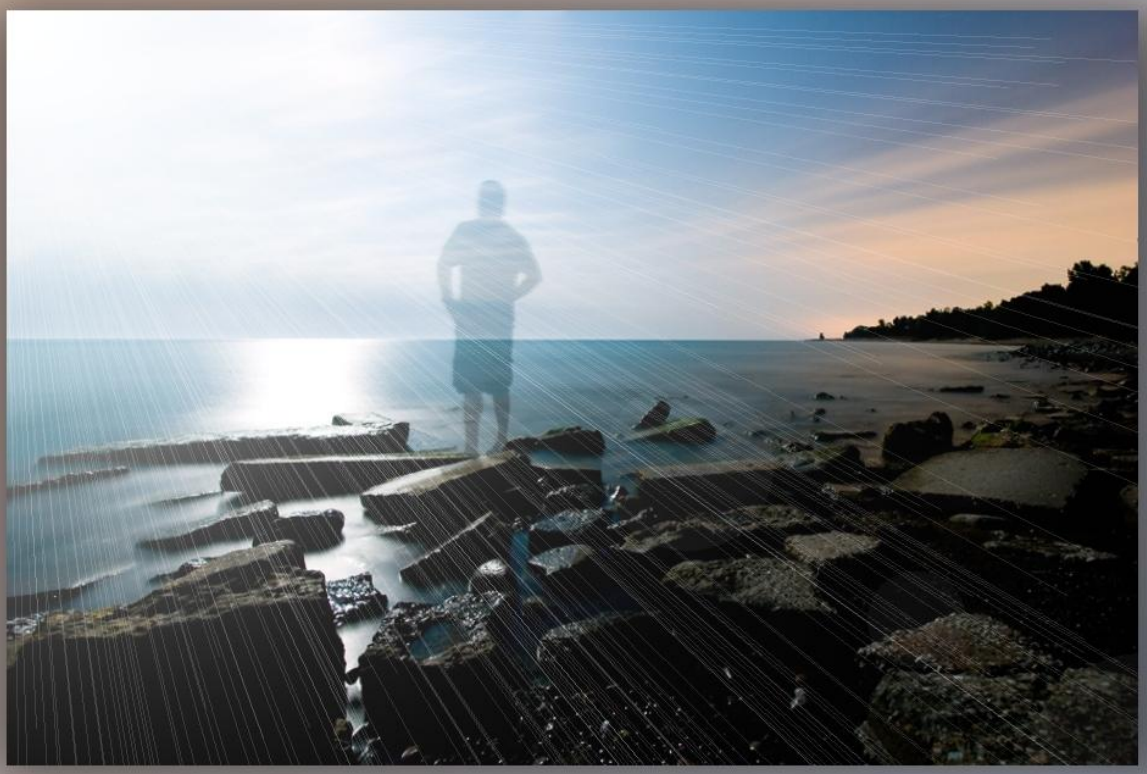
W drodze do brzegu życia



Praca zbiorowa pod redakcją:

Elżbiety Krajewskiej-Kułak
Cecylii Reginy Łukaszuk
Jolanty Lewko
Wojciecha Kułak

Tom XII

W drodze do brzegu życia

Tom XII

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
Wydział Nauk o Zdrowiu

W drodze do brzegu życia

Tom XII

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

Białystok 2014
Recenzenci całej monografii:
Prof. dr hab. n. med. Kornelia Kędziora-Kornatowska

Prof. dr hab. n. med. Irena Wrońska

Recenzenci rozdziałów:
Baranowska Anna, Guzowski Andrzej, Jankowiak Barbara, Klimaszewska Krystyna, Kondzior Dorota, Kowalczuk Krystyna, Kowalewska Beata, Krajewska-Kułak Elżbieta,Kułak Wojciech, Lankau Agnieszka, Lewko Jolanta, Łukaszuk Cecylia, Rolka Hanna, Sarnacka Emilia, Sierakowska Matylda, Van Damme–Ostapowicz Katarzyna

ISBN - 978-83-89934-98-7

Wydanie I
Białystok 2014

Opracowanie graficzne: Agnieszka Kułak

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

Ludzie boją się śmierci, bo nie umieją cenić życia

Janusz Korczak

Szanowni Państwo

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

Zaproszeni do współpracy autorzy starali się scharakteryzować trudności terapeutyczno-pielęgnacyjne w interdyscyplinarnej opiece nad pacjentem umierającym i ciężko chorym w podnoszeniu jego jakości życia, bo szpital nie jest zwykłym warsztatem pracy, a pacjent to nie jest obojętnym obiektem. To cierpiący człowiek, który liczy na naszą pomoc i jej potrzebuje. Od tego, w jaki sposób tę pomoc otrzyma, będzie zależał jego dalszy los i powrót do zdrowia.

Na kolejnych stronicach przedyskutowano kwestie związane z okresem żałoby i osierocenia oraz zastanawiano się nad miejscem tanatoedukacji w opiece medycznej i sprawdzić wiarygodność słów św. Augustyna "*Jeśli do łoża chorego nie podejdziecie z miłością, próżna będzie wasza wiedza i daremny wasz trud*".

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

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

Wreszcie chcieliśmy przeanalizować szerokorozumiane problemy wielokulturowości w medycynie, w myśl słów Karla Rahnera: „*Tolerancja jest to gotowość przyznania przedstawicielowi innego światopoglądu tej samej dozy inteligencji i dobrej woli, co sobie”* i w związku z tym zastanowić się nad postrzeganiem różnych kultur przez inne narody, wizją zdrowia, choroby i śmierci w różnych kulturach, kulturowymi uwarunkowaniami w poszczególnych dziedzinach medycyny, miejscem medycyny niekonwencjonalnej w terapii, a także nad dylematami etycznymi w opiece nad pacjentami pochodzącymi z różnych kultur.

Wierzymy, że po przeczytaniu monografii czytelnicy będą mieli przekonanie o prawdziwości słów Elisabeth Kübler Ross „*Troską i miłością można uzdrowić wielu cierpiących ludzi. Nie chcę przez to powiedzieć, że wiedza medyczna nie jest potrzebna, lecz sama tylko wiedza nikomu nie pomoże. Nie pomożecie ani jednemu człowiekowi, jeśli nie zaangażujecie przy tym głowy, serca i duszy. W mojej pracy z pacjentami nauczyłam się że niezależnie od tego czy są to schizofrenicy, czy niedorozwinięci umysłowo, czy po prostu umierający, że ich życie ma swój cel. Wszyscy oni nie tylko mogą się od Was uczyć, od Was otrzymywać pomoc, ale mogą też stać się Waszymi nauczycielami*”.

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

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

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

W opracowaniu, w kolejnych rozdziałach omówione zostały istotne zagadnienia związane z bioetyką i humanizmem w medycynie, tanatoedukacją, problemami opieki paliatywnej/hospicyjnej, śmiercią społeczną, problemami wielokulturowości w medycynie, problemami higieny pracy oraz w promocji i edukacji zdrowotnej, a także z kulturotwórczą rolą fizjoterapii oraz problemami i regulacjami prawnymi w medycynie.

Poszczególne rozdziały opracowane są w oparciu o trafnie dobrane, aktualne piśmiennictwo i zawierają szereg ważnych przemyśleń i refleksji.

Czytelnik po zapoznaniu się z tematyką monografii może istotnie wzbogacić swoją wiedzę nie tylko na temat procesu umierania i zjawiska śmierci, które ciągle nie są do końca poznane, ale także na temat szerokorozumianej holistycznej opieki nad pacjentem.

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

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

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

Recenzja Prof. dr hab. Ireny Wrońskiej
monografii pt.: „W drodze do brzegu życia" tom XII

Postęp w naukach medycznych mobilizuje środowisko medyczne do prowadzenia badań dotyczących holistycznej opieki nad pacjentem i jego rodziną, w różnych etapach ich życia.

Opieka nad pacjentem u kresu życia wymaga zmian w postrzeganiu jego sytuacji, jak i roli, jaką mają do spełnienia pracownicy służby zdrowia w jej realizacji. Nie jest to rola walczących o życie, a rola opiekunów czyniących śmierć pacjenta śmiercią dobrą.

Proces pielęgnowania chorego umierającego musi uwzględniać problemy pojawiające się we wszystkich sferach człowieka, od fizycznej do psychicznej. Udzielanie tak różnorodnego wsparcia wymaga jednak ścisłej współpracy specjalistów w zespole terapeutycznym i szerokiego zakresu wiedzy.

Tom XII monografii *W drodze do brzegu życia*, będący kontynuacją poprzednich tomów, prezentuje materiały mające uniwersalny aspekt poznawczy w powyższym zakresie. Zostały one opracowane w dziesięciu rozdziałach: 1. Etyka, humanizm, medycyna; 2. Tanatoedukacja; 3. Problemy opieki paliatywnej/hospicyjnej; 4. Śmierć społeczna; 5. Problemy wielokulturowości w medycynie; 6. Wybrane problemy interdyscyplinarnej opieki nad pacjentem; 7. Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna; 8. Kulturotwórcza rola fizjoterapii; 9. Higiena pracy i 10. Problemy i regulacje prawne w medycynie

Monografia zawierająca treści przygotowane przez profesjonalistów z zakresu teologii, filozofii, medycyny, pedagogiki, socjologii, prawa, stanowi próbę „oswojenia" się nieuniknionym procesem przemijania. Skłania do refleksji i stanowi źródło informacji dla pracowników służby zdrowia, którzy już posiadają określone doświadczenie zawodowe, jak i dla studentów wchodzących stopniowo do zawodów medycznych.

Prof. dr hab. Irena Wrońska
Kierownik Katedry Rozwoju Pielęgniarstwa
Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

ETYKA, HUMANIZM, MEDYCYNA



Leśniewski Krzysztof

Misterium śmierci w świetle antropologii chrześcijaństwa Wschodniego

Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

Życie a śmierć

Czym jest życie? Jak rozumieć śmierć? [1] Jaka jest relacja pomiędzy życiem a śmiercią? Poszukiwania odpowiedzi na te czy wiele innych pytań dotyczących ludzkiego istnienia, a zwłaszcza stanów granicznych, nurtują nie tylko filozofów, teologów czy naukowców z różnych dziedzin, ale w mniej lub bardziej świadomy sposób dotyczą właściwie każdej osoby ludzkiej. Człowieka bowiem jako istotę duchową i rozumną niepokoją różnego rodzaju pytania związane z sensem oraz celem życia. Fakt śmierci, jako rzeczywistości nieuchronnie nadchodzącej, przed którą nie można uciec, przeraża i fascynuje…

Na poziomie życia biologicznego człowiek jawi się jedynie jako jednostka, która zaczyna istnieć w wyniku połączenia się dwóch komórek. Jednostkowy byt rozwija się i dojrzewa do śmierci, która jest bezpowrotnym rozpadem organicznej całości. Z czysto biologicznego punktu widzenia, śmierć człowieka jest tożsama z unicestwieniem jego osobowego bytu. Czy wizja życia, kończącego się śmiercią, jest do przyjęcia dla świadomego swej wyjątkowości, w porównaniu ze światem zwierząt, człowieka? Czy życie to tylko ustawiczny proces narodzin i śmierci, który da się wytłumaczyć prawami biologii w ramach ewolucyjnej wizji dziejów świata? Czy z uznania, że osoba ludzka to ktoś więcej niż tylko jednostkowy biologiczny organizm, nie wynika potrzeba odwoływania się do jakiejś innej, niż tylko biologiczna, przyczyny życia?

Nierozerwalny związek życia ze śmiercią, czy ich przeciwstawienie?

W cywilizacji europejskiej do XVIII wieku była powszechna świadomość paradoksalnej jedności, w ramach której żywi i umarli są nierozdzielnie połączeni. Od Oświecenia zaczął się proces świadomego wypierania antropologii chrześcijańskiej z nauk przyrodniczych. Jednym z przejawów redukcjonistycznej wizji osoby ludzkiej, jaka stała się dominująca w filozofii, medycynie czy naukach społecznych – była zmiana postawy wobec śmierci, którą stawiano w opozycji do życia, lub też zajmowano się nią w sposób wybiórczy [2,3]. Wskutek tego przeciwstawiania życia i śmierci, zaczęto traktować życie jako rzeczywistość ziemską, wywodząc jej początki i znaczenie z materii świata, a nie, jak to było uprzednio, od Boga. Życie zostało zatem zredukowane do poziomu fizycznego trwania, od

poczęcia do śmierci. Niewiara w ciągłość życia po śmierci, wynikająca z ideologii ateistycznej, przyczyniła się do polaryzacji życia i śmierci. Te dwie rzeczywistości stały się dwoma kategoriami nie do pogodzenia [4]. Koncentracja na życiu w znaczeniu biologicznym, z dystansem do ontologicznej refleksji nad faktem śmiertelności, doprowadziła do zapomnienia, a może raczej – zlekceważenia, mądrości starożytnych Greków, którzy kilka tysięcy lat wcześniej odkryli, że sztuka życia obejmuje sztukę umierania i *vice versa*. Wystarczy przypomnieć, jak wielkie było znaczenie misteriów eleuzyjskich dla kształtowania świadomości, że życie i śmierć są nierozerwalnie ze sobą powiązane. W najważniejszym momencie tych misteriów odwoływano się do mitu ilustrującego życie i śmierć bóstwa. Odwołując się do nieuchronności śmierci wprowadzano człowieka w różnego rodzaju oczyszczające praktyki sakralne, dzięki którym uzyskiwał on równowagę ducha i oswajał się ze śmiercią, a tym samym mógł dalej z większym poczuciem szczęśliwości oraz poczucia sensu, kontynuować swoją ziemską pielgrzymkę'[5]. znaczeniu refleksji nad śmiercią w odniesieniu do poprawy jakości życia świadczą również dzieła z innych kręgów kulturowych. Wystarczy wspomnieć choćby: *Egipską Księgę Umarłych* [6], czy *Tybetańską Księgę Umarłych* [7].

Współcześnie zachodnie świeckie społeczeństwa, które próbują raczej ukryć, niż zaprzeczać śmierci – doświadczają konfrontacji z nową rzeczywistością. Kataklizmy, ataki terrorystyczne, pandemie, wojny, huragany czy trzęsienia ziemi wprowadziły śmierć, zarówno bezpośrednio, jak i pośrednio, do codziennego życia społeczeństw [8]. W wyniku kryzysu antropologicznego, przyczyniającego się do redukcjonistycznego traktowania osób ludzkich, powszechnieje pozytywne podejście do aborcji i eutanazji [9]. Nie jest zatem możliwe, aby śmierć wyprzeć ze świadomości. Faktem jednak jest, że w środkach masowego przekazu przedstawia się ją w specyficzny sposób, marginalizując jej relację do życia.

Zrozumienie znaczenia śmierci jest nieodzowne, by pojąć znaczenie życia. Zapewne dla wielu ludzi tego rodzaju pogląd może być prowokacyjny… i nie do przyjęcia. Jeśli jednak z całą powagą uznamy fakt, iż śmierć jest największą tajemnicą z jaką zmaga się człowiek, to stanie się oczywiste, że podejście do niej ma zasadnicze znaczenie dla rozumienia życia, którego kres stanowi. Sposób traktowania śmierci zależy od stosowanego systemu pojęciowego. Jeśli jego podstawą są pojęcia pochodzące z redukcjonistycznie pojmowanej antropologii, to śmierć będzie traktowana w całkowitej opozycji do życia. Jeśli natomiast system pojęciowy będzie miał za swą podstawę chrześcijańską antropologię, to śmierć będzie się jawić jako misterium, które nierozerwalnie związane jest z całym życiem. W tradycji chrześcijaństwa Wschodniego z tego właśnie powodu odrzuca się „fizykalistyczną" wizję

śmierci, czyli pogląd, iż istnienie ludzkie kończy się wraz ze śmiercią fizycznego ciała [10]. Tego rodzaju przekonanie zakorzenione jest w wielowiekowej liturgicznej praktyce modlitwy zarówno za zmarłych, jak i do zmarłych [11,12] które podobnie, jak doktryna eschatologiczna o życiu po śmierci oraz zmartwychwstaniu ciała, bazuje na Wcieleniu, śmierci o zmartwychwstaniu Jezusa Chrystusa [13]. Właśnie ze względu na misterium paschalne Chrystusa – rzeczywistość, która nie jest obecna w innych religiach – chrześcijańskie pojmowanie życia po śmierci jest tak wyjątkowe [14]. W odniesieniu do chrystologicznego ukierunkowania antropologii, wschodnio-chrześcijańscy teologowie nauczają, iż byty ludzkie są zarówno fizyczne, jak i nie-fizyczne, a jako takie podlegają śmierci i zmartwychwstaniu [13].

Trójosobowy Bóg jako Dawca Życia

Podstawą wyjątkowości chrześcijaństwa jest wiara w jednego Boga, który istnieje w sposób trynitarny, czyli jako Ojciec, Syn i Duch Święty [15] Trójca Przenajświętsza jest wspólnotą Osób (gr. *koinonia ton prosopon*, łac. *communio personarum*) [16]. Teologowie chrześcijańskiego Wschodu podkreślają, iż Bóg Ojciec jest „jedyną podstawą" (gr. *arche*), „jedynym źródłem" (gr. *pege*) oraz „jedyną zasadą" (gr. *aitia*) Trójcy Przenajświętszej, z czego wynika, że jest On również pierwotnym i ostatecznym źródłem wszelkiego życia [13]. Trójosobowy Bóg powołał do istnienia świat i człowieka poprzez relację miłości, która nie była ograniczona żadną koniecznością. Życie zatem jest darem pochodzącym od Boga. Jeden z Ojców Kościoła – św. Bazyli Wielki (330-379) w odniesieniu do daru życia i stworzenia przypisuje określone role trzem Osobom Trójcy Świętej. W jego ujęciu Bóg Ojciec jest pierwszą przyczyną wszystkich rzeczy (gr. *he prokatarktike aitia*), ze względu na pragnienie czy też chcenie ich istnienia; Syn Boży jest stwórczą (gr. *demiourgike*) przyczyną, która powołuje je do istnienia; natomiast Duch Święty jest doskonalącą (gr. *teleiotike*) przyczyną bytów racjonalnych *(„O wspólnocie Ducha z Ojcem i Synem dowiesz się także z tego, co zostało stworzone na początku. […] W ich stworzeniu znajdź mi pierwszą przyczynę tego, co istnieje – Ojca, przyczynę stwórczą – Syna, przyczynę wypełniającą – Ducha. […] Jedna jest bowiem podstawa bytów, stwarzająca przez Syna i doskonaląca w Duchu. I ani Ojciec 'sprawca wszystkiego we wszystkich', nie działa w sposób niepełny, ani nie jest niedostateczna działalność stwórcza Syna, nie udoskonalona przez Ducha. Wtedy bowiem Ojciec nie potrzebowałby Syna, ponieważ tworzy sam z własnej woli; jednakże chce [tworzyć] przez Syna. Ani Syn nie potrzebowałby współpracy, ponieważ działa na podobieństwo Ojca, ale i Syn pragnie doskonalenia przez Ducha. […] Poznajesz zatem Trójcę: Pana, który wydaje polecenia, Słowo, które tworzy, Ducha, który umacnia")* [17]. Mamy zatem w teologii

św. Bazylego Wielkiego przyporządkowane poszczególnym Osobom w Trójcy Świętej trzy funkcje (pragnienia/chcenia, stwarzania i doskonalenia). Stworzenie jest wspólnym i niepodzielnym działaniem Trójcy Świętej [18], choć każda z Osób Trójcy Świętej w działaniu stwórczym pełni właściwą sobie rolę. Stworzenie jest wolnym i niczym nie ograniczonym aktem woli Boga w Trójcy Osób. Stwórcza moc Wszechmogącego urzeczywistnia Jego wolę i powołuje byty do istnienia. Stworzenie zatem jest wolnym aktem woli Boga, a nie Jego naturalną emanacją.

Syn Boży – Jezus Chrystus – mówi o Sobie, że jest Życiem (por. J 14,6). Duch Święty jest „Panem i Ożywicielem" (gr. *to Kyrion, to Zoopoion*) [19], który daje uczestnictwo w życiu samego Boga (por. 1 Kor 2,10-12). Świadomość, że Bóg jest źródłem życia, a nie źródłem śmierci, miał już Naród Wybrany. W deuterokanonicznej Księdze Mądrości zostało napisane: *„[...] śmierci Bóg nie uczynił i nie cieszy się ze zguby żyjących*" (Mdr 1,13). Śmierci nie można więc traktować jako pierwotnego zamiaru Boga wobec stworzenia. Bóg stworzył nas nie po to, abyśmy umierali, lecz abyśmy żyli [20] Dowodzenie, że śmierć ma początek w Bogu, objawia lekceważenie przesłanek biblijnych, które są podstawą chrześcijańskiej wiary. Bóg jako Miłość jest źródłem życia, a nie śmierci[10].Zatem nie można Trójcy Przenajświętszej uważać za przyczynę chorób, cierpień i śmierci. Bóg jest Stwórcą, a nie niszczycielem życia. On nie ma upodobania w śmierci żyjących (por. Mdr 1,13) Prawdę tę jednogłośnie potwierdzają Wschodni Ojcowie Kościoła: św. Bazyli Wielki, św. Grzegorz z Nyssy czy św. Maksym Wyznawca [21].

Podstawowe kategorie antropologiczne chrześcijaństwa Wschodniego

W chrześcijańskiej refleksji nad tajemnicą śmierci nie wystarczy uznać jedynie uznać Boga jako źródło życia. Do rozjaśnienia misterium śmierci trzeba również odpowiednich kategorii pojęciowych, które zapewnią pogłębione spojrzenie na tajemnicę osoby ludzkiej. Od określenia, kim jest człowiek jako osoba stworzona na obraz i podobieństwo Boże, w zasadniczym stopniu zależy sposób traktowania śmierci. Jednym z fundamentów tradycji chrześcijaństwa Wschodniego, bazującej na tradycji nowotestamentalnej, jest trychotomiczna wizja osoby ludzkiej, w ramach której rozróżnia się takie kategorie antropologiczne, jak: umysł (gr. *nous*), dusza (gr. *psyche*) oraz ciało (gr. *sarks, soma*). Jak łatwo zauważyć trychotomiczność człowieka stanowi odzwierciedlenie trynitarności Boga. Jest logiczne, że człowiek jako stworzony na obraz jednego Boga w Trójcy Przenajświętszych Osób, wyraża swoją osobą dwie prawdy, a mianowicie jedność i troistość. Człowiek jako osoba jest w ziemskim życiu niepodzielną jednością rzeczywistości materialnej i duchowej, a zarazem ze względów funkcjonalnych można go opisać jako rzeczywistość trychotomiczną i wyróżnić:

umysł, duszę oraz ciało, co odnosi się do jego Praobrazu i Stwórcy, którym jest Jeden Bóg – Trójca Przenajświętsza.

Umysł (gr. *nous*) jest przede wszystkim obrazem niewidzialnego Boga. Stanowi najwyższą władzę człowieka, dzięki której staje się możliwe poznawanie Boga, rzeczywistości duchowych: dobrych i złych, istoty rzeczy lub też zasady rzeczy stworzonych. Za pomocą umysłu człowiek poznaje wszystko na drodze bezpośredniego pojmowania bądź duchowego postrzegania, a nie na drodze racjonalnej, czyli poprzez formułowanie abstrakcyjnych pojęć i dowodzenie na ich podstawie, aby dojść do konkluzji dzięki dedukcyjnemu rozumowaniu (co jest właściwe dla rozumu, gr. *dianoia*). Gdy umysł jest oczyszczony to zostaje rozświetlony Bożym światłem i poznaje Boską prawdę za pomocą bezpośredniego doświadczenia i intuicji. Jeśli zaś umysł ulega złym myślom (gr. *poneroi logismoi*) oraz poddaje się pożądliwym oraz złym wyobrażeniom (gr. *poneroi phantasiai*) to ogarnia go ontologiczna ciemność i staje się niezdolny nie tylko do kontemplacji Boga, ale również nie jest w stanie właściwie rozróżniać dobra od zła. Umysł odwracając się od Boga, koncentruje się na rzeczywistościach stworzonych, tym samym zatracając swą pierwotną rolę. Mistrzowie chrześcijańskiego Wschodu nauczali, iż umysł jest zdolny do przemienienia samego siebie we wszystko i przybierania kształtu wszystkiego, co próbuje pojąć [22]. Dynamiczne osiąganie przez umysł prostoty i duchowego blasku jest według św. Maksyma Wyznawcy procesem zależnym od stopnia duchowej kontemplacji: „*Kiedy umysł koncentruje uwagę na pojęciowych obrazach przedmiotów materialnych, sam upodabnia się do zarysu każdego obrazu. […] Jak jest zanurzony w Bogu, traci całkowicie zarówno kształt i zarys, ponieważ kontemplując Tego, który jest prosty, sam staje się prosty i całkowicie wypełniony duchowym blaskiem*” [23]. Teologowie prawosławni na podstawie opisu z Księgi Rodzaju dowodzą, iż przed Upadkiem umysły Adama i Ewy w pełni odbijały życie i światło Boga, będąc na Nim całkowicie skoncentrowane. Diabeł doprowadził do tego, iż ich umysły przestały być skupione na Bogu i zwróciły się ku rzeczywistości stworzonej. Wskutek tego ludzki umysł został wprowadzony w błąd, źle ukierunkowany i wypaczony. Przestał być obrazem Boskiego świata, a zaczął odzwierciedlać świat ciemny i demoniczny, świat samo-zakłamania ludzkiego ego. Dowodem na Upadek Pierwszych Rodziców, zwany też grzechem pierworodnym [14], jest fakt zepsucia i wypaczenia myślenia i wyobraźni człowieka, co wyraża się różnymi przejawami egocentryzmu [4]. Umysł człowieka, będąc jego centrum duchowym, może upodabniać zarówno do złych duchów i pogrążać się w ciemności, albo też upodabniać się do Boga i jaśnieć Bożym światłem. W tym sensie należy traktować umysł jako

ustawiczne pole walki stworzonego osobowego zła z niestworzonym osobowym Dobrem. Co ważne, od stanu umysłu, zależy również stan duszy i ciała.

Dusza (gr. *psyche*) ludzka to rzeczywistość, którą trudno precyzyjnie określić. Na podstawie przesłanek biblijnych jednoznacznie można stwierdzić, iż zdecydowania odróżnia się ona od duszy zwierzęcia. Zasadnicza różnica polega na tym, że dusza każdego zwierzęcia jest jedynie życiem ciała (energią, która je ożywia), a nie jest obdarzona zdolnością pojmowania rzeczywistości i rozumowania. Dusza zwierząt to dusza śmiertelna; gdy zwierzę kończy życie, to umiera zarówno jego ciało, jak i jego dusza [23]. Dusza ludzka nie ginie wraz ze śmiercią ciała, gdyż pozostaje w relacji do Boga, co wynika z faktu, że przez Boga została stworzona. Dusza ludzka jest więc nieśmiertelna z natury i posiada w sobie nieśmiertelność jako wewnętrzną potencjalność. Ponadto, jest zmienna i niezależna, co w praktyce oznacza, że ma możliwość wyboru: dobra, lub zła [24]. Dusza nie zamieszkuje jedynie w ciele, lecz wyraża się poprzez ciało. Dusza to znak życia (ang. *constitutes the sign of life*), pojmowanego jako zewnętrzna manifestacja podmiotowości. Z faktu, że dusza jest znakiem życia, nie wynika, iż jest ona również źródłem czy przyczyną życia, jak w to wierzyli starożytni Grecy. Raczej należy ją postrzegać jako „nosiciela życia" (ang. *the bearer of life*) i z tego też względu w Starym Testamencie jest często utożsamiana z objawieniem życia na ziemi (ang. *the manifestation of life on earth*), a w Nowym Testamencie jako „nosicielem życia wiecznego" (ang. *a bearer of eternal life*). Właśnie z tego powodu zbawienie dusz rozumiane jest jako możliwość życia, które nie zna zepsucia i śmierci [25].

Duszę zazwyczaj traktuje się w opozycji do ciała. W tym sensie duszę pojmuje się jako rzeczywistość bezcielesną. Czy jednak dusza faktycznie jest bezcielesna? Jeśli jest ona rzeczywistością energetyczną, to, tym samym w świetle fizyki kwantowej, jest również rzeczywistością materialną. Dusza, zatem jako rzeczywistość energetyczna, cechuje się swego rodzaju „cielesnością duchową". Po śmierci dusza ciągle posiada organizm czy też *complexus* narządów, za pomocą których może działać i reagować, może myśleć, widzieć, słyszeć, czuć, itd. [4.] Uznanie istnienia duszy ludzkiej całkowicie zmienia sposób patrzenia na śmierć, gdyż śmierć nie odnosi się już tylko do ludzkiego ciała. W tradycji chrześcijańskiego Wschodu często mówi się o śmierci duszy czy też śmierci duchowej jako o konsekwencji buntu przeciwko Bogu, czyli grzechu[26]. Śmierć duchowa nie oznacza unicestwienia duchowego wymiaru istnienia człowieka, czyli duszy, która istnieje również po fizycznej śmierci człowieka [13]. Śmierć duchowa osoby ludzkiej jest oddaleniem się od Boga. To alienacja, ale nie unicestwienie.

Ciało nie jest pojęciem w języku polskim, które ma jednoznaczny zakres pojęciowy. Wynika to z faktu, że to jedno pojęcie stało się synonimem dwóch rzeczywistości o odrębnych zakresach semantycznych (w języku greckim), a mianowicie: *soma* i *sarks*. Ciało w znaczeniu *soma* posiada cały szereg znaczeń, zależnie od kontekstu historycznego, filozoficznego, biblijnego czy patrystycznego [27]. Z punktu widzenia wschodnio-chrześcijańskiej antropologii istotne jest, aby traktować je jako osobową cielesność, która została stworzona przez Boga. Zazwyczaj pojęcie *soma* odnosi się do fizycznego czy psychicznego aspektu bytu człowieka. Może też oznaczać całą osobę, zdolną dzięki łasce, do przemienienia i zmartwychwstania na obraz Chrystusa. Ciało w znaczeniu *sarks*, jednej strony oznacza fizjologię człowieka, a z drugiej upadłą i grzeszną naturę człowieka [28]. *Sarks* odnosi się do ukierunkowania osoby ludzkiej, które prowadzi do grzechu i śmierci (por. Rz 7,14: „A ja jestem cielesny (gr. *sarkikos*), zaprzedany w niewolę grzechu").

Współcześnie, zazwyczaj ciało (gr. *soma*) traktuje się jako zespół takich elementów materialnych jak: kości, mięśnie, narządy wewnętrzne, krew itd., czyli to wszystko, co stanowi o fizycznej i fizjologicznej tożsamości człowieka, podczas jego ziemskiego życia. Jest to zatem tzw. „gęste ciało materialne" (ang. *the dense material body*) [4]. W stanie śmiertelnym ciało (gr. *soma*) staje się podobne do skorupy ostrygi, gdyż przestaje na nie oddziaływać kształtująca moc duszy (gr. *psyche*). Przestaje odzwierciedlać duchowy stan umysłu i duszy.

Nawiązując do Księgi Rodzaju, warto zauważyć w świetle tradycji chrześcijańskiej, że ciało Adama, pierwszego człowieka, różniło się przed Upadkiem i po Upadku. Przed Upadkiem ciało Adama nie podlegało rozkładowi, zniszczeniu i śmierci. Pierwotna materialność ciała Adama cechowała się wielką energetycznością czy też świetlistością, wynikająca z pełnej koncentracji na Bogu. Jedną z konsekwencji Upadku było to, że ciało stało się złożone z gęstszych, grubszych czy bardziej materialnych elementów (ang. *compounded with denser, coarser, more material elements*), niż to było wcześniej [4]. W zmartwychwstaniu to ziemskie ciało fizyczne (gr. *soma fisikon*) będzie przekształcone w ciało duchowe (gr. *soma pneumatikon*) [29]. W ten sposób człowiekowi zostanie przywrócone pierwotne, rajskie ciało, które nie będzie się już cechować gęstą materialnością, będącą skutkiem Upadku. To ciało duchowe, czyli prawdziwe ciało człowieka, posiadać będzie również duchowe zmysły [4]. Będzie to ciało „niezniszczalne", „okryte chwałą" (por. 1 Kor 15,42-44), nieśmiertelne, wyzwolone od pokus oraz wolne od zepsucia, jak również od wymagań ciała fizycznego (por. Mt 22,30; Łk 20,35-36; 1 Kor 6,13).

Ciało duchowe zostało objawione przez Jezusa Chrystusa podczas Przemienienia na Górze Tabor. Chrystus objawił wówczas Swoim uczniom „archetypiczne ciało ludzkie" (ang. *the archetypal human body*)[30]. Świetlista materialność tego ciała duchowego była udziałem niektórych świętych, jak choćby św. Symeona Nowego Teologa czy św. Serafina z Sarowa. Ciało duchowe (gr. *soma pneumatikon*) w chrześcijaństwie Wschodnim utożsamiane jest z ciałem przebóstwionym, czyli ciałem całkowicie przemienionym mocą niestworzonych Energii Boga. To ciało jaśniejące Bożą obecnością, całkowicie przenikającą całą osobę ludzką, co jest możliwe już podczas ziemskiego życia.

Liturgiczne teksty Kościoła prawosławnego wielokrotnie podkreślają, iż „*doskonałą istotą ludzką nie jest ani człowiek żywy, ani umarły. Jest nią człowiek zmartwychwstały*" [11].

Trzy rodzaje śmierci

Teologowie prawosławni wykazują, iż na podstawie przesłanek biblijnych oraz duchowych autorytetów Kościoła, nie można traktować śmierci ludzkiej jedynie jako zatrzymania funkcji życiowych organizmu. Misterium śmierci w świadomości chrześcijańskiej to rzeczywistość złożona, która dotyczy zarówno sfery fizycznej osoby ludzkiej, jak i jej sfery duchowej [31]. Jeśli uwzględni się te dwie sfery, stanowiące o pełnej tożsamości człowieka, to można wyróżnić trzy rodzaje śmierci: fizyczną, duchową i metafizyczną. Pierwsza z nich dotyczy sfery fizycznej, a dwie pozostałe dotyczą sfery duchowej osoby ludzkiej.

Śmierć fizyczna

Śmierć fizyczna od dawna stanowi przedmiot badań wielu nauk eksperymentalnych (ang. *sciences*). Zasadniczo śmierć fizyczną (łac. *mors, exitus letalis*) określa się jako zgon. To stan charakteryzujący się ustaniem oznak życia, spowodowany nieodwracalnym zachwianiem równowagi funkcjonalnej i załamaniem wewnętrznej organizacji ustroju [32]. O trudnościach w określeniu kiedy właściwie następuje śmierć w sensie biologicznym świadczy zmieniające rozumienie jej podstaw. Niegdyś uważano, że fizyczna śmierć człowieka następuje w momencie ustania wszelkiej czynności oddechowej oraz krążenia (ostatni oddech, ostatnie wysłuchane uderzenie serca (łac. *cor ultimum moriens*). W wyniku rozwoju diagnostyki medycznej oraz technik reanimacyjnych i anestezjologicznych wprowadzono tzw. nową definicję śmierci, w ramach której to śmierć całego mózgu (łac. *mors biologica cerebri*) stanowi podstawę do uznania człowieka za zmarłego. Odkrycie, że śmierć komórek mózgu nie następuje równocześnie, spowodowało kolejną zmianę i powstanie tzw. nowej zmodyfikowanej definicji śmierci – dookreślającej, że niezbędnym i wystarczającym warunkiem do uznania osoby ludzkiej za zmarłą jest śmierć pnia mózgu.

Warto zauważyć, że powyższe definicje dotyczyły śmierci człowieka w sensie prawnym, czyli jako jednostki społecznej. Osobnym i znacznie trudniejszym do określenia jest proces umierania, którego nie można zredukować do jednego momentu.

Z chrześcijańskiego punktu widzenia człowiek poprzez śmierć fizyczną traci swe materialne ciało oraz zdolność do komunikacji za pośrednictwem zmysłów [4]. Teologowie prawosławni krytycznie podchodzą do redukowania życia jedynie do kwestii fizycznego przetrwania (ang. *to a matter of physical survival*), którego końcem jest śmierć, dowodząc, iż w ten sposób z życia czyni się bożka, karykaturę i bluźnierstwo [4]. Fizyczna śmierć to coś więcej, to kolejny krok w rzeczywistość, którą człowiek zaczął już doświadczać w życiu ziemskim. Człowiek żyjący z wiary, a przez to podobający się Bogu, nie doświadczy śmierci. Poświadcza to przekaz biblijny: „*Przez wiarę Henoch został przeniesiony, aby nie oglądał śmierci. I nie znaleziono go, ponieważ Bóg go zabrał. Przed zabraniem bowiem otrzymał świadectwo, iż podobał się Bogu*" (Hbr 11,5). Słowa te brzmią nieco zagadkowo, lecz znajdują odzwierciedlenie w tradycji liturgicznej chrześcijańskiego Wschodu, w której jest rozróżnienie pomiędzy fizyczną śmiercią a zaśnięciem (gr. *koimesis*). To są dwie zupełnie odmienne rzeczywistości, niezależnie od tego, że wydają się być takie same podczas powierzchownej obserwacji zmian fizjologicznych. Śmierć fizyczna, chociaż stanowi koniec życia człowieka, to nie stanowi końca jego istnienia. Prawosławie, tak, jak i inne tradycje chrześcijańskie, głosi, że po śmierci fizycznej w dalszym ciągu człowiek istnieje jako osoba, chociaż w nie-fizycznej formie, ze względu na duchową sferę swej osoby [13].

Fakt, że człowiek nie jest w stanie uciec przed śmiercią fizyczną, nie tylko jest w opozycji do jego zasadniczego pragnienia wiecznej egzystencji, ale również głęboko oddziałuje na sposób życia. Śmierć fizyczna, a zwłaszcza towarzyszący człowiekowi lęk przed nią, w sposób negatywny wpływa na jakość życia, wzmagając skłonności egoistyczne i koncentrację na zaspokajaniu własnych pragnień oraz dogadzaniu własnym pożądliwościom. Lęk przed śmiercią fizyczną stanowi podstawę do bycia zniewolonym przez grzech. Prawdę tę John Romanides, grecki teolog prawosławny, ujął w sposób następujący: „*Moc śmierci fizycznej we wszechświecie przyniosła ze sobą postawę samozachowawczą, lęk i niepokój, co z kolei stało się przyczyną: samostanowienia, egoizmu, nienawiści, zazdrości itp. […] Człowiek nie umiera, bo jest winny ze względu na grzech Adama. On staje się grzesznikiem, ponieważ jest ujarzmiony potęgą diabła poprzez śmierć i jej konsekwencję*" [33]. Śmierć fizyczna nie wprowadza duszy zmarłego w stan pełnego spoczynku. Od tego bowiem momentu rozpoczyna się dla niej proces przygotowań do ponownego zjednoczenia z ciałem w czasie ostatecznego zmartwychwstania [11].

Śmierć duchowa

Chrześcijaństwo jest religią nadziei. Wiara w życie wieczne, czyli istnienie osoby ludzkiej po śmierci jest podstawą pewnego dystansu w odniesieniu do śmierci fizycznej. Sam Jezus nauczał, by nie traktować lękowo śmierci fizycznej: „*Nie bójcie się tych, którzy zabijają ciało (gr. to soma), lecz duszy (gr. ten den psichin) zabić nie mogą. Bójcie się raczej Tego, który duszę i ciało może zatracić (gr. apolesai) w piekle (gr. geene)"* (Mt 10,28). Tym kimś, kto może zatracić czy zniszczyć całą osobę ludzką jest Szatan. Na różne sposoby stworzone osobowe zło stara się dotrzeć do osób ludzkich na poziomie duchowym, podsuwając złe myśli (gr. *poneroi logismoi*) i zachłanne rządze, które wzbudzają niezaspokajalne złe pożądliwości (gr. *poneroi pathi*). Ulegając im na poziomie zmysłów człowiek oddala się do Boga, coraz bardziej alienując się od źródła swego duchowego życia, w wyniku czego dochodzi do śmierci duchowej, czyli do trwania w grzechu (gr. *amartia*). Korzeniem złych pożądliwości powodujących śmierć duchową jest egocentryzm, zamknięcie się w potrzebach miłości własnej (gr. *filauthia*), która niszczy zdolność do wychodzenia (gr. *ekstasis*) i bycia z innymi.

Istotne jest, by pamiętać, że śmierć duchowa człowieka nie oznacza jego unicestwienia. Wiadomo, że pojęcie nieśmiertelności duszy stanowi jeden z zasadniczych elementów filozofii platońskiej. W ujęciu chrześcijańskim nie można się ograniczać jedynie do nieśmiertelności duszy, lecz bardziej zasadnym będzie pojęcie „*niezniszczalnej osoby*", lepiej oddające istotę Dobrej Nowiny, czyli Ewangelii [34]. Zmartwychwstanie ze śmierci duchowej może mieć swój początek już w ziemskim życiu, a więc jeszcze zanim nastąpi śmierć fizyczna [13]. To powstanie z martwych ze śmierci duchowej w tradycji chrześcijaństwa Wschodniego utożsamiane jest z wyzwoleniem się ze złych pożądliwości, których człowiek doświadcza jako skutek Upadku Pierwszych Rodziców, czyli tzw. grzechu pierworodnego [35].

Jeśli proces wyzwalania z pożądliwości nie rozpocznie się jeszcze w życiu ziemskim, to one – również po śmierci – w dalszym ciągu będą oddziaływać na sferę duchową człowieka, jawiąc się w umyśle (gr. *nous*), czy w duchowej świadomości, w formie myśli i wyobrażeń jako swoiste „*potomstwo naszego nieoczyszczonego ja*" (ang. *the progeny of our unpurified ego*) [4]. W ten sposób dominujące pożądliwości, które nie zostaną oczyszczone w czasie ziemskiego życia, dalej będą kształtować poczucie tożsamości osoby ludzkiej. Nie ma zatem przerwy w świadomości pomiędzy duchowym stanem człowieka przed i po śmierci. W duchowości prawosławnej podkreśla się ciągłość wszystkich tendencji i skłonności, zarówno do dobra, jak i do zła, również w istnieniu po śmierci fizycznej. Ze względu właśnie na te

myśli wyobrażeniowe, śmierć fizyczna nie przyczynia się w jakiś zasadniczy sposób do zmiany głównego ukierunkowania duchowego.

Śmierć metafizyczna

Pojęcie śmierci metafizycznej (ang. *metaphysical death*) nie jest powszechnie znane. Najogólniej można ją określić jako rzeczywistość przeciwstawną do śmierci duchowej. Śmierć metafizyczna, określana jest przez prawosławnych teologów, jako uwolnienie się od zniewolonej przez ego grzesznej świadomości, która jest ukonstytuowana przez pożądliwe myśli i wyobrażenia. To przezwyciężenie iluzji i wyjście ze stanu ignorancji, dzięki czemu człowiek odkrywa prawdziwe źródła swojej tożsamości, jako osoby stworzonej na obraz i podobieństwo Trójosobowego Boga. Śmierć metafizyczna jest warunkiem narodzenia się na nowo i zmartwychwstania duchowego. Dzięki temu „powtórnemu narodzeniu" (por. J 3,3) staje się możliwe wejście do Królestwa Bożego (por. J 3,5) [4].

Do śmierci metafizycznej powołany jest każdy chrześcijanin, gdyż te wewnętrzne ponowne narodziny odsłaniają w nim „wyższe ja". Wyzwala się z lęku przed śmiercią i odkrywa, iż zmartwychwstał do życia w wieczności, czyli że jego życie rozświetla obecność Chrystusa. Stan śmierci metafizycznej dobrze oddają słowa apostoła Pawła: „*Teraz zaś już nie ja żyję, lecz żyje we mnie Chrystus. Choć nadal prowadzę życie w ciele, jednak obecne życie moje jest życiem wiary w Syna Bożego, który umiłował mnie i samego siebie wydał za mnie*" (Ga 2,20). W wyniku śmierci metafizycznej dokonuje się tak radykalna przemiana duchowa, że trudno wyrazić ją ludzkimi słowami, bowiem „*to, czego ani oko nie widziało, ani ucho nie słyszało, ani serca człowieka nie zdołało pojąć, jak wielkie rzeczy przygotował Bóg tym, którzy Go miłują*" (1 Kor 2,9).

W doświadczeniu duchowym chrześcijaństwa Wschodniego śmierć metafizyczna to nic innego jak stan określany jako przebóstwienie (gr. *theosis*). Przebóstwienie jest darem Boga dla człowieka, a zarazem jest to proces dynamicznego urzeczywistniania obrazu Bożego, aby coraz bardziej stawał się podobieństwem. Poprzez śmierć metafizyczną dokonuje się jakościowa zmiana człowieka w byciu osobą (ang. *personhood*), gdyż świetlista chwała Boża objawia się jako światło, nie tylko w umyśle i duszy, ale również w całym ciele. Przebóstwiony człowiek (w sferze duchowej i fizycznej) staje się podobny do Boga, który jest Światłością. Przebóstwienie jest ostateczną prawdą o człowieku, który mocą Ducha Świętego staje się „bogiem przez łaskę", „uczestnikiem Bożej natury" (por. 2 P 1,4) i to nie w sensie unicestwienia ludzkiej natury przez nieskończoną naturę Boga. Uwolnienie od zepsucia i świetlistość ciała człowieka w żaden sposób nie zależy od jakiejkolwiek zasługi, lecz jest darem Boga.

Próba oceny śmierci człowieka

Misterium śmierci ostatecznie jest nieuchwytne racjonalnej refleksji człowieka. Nie jest możliwe, by poznać jego istotę, a zarazem pozostać wśród żywych. Jeśli nawet komuś, kto egzystencjalnie przejdzie przez granicę śmierci, udało się jeszcze powrócić na czas jakiś do ziemskiego życia, to i tak nie będzie w stanie wyrazić w precyzyjnych kategoriach racjonalności naukowej, tego co doświadczył... Co najwyżej, opowie o swej wędrówce ku drugiej stronie życia w formie metaforycznej, korzystając z takich pojęć jak: ciemność – światłość, lęk – poczucie bezpieczeństwa… Wszystkie jednak informacje o „świecie nieznanym" będą niesprawdzalne z punktu widzenia nauk szczegółowych. O potrzebie podzielenia się subiektywnymi doświadczeniami z pogranicza życia i śmierci, świadczą pojawiające się od czasu do czasu publikacje książkowe [36-44]. Grecki Metropolita Hierotheos słusznie zauważa, iż należy podchodzić z wielką ostrożnością do oceny doświadczeń granicznych, gdyż trudno jednoznacznie ocenić, jakiego rodzaju energia duchowa jest ich źródłem. Z punktu widzenia chrześcijaństwa Wschodniego mogą być one powodowane mocą zarówno energii demonicznej, jak i Energii Boskiej (jako łaska i błogosławieństwo pochodzące od Boga). W pewnych sytuacjach mogą to też być po prostu jakieś szczególne stany świadomości człowieka [24]. Niemniej jednak, osobiste doświadczenia tych, którzy w swoim życiu dotarli do granicy śmierci, jak również przesłanki biblijne i teologiczne świadczą, iż śmierć jawi się jako rzeczywistość zarówno negatywna, jak i pozytywna. Śmierć dla człowieka jest wrogiem i przyjacielem, tragedią i błogosławieństwem.

Śmierć jako rzeczywistość negatywna

Jeśli przypatrzymy się postawie Jezusa wobec śmierci, to zauważymy, że On nigdy nie nauczał akceptacji śmierci [50]. Ewangelie dają przykłady władzy Jezusa nad śmiercią jeszcze przed decydującym ciosem, wymierzonym z krzyża przeciwko Szatanowi i śmierci. Wszak Jezus wskrzesił syna wdowy z Naim (por. Łk 7,14) oraz córkę Jaira, przełożonego synagogi (por. Łk 8,54). A przed grobem Łazarza rozrzewnił się, wzruszył się głęboko i zapłakał (por. J 11,33-38). Chociaż Łazarz był już cztery dni w grobie, to został przez Jezusa przywrócony do ziemskiego życia. W Ogrodzie Gethsemani, mając świadomość nadchodzącej śmierci wołał: „*Ojcze, jeśli chcesz, zabierz ode Mnie ten kielich! Jednak nie Moja wola, lecz Twoja niech się stanie!*" (Łk 22,42). O ogromnym napięciu w obliczu śmierci, świadczy, iż był „*pogrążony w udręce […] a Jego pot był jak gęste krople krwi, sączące się na ziemię*" (Łk 22,44). Śmierć Zbawiciela na krzyżu okazała się „*ostatecznym ciosem skierowanym przeciwko grzechowi i śmierci, ponieważ była to śmierć Bogoczłowieka, w*

którym istniała cała pełnia ludzkiej natury, w niepojęty dla nas sposób zjednoczona z naturą Boga Słowa" [51]. Fakt, że śmierć jest wrogiem człowieka, został jednoznacznie wskazany w Pierwszym Liście do Koryntian. Św. Paweł wyjaśniając, jakie znaczenie ma dla wierzących Zmartwychwstanie Chrystusa, podkreśla, iż Chrystus jako ostatniego wroga pokona śmierć (por. 1 Kor 15,26). Śmierć jest wspólnym wrogiem wszystkich ludzi, ponieważ wszyscy ludzie zostali stworzeni dla życia, i to nie tylko życia ziemskiego, ale i wiecznego [51]. Śmierć czy też śmiertelność nie jest jakimś tam wrogiem dla człowieka; ona właściwie jest „jedynym prawdziwym wrogiem" [51]. Zapewne z tego właśnie powodu śmierć określana jest jako: „wielka tragedia", „bolesna metafizyczna katastrofa" czy „tajemnicze niepowodzenie ludzkiego losu" [45]. Śmierć jest nie do pogodzenia z naszą najgłębszą tożsamością jako stworzeń powołanych do istnienia na obraz Boży. Śmierć jest przeciwko ostatecznej woli Boga wobec ludzkości [13]. Promując grzech i oddzielając od Boga, śmierć (tak duchowa, jak i fizyczna) konstytuuje wszelkiego rodzaju problemy etyczne i ontologiczne, jakie są udziałem człowieka. Śmierć przyszła na świat jako następstwo grzechu, czyli odwrócenia się od Boga. Poprzez wybór własnej niezależności, zamiast ukierunkowania życia na poznawanie Boga, człowiek stanął w obliczu nieskończoności. Wpatrując się w nią, zauważył, że tam nie ma Jego Pana i Stwórcy, będącego jedynym źródłem życia. A bez Boga, życie skazane jest na przemijalność, której kresem jest śmierć [46].

Śmierć jako rzeczywistość pozytywna

Wielu dwudziestowiecznych filozofów i teologów uznało śmierć za istotną i ważną soczewkę do badania zagadnień religijnych, filozoficznych i etycznych. Jaroslav Pelikan przekonuje, że tradycja chrześcijańska „której centralnym przesłaniem jest życie ukrzyżowanego Żyda, nie może uniknąć mówienia o śmierci, i to zarówno o śmierci Jezusa, jak i śmierci każdego człowieka"[47] Według Alberta Camusa zagadnienie śmierci (śmierci samobójczej!) „*jest jedynym poważnym problem filozoficznym*" [48]. Cóż bowiem może być ważniejszego niż ocena, czy warto żyć. Mroczną dywagację francuskiego egzystencjalisty rozjaśnia rosyjski myśliciel religijny Mikołaj Bierdiajew, dowodząc, iż: *„[…] system etyczny, w którym śmierć nie jest centralnym problemem, nie ma żadnej wartości*" [49].

Chrześcijańska pozytywna wizja śmierci ma za swą podstawę w wydarzeniu zmartwychwstania Chrystusa, bowiem: *„[…] jeśli Chrystus nie zmartwychwstał, daremne jest nasze nauczanie, próżna jest także wasza wiara*" (1 Kor 15,14). Tę myśl rozwija dalej św. Paweł wyjaśniając istotę relacji pomiędzy grzechem, śmiercią i zmartwychwstaniem: „*Tymczasem jednak Chrystus zmartwychwstał jako pierwszy spośród tych, co pomarli. Ponieważ bowiem przez człowieka [przyszła] śmierć, przez Człowieka też [dokona się]*

zmartwychwstanie. I jak w Adamie wszyscy umierają, tak też w Chrystusie wszyscy będą ożywieni" (1 Kor 15,20-22). Śmierć, który spada na każdego człowieka jest zarazem warunkiem jego zmartwychwstania. Chociaż śmierć nie ma w sobie nic dobrego, w pewnym sensie jest błogosławieństwem dla człowieka, który żyje w grzesznym świecie. Śmierć jest nie tylko skutkiem grzechu, ale również największym złem, jakie trzeba pokonać. W tym sensie „śmierć jest zyskiem".

Z chrystologicznego punktu widzenia, śmierć można zobaczyć w bardziej pozytywnym świetle. Wcielenie, śmierć i zmartwychwstanie są nierozłączne w Osobie Boga-Człowieka Jezusa Chrystusa. W pełni ludzka i rzeczywista fizyczna śmierć na krzyżu oraz cielesne zmartwychwstanie i wniebowstąpienie „zmieniły kształt śmierci" [47], choć zarazem pogłębiły dwie strony jej antynomii [52]. Wydarzenie Chrystusa w radykalny sposób podkreśla katastroficzny charakter śmierci, a zarazem przekształca ją w chwalebne przejście do życia wiecznego [10,53] Zmartwychwstanie Chrystusa jest przede wszystkim zwycięstwem nad śmiercią. Ta prawda stanowiąca podstawę soteriologii chrześcijańskiego Wschodu, w liturgicznej formie [45,54] wysławiana jest w paschalnym troparionie: „C*hrystus powstał z martwych. Śmiercią swą pokonał śmierć. A tych, którzy są w grobach obdarzył życiem*". Celem śmierci Jezusa Chrystusa nie było jedynie odpuszczenie grzechów czy usprawiedliwienie grzeszników, lecz było to ontologiczne zwycięstwo nad śmiercią i śmiertelnością [45]. Zmartwychwstanie to „ósmy dzień" – „Niedziela wieczności" – zwiastująca przejście poza horyzont stworzoności. Po śmierci fizycznej w dalszym ciągu żyje prawdziwe ja. Umierając po prostu przechodzimy z jednego stanu do drugiego, tracąc jedynie ciało materialne.[4] Również po śmierci fizycznej w dalszym ciągu człowiek ma możliwość urzeczywistniania swych potencjalności, uwalniania się od niewiedzy i egocentrycznej miłości (gr. *philautia*).[4] Trójosobowy Bóg zarówno po tej, jak i po drugiej stronie życia, ciągle wylewa Swą łaskę – dar wyzwalającej miłości. Fizyczna śmierć wprowadza osobę ludzką w bardziej duchowy sposób bytowania i otwiera ją na nową jakość spotkania, z Tym, który jest „Życiem wiecznym".

* * *

Jeśli porówna się życie do nieustannie płynącej rzeki, to trzeba uznać, iż życie tak, jak rzeka, ma dwie naturalne granice. Człowiek obserwując bieg swego życia, zna tylko jedną jego granicę. Drugiej nie jest w stanie poznać i zapewne z tego powodu stara się o niej nie myśleć, albo też to myślenie napełnia go głębokim lękiem, gdyż swym rozumem nie jest w stanie ogarnąć pojąć misterium śmierci [55]. Ostatecznie bowiem śmierć jest „wielką tajemnicą arcymądrości Bożej", która w jakimś momencie chronologicznego czasu,

wprowadzi każdą osobę ludzką w Boży czas (gr. *kairos*), czyli w taką formę istnienia, „gdy czasu [chronologicznego] już nie będzie" (gr. *oti chronos ouketi estai*) (Ap 10,6). Paschalna homilia św. Jana Chryzostoma kończy się słowami, które stanowią ukazują ostateczność zwycięstwa Chrystusa nad śmiercią: „*Gdzież więc, o śmierci, twój oścień? Gdzie twe, otchłani, zwycięstwo. Zmartwychwstał Chrystus – tyś została zrzucona. Zmartwychwstał Chrystus – i upadły demony. Zmartwychwstał Chrystus – i radują się aniołowie. Zmartwychwstał Chrystus – i nikt martwy nie pozostał w grobie. Chrystus bowiem powstawszy z martwych stał się pierworodnym pośród umarłych. Jemu chwała i królestwo na wieki wieków. Amen*" [56].

Piśmiennictwo

1. The Definition of Death. Contemporary Controversies, ed. by S.J. Youngner, R.M. Arnold, R. Schapiro, Baltimore and London, 1999.
2. Ariés P.: Western attitudes towards death: From the Middle Ages to the present, London, 1974.
3. Ariés P.: The hour of Death, London, 1981.
4. Sherrard Ph.: On Death and Dying: A Christian Approach, w: Christianity. Lineaments of a Sacred Tradition, Brookline, Mass, 1998.
5. Foucart P.: Les Mystères d'Eleusis, Paris, 1914.
6. The Egyptian Book of the Dead, transl. by E.A. Wallis, London, 1895.
7. The Tibetan Book of the Dead, transl. by W.Y. Evans-Wentz, Oxford, 1927.
8. Papadatou D.: In the Face of Death. Professionals who care for the dying and the bereaved, New York, NY, 2009.
9. Lavi S.J.: The Modern Art of Dying, Princeton, NJ, 2005.
10. Schmemann A.: O Death Where is Thy Sting, transl. by A. Vinogradov, Crestwood, NY, 2003.
11. Fedwick P.J.: Śmierć i umieranie w bizantyńskiej tradycji liturgicznej [w:] W drodze ku wieczności, przeł. K. Leśniewski, W. Misijuk, Lublin, 2004, 105-124.
12. Ware T.: The Communion of Saints [in:] The Orthodox Ethos, Philippou A.J.(ed.), Oxford, 1964, 140-149.
13. Zizioulas J.D.: The Doctrine of God the Trinity Today. Suggestions for an Ecumenical Study [in:] The One and the Many. Studies on God, Man, the Church, and the World Today, Alhambra, CA, 2010, 3-16.
14. Larchet J.C.: Life after Death according to the Orthodox Tradition, transl. by G.J. Champoux, Rollinford, New Hampshire, 2012.

15. Zizioulas J.D.: Being as Communion. Studies in Personhood and the Church, London, 1985.
16. Bobrinskoy B.: The Mystery of the Trinity. Trinitarian Experience and Vision in the Biblical and Patristic Tradition, transl. by A.P. Gythiel, Crestwood, NY, 1999.
17. Bazyli Wielki, O Duchu Świętym, przeł. A. Brzóstkowska, Warszawa, 1999.
18. Florovsky G.: Creation and Creaturehood [in] Creation and Redemption. Volume Three in the Collected Works of Georges Florovsky, Belmont Mass. 1976, 43-78.
19. The Second Ecumenical Council: The First Council of Constantinople, 381. The Niceno-Constantinopolitan Creed [in:] Creeds and Confessions of Faith in the Christian Tradition, vol. I, ed. by J. Pelikan, V. Hotchkiss, London 2003, 162.
20. Ware Biskup Kallistos: Pójdź radośnie: misterium śmierci i Zmartwychwstania, [w] Królestwo wnętrza, t.1, przeł. W. Misijuk, Lublin, 2003, 47-69.
21. Larchet J.C.: The Theology of Illness, Crestwood, NY, 2002.
22. Leśniewski K.: Nie potrzebują lekarza zdrowi…. Hezychastyczna metoda uzdrawiania człowieka, Lublin, 2006.
23. Maksimou tou Homologetou, Ekatontas trite. Ton peri agape kefalaion, Filokalia ton Hieron Neptikon, Athenai 1984, t. B, 28-40.
24. Hierotheos – Metropolitan of Nafpaktos, Life after death, transl. by E. Williams, Levadia, 1996.
25. Yannaras Ch.: Elements of Faith. An Introduction to Orthodox Theology, transl. by K. Schram, Edinburgh, 1991.
26. Meyendorff J.: Teologia bizantyjska, przeł. J. Prokopiuk, Warszawa, 1984.
27. Schweizer E.: Soma [in:] Theological Dictionary of the New Testament, ed. by G. Kittel, G. Friedrich, abridged in One Volume by G.W. Bromiley, Grand Rapids, Mich. 1985, 1140-1149.
28. Schweizer E., Meyer R.: Sarx, [in:] Theological Dictionary of the New Testament, 1000-1007.
29. Breck J.: The Sacred Gift of Life, Crestwood, NY, 1998.
30. Sherrard Ph.: The Sacred in Life and Art, Ipswich, 1990.
31. Branczaninow I.: Słowo o smierti, Moskwa, 1991.
32. Biologia. Słownik encyklopedyczny, red. D. Kokurewicz, Wrocław , 2001.
33. Romanides J.: Original Sin According to St Paul, St Vladimir's Theological Quarterly, 1995, 4/6, 16-31.

34. Florovsky G.: The Last Things and The Last Events [in:] Creation and Redemption, Volume Three in the Collected Works of Georges Florovsky, Belmont, Mass. 1976, 243-265.
35. Romanides J.S.: The Ancestral Sin, transl. by G.S. Gabriel, Ridgwood, NJ, 2002.
36. Kübler-Ross E.: On Death and Dying, New York, NY, 1969.
37. Lorimer D : Whole in One, London, 1990.
38. Moody R.: Life After Life: the investigation of a phenomenon – survival of bodily death, San Francisco, CA, 2001.
39. Sigmund R..: My Time in Heaven: A True Story of Dying and Coming Back, Maxwell, Iowa, 2004.
40. Long J., Ring K., Valarino E.E.: Lessons from the Light. What we can learn from the near-death experience, Needham, MA, 2006.
41. Perry P.: Evidence of the Afterlife. The Science of Near-Death Experiences, New York, NY, 2010.
42. Awater P.M.H.: Near-Death Experiences. The Rest of the Story. What They Teach Us About Living, Dying, And Our True Purpose, Chalottesville, VA, 2011.
43. Besteman M.J., Craker L.: My Journey to Heaven. What I Saw and How It Changed My Life, Grand Rapids, MI, 2012.
44. LaNelle Ment S.: There is No Death. The Extraordinary True Experience of Sarah LaNelle Menet, Philipsburg, MT, 2013.
45. Florovsky G.: Redemption [in:] Creation and Redemption, Volume Three in the Collected Works of Georges Florovsky, Belmont Mass. 1976, 95-159.
46. Bloom, Metropolita Antoni, Śmierć i rozłąka [w:] W Drodze ku wieczności, Leśniewski K., Misijuk W. (red.), Lublin, 2004, 79-103.
47. Pelikan J.: The Shape of Death, New York, NY, 1961.
48. Camus A.: The Myth of Sisyphus [in:] The Myth of Sisyphus and Other Essays, transl. by J. O'Brien, New York 1991, 1-137.
49. Berdyaev N.: The Destiny of Man, transl. by N. Duddington, London, 1937.
50. Bobrinskoy B.: Old Age and Death: Tragedy or Blessing, St Vladimir's Theological Quarterly, 1984, 28, 237-244.
51. Vassiliades N.P.: Misterium śmierci [w:] W drodze ku wieczności, Leśniewski K., Misijuk W. (red.), Lublin, 2004, 59-77.

52. Staniloae D.: The Orthodox Doctrine of Salvation and Its Implications for Christian Diakonia in the World, w: Tenże, Theology and the Church, transl. by R. Barringer, Crestwood, NY 1980, 187-202.
53. Guroian V.: Learning How To Die Well: Lessons from the Ancient Church [in:] Ancient and Postmodern Christianity: Paleo-Orthodoxy in the 21st Century, Tanner K., Hall Ch. (ed.), Downers Grove, IL 2002, 68-82.
54. Goa D.J.: Dying and Rising in the Kingdom of God: The Ritual Incarnation of the "Ultimate" in Eastern Christian Culture, Material Culture Review. Revue de la culture matériele, 1986, 23, Spring, 1-12.
55. Kornaraki I.K.: Psychologia kai Pneumatike zoe, Thessalonike 1976, 228. Por. Chr. Metsopoulos, O Thanathos, Pneumatikos – Somatikos – Aionios, Athenai 1973.
56. Wielki Tydzień i święto Paschy w Kościele prawosławnym, przeł. H. Paprocki, Kraków, 2003.

Zabielski Józef Ks.

Doświadczenie cierpienia i śmierci jako budowanie nadziei ludzkiej egzystencji

Katedra Teologii Moralnej Życia Społecznego UKSW w Warszawie

Rzeczywistość i historia ludzkiej egzystencji ukazuje różnorodność doświadczeń i przeżyć. Z pamięci własnej i wiedzy o innych ludziach możemy przywołać takie wydarzenia i przeżycia, które z radością wspominamy i do których chętnie wracamy. Są jednak i takie, które chcielibyśmy wymazać ze swej pamięci i oby nigdy się nie powtórzyły. Pamiętamy jednak i takie wydarzenie, które - choć trudne i bolesne – pozostawiły w nas pozytywne skutki w postaci zmian naszej egzystencji, z których wiele się nauczyliśmy, wzrosło nasze doświadczenie, staliśmy się lepsi i bardziej dojrzali. Do takiej grupy ludzkich przeżyć zaliczyć należy cierpienie i śmierć, których doświadczenie ma charakter rozwojowy. Faktem jest, że nie wszyscy ludzie i nie zawsze tak przeżywają swoje i innych cierpienie oraz śmierć osób najbliższych, jednak ten budujący charakter tych doświadczeń jest faktem oraz stanowi przedmiot badawczy. W niniejszej refleksji chcemy analitycznie pochylić się nad ludzkim cierpieniem i śmiercią jako doświadczeniem rozwojowym – budującym nadzieję ludzkiej egzystencji. Nasze analizy koncentrują się wokół dwóch wymiarów tego zagadnienia:

- Cierpienie jako znamię wartości ludzkiej natury i egzystencji;
- Doświadczenie śmierci jako odkrywanie wieczności i drogi do Boga.

1. Cierpienie jako znamię wartości ludzkiej natury i egzystencji.

Osobowy charakter ludzkiej natury człowieka uzdalnia go do rozpoznawania i wartościowania poszczególnych doświadczeń swojej egzystencji. Fakt ten jest wyrazem godności człowieka: „*To właśnie owo bycie osobą decyduje o godności każdego poszczególnego człowieka. To ono wynosi go ponad świat rzeczy i czyni go podmiotem*” [1, por. 2]. Bycie człowiekiem – podmiotem działania – równocześnie zobowiązuje do odkrywania wszelkich tajemnic otaczającej nas rzeczywistości. Do tych tajemniczych faktów ludzkiej egzystencji, wzywających do rozpoznania, należy cierpienie. Powszechność cierpienia określana jest mianem „człowieczy los”, co wyraża wprost ontyczny związek cierpienia z ludzka naturą. Zetknięcie się z cierpieniem uświadamia człowiekowi, że ono „*samo w sobie stanowi jakby swoisty <świat>, który bytuje wraz z człowiekiem, pojawia się w nim i przemija, a czasem nie przemija, ale utrwala się i pogłębia. […] Każdy człowiek przez swe osobiste cierpienie jest nie tylko cząstką owego <świata>, ale równocześnie ów <świat>*

jest w nim jako całość skończona i niepowtarzalna. W parze z tym idzie wymiar międzyludzki i społeczny. Świat cierpienia ma jakby swą własną spoistość" [3, por. 4].

Taka „spoistość" cierpienia z ludzką egzystencją *„na swój sposób odsłania głębię właściwą człowiekowi i na swój sposób ją przerasta. Cierpienie zdaje się przynależeć do transcendencji człowieka: jest jednym z tych punktów, w których człowiek zostaje niejako <skazany> na to, ażeby przerastał samego siebie – i zostaje do tego w tajemniczy sposób wezwany*". Doświadczanie cierpienia jawi się więc jako możliwość rozpoznawania ludzkiej natury – poznawania samego siebie. Świadomość tej możliwości staje się moralnym wyzwaniem wobec sensu cierpienia i skutków jakie powoduje w cierpiącym człowieku. A. Kamieńska przestrzega: „*Ten kto cierpi bezsensownie jest podobny do zwierzęcia, póki nie uświadomi sobie sensu cierpienia lub chociażby potrzeby tego sensu*" [5].

Rozpoznawanie sensu cierpienia prowadzi do odkrywania w nim utajonego bogactwa – daru zawartego w każdej cierpiącej osobie. Sens i cel cierpienia jawi się wyłącznie w świecie wartości duchowych, które nie mogą być realizowane bez cierpienia, gdyż ono stanowi ich część. Przyjęcie zaś cierpienia jako wartości duchowej domaga się odpowiedniej intencji - nadania mu właściwego celu. Frankl, który sam doświadczył cierpienia i poświęcił się jego badaniu, podkreśla, że tylko cierpienie przeżywane z właściwą intencją „przestaje być cierpieniem" [6]. Chodzi tu o intencję wyzwalającą, czyli nadającą wzrost, dojrzewanie i ubogacenie cierpiącego człowieka. „*Moje cierpienie* – wyjaśnia Frankl – *może mieć intencję i mogę cierpieć sensownie tylko wtedy, gdy cierpię za coś lub za kogoś. Toteż cierpienie, jeśli ma mieć sens, nie może być celem samym w sobie, bo w tym samym momencie cała gotowość cierpienia i gotowość poświęcenia się przemieniłaby się w masochizm. Cierpienie ma sens tylko wówczas, gdy chodzi o <coś>. Akceptując cierpienie, wypełniamy intencją nie tylko samo cierpienie, ale poprzez cierpienie jeszcze coś, co nie jest z nim identyczne – cierpienie transcendujemy. Cierpienie sensowne wskazuje zawsze poza siebie, na coś, o co w cierpieniu chodzi. Jednym słowem, sensowne cierpienie jest przede wszystkim ofiarą*" [7,8].

Uznanie cierpienia jako ofiary jest wyrazem jego transcendowania, co sprowadza się do jego zaakceptowania, umożliwiającego ukierunkowanie na jakiś cel. W ten sposób człowiek odnajduje siebie, naturę swego człowieczeństwa, swoją osobową godność i życiowe posłannictwo. Nawet nie znając do końca odpowiedzi na pytanie „dlaczego" cierpię, człowiek przyjmuje je jako wyraz osobowej godności. Osoba ludzka bowiem jest tą istotą, która zdolna jest podjąć cierpienie, uznając w nim znak swojej wielkości. Zdolność miłowania daje człowiekowi możliwość i zobowiązuje do podjęcia się cierpienia jako ofiary, co „wznosi"

człowieka - transcenduje jego egzystencję. Jan Paweł II podkreśla, że przyjęcie cierpienia jako ofiary staje się człowiekowi możliwe w ramach trzech etapów owej postawy: uświadomienie – akceptacja – ofiarowanie. Takie doświadczanie cierpienia objawia jego wyzwalający charakter, nadając mu sens i moralną wartość oraz ukazując perspektywę zbawczą [9, zob.10].

Takie wartościowanie cierpienia znajduje swe potwierdzenie w jego doświadczeniu. Świadectwa wielu ludzi, którzy przeżyli niewyobrażalny ból i cierpienie – własne lub innych – przekonują o jego wyzwalającej roli. Tytułem przykładu przywołajmy wyznanie Nikolasa Chatzinikolaou (z wykształcenia fizyk i biomedyk, profesor biomedycyny i deontologii, w 1989 roku został mnichem i prawosławnym kapłanem, a w 2004 roku wybrany metropolitą Mesogaias i Levreotikis -Grecja – Spata koło Aten), który w swoim bogatym życiu spotkał wielu ludzi cierpiących, towarzysząc im w najbardziej dramatycznych momentach życia. Jego niezwykle bogate doświadczenie różnorodnych form ludzkiego cierpienia ukazuje je jako misterium, którego prawda zostaje człowiekowi „*oferowana jako pokora i wspólnie przeżywany ból. Balansowanie na granicy życia i śmierci, uwielbienia i zgorszenia, cudu i tragedii to podążanie ścieżką pełną zakrętów i niewidocznych zakamarków, w których jednak bezpiecznie kryje się życiowa prawda. Jeżeli człowiek wytrwa, ujrzy całą prawdę, o której nawet nie śnił. Jeśli jest w stanie wziąć ból w swoje ramiona i przytulić go do siebie, to zrodzi on wówczas taką wrażliwość i ukaże taką rzeczywistość, jakich w żaden inny sposób nie da się zobaczyć. Zdarzenia i odkrycia nie są wyzwaniem – one po prostu istnieją. Wyzwanie to otworzyć oczy, żeby móc je dostrzec. Jest to niepodważalna prawda – kiedy tracimy coś bardzo upragnionego, poznajemy i zyskujemy też coś bardzo wielkiego*” [11].

To „otwarcie oczu” w doświadczeniu cierpienia wznosi człowieka ponad to, co ziemskie, aby spojrzeć na nie z perspektywy wiary w Boga, który nas życiem obdarował. Chrześcijanie wartościują cierpienie poprzez Jezusa Chrystusa, który „*objawia w pełni człowieka samemu człowiekowi i okazuje mu najwyższe jego powołanie.[…] Przez Chrystusa więc i w Chrystusie rozjaśnia się zagadka cierpienia i śmierci, która przygniata nas poza Jego Ewangelią*” [12]. Jezus Chrystus w swoim życiu ziemskim ludzkiemu cierpieniu nadał wartość osobową przez to, że „*sam to cierpienie wziął na siebie*” [3], czyniąc z tego ofiarę za zbawienie ludzi. Przyjmując na siebie cierpienie jako ofiarę miłości, Jezus Chrystus nadał mu nowy sens - moc zbawczą. „*Cierpienie ludzkie osiągnęło swój zenit w męce Chrystusa. Równocześnie zaś weszło ono w całkowicie nowy wymiar i w nowy porządek: zostało związane z miłością – z tą miłością […], która tworzy dobro, wyprowadzając je również ze zła*” [3].

Tak rozeznana w chrześcijaństwie wyzwalająca wartość cierpienia stanowi wyzwanie do przyjęcia go, aby przekształcić je w oczyszczającą ofiarę, składaną Bogu w Chrystusie dla zbawienia ludzi. Człowiek cierpiący winien potraktować to jako element swej drogi zbawczej oraz udział w historii zbawienie ludzkości. Pojmowanie cierpienia jako powołania ma swe zakotwiczenie w dziele zbawczym Chrystusa, który cierpiał i umarł za każdego człowieka (zob. Hbr 2,9). Należy pamiętać, że: „*Chrystus cierpi dobrowolnie i cierpi niewinnie*" [13], co wyjaśnia wyzwalający charakter cierpienia niezawinionego. W tym przekonaniu utrwala „*głębia ofiary Chrystusa. Oto, chociaż sam niewinny, przyjmuje na siebie poniekąd cierpienia wszystkich ludzi dlatego, że przyjmuje grzechy wszystkich - <Pan zwalił na Niego winy nas wszystkich>: cały grzech człowieka w jego rozciągłości i głębi staje się właściwym źródłem cierpienia Odkupiciela. […] Można powiedzieć, że jest to cierpienie <zastępcze>, nade wszystko jednak jest ono <odkupieńcze>"* [13].

Uznanie zbawczego sensu cierpienia jest możliwe tylko na płaszczyźnie wiary w Jezusa Chrystusa. „*Człowiek odkrywając przez wiarę odkupieńcze cierpienie Chrystusa, odkrywa zarazem w nim swoje własne cierpienie, odnajduje je przez wiarę na nowo, nasycone nową treścią i nowym znaczeniem. […] Wiara pozwala […] poznać tę miłość, która poprowadziła Chrystusa na Krzyż. Skoro zaś tak umiłował, cierpiąc i umierając, zatem tym swoim cierpieniem i śmiercią żyje w tym, kogo umiłował – żyje w człowieku*" [3]. Tej prawdy doświadczają ludzie, którzy uwierzyli w Chrystusa, co skutkuje diametralną zmianą w wartościowaniu ich własnego życia. Przykładem niech będzie wyznanie młodego człowieka, który przez doświadczenie nowotworowej choroby całkowicie zmienił aksjologiczną orientację swego życia. Jeszcze jako uczeń liceum, kpił z religii i Boga, a swego katechetę kiedyś drwiąco zapytał, czy on może być wierzącym i ususzał odpowiedź: „*Tak, jak będziesz chciał". Kiedy zaś zachorował i był bliski śmierci, odwiedzającemu go w szpitalu byłemu katechecie zaprezentował zupełnie inną postawę, czego świadectwem jest niniejszy dialog: „Tomek tak często myślałem o tobie. Mówiono mi, że chorujesz. - O tak, bardzo. Rak w obu płucach. To już sprawa tygodni. - Czy możesz o tym mówić? – Ależ tak, co ksiądz chciałby wiedzieć? – Jak to jest, mieć 24 lata i umierać? – Mogłoby być gorzej. – Na przykład? - Na przykład mieć lat 50 i nie mieć żadnych wartości, czy ideałów, mieć lat 50 i myśleć o kieliszku, uwodzeniu kobiet i robieniu pieniędzy*" [14].

Cierpienie przeżywane w duchu wiary pozwala człowiekowi doświadczyć owego „życia Chrystusa" w nim, co ukazuje zbawczą perspektywę cierpienia i jego wyzwalającą moc, zmieniając ludzkie wartościowanie cierpienia własnego i innych ludzi. Dzieląc się takim doświadczeniem Chatzinikolaou stwierdza: „*Ból może być przebudzeniem nie tylko dla nas*

samych. Wyzwala też miłość wśród otoczenia. Inni próbują postawić się na naszym miejscu – nie doświadczając bezpośredniego zagrożenia, starają się wczuć w najbardziej niepożądane emocje. Dla nas ból staje się źródłem cierpliwości, jednocześnie odkrywa wynikające z miłości więzi z naszymi braćmi. Cierpienie rodzi prawdę. Współczucie innych zasiewa ją w naszym sercu, w którym dyskretnie kryje się odpowiedź. W ten sposób pojawia się otucha, a jej słodycz i poczucie ulgi są silniejsze niż ciężar bólu" [15,16].

1. Doświadczenie śmierci jako odkrywanie wieczności i drogi do Boga.

Bycie osobą sprawia, że człowiek w swej ziemskiej egzystencji doświadcza potrzeby odpowiedzi na pytanie o sen swego życia. To pytanie staje się niezwykle natarczywe w obliczu zagrożenia przez śmierć, która ciągle towarzyszy – ingeruje w ludzkie życie. Jedna z najstarszych chrześcijańskich pieśni na temat ludzkiej egzystencji zaczyna się słowami: „*Pośród życia ogrania nas śmierć*". W tym sformułowaniu zawarte jest głębokie przekonanie, że śmierć jest nie tylko zakończeniem życia, lecz ciągle w nie ingeruje. Stałe egzystowanie „w obliczu śmierci" domaga się od człowieka odpowiedzi na pytania: czym jest ludzkie życie, jaki ma sens w obliczu jego końca, czy ludzkie życie to tylko „produkt przypadku", czy bycie człowiekiem to tylko czasowy odcinek między „niebytem" a przejściem „w niwecz", czy jest tylko przemijaniem w czasie, które śmierć definitywnie kończy, bez żadnych następstw i nadziei na przyszłość? [17,18].

Refleksja nad życiem i śmiercią ukazuje misterium ludzkiej egzystencji. Jej tajemniczość rodzi kolejne pytania: „*Czym ostatecznie jest śmierć? Jak się łączy z życiem doczesnym? Jeżeli wszystko prowadzi do nikąd, to jaką wartość ma nawet najlepsze i najszczęśliwsze życie? Jeżeli nasza rozłąka jest ostateczna, to w czym pomaga nam miłość?"* [9,10]. Mając zaś na względzie ludzkie dokonania i nasze międzyludzkie relacje, człowiek pyta: „*Jak to możliwe, żeby ktoś, kto z nami rozmawiał, kto ukazywał bogactwa swego wewnętrznego świata, kto wyrażał siebie we właściwy tylko sobie sposób, kto tworzył swoją historię pełen sił i życia, teraz wykończony leżał na łóżku, a za chwilę miał zniknąć na wieki? Czy to możliwe, żeby jego talenty, zmagania, duchowe osiągnięcia, odbicie jego miłości i osoby w naszych sercach miały się skończyć? Żeby spotkał je ten sam los, co jego nietrwałe i materialne dzieła? Żeby zgasły jak jego ciało? A jeśli nie, to co ostatecznie zostaje z człowieka? I jak możemy nawiązać kontakt z tą jego częścią, która umiera?*" [9,10]. Dramat tych pytań sięga szczytu, gdy umiera ktoś bliski. Poetka Anna Kowalska w ostatnim swym tekście napisanym w 1967 roku obliczu własnej śmierci wyznaje: „*Śmierć najbliższych to sam żałość, w każdym z nich umiera część świata i część nas samych. Zyskujemy w męce pewną wolność – to prawda – ale to wolność wygnanych z raju. Możemy iść, dokąd chcemy, możemy*

nie wracać do domu. Nikt nie czeka, nikt nie będzie łajał, rozpaczał, zatruwał nam humoru. Nikt nie będzie owijał nam szyi szalikiem, podtykał leków, przysmaków. Możemy chorować do woli, łamać nogi, zdychać do woli" [19,20].

Współczesne zsekularyzowane społeczeństwo, chcąc uniknąć tych dramatycznych pytań o sens życia, eliminuje rzeczywistość śmierci ze swej świadomości. W przeszłości śmierć była w znacznym stopniu przeżywana publicznie - w rodzinie, w sąsiedztwie, we wspólnocie wiary. Dzisiaj coraz więcej ludzi umiera w szpitalach, w domach opieki, w salach-umieralniach, domy zaś rodzinne zamykają się przed umierającymi i zmarłymi. W dawnych czasach kościoły były otoczone cmentarzami, żeby chrześcijanie przychodzący uczcić Boga mogli odwiedzić również swych zmarłych. Współczesne cmentarze – nekropolie znajdują się daleko poza miejscem zamieszkania żyjących. W ten sposób próbuje się „uchronić" rodzinę i najbliższe osoby zmarłego przed doświadczeniem śmierci, co prowadzi do jej wypierania z ludzkiej świadomości. „*Nie znając już właściwie <normalnej>, <realnej> śmierci, odsuwamy ją od siebie jako rzeczywistość dotyczącą mnie osobiście, a śmierć jawi nam się w zasadzie wyłącznie <jako wydarzenie medialne> i w dziwny sposób <fascynuje>"* [21,22].

