, a 4,8% z nich nie wyraziło swojego zdania.

Badana młodzież była w większości (81,6%) przekonana, iż niepełnosprawni nie mają pełnego dostępu do wszystkich dziedzin życia społecznego (81,6%) i zawodowego (78,8%). Przeciwną opinię wyraziło 11,2% z nich odnośnie życia społecznego i 5,6% - życia zawodowego. O tym, iż dotyczy to tylko wybranych dziedzin życia społecznego przekonanych było 2% osób, a życia zawodowego - 3,6%. Z udzieleniem odpowiedzi na to pytanie miało 5,2% ankietowanych odnośnie życia społecznego i 12% odnośnie życia zawodowego.

Osoby niepełnosprawne, w życiu społecznym i zawodowym, są zdaniem młodzieży średnio aktywne (odpowiednio po 42,4% i 34%), bierne (odpowiednio 26,8% i 30,4%) lub bardzo aktywne (odpowiednio 22,4% i 16,4%). Ocenić powyższego nie potrafiło 8,4% badanych odnośnie życia zawodowego oraz 19,2% odnośnie życia społecznego.

Za największe trudności, na jakie napotykają niepełnosprawni, młodzież uznała te związane z prowadzeniem gospodarstwa domowego (73,2%), znalezieniem pracy - 68,8%, odrzuceniem przez przyjaciół - 42,8%, nie realizowaniem marzeń rodzicielskich - 36,8% oraz odrzuceniem przez rodzinę - 27,6%. Nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie 1,2% badanych.

Za grupy niepełnosprawnych, którym najtrudniej jest funkcjonować, respondenci uznali osoby z uszkodzonym narządem ruchu (31,6%), głębszymi zaburzeniami mowy (29,6%), niedostosowane społecznie (23,2%), a najmniej osoby głuche (8,8%). Jedynie 6% badanych nie miało na ten temat zdania.

W opinii 71,2% młodzieży społeczeństwo nie jest gotowe do udzielania pomocy niepełnosprawnym. Odmienne zdanie miało 24,4% ankietowanych, a opinii swojej nie wyraziło 4,4% badanych.

W grupie osób, które powinny sprawować opiekę nad ludźmi niepełnosprawnymi, wspomagać ich w codziennych sprawach najczęściej studenci wymieniali rodzinę (82,8%), przyjaciół/znajomych (58%), pracowników ochrony zdrowia (32,8%), pracowników pomocy/opieki społecznej (26%), grupy samopomocy (23,2%), rzadziej - organizacje religijne (12,4%). Zdania swojego nie wypowiedziało 3,2% ankietowanych.

W przypadku, gdyby powstała wśród kolegów/znajomych respondentów inicjatywa nieodpłatnego pomagania, wyręczania osoby ciężko chorej lub niepełnosprawnej w codziennych sprawach życiowych (zakupy, pomoc w domu, drobne naprawy), badani z reguły (64%) deklarowali, iż chętnie by włączyli się w pomoc takiej osobie. W pomocy takiej uczestniczyło już 24,4% osób. Nie chciałoby pomagać innym 9,6% badanych i jedynie 2% nie miało w tej kwestii zdania.

W przypadku, gdyby badani musieli podjąć decyzję o objęciu opieki nad osobą niepełnosprawną, najchętniej pomagaliby osobie niepełnosprawnej ruchowo (74,8%), a najrzadziej z niedorozwojem umysłowym (38,4%). Najchętniej opiekę sprawowaliby nad niepełnosprawnymi dziećmi (74%), najrzadziej nad niepełnosprawną młodzieżą (64,4%). Pozostałe wskazania zawiera poniższa tabela 2.

Tabela 2. Grupy osób niepełnosprawnych względem których respondenci podjęliby decyzję o podjęciu się opieki nad nimi.

Grupa niepełnosprawnych	tak	nie	trudno powiedzieć
niedorozwój umysłowy	38,4%	52,8%	8,8%
przewlekle chorzy (np. choroba nowotworowa, stwardnienie rozsiane)	52,2%	16,8%	29,6%
niedowidzący	68,8%	14%	17,2%
niewidomi	65,2%	19,6%	15,2%
słabosłyszący	67,2%	26,8%	6%
głusi	65,6%	24%	10,4%
widoczne zniekształcenie, oszpecenie ciała	61,6%	26%	12,4%
niepełnosprawni ruchowo	74,8%	14%	11,2%
z wadami wymowy	60,8%	32,4%	0,8%
niepełnosprawne dzieci	74%	17,2%	8,8%
niepełnosprawna młodzież	64,4%	31,2%	4,4%
niepełnosprawni dorośli	70,8%	16,8%	12,4%
niepełnosprawne osoby starsze	67,6%	24,8%	7,6%

Kampanie społeczne dotyczące osób niepełnosprawnych, zdaniem 67,6% badanych są potrzebne. Według pozostałych osób pokazują prawdziwy obraz niepełnosprawności (16,4%), wzbudzają chęć niesienia pomocy (6%) lub pokazują nieprawdziwy obraz niepełnosprawności (4%). W powyższej kwestii nie wypowiedziało się 6% respondentów.

Żadnej kampanii społecznej dotyczącej osób niepełnosprawnych nie potrafiło wymienić 39,2% ankietowanych. Pozostali wymieniali takie kampanie, jak: „Niepełnosprawni-pełnosprawni w pracy" - 26,8%, „Marsz niepełnosprawnych" - 22,4%, „Zarażam radością" - 15,6%, „Niepełnosprawni normalna sprawa - 14,4%, „Nie jesteś sam" - 12,4%. „turystyka bez barier" - 10%, „Polska bez barier" - 9,2% oraz „Razem łatwiej" - 5,2%.

Organizacji skupiających osoby niepełnosprawne i działające na ich rzecz nie potrafiło wymienić 32,4% młodzieży. Pozostali (67,6%) wskazywali: Wielką Orkiestrę Świątecznej Pomocy, PFRON, Polskie Towarzystwo do Walki z kalectwem, Caritas, Ruch Światło Życie, Polski Związek Niewidomych, Fundację Polsat oraz Fundację Anny Dymnej Mimo Wszystko.

Dyskusja

W literaturze przedmiotu, za Sękowskim [5] postawy i oczekiwania ludzi pełnosprawnych wobec osób niepełnosprawnych są niestety przeważnie negatywne, zaś za Zasępą [cyt. za 8] ujawniają się one szczególnie wtedy, gdy osoby te charakteryzują się 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, a także złośliwość, agresywność, czy nieliczenie się z innymi. Wykazano także, że bardziej pozytywne postawy współwystępują z silniejszym ujmowaniem życia, jako wartości duchowej i prezentowane są przez osoby traktujące życie jako doświadczenie, które pogłębia wiarę w Boga, a budowanie przyjaźni z Bogiem, jako plan Boży, dążenie ku zbawieniu, okazję do budowania w sobie dobra [cyt. za 8].

Larkowa [9] wyróżnia postawy:

- uczuciowe - pozytywne (okazywanie życzliwości i sympatii), pośrednie (współczucie, litość, obojętność) i negatywne (niechęć do widoku inwalidztwa)
- wolicjonalne - pozytywne (akceptacja i chęć utrzymania kontaktów), pośrednie (przyglądanie się), negatywne (unikanie kontaktu z osobami niepełnosprawnymi)
- intelektualne - pozytywne (uznanie, szacunek), pośrednie (ciekawość, zainteresowanie), negatywne (ujemne ocena tych osób).

Autorka [9] 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. Jones i Guskin, za Kirenko [cyt. za 6] 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.

Badania [cyt. za 8] dotyczące postaw młodzieży licealnej wobec osób niepełnosprawnych wykazały, iż chłopcy wykazujący większą potrzebę opiekowania się innymi, bardziej lubiący ludzi, bardziej taktowni w stosunku do innych, chętniej udzielający im pomocy i wsparcia, częściej charakteryzowali się pozytywnymi postawami wobec osób niepełnosprawnych. Większą akceptacją osób niepełnosprawnych przejawiali także chłopcy bardziej pozytywnie nastawieni do życia i do innych ludzi, bardziej konsekwentni w swym działaniu, a także bardziej obowiązkowi oraz ceniący dobrą organizację. Wyniki w grupie dziewcząt wskazały, że większa akceptacja osób niepełno-

sprawnych łączyła się istotnie z większym optymizmem w przewidywaniu przyszłości, większą pracowitością, energią w działaniu, uporem w dążeniu do celu, solidnością, większym poczuciem obowiązku. Dziewczęta przejawiające bardziej pozytywne postawy wobec osób niepełnosprawnych, charakteryzowały się również większą potrzebą rozumienia siebie i innych, większą potrzebę opiekowania się innymi, większym nasileniem potrzeby afiliacji oraz większą świadomością rzeczywistości oraz tolerancyjne [cyt. za 8].

Respondenci Stankiewicza [6] twierdzili, iż niepełnosprawni spotykają się na ulicy raczej z nieprzyjemnymi reakcjami, takimi jak: niezdrowa ciekawość (47,83%), obojętność (30,43%), czy wrogość (8,7%).

Jasińska-Kania i Straszyńska [13] wykazały, iż młodzież podlaska jest „otwarta" na osoby niepełnosprawne, ale jednocześnie najwyższy odsetek osób deklarowało negatywny stosunek do osób niepełnosprawnych w sferze biologicznej i intymnej (po 9%).

W obecnym badaniu, młodzież w 41,2% twierdziła, iż stosunek większości ludzi w naszym kraju do osób niepełnosprawnych jest bardzo dobry. Deklarowali najczęściej, iż mają lub mieli osoby niepełnosprawne wśród znajomych, przyjaciół (34%). Pod pojęciem „niepełnosprawność" rozumieli z reguły brak całkowitej sprawności ruchowej (54%)

W badaniach Stankiewicza [7], przekonanie o tym, iż niepełnosprawni powinni pracować, wyraziło także ponad 95% respondentów, ale jednocześnie ponad 82% z nich było zdania, że ta praca nie powinna się odbywać w specjalnych zakładach zatrudniających samych inwalidów.

W Systemie Obsługi Dofinansowań i Refundacji (SODiR), prowadzonym przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, za danymi Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych (dane PFRON według stanu z 31.03.2011 r.) [2], w końcu grudnia 2010 roku zarejestrowanych było 67,9 tys. osób niepełnosprawnych zatrudnionych na otwartym rynku pracy i 198,3 tys. osób niepełnosprawnych pracujących w zakładach pracy chronionej. Wzrost liczby zatrudnionych osób niepełnosprawnych, zarejestrowanych w SODiR PFRON, obserwowany w latach 2009-2010, dotyczył zarówno otwartego, jak i chronionego rynku pracy, przy czym dynamika tego wzrostu była znacznie wyższa na otwartym rynku pracy. Udział osób niepełnosprawnych wśród ogółu osób zarejestrowanych w powiatowych urzędach pracy w grudniu 2010 r. w stosunku do grudnia ubiegłego roku prawie się nie zmienił i wyniósł 6,2%, przy czym wśród zarejestrowanych jako bezrobotni wzrósł zaledwie o 0,1 pkt. proc. (wyniósł 5,1%), zaś wśród zarejestrowanych jako poszukujący pracy obniżył się o 2,1 pkt. proc. (wyniósł 50,9%) [2]. W ciągu 2010 roku pracodawcy zgłosili do urzędów pracy 33,4 tys. ofert pracy dla osób niepełnosprawnych. Wśród tej liczby 16% ofert (5330) stanowiły oferty pracy subsydiowanej. W stosunku do roku ubiegłego liczba ofert pracy dla osób niepełnosprawnych zwiększyła się o 45% (wynosiła 23.000) przy wzroście ogólnej liczby ofert w tym samym czasie o 13%. Liczba ofert pracy subsydiowanej dla osób niepełnosprawnych obniżyła się o 8,1% (w 2009 roku wynosiła 5801) [2].

Pankiewicz i wsp. [10] wykazali, iż 49,3% niepełnosprawnych fizycznie uważało sytuację życiową osób psychicznie chorych za zdecydowanie gorszą w porównaniu do sytuacji życiowej innych niepełnosprawnych.

Najwięcej (92%) obecnie badanych młodych ludzi było przekonanych, iż osoby niepełnosprawne powinny pracować razem ze zdrowymi, jednakże powinni mieć przystosowane stanowisko pracy.

W opinii naszych respondentów opiekować się ludźmi niepełnosprawnymi, wspomagać ich w codziennych sprawach powinna przede wszystkim rodzina (83,6%) oraz przyjaciele/znajomi (59,1%).

Stankiewicz [7] wykazał, iż w większości jego badani włączyliby się w akcję woluntarystycznej pomocy niepełnosprawnemu sąsiadowi (ponad 78%), nie mieliby nic przeciwko powstaniu w sąsiedztwie ośrodka dla niepełnosprawnych umysłowo (prawie 74%), ale jednocześnie prawie 22% nie udzieliła w tej kwestii odpowiedzi.

W obecnym badaniu, osoba niepełnosprawna wzbudzała w młodzieży przede wszystkim chęć pomocy (75,6%). Zapytani o to, czy gdyby na przykład powstała, wśród ich kolegów lub znajomych, inicjatywa nieodpłatnego pomagania, wyręczania osoby ciężko chorej lub niepełnosprawnej w codziennych sprawach życiowych (zakupy, pomoc w domu, drobne naprawy itp.) to mieliby czas i chęci na udział w takiej opiece, czy też nie, aż 64% z nich odpowiedziało, że tak. Najchętniej studenci opiekowaliby się osobami niepełnosprawnymi ruchowo (74,8%), a najrzadziej osobami z niedorozwojem umysłowym (38,4%). Najchętniej też z niepełnosprawnymi dziećmi (74%).

Zdaniem 82% respondentów Stankiewicza [7], osoby niepełnosprawne nie powinny mieszkać w specjalnych przeznaczonych dla nich domach, a 91% - w każdej szkole powinny być klasy integracyjne. Badani byli także przekonani, iż parkowanie na miejscach dla osób niepełnosprawnych powinno być bezwzględnie karane mandatami, a 65% z nich wyraziło opinię, że osoby niepełnosprawne, jako kierowcy, nie stanowią zagrożenia dla ruchu.

Zdecydowana większość (72,4%) obecnie ankietowanych opowiedziała się za integracyjnym (osoby niepełnosprawne wśród zdrowych, te same szkoły, miejsca pracy, domy) modelem funkcjonowania osoby niepełnosprawnej w społeczeństwie.

Wnioski

1. Młodzież preferowała model integracyjny funkcjonowania osoby niepełnosprawnej i uważała, iż powinny one realizować się życiu zawodowym i społecznym.
2. Zdaniem badanych społeczeństwo nie jest gotowe do udzielania pomocy niepełnosprawnym.
3. Respondenci deklarowali gotowość niesienia pomocy niepełnosprawnym, ale uzależniano powyższe od rodzaju niepełnosprawności.
4. Wiedza na temat społecznych kampanii i organizacji działających na rzecz osób niepełnosprawnych jest dobra.

Piśmiennictwo

1. Kossewska J.: Społeczeństwo wobec osób niepełnosprawnych - postawy i ich determinanty. Studia Psychologica I., 2003, 14, 1-11.
2. International Classification of Impariments Disabilities and Handicaps" World Health Organisation, Geneva, 1980 r., http://forestap.republika.pl/ niepelnosprawnosc.htm#_ftnref1, data pobrania 29.01.2012
3. Dykcik W.: Pedagogika specjalna. Wydawnictwo Naukowe UAM w Poznań, 1995
4. Kowalik S.: Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych. Interart, Warszawa 1999.
5. 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)", www.kul.pl/files/292/files/Tomasz_Sekowski_raport.doc, data pobrania 29.01.2012.
6. Kirenko J., Korczyński M.: Niepełnosprawni wobec niepełnosprawności. Ann. UMCS Sect. D., 2000,18, 78- 87.
7. Stankiewicz P.: Raport Z Badania Postaw Wobec Osób Niepełnosprawnych. Stowarzyszenie Pomocy Osobom Z Problemami Emocjonalnymi „SPOZA". Warszawa, 2008, 1-16.
8. Zasępa E., Czabała Cz., Starzomska M.: Postawy wobec niepełnosprawności i osób niepełnosprawnych. Człowiek-niepełnosprawność-społeczeństwo, 2005, 1, 23-36.
9. Larkowa H.: Postawy społeczne wobec osób z odchyleniami od normy [w:] Pedagogika rewalidacyjna, A. Hulek (red.), PWN, Warszawa 1988, 479.
10. Pankiewicz P., Erenc J., Lemska M.: Sytuacja społeczna niepełnosprawnych psychicznie postrzegana przez niepełnosprawnych fizycznie. Wyniki badań. Ann. Acad. Med. Gedan., 2002, 32, 185-191.

Turko Barbara[1], Ryniec Malwina[1], Kuszczak Anita[1], Porowska Weronika[1], Chilińska Ewelina[1], Tyrakowska Zuzanna Judyta[1], Drzymkowski Jarosław[1], Młynarczyk Izabela[1], Hładuński Marcin[1], Szymańczyk Piotr[1], Romanowska Joanna[1], Małachwiej Paulina[1], Kotowicz Małgorzata[1], Żarnoch Ewelina[1], Rozwadowska Emilia[2], Krajewska-Kułak Elżbieta[2]

Marginalizacja osób jąkających się

[1] SKN Wolontariuszy Medycznych przy Zakładzie Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
[2] Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Niepłynność jest uniwersalną cechą spontanicznego mówienia. Występuje u wszystkich użytkowników języka, szczególnie nasilone jest w stanach zdenerwowania lub zmęczenia, kiedy można zaobserwować takie objawy niepłynnego mówienia, jak: powtarzanie sylab i wyrazów, przeciąganie głosek, pauzy, powtórki, wtrącenia. Zazwyczaj mówienie płynne dominuje nad mówieniem niepłynnym. Niepłynność występuje szczególnie wyraźnie u małych dzieci podczas okresu kształtowania się mowy [1]. Z rozwojową niepłynnością mówienia mamy do czynienia, gdy występuje w okresie intensywnego rozwoju systemu językowego dziecka, a więc w wieku 6-7 lat i zmniejsza się z wiekiem wraz z doskonaleniem się systemu językowego. E. Lichota [2] definiuje jąkanie fizjologiczne, jako naturalne zjawisko, które występuje u dużej ilości dzieci w wieku przedszkolnym. Jednak w niektórych przypadkach zdarza się, że następuje znaczny rozwój systemu językowego, a objawy niepłynności nie mijają. Wówczas mamy do czynienia z jąkaniem, które nie ma jednej przyjętej powszechnie definicji, ze względu na swoją złożoną etiologię i przebieg, dyskutowana jest kwestia czy jest to choroba, czy objaw chorobowy, nerwica mowy czy objaw nerwicy, syndrom. Wielu autorów jest zgodnych co do tego, że jąkanie jest zaburzeniem płynności, tempa i rytmu mówienia na skutek nadmiernego napięcia mięśni fonacyjnych, oddechowych i artykulacyjnych. Jąkanie to zaburzenie płynności mowy o charakterze dynamicznym, które objawia się w różnorodny sposób: jako powtarzanie, przeciąganie lub wtrącanie głosek, sylab czy wyrazów lub jako wyraźne przerwy w toku mowy. Występowanie i nasilanie się tych objawów niepłynności determinują określone czynniki zewnętrzne [3].

W literaturze przedmiotu niejednokrotnie powtarza się, że etiologia jąkania nadal jest niejasna. Powstaje wiele teorii spekulujących na temat przyczyn jąkania. Badania prowadzone w ostatnich latach potwierdzają opublikowane już w 1959 roku przez W. Johnsona wyniki wywiadów z rodzicami dzieci jąkających się, dzięki którym określono fundamentalne źródło wiedzy o przyczynach schorzenia:

- Przyczyny fizyczne, wśród których podkreśla się przestawienie z ręki lewej na prawą, fizycznie gorszy aparat mowy, dziedziczność, dysfunkcje intelektualne, uszkodzenia porodowe, niedosłuch, inne dysfunkcje cielesne, pewne choroby dziecięce, stan zmęczenia, paraliż mózgu.

- Przyczyny emocjonalne, takie jak: kompleks niższości, zmuszanie do mówienia, nieostrożność i brak uwagi, podniecenie i zdenerwowanie, zaburzenia emocjonalne, lęk, niepewność, frustracja.
- Nerwowość: stan ciągłego wysokiego napięcia, nadpobudliwość.
- Naśladownictwo.
- Dyskoordynacja myślenia i mówienia: myślenie wyprzedzające mowę, mówienie wyprzedzające myślenie, ubogi zasób słownictwa, trudności z odnalezieniem właściwego słowa, przyspieszone tempo mówienia, mówienie bez namysłu.
- Reakcje rodziców: karanie dziecka, niekorzystne warunki domowe, zbyt duża koncentracja rodziców na niepłynności mówienia dziecka, nadopiekuńczość, surowa dyscyplina [1].

Mimo, że od opublikowania badań Johnsona minęło pół wieku oraz przeprowadzonych zostało wiele prób jednoznacznego określenia etiologii jąkania, nadal wiadomo niewiele więcej. Coraz częściej jedynie podkreśla się ogromny wpływ stresu i napięcia emocjonalnego na pojawienie się choroby i jej przebieg. Powyższe znajduje również potwierdzenie w obrazie klinicznym - wzmożone napięcie mięśni związanych bezpośrednio lub pośrednio z aktem mowy [4].

Skorek [5] stwierdza, że statystyki przedstawiające rozmiar występowania zjawiska wad mowy są przerażające. Sprawozdania z licznych badań (i tych przeprowadzonych wiele lat temu, i tych zrealizowanych całkiem niedawno) donoszą bowiem, że zaburzenia mowy występują u 20-40% dzieci w wieku 6-9lat. Wśród wad dominuje dyslalia, czyli niewłaściwa realizacja określonych fonemów. Skorek zwróciła uwagę również na miejsce (…) zajmowane przez jąkanie, podkreślając tym samym dużą skalę występowania omawianego zjawiska. Szacuje się, że wynosi ona 1-1,5% ogólnej populacji [3], co daje liczbę 15 milionów jąkających na świecie.

Analizując skalę zjawiska nie jest zaskoczeniem fakt, iż w ostatnich latach obserwowane jest widoczne ożywienie w temacie jąkania. Coraz częstszym jest publiczne przyznawanie się do jąkania osób publicznych, m.in. Julii Roberts, Chrisa Martina, Tigera Woodsa, natomiast w Polsce - Jerzego Owsiaka. Ponadto wpływ na uświadamianie społeczeństwa o omawianej dolegliwości mają również media. Przykładem może być zdobywca czterech Oscarów w 2011 roku – film „Jak zostać królem" w reżyserii Toma Hoopera, opowiadający historię zmagającego się z problemem jąkania króla Wielkiej Brytanii Jerzego VI.

Zainteresowanie tematyką jąkania dostrzegalne jest również wśród środowiska logopedów zarówno polskich, jak i zagranicznych. Ukazują się coraz to nowe pozycje książkowe i pomoce logopedyczne, powstają placówki specjalizujące się w leczeniu osób z niepłynnością mówienia. Minczakiewicz [6] podkreśla, że *bogactwo* literatury traktującej o tym zaburzeniu (specjalistycznej, medycznej, psychologicznej, jak te popularno-naukowej) wydaje się świadczyć o randze i skutkach społecznych jąkania.

Każdy z jąkających się inaczej opisuje swoja przypadłość, generalnie większość z nich podkreśla utratę kontroli nad produkowaniem wypowiedzi albo potrzebę odczekania, zanim zaczną mówić, tak jakby ich mięśnie artykulacyjne działały niezależnie od nich samych i nie mogły nimi kierować [7].

Jednym z największych problemów związanych z jąkaniem, obok jawnych objawów, takich jak powtarzanie, przeciąganie, pauzy, zatrzymywanie toku mowy, embolofazje (wypełniacze), współruchy są tak zwane ukryte objawy jąkania, wśród których Kostecka wymienia: unikanie mówienia, unikanie niektórych sytuacji oraz izolowanie się od świata zewnętrznego [7]. Jąkające się dziecko wiedząc, że zatnie się

na danym wyrazie, robi wszystko, aby uniknąć wypowiedzenia go, zmienia zdanie lub całkowicie rezygnuje z wypowiedzi. Kostecka podkreśla, że zdaniem dziecka lepiej jest być uważanym za mniej inteligentnego niż za jąkającego się [7].

W przypadku osób jąkających się zwykła rozmowa przez telefon, zamówienie potrawy w restauracji, zrobienie zakupów, czy przedstawienie się mogą stanowić barierę nie do pokonania, dlatego zaczynają unikać sytuacji, w których wiedzą, że jąkanie pojawi się, dlatego unikają kontaktów z ludźmi, zamykają się stopniowo w sobie. Kostecka podkreśla, że jąkanie *może trwale zmienić zapatrywanie dziecka na siebie.* Jest to jeden z największych problemów związanych, z tym zaburzeniem mowy. Dziecko nie wypowiada słów, które chciałoby wypowiedzieć, wskutek czego jego prawdziwe "ja" zostaje przytłoczone przez "jąkające się ja", przez co dziecko zaczyna odbierać siebie jako "jąkałę" [7]. Poprzez mowę komunikujemy się ze społeczeństwem, pozbawieni tej umiejętności, ograniczani swoim lękiem jąkający się stopniowo wraz z upływem czasu i rozwojem choroby stają się coraz bardziej odizolowani od otoczenia.

Sylwia Więconek – Piątek [8] opisała rysunki uczestników jednego z warsztatów terapeutycznych, poproszonych o zobrazowanie swojego jąkania: jeden z nich narysował siebie w klatce, inny postać bez ust, jeszcze inny ludzika, którego szyję owija duszący go sznur. Kompleksy, pesymizm, skłonność do depresji, izolowanie się - to konsekwencje psychiczne utrwalonego jąkania. Autorka znalazła przyczynę takiego postrzegania swojego problemu przez jąkających się w reakcjach otoczenia, które niechętnie kontaktuje się z jąkającymi, ponieważ taka rozmowa sprawia trudność, wskutek czego jąkający się oglądają świat przez szybę, stworzoną nie tylko przez nich samych, ale też przez zachowanie innych ludzi. Doświadczenie osób starających się pomóc jąkającym się uczy, że z czasem dotarcie do takiej osoby staje się coraz trudniejsze. Strach przed opinią otoczenia sprawia, że woli mówić jak najmniej, a szczególnie unika rozmów o swoim problemie. Lęk, złość, smutek, wstyd, utrata pewności i wiary w siebie - wszystko to są bardzo często konsekwencje psychiczne jąkania, wyzwalane negatywnymi reakcjami otoczenia. Często pojawia się bunt, pretensja i pytanie, dlaczego właśnie ja nie mówię tak, jak inni [8].

Warto przyjrzeć się, jak jąkające się dziecko funkcjonuje w konkretnych aspektach, wśród grupy rówieśniczej, w szkole, przedszkolu, na lekcji, w domu, wśród bliskich, a z upływem lat także w pracy. Obok atmosfery domu rodzinnego, ogromny wpływ na przebieg choroby ma środowisko rówieśników. Kostecka [7] uważa, że to właśnie pod wpływem porównywania swojej wymowy do wymowy kolegów i koleżanek w dziecku rodzi się syndrom „dlaczego ja?", który objawia się żalem, zagniewaniem i to właśnie jego dotyczy problem jąkania. Negatywne uczucia, które są rzadko uzewnętrzniane wprost, stają się widoczne dopiero w relacjach z rówieśnikami, czy rodzeństwem, kiedy dziecko reaguje podczas zabawy agresją lub wycofaniem. Umiejętność komunikowania się jest poważnie zaburzona u dzieci z takim problemem, dlatego spora grupa unika tej konieczności, co znajduje odzwierciedlenie *na przykład w sposobie spędzania* czasu wolnego. Zamiast uczestniczenia w zabawach grupowych dziecko woli przebywać w domu, gdzie znajduje sobie zajęcia, które może wykonywać samotnie, czytanie, gry komputerowe czy oglądanie telewizji. Czynności te nie są stanowią problemu same w sobie, problemem jest, że dziecko nie wykazuje zainteresowania innymi rzeczami i rzadko angażuje się w działania wymagające interakcji z rówieśnikami [7]. Dzieci takie często, gdy odważą się na kontakt z rówieśnikami, są wyśmiewane i odrzucane. Rówieśnicy nie rozumieją, czemu coś, co im nie sprawia najmniejszego problemu, dla kogoś innego jest nie do wykonania. Nie wiedzą o odmienności sposobu porozumiewania się jąkających. Konsekwencją braku wiedzy i ro-

zumienia jest zazwyczaj unikanie, co powoduje, że dzieci jąkające się spychane są poza obręb grup rówieśniczych w przedszkolu, czy później w szkole, co jeszcze bardziej pogłębia ich potrzebę izolowania się od świata, tworząc błędne koło.

Nie bez powodu większość poradników dotyczących jąkania kieruje osoby z tym problemem do logopedów oraz rodziców. Balejko [9] wyjaśnia, że rodzice często są jeszcze ignorowani, lekceważeni i traktowani z góry. To oni wykonują w domu zalecane zabiegi zmieniające ich dziecko, wspólnie z wieloma specjalistami dokonują cudów, o ile można mówić o cudach, zmieniają trudne w łatwe, odległe w bliskie, rozpacz w nadzieję, smutek w radość, wady w normę. Literatura przedmiotu jest zgodna, że pomoc rodziców w terapii jest niezbędna dla jej skuteczności, jednak na jąkanie ma przede wszystkim wpływ postawa wychowawcza rodziców, sposób reagowania na wadę dziecka, atmosfera w domu.

Najczęstszym spotykanym problemem jest bierność rodziców, którą Antos [10] opisuje jako brak świadomości, że dziecko ma wadę wymowy. Rodzice są tak osłuchani z wymową dziecka, że uważają ją za normalną. Inni wiedzą, że dziecko źle wymawia, ale czekają, aż z tego wyrośnie. Dlatego też rzadko sami rodzice z własnej woli przyprowadzają dzieci do ośrodków logopedycznych - czynią to przeważnie z polecenia lekarza szkolnego lub wychowawczyni. Większość rodziców dostrzega jednak problem, ponieważ bardzo utrudnia on życie zarówno ich dzieciom, jak i im samym. Nie mogąc pomóc swojemu dziecku, szukają usprawiedliwienia dla pojawienia się problemu.

Carl W. Dell Jr podzielił rodziców na 3 grupy*:* obwiniających za wadę wydarzenia zewnętrzne, obwiniających samych siebie oraz tych, którym trudno jest znaleźć przyczyny jąkania się dziecka [11]. Rodzice chcieliby znać przyczynę wady i jak najszybciej osiągnąć najwyższy poziom płynności mówienia przez dziecko, przez co często je poprawiają, denerwują się na nie, krytykują lub po prostu współczują. Dziecko czuje presję rodziców, co nie stanowi ułatwienia w procesie terapii, prowadzi jedynie do unikania sytuacji bezpośredniego kontaktu z nimi. O tym, jak ważne są tutaj emocje zarówno te pozytywne, jak i negatywne, świadczyć może fakt, że częściej jąkają się chłopcy niż dziewczęta. Być może ma to związek z tym, że chłopcy, co wynika z naszej kultury, która każe im być „twardymi", raczej tłumią uczucia niż je okazują, co sprzyja jąkaniu. Rodzina także często chcąc pomóc, wzmaga jedynie objawy i powoduje kumulowanie się negatywnych emocji u jąkających się.

Antoni Balejko [9] opisał młodego mężczyznę dotkniętego przedmiotowym schorzeniem, który powiedział, że im bardziej chciał wyzbyć się jąkania, tym bardziej ono w nim narastało. Wszyscy wokół niego, jakby będąc w zmowie, jąkanie to wzmacniali, wspomagali jego nasilanie się. Kiedy żegnał się ze swoją dziewczyną słyszał od niej słowa „Życzę ci, abyś się szybko wyleczył i przestał jąkać.". Kiedy wyjeżdżał z domu do akademika słyszał słowa matki: „Życzę ci, abyś wyleczył się z jąkania, przestał w końcu się jąkać." Nie wątpił, że były to szczere życzenia, ale zdawał sobie także sprawę, że były to słowa, które pogłębiały jego dramat, wyzwalały bowiem w nim coraz większy strach przed mówieniem. Dziś uważa się, że nie można żyć cudzymi życzeniami. Zatraca się wtedy zdolność do spontanicznego działania. Balejko podkreśla, że bliscy jąkających się, chcąc im pomóc, życząc im „ładnego mówienia i pozbycia się problemu" wywołują na nich niepotrzebną presję i wzmagają obawy przed niesprostaniem wymaganiom otoczenia [9]. Zofia Dysarz [12] tłumaczy, dlaczego to właśnie rodzina odgrywa najważniejszą rolę w kształtowaniu postawy dziecka. Dysarz wyjaśnia, że to właśnie w rodzinie kształtują się takie mechanizmy, jak poczucie wartości, samoocena, potrzeba osiągnięć, motywacje prospołeczne i egocentryczne, aktywność poznawcza, style komunikowania się, używanie określonych kodów

językowych i inne. Gdy rodzina zaspokaja potrzeby psychiczne dziecka, zapewnia mu bezpieczeństwo i daje poczucie zrozumienia, powstają wtedy korzystne warunki do rozwoju dziecka, kształtuje się w nim pewność siebie, przez co mimo utrudnienia, jakim jest jąkanie, staje się ono gotowe do kontaktów z rodzicami i stopniowo z innymi ludźmi. [12].

Balejko [9] podkreśla również konieczność współpracy między rodzicami a nauczycielami. Często rodzice nie mają dostatecznej wiedzy na temat wad wymowy, czują się bezradni, nie wiedzą, jakie kroki podjąć, a w leczeniu wad wymowy szczególnie ważne jest odpowiednio wczesne rozpoczęcie terapii logopedycznej. Pedagog, posiadając wiedzę o prawidłowym rozwoju dziecka, także jego mowy, powinien dostrzec wadę, poinformować o niej rodziców i doradzić, jakie kroki powinni podjąć, skierować ich do odpowiedniego specjalisty. Efekty pracy korekcyjno-terapeutycznej przychodzą szybko wtedy, kiedy jest dobrze zorganizowana współpraca terapeuty z dzieckiem i jego rodzicami oraz rodziców z nauczycielami. Nauczyciel, poza pomocą i poradą dla rodziców, za najważniejsze zadanie powinien postawić sobie stworzenie odpowiedniej atmosfery wokół dziecka jąkającego się. Antos [10] podkreśla, że do zadań nauczycieli powinno należeć stworzenie przyjaznej atmosfery wokół ucznia z wadą wymowy. Często dzieci te doznają wiele przykrości ze strony kolegów. Uczeń przechodzący reedukację wymowy powinien mieć możliwość mówienia powoli podczas odpowiedzi ustnych na lekcji, gdyż pozwala mu to przestrzegać zasad poprawnej wymowy. Stres wzmaga jąkanie, dlatego dzieci wywoływane do odpowiedzi na forum klasy, często nie są w stanie wypowiedzieć nawet słowa, objawy jąkania nasilają się. Nauczyciele stają przed trudnym wyborem - stawiać dzieci w trudnej sytuacji, powodując poczucie zakłopotania dziecka jąkającego się, jak i swoje, narażać je na wyśmiewanie przez kolegów, czy nie wywoływać go do odpowiedzi, powodując przez to jednak poczucie, że jest traktowane inaczej niż reszta dzieci. Dell [11] przyznaje, że jest problematyczna kwestia, na którą nie ma jednoznacznej odpowiedzi. Z jednej strony bowiem narażanie jąkającego się dziecka na przeżywanie silnego wstydu, a nawet upokorzenia, wydaje się nie w porządku, ale z drugiej dawanie mu w związku z jąkaniem specjalnych względów może sprowokować reakcję niezadowolenia u reszty klasy, co w konsekwencji prowadzi do jakiejś formy ostracyzmu społecznego. Jeżeli jeszcze dziecko potraktuje naszą decyzję jako objaw litości, niewątpliwie negatywnie wpłynie to na jego samoocenę i szacunek do siebie. Pedagodzy powinni przeanalizować każdy przypadek indywidualnie i wybrać najlepsze rozwiązanie dla danego dziecka, pomóc mogą np. uprzedzanie dziecka dzień wcześniej, że będzie pytane, danie mu możliwości wybrania formy odpowiedzi, czy też rozmowy z klasą, tłumaczenie im powodów, dlaczego kolega czy koleżanka mówi inaczej niż oni.

Do uporania się z problemem jąkania, obok przyjaznej atmosfery w domu i szkole, zrozumienia ze strony bliskich i rówieśników potrzeba odpowiedniej terapii logopedycznej. Istnieją wiele szkół terapii jąkania, jednak w każdej z nich pracuje się nad nauczeniem poprawnego sposobu oddychania, zmniejszenia napięcia mięśniowego osoby jąkającej się oraz nad ukształtowaniem prawidłowej postawy rodziców wobec dziecka. Każda z nich podkreśla także, że najważniejsze jest rozpoczęcie terapii od razu, gdy dostrzeżone zostaną pierwsze objawy jąkania. Okazuje się, że w polskich realiach nie zawsze jest to możliwe. Mimo coraz większej liczby gabinetów i poradni logopedycznych, zdarzają się sytuacje, w których jąkający się - pomimo chęci podjęcia terapii - nie mają dostępu do żadnej pomocy. Sytuację taką przytacza Balejko [9] cytując jedną z pacjentek: „Tak bardzo chciałabym mówić tak jak wszyscy, ale nie potrafię. (…) Gdy miałam 9 i 10 lat chodziłam do logopedy, a potem moi rodzice nie mieli czasu,

ponieważ mieszkamy na wsi i trzeba było dojeżdżać, więc przestałam chodzić". Powyższy cytat jest kolejnym potwierdzeniem, że pomimo dużej liczby specjalistów w Polsce, wiele osób jest pozbawionych szansy na skuteczną terapię ze względu na miejsce zamieszkania, brak gabinetów logopedycznych w mniejszych miejscowościach, przez co jąkający się są pozostawiani ze swoim problemem bez żadnej pomocy.

Kolejną kwestią mająca istotne znaczenie jest nastawienie logopedów i dostępna wiedza na temat jąkania. Wobec tego, że nie są do końca znane czynniki wywołujące jąkanie oraz fakt, że jest ono zaburzeniem skomplikowanym i wieloaspektowym, ryzyko niepowodzenia terapii w niektórych przypadkach wydaje się nieuniknione. Wskutek powyższego pojawiają się wśród specjalistów zajmujących się mową głosy takie, jak opinia przedstawiona przez Carla W. Della Jr [11], który uznał, że niektórzy logopedzi czują opór z powodu przekonania, że niewystarczająco rozumieją problem jąkania. Zastanawiają się, czy będąc osobami płynnie mówiącymi, potrafią tak naprawdę wczuć się w przeżycia jąkającego się. Na tę wątpliwość odpowiada pytaniem: czy rzeczywiście nie znają z własnego doświadczenia uczuć frustracji, lęku bądź wstydu? [11]. Często, obok strachu przed niepowodzeniem terapii, osoby jąkające się nie otrzymują pomocy także ze względu na długość tego procesu. Wielu logopedów obawia się, że nie będzie potrafiło przez okres kilku miesięcy czy nawet lat poświęcić takiemu pacjentowi wystarczającej ilości czasu i uwagi, więc odsyła go, skupiając się na pacjentach z łatwiejszymi do wyleczenia schorzeniami. Dell [11] dla zobrazowania omawianego problemu przywołuje słowa szkolnego logopedy: *„Jeżeli prowadzę terapię 75 dzieci i powinienem się spotykać z nimi dwa razy w tygodniu, a oprócz tego zajmować się pracą papierkową, to tak naprawdę żadnemu z moich podopiecznych nie poświęcam wystarczająco dużo uwagi, a dzieci jąkające się potrzebują jej chyba najbardziej. Dlatego głównie zajmuję się problemami artykulacyjnymi."* Taka postawa logopedy w Polsce oznacza dla dziecka jąkającego się pozostawienie praktycznie bez żadnej opieki i pomocy, gdyż szkoła jest dla większości z nich, szczególnie tych z terenów wiejskich, jedynym miejscem, gdzie mają szansę ją uzyskać.

Jeszcze kilka lat temu dodatkowym utrudnieniem na drodze ku normalnemu życiu jąkających się była sytuacja prawna. Od 1993 roku, jąkanie jest uwzględnione w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, gdzie został mu przypisany kod F98.5, co oznacza: F przypisanie do kategorii „Zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania.", 98 podkategorię „Inne zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym"[13]. Niewielu jąkających się zdaje sobie sprawę, że ta dolegliwość uprawnia ich do korzystania z pewnych przywilejów prawnych. Według Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 1997 Nr 123 poz. 776 z późn.zm.) osoba posiadająca dokumentację medyczną potwierdzającą, że cierpi na problem jąkania i leczyła się w tym kierunku, może ubiegać się o przyznanie stopnia niepełnosprawności oraz ma możliwość korzystania z zasiłku pielęgnacyjnego wypłacanego przez ZUS [14].

Konieczność działań poprawiających jakość życia osób jąkających się dostrzegają także sami zainteresowani, w czym znaczny udział mają wszelkiego rodzaju organizacje zrzeszające osoby z tym problemem. W wielu polskich miastach, między innymi we Wrocławiu, Gdańsku, Suwałkach czy Warszawie powstały samopomocowe grupy wsparcia działające w ramach Klubów „J", będących oddziałami Polskiego Związku Jąkających się. Organizują one spotkania, podczas których jąkający dzielą się swoimi doświadczeniami, sposobami radzenia sobie w konkretnych sytuacjach, a także wspólnie szukają rozwiązań pojawiających się trudności. Wielu specjalistów, a także

sami zainteresowani zgodnie twierdzą, że połączenie systematycznej terapii logopedycznej z grupowymi formami wsparcia daje spektakularne efekty. Kluby „J" organizują również inną formę terapii – obozy grupowe. Ich skuteczność potwierdzają słowa jednej z uczestniczek: „Dla mnie jąkanie było tragedią do czasu, kiedy skończyłam 15 lat. Wtedy poszłam do liceum i po raz pierwszy pojechałam na obóz terapeutyczny dla osób jąkających się. To był przełom. Wreszcie znalazłam się wśród osób, które mnie rozumiały, odkryłam, że też mogę być lubiana, zdobyłam przyjaciół i pewność siebie" [15]. Jednostki wzajemnej pomocy działają na całym świecie, walcząc o polepszenie sytuacji swoich członków. To za ich sprawą 22 października ustanowiono Międzynarodowym Dniem Jąkających się. Rokrocznie organizowane są zjazdy osób jąkających się, turnusy integracyjne, konferencje w tej dziedzinie co sprawia, że jąkający zaczynają dostrzegać, że nie są sami ze swoim problemem, a także, że możliwe jest zaakceptowanie swojej wady i nauczenie się z nią żyć.

Na podstawie omówionych kwestii można wywnioskować, że ogólna sytuacja jąkających się ulega stopniowej poprawie, jednak jest jeszcze wiele do zrobienia w tej dziedzinie, co trafnie podsumował Tadeusz Gałkowski stwierdzając, że środowisko społeczne, w jakim wzrasta dziecko mające poważniejsze trudności w porozumiewaniu się, najczęściej go nie rozumie i przez to stwarza wiele sytuacji frustrujących i traumatyzujących. Aby temu zapobiec, należy możliwie szybko prowadzić odpowiednie oddziaływania wyjaśniające, zwłaszcza w środkach masowego przekazu, które przyczyniłyby się do zmiany tych niewłaściwych postaw społecznych. Zbyt długo bowiem tkwi w powszechnie przyjmowanych schematach postać osoby jąkającej się jako budzącej śmieszność, a jednocześnie stanowiącej doskonały przedmiot niewybrednych żartów i drwin [1].

Piśmiennictwo

1. Tarkowski Z.: Jąkanie wczesnodziecięce. WSiP, Warszawa, 1992.
2. Lichota E.J.: Profilaktyka jąkania i niepłynności mówienia. Harmonia, Gdańsk, 2008.
3. Jastrzębowska G.: Podstawy logopedii dla studentów logopedii, pedagogiki, psychologii, filologii. Wyd. Uniwersytetu Opolskiego, Opole,1996.
4. Demelowa G.: Elementy logopedii. WSiP, Warszawa, 1979.
5. Skorek E.M.: Oblicza wad wymowy. Wyd. Akademickie „Żak", Warszawa, 2001.
6. Minczakiewicz E.M., Mowa, rozwój, zaburzenia, terapia, Wyd. Naukowe WSP, Kraków, 1997.
7. Kostecka W.: Dziecko i jąkanie. Poradnik dla rodziców, nauczycieli i logopedów. Polskie Towarzystwo Logopedyczne, Lublin, 2000.
8. www.ochoroba.pl/artykuly/1417-jakanie-jak-pomoc, data pobrania: 5.04.2012
9. Balejko A.: Porozmawiajmy o jąkaniu się. Odpowiedzi na listy. Wyd. Logopedyczne, Białystok, 1997.
10. Antos D., Demel G., Styczek I. Jak usuwać seplenienie i inne wady wymowy. WSiP, Warszawa, 1967.
11. Dell C.W.Jr: Terapia jąkania u dzieci w młodszym wieku szkolnym. Wyd. Impuls, Kraków, 2008.
12. Dysarz Z.: Mowa dziecka a więzi uczuciowe w rodzinie. Wyd. Akademii Bydgoskiej, Bydgoszcz. 2003.
13. Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, http://icd10.pl/, data pobrania: 5.04.2012.
14. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz

zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 1997 Nr 123 poz. 776 z późn.zm.)
15. www.pzj.com.pl, data pobrania: 5.04.2012

Płażewska Anna[1], Głodowska Katarzyna B.[2]

Rola pielęgniarki w rozpoznaniu i odwróceniu zjawiska śmierci społecznej; kazus osoby transseksualnej

[1] SKN Etyki i Bioetyki, Katedra Nauk Społecznych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkiewicza w Poznaniu
[2] Katedra Nauk Społecznych Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkiewicza w Poznaniu

Praca nie mogłaby się ukazać, gdyby nie życzliwość mentora doktora Jana Zamojskiego, któremu autorzy pragną serdecznie podziękować za okazaną pomoc i udzielone wsparcie.

Życie w społeczeństwie i mechanizmy śmierci społecznej

Znany w dziedzinie socjologii przypadek „dzikich dzieci" jest potwierdzeniem tezy, iż żaden człowiek nie może w pełni rozwinąć się i ukształtować w oderwaniu od społeczeństwa. Żyjąc w nierozerwalnym związku z daną społecznością, pozostajemy zależni od reguł i zasad w niej panujących, a nasze działania winny być rozpatrywane w odniesieniu do kręgu kulturowego z jakiego się wywodzimy. Życie społeczne, definiowane jako ogół zjawisk wynikających z wzajemnego oddziaływania jednostek i zbiorowości, znajdujących się w określonej przestrzeni, powinno opierać się na kanwie zasad wspólnego dobra, pomocy i solidarności [1-3].

Wspólny rozwój danej społeczności jest możliwy i realizuje się poprzez zorganizowany system stosunków, wytworzenie wewnętrznych struktur i reguł określających koegzystencję. Wytworzona w ten sposób więź społeczna zawiera specyficzne dla różnych społeczności na całym świecie, określone normy, które umożliwiają regulację życia i stanowią podstawowy instrument kontroli społecznej [2-4].

W sytuacji nieprzestrzegania przez jednostkę norm współżycia społecznego, może dojść do zjawiska niedostosowania społecznego. O jego zaistnieniu decydować może szereg czynników o podłożu psychologicznym, biologicznym i społecznym. W konsekwencji niedostatecznego przystosowania jednostka może zostać wyizolowana ze społeczeństwa. Odosobnienie może przeistoczyć się w zjawisko śmierci społecznej, czyli wykluczenie jednostki ze społeczności, skazanie jej na swoisty ostracyzm, który może przeistoczyć się w stan, w którym dana osoba traktowana jest jak zmarła. [1-5]

Postrzeganie choroby

Jednym z czynników mogących zaburzać funkcjonowanie jednostki w społeczeństwie jest naruszenie zdrowia. W przypadku zachwiania homeostazy człowiek, pozbawiony samowystarczalności, ma nadzieję na pomoc ze strony społeczeństwa, które

wobec osoby chorej może przyjąć stosunek dwojakiego rodzaju. Z jednej strony może odsunąć jednostkę, która staje się potencjalnym obciążeniem, lub też uznać jej sytuację za uprzywilejowaną, dokładając starań aby skompensować powstałe niedobory [6,7].

Na kartach historii zapisały się zdarzenia, które oddają obydwie koncepcje – w starożytnej Grecji zabijano chore noworodki, natomiast ludzi starszych otaczano powszechnym szacunkiem. Być może zjawisko tak dużej dysproporcji podyktowane było w ówczesnym czasie nieznajomością etiologii patologii u noworodków, natomiast choroby seniorów były akceptowalne z racji logicznego wytłumaczenia, jakim był wiek. W naturze ludzkiej zapisane jest pragnienie wytłumaczalności. Brak logicznego wytłumaczenia, powoduje narastanie lęku, który jest z kolei przyczyną uruchomienia mechanizmów obronnych. Podobne reakcje społeczeństwa możemy zaobserwować współcześnie [6-9,].

Choroba nabytego niedoboru odporności jest czwartą z kolei najczęstszą przyczyną zgonów. Przyczynę większości z 40 milionów przypadków zachorowań przypisuje się niebezpiecznym kontaktom seksualnym [10]. Nieznajomość patomechanizmu AIDS wpłynęła negatywnie na postrzeganie osób dotkniętych tym zespołem. Przyczyną patologizacji zjawiska, od lat osiemdziesiątych XX wieku, są czynniki ryzyka przenoszenia się wirusa HIV. Obecnie możemy zaobserwować zjawisko atrybucji, w którym istotny jest sposób zakażenia – inaczej społeczeństwo postrzegać będzie osobę homoseksualną, która zaraziła się poprzez niebezpieczny kontakt płciowy, a inaczej pielęgniarkę, która zakuła się skażoną igłą podczas pracy w szpitalu [7,9,10].

Sposób zakażenia i przyczyna choroby, może mieć wpływ na postrzeganie i stosunek społeczeństwa do chorego, a w związku z tym dysproporcji ulegać może jakość pomocy niesionej osobie cierpiącej.

Ostracyzm społeczny osób transseksualnych

Opisany mechanizm ma swoje odzwierciedlenie w przypadku innych zjawisk, m.in. transseksualizmu. Podobnie, jak w przypadku stygmatyzacji AIDS, tak też osób transgenderowych ma miejsce zadziałanie mechanizmów społecznych pod postacią dezaprobaty, spekulacji i odebrania jednostce dobrego imienia, prestiżu. Szykanowanie osób cierpiących na AIDS przejawia się m.in. poprzez używanie wobec nich pejoratywnych określeń: „ma adidasa", wobec osób transseksualnych - „odmieniec, dziwoląg"[12].

Osoba transseksualna, potrzebująca pomocy ze strony społeczeństwa, izolowana z powodu transgenderyzmu, doznaje cierpienia z powodu odrzucenia, braku wsparcia, a w konsekwencji śmierci społecznej. Narażona na przewlekły stres, doznaje cierpienia fizycznego i duchowego, z którym niejednokrotnie przez całe życie musi zmagać się w pojedynkę.

Niejednolitość chorób psychicznych oraz pejoratywny stosunek społeczeństwa w odniesieniu do nich, spowodowały patologizację i stygmatyzację zjawiska transseksualizmu. Zadaniem służby zdrowia powinno być uświadomienie społeczeństwu szerokiego kontekstu społeczno-kulturowego transgenderyzmu oraz faktu, iż nadal posiadamy zbyt małą wiedzę dotyczącą budowy i mechanizmów działania ludzkiego mózgu. Mając na uwadze powyższy aspekt, profesjonalna pomoc medyczna powinna obejmować pluralizm medyczny. Zakłada on współdziałanie biomedycy i antropologii medycznej, dlatego pamiętać należy, iż nie da się jednoznacznie oddzielić sfery biolo-

gicznej człowieka od aspektu kulturowego [9, 13].

Zjawisko transseksualizmu

U człowieka istnieje zróżnicowanie płciowe na płeć męską i żeńską. Płeć rozumiana jest jako zespół cech organizmu warunkujących jego zdolność do wytwarzania komórek rozrodczych: gamet żeńskich (jaj) lub męskich (plemników), umożliwiających zaplemnienie i wychowanie potomstwa. Współcześnie określana jest jako zespół cech wyznaczanych przez co najmniej 10 elementów jakimi jest płeć: chromosomalna, gonadalna, hormonalna, metaboliczna, mózgowa, wewnętrznych i zewnętrznych narządów płciowych, fenotypowa, socjalna i psychiczna [14, 15].

By móc stwierdzić przynależność człowieka do danej płci, musi zostać spełniony każdy z wymienionych elementów. W przypadku, w którym przynajmniej 1 z nich będzie należeć do płci odmiennej, będziemy mówić o transpozycjach płci. Termin „transpozycje płci" oznacza przechodzenie jednej, lub więcej cech, właściwych jednej płci, na drugą płeć. Zjawisko to może trwać od okresu rozwoju płodowego i wczesnego okresu poporodowego człowieka. Przejście ma charakter trwały a nabycie cechy płci przeciwnej ma wpływ na poczucie tożsamości płciowej [14-16].

W przypadku transseksualizmu, należącego do zespołu dezaprobaty płci, czyli braku zgody jednostki na płeć biologiczną, dochodzi do rozbieżności pomiędzy psychicznym poczuciem płci a biologiczno - morfologiczną budową ciała. Dysproporcji ulega także płeć socjalna czyli metrykalno/prawna. Osoba transseksualna odczuwa swoje ciało jako obce i należące do płci przeciwnej. Na użytek kliniczny osoby transseksualne zostały podzielone na typ kobieta-mężczyzna (K/M), w którym transseksualista czuje się mężczyzną uwięzionym w ciele kobiety oraz typ mężczyzna-kobieta (M/K), w którym transseksualistka czuje się kobietą uwięzioną w ciele mężczyzny [14-17].

W związku z odczuwaniem przez osoby transseksualne płci przeciwnej do biologicznej, istnieje potrzeba wyrażania przez transgednerystów płci psychicznej i identyfikowania się z nią. W konsekwencji osoba będzie dążyć do pełnienia określonej roli społecznej, jako kobieta, lub jako mężczyzna i będzie przybierać odpowiednio maski kobiecości, lub męskości. Funkcjonując według zasad i reguł społeczeństwa, w którym żyjemy, dokonujemy obserwacji i wykształcamy system zachowań męskości i kobiecości specyficzny dla danego kręgu kulturowego. Z punktu widzenia społeczeństwa, czyli poprzez wgląd w płeć biologiczną, manifestuję się zaburzenie, określane jako transpozycja płciowa i zespół dezaprobaty płci pod postacią transseksualizmu. Z perspektywy osób transgenderowych działania te są naturalną potrzebą [16-18].

Opis przypadku

Pacjent N. N. był pierwszym dzieckiem w rodzinie (dziewczynka). W 2012 roku ukończył 24 lata. Wychował się w małej, wiejskiej miejscowości gdzie do 2004 roku zamieszkiwał wraz z matką, a w późniejszym okresie również z ojczymem i przyrodnim bratem. W wieku 15 lat przeprowadził się do większej, miejskiej miejscowości i zamieszkał w bursie szkolnej rozpoczynając naukę w czteroletniej szkole średniej. Po ukończeniu szkoły przeprowadził się do jednego z największych miast w Polsce i rozpoczął studia na uczelni wyższej.

Z płcią męską N.N. identyfikował się od najmłodszych lat. Preferował ubieranie

się w odzież męską, natomiast w kontaktach z rówieśnikami przyjmował męskie role płciowe. Z wiekiem styl bycia i wygląd zewnętrzny w znacznym stopniu pozwalil N.N na identyfikowanie się z mężczyzną. Terapię rozpoczął w 2006 roku. Postawione wstępne rozpoznanie wg ICD - 10: F64.0 – to transseksualizm typu kobieta/mężczyzna.

Środowisko rodzinne

Trudno wyobrazić sobie dramat rodzica, który staje w obliczu zjawiska transseksualizmu. Wobec nieznanej etiologii i niewielkiej ilości danych, medycyna pozostaje stosunkowo bezradna. Pomimo istnienia algorytmu postępowania niewyobrażalnym trudem pozostaje fakt zmiany płci dziecka. Brak wytłumaczalności zjawiska powoduje niezrozumienie, lęk, zagubienie i frustrację. Powstaje wiele pytań, które pomimo znacznego rozwoju medycyny, pozostają bez odpowiedzi. Podobnie, jak w przypadku stosunku społeczeństwa wobec zaburzenia zdrowia, tak rodzice, jako część podstawowej komórki społecznej, jaką jest rodzina, mogą przyjąć dwojaką postawę. W przypadku N.N. wydarzenia przybrały obrót niezrozumienia społecznego i wyizolowania, a w konsekwencji zjawiska śmierci społecznej.

Przyjmuje się, iż okres żałoby obejmuje trzy etapy, do których zaliczamy:

- zerwanie więzi ze zmarłym
- przystosowanie do środowiska życia bez osoby zmarłej
- tworzenie się nowych relacji interpersonalnych – zarówno z osobami żyjącymi oraz zmarłym [2]

Zgodnie z decyzją matki, N.N. został zmuszony do przeprowadzenia się z małej miejscowości rodzinnej do miasta znacznie oddalonego od miejsca zamieszkania matki. Przez cztery kolejne lata zamieszkiwał w bursie szkolnej, w bezpośrednim sąsiedztwie szkoły średniej. W okresie tym nie utrzymywał kontaktu z matką. Etap ten opisywany jest przez N.N jako zerwanie więzi. Z relacji wynika, iż w tym okresie matka nawiązała relacje z mężczyzną, założyła rodzinę i urodziła drugie dziecko. Etap ten można interpretować, jako przystosowanie do nowego środowiska bez osoby zmarłej. W okresie czterech lat pacjent samodzielnie zmagał się ze swoją sytuacją, szukając pomocy w różnych instytucjach. Ostatecznie odnajdując pomoc w placówce służby zdrowia, rozpoczął terapię i przystosował się do nowej sytuacji życiowej. W ramach ustabilizowanej sytuacji, zarówno ze strony matki, jak i N.N. nastąpiło ponowne nawiązanie relacji. Etap ten można porównać z trzecim, końcowym etapem godzenia się z odejściem bliskiej osoby, w tym przypadku córki i nawiązanie relacji z synem.

Porównanie, choć kontrowersyjne, może uświadamiać niezwykle trudny i specyficzny aspekt śmierci społecznej, w której osoba żyjąca, traktowana jest jako zmarła. W opisanej powyżej relacji, ewolucja i kolejne etapy okazały się dla N.N i jego rodziny swoistym katharsis.

Proces adaptacji do nowego środowiska

Upodobnianie się pacjenta do płci męskiej poprzez typowo męski ubiór, utrudniały proces adaptacji do środowiska szkolnego oraz społeczności małej miejscowości, w której N.N. zamieszkiwał. Wbrew nadziejom, zmiana miejsca zamieszkania i rozpoczęcie edukacji w nowym środowisku nie przyczyniły się do poprawy jego sytuacji życiowej. Sytuacja N.N okazała się wyjątkowo trudna do

zaakceptowania nie tylko przez najbliższych, ale także przez grupę rówieśników.

Z uwagi na funkcjonowanie prawne jako kobieta, podczas przydziału lokum w bursie szkolnej, N.N. został zmuszony do zamieszkania na żeńskim piętrze. Przekonanie zarówno rówieśniczek, jak i ich rodziców, iż administracja bursy szkolnej dopuszcza pokoje koedukacyjne, stała się przyczyną wielu nieprzyjemności. Sytuacja przydziału załagodzona przez matkę, tłumaczącą postawę dziecka, jako etap buntu wieku dojrzewania, jedynie pogorszyła sytuację. W pokoju traktowany był nieobecny, określany formą „ono" i izolowany ze środowiska szkolnego.

N.N. zmagał się z samotną walką - zarówno z własną, niepojmowaną przez samego siebie sytuacją, a także z wrogością otoczenia. Wyszydzany na łamach szkoły, ośmieszany podczas czynności dnia codziennego (np. kąpieli). Doświadczał cierpienia duchowego o niezwykłym natężeniu, które doprowadziło do dekompensacji jego osobowości pod postacią zaburzeń depresyjno-lękowych, a w konsekwencji na skraj załamania i podjęcia próby samobójczej, zakończonej niepowodzeniem.

Proces adrogenizacji a funkcjonowanie w społeczeństwie

Na podstawie trwającej od 2006 roku terapii pacjent rozpoczął farmakoterapię pod postacią terapii hormonalnej, przyjmując preparat testosteronu w iniekcjach domięśniowych.

Po rozpoczęciu przyjmowania przez pacjenta testosteronu można zaobserwować zaostrzenie cech męskich – obniżenie tonacji głosu, pojawienie się zarostu, zwiększone owłosienie ciała, przyrost masy mięśniowej, wzrost siły fizycznej.

Dysproporcja pomiędzy wyglądem fizycznym, a dokumentami tożsamości, w których N.N. nadal figurował jako kobieta, stała się dla kolejnym elementem dystansu społeczeństwa. Funkcjonowanie społeczne wiązało się z trudnością w założeniu konta bankowego, posługiwaniem się kartą kredytową czy odprawą na lotnisku. Z uwagi na swoją sytuację, N.N. niejednokrotnie spotkał się z odmową zatrudnienia. Także pobyt w szpitalu charakteryzował się wysokim poziomem stresu, nie tylko z uwagi na przyczynę hospitalizacji, ale w trudności w zachowaniu w tajemnicy danych osobowych. Z uwagi na kobiecą anatomię, którą N.N. maskował, nie mógł brać w pełni udziału w życiu towarzyskim. Trudności w życiu społecznym znajdowały swoje odzwierciedlenie w najbardziej prozaicznych czynnościach, m.in. w korzystaniu z publicznej toalety.

Rola pielęgniarki – ulga w cierpieniu

Niesienie ulgi w cierpieniu jest podstawowym zadaniem pielęgniarki. Profesjonalna postawa pielęgniarki, zgodnie z etyką zawodu, wymaga od niej, jako pracownika służby zdrowia, niesienia kompleksowej pomocy osobie potrzebującej, niezależnie od własnych przekonań, poglądów i religii. Indywidualna postawa pielęgniarki wobec pacjenta powinna opierać się na wykluczeniu paternalistycznego stosunku do chorego, respektowaniu prawa do autonomii i samostanowienia pacjenta, ochrony prywatności i danych osobowych pacjenta. Pielęgniarka, poprzez otoczenie pacjenta troskliwością, przyczynia się do ochrony ludzkiej godności, pamiętając, iż życie ludzkie ma jednakową wartość. Najwyższą jakością opieki pielęgniarskiej powinien być otoczony zarówno więzień zakładu karnego, jak i członek senatu [20,21,22].

Mając na uwadze, iż cierpienie może mieć swój początek nie tylko poprzez

fizyczność, ale również przez duchowość, pielęgniarka powinna pamiętać, że przewlekły stres może prowadzić do cierpienia, niejednokrotnie uniemożliwiającego pacjentowi funkcjonowanie. Osoby mające silne wsparcie społeczne, z reguły mają niskie ciśnienie i mała częstość bicia serca, dzięki czemu cieszą się lepszym zdrowiem od osób pozbawionych takiego wsparcia. Być może wsparcie społeczne działa przez łagodzenie oddziaływań, które prowadziłyby, w innym przypadku, do nadmiernego pobudzenia współczulnego układu nerwowego, prowadzącego do takich schorzeń jak zawał mięśnia sercowego czy choroba wrzodowa [23].

Istnieje wiele skal pomagających pielęgniarce ocenić skalę bólu fizycznego pacjenta. Nie istnieje jednak żadne rzetelne, adekwatne narzędzie umożliwiające pielęgniarce ocenienie nasilenia cierpienia duchowego. Cierpienie jest bowiem indywidualne dla każdego człowieka, każdy z nas posiada własny próg cierpienia [24].

Pielęgniarka powinna być świadoma, iż pacjent transseksualny jest szczególnie narażony na stres. W związku z tym, powinna przyczynić się do jak najefektywniejszego jego obniżenia, poprzez wsparcie pacjenta. Wsparcie jest wszelkiego rodzaju pomocą niesioną osobie potrzebującej, bez względu na to, czy jest ona przez nią oczekiwana, czy też nie. Wsparcie ma kilka podstawowych rodzajów: informacyjne, emocjonalne, instrumentalne czy też rzeczowe [25]. W trakcie opieki nad pacjentem transseksualnym, zarówno w palcówkach służby zdrowia, jak i środowisku domowym, pielęgniarka może realizować działania wspierające pacjenta, przyczyniając się do poczucia bezpieczeństwa i wsparcia społecznego. Ponad to, planując opiekę, pielęgniarka powinna kierować się zasadą autonomią pacjenta, unikając patriarchalnego podejścia do chorego [26].

Działania pielęgniarki w warunkach szpitalnych

Hospitalizacja stanowi czynnik stresogenny, który szczególnie nasila się w przypadku osób transseksualnych. Pielęgniarka powinna ze szczególną roztropnością zaplanować pobyt pacjenta na oddziale, zbierając wywiad z chorym, w którym ustali, preferowany sposób zwracania się do podopiecznego. W ramach możliwości powinna też zapewnić pacjentowi odpowiednie warunki pobytu, umieszczając pacjenta w odpowiedniej dla jego płci psychicznej, sali, ewentualnie umieszczając pacjenta w pomieszczeniu jednoosobowym. Ważnym aspektem jest również zachowanie intymności pacjenta, na przykład poprzez parawany w trakcie cewnikowania pęcherza moczowego. Niezwykle istotna pozostaje również ochrona danych osobowych. Pielęgniarka może zapewnić anonimowość pacjenta, przez niewywoływanie go publicznie oraz przez umieszczanie karty gorączkowej w miejscu niewidocznym dla osób postronnych. powinna udzielać pacjentowi informacji dotyczącej jego pobytu na oddziale, ułatwiając w ten sposób proces adaptacji do nowego środowiska, czy też instruować w przypadku konkretnego postępowania, na przykład zasad korzystania z łazienki. Ponadto, na każdym etapie opieki pielęgniarskiej, pacjentowi powinno zostać udzielone wsparcie emocjonalne.

Działania pielęgniarki w środowisku domowym

Pielęgniarka Podstawowej Opieki Zdrowotnej powinna pamiętać, iż problemy pacjenta transseksualnego wiążą się ściśle zarówno ze sferą fizyczną, jak i psychiczną,

niejednokrotnie pozostających ze sobą w ścisłym związku.

Pielęgniarka może nieść pomoc pacjentowi transseksualnemu typu K/M udzielając wsparcia instrumentalnego, poprzez naukę odpowiedniej techniki bandażowania piersi, które pacjent chce maskować. Częsta praktyka ukrywania piersi pod zwojami taśmy samoprzylepnej, stretchu, czy innych materiałów drażniących skórę sprzyja powstawaniu odparzeń, otarć i złego stanu higienicznego skóry. Konieczność maskowania piersi wywołuje u pacjenta cierpienie psychiczne, któremu pielęgniarka powinna przeciwdziałać.

Istotny pozostaje również aspekt wykonywania iniekcji domięśniowych preparatu testosteronu, jakie pacjent transseksualny K/M przyjmuje. Samodzielne, niewłaściwe wykonywanie iniekcji sprzyja powstawaniu zrostów, bólu w miejscu podania, uniemożliwiających prawidłowe poruszanie się oraz stanowi zagrożenie dla zdrowia i życia pacjenta. Niezwykle istotna jest również pomoc pielęgniarki w rozpoczęciu i trwaniu procesu androgenizacji, podczas którego pielęgniarka może udzielić pacjentowi informacji o tym, jak będzie zmieniać się jego ciało oraz z jakimi trudnościami może się spotkać.

Wybrane powyżej aspekty opieki pielęgniarskiej nad pacjentem są przykładem pomocy, jakie może nieść pielęgniarka pacjentowi transseksualnemu. Najistotniejszym elementem wydaje się być zapewnienie psychologicznej pomocy pacjentowi, który poddany izolacji społecznej, oczekuje wsparcia i zrozumienia, a w konsekwencji poczucia bezpieczeństwa.

Podsumowanie

Choć śmierć społeczna nie oznacza jednoznacznie biologicznej śmierci człowieka, stanowi ona przyczynę cierpienia człowieka. Niejednokrotnie, zwłaszcza w sytuacji choroby, człowiek nie jest w stanie samodzielnie skompensować niedoborów. W tej sytuacji pomoc służby zdrowia staje się niezwykle istotnym elementem pomocy, umożliwiającej jednostce nie tylko powrót do zdrowia, ale i życia w społeczeństwie. Należy pamiętać, iż kierując się podstawowymi zasadami życia społecznego: wspólnego dobra, pomocy i solidarności, przyczyniamy się do zasady nadrzędnej, jaką jest zasada sprawiedliwości społecznej. Być może, na tej podstawie 28 września 2011 roku, Parlament Europejski przyjął rezolucję, w której wzywa Komisję i Światową Organizację Zdrowia do usunięcia zaburzeń tożsamości płciowej z listy zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, wnosząc o zapewnienie depsychiatryzacji procesu dążenia do zmiany tożsamości, postulując o uproszczenie tego procesu, pokrycia kosztów przez system zabezpieczenia społecznego a także możliwości wolnego wyboru zespołu opieki medycznej [31].

Piśmiennictwo

1. Taranowicz I.: Śmierć jako zjawisko społeczne [w:] Elementy socjologii dla pielęgniarek. Wyd. Czelej, Lublin 2000, 259 - 275.
2. Kaczmarek T., Marcinkowski J.T.: Śmierć społeczna. Cz. I. Wymiary i kategorie śmierci [w:] W drodze do brzegu życia T.5. , UMB, Białystok, 2008, 365-369.
3. Kaczmarek T., Marcinkowski J.T.: Śmierć społeczna. Cz. II. Śmierć społeczna ostateczną konsekwencją wykluczenia społecznego [w:] W drodze do brzegu życia

T.5. , UMB, Białystok, 2008, 371-387.
4. Turowski J.: Socjologia. Wielkie struktury społeczne. Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin, 2000, 51 - 71.
5. Sztompka P.: Socjologia. Analiza społeczeństwa. Wyd. Znak, Kraków, 2002, 257 - 287, 356 - 367, 389 - 413.
6. Kawczyńska-Butrym Z.: Socjoetiologia - społeczne uwarunkowanie choroby [w:] Elementy socjologii dla pielęgniarek, Wyd. Czelej, Lublin, 2000, 217 – 234.
7. Kawczyńska-Butrym Z.: Społeczne konsekwencje choroby i niepełnosprawności [w:] Elementy socjologii dla pielęgniarek. Wyd. Czelej, Lublin, 2000, 235 – 258.
8. Taranowicz I.: Wprowadzenie do socjologii zdrowia i choroby [w:] Elementy socjologii dla pielęgniarek, Wyd. Czelej, Lublin, 2000, 165 – 180.
9. Penkala-Gawęcka D.: Kulturowe wymiary zdrowia, choroby i leczenia w świetle badań antropologii medycznej [w:] Płonka-Syroka B. (red.), Antropologia medycyny i farmacji w kontekście kulturowym, społecznym i historycznym. Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego AM we Wrocławiu, t. 1., Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich, Wrocław, 2008, 19-34.
10. Gert B., Culver C.M., Clouser K. D.: Bioetyka. Ujęcie systematyczne. Wyd. Słowo/Obraz Terytoria, Gdańsk, 2009, 177 – 258.
11. Mepham B.: Bioetyka. Wprowadzenie dla studentów nauk biologicznych. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2008, 84.
12. http://www.miejski.pl/slowo-ADIDAS, data pobrania, 15.04. 2012.
13. Levay S.: The Sexual Brain, The Mit Press. Cambridge, England, London, 1993,. 130-135
14. Dulko S., Stankiewicz S.: Klinika transpozycji płci.: Lew - Starowicz Z., Skrzypulec V. (red.) [w:] Podstawy seksuologii. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2010, 216 – 225.
15. Imieliński K., Dulko S.: Istota transseksualizmu [w:] Przekleństwo Androgyne Transseksualizm: mity i rzeczywistość. Wyd, Naukowe PWN, Warszawa, 1988, 49-53.
16. Imieliński K., Dulko S.: Idetyfikacja, rola i orientacja płciowa.: [w:] Transpozycje płci: Transseksualizm i inne zaburzenia identyfikacji płciowej. Wyd, ARC-EN-CIEL: Centrum Terapii Zaburzeń Łaknienia, Kraków, 2001, 33-100, 116-124.
17. Bancroft J.: Transgenderyzm, Niezgodność na płeć zdeterminowaną kulturowo i transwestytyzm [w:] Seksualność człowieka.Wyd, Urban & Parker, Wrocław, 2011, 301 – 313.
18. Zadrożyńska A.: Etnologiczne problemy seksuologii: Symbolika płci i seksu w różnych kulturach.: [w:] Seksuologia kulturowa. Imieliński K., Wyd, PWN, Warszawa, 1980, 172-217.
19. Imieliński K., Dulko S.: Wstęp.: [w:] Transpozycje płci: Transseksualizm i inne zaburzenia identyfikacji płciowej. Wyd. ARC-EN-CIEL: Centrum Terapii Zaburzeń Łaknienia, Kraków, 2001, 3-9.
20. Dobrowolska B.: Kodeksy etyki zawodowej pielęgniarek.: [w:] Etyka w pracy pielęgniarskiej. Podręcznik dla studentów pielęgniarskich studiów licencjackich. Wrońska I. (red.), Wyd. Czelej, Lublin, 2002, 220-239.
21. Wrońska Irena.: Szczegółowa etyka pielęgniarstw [w:] Etyka w pracy pielęgniarskiej. Podręcznik dla studentów pielęgniarskich studiów licencjackich. Wrońska I. (red.), Wyd. Czelej, Lublin, 2002, 179-195.

22. Fry S. T., Johnstone M. J.: Etyka w praktyce pielęgniarskiej. Zasady podejmowania decyzji etycznych. Wyd. Makmed, Warszawa - Lublin, 2009, 123 – 132.
23. Kalat J. W.: Biologiczne podstawy psychologii. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2007, 364 -371.
24. Tatarkiewicz W.: O szczęściu. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2005, 141-160.
25. Dorota Kilańska [red.].: Pielęgniarstwo w podstawowej opiece zdrowotnej, T. I. Wyd. Makmed, Lublin, 2008, 139 – 145.
26. Łukow P.: Granice zgody: autonomia zasad i dobro pacjenta. Wyd. Naukowe Scholar, Warszawa, 2005, 98 - 165.
27. Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 28 września 2011r.http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2011-0427+0+DOC+XML+V0//PL, data pobrania 23.02.2012

Palczewska Alicja[1], Drozda Stanisław[2]

Próba oceny jakości życia osób w wieku geriatrycznym

[1] Wydział Medyczny, Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży
[2] Wydział Matematyki i Informatyki, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Wstęp

Ostatnie lata przyniosły wzrost zainteresowania terminem *jakość życia*. Termin ten można spotkać w medycynie, w naukach humanistycznych, społecznych i ekonomicznych. Pojęcie *jakości życia* jest pojęciem i zjawiskiem wielowymiarowym, obciążonym emocjonalnie, pojęciem ewaluatywnym, niemożliwym do jednoznacznego ujęcia, uwikłanym w konteksty polityczne i kulturowe. Pojęcie *jakość życia* i *zdrowie* coraz częściej można spotkać w literaturze przedmiotu, są to kategorie, które podobnie jak pojęcie *szczęście* mają wiele wspólnych cech. Jakość życia jest związana z warunkami życia człowieka, poziomem życia, wiekiem i pozycją społeczną. Wśród tych wyznaczników znajduje się też struktura organizmu człowieka i poziom funkcjonowania jego układów biologicznych, czyli zdrowia. W nowoczesnych badaniach jakość życia jest często ujmowana i mierzona jako poczucie zadowolenia z życia lub jako dobrostanu biopsychospołecznego [1]. W strategii WHO zwrócono uwagę, że zdrowie jest:

- wartością, dzięki której jednostka może realizować swoje aspiracje i dobrze radzić sobie w środowisku;
- zasobem, który gwarantuje rozwój danej jednostki zarówno społeczny, jak i ekonomiczny; tylko zdrowi ludzie mogą osiągać określoną jakość życia;
- zdrowie jest środkiem do osiągnięcia lepszej jakości życia. Jakość życia w powiązaniu ze zdrowiem należy rozumieć jako sprawne funkcjonowanie do późnej starości, większą wydajność pracy i lepsze zarobki, satysfakcję z życia [2].

Zdrowie nie jest stanem statycznym. We wszystkich okresach życia należy je chronić, doskonalić i przywracać. Bardzo ważnymi warunkami, które zapewniają zdrowie są: pokój, bezpieczeństwo na świecie oraz w miejscu zamieszkania, system ekonomiczny, dochody, równość i sprawiedliwość społeczna. Z biegiem czasu okazało się, że jakość życia związana jest ze szczęściem osobistym, sukcesem zawodowym, dobrym statusem materialnym, ustabilizowaną życiową sytuacją i co bardzo ważne, jakość życia łączy się z umiejętnością radzenia sobie z problemami życiowymi. Inni zwracają uwagę na kierowanie się w życiu dobrem i miłością. Jakość życia człowieka w znacznej mierze zależy od przyjętej filozofii życia, hierarchii wartości oraz oczekiwań i pragnień wobec własnego życia [3]. Jest przede wszystkim związana z subiektywnym odczuwaniem zadowolenia z życia, szczęścia czy też satysfakcji.

Ludzie starsi stanowią szczególnego rodzaju zbiorowość, która posiada charakterystyczne cechy biologiczne i fizjologiczne. Definicję starości i starzenia się

dość często można spotkać w literaturze omawiającej to zagadnienie – w socjologii, ekonomii, pedagogice, psychologii czy też gerontologii. Jedną z definicji starości przedstawił Pastuszka twierdząc, że: *starość jest ostatnim etapem życia, rozpoczynającym się od sześćdziesiątego lub sześćdziesiątego piątego roku życia i kończącym się śmiercią* [cyt. za 4]. W zagadnieniach dotyczących jakości życia Szulc odwołuje się do koncepcji, w której jakość życia wyznaczają cztery determinanty [5]:

1. Satysfakcja z życia (*life satisfaction*),
2. Koncepcja własnej osoby (*self-concept*),
3. Zdrowie i funkcjonowanie (*healthfunctioning*),
4. Czynniki społeczno-ekonomiczne (*socio-economicfactors*).

Cel pracy

Celem przeprowadzonych badań było sprawdzenie jakości życia osób w wieku geriatrycznym, czyli po 65. roku życia. Badanie potraktowano jako pilotażowe, nie włączając tzw. metryczki dotyczącej danych personalnych i stanu zdrowia osób ankietowanych. Podjęto próbę sprawdzenia, jak określają swoją jakość życia osoby na emeryturze lub przebywające na rencie w 2011 roku.

Materiał i metody

Grupę badaną stanowiło 177 osób, wybranych przypadkowo w rodzinach pacjentów objętych opieką długoterminową z powiatów: ostrołęckiego, makowskiego, przaśnyskiego, wyszkowskiego i ostrowskiego (region półn. – wsch. Mazowsza). Badania ankietowe przeprowadziły pielęgniarki zatrudnione w zakładach opieki długoterminowej, odwiedzając swoich pacjentów w ich środowisku zamieszkania, w okresie wrzesień – listopad 2011 roku. Wszyscy badani wyrazili zgodę na opublikowanie anonimowych wyników ankiety. Jako narzędzie badawcze wykorzystano kwestionariusz Skróconej Wersji Ankiety Oceniającej Jakość Życia – The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) – BREF [6]. Ankieta zawierała następujące pytania:

1. Jaka jest Pana jakość życia?
2. Czy jest Pan zadowolony ze swojego zdrowia?
3. Jak bardzo ból fizyczny przeszkadzał Panu robić to, co Pan powinien?
4. W jakim stopniu potrzebuje Pan leczenia medycznego do codziennego funkcjonowania?
5. Ile ma Pan radości w życiu?
6. W jakim stopniu ocenia Pan, że Pana życie ma sens?
7. Czy dobrze koncentruje Pan uwagę?
8. Jak bezpiecznie czuje się Pan w swoim codziennym życiu?
9. W jakim stopniu Pańskie otoczenie sprzyja zdrowiu?
10. Czy ma Pan wystarczająco energii w codziennym życiu?
11. Czy jest Pan w stanie zaakceptować swój wygląd (fizyczny)?
12. Czy ma Pan wystarczająco dużo pieniędzy na swoje potrzeby?
13. Na ile dostępne są informacje, których może Pan potrzebować w codziennym życiu?
14. W jakim zakresie ma Pan sposobność realizowania swoich zainteresowań?
15. Jak odnajduje się Pan w tej sytuacji?
16. Czy zadowolony jest Pan ze swojego snu?

17. W jakim stopniu jest Pan zadowolony ze swojej wydolności w życiu codziennym?
18. W jakim stopniu jest Pan zadowolony ze swojej zdolności (gotowości) do pracy?
19. Czy jest Pan zadowolony z siebie?
20. Czy jest Pan zadowolony ze swoich osobistych relacji z ludźmi?
21. Czy jest Pan zadowolony ze swojego życia intymnego?
22. Czy jest Pan zadowolony z oparcia, wsparcia, jakie dostaje Pan od swoich przyjaciół?
23. Jak bardzo jest Pan zadowolony ze swoich warunków mieszkaniowych?
24. Jak bardzo jest Pan zadowolony z placówek służby zdrowia?
25. Czy jest Pan zadowolony z komunikacji (transportu)?
26. Jak często doświadczał Pana negatywnych uczuć, takich jak przygnębienie, rozpacz, lęk, depresja?

Analizę statystyczną danych wykonano w oparciu o oprogramowanie EXCEL i Statistica wersji 10, do ustalenia związku między danymi zastosowano test nieparametryczny chi-kwadrat przy założeniu, że $p < 0,05$ stanowi wartość istotnie statystyczną.

Wyniki

Wyniki przeprowadzonych badań dotyczą zapytań o elementarne zasady funkcjonowania w codziennym życiu osób w wieku geriatrycznym i ich jakości życia. Na pytania formułowane do Pana (będące we wzorze ankiety), czyli osoby płci męskiej, odpowiadały także kobiety. W badaniu wzięło udział 177 osób. Oceny jakości życia dokonywano wg formularza oceny jakości życia opracowanego przez Światową Organizację Zdrowia w wersji skróconej (WHOQOL-BREF) [6].

W odniesieniu do pytania pierwszego, w którym zapytano wprost o określenie jakości życia w ostatnich czterech tygodniach, odpowiedzi stanowiły następujący zestaw możliwych wskazań: Moja jakość życia jest bardzo zła (1 pkt), zła (2 pkt), ani dobra ani zła (3 pkt), dobra (4 pkt), bardzo dobra (5 pkt). Odpowiedzi kształtowały się następująco:

Tabela 1. Moja jakość życia (wszystkie wyliczenia stanowią opracowanie własne autorów)

Wskazana odpowiedź	Liczba udzielonych odpowiedzi	Wyliczenia %	Punkty
Bardzo zła	1	0,58 %	1
Zła	8	4,62 %	16
Ani dobra ani zła	73	42,20 %	219
Dobra	88	50,87 %	352
Bardzo dobra	3	1,73 %	15
Ogółem	173	100 %	603

W odpowiedzi na pytanie 2: *Czy jest Pan zadowolony ze swojego zdrowia w okresie ostatnich czterech tygodni*, możliwe były następujące odpowiedzi: bardzo

niezadowolony (1 pkt), niezadowolony (2 pkt), ani zadowolony ani niezadowolony (3 pkt), zadowolony (4 pkt), bardzo zadowolony (5 pkt); otrzymano następujące wyniki:

Tabela 2. Zadowolenie ze swojego zdrowia

Wskazana odpowiedź	Liczba udzielonych odpowiedzi	Wyliczenia %	Punkty
Bardzo niezadowolony	6	3,47 %	6
Niezadowolony	34	19,65 %	68
Ani zadowolony ani niezadowolony	57	32,95 %	171
Zadowolony	71	41,04 %	284
Bardzo zadowolony	6	3,47 %	30
Ogółem	174	100, 58 %	559

Tabela 3. Zależność pomiędzy subiektywną oceną zadowolenia z życia i zdrowia

		odpowiedzi na pytanie 1				
	odpowiedzi	1	2	3	4	5
odpowiedzi na pytanie 2	1	1	0	0	0	0
	2	2	4	1	1	0
	3	3	23	34	13	0
	4	0	7	22	55	2
	5	0	0	0	0	3

Zbadano istnienie zależności pomiędzy odpowiedzią na pierwsze oraz drugie pytanie. Posłużono się testem niezależności chi-kwadrat przy poziomie istotności 0,05. Ze względu na niewielką ilość odpowiedzi na pytanie 1, dotyczące sytuacji bardzo złej i bardzo dobrej, jak również w przypadku pytania 2, odpowiedzi bardzo niezadowolony i bardzo zadowolony połączono te odpowiedzi odpowiednio z sytuacją złą (bardzo zła) i dobrą (bardzo dobra) oraz w przypadku odpowiedzi na pytanie 2 bardzo niezadowolony z niezadowolony i bardzo zadowolony w zadowolony.

Tabela 4. Zależność pomiędzy subiektywną oceną zadowolenia z życia i zdrowia

	Bardzo zła lub zła	Ani zła ani dobra	Dobra lub bardzo dobra	Ogółem
Bardzo niezadowolony lub niezadowolony	7	1	1	9
Ani zadowolony ani niezadowolony	26	34	13	73
Zadowolony lub bardzo zadowolony	7	22	60	89
Suma	40	57	74	171

Istnienie zależności między odpowiedziami na pytanie 1 i 2 zbadano przy pomocy testu niezależności chi-kwadrat, który wskazał na istotną zależność ($p = 9{,}96131*10^{-12}$).

Na pytania od numeru 3 do 6, które dotyczyły nasilenia stanów, jakie respondent doznawał w ciągu minionych 4 tygodni, możliwe były następujące odpowiedzi: wcale (5 pkt), nieco (4 pkt), średnio (3 pkt), w dużym stopniu (2 pkt), w bardzo dużym stopniu. Poniższa tabela V przedstawia odpowiedź na pytanie nr 6: *W jakim stopniu ocenia Pan, że Pana życie ma sens?*

Tabela 5. Czy życie ma sens?

Wskazana odpowiedź	Liczba udzielonych Odpowiedzi	Wyliczenia %	Punkty
Wcale	2	1,14 %	2
Nieco	5	2,86 %	10
Średnio	53	30,29 %	159
W dużym stopniu	79	45,14 %	316
W bardzo dużym stopniu	36	20,57 %	180
Ogółem	175	100,00 %	667

Na pytania od nr 7 do 9 były możliwe następujące odpowiedzi: wcale (1 pkt), nieco (2 pkt), średnio (3 pkt), dość dobrze (4 pkt), bardzo dobrze (5 pkt). Przedstawione wyniki dotyczą odpowiedzi na pytanie nr 9: *W jakim stopniu Pańskie otoczenie sprzyja zdrowiu?* Poniższa tabela 6 wskazuje na wyniki przeprowadzonych badań ankietowych.

Tabela 6 .W jakim stopniu otoczenie sprzyja zdrowiu?

Wskazana odpowiedź	Liczba udzielonych Odpowiedzi	Wyliczenia %	Punkty
Wcale	4	2,26 %	4
Nieco	4	2,26 %	8
Średnio	58	32,77 %	174
Dość dobrze	92	51,98 %	368
Bardzo dobrze	19	10,73 %	95
Ogółem	177	100,00 %	649

Kolejna grupa pytań tzn. od nr 10 do 14 dotyczyła odpowiedzi na następujące zagadnienia: Jak się Pan czuje i jak się Panu wiodło w ostatnich czterech tygodniach? Odpowiedzi były skonstruowane w następujący sposób: wcale (1 pkt), nieco (2 pkt), umiarkowanie (3 pkt), przeważnie (4 pkt), w pełni (5 pkt). Z tej grupy pytań wybrano nr 12: *Czy ma Pan wystarczająco dużo pieniędzy na swoje potrzeby?* Odpowiedzi przedstawiono w tabeli 7.

Na pytanie nr 15: *Jak odnajduje się Pan w tej sytuacji?,* były przewidziane następujące odpowiedzi: bardzo źle (1 pkt), źle (2 pkt), ani dobrze ani źle (3 pkt), dobrze (4 pkt), bardzo dobrze (5 pkt) (Tab. 8).

Tabela 7. Czy ma Pan wystarczająco dużo pieniędzy na swoje potrzeby?

Wskazana odpowiedź	Liczba udzielonych odpowiedzi	Wyliczenia %	Punkty
Wcale	12	6,90 %	12
Nieco	37	21,26 %	74
Umiarkowanie	91	52,30 %	300
Przeważnie	25	14,37 %	100
W pełni	9	5,17 %	45
Ogółem	174	100,00 %	531

Tabela 8. Jak odnajduje się Pan w obecnej sytuacji?

Wskazana odpowiedź	Liczba udzielonych Odpowiedzi	Wyliczenia %	Punkty
Bardzo źle	1	0,59 %	1
Źle	18	10,65 %	36
Ani dobrze ani źle	73	43,20 %	219
Dobrze	75	44,38 %	300
Bardzo dobrze	2	1,18 %	10
Ogółem	176	100,00 %	566

Następną grupę pytań stanowiły określenia dotyczące: *Jak Pan czuje się i jak się Panu wiodło w ciągu ostatnich 4 tygodn*i? W pytaniach od nr 16 do 25 możliwe były następujące odpowiedzi: bardzo niezadowolony (1 pkt), niezadowolony (2 pkt), ani zadowolony ani niezadowolony (3 pkt), zadowolony (4 pkt), bardzo zadowolony (5 pkt). Sprawdzono z tej grupy pytań odpowiedź na pytanie nr 20: *Czy jest Pan zadowolony ze swoich osobistych relacji z ludźmi?* (Tab. 9).

Tabela 9. Zadowolenie z osobistych relacji z ludźmi

Wskazana odpowiedź	Liczba udzielonych odpowiedzi	Wyliczenia %	Punkty
Bardzo niezadowolony	1	0,56 %	1
Niezadowolony	7	3,95 %	14
Ani zadowolony, ani niezadowolony	32	18,08 %	96
Zadowolony	110	62,15 %	440
Bardzo zadowolony	27	15,25 %	135
Ogółem	177	100,00 %	676

Pytanie 26 odnosiło się do częstotliwości doznań, jakich ankietowany doświadczał w okresie ostatnich 4 tygodni: *Jak często doświadczał Pan negatywnych uczuć, takich jak przygnębienie, rozpacz, lęk, depresja?* Na to pytanie możliwe były następujące odpowiedzi: nigdy (5 pkt), rzadko (4 pkt), często (3 pkt), bardzo często (2 pkt), zawsze (1 pkt) (Tab. 10).

Tabela 10. Odczuwanie negatywnych doznań

Wskazana odpowiedź	Liczba udzielonych Odpowiedzi	Wyliczenia %	Punkty
Zawsze	1	0,57	1
Bardzo często	19	10,86	36
Często	55	31,43	165
Rzadko	85	48,57	340
Nigdy	15	8,57	75
Ogółem	175	100,00 %	617

W następnym etapie wyliczeń podjęto próbę określenia jakości życia w czterech płaszczyznach: somatycznej, psychologicznej, socjalnej i środowiskowej. Punkty z ankiet, zgodnie z instrukcją protokołu WHOQOL-BREF, sumowano wg klucza i grupowano następująco:

- płaszczyzna somatyczna (6 – Q3) + (6 – Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18,
- płaszczyzna psychologiczna Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6 – Q26),
- płaszczyzna socjalna Q20 + Q21 + Q22,
- płaszczyzna środowiskowa Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q25, gdzie cyfra arabska oznacza kolejny numer pytania ankiety (Q – question). Zarówno wynik liczbowy ogólnej jakości życia i samooceny stanu zdrowia, jak i wyniki poszczególnych dziedzin mają kierunek pozytywny. Oznacza to, że im większa liczba punktów tym lepsza jakość życia (tab. 11).

Tabela 11. Punktacja w poszczególnych płaszczyznach życia

Płaszczyzna	Średnia	Odchylenie standardowe	Mediana	Dominanta	Min. – Max.
somatyczna	21,26	3,057	22	22	10 – 30
psychologiczna	20,09	2,83	20	21	12 – 27
socjalna	10,34	2,03	10	12	5 – 15
środowiskowa	23,6	3,67	23	22 i 23	12 – 35

Dyskusja

Jakość codziennego życia jest opisywana w różnych kontekstach. Ściśle związana jest z poczuciem szczęścia, spełnieniem pragnień, dostępna zaspokojeniem potrzeb np. bezpieczeństwa. W dzisiejszych czasach dobra jakość życia to szczęście osobiste, dobry status materialny, sukces zawodowy, stabilizacja życiowa. Dobra jakość życia to także umiejętność rozwiązywania problemów życiowych. Do specyficznych definicji należy koncepcja jakości życia, która uwarunkowana jest stanem zdrowia.

Odnosi się ona do subiektywnej oceny stanu zdrowia, która może być związana z chorobą lub jej następstwami, albo z poczuciem starości lub niesamodzielności.

Przy ocenie wyników odpowiedzi nad jakością życia należy uwzględnić pewne ograniczenia, a mianowicie brak wskazań co do płci i stanu zdrowia. Wspomniano, że mogły to być osoby z otoczenia pacjentów objętych opieką długoterminową, a więc obcujący na co dzień z bliskimi z chorobą przewlekłą.

Próba zbadania jakości życia osób w wieku geriatrycznym wykazała, że można określić stopień zadowolenia z życia w kilku płaszczyznach: somatycznej, psychologicznej, socjalnej i środowiskowej. Oceniając jakość życia zaobserwowano nieznaczne różnice pomiędzy poszczególnymi dziedzinami składającymi się na wartość ogólną. Najwyższy wskaźnik otrzymała dziedzina środowiskowa (23,6) oceniająca bezpieczeństwo, dostępność do opieki zdrowotnej, możliwości komunikacji i informacji oraz warunki ekonomiczne.

W następnej kolejności była płaszczyzna somatyczna (21,26), na którą składały się gotowość do pracy, wykonywanie czynności dnia codziennego, wypoczynek i problemy zdrowotne oraz płaszczyzna psychologiczna (20,09) oceniająca uczucia, emocje, pamięć i koncentrację. Najniżej została oceniona dziedzina socjalna (10,34), na którą składały się relacje z innymi ludźmi, aktywność seksualna oraz wsparcie społeczne.

W podobnych badaniach, które przeprowadziła Ostrowska [7], relacje były odwrotne. Na pierwszym miejscu oceniona została jakość życia w kontekście dziedziny socjalnej (13,82), na drugim miejscu była dziedzina psychologiczna (13,74), na trzecim środowiskowa (13,48), a najniżej oceniona została płaszczyzna somatyczna (11,98). Ostrowska przebadała 100 pacjentów po operacji dyskopatii lędźwiowej, stąd subiektywna ocena zdrowia badanych była związana z przebytym zabiegiem operacyjnym i wydolnością fizyczną. W przypadku badań przeprowadzonych przez autorów niniejszej pracy, aspekt zdrowotny (wskazanie istniejącej konkretnej choroby) celowo pominięto. Ponadto należy dodać, iż w miarę upływu czasu zmieniają się relacje i więzi we współczesnych rodzinach osób w wieku geriatrycznym. Młodsze pokolenie, aktywne zawodowo zbyt mało czasu poświęca swoim rodzicom i krewnym, stąd pojawia się problem udzielania wsparcia społecznego. Włodarczyk twierdzi [8], że sytuacja ludzi starszych jest traktowana jako jedno z największych wyzwań stojących przed systemem opiekuńczym i ochrony zdrowia. Zmiany demograficzne i zmiany obyczajowe sprawiają, że wejście opieki instytucjonalnej w miejsce funkcji pełnionych w przeszłości przez rodzinę, staje się niezbędne.

W wynikach przedstawiono odpowiedzi respondentów na wybranych siedem pytań z kwestionariusza WHOQOL-BREF, które zdaniem autorów były subiektywnym określeniem jakości ich życia. Analizując odpowiedzi należy wskazać, że: 50,87% tj. 88 osób określiło swoją jakość życia jako dobrą, 41,04%, czyli 71 osób odpowiedziało, że jest zadowolonych ze stanu swojego zdrowia, 45,66%, tj. 79 osób wskazało, że ich życie w dużym stopniu ma sens, 53,18% (92) osoby zaznaczyły, że ich otoczenie sprzyja zdrowiu, 52,30% (91) osób określiło, że dysponuje umiarkowaną ilością pieniędzy na swoje potrzeby, 44,38%, czyli 75 osób dobrze odnajduje się w obecnej sytuacji, 62,15% (110) osób jest zadowolonych ze swoich osobistych relacji z ludźmi, 48,57% (85) badanych określiło, że rzadko doznaje negatywnych uczuć, takich jak przygnębienie, rozpacz, lęk, depresja.

Wnioski

1. Większość badanych określa swoją jakość życia za dobrą i są zadowoleni ze stanu swojego zdrowia. Wykazano istotną zależność statystyczną pomiędzy tymi cechami.
2. Najwyższy wskaźnik uzyskała dziedzina środowiskowa, oceniająca bezpieczeństwo badanych, dostępność do opieki zdrowotnej, możliwości komunikacji i informacji oraz warunki ekonomiczne.
3. Najniższy wskaźnik obejmował dziedzinę socjalną, na którą składały się relacje z innymi ludźmi, aktywność seksualną oraz wsparcie społeczne.

Podsumowanie

Badania przeprowadzone na grupie 177 osób w wieku geriatrycznym wykazały, że wśród wybranej populacji większość to osoby, które określają swoja jakość życia jako dobrą i jest to związane z ich stanem zdrowia. Opisane wyniki badań pilotażowych posłużą do szczegółowych badań jakości życia pacjentów w opiece długoterminowej, ustalających potrzeby chorych w opiece instytucjonalnej i domowej.

Piśmiennictwo

1. Sęk H.: Jakość życia a zdrowie. Kraków, 2000, 110.
2. Sokolnicka H., Mikuła W.: Metody oceny jakości życia mające zastosowanie w medycynie. Med. Rodz., 2003, 3 – 4, 129 – 131.
3. Chrobak M.: Ocena jakości życia zależnej od stanu zdrowia. Probl. Pielęg., 2009, 2 124.
4. Nowicka A.: Starość jako faza życia człowieka [w:] Nowicka A. (red.): Wybrane problemy osób starszych. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2010, 17.
5. Zboina B.: Jakość życia osób starszych. Wydawnictwo: Stowarzyszenie Nauka Edukacja Rozwój, Ostrowiec Św., 2008, 42.
6. World Health Organization (1993). WHOQOL Study Protocol. WHO (MNH7PSF/93.9).
7. Ostrowska M.: Wybrane aspekty jakości życia pacjentów z dyskopatią lędźwiową [w:] Problemy terapeutyczno – pielęgnacyjne od poczęcia do starości, Krajewska-Kułak E. i wsp. (red.) Tom II, Wydział Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia Akademii Medycznej w Białymstoku, Białystok, 2007, 96.
8. Włodarczyk C.W.: Problemy zdrowia w Narodowym Planie Rozwoju 2007 – 2013. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, 2006, 1, 39.

Łagoda Katarzyna, Sawicka Julia, Kobus Grażyna, Snarska Katarzyna, Bachórzewska-Gajewska Hanna

Kult piękna we współczesnym świecie za cenę zdrowia i życia

Zakład Medycyny Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Biorąc pod uwagę uwarunkowania kulturowe i otoczkę medialną czasów, w jakich żyjemy nie trudno zgadnąć, że większość operacji estetycznych wykonuje się u kobiet [od 85% do 95% według różnych statystyk]. Myliłby się jednak ktoś kto sądziłby, że operują się w większości gwiazdy popkultury lub osoby publiczne.

Początek chirurgii plastycznej sięga przełomu XIX i XX wieku. Pierwsza operacja plastyczna była wykonana przez niemieckiego lekarza Jacquesa Josepha. Opracował on metodę operacji plastycznej nosa, która jest stosowana do dziś. Prawdziwy rozkwit chirurgii rozpoczął się podczas II wojny światowej. Wówczas lekarze doskonalili metody składania kości, rekonstrukcji ubytków tkanek. Wówczas też zaczęto wykonywać pierwsze zabiegi powiększania biustu. Liposukcja, najbardziej pożądana obecnie operacja w USA, powstała 50 lat temu.

Najwięcej zabiegów estetycznych przeprowadzanych jest w Brazylii, gdzie już małym dziewczynkom w ramach prezentu komunijnego funduje się operacje plastyczne. Na drugim miejscu znajdują się mieszkańcy Stanów Zjednoczonych, gdzie wykonano około 9 mln zabiegów operacyjnych. W Niemczech zabiegom plastycznym poddało się około 600 tysięcy osób, w Wielkiej Brytanii około 200 tysięcy, natomiast w Hiszpanii około 350 tysięcy mieszkańców.

Do chirurga plastycznego zgłaszają się zazwyczaj kobiety, które czują się niepewne i zagrożone z powodu możliwości utraty pracy czy też awansu, rozpadu związku, mają niskie poczucie wartości, są pogrążone w depresji.

Statystyczna pacjentka poddająca się operacji powiększenia piersi w USA ma 28 lat, dwoje dzieci i prowadzi uregulowane życie rodzinne oraz zawodowe. Badania, na które powołują się Kliniki Chirurgii Estetycznej wskazują, że pacjenci odczuwają znaczną i długotrwałą poprawę samooceny własnego wyglądu po operacjach estetycznych. Badacze zaobserwowali nie tylko, że pacjenci są w znakomitej większości przypadków zadowoleni z efektów operacji, ale również, że doświadczają oni znaczącego spadku w częstości występowania negatywnych emocji związanych z własnym wyglądem w sytuacjach towarzyskich i intymnych. Z różnych źródeł wynika, że 87% badanych jest bardzo zadowolona z wyniku operacji. W rok po operacji 93% pacjentów klinik chirurgii estetycznej nie zmieniło zdania o słuszności poddania się operacji, a 97% pacjentów poleciłoby ją swoim bliskim lub znajomym.

Według Amerykańskiego Stowarzyszenia Chirurgów Plastycznych u pacjentów w wieku 13 – 19 lat przeprowadzono w 2009 roku prawie 12 tysięcy zabiegów wstrzyknięcia toksyny botulinowej, oferowanej w USA pod nazwami botox i dysport. Niektóre nastolatki otrzymały zastrzyki kilkakrotnie.

Jak wynika z danych włoskiego Towarzystwa Protetyki i Estetyki, około 5 % operacji powiększenia biustu dokonano u nieletnich, 60% u kobiet między 18. a 35.

rokiem życia, natomiast pozostałe 40% u kobiet w wieku 35-65 lat. Włoski rząd rozpoczął prace nad projektem dotyczącym ograniczania stosowania implantów. Rządowy projekt zakłada prowadzenie rejestru implantów piersi oraz zakaz ich stosowania u dziewcząt poniżej 18. roku życia. Zakaz ten proponowany jest nie tylko przez Ministerstwo, ale również przez Włoskie Towarzystwo Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej.

W ciągu ostatnich siedmiu lat liczba Francuzek, które przyznały się, ze choć raz poddały się operacji plastycznej, wzrosła z 6 do 14%. Największą popularnością cieszą się zabiegi dotyczące poprawiania wglądu piersi, pośladków i nosa.

Każdego roku liczba wykonywanych operacji plastycznych wzrasta w Polsce o 40%. Urodę poprawiają nie tylko celebrities, ale też zwykli ludzie, w tym także osoby nieletnie. Szacuje się, że zapotrzebowanie na zabiegi chirurgii estetycznej zwiększa się w Polsce z roku na rok o 30-50%. W ciągu roku aż pół miliona Polaków decyduje się na poprawianie urody. Natomiast co piąty zabieg kończy się powikłaniami.

Rocznie do Stowarzyszenia Primum Non Nocere, zajmującego się pomocą dla osób poszkodowanych wskutek błędów i wypadków medycznych, wpływa około 3 tysięcy skarg, ale tylko 300 kończy się wyrokiem. Poszkodowani boją się, że jeśli nie uda im się udowodnić winy lekarza czy szpitala, to zostaną obciążeni kosztami sądowymi. Chirurgia plastyczna jest chirurgią na życzenie. Z założenia obciążona jest dużym ryzykiem i wieloma powikłaniami.

Powikłania po zabiegach

Dane dotyczące powikłań są niedoszacowane i bardzo często nieodwracalne. Szpecące blizny, ciężkie zakażenia, odrzucenie przeszczepów, utrata czucia, zniekształcenie ciała, uzależnienie od zabiegów, depresja, nienaturalna chęć upodobnienia się do znanych osób, śpiączka, a nawet śmierć to tylko niektóre następstwa zabiegów estetycznych. Co raz więcej osób jest także niezadowolonych z ich efektów i szukają pomocy nie tylko chirurgicznej, lecz także prawnej i psychologicznej.

Powikłania po operacjach chirurgicznych mogą być związane nie tylko ze skutkami znieczulenia, ale także z infekcjami, uczuleniem na silikon, bliznami pooperacyjnymi.

Infekcje po operacjach plastycznych zdarzają się niezwykle często, zazwyczaj kilka dni po operacji. Zakażenia wydłużają okres gojenia ran, pozostawiają szpecące blizny, są powodem długich i często wielokrotnych hospitalizacji, a także niwelują pozytywne efekty zabiegów estetycznych.

Częstym negatywnym następstwem zabiegów plastycznych są blizny. Proces gojenia jest bardzo indywidualny, zazwyczaj trwa od 6 do 12 miesięcy, a w rzadkich przypadkach nawet 3 lata. Blizny na początku są czerwone, po około miesiącu bledną i wygładzają się. W związku z tym ostateczne efekty kosmetyczne są bardzo odległe, często niezgodne z oczekiwaniami pacjentów i nie zawsze przewidywalne.