W świecie takiego zobojętnienia pojawiają się jednak głosy rozpaczy. „*Zewsząd słyszymy wołanie: Dajcie nam coś innego od tego, co wyłania się z komputera! Dajcie podstawę do nadziei! Kto mnie wyleczy z tego zła, jakim jest samo życie? Gdzie znajdę coś, co pocieszy me serce? Kto stanie mi się pomocą, przewodnikiem, guru? Kto mnie nauczy, jak mam osiągnąć jedność i równowagę mego poplątanego <ja>"* [23,24]. Takie wołanie dochodzi do głosu zwłaszcza w sytuacjach, gdy człowiek doświadcza bezpośredniego wstrząsu spotkania ze śmiercią, np. wypadek, a zwłaszcza, gdy przeżywa śmierć osób najbliższych. Wtedy uświadamia sobie, że nic śmierci nie można „wyprzeć" z naszego życia, gdyż ona ciągle w nie wkracza. Co więcej, to ludzkie życie jest „obecne" w śmierci, która - podobnie jak ostatnie dźwięki muzycznego utworu – „*stanowi zwieńczenie życia, czyni je czymś spełnionym. Zanim wkroczy w nie śmierć, życie ma zawsze tylko kształt tymczasowy, można je zrewidować, jeszcze ukształtować, jeszcze jest otwarte. Dopiero w śmierci całe życie przybiera ostateczną formę. Śmierć łączy je w sobie, zbiera całość życia*" [25,26]. Kiedy bowiem doświadczamy bliskości śmierci całe życie ulega ubogaceniu, człowiek przeżywa jego głębię, ocenia je w kategoriach najwyższej rangi. W perspektywie śmierci życie ludzkie przybiera ostateczną formę, gdyż śmierć nadaje życiu dynamikę i rzuca wyzwanie. Wyrażając tę prawdę filozof Wilhelm Kaufmann stwierdza: „*Człowiek wiedzie lepsze życie, gdy umówi się ze śmiercią na rychłe spotkanie. Gdy ktoś żyje w oczekiwaniu nadchodzącej śmierci, nie*

tylko miłość może stać się głębsza, bardziej zażyła i pełna pasji. Całe życie ulega ubogaceniu" [27,28].

Owo „ubogacenie życia" przez doświadczenie śmierci zakotwiczone jest w wierze w nieśmiertelność człowieka, w jego „życie wieczne". Chrześcijanie to przekonanie opierają na fakcie zbawczej śmierci i zmartwychwstania Jezusa Chrystusa. Chrystusowa śmierć „*pochłonęła śmierć naszą*" (por. 1Kor 15, 54-55) i tak Bóg „*dał nam odnieść zwycięstwo przez Pana naszego Jezusa Chrystusa*" (1Kor 15, 57), który „*przezwyciężył śmierć, a na życie i nieśmiertelność rzucił światło przez Ewangelię*" (1Tm 1,10). Światło Ewangelii ukazuje zbawczą ingerencję Boga w przyszłość człowieka po jego śmierci, która ucieleśnia i objawia, że śmierć została pokonana przez miłość: „*To, co dawne minęło, a oto wszystko stało się nowe" (2Kor 5, 17). Człowiek wierzący – uznający tę prawdę jako aksjologiczny wyznacznik swej egzystencji uświadamia, że jego śmierć jest tylko przedłużeniem życia i bramą do spotkania z Bogiem. Wiara ta utwierdza w przekonaniu, że po śmierci będziemy mogli „wejrzeć w siebie i spotkać się z Bogiem, który jest także w nas – w naszym wnętrzu, w naszej duszy – i poczuć na nowo swoją wartość, swoją godność, która jest niezależna od tego, jak wyglądamy, kim jesteśmy w życiu, co jest tak po ludzku dla nas ważne. Ona jest transcendentna, jest coś więcej, jest coś głębiej, jest po prostu coś, co przychodzi do nas za darmo, bez naszej pracy, bez naszego udziału, jeśli tylko chcemy to przyjąć*" [29,30].

Takie doświadczenie spotkania z wiecznością – spotkania z Bogiem jest możliwe w życiu każdego człowieka; ważne jest tylko, żeby człowiek „chciał to przyjąć". Jeden z bohaterów powieści R. M. du Gard, ks. Vécard, do umierającego pana Thibault mówi: „*W każdym życiu ludzkim nadchodzi dzień, godzina, chwila, gdy Bóg raczy ukazać się w całej swojej wielkości i nagle wyciąga do nas rękę. Zdarza się to niekiedy w życiu bezbożnym; bywa tak czasem po długim życiu, które uważano za chrześcijańskie…, któż wie, mój drogi przyjacielu, może właśnie dzisiejszego wieczora Bóg po raz pierwszy wyciągnął rękę do ciebie*" [31,32]. Zauważenie i przyjęcie tej „wyciągniętej ręki Boga" nadaje ludzkiemu życiu i śmierci zupełnie nowy status i wartość. Dotyczy to człowieka stającego przed bramą śmierci oraz osób mu towarzyszących. „*Poczucie, że wraz ze śmiercią wszystko się nie kończy, mocna wiara w ciągłość istnienia, pewność spotkania z Bogiem mogą przemienić śmierć z odstraszającego faktu w coś upragnionego, z doświadczenia ludzkiej samotności w świadomość bożej obecności. Jeżeli ktoś z otoczenia ma taką wiarę, to jak krew może przetoczyć ja choremu. Jeżeli ma ją chory, wówczas udziela się ona jego bliskim. Ten, kto tak wierzy, emanuje jednoczącym ciepłem i zaszczepia nadzieję życia*" [33,34].

Uświadomienie wieczności ludzkiego życia nadaje poczucie odpowiedzialności ziemskiej egzystencji człowieka. Søren Kierkegaard wyraził to w słowach: „*Śmierć jest nauczycielem powagi*" [14]. Człowiek bowiem uświadamia, że swego życia nigdy nie będzie mógł „powtórzyć" i „rozpocząć od nowa", ale za wszystko jest odpowiedzialny, gdyż ludzka egzystencja ma charakter jednorazowy. Zakończeniem jej ziemskiego etapu jest śmierć, która stanowi część naszej egzystencji ukazując jej ludzki charakter. Wieczność bowiem człowieka ma swój początek – w momencie poczęcia – ale nie ma końca; wieczność zaś Boga jest bez początku i bez końca. Śmierć pozwala człowiekowi uświadomić, że w swym ziemskim życiu ma on do dyspozycji tylko ograniczony czas, który winien odpowiedzialnie zaplanować. „*Stąd w zasadzie* – stwierdza G. Greshake – *niewiele daje przedłużanie przy pomocy medycyny życia ludzkiego ad infinitum i odsuwanie śmierci w odległą przyszłość: życie nie staje się w ten sposób bardziej spełnione, lecz uboższe. Prawdziwe przezwyciężenie śmierci nie dokonuje się poprzez eliminację jej z naszego życia (co ostatecznie nie jest przecież w ogóle możliwe), lecz tylko poprzez przekraczającą śmierć nadzieję*" [14]. Taką perspektywę ludzkiej egzystencji nadaje wiara w Boga i życie w posłuszeństwie Jego woli. Wtedy człowiek przyjmuje życie jak zobowiązujący dar, realizując je w służbie innym ludziom. W tej perspektywie „*śmierć przestaje być <antagonistą>, może stać się na nowo <siostrą śmiercią>, <bramą ku lepszemu życiu> (Franciszek z Asyżu), miejscem nadziei, błogosławionym przejściem do chwały Bożej. To <nowe> doświadczenie śmierci jest jednakże owocem wiary, nadziei i miłości, przede wszystkim zaś nadziei, że śmierć nie jest <ostatecznością>*" [35].

****

Odkrywanie prawdy pozwala człowiekowi wzrastać nie tylko na płaszczyźnie wiedzy, lecz także w wymiarze wartościowania przedmiotu owej prawdy i ludzkiej egzystencji. Fakt ten potwierdzają analizy cierpienia i śmierci, co utwierdza w przekonaniu, że prawda ma charakter wyzwalający. Prawda ludzkiego cierpienia i śmierci uświadamia, że te tajemnicze i dramatyczne rzeczywistości ukazują wartość i godność człowieka, otwierając przed nim perspektywę wieczności i ukierunkowując go na zjednoczenie z Bogiem. Odwołując się do wiedzy i doświadczenia cierpienia, cytowany tu profesor biomedycyny i duchowny Nikolas Chatzinikolaou stwierdza: „*Istnieją trzy wielkie prawdy, które mogą oświecić naszą duszę. Po pierwsze, dzieci, mimo że odeszły przedwcześnie, żyją, nie zostały zatracone w nicości. Po drugie, Bóg nie jest abstrakcyjnym pojęciem ani nieokreśloną siłą, ani ludzkim domysłem, lecz istnieje, żywy i prawdziwy. W tym życiu może być widziany <jakby w zwierciadle, niejasno>, ale dzieci oglądają Go <twarzą w twarz> (1Kor 13, 12). Po trzecie, choć nasza*

ludzka natura utrudnia kontakt z nimi, to one – tak bardzo czyste – znają sposoby, żeby dać znak swego wiecznego życia" [9,10].

Piśmiennictwo

1. Guardini R.: I diritti del nascituro, "Communio" [pol.], 1993, 8, 3.
2. Dzięgielewska A.: Implikacje moralne w pojęciu osoby [w:] Życie człowieka jako zobowiązujący dar, Skreczko A. Zabielski J. (red.), Białystok, 2011, 146-175.
3. Jan Paweł II, List Apostolski Salvifici doloris, 8.
4. Zabielski J.: Tajemnica cierpienia w ujęciu Jana Pawła II [w:] Ulga w cierpieniu, t. 1, red. E. M. Lorek E.M. (red.), Katowice, 1993, 17-24.
5. Kamieńska A.: Sens cierpienia, Inspiracje, 1993, 3-4, 31.
6. Frankl V.: Homo patiens, Czarnecki R., Morawski J. (tłum), IW PAX, Warszawa, 1998, 79-80.
7. Frankl V.: Homo patiens, dz. cyt., 84.
8. Corecco E.: Sens cierpienia, Communio, 1998, 18, 61-63.
9. Jan Paweł II: Cierpienie świadome, przyjęte z wiarą i ofiarowane czyni nas współpracownikami Chrystusa. Przemówienie do chorych pielgrzymów w Lourdes, „L'Osservatore Romano" [pol.], 1983, 4, 7-8, 11.
10. Zabielski J.: Chrześcijański etos cierpienia i śmierci, Studia Theologica Varsaviensia, 2005, 43, 100-104.
11. Chatzinikolaou N.: Tam, gdzie nie widać Boga, Niczyporuk E. (tłum.), Zaleszany, 2013, 105-106.
12. Sobór Watykański II, Konstytucja Gaudium et spes, nr 22.
13. Rybicki A.: Cierpienie w duchu zjednoczenia z Jezusowym „Pragnę" ad salvandos animas, Roczniki Teologii Duchowości, 2013, 5, 65-70.
14. Rzeszowski M.: Budowniczowie mostów pilnie poszukiwani, Poznań-Warszawa 1984, 79.
15. Chatzinikolaou N.: Tam, gdzie nie widać Boga, dz. cyt., s. 103.
16. Zabielski J.: Odpowiedzialność za życie, Białystok, 2007, 233-250.
17. Greshake G.: Życie silniejsze niż śmierć. O nadziei chrześcijańskiej, Kubaszczyk J. (tłum.), Poznań, 2010, , 59-60;
18. Zabielski J.: Wzrastanie w życiowym powołaniu, Białystok, 2008, 13-28.
19. Pasierb J.: Gałęzie i liście, Warszawa-Poznań, 1985, 18.

20. Souletie J.L.: L'espérance chrétienne dans les societies postmoderns, "Nouvelle Revue Théologique", 2009, 131, 588-599.
21. Greshake G.: Życie silniejsze niż śmierć…, dz. cyt., 61.
22. Lamboley R.: La foi, aux chances de l'incroyance. À propos de Dieu existe-t-il encore?, „Revue d'éthique et de teologie morale", 2007, 245, 61-89.
23. Danneels G.: Chrystus czy Wodnik?, Communio (pol.), 1995, 15 , 1(85), 81.
24. Balasuriya T.: Die Religionen im Angesicht der Zukunft, Concilium (niem.), 2007, 43, 1,7-14.
25. Greshake G.: Życie silniejsze niż śmierć…, dz. cyt. 62.
26. Spaemann R.: Menschenwürde und menschliche Natur, „Communio" [niem.], 2010, 39, 134-139.
27. Greshake G.: Życie silniejsze niż śmierć…, dz. cyt., s. 63.
28. Góralczyk P.: Życie ludzkie pielgrzymowaniem ku pełni, Sosnowieckie Studia Teologiczne, 2003, 6, 67-87; Leone S.: La morte come dono, Rivista di Teologia Morale, 2007, 39, 154, 249-262.
29. Ebert M.: Umieranie taty. Moje powtórne narodziny, Fronda, 2004, 33, 91-92.
30. Poupard P.: La fede e la scienza oggi, Angelicum, 2010, 87, fasc. 1, 13-24.
31. du Gard R.M.: Rodzina Thibault, t. II, Hulka-Laskowski P. (tłum.), Warszawa, 1987, 193.
32. Zabielski J. : Studia Theologica Varsaviensia, 2005, 43, 110-113.
33. Chatzinikolaou N.: Tam, gdzie nie widać Boga, dz. cyt., 124.
34. Góralczyk P.: Radość płynąca z nadziei, Communio [pol.], 2004, 24, 6(144), 99-114.
35. Góralczyk P.: Życie ludzkie pielgrzymowaniem ku pełni,. Sosnowieckie Studia Teologiczne, 2003, 6, 76-80.

Kazberuk Grzegorz

Fotograf na wojence. Epatować okrucieństwem czy dokumentować rzeczywistość?

TVP o/Białystok

„*Panie, po co rysować te potworności?*" – spytał podobno Goyę jego służący, gdy ten szkicował zwały trupów. „*Dla satysfakcji powtarzania wiecznie ludziom, by przestali być barbarzyńcami*" – odpowiedział moralista Goya. Dla malarza królewskiego to grafika okazała się najintymniejszą dziedziną wypowiedzi. „Okropności wojny" to cykl składający się z 82 grafik, każda opisana krótkimi zdaniami. Opowieści o tym, że 60-letni schorowany malarz brał udział w majowym powstaniu w Madrycie można schować między bajki. Na pewno nie wychodził na ulice Madrytu ramię w ramię z powstańcami. „Okropności wojny" nie można traktować jako reporterskiego zapisu wojny domowej, bowiem artysta niewiele widział na własne oczy. Istnieje relacja ogrodnika, który widział, jak Goya z okna swego domu obserwował przez teleskop egzekucje na wzgórzu Principe Pio. Ów ogrodnik opowiadał, jak po zapadnięciu zmroku szedł na to miejsce razem z Goyą, który szkicował pozostawione zwłoki.

Grafiki porażają okrucieństwem i rozpaczą, gwałcone kobiety, stosy trupów, rozstrzeliwani jeńcy, łupione klasztory, strach i samotność ofiar, sadyzm i furia oprawców. Koszmary wyszły z głowy Goyi. Nie ma tu godności umierania, jest okaleczenie i masakra. „*Nie boję się żadnego potwora. Poza jednym: człowiekiem*" – pisał Goya w liście do swojego przyjaciela [1]. Trzeba było artystycznego kunsztu Francisco José de Goya y Lucientes, aby na światło dzienne wyprowadzić wszystkie demony, które czają się w ludzkim wnętrzu, obnażyć całe zło, do jakiego zdolna jest istota ludzka. „*Goya ukazuje jedną z najważniejszych właściwości sztuki, która potrafi brutalnie zmusić nas do zobaczenia najstraszniejszych stron życia, czego zwykle za wszelką cenę staramy się unikać*" – napisał hiszpański filozof Ortega y Gasset.

21 lat po powstaniu pierwszej grafiki Goyi Louis Jacques Mande Daguerre zaprezentuje światu a przede wszystkim Francuskiej Akademii Nauk komunikat o dagerotypii. Ludzkość poznała metodę odwzorowywania otaczającego nas świata *„na specjalne ekrany, na których obraz optyczny pozostawia doskonałą odbitkę; ekrany na których wszystko to, co zawierał obraz, znajduje na odtworzenie aż do najmniejszego szczegółu z dokładnością i subtelnością wprost niewiarygodną"* [2]. Na widok pierwszych,

choć jeszcze niedoskonałych obrazków dagerotypowych znakomity twórca wielkich płócien historycznych Paul Delaroche wołał: „*Od dziś malarstwo umarło*”. Ani malarstwo, ani grafika nie umarły. Nie nastąpił także koniec fotografii. Fotografia miała niebagatelny wpływ na rozwój malarstwa m. in. impresjonistycznego; malarstwo odcisnęło swoje piętno na autorskie, artystyczne operowanie kadrem, kompozycją i światłem w fotografii [3]. Zawsze jednak fotografia wychodziła zwycięsko z konkurowania z malarstwem wszędzie tam, gdzie głównie chodziło o dokumentalne odzwierciedlanie rzeczywistości. Szczególnie w reportażu na użytek prasy. W połowie XIX wieku następuje bujny rozkwit gazet. Jest to z jednej strony następstwo rosnącego zapotrzebowania społecznego na systematyczną i stałą informacje o aktualnych sprawach politycznych, kulturalnych, artystycznych, towarzyskich, handlowych. Z drugiej strony kolej, telegraf, telefon – rewolucyjne zmiany w komunikacji sprawiły, że świat zaczął się kurczyć. Dzięki periodykom cały cywilizowany świat stawał się świadkiem wydarzeń w odległych o tysiące kilometrów krajów i kontynentów. Fotografia publikowana w gazetach informowała, wzruszała, cieszyła, kształtowała społeczną wyobraźnię o świecie. Stawał się on bliższy, bardziej znany – lepiej rozumiany. Fotografia spopularyzowała dzieła rąk i umysłów człowieka. Także te dzieła odzwierciedlające jego zwyrodnienia i bestialstwa.

Na narodziny autentycznego fotoreportażu wojennego trzeba będzie poczekać zaledwie kilka lat, kiedy na Bałkanach i na Krymie rozgorzeje w latach 1853-1856 konflikt wojenny, zwany wojną krymską. Wojny prowadzone w połowie XIX wieku przestały być jedynie sprawą panujących i polityków. Dzięki prasie coraz miej było społeczeństwom obojętne dokąd wysyłane są oddziały wojskowe i o co się biją, wszak w tych oddziałach walczyli bracia, synowie i ojcowie tych, który pozostawali w kraju. Propagandowy charakter relacji z pól walk szybko docenili politycy, decydując się na pierwsze, świadome, kształtowanie opinii, rozpalanie namiętności przeciwko wrogowi i podsycanie nastrojów nacjonalistycznych właśnie dzięki reporterskim relacjom z wojny krymskiej. Dostrzeżono także ogromne możliwości, jakie kryje w sobie pod tym względem fotografia. Pierwsze reporterskie relacje wojenne z działań na Krymie są także przykładem spektakularnego rozdźwięku pomiędzy dokumentalnym obrazem okropności wojny a propagandowymi zamiarami graczy politycznych, których doświadczyli przeciętni obywatele brytyjscy. Reportaże, które wytrawny sprawozdawca „Timesa” William Howard Russel, przesyłał do redakcji opisując cholerę dziesiątkującą szeregi armii brytyjskiej, setki rannych pozostających na polach bitew bez opieki, fetor i brud w zaniedbanych szpitalach polowych, śmierć i zniszczenie, spotkały się z z oburzeniem czytelników i dezaprobatą kół rządzących. Z tych reportaży wyzierała prawdziwa ohyda wojny. Dziennikarz ośmielał się pytać o sens wojny, o

cele, które miała osiągnąć, o cenę, którą płacą prości żołnierze. To było zbyt wielka dawka wstrząsów dla wiktoriańskiej obyczajowości. Nie takiej wizji wojny spodziewali się politycy i wodzowie. Na miejsce Russela powołano prawdziwie wiktoriańskiego dżentelmena, malarza i fotografa Rogera Fentona. I to on spełnił pokładana w nim nadzieję na realizację zapotrzebowania na całkowicie odmienną relację z toczących się na Krymie działań wojennych.

Od tego wydarzenia, bez względu na to czy dokumentowano Powstanie Styczniowe, Wojnę Secesyjną, Komunę Paryską, I Wojnę Światową, Wielką Socjalistyczną Rewolucję Październikową, Wojnę Domową w Hiszpanii, II Wojnę Światową, wojny i konflikty zbrojne w latach 1946-1980, można mówić generalnie o dwóch sposobach obrazowania wojny. Można ją przedstawiać z perspektywy zwycięzcy, atakującego, triumfującego; albo z perspektywy ofiary, atakowanego. Wizualizacja działań wojennych jest realizacją opozycji stron konfliktu. Strony, która ma słuszność i tej, która jest postrzegana jako wróg [4]. Zmieniały się w czasie sposoby prowadzenia wojen. Obecnie konflikty wojenne nie toczą się wzdłuż linii oddzielającej dwa fronty. Inne są tez oficjalne motywy wojny. Częściej kładzie się akcent na względy humanitarne, prowadzenie wojny sprawiedliwej. Celnie sprawę ujmuje Umberto Eco: „*W przeszłości każda wojna opierała się na zasadzie, że obywatele, uważają ją za słuszną, gorąco pragną zniszczyć przeciwnika. Natomiast teraz informacja nie tylko chwieje wiarą obywateli, ale nawet uwrażliwia ich na śmierć wroga*” [5].

Nie przewidziano tego podczas wojny krymskiej, nie przewidziano tego podczas wojny w Wietnamie. Od tego konfliktu określanego mianem pierwszej wojny medialnej (która relacjonowana była bezpośrednio z dnia na dzień) w najdobitniejszy sposób okazało się, jaki wpływ na społeczeństwo może mieć pokazywanie cierpienia cywilów. Nie służyło to zagrzewaniu do walki, nie budowało poparcia społecznego dla prowadzonej wojny w rejonie Półwyspu Indochińskiego. W przypadku Wietnamu – prasa (głównie amerykańska) nie pokazywała całościowego obrazu wojny. Starano się uwypuklić zwycięstwa Amerykanów. I chociaż nie pokazywano klęsk wojsk sił amerykańskich nie dopuszczając do publikowania zdjęć przedstawiających takie przepadki, obrazy zniszczeń i krzywd dokonywanych przez Amerykanów były tak brutalne i uderzające, powodowały że społeczeństwo powoli przestawało się na to godzić. Amerykanie (mimo cenzury wydawców prasy) ujrzeli po raz pierwszy prawdziwe efekty polityki prowadzonej przez ich elity. Świat obiegły fotografie ofiar spalonych napalmem i spowodowały naturalną refleksję nad zaistniałymi faktami. Z tej lekcji wyciągnięto wnioski. Najlepiej sformułował je David Levi Strauss: „*Generałowie ery Wietnamu, kierujący akcją Pustynna Burza, od samego początku zorientowali się, że*

nowoczesne techniki uniemożliwiają prowadzenie wojny w sposób otwarty. Dzisiejsza wojna musi być schowana za nieprzeniknioną zasłoną propagandy – żadnych obrazów śmierci, ani zniszczeń, żadnych kałuży krwi po nalocie (...); nie ma sierot, gangreny ani nagich popalonych napalmem małych dziewczynek" [6].

Wizualizacja przemocy najwcześniej pojawiła się w fotografii prasowej. Dzisiaj pomimo zdecydowanej przewagi w oferowaniu aktualniejszych informacji przez nowe media elektroniczne – telewizję i internet – fotografie martwego ciała i ludzkiego cierpienia atakują naszą wrażliwość z pierwszych stron gazet (nawet jeśli są to tzw. e-wydania). Obfita ikonografia fotograficzna, aż nazbyt dokładnie pokazała światu wstrząsające zdjęcia z Auschwitz, obrazy martwego Che Guevary lub Nikolai Ceaucescu, samobójstwo w płomieniach buddyjskiego mnicha, zabójstwo Kennedy'ego, zwłoki ks. Jerzego Popiełuszki, ból postrzelonego Jana Pawła II, martwe ciała ofiar walk w Somali, Rwandzie, Iraku [7]. Ikonografia śmierci przyrasta współcześnie do niewyobrażalnych rozmiarów, a zbiorowa wyobraźnia podlega narastającej presji.

Czym jest medium, które od kilku stuleci istotnie wpływa na nasze widzenie i opisywanie rzeczywistości? Jaki ma charakter? Czy oglądając zdjęcia dawne i współczesne można zrozumieć świat? Nasz i tamten miniony. Czy ze względu na powszechność fotografowania i masowe powielanie obrazów – stając się składnikiem kultury popularnej – jest komponentem masowej wyobraźni?

Rzeczywistość społeczno-kulturowa daje się opisać za pomocą fotografii. Pozwala dokumentować codzienność oraz relacje człowieka do otaczającej go rzeczywistości [8]. Może być postrzegana jako naukowa forma poznania rzeczywistości. Ale też jako forma artystycznej ekspresji indywidualnych walorach estetycznych, chociaż łatwość techniki fotograficznej i mniejsza ilość przeszkód do jej wytworzenia sprawiają, że wbrew pozorom uzyskanie efektów estetycznych w fotografii staje się dużo trudniejsze [9]. Te dwie koncepcje fotografii są jednak daleko niewystarczające. Artystyczność ważna dla jednych jest obojętna dla innych. Automatyzm zdjęć dokumentujących to „*jak-było*" może być nie do przyjęcia dla zwolenników umiejętnego komponowania kadru i posługiwania się światłem w fotografii. Fotografia w głównym swoim nurcie lokuje się między dokumentem naukowym, „bliskim naturze", obiektywnym zapisem rzeczywistości a subiektywnym, zindywidualizowanym zilustrowaniem potocznych wyobrażeń o otaczającym nas świecie, rzeczywistości. Jest tworzeniem nowych wzorców widzenia i postrzegania – fotografowanie i powstające w jej wyniku fotografie są jedną z wielu takich manifestacji. Jest to „tekst" kultury i o tej kulturze opowiada. Mając na uwadze powyższe spostrzeżenia nie można zapominać też o tym, że

spoglądając na współczesne zdjęcia, także fotoreporterów wojennych, uważny widz powinien podjąć próbę odpowiedzi na następujące pytania: czy fotografia potrafi wypowiedzieć wszystko? Nawet to, co „niewyrażalne", nieoczywiste? Czy fotograf posiada takie umiejętności, cechy, kompetencje, które pozwolą mu oddać w fotografii dany temat? Czy odbiorca jest w stanie odczytać fotografię? Czy pozwalają mu na to posiadane kompetencje kulturowe [10]? Współczesna cywilizacja wyposażając nas w coraz szersze możliwości korzystania z ogólnodostępnych wytworów technicznych (aparaty i techniki fotograficzne) i kulturowych (obcowanie z innymi społeczeństwami, ideami, tradycjami) pauperyzuje nasze zdolności interpretowania otaczającego świata według naszych własnych doświadczeń. Skazani jesteśmy, wobec natłoku atakujących nas informacji, obrazów, ikon, symboli, na poznawcze uodpornienie. Wobec atakujących nas bodźców przechodzimy obojętnie. Nie angażujemy naszego intelektu do interpretowania tego co widzimy lub co robimy. Jak twierdzi Vilem Flusser: *„Ten, kto pisze, musi znać reguły ortografii i gramatyki. Kto pstryka, musi przestrzegać coraz prostszych instrukcji obsługi, które zaprogramowane są po stronie wyjściowej aparatu. Oto istota demokracji w postindustrialnym społeczeństwie. Dlatego też pstrykacz nie jest w stanie odszyfrować fotografii, gdyż uważa ją za automatycznie odbity świat. Prowadzi to do paradoksalnego wniosku, że im więcej ludzi robi zdjęcia, tym trudniejsze jest odszyfrowanie fotografii: każdy wierzy, że jest to niepotrzebne, skoro wiadomo, jak wytwarzać fotografie i co one oznaczają?"* [11].

Zamiarów, które przyświecają wojennym fotoreporterom nie można oczywiście sprowadzać do bezmyślnego pstrykania. Ich funkcjonowanie w zdarzeniach wojennych zakłada konkretność osiąganych skutków. Fotograf robiąc zdjęcie, a później je publikując chce abyśmy doznali jakichś odczuć. W przypadku fotografii wojennej ma to być zapewne uczucie grozy, smutku, patriotyzmu, itp. Ale to, że fotograf tego chce nie wystarczy. Fotografia, żeby powodowała u odbiorców doznania musi przyciągać uwagę, musi stawiać sądy. Fotograf musi zostawić w zdjęciu coś dla odbiorcy. Patrząc na zdjęcie musimy budować jego własną historię [12]. Fotografia wojenna jest specyficznym rodzajem obrazu, ponieważ to co ukazuje dotyczy ludzkiego cierpienia. Jeżeli widz patrzy na fotografię wojenną, która przedstawia rannego, płaczącego żołnierza to od razu, jeżeli oczywiście posiada odpowiednie kompetencje kulturowe, dostrzega w nim symbol cierpienia. Podstawowym zadaniem fotografii wojennych jest dotarcie z komunikatem, jaki niosą, do jak największej grupy ludzi. Aby proces ten był możliwy fotograf musi nawiązać więź ze swoimi odbiorcami. Zdjęcie wojenne, które nie dotrze do opinii publicznej, tak naprawdę nic nie znaczy. W związku z tym fotografia musi opuścić pracownię artysty, musi wyjść naprzeciw ludziom. Udostępnia się ją

rzeszom odbiorców, bo tylko dzięki temu komunikat jaki ze sobą niesie osiąga swój końcowy efekt, którym jest zmiana świadomości opinii publicznej. Fotografia musi być ulokowana w takim miejscu, aby była ona dostępna jak największej ilości osób. Kopalnią fotografii wojennej w jej pierwszych kilkudziesięciu latach istnienia była prasa. To na jej łamach ukazywały się obrazy przedstawiające wojnę, które za jej pośrednictwem docierały do rzeszy odbiorców. We współczesnych czasach nieocenionym medium stał się internet – to z niego większość społeczeństwa czerpie wiedzę na temat tego co się dzieje na świecie. Obecność fotografii w Internecie wrosła w symbiozie z kulturą masową w wersji wirtualnej. Obecnie jest to najbardziej popularna forma rozchodzenia się fotografii.

Czym w istocie jest fotografia wojenna? Najpełniejszą odpowiedź na to pytanie formułuje Roland Barthes w swoim dziele „Światło obrazu. Uwagi o fotografii" pisząc: „*Wszyscy ci młodzi fotografowie, biegający po świecie w poszukiwaniu aktualności, nie wiedzą, że są agentami Śmierci. Jest to sposób w jaki nasz świat przyjmuje Śmierć. Fotograf jest tu, można powiedzieć, profesjonalistą zaprzeczającego śmierci alibi, którym jest gwałtowność życia. (...) Śmierć musi mieć przecież jakieś miejsce w społeczeństwie. I jeśli nie ma jej już w religijności, musi znajdować się gdzie indziej. Jest więc być może w tym obrazie Fotografii, który produkuje Śmierć pragnąc zachować życie. Fotografia – współczesna zanikaniu rytuałów – byłaby może odpowiednikiem wtargnięcia w nasze nowoczesne społeczeństwo Śmierci asymbolicznej, pozareligijnej, pozarytualnej, rodzajem nagłego zanurzenia się w Śmierci dosłownej. Paradygmat Życie/Śmierć edukuje się do prostego dźwięku migawki...*" [13]. Fotografia to nie jest *analogon* świata. Proces fotografowania zamienia rzeczywistość trójwymiarową w dwuwymiarowy wizerunek. Wraz z fotografią wkraczamy w śmierć płaską. Dawne społeczeństwa dbały o to, aby wspomnienie, substytut życia, było nieśmiertelne; a przynajmniej aby sama rzecz, wyrażająca śmierć, była nieśmiertelna – to był pomnik. Nowoczesne społeczeństwo wyrzekło się istoty idei pomnika. Fotografia jest świadectwem pewnym lecz ulotnym. Barthes twierdzi, że już wkrótce nie będziemy mogli uczuciowo lub symbolicznie pojąć trwania. Udokumentowane na fotografiach „*to-co-było*" zniknie. Zdjęcie żółknie, blednie, zaciera się i pewnego dnia zostanie wyrzucone na śmietnik [14]. „*Jeśli podoba mi się zdjęcie, jeśli mnie porusza, zatrzymują się przy nim. Co robię przez cały ten czas, gdy mam je przed sobą? Oglądam, badam, jakbym chciał wiedzieć więcej o rzeczy czy osobie, którą zdjęcie przedstawia. (...) to, co ukryte, jest dla nas, ludzi Zachodu, „prawdziwsze" niż to, co jest widoczne. Niestety mogę sobie tak badać – nie odkrywam nic. Takie właśnie jest zdjęcie: nie umie „powiedzieć" co pokazuje*" [13].

Pytanie o „obraz i śmierć" implikuje dwa tematy. Dawna symboliczna moc wizerunków powoli gaśnie. Śmierć stała się tak abstrakcyjna, że nie pociąga już za sobą pytania o sens. Nie tylko dlatego, że nie obcujemy już z obrazami śmierci, które by nas poruszały i do czegokolwiek zobowiązywały. Przywykliśmy już do obrazów śmierci, które dawniej fascynowały tym co symboliczne. W zapomnienie popada także analogia pomiędzy obrazem i śmiercią. Sprzeczność pomiędzy obecnością i nieobecnością posiada swoje źródła w doświadczaniu śmierci innego. Mamy obrazy przed oczyma – mając przed oczyma zmarłych – lecz ich już tutaj nie ma. Wcielenie zmarłego w obrazach fotograficznych nasuwa pytanie jaką rolę odegrała śmierć, by tworzyć i wystawiać na widok publiczny ich wizerunki? Czy zapraszają one żywych, aby w myśleniu o śmierci wyszli ze swego ciała? Jak zdefiniować symboliczne działania, które intuicyjnie realizujemy konfrontując się z obrazami śmierci? Groza śmierci polega na tym, że to co przed chwilą było mówiącym, oddychającym ciałem, jednym cięciem zmienia się nagle w niemy obraz. Wynajdując fotograficzny obraz ciała – pragnąc za jego pomocą odpowiedzieć na zagadkę śmierci – wynaleźliśmy jedynie nową zagadkę. Społeczna przestrzeń poszerzyła się poprzez fotograficzne wizerunki o przestrzeń zmarłych. Zarówno obecność jak i nieobecność zmarłego implikowana poprzez obrazy przeznaczona jest dla trwania w czasie pamięci kolektywnej. Fotograficzne utrwalenia nie są jednak niczym innym, jak tylko na chwilę przerywanym trzaskiem migawki strumieniem czasu, wymiennym lustrzanym odbiciem ulotnego JA. To JA jest tylko wstępnym ćwiczeniem, a nie przezwyciężaniem śmierci [15]. Medialna nieśmiertelność jest jednak tylko nową fikcją, którą zasłaniamy śmierć.

Obserwowanie nieszczęść zdarzających się w innych częściach świata i w innych krajach, jest typowym nowoczesnym doświadczeniem, możliwym dzięki rozwijającemu się od XIX wieku reportażowemu dziennikarstwu. Współcześnie stało się to codziennością dzięki kanałom mediów informacyjnych nadającym przez całą dobę wiadomości, z których wiele ma związek z przemocą. Zawsze tocząca się gdzieś wojna lub konflikt jest powracającym tematem. Ciągły strumień nieszczęść może wzbudzać współczucie, znieczulać, podniecać, agitować; wywołując zupełnie sprzeczne emocje lub pozbawiając emocji. Wojna na stałe zagościła w domach jako rodzaj codziennej medialnej informacji z toczących się walk. Susan Sontag nazywa to wizualną intymnością śmierci spływającą z ekranów i czasopism [16]. Jako początek tej estetyki Susan Sontag podaje przykład sławnej fotografii Roberta Capy *Upadający żołnierz republikański* (1936) z hiszpańskiej wojny domowej. Na zdjęciu widać żołnierza w chwili gdy został postrzelony w walce i pada na zboczu. Legenda wokół tej fotografii opiera się na przeświadczeniu, iż Capa uchwycił moment śmierci, wykonał zdjęcie

w chwili gdy pocisk wszedł w ciało, a żołnierz upada do tyłu. Ze względu na dramatyzm momentu fotografia stała się wzorcem dla nowoczesnego modelu efektownych ujęć. Dzieło Capy powstało w latach 30. gdy tak bezpośrednie fotografie przemocy i śmierci wciąż były bardzo rzadkie, rozpoczęła zatem pewną linię przedstawieniową, która jest zarówno ceniona jak i problematyczna ze względu na tabu śmierci. Sontag podkreśla, iż wobec medialnego spektaklu, którym jesteśmy otoczeni, fotografia ma wciąż bardzo specjalną rolę, gdyż zatrzymuje wzrok i uwagę. Tak jak Capa zatrzymał śmierć. Fotografia jest punktem stałym w strumieniu, posiada większy potencjał kontemplacji, a przede wszystkim działa podobnie do pamięci, która zatrzymuje się na pojedynczych znaczących momentach. Dlatego zdjęcia bardziej oddziałują na świadomość, dłużej się je pamięta. Na tym polega siła fotografii w świecie płynności. Jest stabilna. Fotografie są jak klatki pamięci. Ze względu na zatrzymanie percepcji wizualnej fotografie mają również większe możliwości oddziaływania i szokowania. „*Cierpieć to jedno, żyć z fotograficznym zapisem cierpienia, co niekoniecznie wzmacnia sumienie ani zdolność współczucia – to co innego. Kiedy się już widziało takie zdjęcia, wkroczyło się na drogę, na której obejrzeć można więcej – coraz więcej. Obrazy paraliżują. Obrazy znieczulają. Zdarzenie poznane dzięki fotografii z pewnością stanie się bardziej rzeczywiste niż w przypadku, gdyby takich zdjęć nigdy nie oglądano...*” [17].

Paradoks surrealistycznej estetyki polega na tym, iż szokujący realizm służy dziś przede wszystkim towarowej produkcji, której częścią jest sprzedaż poprzez efektowne wizerunki. Sprzedają się w ten sposób przede wszystkim same media, na ich zapotrzebowanie pracuje fotografia reportażowa przekazująca prawdę o wojnie i cierpieniu. Estetyka szoku to estetyka kapitalistycznego rynku i fotografie wojny i cierpienia pełnią tu ważną rolę. Dlatego kultowe zdjęcie Roberta Capy [18] stało się ideałem dla przyszłych pokoleń fotografów prasowych, jako połączenie dokumentu, decydującego momentu i szokującego wabika dla spojrzenia. A we współczesnej kulturze wizualnej toczy się właśnie „wojna” o spojrzenie.

W eseju „Widok ludzkiego cierpienia” Susan Sontag tak pisze: „*Można mieć poczucie obowiązku oglądania zdjęć dokumentujących potworne okrucieństwa i zbrodnie. Powinno się mieć poczucie obowiązku refleksji nad tym, co to znaczy na nie patrzeć, i nad nad zdolnością do przyswojenia sobie tego, co ukazują. Nie wszystkie reakcje na te obrazy kontroluje rozum i sumienie. Większość obrazów umęczonych, okaleczonych ciał pobudza lubieżne zaciekawienie. (...) Wszystkie obrazy ukazujące gwałt zadany atrakcyjnemu ciału są w pewnym stopniu pornograficzne. Ale obrazy tego, co odrażające, tez mogą uwodzić. Wiemy wszyscy, że tym, co spowalnia ruch na autostradzie w pobliżu okropnego wypadku samochodowego, nie jest zwykła ciekawość. Wielu pragnie ujrzeć coś makabrycznego.*

Nazywanie takich pragnień „chorobliwymi" brzmi tak, jakby były jakimś rzadkim zboczeniem, tymczasem zainteresowanie takimi widokami nie należy do rzadkości i stanowi odwieczne źródło wewnętrznej udręki" [19].

„*Musimy na to patrzeć. Mamy moralny nakaz by na to patrzeć. I robić co tylko możemy. Bo jeśli nie my, to kto? (...) Trudno przekonać ludzi do tematów, które mają znaczenie i które nie dają ucieczki od rzeczywistości, ale usiłują wciągnąć ludzi głębiej w tę rzeczywistość. Tak, by przejęli się czymś więcej, niż oni sami.*" Tak James Nachtwey o mówi fotografii wojennej [20]. James Nachtwey, wybitny fotograf wojenny, były członek agencji fotograficznej Magnum, bywa tam gdzie nie chcielibyśmy bywać, widzi to czego nie chcielibyśmy widzieć i na dodatek robi temu zdjęcia. Za swoją pracę był niejednokrotnie honorowany prestiżowymi nagrodami, w tym dwukrotnie World Press Photo. Co powoduje, że jego zdjęcia są niezwykłe? Z pewnością jest to piękno kompozycji zestawione z brutalnym światem wojny, obrazem śmierci, nędzy i cierpienia. Wpływ na Nachtweya wywarły prace uznanego za jednego z najlepszych fotoreporterów wojennych XX wieku, Roberta Capy. Miał on zwyczaj mawiać : „*Jeśli twoje zdjęcia nie są wystarczająco dobre, nie byłeś wystarczająco blisko*". W myśl tej zasady James Nachtwey przestaje być gapiem i staje się uczestnikiem wydarzeń, które fotografuje. Nie działa z ukrycia – jest tuż obok, nie jest snajperem lecz biegnie w linii frontu. Emocje zawarte w jego zdjęciach powodują, że przeglądając poranną gazetę człowiek nie jest w stanie ich przeoczyć i to jest właśnie powód, dla którego publikuje się je w największych prasowych tytułach takich jak „New York Times" czy „National Geographic". Po co? Ich autor pragnie zwrócić naszą uwagę na problemy tego świata i ludzkie tragedie, na wszystko to o czym na co dzień zapominamy lub wcale nie chcemy pamiętać. Wierzy w moc fotografii reporterskiej, a swoją twórczość nazywa sposobem komunikacji, nie sztuką [21]. Współczesna fotografia wojenna coraz częściej bywa traktowana jako formuła artystyczna, a nie jako surowe dokumentowanie rzeczywistości. Laureat nagrody World Press Photo za rok 2013 – Paul Hansen – otrzymał Grand Prix i 10.000 € za fotografię przedstawiającą zrozpaczonych żałobników niosących na rękach ciała dwulatka i czterolatka zabitych podczas ostrzału rakietowego Gazy. Niestety mało kto pyta co ono przedstawia i gdzie zostało zrobione. Fotografowie z całego świata zastanawiają się nad autentycznością owego zdjęcia. Znane i dyskutowane stało się nie dlatego, że pokazuje tragedię, ale dlatego, że może być fotomontażem. Światło, które oświetla twarze osób ukazanych na fotografii, jest podobno nienaturalne... Susan Sontag w swoich rozważaniach nad istotą wojennej fotografii nie rozpatruje w ramach negacji estetyzacji i obnażania komercjalizacji wystawy World Press Photo. Ze względu na efektowne ujęcia formalne te

zdjęcia traktowane są jako coraz bardziej nieautentyczne i nieetyczne, traktujące ludzkie nieszczęścia jako przedmiot estetycznej kompozycji, zawodowej konkurencji i towaru. W wyniku stylizacji i perfekcjonizmu zdjęcia są bezpieczne i nie poruszają, są zimne emocjonalnie, wystudiowane i przewidywalne. Wystawy i konkursy fotograficzne prowadzą do tego, że w prezentowanych obrazach uwaga widza bywa kierowana na coś zupełnie innego, niż temat zdjęcia. Odbiorcy postrzegają takie zdjęcia, li tylko, pod względem techniczno-artystycznym, a nie zauważają problemu, które one poruszają. Zaś w środowisku zawodowych fotografów status zawodowy zaczynają budować nagrody, wyróżnienia czy laury międzynarodowych konkursów. One stanowią o prestiżu, sławie i karierze wojennych fotoreporterów. Tą sytuację bardzo trafnie ujmuje prasowy felietonista: „*Żeby dostać Oskara, trzeba zrobić film o Holokauście. Żeby zrobić najlepsze zdjęcia świata, trzeba uchwycić cierpienie, najlepiej jak najstraszliwsze i najbardziej rozdzierające serce. I trzeba to uczynić w ładny, estetyczny sposób. Fotograf, który chce pokonać kolegów po fachu, musi się zasadzić na lepszy zamach terrorystyczny, efektowne samospalenie albo szczególnie dołujący pogrzeb*" [22].

Krzysztof Miller fotograf "Gazety Wyborczej" zrobił w Johanesburgu zdjęcie tłumu zachodnich fotografów, którzy otaczali aparatami zwłoki obdartego i wychudzonego Afrykanina [23]. Debatę w brytyjskim „Guardianie" o tym jak fotografować głód w Afryce otwierało zdjęcie sudańskiego dziecka-szkieletu pozującego tłumowi fotoreporterów jak gwiazda filmowa .

Fotografie cierpienia stały się atrakcyjnym medialnym towarem, który nadzorują, sprzedają i kupują takie korporacyjne firmy obrazów jak Getty Images i Corbis, od lat 90. XX wieku redukując rolę niezależnych fotografów. Jak ukazują fotografie z Abu Ghraib, jak i fotografie z zamachu w metrze w Londynie wykonane przez pasażerów, o wiele większą i wstrząsającą siłę mają obecnie zdjęcia zrobione przez amatorów podręcznymi cyfrowymi aparatami a przede wszystkim telefonem komórkowym, są bowiem subiektywne i nie uciekają się do artystycznych masek. Mają w sobie surowy autentyzm i dlatego stają się ikonami początków XXI wieku [16]. Tak tę sytuację opisuje najbardziej uznany w środowisku fotoreporterów wojennych Polak Krzysztof Miller: *„Wbrew pozorom dziś jest mniej swobody, niż kiedy w latach 90. fotografowałem konflikty. Jest to bardziej zorganizowane, a przez to kontrolowane. Pokazuje się to, co chce się, aby świat widział. Zrobić zdjęcie, dotrzeć do ludzi niezależnie, na własną rękę jest znacznie trudniej. Chociaż z drugiej strony, kiedy reporterów trzyma się z daleka, trudno jest ograniczyć przepływ amatorskich nagrań i zdjęć. Postęp technologiczny przyczynił się do tego, że relacjonowanie*

wojny to czasem wolna amerykanka. Z Teheranu pisał mieszkający tam blogger, arabska wiosna relacjonowana była na Twitterze, a pierwsze zdjęcia martwego Kadafiego w rowie melioracyjnym zrobione były telefonami komórkowymi. Taka wojna wymyka się zawodowym dziennikarzom spod kontroli. Nikt nie wyprzedzi tych lokalnych świadków wydarzeń." [24].

Coraz większa liczba freelancerów pojawiających się w rejonach konfliktów zbrojnych, niezrzeszonych w oficjalnych korporacjach zawodowych zwiększa konkurencyjność na rynku fotograficznych reporterów wojennych, ale jednocześnie podnosi niebezpieczeństwo wykonywania tego zawodu oraz zmusza do podejmowania coraz bardziej niebezpiecznych zachowań fotografów w rejonach działań zbrojnych. *„Każdy, kto stale jeździ w rejony konfliktów, jest uzależniony od adrenaliny. Albo wręcz lubi żyć na krawędzi. Jeśli twierdzi inaczej, po prostu kłamie – mówi jeden ze znanych fotoreporterów. – Wiadomo jednak, że w tym wszystkim chodzi nam o coś więcej. Każdy freelancer, który z małym plecaczkiem wyrusza w strefę konfliktu, marzy, że właśnie on zrobi te zdjęcia , które znajda się na pierwszych stronach gazet, lecz uda się to nielicznym. – Jeśli dłużej popracuje się w zawodzie, przychodzi świadomość, że chociaż my robimy zdjęcia, to nie zawsze możemy przekazać swoją narrację o wojnie czy katastrofie humanitarnej – mówi jeden z czołowych fotoreporterów. – Są tematy, których czytelnik nigdy nie zobaczy w gazecie"* [25].

Obraz fotograficzny jest bardzo ściśle związany z polityką. Percepcja wywołuje reakcję i karmi się obrazami, dlatego znaczenie fotografii prasowej staje się najlepiej widoczne w czasie wojny. Znaczenie to jest jednak świadomie lub nie ograniczane poprzez medialnych wydawców. Tworząc programy informacyjne oraz codzienne wydania tytułów prasowych popełniają oni trzy kardynalne grzechy współczesnych mediów:

Po pierwsze panuje w mediach wszechobecna ignorancja. W ostatnich latach maleje liczba informacji z zagranicy. Miejsce w gazetach i czas w telewizji poświęca się tematom przyciągającym publiczność – gwiazdom, celebrytom, sportowi, zdrowiu, muzyce rockowej, telenowelom i ożywionym dyskusjom o bzdurach. Dziennikarstwo miesza się z rozrywką w imię zysków. Brakuje kontekstu zdarzeń, bo dziennikarze ustępują miejsca dyżurnym „ekspertom". Głębokie analizy dziennikarskie są obecnie rzadkością. Wtóry grzech to ograniczenia. Wolne media w rzeczywistości wolnymi nie są. Przed dziennikarzami drzwi częściej są zamykane niż otwierane. Cenzura instytucjonalna została zamieniona w autocenzurę właścicieli domów medialnych. I dotyczy ona nie tylko kwestii związanych z wojnami. Po trzecie zaś, nadmiar. Ogromna liczba dziennikarzy to poważny problem logistyczny. Dziennikarze nieustannie wchodząc sobie w drogę, usuwają w cień same wydarzenia, które relacjonują. Dochodzi do niezwykłego rozmnożenia obrazów. Jest fizyczną

niemożliwością aby kiedykolwiek przejrzano miliony zdjęć i slajdów pozostających w zbiorach agencji fotograficznych [26].

Nie sposób uciec od wizualizacji śmierci w fotograficznych relacjach z wojen, katastrof czy rewolucji. W tych fotografiach śmierć jest niemal jednym z żywiołów. Wiadomości telewizyjne lub relacje prasowe współcześnie rzadko opowiadają epickie historie wojenne. Z pośpiesznych, krótkich relacji niewiele dowiadujemy się o bohaterach i motywach ich działań. Nie daje takich możliwości również fotografia i krótki podpis pod nią lub komentujący ją tekst. Nie ma na to czasu w anonimowych telewizyjnych migawkach z terenów działań wojennych. Obrazy są rzeczywiste, ale oddarte z kontekstu kulturowego, politycznego, społecznego, historycznego [27]. Pozbawione rozpoznawalności indywidualnej osoby: matki, ojca, syna, córki znanej z imienia i nazwiska. W narracjach medialnych unika się bezpośrednich obrazów śmierci i zabijania. Umieranie jednostki jest uogólnieniem. Ofiara jest apoteozą wszystkich ofiar wojny. Zwłoki zabitych cywilów i żołnierzy przeistaczają się w masowy symbol okrucieństwa i okropności wojny. W tym momencie spytać należy, co robi na wojnie fotoreporter? Czy korzystając z urządzeń technicznych i technologii komunikacyjnych, wierzy w prawdziwość przekazu, który kreuje? Czy szlachetne pobudki, którymi się kieruje nie przekształcają kontekstu? Upodlenie osób zaangażowanych w wojnę, czy to jako aktywne – żołnierze, czy jako bierne – ludność cywilna, ofiary wpisane jest w obraz nowoczesnych zbrojnych konfliktów. Prawo wojny dopuszcza zabijanie. Przypadkowe ofiary wliczone są w koszty wojny – dla kogo wobec tego jest ona słuszna? Działania medialne nie kształtują wzorców opierając się na wartości. Przeciwnie najpierw kreowany jest wzorzec potem jest on wartościowany tym co dobre lub niegodne. Zdarzyć się więc może, że przedstawiany obraz zbudowany jest na antywartościach. W takiej sytuacji w odbiorcach może dochodzić do dysonansu poznawczego. *„Czasem jest to krótki moment – we wzroku fotografowanych ludzi widzi się nadzieję. Jeśli ktoś robi zdjęcia, to przecież znaczy, że los ofiar wojny nie jest światu obojętny. Bywa, że fotograf czuje wstyd, bo rozumie, że oczekuje się od niego więcej, niż może dać. Jego obecność w obozie uchodźców nie oznacza nawet tego, że spłynie tam pomoc humanitarna. – Możemy się tylko starać, by naszą pracę zobaczyło jak najwięcej ludzi. Poranna kawa i rogalik smakują często gorzej, gdy ogląda się w gazecie takie kadry – mówi Łukasz Trzciński. – na tym jednak polega zawód fotoreportera. Chcemy pomóc zrozumieć świat, a nawet go zmienić”* [25].

Kim jest korespondent wojenny? To członek koczowniczego plemienia. Nie ma stałego miejsca pobytu. Funkcjonuje tam, gdzie toczy się wojna. Zamach stanu, przewrót wojskowy, rewolucja i wojna powodują, że porzucają oni swoje dotychczasowe życie, kupują

„bilet do piekła" i jadą tam gdzie nikt inny nie chce żyć. I pozostają tam, dopóki nie powstanie opowieść. *„Jestem wyłącznie obserwatorem i nie ingeruję w rzeczywistość. Natomiast bardzo chętnie sięgam po aparat i dokumentuję, robię reportaż, fotografuję.(...) czasem ta nasza neutralność jest kontrolowana też przez strony konfliktu. Ostatnia wojna w Gruzji przedstawiana była głównie przez reporterów z zagranicy. To ich relacje budowały obraz konfliktu. Rosjanie nie wpuszczali na teren działań wojennych zachodnich dziennikarzy. Rosyjskie społeczeństwo znało relacje tylko swoich reporterów"* [24]. Fotoreporter jest zawsze przekonany o tym, że jego zdjęcia pozwolą widzom zobaczyć to co się dzieje i to osądzić. W zamyśle korespondentów przesłaniem, któremu służą, jest apel o pokój, o zakończenie konfliktu. Darem składanym ludzkości są obrazy – burzące spokój odbiorców. Obrazy tworzone – rejestrowane bez żadnych wątpliwości. „*Fotoreporter powinien zrobić każde zdjęcie. Później jednak należy zastanawiać and jego publikacją. Moje zdjęcia pierwszych ofiar wojny w Jugosławii, ciał w kostnicy nie zostały wykorzystane do publikacji, ale stały się dokumentem w procesach i pracach naukowych oraz w różnych raportach. Zawsze opisuję zdjęcia, które uważam, że powinny pozostać wykorzystane do celów dokumentujących. Ale tam, na miejscu, intuicyjnie naciskam spust migawki i fotografuję wszystko, co uważam, że należy uwiecznić"* [24]. Nawet jeśli zdjęcie demaskuje cyniczne podejście do ludzkiej śmierci wykonujących ten zawód. Krzysztof Miller autor fotografii ukazującej sześciu fotografów nad zwłokami mężczyzny – na uchwyconym obrazie widzi *„po prostu trupa. Cóż, to pokazuje, jaka jest to praca. Bywa brudna i nieprzyjemna. To zdjęcie pokazuje, jaki trzeba mieć dystans. (...) Trzeba się było z tym oswoić. Przez dłuższy czas się z tym borykałem. W końcu musiałem przyjąć, że jest to jeden z atrybutów wojny. Jej naturalna część i konsekwencja. (...) Takie obrazy trudno zapomnieć. Bukareszt, Boże Narodzenie 1989 roku, Rumunia. To było moje pierwsze zdjęcie trupa. Aktor komediowy trafiony przez snajpera kulką typu dum dum. Zmasakrował mu połowę twarzy. Fotografowałem go leżącego na ulicy. Nie wiadomo było, czy ten snajper jeszcze gdzieś tam siedzi, czy nie. Ja stałem i robiłem zdjęcia"* [24]. Fotografia wojenna to intuicyjna, niemal odruchowa reakcja na dziejące się wokół przebywającego w miejscu walk reportera. Nie ma w niej miejsca na wyrachowanie, chłodną kalkulację, jaki kadr wybrać. Nie ma czasu na czekanie na dobra światło lub odpowiednie ustawienie fotografowanych osób. Jawi się ona raczej jako spazmatyczny zapis chwili, która może być tak dla fotografowanych jak i dla fotografującego ostatnia. Jednak śmierć będąca efektem prowadzonej wojny lub rewolucji zarejestrowana na kliszy fotograficznej nie zawsze jest przypadkowa. Takim przykładem jest zdjęcie wykonane przez Kevina Cartera w roku 1993 w Sudanie. Zdjęcie pokazuje

wychudzonego chłopczyka, któremu przygląda się tłusty sęp. Jak twierdził sam autor, dziecko zmierzało do punktu wydawania żywności. Przysiadając ze zmęczenia pewnie nawet nie zdawało sobie sprawy, że załapało się na sesję fotograficzną, gdzie prawdziwy sęp stał po drugiej stronie obiektywu. Wielu ludzi zainteresowało się losem dziecka, a sam autor był mocno krytykowany przez kolegów po fachu za bierną postawę i brak etyki zawodowej. Kevin próbował się bronić tłumacząc, że dziecku udało się uciec od drapieżnika. Z drugiej strony nie wiedział czy dotarło do celu, co sugeruje, że po skończonej sesji zwykle je zostawił… Fotografia odniosła jednak ogromy sukces. Poza pierwszymi stronami gazet i licznymi nagrodami przyczyniła się do zbiórki pieniędzy na żywność dla Sudanu. Jednak samemu autorowi trudno było żyć z tym faktem, że owemu dziecku nie pomógł, a jedynie wykorzystał dla swojej kariery. Nałożenie się wielu lat pracy jak i innych feralnych wydarzeń związanych z jego zawodem, spowodowało u niego ciężką depresję. W rok od wykonania tego zdjęcia popełnił samobójstwo. W liście pożegnalnym napisał: *„Jestem załamany. Bez telefonu, bez pieniędzy na czynsz i na alimenty. Prześladują mnie żywe obrazy zabitych i cierpiących, widok ciał, egzekucji, rannych dzieci(...)”*[20].

Reporterzy, szczególnie wojenni, i tak płacą ogromną cenę wykonując swój zawód. Amerykański psychiatra, Anthony Feinstein, w książce „Journalists Under Fire: The Psychological Hazards of Covering War“ z 2006 roku przedstawia wyniki badań nad psychologicznymi efektami pracy jako reporter wojenny. Według naukowca, ludzie relacjonujący konflikty bardzo często cierpią na depresję, uzależnienia, napady agresji, retrospekcje (*flashbacks*), nadmierną czujność (*hypervigilance*), problemy ze snem, nieufność wobec innych. Mają problemy w życiu rodzinnym, poza strefą wojny brakuje im adrenaliny i ekstremalnych doznań. Reporterzy wojenni giną nie tylko od kul i wybuchów bomb, niektórzy, jak Carter, popełniają samobójstwo. Joao Silva fotoreporter wojenny, członek elitarnego klubu korespondentów wojennych zwanego Bractwem Bang Bang, tak opisuje swoje i swoich towarzyszy wrażenia związane z zawodowym wyczerpaniem: *„Odkryliśmy, że jedną z rzeczy, która nas łączyła najbardziej, były wątpliwości dotyczące tego co robiliśmy. Kiedy człowiek naciska spust migawki, a kiedy przestaje być fotografem? Odkryliśmy, że aparat fotograficzny nigdy nie był dla nas filtrem, za pomocą którego broniliśmy się przed tym, czego byliśmy świadkami i co fotografowaliśmy. Było dokładnie na odwrót – wydawało się nam, że sceny, wypalały się w naszych umysłach”* [28]. Anthony Feinstein dokładnie zdiagnozował 110 mężczyzn i 30 kobiet – doświadczonych reporterów wojennych. U 29% występowały symptomy syndromu stresu pourazowego (PTSD). Feinstein notował wyznania wielu z nich. Brytyjski fotoreporter Jon Jones ciągle widzi okaleczoną główkę dziecka pod

swoją kołdrą, gdy kładzie się spać. Innego weterana męczą postacie poległych kolegów z pracy idących w jego stronę. Anthony Loyd z „London Times" jest nawiedzany przez Czeczenkę trzymającą oderwaną nogę członka rodziny. Obserwator ludobójstwa w Ruandzie czuje zapach trupów na całym swoim ciele, szczególnie, gdy pije szampana. *„...za przyglądanie się śmierci, za tę poufałość niektórym przychodziło płacić wysoką cenę. Na rachunek do uregulowania składały się samotność, poczucie zagubienia w zwyczajnym, codziennym życiu, niemożność porozumienia z najbliższymi, ucieczka w alkohol lub narkotyki, nocne koszmary, a nierzadko własne życie"* [28]. Takie wydają się być realia pracy dziennikarza wojennego: zmęczenie, strach, zespół stresu pourazowego, ale także wracanie po dniu spędzonym na linii frontu do luksusowego hotelu, próby pogodzenia wpisanego w tę pracę pościgu za najlepszą historią z zasadami etyki dziennikarskiej, adrenalina, uzależnienie od wojny. „*Wiemy, że po każdym wyjeździe jesteśmy trochę inni, niekoniecznie lepsi, a jednak mimo to pchamy się tam, nie patrząc na konsekwencje*" [29]. Powrót do normalnego życia, jest za każdym razem coraz trudniejszy, coraz ciężej rozmawia się ze znajomymi spoza wojennego świata. Trudno prowadzić nic nie znaczące dialogi, gdy jeszcze parę dni temu przez pryzmat aparatu fotograficznego podglądało się okropności wojny. Łatwiej jest rozmawiać z wąskim gronem ludzi, którzy zrozumieją bo też tam byli, a najlepiej jest pojechać znów na wojnę. Jeśli więc wojenny fotoreporter obarczony bagażem wojennych wizji i obrazów nie potrafi skutecznie komunikować się z najbliższym otaczającym go światem społecznym, jakże więc może on obiektywnie, bez nawet niezamierzonej aberracji opisywać dramat walczących żołnierzy i ginących cywilów. Brak dystansu do otaczającej go rzeczywistości – wszak chodzi o stworzenie jak najbardziej poruszającego odbiorcę newsa – krew, śmierć i cierpienie czyli najbardziej wpływające na psychikę i deformujące ją czynniki, tak jak u odbiorcy, również u nadawcy powoduje znieczulenie na kolejne bodźce [30]. Coraz bardziej zasadnym może być przypuszczenie, że tak jak zaangażowanie współczesnego widza w obecność i znaczenie wojennych konfliktów sprowadza się jedynie do włączenia i wyłączenia telewizora, tak w przypadku wojennych fotoreporterów istnieje realne niebezpieczeństwo, że pokazywanie obrazów z prowadzonych walk, sprowadza się jedynie do naciskania spustu migawki aparatu. Cyniczne podejście widzów do widoku ludzkiego cierpienia pokazywanego na dokumentalnych zdjęciach wyrachowanych wojennych reporterów spowodowało wyewoluowanie nowej wyestetyzowanej formuły obrazów wojny. Obok realistycznych, brutalnych zdjęć wykonywanych na obszarach działań wojennych coraz popularniejsze stają się wojenne zdjęcia zorientowane na estetyczne niemal poetyckie pokazywanie okropności wojennych. Są one świetnie zakomponowane i oświetlone. Stają się

raczej esejem artystycznym, niż realnym odzwierciedleniem wojennej rzeczywistości [31]. Interesująca jest sugestia osoby komentującej artykuł dotyczący tego rodzaju twórczości fotografów wojennych ukrywającej się pod nickiem A.Mason: „*Zdjęcia "bezpośrednie" na dłuższą metę mają tendencję do wywoływania znużenia, powodują oswajanie się z widokiem. Bez zdjęć "poetyckich" obok, przestaną mieć siłę oddziaływania. Warto też mieć na względzie to, że ludzie wrażliwi unikają i wypierają drastyczne widoki. Bez reportaży pokazujących temat nie wprost, tacy ludzie będą mieli ograniczoną świadomość o tym, co się dzieje."*

Na zakończenie jeszcze raz odwołajmy się do refleksji Susan Sontag na temat percepcji utrwalonego na zdjęciach świata: „*Fotografia daje nam do zrozumienia, że poznamy świat, jeśli przyjmiemy go takim, jaki jawi się w obiektywie. Jest to jednak przeciwieństwo poznania. Poznanie bowiem zaczyna się od nieprzyjmowania wiata takim, na jaki wygląda. Wszelka możliwość poznania wynika z zdolności do powiedzenia „nie". Ściśle rzecz biorąc, nigdy niczego nie zrozumiemy na podstawie fotografii*" [17].

Piśmiennictwo

1. Budzyńska N.: Szaleństwa wojny. http://www.przewodnik-katolicki.pl/nr/kultura/szalenstwa_wojny.html, data pobrania 27.03.2014
2. Latoś H.: Z historii fotografii wojennej. Wydawnictwo MON. Warszawa, 1985.
3. Najlepszym przykładem wzajemnej współzależności malarstwa – grafiki i fotografii może być prezentowana w 2013 roku wystawa prac Francisco Goyi w Polsce. „*Od 9 maja do 28 czerwca 2013 w Galerii Instytutu Cervantesa w Krakowie prezentowana była wystawa grafik jednego z najbardziej znanych artystów Półwyspu Iberyjskiego. 82 grafiki z cyklu* „Okropności wojny"*, na których Francisco Goya uchwycił okrucieństwa hiszpańskiej wojny o niepodległość przeciwko wojskom napoleońskim (1808-1814) uzupełnione zostały fotografiami wojennymi (między innymi z hiszpańskiej wojny domowej 1936-1939) tworząc niezwykle mocno oddziałującą ekspozycję. Wystawę wzbogacono dodatkowo o filmy wideo, w których zestawienie grafik artysty z fotografiami dodatkowo wzmacnia ten przekaz. Całość pozwala uznać Goyę za prekursora w dziedzinie fotoreportażu wojennego.*" http://krakow.pl/otwarty_na_swiat/zobacz_takze_/33083,105,komunikat, data pobrania 27.03.2014.
4. okropnosci_wojny___wystawa_grafik_francisco_goi_w_instytucie_cervantesa.html., data pobrania 27.03.2014
5. Topolska A.: Fotograficzne obrazy wojny [w:] Przypadek byłej Jugosławii. Pełczyński G., Vorbrich R. (red): Obrazy kultur. Biblioteka Telgte. Poznań, 2007,. 25-32.

6. Eco U.: Myślenie o wojnie. tegoż: Pięć pism moralnych. Wyd. Znak. Kraków, 1999.
7. Levi Strauss D.: Bezkrwawa wojna. Fotografia 6X9, 1991, 5, .22.
8. Sułkowski B.: Przemoc i pornografia śmierci jako przynęty medialne. Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego. Łódź, 2006.
9. Sztandara M.: Fotografia etnograficzna i „etnograficzność" fotografii. Studium z historii myśli etnologicznej i fotografii II poł. XIX i I poł. XX wieku. Wyd. Uniwersytetu Opolskiego. Opole, 2006.
10. Magala S.: Fotografia w kulturze współczesnej. Centralny Ośrodek Metodyki Upowszechniania Kultury. Warszawa, 1982.
11. Kulikowska K.: Fotografia jako antropologiczny środek do przedstawiania kultury: mówienie obrazem czy milczenie źródła [w:] Obrazy kultur. Biblioteka Telgte, Pełczyński G., Vorbrich R. (red.), Poznań, 2007, 11-16.
12. Flusser V.: Ku filozofii fotografii. Wydawnictwo Akademii Sztuk Pięknych w Katowicach, Katowice, 2004.
13. Klama A.: Fotografia wojenna jako forma komunikowania. Wiedza i Edukacja, 2009. www: http://wiedzaiedukacja.eu/archives/20382, data pobrania 27.03.2014.
14. Barthes R.: Światło obrazu. Uwagi o fotografii. Wyd. KR. Warszawa, 1996.
15. Pąkowska B.: Fotografia jako ślad umarłego [w:] Śmierć jako norma, śmierć jako skandal, Kuligowski W., Zwierzchowski P. (red.), Wyd. Akademii Bydgoskiej. Bydgoszcz, 2004.
16. Belting H.: Antropologia obrazu. Szkice do nauki o obrazie. Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych Universitas. Kraków, 2012.
17. Leszkowicz P.: Susan Sontag i etyka fotografii. http://www.obieg.pl/artmix/27823, data pobrania 19.03.2014.
18. Sontag S.: O fotografii. Wydawnictwo Karakter. Kraków, 2009.
19. Robert Capa został w1938 r. okrzyknięty przez „Picture Post" „*najlepszym fotografem wojennym na świecie*". Stało się to w dużej mierze za sprawą jego najsłynniejszego zdjęcia *Padający żołnierz – śmierć hiszpańskiego republikanina*, które stało się symbolem klęski zwolenników republiki. To dziś nie tylko najbardziej znany obraz wojny, ale również jedna z najbardziej dyskusyjnych fotografii. W latach 70. XX w. rozgorzał spór na temat jej autentyczności. Nie było już pewności, czy fotografia rzeczywiście pokazuje moment śmierci, czy raczej zaaranżowaną scenę. Podważano również autorstwo – podejrzewano, że zdjęcie zrobił przyjaciel Capy – Chim (David Seymour), albo jego partnerka – Gerda Taro. Spór wokół fotografii toczy się do dziś.

Odnaleziona kilka lat temu tzw. meksykańska walizka z zaginionymi negatywa mi Capy, Chima i Taro również nie odsłoniła prawdy. Nie odnaleziono w niej bowiem negatywu *Padającego żołnierza*. Zob: Kenig K.: Uchwycić śmierć. Wojna okiem fotoreporterów. Beethoven Magazine, 2012, wiosna, 14, 36-39.

20. Sontag S.: Widok cudzego cierpienia. Wyd. Karakter. Kraków, 2010.
21. Werner K.: Problem z reportażową fotografią wojenną. http://kolemsietoczy.pl/problem-z-reportazowa-fotografia-wojenna/,data pobrania 19.03.2013.
22. Obarski K.: Śmierć na kliszach. http://obszary.com/2012/10/16/smierc-na-kliszach/, data pobrania 17.12.2012.
23. Zalewski I.: Nagroda za efektowny pogrzeb. Do rzeczy, 2013, 7(007), 67.
24. Laudański R.: Śmierć w obiektywie. Rozmowa z Krzysztofem Millerem. http://www.pomorska.pl/apps/pbcs.dll/article?AID=/20110925/REPORTAZ/378554626., data pobrania 18.12.2012.
25. Ciszak P.: Krzysztof Miller zrobi każde zdjęcie, nawet najbardziej drastyczne. Nie wszystkie mogły ujrzeć światło dzienne. http://menstream.pl/wiadomosci-reportaze-i-wywiady/krzysztof-miller-zrobi-każde-zdjęcie-nawet-najbardziej-drastyczne-nie-wszystkie-mogly-ujrzec-swiatlodzienne,0, 1278505.html, data pobrania 19.03.2013.
26. Narbutt M.: Podejść jak najbliżej. W sieci, 2013, 39(43), 39-41.
27. Morris J.G.: Zdobyć zdjęcie. Moja historia fotografii prasowej. Cyklady. Warszawa, 2007.
28. Jarecka U.: Nikczemny wojownik na słusznej wojnie. Wybrane aspekty obrazu wojny w mediach wizualnych. Wydawnictwo Trio. Warszawa, 2009.
29. Marinovich G., Silva J.: Bractwo Bang Bang. Wyd. Sine Qua Non. Kraków, 2012.
30. Wojtacha A.: Kruchy lód. Dziennikarze na wojnie. Carta Blanca. Warszawa, 2012.
31. Hodalska M.: Korespondent wojenny. Ofiarnik i ofiara we współczesnym świecie. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków, 2006.
32. Biegaj P.: Wojenka w obiektywie. http://www.iczek.pl/2013/07/09/wojenka-w-obiektywie/, data pobrania 19.03.2013.

Kulik Halina, Dutkiewicz Stanisława, Szemik Szymon

Uzdrawiająca moc modlitwy

Śląski Uniwersytet Medyczny Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Pielęgniarstwa, Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa

„Przyjdźcie do mnie wszyscy,
którzy utrudzeni i obciążeni jesteście
a Ja was pokrzepię….”
Mt. 11, 28

Wprowadzenie

Związek sztuki leczenia i religii sięga czasów przedhistorycznych. Przyjmuje się, że sztuka leczenia, w najszerszym tego słowa znaczeniu, miała prawdopodobnie u wszystkich ludów podobny początek. Podyktowana była koniecznością, rozwijała się w oparciu o samozachowawcze, często nawet nieuświadomione, ale celowe poczynania wzorowane najprawdopodobniej na zachowaniu zwierząt w momentach zagrożenia życia, czy podobnych okolicznościach [1,2]. Instynkt samozachowawczy cechujący wszystkich ludzi, a którego istnieniu może przeczyć tylko samobójca, wskazuje naukom medycznym dwa zasadnicze cele: ochronę człowieka zdrowego przed zachorowaniem oraz przywrócenie zdrowia człowiekowi choremu [3].

Najstarsze źródła z dziejów ludzkości wskazują na fakt, że początkowo działalność medyczna ograniczała się do pomocy przy porodach, urazach i ranach. Leczenie zachowawcze opierało się głównie na stosowaniu środków roślinnych, często metodą prób i błędów. Był to przecież okres, kiedy człowiek uczył się odróżniać rośliny pożyteczne, w tym lecznicze, od szkodliwych. Przypuszczać można, że niekiedy człowiekowi przychodził z pomocą przypadek, a skutki jakie wywołała np. dziko rosnąca roślina, umysł zapamiętał, stosował i przekazywał z pokolenia na pokolenie. Z czasem człowiek uczył się radzić sobie z chorobami wewnętrznymi [1-5]. Największą zagadką pozostawały choroby psychiczne.

Najdawniejsza medycyna miała bez wątpienia charakter empiryczny, ale nie brakowało w niej poglądów irracjonalnych, często połączonych z elementami magii, mistyki i kultami religijnymi. Bezsilność chorego i uzdrawiacza a przede wszystkim brak wiedzy i lęk wobec nieznanego, znalazły swój wyraz w fetyszyzmie i animizmie. Medycyna nabrała charakteru teurgicznego, z licznym panteonem czczonych bogów i bogini.

W ślad za tym powstały i rozwinęły się demonologiczne wyobrażenia o chorobie z całą gamą terapeutycznych obrzędów, zabobonów, guseł, zamawiań, zaklinań i modlitw. Formą kultu opartego na animizmie staje się szamanizm, z najdziwniejszymi środkami, strojami, rekwizytami i praktykami uzdrawiającymi o wątpliwych acz zastanawiających właściwościach terapeutycznych.

W toku dalszej transformacji społeczeństwa, animizm przeistoczył się stopniowo w bardzo złożony system poglądów opartych o wierzenia i związane z nimi praktyki z całą awangardą istot boskich (bogów i świętych), oraz złych demonów (diabłów i szatanów).

Od tego też momentu datuje się związek sztuki leczenia i religii, który pomimo faktu podniesienia w V w. p.n.e. medycyny do godności nauki istnieje do dnia dzisiejszego.

Religijność Polaków

Bogatych informacji na temat zmian postaw, przeżyć i zachowań społeczeństwa polskiego na przestrzeni lat dostarczają cykliczne publikowane raporty z badań „Diagnoza społeczna - warunki i jakość życia Polaków". Opublikowane w 2013 roku sprawozdanie zawiera rozdział poświęcony praktykom religijnym, ukazujący aktualne tendencje w zakresie wiary rozumianej jako uczestnictwo w życiu instytucji kościelnych, indywidualnych działań w sferze sacrum oraz wpływu tych procesów na szeroko rozumiane zdrowie człowieka.

Badacze wskazują, że regularne uczestnictwo w uroczystościach i nabożeństwach religijnych zadeklarowało w 2013 roku 41,6% dorosłych Polaków, co w porównaniu do roku 2000 stanowi spadek o około 9%. Jednocześnie wzrosła nieznacznie średnia liczba osób uczestniczących w ceremoniach, a to za sprawą wzrostu częstości respondentów deklarujących udział niesystematyczny (od 1 do 3 razy w miesiącu). Grupy respondentów najchętniej praktykujących to częściej kobiety niż mężczyźni, osoby starsze (powyżej 60 roku życia), częściej mieszkańcy wsi niż największych miast (połowa z nich w ogóle nie uczestniczy w nabożeństwach), emeryci i renciści oraz częściej osoby z wykształceniem podstawowym niż najlepiej wykształceni i najbardziej zamożni. Na dodatek, w porównaniu do roku 2009 zdecydowanie wzrosła liczba osób w ogóle niepraktykujących w kilku grupach: respondentów w wieku 35-44 lat, pracowników sektora prywatnego oraz mieszkańców miast średniej wielkości. W podziale regionalnym najczęściej wiarę praktykują mieszkańcy województw: podkarpackiego, małopolskiego, opolskiego i lubelskiego, zaś najrzadziej: zachodniopomorskiego, łódzkiego, świętokrzyskiego oraz warmińsko-mazurskiego [6].

Ogólnie rzecz biorąc, według autorów raportu społeczeństwo polskie powoli się laicyzuje, czego dowodem jest malejąca popularność religijnych praktyk zarówno

instytucjonalnych, ale też prywatnych relacji pomiędzy Bogiem a człowiekiem - w latach 2007-2013 spadła bowiem liczba osób wskazujących na modlitwę jako cenne dla nich źródło wsparcia w trudnych sytuacjach życiowych [6].

Cel pracy

Celem pracy jest zwrócenie uwagi na wartość religii w kontekście zachowania dobrostanu fizycznego i psychicznego. Wpływ religii na zdrowie człowieka zostanie w niniejszych rozważaniach zobrazowany poprzez oddziaływanie kilku aspektów: modlitwy wstawienniczej, modlitwy jako indywidualnej praktyki religijnej, wyboru Boga jako jednej z najważniejszych wartości życiowych oraz uczestnictwa w nabożeństwach religijnych.

Omówienie

Większość religii sugeruje istnienie boga - istoty nadprzyrodzonej, która jest przedmiotem kultu. Wg Słownika języka polskiego, jest to istota czczona jako stwórca i jedyny władca świata; w niektórych religiach jedna z wielu istot otoczonych kultem, wyobrażana w postaci człowieka, zwierzęcia lub zjawiska przyrody, mająca moc nadprzyrodzoną sprawująca władzę nad jakąś częścią świata, która jest bezkrytycznie uwielbiana i podziwiana [7]. Ateizm jest poglądem zaprzeczającym istnieniu boga [7].

Przemiany kulturowe, obyczajowe i ekonomiczne charakterystyczne dla współczesnej rzeczywistości społecznej, warunkują szereg przewartościowań w sferze aksjonormatywnej, a przede wszystkim religijnej. Transformacja ustrojowa charakterystyczna dla wielu krajów europejskich na przełomie XX i XXI wieku zapoczątkowała możliwość legitymizacji nowych związków wyznaniowych, które zwłaszcza dla młodych ludzi stanowią drogę poszukiwania własnej tożsamości religijnej [8].

Jedną z czynności kultowych charakterystycznych dla wielu religii jest modlitwa, będąca specyficznym kontaktem z bóstwem, pozostającym przedmiotem kultu. Wraz z upowszechnianiem się i rozwojem religii ewoluowały jej formy, język, określone gesty, oraz używane akcesoria. Współcześnie modlitwa łączy w sobie cechy adoracji i uwielbienia, czci i szacunku, błagania lub przebłagania [9].

W medycynie ludowej bardzo ważna jest modlitwa i wyproszenie sobie łask u Boga za popełnione uczynki. Uciekano się wówczas nie tylko do najwyższego Stwórcy, ale także patronów, którzy chronili gospodarstwo przed ogniem, burzą, powodzią. Patroni chronili przed chorobą, nieszczęściem. Wizerunki świętych wieszano na ścianach, a w niektóre święta kościelne przyozdabiano je poświęconymi kwiatami, ziołami, które również miały magiczną moc.

Obecnie w dalszym ciągu patroni zajmują kluczowe miejsca w domach. W modlitwie wyprasza się u nich wszelkie łaski. Bardzo często wizerunki świętych służą do zmagania się z chorobą. Współcześnie przed nieszczęśliwym wypadkiem chroni podróżnych Święty Krzysztof. Jego obrazek lub figurka powinna być umieszczona w każdym samochodzie. Dodatkowo samochód przed pierwszą jazdą obowiązkowo musi być poświęcony wodą święconą przez kapłana. Taki zwyczaj praktykowany jest jeszcze w niektórych miastach czy wsiach.

Najbardziej rozpowszechnioną w naszym kręgu kulturowym religią jest chrześcijaństwo. W polskim kościele katolickim obchodzone są święta w roku kalendarzowym (o charakterze święta lub uroczystości liturgicznej) oraz okolicznościowe dni i tygodnie ustanowione przez papieża lub Konferencję Episkopatu, rzadziej inną organizację katolicką lub wynikające z tradycji. Wiele z nich zawiera rytuały związane ze zdrowiem lub chorobą. Wśród najważniejszych warto wymienić:

- Święto Trzech Króli (6 styczeń) – święcenie kredy, mirry i kadzidła. Obecnie kredą zaznacza się na drzwiach wejściowych domów symbole K + M + B. Są to inicjały łacińskiego życzenia: Chrystus dom błogosławi w celu upamiętnienia wydarzeń religijnych.
- Dzień Matki Gromnicznej (2 luty) – święcenie gromnic w kościołach, by chroniły przed piorunami, burzą lub klęską.
- Dzień Świętego Błażeja (3 lutego) – poświecenie świec, które chronić mają przed chorobami gardła.
- Dzień Świętej Agaty (5 lutego) – poświęcenie soli, która ma moc magiczną.
- Dzień Świętego Jana (24 czerwiec) – zbierano zioła i zawieszano na drzwiach, oknach, by uchronić gospodarstwo przed demonami, czarownicami. Dawniej w tym dniu noszenie na szyi lub głowie wianka z bylicy miało chronić od bólu głowy.
- Dzień Świętego Rocha (16 sierpień) – opiekun zwierząt, chroni przed padaczką oraz zarazą.
- Niedziela Palmowa – święcenie palm. Dawniej robione z gałązek wierzby zawiązywane czerwoną wstążką, aby nie ulec urokom.
- Zesłanie Ducha Świętego czyli Zielone Świątki – ustrajanie obrazów, kątów domów ziołami, kwiatami m.in. tatarakiem, zielonymi gałązkami, brzózkami.
- Oktawa Bożego Ciała – święcenie wianków, w którym znajdują się zioła: macierzanka, rumianek, mięta, dziurawiec, bylica zwana bożym drzewkiem i inne

oraz kwiaty. Po poświęceniu przyjmują moc uzdrawiania i strzegą gospodarstwo od nieszczęść.

- Wniebowzięcie Najświętszej Maryi Panny czyli Święto Matki Boskiej Zielnej (15 sierpień) – święcenie bukietów z ziół i kwiatów o właściwościach podobnych jak opis powyżej.
- Dzień Świętej Łucji (13 grudzień) – uważany dawniej za dzień bardzo niebezpieczny bowiem sprzyjał praktykom czarownic i znachorów, którzy mogli zaszkodzić nie tylko ludziom, ale także zwierzętom. Święta Łucja jest orędowniczką w chorobach oczu.
- Wigilia Bożego Narodzenia (24 grudzień) – dawniej obmywanie się w tym dniu w źródlanej wodzie miało chronić przed chorobami.
- Dzień Świętego Szczepana (26 grudnia) – poświęcenie owsa. Dawniej służył jako likwidowanie jęczmienia z oka. Po mszy obsypywano się nim na urodzaj płodów rolnych.