Jednym z najczęściej wykonywanych zabiegów jest wstrzykiwanie botoksu w celu wygładzenia zmarszczek. Często zabiegi te wykonuje się podczas tzw. botoks parties. Zdarza się, ze na takich spotkaniach pije się alkohol. Natomiast alkohol powoduje rozszerzenie naczyń krwionośnych i botoks z jednego mięśnia, w którym powinien pozostać, może przejść do drugiego. Efekt jest taki, że twarz jest asymetryczna. Lekarze medycyny estetycznej uważają, ze wstrzykiwanie botoksu powinno być wykonywane wyłącznie w gabinetach lekarskich, chociaż jest zabiegiem prostym i łatwym. Zawsze należy brać pod uwagę, to że w czasie tego zabiegu może

wystąpić atak padaczki [14].

W przypadku operacji biustu częstymi powikłaniami są deformacje biustu, zniekształcenia, wciągnięcie brodawek, blizny, rozejście się szwów, ryzyko zakażenia i odrzucenia wszczepu wkładki silikonowej, nawet 10 lat po operacji.

Zabiegi rekonstrukcyjne

Istotnym elementem chirurgii plastycznej są zabiegi rekonstrukcyjne wykonywane u osób z wadami wrodzonymi, z odleżynami, po oparzeniach czy też u pacjentów okaleczonych w czasie urazów i wypadków, a także po zabiegach operacyjnych. Zabiegi te są refundowane, ale okres oczekiwania sięga nawet 6-7 lat.

W 2006 roku w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie odbyła się pionierska w Polsce operacja rekonstrukcji twarzy dziecka z zespołem Aperta. W czasie 6-godzinnego zabiegu u 9-letniej dziewczynki otwarto wszystkie szwy czaszkowe, uwalniając w ten sposób środkową część twarzy. Pacjentce założono specjalny aparat, który przez 3 tygodnie będzie stopniowo wyciągał środkową część twarzy do przodu o około pół milimetra na dobę [5].

Chirurgia rekonstrukcyjna tułowia zajmuje się zaopatrywaniem ubytków pourazowych klatki piersiowej, brzucha i narządów płciowych, ale także rekonstrukcją piersi po zabiegu mastektomii, rekonstrukcją narządów wewnętrznych ciała oraz zabiegami kosmetycznymi

W przypadku ubytków dotyczących skóry lub mięśni klatki piersiowej wykorzystuje się przeszczepy skórne. Warunkiem przyjęcia się przeszczepu jest dobrze unaczynione podłoże, które nie zawiera elementów kostnych.

Po zabiegu mastektomii istnieje wiele możliwości operacji odtwórczej piersi. Celem odpowiednio wykonanej rekonstrukcji jest nie tylko odtworzenie objętości i kształtu piersi, ale także wytworzenie symetrii w stosunku do drugiej piersi. Rekonstrukcja piersi może być jednoczasowa, czyli wykonana równocześnie z zabiegiem amputacji piersi lub opóźniona- wykonana kilka tygodni lub miesięcy po pierwotnym zabiegu [4, 10].

Chirurgia plastyczna sutka obejmuje także zabiegi redukujące wielkość nadmiernie dużych piersi. Zmniejszenie piersi jest piątą, co do częstości wykonywania na świecie, operacją estetyczną. Rocznie w samych Stanach Zjednoczonych przeprowadza się ok. 170 000 takich operacji [4, 10].

Cyrulik Hans Schaller w 1560 roku dokonał amputacji piersi u kobiety, która miała trudności z przyjmowaniem pozycji siedzącej i stojącej z powodu olbrzymiego biustu. Jest to pierwsza oficjalnie uznana amputacja z przyczyn przynajmniej w części estetycznych, a nie wyłącznie zdrowotnych. Dopiero znacznie później słynny niemiecki chirurg Diffenbach [1792-1847] jako pierwszy doszedł do wniosku, że w przypadkach przerostu gruczołu piersiowego, wystarczającym rozwiązaniem jest zmniejszenie piersi, a nie ich całkowite usunięcie.

W przypadku znacznej utraty masy ciała na powłokach brzusznych pojawia się znacznej objętości fałd skórno-tłuszczowy, który znacząco obniża jakość życia, a także utrudnia wykonywanie czynności samoobsługowych. W takich przypadkach wykonuje się plastykę powłok brzusznych polegającą na usunięciu fałdu skórno-tłuszczowego w środkowej i dolnej części brzucha, wraz z ewentualnym wzmocnieniem ściany jamy brzusznej. W ten sposób osiąga się efekt spłaszczenia oraz prawidłowego napięcia brzucha.

Kolejnym przykładem zabiegów rekonstrukcyjnych jest chirurgiczne

opracowanie odleżyny, polegające na wycięciu martwiczo zmienionych tkanek. W przypadku powstania znacznych ubytków tkanki po ranach odleżynowych zamyka się je za pomocą płatów skórno-mięśniowych.

Kilka smutnych historii

W ostatnich latach, z uwagi na niskie koszty zabiegów plastycznych, co raz więcej osób jest zainteresowanych wykonywaniem operacji w Pakistanie, Indiach i innych krajach azjatyckich. Niestety, operacje wykonywane w tych krajach nie zawsze wykonywane zgodnie ze standardami obowiązującymi w Europie, jeśli chodzi o wymagane umiejętności specjalistów, a także warunki aseptyki i antyseptyki. Doniesienia naukowe wskazują, że osoby, u których wykonywane były zabiegi operacyjne w Indiach lub Pakistanie są zarażone tzw. superbakterią wytwarzającą enzym o nazwie NDM-1 i oporną na niemal wszystkie antybiotyki. W Wielkiej Brytanii oraz w Belgii już kilka osób zmarło z powodu zakażenia tymi bakteriami. W sierpniu 2010 roku serwis BBC informował, że gatunki bakterii oporne na najsilniejsze bakterie pojawiły się w brytyjskich szpitalach. Specjaliści sądzą, że bakterie wytwarzające enzym NDM-1 przywędrowały na Wyspy Brytyjskie prawdopodobnie wraz z pacjentami, którzy w Indiach czy Pakistanie poddawali się operacjom plastycznym

Była Miss Argentyny z 1994 roku, Solange Magnano, zmarła w wyniku komplikacji po operacji plastycznej pośladków. Miała 38 lat, była mamą bliźniaków. Przyczyną śmierci był zator tętnicy płucnej. Substancja, która miała poprawić wygląd pośladków przedostała się do płuc i do mózgu. Argentyna, obok Wenezueli i Brazylii nazywana jest południowoamerykańską „fabryką piękna".

W 2009 roku zmarła Denise Hendry, żona byłego kapitana piłkarskiej drużyny Szkocji, Colin'a Hendry'ego. Kobieta w 2002 roku poddała się zabiegowi odsysania tłuszczu. Liposukcja nie powiodła się i spowodowała liczne komplikacje. Podczas operacji doszło do zatrzymania akcji serca, jelito i okrężnica zostały przerwane w 9 miejscach, doszło do niewydolności wielu narządów i zakażenia krwi.

Tragicznie zakończył się zabieg dla 53-letniej Marii z Wrocławia. Kobieta poddała się zabiegowi wstrzyknięcia kwasu hialuronowego w pośladki. Wcześniej poddała się zabiegom odsysania tłuszczu, korekty powiek, głębokiemu złuszczaniu naskórka twarzy i implantacji protez piersi. Niestety, ostatni zabieg zakończył się tragicznie. Dzień po zabiegu pacjentka odczuwała bardzo silny ból, z ran pooperacyjnych sączyła się żółta ciecz i krew. W nocy pacjentka zmarła, a sprawą zajęła się prokuratura.

W sierpniu 2010 tragicznie zakończył się zabieg operacji plastycznej piersi dla Christine, 24-letniej Szwedki, studentki biomedycyny. W 2011 roku w czerwcu miał odbyć się jej ślub w katedrze w Lund. Prezentem przedślubnym jej narzeczonego był właśnie zabieg powiększania biustu. Wybrał ofertę firmy Medica Travel, proponującej zabiegi operacyjne w Polsce. Zadecydowała cena, średnio o połowę niższa niż w klinikach szwedzkich. W Internecie do wyjazdu do Polski zachęcały zdjęcia pięknych, prywatnych szpitali. Rzeczywistość była jednak inna. Na miejscu w Gdańsku okazało się, że klinika wykonująca operacje plastyczne, nie wygląda tak jak na zdjęciach [1, 7,17].

W ankiecie dotyczącej stanu zdrowia, przebytych i aktualnych chorób Christine nie wpisała informacji o alergii i atakach padaczki w dzieciństwie. Według relacji lekarzy 2 godziny po zabiegu pacjentkę wybudzono i przekazano na salę pooperacyjną, a tam po 20 minutach utracono z nią kontakt. Według relacji pielęgniarek kontaktu z

pacjentką nie było od początku, a w czasie przewożenia z bloku operacyjnego, w windzie doszło do zatrzymania oddechu. Lekarze określają jej stan jako wegetatywny, co oznacza, ze doszło do nieodwracalnego uszkodzenia mózgu. Po pięciu dniach rodzina przewiozła Christine do szpitala w Malmoe. Bliscy Christiny najpierw szukali pomocy u przedstawiciela firmy Medica Travel, która na swojej stronie internetowej obiecywała pomoc w przypadku wystąpienia problemów. Szwedzcy dziennikarze ustalili, ze firma Medica Travel zbankrutowała w Szwecji 5 lat temu. Nie jest też zarejestrowana w Polsce, w praktyce działa tylko poprzez stronę internetową [7,17].

Po ujawnieniu tego incydentu przez szwedzką i polską telewizję, sprawę nagłośniono. Ujawniono między innymi, że Pomorskie Centrum Traumatologii [PCT] w Gdańsku wykonywało zabiegi operacji plastycznych nielegalnie od co najmniej 2 lat, ponieważ nie było wpisane do rejestru placówek wykonujących tego typu zabiegi. Warunkiem wydania zgody na przeprowadzanie zabiegów chirurgii plastycznej jest wpis do rejestru, który zależy, m.in. od opinii konsultanta wojewódzkiego i Narodowego Funduszu Zdrowia. W latach 2008-2010 w PCT wykonano co najmniej 78 nielegalnych operacji plastycznych [7,17].

Czy historia młodej Szwedki będzie przestrogą dla innych kobiet? Czy odnajdziemy przyczyny śmierci młodych, zdrowych ludzi, którzy umierają krótko po operacjach plastycznych z powodu powikłań?

Fizyczne i psychologiczne następstwa zabiegów

Zgodnie z badaniami opublikowanymi przez amerykańskie pismo lekarskie "American Journal of Epistemology", operacja powiększenia piersi zwiększa ryzyko popełnienia przez pacjentki samobójstwa aż o 73%. Tłumaczone to jest wrażliwością i niską samooceną kobiet poddających się takim operacjom. Większości z nich pomogłaby terapia psychologiczna zamiast operacji biustu.

Pierwszy uwieńczony powodzeniem zabieg powiększenia piersi został wykonany w 1895 roku przez czeskiego chirurga Czernego. Przeszczepił on tłuszczaka [rodzaj łagodnego guza wywodzącego się z tkanki tłuszczowej] z okolicy lędźwiowej w miejsce po usuniętej części gruczołu piersiowego. W następnych latach w celu powiększania piersi używano bez powodzenia różnych tkanek i materiałów, np. wolnych przeszczepów koriowo-tłuszczowych, parafiny, szklanych kulek, politetrafluoroetylenu, gąbek poliwinylowych oraz olejów silikonowych.

Pierwsze silikonowe protezy piersi zbliżone do używanych obecnie zostały zaprojektowane i użyte w 1962 roku przez dwu chirurgów plastycznych Thomasa Cronina i Franka Gerowa. Silikonowe protezy piersi są jednym z najlepiej poznanych i najdłużej stosowanych implantów w medycynie.

Ocenia się, że w samych Stanach Zjednoczonych żyje ok. 3 milionów kobiet z silikonowymi protezami piersi. Przypuszczalnie ich liczba na całym świecie jest 2-3 krotnie większa. Rocznie w USA wykonuje się ponad ok. 300 tysięcy operacji powiększania piersi za pomocą protez. Jest to druga [po liposukcji], co do częstości, operacja z zakresu chirurgii estetycznej. Średnia wielkość protez implantowanych w USA wynosi obecnie ok. 300 ml i stale rośnie [w Polsce ze względu na odmienne uwarunkowania kulturowe jest mniejsza i waha się w okolicach 250 ml].

W marcu 2012 roku we Francji Ministerstwo Zdrowia zaapelowało do 30 tysięcy kobiet z silikonowymi implantami marki PIP o usunięcie protez w związku z podejrzeniami o ich rakotwórczym działaniu. We Francji u 20 kobiet z tymi implantami doszło do zachorowań na raka, w tym u 16 kobiet stwierdzono guz złośliwy. Według

francuskich instytucji medycznych nie ma jednak związku między zachorowaniami a implantami firmy Poly Implant Prothese [PIP]. Zdaniem francuskiego ministerstwa zdrowia do tej pory nie stwierdzono zwiększonego ryzyka wystąpienia nowotworu u kobiet z wszczepionymi implantami firmy PIP w porównaniu z kobietami, które zdecydowały się na inne protezy. Udokumentowano jednak przypadki przerwania powłoki w implantach PIP i wycieku żelu, co może prowadzić do stanów zapalnych. Silikonowe implanty tej firmy zostały wszczepione w Wielkiej Brytanii ok. 40 tysiącom kobiet, a na całym świecie - około 400-500 tysiącom Przeciwko producentom tych protez toczą się procesy sądowe w związku z podejrzeniem o „nieumyślne zabójstwo i urazy". Były szef już nieistniejącej francuskiej firmy PIP, która produkowała silikonowe implanty piersi, zeznał w trakcie śledztwa, że świadomie stosował niedozwolone tworzywo [15,16].

Obraz kobiety kreowany w mediach daje nierealistyczny i wyidealizowany ideał kobiecości i piękna. Niekiedy kobiety przeżywają bolesne rozczarowanie po zabiegach plastycznych z powodu niedopasowania ich nowego ciała do oczekiwań ich, mediów i społeczeństwa.

Istnieje również ogromne ryzyko uzależnienia się od operacji plastycznych. Niektóre osoby poddają się zabiegom machinalnie, bez zastanowienia się nad kosztami i powikłaniami.

Istotnym problemem psychologicznym jest wykonywanie operacji plastycznych, by upodobnić się do znanych postaci [9].

Przykładem może być Nilleen Namita, 49-letnia angielska artystka i matka trójki dzieci. Poddała się 51 operacjom plastycznym, by zrealizować swoje marzenia i upodobnić się do królowej Nefretete. Przekonana, iż jest następnym wcieleniem antycznej władczyni Egiptu, przez ponad 20 lat wydała około 350 tysięcy dolarów na zabiegi upiększające. Mimo przebytych ośmiu operacji nosa, trzech liftingów twarzy i wielu innych operacji twarzy, Nileen twierdzi, że to jeszcze nie koniec [9].

Mieszkanka Wielkiej Brytanii 57-letnia Anetta Edwards wydała około 16 tysięcy dolarów, by uzyskać wygląd i figurę zbliżoną do animowanej bohaterki filmu „Kto wrobił Królika Rogera?" - Jessici Rabbit. Cały pakiet operacji, min. powiększenie piersi, podniesienie brwi, wstrzyknięcia botoksu został przeprowadzony w londyńskiej klinice Harley Street [9].

Pewien 32-letni mieszkaniec Chin przekonał swoją żonę, by ta poddała się operacjom plastycznym, które miały ją upodobnić do jego zmarłej żony, która zginęła w wypadku samochodowym [9].

Matka trójki dzieci, 39-letnia Miki Jay udowodniła, że nie trzeba mieć wcale skóry koloru czarnego, ani nawet być mężczyzną, by móc uchodzić za sobowtóra gwiazdy popu. Jay wydała około 16 tysięcy dolarów na operację plastyczną, zmieniła wygląd swojego nosa, podbródka i policzków, by wyglądać jak Michael Jackson. Podobieństwo jest tak duże, że bardzo często występuje jako sobowtór króla popu, co stało się nawet źródłem dochodu.

Podsumowanie

Literatura, media, gwiazdy ekranu przekonują, że podstawą sukcesu życiowego jest bycie pięknym, podziwianym. Pięknym żyje się łatwiej, pięknych wszyscy lubią, piękni lepiej sobie radzą. Nieważne czy to prawda.. Niestety cenę, jaką płacą pacjenci medycyny estetycznej jest bardzo wysoka.. Jest nią nie tylko rozczarowanie, ale poważne następstwa zdrowotne, zniekształcenie ciała, choroby, depresja, a nawet

śmierć. Czy warto być pięknym czy zdrowym? Czy uroda jest ważniejsza niż życie? Czy zabiegi operacyjne rozwiązują problem niskiej samooceny i braku akceptacji siebie, nieudanego związku czy niskich zarobków?

Piśmiennictwo

1. Abramowicz D.: Żeby było piękniej, Dziennik Bałtycki. 26.11.2010.
2. Barczykowska J., Abramowicz D.: Piękne ciało za cenę życia. Angora, 2010, 49, 28-29.
3. Dworak M.: Tylko dla dobrze poinformowanych. Rzeczpospolita. 24.04.2009.
4. Fajge Monika: Lublin. Nowa metoda rekonstrukcji piersi. Kurier Lubelski. 16.11.2010.
5. Hodor J.: Pionierska rekonstrukcja twarzy. Puls Medycyny. 19.01.2011.
6. Kałowska M., Ambroziak M.: Rosnąca popularność i ilość dostępnych zabiegów dermatologii estetycznej. Alergia 2009; 2: 36-40.
7. Komisja Europejska: Implanty piersi muszą być bezpieczniejsze. Rzeczpospolita Prawo 05.01.2012.
8. Kowalik H.: Klinika doprawiania gęby. Służba Zdrowia, 2010, 67-71.
9. Operacje plastyczne upodabniające do znanych postaci. www.joemonster.org/art/13189/Operacje_plastyczne_upodabniajace_do_znanych_postaci, data pobrania 5.04.2012
10. Połom K., Murawa D., Wasiewicz J., Połom W., Murawa P.: Rekonstrukcja gruczołu piersiowego u chorych leczonych z powodu raka piersi. Przegląd piśmiennictwa. Współczesna Onkologia 2009, 13, 304–308.
11. Stradowski J.: Modelowanie człowieka. WPROST, 2004, 24,1227.
12. Uroda. Operacje plastyczne gwiazd. FAKT, 10.03.2011
13. Włodarkiewicz A.: Dermatochirurgia. Cornetis, Wrocław, 2009
14. Wojas-Pelc A., Jaworek A.K.: Toksyna botulinowa – zastosowanie we współczesnej terapii dermatologicznej. Przew. Lek., 2004, 6, 83-89.
15. Zapadła w śpiączkę po operacji piersi. Historia Szwedki. FAKTY 26.11.2010.
16. Zyśk D.: Szwedka w śpiączce po operacji plastycznej [nowe fakty]. Dziennik Bałtycki 17.11.2010.
17. Żel do protez piersi nie miał homologacji. Dziennik Polski 27.01.2012.

PROBLEMY WIELOKULTUROWOŚCI W MEDYCYNIE

„Kto nie nauczy się rozpoznawać wrót własnych problemów, mógłby równie dobrze zostawić je otwarte i pozwolić nieszczęściom wtargnąć do środka”

P. Coelho



Łagoda Katarzyna, Kobus Grażyna, Bachórzewska-Gajewska Hanna

Historia śmierci Eluany Englaro

Zakład Medycyny Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wprowadzenie

Eluana Englaro urodziła się w 1970 r. w Lecco we Włoszech. W styczniu 1992 roku na skutek wypadku samochodowego zapadła w stan wegetatywny i przez 17 lat była podtrzymywana przy życiu przez sztuczne odżywianie. Sąd apelacyjny w Mediolanie rozpatrywał wniosek ojca Eluany o zaprzestanie karmienia córki trzykrotnie. Ostatecznie w 2008 roku wydał orzeczenie, w którym przyznał, że opiekun prawny Eluany, Beppino Englaro ma prawo podjąć decyzję o zaprzestaniu sztucznego odżywiania swojej córki.

Dla Eulany oznaczało to śmierć głodową. Siostry zakonne z ośrodka hospicyjnego w Lecco, gdzie przez kilka ostatnich lat przebywała Eluana zapewniały, że mogą bezpłatnie opiekować się nią aż do naturalnej śmierci.

Spór wokół zaprzestania leczenia Eluany stał się podstawą publicznej debaty na temat eutanazji bezpośredniej oraz granic kontynuowania leczenia osób w stanie wegetatywnym. 39-letnia Eluana stała się symbolem w sporze między zwolennikami prawa do godnej śmierci a obrońcami świętości życia. Konflikt przyspieszył prace nad ustawą o testamencie biologicznym, w którym każdy mógłby określić, na jakie procedury lekarskie zgadza się po utracie świadomości.

Obrońcy życia przekonują, że o ile można rezygnować z uporczywej terapii odsuwającej i tak bliską agonię, to dostarczanie jedzenia, wody i tlenu nie jest terapią, lecz formą naturalnej opieki nad chorym, którą należy kontynuować, aż do stwierdzenia śmierci mózgowej. Czy wymiarem ludzkiej wolności jest prawo do decyzji o własnej śmierci?

Decyzje sądu w sprawie Eluany

Lekarze potwierdzili, że uszkodzenia mózgu spowodowały trwały stan wegetatywny, ale sądy przez wiele lat odmawiały prośbom jej rodziny o przerwanie sztucznego odżywiania córki, powołując się na nielegalność eutanazji we Włoszech. W grudniu 1999 roku Sąd Apelacyjny w Mediolanie odrzucił wniosek ojca Eluany o zaprzestanie leczenia. Werdykt sądu został podtrzymany w kwietniu 2005 roku, jednak 16 października 2007 roku, ten sam Sąd wydał zgodę na ponowny proces. Decyzję sądu skrytykowali wysocy przedstawiciele włoskiego Kościoła katolickiego. Po ponownym rozpatrzeniu sprawy Sąd Apelacyjny w Mediolanie orzekł 9 lipca 2008 roku, że skoro Eluana nie ma szans odzyskać świadomości, to rodzina ma prawo zdecydować o jej śmierci. Beppino Englaro w jednym z nielicznych wywiadów dla mediów stwierdził, że mimo legalnej zgodny na zaprzestanie sztucznego odżywiania wstrzyma się z decyzją, aż wszystkie sądy wydadzą swoje opinie na ten temat. Wyraził również opinię, że dalsze podtrzymywanie przy życiu funkcji życiowych jego córki jest upokarzające.

Decyzja sądu wywołała we Włoszech szok - zdominowany przez prawicę parlament usiłował obalić ją w trybunale konstytucyjnym jako próbę legalizacji eutanazji bez zgody

parlamentu, a organizacje katolickie apelowały o pomoc do Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości.

Szpitale wobec eutanazji Eluany Englaro

Bezprecedensowa zgoda sądu na godną śmierć Eluany wstrząsnęła Włochami. Choć obrońcy tej decyzji protestowali przeciw nazywaniu jej zgodą na eutanazję, to włoski Kościół uznał ją jako wyrok śmierci. Początkowo przeprowadzenia zabiegu wyjęcia sondy pokarmowej odmówiły szpitale Lombardii (skąd pochodzi rodzina Englaro), a potem w Toskanii. Minister Zdrowia Maurizio Sacconi wszystkim podległym sobie szpitalom wydał polecenie zakazu przyjmowania Eluany i udziału w "zabijaniu pacjentki Elauny Englaro", powołując się na konstytucyjny obowiązek chronienia życia.

Rodzina Eluany przez długi czas szukała szpitala, który wyraziłby zgodę na realizację postanowienia Sądu Najwyższego. Dyrekcja Szpitala Matki Boskiej Miłosiernej z Udine po wcześniejszym wyrażeniu zgodny na przyjęcie Eluany do szpitala, wycofała się z obietnic powołując się na klauzulę sumienia lekarzy.

"Nie przerywajcie odżywiania", "Nie pozwólcie jej umrzeć z pragnienia" – takie napisy znalazły się na setkach butelek z "wodą dla Eluany" ustawianych pod katedrą św. Ambrożego w jej rodzinnym Mediolanie. Ich autorzy nie wierzyli lekarzom, że agonia odciętej od pokarmu i wody Eluany nie sprawi jej bólu.

Siostry zakonne z ośrodka hospicyjnego w Lecco, gdzie przez kilka ostatnich lat leżała Eluana, zapewniały, że mogą bezpłatnie opiekować się nią aż do naturalnej śmierci.

Adwokaci Rodziny zapowiedzieli wytoczenie procesu sądowego służbom publicznym, które odmawiały realizacji postanowień Sądu Najwyższego w sprawie eutanazji Eluany. Przeciwne eutanazji Ministerstwo Zdrowa ostrzegało, że wciąż szuka sposobów na powstrzymanie lekarzy. Eluanę przewieziono 3 stycznia 2009 roku do domu opieki La Quiete („Spokój") w Udine w północnych Włoszech. Tam lekarze mieli odłączyć sondę odżywczą i zaprzestać podawania wody i pokarmu. Eluanie miały też zostać podane środki przeciwbólowe, aby zgon był bezbolesny. Zdaniem ojca Eluana w młodości prosiła, aby w razie gdyby jej coś się stało- pozwolono jej umrzeć spokojnie.

Rząd włoski i Watykan w sprawie Eluany Englaro

Los Eluany wywołał największy konflikt polityczny w historii powojennych Włoch. Zwolennicy prawa do godnej śmierci ścierali się w parlamencie i na ulicach z obrońcami świętości życia wspieranymi przez włoski Kościół oraz Watykan.

Kościół widzi w losie Eluany "triumf cywilizacji śmierci" i relatywizmu Zachodu. Eutanazja nie jest odpowiedzią na cierpienie - mówił do Włochów papież Benedykt XVI. Choć katoliccy teolodzy dopuszczają rezygnację z uporczywej terapii, która odsuwa nieuniknioną agonię, to uważają, że sztuczne odżywianie i dostarczenie tlenu nie jest dla nich taką terapią, lecz naturalną formą opieki, z której nie wolno rezygnować.

Watykan używał podobnych argumentów, gdy w 2005 r. sprzeciwiał się odłączeniu Amerykanki Terry Schiavo od urządzeń podtrzymujących jej niektóre funkcje życiowe. To samo działo się podczas włoskich sporów o prawo do śmierci Piergiorgia Welby'ego, który po długich poszukiwaniach w 2006 r. znalazł lekarza gotowego wbrew prawu odłączyć mu respirator.

Decyzję ojca Eluany potępił Watykan, który nazwał jego zachowanie morderstwem i porażką wszystkich wierzących. Przeciwnicy eutanazji obawiali się, że zgoda na odłączenie Eluany od aparatury może być pierwszym krokiem w kierunku legalizacji eutanazji we Włoszech. Szczególnie przeciwny jej jest Kościół Katolicki, dla którego odmówienie pomocy

choremu i skazanie go na śmierć jest brakiem poszanowania ludzkiej godności.

Prokuratorzy w Udine, gdzie miała umrzeć Eluana, rozpoczęli śledztwo, które mogło zastraszyć lekarzy, później jednak prokuratura generalna potwierdziła, że nie ma prawa i nie będzie podważać orzeczenia sądu apelacyjnego w Mediolanie.

Centroprawicowy rząd uchwalił dekret, który zakazał przerywania sztucznego odżywiania, ale prezydent Giorgio Napolitano odmówił podpisania go. Berlusconi zapowiedział więc, że zmieni konstytucję w celu ograniczenia uprawnień prezydenta albo ekspresowo przeforsuje w parlamencie ustawę, którą - w przeciwieństwie do dekretu - prezydent będzie musiał podpisać.

Wielu byłych postfaszystów oraz członków Ligi Północnej, koalicjantów Berlusconiego, sprzeciwiło się "mieszaniu polityki w sprawy narodzin i śmierci", ale jednocześnie w opozycyjnej centrolewicy życia Eluany bronią chadecy.

Minister Zdrowia wysłał do domu opieki w Udine kilka inspekcji rządowych. Miejscowy sąd i prokuratura stanęły na stanowisku, że "póki nie ma nowej ustawy, nie będą przeszkadzać w wykonaniu orzeczenia sądu”

Śmierć pozbawionej środków odżywczych Eluany przyszła znacznie szybciej niż spodziewali się lekarze oraz rząd Silvia Berlusconiego, który ścigając się z czasem, próbował przeforsować przez parlament ustawę nakazującą wznowienie sztucznego odżywiania Eluany.

Prawicowy burmistrz Rzymu Gianni Alemanno nakazał rozświetlić na całą noc Koloseum na znak żałoby Wiecznego Miasta po Eluanie, której "życie można było i należało uratować".

Choć odcięcie sztucznego dokarmiania chorym, którzy żyją w śpiączce jak rośliny, nie jest typową eutanazją, to zdaniem Kościoła przypadek Eluany może otworzyć drogę do legalizacji uśmiercania chorych – jak, m.in. w Belgii i Holandii.

Pomimo gwałtownych sporów włoskich polityków o los Eluany Englaro jej sprawa przyczyniła się do parlamentarnego konsensusu w sprawie jak najszybszego uchwalenie ustawy o testamencie biologicznym (odpowiedniku polskiego testamentu życia), w którym każdy będzie mógł zastrzec, jak leczyć go i pielęgnować w razie utraty świadomości. Negocjowany przez chadeckiego polityka Rocco Buttiglione projekt, który ma cichą zgodę włoskiego episkopatu, daje obywatelom prawo zastrzeżenia, że po zapadnięciu w głęboką śpiączkę nie chcą zabiegów chirurgicznych związanych z umieszczaniem sondy karmiącej. Z drugiej strony raz rozpoczętego dożywiania nie będzie można przerwać.

Los Eluany przyspieszył we Włoszech dyskusję nad tzw. testamentem biologicznym (odpowiednikiem polskiego testamentu życia), w którym każdy mógłby określić, jak ma być leczony po utracie świadomości. Uzgodniony z episkopatem projekt chadeckiego polityka Rocca Buttiglionego, zabrania odłączenia sztucznego odżywiania, ale jednocześnie pozwala pacjentowi na odmowę chirurgicznego zabiegu umożliwiającego założenie sondy pokarmowej.

O śmierci Eluany Englaro poinformował włoski minister zdrowia. Oświadczenie o jej śmierci wygłosił w trakcie nadzwyczajnego posiedzenia Senatu, który obradował nad ustawą mającą uratować życie kobiety. Informację potwierdził także ojciec Eluany, Beppino Englaro.

Zgodnie z nauką Kościoła eutanazja bezpośrednia, niezależnie od motywów i środków, polega na położeniu kresu życiu osób upośledzonych, chorych lub umierających. Jest ona moralnie niedopuszczalna. W ten sposób działanie lub zaniechanie działania, które samo w sobie lub w zamierzeniu zadaje śmierć, by zlikwidować ból, stanowi zabójstwo głęboko sprzeczne z godnością osoby ludzkiej i z poszanowaniem Boga. Błąd w ocenie, w który można popaść w dobrej wierze, nie zmienia natury tego czynu, który zawsze należy potępić i wykluczyć. „Czy wiara i rozum w tej sprawie miały jakieś znaczenie? Kobieta w sile wieku została zagłodzona. Czy była to godna śmierć w XXI w.?” - to słowa Jana Pawła II, które napisał w encyklice Fides et ratio. Kościół katolicki potępia eutanazję, uznając ją za ingerencję w Prawo Boskie oraz uzurpowanie sobie prawa do odbierania życia.

Jan Paweł II w encyklice Evangelium vitae pisał: "Stajemy w obliczu jednego z najbardziej niepokojących objawów kultury śmierci, szerzącej się zwłaszcza w społeczeństwie dobrobytu, charakteryzujących się mentalnością nastawioną na wydajność, według której obecność coraz liczniejszych ludzi starych i niepełnosprawnych wydaje się zbyt uciążliwa i kosztowna. Szczytem zaś samowoli i niesprawiedliwości jest sytuacja, w której niektórzy, na przykład lekarze lub prawodawcy, roszczą sobie prawo do decydowania o tym, kto ma żyć, a kto powinien umrzeć. Także w przypadku, gdy motywem eutanazji nie jest egoistyczna odmowa ponoszenia trudów związanych z egzystencją osoby cierpiącej, trzeba eutanazję określić mianem fałszywej litości, nawet uznać ją za fałszywe wynaturzenie. Prawdziwe bowiem współczucie skłania do solidarności z cudzym bólem, a nie do pozbawienia życia osoby, której cierpienia nie potrafi się znieść".

Czytając te fragmenty encykliki, nie ma się najmniejszych wątpliwości, iż Kościół katolicki w swoim nauczaniu jasno i wyraźnie zabrania eutanazji w jakimkolwiek przypadku i traktuje ją jako ingerencję w prawo należne wyłącznie Bogu.

Wprawdzie Kościół dopuszcza zarzucenie uporczywej terapii, która zaledwie odsuwa i tak nieuchronną agonię, ale karmienie i pojenie chorych uznaje za formę naturalnej opieki, której nigdy nie wolno pozbawić pacjenta.

„Zadaniem chrześcijan jest ukazywanie godności życia w każdym jego momencie, ale te poglądy nie przez wszystkich będą zrozumiane” - tak arcybiskup Józef Życiński odniósł się do śmierci Eluany Englaro. Dodał także: - „Nie oskarżałbym drugiej strony o morderstwo”.

Prasa o śmierci Eluany Englaro

Obszerne komentarze na temat śmierci Eluany i głośnego politycznego sporu na jej temat pojawiły się we włoskiej prasie. "Sępy rzuciły się na żywą", "ból i wściekłość", "hańba" - pisały dzienniki o politycznej awanturze. W komentarzu na pierwszej stronie "Corriere della Sera" włoski pisarz Claudio Magris nawiązując do toczącej się od wielu dni gorącej debaty politycznej wokół losu kobiety napisał: "W przypadku Eluany Englaro sępy, które zazwyczaj rzucają się na zmarłych, zawzięły się na osobę żywą, chociaż umierającą".

Zdaniem Magrisa "tragiczny, nierozwiązywalny problem tego, kiedy przestać ratować życie" został "niegodziwie wykorzystany" dla celów politycznych po to, by - jak stwierdził - zaatakować reguły państwa prawa. Pisarz stanął w obronie Giorgio Napolitano, prezydenta Włoch. Wyraził przekonanie, że jego decyzja o odmowie podpisania rządowego dekretu była obroną właśnie tych zasad, stwierdzających wyraźnie, iż nie można dekretem zmieniać definitywnych wyroków sądu.

"Corriere della Sera" przypomina także, iż natychmiast po minucie ciszy i hołdu dla zmarłej, doszło do awantury i wymiany obraźliwych okrzyków.

W "La Repubblica" pisząc o "końcu kalwarii" kobiety w stanie wegetatywnym, stwierdzono m.in., że "oburzeniem" napawa fakt, że jej życie i agonia zostały do tego stopnia wmieszane w politykę, instrumentalnie przez nią wykorzystane. Zdaniem redaktora naczelnego Ezio Muro śmierć Eluany, "stała się czystym symbolem batalii władzy".

"Il Giornale" stwierdzając, że "Eluana została zamordowana" wymienia listę osób odpowiedzialnych za to, co się stało. Umieścił na niej, po lekarzach i prokuraturze w Udine, także prezydenta Napolitano. W krytycznych komentarzach zwrócono uwagę, że "Pałac Prezydencki wolał kulturę śmierci niż wartość życia” .

Media w sprawie eutanazji

Włoska telewizja RAI przeprowadziła wśród widzów sondę, zgodnie z którą 71% pytanych poparło decyzję sądu najwyższego. Dwie włoskie lokalne stacje telewizyjne

zamierzały wyemitować proeutanazyjny spot. Pomysł emisji spotu to „terroryzm polityczny i kulturowy" oraz świadome zachęcanie do przestępstwa, bo eutanazja we Włoszech wyjęta spod prawa – skomentował te zapowiedzi dziennik biskupów „Avvenire".

Włoska Partia Radykalna i stowarzyszenie skupiające zwolenników eutanazji postanowiły pokazać na antenie nadający na północy Włoch Telelombardii i Antenne 340-sekundowy spot wyprodukowany w Australii na zlecenie organizacji Exit International, która walczy o legalizację eutanazji na całym świecie. Pomysłodawcą reklamy jest australijski lekarz Philip Nitschke.

Jak wyglądała treść tego spotu? Mężczyzna siedzi na szpitalnym łóżku, mówiąc: „Życie to kwestia wyborów. Sam wybieram sobie samochód, koszule i fryzurę. Moja śmiertelna choroba nie jest moim wyborem. Teraz podjąłem ostateczną decyzję. Chcę, żeby rząd mnie wysłuchał". W tle pokazuje się kobieta z lekami. Nietrudno się domyśleć, że to środki prowadzące do bezbolesnej śmierci, choć słowo „eutanazja" nie pada.

Władze Australii zabroniły emisji spotu w telewizji. Pokazano go natomiast bez przeszkód w Kanadzie.

Opinie społeczne

Pomimo społecznych, politycznych i medialnych protestów większość ankietowanych Włochów opowiedziało się jednak za prawem do śmierci dla Eluany. Pod ośrodkiem opiekuńczym "Quiete" w Udine protestowało kilkuset działaczy katolickich, dla których odłączanie Eluany od sond karmiących było "morderstwem". Przynosili wodę i chleb jako symbol życia. Na murze szpitala pojawił się też napis: „Beppino Englaro morderca", który jednak szybko został zamalowany przez administrację ośrodka. Byli tam także zwolennicy eutanazji, którzy mieli wypisane na transparentach hasła solidarności z ojcem kobiety.

W wielu miastach Włoch rozpoczęły się spontaniczne protesty i marsze solidarności z ojcem Eluany. W Turynie odbyła się manifestacja około 600 osób na rzecz ojca Eluany, gdzie pojawiły się napisy „Berlusconi wstydź się". Manifestacja odbyła się także we Florencji i w Mesynie. Blisko sto osób protestowało na rzecz ojca Eluany w Brukseli przed siedzibą przedstawicielstwa Włoch w Unii Europejskiej.

W październiku 2008 roku agencja Demos przeprowadziła sondaż dla dziennika „La Republica". Wyniki pokazały, że 50,4% Włochów chciałaby umrzeć, gdyby znaleźli się w sytuacji Eluany; natomiast 21,3% osób wolałaby, aby decyzję podjęli ich bliscy. Prawie 80% Włochów popierało testament życia, regulującego postępowanie lekarzy i pielęgniarek w przypadku stanu wegetatywnego. Nieco ponad połowa badanych popierała eutanazję w przypadku stanu terminalnego.

Natomiast wyniki sondażu przeprowadzonego 7 lutego 2009 roku wskazały, że 61% Włochów popiera przerwanie żywienia Eluany, 13% nie ma zdania na ten temat, a pozostałych 26% wyraziło zdecydowanie negatywną opinię na temat eutanazji.

Włoska prokuratura wszczęła dochodzenie przeciwko czternastu osobom, podejrzanym o dokonanie umyślnego zabójstwa Eluany Englaro. Śledztwo toczy się przeciwko ojcu Eluany oraz lekarzom i pielęgniarkom z kliniki w Udine, w której kobieta zmarła. Na liście podejrzanych znalazł się, między innymi anestezjolog Amato De Monte, stojący na czele zespołu lekarskiego, który czuwał nad realizacją protokołu o odłączeniu odżywiania. Wniosek o wszczęcie dochodzenia złożyło stowarzyszenie "Nauka i życie". Zdaniem członków organizacji, Eluana została zamordowana.

Podsumowanie

Eluana Englaro zgodnie z wyrokiem sądu umarła śmiercią głodową. Chociaż realia przemawiały za brakiem jakichkolwiek nadziei na jej wybudzenie, to wiara katolicka taką szansę zawsze daje. Sąd Najwyższy przyznał jej ojcu prawo do podjęcia decyzji odłączenia od aparatury. Na jego prośbę 7 lutego 2009 r. przerwano całkowicie jej odżywianie.

Sprawa Eluany Englaro wywołała wielki chaos w polityce nie tylko Włoch. Kilkanaście godzin przed zaprzestaniem podawania Eluanie jedzenia i wody włoski rząd przyjął projekt ustawy zakazującej przerywania odżywiania i pojenia osób w stanie "wegetatywnym". Niestety, prezydent Włoch Giorgio Napolitano odmówił podpisania ustawy oświadczając, że jest niezgodna z konstytucją. Takich osób w stanie śpiączki tylko we Włoszech jest kilka tysięcy. Czy wszystkie zostaną poddane eutanazji prawomocnymi wyrokami sądu?

Eluana Englaro nie żyje. Ta 38-letnia kobieta, od siedemnastu lat pozostająca w stanie wegetatywnym w wyniku poważnego wypadku samochodowego, zmarła czwartego dnia po zaprzestaniu jej sztucznego karmienia. Życie każdej osoby jest fundamentalną i niezbywalną wartością. Życie ludzkie jako przyrodzona wartość osobowa, nie zależy od zewnętrznych i zmiennych kryteriów w postaci subiektywnych odczuć czy interpretacji osób trzecich, stanowionego prawa pozytywnego lub od decyzji większości parlamentarnej. Każde bezpośrednie pozbawienie życia osoby jest jej zabójstwem.

Piśmiennictwo

1. Bielecki T.: Eluana Englaro umiera w Udine. Gazeta Wyborcza, 8.02.2009.
2. Claudio P.: Prima del caso Englaro, e durante: quanta 'eutanasia' circola nie mass media? Il Giornale di Bioetyca, 14.02.2010.
3. Coma, stato vegetativo, morte cerebrale tutti i termini della fine della vita. Corierre della Sera, 06.02.2009.
4. Eluana Englaro- Eutanazja kładzie kres wegetacji. Newsweek, 09.02.2009.
5. Eluana Englaro: dopo un anno di manacate risposate le domande si famo piu forti. Il Giornale di Bioetyca, 9.02.2010.
6. Eluana, la Cassazione: si all' euthanasia Selegno del Vaticano: "Gravità assoluta". Il Giornale, 13.11.2008.
7. Eluana transferita a Udine nella notte. Corierre della Sera, 02.02.2009.
8. Eluana, Berlusconi in campo Il governo ora pensa al decreto. Corriere della Sera,04.04.2009.
9. Eluana, un calvario lungo 17 anni. La Republica, 03.02.2009.
10. Kowalski E.: Eluana nie umarła, została zabita, a my się z tym nie zgadzamy. Nasz Dziennik, 11.02.2009 (nr 35, 3356).
11. Lehnert M.: Włochy: nie mówmy już o tym. Tygodnik Powszechny, 17.02.2009
12. Lorenzetto S.: Il filosofo del dirittaallavita: „Eluana, un coso di imperialismo giudiziario". Il Giornale, 15.02.2009.
13. Mądela K. (red.): Rozum i wiara mówią do mnie" wokół encykliki Jana Pawła II Fides et ratio: praca zbiorowa. Wyd. WAM, Kraków, 1999.
14. Magris C: Una Persona, un Paese. Corriere della Sera, 10.02. 2007.
15. Młotek A., Reroń T. (red.): Życie dar nienaruszalny. Wokół encykliki Evangelium vitae. Wyd. Papieski Fakultet Teologiczny, Kraków, 1995.
16. Nuovo processo per Eluana Englaro. Corriere della Sera, 16.10. **2**007.
17. Olszewski M., Sporniak A.: Pytania Eluany. Tygodnik Powszechny, 17.02.2009.
18. Resiak F.: Eluana. Górnośląski Tygodnik Regionalny, 10.02.2009
19. Śmierć Eluany: koniec kalwarii, ból i wściekłość. Wprost, 10.02.2009.

Edbom-Kolarz Anna[1,2], Marcinkowski Jerzy T.[3], Bajek Anna[4], Galewska Irena[4]

Rozważania nad zróżnicowaniem zachowań prozdrowotnych pomiędzy Szwecją, a Polską z możliwymi przyczynami w obszarze kultury i religii

[1] Vrinnevisjukhus, Ögonkliniken Syncentralen, Norrköping, Szwecja
[2] Sabbatsberg Sjukhuset Stockholms Läns Landsting, Szwecja
[3] Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Katedra Medycyny Społecznej, Zakład Higieny
[4] Wojewódzki Szpital Zespolony w Kaliszu

Definicje kultury

Na kształtowanie postaw prozdrowotnych ma wpływ m.in. kultura.

Kultura jest terminem wieloznacznym i w różny sposób może być definiowana i interpretowana przez przedstawicieli różnych dyscyplin naukowych. Zatem co to jest kultura?

Kultura to ogół zasad, reguł i sposobów ludzkiego działania, wytworów ludzkiej pracy, a także twórczości, stanowiący zbiorowy dorobek społeczeństw ludzkich [1].

Kultura to całokształt dorobku ludzkości, wytworzonego w ogólnym rozwoju historycznym lub w jego określonej epoce [2].

Kultura to całokształt materialnego i duchowego dorobku ludzkości, wynik twórczej działalności człowieka oraz zespół wartości, norm i zasad, obowiązujących w danej zbiorowości [3].

W oparciu o definicje kultury rozróżnia się wiele typów kultur, np. kultura narodowa, kultura masowa, kultura polityczna, kultura materialna, kultura ludowa, kultura języka, kultura duchowa, kultura regionalna i inne [4].

Każda kultura ma swój język ciała, gesty i mogą one wyrażać inne stany emocjonalne, np. śmiech dla jednych może wyrażać radość, zadowolenie, dla innych być oznaką zdenerwowania i smutku [5].

Podobnie jest w obszarze komunikacji werbalnej i pozawerbalnej. Porównując Polskę i Szwecję, ważne jest tu przestrzeganie odległości pomiędzy interlokutorami. Nie należy przekraczać tzw. granicy osobistej. Te odległości komunikacyjne są znane i przestrzegane w szczególny sposób w Szwecji, chyba w mniejszym stopniu w Polsce. Różnice w komunikacji pozawerbalnej dostrzegane są w obszarze gestykulacji, w tym podawania ręki na powitanie. Należy wtedy patrzeć prosto w oczy, bo wówczas szczerość jest jakby większa. Nie można w tym czasie siedzieć. Te zachowania dostrzegalne są również podczas wizyt u lekarza, gdzie lekarz wita pacjenta przy drzwiach. W Polsce do tej pory nie było w zwyczaju, że lekarz wita pacjenta. Obecnie wiele zmieniło się w tym zakresie na lepsze. W szczególny sposób służba zdrowia powinna zdobywać i posiadać wiedzę na temat kultur różnych narodów. Brak kompetencji w tym zakresie może ranić uczucia innych, przyczynić się do postawienia nieprawidłowych diagnoz, utrudnionego kontaktu z pacjentem, a w ostateczności powodować strach, dezorientację, zagubienie, stres, co nie pozostaje obojętne dla

zdrowia. Aby te problemy wyeliminować lub zminimalizować, Madeleine M. Leininger, pielęgniarka z USA, zauważyła konieczność zdobywania wiedzy, szczególnie przez pielęgniarki, o kulturowych podstawach opieki, która ma uwzględniać społeczno-kulturowe pochodzenie pacjenta [6].

Na kształtowanie postaw prozdrowotnych ma również wpływ religia i religijność jej wyznawców, które są elementami kultury niematerialnej.

Religia to realny i życiowy związek człowieka z Bogiem, Absolutem, od którego człowiek staje się zależny w istnieniu i działaniu, który jest ostatecznym celem, nadającym sens ludzkiemu życiu. Religia nie może być redukowana do wiedzy religijnej. Życie religijne wyraża się w poznawaniu prawdy o Bogu, modlitwie, kulcie i ofiarach. Celem życia religijnego jest doskonalenie się człowieka na wzór Boga i przygotowanie do zjednoczenia z Nim i do udziału w życiu Boskim [7].

Z religią ściśle związana jest religijność. Jest to cnota polegająca na okazywaniu Bogu należnej czci przez akty religijne i sprawowany kult [7].

Religia i religijność mają wpływ na kondycję zdrowotną człowieka. Przestrzeganie norm religijnych, do których zobowiązany jest wyznawca, sprzyja zachowaniom prozdrowotnym nie tylko w sferze ciała, ale i ducha [8].

W wielu religiach ustalone są zasady dotyczące, np. przygotowywania posiłków, przepisów dietetycznych, stosowania zabiegów higienicznych, także przed obrzędami religijnymi, wprowadzenie postów, odpoczynek świąteczny [6]. Zarówno obserwacje, jak i różne badania pokazują, że osoby zaangażowane religijnie częściej cechują się abstynencją alkoholową, tytoniową, narkotykową, lepiej radzą sobie z problemami życia codziennego, łatwiej opanowują lęk, eliminują smutek, co przyczynia się do uzyskania dobrostanu fizycznego i psychicznego [9].

Religia i płynąca z niej wiara zmniejsza strach, niepokój i obawy przed mogącymi się pojawić lub już występującymi chorobami. Wiara, że jest Bóg, który wszystkim kieruje, że na Niego zawsze można liczyć, że jest niezawodny, daje siłę do zmagania się z chorobą, nawet terminalną. Takie oddziaływanie wiary minimalizuje stres, depresję, wyzwala chęć walki z pojawiającymi się przeciwnościami, a to ułatwia proces leczenia i pogodzenie się z nieuniknionym faktem śmierci. Z kolei trwanie w tych stanach niejednokrotnie wydłuża okres leczenia. Zdarzyć się też może, że taka osoba we wszystkim i wszystkich widzi źródło swojej sytuacji, swoich niepowodzeń, nawet rezygnuje z proponowanych rozwiązań, załamuje się, zamyka się w sobie lub też kieruje agresję ku sobie i innym, co w ostateczności może powodować targnięcie się na własne życie.

Kościół katolicki zachęca swoich wiernych do pełnienia czynów pokutnych, takich jak post, jałmużna, modlitwa (Mt 6, 2-18) [10]. Post to nie tylko niespożywanie pokarmów mięsnych, ale także dobrowolna rezygnacja z czegoś dla celów wyższych. Post uczy dyscypliny wewnętrznej, uczy panowania nad cielesnymi zachciankami, uczy panowania nad niestosownymi pragnieniami oraz potwierdza słowa Jezusa, że „nie samym chlebem żyje człowiek" (Mt 4, 4) [10]. Jałmużna to dobrowolny dar z siebie, ze swoich dóbr dla drugiego, podejmowany dla celów wyższych. Jałmużna - według duchowości chrześcijańskiej - jest owocem postu i ma wymiar materialny i duchowy. W modlitwie nie należy stawiać na ilość, ale na jej jakość. Daje ona wyciszenie, ukojenie, zaufanie Bogu nawet w bardzo trudnych sytuacjach.

Każdy chrześcijanin zobowiązany jest do spełniania praktyk religijnych, uczestnictwa we Mszy Świętej w niedziele i święta, przystępowanie do sakramentów świętych. Realizując je w pełnym tego słowa znaczeniu, człowiek musi zmienić

nastawienie do samego siebie, Boga i drugiego człowieka. Powinien w drugim człowieku widzieć przyjaciela, a nie zagrożenie. Ogromną rolę odgrywa także przebaczenie otrzymane w sakramencie pokuty, ale też przebaczenie i pojednanie z drugim człowiekiem. Współczesny człowiek ma z tym olbrzymie problemy. Rodzi się więc pytanie: co to wszystko daje człowiekowi? Takie zachowania sprawiają, że człowiek się wycisza, uspokaja, eliminowana jest agresja, staje się wewnętrznie wolny od zniewoleń, uzyskuje spokój ducha, a także chroni przed pojawieniem się różnych chorób [11]. Dobra kondycja duchowa wpływa na kondycję fizyczną i psychiczną. Potwierdza to adagium „W zdrowym ciele zdrowy duch".

Polska i Szwecja są krajami chrześcijańskimi. Różnią się, gdyż zostały odmiennie ukształtowane, w tym również przez Kościół. Oba państwa przyjęły chrześcijaństwo, ale Szwecja nieco później, bo ok. 1000 roku. Św. Zygfryd ochrzcił króla Szwecji Olofa Skötkonunga, niemniej jednak większość Szwedów nie miała kontaktu z chrześcijaństwem aż do VIII wieku. W XII i XIII wieku szwedzkie chrześcijaństwo zacieśniło więzy z chrześcijaństwem niemieckim i jego wpływy stały się dominujące. Obecnie w Szwecji najwięcej wiernych skupia Kościół ewangelicko-luterański. Kościół rzymskokatolicki od XVI wieku spotykał się z prześladowaniem. Dopiero od 2000 roku może legalnie prowadzić swoją misję [12, 13]. Kościół szwedzki nakazywał ludziom być posłusznymi względem przedstawicieli władzy, stąd niemożność buntów społecznych. Jest on symbolem tradycji, przy tym jest wolny w tym sensie, że wiele rzeczy dopuszcza, a jednocześnie w środku jest bardzo ascetyczny, przy tym nastawiony pozytywnie do człowieka. Notuje się wysoki stopień zlaicyzowania – państwo świeckie. Dla wielu z nich religia nie stanowi rzeczywistości, która dowartościowuje ich życie i nadaje mu sens. Oni żyją w inny sposób, liczy się ekonomia, umiejętność odnalezienia się w konkretnej sytuacji, zagwarantowanie dobrej przyszłości i wolności, w którą nikt nie może ingerować. Modlitwa w życiu Szwedów jest raczej okazjonalna, chociaż wielu z nich modli się i wprowadza zasady wiary w swoje życie. Model rodziny jest podobny jak w krajach Europy Zachodniej, tzn. taki, który daje jak najmniej wzajemnych zobowiązań, wzajemnej odpowiedzialności. Małżeństwa są krótkotrwałe, można je zawrzeć w ciągu kilku minut i w ciągu jednego dnia uzyskać rozwód. Preferowane są również wolne związki lub wspólne zamieszkiwanie. W Szwecji często spotykanym zjawiskiem jest samotne macierzyństwo. Władze świadczą pomoc finansową do 16. roku życia, następnie dziecko może zaciągnąć kredyt na naukę i się usamodzielnić. Młodzi szybko usamodzielniają się, ale popadają w zależność ekonomiczną od państwa. Jak wszędzie, tak i w Szwecji są wspaniałe rodziny. Dzieci przygotowuje się do życia w grupie i kładzie się nacisk na wychowanie propaństwowe – na rzecz pracy.

W Polsce Kościół katolicki od Chrztu Polski w 966 roku odgrywa ważną rolę w życiu społeczeństwa. Podkreśla, że władza jest dla ludu i że powinna słuchać głosu ludu. Polskie społeczeństwo nie buntuje się nigdy, jeśli jest w stanie udźwignąć nakładane na niego ciężary, ale gdy pojawia się sytuacja trudna, ludzie zaczynają manifestować swoje niezadowolenie. Kościół w Polsce nastawiony jest pozytywnie do człowieka, ale wielu ludzi nie dostrzega jego wielkiej roli lub ją minimalizuje i chce pomniejszyć jego znaczenie. Dla wielu Polaków zasady wyznawanej wiary są wcielane w życie indywidualne i społeczne. Nie da się oddzielić wiary od życia, nie można być wierzącym tylko w niedzielę i święta. Pan Jezus mówi wyraźnie „albo będziesz zimny, albo gorący, gdy będziesz letni, poczne cię wypluwać z ust moich" (Ap 3, 15) [10], oznacza to, że zasady wiary należy wprowadzać we wszystkie sfery ludzkiego życia i nie od święta, ale

na co dzień. Zdarza się w dzisiejszym świecie, że ci, którzy na serio wierzą i ich wiara przekłada się na życie, są posądzani o fanatyzm. Fanatyzm (łac. *fanaticus* - zagorzały, szalony) to postawa oraz zjawisko społeczne polegające na ślepej i bezkrytycznej wierze w słuszność jakichś poglądów politycznych, religijnych lub społecznych. Przejawem fanatyzmu jest skrajna nietolerancja wobec przedstawicieli odmiennych poglądów [14]. Takie stwierdzenie jest bardzo krzywdzące, najczęściej czynią tak ludzie obojętni religijnie lub ci, którym relacja do Boga jest obojętna i mają wyrzuty sumienia, które pragną wyciszyć i w ten sposób się usprawiedliwiać.

Jeśli chodzi o rodzinę, to jest wiele wspaniałych rodzin, żyjących wiarą i przekazujących polską tradycję młodemu pokoleniu. Jak wszędzie, tak i w Polsce, notuje się dużą liczbę rozwodów, samotne macierzyństwo, życie w wolnych związkach. Należy się tu zastanowić, jakie wartości przekazywane są dzieciom. Na szczególne podkreślenie zasługuje fakt, że człowiek to istota cielesno-duchowa i powstający rozdźwięk powoduje wewnętrzny niepokój, który może uzewnętrzniać się w relacji do drugiego człowieka. Częste konflikty, czasami bójki w małżeństwach i rodzinach powodują napięcie, stres, co wpływa ujemnie na stan zdrowia, a także na relacje interpersonalne.

Nie tylko w Szwecji, ale i w Polsce również przygotowuje się dzieci i młodzież do prawidłowego funkcjonowania w grupie, takiej jak: klasa, szkoła, rodzina, zakład pracy, a także do pracy, która powinna być wykonywana sumiennie, rzetelnie, z pełną odpowiedzialnością. Na powyższe tematy traktuje, np. encyklika *Laborem exercens* – o pracy, ogłoszona przez Jana Pawła II w 1981 roku.

Praca jest życiową koniecznością, częścią ludzkiej egzystencji. Służy do zaspokojenia rozmaitych potrzeb od materialnych przez gospodarcze, społeczne, kulturalne i religijne. Katolicka nauka społeczna wyróżnia dwa wymiary pracy: ludzki i religijny [15].

Podstawowa zasada etyki pracy brzmi: „Praca jest zawsze dla człowieka, a nie człowiek dla pracy" [16]. Dziś bardzo często zasada ta jest łamana. Przyczynia się to do wydłużania czasu pracy, do nakładania pracy ponad siły, co oczywiście niekorzystnie odbija się na zdrowiu społeczeństwa, rodzinie i relacjach interpersonalnych.

Przeciwieństwem pracy jest bezrobocie, które dzisiaj jest bardzo duże i ma negatywne konsekwencje, również w dziedzinie zdrowia.

Konsekwencje bezrobocia: bezrobocie jest złem społecznym, brak stałych dochodów uniemożliwia wykonywanie funkcji społecznych rodziny, obniża status rodziny, daje poczucie winy, że rodzice nie potrafią zapewnić realnych potrzeb i oczekiwań swoich dzieci, ograniczenie prokreacji, wzrost przestępstw, niski poziom życia, łamanie prawa, większa ilość schorzeń psychicznych, uzależnień i samobójstw, wzrost agresji i frustracji, lęk o przyszłość, obniża aspiracje, prowadzi do wyobcowania młodych ze społeczeństwa, ubożenie społeczne, niepokoje społeczne, ograniczenie dochodów państwa prowadzi do zachowań antyspołecznych, rodzi przekonanie o bezużyteczności, dyskryminuje i izoluje człowieka, uniemożliwia tworzenie wartości i przekształcanie świata, godzi w godność człowieka [17, 18, 19].

Podstawowa zasada etyki pracy brzmi: „Praca jest zawsze dla człowieka, a nie człowiek dla pracy" [16]. Dziś bardzo często zasada ta jest łamana. Przyczynia się to do wydłużania czasu pracy, do nakładania pracy ponad siły, co oczywiście niekorzystnie odbija się na zdrowiu społeczeństwa, rodzinie i relacjach interpersonalnych.

Przeciwieństwem pracy jest bezrobocie, które dzisiaj jest bardzo duże i ma negatywne konsekwencje, również w dziedzinie zdrowia.

LUDZKI WYMIAR PRACY	RELIGIJNY WYMIAR PRACY
Praca daje źródło utrzymania.	Praca ludzka odzwierciedla działanie samego Stwórcy.
Praca przyczynia się do rozwoju narodui techniki.	Przez pracę człowiek uczestniczy w dziele samego Boga i je przedłuża.
Praca wyróżnia człowieka od innych stworzeń.	Przez pracę człowiek naśladuje Chrystusa.
Praca przyczynia się do nieustannego podnoszenia poziomu kulturalnego i moralnego społeczeństwa.	Do pracy zaprasza sam Bóg: „Czyńcie sobie ziemię poddaną” (Rdz 1, 28).
Przez pracę człowiek doskonali siebie.	Przez pracę człowiek staje się panem ziemi i współpracownikiem Boga.
Przez pracę człowiek pomnaża dobra wspólne.	Praca przyczynia się do wypełniania zamysłu Bożego.
Przez pracę człowiek przemienia rzeczy i społeczność.	Praca jest środkiem uświęcania świata, gdy swoje trudy człowiek łączy z cierpieniami Chrystusa.
Praca jest realizacją swojego powołania.	Przez pracę człowiek wypełnia przykazanie miłości.
Wykonując pracę człowiek może pomagać innym.	
Praca jest prawem i obowiązkiem człowieka.	
Praca podkreśla wielką godność człowieka.	

Podstawowa zasada etyki pracy brzmi: „Praca jest zawsze dla człowieka, a nie człowiek dla pracy” [16]. Dziś bardzo często zasada ta jest łamana. Przyczynia się to do wydłużania czasu pracy, do nakładania pracy ponad siły, co oczywiście niekorzystnie odbija się na zdrowiu społeczeństwa, rodzinie i relacjach interpersonalnych.

Przeciwieństwem pracy jest bezrobocie, które dzisiaj jest bardzo duże i ma negatywne konsekwencje, również w dziedzinie zdrowia.

Konsekwencje bezrobocia: bezrobocie jest złem społecznym, brak stałych dochodów uniemożliwia wykonywanie funkcji społecznych rodziny, obniża status rodziny, daje poczucie winy, że rodzice nie potrafią zapewnić realnych potrzeb i oczekiwań swoich dzieci, ograniczenie prokreacji, wzrost przestępstw, niski poziom życia, łamanie prawa, większa ilość schorzeń psychicznych, uzależnień i samobójstw, wzrost agresji i frustracji, lęk o przyszłość, obniża aspiracje, prowadzi do wyobcowania młodych ze społeczeństwa, ubożenie społeczne, niepokoje społeczne, ograniczenie dochodów państwa prowadzi do zachowań antyspołecznych, rodzi przekonanie o bezużyteczności, dyskryminuje i izoluje człowieka, uniemożliwia tworzenie wartości i przekształcanie świata, godzi w godność człowieka [17, 18, 19].

Kulturotwórcza i religijna rola rodziny

Rodzina jest miejscem tworzenia kultury. Kulturotwórcza rola rodziny realizuje się w różnych formach i na różne sposoby. Najważniejsze to:

- Rodzina włącza swych członków, a szczególnie młode pokolenie, w kulturę narodową, ogólnospołeczną i poszczególnych kręgów kulturowych, z którymi jest związana,
- Rodzina, tworząc i rozwijając własną kulturę, stanowi dla swoich członków naturalne
  i podstawowe środowisko kształtowania własnego systemu wartości, norm i wzorów zachowań;
- Rodzina zapewnia kontynuację dziedzictwa kulturowego, stabilizuje innowacje kulturowe i wzmacnia pluralizm kulturowy;
- Rodzina jest ważnym regulatorem dyfuzji kulturowej [20].

Jan Paweł II uważa, że rodzina katolicka ze swoją kulturą jest drogą do ewangelizacji dzisiejszego świata [21].

Dziś w zjednoczonej Europie potrzebna jest kultura europejska i kultura narodowa. Są one jak dwa płuca. Dialog międzykulturowy i poznawanie innych kultur przyczynić się może do pokoju, wzajemnego ubogacania. Lepsza będzie komunikacja między narodami, a życie będzie barwne i bardziej twórcze [22].

Piśmiennictwo

1. Encyklopedia Powszechna. Wyd. Naukowe PWN, Kraków, 1999.
2. Sobol E.: Nowy słownik języka polskiego. Wyd. Naukowe PWN, 2003, 385.
3. Encyklopedia katolicka, t. X. Towarzystwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin, 2004, 187.
4. http://pl.wikipedia.org/Kultura, data pobrania: 27.03.2012.
5. Szopski M.: Komunikowanie międzykulturowe. WSiP, Warszawa, 2005.
6. Majda A., Zalewska-Puchała J., Ogórek-Tęcza B.: Pielęgniarstwo transkulturowe. PZWL, Warszawa 2010.
7. Gadacz T., Milewski B.: Encyklopedia PWN, tom 8. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2003.
8. http://spec.psychospace.pl/strefa_wiedzy/1/8/, data pobrania: 26.03.2012.
9. Price W.F, Crapo R. H.: Psychologia w badaniach międzykulturowych. GWP, Gdańsk 2003.
10. Jankowski A.: Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu, opracowanie Zespołu Polskich Biblistów pod redakcją Benedyktynów Tynieckich. Wyd. Pallotynów, Poznań, 1965.
11. Bishop G.D.: Psychologia zdrowia. Wyd. Astrum, Wrocław, 2000.
12. http://pl.wikipedia.org/wiki/Ko%C5%9Bci%C3%B3%C5%82_Szwecji;data pobrania: 28.03.2012.
13. http://www.niedziela.pl/artykul_w_niedzieli.php?doc=nd200750&nr=15; data pobrania: 28.03.2012.
14. http://pl.wikipedia.org/wiki/Fanatyzm; data pobrania: 30.03.2012.
15. Jan Paweł II: Encyklika *Laborem exercens* – o pracy. Watykan, 1981.
16. Marek Z.: Jestem świadkiem Chrystusa w świecie. Wyd. WAM, Kraków, 2003.
17. Andryszczak P.: Chrześcijanin wobec zagadnień społecznych. Wyd. Św. Stanisława BM Archidiecezji Krakowskiej, Kraków, 2002.

18. Jan XXIII: Encyklika *Mater et magistra* –o współczesnych przemianach społecznych w świetle nauki chrześcijańskiej. Watykan, 1961.
19. http://www.bryk.pl/teksty/studia/pozostałe/pedagogika/23981-bezrobocie_i_ zdrowie.htm, data pobrania: 27.03.2012.
20. Dyczewski L.: Rodzina twórcą i przekazicielem kultury. Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin, 2003.
21. Jan Paweł II: Encyklika *Evangelium Vitae*. Watykan, 1995.
22. Dyczewski L.: Kultura polska w procesie przemian. Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin, 1995.

Siwczyńska Dorota[1], Jabłońska Magdalena Klaudia[1], Frączek Patrycja Elżbieta[1], Mińko Magdalena[2], Religioni Urszula[2], Barańska Agnieszka[1]

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w Holandii – sprawdzone rozwiązania dla polskiego systemu ubezpieczeń medycznych

[1] Uniwersytet Medyczny w Lublinie
[2] Uniwersytet Medyczny w Warszawie

Wstęp

Polski rynek usług medycznych jest jednym z najszybciej rozwijających się w Unii Europejskiej. Wydatki na usługi medyczne rosną w tempie 6,1% rocznie – oceniają eksperci jednej z firm doradczych (Deloitte). Jednak systematycznie wzrasta również liczba Polaków niezadowolonych z opieki medycznej. Według danych opublikowanych przez CBOS w 2009 r. 63% Polaków było niezadowolonych z funkcjonowania opieki zdrowotnej [1]. Natomiast w 2010 r. liczba ta wzrosła i niezadowolenie deklarowało 75% społeczeństwa. Rośnie również przewaga osób korzystających z obowiązkowego ubezpieczenia i prywatnych usług nad osobami korzystającymi wyłącznie z ubezpieczenia [2]. Stwarza to duże szanse rozwoju dla prywatnego sektora. W dobie przemian demograficznych i dynamicznego rozwoju innowacyjnych technologii publiczny system staje się niewydolny. Dlatego też dla zapewnienia wysokiej jakości usług niezbędny jest dopływ dodatkowych środków, m.in. od prywatnych ubezpieczycieli.

System ubezpieczeń zdrowotnych w Holandii

W Holandii w 2006 r. zgodnie z nową ustawą o ochronie zdrowia (Zorgverzekeringswet) zniesiono podział na ustawowe ubezpieczenia zdrowotne (SHI) i prywatne ubezpieczenia zdrowotne (PHI), tworząc jednolity konkurencyjny rynek ubezpieczeń medycznych [3]. Nowy system ubezpieczania kosztów opieki zdrowotnej charakteryzuje się występowaniem równowagi pomiędzy solidną podstawą społeczną systemu a dynamicznym rozwojem rynku usług medycznych. System holenderski zakłada również ograniczoną ingerencję państwa. Władze gwarantują jedynie dostęp do opieki medycznej, tworzą akty i regulacje prawne określające sposób funkcjonowania systemu. Nie uczestniczą bezpośrednio w zapewnianiu opieki zdrowotnej. Zajmują się tym prywatni dostawcy, tacy jak indywidualne praktyki i instytucje opiekuńcze.

Ubezpieczenia medyczne w Holandii

Od 2006 roku istnieją trzy główne źródła finansowania ochrony zdrowia w Holandii. Należą do nich:

- obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne,
- suplementarne ubezpieczenie zdrowotne,
- budżet państwa.

Pierwszym ze źródeł jest obowiązkowe ubezpieczenie od kosztów leczenia, tzw. pakiet podstawowy (Basisverzekering). Wpływy z tego rodzaju ubezpieczenia stanowią około 40% całkowitych wydatków ponoszonych na ochronę zdrowia w Holandii [4]. Pakiet podstawowy to minimalny zakres ubezpieczenia zdrowotnego, jaki musi być oferowany przez wszystkich prywatnych ubezpieczycieli. Został określony przez rząd i w jego skład wchodzi:

- opieka medyczna: lekarza rodzinnego, niektórych specjalistów, opieka szpitalna;
- hospitalizacja;
- usługi stomatologiczne (do 18. r.ż, powyżej 18. r.ż. w zakres usług wchodzi specjalistyczna opieka stomatologiczna i wykonanie protezy);
- niektóre leki;
- środki pomocnicze;
- pogotowie ratunkowe i transport medyczny;
- opieka położnej i opieka poporodowa
- opieka rehabilitacyjna (fizjoterapia, terapia zajęciowa, porady dietetyczne) [3,5].

Istnieje kilka czynników, które powodują, że „pakiet podstawowy" jest rzeczywiście dostępny dla wszystkich. Przede wszystkim firmy ubezpieczeniowe nie mogą odmówić zawarcia ubezpieczenia z osobami z grupy tzw. „wysokiego ryzyka" ze względu na wiek, płeć lub stan zdrowia. Zakaz praktyk o charakterze dyskryminacyjnym oraz system ulg podatkowych dla osób o niskich dochodach powoduje, że ubezpieczenie rzeczywiście ma charakter powszechny [3].

Pozostałe usługi medyczne, których nie obejmuje „pakiet podstawowy" są oferowane przez towarzystwa ubezpieczeniowe w ramach ubezpieczeń dodatkowych (suplementarnych). Ich zakres i cena ustalana jest indywidualnie przez ubezpieczycieli i każdy obywatel może dodatkowo wykupić odpowiedni pakiet dla siebie. Jedynym warunkiem jest akceptacja zakresu ubezpieczenia przez towarzystwo, gdyż ubezpieczyciel nie jest zobligowany przez państwo do zawarcia umowy ubezpieczenia z każdym obywatelem [5].

Dodatkowe, dobrowolne ubezpieczenia są suplementem ubezpieczenia obowiązkowego. Stanowią jedynie 3,8% całkowitych wydatków na ochronę zdrowia.

Istnieje również wąski zakres usług medycznych, które finansowane są z wpływów podatkowych i obejmują wszystkie osoby posiadające „pakiet podstawowy" ubezpieczenia zdrowotnego. Podstawowym celem tego ubezpieczenia jest zabezpieczenie przed tzw. „nierynkowym" ryzykiem. Określa je ustawa o nadzwyczajnych kosztach leczenia (AWBZ) i w jego skład wchodzą:

- przyjęcie do szpitala na okres dłuższy niż 1 rok,
- opieka i pielęgnacja w domach opieki społecznej,
- opieka psychiatryczna,
- opieka nad osobami niepełnosprawnymi fizycznie i psychicznie,
- działania profilaktyczne, np. szczepienia ochronne [6].

Najistotniejsze rozwiązania systemu holenderskiego

Holenderski system ubezpieczeń zdrowotnych jest innowacyjnym rozwiązaniem w porównaniu do sposobów finansowania świadczeń medycznych stosowanych w innych państwach w Europie i na świecie. Obejmuje m. in. takie rozwiązania, jak:

- Zwrot części składki ubezpieczeniowej dla osób niekorzystających lub korzystających w niewielkim stopniu z opieki zdrowotnej.
- Składka za ubezpieczenie w „pakiecie podstawowym" jest jednakowa dla wszystkich, a konkurencja pomiędzy ubezpieczycielami stymulowana jest poprzez dodatkowy zakres usług w ramach danej polisy.
- Zniżki dla osób zawierających umowę ubezpieczenia w ramach ubezpieczeń grupowych.
- Wsparcie ze strony państwa w opłacaniu składek ubezpieczeniowych dla osób o niskich dochodach, a także dla osób do 18. r.ż.
- Istnieje tzw. system wyrównawczy, który redukuje ryzyko ponoszenia wysokich kosztów przez ubezpieczyciela posiadającego w swoim portfelu wielu pacjentów z grup „wysokiego ryzyka". Fundusz Wyrównywania Ryzyka (REF) wypłaca takiemu ubezpieczycielowi odpowiednio skalkulowane – na podstawie wskaźnika ryzyka – środki finansowe. W przypadku portfela ubezpieczonych „niskiego ryzyka" transfer środków odbywa się w przeciwnym kierunku.
- Organ nadzorujący działanie rynku ubezpieczeń zdrowotnych w Holandii jest instytucją niezależną politycznie [7].

Szanse rozwoju prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce

Obecnie w Polsce nie istnieją przepisy regulujące rynek ubezpieczeń zdrowotnych. Działalność towarzystw ubezpieczeniowych oferujących ubezpieczenia medyczne opiera się głównie na przepisach Ustawy o działalności ubezpieczeniowej. Dotyczy ona przede wszystkim zasad i warunków wykonywania działalności ubezpieczeniowej oraz zasad nadzoru ubezpieczeniowego. Nie ma również określonych form i sposobów współpracy pomiędzy ubezpieczycielami a podmiotami leczniczymi. Istotne jest również to, że żaden polski akt prawny nie definiuje pojęcia ubezpieczenie zdrowotne. Dotychczas został przygotowany jedynie projekt Ustawy o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym opublikowany przez Ministerstwo Zdrowia w dniu 4 marca 2011 r. Założeniem projektu jest unormowanie przepisów dotyczących dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce.

Ze względu na specyfikę rynku ochrony zdrowia, jego finansowanie pozostaje domeną państwa, czyli głównym źródłem są środki publiczne. Jednak obecnie niemal 28% łącznych wydatków na opiekę zdrowotną w Polsce stanowią środki prywatne [8]. Na prywatne źródła finansowania ochrony zdrowia w Polsce składają się głównie:

- bezpośrednie opłaty ponoszone przez pacjentów, tzw. „out-of-pocket payments";
- abonamenty medyczne jako forma „quasi-ubezpieczeniowa";
- prywatne ubezpieczenia zdrowotne.

Dynamicznie rozwijającą się częścią rynku finansowania świadczeń zdrowotnych w Polsce są abonamenty medyczne, oferowane zazwyczaj przez pracodawców, jako forma gratyfikacji pracowników. Ze względu na fakt pojawienia się abonamentów w Polsce

wcześniej niż ubezpieczeń medycznych, ich udział w finansowaniu jest znacznie większy niż ubezpieczeń. Zaangażowanie środków pochodzących z dodatkowych ubezpieczeń medycznych wynosiło niespełna 1% wszystkich prywatnych wydatków w 2008 r. w Polsce [8]. Tak jak w przypadku ubezpieczeń, rodzaje i zakresy abonamentów medycznych nie są w żaden sposób uregulowane prawnie [9].

W sytuacji, gdy niemal ¼ wydatków na ochronę zdrowia w Polsce stanowią środki prywatne, nasuwa się pytanie czy istnieją sposoby efektywniejszego wykorzystania tych zasobów, z korzyścią dla wszystkich stron, tj. pacjentów, podmiotów leczniczych i ubezpieczycieli. Zdecydowanie największa część tych środków powinna pochodzić z ubezpieczeń medycznych, które w nieprzewidzianych sytuacjach będą stanowiły zabezpieczenie zdrowotne i finansowe dla ubezpieczonych. W szczególności w tych obszarach opieki medycznej, gdzie forma prywatna jest dominująca. Obecnie zakres oferowanych w Polsce ubezpieczeń medycznych jest stale poszerzany i obejmuje nie tylko usługi POZ, specjalistyczne i badania diagnostyczne, ale również opiekę szpitalną, stomatologiczną, rehabilitacyjną, refundację kosztów poniesionych na zakup leków czy też ochronę przed następstwami zakażeń wirusami HIV i WZW dla pracowników medycznych [10]. Konkurencyjność na rynku medycznym zarówno pomiędzy podmiotami leczniczymi, jak i ubezpieczycielami będzie stymulowała do podnoszenia jakości świadczeń medycznych, a także do racjonalnego gospodarowania posiadanymi zasobami. Spowoduje również zwiększenie dostępności do większości usług medycznych. Stworzenie przejrzystych mechanizmów finansowania spotka się z akceptacją zarówno społeczną, jak i środowiska medycznego.

Podsumowanie

Nieograniczony popyt na usługi medyczne zmusza do zwiększania wydatków na ochronę zdrowia w celu utrzymania wysokiej jakości i dostępności usług medycznych. Z kolei ograniczony zasób środków stymuluje do poszukiwania dodatkowych źródeł finansowania. W Polsce szansą na finansowe wzmocnienie systemu zdrowotnego jest rozwój rynku suplementarnych ubezpieczeń medycznych. Dla zapewnienia jasnych reguł funkcjonowania ubezpieczycieli w branży medycznej, a także współpracy z podmiotami leczniczymi niezbędne jest wprowadzenie uregulowań prawnych. Przykładem kraju, gdzie finansowanie opieki zdrowotnej opiera się głównie na komercyjnych ubezpieczeniach medycznych jest Holandia. Po sześciu latach od wprowadzenia reformy w tym kraju można potwierdzić jej korzystny wpływ na funkcjonowanie systemu zdrowotnego. Dowodem tego jest stała obecność Holandii w pierwszej trójce Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia, a także wynik uzyskany przez Holandię w 2009 r. jako najwyższy w historii Indeksu publikowanego przez Health Consumer Powerhouse [11]. Wysokie notowania Holandii są związane z dwoma głównymi czynnikami. Po pierwsze system ten jest prawnie uregulowaną strukturą. Po drugie pacjent – konsument pełni w nim strategiczną rolę. Sam dokonuje świadomego wyboru płatnika i świadczeniodawcy w oparciu o posiadanie pełnej wiedzy i informacji.

Piśmiennictwo

1. Opinie o opiece zdrowotnej. CBOS, Warszawa 2009, 4.
2. Opinie o opiece zdrowotnej. CBOS, Warszawa, 2010, 5-6.

3. Daley C., Gubb J.: Health reform in the Netherlands, Civitas Institute for the Study of Civil Society, 2007, 2-4, www.civitas.org.uk, data pobrania 16.04.2012.
4. Care accounts, expenditure (in current and constant prices) and financing [w:] Statline, Centraal Bureau voor de Statistiek, www.statline.cbs.nl, data pobrania 16.04.2012.
5. Klazinga N.: The Dutch Health Care System, Academic Medical Centre. University of Amsterdam 2008, www.commonwealthfund.org, data pobrania 16.04.2012.
6. AWBZ – General Exceptional Medical Expenses Act, Euraxess – Research in motion 2009, www.euraxess.nl, data pobrania 16.04.2012.
7. Budowanie system prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce, PIU, Warszawa, 2008, 69-79.
8. Magda I., Szczygielski K., Ocena możliwości poprawy działania polskiego systemu ochrony zdrowia. Współpłacenie i prywatne ubezpieczenia zdrowotne, Ernst & Young Sprawne Państwo, Warszawa, 2011, 14-17.
9. Siwińska V., Orzeł Z., Brożyniak I. i wsp.: Modele systemów opieki zdrowotnej w Polsce i wybranych państwach europejskich. Zdr. Publ., 2008, 118, 358-367.
10. Witkiewicz M., Sulikowski T., Łybacka A.: Prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Polska 2010, Raporty Ubezpieczeniowe, 2011, 9-18.
11. Bjornberg A., Cebolla Garrofe B., Lindblad S.: Europejski Konsumencki Index Zdrowia 2009, PIU, Warszawa, 2010; 4-7.

Edbom-Kolarz Anna[1,2], Marcinkowski Jerzy T.[3], Bajek Anna[4], Galewska Irena[4], Paluch Ewa M.[4,5]

Z badań porównawczych nad stylem życia pracowników szpitali w Szwecji i w Polsce

[1] Vrinnevisjukhus, Ögonkliniken Syncentralen, Norrköping, Szwecja
[2] Sabbatsberg Sjukhuset Stockholms Läns Landsting, Szwecja
[3] Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Katedra Medycyny Społecznej, Zakład Higieny
[4] Wojewódzki Szpital Zespolony w Kaliszu
[5] Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego w Kaliszu

Wprowadzenie

Doniesień na temat zdrowego stylu życia jest bardzo dużo. Na styl życia współczesnego człowieka składa się „zespół postaw, zachowań i ogólna filozofia życia jednostki lub grupy" [1]. Na zdrowy styl życia mają wpływ takie czynniki, jak: aktywność ruchowa – trening zdrowotny, odżywianie, higiena pracy i wypoczynku, sen, umiejętność opanowywania stresów, zachowania abstynenckie, optymizm życiowy, prawidłowe relacje interpersonalne, umiejętność rozwiązywania konfliktów. Jednym z głównych promotorów zdrowego stylu życia był *Zbigniew Cendrowski*, który stworzył listę 10 głównych zasad zachowania i wzbogacenia zdrowia i nazwał je „dekalogiem zdrowego stylu życia". Są to: zdobywanie wiedzy o samym sobie; utrzymanie sił obronnych organizmu w stałej gotowości; nienadużywanie leków; utrzymywanie wszechstronnej aktywności fizycznej; prawidłowe odżywianie się; hartowanie się; rozwijanie umiejętności walki ze stresem; eliminowanie nałogów; życzliwość dla innych; zachowanie i demonstrowanie postawy radzenia sobie w życiu (niektóre z wymienionych zasad zostały ujęte w poniższym badaniu ankietowym) [2].

Jednym z elementów działań adresowanych do pracowników powinna być promocja zdrowia w zakładach pracy. Rozwój działań z obszaru promocji zdrowia w zakładach pracy jest powiązany z polityką zdrowotną. Rodzą się zatem pytania:

1) Jakie przedsięwzięcia są podejmowane i na jakim szczeblu na rzecz poprawy stylu życia mieszkańców?
2) Na ile styl życia mieszkańców różni się pomiędzy Szwecją a Polską, w szczególności styl życia pracowników opieki zdrowotnej?

Cel pracy

1. Porównanie stylu życia pracowników szwedzkich i polskich szpitali.
2. W oparciu o doświadczenia szwedzkie z obszaru promocji zdrowia w szpitalach, przedstawienie możliwości ich implementacji do polskich warunków.

Materiał i metody

Badaniami objęto pracowników Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. Ludwika Perzyny w Kaliszu i szpitala (*Vrinnevisjukhus* – ViN) w Norrköping w Szwecji. Badania w Szwecji prowadzone były od 10 do 25 września 2009 roku, a w Polsce od listopada do grudnia 2010 roku. Narzędziem badawczym, zastosowanym w badaniach szwedzkich, był elektroniczny kwestionariusz, zaprojektowany w e-sondażu LEO. Narzędzie to dostarczone zostało przez *Östergötland County Council*. Kwestionariusz ankiety składał się z 23 pytań dotyczących stylu życia, samooceny zdrowia badanych i 7 pytań z metryczki, które dotyczyły płci, wieku, wykonywanego zawodu, czasu pracy. Formularz został wysłany do wszystkich pracowników ViN w Norrköping za pośrednictwem poczty elektronicznej. Taki sam kwestionariusz, przetłumaczony na język polski, został użyty w badaniach w kaliskim szpitalu.

Po uzyskaniu zgody dyrektora szpitala w Kaliszu na ankietowanie pracowników, osoby kierujące badaniem osobiście kontaktowały się z respondentami, wyjaśniając celowość prowadzonych badań. Po zakończeniu badań kwestionariusze podzielono na poszczególne grupy zawodowe. Wyniki naniesiono na arkusz kalkulacyjny i dokonano ich analizy, a następnie porównano z wynikami badań w ViN w Szwecji.

Wyniki

I. Charakterystyka badanych

W badaniach prowadzonych wśród pracowników Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kaliszu uczestniczyło 326 respondentów z 10 grup zawodowych. Najliczniejszą grupę stanowiły pielęgniarki – 152 osoby (46,6%), następnie salowe –54 osoby (16,6%) i położne – 43 osoby (13,2%). Badani zostali podzieleni na 3 grupy wiekowe, które obejmowały 18-29 lat (26 respondentów – 8%), 30-44 lat (175 osób – 54%), 45-65 lat (125 badanych – 38%).

Wśród respondentów znaczącą liczbę stanowiły kobiety – 301 osób (92,3%), natomiast mężczyźni – 25 osób (7,7%). W badaniach szwedzkich wzięło udział 48 respondentów, a najliczniejszą grupę stanowili naukowcy (20 osób – 41,7%). W grupie 18-29 lat nie było żadnego badanego, w wieku 30-44 lat odnotowano 15 osób (31%), natomiast w grupie 45-65 lat 33 osoby (69%). W tych badaniach również znaczącą liczbę stanowiły kobiety – 42 osoby (88%), a mężczyźni – 6 osób (13%). Powyższe wyniki obrazuje tabela 1.

Tabela 1. Liczby objętych badaniami - wg wykonywanego zawodu

Wykonywany zawód	Polska		Szwecja	
	N	%	N	%
Pielęgniarka	152	46,6	2	4,2
Położna	43	13,2	-	-
Analityk	2	0,6	-	-
Fizykoterapeuta	11	3,4	-	-
Lekarz	26	8	8	16,7
Pracownik	14	4,3	10	20,8

administracyjny				
Ratownik medyczny	3	0,9	-	-
Salowa	54	16,6	-	-
Sanitariusz	4	1,2	-	-
Wykonywany zawód	**Polska**		**Szwecja**	
	N	**%**	**N**	**%**
Sekretarka	17	5,2	-	-
Naukowiec	-	-	20	41,7
Psycholog/pracownik socjalny	-	-	1	2,1
Inne	-	-	7	14,5
RAZEM	326	100	48	100

II. Samoocena stanu zdrowia

Pierwsze pytanie ankiety dotyczyło samooceny stanu zdrowia badanej grupy (Tab. 2) Swoje zdrowie jako bardzo dobre oceniło 48 badanych (14,7%), średnie 110 badanych (33,7%), a najliczniejszą grupę stanowili ci respondenci, którzy swój stan zdrowia ocenili jako dobry – 156 osób (47,9%). Wśród pielęgniarek bardzo dobrym stanem zdrowia cieszy się 17 osób (11,2%); lekarzy 10 osób (38,5%); dobrym 73 pielęgniarki (48%), 26 salowych (48,1%) i 21 położnych (48,8%); średnim 55 pielęgniarek (36,2%), 21 salowych (38,9), 17 położnych (39,5%). Jako zły stan zdrowia wskazały 3 pielęgniarki (2%). Badania respondentów z ViN w Szwecji wykazały, że stan zdrowia jest zadowalający w opinii 48% ankietowanych.

Tabela 2. Samoocena stanu zdrowia badanych w WSZ w Kaliszu

Zawód	**Doskonałe**		**Bardzo dobre**		**Dobre**		**Średnie**		**Złe**	
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Pielęgniarka	4	2,6	17	11,2	73	48	55	36,2	3	2
Położna	2	4,7	3	7	21	48,8	17	39,5	-	-
Analityk	-	-	-	-	1	50	1	50	-	-
Fizykoterapeuta	-	-	2	18,2	7	63,6	2	18,2	-	-
Lekarz	2	7,7	10	38,5	10	38,5	4	15,3	-	-
Pracownik administracyjny	-	-	2	14,3	5	35,7	7	50	-	-
Ratownik medyczny	-	-	1	33,3	2	66,7	-	-	-	-
Salowa	1	1,9	6	11,1	26	48,1	21	38,9	-	-
Sanitariusz	-	-	-	-	4	100	-	-	-	-
Sekretarka	-	-	7	41,2	7	41,2	3	17,6	-	-
RAZEM	9	2,8	48	14,7	156	47,9	110	33,7	3	0,9

III. Przyzwyczajenia w zakresie żywienia

Na stan zdrowia ma wpływ wiele czynników, takich jak: odżywianie, regularność przyjmowanych posiłków, aktywność fizyczna, używki, stres, sen i inne. Racjonalne żywienie to jeden z podstawowych warunków prawidłowego funkcjonowania organizmu ludzkiego i warunkuje w dużym stopniu stan naszego zdrowia. Żywienie jest czynnikiem determinującym rozwój psychofizyczny człowieka. Prawidłowe żywienie polega na dostarczeniu organizmowi wszystkich niezbędnych składników pokarmowych w odpowiedniej ilości oraz proporcji, dostosowanych do wieku, płci, rodzaju wykonywanej pracy, ale też i stanu zdrowia. W polskim społeczeństwie w dużym stopniu te aspekty nie są uwzględniane, oczywiście, z różnych powodów, np. braku wiedzy nt. prawidłowego żywienia, braku czasu, braku środków finansowych. Dlatego w 1998 roku Komitet Żywienia Człowieka PAN, Instytut Żywności i Żywienia i Polskie Towarzystwo Nauk Żywieniowych opracowały podstawowe zalecenia żywieniowe dla ludności w Polsce. Oto one:

- Jedz regularnie, co najmniej trzy posiłki dziennie, każdy dzień rozpoczynając od śniadania.
- Twoje codzienne pożywienie powinno zawierać różnorodną żywność, pochodzenia roślinnego i zwierzęcego.
- Spożywaj codziennie produkty zbożowe oraz warzywa i owoce. Warzywa najlepiej jeść na surowo lub krótko gotowane.
- Dwa, a najlepiej trzy razy dziennie spożywaj mleko, biały ser lub jogurty, bądź kefiry o obniżonej zawartości tłuszczu.
- Mięso i jego przetwory jedz w ilościach umiarkowanych – dwa lub trzy razy w tygodniu. Wybieraj mięso chude. W pozostałe dni jedz dania z ryb i roślin strączkowych (fasola, groch, soja).
- Ograniczaj ilość spożywanego tłuszczu. Do przyrządzania potraw tłuszcze zwierzęce zastępuj olejami lub oliwą z oliwek.
- Ograniczaj spożycie soli kuchennej. Jedna płaska łyżeczka soli dziennie, dodawana do potraw, powinna ci wystarczyć. Nie dosalaj.
- Zachowaj umiar w jedzeniu cukru i słodyczy. Zamiast słodyczy, jedz więcej owoców i warzyw.
- Bądź aktywny ruchowo. Pomoże ci to utracić nadmiar dostarczonej z pożywieniem energii (kalorii). Pamiętaj, że ruch może często zastępować lekarstwo, a żadne lekarstwo nie zastąpi ruchu [3].

W celu wyposażenia społeczeństwa w wiedzę z tego zakresu, wprowadza się na różnych kierunkach studiów czy edukacji na niższym poziomie, nauki o żywieniu, w tym dietetykę. Celem tych działań jest uświadomienie społeczeństwu, że wadliwe żywienie stanowi przyczynę wielu chorób, jak: cukrzyca, miażdżyca, nowotwory, nadciśnienie czy otyłość. Właściwa dieta jest dla niektórych schorzeń jedyną formą terapii, bądź współrzędną z farmakoterapią. W ten sposób warunkuje bądź wspomaga leczenie. Z tego też powodu ważną rolę odgrywa edukacja żywieniowa i poradnictwo dietetyczne. Ma ono na celu: systematyczne popularyzowanie wiedzy na temat żywienia i żywności; podnoszenie świadomości znaczenia racjonalnego żywienia; kształtowanie właściwych zachowań żywieniowych. Takie działania przyczyniają się do prawidłowego rozwoju psychicznego i fizycznego [4]. W upowszechnianiu wiedzy o żywieniu dużą

rolę mogą odegrać mass media. Takie audycje powinni prowadzić profesjonaliści z tego zakresu [5, 6].

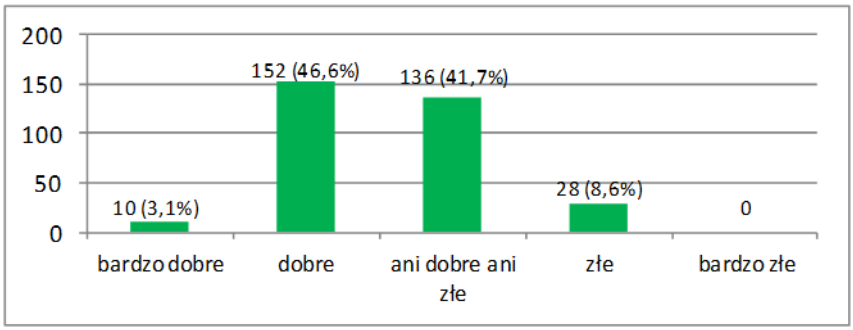
Zapytano więc respondentów, jakie są ich przyzwyczajenia żywieniowe. Jako „bardzo dobre" określiło tylko 10 osób (3,1%), najwięcej wskazań było w grupie „dobre" –152 (46,6%). Na średnim poziomie odnotowano 136 wskazań (41,7%). Jako złe określiło 28 badanych (8,6%) (Ryc. 1).

W tym miejscu należałoby zastanowić się, jakie są przyczyny złych nawyków żywieniowych lub nawet tych na średnim poziomie? Czy są to nawyki wyniesione z domu? Czy jest to brak wiedzy w zakresie prawidłowego żywienia, a może związane jest to z wykonywaniem pracy na różne zmiany, czy też może finansami w gospodarstwach domowych? W badaniach prowadzonych w ViN w Szwecji wykazano, że 75% ankietowanych posiada dobre nawyki żywieniowe. Tak wysoki procent może świadczyć o posiadanej wiedzy w zakresie żywienia i jej wpływu na stan zdrowia człowieka. Wiedza ta zdobywana jest już w przedszkolu, gdzie przy każdym posiłku omawia się jego wartość żywieniową i nagradza dzieci za przestrzeganie prawidłowego żywienia w domu, np. za każdą zjedzoną jarzynę dziecko otrzymuje punkty w postaci przyklejanych na jego tabliczce obrazków z jarzynkami, kto wygrywa jest nagradzany przez grupę. Dzieci piją tylko czystą wodę i mleko, soki tylko na podwieczorek. Niemowlęta piją tylko niesłodzoną wodę, nie otrzymują cukru pod żadną postacią. Przestrzegane jest też regularne jedzenie i niedokarmianie dzieci słodyczami pomiędzy posiłkami: w rezultacie jest to jedno z nielicznych europejskich społeczeństw o tak zdrowych i pięknych zębach zachowanych do późnej starości. Nie bez znaczenia ma higiena zębów i jamy ustnej, gdyż w niej zaczyna się trawienie pokarmów. Dzieci uczą się nie tylko mycia, nitkowania i płukania zębów, otrzymują fluor pod różną postacią, ale i mycia języka. Opieka zdrowotna jest bezpłatna do lat 20, również ortodoncja. Wizyta u higienisty zębów jest coroczna i bezpłatna dla dzieci i młodzieży do lat 20, dorośli otrzymują wezwanie, ale płacą za czyszczenie zębów lekką pastą ścierną, nitką i oczyszczanie z kamienia zakończone pokryciem zębów fluorem. W Szwecji je się znacznie mniej mięsa i jego przetworów, i wyraźnie uboższa jest ich różnorodność na rynku. Tradycyjnie spożywa się dużo ryb. Dzieci i młodzież otrzymuje bezpłatny lunch w szkole w postaci sałatek i gorących dań, do picia mleko, sok lub wodę. Jest to forma edukacji i wyrównania różnic ekonomicznych w rodzinie. Podawanie składu kalorycznego i odżywczego posiłków zbiorowych w szkołach i zakładach pracy jest też formą edukacji zdrowotnej.

Może być to również związane z nawykami wyniesionymi z domu rodzinnego, a także wynikać z większego budżetu domowego.

Analizując spożywanie posiłków według metody podziału talerza, badani pracownicy kaliskiego szpitala realizują ją w 27,9% przypadków (91 wskazań), natomiast badania szwedzkie wskazały na 44% badanych (21 osób). Co czwarta przebadana osoba (82 wskazania – 25%) zatrudniona w kaliskim szpitalu je mniej niż 1 owoc dziennie, natomiast 3 lub więcej 57 osób (17,5%), a w Szwecji 13%.

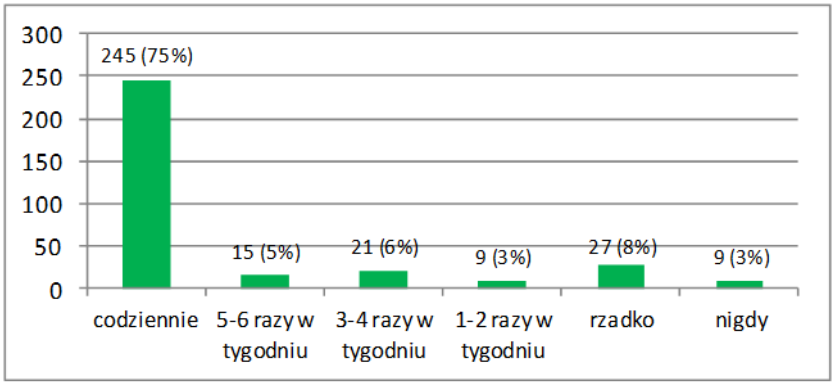
Pracownicy szpitala nie realizują dziennego zapotrzebowania nie tylko na owoce, ale również na warzywa. Jedną porcję, określoną w ankiecie, tj. 1 filiżanka od kawy, dziennie spożywa 169 osób (52%), mniej niż jedną porcję 101 osób (31%); 2 porcje lub więcej 56 osób (17%). Po analizie nasuwa się spostrzeżenie, że badani pracujący w kaliskim szpitalu zdecydowanie powinni zwiększyć spożycie owoców i warzyw, które są w Polsce tanie i dostępne, w przeciwieństwie do Szwecji, gdzie i owoce i warzywa są relatywnie znacznie droższe.



Rycina 1. Przyzwyczajenia żywieniowe respondentów szpitala w Kaliszu

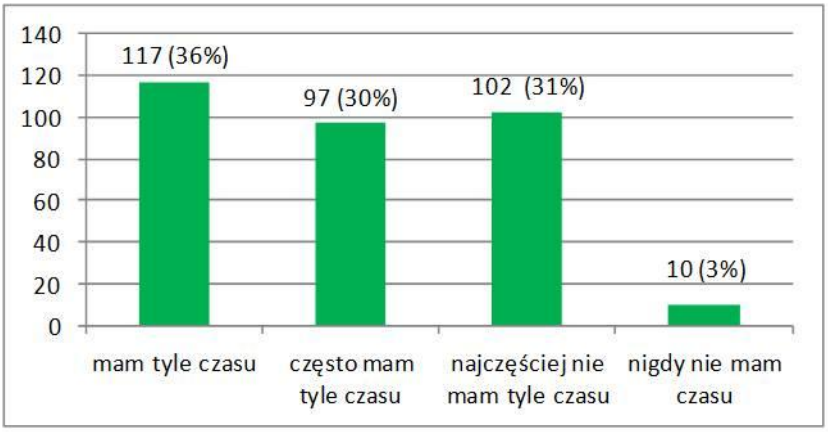
Szczególną uwagę zwraca się na spożywanie śniadania. Ma ono wpływ na funkcjonowanie organizmu w ciągu dnia i nadanie tempa przemianie materii. Rycina 2 przedstawia częstość spożywania śniadań. Aż 96% pracowników ViN w Szwecji spożywa codziennie śniadanie. W kaliskim szpitalu czyni to 75% respondentów.

Regularność w konsumowaniu posiłków powinna obejmować zarówno okres pracy, jak i czas wolny spędzany w domu. Niejednokrotnie kobiety mają tu problem, ponieważ wielość obowiązków – jakie pełnią jako żony, matki, pracownice – może zaburzyć ową regularność (Ryc. 3).



Rycina 2. Regularność spożywania śniadania pracowników WSZ w Kaliszu

Wyniki uzyskane wśród badanych pracowników szpitala w Kaliszu właściwie rozłożyły się równomiernie. Zawsze wystarczający czas na posiłek posiadało 117 ankietowanych osób (36%); często 97 osób (30%), a 102 osoby (31%) najczęściej nie miało czasu w pracy na spożycie posiłku. Zależy to od charakteru wykonywanej pracy, miejsca pracy, specyfiki pracy w danym oddziale oraz liczby osób zatrudnionych w danej jednostce. Badania pracowników w ViN w Szwecji wykazały, że 75% ankietowanych ma czas w ciągu dnia pracy na zjedzenie posiłku. Pracodawca w Szwecji narzuca przerwy śniadaniowe, lunchowe i podwieczorkowe.



Rycina 3. Czas na posiłek w ciągu dnia pracy respondentów szpitala w Kaliszu

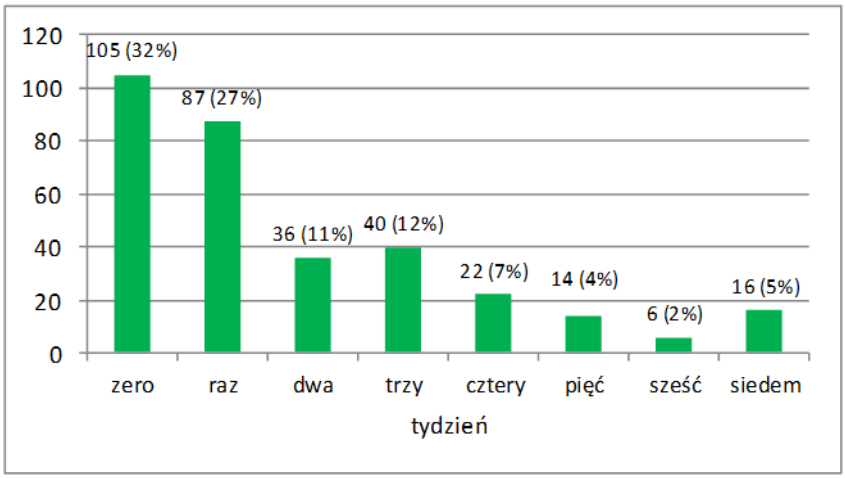
W szpitalu drugie śniadanie spożywane jest o 9.30 około 15 minut; jest to przerwa płatna; lunch obowiązkowy odlicza się od godzin (minimum 30 minut do godziny); popołudniowa kawa 15 minut o 14.00, wliczona w godziny pracy. W Szwecji zabrania się jedzenia w miejscu pracy, do tego przeznaczone są kuchnie lub pokoje personalne, chodzi nie tylko o higienę żywienia, ale także o dbałość o higienę psychiczną w formie krótkiego odpoczynku i ruchu.

IV. Aktywność fizyczna

Aktywność fizyczna, określana również jako trening zdrowotny, to wysiłek mięśniowy, wywołujący w organizmie zespół zmian, które prowadzą do wydatku energetycznego wyższego niż poziom spoczynkowy. Systematyczna aktywność powinna być dostosowana do indywidualnych potrzeb jednostki. Wpływa stymulująco na wzrastanie i dojrzewanie w okresie dzieciństwa i młodości, ale także na utrzymanie zdrowia i dobrej kondycji fizycznej w dorosłości. Jest też naturalnym środkiem spowalniającym proces starzenia się, także łagodzi dolegliwości, pojawiające się u kresu życia. Ponadto stanowi przeszkodę dla starczego sztywnienia stawów, pozwala utrzymać korzystny poziom wentylacji płuc i pochłaniania tlenu przez tkanki [2]. Profilaktyczna rola wysiłku fizycznego dotyczy również schorzeń układu sercowo-naczyniowego. Rolę zapobiegawczą spełnia on w stosunku do takich schorzeń, jak: niewydolność krążenia, choroba wieńcowa serca, choroba nadciśnieniowa, powikłania naczyniowe w przebiegu cukrzycy, żylaki kończyn, zakrzepowo-zatorowe zapalenie naczyń. W obrębie układu pokarmowego ruch zapobiega nieżytom skurczowym jelita grubego, łącznie z przewlekłymi zaparciami, schorzeniami dróg żółciowych, z kamicą żółciową, zapaleniem trzustki. W układzie endokrynnym brak ruchu pogarsza sprawność adaptacyjną nadnerczy. Aktywność fizyczna wpływa również korzystnie na rozwój układu nerwowego, przyspiesza dojrzewanie układu ośrodkowego, usprawnia funkcjonowanie jego części obwodowej. Systematyczne ćwiczenia przyczyniają się do rozwoju ośrodków ruchowych w mózgu, wzrasta szybkość przewodzenia bodźców,

poprawia się kondycja nerwowo-mięśniowa, wzmacniane są mechanizmy czucia głębokiego, zwiększa się wrażliwość analizatorów słuchowych i kinetycznych [7].

Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że w Polsce: 105 ankietowanych (32%) nie podejmuje żadnej aktywności fizycznej; raz w tygodniu 87 osób (27%); a trzy razy 36 osób (11%). Ten wysoki wskaźnik braku aktywności fizycznej można tłumaczyć dużym zmęczeniem w czasie pracy, na co wskazało 209 ankietowanych (64%); zmęczenie okresowe potwierdziło 94 respondentów (29%), co nie pozwalało na podejmowanie aktywności fizycznej (Ryc. 4). Uzyskane wyniki badań można też tłumaczyć niezrozumieniem, czym jest aktywność fizyczna. Dla wielu praca w ciągu dyżuru, „ciągłe chodzenie", to już aktywność fizyczna. Dlatego należy podjąć działania, które zmienią takie myślenie pracowników. Dla wielu młodych kobiet, pracujących i prowadzących dom, brakuje czasu, aby dodatkowo wygospodarować go na jakąkolwiek formę aktywności fizycznej. Wolny czas przeznaczają już tylko na odpoczynek i regenerację swoich sił. Gdyby w zakładach pracy była możliwość wyboru i uczestniczenia w różnych formach relaksu i aktywności fizycznej, z pewnością pracownicy tych instytucji skorzystaliby z oferty. Korzystanie z ofert instytucji, położonych w różnych częściach miasta, często koliduje z innymi obowiązkami, pochłania więcej czasu i pieniędzy, a niemal niemożliwe staje się dla pracowników zamieszkałych poza terenem miejskim. Badania szwedzkie wskazały, że zmęczonymi po pracy czuje się 58% ankietowanych.