Święci patroni w chorobach i dolegliwościach:

- patroni chorych: św. Antoni Pustelnik, św. Gwidon, św. Jan Boży, św. Kamil, św. Katarzyna Genuańska, św. Archanioł Rafał,
- patroni chorych w czasie epidemii: św. Aleksy Rzymianin, św. Antoni Pustelnik, św. Franciszek Ksawery,
- patron dżumy: św. Jerzy,
- patronka chorych na choroby zakaźne: św. Rozalia,
- patron abstynentów: św. Jan Chrzciciel,
- patron alkoholików: św. Mateusz Apostoł,
- patron przeciw pijaństwu: św. Marcin z Tours,
- patroni bezpłodności u kobiet: św. Dawid, św. Jerzy, św. Małgorzata z Antiochii,
- patron niepłodnych małżeństw: św. Maciej Apostoł,
- patron wypraszania potomstwa: św. Andrzej Apostoł,
- w chorobach dziąseł: św. Apolonia,
- patroni epileptyków: św. Jan Chrzciciel, św. Piotr Apostoł, św. Walenty, św. Wit,
- patroni febry: św. Piotr Apostoł, św. Serwacy,
- patroni w chorobach gardła: św. Bernardyn ze Sieny, św. Błażej, św. Otylia,
- patroni cierpiących na bóle głowy: św. Dionizy, św. Teresa z Avila, w migrenach specjalizuje się św. Dionizy,
- patroni gorączkujących: św. Genowefa, św. Piotr Apostoł,

- patron chorych na grypę: św. Korneliusz,
- patron histeryków: św. Wit,
- w krwawieniach pomaga św. bernardyn ze Sieny,
- patronem kulawych jest św. Idzi,
- patronką dzieci, które mają problemy w chodzeniu jest św. Magdalena,
- patroni niewidomych: św. Cecylia, św. Franciszek z Asyżu, św. Łucja, św. Tomasz Becket, św. Ludwik IX Król, św. Wit,
- patroni w chorobach oczu: św. Klara, św. Łucja, św. Wit,
- patron obłąkanych - św. Brunon Kartuz,
- patron dzieci opóźnionych w rozwoju - św. Hilary z Poiters,
- opryszczka - św. Jerzy,
- podagra - św. Walenty,
- w chorobach piersi: św. Agata Sycylijka, św. Mamert,
- przeziębienia: św. Maur,
- patron rannych - św. Sebastian,
- patron chorych na reumatyzm - św. Serwacy,
- patron chorych na różę - św. Benedyst z Nursji,
- patronka chorych na serce - św. Teresa z Avila,
- patroni w chorobach skóry: św. Antoni Pustelnik, św. Jerzy,
- patron smutnych i przygnębionych - św. Barnaba Apostoł,
- patron syfilityków - św. Jerzy,
- patroni trędowatych: św. Jerzy, św. Łazarz,
- patroni ukąszonych przez węże: św. Piotr Apostoł, św. Hilary z Poitiers, św. Wit, św. Magnus z Fussen,
- patronka w chorobach uszu - św. Otylia,
- patron głuchoniemych - św. Wit,
- w bólach zębów: św. Medard z Noyon, św. Apolonia.

Warto też mieć na uwadze innych patronów i świętych związanych z medycyną:

- patronem całej służby zdrowia - św. Jan Boży,
- personelu medycznego św. Juda Tadeusz,
- akuszerek i położnych – św. Anna, św. Antoni Padewski, św. Dorota, św. Leonard z Noblac, św. Małgorzata z Antiochii, św. Pantaleon,

- Apostolstwa chorych - św. Ludwina,
- Aptekarzy - św. Damian, św. Jan Apostoł, św. Jan Damasceński, św. Kosma, św. Markulf, św. Rafał Archanioł, św. Wit, św. Roch,
- Stomatologów - św. Damian, św. Kosma,
- lekarzy: św. Błażej, św. Cezary z Nazjanzu, św. Łukasz Ewangelista, Św. Pantaleon, św. Archanioł, św. Roch, św. Damian, św. Kosma,
- optyków - św. Hubert,
- pielęgniarek: św. Agata Sycylijka, św. Kamil, św. Katarzyna ze Sieny, św. Marcin Porres, św. Kosma, św. Damian,
- pielęgniarzy: św. Jan Boży, św. Kamil,
- radiologów: św. Michał Archanioł,
- opiekujących się chorymi: św. Kamil,
- hospicjów: św. Jakub Starszy,
- krwiodawców: św. Maksymilian Maria Kolbe,
- szpitali: św. Gertruda, św. Jakub Starszy, św. Jan Boży, św. Juda Tadeusz, św. Kamil, św. Katarzyna Genueńska, św. Roch,
- Caritasu: św. Jan Kanty.

Dyskusja

Uzdrawiająca wartość modlitwy wstawienniczej jest jedną z najstarszych form terapii w religii chrześcijańskiej. W medycynie poświęca się jej stosunkowo niewiele uwagi, ze względu na brak potwierdzonych metodami naukowymi efektów terapeutycznych.

W 1988 roku na łamach amerykańskiego czasopisma naukowego South Med. J. opublikowano wyniki badań, które wskazywały na pozytywne skutki terapeutyczne modlitwy wstawienniczej w populacji osób z chorobą wieńcową, przyjmowanych do leczenia szpitalnego [10]. W następnym roku podobne badania przeprowadzili badacze z Mid America Heart Institute przy St. Luke Hospital w Kansas City [11]. Celem badania było podobnie jak u poprzedników, wykazanie że u pacjentów, wspieranych modlitwą przez orędowników występuje mniej powikłań i szybciej wracają do zdrowia. Z badania zostały wykluczone osoby w stanie ciężkim (np. oczekujące na przeszczep serca). Orędownikami były przypadkowe osoby, które zadeklarowały chęć modlitwy za chorego.

Opinie innych specjalistów szybko jednak ukazały szereg nieścisłości w przeprowadzonych badaniach. Dotyczyły one zarówno sposobu doboru próby, jak

i przeprowadzania badania. Okazało się, że nie wszyscy pacjenci zakwalifikowani do badania, chorowali na to samo schorzenie, oraz że niektórzy pacjenci powrócili do zdrowia jeszcze przed rozpoczęciem modlitw. Autorzy badania założyli, że wstawiennicy będą się modlili za osobę wskazaną z imienia. Nikt jednak nie sprawdzał czy modlili się w ogóle, a w przypadku powtarzania sie imion pacjentów, za którego pacjenta sie modlili [11].

W 2001 roku, organizacja Mayo Clinic przeprowadziła badania z udziałem wybranych losowo 799 pacjentów, z których część umieszczono w grupie kontrolnej, a część w grupie objętej modlitwą wstawienniczą. Za pacjentów z ostatniej grupy raz w tygodniu modlili się wstawiennicy, przy czym na jednego pacjenta przypadało pięciu modlących się. Wytycznymi miały być między innymi: śmierć pacjenta, zatrzymanie akcji serca, ponowna hospitalizacja i inne. Po 26 tygodniach badań ogłoszono, że modlitwa wstawiennicza nie miała zauważalnego wpływu na medyczne wyniki hospitalizacji na oddziale chorób wieńcowych [12].

W tym samym roku, w Stanach Zjednoczonych wybuchł skandal związany z wynikami badań nad wpływem modlitwy na powodzenie zapłodnienia pozaustrojowego. Eksperyment miało przeprowadzić trzech badaczy związanych z Columbia University, a jego wyniki opublikowano w Journal of Reproductive Medicine. W publikacji napisano, że modlitwy odmawiane za kobiety, które przechodziły zabieg zapłodnienia in vitro (IVF-ET), przekładały się na dwukrotnie większe prawdopodobieństwo zajścia w ciążę, niż w przypadku kobiet pozbawionych modlitewnego wsparcia [13].

Sensacyjne wyniki szybko przerodziły się w wielki skandal, gdy głos w tej sprawie zabrał Flamm, profesor ginekologii i położnictwa z University of California, sceptycznie odnoszący się do wyników. Flamm nie tylko wskazał na błędy w eksperymencie, ale wykazał również, że sami eksperymentatorzy byli oszustami. Pierwszy z nich, Kwang Y. Cha nigdy nie odpowiedział na żadne wątpliwości. Drugi, Daniel Wirth, znany także jako "John Wayne Truelove" nie miał nic wspólnego z medycyną, a zajmował się parapsychologią. W tym czasie oskarżany był o różne oszustwa i kradzież. Jak się później okazało, skazano go na pięć lat więzienia. Pod koniec 2001 roku, w wyniku dochodzenia prowadzonego przez Wydział Zdrowia i Pomocy Humanitarnej Stanów Zjednoczonych, ujawniono nazwisko głównego autora publikacji, dra Rogerio Lobo. Zaprzeczył, jakoby brał czynny udział w badaniach. Twierdził, że prowadził jedynie prace edytorskie [14].

Rzetelne, wieloośrodkowe badania nad wpływem modlitwy wstawienniczej na stan zdrowia pacjentów leczonych kardiochirurgicznie, przeprowadzono w ramach projektu Mantra (*Monitoring and Actualisation of Noetic Trainings*) w jednym z najbardziej

prestiżowych uniwersytetów w Stanach Zjednoczonych w mieście Durham w stanie Karolina Północna. W badaniu uczestniczyło 748 pacjentów. Wyniki opublikowane w 2005 roku jednoznacznie wskazywały na fakt, że modlitwa nie wpływa w zauważalny sposób na stan kliniczny pacjentów po zabiegach (podobnie jak inne badane rodzaje terapii, takie jak: muzykoterapia, dotyk, czy obraz) [15].

Kolejne tego typu badania przeprowadzono w grupie 1802 pacjentów przez zespół badaczy pod kierunkiem Bensona, profesora Harverd University również wykazały, że sama modlitwa wstawiennicza nie miała wpływu na wolny od powikłań powrót do zdrowia po zabiegu pomostowania aortalno-wieńcowego, ale pewność otrzymania modlitwy wstawienniczej wiązała się z większą częstością występowania powikłań [16]. Taki wynik uzasadniał potrzebę kontynuowania badań.

Podobny wniosek wynika z badań przeprowadzonych przez C.G. Brown, profesor Indiana University Bloomington [17]. Autorzy badań nad wpływem modlitwy wstawienniczej na poprawę wzroku i słuchu, przeprowadzonych wśród ludności zamieszkałej na obszarach wiejskich Mozambiku, odnotowali poprawę mierzonych parametrów. Liderka zespołu badawczego wyjaśniła, że nie badano mechanizmów, które sprawiły poprawę zdrowia. Zaznaczyła też, że jeśli kolejne badania empiryczne wskażą, że modlitwa wstawiennicza może być korzystna terapeutycznie, to niezależnie od tego jakie są mechanizmy tego faktu, istnieją etyczne i niezależne od polityki publicznej powody zachęcające do ich kontynuowania. Przywilejem i obowiązkiem nauk medycznych jest poszukiwanie najlepszych metod terapeutycznych. Modlitwa wydaje się jedną z najmniej szkodliwych metod medycyny alternatywnej [17].

W kontekście raportu „Diagnozy społecznej 2013" warto przytoczyć opisane przez jego autorów zależności pomiędzy instytucjonalnymi oraz indywidualnymi praktykami religijnymi a zdrowiem człowieka. Po pierwsze jasno zaznacza się pozytywny, niezależny od wieku i płci wpływ chodzenia do kościoła na łagodzenie symptomów depresji oraz stresu życiowego, co można tłumaczyć efektem wsparcia, jakie daje uczestnictwo we wspólnocie. Po drugie stwierdzono, iż modlitwa jako indywidualna praktyka radzenia sobie ze stresem ma pozytywny wpływ na zdrowie psychiczne, ale w tym wypadku tylko dla kobiet. Po trzecie nie zaobserwowano korzystnego i niezależnego od płci i wieku wpływu deklaracji wyboru Boga jako jednej z zasadniczych wartości życiowych na dobrostan psychiczny człowieka. Podwyższone poczucie szczęścia i wysoka ocena swojego życia jest widoczna w grupie mężczyzn wybierających Boga, w przeciwieństwie do kobiet, wśród których zaobserwowano, że wskazanie Boga powiązane jest negatywnie. Kobiety, które w trudnych sytuacjach

życiowych szukają wsparcia w modlitwie oraz uznają Boga za wskaźnik udanego życia, są mniej szczęśliwe, mniej zadowolone z życia, bardziej zniechęcone, niż kobiety nie uznające modlitwy i Boga za cenne wartości. Po czwarte wskazanie Boga jako jednej z trzech najważniejszych wartości życiowych oraz modlitwa są czynnikami silnie negatywnie wpływającymi na nasilenie symptomów depresji – niezależnie od płci i wieku. Konkludując, w świetle badań „Diagnozy społecznej 2013", oddziaływanie wiary na zdrowie człowieka nie jest jednoznaczne i różni się w zależności od rodzaju praktyki oraz cech demograficznych [18].

Warto zaznaczyć, że w ramach literatury przedmiotu bardzo dużo miejsca poświęcono wpływowi uczestnictwa w nabożeństwach religijnych na zdrowie człowieka, co wydaje się być wiodącym kierunkiem poszukiwań [19]. Jan Tylka wnioskuje, iż większość z ponad 400 dostępnych w piśmiennictwie badań dotyczących zdrowia fizycznego i około 900 dotyczących dobrostanu psychicznego, gdzie uwzględniano aspekty duchowości i religijności, pozwala stwierdzić związek uczestnictwa w obrzędach religijnych z lepszymi charakterystykami zdrowia. Korelacja ta jest widoczna w zakresie dłuższego życia, mniejszego prawdopodobieństwa zgonu [20], mniejszego ryzyka zawału serca i choroby wieńcowej [21], korzystniejszych wartości ciśnienia tętniczego krwi [22] oraz większej przeżywalności po zabiegach kardiochirurgicznych [19]. Natomiast w kontekście badań odnoszących się do zaangażowania religijnego powiązanego z dobrostanem psychicznym zauważono, że wybitna religijność implikuje mniejsze ryzyko depresji oraz szybszy powrót do zdrowia pacjentów cierpiących na to zaburzenie [23]. Co więcej, zmniejsza ona lęk rozumiany jako stan, ale też cechę obecną w trakcie życia (w grupie wiekowej pacjentów 18-39 lat) [20]. Do powyższego opisu można dodać, że osoby religijne mają mniejszą skłonność do nadużywania alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych [24].

Z kolei w ramach wpływu indywidualnych praktyk religijnych na zdrowie człowieka ujawniono ich przeciwdziałanie w zakresie dolegliwości bólowych, które występują praktycznie w przypadku każdej choroby. Wykazano, że modlitwa stanowi drugi po lekach przeciwbólowych najskuteczniejszy środek do poradzenia sobie z bólem (w skali od umiarkowanego do wysokiego poziomu bólu) wśród dorosłych hospitalizowanych pacjentów [25].

Odwołanie się do religii jest również popularnym i efektywnym sposobem radzenia sobie przez ludzi ze stresem występującym w trudnych sytuacjach. Wg Elżbiety Talik [26] niniejsza problematyka badawcza jest szczególnie popularna w Stanach Zjednoczonych, gdzie najczęściej wymienianymi przez badaczy stresorami, którym mają zaradzić strategie religijne

są choroby nowotworowe [27], inne choroby przewlekłe [28] oraz choroby psychiczne, w tym schizofrenia [29] i depresja [30]. Religijne sposoby neutralizacji stresorów są ponadto stosowane w przypadku zaburzeń i problemów psychicznych, takich jak próby samobójcze [31], samookaleczenia [32], uzależnienia [33], zaburzenia odżywania [34] oraz zaburzenia osobowości [35]. Pozytywna moc religii jest też wykorzystywana w przypadku procesu radzenia sobie ze stresem szczególnym, wywołanym przez aborcję [36], poronienie [37], śmierć dziecka [38], czy wychowywanie dziecka chorego i niepełnosprawnego [39]. Zastosowanie pozytywnych strategii religijnych pozwala na lepsze przystosowanie w trudnych sytuacjach życiowych. Wiąże się ze zmniejszeniem wskaźników depresji, wyższą samooceną satysfakcji z życia oraz podniesieniem jakości życia [40]. Oprócz tego, ludzie, którzy stosują pozytywne strategie religijne cechują się lepszym przystosowaniem ogólnym do życia [40]. Na dodatek badania potwierdzają regulacyjną rolę religii w kontekście zmniejszania przemocy, nadużywania alkoholu oraz ryzykownych zachowań seksualnych [41].

Należy jednak zaznaczyć, że wyżej opisane pozytywne religijne strategie radzenia sobie ze stresem są wykorzystywane przede wszystkim przez ludzi starszych. Dzieci i młodzież sięgają po ten sposób rzadziej, ale jego popularność wzrasta w obliczu traumatycznych wydarzeń, sytuacji granicznych [42] takich jak: stres związany z wypadkiem [43], wykorzystywania seksualne [44], czy rozwód rodziców [45].

Wpływ wiary na zdrowie człowieka można również analizować szerzej - poprzez pryzmat duchowości. W 2006 roku Mausch przeprowadził badania na reprezentatywnej próbie 683 studentów pedagogiki Uniwersytetu Szczecińskiego (91% kobiety, 9% mężczyźni), w których weryfikowano hipotezę, że wzrostowi cierpienia duchowego towarzyszy nasilenie się występowania cierpienia psychosomatycznego, czyli obniżaniu się natężenia poczucia sensu życia współtowarzyszy zwiększanie się liczby i natężenia odczuwanych dolegliwości psychosomatycznych. Zgromadzone dane pozwoliły na wskazanie współwystępowania poziomu poczucia sensu życia oraz cierpienia. Stwierdzono, iż obniżaniu się natężenia sensu życia współtowarzyszy zwiększanie się liczby i natężenia odczuwanych dolegliwości psychosomatycznych. Osoby o niskim poziomie sensu życia znacznie częściej cierpiały na zaburzenia nerwicowo-depresyjne, które przekładały się na dolegliwości somatyczne, np. ból fizyczny. Niski poziom sensu życia ponadto skutkował wzrostem subiektywnie odczuwanego osłabienia fizycznego. Badani o wysokim poziomie cierpienia duchowego mieli także znacznie więcej dolegliwości ze strony układu pokarmowego, w porównaniu do osób o niskim poziome pustki egzystencjalnej. Jak podkreśla autor badań,

obniżanie się lub poczucie braku odpowiedniego poziomu sensu życia może zaburzać funkcjonowanie organizmu, skutkując wywoływaniem chorób. Wymiar duchowy człowieka, rozumiany poprzez m.in. świadomość transcendencji, poczucie istnienia najwyższych prawd, może zatem chronić przed złem, cierpieniem, chorobą oraz przyspieszać proces zdrowienia i rekonwalescencji [46].

Wnioski:

1. W kontekście wpływu na zdrowie człowieka przeważają funkcje religii pozytywne nad negatywnymi.
2. Wpływ religii na zdrowie człowieka jest zróżnicowany w zależności o płci i wieku.
3. Wpływ modlitwy jako indywidualnej praktyki religijnej na zdrowie człowieka jest zróżnicowany w zależności od płci i wieku.
4. Dotychczasowe badania nie potwierdziły jednoznacznie skuteczności modlitwy, ale również nie wykazały jej szkodliwości.
5. Modlitwę wstawienniczą można zaliczyć do najbardziej bezpiecznych z punktu widzenia zdrowia metod medycyny alternatywnej.
6. Dla osób wierzących modlitwa jest potężną siłą wspierającą do walki z chorobą.
7. Badania nad wpływem modlitwy na stan zdrowia warto kontynuować.
8. Uczestnictwo w nabożeństwach religijnych ma pozytywny wpływ na zachowanie dobrostanu fizycznego i psychicznego - niezależnie od płci i wieku.

Pismiennictwo

1. Seyda B.: Dzieje medycyny w zarysie, PZWL, Warszawa, 1962.
2. Szumowski W.: Historia medycyny, PZWL, Warszawa, 1961.
3. Pollak K.: Uczniowie Hipokratesa, WP, Warszawa, 1970.
4. Brzeziński T. (red.): Historia medycyny, PZWL, Warszawa, 2000.
5. Lyons A., Petrucelli R.J.: Ilustrowana historia medycyny, Wyd. Penta, Warszawa, 1996.
6. Czapiński J., Panek T.: Diagnoza społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków, 2013, 7, 230-238.
7. Słownik języka polskiego. PWN, Warszawa 2007..
8. Zarębska-Mazan A.: Sacrum i neoplemienność Śląskie Wyd. Naukowe WSZiNS, Tychy, 2002.
9. Keller J., Kotański W., Tyloch W., Kupis B.: Zarys dziejów religii, Wyd. Iskry, Warszawa, 1986.

10. Byrd R.C.: Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population, South Med J, 1988, 81, 826-829.
11. Harris W.S., Gowda M., Kolb J.W., et al: A Randomized, Controlled Trial of the Effects of Remote, Intercessory Prayer on Outcomes in Patients Admitted to the Coronary Care Unit. Arch. Int. Med., 1999, 159, 2273-2278.
12. http://www.e-pasja.com.pl/forum/topic/11338-zaskakujace-wyniki-badańskutecznosci - modlitwy/ 2010 rok, data pobrania 24.04.2014.
13. Kwang Y. Cha, Wirth P.D., Lobo R.A.: Does Prayer Influence the Success of in Vitro Fertilization–Embryo Transfer? Report of a Masked, Randomized Trial. J. Reprod. Med., 2001, 46, 781-787.
14. Flamm B.: The Columbia University 'Miracle' Study: Flawed and Fraud . Skeptical Inquirer, 2004, http://www.csicop.org/si/show/columbia_university_miracle _study _flawed_ and_fraud/, data pobrania 24.04.2014
15. Krucoff M.W., Crater S.W., Gallup D., et al.: Music, imagery, touch, and prayer as adjuncts to interventional cardiac care: the Monitoring and Actualisation of Noetic Trainings (MANTRA) II randomised study, Lancet, 2007, 366, 211-217.
16. Benson H., Dusek J.A., Sherwood J.B., et al.: Study of the Therapeutic Effects of Intercessory Prayer (STEP) in cardiac bypass patients: a multicenter randomized trial of uncertainty and certainty of receiving intercessory prayer, Am. Heart. J., 2006, 151, 934-942.
17. Brown C.G., Mory S.C, Williams R., Chir B., McClymond M.J.: Study of the Therapeutic Effects of Proximal Intercessory Prayer (STEPP) on Auditory and Visual Impairments in Rural Mozambique, Southern Medical Journal, 2010, 103, 864-869.
18. Czapiński J., Panek T.: Diagnoza społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków, 2013, 7, 230-238.
19. Tylka J.: Religijność i duchowość w profilaktyce i terapii chorób cywilizacyjnych, [w:] Człowiek, religia, zdrowie. Dymera A. (red.) Biblioteka Instytutu Medycznego im. Jana Pawła II, Szczecin, 2011, 256 - 259.
20. Koenig H.G., George L.K., Peterson B.L.: Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. Am. J. Psychiatry., 1998, 155, 536-542.,
21. McCullough M.E., Hoyt W.T., Larson D.B., Koenig H.G., Thoresen C. (2000). Religious involvement and mortality: a meta-analytic review. Health Psychol., 2000, 19, 11-222.

22. Koenig H.G., McCullough M.E., Larson D.B.: Handbook of Religion and Health. New York, Oxford University Press., New York, 2001.
23. Matthews D.A., Larson D.B., Barry C.P. (1993). The Faith Factor: An Annotated Bibliography of Clinical Research on Spiritual Subjects., 1993, 11, Rockville, National Institute for Healthcare Research. Za: Tylka J., Religijność i duchowość w profilaktyce i terapii chorób cywilizacyjnych, [w:] Człowiek, religia, zdrowie. (2011). Pod red. A. Dymera, Biblioteka Instytutu Medycznego im. Jana Pawła II: Szczecin, s. 256-259.
24. Mueller P. S., Plevak D.J., Rummans T.A. (2001). Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. Mayo Clinic Proceedings., 2001, 76, 1225-1235.
25. Hall B.A.: Ways of maintaining hope in HTV disease. Res. Nurs. Health., 1994, 17, pp. 283-293.
26. Talik E.: Jak Trwoga to do Boga? Psychologiczna analiza religijnego radzenia sobie ze stresem u młodzieży w okresie dorastania, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne: Sopot, 2013.
27. Gall T., Guirguis-Younger M., Charbonneau C., Florack P.: The trajectory of religious coping across time in response to the diagnosis of breast cancer. Pycho-Oncology, 2009, 18, 1165-1178.
28. Dunn K.S., Horgas A.L.: Religious and nonreligious coping in older adults experiencing chronic pain. Pain Management Nursing, 2004, 5, 19-28.
29. Huguelet P., Mohr S., Gillieron C., Brandt P. –Y., Borras L.: Religious Explanatory models in patient with psychosis: A three-year follow-up study. Psychopatology, 2010, 43, 230-239.
30. Braam A.W., Shrier A.C., Tuinebreijer W.C., et al.: (2010). Religious coping and depression in multucular Amsterdam: A comparison between native Dutch citizens and Turkish, Moroccan and Surinamese/Antillean migrants. J. Affect. Disord., 2010, 125, 269-278.
31. Huguelet P., Mohr S., Jung V., et al: Effect of religion on suicide attempts on outpatients with schizophrenia or schizo-affective disorders compared with inpatients with non-psychosis disorderes. European Psychiatry, 2007, 22, 188-194.
32. Westers N.J.: Forgiveness and religious coping in adolescents who self injure. Disertations Abstracts International. Section B: The Sciences and Engineering, 2011, 71(9-B), 5908.

33. Robinson E.A.R., Cranford J.A., Webb J.R., Brower K.J. (2007). Six month changes in spirituality, religiousness, and heavy drinking in a treatment-seeking sample. J. Stud. Alcohol Drugs, 2007, 68, 282-290.
34. Buser J.K.: Body dissatisfaction , religious coping, and bulimic symptomatology among college woman. Disertation Abstracts International. Secyion A: Humanities and Social Sciences, 2010, 70(11-A), 41-90.
35. Zondag H.J., Uden van M.H.E. (2010). I just believe in me: Narcissims and religious coping. Archiv fur Religionpsychologie/Archive for the Psychology of Religions, 2010, 32, 69-85.
36. Major B., Richards C., Cooper M.L., Cozzarelli C., Zubek J. (1998). Personal resilience, cognitive appraisals, an coping: And integrative model of adjustment to abortion. J. Pers. Soc. Psychol., 1998, 74, 735-752.
37. Cowchock F.S., Lasker J.N., Toedter L.J., et al.: (2010). Religious beliefs affect grieving after pregnancy loss. J. Relig. Health, 2010, 49, 485-497.
38. Ungureanu I., Sandberg J.G.: "Broken together": Spirituality and religion as coping strategies for couples dealing with the death of a child: A literature review and clinical implications. Contemporary Family Therapy: An International Journal, 2010, 32, 302-319.
39. Cardella L.A., Friedlander M.L. (2004). The relationship between religious coping and psychological distress in parents of children with cancer. J. Psychos. Oncol., 2004. 22, 19-37.
40. Harrison M.O., Koenig H.G., Hays J.C.: The epidemiology of religious coping: A review of recent literature. International Review of Psychiatry. Special Issue: Religion and Psychiatry, 2001, 13, 86-93.
41. Koenig H.G., Pergament K.I., Nielsen J. (1998), Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. J.Nerv. Ment. Dis., 1998, 186, 513-521.
42. Talik E.: Jak Trwoga to do Boga? Psychologiczna analiza religijnego radzenia sobie ze stresem u młodzieży w okresie dorastania, Gdańskie Wyd. Psychologiczne, Sopot, 2013.
43. Zehnder D., Prchal A., Vollrath M., Landolt M.A.: Prospective study of the effectiveness of coping in pediatric patients. Child Psychiatry Hum. Dev., 2006, 36, 351-368.

44. Frazier P., Tashiro T., Berman M., Steger M., Long J. (2004). Correlates of levels and patterns of positive life changes following sexual assault. J. Consult. Clin. Psychol., 2004, 72, 19-30
45. Shortz J.L., Worthington E.L. (1994). Young adults recall of religiosity, attributions, and coping in parental divorce. Journal of the Scientific Study of Religion, 1994, 33, 172-179.
46. Mausch K.: Problematyka cierpienia w kontekście zdrowia i choroby [w:] Człowiek, religia, zdrowie. Dymera A. (red.), Biblioteka Instytutu Medycznego im. Jana Pawła II: Szczecin, 2013, 342-352.

Bejda Grzegorz[1], Kułak Agnieszka[2]

Cud uzdrowień

1. Papieski Wydział Teologiczny w Warszawie, Sekcja św. Jana Chrzciciela, Studium Teologii w Białymstoku
2. Studenckie Koło Naukowe Kliniki Rehabilitacji Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wprowadzenie

W literaturze fachowej [1-5] zwraca się uwagę na fakt, iż orientacja religijna jest związana nie tylko z dobrostanem psychicznym, w wyniku traktowania niekorzystnych wydarzeń życiowych jako szansy rozwoju osobistego i duchowego, ale także poprzez odnajdywanie głębszego sensu w negatywnych zdarzeniach i w zachowaniu nadziei, co koreluje także dodatnio ze szczęściem i satysfakcją z życia.

Uważa się także [6-9], że religijność i koncentracja na wartościach duchowych, z jednej strony wpływa na zdrowie psychiczne, a z drugiej również na fizyczne, co przejawia się pozytywnym wpływem szeroko rozumianej religijności na choroby, takie jak np. nadciśnienie tętnicze, nowotwory, a także na długość życia.

King i Bushwick [10] podają, że w ramach prowadzonego przez nich projektu badawczego, 48% hospitalizowanych pacjentów wyrażało pragnienie uczestnictwa ich lekarza prowadzącego we wspólnej z nimi modlitwie.

Holland i wsp. [11] badała grupę chorych na czerniaka złośliwego. Okazało się, że pacjenci, którzy uzyskiwali wysokie wyniki na skali religijności, częściej usiłowali dostrzec pozytywne strony swojej sytuacji. Zdaniem badaczy [11] uzyskane wyniki wskazują na związek pomiędzy wiarą religijną a aktywną formą poznawczego radzenie sobie oraz na fakt, iż przekonania religijne mogą być pomocne w nadawaniu znaczenia doświadczeniom choroby.

Janiszewska [12] wykonały badania wśród kobiet z nowotworem piersi oczekujących na operację i stwierdziły, że personalny typ religijności wpływał na obniżenie poziomu lęku - stanu, będącego reakcją na sytuację związaną z leczeniem.

Badania Sloan, za Warandasz [13] wykazały, że pod wpływem stresu związanego z doświadczeniem choroby, duża część chorych staje się bardziej religijnymi, gdyż wiara nierzadko staje się jednym ze sposobów radzenia sobie z chorobą. Sami pacjenci w znacznym odsetku (79%) są przekonani o tym, że wiara pomaga ludziom wyzdrowieć oraz, że lekarze powinni rozmawiać z nimi o przeżyciach natury religijnej (63%) [cyt. za 13].

Zdaniem Tomasza Duszyca OFMCap [14]: „*W człowieku istnieje głęboko zakorzenione pragnienie szczęścia. Dlatego w doświadczeniu cierpienia pojawia się naturalne dążenie do uwolnienia od choroby i do zrozumienia jej sensu"(...) Pragnienie chorego, aby otrzymać uzdrowienie, jest czymś dobrym i głęboko ludzkim. Pismo Święte zachęca, by wyraziło się ono w ufnej modlitwie skierowanej do Boga, w duchu poddania się i przyjęcia woli Bożej: „Synu, w chorobie swej nie odwracaj się od Pana, lecz módl się do Niego, a On cię uleczy" (Syr 38, 9)."(..) Cudowne uzdrowienia charakteryzują całą działalność Jezusa. Są znakami Jego mesjańskiej misji, ukazują zwycięstwo Boga nad wszelkimi formami zła i stają się symbolami uleczenia całego człowieka: ciała i duszy. Również początkom ewangelizacji towarzyszyły liczne znaki uzdrowień. Ta dająca siłę do głoszenia Dobrej Nowiny moc została obiecana przez Jezusa zmartwychwstałego i pierwsze wspólnoty chrześcijańskie widziały jej urzeczywistnienie: „Tym zaś, którzy uwierzą, te znaki towarzyszyć będą. (...) Na chorych ręce kłaść będą i ci odzyskają zdrowie" (Mk 16, 17-18)".*

Współcześnie, poprzez pojęcie cudu rozumie się naruszenie praw przyrody. Zakładając, że porządek rzeczy jest stały można uznać, że ów porządek jest nienaruszalny, odrzuciwszy cuda, albo też dopuścić możliwość ingerencji Boga, czyli cud. Definicja cudu [15], jako przekroczenia praw natury, przyjęta została przez św. Tomasza z Akwinu i nadal funkcjonuje szeroko w teologii. W przypadku nadzwyczajnych zdarzeń nie ma do końca pewności, czy są one skutkiem działania nieznanych praw przyrody, czy też efektem cudu. Rozstrzygnięcie zależy w dużej mierze od tego, w co dana osoba wierzy - w prawa przyrody czy we Bożą wszechmoc [15].

Problem cudu, za Wojciechowski [15] nie ma charakteru wyłącznie historycznego, gdyż również współcześnie mają miejsce nagle wyleczenia z chorób niewytłumaczalne dla medycyny, jednakże odbiór tych zdarzeń jest bardziej sceptyczny, aniżeli w przeszłości.

Autorzy biblijni, jak podkreśla Wojciechowski [15], nie zajmowali się prawami przyrody. Na starożytnym Wschodzie, stanowiącym środowisko Biblii, znano prawidłowości rządzące światem, ale była to jednak wiedza potoczna, a nie naukowa, np. ludzie wiedzieli więc, co się na co dzień zdarza, a co nie, lecz ani nie potrafili wytłumaczyć zjawisk, ani orzec, co jest możliwe [15].

Wojciechowski [15] zwraca uwagę, że w kontekście Biblii cud nie jest widziany od strony zjawiskowej, fizycznej, czy medycznej, lecz teologicznej, ponieważ cudem okazuje się takie nadzwyczajne zjawisko, za którym stoi Bóg i które kieruje myśl ku Niemu właśnie. W dziejach teologii takie spojrzenie na cuda reprezentował św. Augustyn [15].

Myślenie biblijne, w opinii Wojciechowskiego [15], tym się też różniło od

dzisiejszego, że było raczej konkretne niż ogólne i mówiąc o cudzie, powinno się mieć na myśli pojęcie, które w pewien sposób jest w Biblii założone, ale które wyodrębnili i nazwali teologowie późniejsi.

Jak podkreśla jak Wojciechowski [15], koncepcji cudu odpowiadają w Nowym Testamencie trzy terminy:

- w pierwszych trzech Ewangeliach przy nadzwyczajnych czynach Jezusa pada w oryginale greckim słowo dynamis, które znaczy "moc, pokaz mocy" (szeroko stosowane tłumaczenie "cud" stanowi interpretację). Cud demonstruje więc siłę cudotwórcy
- w Ewangelii św. Jana mamy semeion, czyli "znak". Nadzwyczajne zdarzenie jest dla ludzi sygnałem, coś im mówi.
- termin "cuda, dziwy", po grecku terata, który w Starym Testamencie, co odnosi się zasadniczo do cudów towarzyszących Wyjściu z Egiptu.

Na biblijne pojęcie cudu składają się więc trzy wymiary [16]:

- cud wymaga nadzwyczajnej mocy i jest jej przejawem
- cud coś znaczy, stanowi religijną wskazówkę, niesie pewne pouczenie, nie jest tylko efektownym fajerwerkiem
- cud budzi w ludziach podziw i zdumienie.

Pierwsze doniesienia o cudownym uzdrowieniu znajdują się w Piśmie Świętym, zarówno w Starym jak i Nowym Testamencie [16]. W Drugiej Księdze Królewskiej opisane są uzdrowienia Naamana i Ezechiasza [16]. Autorzy Starego Testamentu podkreślali, iż jednym, od którego pochodzi uzdrowienie jest sam Bóg [16]. W Nowym Testamencie z kolei opisane są uzdrowienia dokonywane przez Syna Bożego, Jezusa Chrystusa. Można tu wymienić uzdrowienie trędowatego, paralityka, epileptyka, opętanego, głuchoniemego, chromego, czy niewidomego od urodzenia [16].

Uzdrowienia związane z cudownym obrazem Matki Boskiej Częstochowskiej

Najbardziej znanym w Polsce miejscem gdzie dochodziło do cudownych uzdrowień, jest Sanktuarium maryjne na Jasnej Górze.

W roku 1945 [17] doszło tu do cudu, jakiego doświadczyła pochodząca z Myślenic, niewidoma od dwunastego roku życia, **Maria Pierzchała**. Kobieta słysząc o niezwykłych uzdrowieniach, do których dochodziło w sanktuarium, postanowiła udać się tam w pielgrzymkę. Kiedy modliła się przed obrazem Matki Boskiej, w pewnym momencie została uzdrowiona i przejrzała na oczy [17].

29-letnia **Pani Janina** chorowała na stwardnienie rozsiane i mogła poruszać się jedynie o kulach. Dodatkowo została opuszczona przez męża i sama musiała wychowywać dwójkę dzieci. Bardzo niepokoiła się utratą władzy w nogach oraz wzroku i coraz częściej myślała o śmierci. Pewnego razu, podczas snu, objawiła się jej jednak Matka Boska i to spowodowało, że zdecydowała się udać się w 1979 roku w pielgrzymkę na Jasną Górę [17]. Podczas modlitwy przed cudownym obrazem Matki Boskiej Częstochowskiej, w pewnym momencie upuściła kule i zaczęła chodzić o własnych siłach. Wszystkie objawy choroby ustąpiły, co zostało potwierdzone przez lekarzy [17].

Uzdrowienia związane z Matką Bożą z Pilar

Miguel Juan Pellicer [17], hiszpański młody chłopak, uległ groźnemu wypadkowi, w wyniku którego amputowano mu nogę. Jednakże 29 marca 1640, ponad dwa lata później, kończyna została mu przywrócona, dzięki żarliwej modlitwie skierowanej do Matki Bożej z Pilar [17]. Pellicer po wieczornej modlitwie położył się spać, a gdy chwilę później jego matka weszła do pokoju, zobaczyła, że spod narzuty, którą był przykryty chłopak, wystawały dwie nogi. Prawa kończyna, którą stracił 29 miesięcy wcześniej podczas zabiegu amputacji przeprowadzonego w szpitalu w Saragossie, była cała i zdrowa [17]. Po stwierdzeniu uzdrowienia, w domu chłopaka pojawiły się władze kościelne, lekarz i świadkowie, a także notariusze sporządzający akt zaświadczający o niesamowitym wydarzeniu. Po ogłoszeniu autentyczności cudu, Miguel Juan Pellicer został przyjęty przez króla Filipa IV na prywatnej audiencji [17].

Uzdrowienia związane ze wstawiennictwem Mary Mackillop

Jack w wieku 8 lat zaczął nagle chorować i lekarze zaczęli diagnozować u niego kolejne choroby: stwardnienie rozsiane, raka, epilepsję oraz utratę funkcji neurologicznych [17]. Chłopiec z dnia na dzień utracił wszystkie swoje umiejętności i zaczął przypominać nowonarodzone dziecko. Znajomi rodziny zaczęli w jego intencji odmawiać nowennę za wstawiennictwem Mary MacKillop, ale pomimo modlitw, na początku stan zdrowia Jacka nie ulegał poprawie [17]. W 2000 roku, pewnej nocy, chłopak zaczął czuć się gorzej i miał poważne problemy z oddychaniem. Jego bliscy przygotowywali się na jego odejście. Jack jednak przetrwał ciężką noc, a od tamtego czasu stan chłopca zaczął się błyskawicznie poprawiać. W roku 2004, podczas jednej z wizyt w szpitalu dziecięcym w Melbourne, ordynator oddziału neurologicznego powiedział, że poszczególne choroby ustąpiły, a lekarz Andrew Kornberg stwierdził, że „*Wyzdrowienie Jacka miało znamiona cudu. Czasami po prostu nie da się tego wyjaśnić*” [17].

Uzdrowienia Związane Ze Wstawiennictwem Ojca Świętego Jana Pawła II

16-letni Rafał z Lubaczowa [17], chorujący na raka węzłów chłonnych i podopieczny fundacji "Mam marzenie", poprosił o audiencję u Ojca Świętego. 1 lipca 2004 roku Rafał spotkał się z Ojcem Świętym. Kilka miesięcy potem Rafał wyzdrowiał, a historia ta została zgłoszona już po śmierci Jana Pawła II, Polskiej Agencji Prasowej przez Piotra Piwowarczyka z fundacji "Mam marzenie" [17].

Francesco [17], pochodzący z Włoch, cierpiał na różne dolegliwości spowodowane niedorozwojem układu odpornościowego.. W 2002 roku, kiedy miał 9 lat, wraz ze swoją mamą wziął udział we Mszy Świętej celebrowanej przez Jana Pawła II. W jej trakcie Ojciec Święty pobłogosławił go, a po wyjściu z kaplicy, wszystkie jego dolegliwości ustąpiły. Francesco przyznał, że w trakcie błogosławieństwa poczuł się tak, jakby na jego ciało z dłoni papieża spłynęło cudowne ciepło [17].

Przypadek uzdrowienia siostry zakonnej **Marie Simon-Pierre**, która przez lata cierpiała na chorobę Parkinsona [17], został uznany przez Watykan i został przyjęty jako dowód na heroiczność cnót Jana Pawła II w Jego procesie beatyfikacyjnym. Siostra zakonna wyjawiła, że tuż po śmierci Jana Pawła II, siostry z jej zgromadzenia zaczęły się za nią modlić do papieża. Efekty modlitwy były zdumiewające - 2 czerwca 2005 roku wszystkie objawy choroby całkowicie ustąpiły, a pochodząca z Francji siostra wróciła do pracy, pracuje teraz ciężej niż kiedykolwiek i nie przyjmuje żadnych lekarstw [17].

Państwo **Szechyńscy** są rodzicami sześciorga dzieci [18]. Jedna z ich córek, Wiktoria urodziła się w Polsce w 1982 roku i zaraz po urodzeniu stwierdzono u niej złośliwego guza w piersi. Guz nieustannie się rozrastał, a leczenie okazało się nieskuteczne. W czasie pobytu Ojca Świętego w Toronto w 1984 roku, rodzice dziewczynki (będący tam na emigracji) za wszelką cenę chcieli, aby Jan Paweł II dotknął ich nieuleczalnie chorą córkę i pomodlił się za nią. Niestety, ale nie było im dane osobiste spotkanie z Papieżem [18]. Rodzice nie zrezygnowali jednak i napisali do Watykanu z prośbą o prywatną audiencję dla Wiktorii. Prośba ich została rozpatrzona pozytywnie i audiencję ustalono na marzec 1985 roku. Do Rzymu poleciała mama z chorą córką. W Watykanie Ojciec Święty wziął Wiktorię i ucałował ją, a do matki powiedział: *”módl się i całkowicie ufaj Panu Bogu. Jeżeli Bóg zadecyduje, że Wiktoria ma pójść do Niego, to ją do siebie zabierze. Jeżeli Jego wolą jest, aby pozostała u Ciebie ... to tak się też stanie. Traktuj Wiktorię tak samo, jak inne twoje dzieci. Będzie tak, jak Pan Bóg pragnie, aby się stało*”. Po powrocie do Kanady Wiktoria poczuła się na tyle źle, że znalazła się w szpitalu. Lekarze byli pewni, że to są ostatnie chwile jej życia i zalecili, by Wiktoria wróciła do domu i zmarła w otoczeniu najbliższej rodziny [18]. Jednak po powrocie do domu Wiktoria poczuła się bardzo dobrze, a późniejsze badania stwierdziły całkowite

zniknięcie dużego guza nowotworu [18].

Delia Knox, **46-letnia kobieta**, w 1987 roku kobieta uczestniczyła w wypadku samochodowym, w wyniku którego straciła władzę w nogach i przez 23 lata spędziła na wózku inwalidzkim [17]. Mimo, że nie wierzyła w uzdrowienia, w roku 2010 zdecydowała się na uczestnictwo w mityngu, na którym pojawił się też pochodzący z Wielkiej Brytanii uzdrowiciel. W pewnym momencie Nathan Morris, odprawiający modły, wezwał ją i poprosił jej męża, by podprowadził wózek inwalidzki pod ołtarz. Po chwili zaczął się modlić za kobietę. Delia Knox, jak twierdzi, na początku była zirytowana całym zajściem, ale to co zaszło opisuje tak [17]: „*Usłyszałam głos wiedząc, że pochodzi od Ducha Świętego. Usłyszałam wezwanie 'Wstań!' i nagle pojawiło się czucie w nogach. Chwilę później uwierzyłam w to, że mogę chodzić"*.

U **Rachel Lozano**, pochodzącej z Saint Louis, w wieku 15 lat rozpoznano złośliwy nowotwór i lekarze dawali jej szans na życie [17]. Zarówno dziewczyna, jak i jej bliscy często modlili się błagając o cud. Wszyscy udali się też. do Watykanu, gdzie za wstawiennictwem ojca Williama Chaminade'a prosili o uzdrowienie dla Rachel. Choroba wciąż postępowała, ale ni Rachel, ani jej rodzina, wierni z Archidiecezji Saint Louis nie ustawali w modlitwie. Niestety nadszedł moment, gdy lekarze poprosili chorą i poinformowali, że jej stan jest beznadziejny i że pozostało jej najwyżej kilka tygodni życia. Jakiś czas później, podczas operacji, okazało się, że komórki nowotworowe obumarły. Po kolejnych kilku latach lekarze potwierdzili zaś, że po nowotworze nie ma nawet śladu. Po powrocie do zdrowia władze Archidiecezji Saint Louis zarządziły śledztwo, które potwierdziło, że w przypadku młodej kobiety mogło mieć miejsce cudowne uzdrowienie, a sprawa została już przekazana do Watykanu [17].

Kardynał Francesco Marchisano [18], odpowiedzialny za Bazylikę św. Piotra, został cudownie uzdrowiony dzięki modlitwie Ojca Świętego. Kardynał uległ poważnej operacji jednej z głównych szyjnych arterii, dostarczających krew do mózgu. Niestety, podczas operacji, doszło do sparaliżowana jego prawej struny głosowej, co spowodowało, że jego mowa była cicha i niewyraźna. Pewnego dnia przyszedł odwiedzić go Ojciec Święty i dotykając chorego miejsca powiedział: "*Nie lękaj się, zobaczysz, że Pan na nowo da ci głos. Będę się modlił za ciebie*". W krótkim czasie po tym spotkaniu został całkowicie uzdrowiony [18].

Kostarykanka **Floribeth Mora Diaz**, to przypadek cudownego uzdrowienia przypisywany wstawiennictwu Jana Pawła II [19]. Kobieta miała tętniaka mózgu, była częściowo sparaliżowana i lekarze dawali jej tylko miesiąc życia. Floribeth miała wizerunek

Jana Pawła II i modliła się do niego. Pewnego razu usłyszała głos "*Podnieś się, nie lękaj się*" - i wstała. Po tym zdarzeniu badania wykazały, że tętniak znikł, a kobieta normalnie żyje, pracuje i zajmuje się wnukami. Cud wydarzył się, kiedy w Watykanie papież Benedykt XVI ogłaszał Jana Pawła II błogosławionym i został potwierdzony przez komisje: lekarską, teologiczną, kardynałów i biskupów, a ostatecznie przez papieża Franciszka [19].

Japońska artystka **Michiko Yamamoto** [20], pomimo, że jest buddystką, uważa swoje cudowne uzdrowienie za dar od Bł. Jana Pawła II. Michiko, specjalizująca się w technikach zdobienia emalią, z polskim Papieżem zetknęła się przez przypadek. W 1981 roku podczas przygotowań do wizyty Jana Pawła II w Japonii (22-26.02) dostała zamówienie wykonania herbu papieskiego, który miał być umieszczony za krzesłem, na którym siedzi Papież. Symbol Stolicy Piotrowej o wymiarach 80x60 cm wykonała z emalii jubilerskiej. Została zaproszona na spotkanie Papieża z dziećmi i młodzieżą w hali Budokan w Tokio. Na tym spotkaniu, jego osobowość bardzo ją urzekła i zainteresowała się nie tylko życiem Jana Pawła II, ale i krajem jego pochodzenia [20]. W 2000 roku dowiedziała się, że ma zaawansowanego guza mózgu, a lekarze dawali jej zbytnich szans na przeżycie. Jak sama twierdzi [20] „*Na oddziale intensywnej terapii przypomniałam sobie spotkanie z Janem Pawłem II w Tokio. Zaczęłam modlić się i prosić go o wsparci. (...) Doświadczyłam serii niezwykłych wydarzeń, które zasługują według mnie na miano cudów. Miałam wielkie szczęście być operowaną przez prof. Kunihiko Fukushimę, zamieszkałego w USA wybitnego japońskiego neurologa, który rzadko odwiedza swój kraj. Wynik operacji był pomyślny i rozwój choroby się zatrzymał. Obydwa wydarzenie przypisuję wstawiennictwu Jana Pawła II”.* W 2008 roku, w gronie chorych z którymi zaprzyjaźniła się w szpitalu, udała się na dziękczynną pielgrzymkę do Wadowic, gdzie 26 kwietnia 2008 roku przekazała siostrom opiekującym się Domem Jana Pawła II wykonany przez siebie herb papieski [20]

Cudowne uzdrowienia w Montichiari

Pierwsze objawienia Róży Duchownej z Montichiari miało miejsce 24 listopada 1946 roku, 15 sierpnia 2000 roku biskup Bresci, ks. Giulio Sanguinetti, uznał kult Matki Bożej Róży Duchownej w Montichiari.

8 grudnia 1947 roku, w czasie objawienia się Róży Duchownej, miały miejsca liczne cuda [21].

Pierwszy - pewni rodzice przyprowadzili do kościoła chłopca (5–6 lat), który z powodu paraliżu dziecięcego nie mógł ani stać, ani chodzić oraz dziewczynę około 26-letnią, cierpiącą od 12 lat na ciężką gruźlicę, która od 9 lat nie mogła już wypowiedzieć ani słowa. Obydwoje zostali momentalnie i całkowicie uzdrowieni: dziewczyna zaczęła nagle mówić i

śpiewać, a chłopiec przyniesiony przez rodziców na ramionach stanął nagle o własnych siłach i zaczął chodzić. Chłopiec powiedział „*Ujrzałem w katedrze Madonnę, z dobrocią uśmiechnęła się do mnie."* Do tej pory oboje są w doskonałym zdrowiu [21].

Kolejny cud dotyczył 36-letniej kobiety, która została uzdrowiona w swoim własnym domu [21]. Od dzieciństwa nie umiała mówić, ani panować nad potrzebami fizjologicznymi. Zawsze ktoś musiał być przy niej w domu. Pewnego dnia, kiedy ojciec udał się do kościoła na zapowiedziane objawienie Matki Bożej, szwagierka opiekująca się zawsze chorą, odmawiała różaniec w domu i w czasie objawienia się Matki Bożej nagle zawołała: „*O, kochana Matko Boża, jeśli w tej chwili rzeczywiście zjawiasz się w katedrze w Montichiari, uzdrów teraz też tę biedną chorą!*" [21]. W tym samym momencie nastąpiło całkowite i trwałe uzdrowienie chorej - kobieta zaczęła głośno odmawiać ze swoją szwagierka różaniec [21].

Cudowne uzdrowienia w Fontanelle

Pewien mężczyzna z Bolzano [21] uległ ciężkiemu wypadkowi, a lekarze orzekli, że co najmniej przez rok nie będzie mógł pracować, a potem zmuszony będzie chodzić o kulach. Mężczyzna po zanurzeniu się w źródle w Fontanelle wyzdrowiał następnego dnia i już po pięciu dniach powrócił do pracy [21].

Pewien mężczyzna z Niemiec [21] przybył z ciężkim zapaleniem płuc do Fontanelle. Tu napił się wody ze źródła, które dotknęła rękami Matka Boża i natychmiast wyzdrowiał.

Uzdrowienia w Medziugorju

Dokładnie nie wiadomo, ile wydarzyło się cudów i cudownych uzdrowień, od momentu, gdy 24 lata temu w parafii medziugorskiej Matka Boża objawiła się dzieciom w miejscu, które później zostało nazwane Górą Objawień [22].

W Medziugorju zgłoszono ich ponad sześćset, a z pewnością wielu którzy doświadczyli cudownego uzdrowienia, nawet go nie zgłosili [22].

Jednym z nich jest Amerykanin Arthur Boyl [22]. Llekarze dawali mu mniej niż 5% szans na to, że przeżyje. Pięćdziesięciojednoletni mieszkaniec Hingham koło Bostonu chorował na raka nerek, a później ta choroba zajęła również płuca. „*W 1999 roku postawiono mi diagnozę: rak. Najpierw miałem raka nerek i zoperowano mnie. Usunięto mi jedną nerkę. Twierdzono, iż dzięki operacji będzie można pozbyć się tego wszystkiego*" [22]. Osiem miesięcy później ponownie poszedł na badania i lekarze odkryli trzy nowotwory na prawym płucu. Nie pomagały żadne naświetlanie, ani chemioterapia. Pozostała jedynie operacja i usunięcie prawego płata płuc. Mężczyzna szukał ratunku w Medziugorju. Po długiej podróży Artur, zaraz po przyjeździe poszedł wraz z przyjaciółmi do kościoła św. Jakuba na wieczorną

Mszę św. Zaczął z pozostałymi odmawiał różaniec, a pomiędzy dziesiątkami śpiewać Ave Maria. Wzruszył się widząc, jak wszyscy równocześnie śpiewają całym sercem i to mu dodało sił. Następnego dnia poszedł z przyjaciółmi do spowiedzi. Kiedy Arthur zakończył spowiedź, cała depresja i skrępowanie, które odczuwał, znikło. Był, niczym nowy człowiek. Następnie udał się do medziugorskiej pracowni złotniczej „Leo" i tam przypadkowo natrafili na wizjonerkę Vickę. Gdy ta dowiedziała się o chorobie Arthura, zaczęła się and nim modlić. Wtedy przeżył bardzo ważne i silne doświadczenie. Następnego dnia pojechał do o Jozo Zovko do Sirokiego Brijegu i on również modlił się nad nim. Zatem zdecydowali się wejść na górę Križevac. Mężczyzna wspomini [22]: „*W Medziugorju nauczyłem się tego, że jeśli się nie wyspowiadasz i nie przebaczysz, Duch Święty nie może przyjść i nie może cię uzdrowić. Gdy to uczynisz, wówczas jesteś otwarty na to, by Duch Swięty mógł przyjść i uzdrowić cię. Uczyniłem wszystko i Bóg mnie uzdrowił. Kiedy wróciłem do domu, powiedziałem wszystkim: Bóg mnie uzdrowił, uzdrowione zostało moje serce. Zostałem uzdrowiony duchowo. Wszystko, co było we mnie spróchniałe i niezdrowe, wyrzuciłem z siebie w Medziugorju podczas spowiedzi. Opowiedziałem im o wszystkim, co mi się przydarzyło i w ten sposób wyjaśniłem wszystko, co powiedziałem im na samym początku. Gdy mówiłem panował spokój. To jest ten spokój, który przywiozłem z Medziugorj".* Po powrocie do ameryki poszedł do nowego lekarza, by poddać się badaniom i pokazać mu wcześniejsze i nowe zdjęcia. Tam dowiedział się, że rak po prostu zniknął. 14 września 2000 roku, kiedy tradycyjnie sprawowana była msza na Križevacu, zamiast iść na operację usuwania prawego płata płuc, poszedł grać w golfa z Kevinem i pozostałymi przyjaciółmi [22]. Samą chwilę uzdrowienia Arthur Boyl opisuje [22]: „*Zostałem uzdrowiony, gdy wspiąłem się na gorę Križevac. Podczas wspinaczki odczuwałem straszny ból, który powoli zanikał. I kiedy się wspiąłem, zadzwoniłem do żony i powiedziałem jej o tym. Ich szczęściu nie było końca..."*

Uzdrowienia za wstawiennictwem Błogosławionych Hiacynty i Franciszka z Fatimy

W dniu 16 maja 1999 roku, w Szwajcarii, portugalskiemu małżeństwu, które przybyło do tego kraju w poszukiwaniu pracy, urodziło się pierwsze dziecko [23]. Niestety w 34 dniu po urodzeniu niemowlę zapadło w śpiączkę, a lekarze stwierdzili u niego cukrzycę. Od tego dnia dziecko musiało mieć systematycznie insulinę, za pomocą automatycznego dozownika, który można było zdejmować jedynie przed kąpielą. W styczniu 2000 roku rodzice postanowili ochrzcić dziecko w ojczystej Portugalii i tam właśnie dowiedzieli się, iż za wstawiennictwem dwóch widzących dzieci z Fatimy zdarzyło się pewne uzdrowienie, które watykańska Kongregacja do spraw beatyfikacji i kanonizacji uznała za cud [23]. Rodzice wraz z krewnymi zaczęli modlić się do widzących dzieci, a po udzieleniu sakramentu chrztu

świętego udali się ze swoim chorym dzieckiem do Fatimy i położyli je na grobach Hiacynty i Franciszka. Potem wrócili do Szwajcarii. W międzyczasie, w dniu 13 maja 2000 roku, do Fatimy przybył Ojciec Święty Jan Paweł II i nastąpiła uroczysta ceremonia beatyfikacji Hiacynty i Franciszka. Rodzice chorego na cukrzycę dziecka obserwowali tę uroczystość na telebimie, pozostając w Szwajcarii. "*W pewnym momencie, kiedy Papież udzielał błogosławieństwa zebranym w Fatimie, moja synowa uklękła i podniosła wnuczka wysoko w kierunku telewizyjnego obrazu. Żadne z nas nie odezwało się ani słowem, byliśmy niezwykle wzruszeni, przeniknięci wiarą i nadzieją*" [23]. Po tym zdarzeniu, aparat badający poziom cukru zaczął wskazywać o wiele niższe wartości aniżeli uprzednio, co przeraził mamę dziecka. Jednak po konsultacji lekarzami okazało się, że automatyczny dozownik insuliny jest już zbędny. Przez kolejne cztery i pół roku nic się nie zmieniło i przyjmowanie insuliny nie było potrzebne [23].

Inne cudowne ozdrowienia

W marcu 2010 roku, w jednej z klinik w Sydney, **Kate Ogg** urodziła przedwcześnie, w 27 tygodniu ciąży, małego Jamiego oraz jego siostry bliźniaczki [17]. Niestety, w przypadku chłopca pojawiły się poważne komplikacje i 20-minutowa akcja reanimacyjna, nie przyniosła rezultatów, a dziecko zmarło. Kobieta, chcąc pożegnać się z dzieckiem, zdjęła kocyk, w który był owinięty chłopczyk i zaczęła je tulić. Po dwóch godzinach przytulania, chłopczyk zaczął wykazywać oznaki życia. W momencie kiedy jakby chciał zaczerpnąć powietrza, Kate naniosła na swój palec kilka kropel mleka i podsunęła mu je. Po paru minutach pojawiły się kolejne próby nabrania powietrza przez jej synka, połączone z poruszaniem przez niego główką [17].

Piśmiennictwo

1. Meraviglia M.G.M.: The effect of spirituality on well–being of people with lung cancer. Oncol. Nurs. Forum, 2004, 31, 89–94.
2. Heszen-Niejodek I.: Wymiar duchowy człowieka a zdrowie [w:] Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki, Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. (red). Wyd. UŁ, Łódź, 2003, 33–47.
3. Maltby J., Day L.: Religious orientation, religious coping and appraisals of stress: assessing primary appraisal factor in the relationship between religiosity and psychological well-being. Person. Indiv. Differ., 2003, 34, 1209–1224.
4. Swinyard R.W., Kau A.K., Phua H.Y.: Happiness, materialism, and religious experience in the US and Singapore. J. Happ. Stud., 2001, 2, 13–32.

5. Bergan A., McCoantha J.T.: Religiosity and life satisfaction. Activit., Adapt. Aging, 2000, 24, 23–34.
6. Koening H.G., Idler E., Kasl S., Hays J.C., George L.K., Musick M., Larson D.B., Collins T.R, Benson H.: Religion, spirituality, and medicine: a rebuttal to skeptics. Int. J. Psychiatry Med.,1999, 29, 123-131.
7. Francis L.J, Robbins M., Lewis C.A., Quigley C.F., Wheeler C.: Religiosity and general health among undergraduate students: a response to O'Connor, Cobb, and O'Connor. Person. Indiv. Differenc., 2004, 37, 485-494.
8. Levin J.S., Markides K.S.: Religion and health in Mexican Americans. J. Rel. Health., 1985, 26, 9–36.
9. Oman D., Reed D.: Religion and mortality among the community-dwelling elderly. Am. J. Public Health., 1998, 88, 1469–1475.
10. King D.E., Bushwick B.: Beliefs and attitudes of hospital inpatients about faith healing and prayer. J. Fam. Pract., 1994, 39, 349-352.
11. Holland J.C., Passik S., Kash K.M., Russak S.M., Gronert M.K., Sison A., Lederberg M., Fox B., Baider L.: The role of religious and spiritual belief in coping with malignant melanoma. Psychooncol., 1999, 8, 14-26.
12. Janiszewska J.: Wpływ postawy religijnej na poziom lęku u pacjentek z guzem sutka w różnych etapach choroby nowotworowej. Adv. Clin. Exp. Med., 2001, 10, suppl. 1, 119-124.
13. Wandrasz M.. Religijność a postawa wobec chorób. RW KUL, Lublin, 1998.
14. Duszyc T.OFMCap: Glos Ojca Pio, 2004, 27, http://glosojcapio.pl/ index.php? Itemid=105&id=329&option=com_content&task=view, data pobrania 5.05.2014.
15. Wojciechowski M.: Jak rozumieć cuda?, Idziemy, 2009, 7.
16. Biblia Tysiąclecia, wyd. Pallotinum, Poznań, 2003.
17. http://niewiarygodne.pl/gid,13443262,img,13443443,kat,1017185,page,2,title,Uzdrowienia-ktorych-medycyna-nie-moze-wytlumaczyc-Zdaniem-lekarzy-to-cuda,galeriazdjecie.html, data pobrania 3.05.2014.
18. http://www.vismaya-maitreya.pl/wielcy_ludzie_uzdrowienia_jp2.html, data pobrania 3.05.2014
19. http://www.gazetakrakowska.pl/artykul/3386479,papiez-uzdrowil-floribeth-historiauzna na-za-cud-kanonizacyjny-jana-pawla-ii,id,t.html?cookie=1, data pobrania 3.05.2014

20. http://miesiecznikegzorcysta.pl/wojna-swiatow/item/645-cud-uzdrowienia-buddystki-za-posrednictwem-jana-pawla-ii, data pobrania 3.05.2014
21. http://8grudnia.rosemaria.pl/cudowne-uzdrowienia-montichiari/, data pobrania 3.05.2014
22. http://medziugorje.blogspot.com/2009/02/cudowne-uzdrowienie-amerykanina-arthu-ra. html, data pobrania 3.05.2014
23. http://www.voxdomini.com.pl/roz/fatima/cud_fatima.htm, data pobrania 3.05.2014

Kuć Dariusz[1,2]

Problemy z definicją uporczywej terapii

1. Student studiów doktoranckich Wydział Filozofii Chrześcijańskiej, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego
2. Białostockie Hospicjum dla Dzieci

Większość, o ile nie wszyscy ludzie, chce żyć, nie chce zaś umierać. Ludzie chcą realizować swoje zamiary, planować swoją przyszłość, chcą być szczęśliwi, nie chcą cierpieć. Nawet ci, którzy nie chcą żyć woleliby być zdrowi niż chorzy. Gdy jednak zachorują oddają się w ręce medyków aby ci przywrócili ich do zdrowia i normalnego życia. Większość, o ile nie wszyscy ludzie, wie też, że pewnego dnia, zwykle po długotrwałym leczeniu będzie musiała skapitulować. Także medycy wiedzą, że choć w większości ich trud nie idzie na marne, to znaczy kończy się przywróceniem pacjentowi zdrowia czy choćby poprawą jego stanu, to tak czy inaczej ostatecznie przyjdzie taka choroba czy też choroba będzie w takim stadium, iż będą bezradni a pacjent umrze. Postępy medycyny XX wieku, nowe metody diagnostyki, sposoby zapobiegania chorobom w tym możliwości transplantacji narządów, środki farmakologiczne, sposoby leczenia a zwłaszcza wprowadzenie urządzeń do podtrzymywania życia, w tym najważniejszego; respiratora, spowodowały, że stało się możliwe dalekie odsunięcie w czasie dnia, w którym pacjent umrze. Postęp ten sprawił także, iż lekarze świadomi faktu śmiertelności swoich pacjentów, sami pacjenci, etycy stanęli przed pytaniem: do jakiego momentu powinni walczyć ze śmiercią, walczyć o życie, o jaki czas trwania życia i do tego jakiego życia, w jakiej kondycji. W którym momencie terapia stosowana wobec pacjenta staje się terapią, która choć wydłuża jego życie lub stan, w którym pacjent jest żywy zaczyna być terapią przynoszącą zbyt dużo poświęcenia ze strony chorego, zbyt dużo cierpienia, czy też terapią naruszającą jego godność. W którym momencie można uznać, że jest to terapia niewspółmierna, to znaczy wysiłek terapeutyczny jest mniejszy od korzyści z niej odnoszonych. Kiedy stosowana wobec pacjenta terapia staje się uporczywa? Kiedy więc lekarze i pacjenci powinni skapitulować w walce ze śmiercią i przestać walczyć o życie w sensie zarówno ilościowym (przedłużenie życia) jak i jakościowym (życia w lepszej niż obecna kondycji). W bioetyce nie tylko polskiej jest powszechne przekonanie, że w pewnym momencie (może to nie jest dobre słowo, bo pewności żadnej co do momentu nie ma, raczej w momencie niepewnym) z etycznego punktu widzenia terapię należałoby

przerwać lub ograniczyć. Tylko, który to moment i jakiej terapii nie należałoby stosować a jaka jest moralnie dopuszczalna lub nawet obowiązkowa? W sytuacji, kiedy medycyna oferuje tak wiele w walce ze śmiercią, nie oferując jednak życia na zawsze paląca jest potrzeba definicji uporczywej terapii, definicji, którą mogliby posługiwać się lekarze i pacjenci a także prawnicy, prawodawcy, społeczeństwo.

Definicji uporczywej terapii nie podaje uchwalony w 1991 roku i znowelizowany w 2003 roku Kodeks Etyki Lekarskiej [1], w którym w części ogólnej w artykule 2 przeczytamy, że „*najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego - salus aegroti suprema lex esto*" zaś w części szczegółowej w artykule 32 czytamy, że „w stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych". Autorzy kodeksu piszą o 3 metodach leczenia, których lekarz nie musi prowadzić (choć zgodnie z zasadami etycznymi kodeksu może, ponieważ kodeks tego nie zabrania). Pierwsza to reanimacja, oznaczająca przywrócenie u chorego podstawowych czynności życiowych a więc oddechu, krążenia i świadomości; jest to termin ściśle medyczny. Druga to właśnie niezdefiniowana uporczywa terapia, do której zaraz powrócę. Trzecia to stosowanie środków nadzwyczajnych, w odróżnieniu od środków zwyczajnych, powszechnych, prostych, dostępnych i niezbyt drogich. Jako pierwszy rozróżnienie to zastosował hiszpański teolog Dominik Banez (1528-1604). Stwierdził, że „*chociaż człowiek winien zachować swe własne życie, nie jest zobowiązany posługiwać się środkami nadzwyczajnymi, ale pospolitym pożywieniem i odzieniem, zwyczajnymi lekarstwami, znosić jakiś przeciętny i zwyczajny ból, nie zaś znosząc jakiś nadzwyczajny i straszny ból ani ponosząc nadzwyczajne koszta w stosunku do swej pozycji (statusu społecznego)"* [2]. Autorzy kodeksu nie objaśniają, w rzeczywistości etycznego a nie medycznego, terminu środków nadzwyczajnych. Jak zauważa Aszyk „*dziwić może umiejscowienie interesującego nas pojęcia w jednym szeregu z terminem medycznym i określeniem wywodzącym się z teologii moralnej. Być może nie jest to wynik przypadku i celowo umieszczono terapię uporczywą niejako na pograniczu tego, co medyczne i moralne zarazem*" [2]. Co najważniejsze, autorzy kodeksu nie opisują też drugiej z nieobowiązkowych metod leczenia czyli uporczywej terapii. Możemy założyć, że termin „uporczywa terapia" odnosi się tylko i wyłącznie do pacjentów, którzy są w stanie terminalnym ponieważ definicje uporczywej terapii, o których będę pisał później (choć późniejsze niż kodeks), a także inni autorzy piszący o uporczywej terapii opisują ją jako prowadzoną wobec takich właśnie pacjentów. Jeśli by przyjąć takie właśnie założenie, to z zapisu kodeksowego wynika że, w stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku prowadzenia terapii, o której można mówić

tylko w przypadku pacjentów będących w stanie terminalnym, czyli „pod warunkiem, że pacjent jest w stanie terminalnym". Oprócz tego lekarz nie musi stosować reanimacji ani środków nadzwyczajnych. Jeżeli zaś nie przyjmiemy powyższego założenia, a więc o terapii uporczywej można mówić wobec każdego pacjenta niezależnie od jego stanu, to wynikałby z tego, że są jakieś metody lecznicze, które per se są terapią uporczywą, niezależnie od tego, czy pacjent jest czy też nie jest w stanie terminalnym. Oczywistym jest, że istnieje obowiązek reanimowania pacjenta, który na przykład topił się i szybka akcja ratownicza może przywrócić mu życie. Podobnie zastosowanie środka nadzwyczajnego na przykład respiratora u pacjenta z ciężką niewydolnością oddechową spowodowaną grypowym zapaleniem płuc jest nakazane. A więc „bycie pacjenta w stanie terminalnym" powinno być cechą odróżniającą uporczywą terapię od reanimacji i stosowania środków nadzwyczajnych (które to metody mogą odnosić się do pacjentów będących zarówno w stanie terminalnym jak i nie będących w takim stanie). Reasumując, artykuł kodeksu co prawda zezwala na odstąpienie od reanimacji czy też od stosowania środków nadzwyczajnych w stanach terminalnych to nie formułuje w jasny sposób normy w sprawie stosowania uporczywej terapii. Jeśli wziąć pod uwagę intencje autorów i wymogi logiki zapis ten powinien brzmieć tak: „lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia uporczywej terapii". Jeśliby już konieczne było formułowanie normy kodeksowej co do stosowania reanimacji i środków nadzwyczajnych to brzmiała by ona: „*w stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji oraz stosowania środków nadzwyczajnych*". Oczywiście to dodatkowe sformułowanie jest zbędne z powodu tego, że zarówno reanimacja jak i stosowanie środków nadzwyczajnych w stanie terminalnym są uporczywą terapią. Można też założyć, że termin uporczywa terapia nie odnosi się do pacjentów w stanie terminalnym czy też przybliżających się do śmierci ale do każdego pacjenta. Wówczas uporczywość terapeutyczną można potraktować tak samo jak długotrwałe i ostatecznie zakończone ekstrakcją leczenie zachowawcze zęba. Problem z normą kodeksową komplikuje się dodatkowo z powodu braku w Kodeksie Etyki Lekarskiej definicji stanów terminalnych. Z uwagi na użytą przez autorów liczbę mnogą można sądzić, że stany terminalne dotyczą pacjentów będących zarówno w „fazie terminalnej" jak i w „stanie terminalnym". Faza terminalna określana jest zwykle jako „*końcowa faza życia nieuleczalnie chorego pacjenta, gdy w sposób nie budzący wątpliwości można przewidzieć, że śmierć nastąpi w ciągu najbliższych dni. Lekarz może ją rozpoznać na podstawie określonych objawów*" [3]. Natomiast stan terminalny to „*nieodwracalny stan spowodowany urazem lub chorobą, która spowodowała postępujące, poważne i trwałe pogorszenie zdrowia: istnieje uzasadnione*

medycznie przekonanie, że leczenie tego stanu byłoby nieskuteczne". Taka definicja używana jest w prawie stanu Floryda [4]. Jak zauważają autorzy wytycznych dla lekarzy „*Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci" „faza to jedna z dających się wyodrębnić części jakiegoś procesu (...) życiowego lub chorobowego, natomiast stan to sytuacja, w której znajduje się pacjent*". O ile z dużym prawdopodobieństwem można oszacować, kiedy pacjent znajdzie się w fazie terminalnej to niestety nie można określić jak długo pacjent będzie w stanie terminalnym zanim wejdzie w fazę terminalną a ostatecznie umrze. Uprawnione może być więc wyciągnięcie wniosku, że Kodeks Etyki Lekarskiej nie nakazuje pewnych terapii wobec pacjentów umierających, będących w fazie terminalnej ale także i w stanie terminalnym.

W encyklopedii bioetyki pod hasłem uporczywa terapia czytamy: „terapia nieefektywna - forma aktywności medycznej stosowana w sytuacji, kiedy proces chorobowy osiągnął punkt, w którym proponowana interwencja lecznicza przestaje służyć dobru pacjenta. Odróżnić od niej należy „*terapię proporcjonalną", która jest działaniem leczniczym optymalnym dla chorego, przynosząc pozytywny efekt i nie narażając go na niepotrzebne uciążliwości oraz nieuzasadnione obniżenie jakości życia*" [5]. W haśle encyklopedycznym nie ma więc ścisłego związania uporczywości terapeutycznej z terminalnym stanem chorego. Ale już w omówieniu tego hasła autorzy encyklopedii odnoszą uporczywą terapię do sytuacji umierania. Być może dlatego, że w bioetyce przyjęło się opisywanie pojęcia uporczywej terapii jako tej w okresie końca życia a być może dlatego, że etyczne problemy związane z terapią uporczywą pojawiają się właśnie w tym okresie a więc dopiero wówczas problem zasługuje na zainteresowanie. W opisie medycznym hasła czytamy: „*W obecnych czasach choroba nieuleczalna zwykle trwa znacznie dłużej niż w przeszłości. Sztucznie przedłużone życie nieuleczalnie chorych przebiega z nawracającymi ciężkimi powikłaniami dodatkowo komplikującymi sytuację, co zmusza do podjęcia trudnej decyzji o kontynuowaniu lub ograniczeniu nadmiernej terapii, sztucznie przedłużającej proces nieuchronnego umierania*" [5].

O terapii uporczywej, niestety bez podania jej definicji, możemy przeczytać także w dokumentach Kościoła katolickiego. W katechizmie czytamy: „*Zaprzestanie zabiegów medycznych kosztownych, ryzykownych, nadzwyczajnych lub niewspółmiernych do spodziewanych rezultatów może być uprawnione. Jest to odmowa "uporczywej terapii". Nie zamierza się w ten sposób zadawać śmierci; przyjmuje się, że w tym przypadku nie można jej przeszkodzić. Decyzje powinny być podjęte przez pacjenta, jeśli ma do tego kompetencje i jest do tego zdolny; w przeciwnym razie - przez osoby uprawnione, zawsze z poszanowaniem*

rozumnej woli i słusznych interesów pacjenta." [6] Z kolei Jan Paweł II w encyklice Evangelium vitae z 1995 r. pisze: „*Od eutanazji należy odróżnić decyzję o rezygnacji z tak zwanej „uporczywej terapii", to znaczy z pewnych zabiegów medycznych, które przestały być adekwatne do realnej sytuacji chorego, ponieważ nie są już współmierne do rezultatów, jakich można by oczekiwać, lub też są zbyt uciążliwe dla samego chorego i dla jego rodziny. W takich sytuacjach, gdy śmierć jest bliska i nieuchronna, można w zgodzie z sumieniem „zrezygnować z zabiegów, które spowodowałyby jedynie nietrwałe i bolesne przedłużenie życia, nie należy jednak przerywać normalnych terapii, jakich wymaga chory w takich przypadkach*" [7]. Istnieje oczywiście powinność moralna leczenia się i poddania się leczeniu, ale taką powinność trzeba określać w konkretnych sytuacjach: należy mianowicie ocenić, czy stosowane środki lecznicze są obiektywnie proporcjonalne do przewidywanej poprawy zdrowia. Rezygnacja ze środków nadzwyczajnych i przesadnych nie jest równoznaczna z samobójstwem lub eutanazją; wyraża raczej akceptację ludzkiej kondycji w obliczu śmierci [8].

W obu dokumentach termin uporczywa terapia jest w cudzysłowie – nie ma w nich bowiem definicji uporczywej terapii. Oba jednak odnoszą ją do sytuacji, w której śmierć jest bliska i nieuchronna a w jej opisie nacisk kładą na nieproporcjonalność, uciążliwość i nadzwyczajność metod.

W poszukiwaniu definicji uporczywej terapii można sięgnąć do konsensusu Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia, pracującej w ramach projektu badawczego „Granice Terapii Medycznych" która w 2008 roku jednogłośnie wypracowała następującą definicję uporczywej terapii. „*Uporczywa terapia to stosowanie procedur medycznych, w celu podtrzymania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie, wiążąc się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta. Uporczywa terapia nie obejmuje podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych objawów oraz karmienia i nawadniania, o ile służą dobru pacjenta*" [9]. Jak można wnioskować z tej definicji o terapii uporczywej można mówić wobec pacjentów nieuleczalnie chorych, którym procedury medyczne przedłużają umieranie a więc chodzi o pacjentów w fazie agonalnej lub co najmniej terminalnej. Wydaje się, że nie dotyczy to pacjentów w stanie terminalnym, który trwać może dużo dłużej – kilka czy nawet kilkanaście lat. Definicja ta nie używa terminu środków nadzwyczajnych ale kładzie nacisk na koszt stosowania terapii w postaci nadmiernego cierpienia lub naruszenia godności pacjenta. Nieprecyzyjne jest w niej użycie słów „wiążąc się", które można by rozumieć „ i jest związane" lub też „o ile wiąże się". Jeśli użyte jest w pierwszym znaczeniu oznaczałoby to, że terapia uporczywa (zawsze)

wiąże się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności a tak nie jest. Jeśli zaś użyte jest w drugim znaczeniu to warunkiem uznania terapii za uporczywą byłoby nadmierne cierpienie lub naruszenie godności. Wówczas zaś uporczywą terapią nie byłoby (samo) stosowanie procedur medycznych, w celu podtrzymania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie ale nie wiąże się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta.

Czy o terapii uporczywej można więc mówić tylko w sytuacji bliskości i nieuchronności śmierci?

Profesor Marek Wichrowski podaje definicję terapii uporczywej, w której nie pisze o bliskości śmierci: „*Uporczywa terapia to działanie, którego celem jest utrzymanie przy życiu nieuleczalnie chorego przy pomocy nadzwyczajnych lub zwyczajnych środków leczniczych, ale wbrew jego najlepiej pojętym interesom, wbrew przekonaniom pacjenta, wbrew godności istoty ludzkiej, wbrew naturze. Natomiast odstąpienie od uporczywej terapii to rezygnacja ze stosowania nadzwyczajnych środków leczniczych u pacjenta z nieuleczalną chorobą prowadzącą do przedwczesnej śmierci, gdy dalsze leczenie jej nie powstrzyma i na ogół przyczyni się do wzrostu cierpień lub przedłuży beznadziejny stan wegetacji*” [10]. Ponieważ definicja ta nie rozróżnia środków zwyczajnych od nadzwyczajnych (zarówno jedne jak i drugie należą do terapii uporczywej) można by rozróżnienie środków na zwyczajne i nadzwyczajne pominąć. Autorowi, jak sądzę, chodziło tu jednak o jasne zadeklarowanie, że także środki zwyczajne mogą być elementem uporczywości terapii. Ale kiedy autor opisuje odstąpienie od uporczywej terapii używa tylko nadzwyczajnych środków leczniczych. Można więc rozumieć, że choć uporczywa terapia zakłada stosowanie nadzwyczajnych i zwyczajnych środków to już odstąpienie od niej dotyczy tylko rezygnacji ze środków nadzwyczajnych. Czym wówczas jest rezygnacja ze stosowania zwyczajnych środków leczniczych u pacjenta z nieuleczalną chorobą prowadzącą do przedwczesnej śmierci, gdy dalsze leczenie jej nie powstrzyma i na ogół przyczyni się do wzrostu cierpień lub przedłuży beznadziejny stan wegetacji? Jeśli nie uporczywą terapią to czym?

Definicja prof. Wichrowskiego rozszerza sytuację pacjentów nie do bliskości śmierci ale do stanu chorobowego prowadzącego do przedwczesnej śmierci. Także autorzy wytycznych dla lekarzy „*Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci” nie zalecają w pediatrii używania pojęcia „faza terminalna” gdyż ma ona zastosowanie w zasadzie tylko w onkologii i hematologii dziecięcej (dzieci nieuleczalnie chore, wypisywane ze szpitala do domu po zakończeniu leczenia onkologicznego, rzeczywiście żyją bardzo krótko). W rozważaniach etycznych i przy*

podejmowaniu decyzji klinicznych w pediatrii proponują stosowanie terminu „nieuleczalna choroba prowadząca do przedwczesnej śmierci". Mówią więc o sytuacji, w której pacjent nie jest blisko śmierci ale podąża do śmierci szybciej niż inni ludzie. Chodzi tu o większość pacjentów objętych opieką domowych hospicjów dziecięcych a więc dzieci z chorobami układu nerwowego, wrodzonymi wadami rozwojowymi, aberracjami chromosomowymi. Ale określenie „nieuleczalna choroba prowadząca do przedwczesnej śmierci" może być zastosowane nie tylko w stosunku do dzieci ale także do dorosłych na przykład cierpiących na chorobę Alzheimera, stwardnienie zanikowe boczne, po przeszczepach, zakażonych wirusem HIV i innych.

Profesor Kazimierz Szewczyk dzieli pacjentów medycyny paliatywnej i podopiecznych hospicjów na 3 grupy: 1) chorzy umierający, 2) pacjenci w stanie terminalnym, 3) chorzy w stanie trwale wegetatywnym, śpiączce i cierpiący na tzw. syndrom zamknięcia [11]. „*U pacjentów wszystkich trzech grup choroba nie poddaje się skutecznemu leczeniu przyczynowemu. O różnicy między chorymi umierającymi a znajdującymi się w stanie terminalnym decyduje przede wszystkim prognozowany czas przeżycia. Dla umierających przewidywany czas życia nie przekracza kilku, kilkunastu dni. Natomiast pacjent w stanie terminalnym to chory będący w końcowej fazie choroby trwającej od kilku miesięcy do roku. Wymienione dwa stany nie są synonimami i ze ściśle językowego punktu widzenia nie powinno się ich utożsamiać. Jednakże różnica miedzy nimi ujmowana z moralnej perspektywy przestaje być, jak sądzę, istotna. Zarówno rozpoznanie umierania, jak i terminalnej fazy choroby wymaga bowiem uprzedniej akceptacji ludzkiej skończoności. Jej konsekwencją jest rezygnacja z wszelkich prób przyczynowej „heroicznej terapii*" [11]. O sytuacjach pacjentów jeszcze nie umierających (2 i 3), kiedy „choroba przechodzi w stan chroniczny, śmierć nie nadchodzi a chory skazany jest na znoszenie towarzyszących tej chorobie bólów fizycznych i duchowych frustacji" pisze ks. prof. Tadeusz Ślipko. „*W realnych warunkach ludzkiej egzystencji poszczególne przypadki choroby nieuleczalnej mogą wykazywać daleko nawet posunięte różnice co do ich patologicznych form i stopnia natężenia. Na wyodrębnienie w osobną kategorię przypadków i specjalną refleksję etyczną zasługują jednak przede wszystkim wtedy, kiedy zarówno organiczne ich przejawy, jak i napięcie bólu osiągają stopień przekraczający przeciętna miarę ludzkiej wytrzymałości (...) życie chorego schodzi do rzędu prostej wegetacji wypełnionej po brzegi dojmującym cierpieniem, jego własnym i otoczenia. Umownie określmy ten stan jako „beznadziejną chorobę nieuleczalną". Od opisanej tu sytuacji nie odbiega zbyt daleko los osób dotkniętych innymi jeszcze nieszczęściami. Chodzi tu przede wszystkim o dzieci zahamowane w rozwoju i zdeformowane przez tzw. chorobę Downa*

bądź o jednostki w monstrualny wręcz sposób wynaturzone, a także o osoby pogrążone w ciężkich stanach psychopatologicznych (...) można to położenie określić jako sytuację „krańcowej degradacji człowieka" [12].

Prof. Ślipko zadaje pytanie: "Jeżeli wyniszczenie życiowych wartości ludzkiego życia widoczne szczególnie na tle sytuacji krańcowej degradacji człowieka ogołociło go ze wszystkiego, co w tym życiu może być dla niego pożyteczne, twórcze czy atrakcyjne, jeśli nawet to zubożone do ostatnich granic istnienie jest dlań tylko źródłem niewymownego bólu lub degradacji, czy w takim razie jest sens podtrzymywać je aż do momentu, kiedy sama przyroda zlituje się nad udręczonym człowiekiem i zabierze go z tego świata?" [12]. Nie wchodząc w zagadnienia dopuszczalności eutanazji, czy samobójstwa wspomaganego medycznie to pytanie nas interesujące w odniesieniu to tych osób brzmiałoby „jak bardzo lekarz ma starać się o podtrzymanie przy życiu takich pacjentów" czy też „gdzie zaczyna się terapeutyczna uporczywość"?

Sformułowanie definicji uporczywej terapii jest niezwykle ważne, ponieważ jak zauważa Aszyk „*określenie terapii jako uporczywej ma wyraźnie normatywny charakter. Jest to norma wyrażona w formie negatywnej, odnosząca się do czynności, która nie powinna zaistnieć. Zwrot „terapia uporczywa" zawiera ocenę moralną jakiegoś czynu lub czynów. Zatem pojęcie wskazuje na wzorzec postępowania w konkretnych sytuacjach*" [2].

Z praktycznego punktu widzenia definicja ta powinna być uniwersalna i na tyle prosta aby mogli się nią posługiwać nie tylko profesjonaliści ale i pacjenci lub ich przedstawiciele, którzy coraz częściej muszą podejmować decyzje o stosowaniu, niewdrażaniu czy też przerwaniu uporczywej terapii. Ponieważ wywodzi się z normy „w niektórych sytuacjach czy stanach nie powinno się stosować niektórych terapii" definicja musi określić te sytuacje (stany) i cechę takich terapii. Aby sformułować taką definicję należałoby zadać podstawowe pytania:

1. Czy uporczywa terapia odnosi się do każdego pacjenta, czy tylko do osób przybliżających się do śmierci?
2. Jeśli do tych drugich, to w jakim stanie mają być pacjenci aby można mówić o uporczywej terapii? W agonii, gdy śmierć jest bliska i nieuchronna, u nieuleczalnie chorego, u którego przedłuża się jego umieranie, u osób z nieuleczalną chorobą prowadzącą do przedwczesnej śmierci, fazie terminalnej, stanie terminalnym?
3. Czy jest to terapia z użyciem środków nadzwyczajnych, zbyt uciążliwych, wbrew najlepiej pojętym interesom czy tez przekonaniom pacjenta, wbrew godności istoty ludzkiej, wbrew naturze, przedłużających umieranie, wiążących się z nadmiernym

cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta, niewspółmierna do rezultatów, nieproporcjonalna?

Piśmiennictwo

1. Kodeks Etyki Lekarskiej, Warszawa, 2004.
2. Aszyk P.: Granice leczenia, Warszawa, 2006.
3. Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci, Warszawa, 2011, .39 za: Twycross R, Lichter I: The terminal chase, tłum. T. Dangel.
4. Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci", Warszawa, 2011, 39 za http:/law.onecle.com/Florida/civil-rights/765.101.html tłum. T.Dangel, data pobrania 4.05.2014.
5. Muszla A.: Encyklopedia bioetyki, Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne, Radom, 2009
6. Katechizm Kościoła Katolickiego nr 2278, Poznań, 1994, 518.
7. Kongregacja Nauki i Wiary, Iura et bona, ASS, 1980, 551.
8. Jan Paweł II, Evangelium vitae nr 65
9. Bołoz W., Krajnik M. i inni: Definicja Uporczywej Terapii. Konsensu Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia, Medycyna Paliatywna w Praktyce 2008, 2, 77–78.
10. Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci, Warszawa, 2011, 41 za: Wichrowski M: Definicje. Eutanazja a wycofanie się z terapii uporczywej.
11. Szewczyk K.: Bioetyka. Medycyna na granicach życia, Warszawa, 2009.
12. Ślipko T.: Granice życia. Kraków, 1994.

Michalski Tomasz[1], Patryn Jakub[1], Gasińska Karolina[1], Szajerska Anna[2], Pawlikowski Jakub[3]

Długość życia człowieka a nieśmiertelność w ujęciu współczesnych nauk medycznych i filozoficznych

1. Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Etyki i Filozofii Człowieka Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
2. Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Kardiochirurgii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
3. Zakład Etyki i Filozofii Człowieka Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Wstęp

Średnia długość życia na przełomie ostatnich kilku tysiącleci ulegała stopniowemu wydłużaniu. Przodkowie człowieka, żyjący około 10 tys. lat temu, umierali nie ukończywszy zwykle 25 lat. Przeciętny mieszkaniec starożytnego Rzymu przezywał 35 lat. Do około 1800 r. średni czas życia nieznacznie przekraczał 40 lat, natomiast w XIX w. większość Europejczyków dożywała 50 lat. Jednak dopiero na początku XX stulecia dokonał się prawdziwy przełom w 1936 r. odnotowano pierwszy udokumentowany przypadek przekroczenia 100 lat życia przez kobietę z Wielkiej Brytanii, zaś 9 lat później zmarł równie stary mężczyzna. Współcześnie nie brakuje długowiecznych ludzi, w samej Polsce żyje aktualnie prawie 2 tys. stulatków. Od 160 lat średnia długość życia wydłuża się co dekadę o około dwa i pół roku. W ciągu tylko ostatnich 10 lat, liczba osób, które doczekały setnych urodzin, zwiększyła się prawie dwukrotnie. Jeśli takie tempo zostanie utrzymane, można się spodziewać, że pod koniec XXI wieku przeciętny Europejczyk będzie żył średnio 100 lat [1].

Starzenie się jest nieodłącznym, fizjologicznym procesem, towarzyszącym każdemu żywemu organizmowi. Nieuchronnie prowadzi do śmierci, która zazwyczaj odbierana jest negatywnie przez środowisko. Należy zwrócić jednak uwagę, że śmierć, będąca zagładą osobnika każdego gatunku, jest jednocześnie motorem napędzającym ewolucję. Z biologicznego punktu widzenia nieuzasadnione jest utrzymywanie w nieskończoność organizmu przy życiu - gdy spełni on podstawowy cel swojej egzystencji, jakim jest podtrzymanie gatunku, z perspektywy natury jest już niepotrzebny. Jednakże człowiek, jako jednostka transcendująca wymiar biologiczny, pragnie maksymalnie wydłużyć swoje życie [1,2].

W dyskursie humanistycznym często podejmowano próby analizy pojęcia śmierci i życia zapoczątkowując nawet nowy kierunek badawczy zwany tanatologią.

Współcześni uczeni, wychodząc z biologicznej definicji życia, poddali je szerszej analizie w oparciu o nowe koncepcje innych dziedzin nauki. Ukazano związek tego zagadnienia z nieożywionym światem fizyki, gdzie funkcję pomostową pełni teoria autorstwa Erwina

Schrödingera. w sposób szczególny dotyczy ona problematyki czasu, który stanowi integralną część dwóch głównych teorii pretendujących obecnie do wyjaśnienia zjawisk we wszechświecie – mechaniki kwantowej i ogólnej teorii względności. Rozwijana dziś dynamicznie refleksja filozoficzno-teologiczna oparta na zdobyczach nowożytnej fizyki, otwiera nowe horyzonty w rozumieniu tych idei.

Celem pracy jest ukazanie problemu śmierci z perspektywy różnych nauk, wskazując na ich wzajemnie uzupełniającą się narrację. W pracy przedstawione zostaną wybrane najnowsze doniesienia z zakresu nauk medycznych dotyczące długości życia człowieka, koncepcje fizyczne Schrodingera będące próbą synkretycznego ujęcia nauk fizycznych i biologicznych w odniesieniu do fenomenu śmierci i życia oraz wybrane koncepcje humanistyczne ukazujące nowe próby interpretacji fenomenu śmierci.

Długość życia w naukach medycznych

Naukowcy z Amerykańskiej Federacji Badań nad Starzeniem się udowodnili, że długość życia różnych gatunków jest zaprogramowana genetycznie i dla człowieka wynosi około 120 lat. Sukcesywne wydłużanie życia i przełamanie tej bariery stanowi od dłuższego czasu obiekt zainteresowania naukowców.

Bezspornym, znanym już od przeszło 70 lat, czynnikiem wpływającym na przedłużenie życia jest ograniczone spożycie kalorii. Utrzymywanie należnej masy ciała zapobiega bowiem rozwojowi wielu schorzeń związanych ze starzeniem się. Mechanizm tego zjawiska nie został jednak dotychczas w pełni poznany [1,3]. Istnieją również liczne doniesienia, iż późne macierzyństwo znacznie wydłuża życie potomstwa. Chcąc poprzeć tę hipotezę, prof. Michael Rose, biolog z Uniwersytetu Kalifornijskiego w Los Angeles, przeprowadził badania na muszkach owocowych. Wyselekcjonował te, które rozmnażały się w późniejszym okresie swojego życia, a następnie krzyżował je między sobą. Każde, otrzymane w ten sposób pokolenie, żyło dłużej. Muszki z generacji otrzymanej w ostatniej kolejności dożywały nawet do 130 dni w porównaniu do 40 dni z pokoleń początkowych. Przekładając te wyniki na ludzi, udałoby się osiągnąć około 260 lat życia. Niezbędne jednak do postawienia ostatecznych wniosków jest poznanie istotnych genów i białek odpowiedzialnych za wydłużenie czasu przeżycia [1].

Grupa amerykańskich genetyków z Uniwersytetu Utah przeprowadziła badania na komórkach, izolowanych z krwi. Wykazały one, że ludzkie komórki od urodzenia do śmierci dzielą się około pięćdziesięciu razy. Oceniając ile takich podziałów już się dokonało, można oszacować czas pozostały do ostatecznego zestarzenia komórki. Rolę wskazówek w genetycznym czasomierzu odgrywają telomery, czyli powtarzające się sekwencje DNA na zakończeniu każdego z chromosomów. Taka lokalizacja sprawia, że zabezpieczają one chromosomy przed uszkodzeniami i utratą materiału genetycznego w trakcie procesu replikacji. Każdy podział komórkowy wiąże się

ze stopniowym skracaniem telomerów i po około pięćdziesięciu podziałach stają się one tak krótkie, że komórka nie może więcej się dzielić i rozpoczyna się proces umierania. Naukowcy z Utah mierzyli długość telomerów we krwi 150 pacjentów. Pomiary prowadzone w ciągu 15 lat wykazały, że osoby z dłuższymi zakończeniami chromosomów żyły przeciętnie pięć lat dłużej od swoich rówieśników. Ponadto najbardziej skrócone telomery występowały w komórkach ludzi cierpiących na chroniczne choroby i silny, przewlekły stres [1,4]. Inne badania ujawniły, że w ciągu trwania życia funkcja ochronna telomerów słabnie, funkcjonowanie komórek „rozregulowuje się" i następuje śmierć, co zaliczane jest do procesu starzenia. Istnieje zatem jawny związek między długością telomeru w danym momencie a „odległością organizmu od śmierci" [4].

Oprócz samego procesu skracania się zakończeń chromosomów równie istotny jest jego rytm. Grupa naukowców z *Centro Nacional Investigationes Oncologicas* w Hiszpanii poddała badaniu populację myszy w ciągu trzech lat. Gdy gryzonie osiągały 4, 8, 12 i 25 miesięcy, pobierali od nich krew, po czym mierzyli długość telomerów. Na tej podstawie oceniali rytm, z jakim się skracały, a także związek tego procesu ze starzeniem się i śmiercią organizmu. Aby wyniki były wiarygodne, wszystkim myszom zapewniono takie same warunki bytowe (równa ilość pożywienia, jednakowe: temperatura otoczenia, naświetlenie, poziom hałasu, itp.). Okazało się, że nie długość telomerów ma decydującego znaczenie, lecz tempo ich skracania. Na przykład osobnik z telomerami relatywnie krótkimi, ulegającymi powolnej redukcji, starzeje się wolniej od osobnika o długich, ale skracających się w szybszym tempie telomerach. Mechanizm ten wyjaśnia, dlaczego myszy, posiadające telomery znacznie dłuższe od ludzkich, starzeją się i umierają nieporównywalnie szybciej. Mianowicie prędkość ich redukcji jest o wiele większa w porównaniu z rytmem u człowieka [4].

Ciągle trwają poszukiwania czynników, istotnie wpływających na długość telomerów. Oprócz tego, że skracają się w trakcie całego życia wraz z podziałami komórkowymi, znanych jest obecnie kilka stanów, które przyspieszają ten proces. Szwedzcy badacze z Uniwersytetu w Umea zbadali relacje długości telomerów oraz skutków stresu – biologicznych i fizjologicznych – u pacjentów z depresją. Doświadczenia przeprowadzono na grupie 91 pacjentów, cierpiących na zaburzenia depresyjne. Wyniki porównano z grupą kontrolną, liczącą 451 osób. Naukowcy mierzyli długość telomerów i jednocześnie określali poziom stresu, badając stężenie kortyzolu we krwi i analizując specjalny kwestionariusz, uzupełniany przez badanych. Uzyskano przewidywane wcześniej wyniki. Telomery osób dotkniętych zaburzeniami depresyjnymi, w porównaniu do ludzi niemających zaburzeń psychicznych, były krótsze. Potwierdziły się też rezultaty innych badań, które wykazały, że telomery mogą służyć jako markery stresu. Powszechnie wiadomo, iż osoby depresyjne żyją krócej, lecz dane te są nieco zafałszowane przez poziom samobójstw w obrębie dotkniętej tą chorobą populacji. Gdyby jednak wykluczyć ze statystyk tę przyczynę zgonu i skupić się głównie

na analizie korelacji między długością telomerów, będących miernikiem procesu starzenia, a depresją i stresem, można wysnuć wniosek, że długość telomerów jest bezpośrednio powiązana z zaburzeniami psychicznymi [5].

Jak dowodzą wyniki eksperymentu, przeprowadzonego przez naukowców z Uniwersytetu Kalifornijskiego w San Francisco oraz Instytutu Badawczego Medycyny Prewencyjnej z Sausalito, telomery są podatne nie tylko na patologiczne czynniki, wpływające negatywnie na ich długość. Badanie miało na celu określenie zależności między kompleksowymi zmianami trybu życia a długością telomerów i aktywnością telomerazy. Przez okres pięciu lat obserwowano 35 pacjentów ze zlokalizowanym rakiem prostaty, monitorując kondycję wszystkich badanych mężczyzn. Dziesięciu uczestników przeszło na wegetarianizm. Stosowali oni dietę obfitującą w owoce morza, warzywa i nierafinowane ziarna, a ubogą w tłuszcze nasycone. Wdrożyli także do swojego życia ćwiczenia fizyczne w umiarkowanym zakresie, między innymi spacerowali 30 minut dziennie przez 6 dni w tygodniu. Elementem programu było uczestnictwo w cotygodniowych spotkaniach grupy wsparcia, a także odpowiednie zarządzanie stresem poprzez medytację, jogę i ćwiczenia oddechowe. Po upływie pięciu lat, 10 mężczyzn porównano z 25-osobową grupą kontrolną. Okazało się, że w grupie badawczej długość telomerów znacząco wzrosła (o około 10%). Im ściślej pacjenci stosowali się do zaleconych wytycznych i prowadzili bardziej prozdrowotny tryb życia, tym większe zmiany w zakresie długości telomerów u nich występowały. U mężczyzn, którym nie zalecono zmiany trybu życia, telomery były natomiast o około 3% krótsze. Amerykańscy badacze podejrzewają, że zaobserwowane prawidłowości odnoszą się do ogółu populacji, nie zaś tylko do chorych na raka gruczołu krokowego, gdyż badane fragmenty DNA nie pochodziły z tkanki prostaty ale z krwi. Czynnikiem odpowiedzialnym za otrzymany wynik badania jest telomeraza – enzym naprawiający i wydłużający telomery – której aktywność wzrosła u każdego pacjenta poddanego modyfikacji trybu życia [6].

Życie i śmierć według praw fizyki

Koncepcję życia i śmierci rozwinął w swoich rozważaniach Erwin Schrödinger. Według niego koncepcja ta jest pomostem, łączącym świat fizyki i biologii teoretycznej. Zauważył on, że w każdym układzie izolowanym, całkowita energia jest zachowana, natomiast entropia – miara nieuporządkowania – rośnie. Przy założeniu, że takim układem jest nasz wszechświat, wszystkie procesy, które się w nim dokonują, prowadzą do wzrostu entropii. Powoduje to powstawanie struktur chaotycznych kosztem struktur złożonych. Pozornym wyjątkiem od tego prawa są organizmy ze świata bakterii, roślin, grzybów i zwierząt, począwszy od najprostszych, jednokomórkowców, aż do zwierząt posiadających funkcjonalnie wyodrębnione układy. Schrödinger znalazł rozwiązanie tego paradoksu, dowodząc, że pomimo stałego wzrostu entropii w układzie globalnym, w jego obrębie mogą powstawać indywidualne układy, których entropia

maleje, a więc które stają się uporządkowane. Powstanie układu złożonego zawsze wiąże się jednakże z przekształceniem pewnej puli energii uporządkowanej w nieuporządkowaną energię cieplną. Przekładając język fizyki na język biologii zrozumiała staje się idea Schrödingera, według której „żywimy się porządkiem wszechświata". Organizmy żywe pobierają jako pokarm materię, zawierającą uporządkowaną energię zmagazynowaną w wiązaniach chemicznych. Następnie energia ta jest wykorzystywania do budowania struktur, np. organelli komórkowych, i przeciwdziałania obowiązującemu prawu wzrostu entropii, tj. do utrzymywania stałego składu błony komórkowej. W procesach tym powstaje energia cieplna, która jest nieuporządkowana i nie można jej już użyć. W sumarycznym bilansie złożoność układu może być budowana i utrzymywana. Tylko wtedy przyspieszy proces wzrastającego nieuporządkowania makroukładu, którym w tym przypadku jest wszechświat [7].

Naturę tej złożoności przybliża teoria informacji prof. Andrzeja Chmieleckiego. W odróżnieniu od nieożywionego świata materii, w którym zmiany dokonują się na zasadzie spełniania praw fizyki, organizmy żywe, mimo iż są zbudowane z materii fizycznej, funkcjonują na podstawie uzyskanej informacji. W toku ewolucji, poprzez nagromadzenie się związków organicznych w odpowiedniej konformacji, wytworzyły się struktury receptorów, które rozpoznają konkretne stany fizyczne otaczającej rzeczywistości, np. temperaturę i ciśnienie. Gdy konkretny stan zostanie wykryty, uruchamia się mechanizm efektorowy, charakterystyczny dla każdego receptora i efektora danego organizmu. To, czy nastąpi jakikolwiek skutek, zależy więc nie od deterministycznego działania konkretnego prawa fizyki, ale od tego, czy receptor rozpoznał konkretną wartość swoistej dla siebie wielkości fizycznej [8].

Organizm ludzki jest organizmem żywym *par excellence*, dlatego życie w sensie biologicznym, będące globalnym procesem, jest zakorzenione w świecie fizycznym. Procesy fizjologiczne realizują się na podłożu praw fizyki, w tym w prawie entropii i tworzenia się skomplikowanych układów informacyjnych. Prawa fizyki są więc konieczną podstawą, bez której nie zaistniałoby swoiste *novum*, jakim jest życie [8].

Przy tak zdefiniowanych pojęciach, śmierć również staje się częścią świata fizycznego, jako że te same prawa, które prowadzą do powstawania układów biologicznych, przyczyniają się także do ich rozpadu, a więc do śmierci. Współczesna fizyka, rzuciła nowe światło na rozumienie pojęcia czasu i determinizmu. Oba te terminy w nierozerwalny sposób łączą się z realizacją procesów, mających miejsce w świecie materialnym. Dlatego też dotykają problemu śmierci rozumianej w sensie podstawowym. Dwie główne teorie, tj. mechanika kwantowa i ogólna teoria względności, podważają potoczne i intuicyjne rozumienie czasu jako ciągłego strumienia przedstawionego za pomocą liniowej strzałki. Na najbardziej elementarnym poziomie fizycznych oddziaływań, tzw. poziomie kwantowym, pojęcie czasu, rozumiane tak jak w klasycznej mechanice Newtona, traci

sens. Według niektórych teorii, stosujących nowe metody matematyczne, możliwa jest jednak dynamika, mimo iż czas nie istnieje [9].

W drugim wielkim współczesnym modelu, tj. w Ogólnej Teorii Względności autorstwa Alberta Eisteina, czas przestaje być absolutnym parametrem, rozciągającym się od minus do plus nieskończoności. Zostaje zredukowany do jednej ze składowych tworu zwanego czasoprzestrzenią. w teoretycznej fizyce znane są takie rozwiązania równań Eisteina, gdzie krzywe czasowe są zamknięte i tworzą swego rodzaju koło w przeciwieństwie do intuicyjnie rozumowanej liniowej strzałki. Obecnie dane empiryczne nie przemawiają jednak za tym modelem teoretycznym [9,10].

Zaczerpnięte przykłady z fizyki, pokazują jak różna od potocznych intuicji jest prawdziwa natura czasu. Uwzględniając wcześniejsze rozważania na temat życia i śmierci jako procesów zanurzonych w strumieniu czasu, otwierają się nowe perspektywy filozoficzne i teologiczne w rozumieniu tych pojęć.

Myśli filozoficzne i teologiczne

W toku rozwoju myśli filozoficznej, bazującej na osiągnięciach nauk empirycznych, czas przestał być strumieniem niezależnym od całego wszechświata. Stał się raczej jego integralną częścią, podlegającą prawom tak jak inne elementy rzeczywistości fizycznej. Naturalną konsekwencją tego było ubogacenie i poddanie nowej interpretacji terminów, wprowadzonych jeszcze przez starożytnych Greków. Próbę taką podjął w swoich pracach ks. prof. Michał Heller. Wychodząc z klasycznej definicji wieczności (rozwijanej w średniowieczu przez takich myślicieli jak Boecjusz, św. Augustyn z Hippony czy św. Tomasz z Akwinu) autor, dzięki analogiom do teorii współczesnej matematyki, kreśli nową wizję Absolutu i jego interakcji ze światem. Argument Hellera przedstawia się następująco – na poziomie kwantowym rzeczywistości możliwa jest dynamika przy wyeliminowaniu klasycznego pojęcia czasu, dlatego też przenoszenie na Boga ograniczeń w działaniu i istnieniu wydaje się nieuzasadnione. To, co w naszej perspektywie jest rozciągnięte w trwaniu, zdeterminowane a czasem przypadkowe, w perspektywie boskiej jest jednym „teraz", widzianym na zasadzie oglądu całości, z możliwością ingerencji w tę całość bez konieczności następstwa czasowego. Dopełnieniem tej refleksji jest wypracowane przez starożytnych Greków pojęcie *kairos*. Według omówionej tu koncepcji jest to związek między codziennymi ludzkimi sprawami, mającymi miejsce każdego dnia w strumieniu czasu a wiecznością, w której jest pełnia wszystkiego (Absolut). Stąd też narodziny, troski, radości i ostatecznie śmierć otrzymują nowy sens. Przestają być tylko jednorazowymi i przemijającymi punktami na osi czasu, ale umocowane są w tym co je nieskończenie przekracza. do podobnych wniosków, mimo iż posługując się innym myśleniem, doszedł Alfred North Whitehead w swojej filozofii procesu. Założył on, iż bardziej elementarne od kategorii statycznych są procesy, które są swego rodzaju budulcem rzeczywistości. W tej wizji Bóg, mimo iż absolutny, jest w nich obecny

(tzn. immanentny). Zjawiska życia i śmierci, jako integralne z rzeczywistością, również stają się tego udziałem. Dlatego też według teologii procesu to co jest śmiertelne w tym świecie, jest nieśmiertelne w Bogu [9,10,11,12].

Podsumowanie

Chęć życia wpisana jest w ludzki instynkt przetrwania. Bezpośrednim tego skutkiem jest stopniowe wydłużanie się istnienia ludzkiej jednostki wraz z rozwojem cywilizacji. Dopiero gwałtowny postęp w medycynie w ostatnich stuleciach przyczynił się jednak do znaczącego postępu w tej dziedzinie. Trwają obecnie intensywne poszukiwania czynników podlegających modyfikacji, które przyczyniłyby się do wydłużenia życia.. Próbuje się odkrywać molekularny świat organizmu ludzkiego w celu dogłębniejszego poznania jak największej ilości mechanizmów, rządzących starzeniem się komórki a w konsekwencji śmiercią. Człowiek, tworząc naukę, lepiej poznaje otaczającą go rzeczywistość a także samego siebie. Powstające nowe teorie jednoznacznie pokazują, że los ludzki jest wkomponowany w świat fizyczny. Wnikanie w głąb tej struktury dostarcza wielu nowych faktów, które często podważają potoczne i intuicyjne myślenie. Z jednej strony są one dla ludzkości lekcją intelektualnej pokory, a z drugiej rzucają nowe światło na zagadnienia życia i śmierci. Obserwując sukcesy nauk empirycznych w odkrywaniu tajemnicy życia i śmierci, przedstawiciele nauk humanistycznych próbują poszukiwać nowych interpretacji dla klasycznych koncepcji i pojęć oraz odkrywać nowe wymiary sensu istnienia.

Piśmiennictwo

1. Opinc J.: Długowieczność. Medycyna a wydłużenie życia. Poradnia.pl. http://www.poradnia.pl/ dlugowiecznosc-medycyna-a- wydluzenie-zycia.html, data pobrania 22.02. 2014.
2. Lem S.: Biotechniczna wizja nieśmiertelności. Med. Prakt., 1999, 6. http://www.mp.pl /artykuly/8779, data pobrania 22.02. 2014.
3. Wei M., Fabrizio P., Hu J., Ge H., Cheng C., Li L., Longo V.: Life span extension by calorie restriction depends on Rim15 and transcription factors downstream of Ras/PKA, Tor, and Sch9. PLoS Genet. 2008, 4, 1, e13., 0139-0149.
4. Kowalski K.: Myszy pomogą zrozumieć, jak długo żyć. Medycyna i zdrowie, 2012. http://www.rp.pl/artykul/946049.html?print=tak&p=0, data pobrania 22.02. 2014.
5. Stres i depresja skracają długość telomerów… a więc i długość życia? Biomedical.pl, 2012. http://www.biomedical.pl/aktualnosci/stres-i-depresja-skracaja-dlugosc-telomerow-a-wiec-i-dlugosc-zycia-5179.html, data pobrania 22.02. 2014.
6. Błońska A.: Zmiana trybu życia wydłuża telomery. KopalniaWiedzy.pl, 2013. http://kopalniawiedzy.pl/ telomery-tryb-zycia-zmiana-dieta-medytacja-cwiczenia-Dean-Ornish-Peter-R-Carroll,18848, data pobrania 22.02. 2014.

7. Schrödinger E.: Czym jest życie? Fizyczne aspekty żywej komórki. Umysł i materia. Szkice autobiograficzne. Prószyński i S-ka, Warszawa, 1998.
8. Chmielecki A.: Między mózgiem i świadomością: próba rozwiązania problemu psychofizycznego. Wyd. Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa, 2001.
9. Heller M.: Sens życia i sens wszechświata. Copernicus Center Press, Kraków, 2013.
10. Heller M.: Ostateczne wyjaśnienia wszechświata. Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych Universitas, 2012.
11. Mączka J.: Od matematyki do filozofii. Twórcza droga Alfreda Northa Whiteheada. Wydawnictwo Diecezji Tarnowskiej Biblos, Kraków, 1998.
12. Murchadha F.: The Time of Revolution. Kairos and Chronos in Heidegger. Continuum Publishing Corporation, London, New York Sity, 2012.

Raniszewska-Wyrwa Agnieszka

Rozważania wokół problemu eutanazji: Joseph Fletcher, James Rachels i Peter Singer

Zakład Filozofii Moralnej i Bioetyki, Instytut Filozofii UMK w Toruniu

Wprowadzenie

Termin *eutanazja* etymologicznie wywodzi się z języka greckiego, w którym ukształtowały się trzy określenia i zarazem trzy odpowiadające im rodzaje śmierci: *thalis*, *ker* i *euthanateo*. Pierwsze oznaczało śmierć naturalną, drugie śmierć przedwczesną, nieszczęśliwą, w męczarniach, zaś trzecie - *euthanateo*, będąc połączeniem słowa *eu* (dobry) ze słowem *thanatos* (śmierć) - śmierć przedwczesną, nienaturalną, jednakże dobrą, łagodną i bezbolesną [1]. Bernhard Häring, pisał iż: „*wywodzący się z języka greckiego wyraz eutanazja oznaczał pierwotnie dobrą i zaszczytną śmierć. W pojęciu lekarza oznaczał pełną miłości pomoc dla umierającego pacjenta, aby mu ulżyć w cierpieniu i zmniejszyć lęk*" [2].

W *Nowym Międzynarodowym Słowniku Webstera* eutanazja określona została jako „*sposób postępowania lub działanie sprowadzające bezboleśnie śmierć jako uwolnienie od bólu*". Eutanazja w tym znaczeniu jest często nazywana *zabijaniem z litości (miłosiernym zabijaniem*) lub nawet *śmiercią z godnością*" [3]. Podobne sformułowane odnaleźć można w *Słowniku wyrazów obcych PWN*, gdzie pod pojęciem eutanazji rozumiane jest „*zabicie człowieka na jego żądanie, pod wpływem współczucia dla niego*" [4].

Próby sklasyfikowania eutanazji dokonała m.in. Helga Kuhse, która wyszła od określenia jej jako czynu, który ma na celu „*doprowadzenie do dobrej śmierci - zabójstwo z litości, gdzie osoba A kończy życie osoby B, ze względu na dobro B*" [5]. Takie rozumienie eutanazji, według Kuhse, podkreśla dwie jej cechy - „*zakłada rozmyślne pozbawienie życia innego człowieka; [...oraz wskazuje, że] odbiera mu się je ze względu na dobro osoby, która o to prosi - zazwyczaj dlatego, że cierpi ona na nieuleczalną lub śmiertelną chorobę*" [5].

Klasyfikacja eutanazji przedstawiona przez Kuhse pokrywa się z typologią przyjętą przez australijskiego bioetyka, Petera Singera - oboje proponują wyróżnienie trzech podstawowych form eutanazji, ze względu na towarzyszący takim czynom charakter woli pacjenta [5,6]:

- *eutanazja dobrowolna*, to eutanazja która została wykonana przez A na prośbę B. Eutanazja może być dobrowolna również wtedy, kiedy osoba nie jest już w stanie wyrazić swej woli w danej chwili, ale zrobiła to wcześniej.

- *eutanazja niedobrowolna,* ma miejsce wówczas, kiedy skraca się życie osoby, która nie może wybierać pomiędzy życiem i śmiercią; może dotyczyć upośledzonych noworodków lub osób, które utraciły zdolność podejmowania racjonalnych decyzji, a wcześniej nie określiły, co chciałyby, aby zrobiono, gdyby znalazły się w takiej sytuacji. Singer działania spełniające te warunki nazywa *eutanazją adobrowolną*.
- *eutanazja wbrew woli,* to uśmiercenie osoby, która byłaby w stanie wyrazić swoją zgodę lub nie, ale nie zrobiła tego, gdyż nie została zapytana, lub zapytana - zgody odmówiła. Singer czyny takie nazywa *eutanazją niedobrowolną*.

Kolejną z klasyfikacji eutanazji jest typologia proponowana przez Josepha Fletchera, który wyróżnia następujące jej rodzaje:

- *eutanazja czynna, dobrowolna i bezpośrednia*, jest to śmierć którą własnowolnie zadaje sobie pacjent, najczęściej dzięki dostarczonym na jego prośbę odpowiednim ku takiemu celowi środkom.
- *eutanazja bierna, dobrowolna i bezpośrednia,* polega na pozbawieniu życia chorego, który nie jest w stanie sam spełnić takiego aktu, ale albo wyraża taką wolę, albo wyraził ją wcześniej na wypadek, gdyby znalazł się w stanie, który mu to uniemożliwi.
- *eutanazja bierna, dobrowolna i niebezpośrednia*, dokonywana jest za zgodą pacjenta, najczęściej poprzez zaniechanie lub niepodjęcie terapii.
- *eutanazja bierna, niedobrowolna i bezpośrednia*, stanowi formę *zabójstwa z litości*; jest to działanie podjęte w imię dobra pacjenta, ale przy braku jego zgody.
- *eutanazja bierna, niedobrowolna i niebezpośrednia,* stanowi przyzwolenie na śmierć, poprzez niepodejmowanie działań, które mogłoby przedłużać życie pacjenta [7].

Problem eutanazji stanowił przedmiot zainteresowania od dawien dawna, szczególne miejsce zajmował jednak zawsze w obszarze rozważań filozoficzno-teologicznych. O ile w starożytności dość często praktyki tego rodzaju spotykały się z moralną aprobatą, o tyle już średniowiecze cechowało negatywne podejście do eutanazji. Bardzo często wskazywano, iż samowolne pozbawianie się życia przez człowieka stanowi występek przeciwko Bogu, który jako jego dawca może być jednocześnie jego jedynym dysponentem; ponadto przyjmowano, iż cierpienie, którego doznaje jednostka, stanowi drogę prowadzącą ją do Boga (pogląd taki podzielał m.in. św. Augustyn).

Przyspieszenie śmierci człowieka nieuleczalnie chorego i cierpiącego było akceptowalne tylko wówczas, jeżeli stanowiło konsekwencję zaniechania stosowania środków nadzwyczajnych lub też wpisywało się w ramy zasady podwójnego skutku, która w odniesieniu do eutanazji oznaczałaby możliwość przyjmowania tak dużych dawek środków

przeciwbólowych, iż mogą one prowadzić do śmierci, co nie jest jednak zamierzonym celem, w przeciwieństwie do łagodzenia bólu. Bardziej przychylny stosunek do eutanazji uwidaczniał się w czasach odrodzenia, jednakże przełom XIX/XX wieku (szczególnie poglądy Fryderyka Nietzsche, Adolfa Josta, Alfreda Ploetza, Karla Bindinga, Alfreda Hoche'a) wywołał negatywne odczucia z nią związane, które pogłębiły jeszcze działania hitlerowskich Niemiec, dokonujących eliminacji jednostek za Hitlerem określanych mianem *bezużytecznych pożeraczy chleba*.

Z jednej strony, przekonania wyrastające z religii chrześcijańskiej (świętość życia, życie jako nienaruszalny dar Boży), z drugiej - ludobójcze praktyki, sprawiły, że termin *eutanazja* w wielu ludziach wzbudza negatywne reakcje.

Joseph Fletcher

Po II wojnie światowej, do dyskusji na temat eutanazji włączył się protestancki profesor etyki, Joseph Fletcher (1905-1991). Zauważał on, iż jedna z trudności, jaka związana jest z tym zagadaniem wyrasta na gruncie przysięgi Hipokratesa, która stanowi podstawę współczesnej etyki lekarskiej. Według Fletchera przysięga zawiera logiczną sprzeczność, ponieważ obliguje do łagodzenia cierpienia i ochrony życia, a sprzeczność ta ujawnia się szczególnie wtedy, kiedy pacjent znajduje się we władaniu bolesnej i śmiertelnej choroby - wspomniane obowiązki wchodzą wówczas ze sobą w konflikt. Aby wydłużyć życie, często trzeba zrezygnować ze skutecznego łagodzenia cierpienia; aby efektywnie złagodzić ból trzeba niekiedy narazić życie. Zazwyczaj próbuje się wyeliminować ten problem, poprzez stosowanie preparatów przeciwbólowych, które nie indukują śmierci [8], jednakże, jak wiadomo, nie zawsze można znaleźć złoty środek pomiędzy skutecznością, a bezpieczeństwem specyfiku.

Fletcher stawiał pytanie, czy człowiek doświadczający cierpień powinien mieć prawo zakończyć je na drodze eutanazji. Rozumiał ją podobnie jak H.J. Rose, której autorstwa definicję przywoływał. Zgodnie z nią eutanazja to „pogląd, że w pewnych okolicznościach, gdy z powodu choroby, starości lub podobnych, życie człowieka trwale zaprzestało być przyjemne lub użyteczne, poszkodowany powinien być bezboleśnie uśmiercony, bądź przez siebie bądź przez innego" [8], a zatem, zauważał Fletcher, mianem eutanazji można określić *miłosierne uwolnienie od nieuleczalnych cierpień* (*merciful release from incurable suffering*). W centrum swoich rozważań umiejscawiał przede wszystkim kwestię dopuszczalności *eutanazji dobrowolnej, czynnej i bezpośredniej* [7], którą pojmował jako sytuację, kiedy to śmierć własnowolnie zadaje sobie pacjent, najczęściej dzięki dostarczonym na jego prośbę odpowiednim ku takiemu celowi środkom [7]. Zauważał, iż możliwość stosowania takiego rodzaju eutanazji wzbudza wiele kontrowersji i zarzutów, spośród których do najczęściej przywoływanych należą twierdzenia, że:

- praktyka eutanazji może być traktowana jako zachęta do samobójstwa lub masowego uśmiercania starców i jednostek ułomnych,
- słabi lub niezrównoważeni ludzie mogliby łatwiej odrzucać swoje życie, jeżeli medyczna eutanazja byłaby zatwierdzona,
- dopuszczenie eutanazji implikowałoby poważne problemy dla władz publicznych, które musiałyby przezwyciężać opór wynikający z przekonań religijnych, że życie ludzkie jest zbyt święte, aby je naruszać oraz rodziło problem wyrażenia poparcia prawnego eutanazji jako formy uzasadnionego zabójstwa [8].

Według Fletchera wszystkie te kontrargumenty w zasadzie sprowadzają się do jednego: obawy przed możliwością wystąpienia nadużyć, ale, jego zdaniem, należałoby raczej przyjąć zasadę *abusus non tollit usum* (*nadużycie nie znosi prawa do właściwego użycia*). Fletcher wskazywał też, iż krytyka eutanazji niekiedy wynika z sztywnego trzymania się zasad, które często nie mają wiele wspólnego z doświadczeniem. Twierdził, iż zwolennicy zasady świętości życia, odwołujący się do niej celem zanegowania eutanazji, dając przyzwolenie moralne na zabicie człowieka w obronie własnej, a zatem dla dobra broniącego się, i nie zezwalając jednocześnie na pozbawienie człowieka życia dla jego własnego dobra popadają w sprzeczność. Pisał o tym następująco: *„[piąte przykazanie dekalogu zwykle przywołuje się] aby skompromitować ideę zabijania motywowanego współczuciem cierpiącego bliźniego. Ci sami krytycy eutanazji wyrażają jednak zgodę na zabijanie w obronie własnej, co przecież też jest jawnym naruszeniem owego prawa moralnego. [...] Etycy deontologiczni głoszą, iż wolno zabić bliźniego w imieniu celów zabijającego (wspomniana samoobrona), ale nie można odebrać życia bliźniemu w jego własnym interesie (eutanazja)! Wolno skrócić własne życie broniąc bliźniego w akcie heroicznego poświęcenia, nie wolno zabić samego siebie dla swojego dobra! Tego typu podejście jest całkowicie bezwartościowe i nonsensowne”* [7].

Fletcher zdecydowanie opowiadał się za możliwością dokonywania *eutanazji dobrowolnej, czynnej i bezpośredniej*, co było konsekwencją jego dążenia do obrony ,,ingerencji człowieka w proces umierania” [7]. Jego poglądy na temat eutanazji pozostawały w istotnym związku z jego koncepcją *etyki sytuacyjnej*, która stanowić miała opozycję do dwóch panujących, według niego, tradycji moralnych - *legalizmu* i *antynomianizmu*. Legalizm to ,,teoria podejmowania decyzji, [która] wypływa z ducha poszanowania prawa i zaleca, by wszelkie działania ludzkie były z nim zgodne” [9]. W ramach tak rozumianego legalizmu mieszczą się tradycje etyczne katolicyzmu, judaizmu oraz większości kościołów protestanckich. Fletcher sądził, iż podporządkowanie się prawu implikuje osłabienie wrażliwości oraz zamęt sumienia. Postawą przeciwną legalizmowi jest antynomianizm,

negujący wszelkie zasady i pozostawiający człowieka w chwili podejmowania decyzji na „egzystencjalne wyczucie sytuacji" [9].

W obliczu tych skrajności Fletcher wychodził z propozycją sytuacjonizmu chrześcijańskiego, który ma stanowić połączenie zalet poprzednich stanowisk, unikając przy tym ich błędów. „*Sytuacjonista* - twierdził Fletcher - *podchodzi do każdej sytuacji decyzyjnej uzbrojony w etyczne zasady panujące w jego społeczności i korzystając z nagromadzonego doświadczenia przodków pokłada w nich zaufanie mając nadzieję, że pomogą mu rozwiązać jego problem. Jest jednak przygotowany zarówno do tego, by ich posłuchać, jak i do tego, by odrzucić je w konkretnej sytuacji, jeśli tego będzie wymagać miłość*" [9]. Tym samym, punktem odniesienia dla Fletchera, staje się miłość (*agape*), która stanowi podstawą wszelkiej moralności. Miłość ta prowadzi do modyfikacji postulatów moralnych, „*odbierając im kategoryczność, a wprowadzając hipotetyczność*" [10], bowiem z ogólnego prawa miłości nie wynika, jak człowiek powinien postąpić w określonej sytuacji.

Sytuacjonizm Fletchera daje się sprowadzić do sumy sześciu twierdzeń: tylko miłość jest dobrem wewnętrznym; wiążącą zasadą podejmowania decyzji przez chrześcijanina jest miłość i nic więcej; miłość i sprawiedliwość są tym samym, ponieważ sprawiedliwość to po prostu miłość dzielona między ludzi; miłość wymaga troski o bliźniego nawet wówczas, gdy się go nie lubi; konieczne cele uświęcają konieczne środki; decyzje wypływające z miłości mają charakter sytuacyjny, a nie preskryptywny [9,10]. Konsekwencją przyjęcia owych zasad przez Fletchera jest jego zdecydowanie przychylny stosunek do eutanazji, zwłaszcza czynnej, gdyż jak twierdzi, poprzez działanie takie okazuje się miłosierdzie dla cierpiącego.

Każdy człowiek, jako istota obdarzona wolnością, ma według Fletchera prawo do decydowania o samym sobie. Prawo to ze szczególną mocą dotyczy osób, które zmagają się z cierpieniami towarzyszącymi nieuleczalnej chorobie. Jednostka nie ma zatem obowiązku życia, „*szczególnie wtedy, kiedy przedłużające się życie jest tak odrażające i tak dogłębnie wyniszczone, że osoba zostaje pomniejszona i zdegradowana do stanu nieprzytomności, względnie nie kontrolowanych reakcji nerwowych*" [11]. Jeżeli więc celem czyjegoś działania jest przyspieszenie śmierci człowieka, rozumianej jako uwolnienie go od bezsensownych cierpień, wówczas zastosowane w tym celu środki są usprawiedliwione. Według Fletchera, życia nie można utrzymywać za wszelką cenę; był zdania, iż „*wartość życia ludzkiego polega nie na vita, czyli spełnianiu funkcji biologicznych, lecz wypływa z ratio, rozumu. Tak też należy rozumieć dobro życia ludzkiego. Ma ono wartość, gdy jest życiem rozumnym. Nie ma zaś jej, gdy zmienia się w biologiczną wegetację*" [12].

Fletcher twierdził też, iż nie można mówić o różnicy pomiędzy eutanazją bierną, a czynną, ponieważ powstrzymanie się od działania jest również czynem, gdyż w takim samym

stopniu wymaga decyzji zaniechanie, co podjęcie działania; jak argumentował: „*jeśli zaniecham jedzenia i picia, świadom konsekwencji, popełnię samobójstwo. Jeśli odbiorę sobie życie za pomocą kuchenki gazowej, nie będzie istotnej moralnej różnicy między oboma sposobami samobójstwa*" [7].

Stanowisko medycyny polegające na przedłużaniu życia wszelkimi dostępnymi środkami uznawał Fletcher za niesłuszne; podkreślał, iż „*tradycyjna etyka - opierająca się na zasadzie świętości życia, a związana z przednaukowym idealizmem medycznym - powinna ustąpić miejsca etyce jakości życia. To właśnie sukcesy nowoczesnej medycyny prowadzą do zmiany orientacji etycznych"* [7].

James Rachels

Deklaracje na rzecz możliwości przyspieszania śmierci znalazły swoje miejsce również w filozofii Jamesa Rachelsa (1941-2003), który próbował wykazać, iż tego rodzaju działania nie sprzeciwiają się zasadom wiary chrześcijańskiej. Wychodził on od wskazania, iż powszechnie przyjmowane tłumaczenie przykazania *nie zabijaj* jest niesłuszne, gdyż „*bardziej adekwatne do oryginału jest tłumaczenie nie popełniaj morderstwa. Zakaz morderstwa nie obejmuje natomiast wszystkich przypadków pozbawienia człowieka życia, a jedynie wypadki takiego postępowania, [...które] jest nieusprawiedliwione okolicznościami*" [13].

Rachels był także zdania, iż eutanazja nie popada w sprzeczność z wykonywaniem zawodu lekarza, ponieważ jego zadaniem jest leczyć pacjenta tak długo, jak może to przyczyniać się to do poprawy stanu jego zdrowia, a w chwili, gdy staje się to fizycznie niemożliwe, lekarz powinien ułatwić pacjentowi zakończenie życia. Próbując uzasadniać dopuszczalność eutanazji Rachels odwoływał się również do imperatywu kategorycznego Kanta: „*postępuj tak, jak gdyby maksyma twojego postępowania przez wolę twą miała stać się ogólnym prawe przyrody*" [14] twierdząc, iż człowiek, który sam pragnąłby umierać w sposób jak najmniej bolesny, powinien również pragnąć takiego rodzaju śmierci dla innych, jako *prawa powszechnego* [13].

James Rachels wskazywał, iż tradycyjny pogląd na moralność eutanazji jest stanowiskiem, które zezwala na *eutanazję bierną*, jednakże odrzuca *czynną* [15], gdy tymczasem nie ma żadnej znaczącej różnicy moralnej pomiędzy pozwoleniem na śmierć, a zabiciem [16]. Na potwierdzenie swojego stanowiska przytaczał następujący argument: „*dwóch mężczyzn stanie się dziedzicami fortuny, jeśli ich sześcioletni kuzyni umrą przed nimi. Postanawiają więc chłopców zabić. Jeden topi dziecko w kąpieli, drugi zamierza uczynić to samo, lecz skradając się do łazienki spostrzega, że chłopiec poślizgnął się, uderzył w głowę i nieprzytomny osunął pod wodę. Mężczyzna przygląda się temu zdarzeniu, gotowy w razie potrzeby wepchnąć głowę chłopca pod wodę, ale dziecko tonie*" [17]. Jak więc widać, obie

postawy są tak samo godne potępienia, pomimo iż pierwszą należy sklasyfikować jako działanie, drugą zaś jako zaniechanie; pod względem moralnym nie różnią się one jednak od siebie. Podobnie, twierdził Rachels „*jeśli lekarz pozwala pacjentowi umrzeć, z powodów humanitarnych, to jest to taka sama sytuacja moralna, jak gdyby dał pacjentowi śmiertelny zastrzyk ze względów humanitarnych*" [15].

Rachels był także zdania, iż nie tylko że nie ma moralnej różnicy pomiędzy działaniem a zaniechaniem, ale, co więcej, w pewnych okolicznościach czynne przyspieszenie śmierci może być nawet bardziej humanitarnym działaniem, niż zaniechanie [15]. Śmierć, poprzedzona rezygnacją z dalszego leczenia, może bowiem następować po dłuższym i bardziej bolesnym procesie umierania, aniżeli ten, który byłby konsekwencją bezpośredniego działania, np. podania śmiertelnego zastrzyku.

Rachels zauważał, że o ile jednak eutanazja bierna jest zazwyczaj akceptowana, o tyle czynna spotyka się ze sprzeciwem. Dość często sprzeciw ów wyrasta na przekonaniu, iż w przeciwieństwie do eutanazji czynnej, bierna nie jest „zamierzonym zakończeniem życia," co zawarte zostało także w ramach oświadczenia *American Medical Association.* Rachels nie zgadzał się jednak z takim ujęciem problemu. Według niego, zaprzestanie leczenia, dokładnie tak jak podjęcie działania (np. wykonanie zastrzyku), jest zamierzonym zakończeniem życia jednego człowieka przez drugiego. Zauważał, iż zaakceptowanie tego poglądu dla większości może być bardzo trudne. Jako przyczynę dezaprobaty wskazywał fakt, iż większość przypadków zabijania, o jakich bardzo często słyszą ludzie jest bardziej drastyczna i przerażająca, aniżeli przypadki przyzwolenia na śmierć, o których mowa jest sporadycznie. Człowiek, „*uczy się więc postrzegać zabójstwo w znacznie gorszym świetle niż przyzwolenie na śmierć*" [15]. W przypadku jednak zabijania jednostki chorej i cierpiącej, według Rachelsa, aktu tego nie należy oceniać surowiej niż przyzwolenia na śmierć, a tym samym eutanazji czynnej gorzej niż biernej.

Peter Singer

Podobne poglądy prezentowane są przez Petera Singera (ur. 1946), dla koncepcji którego kluczowe znaczenie ma pojęcie osoby. Nawiązuje on do myśli Fletchera, który zaproponował listę *wyznaczników człowieczeństwa*, na której umieścił: samoświadomość, samokontrolę, poczucie przyszłości, zdolność odniesienia się do innych, troskę o innych, komunikację oraz ciekawość [6]. Na podstawie tych kryteriów oraz w oparciu o definicję osoby Johna Locke'a, zgodnie z którą osoba to „*istota myśląca i inteligentna, obdarzona rozumem i zdolnością do refleksji, istota, która może ujmować siebie, to znaczy: jako tę samą w różnych okresach i miejscach myślącą rzecz*" [6], Singer przyjął, iż osobami są tylko istoty racjonalne i samoświadome [6].

Konsekwencją takiego poglądu było uznanie przez niego, iż ludzie, którzy znajdują się w stanie wegetatywnym lub pozbawieni są trwale świadomości z względów chorobowych, nie są osobami. Czynnikiem decydującym o utrzymywaniu ich przy życiu jest więc, podobnie jak w przypadku Fletchera, ocena jakości ich życia, jednakże ponieważ ludzie tacy nie mają już żadnych doświadczeń i nigdy nie będą ich mieli, stąd też ich życie pozbawione jest wewnętrznej wartości. W sytuacji zaś, kiedy ocena wartości czyjegoś życia okazuje się niska, wówczas można pomóc mu umrzeć, gdyż w takim przypadku „*rozważania o prawie do życia czy respektowaniu autonomii nie stosują się*" [6].

O dopuszczalności pozbawiania życia człowieka, który jest świadomy mówi Singer także w odniesieniu do pojęcia autonomii, którą rozumie jako „*zdolność wyboru, zrobienia i postąpienia zgodnie z własnymi decyzjami. Racjonalne i samoświadome istoty przypuszczalnie mają tę zdolność, podczas gdy istoty, które nie mogą rozważać otwierających się przed nimi możliwości, nie są zdolne do wyboru w wymaganym sensie i dlatego nie mogą być autonomiczne. W szczególności tylko istota, która może uchwycić różnicę pomiędzy umieraniem i kontynuowaniem życia, może autonomicznie wybrać życie*" [6]. Singer jest tutaj zdania, iż w przypadku, gdyby życia pozbawiona została osoba, która nie wyraziła na to zgody, doszłoby do najpoważniejszego z możliwych naruszeń autonomii, ponieważ nie zostałby tu uszanowany najważniejszy wybór, jakiego może dokonać człowiek - wybór między życiem a śmiercią.

Według Singera zasada autonomii poszerzona o zasadę poszanowania godności człowieka, stanowi najmocniejszy argument w obronie eutanazji. Każdy człowiek dysponuje przyrodzonym mu prawem do podejmowania decyzji, w tym decyzji o zakończeniu swego życia, stąd też „*gdyby racjonalne podmioty wybrały autonomicznymi decyzjami śmierć, wtedy respekt dla autonomii doprowadziłby do [...] wspomożenia ich wyboru*" [6], zaś jeżeli ktoś wbrew woli umierającego przedłużałby jego życie, wówczas naruszyłby tym fundamentalne prawo każdego człowieka.

Singer jest zdania, podobnie jak Fletcher, iż krytyka eutanazji nie może opierać się na zasadzie świętości życia. Zauważa, iż zasada ta rozumiana jest nie jako obrona życia samego w sobie, ale obrona życia przedstawicieli gatunku ludzkiego, według niego zaś, fakt przynależności do danego gatunku, nie ma znaczenia moralnego. Można zatem przyjąć, iż istnieją takie sytuacje, kiedy uśmiercenie zarówno zwierzęcia jak i człowieka jest złem, oraz takie, gdy zabijanie i zwierząt i ludzi jest dopuszczalne lub nawet staje się moralną powinnością (jak np. w przypadku jednostek nieuleczalnie chorych, a cierpiących niewyobrażalne męki) [18].

Zakończenie

Poglądy Fletchera, Rachelsa i Singera wpisują się w ramy współczesnej debaty na temat eutanazji, która jest o tyle bardziej trudna aniżeli dawniej, iż dzisiejsza medycyna dysponuje wieloma środkami umożliwiającymi przedłużanie życia, choć niestety tym samym często także cierpień, człowieka. Jednoznaczna, zadowalającą wszystkich odpowiedź na pytanie, czy wolno dać moralną aprobatę i prawną możliwość zakańczania życia osób terminalnie chorych i cierpiących trudno jest uzyskać. Poglądy Fletchera, Rachelsa i Singera łączy przekonanie, iż życia ludzkiego nie należy traktować jako bezwzględnej, niezmiennej wartości, której nie wolno naruszyć. Jeżeli człowiek uzna, iż jego egzystencja utraciła wartość, ponieważ została zredukowana do przewlekłego procesu umierania, powinien mieć prawo ją zakończyć samodzielnie lub dzięki pomocy innych, jeśli sam nie jest w stanie tego uczynić.

Wspomniani filozofowie zwracają też uwagę na nieuprawnione odróżnianie eutanazji biernej i czynnej, które, według nich, mają ten sam skutek i poprzedzone są identyczną intencją; ich zdaniem, nie ma zatem żadnej znaczącej różnicy moralnej pomiędzy osiągnięciem identycznego i chcianego celu w wyniku działania lub zaniechania. Główną wartością, którą sytuują u podstaw moralnej aprobaty eutanazji jest *autonomia* pozwalająca człowiekowi podjąć decyzję, co do dalszego kontynuowania życia lub jego zakończenia.

Piśmiennictwo

1. Tokarczyk R.: Prawa narodzin, życia i śmierci. Zakamycze, Kraków, 2000.
2. Häring B.: W służbie człowieka. Teologia a etyczne problemy medycyny. PAX, Warszawa, 1975.
3. Dziedzic J.: Eutanazja a religijność. Badania wśród studentów Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum UJ. Wyd. PAT, Kraków, 1999.
4. Słownik wyrazów obcych, PWN, Warszawa, 1980, 204.
5. Kuhse H.: Eutanazja. Singer P.: Przewodnik po etyce. KiW, Warszawa, 1998.
6. Singer P.: Etyka praktyczna. KiW, Warszawa, 2003.
7. Fletcher J.: Eutanazja. Etyka, 1993.
8. Fletcher J.: Morals and medicine. Beacon Press, Boston, 1967.
9. Jacórzyński W. R.: Joseph Fletcher i agapizm, czyli: „Kochaj i rób, co chcesz". Etyka, 1993, 26, 61-72.
10. Bortkiewicz P.: W służbie życia. Demaskacja „kultury śmierci". T.1, Wyd. Ojców Franciszkanów, Niepokalanów, 1999.
11. Ślipko T.: Życie i płeć człowieka. WAM, Kraków, 1978.
12. Pietkiewicz B.: Wyklęte słowo eutanazja. Polityka, 2000, 49/2271.

13. Szeroczyńska M.: Eutanazja i samobójstwo wspomagane na świecie. Studium prawnoporównawcze. Universitas, Kraków, 2004.
14. Kant I.: Uzasadnienie metafizyki moralności. Antyk, Kęty, 2001.
15. Rachels J.: Active and Passive Euthanasia [in:] Biomedical ethics, Mappes T.A., Zembaty J.S.(ed.). McGraw-Hill Book Company, New York, 1981, 347-351.
16. Rachels J.: More Impertinent Distinctions [in:] Biomedical ethics, Mappes T.A., Zembaty J.S. (ed.), McGraw-Hill Book Company, New York, 1981, 355-359.
17. Alichniewicz A.: Eutanazja a etyczne podstawy medycyny stanów terminalnych [w:]. Narodziny i śmierć. Bioetyka kulturowa wobec stanów granicznych życia ludzkiego, Gałuszka M., Szewczyk K. (red.), PWN, Warszawa-Łódź, 2002, 155-192.
18. Ziemiński I.: Zagadnienie śmierci w filozofii analitycznej. TN KUL, Lublin, 1999.

Gorzkowska Maria

Śmierć na życzenie-etyczna ocena organizacji oferujących samobójstwo wspomagane

CM UJ - doktorant, Wydział Lekarski, Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Wstęp

Zjawisko eutanazji jest przedmiotem wielu dyskusji. Poszczególne kraje wprowadzają lub wycofują regulacje prawne dotyczące eutanazji. Rozwój medycyny pozwala na szybkie i bezbolesne pożegnanie się z życiem. Postęp ten daje to możliwość zaistnienia nowym organizacją pro-eutanatycznym oferującym samobójstwo wspomagane. Prowadzi to do popularyzacji zjawiska komercjalizację śmierci we współczesnym świecie. Eutanazja jest jednym z najtrudniejszych zagadnień moralnych, z jakimi przyszło się zmagać człowiekowi na progu nowego wieku.

Rozwinięcie

Etymologiczne pojęcie „eutanazja" pochodzi z języka greckiego i dosłownie tłumaczy się je jako „śmierć dobrą", „śmierć spokojną", „śmierć szczęśliwą"- prefiks *eu* imputuje, że coś jest „dobre, ładne, pomyślne", a thanatos znaczy „śmierć" [1]. Eutanazja pojawiła się już u ludów wędrownych, które nieraz stosowały praktykę porzucania ludzi starych i niedołężnych oraz zabijania dzieci. Na wyspie Kos (Morze Egejskie) starcom będącym „ekonomicznym ciężarem" podawano napój z trucizną. Zabijanie upośledzonych dzieci było praktykowane w Sparcie. Nad brzegami Gangesu eutanazja miała nawet charakter rytualny. Starców przyprowadzano nad rzekę. Wypełniano im usta świeżym mułem i wrzucano do rzeki. Platon był zwolennikiem eutanazji. Uważał przedłużanie życia ludzi nieuleczalnie chorych za niecelowe i dlatego zalecał lekarzom zaprzestanie terapii pacjenta, który nie wykazywał dostatecznych sił witalnych. Lekarz powinien był pozwolić umrzeć takim osobom, a mającym duszę nikczemną i nieuleczalną nawet zabić. Arystoteles z kolei zalecał, aby żadne kalekie dziecko nie było dalej wychowywane [2].

W XIX wieku, pod wpływem filozofii Hume'a i Schopenhauera rozpowszechniono opinie przychylne samobójstwu. Zaczęto wysuwać postulat, aby nieuleczalnie chorym przyznawać prawo do śmierci, a lekarzowi pozwolić w określonych wypadkach na uśmiercanie swoich pacjentów. Tę opinię podzielał również Nietzsche, który w związku z odrzuceniem istnienia Boga uważał człowieka za twórcę i absolutnego pana swojego życia. Jego zdaniem naturalna śmierć nie miała sensu, dlatego człowiek jako istota rozumna

powinien decydować o końcu swojego życia. Gloryfikacja człowieka mocnego i wartościowego prowadziła do powstania pojęcia życia „bezwartościowego", a nawet „nie-człowieka". To pojęcie zostało jeszcze bardziej rozwinięte w biologiczno-materialistycznych poglądach darwinizmu społecznego i ideologii nazistowskiej. Historia eutanazji wskazuje na tendencję, które uzależniają ochronę życia od przydatności społecznej człowieka. Godność osoby zostaje zredukowana do jej biologicznej i ekonomicznej sprawności. Człowiek traci prawo do życia, gdy staje się dla drugich ciężarem. Obecnie tendencje proetanuatyczne są równie żywe, ale podpierają się inną argumentacją. Najczęściej mówi się o litości i współczuciu wobec człowieka cierpiącego. Podkreśla się także prawo człowieka do wyboru momentu swojej śmierci [1].

W literaturze bioetycznej można spotkać się z dwiema definicjami eutanazji: wąska przyjmująca, że eutanazja ma miejsce wówczas, gdy lekarz podaje nieuleczalnie choremu i cierpiącemu pacjentowi środek, który ma spowodować dobrą śmierć- w tym rozumieniu eutanazje utożsamia się z zabójstwem z litości; szeroką, częściej stosowaną, gdzie za eutanazje uznaje się zarówno podanie środka mającego spowodować śmierć jak i zaniechanie lub zaprzestanie stosowania środków podtrzymujących życie nieuleczalnie chorego i cierpiącego pacjenta- w tym rozumieniu eutanazją jest zarówno czynne spowodowanie śmierci człowieka jak i przyzwolenie na jego śmierć [3].

Regulacje prawne dotyczące eutanazji

Polska

Eutanazja czynna w Polsce jest zabroniona; traktuje się ją jak rodzaj zabójstwa karanego w łagodniejszy sposób. Osoba jej dokonująca jest obecnie zagrożona karą pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat. Wyjątkowo sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary, a nawet odstąpić od jej wymierzenia. Warunkiem łagodniejszej odpowiedzialności jest, aby pokrzywdzony zażądał pozbawienia go życia, zaś dokonujący eutanazji - działał pod wpływem współczucia dla niego. Przepis art. 150 kodeksu karnego, który określa przestępstwo zabójstwa eutanatycznego nie wymaga natomiast, wprost, aby osoba żądająca go była śmiertelne chora, jednak wymóg taki wprowadza orzecznictwo. Specyficznym typem przestępstwa związanego z szeroko pojętą eutanazją jest pomoc do samobójstwa (art. 151 kodeksu karnego). Osoba namawiająca lub udzielająca pomocy w samobójstwie podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat [4].

Holandia

W Holandii obowiązuje ustawa zatwierdzona 10 IV 2000 r., która uznaje za zgodne z prawem zakończenie życia na żądanie oraz pomoc w samobójstwie, jeżeli czyn ten został

popełniony przez lekarza, który wypełnił kryteria staranności (warunki bezkarności) zdefiniowane w tejże ustawie. Kryteria staranności zobowiązują lekarza do posiadania przekonania że pacjent wniósł swoja prośbę dobrowolnie i po dojrzałym namyśle. Lekarz musi być przekonany że stan pacjenta był beznadziejny a jego cierpienie nieznośne. Jest zobowiązany do poinformowania pacjenta o sytuacji, w której się znalazł i o perspektywach z niej wynikających. Musi dojść wraz z pacjentem do wniosku, że w sytuacji, w której pacjent się znalazł nie ma żadnego innego akceptowalnego rozwiązania. Lekarz jest zobligowany do zasięgnięcia rady, co najmniej jednego niezawisłego lekarza, który ocenił pacjenta i wydał pisemne orzeczenie odnośnie stanu zdrowia pacjenta oraz przekonania pacjenta, iż nie istnieje inne sensowne rozwiązanie. Lekarz zobowiązany jest do dokonania starannego z punktu widzenia medycznego zakończenia życia lub udzielenie pomocy w samobójstwie [5].

Belgia

Belgijska ustawa o eutanazji definiuje niniejsze pojęcie jako akt dokonany przez osobę trzecią, która w zamiarze bezpośrednim kładzie koniec życiu innej osoby na jej żądanie. Nie stanowi jednakże przestępstwa jedynie eutanazja dokonana przez lekarza po spełnieniu szeregu warunków proceduralnych. Eutanazji może żądać osoba dorosła nie ubezwłasnowolniona, a także niepełnoletni, który uzyskał pełną świadomość, co do czynności prawnych. Decyzja musi być świadoma, swobodna bez żadnego nacisku. Pacjent powinien znajdować się w sytuacji z medycznego punktu bez wyjścia (nieznośny ból fizyczny, psychiczny, ciężka nieuleczalna choroba). Lekarz zobowiązany jest poinformować pacjenta o jego obecnej sytuacji i perspektywach na przyszłość (terapia, opieka paliatywna). Pacjent i lekarz muszą wspólnie dojść do wniosku że jego obecna sytuacja nie pozostawia innego lepszego rozwiązania aniżeli eutanazja. Lekarz zobowiązany jest do kontaktu z innymi niezawisłymi specjalistami, którzy w formie pisemnej musza potwierdzić opinie i diagnozę lekarza prowadzącego. Prośba pacjenta musi zostać wyrażona na piśmie. Ustawa wprowadziła też „testament życia", który może sporządzić każda osoba nie ubezwłasnowolniona dorosła lub małoletnia. W tym dokumencie można zawrzeć żądanie dokonania na niej eutanazji w przypadku choroby nieuleczalnej i poważnej, podczas gdy on utraci przytomność. Zgon osoby, która poddała się eutanazji uważa się za zgon z przyczyn naturalnych [1].

Luksmeburg

Eutanazja oraz samobójstwo wspomagane zostało zalegalizowane także w Luksemburgu. Ustawa definiuje eutanazję jako akt dokonywany przez lekarza, który umyślnie kładzie kres życiu osoby na jej wyraźne i dobrowolne żądanie. Natomiast pomoc w

samobójstwie to świadoma pomoc udzielona przez lekarza innej osobie w popełnieniu przez nią samobójstwa lub dostarczenie jej środków w tym celu, na wyraźne i dobrowolne jej żądanie. Należy podkreślić, że zarówno dokonanie eutanazji, jak i udzielenie pomocy w samobójstwie jest dopuszczalne jedynie w relacji pacjent-lekarz i tylko w celu skrócenia cierpień związanych z nieuleczalną chorobą pacjenta [6].

Kolumbia

Inne rozwiązania dopuszczalności lekarskiej eutanazji czynnej zastosowała Kolumbia. Kolumbijski kodeks kamy definiuje zabójstwo z litości w następujący sposób: ten, kto zabija inną osobą z litości, aby położyć kres jej nieznośnym cierpieniom spowodowanym śmiertelną raną albo ciężka lub nieuleczalną chorobą podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 3 lat. Jednakże 20 maja 2007 sąd kolumbijski stwierdził że lekarze, którzy wykonują wole pacjentów w terminalnej fazie choroby nie mogą podlegać żadnej karze. Warunkiem legalności takiego postępowania jest świadoma, swobodna, nie podlegająca wątpliwości wola chorego wyrażona na piśmie [1].

Niemcy

Niemiecki kodeks karny nie przewiduje karalności za pomoc w samobójstwie pod następującymi warunkami: musi chodzić o samobójstwo popełnione z własnej świadomej woli, przemyślane a nie spontaniczne. Samobójca musi mieć do końca zdolność samodzielnego działania i kontrolę nad sytuacją. To samobójca musi pociągnąć za spust, pomocnik może mu bezkarnie podać pistolet. Lekarz może zapisać śmiertelną dawkę środków nasennych jednak ma obowiązek go ratować w momencie, gdy ten utraci przytomność. Jeżeli zaniechałby niesienia pomocy byłby winny śmierci przez zaniechanie.

Szwajcaria

Szwajcarski kodeks karny przewiduje karę za pomaganie w samobójstwie jednakże tylko w przypadku, jeśli byłoby ono z pobudek egoistycznych. Natomiast, jeśli motywacja sprawcy jest współczucie, szacunek dla woli chorego lub inne godne uznania wartości społeczne nie stanowi to przestępstwa. Pewna nieścisłość w szwajcarskim ustawodawstwie daje możliwość istnienia stowarzyszeń na rzecz humanitarnej śmierci. Stowarzyszenia te bez przeszkód mogą oferować samobójstwo wspomagane mieszkańcom Szwajcarii a nawet obywatelom innych krajów szerząc w ten sposób turystykę eutanazyjną. W dalszej części pracy podjęta zostanie próba przedstawienia organizacji pro-eutanazyjnych działających na obszarze Szwajcarii. Zbliżone do uregulowania szwajcarskiego przepisy w Peru nie przewidują odpowiedzialności karnej osoby, która pomogła komuś w popełnieniu samobójstwa z pobudek bezinteresownych.

USA - stan Oregon

Ustawą regulującą wspomagane samobójstwo eutanatyczne w stanie Oregon jest ustawa z 8 listopada 1994 „Death with Dignity Act" przyjęta dopiero w 1997 roku. Ustawa oregońska zezwala mieszkańcowi stanu cierpiącemu na ciężka chorobę, która doprowadzi do zgonu w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy na eutanazję. Pacjent musi wyrazić dobrowolne życzenie śmierci, złożyć pisemną prośbę o przepisanie mu dawki leków umożliwiających skrócenie własnego życia. Lekarz musi upewnić się czy pacjent znajduje się w fazie terminalnej choroby, czy jest zdolny do podejmowania świadomych decyzji, następnie lekarz ma obowiązek poinformować pacjenta o rokowaniach choroby a także potencjalnym ryzyku związanym z zażyciem środka mu przepisanego a także o skutkach jego zażycia. Lekarz powinien dostarczyć choremu informacji na temat alternatywy dla eutanazji (opieka paliatywna, hospicja, terapia bólu). Jeżeli lekarz zachowa wszystkie wskazania „*Death with Dignity Act*" nie może zostać pociągnięty do odpowiedzialności karnej, cywilnej czy dyscyplinarnej. Ustawa nie zobowiązuje lekarza do udzielenia pomocy w eutanazji, jeżeli jednak odmówi jego obowiązkiem jest skierowanie chorego do innego lekarza, który udzieli mu takiej pomocy [7].

Organizacje oferujące samobójstwo wspomagane

Na świece działa kilka organizacji oferujących samobójstwo wspomagane. Dopuszczalność istnienia tych organizacji gwarantuje prawo lub brak ścisłości w narodowych przepisach karnych. Jednak są również państwa gdzie pomimo istnienia prawnego zakazu wspomaganego samobójstwa nie obejmuje on pomocnictwa do samobójstwa eutanatycznego z powodu nie wyczerpania znamion przestępstwa [1]. Takie ustawodawstwo obowiązuje w Szwajcarii, gdzie stowarzyszenia na rzecz humanitarnej śmierci mogą funkcjonować bez przeszkód. Pomoc w samobójstwie nie podlega karze jeżeli był to czyn z pobudek humanitarnych, a nie z powodów egoistycznych.

Dignitas- Szwajcaria

Jedną z najsłynniejszych organizacji oferujących samobójstwo wspomagane jest związek Dignitas „Żyć godnie- umrzeć godnie". Organizacja założona w 1998 w Zurychu. Jest to organizacja której nie przyświecają cele komercyjne. Według statusu związek ten mam za zadanie zapewnić jej członkom godne życie oraz godną śmierć. Założycielem tej organizacji jest 73-letni prawnik z Zurychu Ludwig Minelli.. Nikt nie wie, ilu osobom pomógł w samobójstwie. W 2005 roku założył kolejną filię w Niemczech.

Pomoc w samobójstwie jest w Szwajcarii całkowicie legalna, miejscowe prawo nie wymaga też, by chętny był śmiertelnie chory. Wystarczy trwała chęć rozstania się z tym

światem. Dignitas znaczy „godność", a Minelli uważa się za dobroczyńcę niosącego wybawienie od upadlającej agonii. Członków stowarzyszenia kosztuje to niespełna 700 euro, ludzi z ulicy według nieoficjalnych źródeł około pięciu tysięcy euro. Dignitas pomogło w samobójstwie już kilkuset osobom. Przez ostatnich 10 lat liczba wspomaganych samobójstw wzrosła w Szwajcarii aż dziesięciokrotnie. Zmęczeni życiem, często schorowani ludzie ciągną do Zurychu z całej Europy, bo Dignitas świadczy swoje usługi także obcokrajowcom. Wśród 5300 członków stowarzyszenia są ludzie z 52 krajów świata, w tym dwie osoby z Polski [8]. Ludwig Minelli, jest za tym, aby prawo do śmierci na życzenie mieli wszyscy, bez względu na wiek lub stan zdrowia. Jako organizacja non profit Dignitas nie może wytwarzać żadnych zysków. Jednak od 2004 roku stowarzyszenie nie opublikowało obowiązkowego raportu rocznego zysków. Nikt nie wie, ile osób od tej pory skorzystało z pomocy organizacji, ani ile za to zapłaciły. Jego była zastępczyni Soraya Wemli twierdzi, że było to czasem nawet 200 tys. franków od osoby. Szwajcaria jest jedną z najbardziej rozwiniętych demokracji na świecie. Właściciel Dignitas chce aby była także potęgą w dziedzinie śmierci. W broszurkach Dignitas mocno popularyzuje się pojęcia takie jak "humanizm", "wolność", "prawo wyboru" i "godność". Uznając tym samym samobójstwo za coś wspaniałego. Co roku organizacja pomaga 600 osobom przejść na tamten świat. Jest ich coraz więcej, ponieważ coraz więcej osób wyraża chęć pożegnania się ze światem [9].

Exit- Szwajcaria

Kolejną organizacja oferującą samobójstwo wspomagane jest Stowarzyszenie na Rzecz Humanitarnej Śmierci "Exit". Jest to organizacja pomagających zmęczonym życiem rozstać się z tym światem. Status zrzeszenia "Exit", skupiającego około 50 tys. członków, przewiduje, że można udzielać pomocy tylko takim osobom pragnącym popełnić samobójstwo, które "cierpią na śmiertelną chorobę, odczuwają bóle nie do zniesienia lub też doznały kalectwa w stopniu, którego nie można już wytrzymać". Zgodnie ze statusem, podanie śmiertelnej dawki pentobarbitalu sodu muszą poprzedzić trwające 3 miesiące konsultacje z pragnącym "odejść" pacjentem. Exit pomaga w samobójstwach tylko Szwajcarom. Samobójstwa popełniane są we własnych domach lub w ośrodkach opieki. Organizacja nie przyjmuje ani obcokrajowców, ani ludzi z ulicy. Proces rozpatrywania prośby trwa minimum kilka tygodni, zwykle kilka miesięcy, a często ponad rok. Exit niezmiernie rzadko umożliwia samobójstwo osobom chorym psychicznie. Członkowie stowarzyszenia to ludzie których średnia wieku wynosi 72,5 roku, najczęściej zgłaszają się protestanci z kantonów, gdzie większość stanowi ludność miejska. Katolików jest trzy razy mniej.

Osiemdziesiąt procent samobójców to ludzie śmiertelnie chorzy albo starzy pozbawieni wszelkiej chęci do życia.

Yolker Dittmann, prawnik medycyny i specjalista w dziedzinie psychiatrii sądowej z uniwersytetu w przeanalizował kartotekę organizacji, obejmującą samobójstwa z lat 1992-1997 popełnione przy wsparciu "Exit" w Bazylei i okolicach. Wyniki tych badań, omówione na łamach fachowego pisma "Swiss Medical Weekly", okazały się szokujące. Aż 11 osób, które spotkała "dobra śmierć", nie cierpiało na nieuleczalną chorobę. Ludzie z "Exit" pomogli umrzeć dwóm pacjentom klinik psychiatrycznych, których właśnie poddawano terapii. Wśród zmarłych znalazło się aż 16 kobiet w starszym wieku pogrążonych w depresji po stracie życiowego partnera. W czterech przypadkach "humaniści" z organizacji zjawili się ze śmiertelną miksturą w zaledwie kilka godzin po pierwszej "prośbie o pomoc". Szefowie organizacji zaprzeczają zarzutom. Organizacja Exit współpracuje z pierwszą placówką służby zdrowia na świecie, która dopuszcza wspomagane samobójstwa- szpitalem uniwersyteckim kantonu Vaud w Lozannie [10].

Exit International- Australia

Eutanazja, praktykowana jest od prawie 30 lat w Australii, a dokładnie w jej Terytorium Północnym ze stolicą w Darwin, w 1996 roku została przyjęta ustawa o legalizacji tzw. aktywnej eutanazji, czyli umożliwienia nieuleczalnie chorym zakończenia życia pod kontrolą i przy współudziale lekarzy. Umożliwiała ona eutanazję osobom zamieszkałym tylko na jego terytorium, aby wyeliminować przypadki podróży po śmierć. Kryteria zastosowania obejmują pacjentów, którzy nie mają, zdaniem lekarzy, szans na więcej niż jeden rok życia. Ponadto decyzję musi zaopiniować dwóch lekarzy i psycholog. Ustawa przyjęta przez Terytorium Północne wzbudziła kontrowersje na terenie całego kontynentu. Krytyczne stanowisko wobec zalegalizowanej eutanazji zajęła większość australijskich organizacji religijnych. Synod Kościoła Anglikańskiego w Australii określił ją jako "zastępującą opiekę zabijaniem" oraz "decyzję skierowaną przeciwko słabym, chorym i starym pod przykrywką praw jednostki". Do protestów dołączyli także Aborygeni, którzy mocno wzmocnili przeciwników ustawy. Prawo to obowiązywało przez ponad rok i zostało zniesione [11]. Pomimo tego w Australii już od kilku lat doktor Philip Nitschke walczy o prawo do godnej śmierci. Doktor Nitschke stworzył już kilka klinik eutanazyjnych w całej Australii. Jest twórcą organizacją świadczącej możliwość dokonania samobójstwa wspomaganego-stowarzyszenia Exit International. Jest to organizacja non-profit założona w 1997 roku w miejscowości Darwin w Australii. Posiada swoje biura w Nowej Zelandia, a także w Stanach Zjednoczonych. Organizacja ta uważa że każdy dorosły w pełni świadomy człowiek ma

prawo uzyskać informacje dotyczące możliwości zakończenia życia oraz prawo do wskazania czasu i miejsca swojej śmierci. Średnia wieku członków organizacji wynosi 75 lat. Większość z nich to zdrowi starsi ludzie którzy chcą wiedzieć jakie maja możliwości zakończenia swojego życia w przyszłości. Organizacja jest także zobowiązana wspierać osoby ciężko chore. Doktor Nitschke stworzył kilka urządzeń które miałyby pomóc jego pacjentom pożegnać się z życiem min., do uśmiercania stosował sterowany komputerowo dozownik z trucizną. Wynalazł też urządzenie w którym zachodzą proste reakcje chemiczne: kwas mrówkowy, ściekając do roztworu kwasu siarkowego, tworzy z nim śmiertelny tlenek węgla, który następnie specjalnymi rurkami doprowadzany jest do nosa [12].

Głównym zagrożeniem płynącym z działalności organizacji pro-eutanatycznych jest szerzenie się kultury śmierci. Kampanie propagandowe mogą doprowadzić do legalizacji eutanazji i samobójstwa wspomaganego, gdyż takie rezultaty osiągnięto w niektóry krajach. Szerzenie się kultury śmierci wynika z braku poszanowania ludzkiej godności. Powołując się na słowa Ojca Świętego zawarte w encyklice Evangelium Vitae *stajemy tu w obliczu jednego z najbardziej niepokojących objawów „kultury śmierci", szerzącej się zwłaszcza w społeczeństwach dobrobytu, charakteryzujących się mentalnością nastawioną na wydajność, według której obecność coraz liczniejszych ludzi starych i niesprawnych wydaje się zbyt kosztowna i uciążliwa. Ludzie ci bardzo często są izolowani przez rodziny i społeczeństwo, kierujące się prawie wyłącznie kryteriami wydajności produkcyjnej, wedle których życie nieodwracalnie upośledzone nie ma już żadnej wartości.(...) W takim kontekście coraz silniejsza staje się pokusa eutanazji, czyli zawładnięcia śmiercią poprzez spowodowanie jej przed czasem i „łagodne" zakończenie życia własnego lub cudzego. W rzeczywistości to, co mogłoby się wydawać logiczne i humanitarne, przy głębszej analizie okazuje się absurdalne i nieludzkie* [13].

Zwolennicy samobójstwa wspomaganego twierdzą że prawo do eutanazji jest zgodne z zasadą wolności wyboru. Uważają że jeżeli eutanazja będzie uregulowana prawnie a możliwość jej dokonania będzie opisana w sposób bardzo szczegółowy to nie będą pojawiały się nadużycia związane z zastosowaniem eutanazji. Twierdza też że prawne uregulowanie eutanazji pozwoli na uniknięcie pomyłek. Jednak rozprzestrzenianie się eutanazji może w prosty sposób prowadzić do zaistnienia zjawiska komercjalizacji śmierci. Stopniowo w liberalnych społeczeństwach, które wolność jednostki stawiają ponad wszystko, dochodzi do pewnej banalizacji śmierci. Publicznie wygłaszane opinie o "błogosławieństwie" uśmiercania nikogo już nie dziwią. Idea eutanazji zaś jest w świecie coraz popularniejsza. Z prawa do śmierci przerodziła się w wywołujący dreszcze przymus umierania. Przez dziesięciolecia

słyszeliśmy, że należy nam się równa szansa na życie, że rynek i pieniądz nie powinny rządzić medycyną. Teraz coraz częściej zaczynamy słyszeć, że należy nam się także śmierć. Próbuje się przesłaniać niektóre przestępstwa przeciw życiu poczętemu lub zmierzającemu ku naturalnemu końcowi określeniami typu medycznego, które mają odwracać uwagę od tego, że w rzeczywistości zagrożone jest prawo konkretnego człowieka do istnienia Niezależnie od tego, jak promowane jest w społeczeństwie słowo "eutanazja", nic nie może przecież zafałszować faktu, że jest to dla pacjenta samobójstwo, a dla lekarza zabójstwo. Eutanazja określana jest jako "śmierć z godnością". Jakaż jest jednak godność w samobójstwie czy zabójstwie [14].