Rycina 4. Aktywność fizyczna badanych pracujących w szpitalu w Kaliszu

V a. Używki – konsumpcja alkoholu

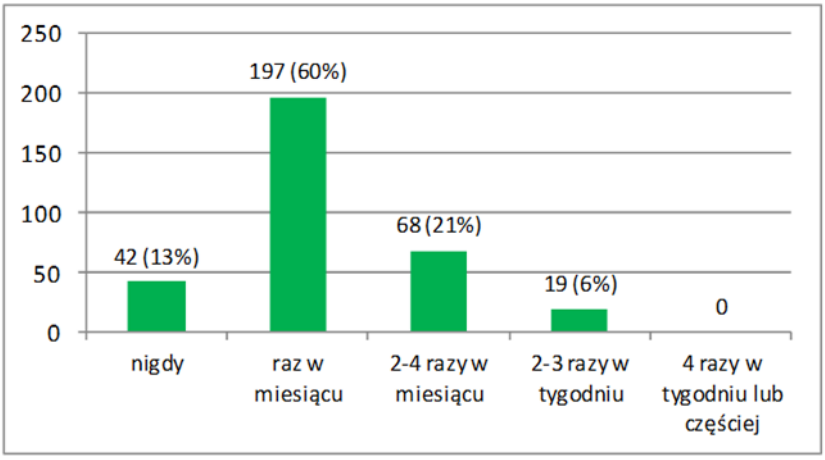
Używka to substancja z powodu swego składu chemicznego działająca na centralny układ nerwowy: kawa, tytoń, herbata, napoje alkoholowe, narkotyki i inne substancje psychoaktywne, zmieniające (w mniejszym lub większym stopniu) stan świadomości człowieka. Większość używek prowadzi do uzależnienia.

Na uwagę zasługuje fakt, że wśród ankietowanych z Kalisza odnotowano 197 osób (60%), które spożywały alkohol jeden raz w miesiącu. Z pewnością związane jest

to z uroczystościami rodzinnymi. Ankietowani zadeklarowali, że jednorazowo 1-2 kieliszków spożywało 214 osób (66%), a 3-4 kieliszków 47 osób (14%). Nie odnotowano częstszego spożywania większych ilości alkoholu, co mogłoby wskazywać na uzależnienie (Ryc. 5).

Dostępność do używek

Szwecja wprowadziła ograniczenia w sprzedaży alkoholu w formie monopolu sprzedaży. Tylko Systembolag ma prawo handlować alkoholem; zajmuje się również sortowaniem jego gatunków, importem, dokładną informacją (np. o winach). Dozwolona jest sprzedaż alkoholu osobom powyżej 21. roku życia. Ta sama granica wiekowa odnosi się do wejścia do klubów sprzedających alkohol. Tutaj warto zwrócić uwagę, iż dojrzałość prawną uzyskuje się w Szwecji wcześniej, bo już w 18. roku życia. Za sprzedaż alkoholu nieletnim grozi – podobnie jak w Polsce – kara pozbawienia wolności. Historycznie powyższe ograniczenia i zakazy powstały w związku z nadmierną konsumpcją alkoholu w Szwecji.



Rycina 5. Spożycie alkoholu wśród badanych pracujących w szpitalu w Kaliszu

V b. Używki – palenie tytoniu

Papierosy i tytoń

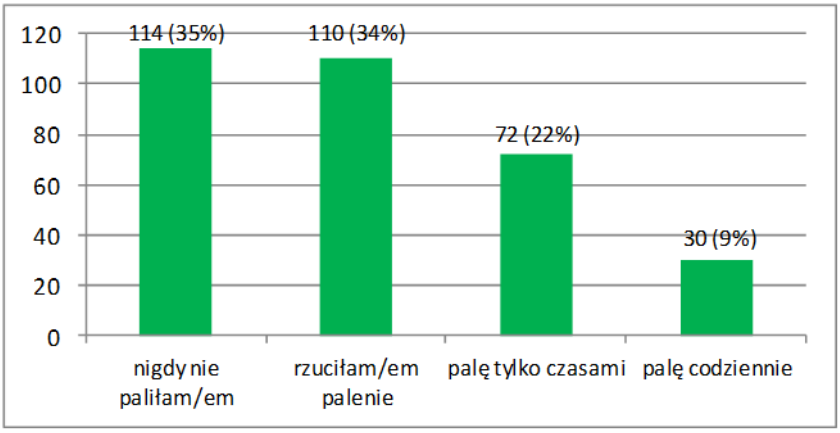
W Szwecji obowiązuje całkowity zakaz reklamy tytoniu i jego wyrobów. Papierosy i „snus" przechowywane są w specjalnych gablotach. „Snus"- to tytoń w małym woreczku, który Szwedzi umieszczają po górną wargą. Jest to tradycja skandynawska, odrzucona w 2011 roku przez Parlament Europejski. Obecnie „snus" może być rozpowszechniany tylko na terenie Skandynawii. Negatywne skutki jego używania zostały udowodnione; przejawiają się one częstszym występowaniem raka języka i krtani.

Zakaz palenia tytoniu w miejscach publicznych obwiązuje w Szwecji już wiele lat, a w 2010 roku rozszerzono go o tzw. „operacje bez tytoniu". Każdy pacjent, który jest palaczem tytoniu, otrzymuje przed zaplanowanym zabiegiem operacyjnym pomoc w wyjściu z tego nałogu (informacje i leki) - i tylko po okresie, kiedy uwolni się z tego nałogu może poddać się tej operacji. Zanotowano w związku z powyższym nie tylko zmniejszenie liczby powikłań pooperacyjnych, ale i znacznie szybszy proces gojenia się ran pooperacyjnych.

W Szwecji wyznaczono miejsca do palenia papierosów w miejscach publicznych; są one oddalone od budynków tak, by dym nie powracał do nich. Pracownicy, np. szpitali, aby zapalić papierosa muszą każdorazowo wypisywać się z pracy i przebrać w ubrania cywilne – czyli stwarza się im szereg niedogodności utrudniających palenie, co powinno ich dodatkowo motywować do wychodzenia z tego nałogu. Z badań nad palaczami tytoniu wynika, że w Szwecji spośród pracowników opieki zdrowotnej palą głównie najmniej wykształcone grupy pracowników, najwięcej palących zanotowano wśród sprzątaczek i salowych. Analogicznie jest ze „snus", który konsumują zaledwie pojedynczy lekarze, czy pielęgniarki.

W Polsce, na szczęście, po długich debatach w dniu 15.11.2010 r. weszły w życie przepisy, zakazujące palenia tytoniu w miejscach publicznych [18].

Stwierdzono, że 114 pracowników ze szpitala w Kaliszu (35%) nigdy nie paliło papierosów. Na szczególne podkreślenie zasługuje fakt, że 110 badanych (34%) rzuciło palenie, być może z powodu kwestii finansowych, zdrowotnych bądź wzrostu świadomości na temat konsekwencji, wynikających z palenia papierosów lub też wejścia w życie ustawy o zakazie palenia tytoniu w miejscach publicznych (Ryc. 6). Badania prowadzone w Szwecji wykazały, że 4% badanych pali papierosy.



Rycina 6. Palenie tytoniu wśród ankietowanych szpitala w Kaliszu

Kawa

Tradycyjnie kawa jest używką spożywaną w Szwecji w wyraźnie za dużych ilościach. Przerwy na kawę są w ilości dwóch dziennie są płatne przez pracodawców – i

w większości miejsc pracy to pracodawca ją zakupuje. Duża grupa Szwedów spożywa około 10 kaw dziennie i więcej. Wcześnie też zaczyna się pić kawę.

VI. Odczuwanie stresu

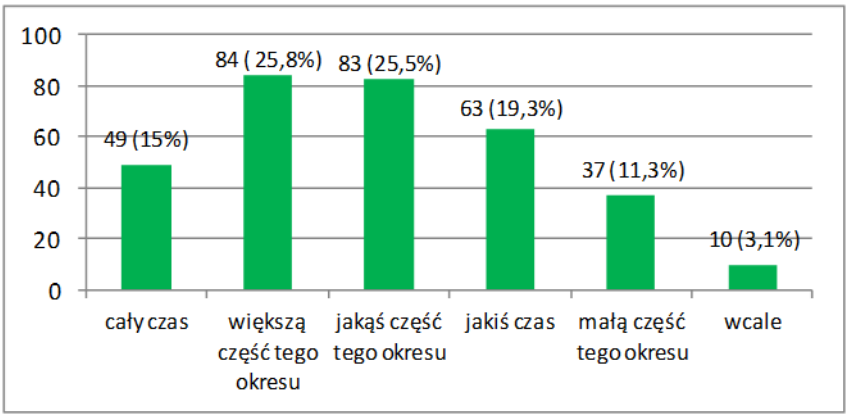
Stres to stan podwyższonej aktywności wywołany przez gwałtowne bodźce, zaburzające integralność organizmu [8]. W psychologii stres definiowany jest jako dynamiczna relacja adaptacyjna pomiędzy możliwościami jednostki a wymogami sytuacji, charakteryzująca się brakiem równowagi. Czynniki powodujące stres można podzielić na cztery grupy: umysłowe, fizjologiczne, anatomiczne, fizyczne [9, 10]. Sposoby radzenia sobie ze stresem mają na celu działanie polegające na stosowaniu strategii, aby zmienić sytuację. Efektywność radzenia sobie ze stresem wynika z umiejętności doboru strategii do zaistniałej sytuacji oraz indywidualnych predyspozycji jednostki.

Rozróżnia się wiele strategii radzenia sobie ze stresem. Oto przykładowe strategie:

1. Aktywne radzenie sobie (np. „robię krok po kroku to, co jest do zrobienia").
2. Planowanie (np. „sporządzam plan działania").
3. Zahamowanie aktywności konkurującej z radzeniem sobie (np. „odkładam na bok inne sprawy, aby skoncentrować się na tej").
4. Radzenie sobie przez powstrzymywanie aktywności (np. „zmuszam sie do czekania na odpowiedni moment, żeby coś zrobić").
5. Stosowanie instrumentalnego wsparcia społecznego (np. „rozmawiam z kimś, aby dowiedzieć się więcej na ten temat").
6. Stosowanie emocjonalnego wsparcia społecznego (np. „mówię komuś, jak się czuję").
7. Pozytywne przewartościowanie i rozwój (np. „wyciągam wnioski z tego doświadczenia").
8. Akceptacja (np. „uczę się z tym żyć").
9. Zwrot w kierunku religii (np. „pokładam ufność w Bogu").
10. Koncentracja na emocjach i ich rozładowanie (np. „daję upust uczuciom").
11. Zaprzeczanie (np. „udaję, że to nie zdarzyło się naprawdę").
12. Spadek zaangażowania behawioralnego (np. „po prostu zaprzestaję prób osiągnięcia celu").
13. Spadek zaangażowania umysłowego (np. „marzę na jawie o innych rzeczach") [11].

Każdy człowiek wypracowuje indywidualne sposoby odreagowania. Mogą to być np. ulubione zakupy, ulubiony posiłek, wyjazd, przebywanie w gronie zaprzyjaźnionych osób, „wygadanie się" przed innymi, zabawa, dłuższy sen i inne.

W ciągu ostatnich 4 tygodni przed badaniem ankietowani z Kalisza przez większą część tego czasu byli zestresowani – 84 osoby (25,8%); „jakiś czas" podało 146 osób (44,8%) (Ryc. 7). Badania te pokazały, że pielęgniarki, położne, lekarze są grupami zawodowymi, których najczęściej stres dotyczy, a wiąże się z charakterem ich pracy.

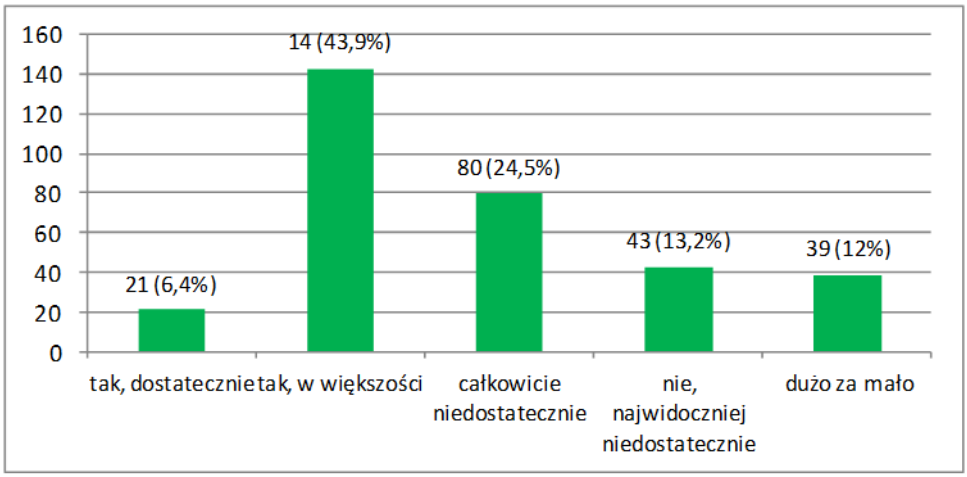


Rycina 7. Odczuwanie stresu w ciągu ostatnich 4 tygodni przez pracowników kaliskiego szpitala.

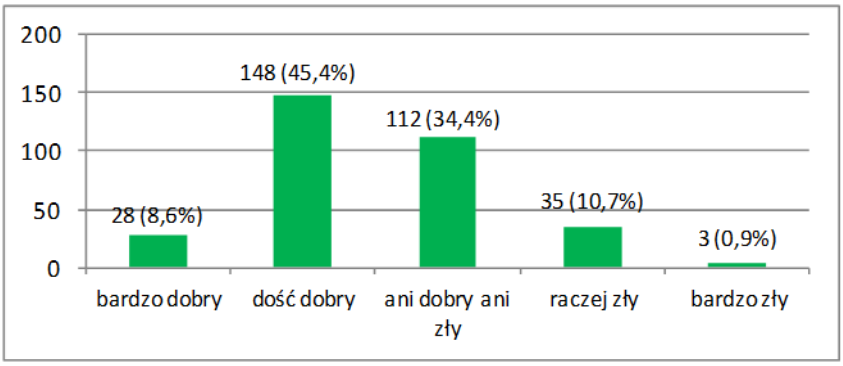
VII. Jakość snu

Sen jest stanem czynnościowym ośrodkowego układu nerwowego, cyklicznie pojawiającym się i przemijającym w rytmie okołodobowym, podczas którego następuje zniesienie świadomości i bezruch. Dobowe zapotrzebowanie na sen jest cechą indywidualną. Czas snu zależy od wieku, płci, rodzaju wysiłku. Prawidłowa długość snu to 4-5 cykli po ok. 90 min, tzn. 7-8 godzin. Brak snu odbija się niekorzystnie na sprawności psychofizycznej. Już jedna nieprzespana noc obniża tę sprawność, powodując zaburzenia nastroju, utrudnia skupienie uwagi, spowalnia reakcje, obniża motywację do działania, przyczynić się może do przeceniania swoich umiejętności i podwyższenia skłonności do podejmowania ryzyka, spada zdolność twórczego myślenia i umiejętność podejmowania złożonych decyzji [12, 13]. Niektóre grupy społeczne lub osoby są w szczególny sposób narażone na zaburzenia snu. Są to osoby starsze, kobiety i pacjenci ze współistniejącymi schorzeniami ogólnymi, psychicznymi, neurologicznymi. Do tych osób należy zaliczyć również osoby pracujące w systemie zmianowym. Istnieje zależność między snem a zdrowiem. Zaburzenia snu przyczyniają się do powstawania i rozwoju różnych schorzeń ogólnych i pogorszenia ich przebiegu, choroby negatywnie wpływają na jakość snu [14]. Charakterystyczne dla grupy badanych z Kalisza jest to, że 162 osoby (49,7%) oceniają swój sen jako niewystarczający (Ryc. 8). Brak snu może prowadzić w konsekwencji do zaburzeń pracy organizmu, stresu, nerwowości, nieprawidłowego podejmowania decyzji i zmienionych reakcji organizmu. Może to znaleźć odzwierciedlenie zarówno w pracy, jak i w domu.

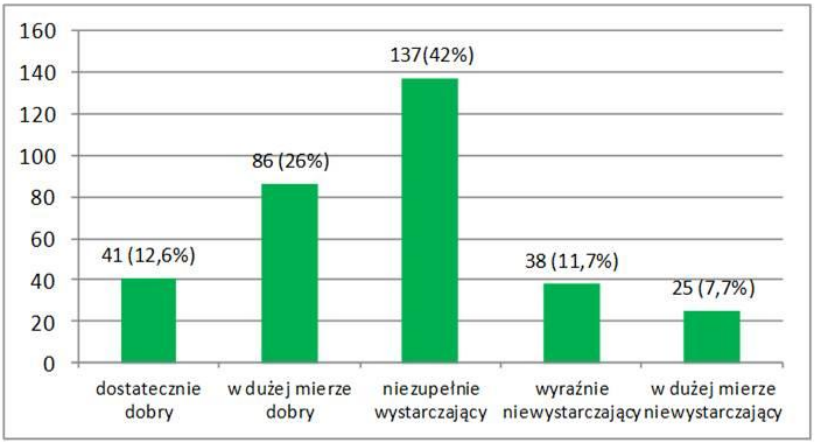
W badaniu należy zauważyć, że 63 osoby (19,4%) oceniły swój wypoczynek jako niewystarczający. Być może dotyczy to kobiet, ponieważ one stanowią większą część badanych, a wiadomo, że kobiety, oprócz pracy zawodowej, zajmują się prowadzeniem domu, robieniem zakupów, opieką nad dziećmi, ale też i często rodzicami w podeszłym wieku, czy też wnukami. Duża ilość obowiązków sprawia, że kobiety mają ograniczony czas dla siebie. Dobra samoocena zatem może dotyczyć osób życiowo ustabilizowanych, prowadzących tylko własne gospodarstwo domowe, bądź połączone z pracą zawodową (Ryc.10).



Rycina 8. Samoocena długości snu pracowników szpitala w Kaliszu

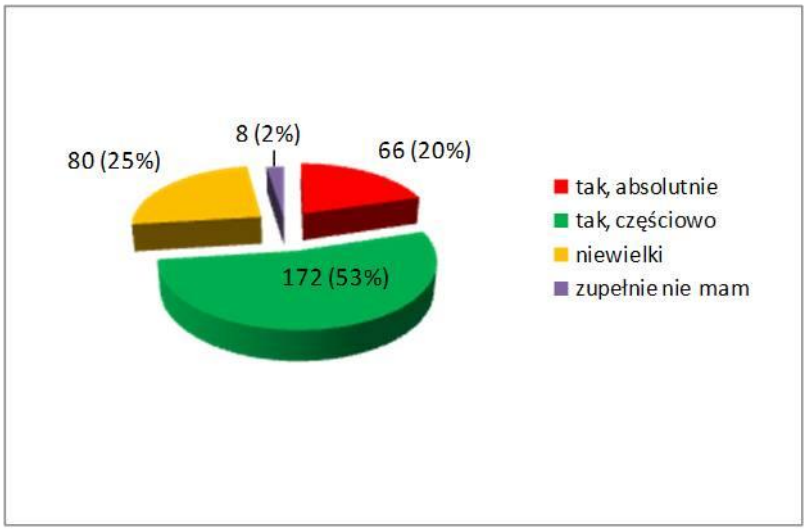


Rycina 9. Samoocena jakości snu respondentów kaliskiego szpitala



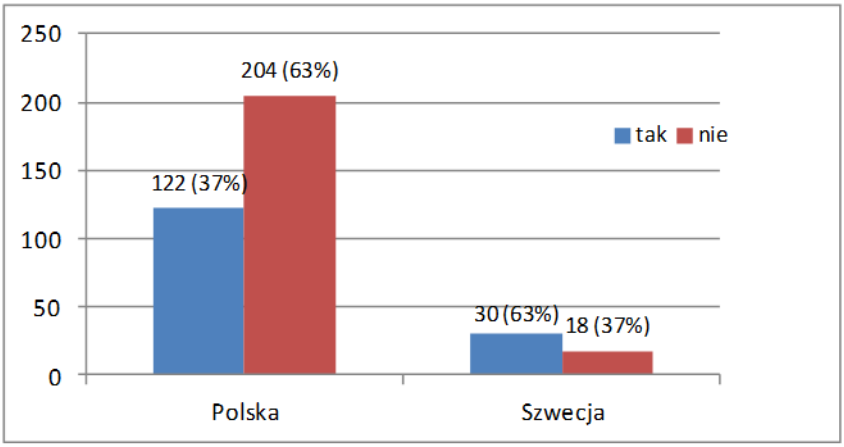
Rycina 10. Samoocena wypoczynku (poza snem) jako wystarczający wśród badanych pracowników szpitala w Kaliszu

Ankietowani pracownicy szpitala w Kaliszu podali, że 172 osoby (53%) mają częściowo wpływ na zmianę swojego trybu życia. Może to dotyczyć organizowania tylko czasu wolnego poza pracą. Natomiast 80 osób (25%) wskazało niewielki wpływ na zmianę trybu życia, ponieważ przynajmniej w najbliższym czasie nie mogą i nie są w stanie go zmienić (Ryc.11)



Rycina 11. Wpływ na zmianę trybu życia ankietowanych z Kalisza

Większość ankietowanych szpitala w Kaliszu (204 osoby – 63%) nie była zadowolona z prowadzonego trybu życia. Badania szwedzkie pokazują odwrotność. To właśnie tam 63% badanych jest zadowolonych ze swojego trybu życia.



Rycina 12. Samoocena własnego trybu życia u respondentów szpitala w Kaliszu.

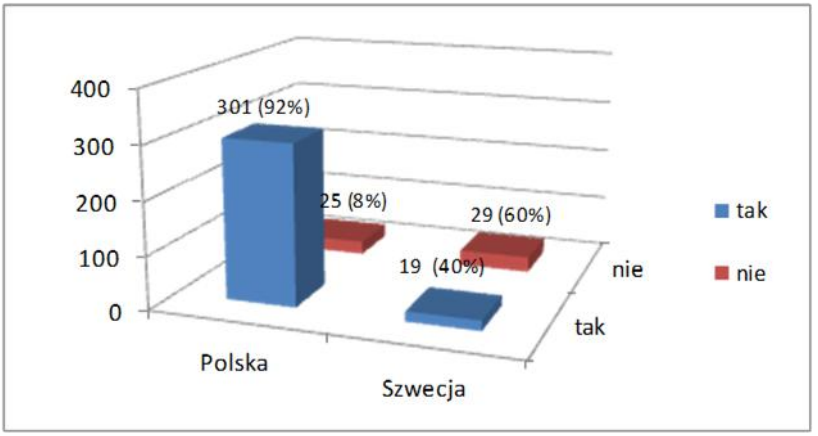
Jeśli chodzi o jakość snu, to oprócz innych czynników wpływających na nią należy wymienić czynniki zewnętrzne, np. hałas czy jakość łóżek, czyli kulturę i higienę snu. Ponieważ Szwecja jest krajem dużym o małym zagęszczeniu zaludnienia, to hałas w okolicy domów jest niewielki albo żaden. Od wielu dziesiątków lat zwracano uwagę na jakość łóżek. Nie spotyka się ludzi, którzy śpią na tapczanach. Większość społeczeństwa ma sypialnie z wygodnymi łóżkami, dobrymi podwójnymi materacami - i tu uznanie dla Ikei, która sprzedaje łóżka o wysokiej jakości za niewysoką cenę. Na materacach są zawsze dodatkowe cienkie materacyki, które ze względów higienicznych powinny być wymieniane co 4 lata (roztocza żyjące w łóżkach są najczęstszym powodem alergii - wg Paryskiego Instytutu Alergii). Jakość materacy i ich ilość na rynku pozwala na zakup takich, które odpowiadają każdej kieszeni. Materace naprawdę dobre z indywidualnie dobranym do masy ciała i wyliczonym na cm^2 naciskiem na sprężyny (siły działają w obie strony). Chodzi o zachowanie optymalnego obwodowego krążenia krwi, jak również niedopuszczanie do przeciążeń fizycznych w obrębie narządów ruchu, w szczególności kręgosłupa. Chodzi o komfort dla układu kostno-mięśniowego. Informacje rozpowszechniane przez apteki w formach broszur i publikacje ukazujące się w prasie często podają „recepty" na dobry sen, w których wymienia się oprócz specjalnego, wietrzonego wieczorami pomieszczenia z wygodnym łóżkiem fakt, iż nie należy w łóżku robić niczego, innego - np. nie należy oglądać telewizji czy używać komputerów, gdyż podświadomość kojarzy sobie to miejsce ze snem i zdecydowanie łatwiej się zasypia, zostawiając problemy dnia codziennego za drzwiami sypialni. Ważne jest wyrobienie „rytuału snu", ponieważ bezsenność jest chorobą naszej europejskiej cywilizacji. A więc czas bezpośrednio przed snem, niespożywanie ciężkostrawnego jedzenia i nie picie płynów w ostatnie godziny przed snem, wyciszenie się i dbałość o higienę osobistą.

Ankietowani ze szpitala w Kaliszu podali, że priorytetem jest zmniejszenie stresu – „mniej się denerwować" (86 osób; 26%); „zwiększyć aktywność fizyczną" (79 osób – 24%); „schudnąć" (62 osoby – 19%) (Tab.3). Z badań wynika, że pracownicy mają świadomość zalet wynikających z aktywności fizycznej, zmniejszonej masy ciała, redukcji stresu. Badania szwedzkie wskazały podobne priorytety do zmiany w trybie życia.

Tabela 3. Najpotrzebniejsze zmiany w stylu życia w opinii badanych z Kalisza

	Polska		**Szwecja**	
	N	**%**	**N**	**%**
Jeść zdrowiej	22	7	4	8
Zwiększyć aktywność fizyczną	79	24	16	33
Przestać palić	38	11,7	-	-
Pić mniej alkoholu	1	0,3	-	-
Schudnąć	62	19	8	17
Polepszyć sen	25	8	5	10
Mniej się denerwować	86	26	12	25
Nie mam powodu niczego zmieniać	13	4	3	6

Aż 301 badanych (92%) z Kalisza chce otrzymać pomoc, aby zmienić ich styl życia na bardziej prozdrowotny. Dotyczyło to najczęściej eliminowania stresu, co świadczy o dużym problemie w tym zakresie, następnie zmniejszenie masy ciała i zwiększenie aktywności fizycznej (Tab. 4). Wyniki badań w Norrköping były podobne.



Rycina 13. Chęć uzyskania pomocy wśród pracowników szpitala w Kaliszu

Tabela 4. Rodzaj pomocy i wsparcia wg ankietowanych szpitala w Kaliszu

	Polska		Szwecja	
	N	%	N	%
Zmniejszenie ciężaru ciała	106	32,5	23	47
Rzucenie palenia tytoniu	48	14,7	-	-
Lepsze odżywianie	48	14,7	8	16
Pomoc w zwiększeniu aktywności fizycznej	87	26,7	18	37
Pomoc w zmniejszeniu stresu	127	39	23	47
Pomoc w polepszeniu snu	36	11	5	11
Pomoc w zmniejszeniu spożycia alkoholu	1	0,3	-	-
Inny rodzaj wsparcia	8	1,8	-	-

Zwiększone oczekiwanie pomocy przy zmniejszaniu masy ciała oraz poprawy aktywności fizycznej w grupie szwedzkiej prawdopodobnie wynika z bardzo rozpowszechnionych już tam grupowych zajęć i widocznych rezultatów w najbliższym otoczeniu. Natomiast w nielicznej grupie „zatwardziałych" palaczy szwedzkich nie ma wcale takiego pragnienia. Ta grupa, na szczęście mała (o bardzo niskim wykształceniu i pozycji społecznej) prawdopodobnie nigdy palenia nie rzuci.

Dyskusja

Zdrowie to zarówno dobro indywidualne, jak i publiczne. Każdy człowiek powinien dokonywać samooceny swojego stanu zdrowia. Takiej oceny powinni również dokonywać pracodawcy, jak i instytucje państwowe. Wyniki badań należy dokładnie analizować i w oparciu o nie tworzyć różne programy profilaktyczne i informacyjne. Pracownicy powinni mieć możliwość bezpłatnego korzystania z różnych form wsparcia, w celu utrzymania zarówno kondycji fizycznej, jak i psychicznej, czyli szeroko rozumianego zachowania zdrowia, szczególnie w dobie obecnej, kiedy proponuje się wydłużenie czasu pracy. Zdrowy pracownik to efektywny i dyspozycyjny pracownik, nie

obciąża kosztami placówki, w której jest zatrudniony, jak i budżetu państwa. Potrafi tworzyć i wprowadzać nowe technologie. Ponadto chętnie uczestniczy w różnych formach doskonalenia, jak też podejmuje samokształcenie oraz dodatkowe inicjatywy i wyzwania. Znajduje to również odzwierciedlenie w relacjach interpersonalnych w rodzinach i społeczeństwie.

1. Styl życia

Najbardziej przemawiająca w zakresie uwarunkowań stanu zdrowia jest koncepcja „pól zdrowia" M. Lalonda. Lalonde wyróżnił cztery grupy czynników [15, 19, 20].



Rycina 14. Determinanty zdrowia wg pól Lalonde'a

Największy, bo aż 53%, wpływ na zdrowie człowieka ma styl życia, na który składają się takie elementy, jak: aktywność fizyczna, sposób odżywiania się, umiejętność radzenia sobie ze stresem, stosowanie używek.

Styl życia to jeden z najważniejszych czynników decydujących o naszym zdrowiu i wpływa na jakość życia. Już od dzieciństwa, w domu i szkole, powinny być kształtowane prawidłowe zachowania zdrowotne, które mają wpływ na styl życia w dorosłym życiu. Aktywność fizyczną należy podejmować na każdym etapie życia człowieka. Zapobiega ona rozwojowi i powstawaniu wielu patologii.

Bardzo ważny jest ruch na świeżym powietrzu. Rozwój cywilizacyjny, posiadanie i korzystanie z różnych środków komunikacyjnych, tworzenie hal sportowych sprawiły, że człowiek ograniczył, a niekiedy stracił kontakt z przyrodą. W niektórych krajach dostrzeżono tę sytuację i zauważono, że jest ona również niekorzystna dla zdrowia. Zaczęto propagować ruch w kontakcie z przyrodą, np. jogging. Ograniczenie aktywności fizycznej jest zagrożeniem dla zdrowia. Wiele chorób ma swoje źródło w hipokinezji współczesnego człowieka. Stąd też zachęca się ludzi w różnym wieku do aktywności ruchowej i kształtowania postaw proaktywnych, szczególnie wśród młodego pokolenia. Aktywność fizyczna sprzyja stymulująco na wzrastanie i utrzymanie zdrowia, kondycji fizycznej w dorosłości, przyczynia się do spowolnienia procesu starzenia się, łagodzenia objawów inwolucji osobniczej, zapobiega

starczemu sztywnieniu stawów, obniżeniu pracy serca i niekorzystnym zmianom w układzie krążenia, poprawia wentylację płuc, chroni przez osteoporozą [19].

Polskie społeczeństwo jest mało aktywne ruchowo, stąd zwiększona umieralność z powodu zawałów, udarów, cukrzyc. Niektórzy uważają, że wysiłek fizyczny podczas pracy wystarczy, jednak jest to błędne stwierdzenie. Wysiłek fizyczny, związany tylko z wykonywaniem pracy zawodowej, bez aktywności ruchowej poza pracą, może przyczynić się do obniżenia wydolności fizycznej w miarę upływu swoich lat życia.

2. Środowisko fizyczne

Środowisko fizyczne warunkuje stan zdrowia człowieka w około 21%. Korzystny wpływ na zdrowie mają czyste powietrze i woda, zdrowa i bezpieczna szkoła oraz zakład pracy. Negatywne oddziaływanie środowiska na zdrowie wynika w znacznym stopniu z degradacji środowiska naturalnego, promieniowania jonizującego, hałasu, szkodliwych substancji chemicznych oraz czynników biologicznych [20].

Już od dawna zauważono, że istnieje ścisły związek między zdrowiem człowieka a środowiskiem, w którym on żyje. Warunki środowiskowe mogą stanowić zagrożenie dla zdrowia i życia ludzi. Powietrze atmosferyczne jest zanieczyszczone emisjami pyłów i gazów przemysłowych, różnymi pierwiastkami, spalinami samochodowymi. Wdychanie tych substancji powoduje powstawanie zaburzeń w funkcjonowaniu układów i narządów, a więc przyczynia się do zaburzeń zdrowotnych, do powstawania nowotworów, wad u płodów i innych chorób [19].

Oprócz powietrza, zanieczyszczeniu ulega woda. Do rzek odprowadzane są ścieki przemysłowe. Wiele organizmów, żyjących w wodzie ginie, a te, które ewentualnie przeżyją i będą pożywieniem dla innych organizmów w łańcuchu pokarmowym, mogą stanowić zagrożenie dla życia ich samych, a także człowieka. Obecnie podejmowane są działania, np. budowa nowoczesnych oczyszczalni ścieków, kontrola zakładów pracy, ale w różnych częściach Polski jest różna skuteczność owych działań [19].

Wspomnieć należy także o glebie, która zanieczyszczana jest w różny sposób. W niej kumulują się zanieczyszczenia pochodzące z powietrza, wody, a także dozowanie substancji chemicznych, jak nawozy sztuczne, różne odpady przemysłowe składowane w różnych miejscach i rejonach naszego kraju. Powstające zagrożenia mają wpływ zarówno na florę, faunę, jak i człowieka. W chwili obecnej dostrzegane są te zagrożenia w różnych krajach. Unia Europejska, jak i poszczególne kraje, podejmują działania mające na celu rozwijanie świadomości proekologicznej. Coraz bardziej stawia się na ekologię w różnych dziedzinach życia [22].

Nie do przecenienia jest pozytywny związek przyrody z ochroną naszego zdrowia. Lasy spełniają ważne funkcje dla dobra społeczeństwa. Wchłaniają dwutlenek węgla z atmosfery powstrzymując groźbę ocieplenia klimatu, retencjonują zasoby wodne, zapewniają warunki egzystencji wielkiej liczbie gatunków roślin i zwierząt. Chronią przed wiatrem, hałasem i nadmiernym słońcem. Zatrzymują i pochłaniają pyły. Dzięki lasom udaje się zachować różnorodność biologiczną. Do podstawowego znaczenia lasów należy zaliczyć to, że: 1) regulują czystość powietrza i nasycenie tlenem, pochłaniają różnego rodzaju tlenki (siarki, azotu, węgla), uwalniają tlen. Dla zobrazowania pozytywnego znaczenia lasu należy zauważyć, że: w przeciągu 12 godzin 1 ha lasu pochłania z powietrza ok. 100-250 kg dwutlenku węgla, w ciągu doby oddaje

200-220 kg tlenu do powietrza, w ciągu doby odparowuje do 4000 l wody (mały basen pływacki), w ciągu roku zatrzymuje ok. 68 ton pyłów; 2) regulują temperaturę i wilgotność powietrza; 3) wyrównują gospodarkę wodną w środowisku; 4) powodują zmniejszenie parowania z powierzchni ziemi i utraty wilgoci; 5) zwiększają lokalną wilgotność powietrza, a nawet opady; 6) chronią powierzchnię ziemi i gleby przed erozją; 7) zmniejszają ryzyko powodzi; 8) stanowią ochronę przeciwlawinową; 9) są środowiskiem życia organizmów roślin i zwierząt; 10) nadają estetykę krajobrazowi; 11) posiadają znaczenie farmakologiczne [23]. W związku z powyższym zalecane jest tworzenie parków zieleni na osiedlach miejskich, sadzenie drzew i krzewów ozdobnych. Częste przebywanie na łonie przyrody ma działanie fitoterapeutyczne. Zieleń, zapach kwiatów, śpiew ptaków przyczyniają się do odreagowania nieprzyjemnych bodźców, nagromadzonych w ciągu jakiegoś czasu, odstresowania, pozytywnego nastawienia do czekających nas obowiązków w pracy, w domu oraz nastraja do harmonijnego współżycia z innymi ludźmi, wycisza, uspokaja.

3. Czynniki genetyczne

Zdrowie człowieka w 16% uwarunkowane jest przez czynniki genetyczne, które mogą powodować dziedziczne predyspozycje do wystąpienia określonych chorób czy problemów zdrowotnych [20]. Każdy z żywych organizmów, w szczególności organizm ludzki, ma między innymi pierwotną predyspozycję do własnej ochrony, a także podatność na sposób zachowania się w przypadku określonych chorób. Są to bardzo indywidualne zróżnicowania, uwarunkowane odpowiednimi genami, które są zawarte w materiale genetycznym poszczególnych osób. To predyspozycje, które mogą być przekazywane poprzez rodziców na ich potomstwo lub z pokolenia na pokolenie. Mogą również w przeciągu życia człowieka być modyfikowane, potęgowane, bądź inicjowane różnorakimi czynnikami mutagennymi wychodzącymi ze środowiska, tak zwanymi czynnikami mutacyjnymi [21].

Zmiany zachodzące w zakresie liczby bądź struktury chromosomów, o nazwie aberracje chromosomowe, zachodzą pod wpływem mutagennych czynników środowiskowych, prowadzą także do konkretnych wad w rozwoju dzieci, a także do wystąpienia uwarunkowanych genetycznie i przekazywanych przez rodziców różnych chorób. Niekiedy mogą występować takie sytuacje, że u dzieci w chwili urodzenia nie obserwuje się żadnych zmian chorobowych ani wad, ale dopiero w trakcie dalszego życia mogą one ujawniać się, np. cukrzyca, otyłość, nowotwory, zaburzenia psychiczne i zaburzenia odporności. Mutacje mogą również ujawnić się dopiero w następnych pokoleniach [21].

4. Opieka zdrowotna

5.

Jedynie 10%, czyli najmniejszy wpływ na zdrowie ma opieka zdrowotna, jej struktura, organizacja, funkcjonowanie czy też dostępność do świadczeń medycznych i ich jakość [20].

Opieka zdrowotna to całokształt działalności zmierzającej do zapewnienia ochrony zdrowia ludności. Różnorodna działalność w ramach opieki zdrowotnej podejmowana jest w poszczególnych państwach, a także na arenie międzynarodowej.

Opieka zdrowotna w poszczególnych państwach jest różna i zależna od: rozwoju ekonomicznego, nauki, techniki, ustroju społeczno-politycznego, a także od tradycji i kultury. Zapewnienie opieki zdrowotnej rozwijane jest na podstawach

odpłatności prywatnej, ubezpieczeń społecznych, pomocy społecznej oraz w ramach budżetu państwowego.

W opiece zdrowotnej prowadzona jest działalność sanitarno-epidemiologiczna, zapobiegawczo-lecznicza, świadczona jest pomoc doraźna. Opieka zdrowotna realizowana jest na trzech poziomach: podstawowym, specjalistycznym i wysoko specjalistycznym. Na arenie międzynarodowej organizowana jest przez ONZ i WHO [24].

Podstawowym zadaniem opieki zdrowotnej jest: zapobieganie chorobom, umacnianie zdrowia, kształtowanie wśród społeczeństwa odpowiedzialności za własne zdrowie
i udostępnienie świadczeń medycznych ludziom. W opiece zdrowotnej konieczne jest wprowadzenie wielu zmian, w tym szerszej współpracy pracowników służy zdrowia ze społeczeństwem i akceptacji przez społeczeństwo wprowadzanych zmian w ochronie zdrowia.

6. Czym się różni społeczeństwo szwedzkie od polskiego?

Celem zajęć z obszaru promocji zdrowia w zakładach pracy jest eliminowanie niekorzystnych społecznych zachowań i przyzwyczajeń, i zmiana ich na prozdrowotne – poprzez program indywidualny lub grupowy. Jak szpital będzie dbał o stan zdrowia pracowników, to będzie ich miał zdrowych – w dłuższej perspektywie czasowej. Takie cele przyświecały organizowaniu działań prozdrowotnych dla pracowników w Szpitalu w Norrköping. Zorganizowano tam m.in. grupy odchudzające się, grupy uprawiające różne formy rekreacji połączone z aktywnością fizyczną, które chodzą regularnie po lesie, jeżdżą z przewodnikiem w grupach na nartach, bądź długich łyżwach przez kanały, jeziora – pod opieką przewodnika. Biorą w tym udział osoby w wieku od 7 do 70 i więcej lat; zabierają ze sobą plecak z jedzeniem. Ważna jest jazda grupowa, gdyż indywidualna jazda na łyżwach jest bardzo ryzykowna, gdyż można wpaść do wody i być zagrożonym brakiem pomocy.

Wspomniane wyżej grupy są na różnych poziomach zaawansowania. Chodzi o to, aby każdy pracownik mógł dopasować do swych oczekiwań i możliwości właściwą grupę. Na tego rodzaju działalność Szpital w Norrköping przeznacza 1500 koron/1 pracownika/rok - np. na bilety na pływalnię, jazdę konną, innego rodzaju zajęcia poza pracą.

Prawie we wszystkich szpitalach szwedzkich *fritis pedagog* ma do dyspozycji salę gimnastyczną. W sali tej przykładowo trenują grupy gimnastyczne, ruchowe. Takie sale są wyposażone w sprzęt do trenowania poszczególnych grup mięśni. Na ogół każdy szpital szwedzki ma basen pływacki do celów rehabilitacyjnych, dostępny również dla pracowników. Popularny jest *nordic walking*, jazda rowerowa, ścieżki do biegania. Zajęcia tego rodzaju odbywają się codziennie, w rożnych godzinach, przeważnie od 16.00 do 19.00, dlatego są dostępne dla każdego pracownika, który zapisuje się na godzinę i program, który mu odpowiada. Grupy ćwiczących są w różnym wieku i w rożnym stopniu zaawansowania. Dostępna jest również sauna, natryski, masaże, waga.

W Polsce *nordic walking* i jogging, jako formy aktywności, dopiero zaczynają się rozwijać i mają one jeszcze niewielu zwolenników. Często można spotkać się z jej negacją. Daje się słyszeć takie uwagi: „Nie mają co robić, lepiej by odpoczęli". Należy zauważyć, że *jogging* i *nordic walking* to formy czynnego odpoczynku, wzmocnienia systemu nerwowego, relaksu i pomocy w osiągnięciu równowagi metabolicznej, a więc mają one działanie terapeutyczne.

W Polsce w niektórych szpitalach działają oddziały rehabilitacyjne dla pacjentów przyjmowanych do szpitala i poradnie rehabilitacyjne. Czas oczekiwania w poradniach rehabilitacyjnych obecnie wynosi ok. 6 miesięcy. Wielu poradniom rehabilitacyjnym nie przedłużono umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na rok 2012. W tych jednostkach jest pełna odpłatność za zabiegi, która jest dość kosztowna w coraz bardziej ubożejącym polskim społeczeństwie. Badania przeprowadzone wśród pracowników służby zdrowia w Kaliszu pokazały, że wiele osób ma problemy zdrowotne i chętnie skorzystałoby z takiej formy pomocy w zakładzie pracy, gdyby istniała taka możliwość.

W szpitalu we wschodniej Szwecji (*Vrinnevisjukhus, Norrköping, Östergötland*) zatrudniono pedagoga wolnego czasu (*fritis pedagog*). Zajmuje się on całościowo promocją zdrowia obejmującą pracowników szpitala, na przykład prawidłowym żywieniem, w tym odchudzaniem osób z otyłością i nadwagą – poprzez zajęcia grupowe, polegające na spotkaniach cotygodniowych w celu samokontroli grupy. Każdy członek grupy zapisuje swoją wyjściową masę ciała, dietę i ilość codziennego ruchu, po czym raportuje to w grupie. Program obejmuje: codzienne właściwe jedzenie 5-6 razy, odżywianie częste ma na celu przyspieszenie przemiany materii i codzienny ruch około 30 minut w rożnej formie, np.: szybkiego spaceru, jazdy na rowerze czy pływaniu - chodzi o wyrobienie nawyku codziennego ruchu. Ważenie zaplanowane jest najwyżej raz na 4-6 tygodni, by nie stresować członków grupy, gdyż ten program odchudzania oparty jest na długoterminowej zmianie stylu życia, a nie szybkim spadaniu z wagi. Częste ważenie wywoływało frustracje z powodu małych wyników. Zorganizowano 3 grupy odchudzające się, o różnym stopniu zaawansowania. Po kilku miesiącach każda z tych grup, licząca 10-12 osób, schudła około 100 kg – poprzez zmianę przyzwyczajeń żywieniowych. Nie zaleca się farmakoterapii ukierunkowanej na odchudzanie się, lecz prawidłowe żywienie, regularną kontrolę masy ciała. Takie grupy odchudzające się stały się tak bardzo popularne, iż pedagog wolnego czasu (*fritis pedagog*) wręcz nie może nadążyć z obsługą wszystkich chętnych.

Zmianom w żywieniu dopomagają „tygodnie zdrowego odżywiania". W czasie ich trwania popularyzuje się prawidłowe odżywianie, poprzez wspólne posiłki przygotowywane przez specjalistów. Propaguje się również odpowiednie przepisy przygotowywania jedzenia i nawet możliwość zakupu koniecznych do tego składników (produktów).

W Polsce notuje się duży odsetek ludzi z nadwagą. Niektórzy przyzwyczaili się już do swojego wyglądu, a inni podejmują różnego rodzaju działania w celu redukcji masy ciała. Udają się na wizytę do dietetyka, ale zastosowanie się do jego zaleceń jest trudniejsze, widoczny jest brak systematyczności. Inni natomiast pozyskują informacje o diecie z różnych czasopism lub Internetu. Należy zauważyć, że nie jest to dobra forma, ponieważ każda dieta powinna być odpowiednio dostosowana do np. wieku, płci, rodzaju wykonywanej pracy. Brak jest działań grupowych w tym zakresie.

W Szwecji działania profilaktyczne w zakresie żywienia obejmują także dzieci, np. cukierki wolno podawać dzieciom tylko w soboty, do picia najlepiej podawać czystą wodę, a nie wodę z dodatkami smakowymi, jak np. oranżady. Tymczasem polskie kobiety nagminnie karmią swe dzieci chipsami i słodyczami, nie potrafią przyrządzać prozdrowotnie posiłków, itp. Dzieje się tak m.in. za sprawą agresywnych reklam produktów żywnościowych nie zalecanych w prozdrowotnym żywieniu.

Społeczeństwo szwedzkie jest jego oparciem na grupie. Grupa, psychologia jej istnienia i działania, od najmłodszych lat towarzyszy Szwedom. Już w przedszkolu zajęcia grupowe stawia się przed indywidualnymi. Krótko ujmując, przeciętny Szwed

dąży do zaistnienia jako członek w grupie, nie jest indywidualistą. Z tego też powodu nawet odchudzanie, informacje profilaktyczne i wszelkie inne działania społeczne opierają się na grupie. Wiele uwagi poświęca się więc analizie działania grupy i jej psychologii. W wypadku społeczeństwa szwedzkiego przynosi to wiele pożytku, ale i niekorzystnych wyników. Na przykład oparcie nauczania od szkoły podstawowej po uczelnie nie na indywidualnym przepytywaniu lecz pracach grupowych doprowadziło do obniżenia poziomu nauczania, co niekorzystnie odbija się dziś na całym społeczeństwie. Podupadła architektura, obniżył się poziom szkolnictwa i młodzi lekarze oburzają się widząc, iż ich koledzy z innych krajów legitymują się dużo wyższą wiedzą teoretyczną.

Społeczeństwo szwedzkie cechuje wysoka frekwencja i udział w badaniach profilaktycznych. Wysoką frekwencję tłumaczy się tym, że media w dużym stopniu kształtują opinię społeczną i prozdrowotny tryb życia, i w rezultacie wykształcenie społeczeństwa jest dobre, prawdopodobnie wyższe niż w Polsce. Osoby odpowiedzialne za opiekę zdrowotną powinny również wsłuchiwać się w głos społeczeństwa i uwzględniać go w planowaniu działań, bo tak naprawdę oni mają służyć społeczeństwu [24].

W Polsce zmiany na rzecz dokonywania się w społeczeństwie zachowań bardziej prozdrowotnych, w tym w odniesieniu do badań profilaktycznych, są konieczne. Przykładem mogą być prowadzone badania profilaktyczne [16], np. mammografia, gdzie w Polsce jest niezadowalająca zgłaszalność [17]. Przede wszystkim należy działać na rzecz: 1) zwiększania frekwencji na te badania oraz 2) stosowania się pacjentów do zaleceń lekarskich. Jeżeli w Polsce chce się osiągnąć takie zmiany społeczne w obszarze zdrowia, to trzeba oczywiście zacząć od podstaw. Pożądane jest wzorowanie się na doświadczeniach szwedzkich – np. w odniesieniu do grupowych działań na rzecz własnego zdrowia. Istotny jest bowiem nacisk grupy na zmianę postaw na prozdrowotne, zmianę złych przyzwyczajeń, np. w odniesieniu do żywienia.

Widoczna jest także różnica w podejściu do pacjenta. Każda wizyta w szpitalu szwedzkim zaczyna się od rozmowy z pacjentem, która ma na celu wytłumaczenie istoty choroby i możliwości terapii. W Szwecji każdy lekarz musi wytłumaczyć pacjentowi wszystkie problemy, w tym w odniesieniu do chorób przewlekłych, że proces leczenia jest długoletni i wymaga ścisłej współpracy pacjenta z lekarzami. Muszą być wytłumaczone zasady prozdrowotnego stylu życia także w rozmowie indywidualnej z pacjentem. Tutaj jest konieczne właściwe podejście pedagogiczne, dostosowane do konkretnego pacjenta. Jeśli proponowany jest zabieg operacyjny, nie wymagający natychmiastowej interwencji, a pacjent pali papierosy, to zalecone jest zerwanie z nałogiem. Ma to wpływ na gojenie się ran pooperacyjnych.

W Polsce natomiast nierzadkie są przypadki, że pacjent z kartą informacyjną z leczenia szpitalnego zgłasza się do lekarza prywatnie praktykującego, aby ten mu wytłumaczył cały proces diagnozy, terapii i rehabilitacji. Obecnie wiele zmieniło się w tym zakresie na lepsze.

Podsumowanie

Promocja zdrowia w zakładach pracy winna stanowić istotny element działań adresowanych do pracowników. Zakres i charakter tych działań może być bardzo szeroki i różnorodny. Rozpoczynają się one od przekazania pracownikom zasad prozdrowotnego stylu życia. Wyjaśnia się pracownikom, że zdrowie jest ich kapitałem, który pozwoli im osiągnąć ich cele, dać satysfakcję i spełnienie w życiu. W tej pracy z ludźmi wyposaża się ich w wiedzę i umiejętności dla podnoszenia stanu zdrowia. Mobilizuje się ich do

przestrzegania zasad zdrowego stylu życia. Tutaj najważniejsze jest życie bez nałogów (zwłaszcza wolne od palenia tytoniu), utrzymywanie wszechstronnej aktywności fizycznej – dla zachowania właściwej tężyzny fizycznej i psychicznej, prawidłowe odżywianie się, hartowanie się, rozwijanie umiejętności walki ze stresem, życzliwość dla innych (zdrowym społecznie jest ten, kto czyni dobro, jest życzliwym dla innych, zna wartość pojęć: tolerancja i kompromis i posługuje się nimi w praktyce, będąc jednocześnie asertywnym), zachowanie postawy dopingowej (ang. *coping* - dawanie sobie rady w życiu; bycie życiowym optymistą, odbieranym przez innych jako człowiek sukcesu - dzięki temu jest się osobą atrakcyjną dla innych, posiadającą wielu przyjaciół, z czym po prostu łatwiej jest żyć). Bardzo ważne jest promowanie zdrowego stylu życia w zakładach pracy w sposób atrakcyjny, aktywny i pełen humoru. Cel takich działań jest dla zakładów pracy jasny i oczywisty – zdrowsi pracownicy będą dłużej i wydajniej pracować. Wyniki niniejszych badań porównawczych wskazują, co i jak należy zmienić w stylu życia pracowników zakładów opieki zdrowotnej w Szwecji i w Polsce. To jest wiedza bardzo istotna dla pracodawców, którzy w oparciu o te wyniki mają przesłanki do opracowania właściwej promocji zdrowia w ich zakładach pracy. Wiadomo, że rozróżnia się wiele czynników warunkujących stan zdrowia populacji, dlatego pod tym kątem należy spojrzeć na porównawcze wyniki badań szwedzko-polskich.