Eutanazja może spowodować zaniechanie opieki nad chorymi, niepełnosprawnymi psychicznie lub fizycznie ludźmi a także starszą częścią społeczeństwa. We współczesnej cywilizacji łatwiej mówi się o eutanazji jako akcie humanitarnym aniżeli o towarzyszeniu osobie terminalnie chorej w pożegnaniu się z życiem. Ludzie woleliby aby osoba chora odeszła szybko aby nie musieli sprawować nad nią opieki. Rozprzestrzenianie się zjawiska eutanazji powoduje brak zainteresowania człowiekiem chorym, cierpiącym, umierającym .
Współczesne społeczeństwo boi się przemijania, zmarszczek, utraty sił fizycznych. Lansowany przez media kult zdrowia, witalności i młodości sprawia, że choroba i starość stały się czymś wstydliwym. Zdrowie rozumie się coraz bardziej jako ideał witalności i ważny element w drodze do szczęścia, usprawiedliwiającej wszelkie środki którymi owe ideały mogą być osiągane. Jeżeli więc ciało jest osłabione, bądź uszkodzone, w takim stopniu, że człowiek nie może już dłużej żyć w użyteczny sposób, wtedy fizyczna egzystencja wydaje się bezwartościowa i bez jakiegokolwiek znaczenia. Tam, gdzie życie zależy przede wszystkim od pełnych fizycznych oraz intelektualnych możliwości, słaby człowiek zaczyna się wydawać bezużyteczny [14].

Kolejnym zagrożeniem wynikającym z rozprzestrzeniania się zjawiska eutanazji jest zaprzestanie rozwoju medycyny paliatywnej. Eutanazja często jest przedstawiana jako akt humanitarny. Jej zwolennicy uważają, że jest bardziej po ludzku przyśpieszyć śmierć nieuleczalnie chorego niż pozwolić mu cierpieć. Zapominają oni jednak, że współczesna medycyna dysponuje zaawansowanymi metodami zwalczania bólu i coraz rzadziej zdarzają się sytuacje, że lekarzom nie udaje się go opanować [15]. Istnieje ból psychiczny i fizyczny. Dobra opieka paliatywna może uczynić sytuację znośną. Jeżeli jednak zaakceptujemy eutanazję, to nie ma wystarczającego bodźca do tworzenia dobrej opieki. Jednym z zarzutów wobec eutanazji w wersji holenderskiej jest to, że Holendrzy rozwinęli różne formy bezbolesnego z pewnością uśmiercania chorych, zamiast starać się zapewnić terminalnie

chorym opiekę paliatywną. Obecnie mogą na nią liczyć tylko nieliczni. Rozprzestrzenianie się zjawiska eutanazji może prowadzić również do zahamowania postępu w badaniach naukowych w zakresie opieki i medycyny paliatywnej, w wytwarzaniu skuteczniejszych środków przeciwbólowych, w końcu - może prowadzić do zaniechania terapii lub niesłusznego jej ograniczania [14].

Ból można leczyć. Według danych WHO ból nowotworowy można wyeliminować u 95% pacjentów. Lekarze bardzo często nie potrafią leczyć bólu. Rozwiązaniem tego problemu powinno być doskonalenie umiejętności walki z bólem a nie uciekanie się do eliminacji choroby „przez eliminację pacjenta". Większość bólu fizycznego można opanować za pomocą właściwego stosowania analgetyków. Osobną kategorię cierpienia stanowi cierpienie psychiczne. Obawa przed samotnością, utratą godności, opuszczeniem, niedostępnością lekarza w decydującej chwili -to bardzo często motywy prośby o eutanazję [16]. Stosowanie eutanazji to porażka medycyny. To także zaprzestanie rozwoju medycyny paliatywnej w miejsce której wchodzi rozkwit medycyny śmierci, stawiającej na nowoczesne formy bezbolesnego uśmiercania. Eutanazja zmienia także spojrzenie na funkcję lekarza. Pozycja lekarza jako osoby zaangażowanej w pracę, nadzorującej leczenie, pomagającej przezwyciężyć trudy ciężkiej nieuleczalnej choroby staje się wątpliwa. Eutanazja niszczy zaufanie pomiędzy lekarzem a pacjentem. Rzuca cień podejrzeń na celowość działań lekarza: czy zamierza on chorego, leczyć, niwelować cierpienie czy też zamierza go zabić.

Legalizacja eutanazji na żądanie mogłaby ogromnie osłabiać troskę o los ciężko chorych pacjentów ze strony lekarzy, którzy na mocy swojego powołania, powinni do końca walczyć o życie oddanych im pod opiekę chorych. Akceptacja prawa do śmierci tworzy także podstawę uniemożliwiającą uzyskanie przez pacjenta odpowiedniego leczenia. Może prowadzić do rozwijania się takiego systemu opieki zdrowotnej, który będzie faworyzował śmierć pacjenta; a zamiast leczyć go, odbierać mu życie. Eutanazja, a nawet tylko myślowa jej akceptacja przez lekarzy, oznacza całkowite odwrócenie celów i systemu wartości , jaki zawiera w sobie zawód lekarza. Podważyć może zatem samo istnienie medycyny. Pozostawi pacjenta w niepewności. Relacje między pacjentem a lekarzem nacechowane będą lękiem, podejrzliwością, nieufnością. Zaniknie przekonanie, że lekarz uczyni wszystko, by pacjenta ratować, by pomóc w usuwaniu choroby i wiążących się z nią dolegliwości. Eutanazja może zniszczyć zaufanie pacjenta do lekarza, Trzeba się w związku z tym liczyć z niebezpieczeństwem deprecjacji zawodu lekarza. Jeżeli bowiem lekarz będzie zabijał, żaden jego pacjent nie będzie czuł się całkowicie bezpieczny [14]. W rozwoju działalności organizacji pro-eutanatycznych pojawia się aspekt nacisków wywieranych na chorego

zarówno przez rodzinę jak i przez lekarzy. Osoba chora może czuć się ciężarem dla otoczenia które musi poświęcić się opiece. Będzie wolała wybrać wcześniejszą śmierć. Zgodnie z moralnym argumentem przeciwko udzielaniu pomocy w popełnieniu samobójstwa, nigdy nie zdołamy uzyskać absolutnie przekonujących informacji, z których wynikałoby niezbicie, iż dana osoba wyraża ugruntowaną wolę śmierci. Skąd właściwie wiemy, o co prosi człowiek, gdy prosi o śmierć. Osoby chore terminalnie znajdują się zazwyczaj, zarówno pod względem fizycznym, jak i emocjonalnym, w sytuacji upokarzającej i są rzeczywiście osłabione, z definicji więc rzadko tylko potrafią naprawdę kompetentnie ocenić, czy ich życie jest coś warte czy nie. Ludzie nie żyją przecież w próżni społecznej a jakość relacji z członkami rodziny miewa nierzadko istotny wpływ na ocenę możliwości popełnienia samobójstwa. Ktoś może się czuć w swojej rodzinie wyobcowany, na przykład wskutek trudności w komunikacji wywołanych cierpieniem lub chorobą; ktoś inny chce uwolnić bliskich od ciężaru opieki nad nim. Sama zgoda rodziny na czyjeś samobójstwo już na pierwszy rzut oka nasuwa przypuszczenie, iż prośba nie jest rzeczywiście dobrowolna: decyzja taka mogła być przecież spowodowana przymusem albo innymi subtelnymi sposobami wywierania wpływu na chorego. Im bardziej argument jakości życia jest głęboko zakorzeniony w kulturze, tym bardziej obniża pozytywną samoocenę ludzi słabych i chorych. Życie ludzkie uważane jest za wartość tylko wtedy, gdy związane jest z sukcesami i stanowi źródło przyjemności. Jeśli niesie ze sobą cierpienie i ból, wtedy jawi się jako ciężar, od którego trzeba się za wszelką cenę uwolnić. Gdy zaś nie ma innej możliwości, trzeba położyć kres życiu przez eutanazję. Życie, które jest święte, przestaje nim być gdy jego jakość się obniża. Możliwość eutanazji może zatem oznaczać także presję społeczeństwa i opinii publiczne.

Legalizacja eutanazji niszczy wartości moralne. Gdy umieranie staje się ceremonią szpitalną, więź bliskich z umierającym i odpowiedzialność za to, jak umiera, coraz bardziej słabnie. Odsuwamy się od umierających, oni zaś z tego powodu cierpią jeszcze bardziej, a im bardziej cierpią, tym bardziej się od nich odsuwamy. Życie, obok prawdy i wolności, należy do najważniejszych wartości etycznych naszego kręgu kulturowego. Dzięki tym wartościom nasze społeczeństwa funkcjonują. 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 [14].

Życie jest samo sobie dobrem. Jest ono owocem stwórczej miłości boga i darem dla człowieka, którym może on rozporządzać jedynie z uwzględnieniem absolutnego prawa

Ofiarodawcy do decydowania o życiu. Prawo to zawiera się w fakcie, ze stworzony człowiek jest obrazem i podobieństwem Boga. Życie ludzkie jako wyłączne dzieło Boga, posiada cechy przekraczające materialny i doczesny wymiar rzeczywistości. Jest życiem duchowym świadomym siebie, zdolnym odkrywać prawdę o sobie i sens zawarty w swoim istnieniu i wreszcie jest zdolne do autonomicznych decyzji i wyborów. Z tego względu ze człowiek "jest w świecie objawieniem boga, znakiem jego obecności, śladem jego "jaśnieje w nim odblask rzeczywistości samego Boga" to każdy zamach na brak szacunku wobec niego jest zamachem na samego Boga. Dlatego tez czynem wewnętrznie złym, którego potępienie przypomniał i potwierdzi w encyklice Evangelium Vitae Jan Paweł II w sposób szczególnie wyrazisty: eutanazja jest poważnym naruszenie Prawa Bożego jako moralnie niedopuszczalne i dobrowolne zabójstwo osoby ludzkiej. Doktryna ta jest oparta na prawie naturalnym i na słowie Bożym spisanym, jest przekazana przez Tradycje Kościoła oraz nauczana przez magisterium zwyczajne i powszechne [17].

Papież Jan Paweł II wskazuje w swojej encyklice *Evangelium Vitae* alternatywy dla eutanazji. We współczesnej medycynie coraz większe znaczenie zyskują tak zwane „terapie paliatywne”, których celem jest złagodzenie cierpienia w końcowym stadium choroby i zapewnienie pacjentowi potrzebnego mu ludzkiego wsparcia [13]. Opieka paliatywna czyli hospicyjna oparta jest na kilku powszechnie przyjętych zasadach. Leczenie ukierunkowane jest na wielorakie objawy choroby nowotworowej. Oznacza to że terapia ma na celu opanowanie cierpienia przy zachowaniu przytomności umysłu w ostatnim okresie życia. Zwraca się szczególna uwagę na sferę psychiczną i duchową, gdyż chory nie cierpi tylko w wyniku dolegliwości somatycznych. Źródłem cierpienia bywa także strach, poczucie osamotnienie, bezradności. Zwraca się uwagę na terapeutyczna role rozmowy. A gdy jest to niemożliwe członkowie zespołu opiekującego się pacjentem udzielają wsparcia poprzez swoja obecność przy umierającym. Trzeba zrobić wszystko by zmarł godnie. Pacjent zawsze traktowany jest jako osoba nie tylko jednostka chorobowa czy przedmiot. W opiece paliatywnej kładziony jest nacisk na warunki socjalno- bytowe, na prawo chorego do podejmowania decyzji dotyczących leczenia, na prawo do godnej śmierci i godnego życia do końca. Integralną częścią opieki jest troska o rodzinę w trakcie jego choroby a także i po śmierci. Centralnym zadaniem w medycynie paliatywnej jest opanowanie bólu od początku leczenia [17].

Podsumowanie

W pracy podjęta została próba przedstawienia zjawiska eutanazji z uwzględnieniem szczególnej jej formy jaką jest samobójstwo wspomagane. Praca miała na celu przedstawienie

organizacji oferujących tego typu usługi, ich struktury organizacyjnej, założeń, działalności. Została także poruszona kwestia zagrożeń płynących ze strony działalności tych organizacji poprzez naświetlenie niebezpieczeństw stosowania eutanazji. Zwolennicy eutanazji odwołują się do zasady autonomii osobistej oraz wolności wyboru. Twierdzą że każdy ma prawo podjąć decyzje jak chce żyć i jak długo ma to życie trwać. Uważają że każdy człowiek ma prawo wybrać moment swoje śmierci, odebranie tego prawa jest zamachem na ich autonomie. Sądzą że obwarowanie eutanazji aktami prawnymi pozwoli zapobiegać nadużyciom. Jednak pomimo regulacji prawnych wciąż docierają do nas informacje na temat niesłusznie zastosowanej eutanazji w stosunku do osoby zdrowej. Istnienie opisanych w pracy organizacji niesie ze sobą ryzyko nadużyć, segregacji ludzi, próby wskazania czyje życie jest wartościowe, a czyje nie. Przedstawiciele tych organizacji nie dopuszczają do siebie wartości jaką jest ludzkie życie, jego świętość i nienaruszalność niezależnie od stanu zdrowia człowieka, dolegliwości fizycznych czy psychicznych, statusu majątkowego czy społecznego. Jako rozwiązanie wobec ludzkiego cierpienia i pragnienia śmierci będącego często wołaniem o pomoc oferują eutanazje. Eutanazje, którą jej zwolennicy traktują jako prawdziwe wsparcie dla człowieka cierpiącego, pomoc w rozwiązaniu problemów samego chorego, a także jego rodziny. Jednak eutanazja nie jest rozwiązaniem, jest to próba ucieczki przed cierpieniem i odpowiedzialnością za los bliskiej osoby. Magisterium Kościoła zdecydowanie sprzeciwia się takim sposobom postępowania wskazując alternatywne metody walki z cierpieniem, Kluczem jest całościowa opieka sprawowana nad chorym. Troska nie tylko o jego stan zdrowia, ale także o niego samego, jego samopoczucie nie tylko fizyczne ale i psychiczne.

Trudów takiej opieki podejmuje się medycyna paliatywna oraz pomoc hospicyjna. Niesie ona wsparcie zarówno chorym jak i członkom ich rodzin w trakcie trwania choroby, a także podczas żałoby. Pomaga zniwelować przykre dolegliwości, udziela pomocy zarówno medycznej, jak i psychologicznej, a także duchowej. I właśnie ta duchowa pomoc ma w opiece nad chorym ogromne znaczenie. Jest ona często źródłem odpowiedzi na nurtujące chorych pytanie: dlaczego ja?. Człowiek wierzący dzięki wsparciu osób duchownych może odnaleźć pozytywny sens swojego cierpienia poprzez porównanie własnych trudów choroby z cierpieniem Chrystusa podczas śmierci na Krzyżu. Wsparcie które zapewnia opieka hospicyjno- paliatywna jest sposobem na walkę z eutanazją. Opieka ta pozwala pacjentowi spokojnie i z godnością umrzeć, nie podejmując heroicznej walki mogącej przekształcić się w terapię uporczywą. Zezwala na śmierć wtedy kiedy następuję odpowiednia chwila, chwila którą wyznacza Bóg a nie człowiek.

„Nikt zaś z nas nie żyje dla siebie i nikt nie umiera dla siebie: jeżeli bowiem żyjemy, żyjemy dla Pana; jeżeli zaś umieramy, umieramy dla Pana. I w życiu więc i w śmierci należymy do Pana" (list do Rzymian 14,7-9)

Piśmiennictwo

1. Szeroczyńska M.: Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie. Universitas, Kraków, 2004.
2. Dziedzic J.: Eutanazja. Muszala A.: Encyklopedia Bioetyki. POLWEN, Radom, 2007.
3. Eutanazja a etyczne podstawy medycyny stanów terminalnych, w: M. Gałuszka i K. Szewczyk (red.), Narodziny i śmierć. Bioetyka kulturowa wobec stanów granicznych życia ludzkiego, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa - Łódź, 2002.
4. Ustawa z dn. 6 czerwca 1997, Kodeks Karny (Dz. U. z dnia 2 sierpnia 1997 r., rozdział XIX, art. 150, 151.
5. Ustawa o nadzorze zakończenia życia na żądania i pomocy w samobójstwie, znowelizowany projekt ustawy. Holandia, 28 listopada 2000 r.
6. Michałek-Janiczek A.: Legalizacja eutanazji i samobójstwa wspomaganego w Luksemburgu. Problemy Współczesnego Prawa Międzynarodowego, Europejskiego i Porównawczego, vol. VIII, 35-48. http://www.europeistyka.uj.edu.pl/documents/3458728/be53a04f-b18a-4a25-962e-e4e6ab7f179b, data pobrania 24.04.2014.
7. Oregon's Death with Dignity Act: The First Years' Experience New Engl J Med, Oregon Health Division, 1999.
8. Rybaczyk M.: Umrzeć po szwajcarsku. Przekrój, 2006, 3.
9. Rybińska A.: Dignitas chce zabijać zdrowych ludzi. Rzeczpospolita, 10.2010. http://www.rp.pl/artykul/551863.html, data pobrania 1.04.2014.
10. Karolkiewicz.: Zobaczyć Szwajcarię i umrzeć. Przegląd. 37.2001. http://www.przeglad-tygodnik.pl/pl/artykul/zobaczyc-szwajcarie-umrzec, data pobrania 1.04.2014.
11. Zapała D.: Unicestwienie Boskiego Daru. Nowe Życie, 06.2001, http://www.nowezycie. archidiecezja.wroc.pl/numery/062001/03.html, data pobrania 1.04.2014.
12. http://exitinternational.net/ , data pobrania 1.04.2014.
13. Jan Paweł II.: Encyklika Evangelium Vitae, O wartości i nienaruszalności życia ludzkiego. Watykan, 1995.
14. Peplińska D.: Eutanazja- zagrożenie współczesności. Katolik, 2007, 12.
15. Bołoz W.: Nasze życie to także wartość dla innych. Hospicjum to też życie, 2008.

16. Umiastowski J.: Opieka paliatywna jako alternatywa dla eutanazji. Służba Życiu, 2003,1,16–17.
17. Gryz K., Mielec B.: Chrześcijaństwo wobec eutanazji. Wyd. św. Stanisława Archidiecezji Krakowskiej. Kraków, 2007, 27.

Leszczyńska Małgorzata[1], Rolka Hanna[1,2], Kowalewska Beata[1,2], Klimaszewska Krystyna[1,2], Jankowiak Barbara[1,2], Krajewska-Kułak Elżbieta[2], Kondzior Dorota[2]

Społeczna ocena eutanazji w opinii duchownych kościoła katolickiego – badania wstępne

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

Wstęp

Dyskusja wokół szeroko pojmowanej problematyki dotyczącej eutanazji przybrała obecnie ogromne rozmiary. Problematyka ta jest żywo dyskutowana jest na całym świecie. Eutanazja stanowi bowiem jedno z najtrudniejszych zagadnień moralnych, z jakimi przyszło zmagać się człowiekowi [1].

Każda religia poszukuje odpowiedzi na pytania dotyczące cierpienia i śmierci. Sensem cierpienia jest kara, a ta może być odjęta tylko przez Boga. Odebranie człowiekowi życia, jest w istocie zamachem na Boga i jego sprawiedliwość, dlatego też, wszystkie religie potępiają eutanazję. Zagadnienie eutanazji było ważnym problemem również dla Papieża Jana Pawła II, który podczas swego pontyfikatu odniósł się do tego zagadnienia w opublikowanej w marcu 1995 roku encyklice „Evangelium Vitae". Porusza ona zagadnienie moralnego nauczania Kościoła na temat poszanowania ludzkiego życia. Jan Paweł II pisze: *„(...)potwierdzam, że eutanazja jest poważnym naruszeniem Prawa Bożego jako moralnie niedopuszczalne dobrowolne zabójstwo osoby ludzkiej"* [2].

Prawo Żydowskie odrzuca wszelkie środki, które zmierzają do skrócenia ludzkiego życia. Współczesne autorytety rabinackie zezwalają na podawanie środków uśmierzających ból, nawet jeśli w znacznym stopniu skracają one życie śmiertelnie chorego, zakazują natomiast podawania środków, które przyspieszają śmierć oraz podejmowania działań medycznych sztucznie podtrzymujących życie.

Punktem wyjścia tradycyjnej etyki deontologicznej była teza głosząca świętość życia. Obecnie, w konsekwencjalistycznych teoriach coraz częściej pojawia się problem jakości życia jako wartości, która może być ważniejsza aniżeli samo życie. Prowadzi to jednocześnie do prób określenia poziomu cierpienia pacjentów na etapie terminalnym choroby, które upoważniałoby lekarza do zadania im śmierci [1].

Kontrowersje wokół eutanazji dotyczą nie tylko jej wymiaru biologiczno-medycznego, ale przede wszystkim wymiaru kulturowego. Próby zmiany struktury etyki

zmierzają w takim kierunku, aby mogła ona zaakceptować „moralność eutanazji". Próby te budzą jednak wiele sprzeciwów i kontrowersji. Nie można jednak stwierdzić, że jest to przejściowa moda lub trend. Takie są bowiem potrzeby, dylematy współczesnego społeczeństwa. Rozwój medycyny aparaturowej sprawił, że możliwe stało się bardzo długie podtrzymywanie gasnącego życia. To dobrodziejstwo staje się nie rzadko dla pacjenta prawdziwą torturą fizyczną i psychiczną. Powstaje dylemat, czy uznać należy prawo pacjenta do decydowania o swoim życiu i śmierci, czy też w społecznym interesie ochrony życia człowieka należy ratować życie pacjenta także wbrew jego woli [3].

Problem eutanazji jest powszechnie poruszany przez państwa. Coraz częściej o eutanazji mówią publicyści, politycy i prawnicy. W mediach odbywają się na ten temat publiczne debaty. Aktualność tematyki stała się też wyzwaniem dla wielu uczonych do podjęcia badań w tej dziedzinie. Pojawiają się także publikacje ukazujące bezsens i niebezpieczeństwo stosowania praktyk eutanastycznych [3,4].

Cel pracy

Niniejsze badanie stanowi próbę zbadania opinii społecznej, w szczególności opinii duchownych Kościoła Katolickiego na powyższy temat.

Celem pracy było:

- Zbadanie opinii na temat dylematu etycznego stosowania eutanazji w Polsce.
- Poznanie opinii badanych dotyczących legalizacji eutanazji i dopuszczalności jej zastosowania.
- Poznanie argumentów badanych wyznania katolickiego dotyczących ewentualnego zastosowania eutanazji w sytuacji osób chorych krytycznie.

Materiał i metoda

W niniejszej pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego i dla potrzeb badań skonstruowano autorski kwestionariusz ankiety.

Ankieta, którą posłużono się zawierała 20 pytań o charakterze pytań zamkniętych. Kilka pytań pozwalało badanym na indywidualizację odpowiedzi i wyrażenie odrębnej opinii. Kwestionariusz ankiety zawierał pytania standardowo stosowane w ogólnopolskich badaniach dotyczących społecznej oceny eutanazji. Miał on umożliwić m.in. zbadanie subiektywnego stanowiska ankietowanych wobec problemu eutanazji, rozumienia tego pojęcia, możliwości oraz przewidywanych skutków legalizacji eutanazji w Polsce.

Badania przeprowadzono w Zgromadzeniu Sióstr Miłosierdzia Św. Wincentego a Paulo Prowincji Warszawskiej oraz w Wyższym Metropolitalnym Seminarium Duchownym Archidiecezji Warszawskiej. Badaniem objęto 100 osób. Badane osoby stanowiły

zróżnicowaną grupę pod względem wieku. Najliczniej reprezentowany był przedział wiekowy 20 – 30 lat (72 % ankietowanych). Tylko dwie badane osoby miały powyżej 60 lat.

Wyniki

Badaniem objęto 100 osób. W badanej grupie znalazło się 50 kobiet oraz 50 mężczyzn. Badane osoby stanowiły zróżnicowaną grupę pod względem wieku. Najliczniej reprezentowany był przedział wiekowy 20 – 30 lat (72% ankietowanych). Tylko dwie badane osoby miały powyżej 60 lat.

Zgodnie z przyjętą procedurą badania skonstruowany autorski kwestionariusz wywiadu zawierał w części szczegółowej pytania celowe. Udzielone odpowiedzi na te pytania przez badanych miały na celu poznanie stanowiska duchownych Kościoła Katolickiego wobec eutanazji.

Ankietę otwierało pytanie na temat istoty eutanazji. Respondenci mieli do wyboru jedną z trzech możliwości wymienionych w pytaniu. Poniżej zaprezentowano uzyskane odpowiedzi – w pierwszej kolumnie podano wyniki badania przeprowadzonego w Zgromadzeniu Sióstr Miłosierdzia, w drugiej – w Wyższym Seminarium Duchownym (Tabela 1).

Tab. 1. Rozumienie pojęcia eutanazji wśród ankietowanych Sióstr Miłosierdzia prowincji warszawskiej oraz diakonów Wyższego Seminarium Duchownego Archidiecezji Warszawskiej

Odpowiedź	Zgromadzenie Sióstr Miłosierdzia	Wyższe Seminarium Duchowne
Eutanazją są wszelkie intencjonalne (celowe) działania przyczyniające się pośrednio czy bezpośrednio do nienaturalnej i przedwczesnej śmierci, dokonane za zgodą, na żądanie pacjenta lub z mocy prawa.	56 %	48 %
Eutanazja to uśmiercanie człowieka, np. nieuleczalnie chorego, na jego żądanie lub pod wpływem współczucia dla niego, przez podanie trucizny, śmiertelnej dawki leku lub wykonanie zabiegu	20 %	16 %
Eutanazja stanowi zabójstwo człowieka na jego żądanie lub pod wpływem współczucia dla niego.	24 %	36 %

Kolejne pytanie dotyczyło określenia, za pomocą którego najtrafniej można opisać eutanazję. 48% ankietowanych Sióstr Miłosierdzia eutanazję określa jako „śmierć z litości”, 36% - jako „wspomagane samobójstwo”, 8% - jako łatwą śmierć, po 4% uzyskały odpowiedzi „śmierć z wyboru” oraz „szybka śmierć”. Podobnie przedstawiają się wyniki ankiety przeprowadzonej w Wyższym Seminarium Duchownym. 56% diakonów eutanazję

określiłoby jako „śmierć z litości”, 24 % jako „wspomagane samobójstwo”, 16% jako „łatwą śmierć”, 4% jako „szybką śmierć”.

Przedmiotem zainteresowania dwóch wyżej wymienionych pytań był stosunek ankietowanych do eutanazji. Część sugerowanych odpowiedzi miało bowiem zdecydowanie negatywne konotacje, pozostałe – nieco bardziej pozytywne, stosowane raczej przez zwolenników eutanazji. Nie dziwi zatem fakt, że ankietowani wybierali przede wszystkim określenia negatywne, zaskoczeniem natomiast może być rozbieżność uzyskanych odpowiedzi.

W kolejnym pytaniu ankietowanych poproszono o określenie kogo może dotyczyć eutanazja. Wyniki zaprezentowano w Tabeli 2.

Tab. 2. Osoby, których zdaniem ankietowanych Sióstr Miłosierdzia prowincji warszawskiej oraz diakonów Wyższego Seminarium Duchownego Archidiecezji Warszawskiej może dotyczyć eutanazja

Odpowiedź	Zgromadzenie Sióstr Miłosierdzia	Wyższe Seminarium Duchowne
osoby w podeszłym wieku	24 %	12 %
niepełnosprawnego	0 %	0 %
osoby przewlekle chorej	8 %	0 %
osoby nieuleczalnie chorej	28 %	22 %
każdego człowieka	40 %	66 %

W dwóch kolejnych pytaniach ankietowanych poproszono o wskazanie, czy pozbawienie życia osoby nieuleczalnie chorej na jej prośbę, może być w pewnych okolicznościach usprawiedliwione, a jeśli tak to jakie argumenty usprawiedliwiają dokonanie eutanazji. Zdaniem 92% Sióstr Miłosierdzia eutanazja nie może być usprawiedliwiona przez żadne okoliczności; 96% ankietowanych kobiet odrzuca wszelkie argumenty mające na celu jej usprawiedliwienie. 8% ankietowanych nie ma jednolitego poglądu w tej sprawie; 4% ankietowanych kobiet jako usprawiedliwiający eutanazję (co może wydawać się trochę zaskakujące i należy przypuszczać, że jest rezultatem niezrozumienia pytania) wskazuje argument autonomii jednostki.

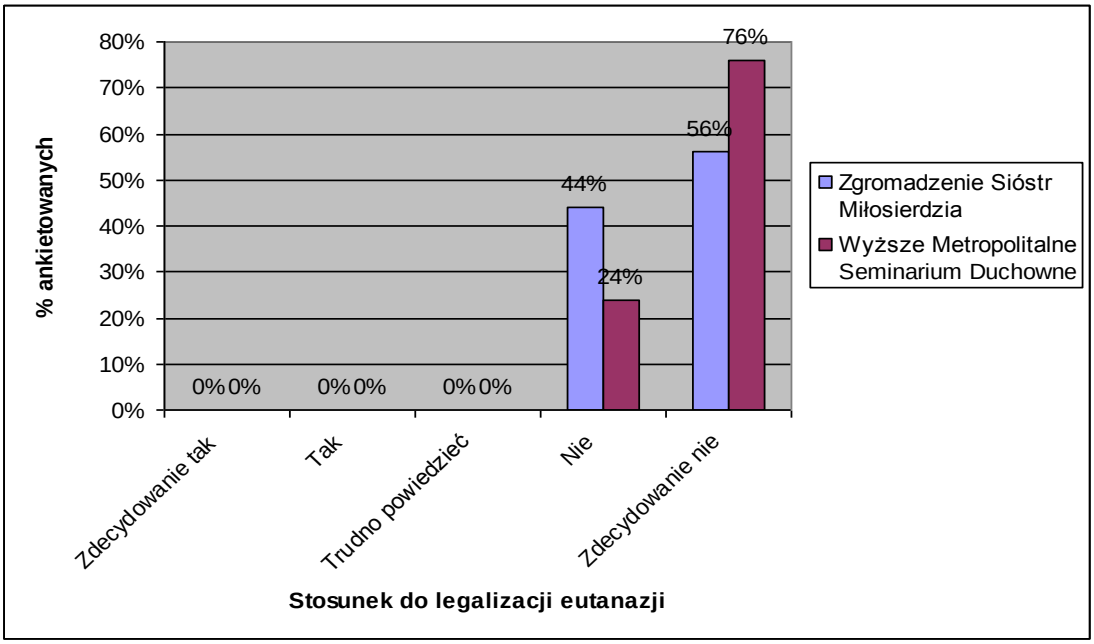
Jednomyślnych odpowiedzi na powyższe pytania udzielili diakoni Wyższego Seminarium Duchownego. 100% ankietowanych seminarzystów uważa, że w żadnym

wypadku nie można usprawiedliwić eutanazji. Wszyscy ankietowani zgadzają się również co do tego, że żaden z przytoczonych argumentów nie usprawiedliwia dokonania eutanazji.

Uczestników badania poproszono o wyjaśnienia pojęcia „godna śmierć". Wszyscy ankietowani odpowiedzieli jednomyślnie, że za godną śmierć można uznać jedynie śmierć naturalną.

W opinii badanych zdecydowanie dominował pogląd, że pomiędzy eutanazją a samobójstwem nie istnieje żadna moralna różnica. Za taką odpowiedzią opowiedziało się 96 % ankietowanych Sióstr Miłosierdzia oraz 100% ankietowanych seminarzystów. Wielu uczestników badania na poparcie swej tezy wskazywało, że obydwa te czyny stanowią zabójstwo, które jest sprzeczne z prawem Bożym.

Badani mogli również zadeklarować swoje stanowisko w sprawie legalizacji eutanazji. Należy stwierdzić, że jest ono zdecydowanie negatywne. Uzyskane odpowiedzi zaprezentowano na poniższej Rycinie 1.



Ryc. 1 Stosunek Sióstr Miłosierdzia prowincji warszawskiej oraz diakonów Wyższego Seminarium Duchownego diecezji warszawsko-praskiej do legalizacji eutanazji

Wśród możliwych skutków legalizacji eutanazji ankietowani wymieniali najczęściej:

- brak szacunku do życia ludzkiego (52% Sióstr Miłosierdzia i 64% seminarzystów),
- niebezpieczeństwo uczynienia z eutanazji rutynowego zabiegu, uwolnienie lekarzy od wrażliwości i moralnych rozterek, brak zaufania do osoby lekarza, obniżeniu prestiżu społeczności lekarskiej (28% Sióstr Miłosierdzia i 32% seminarzystów),

- niebezpieczeństwo zbyt częstego korzystania z tego typu rozwiązania (20% Sióstr Miłosierdzia i 4% seminarzystów).

Większość z ankietowanych postrzega eutanazję jako problem religijny, chociaż pojedyncze osoby pojmują ją bardziej w kategoriach problemu społecznego czy też etycznego.

Z odpowiedzi uzyskanych na kolejne pytanie wynika, że ankietowani mieli problem z oceną stosunku Polaków do eutanazji. W opinii badanych nikt nie ma prawa decydować o dokonaniu eutanazji. Zarówno Siostry Miłosierdzia jak i seminarzyści byli zgodni w tym zakresie. Część z ankietowanych swoją opinię uzasadniała argumentem, zgodnie z którym jedynie Bóg może decydować o zakończeniu ludzkiego życia. W kolejnym podpunkcie ankiety zapytano o sytuację, w jakiej ankietowany zgodziłby się na dokonanie eutanazji. 92% ankietowanych Sióstr Miłosierdzia oraz 98% ankietowanych diakonów Wyższego Seminarium Duchownego w żadnym wypadku nie zgodziłoby się na dokonanie eutanazji. 4% sióstr dopuszcza taką ewentualność w przypadku śmierci klinicznej, 4% - w przypadku, gdy życie wcześniaka będzie możliwe tylko dzięki wspomaganiu przez aparaty. Z koli wśród seminarzystów taką ewentualność dopuszcza 2% ankietowanych - w przypadku, gdy życie jest podtrzymywane w sposób sztuczny. W kolejnym pytaniu zapytano ankietowanych o stosunek do osób ciężko chorych. Wyniki zaprezentowano w Tabeli 3.

Zdaniem ankietowanych osoby nieuleczalnie chore powinno się leczyć mimo małych szans na wyzdrowienie (52% Sióstr Miłosierdzia i 64% seminarzystów) oraz powinno się traktować tak samo jak innych pacjentów (48% Sióstr Miłosierdzia i 36% seminarzystów).

Zgodnie z deklarowanymi stanowiskami ankietowanych zdecydowana większość z nich nie zgodziłaby się na dokonanie eutanazji w stosunku do nieuleczalnie chorego członka rodziny, jak również nie chciałaby, aby lekarze spełniali wolę cierpiących chorych podając im środki powodujące śmierć. Zdaniem ankietowanych prawo nie powinno zezwalać również na stosowanie bezbolesnych środków skracających śmierć.

Podsumowując uzyskane w drodze badania wyniki można stwierdzić, że w społeczeństwie polskim znajdują się zarówno zwolennicy, jak i przeciwnicy eutanazji.

Z przeprowadzonych badań wynika jednoznacznie, że tendencje widoczne w społeczeństwie nie mają swojego odbicia wśród przedstawicieli stanu duchownego. Przeprowadzona w dwóch polskich zgromadzeniach ankieta pozwala na jednoznaczne stwierdzenie, że bez względu na wiek, płeć i przynależność do określonej formacji, jej członkowie są zdecydowanie przeciwni eutanazji.

Tab. 3. Stosunek ankietowanych Sióstr Miłosierdzia prowincji warszawskiej oraz diakonów Wyższego Seminarium Duchownego Archidiecezji Warszawskiej do osób ciężko chorych

Odpowiedź	Zgromadzenie Sióstr Miłosierdzia	Wyższe Seminarium Duchowne
Widząc cierpienie osoby ciężko chorej współczuję jej i uważam, że trzeba szukać wszelkich sposobów pomagających zmniejszyć ból fizyczny i psychiczny (pomoc lekarska, wsparcie psychiczne).	92 %	98 %
Widząc cierpienie osoby ciężko chorej współczuję jej i uważam, że powinno się skrócić to cierpienie, jeśli ta osoba wyrazi na to zgodę.	0 %	0 %
Trudno powiedzieć.	8 %	2 %
Inny	0 %	0 %

Powyższe dane choć pochodzą od małej próby i nie są w pełni reprezentatywne, jednak są autentyczne i zasługują na pozytywną opinię. Może to oznaczać, iż mimo przyjaznego klimatu medialnego sprzyjającemu upowszechnianiu eutanazji, polski Kościół Katolicki nie oswoił się z omawianym zagadnieniem.

Dyskusja

Kwestia eutanazji i jej dopuszczalności jest niewątpliwie trudnym i złożonym zagadnieniem o charakterze etycznym. Z jednej strony pojawiają się argumenty na rzecz życia jako najwyższej wartości oraz obowiązku jego poszanowania od poczęcia do naturalnej śmierci, z drugiej natomiast przywoływane są uzasadnienia dotyczące wolnej woli człowieka oraz jego prawa do „godnej" śmierci - bez zbędnych cierpień i podtrzymywania życia, mimo licznych uciążliwości oraz beznadziejnych rokowań medycznych [5].

W Polsce eutanazja jest prawnie zabroniona i traktowana jako przestępstwo zagrożone karą pozbawienia wolności od trzech miesięcy do pięciu lat. Co jakiś czas jednak po nagłośnieniu przez media konkretnych przypadków powraca dyskusja na temat złagodzenia bądź zaostrzenia prawa w tym zakresie. Zwolennicy tzw. dobrej śmierci domagają się przyzwolenia na pewne działania eutanatyczne, tak jak to ma miejsce na przykład w Holandii, Belgii czy Luksemburgu, z kolei przeciwnicy chcą jeszcze ostrzejszego karania tego typu praktyk, traktując je jako zwykłe zabójstwa, oraz domagają się wpisania zakazu eutanazji do Konstytucji RP. Warto jednak zastanowić się co tak naprawdę Polacy rozumieją pod pojęciem eutanazji [6].

Z badań przeprowadzonych przez Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) w listopadzie 2012 r. wynika, że termin eutanazja jest wśród Polaków jednoznacznie kojarzony ze śmiercią. Opisując eutanazję respondenci na ogół posługiwali się określeniami nienacechowanymi emocjonalnie bądź też nieprzesądzającymi o stosunku do eutanazji, takimi jak: śmierć, zakończenie życia, doprowadzenie do śmierci, przerwanie życia, spowodowanie śmierci (44% ankietowanych). Niewielki odsetek badanych (5%) określił eutanazję zabójstwem i tym samym bez wątpienia zakwalifikował ją jako moralnie złą. Wśród udzielonych odpowiedzi pojawiały się również określenia eufemistyczne, takie jak: odejście, uśpienie, łagodna śmierć, mogące świadczyć o pozytywnym stosunku do eutanazji (4 %) [7].

Dokładne przeanalizowanie wyników badań własnych pozwala na stwierdzenie, że zdecydowana większość respondentów określa eutanazję, jako „śmierć z litości". Takiej odpowiedzi udzieliło 48 % ankietowanych Sióstr Miłosierdzia oraz 56% diakonów Wyższego Seminarium Duchownego. Wśród ankietowanych znalazły się także osoby określające eutanazję wprost jako wspomagane samobójstwo (36% ankietowanych Sióstr Miłosierdzia oraz 24% diakonów Wyższego Seminarium Duchownego). Należy zauważyć, że odsetek badanych używających wprost określenia nacechowanego negatywnie w stosunku do eutanazji był zdecydowanie wyższy niż w przypadku respondentów CBOS [8,9].

Z badań CBOS wynika, że kwestia dopuszczalności eutanazji wywołuje ogromne kontrowersje. W opinii 43% badanych lekarze powinni spełniać wolę cierpiących, nieuleczalnie chorych, którzy domagają się podania im środków powodujących śmierć. Z poglądem tym nie zgadza się 41% ankietowanych. Pozostały odsetek badanych nie potrafi udzielić jednoznacznej odpowiedzi na to pytanie [7,9].

Zupełnie inaczej wyglądają wyniki badań przeprowadzonych dla potrzeb niniejszej pracy. Stanowisko duchownych Kościoła Katolickiego w sprawie legalizacji eutanazji jest zdecydowanie negatywne. Taką opinię wyraziło 100% ankietowanych.

Niezależnie od rozstrzyganych wcześniej kwestii definicyjnych i oceny dopuszczalności różnych sytuacji odnoszących się do osób nieuleczalnie chorych, bliskich śmierci, cierpiących, respondenci CBOS proszeni byli o wyrażenie swojego ogólnego stosunku do rezygnacji z uporczywej terapii oraz do eutanazji. W obu kwestiach opinie Polaków są podzielone. Blisko połowa badanych (48%) uważa, że w przypadku osoby nieuleczalnie chorej, umierającej powinno się zrezygnować z leczenia w sytuacji, kiedy wiadomo, że nie przyniesie ono efektu, a będzie wzmagać cierpienie chorego i przedłużać jego umieranie. Przeciwnego zdania było 38% respondentów [7].

Zupełnie inne poglądy w omawiany zakresie wyraziły osoby biorące udział w ankiecie przeprowadzonej dla potrzeb niniejszej pracy. W opinii badanych nikt nie ma prawa decydować o dokonaniu eutanazji. Zarówno Siostry Miłosierdzia jak i seminarzyści byli zgodni w tym zakresie. Część z ankietowanych swoją opinię uzasadniała argumentem, zgodnie z którym jedynie Bóg może decydować o zakończeniu ludzkiego życia. Zdaniem ankietowanych osoby nieuleczalnie chore powinno się leczyć mimo małych szans na wyzdrowienie (52% Sióstr Miłosierdzia i 64% seminarzystów) oraz powinno się traktować tak samo jak innych pacjentów (48 % Sióstr Miłosierdzia i 36% seminarzystów).

Z danych uzyskanych w trakcie badania wynika, że 92% ankietowanych Sióstr Miłosierdzia oraz 98% ankietowanych diakonów Wyższego Seminarium Duchownego w żadnym wypadku nie zgodziłoby się na dokonanie eutanazji. 4% sióstr dopuszcza taką ewentualność w przypadku śmierci klinicznej, 4% - w przypadku, gdy życie wcześniaka będzie możliwe tylko dzięki wspomaganiu przez aparaty. Z koli wśród seminarzystów taką ewentualność dopuszcza 2% ankietowanych - w przypadku, gdy życie jest podtrzymywane w sposób sztuczny [9,10]. Krytycy stanowiska dopuszczającego stosowanie eutanazji odwołują się przede wszystkim do etyki personalistycznej, uznającej osobę ludzką za centralną wartość. Kościół jednoznacznie określa eutanazję jako czyn niegodziwy.

Z przeprowadzonych badań wynika jednoznacznie, że tendencje widoczne w społeczeństwie nie mają swojego odbicia wśród przedstawicieli stanu duchownego. Przeprowadzona w dwóch polskich zgromadzeniach ankieta pozwala na jednoznaczne stwierdzenie, że bez względu na wiek, płeć i przynależność do określonej formacji, jej członkowie są zdecydowanie przeciwni eutanazji.

Eutanazja wywołuje dwie skrajne postawy-burzliwe dyskusje wokół moralnych i etycznych aspektów zagadnienia oraz kwestie regulacji prawnych dotyczących prób legalizacji praktyk eutanastycznych, które spotykają się z aprobatą lub skrajnym potępieniem. Dyskusję dotyczącą analizowanego aspektu należy zakończyć rozważaniem na temat dopuszczalności praktyk eutanastycznych. Dyskusje na temat omawianego problemu są podejmowane w wielu krajach Europy i świata. Holandia pozostaje wyjątkiem, a poza Europą Oregon Death with Dognity Act dopuszcza praktyki asystowania przez lekarza w dokonaniu eutanazji. Ustawodawstwa pozostałych państw nadal zabraniają stosowania praktyk eutanastycznych. Analizując problem eutanazji należy odnieść się do rezygnacji z uporczywej terapii, która bez wątpienia nie jest formą eutanazji. Powyższą opinię wyraził jednoznacznie Watykan. Papieska Akademia Życia jako towarzystwo naukowe podkreśliła, że „pacjent nie tylko ma prawo odrzucić uporczywą terapię, ale także w niektórych

przypadkach rezygnacja ta jest konieczna. W żadnym razie jednak nie stanowi to nigdy pośredniej formy eutanazji" [11].

Wnioski

Na podstawie analizy badań sformułowano następujące wnioski:

1 Zdaniem duchownych Kościoła Katolickiego w Polsce, niezależnie od ich wieku i płci, eutanazja nie może być usprawiedliwiona w żadnych okolicznościach.
2 Ankietowani jednoznacznie deklarują, że za godną śmierć można uznać jedynie śmierć naturalną.
3 Wszyscy uczestnicy badania sprzeciwiają się legalizacji eutanazji w Polsce.
4 Przedstawiciele Kościoła Katolickiego w Polsce wyrażają zdecydowanie negatywny stosunek do eutanazji.

Piśmiennictwo

1. Galewicz W.: Decyzje o zakończeniu życia [w:] Wokół śmierci i umierania, Galewicz W.: (red.), Wyd. Universitas, Kraków, 2009, 10-67.
2. Rosiński S.: Eutanazja jako forma eugeniki we współczesnej praktyce medycznej, Wyd. Scriptum, Kraków, 2001.
3. Fenigsen R.: Eutanazja. Śmierć z wyboru. W drodze, Poznań, 2002
4. Seroczyńska M.: Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie. Studium prawno-porównawcze, Wyd. Universitas, Kraków, 2004.
5. Aumonier K.: Eutanazja, Wyd. PAX, Warszawa, 2003.
6. Pietrzykowski T.: Spór o eutanazję, Wyd. Sonia Draga, Katowice, 2007.
7. www.cbos.pl, data pobrania 27.03.2014
8. Ks. Śledzianowski J.: Eutanazja – dobra śmierć czy zabójstwo człowieka, Wydawnictwo Jedność, Kielce, 2010.
9. Dziedzic J.: Eutanazja a religijność, Wyd. Universitas, Kraków, 1999.
10. Torska J.: Moralność życia cielesnego, Wyd. UAM, Poznań, 1999.
11. Pontifical Academy for Life. http://www.academiavita.org/ data pobrania 30.04.2014

Klimaszewska Krystyna[1,2], Al – Hameri Irena[3], Jankowiak Barbara[1,2], Rolka Hanna[1,2], Kowalewska Beata[1,2], Kondzior Dorota[1], Kowalczuk Krystyna[1], Krajewska–Kułak Elżbieta[1]

Problemy medyczne, etyczne, moralne i prawne transplantologii

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Instytut Medyczny Państwowej Wyższej Szkoły i Informatyki w Łomży
3. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

Wstęp

Transplantacja to przeszczepianie osobom chorym różnych narządów bądź tkanek, które pochodzą od osób spokrewnionych bądź obcych. Transplantacja to jedna z najważniejszych metod ratowania ludzkiego życia w przypadku, gdy ich organy nie są w stanie wyleczenia.

Początek transplantacji narządów na świecie rozpoczęło się ponad 50 lat temu. Natomiast w naszym kraju program transplantacji rozwijał się bardzo powoli i głównie dzięki pracy osób, które pasjonowały się tą dziedziną medycyny.

Transplantacja jest jedną z najbardziej kontrowersyjnych dziedzin medycyny klinicznej, ponieważ pozwala ratować, przedłużać lub ułatwiać życie osobom, które potrzebują nowego organu do życia. Współczesna transplantologia nieustannie się rozwija. Przeszczepiane są niemal wszystkie narządy, z wyjątkiem mózgu.

Obecne osiągnięcia w zakresie medycyny transplantacyjnej są efektem licznych badań naukowym przeprowadzanych w ostatnim czasie przez bardzo wielu badaczy na całym świecie. Badania te dotyczyły głównie opracowania sposobu i udoskonalania techniki przeszczepiania tkanek i narządów oraz wszelkich rodzajów powikłań i odrzutów przeszczepu.

Rozwinięcie

Przeszczep komórek, tkanek i narządów jest dziś realną, skuteczną, często jedyną drogą leczenia chorych. Zabieg już od ponad pięćdziesięciu lat ratuje życie pacjentom ze schyłkową niewydolnością wielu narządów, ofiarom wypadków oraz cierpiącym na nowotwory układu krwiotwórczego, czy złożone niedobory immunologiczne. Od momentu pierwszej, zakończonej powodzeniem transplantacji nerki, jakiej dokonał Joseph E. Murray w 1954 roku [1], transplantologia jako dziedzina kliniczna uległa ogromnemu rozwojowi. Skutkuje to dzisiaj zarówno podniesieniem skuteczności tej metody terapeutycznej, jak i znacznym rozszerzeniem wskazań do jej zastosowania. Rutynowo wykonuje

się przeszczepy nerki, nerki i trzustki, samej trzustki, wątroby oraz serca. Coraz częściej przedmiotem zabiegów stają się płuca, płuca i serce, a także fragmenty jelita. Powodzeniem zakończyły się również przeszczepy krtani oraz kończyny górnej. Oprócz narządów unaczynionych wykonuje się również transplantacje komórek krwiotwórczych, skóry, zastawek serca, fragmentów kostnych i rogówki oka. Nie bez znaczenia było również ustanowienie norm prawnych regulujących problem pozyskiwania narządów od osób zmarłych i żywych dawców oraz utworzenie wyspecjalizowanych instytucji organizacyjno-koordynacyjnych do spraw transplantacji organów (Eurotransplant, Poltransplant, UNOS).

Chorzy po przeszczepie narażeni są na niebezpieczeństwo odrzucenia przeszczepu oraz powikłania związane z ciągłym przyjmowaniem leków immunosupresyjnych i dlatego powinni posiadać wiedzę oraz umiejętności, które pomogą w radzeniu sobie z nową sytuacją oraz utrzymać organizm w jak najdłuższym stanie zdrowia. Obecnie około 90% chorych po przeszczepie żyje rok, 70% żyje około 5 lat i dzięki rozwojowi medycyny okres ten ciągle wydłuża się [2].

Rys historyczny transplantologii

Historia transplantologii jest bardzo odległa. Wydawać nam się może, że przeszczepianie narządów jest wysiłkiem na miarę XXI wieku. Nic bardziej mylnego. Już w starożytności przeprowadzano eksperymentalne zabiegi, które miały na celu wzbogacenia ciała ludzkiego w nadprzyrodzone zdolności. Niejednokrotnie podejmowano próby stworzenia postaci o cechach nieśmiertelności.

W chrześcijańskiej Europie za patrona transplantologii podawani są święci bracia Kosmę (Kuźmę) i Damiana – medycy z Cylicji żyjący w III wieku. Skupiali się przede wszystkim na stosowaniu bezinteresownej medycy wśród ludzi ubogich w imię miłości do bliźniego. Cudowne uzdrawiania było dla nich zajęciem dnia powszechnego. Najbardziej zapamiętanym wydarzeniem z ich działalności było dokonanie przeszczepienia kończyny dolnej pobranej ze zwłok cierpiącemu na gangrenę [3].

Za patronkę transplantologii uważa się także świętą Agatę z Katanii. Doznała przed śmiercią cudownego uzdrowienia przez świętego Piotra. Polegało ono na przywróceniu odciętych piersi (replantacji).

Historia transplantologii jest zdecydowanie odległa. Pierwsze zabiegi datuje się na X wiek p.n.e., gdzie w starożytnych Indiach lekarze wymyślili niezwykłą metodę odtwarzania nosów złoczyńcom i jeńcom wojennym. Pobierając skórę z czoła, nacinali ją tak, że pomiędzy brwiami pozostawała złączona z tkanką, dzięki czemu odcinany płat był nadal ukrwiony. Odwracano go i przyszywano w miejsce brakującego nosa. Metodę stosowana była jedynie

w Indiach. Dopiero w roku 1557 chirurg z Bolonii Gaspare Tagliacozzi wzorując się na starożytnych Indiach opracował własną metodę odtwarzania nosa ze skóry pobranej z przedramienia [4].

Długo, olbrzymią zagadką dla lekarzy było zjawisko odrzucania przeszczepów od obcych dawców. W 1924 r. dr Emil Holman z Bostonu doszedł do wniosku dzięki obserwacji przeszczepianej dzieciom ich własnej skóry oraz skóry ich matek, że skoro ta druga ulega zniszczeniu, a pierwsza doskonale się goi, to oznacza to, iż przeszczep od obcego dawcy prowadzi do wytworzenia się w organizmie przeciwciał niszczących graft. Na odkrycie, jak je powstrzymać, trzeba było jednak czekać jeszcze kilkadziesiąt lat [4].

W czerwcu 1950 r. w Chicago chirurdzy Richard Lawler oraz James West dokonali pierwszego udanego przeszczepu nerki. Dawcą była obca osoba. Pierwszy rodzinny przeszczep nerki, od brata bliźniaka, odbył się w 1954 r. w Bostonie. Kamieniem milowym w transplantacjach serca była pierwsza tego typu operacja na świecie, przeprowadzona przez dr. Christiaana Barnarda w grudniu 1967 r. w RPA. Sukces ten zmotywował polskiego chirurga z Łodzi prof. Jana Molla, który w 1969 r. w asyście wówczas doktora, a dziś profesora Antoniego Dziatkowiaka przeprowadził pierwszy w Polsce przeszczep serca. Operacja skończyła się porażką. Prof. Moll także jako pierwszy w Polsce eksperymentował ze sztucznym sercem i zastosował aparat do krążenia pozaustrojowego [4].

Od tej pierwszej transplantacji serca przez długi czas nie działo się wiele w polskiej transplantologii, przeszczepiano jedynie nerki. Odkrycie w 1975 r. nowego leku immunosupresyjnego – cyklosporyny otworzyło jednak nowe perspektywy. Obudziło też nadzieje w nowym pokoleniu lekarzy. Był wśród nich doc. Zbigniew Religa, który w listopadzie 1985 r. przeprowadził w Zabrzu pierwszą w kraju pomyślną transplantację serca. Ustalenie, kto pierwszy w Polsce dokonał transplantacji nerki dostarcza nieco trudności. We wrześniu 1965 r. doc. Władysław Wrężlewicz, instruowany telefonicznie przez prof. Waldemara Kożuszka, przeszczepił nerkę we Wrocławiu. Pod względem technicznym operacja przebiegła prawidłowo. Nerka podjęła pracę, jednak pacjentka zmarła z powodu obrzęku płuc i niewydolności krążenia. Jedną z operacji przeprowadził w styczniu 1966 r. w Warszawie prof. Jan Niebulowicz. Pacjentka przeżyła do lipca i zmarła na ostre zapalenie trzustki, mając przy tym prawidłowo funkcjonujące nerki [4].

Pierwsza transplantacja dłoni od obcego dawcy odbyła się w 1947 r. w Ekwadorze, ale przeszczep został odrzucony przez organizm biorcy [4].

Ze względu na psychiczne powikłania pooperacyjne na uwagę zasługuje przeszczep dłoni z sierpnia 1998 r. Biorcą był Australijczyk Clint Hallam. Pacjent był bliski obłędu,

nie mógł znieść widoku swojej nowej dłoni. Czuł się, jakby dotykał go ktoś obcy. Po kilku latach próśb, wysyłania e-maili i faksów lekarze w końcu odjęli mu obcą dłoń [4].

Wartym wspomnienia jest szczęśliwie zakończony przeszczep obu dłoni, którego dokonano w Innsbrucku u policjanta Theo Keltza. Prowadzi on odtąd aktywne życie zawodowe, uprawia jazdę na śnieżnym skuterze; wziął również udział w ekspedycji na Antarktydę [4].

W Polsce przeprowadzono dotychczas dwa przeszczepy dłoni, ale wielu lekarzy podchodzi do tych zabiegów sceptycznie. Zastanawiają się, czy dla poprawy jakości życia warto skazywać pacjentów na dożywotnie branie leków immunosupresyjnych, które nie są obojętne dla organizmu [4].

Pierwszy udany przeszczep pojedynczego płuca (przy jednoczesnej transplantacji serca) przeprowadził w 2001 r. prof. Marian Zembala w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu. Cztery lata później dokonał tego równocześnie na obydwu płucach [4].

Pionierem w transplantacji wątroby w Polsce jest natomiast prof. Stanisław Zieliński ze Szczecina, który pierwszy taki zabieg wykonał w grudniu 1987 r. Od tego czasu do końca 2005 r. w Polsce wątrobę przeszczepiono ponad tysiąc razy. To organ o dużych zdolnościach regeneracyjnych, dlatego przeszczepiać można nie tylko całe wątroby pobrane od zmarłych, ale także fragmenty od dawców żywych [4].

Pomysł leczenia szpikiem kostnym zrodził się już ponad sto lat temu. W Polsce pierwsze próby w tej dziedzinie przeprowadzono w 1949 r. Rokiem przełomowym był tu rok 1956, kiedy to dr Donnall Thomas z Nowego Jorku dokonał przeszczepu szpiku od spokrewnionego dawcy [4].

W Polsce pierwszą taką transplantację przeprowadził w 1984 r. w Warszawie prof. Wiesław Jędrzejczak. W 1997 r. w katowickiej Klinice Hematologii po raz pierwszy przeszczepiono zaś szpik od dawcy obcego [4].

Burzliwy rozwój transplantologii pozwala wierzyć, iż ma ona szansę na więcej, a przeszczep może stać się jeszcze powszechniej stosowaną metodą terapii. Taki rozwój wydarzeń byłby najbardziej pożądany przez chorych, dla których każdy dzień jest oczekiwaniem i nadzieją na życie.

Wskazania do transplantacji

Do przeszczepu najczęściej kwalifikowani są chorzy ze schyłkową niewydolnością narządów, u których metoda ta jest jedynym sposobem na wyzdrowienie.

Przeciwwskazania do transplantacji

Duże zapotrzebowanie na narządy zmusza środowisko transplantacyjne w niektórych sytuacjach do złagodzenia kryteriów, które dyskwalifikują dawcę.

- ***przeciwwskazania bezwzględne***: choroby naczyń (cukrzyca, miażdżyca, kolagenoza, amyloidoza), nowotwory złośliwe (z wyjątkiem raka szyjki macicy *in situ*, raka podstawno komórkowego skóry, niektórych guzów mózgu), uogólnione zakażenia o nieznanej etiologii lub niepodające się na zastosowane leczenie, nie można pobrać narządów od osoby zmarłej z HIV-dodatniej, HBV-dodatni dla biorcy niezakażonego wirusem zapalenia wątroby typu B, HCV-dodatni dla biorcy niezakażonego wirusem zapalenia wątroby typu C,
- ***przeciwwskazania względne***: wiek powyżej 70 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, stosowanie środków farmakologicznych, które mogą być toksyczne dla danego narządu, uzależnienie od środków farmakologicznych i alkoholu [1].

Dobór dawcy

Przeszczepianie narządów jest szczególną formą leczenia, ponieważ do wykonania zabiegu potrzebny jest narząd, który jest pobrany najczęściej od osoby zmarłej, rzadziej od osoby żywej spokrewnionej z biorcą [5].

Dawcą może być żywy człowiek oraz zwłoki ludzkie, od których zostały pobrane narządy, komórki lub tkanki. Wyróżnia się dawców:

- potencjalnych – jest to człowiek, u którego rozpoczęto lub ukończono procedurę stwierdzenia śmierci mózgu i nie stwierdzono przeciwwskazań do pobrania narządów,
- prawdopodobnych – jest to człowiek z ciężkim uszkodzeniem mózgu (pierwotnym lub wtórnym), u którego nie stwierdzono bezwzględnych przeciwwskazań,
- z przyzwoleniem na pobranie – jest to człowiek, który za życia nie wyraził sprzeciwu w CRS oraz rodzina i prokurator wyrażają zgodę na pobranie narządów,
- w Polsce prawo dopuszcza następujące formy sprzeciwu na pobranie narządów:
  - *wpis do centralnego rejestru sprzeciwów*
  - *pisemne oświadczenie podpisane własnoręcznie*
  - *ustne oświadczenie, które zostało złożone w obecności przynajmniej dwóch świadków i pisemnie przez nich potwierdzone [6]*.
- zgłoszonego – jest to osoba, która w Poltransplancie założyła kartę dawcy oraz elektroniczny rekord,
- rzeczywistych – jest to osoba, od której pobrano przynajmniej jeden organ,

- wykorzystanych – jest to dawca, którego narząd został przeszczepiony [3].

Zmarły dawca narządów

Zmarły dawca narządów to osoba u której stwierdzono zgon w mechanizmie śmierci mózgowej, narządy mogą być pobrane „przy bijącym sercu" lub nieodwracalnym ustaniu krążenia [1].

Pobieranie narządów od potencjalnych zmarłych dawców przebiega zawsze według ustalonego schematu:

- **Pierwszy krok – identyfikacja oraz zgłoszenie potencjalnego dawcy.** W Polsce dawcy najczęściej wybierani są na oddziałach urazowych, OIOM, ratunkowych, neurologicznych i neurochirurgii. Z oddziałów tych trafia informacja do Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego do Spraw Transplantacji „Poltransplant" o potencjalnym dawcy narządów. Koordynator powinien otrzymać następujące informacje: nazwę szpitala zgłaszającego dawcę, podstawowe dane osobowe chorego, grupę krwi oraz podstawowe dane kliniczne i wyniki badań potencjalnego dawcy, przyczynę zgonu, przebyte choroby, czy wdrożono procedurę stwierdzenia śmierci mózgu oraz informację czy potrzebna jest zgoda prokuratora lub sądu rodzinnego na pobranie narządów. W następnym etapie należy wykonać badania, które wymagane są do ostatecznej kwalifikacji potencjalnego dawcy (należy wykluczyć zakażenia: prątkiem gruźlicy i kiły, pierwotniakiem toksoplazmozy, HIV, HBV, HCV, CMV, niektóre ośrodki wykluczają również EBV i HTLV). Polskie prawo zabrania pobrania narządów od osób o nieustalonej tożsamości, noworodków przed 7 dniem życia, od pacjenta, u którego doszło do zatrzymania krążenia a wcześniej nie rozpoznano śmierci mózgu, oraz osoby, która zgłosiła sprzeciw w CRS [1].
- **Drugi krok – stwierdzenie śmierci mózgu u potencjalnego dawcy.** W Polsce pobranie narządów do przeszczepu możliwe jest po stwierdzeniu trwałego oraz nieodwracalnego ustania pracy mózgu. Śmierć mózgu jest jednoznaczna ze stwierdzeniem zgonu. W Polsce śmierć mózgu rozpoznawana jest na podstawie ustania funkcji pnia, które jest potwierdzone badaniem klinicznym i opiera się na stwierdzeniu: śpiączki, trwałego bezdechu oraz braku odruchów w okolicy unerwienia nerwów czaszkowym (reakcja na światło, odruch rogówkowy, ruchy gałek ocznych, reakcje ruchowe na bodźce bólowe w obrębie twarzy i unerwienia nerwów czaszkowych, odruch wymiotny i kaszlowy, odruch oczno-mózgowy). Badanie wykonywane jest dwukrotnie, w przypadku uszkodzenia pierwotnego w odstępie sześciu godzinnym a przy uszkodzeniu wtórnym badanie kolejne po 24 godzinach. W

procedurze stwierdzenia śmierci mózgu wykorzystywane są badania instrumentalne: EEG, BAEP, SSEP, angiografia mózgowa, scyntygrafia perfuzyjna mózgu, przezczaszkowa ultrasonografia dopplerowska. Zgodnie z obowiązującymi aktami prawnymi śmierć mózgu może stwierdzić komisja, która składa się z trzech lekarzy specjalistów, w tym jeden z nich musi mieć specjalizację z anestezjologii i intensywnej terapii a drugi z neurologii lub neurochirurgii [7, 8].

- **Trzeci krok – opieka nad dawcą narządów.** Celem opieki nad dawcą jest uniknięcie niekorzystnego wpływu różnych czynników (hipowolemia, zaburzenia wentylacji, zakażenia, hipotensja, hipertensja, zaburzenia termoregulacji i hormonalne), które wpłyną na jakość biologiczną narządów. U dawcy monitoruje się: czynność elektryczną serca, ciśnienie tętnicze krwi, utlenowanie krwi, diurezę i temperaturę ciała [6].
- **Czwarty krok – ocena narządów, które mogą być wykorzystane do przeszczepu.** Na tym etapie postępowania z dawcą należy zweryfikować przeciwwskazania bezwzględne oraz względne na podstawie wykonanych badań laboratoryjnych i obrazkowych, wywiadu oraz stanu klinicznego dawcy i badania przedmiotowego [6].
- **Piąty krok – koordynacja procedury pobrania narządów i transportu zespołów pobierających.** Koordynator Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego do Spraw Transplantacji „Poltransplant" decyduje, jakie narządy zostaną pobrane i ustala godzinę pobrania narządów, organizuje transport zespołów transplantacyjnych oraz powiadamia koordynatorów szpitalnych, w których zostaną przeszczepione pobrane narządy. Koordynatorzy szpitalni mają za zadanie skompletowanie dokumentacji dawcy oraz przygotowanie bloku operacyjnego i personelu [6].

Żywy dawca narządów

Od żywego dawcy można pobrać do przeszczepu nerkę, płat płuca, odcinek jelita oraz fragment wątroby lub trzustki. Żywym dawcą może być osoba, która dobrowolnie wyraziła zgodę na oddanie narządu i jest spokrewniona z biorcą, czyli bliźniak monozygotyczny, rodzice i rodzeństwo, krewni lub związana emocjonalnie z biorcą - współmałżonek, rodzice przybrani, konkubent. W przypadku, gdy biorcą jest dziecko a dawcą jeden z rodziców wymagana jest zgoda współmałżonka. Kandydatem na dawcę dla dziecka nie może być rodzic samotnie wychowujący dzieci. W Polsce dopuszczalne jest przeszczepienie narządu od osoby obcej jedynie za zgodą rejonowego sądu rodzinnego. Żywym dawcą narządów może zostać zdrowy dorosły człowiek z identyczną lub zgodna grupą krwi ABO oraz gdy wynik

próby krzyżowej jest ujemny. Wykonywana jest również u dawcy i biorcy ocena zgodności antygenów HLA [1].

Przeszczep narządu od żywego dawcy jest obecnie metodą sprawdzoną i często w oczekiwaniu na odpowiedni narząd jedyną szansą biorcy na wyzdrowienie [1].

Powikłania po transplantacji narządów

Jednym z najczęściej obserwowanym powikłaniem po przeszczepie narządów jest choroba przeszczep przeciw gospodarzowi, która prowokowana jest przez limfocyty znajdujące się w przeszczepionych narządach [9].

Podział odrzucenia przeszczepu w zależności od czasu wystąpienia:

- *odrzucenie nadostre* – występuje kilka minut po wykonanym przeszczepie i ma związek z obecnością przeciwciał w krwi obwodowej biorcy, które skierowane są przeciw antygenom znajdującym się na komórkach śródbłonka naczyniowego narządu dawcy,
- *odrzucenie ostre przyśpieszone* – występuje po 24 godzinach po zabiegu, spowodowane jest obecnością preferowanych przeciwciał w surowicy biorcy
- *odrzucenie ostre* – występuje po kilku dniach lub miesiącach, odpowiedzialne są mechanizmy odpowiedzi immunologicznej typu komórkowego na cudzą tkankę,
- *odrzucenie przewlekłe* – może pojawić się w różnym czasie po wykonaniu przeszczepu i prowadzi do destrukcji oraz utraty przeszczepu [1].

Powikłaniem po zabiegu ortotopowego przeszczepienia serca jest choroba tętnic wieńcowych. Za powstawanie odpowiedzialne są czynniki immunologiczne, które wynikają z różnicy między dawcą a biorcą w układzie HLA oraz nieimmunologiczne takie jak: uszkodzenia niedokrwienne, przewaga układu adrenergicznego czy czynniki ryzyka choroby niedokrwiennej (nadciśnienie tętnicze, otyłość, zaburzenia gospodarki węglowodanowej oraz lipidowej) oraz leczenie immunosupresyjne (glikokortykosteroidy i inhibitory kalcineuryny) [10].

U biorców nerki nowotwory występują 3-5 razy częściej niż w populacji ogólnej, głównym czynnikiem ryzyka powstawania nowotworu jest stosowane leczenie immunosupresyjne oraz współistnienie zakażeń EBV, HCV, HBV i innych [11].

Wiele powikłań po przeszczepie wynika ze stosowania leków immunosupresyjnych, które mogą mieć charakter uniwersalny lub swoisty. Do objawów uniwersalnych należy słoność do limfoproliferacji oraz zakażenia. Objawami specyficznymi dla danej grupy leków są:

- cyklosporyny A i takrolimusu – nadciśnienie, nadmierne owłosienie, rozrost dziąseł, neurotoksyczne, hepatotoksyczne, zwiększone ryzyko zachorowania na cukrzycę,
- sirolimus – może wystąpić małopłytkowość, hypercholesterolemia, hypertrójglicerydemia,
- mykofenolan mofetylu – może wystąpić leukopenia,
- azatiopryna - powoduje przemijające biegunki, ma działanie hepatotoksycznie, działa supresyjnie na szpik kostny, może dojść do leukopenii i małopłytkowości, łysienia, zapalenia trzustki oraz zaburzeń żołądkowo-jelitowych,
- glikokortykosteroidy – mogą powodować wzrost ciśnienia tętniczego, wzrost masy ciała, hiperglikemię, zmniejszają wydzielanie hormonu wzrostu, hamują wydzielanie kalcytoniny [12].

Zagadnienia prawne w transplantologii

Pobranie komórek, tkanek i narządów ze zwłok w celu ich przeszczepienia jest możliwe po stwierdzeniu trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu - śmierci mózgu. Kryteria i sposób stwierdzenia zostały ustalone przez powołanych przez Ministra Zdrowia specjalistów odpowiednich dziedzin medycyny przy uwzględnieniu aktualnej wiedzy medycznej. Śmierć mózgową stwierdza powołana komisja szpitalna złożona z trzech lekarzy specjalistów, w tym co najmniej jednego specjalisty z zakresu anestezjologii oraz jednego z zakresu neurologii lub neurochirurgii. Lekarze wchodzący w skład komisji nie mogą brać udziału w przeszczepianiu, a przed eksplantacją narządu należy sprawdzić, czy potencjalny dawca nie złożył sprzeciwu zgodnie z obowiązującymi, wyżej omówionymi zasadami [13].

Bardziej złożona jest sytuacja, w momencie gdy dawcą narządów jest człowiek żywy. Pobranie komórek, tkanek lub narządów od osoby żywej może nastąpić w sytuacjach, gdy biorca wobec dawcy jest krewnym w linii prostej (rodzice, dzieci, wnuki, dziadkowie), rodzeństwem lub małżonkiem, osobą przysposobioną (adoptowaną), a w przypadkach konieczności pobrania szpiku lub innych regenerujących się komórek lub tkanek mogą one być pobrane także dla innych biorców niż wyżej wymienieni. Pobranie komórek, tkanek i narządów dla osoby bliskiej dawcy, którego nie dotyczą wyżej wymienione stopnie pokrewieństwa, możliwe jest dopiero po wyrażeniu zgody w formie postępowania przez sąd rejonowy w miejscu zamieszkania lub pobytu dawcy. W takich przypadkach sprawy sądowe zostają wszczęte na wniosek kandydata na dawcę, z dołączoną do wniosku zgodą biorcy na przeszczep oraz orzeczeniem lekarza mającego dokonać przeszczepu dotyczącym celowości

i zasadności takiej metody leczenia. Przed pobraniem należy wykonać określone badania lekarskie dawcy w celu nakreślenia, czy ryzyko zabiegu nie przekroczy dopuszczalnych granic dla tego rodzaju interwencji lekarskiej oraz czy pobranie nie spowoduje upośledzenia w znaczący sposób stanu zdrowia dawcy w przyszłości. Kandydat na dawcę musi zostać szczegółowo poinformowany o zabiegu oraz związanym z nim ryzyku, a także typowych następstwach dla stanu jego zdrowia w przyszłości, również o skutkach dla potencjalnego biorcy powstałych w razie wycofania przez dawcę zgody na pobranie narządów. Kandydat na dawcę musi mieć pełną zdolność do czynności prawnych i przed lekarzem ma dobrowolnie wyrazić pisemną zgodę na pobranie [14].

Karygodne i nie dopuszczalne jest żądanie zapłaty lub czerpanie innej korzyści majątkowej za komórki, tkanki i narządy pobrane w celu ich przeszczepienia ze zwłok lub od żywego dawcy. Pozyskiwanie korzyści materialnej w ten sposób oraz uczynienie sobie stałego źródła dochodu z nabywania lub zbywania narządów, komórek lub tkanek pochodzących od żywego dawcy lub ze zwłok ludzkich, a także rozpowszechnianie ogłoszeń o odpłatnym nabyciu, zbyciu lub pośredniczeniu w takich czynnościach podlega karze grzywny bądź pozbawienia wolności [14].

Więcej narządów i tkanek do transplantacji pobieranych jest ze zwłok osób, które za życia nie wyraziły sprzeciwu na pobrania swoich narządów. Organy od takiej osoby mogą być pobrane kiedy wyczerpano wszystkie dostępne środki i metody leczenia oraz stwierdzono komisyjnie śmierć mózgową. Dodatkowo bierze się pod uwagę medyczne przeciwwskazania do pobrania.

Zakończenie

Pacjenci po przeszczepie narządu muszą borykać się z dylematami czy narząd nie zostanie odrzucony, skutkami ubocznymi stosowania immunosupresji. Medycyna dysponuje coraz lepszymi środkami farmakologicznymi, które mają chronić przed odrzutem, jednak nadal wykazują one dużą toksyczność. Działanie leków immunosupresyjnych nie jest wybiórcze, dlatego dochodzi do uszkodzenia zdrowych narządów. Pacjenci narażeni są na infekcje, ponieważ mają zmniejszoną odporność.

Transplantologia nadal budzi wiele kontrowersji i zastrzeżeń wśród ludzi, przyczyną są względy religijne, etyczne, prawne oraz emocjonalne.

Piśmiennictwo

1. Rowiński A. W., Wałaszewski J. E.: Transplantologia kliniczna. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2004.

2. Bulzacka M.: Jakość i organizacja opieki nad pacjentami po przeszczepieniu narządów. Probl. Pielęg., 2008, 16, 54–59.
3. Rowiński W.: Wprowadzenie. Historia medycyny transplantacyjnej [w:] Transplantologia kliniczna, Rowiński W., Wałaszewski J., Pączek L. (red.), Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2004, 21, 24.
4. Antoszkiewicz K., Czerwiński J.: Pobieranie i przeszczepianie narządów w Polsce w 2010 r. Poltransplant Biuletyn Informacyjny 1, 2011, 3-13.
5. Tilney N. L.: Przeszczep. Od mitów do rzeczywistości. Wyd. Index Copernicus International S.A., Warszawa, 2009.
6. Rowiński W., Wałaszewski J., Safjan D., Safjan M.: Problemy etyczno – obyczajowe przeszczepiania narządów. Służba Zdrowia 2002, 75 – 76.
7. Milecka A.: Problemy związane z koordynacją pobierania i przeszczepiania narządów i tkanek. Forum Nefrologiczne 2010, 2, 95-100.
8. Iwańczuk W.: Definicja i rozpoznanie śmierci mózgu: porównanie wytycznych w różnych krajach. Anestezjologia Intensywna Terapia 2006, 2, 97-103.
9. Żelichowski M.: Aspekty prawne transplantacji. Medycyna Praktyczna 2009, 1, 145-147.
10. Misterska M., Rosińska-Więckowicz A., Emerele A., Żaba R.: Progresja choroby przeszczep przeciw gospodarzowi u chorego po przeszczepieniu szpiku kostnego z powodu przewlekłej białaczki szpikowej – opis przypadku. Post. Dermatol. Alergol., 2008, 4, 184-194.
11. Zembala M., Barańska-Kosakowska A., Zakliczyński M.: Choroba tętnic wieńcowych przeszczepionego serca. Pol. Merk. Lek., 2008, 24, Supl. 2, 27-28.
12. Durlik M.: Nowotwory u biorców przeszczepu nerkowego – rola zakażeń wirusowych i leczenia immunosupresyjnego. Post. N. Med., 2009, 10, 827-833.
13. Skorek A.: Pośmiertne dawstwo organów- kwestie prawne i etyczne w protokole II do EKB w sprawie transplantacji organów i tkanek pochodzenia ludzkiego. Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska, 2008, 5, 340.
14. Jankowski Z., Milecka A., Raszeja S.: Prawne podstawy przeszczepiania narządów. [w:] Wytyczne dotyczące zasad zgłaszania, kwalifikacji i przygotowania zmarłych dawców do pobrania narządów, Rutkowski B., Kaliciński P., Śledziński Z., Wujtewicz M., Mileckiej A. (red.), Via Medica, Gdańsk, 2009, 12-15.

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

Śmierć mózgu jako kryterium śmierci człowieka i pobrania narządów do przeszczepu

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Instytut Medyczny Państwowej Wyższej Szkoły i Informatyki w Łomży

Wstęp

Transplantacja narządów Polsce nie jest metodą akceptowaną przez społeczeństwo, ponieważ aby była skuteczna trzeba pobrać drugiemu człowiekowi jego narząd. Często zdarza się taka sytuacja, że aby uratować czyjeś życie druga osoba musi umrzeć. Nie ma jednak wątpliwości, że przeszczep narządów jest często jedyną deską ratunku dla chorych z niewydolnością serca, płuc, wątroby, oraz nerek. Należy jednak zauważyć, że Polska Unia Medycyny Transplantacyjnej oraz środowisko transplantologów w Polsce podkreśla, iż ratowanie życia osób potrzebujących przeszczepu to nie tylko wiedza, umiejętności lekarzy oraz ich oddanie, ale przede wszystkim przyjęcie się przeszczepu. Przeszczepiony narząd musi zostać zaakceptowany i przyjęty przez organizm biorcy, tak by prawidłowo funkcjonować i przejąć czynności przeszczepionego organu.

Rozpoznanie zgonu. Śmierć mózgu

W przeszłości określenie momentu śmierci było stosunkowo proste. Ustawały czynność oddychania i krążenia, a wszystkie dostępne metody leczenia zawiodły. Jednak wraz z dynamicznym rozwojem medycyny, metod podtrzymywania życia oraz transplantologii tak zwana 'klasyczna' definicja przestała być wystarczająca. Wszystkie definicje opierają się na stwierdzeniu, iż śmierć jest zjawiskiem zdysocjowanym. Oznacza to, że śmierć ogarnia tkanki i układy w różnym czasie. Zatem niektóre funkcje układów lub ich części mogą utrzymywać się w oderwaniu od innych już wcześniej obumarłych.

W dawnych czasach na podstawie posiadanej wiedzy i dostępnych możliwości technicznych próbowano stwierdzić zgon. Człowiek, któremu przestało bić serce i nie oddychał uznawany był za zmarłego. Na tej podstawie opracowano kilka metod sprawdzających. W pobliżu nosa ustawiano cząstki pierza, czy też świece i obserwowano czy piórka lub płomień się poruszają, co świadczyło o oddechu. Inną metodą było stawianie szklanki wody na klatce piersiowej. Efekt był taki sam jak ze świeczką, ruchy wody świadczyły o tym, że chory oddycha, a jego serce bije. Stosowane były również metody

bardziej radykalne np. nacinano tętnice, aby zobaczyć czy krew będzie wypływała z niej rytmicznie. Pierwsze próby stwierdzania zgonu były nawet drastyczne, bowiem przypalano ciało. U osoby zmarłej, u której ustało krążenie krwi nie powstawały pęcherze na przypalonej części ciała. Metoda ta stosowana była w Europie do XIX wieku, dzięki niej przeżyło wiele ludzi [1].

Śmierć mózgu, – czyli śmierć człowieka, jako całości z nieodwracalnym ustaniem funkcji mózgu. W Polsce definicja śmierci charakteryzowana, jako śmierć całego mózgu została przyjęta w 2007 roku. Stwierdzenie śmierci mózgu powoduje zatrzymanie dalszego i niecelowego leczenia [2].

Definicja śmierci zatwierdzona już wiele lat temu głosiła, iż śmierć człowieka, jako całości oznacza, że nastąpiło nieodwracalne ustanie oddychania i krążenia krwi. Wraz z postępem w różnych dziedzinach medycyny i upowszechnieniem metod reanimacji jak również podtrzymywania oddechu typowa definicja śmierci często nie była wystarczająca. W tzw. deklaracji z Sydney utworzonej podczas 22 spotkania Światowego Stowarzyszenia Lekarzy w 1968 roku po raz pierwszy zastąpiono *"śmierć na skutek ustania czynności serca"* - *"śmiercią mózgową"* [3]. Wówczas został wydany raport Nadzwyczajnej Komisji Harwardzkiej Szkoły Medycznej do Zbadania Definicji Śmierci Mózgowej. W raporcie tym podano zmienione kryteria śmierci rozumianej, jako nieodwracalne i trwałe ustanie czynności całego mózgu, Śmierć mózgu musiała być potwierdzona poprzez brak jakichkolwiek reakcji na bodźce, brak samoistnego lub będącego reakcją na bodźce ruchu mięśni, brak samoistnej czynności oddechowej oraz brak odruchów pniowych i głębokich odruchów ścięgnistych. Raport ten nakazywał po upływie doby od wykonania pierwszego badania zrobienie badań elektroencefalograficznych oraz powtórne przeprowadzenie wszelkich testów klinicznych. W 1980 roku w USA została powołana Prezydencka Komisja ds. Studiów Problemów Etycznych w Medycynie oraz Badań Biomedycznych i Behawioralnych. Komisja zaprezentowała dokument Defining Death: Medical, Legal, and EthicalIssues in the Determination of Death, który stanowił postawę dla Aktu Jednolitego Ustalania Śmierci. Raport ten miał na celu ujednolicenie kryteriów śmierci mózgu dla wszystkich stanów. Pierwsza ze wszystkich krajów odpowiednie ustawodawstwo wprowadziła Finlandia. Miało to miejsce w marcu 1971 roku [3]. W Polsce definicja śmierci mózgu została wprowadzona trzynaście lat później w Komunikacie Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej. Definicję w pewnym stopniu zmodyfikowały komunikaty Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 1994 i 1996 roku. Aktualnie obowiązujące wytyczne znajdują się w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007roku [4].

Zanim zostanie rozpoczęta procedura orzekania o śmierci mózgu, obowiązkowo przeprowadzany jest odpowiednio długi okres obserwacji wstępnej. Od czasu gdy odnotowane zostanie pojawienie się klinicznych cech śmierci mózgu rozpoczyna się okres obserwacji wstępnej. Trwa on minimum 6 godzin przy pierwotnych uszkodzeniach mózgu oraz minimum 12 godzin przy uszkodzeniach wtórnych. U małych dzieci -przed 2 rokiem życia nigdy nie krócej niż 12 godzin.