Podsumowanie wyników badań odnoszące się do szpitala w Kaliszu

1. Pracownicy szpitala w Kaliszu powinni zwiększyć spożycie owoców i warzyw oraz aktywność fizyczną.
2. Należy zorganizować w Kaliszu warsztaty mające na celu kształtowanie umiejętności radzenia sobie ze stresem i odreagowywania.
3. Pracownicy szpitala w Kaliszu chcieliby otrzymać pomoc w zakresie zmniejszenia ciężaru ciała i zwiększenia aktywności fizycznej.
4. Należy wprowadzić obowiązkowe przerwy w pracy na jedzenie i picie, w tym wody, propagowanie uzupełniania płynów w ciągu dnia pracy zmniejszy zmęczenie. Obowiązkowe odliczanie czasu na lunch spowoduje, że każdy zje porządny posiłek i tym samy odpocznie, odrywając się na chwilę od swych zajęć.
5. Pracodawca we własnym interesie, by mieć dobrze funkcjonujący personel oraz zmniejszyć ewentualną absencje chorobową, powinien motywować do aktywności ruchowej, np. poprzez organizowanie grup, zmniejszanie czasu pracy w tygodniu na rzecz udokumentowanej aktywności ruchowej lub pomoc finansową w zakupie kart na rożne formy ćwiczeń ruchowych. Propagowanie zbiorowego ruchu, np. wspólny *nordic walking* w czasie lunchu 30 min., zawody w największej ilości kroków.
6. Propagowanie zdrowego odżywienia poprzez przygotowywanie przepisów na posiłki i kilku przykładowych zdrowych posiłków w formie zdrowego alternatywnego śniadania. W czasie uroczystości wprowadza się kosz owoców zamiast ciast i słodyczy.

Wnioski

1. Styl życia pracowników zakładów opieki zdrowotnej jest bardziej prozdrowotny w Szwecji niż w Polsce.
2. Możliwa jest zmiana stylu życia pracowników zakładów opieki zdrowotnej na bardziej prozdrowotny. Zmiany w tym obszarze zostały dokonane w Szwecji z

dużym powodzeniem. Dlatego warte jest implementowanie do Polski tych doświadczeń szwedzkich, które mogą się sprawdzać w polskich warunkach.

3. Podstawy promocji zdrowia w zakładach pracy są od dawna znane, ale ponieważ z badań porównawczych wynika, że w Szwecji są bardziej zaawansowane, konieczne jest większe zwracanie uwagi na ten problem pracodawców polskich, których warto zainteresować doświadczeniami szwedzkimi z tego obszaru.

Piśmiennictwo

1. Drabik J.: Aktywność fizyczna w edukacji zdrowotnej społeczeństwa, cz. I. AWF, Gdańsk, 1995.
2. Karski J. B.: Promocja zdrowia. Wyd. Ignis, Warszawa, 1999.
3. Ciborowska H., Rudnicka A.: Dietetyka, żywienie zdrowego i chorego człowieka. PZWL, Warszawa, 2007.
4. Hasik J.: Żywienie człowieka zdrowego i chorego. T. 2. PWN, Warszawa, 2003.
5. Gawęcki J.: Żywienie człowieka, podstawy nauki o żywieniu. PWN, Warszawa, 2005.
6. Szewczyński J., Skrodzka Z.: Higiena żywienia, podręcznik dla szkół medycznych. Wyd. IV, PZWL, Warszawa, 1995.
7. Tuszyńska-Bogucka V., Bogucki J.: Styl życia a zdrowie, wybrane zagadnienia. Wyd. Czelej, Lublin, 2005, 42-52.
8. Wieczorek D.: Cele i zadania programu ograniczenia zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Polsce na lata 2010-2013. Biuletyn Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, 2010, 9-10, 17-20.
9. Twardosz W.: Wielka Encyklopedia Zdrowia. Wydawnictwo Horyzont, Wągrowiec, 2005, 189.
10. http://pl.wikipedia.org/wiki/Stres, data pobrania 6.04.2012
11. Bargiel Z.: Stres-problem otwarty. Wyd. Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń, 1997.
12. http://www.ppp.tnb.pl/viewpage.php?page_id=54, data pobrania 6.04.2012
13. http://pl.wikipedia.org/wiki/Sen, data pobrania 6.04.2012
14. http://timpum.pl/joomla1.5/index.php?option=com_content&view=article&id=157&Itemid=138, data pobrania 6.04.2012
15. Avidan A. Y., Zee P. C. (Wichniak A. red. pol.): Podręcznik medycyny snu. MediPage, Warszawa, 2007.
16. Clemen-Stone S, Eigsti DG, McGuire SL.: Comprehensive family and community health nursing. McGraw-Hill, New York 1987.
17. Czupryna A, Pożdzioch S, Ryś A, Włodarczyk W.C.: Zdrowie publiczne. T. I, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius", Kraków, 2000.
18. http://www.profilaktyka.lodzkie.pl/profilaktyka-w-pigulce/uwarunkowania-zdrowia, data pobrania 6.04.2012
19. http://ec.europa.eu/health-eu/my_environment/environmental_health/index_pl.htm, data pobrania 6.04.2012
20. http://www.srodowiskoazdrowie.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=213:znaczenie-lasu-dla-zdrowia&catid=11:czywieszze&Itemid=18, data pobrania 6.04.2012
21. http://www.bryk.pl/teksty/studia/pozosta%C5%82e/pedagogika/23974-czynniki_wp%C5%82ywaj%C4%85ce_na_zdrowie_cz%C5%82owieka.html

22. http://portalwiedzy.onet.pl/49969,,opieka_zdrowotna,haslo.html, data pobrania 6.04.2012
23. Majewicz A., Marcinkowski J.T.: Epidemiologia chorób układu krążenia. Dlaczego w Polsce jest tak małe zainteresowanie istniejącymi programami profilaktycznymi? Probl. Hig. Epidemiol., 2008, 89, 322-325.
24. Dyzmann-Sroka A, Marcinkowski JT, Kubiak A, Trojanowski M.: Kto powinien zajmować się promocją skriningowego Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi? Probl. Hig. Epidemiol., 2009, 90, 621-626.

Klimaszewska Krystyna[1], Borawska Katarzyna, Kowalewska Beata[1,2], Rolka Hanna[1,2], Kondzior Dorota[1], Kowalczuk Krystyna[1], Jankowiak Barbara[1,2], Baranowska Anna[1], Krajewska –Kułak Elżbieta[1]

Eutanazja w Polsce i na świecie

[1] Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej UMB
[2] Instytut Medyczny PWSIiP w Łomży

Wstęp

Pojęcie eutanazji jest wieloznaczne, jest zagadnieniem, które wywołuje wiele dyskusji w świecie medycyny, etyki, a także wśród szerokiego grona współcześnie żyjących ludzi. Jego różne znaczenia pojawiały się w przeciągu wieków i ulegały przekształceniom. Ma wśród społeczeństwa swoich zwolenników, jak i przeciwników.

W piśmiennictwie możemy odnaleźć wiele podziałów, typów eutanazji.

Rozwinięcie

Eutanazja w Polsce

W Polsce pozbawienie pacjenta życia przez lekarza (zarówno w wyniku działania, jak i zaniechania) stanowi przestępstwo podlegające odpowiedzialności karnej. Zgodnie z Kodeksem Karnym, eutanazja może stanowić albo przestępstwo zwykłego zabójstwa (Art. 148. K. K., § 1. *Kto zabija człowieka, podlega karze pozbawienia wolności na czas nie krótszy od lat 8, karze 25 lat pozbawienia wolności albo karze dożywotniego pozbawienia wolności. § 2. Kto zabija człowieka: 1) ze szczególnym okrucieństwem, 2) w związku z wzięciem zakładnika, zgwałceniem albo rozbojem, 3) w wyniku motywacji zasługującej na szczególne potępienie, 4) z użyciem broni palnej lub materiałów wybuchowych, podlega karze pozbawienia wolności na czas nie krótszy od lat 12, karze 25 lat pozbawienia wolności albo karze dożywotniego pozbawienia wolności. § 3. Karze określonej w § 2 podlega, kto jednym czynem zabija więcej niż jedną osobę lub był wcześniej prawomocnie skazany za zabójstwo. § 4. Kto zabija człowieka pod wpływem silnego wzburzenia usprawiedliwionego okolicznościami, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.*), albo jego uprzywilejowanego typu – tzw. zabójstwo z litości (nazywane także zabójstwem eutanatycznym), o którym mowa w art. 150 K.K. z dnia 6 czerwca 1997 r. *(§ 1. Kto zabija człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5. § 2. W wyjątkowych wypadkach sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary, a nawet odstąpić od jej wymierzenia.*) [1].

Stosowania eutanazji zabrania także w Polsce Kodeks Etyki Lekarskiej.

Art. 30 KEL z 1993 roku mówi, że lekarz powinien dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania, a także do końca łagodzić cierpienia chorego i utrzymywać, w miarę możliwości, jakość kończącego się życia. Następny zapis, czyli art. 31 wprost zakazuje lekarzom stosowania

eutanazji „*Lekarzowi nie wolno stosować eutanazji, ani pomagać choremu w popełnieniu samobójstwa*." Jest to całkowicie zgodne z przysięgą Hipokratesa oraz współczesna jej wersja z Deklaracją Genewską.

Ale art. 32 zaznacza, że w stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych. Decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych. Dla jednych to zaprzestanie leczenia, dla innych – eutanazja bierna [2].

Eutanazja w świecie

Współcześnie eutanazja czynna jest przestępstwem we wszystkich krajach. Ustawodawstwo karne albo przewiduje uprzywilejowane przestępstwo eutanazji (np. Niemcy, Włochy, Portugalia), albo milczy na ten temat, wtedy eutanazja jest traktowana jak zabójstwo z premedytacją (np. Francja, Hiszpania, Szwecja) [3].

Spór o eutanazję coraz głębiej dzieli współczesne społeczeństwa. Na całym świecie nie unikniemy dyskusji na temat legalizacji "śmierci na życzenie". Coraz częściej rozlegają się głosy zwolenników legalizacji eutanazji. Budzą one odzew jej przeciwników, ale strony sporu na ogół nie znajdują wspólnego języka. Tymczasem problem jest zbyt poważny, by o jego rozstrzygnięciu mieli decydować wyłącznie politycy i prawnicy. Rozstrzygnięcia prawne powinny być konsekwencją rozstrzygnięć etycznych. Jakie racje przemawiają "za" i "przeciw" eutanazji w krajach? Czy linia podziału biegnie tu między wierzącymi a niewierzącymi? [4].

Holandia

Holenderski kodeks karny eutanazję pojmuje, jako celowe działanie polegające na pozbawieniu życia człowieka na jego wyraźne i poważne żądanie (eutanazja *sensu stricto*). Eutanazja *sensu largo* to „eutanazja bierna", czyli skrócenie życia człowieka poprzez dyskontynuację leczenia na wyraźne żądanie pacjenta, czy też bez takiego żądania w przypadkach leczenia bezcelowego z medycznego punktu widzenia i „eutanazja pośrednia": zaaplikowanie środków medycznych w celu zmniejszenia doznawanych cierpień, gdy niejako skutkiem ubocznym jest przyspieszenie śmierci człowieka. Rozróżnienie terminologiczne pomiędzy eutanazją sensu stricte a eutanazja sensu largo ma fundamentalne znaczenie, gdyż kodeks karny dotyczy wyłącznie eutanazji w znaczeniu ścisłym. Eutanazja *sensu largo* (bierna i pośrednia) traktowana jest, jako normalna działalność lekarska, a naruszenie reguł (np. podjęcie bezpodstawnej decyzji o zaprzestaniu leczenia) w takich przypadkach pociąga za sobą jedynie odpowiedzialność dyscyplinarną przed Medycznym Trybunałem Dyscyplinarnym w postaci „reprymendy" lub pozbawienia prawa wykonywania zawodu [5, 6, 7].

W Holandii karalne jest wspomaganie samobójstwa i czyn ten jest łączony z eutanazją. W niektórych okolicznościach eutanazja przestaje być przestępstwem. Z orzecznictwa Sądów holenderskich można wyprowadzić następujące kryteria uchylające bezprawność eutanazji:

- poważne, wyraźne żądanie pacjenta dokonania przez lekarza eutanazji,
- żądanie musi być wyrażone przez pacjenta będącego w stanie podejmować decyzję,

- może być ono wyrażone, jasno w sposób pisemny lub ustny, pisemne żądanie nie jest ważne tak długo, jak długo pacjent jest w stanie nadal wyrażać ustną wolę; ustne oświadczenie ma zawsze większą wartość prawną niż pisemne,
- żądanie eutanazji bądź wspomaganego samobójstwa nie jest wiążące dla lekarza, jest jedynie upoważnieniem. Środowisko lekarskie w Holandii, reprezentowane przez różne Stowarzyszenia nie jest zgodne, co do możliwości uchylenia się przez lekarza od dokonania eutanazji, jako czynu niezgodnego z sumieniem,
- żądanie musi mieć charakter trwały, lekarz powinien sprawdzić, czy nie wynika z chwilowej depresji czy impulsu,
- sama nieuleczalność choroby nie jest wystarczająca, musi jej towarzyszyć cierpienie „nie do wytrzymania", – co ocenia lekarz,
- pacjent musi dysponować dokładną i nie budzącą wątpliwości wiedzą o swoim stanie zdrowia i rokowaniach,
- sytuacja zdrowotna, w której się znajduje to taka, gdy nie ma szans na poprawę,
- procedurę może przeprowadzić lekarz leczący lub specjalista,
- decyzja musi być podjęta po konsultacji z innym lekarzem, który nie zajmował się tym pacjentem [5, 6, 7].

Do 2000 roku obowiązywały w Holandii przepisy Kodeksu Karnego, które zakazywały zarówno eutanazji, jak i wspomaganego samobójstwa bez wyjątków wyłączenia odpowiedzialności. Brzmienia stosownych artykułów: „kto pozbawia życia inne osoby na jej wyraźne i poważne żądanie" i „kto celowo namawia innego do popełnienia samobójstwa, gdy doszło do samobójstwa". Zwraca uwagę brak konieczności zaistnienia współczucia u sprawcy. Od 1 czerwca 1994r. do 1 stycznia 2002r. obowiązywały procedury czyniące eutanazję, wspomagane samobójstwa oraz czynne zakończenie życia bez wyraźnego żądania niekaralnymi. Polegały one na wypełnianiu przez lekarza kwestionariusza (procedura zgłoszeniowa), w którym odpowiadał na pytania dotyczące pacjenta, a dotyczyły one:

- danych z historii choroby,
- żądania zakończenia życia przy cierpieniach fizycznych lub psychiatrycznych pacjenta,
- konsultacji z innym lekarzem,
- powody zakończenia życia pacjenta bez wyraźnego jego żądania,
- określenia kto, kiedy, gdzie i w jaki sposób i używając jakich środków zakończył życie pacjenta [5, 7].

Wypełnienie takiego zgłoszenia przez lekarza uzasadniało przyjęcie przez sąd lub prokuratora stanu wyższej konieczności, a zatem niekaralności czynu. Jeżeli lekarz nie wykazał w powyższym zgłoszeniu, że jego czyn był usprawiedliwiony, odpowiadał karnie za dokonanie przestępstwa.

Powyższy stan prawny zmienił się w 2000 r., w chwili wejścia w życie Ustawy o pozbawieniu życia na żądanie i wspomaganym samobójstwie. W ustawie tej podane są warunki, które dekryminalizują eutanazję w określonych warunkach. Warunki te są podobne do obowiązujących wcześniej w „zgłoszeniach eutanazji" [5, 7].

Belgia

W 2001 r. uchwalono „Ustawę o eutanazji" w Belgii. Eutanazja według niej to: „działania osoby trzeciej, która umyślnie odbiera życie osobie tego żądającej" [5, 7].
Lekarz nie popełnia przestępstwa dokonując eutanazji, gdy:

- pacjent jest pełnoletni lub ma zdolność do czynności prawnych oraz pełną świadomość w chwili wyrażania żądania,
- żądanie jest dobrowolne, wyrażone z rozwagą, powtarzane, na piśmie,
- sytuacja zdrowotna pacjenta jest bez wyjścia i wiąże się ze stałym cierpieniem, nie do zniesienia, fizycznym lub psychicznym, nie dającym się uśmierzyć i będącym wynikiem wypadku lub choroby organicznej,
- pacjent przestrzega warunków i trybu postępowania ustawy [5, 7, 8].

Lekarz ma wówczas obowiązek:

- poinformować pacjenta o stanie zdrowia i nadziei na utrzymanie przy życiu, uzgodnić z nim wspólne stanowisko i rozważyć możliwości terapeutyczne, wspólnie dojść do przekonania o braku innych rozwiązań,
- upewnić się, że cierpienie fizyczne lub psychiczne jest trwałe, podobnie jak jego wola zakończenia życia,
- przeprowadzić konsultację z innym niezależnym lekarzem,
- na życzenie pacjenta omówić sprawę z jego bliskim [8].

Deklaracja, stanowiąca żądanie pozostaje ważna prawnie przed upływem 5 lat od momentu, gdy sporządzający utracił zdolność wyrażania swej woli. Może być odwołana w każdej chwili.

Została powołana Komisja federalna kontroli i oceny stosowania eutanazji. Składa się ona z 16 członków: 8 doktorów medycyny (w tym 4 profesorów), 4 profesorów prawa lub adwokatów i 4 wywodzących się z kręgu osób sprawujących opiekę nad pacjentami cierpiącymi na nieuleczalne choroby. Komisja czuwa nad przestrzeganiem procedur (bardzo skomplikowanych) i prawidłową kwalifikacją pacjentów do eutanazji. Lekarz, który nieprawidłowo przeprowadził procedury, a zatem nie dał podstaw do usprawiedliwienia czynu eutanatycznego, odpowiada karnie za spowodowanie śmierci. Żaden lekarz nie ma obowiązku uczestniczenia w akcie eutanazji. Osoba zmarła wskutek działań eutanatycznych jest uznawana za zmarłą śmiercią naturalną, czyn ten nie powoduje zatem jakichkolwiek skutków prawnych (np. co do spraw ubezpieczeniowych) [7, 8].

Uchwalenie ustawy o eutanazji w Belgii poprzedziła solidne przygotowanie parlamentu. Z debaty senatorów wynikają następujące argumenty za ustawą, która ma:

- sprzyjać realizacji powszechnie utwierdzającego się priorytetu wolności (autonomii) pacjenta i ustaleniu opartych na wzajemnym zaufaniu stosunku pacjent-lekarz,
- stworzyć jasny, logicznie zbudowany stan prawny zapewniający ochronę przed ryzykiem nadużywania prawa przy udzielaniu pomocy do „godnej śmierci", zwłaszcza przez odwołanie się do stanu wyższej konieczności,
- usunąć z mentalności lekarzy pewien rodzaj hipokryzji, przenikającej do społeczeństwa, która polega na ignorowaniu znanych skądinąd faktów stosowania eutanazji mimo zakazu karnego,
- stworzyć warunki dla zapobiegania skrajnej zagorzałości terapeutycznej; po okresie zaufania lekarzy (i społeczeństwa) w nieograniczony postęp wiedzy medycznej, następuje powrót naturalistycznego podejścia – społecznego i indywidualnego – do fenomenu śmierci człowieka [7].

Luksemburg

Luksemburg jest trzecim krajem Unii Europejskiej, który zalegalizował eutanazję, po Holandii i Belgii.

Ustawę wprowadzono po ograniczeniu władzy księcia Henryka, który uprzedził, że jako katolik nie zaakceptuje zniesienia kar dla lekarzy za pomaganie w samobójczej śmierci. Twierdził, iż „ życiem nie wolno dowolnie dysponować. Eutanazja nie stanowi humanitarnej odpowiedzi na cierpienie. Jako oferta dla społeczeństwa, łamie ona granice ochrony życia i na oścież otwiera drzwi do nadużyć". Wejście w życie ustawy było możliwe jedynie dzięki zmianom w konstytucji i zmniejszeniu uprawnień wielkiego księcia [9].

Szwajcaria

W Szwajcarii prawo zezwala na przepisanie leków przyspieszających śmierć. Jest to nielegalne tylko w wypadku, gdy lekarzem kierują egoistyczne pobudki. Lekarz może przepisać lek w śmiertelnej dawce, ale nie może wyręczyć chorego w odebraniu sobie życia Przy samobójstwie pomaga pastor, który wręcza ów lek i towarzyszy przy ostatnich chwilach [9].

Szwajcarski Sąd Najwyższy orzekł, także, że osoby chore psychicznie mają prawo do eutanazji. Eksperci ostrzegają, że to niebezpieczny precedens, który może prowadzić do horrendalnych nadużyć. "Uznaliśmy, że nieuleczalne, długotrwałe i poważne choroby psychiczne mogą powodować cierpienie i uczynić życie pacjenta nieznośnym. Skoro, więc nasze prawo zezwala osobom śmiertelnie chorym na poddanie się eutanazji, podobną zgodę należy dać także ludziom cierpiącym na schorzenia psychiczne" - orzekli sędziowie sądu w Lozannie [9].

Kanada

Kanadyjska Izba Gmin odrzuciła 21 kwietnia 2010 r. projekt ustawy wprowadzającej eutanazję i samobójstwo wspomagane. Alex Schadenberg z Koalicji na rzecz Zapobiegania Eutanazji powiedział: „Teraz, gdy projekt został odrzucony, mamy w Kanadzie szansę dalej troszczyć się o poprawę opieki nad potrzebującymi, przyjrzeć się problemowi wykorzystywania osób starszych i pomyśleć, jak mu zaradzić, przyjrzeć się kwestii zapobiegania samobójstwom, tak by osoby niepełnosprawne były w Kanadzie traktowane z prawdziwą godnością i równością".

USA

Jak w większości krajów także i w systemie prawa Stanów Zjednoczonych, w większości stanów eutanazja jest nielegalna Eutanazja czynna traktowana jest jako morderstwo, a pomoc w samobójstwie jest w większości stanów przestępstwem niższej kategorii niż sama eutanazja [10, 11]. Natomiast eutanazja bierna jest dopuszczalna przez orzecznictwo stanowe, jest rozumiana jako „usunięcie sztucznych barier śmierci" [10].

W Stanach Zjednoczonych pierwszym i jedynym dotychczas stanem, w którym uchwalono ustawę legalizującą wspomagane przez lekarza samobójstwo, jest Oregon.

Amerykański stan Oregon

Proces legalizacji eutanazji przebiegał tu długo i stosunkowo burzliwie, a sama ustawa zaczęła obowiązywać dopiero w 1997 r., po 3 latach od jej uchwalenia (1994 r.). Ustawa, zwana Aktem o Umieraniu z Godnością (Oregon Death with Dignity Act)

została uchwalona w listopadzie 1994 r. z inicjatywy społecznej. Uczyniła ona ze wspomaganego przez lekarza samobójstwa praktykę dopuszczalną i w pełni legalną. Zgodnie bowiem z § 2.01 Aktu - Osoba pełnoletnia, która została uznana za nieuleczalnie chorą przez lekarza prowadzącego i konsultanta może wystąpić z pisemną prośbą o przepisanie środka powodującego śmierć godną i humanitarną.

Sąd Najwyższy Stanów Zjednoczonych (the United States Supreme Court) uznał jednak, że uregulowania Aktu naruszały XIV Poprawkę do Konstytucji USA, zapewniającą obywatelom, m.in. równą ochronę prawa, gdyż dyskryminowały pacjentów w stanach terminalnych. Zdaniem sądu kategoryczny zakaz wspomaganego samobójstwa nie powinien czynić wyjątków na rzecz jakiejkolwiek grupy. Konstytucyjna gwarancja równości wobec prawa wymagała jednakowego traktowania wszystkich znajdujących się w podobnych sytuacjach, a więc również zachowujących świadomość nieuleczalnie chorych, pragnących przyspieszyć swoją śmierć. Zakaz sądowy (tzw. legal injunction), ustanowiony przez Sąd Najwyższy w związku z przyjęciem takiego stanowiska, uniemożliwił wprowadzenie uregulowań Aktu w życie [12].

Akt stał się prawem obowiązującym dopiero w październiku 1997 r. Ogromny wpływ na taką decyzję miało orzeczenie Sądu Najwyższego z 1997 r., pozostawiające stanom zgodną z Konstytucją kompetencję do uchwalania ustaw zakazujących wspomaganego samobójstwa. Posiadanie tej kompetencji nie jest, bowiem, równoznaczne z obowiązkiem ustanawiania zakazu – stanowa inicjatywa ustawodawcza mogła pójść w kierunku legalizacji praktyk asystowania przy samobójstwie. U podstaw rozumowania Sądu Najwyższego leżało przekonanie, że nie istnieje większa różnica między podjęciem decyzji przez nieuleczalnie chorego o odrzuceniu środków podtrzymujących życie a szukaniem pomocy lekarza do zakończenia życia [12]. W przeprowadzonym w listopadzie 1997 r. tajnym głosowaniu mieszkańcy Oregonu większością głosów (60%) wyrazili poparcie dla uregulowań Aktu.

Death with Dignity Act w ostatecznej redakcji z 1997 r. zezwala na tzw. wspomagane samobójstwo pacjentowi, który:

- Osiągnął pełnoletniość (ukończył 18. rok życia),
- jest mieszkańcem Oregonu,
- posiada zdolność podejmowania i komunikowania własnych decyzji dotyczących swojego stanu zdrowia,
- został uznany za nieuleczalnie chorego, którego śmierć nastąpi najdalej w ciągu 6 miesięcy,
- dwukrotnie, w odstępie co najmniej 15 dni, wystąpił z ustną prośbą o środek uśmiercający, a następnie udokumentował swoje żądanie na piśmie [13].

Aby procedura była w pełni legalna i zapewniła lekarzowi niekaralność, powinien on:

- Posiadać ważną licencję do wykonywania zawodu na terenie Oregonu,
- przedstawić lekarzowi – konsultantowi diagnozy i rokowania dotyczące stanu zdrowia pacjenta, celem ich zatwierdzenia,
- zbadać (wraz z konsultantem) zdolność pacjenta do podejmowania świadomych decyzji o swoim zdrowiu,
- upewnić się, czy wolą pacjenta jest poinformowanie najbliższych krewnych o dokonaniu zabiegu i w razie odpowiedzi pozytywnej, prośbę tę uwzględnić [14].

Jeżeli przedstawione wymagania zostaną spełnione i pacjent zdecyduje się użyć przepisanego środka, po jego śmierci lekarz zobowiązany jest przedstawić Stanowemu Wydziałowi Zdrowia (Oregon Health Division – OHD) szczegółowy raport będący dowodem, że procedury dokonano zgodnie z prawem. Jednak za brak takiego raportu nie grożą żadne sankcje [15].

Francja

Francuskie Zgromadzenie Narodowe odrzuciło projekt legalizacji eutanazji.

W 2005 r. uchwalono ustawę zmieniającą Kodeks Zdrowia Publicznego, która dotyczyła praw pacjentów będących u schyłku życia. Uściśla pojęcie kresu życia i dąży do określenia momentu i sposobu przerwania procesów życiowych pacjenta poprzez zaniechanie czynności terapeutycznych. Umożliwia wzięcie pod uwagę odmowę pacjenta poddania się zabiegom medycznym lub jeśli taką wolę wyraził wcześniej. Ustawa daje możliwość korzystania z zabiegów paliatywnych, nawet tych, których efekty uboczne mogą przyspieszyć śmierć pacjenta. Jeśli zaś zabiegi są niewspółmierne lub tylko sztucznie podtrzymują życie mogą być przerwane. Lekarz ma obowiązek ochrony godności ludzkiego życia do samego końca. W sytuacji, gdy pacjent nie jest w stanie terminalnym i odmawia lub żąda przerwania leczenia, lekarz ma obowiązek przekonać go o celowości postępowania terapeutycznego. W przypadku pacjenta nieprzytomnego decyzję o zaprzestaniu leczenia, jeśli zachodzi taka konieczność, powinny podjąć uprawnione osoby bliskie [16, 17].

Wielka Brytania

W ustawodawstwie wszystkich części Zjednoczonego Królestwa (Anglii, Walii, Szkocji i Irlandii Północnej) wciąż nie ma specjalnych regulacji prawnokarnych dotyczących eutanazji. Uśmiercenie drugiego człowieka, niezależnie od okoliczności i wyrażonej przez niego w tym względzie woli oraz motywacji sprawcy, jest traktowane zgodnie z art. 2 *Homicide Aa* z 1957 roku jak morderstwo, zabójstwo z premedytacją i karane bezwzględnie określoną karą - dożywotniego pozbawienia wolności [18].

Podsumowanie

Legalizacja eutanazji niszczy wartości moralne. Jeżeli wartość życia, poprzez legalizację eutanazji, zostanie naruszona, pociągnie to za sobą wiele niekorzystnych następstw. Jeżeli dopuścimy eutanazję nawet w bardzo ograniczonym zakresie, to tak, jakbyśmy wychodzili z założenia, że istnieje pewna kategoria osób, których życie jest nic niewarte. Doprowadzi to do erozji naszego systemu wartości. I nigdy nie przebrzmi pytanie, gdzie się zatrzymać.

Piśmiennictwo

1. Przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu. Kodeks karny, 2011.
2. Bączek K.: Eutanazja i „wspomagane samobójstwo" w prawie porównawczym. Prawo i Medycyna, 1999, 1, 56 – 70.
3. Wielka Encyklopedia PWN t. VIII. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2002, 465-466.
4. Willke J.C.: Życie czy śmierć. Stare i nowe tajemnice eutanazji. Wyd. Human Life Internacional, Gdańsk, 2000, 227-232.

5. Dziedzic J.: Eutanazja. Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański. Polskie Wyd. Encyklopedyczne, Radom, 2005, 153 – 159.
6. Pietrzykowski T.: Spór o eutanazję. Wyd. Sonia Droga, Katowice, 2007.
7. Poklewski - Koziełł K.: Belgijska ustawa o eutanazji i projekt takiej ustawy w parlamencie Francji. Prokuratura i Prawo, 2002, 7-8, 102 – 109.
8. Świątek B., Jurek T.: Eutanazja – uregulowania prawne w Polsce i na świecie spojrzenie medyka sądowego. [w:] Problemy współczesnej tanatologii. T.IX., Kolbuszowski J. (red.), Wyd. Wrocławskiego Towarzystwa Naukowego, Wrocław, 2005.
9. Cywiński P.: Prawo do śmierci. Menedżer Zdrowia, 2009, 6, 56 – 60.
10. Antonelli F.: Oblicze śmierci. Wyd. Diecezjalne, Sandomierz, 1995, 21.
11. Wroński K., Bocian R., Cywiński J., Dziki A.: Eutanazja. Wsp. Onkol, 2008, 6, 290 – 293.
12. Nesterowicz M.: Prawo medyczne, TNOiK, Toruń, 1994, 92.
13. Singer P.: O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej. PIW, Warszawa, 1997.
14. Szewczyk K.: Dobro, zło i medycyna. Filozoficzne podstawy bioetyki kulturowej. PWN, Warszawa, 2001, 100- 200.
15. Szawarski Z.: W kręgu życia i śmierci. Wyd. Książka i Wiedza, Warszawa, 1997,77-120.
16. Koc M., Rogowska M., Tworkowska J., Żukowska I., Sierżantowicz R.: Eutanazja w Internecie [w:] W drodze do brzegu życia. t. VI. Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C. (red.): Uniwersytet Medyczny w Białymstoku Wydział Nauk o Zdrowiu, Białystok, 2009, 247 - 255.
17. Szewczyk K.: Bioetyka. Medycyna na granicach życia. t. I. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2009, 288 – 414.
18. Szeroczyńska M.: Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie. Studium prawnoporównawcze. Wyd. Towarzystwo Autorów Prac Naukowych „Universitas", Kraków, 2004.

Porowska Weronika[1], Młynarczyk izabela[1], Hładuński Marcin[1], Szymańczyk Piotr[1], Turko Barbara[1], Romanowska Joanna[1], Małachwiej Paulina[1], Tyrakowska Zuzanna[1], Chilińska Ewelina[1], Ryniec Malwina[1], Kuszczak Anita[1], Kotowicz Małgorzata[1], Żarnoch Ewelina[1], Drzymkowski Jarosław[1], Rozwadowska Emilia[2], Krajewska-Kułak Elżbieta[2]

Sprawdzenie poziomu wiedzy studentów studiów licencjackich Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku na temat akupunktury

[1] SKN Wolontariuszy Medycznych Zakładu Zintegrowanej Opieki Medycznej UMB
[2] Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej UMB

Akupunktura jest rodzajem terapii, polegającym na stymulowaniu określonych miejsc na skórze. Ze względu na aspekty, takie jak mechaniczny charakter bodźca oraz możliwość dawkowania, zaliczana jest do metod fizykalnych [1].

Początków akupunktury należy doszukiwać się kilka tysięcy lat przed naszą erą. Odkryto wówczas, iż uderzenie kamieniem w pewną część nogi powoduje uśmierzenie bólu głowy. Z czasem kamień został zastąpiony kamienną igłą, co doprowadziło do odkrycia, iż nakłuwanie pewnych miejsc pomaga w leczeniu różnorakich schorzeń. Największy rozwój akupunktury nastąpił w XXV wieku przed naszą erą. Doszło wówczas do zamiany kamiennych igieł na metalowe, do czego przyczynił się Huang-Ti, zwany „Żółtym cesarzem". Został również wydany pierwszy dokument dotyczący akupunktury „Prawo i życie", w którym można było znaleźć informacje o anatomii, fizjologii, patologii, terapii, opis igieł, kanałów energetycznych oraz topografię 295 punktów leczniczych.

Akupunktura osiągnęła status odrębnej specjalności medycznej za czasów dynastii Tang. W Cesarskim Kolegium Medycznym powstał poświęcony jej wydział, na którym studia trwały 7 lat. Rozwój akupunktury zakończyło objęcie władzy przez mandżurską dynastię Tsing w latach 1644 – 1912, która zarzuciła akupunkturze prymitywizm i znachorstwo. Jednak akupunktura nie tracąc swojej popularności praktykowana była w ukryciu aż do 1949 roku, kiedy to powstała Chińska Republika Ludowa i tradycyjne metody stanęły na równi z nowoczesnymi [2].

Obecnie w Chinach akupunktura jest bardzo popularną metodą leczenia. Wykładana jest na uczelniach medycznych oraz dostępna w większości klinik i przychodni. Prowadzone są liczne badania na jej temat. Dotarła ona również do Europy, gdzie cieszy się coraz większą popularnością [2].

Podstawowym pojęciem, na którym opiera się akupunktura, jest termin Qi, czyli niewidzialna energia życiowa krążąca po ciele człowieka, która jest niezbędna do prawidłowego funkcjonowania organizmu. Przy stosowaniu akupunktury ważna jest znajomość jej anatomii, która nie odpowiada rzeczywistym strukturom anatomicznym, oprócz nielicznych przypadków, kiedy południki pokrywają się z przebiegiem nerwów obwodowych. W skład anatomii akupunktury wchodzą kanały energetyczne, zwane

meridianami lub południkami, którymi przepływa energia życiowa Qi [1]. Tworzą one sferę oddziaływania pomiędzy organizmem a środowiskiem, w którym się on znajduje. Odpowiadają również za obronę organizmu przed zagrożeniem. Kolejnymi kanałami są meridiany główne, które przebiegają przez mięśnie i odżywiają większość tkanek. Meridiany wewnętrzne biegną z powierzchni ciała do głęboko położonych narządów. Pełnią rolę nośników energii wyprodukowanej przez narządy, która krąży po całym ciele. Wyróżnia się również ścieżki, zwane cudownymi meridianami, będące połączeniami między kanałami głównymi, które są źródłami energii w ekstremalnych sytuacjach deficytu lub nadmiaru Qi. Istnieje 12 parzystych i nieparzystych południków, których nazwy wywodzą się od nazw narządów oraz około tysiąc punktów nakłuć, z czego 365 zlokalizowanych jest wzdłuż wymienionych wyżej kanałów [3].

Organizm ludzki z perspektywy akupunktury to trzy główne, symetryczne obiegi krążenia, z których każdy utworzony jest z pary narządów: jednego narządu miąższowego Yin i jednego trzewnego Yang.

Narządy Yin to połowa, spośród 12 głównych, narządów w organizmie. Ich rolą jest wytworzenie energii. Drugą połowę tworzą narządy Yang, które zajmują się transportem substancji, krwi i wytworzonej energii do wszystkich organów i tkanek ciała. Narządy te ściśle ze sobą współpracują w celu zapewnienia stałego przepływu energii Qi. Patologia ma miejsce wówczas, gdy dochodzi do zaburzenia jej przepływu [3].

Przed zastosowaniem akupunktury bardzo ważne jest zapoznanie się z jej wskazaniami i przeciwwskazaniami. Podczas wyboru zabiegu należy określić stan organizmu oraz stadium choroby. Nie można pomijać współczesnych metod leczenia. Akupunktura swoje kluczowe zastosowanie ma w zaburzeniach czynnościowych, wówczas gdy zaburzenia w układach i narządach są jeszcze odwracalne oraz choroba występuje w młodym wieku i we wczesnych stadiach.

Dzięki akupunkturze można uzyskać pozytywne wyniki leczenia. Jednak należy pamiętać o tym, iż stosować ją powinni wyłącznie lekarze posiadający zarówno dużą wiedzę teoretyczną, jak i umiejętności praktyczne, ponieważ może ona wywołać liczne skutki uboczne [4].

Sesja terapeutyczna rozpoczyna się od postawienia diagnozy, na którą składa się: obserwacja, wywiad, badanie słuchem, węchem oraz dotykiem. Początkiem badania jest zebranie wywiadu, podczas którego dąży się do uzyskania informacji odnośnie stanu zdrowia pacjenta oraz problemów zdrowotnych, które go dotykają [3]. Pytania są szczegółowe, dotyczą stylu życia, aktywności fizycznej, pracy, zainteresowań pacjenta oraz jego rodziny, w tym chorób w niej występujących, doświadczeń z dzieciństwa oraz jego relacji pomiędzy jej członkami.

Następnym elementem są obserwacje, w których kluczowy jest wygląd zewnętrzny oraz postawa pacjenta. Obserwuje się cerę, oczy i język. Szczególnie istotny jest kolor cery pacjenta - cera blada kojarzona jest z brakiem harmonii i zimnem, kolor żółty związany jest z wilgocią, a czerwony z oznaką nadmiaru gorąca. Obserwuje się również oczy - jasne i błyszczące mówią o harmonii, a jeśli nie mają wyrazu lub blasku świadczy to o jej wyczerpaniu. Ogląda się również język, którego poszczególne obszary odpowiadają za konkretne narządy [3].

Kolejnym etapem jest badanie słuchem i węchem. Obserwacjom podlega sposób oddychania, mówienia, kaszlu, barwę głosu pacjenta oraz wydzielinę z ust chorego. Odstępstwa mogą świadczyć o braku równowagi [3].

Wykonywane na koniec badania dotykiem są najważniejsze. Składają się z dwóch etapów: badania skóry oraz dokładnego mierzenia pulsu. Podczas badania ważne jest, aby pacjent był zrelaksowany. Wykonuje się również tzw. japońską diagnozę brzuszną, która polega na uciskaniu brzucha w różnych miejscach, w celu sprawdzenia stanu poszczególnych narządów. Ponadto bada się także klatkę piersiową [5].

Celem potwierdzenia diagnozy, akupunkturzysta zapoznaje się również z badaniami medycznymi, jeśli są niewystarczające, zleca wykonanie nowych.

Na podstawie zebranych informacji zostaje postawiona diagnoza wskazująca najbardziej zaburzony narząd [5].

Następnie wybierany jest sposób leczenia mający na celu przywrócenie równowagi w ciele pacjenta.Reakcje na przeprowadzony zabieg są indywidualne dla każdego pacjenta. Możliwe jest wystąpienie senności, przypływu nowej siły lub zamroczenia. Działanie zabiegu z reguły odczuwalne jest po kilku dniach od jego wykonania. W przypadku bólu może dojść do jego zaniku od razu po zabiegu. Spotykane są także sytuacje, w których poprawa jest poprzedzona pogorszeniem stanu zdrowia. Wynika to z faktu, iż akupunktura wydobywa problemy psychiczne, umysłowe i emocjonalne [4].

Akupunktura jest metodą bardzo kontrowersyjną. Istnieje zarówno grono jej zwolenników, którzy uważają, że wspomaga ona leczenie argumentując się licznymi badania przeprowadzonymi na ten temat, jak i znaczna liczba jej przeciwników, przekonanych o jej związku z szarlatanerią i znachorstwem twierdzących, że jest ona niebezpieczna dla życia i zdrowia człowieka [6].

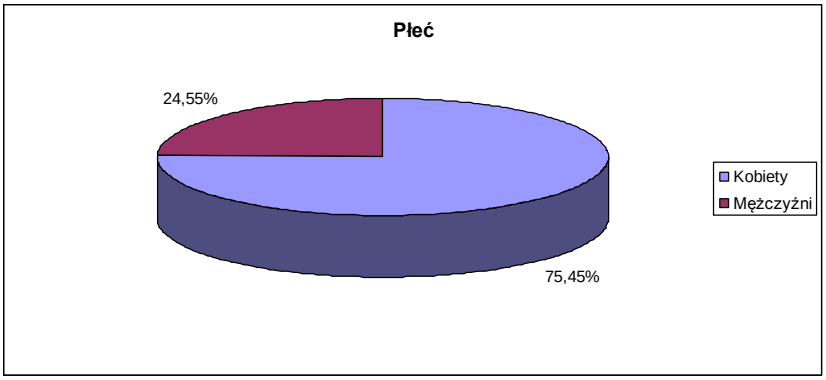
Celem pracy było sprawdzenie poziomu wiedzy na temat akupunktury przez studentów studiów licencjackich na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Materiały i metody

Badaniem objęto grupę 110 studentów studiów licencjackich z Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. W badaniu wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety składający się z dwóch części. Część podstawowa zawierała siedem pytań dotyczących płci, wieku, stanu cywilnego, kierunku studiów, miejsca zamieszkania, dochodów na jedną osobę w rodzinie oraz wyznania. W części szczegółowej ankietowani pytani byli o wiedzę na temat akupunktury, jej skutki uboczne, wskazania i przeciwwskazania do wykonania zabiegu, a także o możliwość zastąpienia medycyny stosowanej medycyną naturalną.

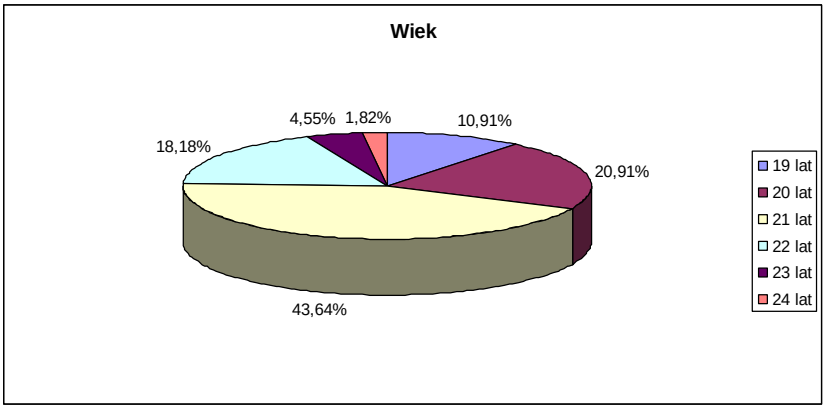
Wyniki

Część podstawowa



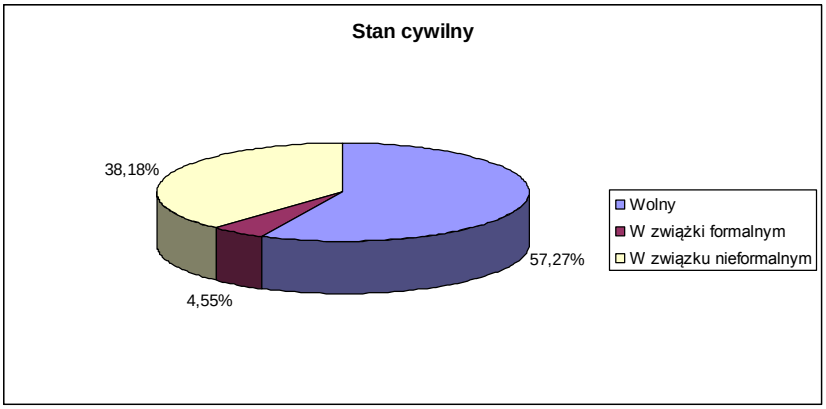
Rycina 1. Płeć ankietowanych

W badaniu wzięło udział 75,45% kobiet, i 24,55% mężczyzn. Podział ankietowanych ze względu na płeć przedstawia Rycina 1.



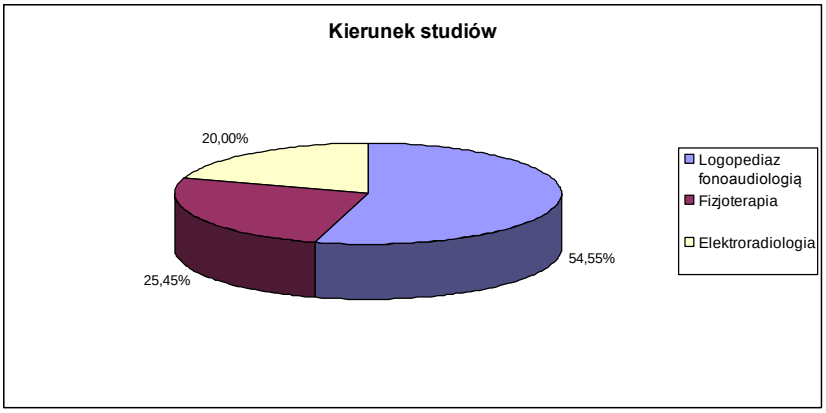
Rycina 2. Wiek ankietowanych

Największą grupę badanych - 43,64% stanowiły osoby w wieku 21 lat. Co piąty badany miał 20 lat, natomiast 18% miało 22 lata, 10,91% było w wieku 19 lat, 4,55% w wieku 23 lat, a 1,82% w wieku 24 lata. Rycina 2 obrazuje wiek respondentów.



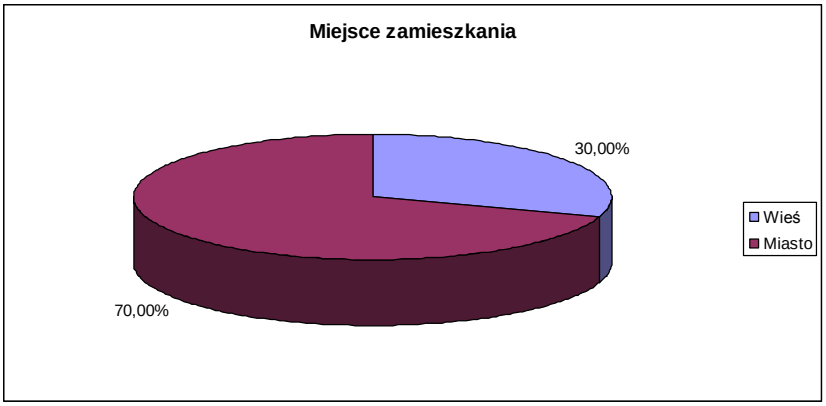
Rycina 3. Stan cywilny ankietowanych

Badaniem objęto 57,37% osób deklarujących stan wolny, w związku nieformalnym było 38,18% osób, a w związku formalnym jedynie 4,55% osób. Rycina 3 obrazuje stan cywilny badanych.



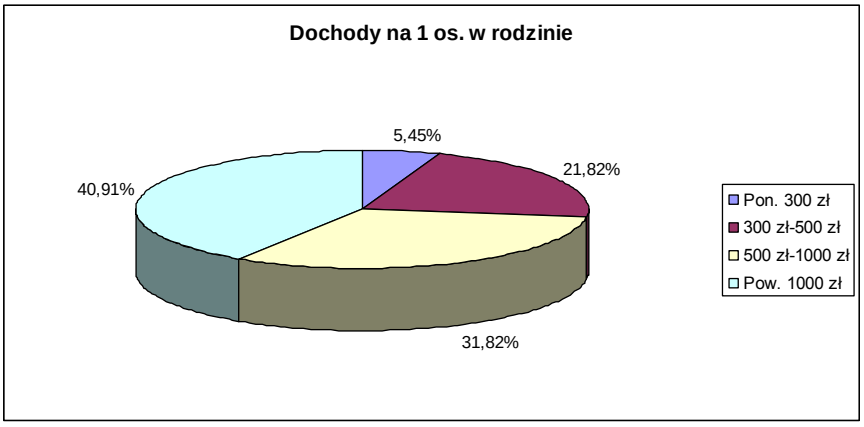
Rycina 4. Kierunek studiów ankietowanych

W ankiecie wzięło udział 110 osób z trzech kierunków studiów licencjackich na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Ponad połowa respondentów była z kierunku Logopedia z fonoaudiologią, co czwarty ankietowany był z kierunku fizjoterapia, a co piąty z Elektroradiologii. Na Rycinie 4 przedstawiono szczegółowe wyniki.



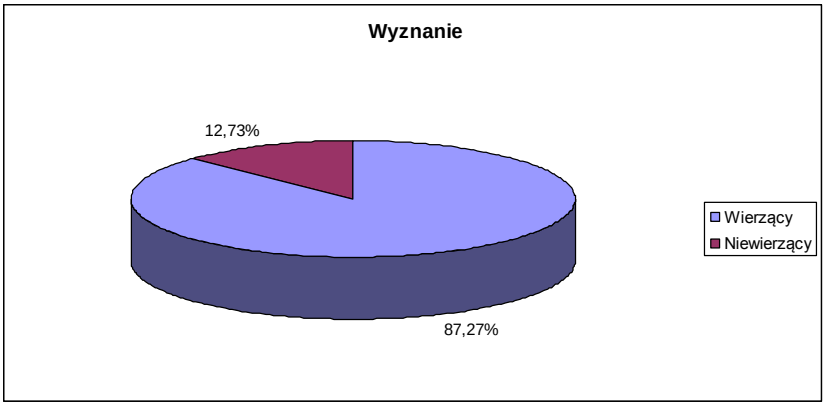
Rycina 5. Miejsce zamieszkania ankietowanych

70% respondentów zamieszkiwało miasto, a 30 % wieś. Miejsce zamieszkania ankietowanych prezentuje Rycina 5.



Rycina 6. Dochody na 1 osobę w rodzinie ankietowanych

Dochody powyżej 1000 złotych na jedną osobę w rodzinie zadeklarowało 40,91% osób, nieco niższe dochody, od 500-1000 zł zadeklarowało 31,82% osób, dochody nie niższe niż 300 zł, a nie wyższe niż 500 zł miało 21,82% osób, a dochody poniżej 300 zł zadeklarowało 5,45% ankietowanych. Rycina 6 przedstawia szczegółowe wyniki.

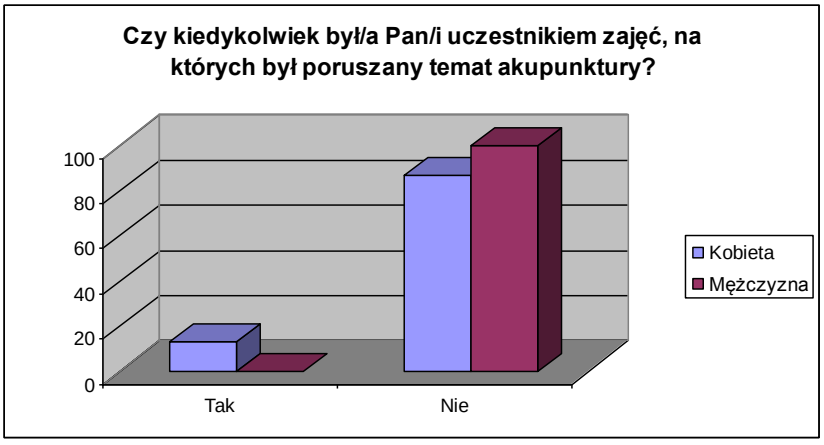


Rycina 7. Wyznanie ankietowanych

Wśród ankietowanych zdecydowana większość zadeklarowała, iż są osobami wierzącymi. Stosunek do wiary przedstawia Rycina 7.

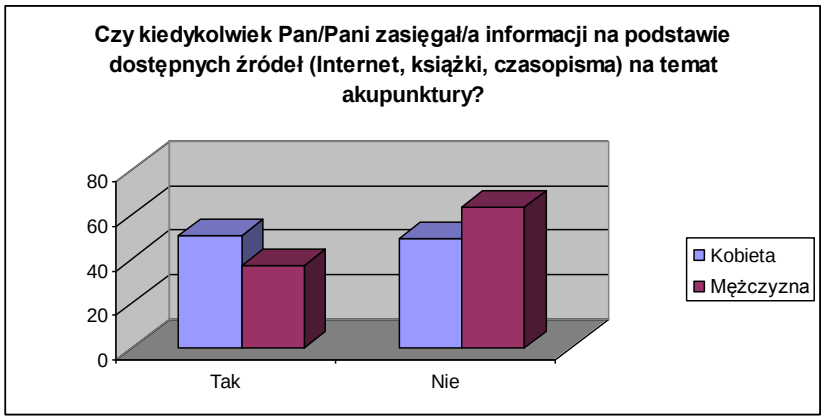
Część szczegółowa:

Na pierwsze zadane pytanie o uczestnictwo w zajęciach, na których był poruszany temat akupunktury, większość kobiet nie brała udziału w takich zajęciach. Wśród mężczyzn żaden nie był uczestnikiem takich zajęć. Wyniki prezentuje rycina 8.



Rycina 8. Uczestnictwo w zajęciach na temat akupunktury

Na drugie pytanie o zasięganie informacji na podstawie dostępnych źródeł (Internet, książki, czasopisma) na temat akupunktury połowa kobiet i 37,04% mężczyzn zasięgała takich informacji. Połowa kobiet i prawie dwie trzecie mężczyzn nie zasięgało żadnych informacji na temat akupunktury. Rycina 9 przedstawia wyniki.