Śmierć jest zjawiskiem zdysocjowanym. Oznacza to, iż śmierć nie ogarnia tkanek oraz układów w tym samym czasie. Jest to przyczyną dezintegracji ustroju jako całości funkcjonalnej. Śmierć powoduje również trwałe wypadanie poszczególnych funkcji w różnej sekwencji czasowej. Część z funkcji ustroju lub ich części mogą utrzymywać się przez określony czas w oderwaniu od innych już obumarłych. Zdysocjowany charakter zjawiska uwidacznia się w sposób dokładny w momencie, w którym śmierć objęła już mózg, podczas gdy krążenie krwi jest jeszcze zachowane. W przypadkach takich to stan mózgu determinuje życie bądź zgon człowieka. W znacznej części przypadków klinicznych obrzęk mózgu spowodowany jego uszkodzeniem zwiększ się od strony przestrzeni nadnamiotowej, a pień mózgu umiera jako ostatnia jego część. Wówczas czynnikiem, który kwalifikuje śmierć mózgu jest nieodwracalny brak funkcji pnia mózgu [3].

Ciągłe poszerzanie wiedzy oraz doświadczenia lekarskiego, wprowadzanie nowych metod i technologii medycznych jest procesem niekończącym się. Dzięki temu istnieje możliwość dodawania do praktyki dużo lepszych sposobów postępowania diagnostycznego i terapeutycznego. Wprowadzenie metod instrumentalnych do procedur związanych z ustalaniem śmierci mózgu to cenne uzupełnienie badań klinicznych, a czasami w zależności od przypadku jest to postępowanie rozstrzygające. Badania instrumentalne, elektrofizjologiczne jak również naczyniowe są wykorzystywane w uszkodzeniach mózgu pierwotnych (np. uraz bezpośredni) i wtórnych (np. niedotlenienie).Wykorzystuje się je również w szczególnych przypadkach diagnostyki śmierci mózgu u dzieci.

Lata praktyki medycznej udowodniły, że w niektórych przypadkach odstąpienie od koncepcji śmierci człowieka jako całości na rzecz śmierci mózgu człowieka jako całości, jest potwierdzone i zaakceptowane z naukowego oraz praktycznego punktu widzenia. Stanowisko te jest właściwe i niezbędne w medycynie. Pomimo dużych możliwości uratowania życia jak również metod leczniczych, jakie aktualnie posiada nowoczesna medycyna, istnieją granice ich stosowania. Barierą taką jest min. stwierdzenie śmierci mózgu [3].

Nieodwracalne uszkodzenie pnia mózgu jest ustalana na podstawie braku konkretnych odruchów nerwowych i braku spontanicznej czynności oddechowej. Odnosząc się do

poprzedniego obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 18.04.2007 r., w aktualnym obwieszczeniu wprowadzono wykonywanie badań instrumentalnych, które mają potwierdzić nieodwracalne uszkodzenie mózgu w sytuacjach szczególnych. Badaniami instrumentalnym i potwierdzającymi śmierć mózgu są: elektroencefalografia oraz multimodalne potencjały wywołane.

Przeprowadza się dodatkowo ocenę krążenia mózgowego (przezczaszkowa ultrasonografia Dopplera, scyntygrafia perfuzyjna, angiografia mózgowa). Określone są również kryteria według, których wykonywane są badania w konkretnych stanach klinicznych, kryteria diagnostyki śmierci mózgu u dzieci z uwzględnieniem grup wiekowych. Dodatkowo potwierdza się nie odwracalność zmian w mózgu u noworodków i dzieci, które nie ukończyły 2 lat poprzez wykonanie jednego z badań instrumentalnych [5].

Przed wydaniem oświadczenia orzekającego o śmierci mózgu prowadzone jest postępowanie kwalifikacyjne. Wyróżniono w nim dwa etapy:

- Etap I - polega na wysunięcia podejrzenia śmierci mózgu,
- Etap II – podczas tego etapu wykonywane są badania, które mają potwierdzić śmierć mózgu. W razie konieczności, przeprowadzane są także odpowiednie badania instrumentalne.

Gdy zostaną spełnione wszystkie wymogi z etapu I, wówczas przechodzi się do etapu II. Etap ten obejmuje wykonanie przez ordynatora oddziału lub wybranego przez niego lekarza specjalistę badań potwierdzających śmierć mózgu. Są one wykonywane dwa razy co trzy godziny jeśli są wykonywane badanie instrumentalne. Bez badań instrumentalnych w uszkodzeniu pierwotnym mózgu co 6 godzin, a w uszkodzeniu wtórnym co 12 godzin.

Etap I [4]:

Pierwszą częścią etapu jest stwierdzenie, że chory jest w śpiączce, a następnie że jest on sztucznie wentylowany. Następnie badane są przyczyny śpiączki oraz następuje wykazanie pierwotnego lub wtórnego strukturalnego uszkodzenia mózgu. Kolejną częścią etapu jest określenie czy powstałe uszkodzenie jest nieodwracalne. Podczas tego etapu wykluczani są:

- chorzy zatruci, będący pod wpływem działania niektórych środków farmakologicznych (np. narkotyków, neuroleptyków, środków nasennych, usypiających, czy też środków zwiotczających mięśnie poprzecznie prążkowane),
- chorzy w stanie hipotermii (≤35° ciepłoty powierzchniowej),
- chorzy z zaburzeniami metabolicznymi lub endokrynologicznymi
- noworodki, które były donoszone i nie mają jeszcze 7 dni życia.

Etap II [4]:

W etapie tym dwukrotnie w odstępach 3godzinych potwierdza się brak odruchów pniowych takich jak:

- reakcja źrenic na światło
- odruch oczno-mózgowy
- odruch rogówkowy
- spontaniczne ruchy gałek ocznych, ruchy gałek ocznych przy próbie kalorycznej z zimną wodą
- reakcja ruchowa na bodziec bólowy w zakresie unerwienia nerwów czaszkowych oraz brak reakcji ruchowej w obrębie twarzy w odpowiedzi na bodźce bólowe w obszarze unerwienia rdzeniowego
- odruchy wymiotne i kaszlowe
- odruch oczno-głowowy

Następną czynnością wykonywaną w tym etapie jest określenie trwałości bezdechu. W celu określenia braku reaktywności ośrodka oddechowego przeprowadzana jest próba bezdechu. Sprawdzenie powyższych zaburzeń czynności następuje w dwukrotnym badaniu przeprowadzonym co trzy godziny. Okres ten wynosi minimum 72 godziny dla noworodków i minimum 24 godziny dla dzieci przed 2 rokiem życia niezależnie od przyczyny uszkodzenia mózgu. U dzieci powyżej 2 lat wynosi tyle samo co u dorosłych [5,6].

Podczas badania obserwowane są również czasami izolowane objawy, które nie wykluczają śmierci mózgu, a zdarza się, że są błędnie interpretowane. Objawami tymi są:

- subtelne okresowe i rytmiczne skurcze mięśni twarzy (mogą one wynikać z odnerwienia mięśni w zakresie nerwu VII),
- zgięciowe ruchy palców ręki,
- toniczne odruchy szyjne, które mogą być nasilane przez kwasicę (tzw. objaw Łazarza),
- inne ruchy tułowia,
- zachowanie odruchów ścięgnistych,
- naprzemienne ruchy zgięciowe i wyprostne palców stóp,
- ruchy nawrotne i wyprostne kończyny dolnej.

Czasami gdy powstają trudności diagnostyczne, aby stwierdzić podejrzenie śmierci mózgowej przeprowadzane są badania instrumentalne. Do takiej sytuacji dochodzi wówczas, gdy nie ma możliwości wykonania pełnych badań odruchów nerwowych. Zdarza się też, że

doszło już do śmierci pnia mózgu bez jednoczesnego nieodwracalnego uszkodzenia pozostałych struktur mózgu.

Możliwe przyczyny powstawania trudności diagnostycznych podczas stwierdzenia śmierci mózgowej:

- rozległe urazy twarzoczaszki
- uszkodzenie podnamiotowe mózgu
- obecne nietypowe odruchy
- inne przyczyny (np. poprzez trucizny i leki).

Na podstawie stwierdzenia śmierci pnia mózgowego chory zostaje uznany za zmarłego, nawet w przypadku, gdy serce wciąż pracuje. Lekarz wykonujący wymienione badania nie posiada odpowiednich kompetencji i nie może orzec śmierci mózgu. Na podstawie art. 9 Ustawy transplantacyjnej pobranie komórek, tkanek bądź narządów do transplantacji jest dopuszczalne wyłącznie po stwierdzeniu trwałego i nieodwracalnego ustania czynności mózgu. Śmierć mózgu zostaje stwierdzona poprzez komisję złożoną z trzech lekarzy, którzy posiadają specjalizację. Przynajmniej jeden z członków komisji musi być specjalistą w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz jeden z nich musi mieć kwalifikacje w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii. Orzeczenie wydają na podstawie kryteriów ogłoszonych przez Ministra Zdrowia. Wytypowanie członków komisji należy do zadań kierownika danego zakładu opieki zdrowotnej bądź osoby przez niego wyznaczonej. Lekarze będący członkami komisji nie mogą brać udziału w postępowaniu obejmującym pobieranie i przeszczepianie komórek, tkanek lub narządów od osoby zmarłej, u której dana komisja orzekła trwałe i nieodwracalne ustanie czynności mózgu. Po komisyjnym stwierdzeniu zgonu zaprzestaje się podawania wszelkich leków i zostaje odłączona aparatura podtrzymująca w sposób sztuczny pracę narządów. W przeciwnym wypadku wszelkie prowadzone działania terapeutyczne dotyczyłyby zwłok i byłyby pod względem medycznym oraz etycznym nieuzasadnione. Czas śmierci liczy się od stwierdzenia śmierci mózgu przez komisję, nie od momentu odłączenie respiratora i zatrzymania czynności serca [4,7,8].

Pobieranie narządów od zmarłych

Procedura pobierania narządów od osoby zmarłej wygląda inaczej i jest opatrzona wieloma zabezpieczeniami. Dawcą może zostać wyłącznie osoba, która za życia nie wyraziła sprzeciwu. Według polskiego prawa, obowiązuje domniemana zgoda na to by być dawcą, co oznacza, że gdy nie ma sprzeciwu, dana osoba uznawana jest za potencjalnego dawcę narządu. Zarówno w Polsce jak i na Świecie zaleca się noszenie oświadczenia woli, które jest

wyrażeniem woli osoby, posiadającej taki dokument (ryc.1). Gdy człowiek posiada takie oświadczenie wówczas lekarze nie muszą pytać rodziny zmarłego o zgodę [9].

Nie potrzebne jest oświadczenie o braku sprzeciwu w sytuacji, gdy pobieranie narządów jest dokonywane podczas sekcji zwłok, którą wykonuje się w celu rozpoznania przyczyny zgonu i oceny postępowania leczniczego. Podobna sytuacja zachodzi, gdy narządy pobiera się w celach diagnostycznych, leczniczych, naukowych oraz dydaktycznych. Pobranie narządu w celu jego przeszczepienia jest możliwe wówczas, gdy osoba zmarła nie wyraziła sprzeciwu za życia. Sprzeciw może zostać wyrażony poprzez:

- rejestrację w centralnym rejestrze sprzeciwów. Prowadzony jest on przez Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji "Poltransplant".
- pisemne oświadczenie z własnoręcznym podpisem
- oświadczenie ustne złożone w obecności minimum dwóch świadków w chwili przyjęcia do szpitala bądź w czasie pobytu w szpitalu [10,11].

Według wytycznych wprowadzonych przez polskie prawo każda osoba powyżej 16 roku życia ma prawo zgłosić swój sprzeciw, a przed ukończeniem tego wieku sprzeciw może złożyć opiekun prawny osoby małoletniej. Osoba, która złoży wniosek o zgłoszenie sprzeciwu jest powiadomiona listownie o rejestracji wpisu. Od tej chwili jej zgłoszenie uznaje się za wiążące.

Osoba, która wyraziła sprzeciw może go cofnąć w każdej chwili. Aby to zrobić wystarczy złożyć oświadczenie w postaci pisemnej lub ustnej. Przy składaniu tego oświadczenia musi być minimum dwóch świadków [7].

Obowiązkowym warunkiem, który dopuszcza wykonanie transplantacji ze zwłok ludzkich jest stwierdzenie śmierci mózgowej. Ustalenie kryteriów stwierdzenia śmierci mózgowej jest ważne z etycznego, medycznego i prawnego punktu widzenia, ponieważ w szczególnych przypadkach, gdy dochodzi do nieporozumienia ze strony rodziny zmarłego ocenia się postępowanie lekarzy. Sprawdza się wówczas czy postępowali oni zgodnie z ustalonymi kryteriami, co w znacznej mierze decyduje o ich odpowiedzialności. Lekarz pobierający narządy, komórki czy tkanki ze zwłok ma obowiązek zapewnić zwłokom należyty wygląd.

Aby narządy mogły być przeszczepione nie może dojść do rozpoczęcia procesów gnilnych, w wyniku których dochodzi do powstania toksyn zabójczych dla organizmu biorcy.

Jeżeli ktoś wyraża zgodę na bycie dawcą narządów po śmierci może podpisać oświadczenie woli. Jest to prosty druk, który jest deklaracją woli człowieka na to, by po jego śmierci pobrać organy do przeszczepu. Takie oświadczenie często ratuje życie i zdrowie

innego człowieka. Wypełniony dokument powinno się nosić zawsze przy sobie, w łatwo dostępnych miejscach typu portfel, kieszeń. Osoba, która podpisała oświadczenie woli powinna poinformować o swojej decyzji najbliższą rodzinę. Jeśli nawet dana osoba posiada przy sobie taką deklarację to i tak lekarze mają obowiązek sprawdzić w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów, czy za życia dana osoba nie złożyła sprzeciwu.

Można również nosić przy sobie własnoręcznie wypisane oświadczenie o treści: "*Świadomie wyrażam zgodę, by w przypadku nagłej śmierci moje tkanki i narządy zostały przekazane do transplantacji, aby uratować komuś życie. O swojej decyzji powiadomiłem rodzinę i najbliższych. W krytycznym momencie powinni ją uszanować*" (z twoim imieniem, nazwiskiem, nr PESEL oraz własnoręcznym podpisem).

Dobór odpowiedniego dawcy istotnie wpływa na przebieg operacji i na to, czy organizm biorcy pozytywnie zareaguje na wszczepiony organ. Proces wybierania dawcy do przeszczepu nazywany jest typowaniem tkankowym. Ma on na celu zbadanie i szacowanie skali podobieństwa dawcy i biorcy. Pod uwagę bierze się antygeny HLA, czyli specyficzne cząsteczki, które występują na powierzchni naszych komórek. Jeśli cząsteczki są podobne do siebie zarówno u dawcy jak i biorcy, oznacza to, że przeszczep może być wykonany i najprawdopodobniej zostanie przyjęty przez organizm biorcy. W przypadku, gdy zgodność antygenów HLA jest niska, istnieje znaczne ryzyko, że przeszczep zostanie odrzucony. Najwyższa zgodność w zakresie antygenów HLA występuje u rodzeństwa, szczególnie u bliźniąt oraz w układzie rodzic - dziecko. Znalezienie odpowiedniego dawcy spośród osób, które nie są spokrewnione z biorcą jest trudne, dlatego czas oczekiwania na odpowiedni materiał do przeszczepu jest tak długi.

Orzekanie o śmierci mózgu w innych krajach

Śmierć mózgu jest nieodwracalnym ustaniem wszystkich funkcji mózgu i w większości krajów pacjenci z martwym mózgiem uznawani są za zmarłych w sensie medycznym i prawnym. Tylko w 40 proc. badanych krajów do stwierdzenia śmierci mózgu wymagano badań potwierdzających. Różna jest też liczba lekarzy, którzy mogą stwierdzić śmierć mózgową. Np. w **Kanadzie,** wystarcza jeden, lekarz aby stwierdzić śmierć mózgu.

W **Turcji** do stwierdzenia śmierci mózgowej wymagana jest zgodna opinia czterech specjalistów (kardiologa, neurochirurga, neurologa i anestezjologa).

Na **Węgrzech** – aby stwierdzić śmierć mózgu wystarczą 72 godziny obserwacji.

W **Gruzji** uprawniony do stwierdzenia takiego zgonu jest tylko lekarz z co najmniej pięcioletnią praktyką w zakresie neurologii i dziedzin pokrewnych.

W **Izraelu** śmierć mózgu musi stwierdzić dwóch lekarzy, z czego żaden nie może wcześniej leczyć pacjenta.

W wielu krajach Europy okres obserwacji pacjenta musi być wydłużony, jeśli przyczyną uszkodzenia mózgu było niedotlenienie.

W **Japonii** wymagana są tomografia mózgu z widocznymi nieodwracalnymi uszkodzeniami, znajomość przyczyny zatrzymania akcji serca (jeśli to ona doprowadziła do śmierci mózgu), nieobecność siedmiu odruchów pniowych, płaskie EEG, test bezdechu i brak odruchu rdzeniowo-źrenicznego (poszerzenia źrenicy w odpowiedzi na bodziec bólowy przyłożony do twarzy lub szyi po tej samej stronie). Ponadto śmierci mózgowej nie można stwierdzić u dzieci poniżej szóstego roku życia ani jeśli u pacjenta uszkodzone są błony bębenkowe.

Zakończenie

Na obecnym poziomie rozwoju medycyny, przeszczepianie ludzkich narządów stanowi jedną z ważniejszych i skuteczniejszych metod leczenia niektórych schorzeń. Transplantacja wciąż budzi wiele kontrowersji i zastrzeżeń, w tym także w środowisku medycznym. Wynikają one z przyczyn etycznych, prawnych, religijnych, jak również z przyczyn emocjonalnych. W większości kultur ludzie od wieków czcili i szanowali swoich zmarłych. Nie dziwi więc fakt, że bezpośrednio po stracie osoby bliskiej, decyzja o pozbawieniu jej któregoś z narządów jest niezmiernie ciężka i bolesna.

Piśmiennictwo

1. Kuzyszyn Z.: Społeczno – etyczne aspekty transplantologii, Wyd. Continuo, Wrocław, 2011, 15-18.
2. Biesaga T.: Kontrowersje wokół nowej definicji śmierci. Med. Prakt., 2006, 2, 20-28.
3. Kamiński B., Kübler A., Andres J.: Anestezjologia i intensywna terapia: podręcznik dla studentów medycyny, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2000, 239-240.
4. Rowiński W., Wałaszewski J., Pączek L.: Transplantologia kliniczna, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2004.
5. Jarell B., E., Carabasi R.: Przeszczepianie narządów. Chirurgia, Wyd. Urban & Partner, Wrocław, 1996.
6. Kubicki L.: Prawo medyczne, Wyd. Urban & Partner, Wrocław, 2003.
7. Wolski J.: Śmierć mózgowa, a śmierć człowieka. Łódzkie Studia Teologiczne, 2010, 19, 217 – 239.
8. Nestorowicz A.: Śmierć mózgu, śmierć człowieka. Wiedza i Życie 1996, 1, 14 – 15.

9. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17.07.2007 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego i nieodwracalnego ustania czynności mózgu wraz z załącznikami, Monitor Polski z 2007 r. Nr 46, poz. 546 i 547.
10. Sych M.: Aspekty etyczne pobierania narządów do przeszczepów. Pol. Przegl. Chirurg., 1992, 64, 191 – 209.
11. Rzepliński A.: Prawne granice dopuszczalności transplantacji narządów i tkanek ludzkich w myśl przepisów Rady Europy. Prawo i Medycyna, 2002, 12, 51 – 63.

Fiega Ewa[1,2], Chilińska Joanna Zofia[1,3], Krajewska-Kułak Elżbieta[4], Wróblewska Krystyna Helena[5], Szymańska Agnieszka Lidia [5]

Opinie studentów łomżyńskich uczelni i pielęgniarek na temat legalizacji eutanazji

1. Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży
2. Wydział Medyczny Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży
3. Instytut Medyczny im. Bł. Matki Teresy z Kalkuty Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży
4. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
5. Zakład Medycyny Ratunkowej i Katastrof Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Naród, który zabija własne dzieci
jest narodem bez przyszłości
Jan Paweł II

Pojęcie eutanazji według kodeksu karnego obowiązującego w Polsce oznacza: „*zabicie człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia”* [1], natomiast według Kopalińskiego [2] „*jest skróceniem przez lekarza w szpitalu cierpień pacjenta w przedłużającej się agonii za pomocą śmiertelnej dawki środka uśmierzającego ból”*. Słowo „eutanazja” pochodzi z języka greckiego „*euthanasia*” i oznacza „dobrą”, bezbolesną śmierć [2].

Eutanazja stanowi istotny problem etyczno-moralny współczesnej medycyny i pomimo swoistego rodzaju zapewnień, jakie wynikają z wielu proponowanych definicji, że jest to dobra, bezbolesna śmierć, budzi kontrowersje i jest tematem otwartych debat społecznych, w których podkreśla się szczególnie prawo do godnej śmierci i samostanowienia [3,4].

Wielokrotnie podkreśla się, że nadszedł czas zmierzenia się z tym problemem eksponując jednocześnie brak dojrzałości i przygotowania społeczeństwa do dyskusji. Większość argumentów przemawiających za eutanazją wskazuje na ich powiązanie z takimi konsekwencjami jak np. skrócenie cierpienia choremu, zmniejszenie nakładów finansowych, czy ulżenie rodzinie, a mniej z zasadami, z których nadrzędna to prawo do życia i wolności. Podejmowanie decyzji o tym, czy człowiek chce żyć, czy umrzeć, przejawia się w owej wolności, która w momencie wyboru przez chorego śmierci-eutanazji narusza wolność lekarza zmuszając go do czynu nieetycznego –zabójstwa [1].

Polskie ustawodawstwo zabrania dokonywania eutanazji [3,4]. Czyn taki z punktu prawa zagrożony jest karą pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat (art.150kk) [1]. Tą

samą karą zagrożona jest namowa lub pomoc doprowadzająca do śmierci człowieka tzw. „wspomagane samobójstwo" [1].

Legalizacje eutanazji w państwach Unii Europejskiej: Holandia, Belgia, Szwajcaria, poparte ponad 75% akceptacją społeczną budzą wiele wątpliwości szczególnie w środowisku medycznym, które z racji wykonywanego zawodu stają się bezpośrednim uczestnikiem działań [5,6].

Celem pracy była analiza opinii studiującej młodzieży łomżyńskich uczelni i pielęgniarek wobec dylematu jakim jest legalizowanie eutanazji, w aspekcie czynników mogących mieć istotny wpływ na szerzenie się tego niepokojącego zjawiska.

Materiał i metodyka

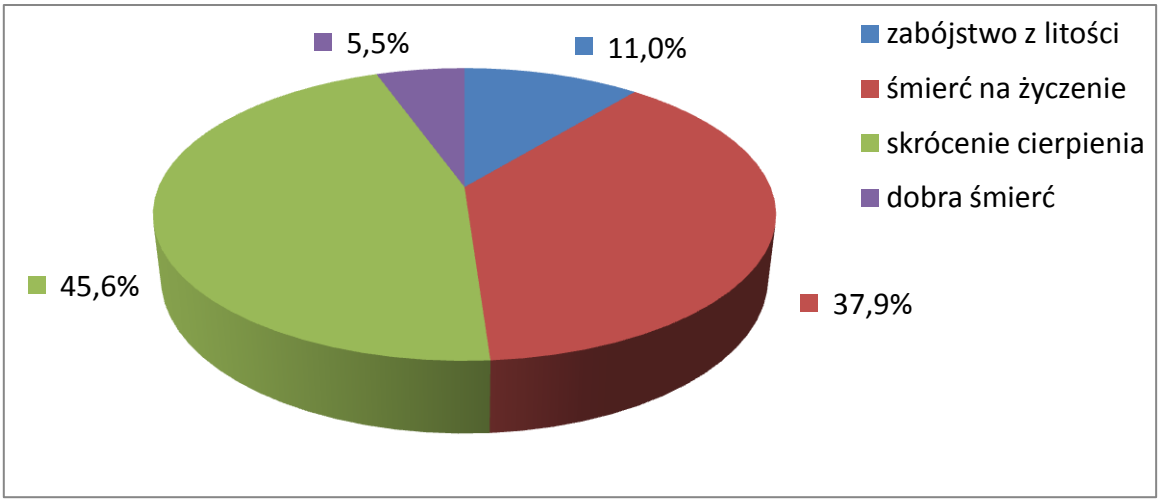
Badaniem, w 2014 roku, objęto 182 respondentów, w tym 67 pielęgniarek z województwa podlaskiego oraz 115 studentów uczelni wyższych w Łomży- Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży oraz Wyższej Szkoły Zawodowej Ochrony Zdrowia Towarzystwa Wiedzy Powszechnej w Łomży. Zastosowaną metodą badawczą był sondaż diagnostyczny. Technikę badawczą stanowił kwestionariusz ankiety własnego autorstwa opracowany dla potrzeb obecnej pracy. Badania były dobrowolne i anonimowe.

Zebrane informacje dotyczyły przede wszystkim: pojęcia eutanazji, przyczyn legalizacji eutanazji oraz opinii na temat ewentualnych zachowań w przypadku kiedy problem eutanazji dotyczy własnej osoby. Do analizy statystycznej uzyskanych wyników wykorzystano pakiet statystyczny STATISTICA.

Wyniki

Wśród osób biorących udział w badaniu było 116 kobiet (63,7%) i 66 mężczyzn (36,3%). Średnia wieku badanych wynosiła 30,5 ±10,3 lat. Mieszkańcy miast stanowili 67,0% badanych, a mieszkańcy wsi – 32,0%. Poziom wykształcenia respondentów kształtował się następująco – 59,3% badanych zakończyło edukację na szkole średniej, 20,9% - miało ukończony licencjat, a 19,8% - studia wyższe. Pod względem wyznania 95,6% stanowili katolicy, a tylko 4,4% ateiści. W badaniu wzięło udział 63,2% studentów i 36,8% pielęgniarek.

Określając termin eutanazja - 45,6% respondentów wskazało określenie „skrócenie cierpienia". Następnie najczęściej wybieranym terminem było stwierdzenie „śmierć na życzenie" (37,9%). Najmniej popularne były odpowiedzi „zabójstwo z litości" – 11,0% oraz „dobra śmierć" – 5,5% (Ryc. 1).



Rycina 1. Definicja terminu eutanazja

Analizując opinię respondentów w zakresie zgody na eutanazję wobec siebie, w przypadku nieuleczalnej choroby lub zagrożenia trwałą niepełnosprawnością - 42,9% badanych zdecydowałyby się na powyższe, a 57,1% nie wyraziłaby na to zgody. Częściej za takim rozwiązaniem opowiadała się grupa mężczyzn, niż kobiet. W poszczególnych przedziałach wiekowych udział osób, które wyraziłyby zgodę na eutanazję wobec siebie kształtowała się na poziomie od 35,7% do 52,4%. Częściej aprobatę wyrażały osoby młodsze – do 30 roku życia. Rozkład odpowiedzi z uwzględnieniem miejsca zamieszkania był następujący: wśród mieszkańców wsi za dokonaniem eutanazji było 45,0% a wśród mieszkańców miast – 41,8%. Zgodę na eutanazję wobec siebie wyraziło 44,4% z wykształceniem wyższym, a pozostałe grupy w zakresie około 42%.

Porównując odpowiedzi pielęgniarek i studentów zauważono, że w pierwszej grupie aprobatę dokonania eutanazji wobec siebie wyraziło tylko 38,8%, zaś w drugiej grupie aż 45,2%.

Stwierdzono wysoce istotną statystycznie zależność pomiędzy zgodą na eutanazję wobec siebie, a wyznaniem **(p=0,009).** Analizę zgody na eutanazję w przypadku własnej choroby z uwzględnieniem płci, wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia, wyznania oraz zawodu przedstawia Tabela I.

Większość respondentów uważało, że legalizacja eutanazji to przede wszystkim niemożność poradzenia sobie z chorobą (45,6%), brak jasno opracowanych procedur medycznych, określających sposoby postępowania w łagodzeniu dolegliwości przewlekle chorych (37,4%) oraz bierność instytucji państwowych wobec problemów przewlekle chorych (20,9%).

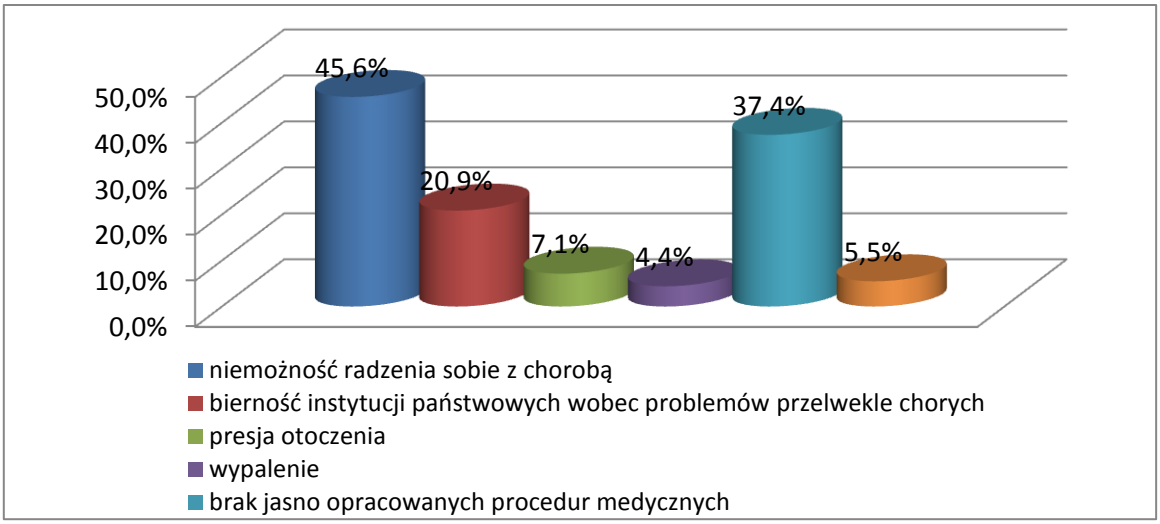
Tabela I. Zgoda na eutanazję w przypadku własnej choroby

Zmienna	N	Tak		Nie	
OGÓŁEM	**182**	**78**	**42,9%**	**104**	**57,1%**
Płeć (p=0,401)					
Kobieta	116	47	40,5%	69	59,5%
Mężczyzna	66	31	47,0%	35	53,0%
Wiek (p=0,729)					
Do 20 r.ż.	21	11	52,4%	7	47,6%
21-25 lat	64	26	40,6%	36	59,4%
26-30 lat	26	12	46,2%	13	53,8%
31-35 lat	14	5	35,7%	8	64,3%
36-40 lat	17	7	41,2%	9	58,8%
41-45 lat	19	8	42,1%	11	57,9%
46 lat i więcej	21	9	42,9%	12	57,1%
Miejsce zamieszkania (p=0,684)					
Miasto	122	51	41,8%	71	58,2%
Wieś	60	27	45,0%	33	55,0%
Wykształcenie (p=0,873)					
Średnie	108	46	42,6%	62	57,4%
Licencjackie	38	16	42,1%	22	57,9%
Wyższe	36	16	44,4%	20	55,6%
Wyznanie (p=0,009)**					
Katolik	174	71	40,8%	103	59,2%
Ateista	8	7	87,5%	1	12,5%
Zawód (p=0,402)					
Pielęgniarz/Pielęgniarka	67	26	38,8%	41	61,2%
Student/Studentka	115	52	45,2%	63	54,8%

**** zależność istotna statystycznie p<0,05***
***** zależność wysoce istotna statystycznie p<0,01***

Nieznaczna część ankietowanych osób (5,5%) wyznaczyła inne kierunki przyczyn legalizacji eutanazji: przejaw humanizmu, wyzwolenie z cierpienia osoby chorej i jej bliskich, uszanowanie wolności człowieka oraz legalizacja zabójstwa, znieczulica najbliższej rodziny (Rycina 2).

Pomimo, że 59,9% badanych uznało, iż eutanazja nie powinna być zalegalizowana przez odpowiednie akty prawne w Polsce, to jednak aż 40,1% respondentów było za koniecznością legalizacji prawnej eutanazji w Polsce (Tabela II).



Rycina 2. Główne powody legalizacji eutanazji w opinii respondentów

Stwierdzono, że przeciwnikami tej opinii częściej były kobiety, niż mężczyźni. Słuszność prawnej legalizacji eutanazji poparła połowa badanych w wieku 26-30 lat i 36-40 lat. Najrzadziej akceptację wyrażały osoby najstarsze powyżej 45 roku życia (28,6%). Więcej o 5 punktów procentowych przeciwników legalizacji było wśród mieszkańców wsi. Za ustawodawstwem prawnym była prawie połowa osób z wykształceniem wyższym, gdzie w pozostałych grupach udział ten nie przekroczył 40%. Legalizację eutanazji popierało 35,8% pielęgniarek i 42,6% studentów. Największe zróżnicowanie opinii zanotowano po uwzględnieniu wyznania. W przypadku katolików za aktem prawnym było 35,8% osób, a przeciw 60,9%. Wśród respondentów, którzy określili się jako niewierzący stosunek w tej kwestii był odwrotny- odpowiednio: 62,5% i 37,5%.

Respondenci, którzy opowiedzieli się za legalizacją eutanazji w swoich motywach kierowali się przede wszystkim prawem wolności człowieka, które obejmowało możliwość samo decydowania o sobie, jak również to, aby podjęta decyzja nie była przestępstwem, ale kwestią wyboru. W aspekcie humanitaryzmu w opinii ankietowanych eutanazja daje „dobrą śmierć", skraca cierpienie choremu i jego bliskim, uwalnia od obciążeń. Badani zarzucali również brak odpowiedniej pomocy ze strony państwa, palcówek opieki paliatywnej, pracowników opieki społecznej. Stwierdzali, że przy obecnym wsparciu ludzie przewlekle chorzy i niepełnosprawni są wyłączeni ze społeczeństwa.

Analizując opinię respondentów w zakresie zgody legalizacji eutanazji wśród dzieci, za legalizacją dokonania zabiegu było 19,2% osób w badanej grupie.

Tabela II. Konieczność legalizacji eutanazji przez akty prawne w Polsce

Zmienna	N	Tak		Nie	
OGÓŁEM	**182**	**73**	**40,1%**	**109**	**59,9%**
Płeć (p=0,040)*					
Kobieta	116	40	34,5%	76	65,5%
Mężczyzna	66	33	50,0%	33	50,0%
Wiek (p=0,969)					
Do 20 r.ż.	21	9	42,9%	12	57,1%
21-25 lat	64	22	34,4%	42	65,6%
26-30 lat	26	13	50,0%	13	50,0%
31-35 lat	14	6	42,9%	8	57,1%
36-40 lat	17	9	52,9%	8	47,1%
41-45 lat	19	8	42,1%	11	57,9%
46 lat i więcej	21	6	28,6%	15	71,4%
Miejsce zamieszkania (p=0,509)					
Miasto	122	51	41,8%	71	58,2%
Wieś	60	22	36,7%	28	63,3%
Wykształcenie (p=0,464)					
Średnie	108	42	38,9%	66	61,1%
Licencjackie	38	14	36,8%	24	63,2%
Wyższe	36	17	47,2%	19	52,8%
Wyznanie (p=0,188)					
Katolik	174	68	39,1%	106	60,9%
Ateista	8	5	62,5%	3	37,5%
Zawód (p=0,370)					
Pielęgniarz/Pielęgniarka	67	24	35,8%	43	64,2%
Student/Studentka	115	49	42,6%	66	57,4%

**** zależność istotna statystycznie p<0,05***

Rozkład w poszczególnych grupach socjodemograficznych był zbliżony. Wyjątkiem były wyniki uzyskane w aspekcie wyznania. W przypadku respondentów będących katolikami, za możliwością eutanazji dzieci uszkodzonych było 18,4%, gdzie wśród osób, określonych jako ateiści - dwukrotnie więcej, bo 37,5% (Tabela III).

Analizując również stosunek badanych do eutanazji własnego dziecka zgodę w tym przypadku wyraziłby co czwarty respondent, w tym 20,7% kobiet i 28,8% mężczyzn. Stwierdzono, że opinia w tej kwestii istotnie zależała od wieku respondentów.

Tabela III. Zgoda na eutanazję w przypadku dzieci uszkodzonych

Zmienna	N	Tak		Nie	
OGÓŁEM	**182**	**35**	**19,2%**	**147**	**80,8%**
Płeć (p=0,611)					
Kobieta	116	21	18,1%	95	81,9%
Mężczyzna	66	14	21,2%	52	78,8%
Wiek (p=0,342)					
Do 20 r.ż.	21	4	19,0%	17	81,0%
21-25 lat	64	15	23,4%	49	76,6%
26-30 lat	26	5	19,2%	21	80,8%
31-35 lat	14	3	21,4%	11	78,6%
36-40 lat	17	1	5,9%	16	94,1%
41-45 lat	19	4	21,1%	15	78,9%
46 lat i więcej	21	3	14,3%	18	85,7%
Miejsce zamieszkania (p=0,561)					
Miasto	122	22	18,0%	100	82,0%
Wieś	60	13	21,7%	47	78,3%
Wykształcenie (p=0,971)					
Średnie	108	21	19,4%	87	80,6%
Licencjackie	38	7	18,4%	31	81,6%
Wyższe	36	7	19,4%	29	80,6%
Wyznanie (p=0,181)					
Katolik	174	68	39,1%	106	60,9%
Ateista	8	5	62,5%	3	37,5%
Zawód (p=0,263)					
Pielęgniarz/Pielęgniarka	67	10	14,9%	57	85,1%
Student/Studentka	115	25	21,7%	90	78,3%

Zbliżone opinie wyrażali mieszkańcy miast i wsi. Stosunek do eutanazji dzieci nie zależał również od poziomu wykształcenia. Swoją aprobatę wyraziło 16,4% pielęgniarek i 27,8% studentek. Stwierdzono, natomiast, że stosunek do eutanazji dzieci zależał wysoce istotnie od wyznania respondenta (Tabela IV).

Określając niebezpieczeństwo eutanazji większość badanych wymieniło możliwość nadużyć (54,9%). Następnie najczęściej wskazywanym zagrożeniem była możliwość podejmowania decyzji o eutanazji przez chorych z zaburzeniami i chorobami psychicznymi (32,4%). Około 30% badanych wymieniło, że legalizacja eutanazji jest przykładem zatracenia

istoty człowieczeństwa oraz może być czynnikiem zniechęcającym pacjenta do walki o swoje zdrowie i życie.

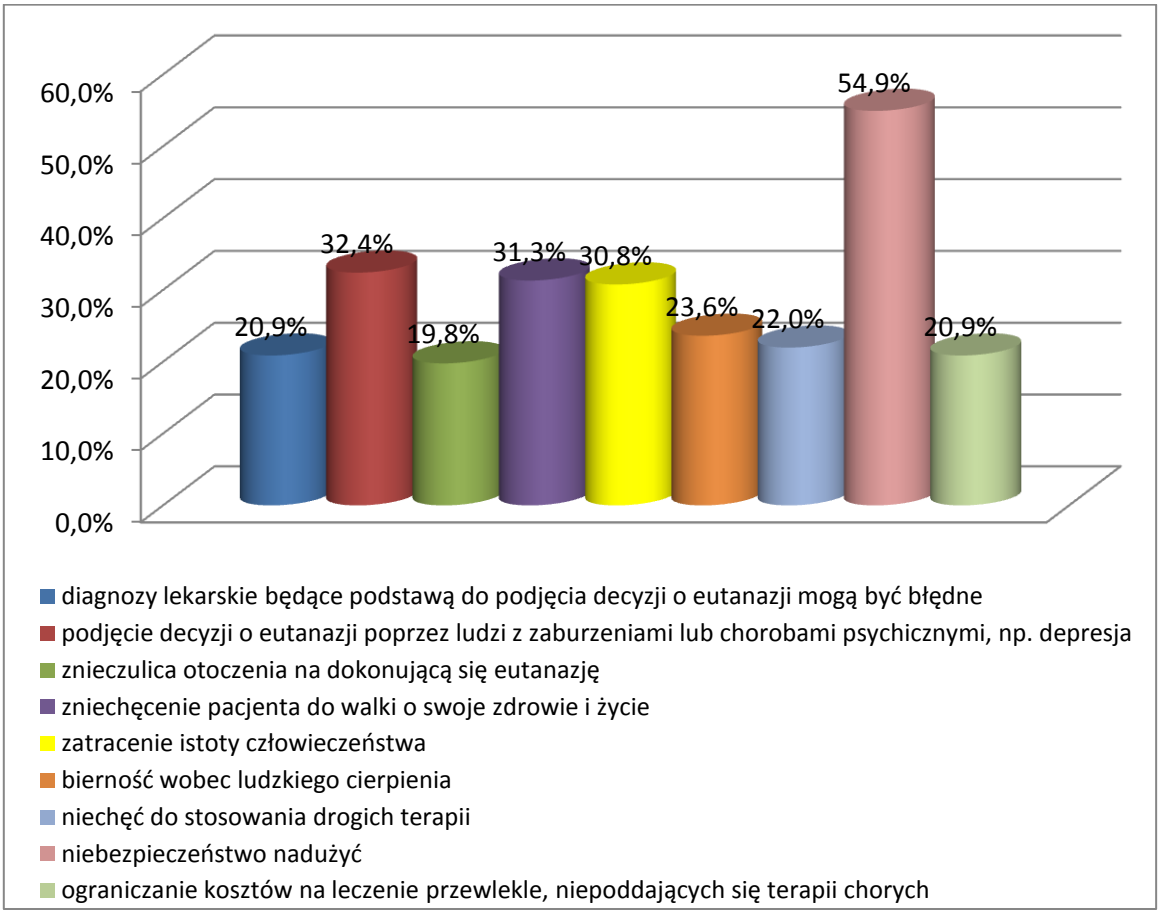
Tabela IV. Zgoda na eutanazję w przypadku własnego dziecka

Zmienna	N	Tak		Nie	
OGÓŁEM	**182**	**43**	**23,6%**	**139**	**76,4%**
Płeć (p=0,218)					
Kobieta	116	24	20,7%	92	79,3%
Mężczyzna	66	19	28,8%	47	71,2%
Wiek (p=0,044)*					
Do 20 r.ż.	21	6	28,6%	15	71,4%
21-25 lat	64	19	29,7%	45	70,3%
26-30 lat	26	7	26,9%	19	73,1%
31-35 lat	14	3	21,4%	11	78,6%
36-40 lat	17	2	11,8%	15	88,2%
41-45 lat	19	3	15,8%	16	84,2%
46 lat i więcej	21	3	14,3%	18	85,7%
Miejsce zamieszkania (p=0,761)					
Miasto	122	28	23,0%	94	77,0%
Wieś	60	15	25,0%	45	75,0%
Wykształcenie (p=0,665)					
Średnie	108	27	25,0%	81	75,0%
Licencjackie	38	8	21,1%	30	78,9%
Wyższe	36	8	22,2%	28	77,8%
Wyznanie (p=0,008)**					
Katolik	174	38	21,8%	136	78,2%
Ateista	8	5	62,5%	3	37,5%
Zawód (p=0,081)					
Pielęgniarz/Pielęgniarka	67	11	16,4%	56	83,6%
Student/Studentka	115	32	27,8%	83	72,2%

**** zależność istotna statystycznie p<0,05***
***** zależność wysoce istotna statystycznie p<0,01***

Wśród niebezpieczeństw eutanazji istotny jest aspekt kosztów leczenia – 22,0% ankietowanych osób uważało, że może wzrosnąć niechęć do stosowania drogich terapii, a 20,9% uznało, że możliwe jest ograniczenie przez państwo kosztów na leczenie przewlekłe. Część respondentów określiła również ustawodawstwo prawne w tej kwestii jako wyraz

nasilającej się znieczulicy społecznej (19,8%) oraz bierności wobec ludzkiego cierpienia (23,6%) (Rycina 3).



Rycina 3. Główne niebezpieczeństwa legalizacji eutanazji w opinii respondentów

Wśród respondentów większość (60,4%) uważało za nieetyczne poruszanie tematu eutanazji przy nieuleczalnie chorym i jego rodzinie. Opinia ta częściej towarzyszyła kobietom, niż mężczyznom. W poszczególnych grupach wiekowych udział przeciwników tego tematu zawierał się w przedziale od 50,0% do 64,7%. Za nieetyczne rozmowy o eutanazji uznało 65,0% mieszkańców wsi i 58,2% mieszkańców miast. Najczęściej sprzeciw w tej kwestii wyrażały osoby z wykształceniem średnim. Zarówno pielęgniarki i studenci w zbliżonym stopniu widzieli tę postawę, jako przejaw braku etyki (60% odpowiedzi). Podobnie jak w poprzednich zagadnieniach, tak i w tym pytaniu, odpowiedzi przeciwstawnych udzielili ankietowani w zależności od wyznania (Tabela V).

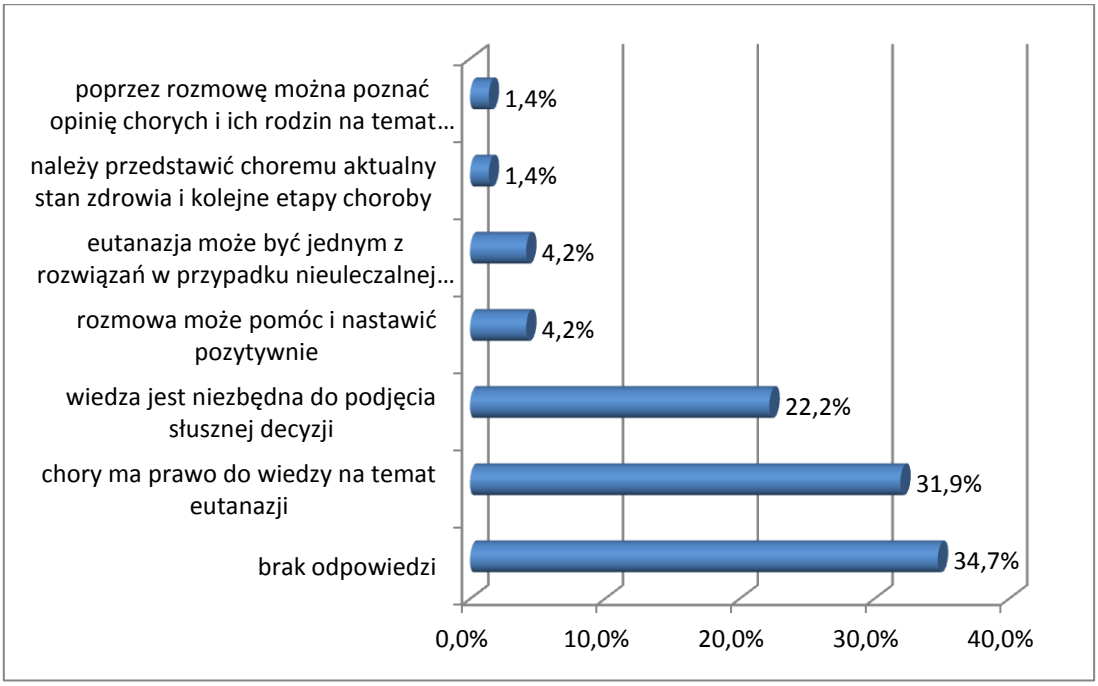
Grupa badanych, którzy uważali, że należy rozmawiać o eutanazji z nieuleczalnie chorymi i ich rodzinami, swoją opinię tłumaczyli prawem każdego człowieka do poznania

prawdy (31,9%), która jest niezbędna w podjęciu słusznej decyzji (22,2%). Prawie co trzecia ankietowana osoba nie umiała uzasadnić swojej odpowiedzi (Rycina 4).

Tabela V. Etyczność w rozmowach na temat eutanazji

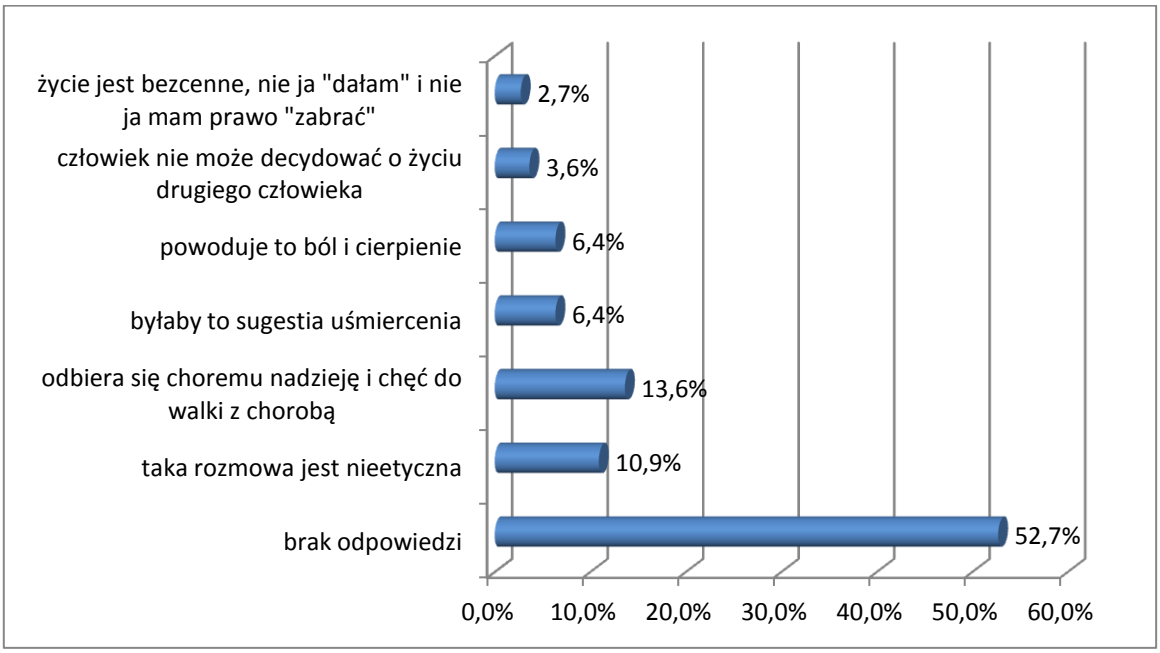
Zmienna	N	Tak		Nie	
OGÓŁEM	**182**	**72**	39,6%	**110**	60,4%
Płeć (p=0,124)					
Kobieta	116	41	35,3%	75	64,7%
Mężczyzna	66	31	47,0%	35	53,0%
Wiek (p=0,588)					
Do 20 r.ż.	21	8	38,1%	13	61,9%
21-25 lat	64	23	35,9%	41	64,1%
26-30 lat	26	13	50,0%	13	50,0%
31-35 lat	14	6	42,9%	8	57,1%
36-40 lat	17	6	35,3%	11	64,7%
41-45 lat	19	7	36,8%	12	63,2%
46 lat i więcej	21	9	42,9%	12	57,1%
Miejsce zamieszkania (p=0,380)					
Miasto	122	51	41,8%	71	58,2%
Wieś	60	21	35,0%	39	65,0%
Wykształcenie (p=0,396)					
Średnie	108	40	37,0%	68	63,0%
Licencjackie	38	16	42,1%	22	57,9%
Wyższe	36	16	44,4%	20	55,6%
Wyznanie (p=0,177)					
Katolik	174	67	38,5%	107	61,5%
Ateista	8	5	62,5%	3	37,5%
Zawód (p=0,640)					
Pielęgniarz/Pielęgniarka	67	28	41,8%	39	58,2%
Student/Studentka	115	44	38,3%	71	61,7%

Ponad połowa ankietowanych osób uważających, że nie należy rozmawiać o eutanazji z nieuleczalnie chorym i jego rodziną, nie umiała uzasadnić swego stanowiska. Podane powody częściej wyrażały sam stosunek do eutanazji niż do rozmowy o niej. Najczęściej badani określali, że rozmowa o „dobrej śmierci" może odebrać choremu i jego rodzinie nadzieję i chęć do walki (13,6%). Respondenci uważali, że wskazywanie tego rozwiązania może być odebrane jako sugestia uśmiercania (6,4%).



Rycina 4. Dlaczego NALEŻY rozmawiać o eutanazji?

Najprostszą odpowiedzią było stwierdzenie, że rozmowa wywoła niepotrzebny ból i cierpienie (6,4%). Ankietowani odnosili się również do władzy jaką daje eutanazja wskazując, że człowiek nie może decydować o życiu drugiego człowieka (3,6%) oraz nie można odbierać tego czego się nie dało (2,7%) (Rycina 5).



Rycina 5. Dlaczego NIE NALEŻY rozmawiać o eutanazji?

Dyskusja

Eutanazja jest pojęciem, które budzi wiele emocji i kontrowersji. Człowiek współczesny ceni sobie swobodę decydowania o swoim losie we wszystkich jego wymiarach, również decydowania o swoim życiu. Współcześnie są silnie eksponowane zarówno postępujące wciąż dążenia do perfekcjonizmu, jak i kwestia jakości życia.

Coraz częściej zwiększa się także społeczne przyzwolenie dla eutanazji [7,8]. W Australii eutanazję akceptowało 81% ankietowanych, w Wielkiej Brytanii 80%, w Kanadzie 76%, a w Stanach Zjednoczonych 80% [9].

Badania Szymańskiej [9] dotyczące postaw studentów wobec eutanazji wykazały, że 31,92% badanych studentów pielęgniarstwa i 39,47% prawa poparło eutanazję. Żaden kleryk nie poparł eutanazji, zaś przeciwnych jej jest 96,30%. Na własną eutanazję nie zgodziłoby się 17,02 % badanych studentów pielęgniarstwa, 44,74% prawa i 96,30 kleryków. Badani nie wyraziliby zgody na eutanazję członka rodziny 38,30% badanych studentów pielęgniarstwa, 57,89% prawa i 96,30% seminarium duchownego [9].

Wciślik [7] badając studentów resocjalizacji wykazał, że 66,40% badanych było przeciwnych własnej eutanazji, zaś eutanazję u któregoś z członków rodziny dopuszczało tylko 13,6% , 86,40% studentów było przeciwnych [7].

Również badania Sierżantowicz i wsp. [10] wykazały, że prawie połowa (41%) pracowników służby zdrowia, 27% pacjentów i 31% studentów zdecydowanie odrzuciła akceptację legalizacji prawnej eutanazji w Polsce [10].

Obecne badania wykazały, że 59,9% badanych uznało, że eutanazja nie powinna być zalegalizowana. Wśród badanych zgłaszających sprzeciw legalizacji eutanazji było 64,2 % pielęgniarek i 57,4 % studentów.

Badania Leppeta i wsp.[11] również potwierdzają, że studenci medycyny w większości (49%) byli przeciwni legalizacji eutanazji, a zwolennicy legalizacji stanowili 35% badanych [11].

Biorąc pod uwagę inne kraje Europy można zauważyć, że podobny odsetek przebadanych studentów medycyny było przeciwnych eutanazji, np. we Włoszech - 50% [12], w Szwecji - 52% [13].

Według badań Zielińskiej –Więczkowskiej i Januszewskiej [14] w dużej mierze opinie o eutanazji wśród studentów zależą od kierunku studiów. Większe poparcie dla eutanazji wyłazili studenci kierunków technicznych w 82,7%, zaś studenci kierunków humanistycznych poparli eutanazje tylko w 42% [14].

Wnioski

1. Zdecydowana większość respondentów sprzeciwiała się legalizacji eutanazji dorosłych i dzieci, chociaż biorąc pod uwagę eutanazję własnego dziecka odsetek ten malał.
2. Eutanazja dla większości to skrócenie cierpienia i śmierć na życzenie.
3. Najczęściej wymienianym zagrożeniem związanym z eutanazją to niebezpieczeństwo nadużyć, podjęcie nieodpowiedzialnej decyzji przez osobę chorą psychicznie oraz zniechęcenie pacjenta do walki z chorobą.
4. Rozmowa o eutanazji z pacjentem uznana została przez większość respondentów jako nieetyczna.

Piśmiennictwo

1. De Walden-Gałuszko K., Kaptacz A.: Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej. PZWL, Warszawa, 2008.
2. Kopaliński W.: Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych. Wiedza Powszechna, Warszawa ,1994
3. Zielińska –Fazan M.: Dobra śmierć- miłosierdzie czy przestępstwo. Prawo i życie 2001, 28, 30-31.
4. Malinowska K., Urban K., Pluta K.: Eutanazja. Służba Życiu 2003, 1, 11.
5. Griffiths J., Bood A., Wejers H.: Euthanasia and Law in the Netherlands. Amsterdam University Press, Amsterdam, 1996.
6. Moskwa M.: Morderstwo czy miłosierdzie? Wiedza i życie, 2003, 11, 36.
7. Śledzianowski J.: Eutanazja – dobra śmierć czy zabójstwo człowieka. Wyd. Jedność, Kielce, 2010.
8. Gałęska-Śliwka A., Śliwka M.: Stan wegetatywny, eutanazja, zaniechanie uporczywej terapii. Państwo i Prawo 2009, .765., 17-31.
9. Szymańska K.: Postawy wobec eutanazji wśród studentów pielęgniarstwa, prawa i kleryków. Piel. Zdr. Publ., 2012, 2, 125-133.
10. Sierżantowicz R., Łagoda K., Doroszkiewicz H.: Opinie lekarzy, pielęgniarek, pacjentów i studentów na temat eutanazji. Gerontol. Pol., 2011,19, 99-106.
11. Leppert W., Gottwald L., Kaźmierczak-Łukaszewicz S.: Problematyka eutanazji i opieki paliatywnej w poglądach studentów IV roku medycyny. Med. Paliat., 2009, 1, 45-52.

12. Grassi L., Agostini M., Rossin P. i wsp.: Medical Students' Opinions of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in Italy. Arch Intern Med., 2000, 160, 2236-2237.
13. Karlsson M., Strang P., Milberg A.: Attitudes toward euthanasia among Swedish medical students. Palliat Med., 2007, 2, 1615-622.
14. Zielińska-Więczkowska H., Januszewska M.: Opinie studentów bydgoskich uczelni na temat eutanazji. Hygeia Public Health, 2013, 48, 238-242.

Frąckowski Łukasz[1], Arndt Adam[1], Gryń Kamila[1], Lubasiński Przemysław[1], Dubielak Anna[1], Maćkowski Damian[2], Wawrzyniak Katarzyna[2]

Życie po życiu – problemy opieki ex mortus nad dawcą ze śmiercią mózgu i bijącym sercem

1. Studenckie Koło Naukowe Anestezjologii i Intensywnej Terapii przy Katedrze Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu
2. I Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Kardioanestezjologii, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu
3. Katedr Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wstęp

Mimo ciągłych apeli społecznych mających na celu zwiększenie ilości donacji, liczba dostępnych do transplantacji organów nadal jest niewystarczająca. Codziennie rośnie dysproporcja między chorymi zakwalifikowanymi do transplantacji, natomiast liczba organów możliwych do pobrania nie zwiększa się. W Stanach Zjednoczonych, Wielkiej Brytanii oraz państwach należących do Eurotransplantu zarejestrowanych jest już ponad 140 tysięcy potencjalnych biorców oczekujących na przeszczep. Liczba ta z dnia na dzień rośnie [1, 2]. W Polsce według danych Poltransplantu do końca 2013 roku na przeszczep oczekiwało 1478 osób [3].

Rozwinięcie

Opieka ex mortuo nad dawcą ze śmiercią mózgu i bijącym sercem jest wielkim wyzwaniem dla całego personelu oddziału intensywnej terapii. Wdrożenie właściwego postępowania umożliwia zmaksymalizowanie liczby pobranych narządów oraz zwiększa szanse na przejęcie przeszczepu u potencjalnego biorcy [4].

Na chwilę obecną wykorzystuje się trzy różne sposoby pozyskania organów do przeszczepu. Najczęściej wykorzystywaną metodą (według danych z Anglii) jest przeszczep od żywego spokrewnionego dawcy (najczęstszym przykładem jest rodzinny przeszczep nerki) [5,6]. Rzadziej wykonywane procedury to transplantacja od dawcy po zatrzymaniu krążenia (DCD, *donors after circulatory death*) oraz przeszczep pochodzący od dawcy po śmierci mózgu z bijącym sercem (DBD, *donors after brain death*) [2,6].

Warto także wspomnieć, iż nowe odkrycia w dziedzinie hodowania narządów zdają się wytyczać kierunek rozwoju dla współczesnej transplantologii [7].

Ze względu na stan pobranych narządów oraz ich ilość pobraną od jednego dawcy, najbardziej optymalnym jest pobranie od DBD. Średnia ilość narządów pobranych

jednorazowo od DBD wynosi 3,9 natomiast od DCD 2,5. Dodatkowo w przypadku dawców DBD, w przeciwieństwie do DCD, istnieje możliwość utrzymania odpowiedniego stanu narządów przed pobraniem przez intensywną opiekę nad dawcą oraz minimalizację czasu między pobraniem narządów a ich przeszczepieniem [6].

Ciągłe zwiększanie się liczby biorców wymusza na lekarzach poszukiwanie nowych sposobów na pokrycie tego zapotrzebowania. Jednym z nich jest tworzenie i rozbudowywanie baz potencjalnych dawców ze śmiercią mózgu oraz bijącym sercem, a także osób starszych oraz z czynnikami ryzyka nagłej śmierci mózgowej. Autorzy wielu prac są zgodni, że kluczem do sukcesu jest racjonalne i wczesne dobieranie zarówno dawców jak i biorców w celu zminimalizowania ryzyka utraty przeszczepu [8, 11].

Śmierć mózgu determinuje nieodwracalne procesy i nawet przy zachowanej funkcji wyrzutowej serca oraz prowadzonej mechanicznie wentylacji, nieuchronnie prowadzi do dysfunkcji całego organizmu. Pojawiają się zaburzenia homeostazy, takie jak rozsiane wykrzepianie wewnątrznaczyniowe, ostra reakcja zapalna, zaburzenia krążenia, ustają funkcje narządów wydzielania wewnętrznego oraz narasta kwasica metaboliczna, co nieuchronnie prowadzi do zatrzymania czynności krążenia. Niedotlenienie podwzgórza unieczynnia przysadkę i załamuje równowagę układu wydzielania wewnętrznego [12,13,14]. Upośledzenie funkcji tylnego płata przysadki jest znamienne u DBD i prowadzi do rozwoju moczówki prostej (*diabetes insipidus*) oraz niewydolności nadnerczy. W dużej ilości przypadków przedni płat przysadki pozostaje nieuszkodzony ze względu na odmienne zaopatrzenie naczyniowe [15]. Zmiany toczące się w przysadce przekładają się na pozostałe piętra układu wewnątrzwydzielniczego. U części dawców pojawia się zespół niskiego T3 (ESS, *euthyroid sick syndrome*). W związku z tym prowadzi się suplementację hormonów tarczycy T3 i T4 w ściśle kontrolowanych dawkach, gdyż dawki zbyt niskie mogą być nieskuteczne w zapobieganiu następstw zespołu niskiego T3 [16]. Należy pamiętać, że przedawkowanie z kolei może prowadzić do zwiększenia tempa przemiany materii, następowego zwiększenia zapotrzebowania na tlen oraz wtórnej kwasicy metabolicznej [17].

Badanie Salim i Martin [18] wykazało, że podanie hormonu T4 zwiększa średnią ilość narządów możliwych do pobrania od jednego dawcy z 3,2 (grupa kontrolna) do 3,9 (grupa otrzymująca lek).

Zaburzeniu ulega również czynność wewnątrzwydzielnicza trzustki. Zmniejszeniu ulega stężenie insuliny we krwi, rozwija się insulinooporność tkankowa, co prowadzi do hiperglikemii [19]. Jak wykazał Barklin i Larsson [20] na modelu zwierzęcym (świnie) odpowiednie kontrolowanie glikemii jest kluczowe, gdyż silnie wpływa na zwiększenie

odsetka opóźnień podejmowania funkcji przez przeszczep (DGF, *delayed graft function*) poprzez obniżenie stężenia cytokin prozapalnych (Il-6 i Il-10).

Robert i Guilhot [21] oraz Weiss i Kotsch [22] w swoich pracach dowiedli, że wyżej wymienione zmiany mają ogromny wpływ na powodzenie transplantacji oraz na długość funkcjonowania przeszczepionego narządu u biorcy. Wskazuje to na istotne znaczenie odpowiedniego prowadzenia DBD [21, 22].

Już w 1901 badania wykonane przez Cushinga [23] dowiodły, że śmierć mózgu jest zwykle poprzedzona jego obrzękiem. Zjawisko to prowadzi następnie do dysfunkcji całych narządów i układów, a w konsekwencji do hipotermii, hipotensji, cukrzycy i zaburzeń rytmu serca [15, 23].

Wzrost ciśnienia wewnątrzczaszkowego jest kompensowany ośrodkowo przez podwyższenie ciśnienia tętniczego krwi. Jest to efektem wyrzutu amin katecholowych z nadnerczy. W celu zwiększenia mózgowego przepływu krwi dochodzi do centralizacji układu krążenia (objaw Cushinga). Hipowolemia i centralizacja układu krążenia są również konsekwencją moczówki prostej. Na objętość krwi krążącej może mieć również wpływ przyczyna wywołująca śmierć mózgu (np. wstrząs krwotoczny wskutek urazu) [15,24].

Wyżej wymienione zmiany, prowadzące do centralizacji krążenia, powodują narastanie niedotlenienia narządów wewnętrznych (wątroba, nerki, jelita, trzustka). Jak zasugerował Shivalkar i wsp. [26] gwałtowność narastania obrzęku tkanek ma duże znaczenie, gdy chodzi o ocenę ryzyka krytycznego niedokrwienia na przykład serca. Na modelu zwierzęcym wykazano pięciokrotny wzrost szybkości narastania obrzęku mózgu, który spowodował wzrost ryzyka zawału mięśnia sercowego z 23% do 93% [26]. Wśród populacji dawców ze śmiercią mózgu i bijącym sercem częstość tego typu incydentów waha się między 20 – 25% [27]. Natomiast badania Venkateswarana i Townend [28], dowodzą że u około 40% DBD występują zamiany echokardiograficzne charakterystyczne dla zaburzeń kurczliwości [28].

Czynność serca u dawcy ze śmiercią mózgu i bijącym sercem powinna być regularnie monitorowana echokardiograficznie. Zaburzenia kurczliwości we wczesnych stadiach śmierci mózgu nie wykluczają użycia serca do transplantacji, gdyż nawet 50% tych epizodów jest odwracalna podczas intensywnej opieki nad dawcą [28].

Angiografia tętnic wieńcowych oraz serca, powinna być również rozważona jako badanie pomocnicze, które pozwala na szczegółową ocenę ewentualnych zaburzeń strukturalnych mięśnia sercowego dawcy [22]. Wydawałoby się, że przy wyborze tej metody należy rozważyć ograniczenie wynikające z nefrotoksycznego działania środków

kontrastujących. Wykazano jednak, że u DBD podanie kontrastu nie wywiera szkodliwego wpływu na nerki [29]. Jak wynika z powyższego zarówno badanie echokardiograficzne jak i koronarografia mają swoje istotne zastosowanie w ocenie użyteczności serca jako narządu do transplantacji [28,30].

Należy mieć na uwadze, iż po początkowym wyrzucie katecholamin, w miarę upływu czasu, możemy zaobserwować wyciszenie odruchów z układu współczulnego, co wywołuje narastanie hipotensji, a następnie, hipoperfuzję wszystkich tkanek, uniemożliwiając tym samym uzyskanie przeszczepu oraz powodując utratę dawcy [31].

Obrzęk mózgu i spowodowane przez niego zmiany hormonalne są trudne w leczeniu, jeśli nie zacznie się tego procesu odpowiednio szybko. Doświadczalnie stwierdzono, że stan zwierząt z wczesną śmiercią mózgu można stabilizować działając na naczynia i zapobiegając tak zwanej burzy wegetatywnej (AS, *autonomic storm*).

Audibert i wsp. [32] w swojej pracy dowiedli, że odpowiednie, szybkie leczenie AS może zwiększyć dostępność przeszczepów do zabiegów kardiochirurgicznych (63,9% - 55,4% leczonego DBD objawowo oraz 49% nieleczonego wcale).

U dawców ze śmiercią mózgu i bijącym sercem często stwierdza się wazoplegię oraz hipotensję. W związku z tym u DBD należy kontrolować ilość płynów zarówno wewnątrznaczyniowych, jak i zewnątrznaczyniowych oraz stężenie cytokin, które są zwiększone u dawców, którzy wykształcili odpowiedź na zwiększone obciążenie wstępne serca (*preload-responsive*) oraz w przypadku ostrej niewydolności narządu [25].

Ostrożne stosowanie płynoterapii przyczyniło się również do zwiększenia ilości oraz skuteczności transplantacji płuc od DBD (brak zmian o charakterze obrzęku). Do tej pory nie uzyskano ostatecznych wniosków, który z płynów infuzyjnych jest najkorzystniejszy podczas opieki nad dawcą ze śmiercią mózgu i bijącym sercem. Zmniejszona zdolność do regulacji składu krwi powinna skłonić do zaniechania przetaczania dużych ilości krystaloidów oraz unikanie kwasicy hiperchloremicznej. Krew oraz produkty krwiopochodne mogą być podawane zgodnie z wytycznymi opieki nad pacjentami w oddziale intensywnej terapii [33]. Koloidy na bazie skrobi (HES - hydroksyetylenowana skrobia) powinny być używane tylko wtedy, gdy jest to niezbędne [34].

Blasco i wsp. [35]wykazali przewagę nowych preparatów III generacji HES nad starszymi preparatami o wyższej masie cząsteczkowej. Pacjenci przyjmujący przeszczep nerki od DBD, który miał podawany HES 130kDa, wykazywali DGF w 22% i niższą wartość kreatyniny - 133 μmol/l w stosunku do dawców, którym podawano HES 200kDa - odpowiednio DGF w 33% przypadków i wartość kreatyniny 172 μmol/l [35].

Narząd ten jest najbardziej wrażliwy zarówno na przewodnienie jak i odwodnienie, niewielkie wahania płynów nie wpływają natomiast istotnie na pozostałe organy [36].

Do precyzyjnego monitorowania stanu wypełnienia łożyska naczyniowego możemy użyć cewnika Swana-Ganza (rodzaj cewnika dożylnego, który pozwala na pomiar ciśnienia zaklinowania w tętnicy płucnej - parametru, który służy do oceny wydolności i obciążenia wstępnego lewej komory) lub prosty, mniej czuły pomiar ośrodkowego ciśnienia żylnego (CVP, *central venous pressure*) za pomocą metod elektronicznych oraz grawitacyjnych przez cewnik centralny [37,38]. Objętość krwi krążącej jest ściśle związana z funkcjonowaniem układu sercowo-naczyniowego. Katecholaminy, takie jak adrenalina (A) i noradrenalina (NA) lub dopamina (D) są lekami często stosowanymi w oddziałach intensywnej terapii [39]. Należy podkreślić, iż preparaty te mają także działanie przeciwzapalne [40]. Stoica i Satchithananda [41] wykazali, iż używanie dawek NA wyższych niż 0.05 $\mu g\ kg^{-1}\ min^{-1}$ powoduje zmniejszenie przeżywalności i zwiększenie ryzyka odrzucenia przeszczepu.

U DBD hospitalizowanych długoterminowo wskazane jest również stosowanie wazopresyny (ADH) oraz desmopresyny (syntetyczny analog wazopresyny) celem terapii moczówki prostej oraz zachowania napięcia naczyń [42]. Ze względu na zmniejszanie perfuzji trzewnej (zwężenie naczyń mikrokrążenia) przez desmopresynę, jest ona stosowana w niskich dawkach [43]. Stosowanie ADH i desmopresyny pozwala również na zmniejszenie dawek stosowanych katecholamin [42]. Venkateswaran i wsp. [44]w swojej pracy wykazali, że stosowanie ADH u chorych leczonych NA pozwoliło na zmniejszenie dawki NA w 27,5% oraz całkowite jej wyeliminowanie w 32,5% .

Zmiany zachodzące pośmiertnie w płucach predysponują do rozwinięcia ich obrzęku. Może to skutkować zmniejszeniem powierzchni oddechowej płuc. Zjawisko to grozi hipoksją, niedotlenieniem narządów i ich uszkodzeniem, co może uniemożliwić ich pobranie. W związku z tym kluczową rolę odgrywa prowadzanie odpowiedniej wentylacji mechanicznej [13].

Stosowanie wentylacji mechanicznej nie pozostaje jednak obojętne dla płuc. Zbyt forsowna wentylacja prowadzić może do uszkodzeń błony pęcherzykowo-włośniczkowej. Zmniejsza to zdatność płuc jako potencjalnego narządu do przeszczepu. Należy podkreślić, iż w wyniku zaburzeń dyfuzji pęcherzykowo-włośniczkowej może rozwinąć się hipoksja i niedotlenienie narządów. Z tych powodów postuluje się stosowanie wentylacji mechanicznej oszczędzającej płuca. Według aktualnej wiedzy objętość oddechowa (TV, *tidal volume*) powinna wynosić około 6 – 8 ml/kg masy ciała oraz cechować się najniższym bezpiecznym ciśnieniem końcowo-wydechowym (PEEP, *positive end-expiratory pressure*). Podczas

respiratoroterapii powinny być również spełnione główne założenia podobne jak przy leczeniu ARDS (*acute respiratory distress syndrome*), skupiające się na rekrutacji jak największej liczby pęcherzyków płuc, uwzględniające niehomogenny charakter podatności tkanki płucnej, odpowiednią płynoterapią i zmniejszeniu maksymalnych ciśnień w drogach oddechowych [45,46]. Dobrze prowadzona wentylacja „oszczędzająca płuca" umożliwia zwiększenie liczby narządów pobranych od dawcy, gdyż również płuca są dobrej jakości i nadają się do przeszczepienia [47,48].

U pacjentów ze śmiercią mózgu obserwuje się także utratę zdolności regulowania temperatury ciała. Wiąże się to przede wszystkim ze zniszczeniem podwzgórza [49]. U dawcy ze śmiercią mózgu i bijącym sercem rozwija się hipotermia związana z zanikiem czynności mięśniowych oraz rozszerzeniem dystalnych naczyń krwionośnych oddających ciepło otoczeniu. Zgodnie z zaleceniami, temperatura ciała DBD powinna wynosić >35°C podczas pobytu na oddziale IT oraz podczas pobrania narządów [50]. Kamarainen i Virkkunen [51] sugerują jednak, że ochłodzenie temperatury ciała dawcy wpływa na polepszenie przyjęcia przeszczepu w przypadku transplantacji serca.

Istotnym problemem jest również rozwój ogólnoustrojowej reakcji zapalnej, która jest bardzo częsta u DBD [13]. Może być ona spowodowana zarówno chorobą podstawową, ale także uwolnieniem mediatorów zapalenia z uszkodzonego mózgu. W badaniach histopatologicznych płuc u dawców ze śmiercią mózgu stwierdzono nacieki z neutrofilów [52]. W surowicy dawców uzyskano podwyższone stężenia Il-6 oraz Il-8. Oba te czynniki prowadzą do zmniejszenia ilości pobranych narządów oraz do większego ryzyka odrzucenia przez biorcę [53]. Kellum i Venkataraman [54] w swojej pracy dowiedli, że można dokonać zmniejszenia stężenia czynników prozapalnych u DBD stosując hemodiafiltrację. Uzyskali oni spadek stężenia Il-6 o 28% a TNF-α (*tumor necrosis factor α,* czynnik martwicy guza α) 8,5%. [54].

W celu zmniejszenia procesu zapalnego stosuje się glikokortykosteroidy, a szczególnie metyloprednizolon. Według Chamorro i Falcon [55] w celu zwiększenia szans na pozytywną transplantacje terapię glikokortykosteroidami należy zacząć jak najszybciej, najlepiej od razu przy podejrzeniu śmierci mózgu.

Natomiast Kainz i Wilflingseder [56] badali wpływ metyloprednizolonu na rozwinięcie się ostrego uszkodzenia nerek (AKI, *acute kidney injury)* u dawców ze śmiercią mózgu i bijącym sercem. W grupie pacjentów otrzymujących metyloprednizolon incydent taki miał miejsce w 22% przypadków, natomiast w grupie kontrolnej, przyjmującej placebo,

w 25%, co pozwala wnioskować, że podawanie DBD metyloprednizolonu pozwala nieznacznie zmniejszyć ryzyko wystąpienia AKI.

Zaburzenia hematologiczne występujące u dawcy ze śmiercią mózgu i bijącym sercem nie są zjawiskiem rzadkim i występują one w 34% przypadków. Powodem ich powstania może być uwolnienie tromboplastyny tkankowej z umierającego mózgu lub rozwinięcie się zespołu wykrzepiania wewnątrznaczyniowego (DIC, *disseminated intravascular coagulation*). Zespół ten polega na wtórnej aktywacji kaskady krzepnięcia oraz wytworzeniu licznych, drobnych zakrzepów w mikrokrążeniu, co przekłada się na stan narządów do transplantacji. Wykrzepianie jest wyzwalane między innymi przez uwolnienie czynnika tkankowego oraz odsłonięcie warstwy podśródbłonkowej. Oba te czynniki odpowiadają za patogenezę tego zespołu u dawców ze śmiercią mózgu i bijącym sercem [57].

Nerki są bardzo wrażliwe na niedokrwienie. Procesy zachodzące w czasie burzy wegetatywnej oraz wahania ciśnienia tętniczego sprzyjają spadkowi filtracji. Franklin i Santos [58] w swojej pracy podali dwa ważne cele, które należy osiągnąć by uzyskać dobrze rokujący przeszczep trzustki od DBD – dobrze kontrolowana glikemia oraz niskie dawki leków naczynioskurczowych. Trzustka jest obecnie coraz rzadziej pobierana ze względu na stale postępujące narastanie problemu otyłości i nadmiernego spożywania alkoholu w społeczeństwie [59].

Wątroba, często transplantowany narząd, również jest wrażliwa na niedokrwienie, lecz większe uszkodzenie dokonuje w niej ogólnoustrojowa reakcja zapalna [60]. Z tego powodu u dawcy ze śmiercią mózgu i bijącym sercem należy stosować wyżej opisaną profilaktykę metyloprednizolonem [55]. W badaniach przeprowadzonych na zwierzętach Yang i Tao [61] wykazali, że niektóre anestetyki, na przykład remifentanyl, mogą działać ochronnie na wątrobę. Dzieję się tak, prawdopodobnie przez indukcję syntazy tlenku azotu, co w konsekwencji powoduje redukcję reaktywnych form tlenu i zmniejszenie reakcji zapalnej [61].

Podsumowanie

Do niedawna postulowano, że dawca powinien w jak najkrótszym czasie zostać poddany procedurze pobrania narządów. Obecnie jednak preferuje się podejście – działać bez pośpiechu i wyrównać stan ogólnoustrojowy DBD (*relax and repair*) [62].

Taki sposób opieki nad dawcą wymaga pracy wielospecjalistycznego zespołu, zaawansowanego monitorowania funkcji życiowych oraz szybkiej reakcji na zmiany stanu klinicznego dawcy ze śmiercią mózgu i bijącym sercem [4]. Ważne jest również utrzymanie homeostazy układu krążenia, niedopuszczenie do obrzęku płuc oraz do hipoperfuzji

szczególnie płuc oraz nerek [13,33]. W tym celu należy w sposób odpowiedni uzupełniać płyny, uważając by nie doprowadzić do przewodnienia organizmu DBD [36].

Prowadzone są również badania, które mają na celu jak najlepsze utrzymanie stanu organizmu dawcy najbardziej zbliżonego do stanu fizjologicznego (optymalizacja dla pracy narządów wewnętrznych), co umożliwi pobranie jak największej liczby narządów. Jest wiele różnych rekomendacji dotyczących opieki nad dawcą, nie istnieją jednak wytyczne jak w takim przypadku postępować [63]. Jednym z celów medycyny XXI wieku powinno być wypracowanie jednolitych standardów oraz nowych zaleceń postępowania z DBD, by osiągnąć cel, którego nie sposób nie nazwać cudem – życia po życiu.

Piśmiennictwo

1. Israni A. K., Zaun D. A.: OPTN/ SRTR2011 annual data report: deceased organ donation. Am. J. Transplant, 2013, 13 (Suppl. 1), 179–198.
2. Klein A., Messersmith E.: Organ donation and utilization in the United States, 1999–2008. Am. J. Transplant 2010, 10, 4p2, 973–986.
3. Krajowa Lista Oczekujących na Przeszczepienie 2013 r. Poltransplant. http://www. poltransplant. org.pl, data pobrania 25.03.2014.
4. Nijboer W. N., Moers C., Leuvenink H. G. D., Ploeg R.J.: How important is the duration of the brain death period for the outcome in kidney transplantation? Transplant Int., 2011, 24, 14–20.
5. Manara A. R., Murphy P. G.: Donation after circulatory death. Br. J. Anaesth., 2012, 108 (Suppl. 1), 108-121.
6. Transplant Activity in the UK. Activity Report 2012/13. NHS Blood and Transplant. http://www.organdonation.nhs.uk/statistics/transplant_activity_report/current_activity_reports/ukt/organ_donation_activity.pdf, data pobrania 25.03.2014.
7. Yunying L., Ru Y., Zuping He, Wei-Qiang G..**:** Generation of functional organs from stem cells. Cell Regeneration, 2013, 2, 2-6.
8. Hennessy S. A., Hranjec T.: Donor factors are associated with bronchiolitis obliterans syndrome after lung transplantation. Ann. Thorac. Surg., 2010, 89, 1555–1556.
9. Stehlik J., Feldman D.S., Brown R.N.:, et al Interactions among donor characteristics influence post-transplant survival: a multiinstitutional analysis. J. Heart Lung Transplant. 2010, 29, 291–298.
10. Nafidi O., Marleau D.: Identification of new donor variables associated with graft survival in a single-center liver transplant cohort. Liver Transpl., 2010, 16, 1393–1939.

11. Alamo J. M., Barrera L.: Results of liver transplantation with donors older than 70 years: a case–control study. Transplant Proc., 2011, 43, 2227–2229.
12. Barklin A.: Systemic inflammation in the brain-dead organ donor. Acta Anaesthesiol. Scand., 2009, 53, 425–35.
13. Avlonitis V. S., Wigfield C. H.: The hemodynamic mechanisms of lung injury and systemic inflammatory response following brain death in the transplant donor. Am. J. Transplant., 2005, 5, 4, 684–693.
14. Bos E., Leuvenink H.: Kidney grafts from brain dead donors: inferior quality or opportunity for improvement? Kidney Int., 2007, 72, 797–805.
15. Novitzky D., Cooper D.: Hormonal therapy of the brain-dead organ donor: experimental and clinical studies. Transplantation, 2006, 82, 1396–1401.
16. Novitzky D., Cooper D.: Hormonal therapy to the brain-dead potential organ donor: the misnomer of the 'Papworth Cocktail'. Transplantation, 2008, 86, 1479.
17. Salim A., Vassiliu P., Velmahos G.C, et al.: The Role of Thyroid Hormone Administration in Potential Organ Donors, Arch. Surg., 2001, 136, 1377-1380.
18. Salim A., Martin M.: Using thyroid hormone in brain-dead donors to maximize the number of organs available for transplantation. Clin. Transplant., 2007, 21, 405–409.
19. Smith M.: Physiologic changes during brain stem death—lessons for management of the organ donor. J. Heart Lung Transplant., 2004, 23 (Suppl. 9), 217–222.
20. Barklin A., Larsson A.: Insulin alters cytokine content in two pivotal organs after brain death: a porcine model. Acta Anaesthesiol. Scand., 2008, 52, 628–634.
21. Robert R., Guilhot J.: A pair analysis of the delayed graft function in kidney recipient: the critical role ofthe donor. J. Crit. Care, 2010, 25, 582–590.
22. Weiss S., Kotsch K.: Brain death activates donor organs and is associated with a worse I/R injury after liver transplantation. Am. J. Transplant., 2007, 7, 1584–1593.
23. Cushing H.: Some experimental and clinical observations concerning states of increased intracranial tension. Am. J. Med. Sci., 1902, 124, 375–400.
24. Agrawal A., Timothy J.: Bradycardia in neurosurgery. Clin. Neurol. Neurosurg., 2008, 110, 321–327.
25. Murugan R., Venkataraman R., Wahed A.S., et al. : Preload responsiveness is associated with increased interleukin-6 and lower organ yield from brain-dead donors. Crit. Care Med., 2009, 37, 2387–2393.

26. Shivalkar B., Van Loon J., Wieland W.: Variable effects of explosive or gradual increase of intracranial pressure on myocardial structure and function. Circulation, 1993, 87, 230–239.
27. Novitzky D., Rhodin J.: Ultrastructure changes associated with brain death in the human donor heart. Transpl. Int., 1997, 10, 24–32.
28. Venkateswaran R. V., Townend J. N.: Echocardiography in the potential heart donor. Transplantation, 2010, 89, 894–901.
29. Vigneau C., Fulgenci J.P.: The use of contrast media in deceased kidney donors does not affect initial graft function or graft survival. Kidney International, 2006, 70, 1149–1154.
30. Zaroff J. G., Rosengard B. R.: Consensus conference report: maximizing use of organs recovered from the cadaver donor: cardiac recommendations. Circulation, 2002, 106, 836–841.
31. Szabo G., Hackert T.: Modulation of coronary perfusion pressure can reverse cardiac dysfunctionafter brain death. Ann. Thorac. Surg., 1999, 67, 18–25.
32. Audibert G., Charpentier C., et al.: Improvement of donor myocardial function after treatment of autonomic storm during brain death. Transplantation, 2006, 82, 1031.
33. Van Raemdonck D., Neyrinck A.: Lung donor selection and management. Proc. Am. Thorac. Soc., 2009, 6, 28–38.
34. Cittanova M., Leblanc L.: Effect of hydroxyethylstarch in brain-dead kidney donors on renal function in kidney-transplant recipients. Lancet. 1996, 348, 1620-1622.
35. Blasco V. Leone M.: Comparison of the novel hydroxyethylstarch 130/0.4 and hydroxyethylstarch 200/0.6 in brain-dead donor resuscitation on renal function after transplantation. Br. J. Anaesth., 2008, 100, 504–508.
36. Minambres E., Rodrigo E., Ballesteros M.A., et al.: Impact of restrictive fluid balance focused to increase lung procurement on renal function after kidney transplantation. Nephrol. Dial. Transplant., 2010, 25, 2352–2356.
37. Koo K. K. Y., Sun J.C.J.: Pulmonary artery catheters: evolving rates and reasons for use. Crit. Care Med., 2011, 39, 1–6.
38. Marik P. E.: Techniques for assessment of intravascular volume in critically ill patients. J. Intensive Care Med., 2009, 24, 329–337.
39. Schnuelle P., Gottmann U., Hoeger S., et al.: Effects of donor pretreatment with dopamine on graft function after kidney transplantation: a randomized controlled trial. J. Am. Med. Assoc., 2009, 302, 1067.

40. Chamorro C., Silva J. A.: Use of catecholamines in cardiac donors: what is the real limit? J. Heart Lung Transplant., 2004, 23, 916–917.
41. Stoica S. C., Satchithananda D. K.: Noradrenaline use in the human donor and relationship with load-independent right ventricular contractility. Transplantation, 2004, 78, 1193–1197.
42. Barrett LK, Singer M, Vasopressin: mechanisms of action on the vasculature in health and in septic shock. Crit. Care Med 2007; 35: 33–40.
43. Keck T., Banafsche R.: Desmopressin impairs microcirculation in donor pancreas and early graft function after experimental pancreas transplantation. Transplantation 2001, 72 (2), 202-209.
44. Venkateswaran R.V., Steeds R.P., Quinn D.W., et al.: The haemodynamic effects of adjunctive hormone therapy in potential heart donors: a prospective randomized double-blind factorially designed controlled trial. Eur. Heart J., 2009, 30, 1771-1780.
45. UNOS. Critical Pathway for the Organ Donor. United Network for Organ Sharing. http://store.unos.org/product.php?product=PRD1189, data pobrania data pobrania 25.03.2014.
46. Botha P., Rostron A.J.: Current strategies in donor selection and management. Semin. Thorac. Cardiovasc. Surg., 2008, 20, 143–151.
47. Steen S., Ingemansson R.: First human transplantation of a nonacceptable donor lung after reconditioning ex vivo. Ann. Thorac. Surg., 2007, 83, 2191.
48. Franklin G.A., Santos A.P.: Optimization of donor management goals yields increased organ use. Am. Surg., 2010, 76, 587–594.
49. Dictus C., Vienenkoetter B.: Critical care management of potential organ donors: our current standard. Clin. Transplant. 2009, 23 (Suppl. 21), 2–9.
50. Smith M.: Physiologic changes during brain stem death—lessons for management of the organ donor. J. Heart Lung Transplant. 2004, 23 (Suppl. 9), 217–222.
51. Kamarainen A., Virkkunen I.: Hypothermic preconditioning of donor organs prior to harvesting and ischaemia using ice-cold intravenous fluids. Med. Hypotheses. 2009, 73, 65–66.
52. Fisher A.J., Donnelly S.C., Hirani N., et al. : Enhanced pulmonary inflammation in organ donors following fatal non-traumatic brain injury. Lancet, 1999, 353, 1412–1413.
53. Murugan R., Venkataraman R., Wahed A.S., et al. : Increased plasma interleukin-6 in donors is associated with lower recipient hospital-free survival after cadaveric organ transplantation. Crit. Care Med., 2008, 36, 1810–1816.

54. Kellum J. A., Venkataraman R.: Feasibility study of cytokine removal by hemoadsorption in brain-dead humans. Crit. Care Med., 2008, 36, 268–272 .
55. Chamorro C., Falcon J. A.: Controversial points in organ donor management. Transplant. Proc., 2009, 41, 3473–3475.
56. Kainz A., Wilflingseder J.: Steroid pretreatment of organ donors to prevent Postischemic renal allograft failure. Ann. Intern. Med., 2010, 153, 222–230.
57. Talving P., Benfield R.: Coagulopathy in severe traumatic brain injury: a prospective study. J. Trauma., 2009, 66, 55–61.
58. Franklin G. A., Santos A. P.: Optimization of donor management goals yields increased organ use. Am. Surg., 2010, 76, 587–594.
59. Fridell J. A., Rogers J.: The pancreas allograft donor: current status, controversies, and challenges for the future. Clin. Transplant. 2010, 24, 433–449.
60. Golling M., Mehrabi A.: Effects of hemodynamic instability on brain death-induced prepreservation liver damage. Transplantation, 2003, 75, 1154–1159.
61. Yang L-Q., Tao K-M.: Remifentanil preconditioning reduces hepatic ischemia–reperfusion injury in rats via inducible nitric oxide synthase expression. Anesthesiology, 2011, 114, 1036–1047.
62. Inaba K., Branco B.C., Lam L., et al.: Organ donation and time to procurement: late is not too late. J. Trauma., 2010, 68, 1362–1366.
63. Watson C. J. E., Dark J. H.: Organ transplantation: historical perspective and current practice. Br. J. Anaesth., 2012, 108 (Suppl. 1), 29–42.

Wiśniewska-Śliwińska Hanna

Ocena potrzeb edukacyjnych na rzecz świadomej transplantacji i donacji narządów

Akademia im. Jana Długosza w Częstochowie, Zakład Pracy Socjalnej

Wstęp

Transplantacje narządów są tematem kontrowersyjnym. Świadczy o tym m.in. fakt, że lekarze przed rozpoczęciem czynności pobrania narządów sprawdzają zastrzeżenia w centralnym rejestrze, co jest wymagane prawem, i pytają rodzinę zmarłego o zgodę - choć prawnie nie jest to konieczne.

Transplantacja to chirurgiczna procedura przeniesienia przeszczepu – tkanki/narządu – z jednego organizmu do drugiego, po którym mogą one podjąć czynność. Jest to uznana metoda leczenia schyłkowej niewydolności narządów. Większa ilość przeszczepów pochodzi od dawców zmarłych. Od żywych dawców można pobrać nerkę, szpik kostny lub fragment wątroby.

Przez wiele lat problematyka przeszczepów nie była uregulowana w polskim prawie.

Przy pobraniach latami kierowano się przepisami niespójnymi z obecnie aktualnymi aktami prawnymi. Nerki pobierano po zatrzymaniu krążenia - pobranie od osoby zmarłej odbywało się jako pierwszy akt badania pośmiertnego - obowiązkowego w przypadku zgonu pacjenta w szpitalu – zgodnie z rozporządzeniem Prezydenta RP z 1920 roku [1]. Pobranie jednej nerki od zdrowego, żywego dawcy, uznawano za akt bezprawny.

Znowelizowane w 1949 r. rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej służyło jako podstawa prawna do pobierania narządów ze zwłok - do celów transplantacji - aż do r. 1991. Mimo, iż znano pojęcie śmierci mózgowej, rozpoznanie zgonu w oparciu o te kryteria było w Polsce niedopuszczalne. Dozwolone było pobieranie tkanek od zmarłych – kwestie te regulowało rozporządzenie Prokuratora Generalnego Polski z 1948 roku, zezwalające na pobieranie rogówek [1].

Prokuratorzy mogli wyrażać zgodę na pobieranie gałek ocznych w celach leczniczych ze zwłok będących do ich dyspozycji od 1954 roku, następnie rozszerzono te uprawnienia do pobierania tętnic, kości i nerek.

W 1975 r. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej wydał wytyczne w sprawie zabiegu przeszczepienia nerek. Stosowano je analogicznie do innych narządów [2].

Żaden z przepisów nie stanowił źródła powszechnie obowiązującego prawa, np. nie uchylał bezprawności czynu polegającego na okaleczeniu ciała żywego człowieka – nawet za jego zgodą [3].

W latach 80-tych XX wieku na wniosek Ministra Zdrowia, zespoły specjalistów krajowych ds. anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii i neurochirurgii opracowały kryteria i tryb rozpoznawania śmierci pnia mózgu [4].

Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej uregulowała jedynie kwestię pobrania organów ze zwłok [5]. Regulacja ustawowa dotyczyła pobrania tkanek i organów tylko ze zwłok znajdujących się w zakładach opieki zdrowotnej - wyłącznie dla celów leczniczych. Ustawa nie wypowiadała się w kwestii kryteriów i trybu stwierdzania śmierci, nie ustanawiała barier prawnych dla komercjalizacji ludzkich komórek, tkanek i narządów, nie poruszała kwestii tworzenia banku tkanek i międzynarodowej wymiany trans plantów, nie określała również sposobu i formy wyrażania sprzeciwu. Aby poznać stanowisko zmarłego dotyczące pobrania narządu, lekarz musiał kierować pytanie do rodziny [6].

Prace nad regulacjami prawnymi dotyczącymi pobierania tkanek/narządów, przeszczepów prowadzono nadal. Ustawa z dnia 26 października 1995 roku o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów weszła w życie w 1996 roku [7]. Ustawa ta była dwukrotnie nowelizowana. Pierwsza nowelizacja - Ustawa z dnia 20.06.1997 roku o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw - precyzowała przepisy dotyczące sprzeciwu, wskazywała na fakt, że nie mają zastosowania do pobierania komórek, tkanek i narządów w czasie sekcji zwłok, dokonywanej w celu rozpoznania przyczyny zgonu i oceny postępowania leczniczego [8]. Druga nowelizacja, dokonana 08.06.1997 roku polegała na zmianach w przepisach Kodeksu karnego - na podwyższeniu górnej granicy pozbawienia wolności za przestępstwo określone w art. 20 ust. 1 Ustawy (zakaz komercjalizacji) do lat 3 (poprzednio - do lat 2) [9]. Żadna z nowelizacji nie zmieniała podstawowych założeń Ustawy.

W nowych warunkach nastąpiła konieczność zsynchronizowania prawa polskiego z prawem europejskim. Powstała nowa Ustawa z dnia 1 lipca 2005 roku o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, która następnie w 2009 roku została znowelizowana [10].

Dnia 13 czerwca 2008 roku Sejm RP podjął Uchwałę w sprawie akceptacji transplantacji jako metody leczenia. Zgodnie z treścią tej Ustawy - obowiązującej obecnie - komórki, tkanki i narządy mogą być pobierane ze zwłok ludzkich w celach diagnostycznych, leczniczych, naukowych oraz dydaktycznych. Zabiegi te można wykonywać także w czasie

sekcji zwłok dokonywanej dla rozpoznania przyczyny zgonu i oceny postępowania leczniczego. Dopuszczalne jest też przeszczepianie ludziom w celach leczniczych komórek, tkanek i narządów pochodzenia zwierzęcego. Sposób postępowania określają przepisy dotyczące eksperymentów medycznych. Ustawa określa, że za pobrane od żywego dawcy lub ze zwłok ludzkich tkanki, komórki i narządy nie można żądać ani przyjmować zapłaty lub innej korzyści majątkowej. Za naruszenie przepisów Ustawodawca przewidział sankcje karne. Pobieranie komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich jest możliwe, jeśli osoba zmarła nie wyraziła sprzeciwu za życia. Sprzeciw nie ma zastosowania, gdy pobieranie narządów następuje w czasie sekcji zwłok dokonywanej dla rozpoznania przyczyny zgonu i oceny postępowania leczniczego. Kryteria stwierdzenia trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu są ustalane przez specjalistów powoływanych przez ministra zdrowia i opieki społecznej. Trzeba mieć na względzie, że obowiązkiem zespołu pobierającego ze zwłok ludzkich komórki, tkanki i narządy, jest zapewnienie nadania zwłokom należytego wyglądu. Przepisy Ustawy regulują też kwestie pobierania komórek, tkanek i narządów od żywego człowieka, zdolności do czynności prawnych dawcy, dawców małoletnich [10]. Wydano rozporządzenia dotyczące: Poltransplantu, krajowej listy osób oczekujących, Centralnego Rejestru Sprzeciwów, Krajowego Rejestru Przeszczepień oraz inne konieczne do uregulowania kwestii przeszczepień.

Wcześniej, w prawie międzynarodowym również nastąpiły zmiany. W rezolucji 78/29, przyjętej przez Komitet Ministrów Rady Europy 11 maja 1978 roku, zatytułowanej „Harmonizacja legislacji państw członkowskich w zakresie pobierania i przeszczepiania ludzkich tkanek", zapisano w art. 10 iż: „*Zabronione jest pobieranie tkanki w przypadku jawnego lub domyślnego sprzeciwu zmarłej osoby, zwłaszcza po uwzględnieniu jej religijnych lub filozoficznych przekonań*" [11] oraz to, że „*W przypadku braku jawnego lub wyrażanego pośrednio życzenia zmarłego dozwolone jest pobranie tkanek. Państwa mogą jednak zdecydować, że pobieranie tkanek jest niedozwolone, jeśli po możliwie jak najbardziej szczegółowym zapoznaniu się z poglądami rodziny zmarłego (...) ujawniony zostanie sprzeciw z ich strony (...)*" [11].

Zgodnie z Konwencją o prawach człowieka i biomedycynie „*Należy brać pod uwagę wcześniej wyrażone życzenia pacjenta co do interwencji medycznej, jeżeli w chwili jej przeprowadzania nie jest on w stanie wyrazić swojej woli*".

W sferze etycznej *World Medical Association* odnosi się do ustawodawstwa dotyczącego zgody obowiązującego w różnych krajach. W Deklaracji z Sydney stwierdza się: „*Ustalenie momentu śmierci danej osoby powoduje, że z punktu widzenia etyki dopuszcza się*

zaprzestanie prób resuscytacji, a w krajach, w których pozwala na to prawo, można pobrać narządy z ciała zmarłego pod warunkiem, że spełniono obowiązujące prawne wymagania dotyczące zgody" (pkt. 5) [12].

Według Deklaracji Madryckiej z 1987 roku dotyczącej przeszczepiania ludzkich narządów podano, iż „obowiązkowo należy przeprowadzić szczegółową rozmowę na temat proponowanej procedury z dawcą i biorcą, członkami ich rodzin ponoszącymi za nich odpowiedzialność lub prawnymi przedstawicielami" [13].

W Polsce nadal problematyczna jest rozmowa z bliskimi osoby zmarłej nt. wyrażenia zgody na pobranie narządów. Po pierwsze: w samej placówce nie może dochodzić do rozmowy o pobraniu, jeśli na przeprowadzanie ewentualnych pobrań narządów nie wyraził zgody organ założycielski szpitala [14].

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli (NIK) w 2011 roku szpitale wykazywały zbyt małą aktywność w zakresie identyfikacji potencjalnych dawców narządów. W efekcie udział dawców zgłoszonych przez szpitale, w liczbie osób, które tam zmarły w badanym okresie (2007-2010), wynosił odpowiednio: 1,58%, 1,68%, 1,67% i 2,11%. Oprócz przyczyn obiektywnych tego stanu (kryteria medyczne wykluczające możliwość pobrania narządów, brak oddziałów, w których ze względu na specyfikę leczonych tam pacjentów najczęściej pozyskuje się dawców, skomplikowana procedura potwierdzania podejrzenia śmierci mózgu), dyrektorzy szpitali zwracali uwagę również na brak standardów współpracy pomiędzy oddziałami w zakresie identyfikacji potencjalnych dawców oraz niewystarczającą wiedzę niektórych lekarzy w sprawie procedur zgłaszania zmarłych i możliwości pobrania narządów.

Koordynację sprawnego pobierania i przeszczepiania narządów, na poziomie szpitali, powinni zapewniać działający w nich koordynatorzy. To kluczowy - w ocenie NIK - element systemu. Ich obecność pozwoliłaby wyeliminować przynajmniej część przeszkód, o których wspominają dyrektorzy szpitali.

Definicję pojęcia koordynatora pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów wprowadziła ustawa nowelizująca ustawę transplantacyjną (Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 8b Ustawy transplantacyjnej koordynatorem pobierania i przeszczepiania jest uprawniony i przeszkolony pracownik „organizujący koordynację pobrania i przeszczepienia. Faktycznie koordynatorzy działali w zakładach opieki zdrowotnej w niewielkiej liczbie jeszcze przed nowelizacją ustawy). Minister Zdrowia nie wprowadził jednak do projektu tej nowelizacji przepisów określających zasady funkcjonowania i finansowania koordynatorów. Według NIK rozstrzygnięcie tych kwestii w powszechnie obowiązujących przepisach ułatwiłoby

zatrudnianie koordynatorów w szpitalach. Dotychczasowe efekty tego procesu, mimo postępu, jeszcze są niezadowalające.

Stwierdzono przypadki, że lekarze biorący udział w komisjach ds. orzekania śmierci mózgu brali również udział w pobieraniu i/lub przeszczepianiu narządów od osób, u których stwierdzili śmierć mózgu, co było niezgodne z art. 9 ust. 6 Ustawy transplantacyjnej. Kontrola NIK ujawniła też przypadki nieprawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej, dotyczącej opisu operacji i protokołów pobrań narządów do przeszczepów (niekiedy była ona niekompletna, brakowało podpisów osób sporządzających te dokumenty). W żadnym ze szpitali, objętych kontrolą, dyrektorzy nie powołali ośrodków i zespołów kwalifikujących pacjentów do przeszczepu w kształcie, o którym mowa w Ustawie transplantacyjnej. Przyjęta praktyka polegająca - w ocenie NIK - na wyznaczaniu w poszczególnych klinikach lekarzy (spośród tam zatrudnionych) kwalifikujących pacjentów do przeszczepu - nie stwarza warunków do zapewnienia pełnej przejrzystości w postępowaniu kwalifikacyjnym [15].

Z ustaleń kontroli wynika, iż podstawowe znaczenie dla zmniejszenia niedoboru narządów do przeszczepu może mieć zwiększenie aktywności szpitali w procesie identyfikowania i zgłaszania zmarłych, którzy spełniają odpowiednie warunki, jako dawców narządów. Wsparcie dla tych działań powinno być zapewnione zarówno na szczeblu centralnym - Minister Zdrowia - jak też regionalnym i lokalnym - oddziały wojewódzkie NFZ, organy założycielskie zakładów opieki zdrowotnej, udziałowcy (w przypadku likwidacji SPZOZ i utworzenia na jego miejsce spółki). W efekcie działania naprawcze powinny doprowadzić m.in. do wprowadzenia koordynatorów pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów w każdym szpitalu, w którym możliwe jest ich pobieranie. Natomiast dyrektorzy szpitali muszą dostrzec w tym obszarze szansę na rozwój własnej placówki. Ważne jest upowszechnienie poglądu, że nieidentyfikowanie dawców jest zaniechaniem medycznym i etycznym.

Wprowadzenie koordynatorów do szpitali musi się łączyć z zapewnieniem im odpowiednich warunków do działalności. Wiąże się to nie tylko z akceptacją ze strony personelu medycznego i dyrekcji danego szpitala, ale także stworzeniem stabilnych warunków wynagradzania i zapewnieniem odpowiedniego statusu. Dlatego za celowe należy uznać wystąpienie przez Ministra Zdrowia z inicjatywą legislacyjną w celu doprecyzowanie w ustawie transplantacyjnej zasad funkcjonowania i finansowania koordynatorów. Przyjęte rozwiązania w zakresie wynagrodzeń koordynatorów muszą premiować ich aktywność [16].

Drugoplanowymi pozostają dla szpitali problemy rozliczania się z dawców narządów oraz ocena jakości pracy pracowników, którzy zajmują się procedurami związanymi z pobieraniem narządów.

Cele pracy

1. Poznanie przesłanek, którymi kierują się badani w momencie ustosunkowywania się do problemu przeszczepów oraz w momencie podejmowania decyzji o podpisaniu, bądź nie, „Oświadczenia woli".
2. Poznanie poziomu wiedzy badanych nt. przeszczepów, zgody domniemanej, itp.
3. Poznanie przyczyn odmawiania zgody na pobranie narządów od zmarłych przez członków ich rodzin.

Materiał i metody

Badania prowadzono w Częstochowie w okresie od listopada 2012 r. do marca 2013 roku. Objęto nimi: 84 osoby w wieku 18-40 lat i 76 osób w wieku 65-86 lat. Łącznie było to 160 osób, z którymi przeprowadzono wywiad kwestionariuszowy. Pytania dotyczyły głównie wiedzy nt. transplantacji narządów oraz motywacji odnośnie decyzji o podpisaniu, bądź nie, „Oświadczenia woli".

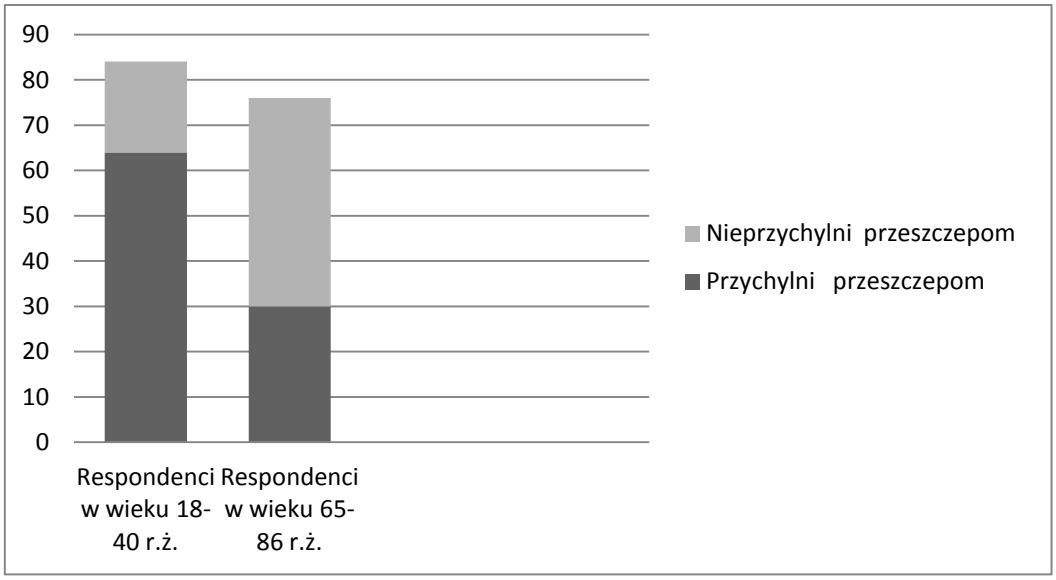
W badaniach zastosowano metodę wywiadu kwestionariuszowego (standaryzowanego). Zadawano 10 pytań związanych z celami pracy a ponadto 5 pytań dotyczących danych demograficznych.

Wyniki badań

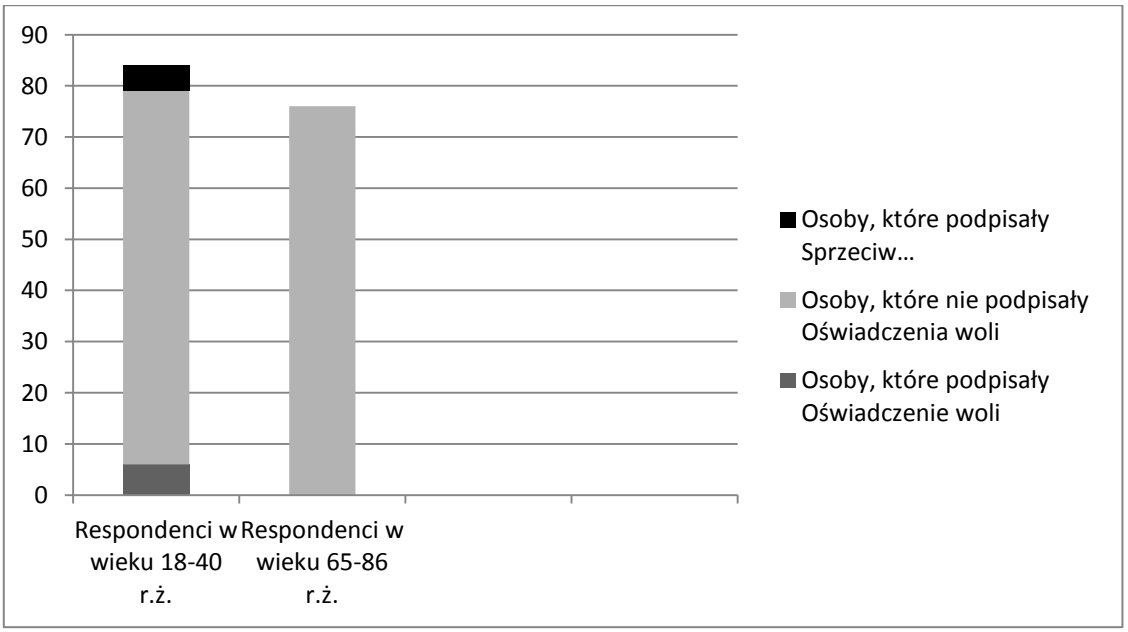
Chociaż większość respondentów była przychylna przeszczepom, to jednak ci sami badani nie byli skłonni wydać zgody na pobranie narządu/tkanki do przeszczepu od osoby bliskiej oraz podpisać „Oświadczenie woli".

Większość badanych z grupy wiekowej 18-40 lat była przychylna nowoczesnym metodom stosowanym w medycynie, w tym również transplantologii. Badani pozytywnie oceniali możliwość wykonania przeszczepu w momencie prawie całkowitej lub całkowitej niewydolności narządu. W grupie wiekowej 65-86 lat przychylna przeszczepom była mniej niż połowa badanych.

Ci sami badani mieli odmienne zdanie w odniesieniu do bycia dawcami. Akceptacja badanych spadała, gdy chodziło o nich samych, o pobranie materiału do przeszczepu po ich ewentualnej śmierci. Badani zadeklarowali, że gdyby można było zastrzec, które komórki, tkanki, narządy mogą zostać pobrane z ciała ich samych lub ich bliskich, to być może przychylniej podeszliby do problemu podpisania „Oświadczenia woli".

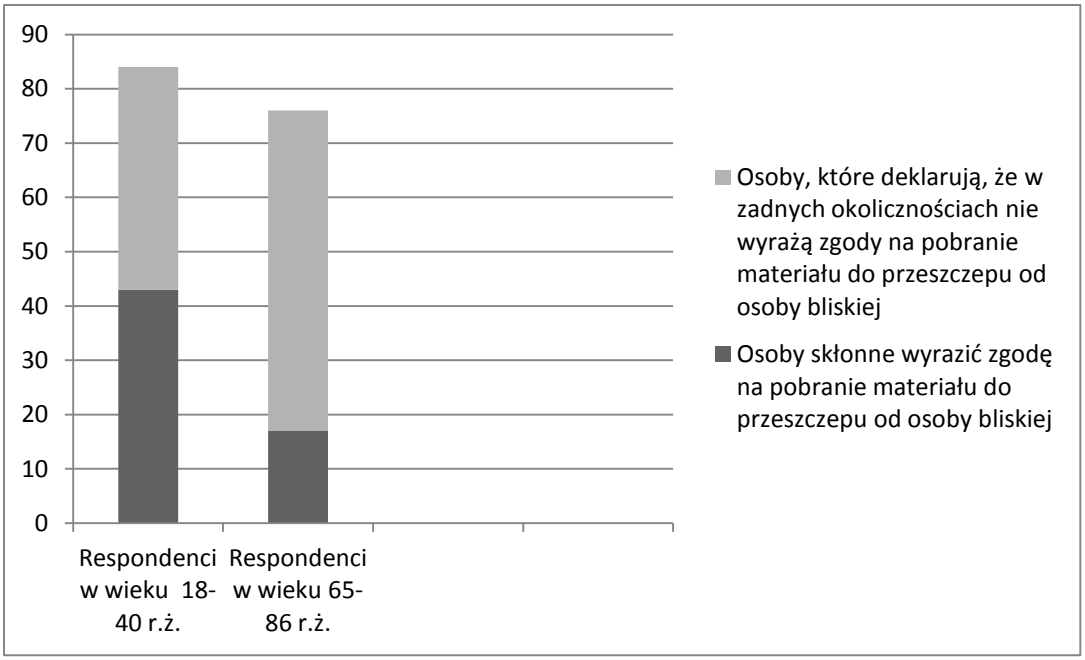


Ryc. 1. Przychylność i nieprzychylność badanych względem tematyki przeszczepów – wg wieku.



Ryc. 2. Osoby, które podpisały Oświadczenie woli/Sprzeciw przeciwko pobraniu narządów, tkanek do przeszczepów – wg wieku.

Poziom wiedzy badanych nt. przeszczepów był wyraźnie zróżnicowany - od minimalnego do ustawicznego studiowania różnych źródeł na ten temat. Wśród wszystkich badanych (160 osób) ani jedna osoba nie potrafiła wymienić więcej niż 4 narządy/tkanki, które się przeszczepia.



Ryc. 3. Opinie badanych nt. wyrażenia zgody na pobranie narządów/tkanek od ich bliskich – wg wieku.

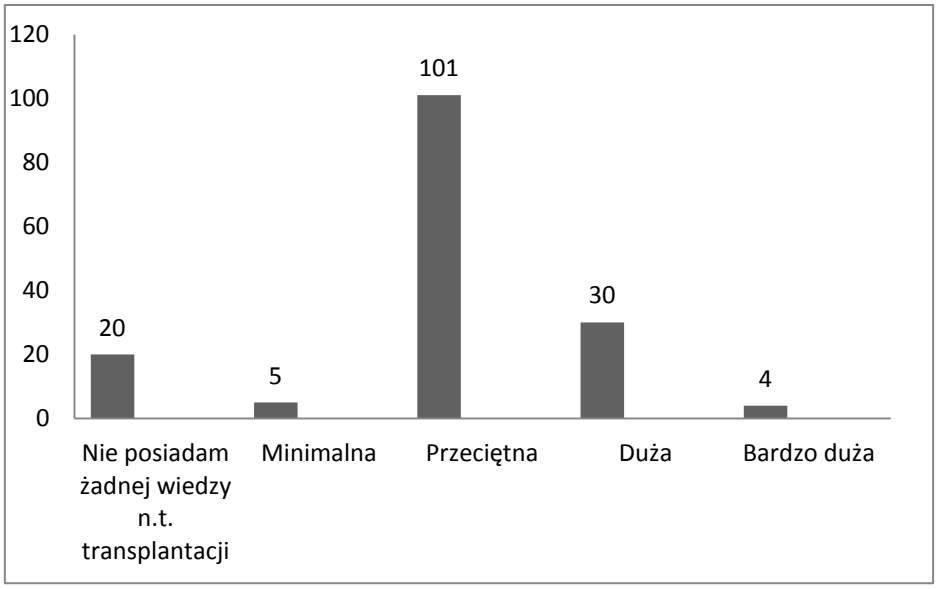
Badani zapytani, które narządy/tkanki pobiera się do przeszczepu, odpowiedzieli następująco:

Od dawcy po stwierdzeniu śmierci mózgowej:					**Od dawcy żywego:**		
serce	nerka	wątroba	płuca	inne	nerka	płat wątroby	szpik kostny
125	112	48	36	79	85	45	110

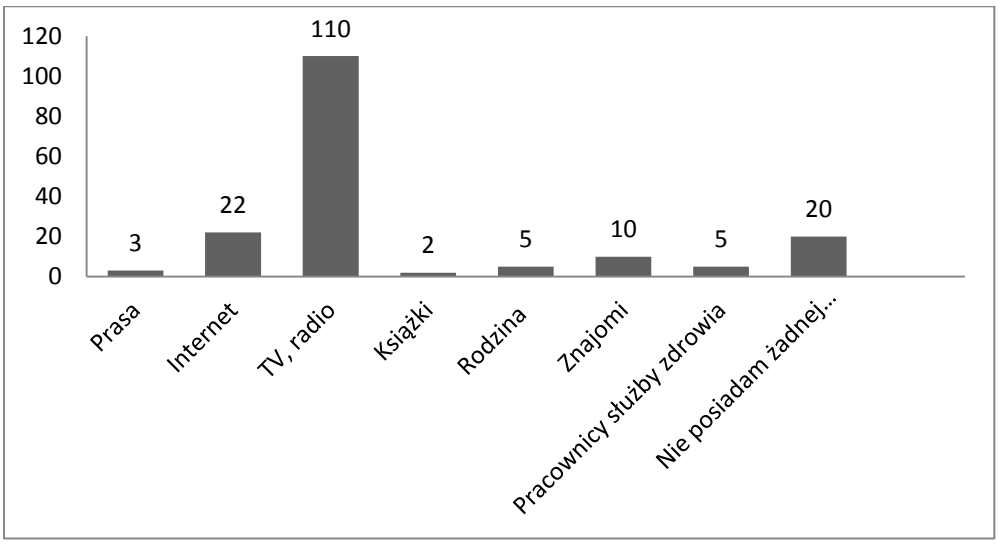
Spośród 160 badanych zaledwie 54 wiedziało, co oznacza termin „zgoda domniemana". Z kolei 92 wiedziało skąd można uzyskać formularz „Oświadczenia woli".

Opinie badanych na temat poziomu ich wiedzy odnośnie transplantacji i pobierania przeszczepów przedstawiono na ryc. 4.

Badani, wskazując źródła wiedzy na temat transplantacji, udzielili następujących odpowiedzi: najwięcej osób wskazało na radio i telewizję, a następnie Internet; w dalszej kolejności wskazali następujące źródła: znajomi, rodzina, pracownicy służby zdrowia, prasa; były tylko dwa wskazania książki (ryc. 5).



Ryc. 4. Opinie badanych nt. poziomu ich wiedzy dotyczącej transplantacji



Ryc. 5. Źródła wiedzy respondentów nt. transplantacji i przeszczepów

Bardzo trudne, wręcz niemożliwe, było uzyskanie informacji nt. wysokości środków uzyskiwanych przez szpitale-dawców od szpitali-biorców. Środki te winny trafiać do dyspozycji pracowników, którzy w szpitalach zajmują się procedurami związanymi z pobieraniem narządów. Formy wykorzystania tych środków mogą być różne - od szkoleń, poprzez stały dodatek do wynagrodzenia, aż do premii.

Dyskusja

Według Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS), przeprowadzonego w dniach 6-12 sierpnia 2010 r. na liczącej 1041 osób reprezentatywnej próbie losowej dorosłych

Polaków, 91% ankietowanych, w tym 70% zdecydowanie, aprobowało pobieranie narządów od osób zmarłych, by ratować życie lub przywracać zdrowie innym ludziom. Przeciwko było 6% badanych, w tym 2% zdecydowanie; 3% nie miało zdania na ten temat. W porównaniu do roku 1994 liczba zwolenników pobierania narządów od zmarłych wzrosła o 8 pkt proc.

W ocenie CBOS, jednym z istotnych problemów transplantologii jest brak zgody rodziny osoby zmarłej na pobranie narządów. Wprawdzie opinia rodziny nie ma mocy prawnej, bowiem w Polsce obowiązuje zasada „zgody domniemanej" (jeśli zmarły nie wyraził za życia sprzeciwu wpisując się do specjalnego rejestru jest uznawany za potencjalnego dawcę), jednak w praktyce lekarze kierują się stanowiskiem bliskich.

Jak wynika z przywoływanego sondażu CBOS, prowadząc badania nie zainteresowano się kilkoma kwestiami [17]:

- Czy respondenci posiadają dostateczną wiedzę dotyczącą transplantacji i przeszczepów?
- Skąd czerpią swoją wiedzę?
- Czy programy szkolne przewidują na którymś etapie edukacyjnym zajęcia dotyczące transplantacji i wyrażania zgody na nią?
- Czy postawy lekarzy/koordynatorów/pomocniczego personelu medycznego ma wpływ na decyzje osób podejmujących decyzję o pobraniu narządów?
- Jakie czynniki mają wpływ na decyzję o wydaniu - bądź nie - zgody na pobranie narządów od osoby bliskiej?
- Jaka jest opinia lekarzy nt. decyzji rodzin osób zmarłych w sprawie zgody na pobranie narządów do transplantacji?

Podsumowanie i wnioski

Przeprowadzone badania dowodzą, iż problem pobierania komórek, tkanek i narządów w celu przeszczepienia jest nadal problemem aktualnym. O ile problematyka transplantacji pozostaje w obszarze zainteresowań badaczy, to jednak należałoby ją rozszerzyć. Badania winny dotyczyć nie tylko decyzji osób ankietowanych, ale również ich stanu wiedzy i innych czynników, mających wpływ na decyzje dotyczące wydania zgody na pobranie narządów/tkanek w celu przeszczepienia.

Liczba przeprowadzanych transplantacji byłaby większa, gdyby:

1) wiedza dotycząca przeszczepiania narządów była szerzej i wcześniej propagowana;
2) prowadzono akcje społeczne propagujące podpisywanie „Oświadczeń woli"; akcje te powinny być nagłaśniane w środkach masowego przekazu;

3) personel medyczny był lepiej przygotowywany do rozmów z rodzinami dawców. Pożądane jest występowanie przez szpitale/oddziały szpitalne z wnioskami o zgodę na prowadzenie pobrań narządów do organów założycielskich. W każdym szpitalu (z odpowiednimi oddziałami) powinien pracować koordynator zajmujący się procedurą wykonywania pobrań narządów;
4) rozszerzono treści edukacyjne o wiedzę dotyczącą transplantacji. Gdyby do tego doszło, o wiele więcej Polaków decydowałoby za życia o tym, co ma się stać z ich narządami po śmierci. Co za tym idzie - rodziny zmarłych (dawcami są osoby zdrowe, nie chorujące, często ofiary wypadków) nie musiałyby decydować o pobraniu narządów, brana by była pod uwagę wyłącznie wola zmarłego. Lekarze nie byliby stawiani w niezręcznej, dyskomfortowej sytuacji - w obecnym stanie prawa przyjmuje się domniemaną zgodę dawcy na pobranie narządów, jeśli nie ma jego zgłoszenia w „Rejestrze sprzeciwów", ale „wola pacjenta musi być ustalona za wszelką cenę, gdyż jest to jeden z warunków pobrania organu";

Szeroko zakrojona akcja edukacyjna oraz propagująca podpisywanie za życia „Oświadczenia woli" z pewnością wpłynęłyby na poprawę sytuacji, na zwiększenie ilości dawców.

Nie bez znaczenia jest pokazywanie przez środki masowego przekazu sytuacji fikcyjnych, dotyczących np. zdobywania narządów do przeszczepów. Filmy, seriale ukazujące sytuacje handlowania narządami, porwań dla narządów, nastawiają widzów negatywnie do problemu transplantacji.

Dużym problemem transplantologii jest bardzo duże zapotrzebowanie na organy do przeszczepu przy zupełnie nienadążającej za nim liczbie dawców. Liczbę przeszczepów w Unii Europejskiej być może zwiększy Europejska Karta Dawcy, której wprowadzenie proponuje Komisja Europejska. Miałoby to nie tylko ułatwić decyzję o pobraniu organu w razie nagłej śmierci przez posiadacza karty, ale też „uwrażliwić opinię publiczną na problemy transplantologii" [18].

Biorąc pod uwagę statystyki, zajmowanie przez Polskę jednego z ostatnich miejsc, jeśli chodzi o liczbę zarejestrowanych potencjalnych dawców, liczbę wykonywanych przeszczepów rodzinnych oraz liczbę pobrań narządów i wykonanych transplantacji, działania w naszym kraju należałoby zintensyfikować. Należy dążyć do zmiany istniejącej sytuacji. Tylko działania edukacyjne – prowadzone zarówno w szkołach, na uczelniach, w zakładach pracy, placówkach służby zdrowia – oraz prowadzone przez rząd i organizacje pozarządowe mogłyby doprowadzić do poprawy sytuacji. W pierwszej kolejności mogłoby być to

rozpowszechnianie wiadomości dotyczących stron internetowych, z których można pobrać tekst „Oświadczenia woli".

Być może rozwiązaniem byłoby wprowadzenie przez Ustawodawcę obowiązku podpisywania „Oświadczenia woli" lub zgłoszenia do Centralnego Rejestru Sprzeciwów przez każdego dorosłego Polaka, np. do ukończenia 21 lat (oświadczenie w każdej chwili można byłoby zmienić).

Piśmiennictwo

1. Rowiński W. Aspekty prawne i etyczne przeszczepiania narządów. Służba Zdrowia 2002, 75-76, 16-17.
2. Dz. Urz. MZiOS 1975 r., nr 21, poz. 79.
3. Safian D.: Podstawy prawne przeszczepiania narządów w Polsce [w:] Zarys chirurgii transplantacyjnej, Rowiński W. (red.). Akademia Medyczna w Warszawie, Warszawa, 1993.
4. Dz.Urz. MZiOS, z 26 czerwca 1984 r., nr 6, poz. 38.
5. Dz.U. 1991 nr 91 poz. 408.
6. Zielińska E.: Transplantacja w świetle prawa w Polsce i na świecie. Państwo i Prawo 1995, 6, 18.
7. Dz. U. 1995, nr 138, poz. 682.
8. Dz. U. 1997, nr 104, poz. 661, zm. 01.01.1999, Dz. U. 1998, Nr 117, poz. 756; 01.10. 2002, Dz. U. 2001, Nr 126, poz. 1382.
9. Dz. U. 1997 nr 88, poz. 554.
10. Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Dz.U. z 2005 r. nr 169, poz. 1411.
11. www.prawoimedycyna.pl/index.php?str=artykul&id.., data pobrania 02.11.2012
12. www.hfhrpol.waw.pl/precedens/images/.../konwencja_overview.pdf, data pobrania 02.05.2013.
13. http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/1878, data pobrania 02.05.2013.
14. http://www.przeszczep.home.pl/?a=szukaj&szukane=poltransplant&page=3&page=9, data pobrania 02.05.2013.
15. Raport Najwyższej Izby Kontroli. Departament Pracy, Spraw Socjalnych i Zdrowia. KPZ-4101-03/2010. Nr ewid. 132/2011/P/10/095/KPZ. Informacja o wynikach kontroli organizacji i finansowania ,systemu przeszczepiania narządów, tkanek i komórek. Warszawa, czerwiec 2011,.8-9.

16. Raport Najwyższej Izby Kontroli. Departament Pracy, Spraw Socjalnych i Zdrowia. KPZ-4101-03/2010. Nr ewid. 132/2011/P/10/095/KPZ. Informacja o wynikach kontroli organizacji i finansowania ,systemu przeszczepiania narządów, tkanek i komórek. Warszawa, czerwiec 2011, 13-14.
17. http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2009/K_146_09.PDF, data pobrania 02.05.2013.
18. http://www.szpitalbp.pl/p637.html, data pobrania 03.11.2013.

Piecewicz-Szczęsna Halina [1,2], Karwat Irena Dorota [1], Draguła Bożena[3]

Zasady postępowania pielęgniarki w przygotowaniu pacjenta ze stwierdzoną śmiercią mózgową do pobrania narządów do przeszczepu

1. Katedra i Zakład Epidemiologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
2. Instytut Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Sanoku
3. Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Szpital Specjalistyczny Brzozów

„Śmierć jest tym samym co narodziny, misterium natury."
Marek Aureliusz

Wstęp

Przez setki lat obowiązywała tzw. „klasyczna definicja śmierci". Według niej „*śmierć człowieka następowała z chwilą ustania wszelkiej czynności oddechowej oraz krążenia*" [1]. Za dokładny moment śmierci zwykle uznawano ostatni oddech lub częściej ostatnie wysłuchane uderzenie serca. Utrwalone skutki braku krążenia krwi w postaci plam opadowych, wyziębienia ciała zmarłego, stężenia pośmiertnego, zauważalne dla każdego dawały pewność, że nastąpił zgon [2].

W wyniku rozwoju technik reanimacyjnych i anestezjologicznych w latach 50-ch XX wieku możliwym stało się podtrzymywanie wentylacji płuc i krążenia metodami sztucznymi [3]. Pozwoliło to utrzymywać przy życiu chorych z ciężkimi uszkodzeniami mózgu, którzy bez tych technik w krótkim czasie spełniliby klasyczne kryteria śmierci. Postęp medycyny napędzany rozwojem technologii spowodował powstanie tzw. „nowej definicji śmierci", w której podstawę do uznania człowieka za zmarłego stanowi śmierć całego mózgu [1].

Śmierć mózgu pacjenta oddziału intensywnej terapii wiąże się bezpośrednio z niepowodzeniem terapeutycznym [3]. Należy jednak pamiętać, że podjęcie właściwej decyzji w odpowiednim momencie daje możliwość ratowania wielu żyć ludzkich. Dlatego każdy taki pacjent powinien być rozpatrywany jako potencjalny dawca narządów [4]. Postępowanie z dawcą powinno się traktować jako początek przygotowywania narządów do przeszczepu.

Celem pracy było ustalenie zasad postępowania pielęgniarki w przygotowaniu pacjenta ze śmiercią mózgową do pobrania narządów do przeszczepu na przykładzie indywidualnego pacjenta.

Materiał i metody badań

W pracy wykorzystano metodę studium przypadku. Protokół naukowo-badawczy stworzony został dla potrzeb badawczych według własnej autoryzacji jako narzędzie badawcze. Zawiera ogólne informacje dotyczące pacjenta, funkcjonowania poszczególnych układów i narządów z uwzględnieniem zmian zachodzących w stanie ogólnym chorego. Wiadomości uzyskano na podstawie historii choroby, obserwacji stanu pacjenta, pomiarów, interpretacji wyników badań oraz z wywiadu z najbliższą rodziną podmiotu, przeprowadzonego ze względów etycznych w formie spontanicznej, niezamierzonej rozmowy.

Podmiotem badań była pacjentka M.B. w wieku 35 lat. Badania trwały 4 dni, od momentu przyjęcia chorej do oddziału, do czasu zabiegu pobrania narządów do przeszczepu.

Wyniki badań

Pani M.B., lat 35, od kilkunastu lat pracowała jako nauczyciel w szkole podstawowej w niewielkiej podbieszczadzkiej wsi. Mieszkała wraz z mężem i trójką dzieci w wieku 3, 7 i 12 lat w prywatnym domku. Przez całe życie była szczupłej budowy ciała, prowadziła aktywny fizycznie tryb życia i zdrowo się odżywiała. Nie chorowała na poważniejsze schorzenia, swój stan zdrowia oceniała raczej jako dobry. Ostatni pobyt w szpitalu miał miejsce trzy lata temu, gdy pani M.B. rodziła swoje najmłodsze dziecko. Od jakiegoś czasu zmagała się z okresowo występującymi bólami głowy umiejscowionymi w okolicy potylicy i karku, przyjmując dostępne bez recepty leki przeciwbólowe, które łagodziły dolegliwości.

W dni rozpoczęcia badań osoba badana w pracy w godzinach popołudniowych doznała utraty przytomności, poprzedzonej wymiotami. Karetka pogotowia przewiozła chorą do najbliższego szpitala. Po konsultacji neurologicznej i w związku z diametralnie pogarszającym się stanem ogólnym chorej w trybie natychmiastowym została przetransportowana do Oddziału Intensywnej Terapii Brzozowskiego Szpitala Specjalistycznego.

W chwili przyjęcia stan ogólny chorej bardzo ciężki, 5 punktów w skali Glasgow. Zaintubowana, oddech mechaniczny z respiratora. Pacjentkę podłączono do kardiomonitora, dokonano pomiarów podstawowych parametrów życiowych - ciśnienie tętnicze krwi 100/40 mmHg wspomagane Dopaminą i.v. 5 ug/kg/min, akcja serca w granicach 90 ud/min, SpO_2 99%, temperatura ciała 37,5^{o}C, diureza 1,5 ml/kg/godz. U pacjentki wystąpiły drżenia i prężenia ciała, w związku, z czym na zlecenie lekarza podano Thiopetal i.v. Chorej założono wkłucie centralne do żyły podobojczykowej, wkłucie dotętnicze. Pobrano komplet badań laboratoryjnych. Następnie kobieta miała wykonaną tomografię komputerową głowy. Badanie

wykazało obecność świeżo wynaczynionej krwi w przestrzeni między oponą pajęczą i miękką oraz narastający obrzęk mózgu. Pacjentkę ułożono w pozycji półwysokiej.

Zastosowano rutynowe leki działające przeciwobrzękowo - Mannitol. W celu zapobieżenia skurczowi naczyń włączono Nimotop w całodobowym wlewie dożylnym. Otrzymała również 1-molowy roztwór wodorowęglanu sodowego, wdrożono uzupełnianie niedoborów wodno-elektrolitowych. Prowadzono ciągłą, całodobową, bezpośrednią obserwację wszystkich parametrów życiowych, godzinową kontrolę diurezy, kontrolę glikemii (co cztery godziny). Wyniki dokonywanych pomiarów skrupulatnie oznaczano w karcie pacjenta.

Odbyła się konsultacja neurologiczna podczas, której wykazano znikomą reakcję na silne bodźce bólowe, zaburzenia motoryki gałek ocznych i źrenic oraz obustronnym objawem Babińskiego. Ostatecznie skonsultowano dalsze postępowanie terapeutyczne z specjalistą neurochirurgii szpitala, który po analizie stanu klinicznego i badań obrazowych wykluczył możliwość leczenia chirurgicznego pacjentki kwalifikując jej stan jako V^{o} według skali Boterella (chora w głębokiej śpiączce, występuje sztywność odmóżdżeniowa, rozkojarzenie wegetatywne).

U kobiety zaobserwowano postępującą porażenną sztywność mięśniową, przyśpieszenie akcji serca do 110 ud/min., wzrost temperatury ciała, która w godzinach wieczornych wynosiła 38,6^{o}C. Po dożylnym przetoczeniu Paracetamolu temperatura obniżyła się do wartości prawidłowych, ustabilizowała się również akcja serca. Chorej przetoczono Koncentrat Krwinek Czerwonych grupy „A”Rh (plus) oraz Koncentrat Krwinek Płytkowych bez powikłań.

Umożliwiono najbliższej rodzinie wizytę z podopieczną podczas, której przeprowadzono spontaniczną, szczerą rozmowę. Starano się stworzyć atmosferę zaufania i bezpieczeństwa oraz w możliwie jasny, zrozumiały, a zarazem delikatny sposób odpowiedzieć szereg pytań. Członkowie rodziny uzyskali wyczerpujących informacji od lekarza dyżurnego odnośnie stanu klinicznego hospitalizowanej. Na prośbę bliskich pacjentki zorganizowano spotkanie z kapelanem szpitalnym, który udzielił chorej sakramentu namaszczenia, a rodzinie potrzebnego wsparcia.

Tego dnia dokonano rozpoznania problemów pielęgnacyjnych występujących u pacjenta oraz podjęto działania w celu ich likwidacji lub przynajmniej minimalizacji. Rozpatrzono również zakres potrzeb i oczekiwań rodziny chorej.

W kolejnej dobie hospitalizacji pacjentki nasiliła się niewydolność krążenia, pojawiły się zburzenia rytmu serca, miały miejsce duże wahania ciśnienia tętniczego krwi, które stopniowo udało się opanować terapią infuzyjną i farmakoterapią z zastosowaniem leków wazoaktywnych. Pojawiły się objawy sugerujące rozpoczynającą się „burzę wegetatywną" związaną z postępującym uszkodzeniem mózgu. Od godzin rannych zanotowano wzrost ilości wydalanego moczu do 3 mml/kg/godz, wdrożono postępowanie mające na celu przeciwdziałanie moczówce prostej, uzupełnianie zaburzeń elektrolitowych pod kontrolą wyników laboratoryjnych. Ze względu na podwyższone wartości cukru w surowicy rozpoczęto podawanie insuliny, kontrolę glikemii co 2 godziny.

Zaobserwowano również całkowity brak reakcji źrenic na światło, nieobecność odruchu kaszlowego i wymiotnego podczas odsysania wydzieliny z dróg oddechowych. Pobrano: krew do badań toksykologicznych w celu wykluczenia śpiączki farmakologicznej, krew, mocz i aspirat z tchawicy do badania bakteriologicznego. Ponownie przeprowadzono badanie TK, które potwierdziło masywny krwotok podpajęczynówkowy, obrzęk mózgu, brak przepływu mózgowego oraz rozległe ogniska martwicze. Zespół lekarski podjął decyzję o rozpoczęciu wdrożenia procedury orzekającej śmierć mózgową. Od momentu wysunięcia podejrzeń śmierci mózgowej rozpoczęto wymagany okres obserwacji wstępnej, trwający w tym przypadku minimum 6 godzin, mający za zadanie wykazać nieodwracalność stanu wobec wyczerpania możliwości terapeutycznych i upływu czasu.

Informacje o przypuszczeniach dotyczących śmierci mózgowej u kobiety i planach co do dalszego postępowania przekazano rodzinie pacjentki. Przeprowadzono pierwsze rozmowy z rodziną mające na celu uzyskanie informacji o historii zdrowotnej podopiecznego, woli samego pacjenta dotyczącej donacji, a także stanowisku jego najbliższych. Nawiązano współpracę z Regionalnym Koordynatorem Transplantologicznym, sprawdzono brak wpisu w Centralny Rejestrze Sprzeciwów. Wykonano serię rutynowych badań u potencjalnego dawcy mających na celu wykluczenie przeciwwskazań na donację.

W dniu drugim badań kontynuowano podjęte wcześniej działania pielęgniarskie uwzględniając zmieniający się stan pacjenta, ryzyko nagłego pogorszenia się stanu klinicznego, możliwość wystąpienia powikłań wynikających z unieruchomienia, odleżyn, obrzęków, niebezpieczeństwa zakażeń wewnątrzszpitalnych.

W godzinach nocnych trzeciego dnia badań temperatura ciała pacjenta obniżyła się do 35,4^{o}C, aby uniknąć hipotermii będącej przeciwwskazaniem do kontynuacji procedury stwierdzającej nieodwracalność stanu przystąpiono do ogrzewania płynów infuzyjnych,

zastosowano dodatkowe okrycie. Podstawowe parametry krążeniowe, jak również wentylacyjne nie budziły zastrzeżeń, stan chorej był stabilny. U potencjalnego dawcy wykonano szereg badań diagnostycznych podstawowych i dodatkowych mających na celu wstępną ocenę jakości organów.

W dniu trzecim Komisja do Spraw Orzekania Śmierci Mózgowej przystąpiła do etapu stwierdzeń i wykluczeni, wykorzystując w tym celu całokształt danych klinicznych, z badaniem przedmiotowym, wywiadem rodziny, wszystkimi badaniami laboratoryjnymi, obrazowymi oraz analizę przyczyn. Przeprowadzone badania potwierdziły trwałe zniesienie czynności mózgu w wyniku jego śmierci. Komisja stwierdziła śmierć mózgu i zgon pacjentki.

Wyniki przeprowadzonej procedury orzekającej o śmierci mózgowej przekazano rodzinie zmarłej zachowując postawę zrozumienia i współczucia wobec najbliższych.
Stworzono odpowiednie warunki rodzinie, aby mogła w ciszy i spokoju pożegnać się ze zmarłą. Wkrótce rodzina zainicjowała rozmowę z personelem, dziękując za opiekę nad kobietą, cenne, zrozumiałe informacje, a także ciepłe słowa i wsparcie w tak trudnym dla nich momencie.

Mąż zmarłej kobiety poinformował o decyzji, którą podjął, patrząc na ludzkie cierpienie oraz trud, wysiłek i poświęcenie wielu ludzi ratujących każde gasnące życie. Zdecydował się na przekazania organów żony do przeszczepu, tłumacząc, że zgoda na donację byłaby wolą pacjentki, a jemu i osieroconym dzieciom ułatwi ona przeżycie rozstania.

Zaplanowany na godziny nocne zabieg pobrania narządów i jakość uzyskanych organów w chwili pobrania okazał się momentem oceny i analizy zgromadzonego materiału badawczego dla potrzeb ustalenia ostatecznej odpowiedzi na stawiane pytania badawcze. Wiele problemów jakie pojawiły się w trakcie opieki nad dawcą narządów udało się wyeliminować lub przynajmniej zminimalizować.

Procedura pobrania narządów do przeszczepu od zmarłej w wyniku krwotoku podpajęczynówkowego na skutek pęknięcia tętniaka mózgu, co z kolei spowodowało śmierć mózgową, odbyła się w nocy z 3 na 4 dzień badań. Wykonano standardową toaletę pośmiertną, usunięto rurkę intubacyjną, wszystkie kaniule i cewniki z ciała zmarłej. Wszystkie działania podejmowane wobec ciała zmarłego wykonywano z poszanowaniem jego autonomii.

Omówienie wyników badań

Efekty przeszczepiania narządów są coraz lepsze i w związku z tym rozszerzają się wskazania do leczenia ową metodą. Wciąż wzrasta liczba oczekujących na przeszczepy i wydłuża się czas oczekiwania na operację co zwiększa zagrożenie dla życia tych pacjentów. Brak akceptacji na pobranie narządu wyrażany przez rodzinę zmarłego sprawia, że nie ma możliwości ratowania wielu istnień ludzkich. Wiedza społeczeństwa o tym jaką wartość dla śmiertelnie chorych ma przeszczepienie organów jest nadal niewystarczająca, dlatego ważne jest, aby wychowywać każdego człowieka tak by był świadomy praw, osiągnięć jak również ograniczeń medycyny. Społeczeństwo powinno czerpać takie informacje nie z filmów kryminalnych, budzących grozę, lecz z wiarygodnych, mądrych źródeł, które skłonią do refleksji, a potem do odpowiedzialnych, właściwych decyzji. Trzeba w rodzinach otwarcie poruszać problem śmierci, rozmawiać o nastawieniu wobec możliwości pobrania narządów do przeszczepu, aby znać ewentualną wolę dawcy. Należy prowadzić i wspierać kampanie edukacyjne, które będą informowały o potrzebach i efektach transplantologii, a jednocześnie przekonywać społeczeństwo do tej metody leczenia. Ogromną rolę mogą w tej sprawie odegrać media, a także przedstawiciele kościoła katolickiego, uświadamiając społeczeństwu, że oddawanie narządów po śmierci jest czynem szlachetnym i godnym pochwały", „jest przejawem wielkodusznej solidarności [5]. Przecież bezinteresowne dawstwo narządów może stanowić dla każdego człowieka, nawet po śmierci możliwość praktykowania przykazania miłości bliźniego. Należy pamiętać, że od zmiany nastawienia Polaków do przeszczepiania narządów zależy co roku los setek ludzi.

Nieocenionym zadaniem jest także praca służby zdrowia, a przede wszystkim personelu zajmującego się opieką nad potencjalnymi dawcą. Niejednokrotnie od nich zależy nastawienie i decyzja rodziny zmarłego odnośnie donacji oraz jakość pobranych organów. To lekarze i pielęgniarki powinni adekwatnie wyjaśnić krewnym, iż śmierć mózgu oznacza w rzeczywistości śmierć człowieka. Bliscy w sytuacji tragedii mają prawo do nieobiektywnej oceny sytuacji. Skąd mogą wiedzieć, że to tylko urządzenia utrzymują pracę serca, płuc, czy narządów trzewnych na pewien czas, skoro widzą oznaki życia co daje im nadzieję na powrót kochanej osoby do zdrowia. Powoduje to dylematy etyczne i trudności z podejmowaniem decyzji w sytuacji kiedy śmierć jest nieunikniona, a istnieje jeszcze szansa na uratowanie kilku innych żyć, darując organy. Personel, opiekujący się potencjalnym dawcą organów, powinien uczyć się rozmowy z rodziną podopiecznego tak, by ukazać, że śmierć w swojej tragedii nie jest bezsensowna i może dać szansę na nowe życie. Swoją postawą empatii i

troski wobec pacjentów, dawcy, a także rodziny wzbudzać sympatię, zaufanie, ukazać, że los tych ludzi nie jest obojętny.

Dowodem, iż poruszona wyżej kwestia ma praktyczne uzasadnienie jest przykład pani M.B., młodej kobiety, która zmarła w wyniku masywnego krwotoku podpajęczynówkowego i odrodziła się w ciele kilku osób, dając im szansę na normalne życie. Jej otwartość za życia, jasne poglądy na temat dawstwa narządów i miłość do bliźniego sprawiły, że pozwoliła swoją ofiarą przedłużyć życie czyjejś matce, ojcu, synowi, czy córce. Na ogromny szacunek zasługuje również najbliższa rodzina zmarłej, która w obliczu bólu i żałoby nie zatraciła zdrowego rozsądku i nie zapomniała o potrzebach innych. Potrafiła dzielić się swym cierpieniem, a także cieszyć się szczęściem bliźniego, dając dowód, iż narządy zmarłego potrzebne są tu na ziemi. Postawa tych ludzi ukazała, że tylko szacunek dla życia i miłość do drugiego człowieka jest fundamentem i gwarancją najcenniejszych dla społeczeństwa wartości.

Opieka nad dawcą narządów jest niezwykle kompleksowa i prowadzona wielokierunkowo. Zaangażowani są w nią specjaliści z wielu dziedzin. Największa odpowiedzialność spoczywa jednak na personelu pielęgniarskim, ciągle obecnym przy pacjencie, który z racji nieodwracalności stanu staje się dawcą narządów. Dobrej jakości intensywna terapia i opieka jest niełatwa na obciążonych pracą i obłożonych Oddziałach Intensywnej Terapii. Dlatego dobra organizacja pracy, sumienność, zaangażowanie oraz umiejętność właściwego postępowania z „martwym pacjentem z bijącym sercem" jest obowiązkiem personelu pielęgniarskiego OAiIT, od którego w dużej mierze zależy sukces jakim jest utrzymanie dobrej jakości organów do momentu pobrania jak również właściwe ich funkcjonowanie w ciele biorcy.

Prawidłowa opieka nad potencjalnym dawcą narządów obejmuje wszystkie czynności diagnostyczne, terapeutyczne, pielęgnacyjne oraz monitorowanie pacjenta przed orzeczeniem śmierci osobniczej, jak również zmarłego w OAiIT. To pielęgniarki są stale obecne przy pacjencie i to na nich ciąży obowiązek wychwycenia groźnych zaburzeń i zgłaszanie ich lekarzowi. Ciągłe, skrupulatne monitorowanie podstawowych parametrów życiowych (m.in. EKG, RR, SpO_2, CO_2, OCŻ, diurezy, temperatury ciała), ich interpretacja, utrzymywanie wartości w granicach normy, zapobieganie oraz wczesne rozpoznanie nieprawidłowości dają szansę uniknąć uszkodzenia narządów i zniweczenia ciężkiej pracy całego zespołu terapeutycznego. Ponadto pielęgniarki przygotowują organizm dawcy do pobrania narządów poprzez zapobieganie infekcjom, dbanie o czystość i higienę całego ciała, toaletę jamy ustnej,

drzewa tchawiczo- oskrzelowego oraz zapobieganie skutkom unieruchomienia. Konieczne jest regularne pobieranie materiału do badań laboratoryjnych i bakteriologicznych, aby w porę zapobiec nieprawidłowościom i zakażeniom przez odpowiednią farmakoterapię. Wszystkie działanie muszą być wykonywane w sposób delikatny, z poszanowaniem godności.

Pielęgniarki zobowiązane są także do utrzymania temperatury ciała dawcy na właściwym poziomie przez cały okres opieki w celu ochrony jego układu krążenia. Niezbędne jest również zapewnienie dobrego dostępu żylnego, aby było możliwe szybkie przetaczanie płynów i bieżące podawanie niezbędnych leków, prawidłowa pielęgnacja wkłuć z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki. Niezwykle istotne jest bezbłędne, sukcesywne podawanie leków na zlecenie lekarskie, gdyż niedopatrzenia w tej kwestii mogą doprowadzić do bezpowrotnego ustania krążenia. Działania te prowadzi się od przyjęcia pacjenta do oddziału, w momencie wystąpienia cech śmierci mózgowej, poprzez okres diagnostyki i orzekania śmierci mózgowej do chwili zapadnięcia decyzji o możliwości pobrania narządów do celów transplantacyjnych. Ponadto opieka nad dawcą intensyfikowana jest w trakcie transportu dawcy do bloku operacyjnego i w momencie zabiegu pobrania narządów do chwili zatrzymania krążenia.

Opieka nad osobą w stanie śmierci mózgu, to nie tylko pielęgnacja zwłok, ale przede wszystkim pielęgnacja pierwiastka życia, który zostanie zaszczepiony w gasnące ciało innej osoby i pozwoli jaj na nowo się narodzić.

Personel szpitala w osobie zespołu pielęgniarskiego może mieć olbrzymi wpływ na to jaką decyzję podejmą najbliżsi potencjalnego dawcy. Jeżeli rodzina od początku wyraża aprobatę na pobranie narządów od swojego zmarłego krewnego to pielęgniarki są zobowiązane do działań, mających na celu utwierdzenie tejże rodziny o słuszności swojej decyzji. Personel pielęgniarski poprzez swoje zachowanie nie może zasiać w nich choćby cienia wątpliwości.

W przypadku krewnych pani M.B., pomimo wiedzy o stanowisku kobiety odnośnie transplantacji decyzja o oddaniu narządów nie został podjęta od razu. Bliscy zmarłej potrzebowali czasu. W tych chwilach bardzo pomogło im spotkanie z kapelanem szpitalnym, jak również troskliwa opieka świadczona przez pielęgniarki. W tak intensywnym nakierowaniu na chorego spontanicznie zbudowana została relacja zaufania w obrębie zespołu pielęgniarskiego i rodziny pacjenta, która pogłębia więź współpracy, wymianę informacji o chorym i wpłynęła na właściwą decyzję bliskich zmarłej kobiety. Prowadzone rozmowy nie były wymuszone, nie miały z góry założonego schematu. Rodziły się spontanicznie, w

przypływie różnorakich uczuć. Zawsze, gdy członkowie rodziny mieli potrzebę i ochotę na rozmowę, dzielenie się swoimi emocjami, wątpliwościami obok były pielęgniarki. To one obecne przy pacjencie i jego rodzinie mogły najlepiej empatycznie wczuć się w sytuacje ludzi, którzy w takiej traumie muszą podjąć trudną decyzję, właściwą dla woli pacjenta i zgodną z własnym sumieniem. Za pomocą delikatnych, bez wyszukanego, medycznego słownictwa rozmów personelu pielęgniarskiego z bliskimi udało się wyjaśnić wiele trudnych kwestii dotyczących śmierci, eutanazji, uporczywej terapii. Rozwiać obawy i wątpliwości podyktowane strachem przed pobraniem organów z „ciała z bijącym sercem". Analizując zaistniałą sytuację można stwierdzić, że zespół pielęgniarski odegrał ogromną rolę w procesie podejmowania decyzji przez rodzinę zmarłego. Decyzji, która z perspektywy czasu dała bliskim pani M.B. wewnętrzny spokój i przekonanie o jej słuszności.

Oczekiwania członków rodziny zmarłego dawcy wobec pielęgniarek są bardzo duże, choć nie zawsze wprost wyrażane, a zespół pielęgniarski nie zawsze musi być ich świadomy. Będąc w trudnej sytuacji życiowej, rodzina potrzebuje obecności i zrozumienia ze strony innych osób. Pielęgniarki owego wsparcia mogą udzielić na wiele sposobów. Przede wszystkim ciągła obecność fizyczna fachowego personelu daje poczucie bezpieczeństwa i zaufania. Życzliwe, pełne empatii rozmowy pozwalają członkom rodziny zmarłego odczuć, że są wokół ludzie, którzy rozumieją ich sytuację i chcą pomóc. Często bywa tak, że rozmowa z lekarzem nie daje należytego wyjaśnienia wszystkich trudnych dla zwykłego człowieka kwestii medycznych. W takim przypadku pomocną staje się pielęgniarka, która potrafi trafniej, prościej bez wyszukanego, specjalistycznego żargonu wytłumaczyć niezrozumiałe sformułowania, rozjaśnić obraz stanu chorego i sytuację w jakiej się znajduje. Rodzina oczekuje także, aby osoby, które sprawują opiekę, a więc zespół pielęgniarski, robiły to jak najlepiej, z poszanowaniem godności człowieka aż do końca.

Ważnym dla rodziny jest umożliwienie jej kontaktu z bliskim, pragną bowiem ostatnie chwile spędzać przy łóżku, w spokoju, bez pośpiechu pożegnać się z kochaną osobą. W sytuacji cierpienia i bólu psychicznego po stracie ukochanej osoby szczególnie ważne są oczekiwania związane ze zrozumieniem sensu śmierci, dlatego personel pielęgniarski powinien pamiętać o możliwości wsparcia osieroconych poprzez umożliwienie kontaktu z kapelanem szpitalnym.

Pielęgniarka anestezjologiczna podczas zabiegu pobrania organów pełni nieocenioną rolę. Przygotowuje stanowisko pracy, niezbędny sprzęt, leki potrzebne do wykonania pełnego znieczulenia, a także przewozi donata na salę operacyjną. Jej zadaniem jest pomoc w ułożeniu

zwłok wentylowanych mechanicznie na stole operacyjnym z należytą dbałością, aby nie dopuścić do zaniedbań, uszkodzeń. Wykonuje wkłucia dożylne, odpowiada za monitorowanie podstawowych parametrów (EKG, RR, tętna, SpO_2, kapnografii), podawanie leków zwiotczających i przeciwbólowych jak przy standardowym zabiegu operacyjnym według zlecenia lekarskiego. Prowadzi przetaczanie płynów, regulację temperatury ciała, diurezy. Przed rozpoczęciem płukania narządów przez zespół transplantacyjny pielęgniarka anestezjologiczna podaje dożylnie heparynę. Prowadzi dokumentację, w której odnotowuje zużyty sprzęt i podane leki.

Po pobraniu transplantów następuje najtrudniejszy moment zarówno dla pielęgniarki anestezjologicznej jak i lekarza anestezjologa, a mianowicie odstawienie leków, podtrzymujących krążenie oraz odłączenie zwłok od aparatu wentylującego.

Po zabiegu pobrania narządów do przeszczepu pielęgniarkom pozostaje do wykonania toaleta pośmiertna, która odbywa się na sali operacyjnej. Należy usunąć wszystkie wkłucia, zabezpieczyć miejsca przerwania ciągłości tkanek szczelnym opatrunkiem. Wyjąć rurkę intubacyjną, cewnik z pęcherza moczowego, odpowiednio oznakować ciało zmarłego, aby umożliwić jego identyfikację. Pielęgniarki są współodpowiedzialne za godne zaopatrzenie zwłok.

Zespół pielęgniarski prowadzący opiekę nad pacjentem powinien posiadać dogłębną wiedzę dotyczącą zmian patofizjologicznych zachodzących w okresie umierania mózgu oraz wpływu różnych czynników na stan dawcy. W pracy tej wymagane są nie tylko najwyższe specjalistyczne kwalifikacje zawodowe i ich ciągłe podnoszenie, ale również szczególne predyspozycje fizyczne, mocna psychika, umiejętność panowania nad emocjami. Powinni to być ludzie o dojrzałej osobowości, silnym układzie nerwowym z dużą odpornością na stres i umiejętnością nawiązywania kontaktów.

Wnioski

1. Zakres działań pielęgniarskich w opiece nad zmarłym dawcą narządów jest bardzo szeroki. Zespół pielęgniarski pielęgnuje ciało donata, dbając przy tym o to, aby zminimalizować ryzyko uszkodzenia narządów wewnętrznych.
2. Wiele obowiązków spoczywa na pielęgniarkach również podczas procedury orzekania o śmierci i pobierania organów, a także po jej zakończeniu, co wiąże się z wykonaniem toalety pośmiertnej.
3. Personel pielęgniarski powinien zwrócić uwagę na potrzeby rodziny zmarłego, która w obliczu tragedii potrzebuje różnorakiej pomocy i wsparcia.

4. Zespół pielęgniarski ma bardzo duży wpływ na to jaką decyzję w sprawie dawstwa narządów podejmie rodzina pacjenta, będącego w stanie śmierci mózgu. Postawa pielęgniarek, słowa, jakie skierują do członków rodziny, mogą skutkować tym, że krewni skłonią się do wyrażenia zgody na donację lub od niej odstąpią.

Pielęgniarka sprawująca opiekę nad dawca narządów powinna charakteryzować się wysokim poziomem wiedzy medycznej i umiejętności zawodowych. W swojej pracy powinna kierować sie przede wszystkim dobrem pacjenta, który umiera, dobrem jego najbliższych oraz dobrem tych ludzi, którzy czekają na przeszczep, aby organy, które otrzymają były nieuszkodzone.

Piśmiennictwo

1. Grabińska-Liberek I.: Materiały szkoleniowe koordynatorów przeszczepiania narządów. Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, 2009.
2. Kruszyński Z.: Wykłady z Anestezjologii i Intensywnej Terapii. PZWL, Warszawa, 2009.
3. Wołowicka L., Dyk D.: Anestezjologia i Intensywna Terapia. PZWL, Warszawa, 2007.
4. Noszczyk W.: Chirurgia. PZWL, Warszawa, 2007.
5. Katechizm Kościoła Katolickiego. Wyd. Pallottinum, Poznań, 1994.

Wojczyk Marek[1,2]

Testament życia. Dwie generacje w obliczu nowego problemu bioetycznego

1. Krakowska Akademia im. A. F. Modrzewskiego w Krakowie
2. II Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpital Uniwersytecki w Krakowie

Wstęp

Postęp medycyny, jak również wdrażanie nowoczesnych technologii w proces leczenia sprawił, że można dziś utrzymać chorego przy życiu bez zachowanej funkcji oddychania, wspomagając niewydolną pracę serca, a prowadzone leczenie ma na celu przedłużenie życia, bez względu na jego jakość. Autonomia pacjenta, wyrażona wolą nieprzedłużania sztucznie życia, nie gwarantuje mimo wszystko postępowania wedle życzeń podmiotu leczenia. Brak uwarunkowań prawnych oraz strach przed odpowiedzialnością lekarzy sprawia, że sztuczne utrzymywanie przy życiu a *de facto* przedłużanie procesu umierania nie jest w Polsce w żaden sposób kontrolowane [1,2,3].

Testament życia to deklaracja, mająca na celu wyrażenie woli człowieka odnośnie postępowania leczniczego lub szerzej mówiąc - medycznego, w okresie zbliżającego się momentu jego śmierci [4]. Obecnie wola pacjenta, nawet wyrażona wcześniej, nie musi być respektowana przez lekarza, a brak regulacji prawnych sprawia, że deklaracja chorego nie wiąże personelu medycznego [1,2].

Wobec obecności problemu natury etycznej, jakim jest przedłużanie procesu umierania, wśród lekarzy spotykających się na co dzień ze śmiercią zrodziła się idea stworzenia projektu zmian, dzięki którym bardziej szanowano by wolność i autonomię pacjentów. Debata na temat wprowadzenia regulacji do prawodawstwa polskiego rozpoczęła się w 2008 roku projektem ustawy autorstwa posła Gowina [4]. Opierając się o wytyczne Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego: „*Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci*”, stworzono obywatelski projekt ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, który ściśle określa zasady sporządzenia deklaracji testamentu życia oraz jego moc prawną [5].

Dyskusja na temat pełnomocnictw medycznych, a szczególnie testamentu życia, rozpoczęła się w Stanach Zjednoczonych w latach siedemdziesiątych ubiegłego wieku [3,6]. Szerzeniem wiedzy o *living will* zajęły się naukowe stowarzyszenia medyczne, a jednym z

nich było Kalifornijskie Stowarzyszenie Medyczne, które zaproponowało pięć wersji testamentu życia, określających zakres potencjalnie prowadzonych w przyszłości procedur medycznych. Wybór istniał między życzeniem nieprowadzenia uporczywej terapii w stanie terminalnym, określeniem dopuszczalnych procedur medycznych oraz życzeniem przedłużania życia jak długo będzie to możliwe. Brak dyrektyw prawnych ograniczało jednak personel medyczny do kierowania się zapisaną wolą chorego. W 1990 roku Kongres USA przyjął ustawę federalną o samostanowieniu pacjentów, która określiła również status testamentu życia [6].

Cel pracy i założenia

Celem badania było zbadanie opinii Polaków dotyczącej proponowanych zmian w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta odnoszących się do deklaracji testamentu życia. Wyniki przeprowadzonego badania wskazały, w jakim stopniu Polacy są przygotowani do wprowadzenia nowej regulacji bioetycznej oraz jakie są różnice w podejściu do *liwing will* u młodzieży i osób dojrzałych.

Postawiono następujące hipotezy badawcze:

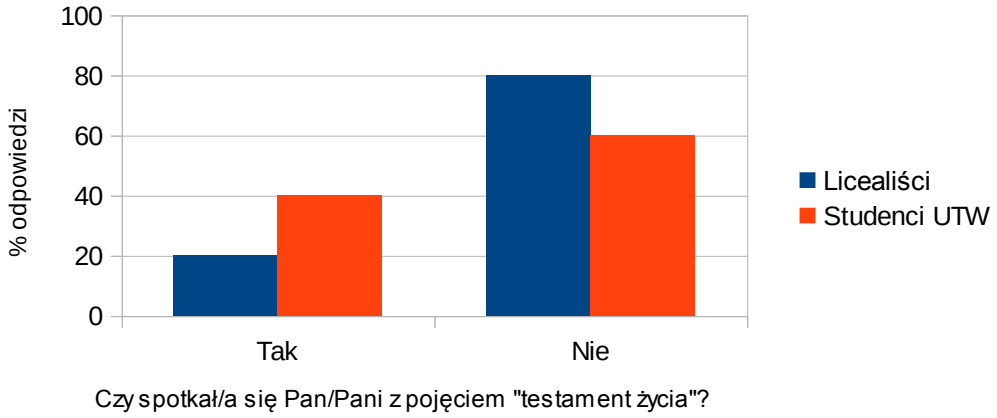
1. Polacy nie znają pojęcia *testament życia*.
2. Istnieje potrzeba wprowadzenia regulacji prawnej *testamentu życia*.
3. Bardziej przychylne *living will* są osoby młode niż starsze.
4. Jakość życia determinuje przychylność badanych do *testamentu życia*.

Materiał i metody

W badaniu opinii dwóch generacji Polaków dotyczącej proponowanych zmian w regulacjach prawnych, odnośnie testamentu życia, posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankiety. Do zebrania danych posłużyło natomiast narzędzie autorskiego kwestionariusza ankiety. Badanie sondażowe zostało przeprowadzone wśród uczniów I Liceum Ogólnokształcącego im. B. Nowodworskiego w Krakowie oraz wśród studentów Uniwersytetu Trzeciego Wieku Uniwersytetu Rolniczego w Krakowie w lutym 2013 roku.

Wyniki

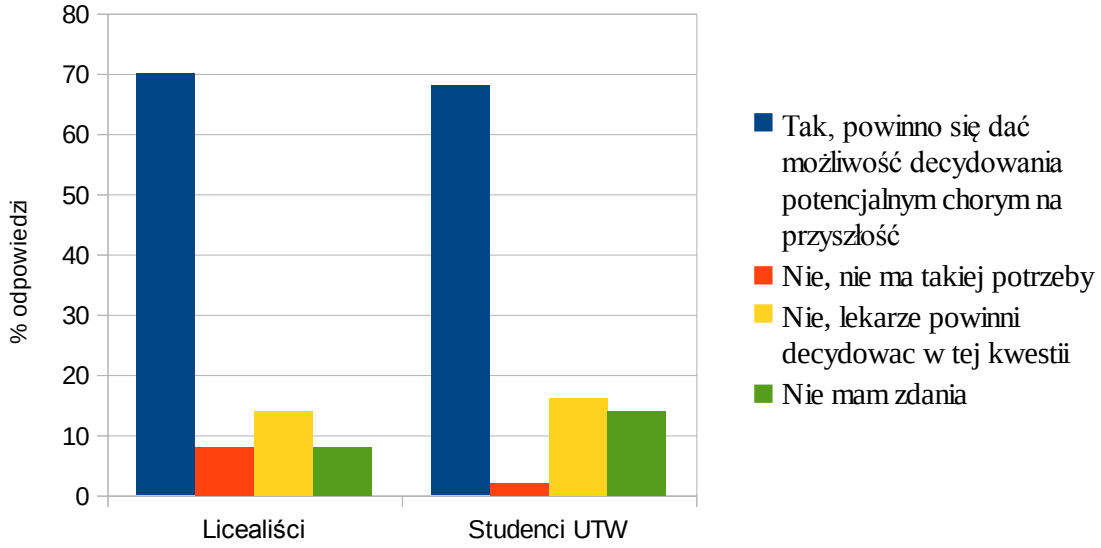
Grupa badana liczyła 50 licealistów oraz 50 studentów Uniwersytetu Trzeciego Wieku (w sumie 100 osób). Wśród badanych znalazła się młodzież licealna w wieku 17- 19 lat oraz słuchacze Uniwersytetu Trzeciego Wieku w wieku od 44 do 78 lat. Termin *testament życia* znany był bardziej starszej grupie (40%) niż młodzieży (20%). Wyniki obrazuje Ryc. 1.