Rycina 9. Zasięganie informacji na temat akupunktury

Ankietowani zapytani, na czym polega zabieg akupunktury, odpowiedzieli: 80,72% kobiet i 37,04% mężczyzn twierdziło, że na nakłuwaniu igłami punktów na ciele odpowiadających za narządy wewnętrzne. Według 10,84% kobiet i 37,04% mężczyzn jest to nakłuwanie igłami całego ciała, a według 2,41% kobiet i 7,41% mężczyzn to nakłuwanie igłami narządów wewnętrznych. 2,41% kobiet i 14,18% mężczyzn stwierdziło, że nie wie, na czym polega zabieg akupunktury. Jedna kobieta (1,2%) odpowiedziała, że akupunktura polega na innych zabiegach, a 2,41% kobiet i 3,7% mężczyzn stwierdzili, że akupunktura polega na nakłuwaniu igłami skóry w dowolnych miejscach. Wynik ilustruje Tabela 1.

Tabela 1. Istota zabiegu akupunktury

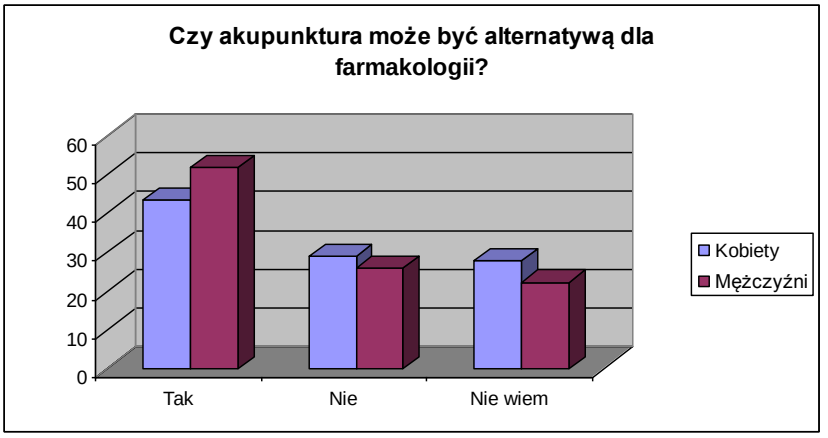
	Nakłuwanie igłami całego ciała		Nakłuwanie igłami narządów wewnętrznych		**Nakłuwanie igłami punktów na ciele odpowiadających za narządy wewnętrzne**		Nakłuwania igłami skóry w dowolnych miejscach		Akupunktura polega na innych zabiegach		Nie wiem	
	n	%	n	%	**n**	**%**	n	%	n	%	n	%
Kobieta	9	10,84	2	2,41	**67**	**80,72**	2	2,41	1	1,20	2	2,41
Mężczyzna	10	37,04	2	7,41	**10**	**37,04**	1	3,70	0	0,00	4	14,81

Na kolejne pytanie o możliwości wywołania zmian fizycznych w organizmie przez zabieg akupunktury połowa mieszkańców miasta i jedna trzecia mieszkańców wsi stwierdziła, że akupunktura może wywołać zmiany. Według 16,88% osób zamieszkujących miasto i 27,27% osób zamieszkujących wieś, wywołanie takich zmian nie jest możliwe. Natomiast 28,57% osób z miasta i 36,36% osób ze wsi powiedziało, że nie wie. Rycina 10 przedstawia wyniki.



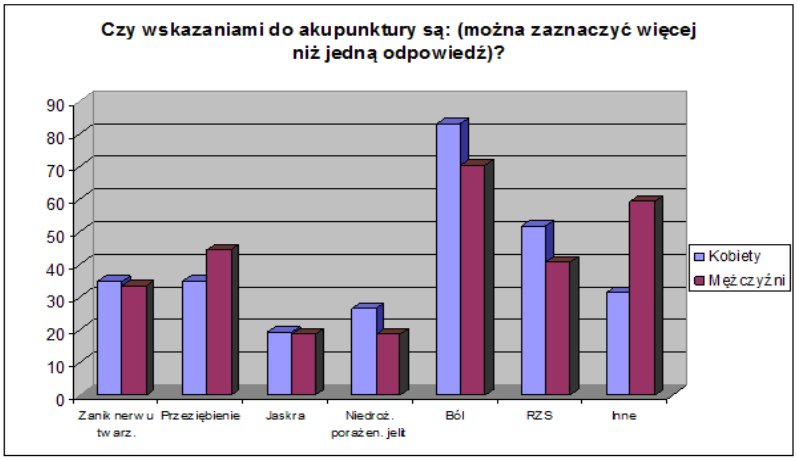
Rycina 10. Opinie na temat możliwości spowodowania zmian fizycznych w organizmie przez zabieg akupunktury

Na następne pytanie o możliwość alternatywy akupunktury do farmakologii, 43,37% ankietowanych kobiet i 51,58% mężczyzn potwierdziło taką możliwość, zaprzeczyło takiej ewentualności 28,92% kobiet i 25,93% mężczyzn, nie wiedziało 27,71% kobiet i 22,22% mężczyzn. Wyniki prezentuje Rycina 11.



Rycina 11. Opinie na temat zastąpienia farmakologii poprzez akupunkturę

Na pytanie o wskazania do akupunktury większość kobiet i mężczyzn odpowiedziało, że ból, ponad połowa kobiet i 40,74% mężczyzn odpowiedziało, że reumatoidalne zapalenie stawów, 34,94% kobiet i 44,44% mężczyzn, stwierdziło, że przeziębienie, 34,94% kobiet i 33,33% mężczyzn, powiedziało, że zanik nerwu twarzowego. 19,28% kobiet i 18,52% mężczyzn, opowiedziało się za jaskrą, a 26,51% kobiet i 18,52% mężczyzn, że niedrożność porażenna jelit. 31,33% kobiet i 59,26% mężczyzn stwierdziło, że mogą być inne wskazania do akupunktury (Rycina 12).



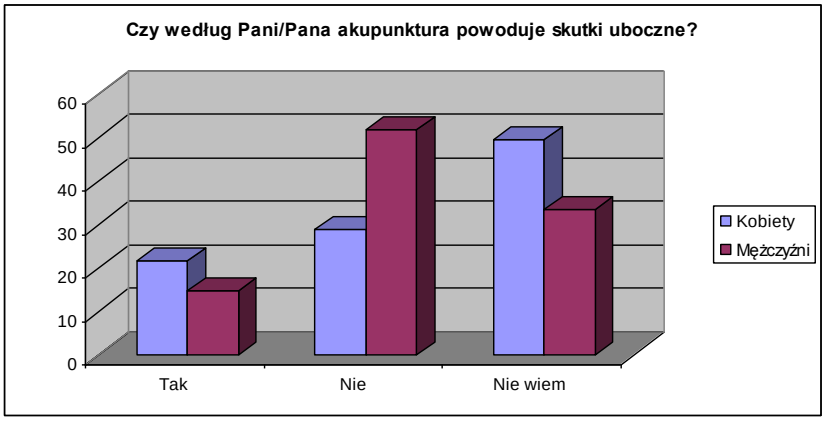
Rycina 12. Wskazania do akupunktury

Na pytanie o przeciwwskazania do stosowaniu akupunktury, 41,27% osób w stanie wolnym, 60% osoby w związku formalnym i 35,71% w związku nieformalnym odpowiedziało, że istnieją przeciwwskazania. Nie ma przeciwwskazań do akupunktury według 22,22% osób wolnych, 20% osób w związku formalnym i 21,43% osób w związku nieformalnym. Odpowiedzi „nie wiem" udzieliło 36,51% w stanie wolnym, 20% w związku formalnym i 42,86% w związku nieformalnym (Rycina 13).



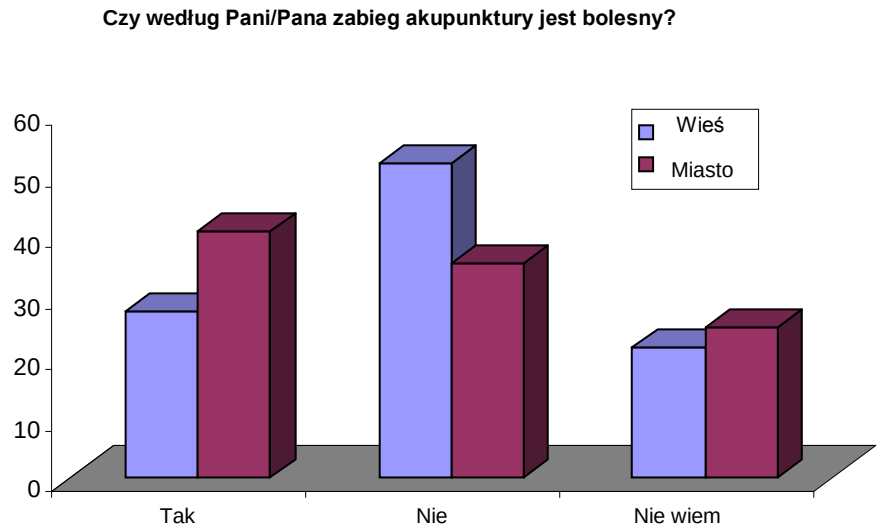
Rycina 13. Opinia ankietowanych o przeciwwskazaniach do akupunktury

Na kolejne pytanie o możliwość spowodowania skutków ubocznych zabiegiem akupunktury, 21,69% kobiet i 14,81% mężczyzn potwierdziło taką możliwość, zaprzeczyło natomiast 28,92% kobiet i ponad połowa mężczyzn, 49,40% kobiet i 33,33% mężczyzn odpowiedziało „nie wiem"(Rycina 14).



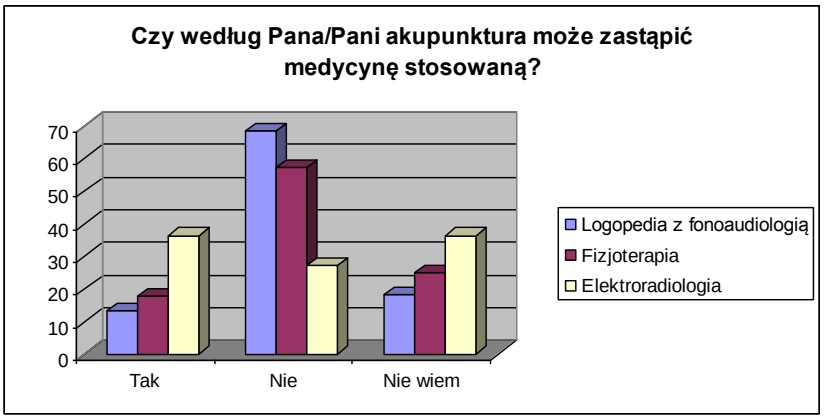
Rycina 14. Opinia o występowania skutków ubocznych akupunktury

Na pytanie o bolesność akupunktury, 27,27% mieszkańców wsi i 40,26% mieszkańców miasta odpowiedziało, iż akupunktura może wywoływać ból. Zaprzeczyło możliwości wystąpienia bólu ponad połowa osób zamieszkujących wieś i ponad jedna trzecia osób zamieszkujących miasto. 21,21% osób ze wsi i 24,68% osób z miasta odpowiedziało, że nie wie. Rycina 15 obrazuje wyniki.



Rycina 15. Opinia o bolesności akupunktury

Na ostatnie o możliwość zastąpienia medycyny stosowanej akupunkturą, takiej możliwości zaprzeczyło 68,33% osób z kierunku Logopedia z fonoaudiologią, 57,14% osób z kierunku fizjoterapia i 27,27% z kierunku Elektroradiologia. Takiej ewentualności nie wyklucza 13,33% studentów Logopedii z fonoaudiologią, 17,86% studentów Fizjoterapii i 8 36,36% studentów Elektroradiologii. Odpowiedź „nie wiem" zaznaczyło 18,33% osób z Logopedii z fonoaudiologią, 25% osób z Fizjoterapii i 36,36% osób z Elektroradiologii. Wyniki zaprezentowane są na Rycinie 16.



Rycina 16. Opinia o zastąpieniu medycyny stosowanej akupunkturą

Wnioski

1. Znaczna część respondentów odpowiedziała, że nie uczestniczyła nigdy w zajęciach, na których poruszony był temat akupunktury.
2. Więcej kobiet w porównaniu z mężczyznami zasięgnęło informacji na temat akupunktury w dostępnych źródłach informacji.
3. Znaczna część ankietowanych znała prawidłową technikę wykonania akupunktury odpowiadając, że zabieg polega na nakłuwaniu igłami punktów na ciele odpowiadających za narządy wewnętrzne.
4. Nieznaczna liczba respondentów nie wie, na czym polega zabieg akupunktury.
5. Znaczna część badanych uważa, że zabieg akupunktury może powodować zmiany fizyczne w organizmie.
6. Ankietowani w znacznym stopniu stwierdzili, że zabieg akupunktury może być alternatywą dla farmakologii.
7. Przeważająca część badanych zna wskazania do wykonywania akupunktury.
8. Większość respondentów nie wie o tym, czy istnieją wskazania do akupunktury.
9. Wyraźna większość osób zamieszkujących wieś uważa, że zabieg akupunktury nie boli, w przeciwieństwie do mieszkańców miasta; którzy odpowiedzieli, że jest to zabieg bolesny.
10. Studenci wszystkich kierunków w znacznej większości stwierdzili, że akupunktura nie może stanowić alternatywy dla medycyny stosowanej.

Dyskusja

Szukając w zasobach biblioteki Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Uniwersytetu w Białymstoku oraz na stronach internetowych, jakich jak strona Polskiego Towarzystwa Akupunktury nie zaleźliśmy badań o podobnej tematyce. Biorąc pod uwagę brak takich badań, zastanawiający jest sens wykonania powyższego badania. Czy badania o wiedzy na temat akupunktury są niepotrzebne? Medycyna chińska rozwinęła się setki lat temu, przez lata przenikała do kultury zachodu, a co tak naprawdę o niej wiemy. Większość ludzi twierdzi, że zna pojęcie akupunktury, jest wszechobecne, jednak czy mogą powiedzieć, że wiedzą, czym jest owa akupunktura? Wiele osób poddaje się zabiegowi, nie wiedząc dokładnie, na co się decydują.

Skoro zabiegi akupunktury są tak wszechobecne, to dlaczego tak mała część osób badanych potrafi prawidłowo określić wskazania i przeciwwskazania do wykonania takiego zabiegu?

Zastanawiający jest fakt, że większość ankietowanych stwierdziło, że farmakologię można zastąpić akupunkturą. Czy studenci medycznych kierunków studiów wiedzą o tym, że przy zabiegach akupunktury stosuje się napary i olejki ziołowe? Czy nie dzięki znajomości ziół i rozwojowi technologii powstała znana nam obecnie farmakologia? Do dziś lekami na wiele schorzeń są różnorakie preparaty i mieszanki ziołowe.

Powyższe badania pokazują, jak wiele braków istnieje w wiedzy młodych medyków na temat innych rodzajów medycyny. Może należało by zastanowić się nad wprowadzeniem nowego przedmiotu do programu nauczania, na którym studenci mogliby poznać inne sposoby leczenia, np. medycynę naturalną, niż te znane w kulturze

zachodu? Czy wiedza taka byłaby zbędna? Biorąc pod uwagę stale rosnącą liczbę osób poddających się zabiegom akupunktury wydaje się, że co raz większymi krokami wkracza ona na arenę medyczną zachodu. W związku z tym, czy młody człowiek wychodzący z Uniwersytetu z wyższym wykształceniem nie powinien przynajmniej orientować się w istniejących innych sposobach leczenia? To pytanie pozostanie bez odpowiedzi prawdopodobnie na wiele kolejnych lat.

Piśmiennictwo

1. Szczęśniewski M.: Podstawy akupunktury, Wyd, Medycyny Naturalnej, Koszalin, 1991.
2. Operacz H.: Zasady akupunktury: teoria i praktyka, Kantor Wyd, SAWW, Poznań, 1993.
3. Jonas W.B., Levin J.S.: Podstawy medycyny komplementarnej i alternatywnej, Universitas, Kraków, 2000.
4. Janicki K., Rewerski W.: Medycyna naturalna. Wyd, Lek. PZWL, Warszawa, 1990.
5. Lavery S.: Encyklopedia medycyny naturalnej, PASCAL, Warszawa, 1997.
6. Kossowski O.: Problemy etyczno-deontologiczne lekarza leczącego akupunkturą, Sztuka leczenia, 1998.
7. Zwoliński A.: Leksykon współczesnych zagrożeń duchowych, WAM, 2009.
8. Popowicz D.: Akupresura w praktyce, Internetowe Wyd, Złote Myśli, Poznań, 2005.
9. http://www.akupunktura-wroclaw.pl/46/Praktyka.html, data pobrania 6.05.2012.

Sienkiewicz Zofia, Gołębiowska Renata, Paszek Teresa, Imiela Jacek

Rola pielęgniarki w opiece nad chorym umierającym

Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wprowadzenie

Opieka pielęgniarska nad chorymi umierającymi to nie tylko realizacja czynności zawodowych, ale również przygotowanie podopiecznych do śmierci. W opiece nad chorym umierającym często pojawia się myślenie śmierci - jest ona faktem dotyczącym każdej żywej istoty, od urodzenia jest wpisana w przeznaczenie każdego z nas i jest zjawiskiem tak indywidualnym, że każdy musi doświadczyć jej sam [1]. Pielęgniarki/pielęgniarze sprawując opiekę nad chorymi umierającymi nie tylko wykonują obowiązki zawodowe ale stają się osobami przygotowującymi swoich podopiecznych do śmierci – choć nie zawsze zespół sam jest do tego dobrze przygotowane.

Umieranie jest procesem, który przebiega w czasie i przestrzeni. Rozpoczyna się, gdy choroba zostanie uznana jako nieuleczalna za pomocą metod dostępnych w medycynie. Rokowanie pacjenta jest niepomyślne i oznacza śmierć chorego w określonym czasie. W procesie umierania uczestniczy rodzina oraz osoby świadczące opiekę nad umierającym [1, 2].

Człowiek umierający ma prawo do: naturalnej, godnej i świadomej śmierci, umierania we własnym domu, a jeśli to niemożliwe - nie w izolacji i w osamotnieniu, rzetelnej informacji o stanie swego zdrowia i udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego osoby, zwalczania fizycznego bólu i innych dolegliwości, troski i pielęgnacji z poszanowaniem jego ludzkiej godności, otwartego wyrażania swoich uczuć, zwłaszcza na temat cierpienia i śmierci, swobodnego kontaktu z rodziną i bliskimi, pomocy psychologicznej i wsparcia duchowego zgodnego ze swymi przekonaniami, niezgody na uporczywą terapię przedłużającą umieranie, zapewnienia należnego szacunku dla swojego ciała po śmierci [3].

Cel pracy

Celem pracy była analiza roli pielęgniarki w sprawowaniu opieki nad chorym umierającym. Realizując cel pracy szukano odpowiedzi na pytanie, czy zespół pielęgniarek/pielęgniarzy jest gotowy do podejmowania szybkich decyzji związanych z rozwiązywaniem problemów chorych umierających.

Materiał i metody

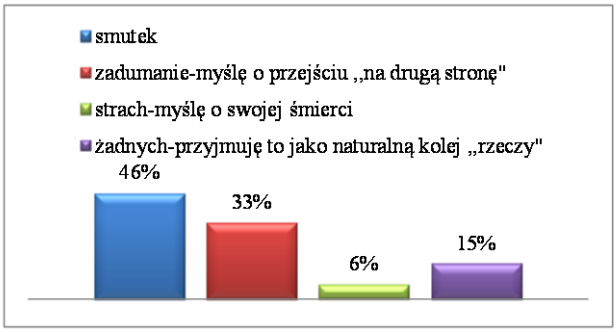
Badania przeprowadzono w 2010 roku wśród studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, studiów niestacjonarnych pierwszego oraz stacjonarnych i niestacjonarnych drugiego stopnia, pracujących w oddziale internistycznym, onko-

logicznym i w hospicjach.

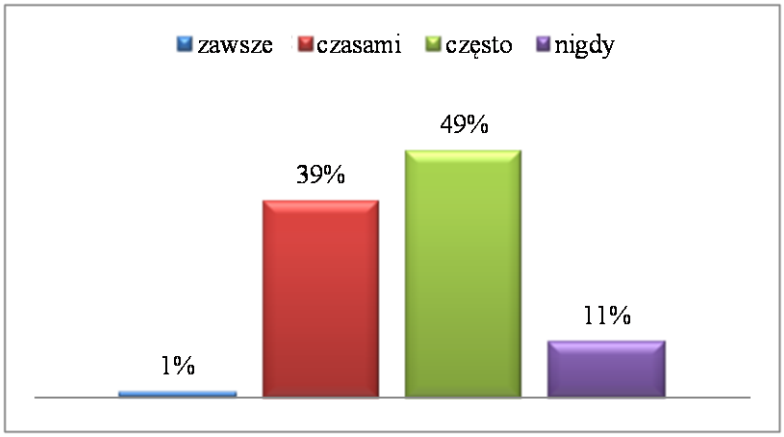
Metodą badawczą, jaką zastosowano w pracy był kwestionariusz ankiety, który zawierał 20 pytań. Badania przeprowadzono po uzyskaniu zgody dyrektora szpitala i kierownika hospicjum. Przed przystąpieniem do badań poinformowano respondentów o celu badań i dobrowolnym w nich udziale. Część wstępna ankiety dotyczyła danych socjologicznych, w których znalazły się pytania dotyczące płci, wieku, lat pracy z ciężko chorymi, w jakiej placówce osoba badana pracuje oraz co zdecydowało, że podjęła taki rodzaj pracy. Druga część ankiety zawierała pytania, które pozwoliły uzyskać uzyskanie informacji na temat pracy pielęgniarek/pielęgniarzy z chorymi umierającymi. Pytania szczegółowe dotyczyły: rozmów na temat śmierci, obcowania ze śmiercią, emocji jakie wzbudza obecność przy zgonie pacjenta, postrzegania śmierci przez pacjentów, czego boją się najbardziej, zadań, które personel uważa za najważniejsze, trudności w pracy z nieuleczalnie chorymi, umierającymi, przestrzegania standardów postępowania w opiece nad chorymi.

Wyniki

Będąc świadkiem zgonu pacjenta 46% personelu pielęgniarskiego, która wzięła udział w badaniu odczuwała smutek. W zadumę popadało 33% i myśli o przejściu na „drugą stronę". Jako naturalną kolej „rzeczy" śmierć pacjenta odbierało 15% ankietowanych i nie odczuwało żadnych emocji, ale 6% odczuwało silne emocje, które wzbudzały strach oraz myśli o swojej śmierci.

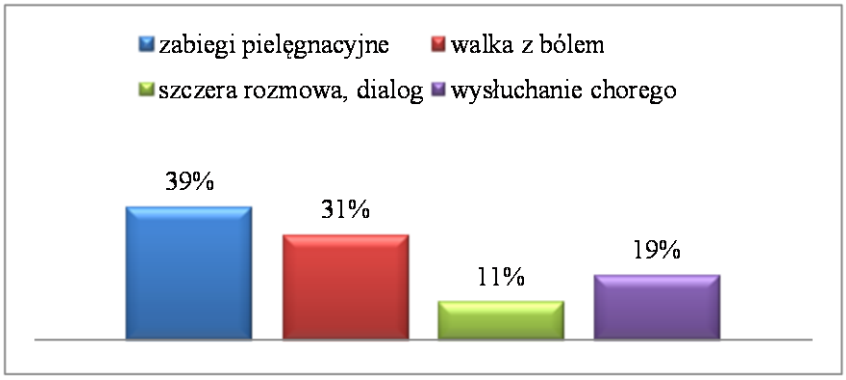


Rycina 1. Emocje występujące przy zgonie pacjenta



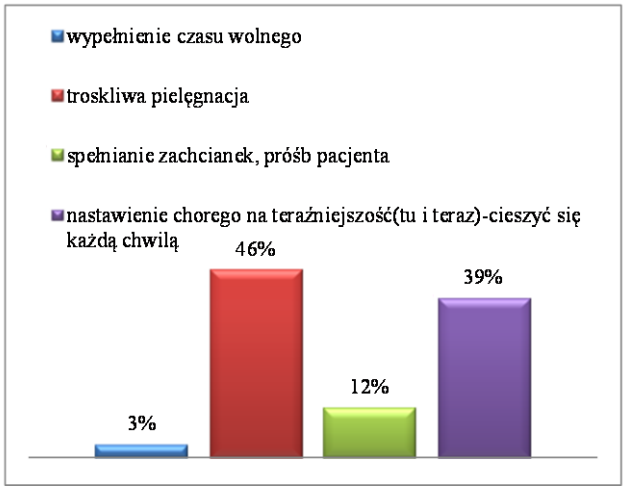
Rycina 2. Odczucie personelu związane ze śmiercią

Prawie połowa respondentów – 49% uważała, że w obecności śmierci swoich podopiecznych ma wrażenie, że nie wszystko dało się zrobić, a 39%, że czasami miało takie odczucie. Zdecydowana mniejszość 11% wskazała odpowiedź, że nigdy nie miała wrażenia, że można było zrobić więcej w obliczu śmierci chorego. Tylko 1% badanych zawsze miała poczucie, że można było zrobić jeszcze, aby przedłużyć życie pacjenta.



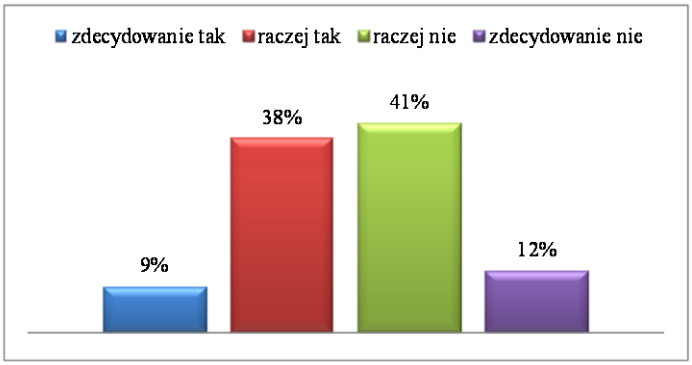
Rycina 3. Zadania realizowane przez pielęgniarkę/ pielęgniarza w opiece nad umierającym

Spośród ankietowanych 39% uważało, że w codziennej pracy poprzez zabiegi pielęgnacyjne najbardziej pomaga pacjentom. Druga grupa 31% za najważniejsze wskazała walkę z bólem, natomiast trzecia 19% wysłuchanie chorego. Najmniejsza grupa 11% postrzegała swoją największa pomoc w szczerej rozmowie, dialogu z podopiecznym.



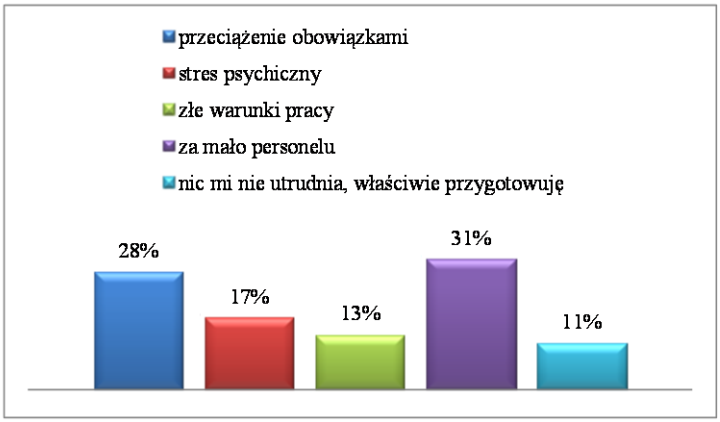
Rycina 4. Zadania personelu w poprawianiu jakości życia nieuleczalnie chorych

W badanej grupie 46% ankietowanych poprzez troskliwą pielęgnację poprawiała jakość życia swoich pacjentów, 39% przez nastawienie chorego na teraźniejszość, aby cieszyli się każdą chwilą. Spełnianie zachcianek, próśb chorego 12% wskazało, jako czynnik poprzez który mogą poprawić jakość życia podopiecznych, a tylko 3% wypełnienie czasu wolnego.



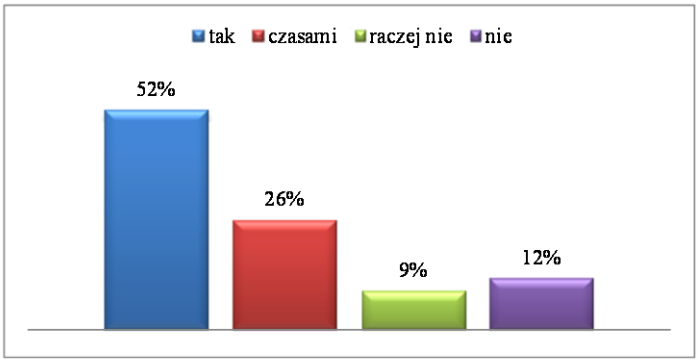
Rycina 5. Możliwości personelu w zakresie przygotowania chorego do śmierci.

W grupie 41% badanych raczej nie było w stanie przygotować swoich podopiecznych na śmierć. 38% uważało, że raczej tak, 9% zdecydowanie tak, a 12% stwierdzało, że zdecydowanie nie jest w stanie przygotować pacjenta na śmierć.



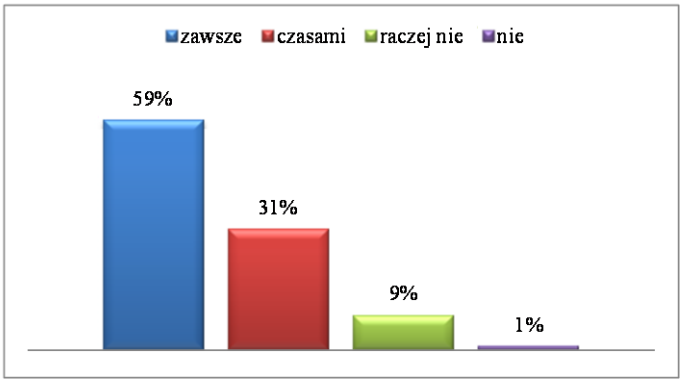
Rycina 6. Utrudnienia związane z przygotowaniem do śmierci

W codziennej opiece nad terminalnie chorymi ankietowani napotykali wiele trudności. Za najbardziej uciążliwą 31% wskazało niedobór personelu. W przypadku 28% najbardziej utrudniało właściwe przygotowanie chorego do śmierci przeciążenie obowiązkami, u 17% stres psychiczny, a 13% wskazało złe warunki pracy. Wśród badanych jest również 11% osób, którym nic nie utrudniało opieki na pacjentami i właściwie przygotowują je do śmierci.



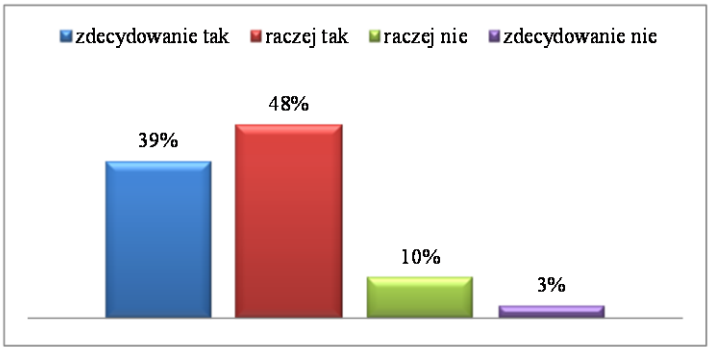
Rycina 7. Występowanie w placówce standardów i procedur przygotowujących do śmierci

W placówkach ochrony zdrowia wdrażane było standardy, procedury pielęgnowania nieuleczalnie chorych w 52% ankietowanych osób, w 26% - czasami, a w 12% nie były przestrzegane standardy, a w 9% - raczej nie.



Rycina 8. Możliwości zakładu pracy w zapewnieniu godnych warunków śmierci

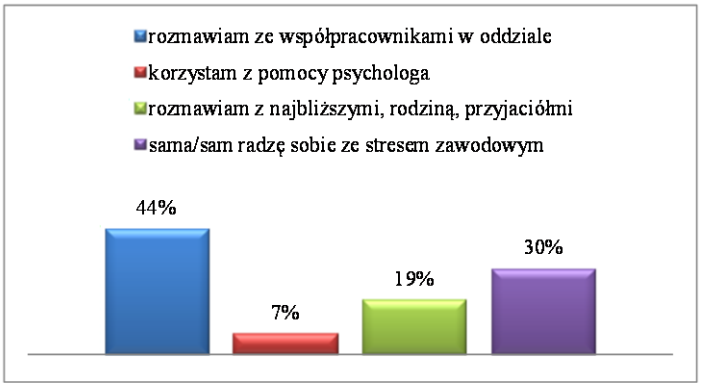
Duża grupa badanych 59% stwierdziła, że w placówce w której pracuje było przestrzegane, aby chory umarł w godnych warunkach, ciszy i spokoju. Odpowiedź „czasami" zaznaczyło 31% osób a „raczej nie" 9%. Najmniej, 1% stwierdziła, że nie przestrzega się godnych warunków umierania.



Rycina 9. Przestrzeganie przez personel zasad przyjętych w religii umierającego

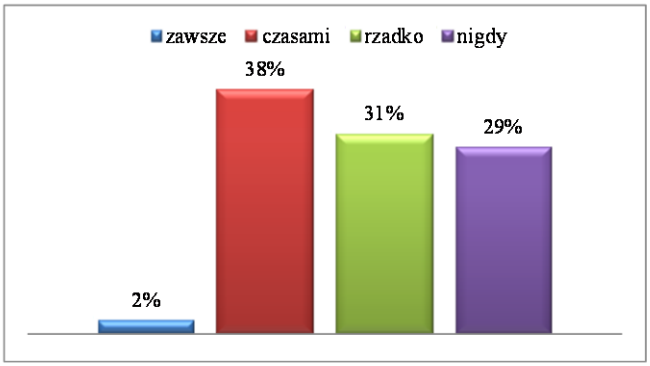
Spośród ankietowanych 48% odpowiedziało, że w placówce w której pracowali przestrzegało się zasad przyjętych w religii umierającego. Następna grupa obejmowała

39% badanych, gdzie zdecydowanie przestrzegało się tych zasad, 10% raczej tak. Najmniejsza grupa 3% zaznaczyła odpowiedź w ankiecie, że nie bierze się pod uwagę rytuałów religijnych umierającego pacjenta.



Rycina 10. Sposoby radzenia sobie ze stresem związanym ze śmiercią przez personel

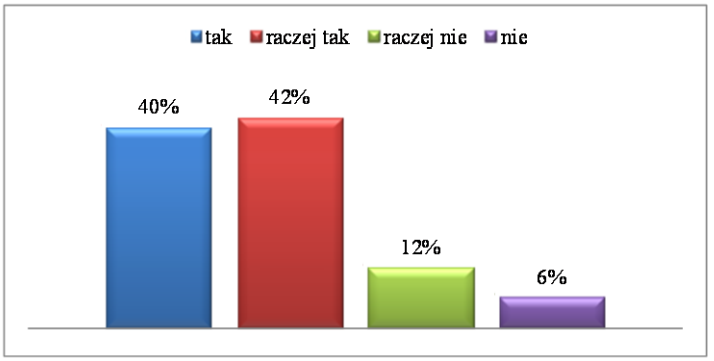
Personel pielęgniarski pracujący z ciężko chorymi w przeprowadzonej ankiecie wykazał, że ze stresem zawodowym radzi sobie poprzez rozmowę ze współpracownikami w oddziale i jest to 44% badanych. Również liczna grupa – 30% sama sobie radzi ze stresem w codziennej pracy. Natomiast 19% rozmawia z najbliższymi, przyjaciółmi, swoja rodziną. Najmniejszą grupę 7% stanowią osoby, które korzystają z pomocy psychologa.



Rycina 11. Potrzeba kontaktu z psychologiem w zakładzie pracy

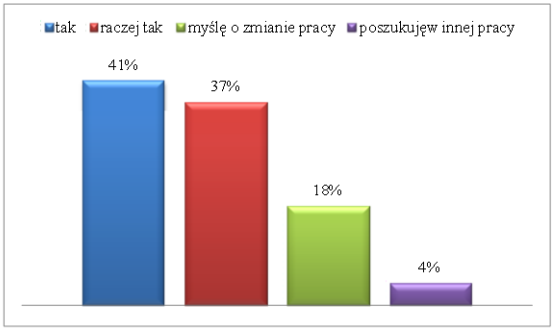
W codziennej pracy pomoc ze strony psychologa czasami odczuwało 38% ankietowanych, 31% rzadko, 29% nigdy. Mała grupa 2% przyznała się, że zawsze czuła

dla siebie potrzebę pomocy psychologa.



Rycina 12. Uczestniczenie w szkoleniach a radzenie sobie w trudnych sytuacjach

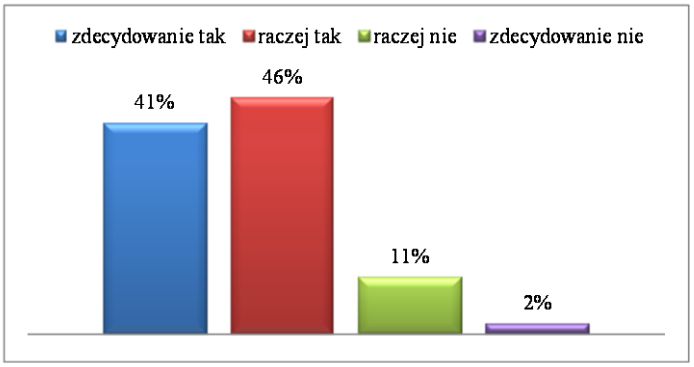
Wśród badanych 42% uznało, że raczej tak - szkolenia i kursy pomagają im w rozwiązywaniu trudnych sytuacji związanych ze śmiercią pacjentów. W przypadku 40% była odpowiedź, że zdecydowanie tak. 12% uważało, że raczej nie pomagają, a 6% stwierdziło, że kursy i szkolenia zupełnie nie pomagają im w codziennej pracy, w rozwiązywaniu problemów zawodowych.



Rycina 13. Decyzja personelu o dalszej pracy z nieuleczalnie chorymi

Dalszą pracę z nieuleczalnie chorymi 41% widziało badanych, a 37%, że raczej tak. O zmianie pracy myślało 18% ankietowanych pielęgniarek/pielęgniarzy, natomiast 4% poszukiwało innej pracy

.



Rycina 14. Postrzeganie pracy z nieuleczalnie chorym jako wyzwanie dla pielęgniarek.

Pracę z nieuleczalnie chorym, jako wyzwanie dla pielęgniarek widziało 87% badanych (46% raczej tak i 41% zdecydowanie tak), 11% raczej nie, a 2% zdecydowanie nie.

Tabela 1. Płeć, wiek, staż pracy a praca w placówkach z nieuleczalnie chorymi.

ODDZIAŁ	PŁEĆ		WIEK					STAŻ PRACY Z CIĘŻKO CHORYMI				
	K	M	do 30 lat	31-40	41-50	51-60	po-nad 60 lat	do 5 lat	6-10	11-20	21-30	po-nad 30 lat
Interna	30	2	1	8	16	7	0	2	10	11	7	2
Onkologia	30	4	3	11	15	5	0	9	6	15	2	2
Hospicjum	31	3	6	12	12	3	1	16	16	1	1	0

W oddziale internistycznym i onkologicznym przeważająca liczba pracowników była w przedziale wiekowym 41-50 lat, ze stażem pracy 11-20 lat. W hospicjum pracowała najmłodsza kadra, jeżeli chodzi o staż pracy - do 5lat i 6-10 lat, w wieku 31-40 oraz 41-50 lat. Nie było ani jednej osoby, która pracowałaby tam ponad 30 lat, w przeciwieństwie do oddziału internistycznego i onkologicznego, gdzie znalazły się po dwie osoby w każdym z tych oddziałów z takim stażem pracy.

Tabela 2. Miejsce pracy a decyzja o wyborze pracy z ciężko chorymi

ODDZIAŁ	Co w Pani/Pana przypadku zdecydowało o podjęciu pracy z ciężko chorymi?		
	zawsze chciałam/łem pomagać ciężko chorym	przypadek	nie wiem
INTERNA	11	18	3
ONKOLOGIA	8	24	2
HOSPICJUM	20	11	3

Decyzja o wyborze pracy w placówce, w której było bardzo duże prawdopodobieństwo, że pacjenta nie da się uratować była różna. Większość ankietowanych pracujących w hospicjum zawsze chciała pomagać ciężko chorym. Natomiast w oddziale internistycznym i onkologii o podjęciu pracy w tych miejscach najczęściej zdecydował przypadek.

Tabela 3. Obawy pacjentów związane ze śmiercią a postrzeganie śmierci

Czego pacjenci boją się najbardziej?	Pani/Pana pacjenci postrzegają śmierć jako:			
	karę	uwolnienie od bólu	uwolnienie od cierpienia psychicznego	następny etap życia
nieuchronności śmierci	1	10	2	6
cierpienia psychicznego	2	0	2	3
bólu	5	28	6	11
umierania w samotności	3	11	5	5

Czynnikiem, który wywoływał największe obawy, niepokój u chorych terminalnie był ból, a śmierć przez tych chorych była postrzegana jako uwolnienie od bólu. Była również znaczna grupa pacjentów, którzy również najbardziej bali się bólu i umierania w samotności ale śmierć widzieli jako następny etap życia.

Tabela 7. Przygotowanie do śmierci a utrudnienia

Czy uważa Pani/Pan, że jest w stanie przygotować podopiecznego na śmierć ?	Co najbardziej utrudnia Pani/Panu właściwe przygotowanie do śmierci chorych w stanie terminalnym ?				
	przeciążenie obowiązkami	stres psychiczny	złe warunki pracy	za mało personelu	nic mi nie utrudnia, właściwie przygotowuje

tak	1	0	1	1	6
raczej tak	11	7	2	15	3
raczej nie	16	10	7	8	0
nie	1	0	3	8	0

Większość respondentów uważała, że raczej nie była w stanie przygotować chorego do śmierć z powodu przeciążenia obowiązkami, stresu psychicznego oraz za małej ilości personelu. Grupa następna, która wskazała, że raczej tak, jest w stanie przygotować podopiecznego do śmierci również największe trudności w tym przygotowaniu widzi w małej ilości personelu i przeciążeniu obowiązkami. Były również osoby ankietowane, które uważały, że tak, są w stanie przygotować swoich podopiecznych do śmierci i nie widziały żadnych przeszkód, nic im nie utrudniało spełnienia tego zadania.

Tabela 8. Miejsce pracy a godne warunki umierania

ODDZIAŁ	Czy w placówce, której Pani/Pan pracuje zwracana jest uwaga, na to, aby chory umarł w godnych warunkach, ciszy, spokoju?			
	zawsze	czasami	raczej nie	nie
INTERNA	11	17	3	1
ONKOLOGIA	20	9	5	0
HOSPICJUM	28	5	1	0

Osoby, które pracowały w hospicjum wskazały swoją placówkę jako miejsce gdzie prawie zawsze zwracana jest uwaga na to, by chory umarł w godnych warunkach. Również w oddziale onkologii znaczna liczba respondentów podzieliła takie zdanie. Pracownicy oddziału internistycznego uważali w większości, że tylko czasami przestrzega się zasady, by pacjent odszedł w ciszy i spokoju, a jedna osoba pracująca w tym oddziale stwierdziła, że nie przestrzega się godnych warunków śmierci pacjenta.

Dyskusja

Śmierć zawsze towarzyszyła i towarzyszy ludziom, bez względu na wiarę, pozycję społeczną, majętność – przed nią nikt się nie uchroni. Odnosząc się do kart historii zazwyczaj następowała w domu pod opieką najbliższych i była zjawiskiem naturalnym. Obecnie część pacjentów ostatnie dni życia spędza w domu, jednak coraz częściej miejscem umierania staje się szpital, dom pomocy społecznej, zakład opiekuńczo – leczniczy, hospicjum. Do tych placówek trafiają osoby, dla których ze względu na charakter i zaawansowanie choroby medycyna nie może pomóc a wymagają jedynie opieki pielęgnacyjnej, której najbliższe otoczenie nie jest w stanie zapewnić.

Wśród badanych w grupie wiekowej 41-50 lat – były 43 osoby. Wyniki te pokrywają się z danymi przedstawionymi w 2010r. przez lubelski oddział Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, które wykazały, iż

średnia wieku pielęgniarek zarejestrowanych w tym oddziale wynosi 45-47 lat [4]. Następne grupy ankietowanych klasyfikowały się w przedziale wiekowym do 30 oraz 31-40 lat po 31 osób w każdej, co łącznie daje około 60% respondentów. Uważamy, że wpływ na takie wyniki ma charakter pracy z nieuleczalnie chorymi. Bezspornie jest to praca bardzo obciążająca fizycznie oraz psychicznie i dlatego jest młoda kadra.

W badaniach uwzględniono pielęgniarki/pielęgniarzy pracujących w oddziale interny (n=32), onkologii (n=34) oraz hospicjum (n=34). W tych miejscach przebywa najwięcej nieuleczalnie chorych. Ponad połowa ankietowanych przyznała, że o wyborze ich miejsca pracy zadecydował przypadek, ale również znacząca część wskazała, że zawsze chciała pracować z ciężko chorymi. Świadomie podejmując taką decyzję ukierunkowali swoje działania i wysiłki zawodowe na pomaganie ludziom w najcięższej próbie ich życia.

Najbardziej profesjonalnym i odpowiednim miejscem do przygotowania podopiecznego do śmierci jest hospicjum, gdzie wysiłki personelu są skierowane na troskliwą opiekę na rzecz pacjenta, któremu medycyna nie może już pomóc. Niestety takich placówek jest za mało w stosunku do potrzeb i dlatego wielu ciężko chorych jest hospitalizowanych w oddziałach szpitalnych, a pielęgniarki tam pracujące stają się osobami przygotowującymi do śmierci zarówno pacjenta jak i rodzinę. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w 2008 roku w Polsce zarejestrowane były 64 placówki hospicyjne z liczbą łóżek 964, natomiast liczba pacjentów objętych opieką w tych placówkach to 14469 chorych [3,4]. W ciągu roku w Polsce umiera 80 tysięcy chorych na nowotwory złośliwe oraz 350 tysięcy osób z powodu innych chorób przewlekłych [5]. Z danych statystycznych wynika jasno, że placówek niosących pomoc nieuleczalnie chorym jest zdecydowanie za mało.

Potrzeby chorego terminalnie zawierają się w sferze emocjonalnej, jak również fizycznej. Najważniejsze w opiec jest uświadomienie sobie jak ważną rolę odgrywa personel pielęgniarski i jakie ma przed sobą zadania. Pielęgniarka powinna zdać sobie z tego sprawę i modyfikować swoje postępowanie indywidualnie do każdego podopiecznego uwzględniając jego potrzeby, które wraz z postępem choroby zmieniają się często z dnia na dzień, a nawet z godziny na godzinę [2, 6]. Poprzez swoją postawę, zachowanie, pielęgnację staje się osobą najbliższą pacjentowi, który często powierza jej swoje upodobania, zwyczaje, myśli, obawy, sekrety. Szuka u pielęgniarki oparcia psychicznego, a czasami tylko tego, żeby była blisko, wysłuchała i dawała poczucie bezpieczeństwa [5]. Zdarza się również, że pielęgniarka pomaga choremu i rodzinie w komunikowaniu się między sobą. Z powyższych przytoczonych zdań wynika, że pielęgniarka odgrywa znaczącą rolę w przygotowaniu chorego do śmierci.

Zdarza się, że dla pielęgniarek czynności zawodowe są tak bardzo powszednie, że w ich wykonywaniu popadają w rutynę i robią je automatycznie. W pracy z terminalnie z chorymi oprócz zadań zawodowych codziennością jest śmierć podopiecznych, ale jak wynika z przeprowadzonych badań nie można się do niej przyzwyczaić i wiele osób ankietowanych za każdym razem przeżywa śmierć pacjenta inaczej, odczuwając głównie smutek. Popadają również w zadumanie oraz myślą o przejściu na drugą stronę". Najmniej ankietowanych odczuwa strach i myśli o swojej śmierci.

Każda osoba rozpoczynająca karierę zawodową chciałaby, aby jej wysiłek był ukierunkowany na wyzdrowienie pacjenta i satysfakcję, że są widoczne efekty jej działań tj. poprawa stanu ogólnego lub najlepiej zupełny powrót do zdrowia. Jednak dobrze wiemy, że nie ma leku na wieczne życie. Należy pamiętać o bardzo delikatnej granicy pomiędzy przedłużaniem życia, a przedłużaniem umierania, agonii. Stosowanie

uporczywej terapii przysparza pacjentowi i jego rodzinie dodatkowego cierpienia. W związku z tym w opiece nad umierającym i w obliczu jego śmierci pielęgniarski mogą mieć wrażenie, że nie wszystko dało się zrobić. A przecież to, czego się od nich wymaga zawiera się w granicach fachowości odnośnie pielęgnowania i aspektów psychologicznych zawodu. Opiece pielęgniarek jest powierzony człowiek, który jest poddawany najcięższej próbie. Starają się wykonywać swoją pracę jak najlepiej potrafią, zgodnie z wiedzą i doświadczeniem.

Każdy człowiek ma swoje prawa, dotyczy to również chorych nieuleczalnie. Zawarte są w Karcie Praw Pacjenta. Pacjent ma prawo do rzetelnej informacji na temat swojej choroby, planowanym leczeniu, możliwości wystąpienia powikłań oraz rokowaniu. Wola pacjenta czasami może doprowadzać do sytuacji, w której musimy zaprzestać swoich działań medycznych, chory ma prawo nie zgodzić się na proponowane leczenie, zabiegi pielęgnacyjne.

W opiece pielęgniarskiej bardzo istotna jest edukacja zdrowotna wobec podopiecznych. Pomaga ona przybliżyć i wyjaśnić choremu problemy, jakie mogą się pojawić w związku z jego chorobą, prowadzonym leczeniem. Daje możliwość udzielenia wskazówek jak radzić sobie w przypadku wystąpienia niepożądanych objawów oraz do kogo zwrócić się o pomoc. Tak przygotowany merytorycznie pacjent może świadomie podejmować decyzję w stosunku do dalszego leczenia, włączenie z jego odmową. Tak też uważają osoby poddane ankiecie. Większość uważa, że raczej tak i tak, pacjent ma prawo do decydowania o zaprzestaniu leczenia. Najmniej respondentów wypowiedziało się, że chory zdecydowanie nie ma prawa odmówić leczenia. W stosunku do osoby umierającej postępowanie powinno być elastyczne. Nikt inny po za chorym nie powinien decydować jak mają przebiegać ostatnie dni jego życia. Znając doskonale sytuację zdrowia chorego oraz rokowanie zespół pielęgniarski może przekazać te informacje choremu i jego rodzinie. Ciężki stan chorego powinien być przedstawiony w sposób bardzo delikatny, ale jednocześnie zrozumiały bez niedomówień, półsłówek, półprawdy. Informacje należy podawać stopniowo, uwzględniając reakcje pacjenta. Wymaga to oczywiście czasu, dyskrecji, zrozumienia i wzajemnego poznania, gdyż stan psychiczny pacjenta zależy nie od tego, co zostało powiedziane, ale od tego, co pacjent zrozumiał z przekazanych mu informacji [7]. Pielęgniarki powinny być przygotowane na takie rozmowy i są, gdyż w wyniku ankiety większość szczerze rozmawia z chorymi na temat śmierci. Jest również znacząca liczba badanych, która pociesza wiedząc, że nic nie da się zrobić. Jest to unik przed potwierdzeniem choremu w jak tragicznej znajduje się sytuacji, że zbliża się jego śmierć. Część pacjentów oczekuje takiej odpowiedzi, pocieszenia gdyż mimo tego, że zdają sobie sprawę ze swojego stanu otrzymują odrobinę nadziei. Jednak wielu takie kłamstwo nie zwiedzie, ponieważ nie potrzebują niczego innego, jak wyjaśnienia swoich niepokojów bez obawy, że pielęgniarka zamiast wysłuchać zechce niepotrzebnie pocieszać i podtrzymywać na duchu [6]. Część ankietowanych unikało rozmowy z podopiecznym na temat jego sytuacji lub zmienia temat. Nieznaczna część milczy. Nie jest to dobre wyjście, ponieważ chory pozostaje z pytaniami bez odpowiedzi, sam wysnuwa wnioski no ogół niekorzystne dla siebie lub szuka wyjaśnienia w literaturze albo wśród innych pacjentów. W związku z tym w swojej codziennej pracy pielęgniarki nie mogą unikać tematów i pytań związanych ze śmiercią. Muszą stwarzać możliwość takiej rozmowy, w której pacjent zaufa im i pomimo lęku, którego źródłem jest coraz bardziej uświadamiany fakt zbliżającej się śmierci powierzy pielęgniarce swoje myśli, a ona będzie chciała rozmawiać na ten temat.

Przebieg choroby nowotworowej bywa różny, od niego w dużej mierze zależą określone reakcje psychiczne człowieka. Lęk jest naturalną reakcją u pacjentów chorych

nieuleczalnie. Spowodowany jest zbliżającą się utratą największej wartości dla człowieka – życia. Pojawia się strach przed dalszym pogorszeniem stanu zdrowia, a głównie przed bólem, który opanowuje ciało i świadomość chorego, czyni go fizycznie oraz mentalnie niezdolnym do realizacji swych osobistych celów, wywołuje największy niepokój. Zdarza się, że ból fizyczny zostaje uśmierzony, a człowiek nieuleczalnie chory wcale nie przestaje cierpieć. Zatem nie wolno takiego pacjenta pozostawiać w samotności, gdyż ogromną wartość dla niego ma każda życzliwość, wsparcie, uśmiech, w którym dostrzega on zainteresowanie swoją osobą.

Jak wykazują badania wymiar śmierci wyzwala wśród nieuleczalnie chorych różne pojmowanie tego tematu. Widzą ją jako karę za złe uczynki, uwolnienie od bólu fizycznego lub cierpienia psychicznego. Jest również grupa pacjentów, którzy śmierć uważają jako następny etap życia. Takie postrzeganie umierania może dawać nadzieję na dalsze, lepsze życie, które ma swoją kontynuację i zakłada jakiś cel drogi. Uważam, że taki pogląd pomaga terminalnie chorym przejść przez najtrudniejszy okres ich życia, zawiera w sobie pewną otwartą perspektywę, nie zamyka ludzkiej egzystencji w doczesności i nie ogranicza jej śmiercią [2, 5].

Ponad to, śmierć jest zagadką, tajemnicą dla człowieka niedostępną. Kończy się ziemskie bytowanie i trzeba rozstać się z rodziną, przyjaciółmi, dorobkiem swojego życia, przerwać realizację zadań życiowych, które być może były tak bardzo ważne. Pacjent zdający sobie z tego sprawę, zagłębiając się w tym temacie, rozmyślając o nim może odczuwać silne emocje i cierpienie psychiczne. Postawy pacjentów wobec śmierci są różne i zależą od:

- wcześniejszych doświadczeń – sposób w jaki umierali bliscy,
- poziomu lęku przed śmiercią,
- satysfakcji z życia i dojrzałości emocjonalnej,
- aktualnego samopoczucia,
- wiedzy, wiary, filozofii życia.

W przpadku pacjentów terminalnie chorych myśl o zbliżającej się śmierci jest to bardzo silnym i męczącym odczuciem, aż do tego stopnia, że mogą postrzegać ją, jako wybawienie od cierpienia psychicznego. W tej sytuacji bardzo ważna jest pomoc psychiczna w realizowanej opiece pielęgniarskiej. Można określić ją mianem psychoterapii elementarnej i choć nie jest ona samodzielną metodą leczenia to stwarza właściwy klimat do skutecznego pielęgnowania. Jej działania zmierzają do łagodzenia negatywnych stanów emocjonalnych przeżywanych przez pacjenta i mobilizowania jego sił obronnych. Część pacjentów, którymi opiekują się ankietowani postrzega śmierć, jako karę za grzechy, za złe uczynki. Dotyczy to głównie osób wierzących, religijnych.

W tak różnym odczuwaniu emocji w obliczu śmierci dominuje jednak lęk i obawa. Czy w takiej sytuacji można starać się doszukiwać znaczenia słowa ,,dobra śmierć" i próbować znaleźć odpowiedź co zrobić aby to pojęcie nabrało sensu?. Tradycyjnie, w dawnych czasach pojęcie to odnosiło się do pojednania z Bogiem, śmierci dla idei, w pełnej świadomości w domu, wśród bliskich. Współcześnie oczekuje się śmierci bez bólu, z zachowaniem do końca kontroli podstawowych funkcji fizjologicznych lub nagłej, we śnie albo w starości bez aparatury podtrzymującej życie. W odpowiedziach uzyskanych w wyniku ankiety te dwa spojrzenia na ,,dobrą śmierć" – tradycyjne i współczesne przeplatają się ze sobą. Badani uważają, że najlepsza śmierć jest (kolejno, od najwięcej punktowanej odpowiedzi):

- w otoczeniu bliskich,
- bez bólu,

- nagła, niespodziewana,
- samotnie tak, aby nie widziała tego moment rodzina i nie smuciła się,
- spodziewana, taka, na którą można się przygotować.

Pracując z nieuleczalnie chorymi musimy wsłuchać się w ich potrzeby przekazywane w naszym kierunku werbalnie i niewerbalnie. W rozmowach nie można unikać tematu jak pacjent postrzega swoją śmierć, jako dobrą. Jest to spojrzenie bardzo indywidualne dla każdego chorego i trzeba uszanować je oraz dostosować swoje działania tak, aby sprostać wymaganiom. Wśród tych działań są również zabiegi pielęgnacyjne. Wyniszczająca organizm choroba często prowadzi do utraty kontroli nad czynnościami fizjologicznymi, niemożliwego do ukrycia niedołęstwa, kalectwa. Umierający widzi konieczność całkowitego zdania się na innych i dlatego oddaje swoje chore i słabe ciało w ręce pielęgniarek, aby mogły wykonać wszystkie potrzebne czynności pielęgnacyjne. Pielęgniarki uznały je za najważniejsze w swojej pracy, dzięki którym mogą najbardziej pomóc choremu. Również ważnym zadaniem pielęgniarki w opiece nad terminalnie chorymi jest łagodzenie cierpienia, bólu, mdłości, bezsenności, duszności oraz innych dolegliwości, które muszą być uważnie obserwowane i kontrolowane [6, 8].

Pielęgniarki wykonując przy chorym wiele zabiegów towarzyszą jego lękom, rozterkom, chwilom załamania - poznają go dokładnie. Pacjent obcując wiele godzin z pielęgniarkami traktuje je, jak swojego przyjaciela, któremu można zwierzyć ze swoich niepokojów, wesprzeć i wypłakać. Dlatego badany personel pielęgniarski za ważny element swojej pracy uznał szczerą rozmowę z pacjentem oraz wysłuchanie go. Jest to bardzo ważny element w opiece, gdyż poprzez baczne wsłuchiwanie się w to, co pacjent przekazuje, personel opiekujący się nim może zorientować się czy ma do czynienia z osobą predysponująca do lepszej lub gorszej jakości życia – takie rozeznanie ułatwia pomoc w jej poprawieniu. Jakość życia jest oceną różnicy, jaka istnieje między sytuacją upragnioną, idealną, a rzeczywistą, istniejącą, realną [7]. Opiekunowie muszą wiedzieć, że jakość życia dla każdego pacjenta jest sprawą indywidualną, jest to obraz własnego położenia życiowego dokonany przez człowieka w wybranym okresie. Bardzo szczególne jest to położenie w przypadku chorych nieuleczalnie. Ich wartości ulegają przeszeregowaniu, nabierają nowego znaczenia. Mniej ważne stają się priorytetowe. Ze strony pielęgniarek jest to wielokierunkowe, delikatne traktowanie pacjenta jak również budzenie zaufania, kontrola bólu, ośmielenie do przyjmowania wsparcia. Pielęgniarki największą swoja rolę w poprawianiu jakości życia podopiecznych widzą w codziennej troskliwej pielęgnacji. Uważam, że jest to bardzo dobre postrzeganie, ponieważ jest to bardzo bliskie pielęgniarkom i w tych działaniach czują się kompetentne i widzą efekty swojej pracy, głównie w aspekcie spełnienia zawodowego. Również działania psychologiczne w rozmowie z pacjentem, nastawienie z przyszłości na teraźniejszość, dobre przeżywanie obecnej chwili, pomoc w ustaleniu jak żyć, a nie jak umierać wchodzą w zakres działań pielęgniarskich. Umierającemu może przynieś ulgę wypełnienie czasu wolnego poprzez czytanie czasopism, ulubionych książek, słuchanie nagrań, spacery. Tolerowanie nawyków takich jak palenie papierosów, piecie alkoholu jest najczęściej możliwe w hospicjum, gdzie wiadomo, że medycyna nie jest w stanie już pomóc i tak naprawdę pacjent nie ma nic do stracenia. Poprawę jakości życie chorym może dać kontakt ze światem zewnętrznym, bez ograniczania godzin wizyt, gdzie bliscy większość dnia mogą spędzić przy chorym, wymieniać z nim formy bliskości poprzez głaskanie, dotykanie, trzymanie za rękę, przytulanie. Taka pomoc przynosi w efekcie komfort psychiczny, daje poczucie bezpieczeństwa, zmniejsza osamotnienie. Fizyczna bliskość powoduje poczucie bycia akceptowanym przez innych [2,7].

We współczesnym świecie, w skutek konsumpcyjnego stylu życia nie ma miejsca na rzetelne przygotowanie się do śmierci. Myśli o śmierci są starannie usuwane na margines życia społecznego, a ludzie umierający są niemal zupełnie izolowani. Nawet, gdy ten fakt zaczyna dotyczyć najbliższego otoczenia to i tak stanowi dotkliwą i radykalną konfrontację ze wszystkim co wiemy i pojmujemy na temat śmierci. Wszelkie pozycje i role społeczne wypełniane do tej pory przez chorego mogą być traktowane przez otoczenie jako drugorzędne, uznawane jako nieistotne lub nieaktualne. Wykluczenie z wszelkiej poza szpitalnej, hospicyjnej działalności, aktywności życiowej pacjent może postrzegać jako brak szacunku, a nawet także jako „pogrzebanie za życia" [9]. Opieka pielęgniarek nad nieuleczalnie chorymi jest najtrudniejszą próbą sił i kwalifikacji zawodowych. Rozumienie stanu swojego podopiecznego, spokojne wysłuchanie go, udzielanie wyjaśnień, porad, dodanie otuchy ułatwiają choremu przejście przez tak trudny okres dla niego. Może czasami nawet nie są tego tak bardzo świadome, ale poprzez swoje działania przygotowują chorego do śmierci. Nie mogą być tylko skupione na czynnościach zawodowych, pielęgnacji, wykonywaniu zleceń lekarskich, ale również odgrywają dużą role w sferze psychicznej pacjenta. Poprzez swoja postawę, zachowanie, dialog dają choremu poczucie bezpieczeństwa i stają się dla pacjenta najbliższymi osobami, do których może się zwierzyć ze swoich lęków, niepokojów i rozpaczy. Dzieli się myślami i rozterkami, a czasami nawet powierza swoje najskrytsze tajemnice. Ta właśnie obecność duchowa, psychologiczna oprócz pielęgnacji i zwalczania bólu jest dla chorych terminalnie najważniejsza. I poprzez bycie z chorym i wypełnianiem swoich obowiązków pielęgniarki przygotowują swoich podopiecznych do śmierci. Czy zdają sobie z tego sprawę? – chyba nie, ponieważ większość z ankietowanych uznała, że raczej nie jest w stanie przygotować swoich podopiecznych do ostatniej drogi. Być może jest to wynikiem tego, że wiele osób ma poczucie, że nie wszystko dało się zrobić. Ale jest również duża grupa badanych, która uważa, że jest w stanie podołać temu zadaniu. Poprzez szczerą rozmowę z podopiecznym pomaga mu oswoić się z nową sytuacją i podjąć świadome decyzję, co do wyboru priorytetów życiowych. Pacjent może wyznaczyć sobie realistyczne cele, załatwić ostatnie sprawy osobiste, rodzinne, zawodowe, które nie zawsze można naprawić, ale pozostaje wtedy prośba o przebaczenie bądź wysiłek przebaczenia komuś. Zdarza się, że nieuregulowane problemy utrudniają spokojną śmierć, przedłużają agonię, powodują prawdziwe zmagania duchowe. Szczery dialog pozwala również na ustalenie spraw związanych z pochówkiem, testamentem. Zarówno sam pacjent jak i jego rodzina, otoczenie mają czas, aby przygotować się do nieodwołalnego, pogodzić się z myślą o nadchodzącej śmierci [7]. Chory potrzebuje, aby pozwolić mu mówić o śmierci, wówczas może stać się współuczestnikiem swojego odejścia. Pacjent wie, co ma nastąpić i zmniejsza się u niego strach przed nieznanym [9]. Pacjenta nie można odizolować od choroby, ale trzeba mu pomóc w utrzymaniu najlepszego, odpowiedniego w jego sytuacji poziomu jakości życia oraz nauczyć radzenia sobie z codziennymi trudnościami i problemami. Takie pojmowanie działań wobec terminalnie chorych przenosi się na właściwe przygotowanie chorego do śmierci. Pielęgniarki pracujące w takich oddziałach staja się współautorkami takiego przygotowania. Nie jest to łatwe. Każdy pacjent jest inny i każda pielęgniarka ma inną predyspozycję do dźwignięcia takiego ciężaru zawodowego. Napotyka na swojej drodze wiele przeszkód, które ograniczają jej właściwe postępowanie. Głównie wpływa na to za mało personelu, a co za tym idzie przeciążenie obowiązkami, nasila się stres psychiczny. Również złe warunki pracy, nieodpowiedni sprzęt medyczny, rehabilitacyjny lub jego brak utrudnia

pracę pielęgniarek. Są jednak pielęgniarki, którym nic nie utrudnia pracy, radzą sobie świetnie i właściwie przygotowują chorych terminalnie do śmierci.

Najważniejszym wskaźnikiem jakości opieki pielęgniarskiej jest satysfakcja pacjentów. Wprowadzanie standardów i procedur pozwala na udzielanie jednakowego poziomu usług dla wszystkich chorych i ma to szczególne znaczenie w dobie wzrastającej konkurencji w placówkach ochrony zdrowia. Pomagają one także w pracy pielęgniarek, są wskazówką w codziennych czynnościach. W połączeniu z predyspozycjami, jakie powinny cechować pielęgniarkę: wysoka odpowiedzialność i kompetencje zawodowe, umiejętność nawiązywania kontaktów interpersonalnych z zespołem terapeutycznym i pacjentem prowadzą do podniesienia jakości opieki pielęgniarskiej [3]. Cieszy fakt, że ponad połowa ankietowanych przyznała, że w ich placówkach są wdrażane standardy i procedury w opiece nad ciężko chorymi.

Jednym z celów działań pielęgniarek sprawujących opiekę nad umierającymi jest zapewnienie spokojnej śmierci [2]. W zakres znaczenia tego słowa wchodzą różne elementy takie jak: zapewnienie bezpiecznego miejsca, poszanowanie godności ludzkiej, intymności, opieka duchowa, cisza, spokój, spełnienie ostatniej woli umierającego, obecność najbliższych, nieprzedłużanie agonii, ograniczenie farmakoterapii.

Przygotowując chorych do śmierci personel pielęgniarski również napotyka na trudności nie tylko fizyczne, ale psychiczne. Przywiązuje się do swoich podopiecznych i widząc ich cierpienie i śmierć sam odczuwa stres. Najczęstszą formą radzenia sobie ze stresem zawodowym ankietowani uznali rozmowę ze współpracownikami w oddziale. Może to wynikać z tego, iż pozostały personel zna pacjentów, problemy, jakie wynikają z ich stanu. Właściwie wszyscy w większym lub mniejszym stopniu opiekując się nieuleczalnie chorymi mają podobne odczucia i dlatego wzajemnie mogą się wspierać znajdując u rozmówcy zrozumienie.

Praca pielęgniarek/ pielęgniarzy wymaga wiele zaangażowania, wysiłku, jest mało opłacana i niedoceniana. Szczególnie opieka nad nieuleczalnie chorymi jest bardzo trudna. Podejmując decyzję o podjęciu pracy w opiece nad nieuleczalnie chorymi pielęgniarki /pielęgniarze niejednokrotnie są zobowiązani zweryfikować swój system wartości. Powinny pogodzić się z faktem, że nie może dawać pacjentowi nadziei na powrót do zdrowia, bo właściwie każdy podopieczny wcześniej czy później umrze. Pielęgnując ciało chorego nie należy zapominać o pozostałych sferach ludzkiej egzystencji – psychicznej, społecznej oraz duchowej.

Wnioski

Zespół pielęgniarski sprawujący opiekę nad chorym jest gotowy do podejmowania szybkich decyzji związanych z rozwiązywaniem problemów chorych umierających

Piśmiennictwo

1. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K.: Podstawy pielęgniarstwa. Tom I Założenia teoretyczne, Wyd. Czelej, Lublin, 2004.
2. Kubler-Ross E.: Rozmowy o śmierci i umieraniu. Media Rodzina, Poznań 1998.
3. http://www.hospicja.pl/akcje/article/8214/8215.html, data pobrania 14.05.2012.
4. http://www.naszdziennik.pl/index.php?typ=po&dat=20100219&id=po43.txt, data pobrania 14.05.2012.
5. de Walden-Gałuszko k., Kopacz A.:Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej.Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2005.

6. Collins S., Parker E.: Propedeutyka pielęgniarstwa. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1989.
7. Krajnik M., Rogiewicz M.: Opieka paliatywna. Wydawnictwo Uczelniane Akademii Medycznej, Bydgoszcz 1998.
8. Bąk E.: Prawa umierającego pacjenta. Pielęgniarka i położna Nr 5 s.39, Warszawa 1996.
9. Jeziorski A.: Onkologia. Podręcznik dla pielęgniarek. Wyd. Lek PZWL, Warszawa 2005.

Gil Ewelina [1], Barańska Agnieszka [2], Wójcik Marlena [1]

Analiza wybranych diet redukujących masę ciała

[1] SKN przy Katedrze Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
[2] SKN przy Pracowni Kosmetologii i Medycyny Estetycznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Wstęp

Diety odchudzające cieszą się obecnie dużą popularnością wśród społeczeństwa. Mają zapewnić zgrabną sylwetkę oraz dobre samopoczucie. Niektóre z nich, propagowane przez środki masowego przekazu są szczególnie modne. Ich odbiorcy spodziewają się szybkich oraz trwałych efektów, przy minimalnym poświęceniu i wysiłku.

Nadmiar kilogramów jest stanem wynikającym z przewagi energii pobieranej z pożywieniem nad jej wydatkowaniem. Jest to zjawisko uwarunkowane wieloma czynnikami metabolicznymi, genetycznymi, psychologicznymi oraz środowiskowymi. Złożoność problemu i obserwowane, często niezadowalające, rezultaty stosowania diet wskazują na konieczność podjęcia kompleksowych działań.

Z naukowego punktu widzenia podstawowym warunkiem skuteczności walki z nadwagą i otyłością jest racjonalizacja żywienia i zwiększenie aktywności fizycznej. Sukces zapewnić może dobrze zbilansowana dieta, treningi oraz cierpliwość. Wiadomo, że stosowanie takiej diety może wiązać się z długoterminowością, najpierw celem redukcji masy ciała, a następnie utrzymania osiągniętych efektów. Wymagane jest więc, aby dieta była dobrze dobrana pod względem głównych składników odżywczych, witamin i minerałów, a nie tylko wartości kalorycznej pozwalającej na redukcję masy ciała. W przeciwnym razie może dojść do niedoborów żywieniowych i ich następstw.

Składniki mineralne i witaminy są niezbędne dla prawidłowego funkcjonowania organizmu człowieka. Utrzymujący się przez dłuższy czas zarówno ich niedobór, jak i nadmiar może mieć udział w etiologii niektórych metabolicznych chorób cywilizacyjnych.

Udokumentowany jest wpływ nieprawidłowej podaży składników mineralnych i witamin na rozwój chorób układu sercowo-naczyniowego, osteoporozy, cukrzycy czy niektórych postaci nowotworów. Prawidłowa dieta równoważy udział białek, węglowodanów i tłuszczów, dostarczając organizmowi niezbędnych substancji, które są wykorzystywane do produkcji energii, wzrostu i regeneracji tkanek. Niezbędne jest by zawierała witaminy, sole mineralne i błonnik.

Niestety założenia wielu diet redukujących masę ciała odbiegają od zasad racjonalnego żywienia.

Cel pracy

Celem pracy było określenie wartości odżywczej pięciu 7-dniowych jadłospisów popularnych, niekonwencjonalnych diet odchudzających oraz porównanie tej wartości z obowiązującymi zasadami i normami dla diet odchudzających.

Cele szczegółowe to wskazanie na podstawie wyników badań własnych ilościowej

i jakościowej oceny wybranych diet; wskazanie wśród porównywanych diety najlepiej i najgorzej zbilansowanej pod względem wartości energii, błonnika pokarmowego, białka oraz tłuszczu; określenie diety niebezpiecznej ze względu na niską podaż wapnia, żelaza, miedzi, witaminy B_1 oraz B_2.

Materiał i metody

Analizą objęto 5 następujących diet:

- 1200 kcal
- Diamondów
- Kopenhaską
- Montignaca
- Niełączenia.

Dieta 1200 kcal stosowana była przez dwa miesiące przez 33-letnią kobietę o wzroście 169 cm i wadze ciała 81kg. Kobieta nie skarżyła się na swój stan zdrowia, który oceniała jako zadawalający. Do diety dołączone zostały ćwiczenia fizyczne z piłką fitball i hula hop oraz jazda na rowerku treningowym, stosowane przez około 60 min dziennie (2 razy 30min). Po zakończeniu diety masa ciała wyniosła 75 kg.

Dieta Diamondów zapewniła 38-letniej kobiecie o wskaźniku BMI 31,1 (waga: 91 kg, wzrost: 171 cm) utratę 9 kilogramów w ciągu 3 miesięcy stosowania. Po okresie tym odnotowano masę ciała wynoszącą 82 kg. Zarówno przed, jak i w trakcie trwania diety, stosowano, dwa razy w tygodniu po 50 min, ćwiczenia fizyczne w formie gry w siatkówkę.

Dieta Kopenhaska stosowana była przez 25-letnią kobietę ważącą 74 kg o wzroście 167cm. Po 13 dniach diety masa ciała wyniosła 66 kg. Kobieta nie była w stanie połączyć diety z ćwiczeniami na siłowni, ze względu na znaczne osłabienie, zawroty głowy oraz kołatanie serca, spowodowane zmianą sposobu żywienia.

Po zastosowaniu **diety Montignaca** 33-letnia kobieta schudła 7,7 kg. Przed podjęciem starań celem redukcji masy ciała, waga wskazywała 77,9 kg przy wzroście 172 cm. Po dwumiesięcznym stosowaniu się do zaleceń diety, osiągnęła masę 70,2 kg. Oprócz oczekiwanego ubytku kilogramów odnotowano obniżenie poziomu cukru we krwi.

Dieta Niełączenia stosowana przez okres 2,5 miesięcy przez 43-letnią kobietę o wskaźniku BMI 27,5, dała efekt ubytku 11 kg. Przed wdrożeniem diety masa ciała wynosiła 91 kg przy wzroście 182 cm.

Tabela 1. Analizowane diety oraz efekt ich stosowania.

Dieta	Płeć/Wiek (lata)	BMI	Utracone kg	Czas stosowania (m-ce)
1200 kcal	K/33	28,4	6	2
Diamondów	K/38	31,1	9	3
Kopenhaska	K/25	26,5	8	1,2
Montignaca	K/33	26,4	7,7	2
Niełączenia	K/43	27,5	11	2,5

Wartość odżywcza obliczona została na podstawie jadłospisów osób stosujących analizowane diety.

Zawartość energii, białka, tłuszczów, węglowodanów, jak też składników mineralnych: wapnia, fosforu, magnezu, żelaza oraz witamin: B_1, B_2, A, C i E, obliczono

przy pomocy programu komputerowego „Dietetyk 2006" oraz „Tabel wartości odżywczej produktów spożywczych". Przeliczenia miar domowych na wagowe dokonano w oparciu o „Album fotografii produktów i potraw".

Średnią ilość energii oraz składników odżywczych w ocenianych dietach porównano do zaleceń żywieniowych dla diet niskoenergetycznych (1000-1500 kcal/dzień). Pozostałe wyniki odniesiono do norm na poziomie bezpiecznym dla kobiet w wieku 26-60 lat o umiarkowanej aktywności fizycznej lub obowiązujących zaleceń, tj. nie więcej niż 300 mg cholesterolu i 20-40 g błonnika na dobę.

Tabela 2. Zalecana zawartość składników odżywczych w dietach odchudzających.

Składniki pokarmowe	Ilość(g)	% Energii diety
Białko	55-82,5	22
Węglowodany	130-195	52
Tłuszcze	28,9-43,3	26

Wyniki badań

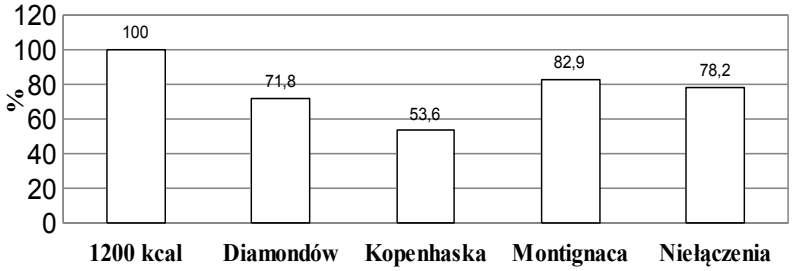
Oceniane diety różniły się znacznie pod względem proporcji poszczególnych składników odżywczych zarówno pomiędzy sobą , jak i w odniesieniu do zalecanych norm.

Na podstawie ilościowej oceny wybranych diet, można stwierdzić, iż najstaranniej zbilansowaną dieta pod względem zawartości energii, jak też białka, tłuszczów i węglowodanów jest dieta 1200kcal, najgorzej zaś- dieta Kopenhaska.

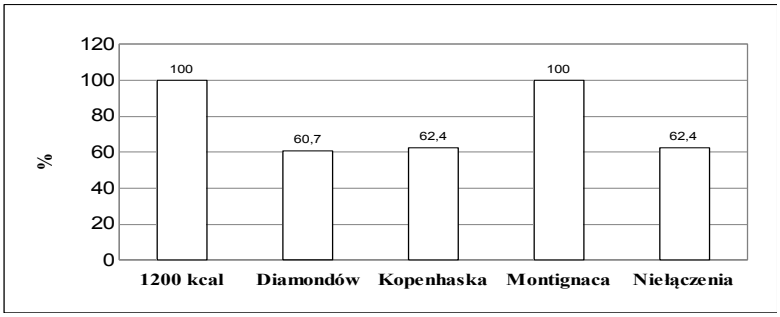
Dietę Diamondów, Kopenhaską, Montignaca oraz Niełączenia charakteryzował niedobór energii w ilości od 171 do 464 kcal/dzień w stosunku do wartości zalecanych dla diet odchudzających 1000-1500 kcal.

Podczas stosowania diet bardzo niskokalorycznych mogą pojawiać się skutki niepożądane: zmęczenie, zawroty i bóle głowy, kurcze mięśniowe, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, nasilone marznięcie i suchość skóry. Stosowanie diet z dużym niedoborem energetycznym wiąże się ze zbyt szybkim spadkiem masy ciała, co nie jest spowodowane utratą tłuszczu, lecz płynów ustrojowych [1].

Diety Diamondów, Kopenhaska, Niełączenia dostarczały zbyt mało białka, o blisko 40%, co związane było ze zbyt niskim poziomem energii w tych dietach. Białko musi być dostarczane do organizmu w odpowiedniej ilości. O jakości białka decyduje jego skład aminokwasowy. Pełnowartościowe białka zawierają wszystkie niezbędne aminokwasy egzogenne i endogenne w odpowiednich ilościach i proporcjach. Nieodpowiednie zbilansowanie aminokwasów może doprowadzić do poważnych zaburzeń zdrowotnych. Dochodzi do zaburzeń syntezy L-karnityny, która pełni ważną funkcję w metabolizmie lipidów oraz wykazuje działanie antyoksydacyjne [2]. Niedobory aminokwasów przyczyniają się także do problemów z mineralizacją kości, anemii, słabego przyrostu masy mięśniowej oraz wypadania i łamliwości włosów.



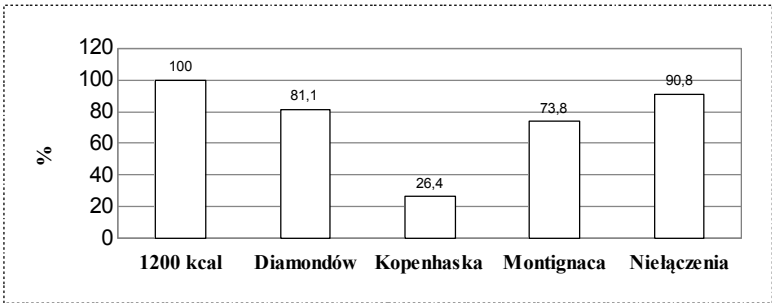
Rycina 1. Odsetek zalecanej zawartości energii w ocenianych dietach



Rycina 2. Odsetek zalecanej zawartości białka w ocenianych dietach

Ponadto w niektórych z diet stwierdzono zbyt małą ilość dostarczanego tłuszczu i węglowodanów-dieta Diamondów, a także zbyt niską podaż węglowodanów- Kopenhaska, Montignaca.

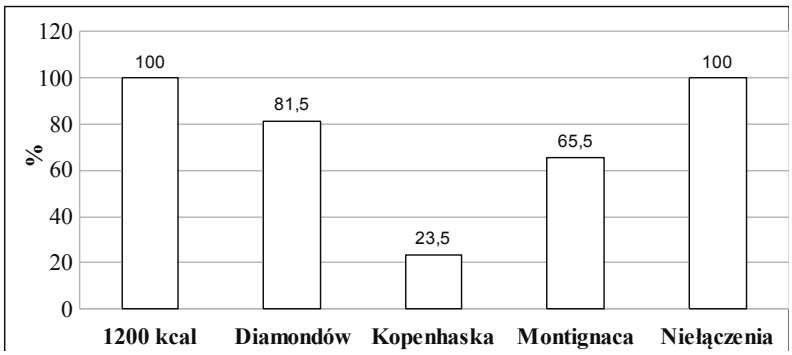
Spożywanie codziennie mniej niż 50-100g węglowodanów, jak w przypadku diety Kopenhaskiej, może prowadzić do przyspieszonego rozkładu białek, także tkankowych, utraty kationów oraz do odwodnienia [3]. Zbyt niskie spożycie węglowodanów prowadzić może także do nieprawidłowego spalania kwasów tłuszczowych i powstawania ciał ketonowych, które zakwaszają organizm [1].



Rycina 3. Odsetek zalecanej zawartości węglowodanów w ocenianych dietach

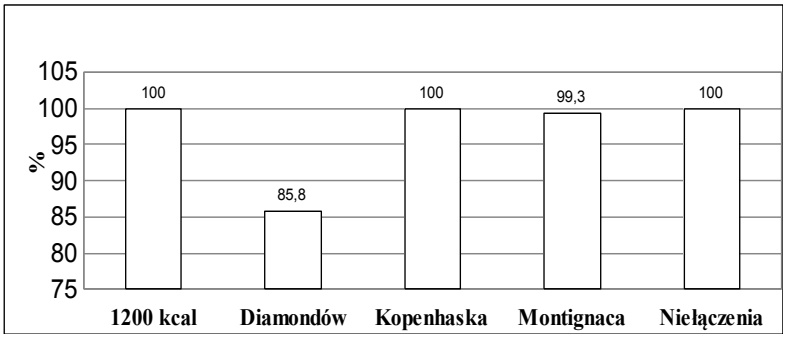
Żadna z ocenianych diet nie przekroczyła górnego progu wartości zalecanej tj. 40 g

błonnika/dzień. Zbyt niska podaż błonnika pokarmowego jest niekorzystnym zjawiskiem. Dieta Diamondów, Kopenhaska oraz Montignaca dostarczały poniżej 20 g błonnika w ciągu doby.



Rycina 4. Odsetek zalecanej zawartości błonnika w ocenianych dietach

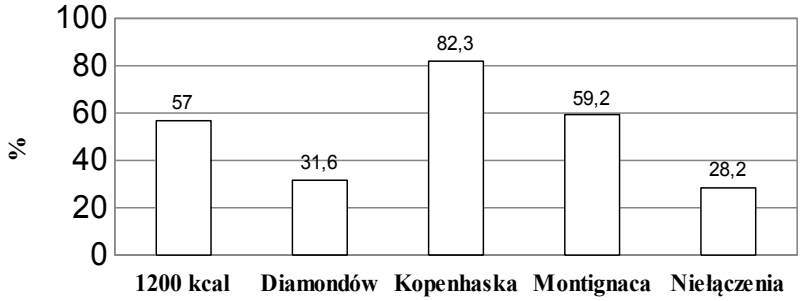
Pozytywny jest fakt, iż żadna z analizowanych diet nie przekroczyła górnej granicy dopuszczalnej zawartości tłuszczu, w przeciwieństwie do badań Wieczorek, która w pracy porównawczej wartości odżywczych diet alternatywnych, oceniła, że aż 80% diet badanych charakteryzowało się nadmierną podażą tłuszczu, co może przyczynić się do otyłości, gdyż duża zawartość tłuszczu w diecie, nawet przy prawidłowej wartości odżywczej diet, może być przyczyną nadmiernego odkładania tłuszczu w ciele [4]. W dietach redukcyjnych zachodzi konieczność ograniczenia spożycia tłuszczów, a głównym źródłem energii powinny być węglowodany złożone.



Rycina 5. Odsetek zalecanej zawartości tłuszczu w ocenianych dietach

Analizując wybrane diety pod względem zawartości w nich cholesterolu, można stwierdzić, iż żadna z nich nie przekracza górnej dopuszczalnej zalecanej wartości 300 mg/dzień. Składnikami najbardziej niedoborowymi spośród ocenianych był wapń, którego największy niedobór znajdował się w diecie Kopenhaskiej-zaledwie 24,4% realizacji normy oraz żelazo. Długotrwały niedobór wapnia doprowadzić może do odwapnienia kości. Jest to szczególnie niebezpieczne dla kobiet, u których utrata masy kostnej wraz z wiekiem jest

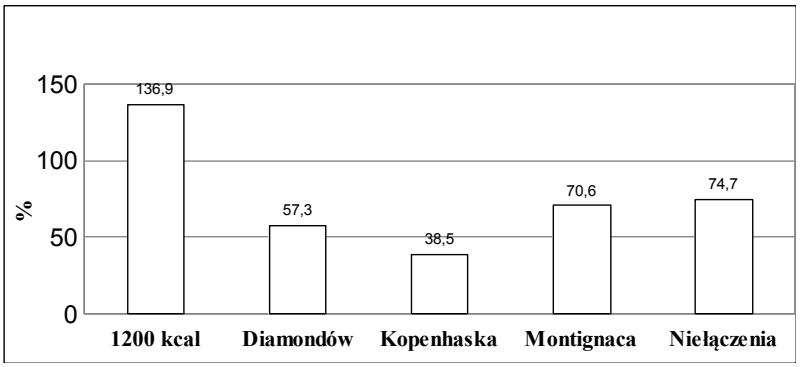
znacznie większa aniżeli w przypadku mężczyzn, na skutek zmniejszania się estrogenów po



Rycina 6. Odsetek zalecanej wartości cholesterolu w dietach

menopauzie [5]. Prawidłowy poziom spożycia żelaza jest szczególnie istotny w przypadku kobiet z uwagi na wyższe zapotrzebowanie wynikające z dodatkowych strat żelaza na skutek menstruacji, ciąży i laktacji [5].

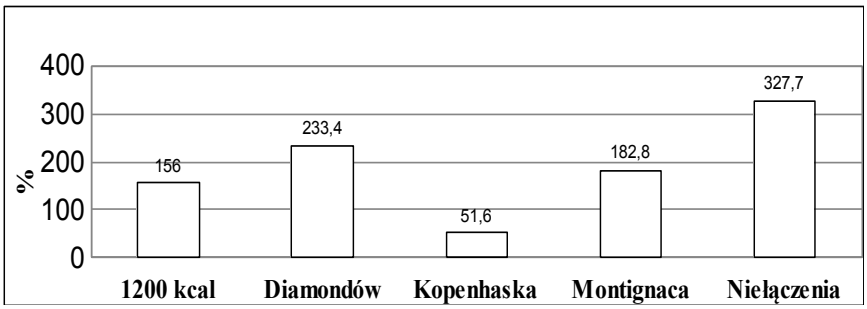
Wszystkie oceniane diety (z wyjątkiem diety 1200 kcal) charakteryzowały się niższą, niż przyjęta norma, wartością magnezu. Niedobór tego pierwiastka prowadzić może do wystąpienia wielu groźnych zaburzeń- oprócz wywoływania objawów neurologicznych, przyczynia się do zwiększenia zapadalności na niektóre rodzaje nowotworów oraz prowadzi do niedokrwistości [5].



Rycina 7. Odsetek zalecanej wartości magnezu w dietach

Wśród ocenianych witamin wiele niedoborów otrzymano wśród witamin z grupy B. Zawartość witamin B_1 oraz B_2 była niewystarczająca w znacznym stopniu we wszystkich dietach. Objawy deficytu witaminy B_1 są widoczne już po kilku tygodniach stosowania diety niedoborowej, należą do nich: osłabienie mięśni, bóle oczu, drażliwość, zaburzenia koncentracji [2].

Niedobór witaminy C stwierdza się jedynie w diecie Kopenhaskiej. Jej zbyt mała ilość powoduje zmiany w kościach i chrząstkach, a także szkorbut. Nadmiar witaminy C z organizmu człowieka usuwany jest wraz z moczem [2].



Rycina 8. Odsetek zalecanej wartości witaminy C w analizowanych dietach.

Witamina A dostarczana była do diet w ilościach przekraczających wartości zalecane. Nadmierna podaż tej witaminy jest toksyczna dla organizmu [2].

W przypadku witaminy E, dwie diety: Kopenhaska i Montignaca dostarczały jej w ilościach niższych od wymaganych. Dieta Kopenhaska jest dietą, w której znajduje się najwięcej niedoborów witamin.

Dyskusja

Ilościowa ocena wybranych diet, pozwoliła stwierdzić, iż najstaranniej zbilansowaną dietą pod względem zawartości energii, jak też białka, tłuszczów i węglowodanów jest dieta 1200 kcal, najgorzej zaś- dieta Kopenhaska.

W większości analizowanych diet zawartość składników odżywczych odbiegała od wartości zalecanych. Odnotowano znaczny niedobór energii, jak też błonnika pokarmowego oraz nieprawidłową podaż białka i węglowodanów. Ponadto analizowane diety dostarczały zbyt mało wapnia, żelaza i miedzi oraz witamin z grupy B. Długoterminowe stosowanie ocenianych diet odchudzających może przyczynić się do wystąpienia zaburzeń zdrowotnych u osób je stosujących.

Podobne wyniki i wnioski znajdują się w pracach Winiarskej-Mieczan, Walkiewicz [6].: „*Ocena wartości odżywczej diet promowanych przez prasę kobiecą*" oraz Wieczorek [7]: „*Porównanie wartości odżywczej diet alternatywnych zawartych w popularnych czasopismach z dietą wysokobłonnikową, niskoenergetyczną*".

Według autorek popularne diety są sprzeczne z zasadami racjonalnego żywienia, a proponowane w nich posiłki są nieodpowiednio zestawione; ilość posiłków w ciągu dnia w większości diet jest mniejsza niż zalecają normy, ponadto ich skład jest dość monotonny [2].

Stwierdzono ponadto złe zbilansowanie popularnych diet pod względem zawartości energii, białka ogólnego, aminokwasów ograniczających, tłuszczu ogółem, cholesterolu, kwasów tłuszczowych, węglowodanów, składników mineralnych oraz witamin.

Żadna z diet nie dostarcza prawidłowej ilości składników mineralnych.

Wnioski

1. We wszystkich analizowanych dietach znajdują się nieprawidłowości- diety były sprzeczne z zasadami racjonalnego żywienia.
2. W większości analizowanych diet zawartość składników odżywczych odbiegała od wartości zalecanych dla diety odchudzającej.
3. Analizowane diety dostarczały zbyt mało wapnia, żelaza oraz witamin z grupy B.

Spis treści

PRELUDIUM

Wspomnienia Janiny Ludawskiej - wolontariuszki pracującej z chorymi na HIV/AIDS.
Słowo wstępne - Joanna Gałaj, Prezes Stowarzyszenia "Bądź z nami"…….. 15
Ludawska Jania - *Z doświadczeń wolontariuszki*…….. 16

Wolniewicz Ala: *Jan Paweł II*…….. 45

BIOETYKA I MEDYCYNA

Zabielski Józef Ks. prof.: *Donacja organów – darowaniem życia. Bioetyczne dylematy transplantologii*…….. 47

Tworkowska Anna: *Na granicy życia i śmierci. Śmierć i jej konsekwencje w świetle przepisów prawa*…….. 57

Rozwadowska Emilia, Krajewska-Kułak Elżbieta: *Postępowanie ze zwłokami osób zmarłych*…….. 65

Tworkowska Anna: *Nie zabieraj ich do nieba. Czyli przekazanie zwłok na cele naukowe*…….. 71

Gorzkowska Maria: *Wskazania do podjęcia bądź zaniechania resuscytacji*…….. 77

Kotowicz Małgorzata, Młynarczyk Izabela, Hładuński Marcin, Szymańczyk Piotr, Romanowska Joanna, Turko Barbara, Porowska Weronika, Chilińska Ewelina, Ryniec Malwina, Drzymkowski Jarosław, Tyrakowska Zuzanna, Kuszczak Anita, Paulina Małachwiej, Ewelina Żarnoch, Rozwadowska Emilia, Krajewska–Kułak Elżbieta: *Postrzeganie transplantologii przez studentów Uniwersytetu Gdańskiego*…….. 85

Kuszczak Anita, Tyrakowska Zuzanna Judyta, Drzymkowski Jarosław, Turko Barbara, Młynarczyk Izabela, Hładuński Marcin, Szymańczyk Piotr, Chilińska Ewelina, Ryniec Malwina, Porowska Weronika, Romanowska Joanna, Kotowicz Małgorzata, Małachwiej Paulina, Żarnoch Ewelina, Rozwadowska Emilia, Krajewska–Kułak Elżbieta: *Przeszczepianie zwierzęcych organów ludziom - aspekty ksenotransplantacji*…….. 115

Kowalik Jolanta, Prokopek Zofia: *Opinie pielęgniarek na temat transplantacji narządów*…….. 123

Tyrakowska Zuzanna Judyta, Drzymkowski Jarosław, Kuszczak Anita, Turko Barbara, Młynarczyk Izabela, Hładuński Marcin, Szymańczyk Piotr, Chilińska Ewelina, Ryniec Malwina, Porowska Weronika, Romanowska Joanna, Kotowicz Małgorzata, Małachwiej Paulina, Żarnoch Ewelina, Rozwadowska Emilia, Krajewska–Kułak Elżbieta: *Różne aspekty rezygnacji z podtrzymywania życia u pacjentów w śpiączce i stanach wegetatywnych*…….. 133

Klimaszewska Krystyna, Borawska Katarzyna, Kowalewska Beata, Rolka Hanna, Kondzior Dorota, Kowalczuk Krystyna, Jankowiak Barbara, Łukaszuk Cecylia, Krajewska-Kułak Elżbieta: *Eutanazja w opinii społeczeństwa - dobrodziejstwo czy cywilizacja śmierci*…….. 143

Chmiel Izabela, Brzostek Tomasz, Górkiewicz Maciej, Czekaj Janusz, Zalewski Zbigniew, Kliś-Kalinowska Anna, Iwaszczyszyn Jan: *Postawy pielęgniarek paliatywnych wobec eutanazji*…… 157

Klimaszewska Krystyna, Kasprzyńska Lucyna, Kowalewska Beata, Rolka Hanna, Kondzior Dorota, Kowalczuk Krystyna, Jankowiak Barbara, Baranowska Anna, Krajewska-Kułak Elżbieta: *Kwestia nierozstrzygalności problemu eutanazji w kontekście racji społecznych*…… 167

Hładuński Marcin, Młynarczyk Izabela, Porowska Weronika, Szymańczyk Piotr, Turko Barbara, Romanowska Joanna, Małachwiej Paulina, Tyrakowska Zuzanna, Chilińska Ewelina, Ryniec Malwina, Kuszczak Anita, Kotowicz Małgorzata, Żarnoch Ewelina, Drzymkowski Jarosław, Rozwadowska Emilia, Krajewska-Kułak Elżbieta: *Aspekty prawne, etyczne i moralne zapłodnienia In vitro w Polsce* …… 181

Ryniec Malwina, Kuszczak Anita, Porowska Weronika, Chilińska Ewelina, Tyrakowska Zuzanna Judyta, Drzymkowski Jarosław, Turko Barbara, Młynarczyk Izabela, Hładuński Marcin, Szymańczyk Piotr, Romanowska Joanna, Małachwiej Paulina, Kotowicz Małgorzata, Żarnoch Ewelina, Rozwadowska Emilia, Krajewska–Kułak Elżbieta: *Zdolność do empatii studentów kierunku Elektroradiologia Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku*…… 187

ŻAŁOBA, OSIEROCENIE

Koper Olga Martyna, Gruszewska Ewa, Kamińska Joanna: *O śmierci w bajkach*…… 199

Tomaszek Aleksandra, Goźlińska Anna, Aleksandrowska P, Janiszewska Elżbieta, Duniec L, Kosson Dariusz, Mikaszewska-Sokolewicz M, Łazowski Tomasz: *Edukacja umierania w opiece paliatywnej*…… 211

Kazberuk Grzegorz: *Śmierć dziecka* ……. 221

Sumiła Anita, Burkiewicz Anna, Przybycińska Monika, Siuchnińska Hanna: *Postrzeganie śmierci przez dzieci*…… 227

Świderska Renata: *Gdy umiera tata*…….. 237

WYZWANIA MEDYCYNY PALIATYWNEJ/HOSPICYJNEJ

Block Bogusław Leszek, Kosno Agnieszka: *Świat zamknięty w lęku. Jakościowa analiza struktury lęków pacjentów onkologicznych*…… 241

Antosiewicz Katarzyna, Oskędra Iwona: *Zadania pielęgniarki w komunikowaniu się z pacjentem w opiece paliatywnej*…….. 259

Toczyńska Aneta: *Warunki funkcjonowania opieki długoterminowej w Polsce - historia i współczesność*…… 269

Toczyńska Aneta: *Jakość życia chorych w stacjonarnej opiece długoterminowej - zadania pielęgniarki*…… 285

Guzak Beata, Abramczyk Anna, Kolasińska Jolanta, Kozinoga Leszek, Rypicz Łukasz: *Wybrane aspekty opieki nad pacjentem objętym opieką długoterminową* 299

Najdyhor Ewa: *Problematyka nowotworów piersi*…… 309

Najdyhor Ewa: *Diagnostyka gruczołu piersiowego w aspekcie profilaktyki raka piersi ze szczególnym uwzględnieniem mammografii*…… 323

Barańska Agnieszka, Pacian Anna, Skórzyńska Hanna, Szymczyk Damian, Grela Monika, Mińko Magdalena: *Częstość występowania złośliwego nowotworu piersi w makroregionie lubelskim* …….. 339

Dobrzycka Bożena, Terlikowska Katarzyna Maria, Nesterowicz Iwona, Demska Mirosława, Maćkowiak-Matejczyk Beata, Terlikowski Sławomir Jerzy: *Wolny krążący DNA – współczesny biomarker guzów litych*…… 349

Pacewicz Marzena: *Rak szyjki macicy*…… 357

Piekut Krystyna, Dobrzycka Bożena, Terlikowska Katarzyna Maria, Nesterowicz Iwona, Demska Mirosława, Maćkowiak-Matejczyk Beata, Michalak Stanisław, Terlikowski Sławomir Jerzy: *Biologiczne markery raka endometrium*…… 369

Pacewicz Marzena: *Badanie cytologiczne jako element profilaktyki raka szyjki macicy* ……. 375

Kowalewska Beata, Jankowiak Barbara, Oleszczuk Tadeusz, Rolka Hanna, Krajewska-Kułak Elżbieta, Klimaszewska Krystyna, Ortman Elżbieta Beata, Łukaszuk Cecylia, Gołębiewska Agata: *Ocena poziomu wiedzy kobiet na temat czynników ryzyka raka szyjki macicy*…… 381

Perkowska Ewa, Dobrzycka Bożena, Terlikowska Katarzyna Maria, Nesterowicz Iwona, Demska Mirosława, Maćkowiak-Matejczyk Beata, Michalak Stanisław, Terlikowski Sławomir Jerzy: *Jakość życia w chorobie nowotworowej żeńskiego narządu płciowego*…… 393

Zagroba Małgorzata, Jędrzejewska Aneta, Marcysiak Małgorzata Barbara, Ostrowska Bożena, Wiśniewska Ewa, Marcysiak Miłosz, Skotnicka-Klonowicz Grażyna: *Problemy kobiet po mastektomii*…… 399

Kołtuniuk Aleksandra, Ostrowska Alicja, Abramczyk Anna: *Przygotowanie studentów na kierunku „pielęgniarstwo" do profilaktyki i opieki nad chorym na chorobę nowotworową*…… 413

ŚMIERĆ SPOŁECZNA

Sawicka Julia, Kobus Grażyna, Łagoda Katarzyna, Snarska Katarzyna, Bachórzewska-Gajewska Hanna: *Miłość jako czynnik ryzyka samobójstwa* …… 421

Krajewska-Kułak Elżbieta, Kułak Wojciech, Van Damme-Ostapowicz Katarzyna, Kowalewska Beata, Guzowski Andrzej, Rozwadowska Emilia, Łukaszuk Cecylia, Lewko Jolanta, Rolka Hanna, Baranowska Anna, Szyszko-Perlowska Agnieszka: *Stygmatyzacja osób zakażonych wirusem HIV i chorych na AIDS*…… 429

Krajewska-Kułak Elżbieta, Kułak Wojciech, Lankau Agnieszka, Kowalczuk Krystyna, Szyszko-Perlowska Agnieszka, Krajewska-Ferishah Katarzyna, Kondzior Dorota, Klimaszewska Krystyna, Jankowiak Barbara, Sierakowska Matylda: *Marginalizacja i stereotypizacja osób niepełnosprawnych* …….. 439

Kułak Agnieszka, Kułak Piotr, Blecharczyk Bernadetta: *Postawy młodzieży wobec osób niepełnosprawnych* ……. 447

Turko Barbara, Ryniec Malwina, Kuszczak Anita, Porowska Weronika, Chilińska Ewelina, Tyrakowska Zuzanna Judyta, Drzymkowski Jarosław, Młynarczyk Izabela, Hładuński Marcin, Szymańczyk Piotr, Romanowska Joanna, Małachwiej Paulina, Kotowicz Małgorzata, Żarnoch Ewelina, Rozwadowska Emilia, Krajewska–Kułak Elżbieta: *Marginalizacja osób jąkających się*…… 457

Płażewska Anna, Głodowska Katarzyna B.: *Rola pielęgniarki w rozpoznaniu i odwróceniu zjawiska śmierci społecznej; kazus osoby transseksualnej*…..…….. 465

Palczewska Alicja, Drozda Stanisław: *Próba oceny jakości życia osób w wieku geriatrycznym*…… 475

Łagoda Katarzyna, Sawicka Julia, Kobus Grażyna, Snarska Katarzyna, Bachórzewska-Gajewska Hanna: *Kult piękna we współczesnym świecie za cenę zdrowia i życia*…… 485

PROBLEMY WIELOKULTUROWOŚCI W MEDYCYNIE

Łagoda Katarzyna, Kobus Grażyna, Bachórzewska-Gajewska Hanna: *Historia śmierci Eluany Englaro*…… 493

Edbom-Kolarz Anna, Marcinkowski Jerzy T., Bajek Anna, Galewska Irena: *Rozważania nad zróżnicowaniem zachowań prozdrowotnych pomiędzy Szwecją a Polską z możliwymi przyczynami w obszarze kultury i religii*…… 499

Siwczyńska Dorota, Jabłońska Magdalena Klaudia, Patrycja Elżbieta Frączek, Mińko Magdalena, Religioni Urszula, Barańska Agnieszka: *Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w Holandii – sprawdzone rozwiązania dla polskiego systemu ubezpieczeń medycznych*…… 507

Edbom-Kolarz Anna, Marcinkowski Jerzy T., Bajek Anna, Galewska Irena,

Paluch Ewa M.: *Z badań porównawczych nad stylem życia pracowników szpitali w Szwecji i w Polsce*…… 513

Klimaszewska Krystyna, Borawska Katarzyna, Kowalewska Beata, Rolka Hanna, Kondzior Dorota, Kowalczuk Krystyna, Jankowiak Barbara, Baranowska Anna, Krajewska -Kułak Elżbieta: *Eutanazja w Polsce i na świecie* 539

Porowska Weronika, Młynarczyk Izabela, Hładuński Marcin, Szymańczyk Piotr, Tyrakowska Zuzanna, Kuszczak Anita, Drzymkowski Jarosław, Małachwiej Paulina, Ryniec Malwina, Chilińska Ewelina, Turko Barbara, Romanowska Joanna, Kotowicz Małgorzata, Rozwadowska Emilia, Krajewska-Kułak Elżbieta: *Sprawdzenie poziomu wiedzy studentów studiów licencjackich Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku na temat akupunktury*…… 547

Sienkiewicz Zofia, Gołębiowska Renata, Paszek Teresa, Imiela Jacek: *Rola pielęgniarki w opiece nad chorym umierającym*…….. 561

Gil Ewelina, Barańska Agnieszka, Wójcik Marlena: *Analiza wybranych diet redukujących masę ciała*…… 579

Numer główny: ISBN 978-83-89934-14-7

Numer X tomu: ISBN 978-83-89934-74-1