Ryc. 1. Znajomość terminu *testament życia*

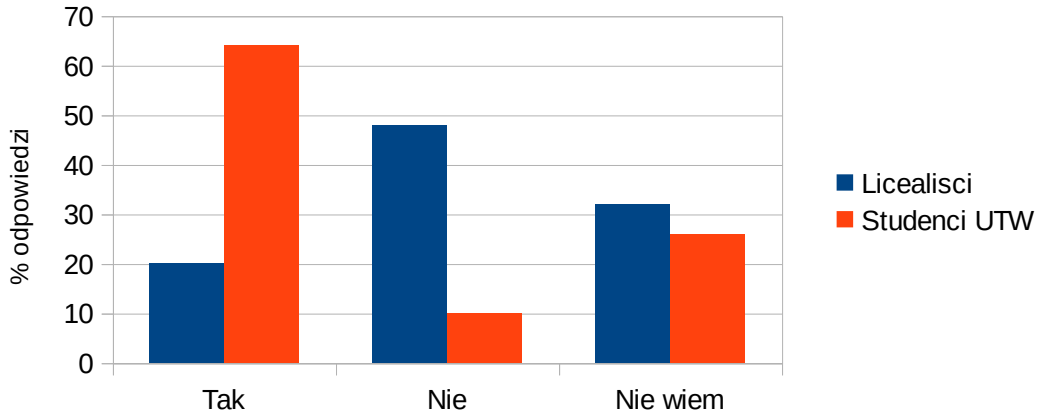
Wiedzę nt. deklaracji *living will* badani czerpali głównie z mass mediów (50% licealistów i 72% studentów UTW).

Znaczna większość respondentów (69%) widziała potrzebę stworzenia regulacji prawnej dotyczącej wyznaczania zakresu leczenia przez pacjenta na wypadek jego nieświadomości. 32% badanych uważała, że nie ma takiej potrzeby lub zakres leczenia należy pozostawić do decyzji lekarzy (Ryc. 2). Członkowie obydwu grup badanych, poza niewielkimi wyjątkami (6%) cenili sobie jakość życia nad jego długość (94%).



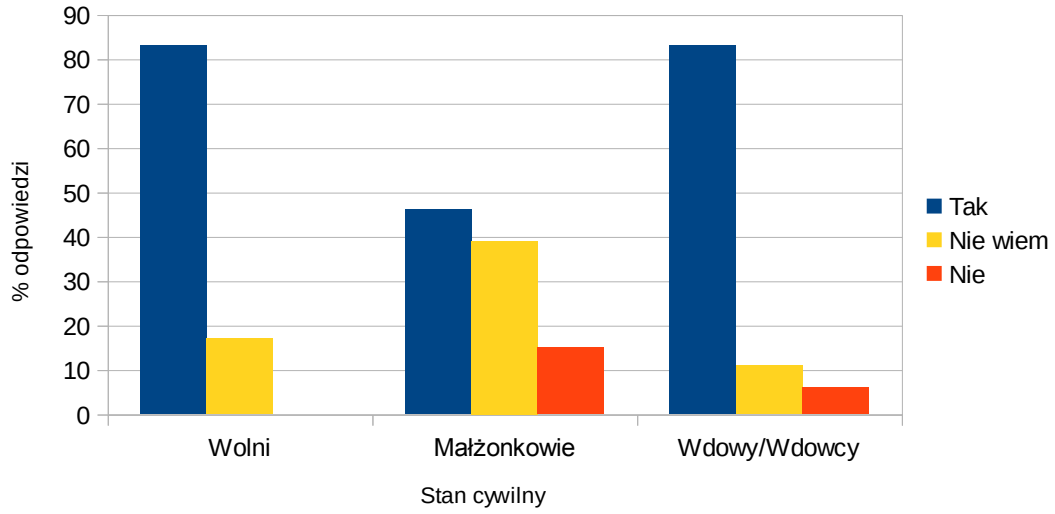
Ryc. 2. Potrzeba uregulowania wyboru zakresu leczenia przez pacjenta na wypadek nieświadomości

Zarówno kobiety, jak i mężczyźni widzieli potrzebę wprowadzenia regulacji prawnej dotyczącej wyboru zakresu leczenia na przyszłość. Mężczyźni (22%) bardziej niż kobiety (11%), skłonni byli do opinii, że zakres leczenia należy do wyboru lekarzy. Deklarację testamentu życia podpisałoby 64% studentów UTW oraz 20% licealistów. 48% licealistów negatywnie podchodzi do podpisania deklaracji (Ryc. 3).



Ryc. 3. Podpisanie deklaracji *testamentu życia*

Zarówno badani stanu wolnego (83%), jak też wdowy i wdowcy (83%), byli bardziej skłonni podpisać deklarację testamentu życia, w porównaniu z małżonkami (48%), których największa część negatywnie odnosiła się do sporządzenia dokumentu (15%). Wyniki obrazuje Ryc. 4.



Ryc. 4. Złożenie *testamentu życia* a stan cywilny

Osoby uważające się jako „niereligijne" chętniej niż badani uważający się za religijnych (40%), podpisałyby testament życia (58%).

Dyskusja

Różnica w znajomości pojęcia testamentu życia może wynikać ze względnej różnicy zainteresowania życiem polityczno-społecznym, ponieważ większość respondentów podała jako źródło wiedzy mass media (70% studentów UTW i 50% licealistów), gdzie co jakiś czas poruszana jest kwestia testamentu życia, np. przy okazji złożenia projektu ustawy przez klub poselski Ruchu Palikota w 2013 roku [7].

W badaniu Morończyk [8] pojęcie testament życia znało 67% lekarzy, 39% ratowników medycznych i tylko 4% pielęgniarek.

Testament życia kojarzy się z jego jakością, szczególnie w ostatniej fazie życia człowieka. Wydawałoby się, że młodzież powinna częściej opowiadać się za jakością życia, niż jego długością, ale okazało sie, że 30% osób, które wybrałyby jakość życia, nad jego długość, nie zdecydowałoby się na złożenie testamentu życia.

Według Centrum Badania Opinii Społecznej [9] 60% społeczeństwa opowiadało się za wprowadzeniem testamentu życia w Polsce, a 51% badanych podpisałoby taką deklarację. Autorskie badania wykazują, że potrzebę regulacji testamentu życia widziało 70% licealistów oraz 68% studentów UTW.

Z badań Morończyk [8] wynika, że 58% lekarzy uważało za potrzebne wprowadzenie jasnej regulacji prawnej odnośnie „DNAR" - *Do Not (Attempt) Resuscitat(ion),* co jest po części związane z testamentem życia.

Respondenci zapytani o to, kto miałby zdecydować o granicach leczenia w momencie ich niezdolności do wyrażenia opinii, opowiadali się za udziałem rodziny w procesie decyzyjnym (46% licealistów, 36% studentów UTW), większość jednak chciałaby zdecydować na przyszłość, jakim zakresem leczenia są zainteresowani (po 42% studenci UTW i licealiści). Podpisanie testamentu życia deklarowało 64% studentów UTW oraz 20% licealistów. Dziwi spora różnica w osobistym podejściu do regulacji między dwoma badanymi grupami. Wydawałoby się, że to młodzież chętniej będzie deklarowała brak zgody na prowadzenie wobec siebie uporczywej terapii z racji częściej wykazywanego hedonizmu i rozumienia jakości życia, jako stanu zdrowia. Większa przychylność testamentowi życia osób starszych, może być spowodowana częstszym doświadczeniem śmierci bliskiej osoby lub znajomością problemu uporczywej terapii.

Obecność bliskiej osoby ma także wpływ na stosunek do testamentu życia. Wśród studentów UTW, znaczna większość wolnych i wdów/wdowców deklarowała chęć sporządzenia testamentu życia (po 83% wolni, wdowy/wdowcy). Tylko 48% małżonków zdecydowałoby się na taki krok. Czynnikiem różnicującym może być wśród osamotnionych wizja braku opieki w stanie wegetatywnym lub po prostu większe doświadczenie śmierci i zgoda na nią. Wydaje się, że małżonkowie nie chcieliby opuszczać swoich partnerów, stąd być mniejsze zainteresowanie złożeniem testamentu życia.

Kościół katolicki nie wypowiedział się jednoznacznie w sprawie testamentu życia. Nie mniej jednak dokumenty dotyczące zaniechania uporczywej terapii oraz negatywne stanowisko Jana Pawła II co do jej prowadzenia u kresu jego życia, pozwalają wysnuć wniosek, że testament życia nie godzi w naturalność życia i śmierci człowieka a zatem jest zgodny z nauczeniem katolickim [10]. Osoby określające się jako religijne, w mniejszym stopniu (40%) podpisałyby deklarację testamentu życia niż te, które z religią się nie utożsamiają (58%). Podobnie w badaniach CBOS [9] deklarację chętniej podpisałyby osoby praktykujące 1-2 razy w miesiącu (58%) lub niepraktykujące (65%). Wykazano, że aż 48% osób praktykujących 1- 2 razy w tygodniu, nie podpisałoby testamentu życia [9].

Wobec różnic nastrojów społecznych odnośnie testamentu życia Prezydent RP w 2013 roku odmówił objęcia inicjatywy ustawodawczej regulującej przygotowywanie i uznawanie deklaracji zaznaczając, że potrzebna jest wpierw debata społeczna w tej sprawie [11].

Wnioski

1. Polacy w małym stopniu znają pojęcie *testament życia*.
2. Zdaniem zarówno młodzieży jak i osób dojrzałych istnieje potrzeba wprowadzenia regulacji prawnej *testamentu życia*.
3. Osoby starsze są przychylniejsze *living will* niż osoby młode.
4. Jakość życia ponad jego długość determinuje przychylność badanych do *testamentu życia*.

Piśmiennictwo

1. Dangel T.: Postawa hospicyjna. Dangel T.: Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci. Polskie Towarzystwo Pediatryczne, Warszawa, 2011, 51-53.
2. Wróbel W.: Rezygnacja z uporczywej terapii w świetle polskiego prawa. Med. Prakt., 2009, 9, 160- 166.
3. Kessler D.: Śmierć jest częścią życia. O prawo do godnego umierania. Bertelsmann Media, Warszawa, 1999.
4. Projekt ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw. www.hospicjum.waw.pl/biblioteka/epidemiologia-polityka-zdrowotna/testament-zycia-pelnomocnik-medyczny?start=10", data pobrania 24.01. 2013
5. Świetliński J.: Granice intensywnej terapii w neonatologii i pediatrii. Opieka Paliatywna Nad Dziećmi, 2007, 15, 22- 24.
6. U.S. Living will registry. www.uslivingwillregistry.com/benefitsind.shtm", data pobrania 26.01.2013.
7. Poselski projekt ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw. http//sejm.gov.pl/Sejm7.nsf/agent.xsp?symbol =PROJNOWEUST& NrKadencji=7&Kol=D&Typ=UST, data pobrania 24.01.2013.
8. Morończyk D.: „DNAR"- w jakich sytuacjach- w ocenie przedstawicieli środowiska medycznego- można odstąpić od podejmowania resuscytacji. Życie i płodność, 2010, 4, 83-85.
9. Roguska B., Zaniechanie uporczywej terapii a eutanazja. www.cbos.pl/SPISKOM.PO L/2013/K_003_13.PDF", data pobrania 26.01.2013.

10. Machinek M.: Rezygnacja z uporczywej terapii w świetle nauki Kościoła. Med. Prakt., 2009, 9, 155- 159.
11. Szarkowska E.: Czas na dyskusję o testamencie życia. Puls Medycyny, 2013, 2, 259, 14- 15.

Twardowski Mirosław

Bioetyka islamska wobec cierpienia i śmierci

Wydział Biologiczno-Rolniczy, Uniwersytet Rzeszowski, Rzeszów

Wstęp

Bioetyka islamu jest przedłużeniem prawa islamskiego (Shar'ia), które jest oparte na Koranie (Świętej Księdze) i hadisach i sunnie (słowa i czyny proroka) [1,2]. Święta Księga jest uważana za ziemskie słowo Boga objawione Prorokowi Mahometa. W islamie rozważania bioetyczne są nieodłączne od religii.

Centralną ideą muzułmańskiej antropologii medycznej jest idea jedności istoty ludzkiej, na którą składają się dwa wymiary: cielesny i duchowy. Powyższe ma nieuniknione konsekwencje. Zarówno choroba, jak i zdrowie, nie są kwestią wyłącznie sfery fizyczno-biologicznej, ale także sfery psychiczno-duchowej. Zarówno dobre samopoczucie, jak i choroba fizyczna są ostatecznie, w jakiś sposób, dobrym samopoczuciem oraz chorobą całej osoby.

W niniejszym artykule przedstawiony zostanie muzułmański punkt widzenia na kwestie związane z cierpieniem i śmiercią. W szczególności, odwołując się do wybranej literatury bioetycznej, skoncentruję się na takich tematach, jak: stosunek bioetyki muzułmańskiej do choroby i cierpienia, postawa muzułmanina wobec nieuleczalnie i śmiertelnie chorych, bioetyka islamu wobec umierania i śmierci, wytyczne prawa muzułmańskiego dotyczące obchodzenia się z ciałem muzułmanina po śmierci.

1. Choroba i cierpienie w świetle doktryny muzułmańskiej

Islam wyznaje wiarę w absolutną Boską wszechmoc [3]. W związku z tym zgodnie z wyjaśnieniami przedstawionymi w Koranie, cierpienie, podobnie jak śmierć, istnieje jedynie zgodnie z wolą Stwórcy [3]. Zacytujmy odnośne fragmenty ze Świętej Księgi: „*Żadne nieszczęście nie dosięgnie ziemi ani też was samych, bez tego, żeby ono nie było zapisane w Księdze, zanim My je sprowadzimy. Zaprawdę, to jest dla Boga łatwe!*" [4]; „*My doświadczymy was nieco strachem, głodem i utratą dóbr, życia i owoców. Głoś radosną wieść cierpliwym!*" [4]; „*Tym, którzy – kiedy dosięgnie ich nieszczęście – mówią: 'Zaprawdę, do Boga, i zaprawdę, do Niego powrócimy*" [4].

Tak właściwie, to islam nie wysławia cierpienia, o czym przekonuje następujący fragment Koranu: „*Nie zesłaliśmy ci Koranu , abyś był nieszczęśliwy*" [4]. Bóg nigdy nie

nakłada na ludzkie ramiona nieznośnego brzemienia [3]. W islamie uznanie zyskują praktyki mistyczne, ale nie ascetyczne. Islam przeciwny jest nadmiarowi surowości, która osłabia ciało i ogranicza naturalne instynkty.

Postawa i zachowanie Proroka Mahometa i jego Towarzyszy w obliczu choroby, bólu i cierpienia jest dla muzułmanina modelem zachowania, które powinny być naśladowanie. Ich stosunek do cierpienia, potwierdzony świadectwem życia, jest pierwszorzędnym źródłem dla współczesnej muzułmańskiej refleksji bioetycznej w interesującym nas temacie. Życie jest testem, w którym ludzie są wezwani do stawiania czoła przeciwnościom losu z samokontrolą, odwagą, siłą umysłu i oddaniem się Boskiej woli. Niemniej jednak, islam nie wzywa do „niecierpiętliwości", ani też nie odmawia wyrażania bólu, chociaż zabrania nadmiernego wyrażania cierpienia, ponieważ wszyscy podlegamy prawu przemijania, a śmierć nieuchronnie przyjdzie na każdego. Stąd, pobożni muzułmanie zawsze będą udzielać nagany ludziom, którzy narzekają ze względu na nadmiernie długi okres cierpienia, fizycznego lub duchownego, lub za długo opłakują zmarłego.

Choroba i cierpienie mają swój udział w pokucie za grzechy. Taka perspektywa pozwala muzułmaninowi na pozytywne i pogodne nastawienie w stosunku do cierpienia, nie postrzeganie go już jako przekleństwa lub doświadczenie bez znaczenia, przed którym istnieje jedynie rozpacz.

Od muzułmanina wymaga się, aby nie poddawał się trudnościom życiowym [5], a różne formy cierpienia, których doświadcza w swym życiu, są sprawdzianem jego wiary i bojaźni Bożej.

2. Postawa muzułmanina wobec nieuleczalnie i śmiertelnie chorych

Według islamu, każda próba uratowania umierającej osoby, jeśli istnieją jakiekolwiek realne szanse na wyzdrowienie, powinna być bezwzględnie podjęta [3]. Sztuczne przedłużanie stanu wegetatywnego chorego, jest bezprawne, gdyż dochodzi wtedy do naruszenia jego godności, a to jest wbrew Boskiej woli. Jednakże, życie pacjenta nie może być celowo przerywane.

W krajach arabskich istnieje powszechne przekonanie, że nieuleczalnie chory powinien umierać we własnym domu, gdyż w nim, otoczony życzliwą opieką bliskich, lepiej znosi swoje cierpienie. Taka praktyka wiąże się jednak z pewnymi problematycznymi konsekwencjami. Tak właściwie, pozwolenie pacjentowi na pójście do domu często oznacza pozbawienie go bezpośredniej opieki lekarzy i personelu medycznego oraz dostępu do profesjonalnego sprzętu medycznego i jednocześnie stanie się istotnym „obciążeniem" dla rodzin, które nie zawsze mogą wywiązać się z płynących stąd zobowiązań, czy to na

poziomie materialnym czy też psychologicznym. Pojawiały się nawet głosy, czy za takim trendem „pozbywania się" chorego nie kryje się podstępna forma eutanazji.

W przypadku użycia leków przeciwbólowych, które mają przynieść ulgę w cierpieniu pacjenta, ale które jednocześnie mogą przyspieszyć nadejście śmierci, elementem o decydującym znaczeniu w refleksji bioetyków muzułmańskich jest zamiar, jakim kieruje się lekarz. Jeśli jego intencją jest nie zabicie pacjenta, ale udzielenie mu pomocy, wtedy lekarz nie powinien być postawiony w stan oskarżenia cywilnego ani karnego [3]. Pomimo tego, daje się zauważyć ogólną niechęć środowisk muzułmańskich do samego używania leków przeciwbólowych, zwłaszcza morfiny, niezależnie od metod podawania, głównie z powodu obawy przed uzależnieniem się pacjenta [3]. Ponadto, wykorzystanie takich medykamentów dla wielu wydaje się być ekwiwalentne z pewną formą eutanazji, ponieważ może skracać życie.

Krewni pacjenta często domagają się od lekarza podjęcia ekstremalnych form leczenia w nadziei, że ostatecznie przyniosą sukces w postaci wyzdrowienia chorego [3]. Generalnie, wśród uczonych muzułmańskich, daje się zauważyć dwa krańcowo różne stanowiska w tym temacie. Jedni uważają, że powinno się poczynić wszelkie możliwe wysiłki umożliwiające pacjentowi przeżycie, podczas gdy inni wprowadzają kategorie niekoniecznych, nieskutecznych lub nieodpowiednich działań podejmowanych w celu uniknięcia inwazyjnych, bolesnych lub bezcelowych interwencji, gdy pacjent dogorywa.

3. Bioetyka islamu o umieraniu i śmierci

Islam głosi, że człowiek nie jest absolutnym dysponentem swojego życia [5]. To sam Bóg je ofiarował człowiekowi i dlatego nie ma on prawa skracać swego życia, wręcz przeciwnie, ma obowiązek jego zachowania aż do momentu, kiedy Dawca Życia sam mu je odbierze. Muzułman, respektując prawo do naturalnej śmierci, wierzy, że śmierć następuje zgodnie z wolą Allaha, a medycyna ma służyć woli Bożej [2]. Z perspektywy religijnej, muzułmanin, który przejawia siłę umysłu, stawia czoła i pokonuje swoje cierpienie, zyskuje szczególne uznanie Boga [3]. Również z perspektywy religijnej, zawsze może wydarzyć się cud uzdrowienia.

Prawo muzułmańskie nie zakazuje odmowy „bezużytecznego" leczenia, gdy krewni wyrażą na to zgodę. W takim duchu wypowiadają się w dyskutowanej kwestii Ajatollah Muhammad Hussain Fadlallah i Ajatollah Makarem Shirazi. Pierwszy z wymienionych pisze: „*Uśmiercenie kogoś z powodu bólu trudnego do wytrzymania lub z powodu braku środków na leczenie jest niedopuszczalne. Jeśli jednak pacjent znajduje się w stanie śpiączki i jest technicznie rzecz biorąc martwy i niemożliwy jest jego powrót do normalnego stanu, nie ma*

obowiązku podtrzymywania jego życia. Decyzja ta należy do rodziny lub opiekuna po otrzymaniu zgody lekarskiej". Z kolei, Ajatollah Makarem Shirazi wyznaje: „*Zabicie człowieka nie jest dozwolone, nawet z miłosiernych pobudek i nawet jeśli pacjent wyraża zgodę. Nie jest też dozwolone przerwanie leczenia prowadzące do śmierci. Jeśli jednak niemożliwe jest aby pacjent pozbawiony od lat świadomości odzyskał ją, dozwolone jest w takim przypadku przerwanie podtrzymywania go przy życiu*" [6].

Śmierć nie jest przypisywana zakończeniu „terapii", ale niedającemu się powstrzymać postępowi choroby zmierzającej naturalnie do śmierci. W lutym 2000 roku, odpowiadając lekarzom The Ain Shams Meedical College Sheykh Al-Azhar, M.S. Tantawi podkreślił, że „*jedynie lekarze mogą potwierdzić fakt śmierci pacjenta. Jeśli lekarz uznaje, że pacjent nie żyje, mimo iż jego serce bije dzięki pracy aparatury medycznej, chociaż mózg jest martwy, z punktu widzenia bioetyki islamskiej nie ma niczego niewłaściwego w poproszeniu krewnych o zgodę na odłączenie maszyny*" [3].

Bioetyka islamska kładzie nacisk na zapewnienie zbliżającemu się do kresu swojego życia niezbędnych posług religijnych [3]. Przy osobie umierającej powinni być obecni jej krewni i najbliżsi przyjaciele [7]. Ważne jest, jeśli to możliwe, stworzenie odpowiedniego klimatu przez dostosowanie pokoju chorego do kultury religijnej umierającego [3]. Dopuszczalna jest cicha modlitwa, natomiast należy wystrzegać się płaczu, szlochania i hałasu [7]. Należy obrócić łóżko tak, aby głowa umierającego pacjenta była zwrócona w stronę Mekki [3]. Zbliżający się do kresu życia powinien złożyć „wyznanie wiary", w miarę możliwości powtarzając je bardzo powoli. Jeśli nie jest możliwe, wystarczy wyzwanie imienia Boga. Imam może być obecny na łożu śmierci muzułmanina, chociaż nie jest to konieczne.

Osoba jest postrzegana jako martwa, a wszystkie zasady *szari'atu* mogą mieć zastosowanie, gdy zaobserwuje się jedną z dwóch oznak:

- całkowite zatrzymanie akcji serca i oddychania, które jest uznawane przez lekarzy za nieodwracalne
- całkowite zatrzymanie wszystkich funkcji życiowych mózgu, które jest uznawane przez lekarzy za nieodwracalne [8].

W takich okolicznościach odłączenie systemów wspomagających życie jest uzasadnione nawet, jeśli niektóre z organów nadal automatycznie funkcjonują z tymi systemami.

Całun, którym okrywa się ciało zmarłego, nie powinien być zbytnio wyszukany [3]. Zgodnie z prawem *szari'atu* nie-muzułmanie mogą dotykać ciało zmarłego muzułmanina

jedynie w rękawiczkach. Ciało powinno być myte i ubrane przez rodzinę. Zmarły musi być pochowany, jak szybko jest to możliwe. Tradycyjnie zakazuje się kremowania ciał.

Prawo muzułmańskie szczegółowo przedstawia wytyczne dotyczące obchodzenia się z ciałem muzułmanina po śmierci [3]:

- należy zamknąć oczy i usta zmarłego
- zmarłego należy pochować z głową skierowaną w stronę Mekki
- należy umieścić ręce na klatce piersiowej, prawa dłoń powinna spoczywać na lewej
- ciało musi być umyte po śmierci przez muzułmanina tej samej płci
- należy przykryć ciało płótnem.

Zgodnie z doktryną sunnickiej gałęzi islamu rytualne zasady pogrzebu przedstawiają się następująco [3]:

- pod żadnym pozorem ciało nie może być dobrowolnie przekazane do autopsji, balsamowania lub do pobrania organów;
- ciało powinno być przygotowane do pochówku przez sunnickich muzułmanów;
- na żadnym etapie pogrzebu i pochówku nie można przeprowadzić żadnego nie-muzułmańskiego obrzędu lub obyczaju;
- w trakcie uroczystości nie można używać żadnych obrazów, półksiężyców, dekoracji, krzyży, flag, symboli ani muzyki;
- ciało muzułmanina nie może być przewożone na „nierozsądną" odległość od miejsca śmierci chyba, że wymagają tego okoliczności lub uzasadnia zgoda członków rodziny zmarłego;
- grób musi być wykopany zgodnie z muzułmańskimi obyczajami oraz powinien być skierowany w stronę qiblah;
- ciało powinno być pochowane bez trumny; nie może być niczego, co oddziela całun od otaczającej go ziemi;
- grób powinien być zasypany jedynie ziemią bez nagrobka lub innych symboli, można użyć prostego kamienia;
- pochówek musi mieć miejsce tak szybko, jak tylko jest to możliwe, najlepiej przed zachodem słońca w dniu śmierci lub następnego dnia; pod żadnym pozorem pochówek nie może być bezzasadnie opóźniany.

W Koranie i sunnie nie ma określonej definicji końca życia, pozostawia się ją badaniom naukowym i doświadczeniu ludzkiemu. Jednakże, dla teologów muzułmańskich śmierć pozostaje bezpośrednim Boskim aktem. Tak właściwie, nie jest ona zdefiniowana jako

przerwanie aktywności mózgu lub zatrzymanie akcji serca, ale jako oddzielenie duszy od ciała [3]. Zapytany przez irańskie Ministerstwo Zdrowia, co według prawa *szari'atu* jest kryterium śmierci, ajatollah Tabrizi odpowiedział, że „*istotny jest właśnie moment oddzielenia duszy od ciała*" [3].

Zakończenie

Na koniec, streśćmy w punktach stanowisko islamu w kwestii cierpienia i śmierci:

1. Cierpienie, podobnie jak śmierć, istnieje jedynie zgodnie z wolą Stwórcy;
2. Człowiek nie jest absolutnym dysponentem swojego życia, dlatego nie ma on prawa skracać swego życia;
3. Różne formy cierpienia, których muzułmanin doświadcza w obecnym życiu, są sprawdzianem jego wiary i bojaźni Bożej;
4. Choroba i cierpienie mają swój udział w pokucie za grzechy;
5. Bóg nigdy nie nakłada na ludzkie ramiona nieznośnego do dźwigania brzemienia;
6. Choroba zawsze dotyczy całej osoby i obejmuje wszystkie wymiary cierpienia pacjenta, a więc fizyczny, psychiczny i duchowy;
7. Każda próba uratowania umierającej osoby, jeśli istnieją jakiekolwiek szanse na wyzdrowienie, powinna być bezwzględnie podjęta;
8. Życie pacjenta nie może być celowo przerywane;
9. Wykorzystanie środków przeciwbólowych, zwłaszcza morfiny, wydaje się być ekwiwalentne z pewną formą eutanazji;
10. Sztuczne przedłużanie stanu wegetatywnego chorego, jest bezprawne, gdyż jest wbrew Boskiej woli;
11. Nieuleczalnie chory powinien, o ile to możliwe, umierać we własnym domu;
12. Zbliżającemu się do kresu swojego życia należy zapewnić niezbędne posługi religijne.

Piśmiennictwo

1. Atiyeh B. S., Kadry M., Hayek S. N., Musharafieh R. S.: Aesthetic Surgery and Religion: Islamic Law Perspective. A.P.S., 2008, 32, 1-10.
2. Skura-Madziała A.: Religie świata i ich stanowisko wobec eutanazji. Archidiecezjalne Wydawnictwo Łódzki., 2009, 12, 2, 25-34.
3. Atighetchi D.: Islamic Bioethics: Problems and Perspectives. Springer, New York, 2007.
4. Koran. przekł. Bielawski J., Warszawa, 1986.

5. Ally M. ibn: Islam. In: Problemy etyczne w tradycjach sześciu religii. przekł. Chabrajska D., IW Pax, Warszawa, 2007, 311-365.
6. Eutanazja. Czy pacjent albo lekarz może decydować o eutanazji?, http://www.al-islam.org.pl/fat%C5%82y/medycyna/106-eutanazja, data pobrania 24.02.2014.
7. Ciechanowicz J.: Etyka wielkich cywilizacji. Polish Guide Publishing, New York, 2010.
8. Filiz Ş.: The Place of Bioethics Principles in Islamic Ethics [in:] Islam and Bioethics, Arda B., Rispler-Chaim V. (eds.), Ankara, 2012, 12-37.

TANATOEDUKACJA



Piszczatowska Marta, Grassmann Magdalena

Ceremoniał pogrzebowy króla Zygmunta II Augusta

Samodzielna Pracownia Historii Medycyny i Farmacji Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp

Ceremoniał pogrzebowy polskich królów stanowi doskonały materiał do badań historycznych. W perspektywie wieków każdorazowy ceremoniał wyrażał ówczesne postrzeganie otaczającego świata, był odzwierciedleniem tradycji, nastrojów religijnych ale również i politycznych.[1]. Ceremoniał towarzyszący pożegnaniu króla ma szczególny wymiar symboliczny. Król bowiem jako władca zawiera w swojej funkcji element sacrum i profanum. Stoi na czele państwa, wchodzi w rolę „ojca" narodu stąd jego odejście oznacza pożegnanie dotychczasowego porządku. Towarzyszące temu wydarzeniu nastroje społeczne takie jak niepewność, strach, niepewność jutra szczególnie silnie objawiają się w przypadku zakończenia danej dynastii. Przykładem, który zostanie w niniejszym artykule omówiony było pożegnanie ostatniego króla Polski z dynastii Jagiellonów – Zygmunta Augusta.

Ceremoniał pogrzebowy jaki towarzyszył ostatniej drodze Zygmunta Augusta czerpał z tradycji funeralnych kształtujących się w poprzednich wiekach. Przełomowymi momentami w tej materii były pogrzeby: Kazimierza Wielkiego oraz Zygmunta Starego. Po zgonie króla Kazimierza Wielkiego w 1370 roku po raz pierwszy pojawił się opis ceremonii pogrzebu królewskiego – czyli rodzaj *Ordo Funebris Regis Poloniae*. Nie był on w pełni skodyfikowany jednakże rozpoczął tradycję imponujących pogrzebów królewskich w Polsce. Wcześniejsze wzmianki kronikarskie o pogrzebach królewskich są bardzo lakoniczne. Pogrzeb Kazimierza Wielkiego był dwukrotną ceremonią (7 i 19 listopada 1370 roku), która stała się elementem walki politycznej o dziedzictwo po ostatnim przedstawicielu dynastii piastowskiej. Według obowiązującego obyczaju świadkiem pochówku zmarłego władcy winien być jego następca. Stanowiło to istotny wymiar legalizacji władzy, unaocznienia jej prawowitego charakteru. [1]. Prawdopodobnie pierwszy pogrzeb króla Kazimierza Wielkiego odbył się tak jak pogrzeb jego ojca – Władysława Łokietka. Kronikarz królewski i podkanclerzy Jan z Czarnkowa pisze: *Po odprawieniu uroczystych po zejściu króla egzekwii, był on w następny czwartek, tj. siódmego dnia wspomnianego miesiąca, z prawej strony chóru katedry krakowskiej przez wiernych (sług) swoich pochowany, w obecności Jarosława, arcybiskupa świętego gnieźnieńskiego kościoła, oraz biskupów Floriana krakowskiego i*

Piotra lubuskiego [2]. Druga ceremonia odprawiona została 19 listopada przez króla Ludwika Węgierskiego po jego wcześniejszej koronacji na władcę Polski. Ów pogrzeb był bardzo okazałą uroczystością, zawierającą w swoim podtekście bardzo wyraźny element polityczny - miał poświadczać legalność władzy monarszej Andegawena, a odsunąć w cień poprzednią uroczystość. Oprócz tego uroczystość ta łączyła w sobie wiele elementów pochodzących z pogańskich zachowań jak np. łamanie chorągwi nad grobem chowanego. Wzorowano się w dużym stopniu na uroczystościach pogrzebowych króla Węgier Karola Roberta. Ten „synkretyczny" ceremoniał pochówku regis Poloniae stał się podstawą wszystkich późniejszych redakcji, które zachowywały zasadnicze rysy pierwowzoru. Kolejne wersje ceremonii zmieniały jedynie rozkład akcentów, uszczegóławiały całość, rozwijały lub – rzadziej – dodawały niektóre wątki, rezygnując z innych, ale „rdzeń" pozostawał niezmienny [1]. Wyraźnie jest to widoczne w dwóch najbardziej istotnych modyfikacjach: z połowy XVI i z XVII wieku.

Pierwsza modyfikacja została dokonana w połowie XVI wieku przez biskupa Samuela Maciejowskiego na prośbę kapituły krakowskiej, w związku ze śmiercią króla Zygmunta Starego. Dnia 1 kwietnia 1548 roku, na zamku krakowskim zmarł król Zygmunt I Stary. Po obmyciu wodą, winem, octem i solą, zabalsamowaniu, wreszcie ubraniu w strój koronacyjny, ciało złożono na łożu paradnym i wystawiono w komnacie zamkowej. Następnego dnia w obecności biskupa Samuela Maciejowskiego włożono monarchę do trumny, komnatę przemieniono na kaplicę, wybudowano ołtarz, a trumnę ustawiono wśród mnóstwa lamp i świec. Przy zwłokach kapłani nieustannie odprawiali *officium* za zmarłych i msze. Wieść o zgonie monarchy rozeszła się po kraju bardzo szybko. Zawiadomiono listownie senatorów, wysłano odpowiednie pisma do władców zaprzyjaźnionych państw, a przede wszystkim wysłano posłów do nieobecnego w Krakowie króla Zygmunta II Augusta, przebywającego w owym czasie w Wilnie. Młody monarcha przybył do stolicy dopiero 24 maja i jego pierwszą czynnością było wyznaczenie terminu pogrzebu na czwartek 26 lipca. Poselstwa z oficjalnym zawiadomieniem o uroczystości wysłano do papieża, cesarza i innych władców. Równocześnie przygotowywano się do uroczystego pogrzebu. Przede wszystkim trzeba było ustalić odpowiedni ceremoniał pogrzebowy. Podkreślić należy, że od ostatniego pogrzebu królewskiego (Jana Olbrachta) w Krakowie minęło ponad pięćdziesiąt lat. Wobec trudności z odnalezieniem starego ceremoniału kapituła krakowska zwróciła się do biskupa Maciejowskiego z prośbą o ustalenie nowego *ordo*. Niebawem ułożono ceremoniał pogrzebu, najpewniej przy ścisłej współpracy biskupa z marszałkiem dworu, a nowy król zaaprobował go. Opracowano *Ordo pompae funebris serenissimi Sigismundi Regis Poloniae*, który

zachowany jest w odpisie w zbiorach Biblioteki Czartoryskich w Krakowie [3,4,5]. Scenariusz ten zakładał, że uroczystości będą trwały trzy dni, a nie jak dotąd – tylko jeden. Centralnym wydarzeniem pierwszego dnia będzie pochówek zmarłego władcy, drugiego złożenie ofiar w kościołach, a trzeciego – msza żałobna i wieńczący ją symboliczny obrzęd przejęcia władzy [6]. Każda z tych „części" miała posiadać bogatą oprawę. Ich następstwo nie było przypadkowe – wyraźnie nawiązywało do układu podwójnych uroczystości pogrzebowych Kazimierza Wielkiego (pochówek → złożenie ofiar → msza + symbole zmiany władzy) [1].

Śmierć Zygmunta II Augusta

W dniu 7 lipca 1572 roku w rezydencji w Knyszynie na Podlasiu zmarł ostatni król z rodu Jagiellonów – Zygmunt II August. Śmierć króla otworzyła pierwszy okres kryzysu politycznego i ustrojowego w historii państwa [7]. Państwo stanęło wobec braku postanowień co do elekcji, a przede wszystkim nie wiadomo było kto miał zostać interrexem. Rainhold Heidenstein pisał: „*Dziwna obawa i troska o losy kraju ogarnęła umysły wszystkich. Po kraju jeszcze za życia Króla mówiono ... jakoby po śmierci jego państwo całe razem z nim zaginąć Mia"*. [8]. Marcin Bielski natomiast przedstawiał Koronę Polska jako sierotę pisząc „*osierociała Korona Polska w wielkiej trwodze była, jako ta, która siedząc wpośród nieprzyjaciół, z każdej strony obawiała się niebezpieczeństwa"* [9]. Trwogę i niepokój, lęk przed tym co będzie po śmierci króla Zygmunta II Augusta pogłębiła grasująca po kraju zaraza oraz ukazanie się komety. W 1972 roku duński astronom Tycho de Brache zaobserwował gwiazdę supernową w gwiazdozbiorze Kasjopei.

Po śmierci króla Zygmunta II Augusta do Knyszyna został zwołany zjazd.[10, 11]. Zjazd odbywał się w dniach 24 – 31 sierpnia 1572 roku z inicjatywy Jana Firleja .[12]. W Knyszynie przy śmierci króla byli m. in.: Franciszek Krasiński – przed śmiercią króla mianowany na biskupstwo krakowskie, Ostafi Wołłowicz – kasztelan trocki, Jan Dulski, kasztelan chełmiński, Jan Chodkiewicz, marszałek ziemski litewski, Mikołaj Krzysztof Radziwiłł, marszałek nadworny Wielkiego Księstwa Litewskiego.

W Kronice, po śmierci króla zapisano:

„Niedziela, 24 Augusti

Do Knyszyna przyjechali społem Panowie, Pan Krakowski, Wojewoda Krakowski, Wojewoda podolski, Pan Lwowski, Pan Sanocki i Poselstwo Ziemi Ruskich i prosto do Dworu wjechali. Tam zastali Księdza Biskupa Krakowskiego, Pana Starostę Żmudzkiego, Pana Wojewodę Lubelskiego, Pana Kamienieckiego, którzy wyszli przeciw nim, przywitawszy się, uczynili rzecz przez X. Biskupa Krakowskiego opłakując śmierć (...) potem szli ku Pańskiemu ciału

które w izbie obitej suknem leżało przykryte aksamitem czarnym a na krzyż srebrogłowymi przełożone. Na trumnie leżała Korona, jabłko scerptum i miecz na ziemi, przy trumnie puklerz, szyszak, lanca, kord, miecz. Księża śpiewali Soltars, świeczki gorzały, cztery nad trumną. Przykrycie było majestatu aksamitne czarne przed trumną i u wezgłowia przykrycie przybili, chorągiew po prawej stronie wielką czerwoną zawieszoną Koronną. Panowie tam mało postawszy, przeszli ten gmach do nowego domu nowopostawionego, w którym zawsze nieboszczyk nie bywał" .[13].



Fot. 1 – Obraz Jana Matejki pt.: *Śmierć Zygmunta Augusta w Knyszynie w 1572 roku.* W zbiorach Muzeum Narodowego w Warszawa, depozyt w Muzeum Okręgowym w Toruniu, fot. M. Piszczatowska.

Kolejny opis obrządku pogrzebowego zmarłego króla Zygmunta II Augusta w Knyszynie został zamieszczony w pamiętnikach Jana Choisnin: „*Ponieważ zamek Knyszyński w którym umarł Zygmunt, leży wśród lasów, opodal od miast znaczniejszych, gdzieżby potrzebnych do pogrzebu Królewskiego ozdób i innych rzeczy dostać można było; nie mogli przeto panowie jak tylko w części dopełnić to, co mieli za powinność uczynić. Co większa, gdy zwyczajem jest u nich, natychmiast po śmierci króla włożyć na niego królewskie ozdoby, i z niemi go chować, a byli daleko od Krakowa skąd by Korony dostać można było, i gdy Kustosz Koronny, stróż z urzędu insygniów koronnych, będąc w Knyszynie i lękając się aby pod pozorem wzięcia Korony do obrzędu potrzebnej, czego innego ze skarbca nie wyniesiono, Niechciał żadną miarą zezwolić na otworzenie jego; przymuszeni tedy byli wymienieni*

Panowie użyć do tego Korony Jana Króla Węgierskiego, niedawno zmarłego, po którym Zygmunt dziedziczył, i innych ozdób królewskich w skrzyni jego znajdujących się. Włożono je na Króla nazajutrz po jego śmierci, przy następujących żałobnych obrzędach. Złożone były zwłoki Zygmunta w sali obszernej, kirem wybitej, na wielkim katafalku Królewskim okrytym złotogłowiem i po ziemi rozpostartym. Król miał na sobie żupan i czapkę z atłasu karmazynowego, odziany był ferezyą z adamaszku karmazynowego, na nogach miał obuwie ze złota tkanego a twarz i ręce odkryte. Przy stopie katafalku z każdej strony leżał proporzec, naręczami ze stali, tarcza perska nazwana kałkan, wszystko to adamaszkowe i suto złotem nabijane. W jednym rogu wymienionej sali stała obok katafalku chorągiew rozłożysta z karmazynowego adamaszku. W środku jej malowany był jednogłowy z rozpiętymi skrzydłami orzeł biały, który herbem jest Polski; miał na piersiach dwie litery splecione SA co znaczy Sigismundus Augustus, a w koło herbu królestwa umieszczone były innych prowincji Polskich herbowe znamiona. Przykryty kobiercem z karmazynowego aksamitu stał stolik między katafalkiem a stołem na którym mszę odprawiano. Na nim z tegoż aksamitu leżało wezgłowie, a na tym korona, miecz królewski, pas, berło i naręczaki. Wszystko to szczerozłote, drogimi, ozdobnymi kamieniami, tudzież jabłko złote, czyli ta kula którą zwykle nazywają światem, z krzyżykiem na wierzchu jakiego używają Cesarze, co pokazuje że tego narodu Królowie z Cesarzami siebie równają. Wszyscy obojga wyznań (to jest katolicy, dysydenci, tudzież ewangelicy) u dworu będący, przedniejsi obywatele przytomni byli temu obrzędowi, na który też zaprosili Pana Balani, i choć już wszystko do zaczęcia było gotowym, mieli jednak cierpliwość oczekiwać na niego, w chęci, ile się zdaje, żeby doniósł o tym wszystkim królowi francuskiemu. Po mszy przez wielkiego Jałmużnika odprawionej, Biskup Krakowski Jgmc ksiądz Franciszek Krasiński, okryty kapą z czarnego aksamitu, jakie noszą w czasie pogrzebowych ceremonii, przyjmował insygnia królewskie które mu następnie ze stołu na ołtarz przynoszono. Miecz niósł wyżej rzeczony Jgmc Pan Referendarz Koronny Sędziwoy Czarnkowski, Koronę Kanclerz Litewski Mikołay Xiąże Radziwiłł, berło Marszałek nadworny Litewski Xiąże Radziwiłł, iabłko Kasztelan Trocki Ostafi i Wołłowicz, a naręczaki Mniszech pierwszy Dworzanin pokoiowy królewski. Każde z tych insygniów gdy wkładał Biskup na ciało Królewskie, odczytywał z książki jakie znaczenie miało każde. Tak ubrany leżał Król Zygmunt na katafalku, otoczony świec mnóstwem i pochodni., strzeżony we dnie i w nocy od kapłanów którzy śpiewali, i kilku ze szlachty którzy pilnowali królewskiego ciała. Przez trzy dni tak zostawał, a każdy w tym czasie wolny miał przystęp, po czym zbytnie gorąco do pochowania go zmusiło. Włożono go w trumnę drewnianą, gdyż dostać ołowianej nie mogli, a

obok ciała umieszczono podobnie insygnia królewskie które z pozłacanego srebra porobiono, bo taki jest zwyczaj w tym kraju" [14].

Inny zachowany opis z 1830 roku zawarty w „Pamiętniku Krakowskim" dokładnie przytacza strój zmarłego władcy: „*Ciało wszystko obwiniono ceratą albo płótnem woskowanym, potem koszulą flamską. Na koszulę giermak na kształt rewerendy z adamaszku czerwonego, na to sznurem złotym opasany. Potem alba z kitajki białej; na albę dalmatykę złotogłową. Na wierzch tego wszystkiego ubioru płaszcz z altembasu dobrego. Na to na wierzch łańcuch ze dwuset czerwonych złotych, u niego krzyż diamenty a rubiny osadzony. Na ręce dwa pierścienie wielkie – smarag i safir. Potem rękawice dziane jedwabne, na wierzch blachownice żelazne. Na nogi boty złotogłowe, ostrogi pozłociste, miecz, u którego wszystka passa srebrna, sceptrum, jabłko. Na głowę czapeczka z atłasu czerwonego, na nią korona. Pod głowę poduszeczkę złotogłową podłożono. Trumna wewnątrz obita aksamitem czarnym. Na piersi włożono mu tabliczkę srebrną złocistą" z napisem łacińskim, z którego warto zwrócić uwagę na finalny wers: „Kochał pokój, był wyrozumiały i trochę powolny, stąd zwykł mieć zawsze na ustach słowo jutro*" [15].



Fot. 2 – Trumna króla Zygmunta II Augusta po otwarciu w 1868 roku. Źródło: Michał Rożek, Wawel i Skałka Panteony Polskie, Wrocław, Warszawa, Kraków 1995, s. 132.

Gdy ponad dwieście lat później Tadeusz Czacki dokonał otwarcia grobów królewskich (była to akcja o znamionach naukowych), w tym trumny Zygmunta II Augusta, jego oczom ukazał się następujący widok: „*Zygmunt August w cynowej wyrabianej en bas relief, tj. wypukło rżniętej trumnie, leży odkryty; przysypany cały chmielem, tak dochowanym, że 218 lat zawarcia go w tem grobowem naczyniu żadnej różnicy w czerstwości nie czyni. Ciało jest całe; moc czasu odmieniła zwykły kolor w czarny. Suknia z bogatej materyi, lecz już zbutwiałej. Na głowie korona, przy prawej ręce świat [jabłko królewskie], przy lewej berło pozłacane, na piersiach napis na blasze srebrnej"* [15].

Ciało zmarłego Zygmunta II Augusta ze względu na panującą zarazę postanowiono przewieźć do zamku w Tykocinie. Jednak wnętrzności króla złożono w ufundowanym najprawdopodobniej przez Jana Zamoyskiego sarkofagu. Znajdował się on pierwotnie w kościele św. Jana Ewangelisty zaś później przeniesiony został na Rynek miasta.[16, 17]. W postanowieniu zjazdu knyszyńskiego napisano: „*A iż powietrze, Pan Bóg, jako wiele inszych miejsc w Koronie, tak i to miejsce Knischin pokarać raczył, dla którego dworowi wszystkiemu mieszkać tu było niebezpieczno. Przeto aby zaraz rozjechaniu dworu, ciało KJM bez powinnej uczciwości tu nie zostało, za zgodnym zdaniem naszym, ciało KJM do Tykocina, już stąd zaraz wyprowadzić mamy. I aby tam z uczciwością przystojną do dalszego czasu i namów wspólnych leżało, pilnośmy to opatrzyli*" [13]. Pojawił się jednak pewien problem. Rotmistrz Klimunt Bileński, zarządca zamku tykocińskiego zobowiązał się królowi, że nie odda kluczy do zamku nikomu oprócz Anny Jagiellonki i jej sióstr, gdyż według testamentu to one dziedziczyły dobra po zmarłym bracie. Ciało zostało więc wniesione na zamek ale senatorowie zostali za bramą. Następnie w dniu 10 września 1573 roku kondukt żałobny z ciałem zmarłego króla wyruszył z Tykocina w długą drogę poprzez Warszawę do Krakowa. Kondukt prowadził chorąży koronny Bernard Maciejowski, zatrzymując się po drodze we wszystkich miasteczkach. Zmarłego króla witano biciem dzwonów i posępnym milczeniem, a w każdym z napotykanych kościołów odprawiano egzekwie. W Warszawie nabożeństwa żałobne trwały dwa dni. Uroczystości te zorganizowała królewska siostra Anna Jagiellonka, która też 30 stycznia 1574 roku wyruszyła za konduktem do Krakowa. [18]. Do Krakowa ciało królewskie dotarło 10 lutego 1574 roku. „*Po odprawieniu mszy żałobnej w kaplicy zamku tykocińskiego, 24 dworzan królewskich, w kaptury żałobne ubranych, z wielkiemi świecami w ręku, tudzież ubodzy w kapach i ze świecami wyprowadzili ciało. Postępowała procesja ze stu ubogich złożona, ze świecami zapalonemi, za nimi księża i kapelani królewscy, a za tymi chorąży na koniu czarno ubranym. Za chorążym postępował otoczony sługami pieszymi koń czarny, unosząc na sobie herby królewskie, a dalej konno jechało dwoje*

pacholąt z puklerzami. Następnie szedł wóz z ciałem królewskiem, przykryty czarnem suknem i zaprzężony w konie, tak samo ubrane. Za wozem jechali panowie radni z pocztami swymi. Przyjmowano ten konwój uroczyście z dział i z ręcznej broni w miejscach, przez które przechodził, a gdzie się zatrzymał na noc, tam stawało na straży przy marach dwóch komorników królewskich, ośmiu drabantów, 2 dworzan i 2 jurgieltników. W Warszawie wystąpiło 200 ubogich i 60 dworzan ze świecami, oraz cechy wszystkie ze światłem, niosąc 10 mar złotogłowem i aksamitem bogato przybranych. Wóz żałobny przykryto także aksamitem. Wprowadzili ciało biskupi i opaci ubrani okazale. Wchodząc do kościoła, oznaki królewskie niesiono przed ciałem, a obok postawiono chorągiew nadworną i pieniądze na misach, które rozdawano ludowi. Mów było 4.[19, 5]. W Krakowie poszerzono ceremoniał o procesjonalne powitanie ciała przed murami miasta. Procesja poprzedzająca wóz z ciałem szła według ustalonego w roku 1548 porządku czyli: *żacy ze wszystkich szkół Krakowskich, Kazimierskich, Kleparzkich, Stradomskich, pójdą za nimi Bernardyni, Mnisi, ze wszystkich kościołów Księża i inne Duchowieństwo swym porządkiem. Potem Vicariowie, Kanonicy, Collegiata Ecclesiarum, po nich S. Michała Prebendarze. Po nich Mistrzowie, Doktorowie Uniwer. Krak. Za niemi Ichmość Prałaci, Kanonicy Krak. Opaci, Biskupi, za którymi starszy Jegomość Biskup Krakowski albo Ksiądz Arcybiskup między dwoma Prałatami pójdzie z swoim porządkiem, a przed nim dwa, jeden z Pastorałem a drugi z krzyżem, ubodzy za nimi w kapach których ma być 1600. Pójdą potem Chorążowie tym porządkiem: 1.Zatorska, 2. Oświecińska, 3. Chełmska, 4. Sanocka, 5. Chalicka, 6. Przemyska, 7. Dobrzyńska, 8.wieluńska, 9. Rawska, 10. Mazowiecka, 11.Płocka, 12. Bełska, 13. Lubelska, 14. Podolska, 15. Lwowska, 16. Kujawska, 17. Łęczycka, 18. Sieradzka, 19. Kaliska, 20. Sandomierska, 21. Poznańska, 22. Krakowska, 23. Terrar. Prusiae modernae, 24. Homagialis Pomeran. 25. Homagialis Valachiae, 26. Ducatus Litae Curland, 27. Homagialis Prusiae, 28. Regni Curiae, 29. M. Ducatus Magni Litae, 30. Regni Poloniae. Po nich zarazem koni 20 pod przykryciem jedwabnem, ostatni pod axamitem czarnym, mają być prowadzone, za nimi pod złotogłowy 30 które poniosą cztery osoby przez Urząd naznaczone. A potem znaczna osoba w kirisie na koniu ladrowanym miecz goły ku dołowi końcem obróciwszy poniesie, za nim pacholę z tarczą, z Herby Królewskimi i drzewo z proporcem ku ziemi obrócone grotem, a na proporcu jedną stroną Orzeł a drugą Pogoń wymalowaną poniesie. Ostatni w szacie królewskiej, pojedzie na pojeździe, za którym Ichmość Panowie rady Koronne pieszo pójdą, potem za nimi Pan Miecznik Krak. Z mieczem gołym, Jmć Pan Wojewoda Poznański, jabłko, Pan Wojewoda Krak. Sceptrum. Pan Krakowski Coroniae Insigna Regni poniosą. Za niemi ciało Króla Ichmość poniosą przykryte płótnem białym, potem suknem czarnym na wierzchu*

axamitem przykryte. A około ciała Dworzan co świece zapalone nieść będą 100. A gdy go już z woza złożą tedy go już na to naznaczone osoby, poniosą, przy których Kasztelani pójdą trzymając za mary, Królewna Jejmość zarazem prowadzona będzie od Książąt albo Posłów Królów Chrześcijańskich. Za nimi Panie i Fraucimer Królewny Jejmości na ostatku rada miejska i inny lud prowadzić będzie aż do Zamku Krakowskiego. A do Kościoła nie ma żaden z tej Processyi wchodzić okrom Vicariów, kościoła Krak. A Kanoników, Opatów, Biskupów, Arcybiskupów, i inszych znaczniejszych którzy do tego należeć będą. (…) *A gdy ciało do Kościoła przyniesione będzie, Ichmość Insygnia Regni na Mary Królewskiego ciała położą. A te Mary Królewskie mają stać między chrzcielnica a grobem ś. Stanisława na której korona na poduszcze, którę Pacholę poniesie położona będzie. A Majestat Królewski ma być z desk przyrządzony z czarnem suknem przybity , nie wysokim, na który Mary z ciałem Królewskiem stać będą. (...) Zatem będą śpiewać Conduct Vicariowie Krak. Ten a gdy się ten skończy i inne obsignia, ciało do grobu poniosą i pochowają. A przez wszystek ten czas (...) aż do pochowania ciała, mają po wszystkich kościołach dzwonić"* [20]. Chorągiew Królestwa Polskiego niósł Bernard Maciejowski - chorąży wielki koronny. Osobę króla reprezentował dworzanin królewski – Garnisz, a także Jerzy Mniszech – krajczy koronny w zbroi królewskiej. Insygnia królewskie nieśli: miecz – Andrzej Zborowski, wojewoda krakowski, jabłko – Piotr Zborowski, berło – Jan Firlej.[21]. Drugiego dnia pochód z marami miał obejść miasto. Procesja wstępowała do kościołów: św. Franciszka, św. Anny, św. Szczepana, św. Trójcy a następnie wróciła na zamek. W kościołach postawiono inne mary a także misy z pieniędzmi, które rozdawano ubogim, cześć pieniędzy wysypano także na ołtarze.[5, 19].

Trzeciego dnia wszyscy w tym samym porządku mieli przybyć do Katedry Krakowskiej. „*W kościele wielkim wszystek chór suknem czarnym przykryty i pawiment. Ołtarz wielki ma być czarnym axamitem zakryty na którym krzyż złotogłowowy być ma, ławka Królewny Jejmości i pawiment przed Wielkim Ołtarzem suknem czarnym przykryte. Herby Królewskie po ścianach przybite będą, a przed Wielkim Ołtarzem świec ma być nie mało zapalonych, lichtarze w pośrodku kościoła z świecami zapolonemi zawieszone"* [20]. Mszę świętą odprawił arcybiskup gnieźnieński, kazanie zaś przygotował opat mogilowski.[21]. „*Gdy będą śpiewać Pater noster, osoba w zbroi na koniu, za nim Giermek z drzewem do kościoła wjadą aż do połowice, a na miecz który nosił goły, hełmy, tarcze i drzewa, maja być woskowe świeczki małe zapalone. (...) A gdy Agnus śpiewać poczną, tym porządkiem naprzód Miecznik z mieczem, potem co jabłko poniesie, trzeci sceptrum, czwarty koroną, za nimi pójdzie niosący hełm, potem tarcz, za nimi miecz, ostatni z drzewem, za nimi we zbroi wjedzie do choru na koniu i u mar z gromem spadnie. A ci co insygnia nieśli na ołtarzu położą. Hełm,*

tarcz i miecz na ołtarzu porzucą. Ostatni większą mocą drzewo złamać mają. (...) Kanclerze Koronni pieczęcie dać tłuc, Marszałkowie laski łamać będą.[20]. *Jednak po kazaniu inny nastąpił obrządek. Kasztelan kaliski wziął hełm królewski, wojewoda łęczycki miecz, Kanclerz tarczę. Następnie insygnia te przekazali posłom: cesarskiemu – hełm, francuskiemu – tarczę, węgierskiemu miecz, a ci złożyli to przed ołtarzem. Na koniu, cały w kirysie wjechał pędem do Katedry Jerzy Mniszech i przy marach z trzaskiem, cały padł na ziemię. Dalej krótko przemówił Wojewoda Krakowski, a następnie złamał laskę marszałkowską, a Kanclerz skruszył pieczęć. Na tym skończyły się pogrzebowe obrządki Ostatniego z Jagiellonów"*[21].



Fot. 3 – Trumna króla Zygmunta II Augusta w Grobach królewskich na Wawelu. Fot. M. Piszczatowska.

Zakończenie

Ceremoniał ustalony podczas pogrzebu ostatniego Jagiellona został odprawiony również po śmierci króla Stefana Batorego w 1588 roku. Po wygaśnięciu dynastii Jagiellonów ustalono, iż koronację będzie poprzedzał pogrzeb poprzednika. W wyjątkowych przypadkach rezygnowano z tej formuły. Po śmierci Stefana Batorego, wobec niesprzyjającej sytuacji politycznej oraz otwartej wojny z arcyksięciem Maksymilianem Habsburgiem, zdecydowano się na koronację Zygmunta III przed pogrzebaniem Stefana Batorego. Był to zarazem ostatni pogrzeb z trzydniowym ceremoniałem.[3]. Za rządów króla Zygmunta III zanika skomplikowany ceremoniał, procesja do kościołów. Powrócono do jednodniowej uroczystości funeralnej, z zachowaniem jednak łamania pieczęci i pogrzebu w Katedrze na Wawelu w

połączeniu z mszą świętą.[3]. *O dawnych ceremoniach pogrzebowych przypominają nam już tylko pożółkłe karty kronik. Śpią snem wiecznym wielcy monarchowie w podziemiach katedralnych na Wawelu, wolni nareszcie od spraw wielkich i małych, ważnych i błahych. Nad ich głowami skrytymi pod kamiennymi posadzkami i płytami przeminęły wieki i pokolenia i coraz rzadziej z tego przedwiecznego trwania budzi ich dźwięk Zygmunta.*[5].

Bez względu jednak na wszelkie modyfikacje dokonane na przestrzeni wieków w ceremoniale pogrzebowym królów polskich, można w nich odnaleźć pewne stałe elementy. Na pewno jest to obecność dwóch komplementarnych wymiarów: religijnego (sacrum) i świeckiego (profanum). Wymiar religijny miał zapewnić nieżyjącemu monarsze zbawienie i był wyrazem chrześcijańskiej troski o duszę zmarłego. Wymiar świecki natomiast wiązał się z rytuałem przejmowania władzy i nadawał uroczystości wydźwięk polityczny.[1].

Piśmiennictwo

1. Skorupa R.: Ordo funebris regis Poloniae. Polonica Liturgica, 2013http://polonicaliturgica.blogspot.com/2013/07/krolewskie-pogrzeby-ordo-funebris-regis.html, data pobrania 18.04.2014.
2. Kronika Janka z Czarnkowa, tum. J. Żerbiłło. Kraków, 2009.
3. Rożek M.: Groby królewskie w Krakowie. Wyd. Literackie, Kraków, 1977.
4. Gołąb J.: Pogrzeb króla Zygmunta Starego [w:] Dwunaste sprawozdanie dyrekcji C.K.II. Wyższej Szkoły Realnej w Krakowie za rok 1916. Kraków, 1916, 3 – 43.
5. Żukow-Karczewski M.: Wielkie pogrzeby w dawnej Polsce. Życie Literackie, 1988, 44, 8.
6. Śnieżyńska-Stolot E.: Dworski ceremoniał pogrzebowy królów polskich w XIV wieku [w:] Sztuka i ideologia w XIV wieku, Skubiszewski P. (red.). Wyd. Polska Akademia Nauk, Warszawa, 1975, 89 – 100.
7. Solikowski J. D.: Krótki pamiętnik rzeczy polskich od zgonu Zygmunta Augusta, zmarłego w Knyszynie 1572r. w miesiącu lipcu, do r. 1590, tłum. W. Syrokomla. Petersburg – Mohylew, 1855.
8. Heidenstein R.: Dzieje Polski od śmierci Zygmunta Augusta do roku 1594, ksiąg XII. Petersburg, 1857.
9. Śliwiński A.: Jan Zamoyski, Kanclerz i Hetman Wielki Koronny. Warszawa, 1947.
10. Płaza S.: Wielkie bezkrólewia. Wyd. Krajowa Agencja Wydawnicza, Kraków, 1988.

11. Gruszecki S.: Podlaski fragment walki o władzę po śmierci Zygmunta Augusta. Rocznik Białostocki, 1970, 10, 35 – 52.
12. Gruszecki S.: Walka o władzę w Rzeczypospolitej Polskiej po wygaśnięciu dynastii Jagiellonów 1572-1573. Wyd. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa, 1969.
13. Biblioteka Raczyńskich w Poznaniu, rkp 96, Kronika za Zygmunta Augusta w Knyszynie zmarłego roku 1572.
14. Choisnin J.: Pamiętniki o elekcji Henryka Walezjusza na króla Polskiego, przeł. W. Turski, Wyd. J. Zawadzki, Wilno, 1818, 17-21.
15. Widacka H.: Schowanie w trumnę ciała królewskiego. http://www.wilanow-palac.pl/schowanie_w_trune_ciala_ krolewskiego.html, data pobrania 12.04.2014.
16. Maroszek J.: Sarkofag serca króla Zygmunta Augusta na Rynku miasta Knyszyna w latach 1572 – 1824 [w:] Święci przydrożni, patroni przyuliczni, Wierzbicka B. (red.). Wyd. Towarzystwo Opieki nad Zabytkami, Warszawa, 2000, 33 – 50.
17. Maroszek J.: Pogranicze Litwy i Korony w planach króla Zygmunta Augusta: z historii dziejów realizacji myśli monarszej między Niemnem a Narwią. Wyd. Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok, 2000.
18. Widacka H.: Pogrzeb ostatniego Jagiellona. http://www.wilanow-palac.pl/pogrzeb_ ostatniego_jagiellona.html, data pobrania 12.04.2014.
19. Gloger Z.: Encyklopedia Staropolska. Warszawa, 1903, 4.
20. Porządek pogrzebu króla Zygmunta Augusta [w:] Niemcewicz J. U.: Zbiór pamiętników historycznych o dawnej Polsce. Lipsk, 1838, 1. 124-140.
21. Dalszy ciąg pamiętników Orzelskiego [w:] Niemcewicz J. U.: Zbiór pamiętników historycznych o dawnej Polsce. Lipsk, 1838, 1. 117-123.

Gonczaronek Hiacynta, Kubasik Ewa

Pochówek na przestrzeni wieków w kulturze europejskiej

Wydział Filozofii Chrześcijańskiej, Zakład Etyki Współczesnej, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego, w Warszawie

Wstęp

Liczne zabytki kultury funeralnej pochodzące z różnych wieków i różnych kultur pozwalają twierdzić, że obrzędy związane ze śmiercią człowieka, są niezależne od wyznawanej religii. Różnice dotyczą praktyk i ich uzasadnień, sam zaś zwyczaj i wewnętrzna potrzebna szczególnego obchodzenia się z ciałami zmarłych zdaje się należeć do postępowania w sposób właściwy człowiekowi, jako istocie zdolnej do refleksji. Choć pewne zwyczaje pogrzebowe można zaobserwować także u innych gatunków niż homo sapiens, np. u słoni, to te ludzkie są szczególne, gdyż łączą się z jakąś wizją albo przynajmniej intuicją życia post mortem. Mówiąc o pochówkach w obszarze kulturze europejskiej mamy na uwadze cywilizację, dla której źródłami są Biblia oraz kultury: grecka i rzymska.

W niniejszym artykule zostanie przestawiony zarys pochówków na przestrzeni wieków, z uwzględnieniem współczesnych tendencji. W stosunku do tradycyjnych sposobów chowania zmarłych, aktualne trendy rodzą wątpliwości. Zasadniczy problem dotyczy tego, że dynamiczny rozwój rynku funeralnego oraz coraz bardziej innowacyjne i atrakcyjne formy pogrzebów na gruncie cywilizacji zachodniej mają coraz mniej wspólnego ze zmarłymi, żałobą i wspólnotą. Formy pochówku zaś odzwierciedlają stosunek do śmierci. Zarys historyczny zmieniających się tendencji w zakresie pochówków ma na celu pokazanie powolnych zmian, które doprowadziły do radykalnych zmian obyczajowych, których jesteśmy świadkami. W pracy zostanie podjęty namysł nad tym, czy obecny stan rzeczy jest przejawem kryzysu i niedojrzałości wobec śmierci, czy też jest elementem nowej duchowości.

Rozwinięcie

W starożytności cmentarze znajdowały się daleko od siedzib ludzkich. Zmarli wprawdzie byli czczeni, ale także obawiano się ich. Obecność zmarłych w mieście była profanacją. Zakaz ich grzebania w obrębie murów miejskich poświadcza między innymi prawo XII Tablic: „*Nikomu nie wolno pogrzebać trupa, ani tez spalić go w mieście*” [1]. Zdystansowany stosunek do zmarłych wynikła z tego, że postrzegano ich w kategoriach magicznych. Dominował lęk przed nimi, toteż ceremonie pogrzebowe miały na celu zapewnić bezpieczeństwo przez powrotem zmarłych w celu dręczenia żyjących, a zwłoki chowano poza

miastem. Prekursorami w zmianie tych obyczajów byli chrześcijanie, którzy wierzyli w zmartwychwstanie ciała na wzór Chrystusa i którzy czcili męczenników oraz ich groby (wierzono, że pochówek w pobliżu świętego, zagwarantuje opiekę nad ciałem do czasu paruzji). Wskutek tego zaczęto zakładać cmentarze w obrębie miasta, blisko kościołów [2].

W Średniowieczu śmierć nie napawała ludzi strachem, była zjawiskiem normalnym, codziennym, jak mówi Aries, była oswojona. Według francuskiego myśliciela na takie podejście miały wpływ argumenty natury społecznej i religijnej. Panowała duża śmiertelność wśród ówczesnych społeczeństw, co związane było niskim poziomem higieny, złym odżywianiem, licznymi chorobami i słabo rozwiniętą medycyną, a także częstymi wojnami. Z religijnego punktu widzenia śmierć, szczególnie we wczesnym średniowieczu, była dobra, ponieważ była przejściem do lepszego świata, do Królestwa Bożego [2]. Dlatego też ważny był wówczas zwyczaj pożegnania się z członkami rodziny, przebaczenia sobie doznanych krzywd; zgon nagły uważany był za złą śmierć. Człowiek średniowiecza, nie tylko wyczuwał śmierć i przygotowywał się na jej nadejście, ale też nie próbował od niej jej uciec, spokojnie czekał [3]. Cechą charakterystyczną pochówków w tej epoce jest ich wspólnotowy charakter. Społeczność lokalna wspierała rodzinę pozostającą w żałobie i pomagała przystosować się do nowej rzeczywistości.

Od XVI wieku, pisze Aries, zauważa się zmianę wrażliwości estetycznej: z subtelności na naturalizm. Wówczas „*to, co dotąd było w śmierci dalekie, zostało przybliżone i śmierć zaczęła fascynować, budzić tą samą niezdrową ciekawość, te same rojenia i perwersyjne dewiacje, co seks i erotyzm*” [2]. Modna stała się wówczas sztuka makabryczna, pokazująca brzydotę, naturalne procesy rozkładu, to, co dotąd uchodziło za nie patetyczną stronę śmierci. Dzikość natury zaczęła fascynować. Co więcej ta zmiana zaczęła się wraz z rozwojem racjonalizmu, wynalazków technicznych, wiary w postęp i ujarzmienie natury [2,4].

Dominująca w epoce romantyzmu swoboda kompozycji i stylu w sztuce, przewaga uczuciowości w percepcji rzeczywistości, zamiłowanie do indywidualizmu oraz zamiłowanie do idealizmu spowodowały skupienie troski i uwagi na najbliższej osobie (lub kilku najbliższych osobach) oraz życiu prywatnym. Śmierć jawiła się jako trudna do zniesienia rozłąka [2]. Kolbuszewski uważa ten okres historii za początek współczesnych trendów pogrzebowych. W romantyzmie zaczęto zwracać wtedy uwagę na takie elementy, które wywołują czułość, poruszają serce, a nade wszystko te, które pomagają w wymiarze prywatnym przeżywać żal. Tak więc na nagrobkach umieszczano np. płaczące anioły, mające ilustrować smutek najbliższych [5].

Zapoczątkowane w epoce romantyzmu kupienie uwagi na własnych odczuciach i ich wyrażaniu powodowało, że ludzie przestali zwracać uwagę na takie aspekty śmierci i umierania, jak fizyczne cierpienia czy agonia. Kierując się idealizmem nie zastanawiano się nad tym, co czeka duszę w czyśćcu, a tym bardziej w piekle. Odrzucono te kategorie (czyśćca i piekła). Kolbuszewski stwierdza, że pomimo dużego rozkwitu sztuki pod wpływem powyższych trendów, który jest atutem ówczesnego czasu, w przestrzeni społecznej obserwuje się indywidualizm i postępującą laicyzację [5]. Aries wyjaśnia, że rodzina zajęła miejsce tradycyjnego społeczeństwa, przez co umykał wymiar społeczny praktyk pogrzebowych. Lęk przed śmiercią skierowany został ku ukochanej osobie, a obrzędy pogrzebowe służyły wyrażeniu bólu bliskich, pozostających przy życiu. Ponadto ubolewano nad fizyczną rozłąką ze zmarłym, a nie nad faktem śmierci. Śmierć natomiast była rozumiana w kategoriach piękna. „*Stała się patetyczna i piękna, piękna jak natura, jak bezmiar natury, morze albo wrzosowiska*" [2].

Odkąd wzrosła liczba osób niewierzących – wskazuje Ostrowska analizując czynniki, które w XX wieku przyczyniły się do zmiany w rozumieniu śmierci – wzrósł też strach i lęk przed śmiercią. Religia przedstawiała śmierć jako pewien etap i dawała nadzieję na życie nadprzyrodzone. Z chwilą, kiedy zaczął panować paradygmat laicki, zagadnienie śmierci zostało usunięte z dyskursu społecznego, w związku z czym starość przestała być postrzegana jako ukoronowanie swojego życia, esencja mądrości, ale jako niedołężność i ciężar dla pozostałych. Również rozwój medycyny sprawił, że śmierć można opóźnić lub ją przyspieszyć (niejako „oszukać") [6, 7].

Współcześnie rozumienie śmierci Aries określa mianem „*śmierci na opak*". Mówi, że dziś panuje wzorzec prywatnych odczuć i decyzji w bardzo rygorystycznej postaci. Obecnie oczekuje się bowiem sukcesu. Poniesienie klęski jest wstydem, a w przypadku śmierci trudno oczekiwać sukcesu. Jako najlepszy tego przykład widzi w „*zmowie milczenia*" względem umierającego. Z powodu czułości i współczucia (rozumianych współcześnie jako miłość) względem chorego nie ujawnia mu się prawdy o jego stanie zdrowia, przez co odbiera się możliwość pożegnania i spędzenia „*ciepłych*" ostatnich chwil swojego życia w gronie najbliższych – co było przywilejem nawet w okresie romantyzmu. Aries uważa, że współcześnie medycyna przejęła rolę wspólnoty dla umierających. Jak do tego doszło? Otóż rodzina wyręczając się instytucjami, do których oddaje chorego, nie angażuje się w opiekę nad nim, a w związku z tym w zjawisko umierania i śmierci. Natomiast nadzieje pokładane w rozwoju współczesnej technologii powodują, że rodzina wierzy w możliwości poradzenia sobie ze schorzeniem zmarłego, przez co nie ingeruje w troskę o jego poczucie [6].

Odrzucenie wierzeń i skupienie całej nadziei w postępie technologicznym, spowodowało poczucie wstydu względem śmierci. Wstyd ten wynika z zawodu postępem techniki (zwłaszcza medycyny), ogólnego rozwoju nauki, moralności i organizacji, które miały ujarzmić naturę. Wraz z powyższym faktem została odrzucona śmierć jako zło, które wynika z egzystencji człowieka. Co więcej, zanikło w człowieku poczucie winy, gdyż źródło zła widzi się w błędach społeczeństwa, niedopracowaniu systemu, niedostatecznym poziomie rozwoju nauki [2].

Współcześnie na Zachodzie Europy oraz w Ameryce (na której wzorują się kraje europejskie) zauważa się duże zmiany w kulturze funeralnej związane z przetwarzaniem prochów ludzkich oraz zmodyfikowanymi formami pochówków. Spektrum opcji postępowania z materialną pozostałością po człowieku rozciąga się od włączenia ich do cyklu wciąż odradzającej się przyrody, poprzez wytworzenie z nich przedmiotów użytku codziennego, aż po zrobienie wyrafinowanych pamiątek. Możliwość kremacji zwłok nie podlega dyskusji, gdyż jest powszechnie dopuszczalna i akceptowana. Nawet Kościół katolicki zgadza się na taką formę pochówku [8, 9, 10].

Modna jest nekrobiżuteria, a więc wytworzenie sztucznego diamentu z prochów zmarłego i noszenie go przy sobie jako elementu biżuterii [11]. Producenci mówią o ponadczasowości takiego upamiętnienia zmarłego, uhonorowaniu jego niepowtarzalności oraz komforcie i wsparciu płynącym z łatwości przenoszenia zmaterializowanych szczątków bliskiego, a przez to z możliwości posiadania przy sobie. Podkreślają też estetykę, trwałość i wysoką jakości tej opcji [12]. Czy jednak posiadanie diamentu jako materialnego substytutu zmarłego jest jedynym sposobem na poczucie bliskości z nim? Taką samą funkcję pełnią przecież przedmioty, które za życia były własnością zmarłego, a po śmierci przechodzą w posiadanie rodziny, np. biżuteria, zdjęcia, książki. Wydaje się więc, że posiadanie diamentu wytworzonego z prochów bliskiej osoby jest jedynie innym rodzajem pamiątki otaczanej szczególnym znaczeniem, ze względu na jego powiązanie z bliskim zmarłym. W pierwszym przypadku jest to świadomość posiadania „*pięknych szczątków zmarłego*", natomiast w drugim – jest to świadomość, że dana rzecz była używana przez niego za życia. Postać diamentu jest jedynie bardziej ekskluzywną i wyrafinowaną pamiątką po zmarłym. Ponadto diament, przeciwieństwie do pomnika, nie jest symbolem wiary w nieśmiertelność.

Niektórzy wykonują sobie tatuaż z prochami zmarłego. Tak zrobiło małżeństwo, któremu zmarło dziecko. Słowa matki „*prochy są teraz częścią mnie. Ayden (imię synka) był we mnie zanim się urodził. Potem odszedł, ale teraz powrócił wraz z prochami w moim ramieniu. To wiele dla mnie znaczy" pokazują, że o wyborze takiej formy upamiętnia*

zmarłego zdecydowało kryterium psychologicznego poczucia jedności z synkiem" [13]. Pomysły zatrzymania przy sobie zmaterializowanej pozostałości po bliskiej osobie idą nawet w kierunku wytwarzania przedmiotów użytku codziennego. Holenderka Merel van Tellingen, pochodząca z rodziny prowadzącej zakład pogrzebowy od kilku pokoleń, stwierdziła, że woli przeżywać żałobę rysując, a nie stojąc nad grobem – toteż zaprojektowała ołówki z grafitami z ludzkich prochów. Na każdym takim ołówku ma być wygrawerowane imię zmarłego, a ich liczba ołówków ma wynosić 240, dzięki czemu ołówków starczy do końca życia. Brytyjka Nadine Jarvis wymyśliła pudełeczko na ołówki oraz temperówkę w kształcie urny, dzięki czemu zostaną pozostałości po zmarłym [11].

Z powyższego widać, że materialna pozostałość po człowieku jest ważna dla tych, co pozostają przy życiu. Dlatego też pomimo tego, że nagrobki wychodzą z mody, to coraz większe znaczenie mają rzeczy praktyczne, wytworzone z prochów ludzkich. Widać więc, że wymiar przestrzenno-czasowy pomaga człowiekowi uświadamiać sobie faktyczność pewnych spraw, unaoczniać obowiązki, przypominać wydarzenia czy symbolizować znaczące wydarzenia. Jednak próby zatrzymania zmarłego w przedmiotach wykonanych z jego spopielonych zwłok można odczytywać jako niepogodzenia się z odejściem tej osoby, nie zamknięcia procesu żałoby. Niewątpliwie wymienione wyżej tendencje świadczą o zanikaniu wymiaru społecznego. Bowiem nagrobki są elementem łatwo identyfikowalnym i łatwo dostępnych dla osób postronnych, a wytworzenie diamentu, wytworzenie grafitów czy zrobienie sobie tatuażu z prochów kogoś bliskiego uniemożliwiają osobom trzecim dostęp do miejsca złożenia ciała/prochów zmarłego. Standardowe staje się więc prywatne upamiętnianie zmarłego.

W zakresie modyfikacji pochówków na pierwszy plan wysuwają się trendy ekologiczne. Dopuszczalne są wszelkie pomysły uwzględniające dobro środowiska naturalnego. W związku z tym unika się kosmetyków i środków chemicznych w pielęgnacji nieboszczyka cele, ułatwienia szybkiego rozkładu zwłok. Wykonuje się też trumny z lekkich tworzyw, jak np. papier wiklina, a nawet makulatura, bez użycia dodatków w postaci betonowych ścian, pozłacanych rączek lub lakierowanego drewna. Idea eko-pochówku znajduje uznanie w Europie i rośnie grono jej zwolenników [14].

Parki cmentarne to miejsca, gdzie pochowane są ciała oraz prochy ludzkie w sposób sprzyjający przyrodzie, a oprócz tego są miejscem spotkań i wspólnych spacerów wśród zieleni. Pomysł ten jest alternatywą dla tradycyjnych cmentarzy – tym bardziej, że abstrahuje się w nich od wszelkich symboli religijnych, a jedynym kryterium pochówku jest ekologiczny sposób. Tak więc ciała są płytko pochowane w celu jak najszybszego ich rozkładu, a

identyfikację miejsca złożenia prochów każdy wybiera według uznania. Wybór oscyluje między drzewem, drewnianą tablicą, budką lęgowej dla ptaków lub nietoperzy, można też wybrać sam wpis do księgi pamiątkowej albo nagrobek na wirtualnym cmentarzu [11]. Idea eko-pochówków świadczy o tym, że zmieniła się wartość nadrzędna – wymiar ekologiczny zastąpił dominujący wcześniej wymiar eschatologiczny.

Cmentarze podwodne to kolejny sposób pogodzenia pochówku z ekologicznymi wymogami. Tutaj zamiast nagrobka stawia się sztucznie wytworzoną rafę koralową, do której złożone są skremowane szczątki człowieka. Rodzina, tak jak w przypadku złożenia prochów na terenie parku cmentarnego, otrzymuje namiary GPS (*Global Positioning System***)**, żeby znaleźć miejsce, w którym zostały pochowane pozostałości po zmarłym. Wybierając cmentarz podwodny, rodzina dostaje dodatkowo internetowy wgląd, żeby widzieć jak miejsce pochówku staje się środowiskiem życia morskich roślin i zwierząt [11].

Popularnością cieszą się też tzw. „*ogrody pamięci*", a więc miejsca, gdzie po prostu rozsypuje się prochy ludzkie. Dowolnie prochy rozsypuje się również w górach lub morzu – miejscach związanych z ideą nieskończoności [8].

W dłuższej perspektywie zakładanie eko-cmentarzy spowoduje zanik tradycyjnych cmentarzy, które są elementem kultury, miejscem modlitwy oraz miejscem zadumy i refleksji. Nagrobki oprócz tego, że symbolizują wiarę w nieśmiertelność, są symbolem naszej kruchości, skończoności. Czy to oznacza upadek religijności i moralności? Wydaje się, że współczesnym praktykom pogrzebowym nie brakuje symbolicznego odniesienia nie, gdyż człowiek jest ze swej natury skierowany na płaszczyznę sensów, znaczeń i wartości. Ze względu na tę właściwość, wynikającą ze struktury człowieka, człowiek jest istotą moralną. Dlatego też można powiedzieć, że kremacja się nie zdewaluowała, lecz – że jej symbolika i wartość wyznaczana jest przez indywidualne preferencje i ekonomiczne uwarunkowania. Prymat indywidualnych wyborów jest jednak uwarunkowany kulturą zachodnią. A czy formy pochówków i ich znacznie nie jest uwarunkowany kulturowo? Z panującą modą można się zgadzać lub nie, lecz nie oznacza to pustki aksjologicznej. Obecnie odchodzi się od zinstytucjonalizowanych form religijności i moralności na rzecz indywidualnych preferencji.

Innym, współczesnym sposobem upamiętnienia zmarłego są e-cmentarze zakładane w sieci internetowej [15]. Można wykupić tam nagrobek, postawić kwiaty i zapalić świeczkę, a nawet wybierać pogodę podczas każdych odwiedzin w Internecie. Pomimo dyskusji i sporów co do sensowności takich substytutów rzeczywistości liczba wirtualnych nagrobków wzrasta. Psycholodzy zwracają uwagę, że dla ludzi, dla których wirtualna aktywność odgrywa tak

samo ważną rolę jak realne życie, e-cmentarze zaspakajają potrzeby związane z kultywowaniem pamięci o zmarłych [14].

Rozsypanie prochów ludzkich za pomocą fajerwerków to propozycja firm Angels Flight, Celebrate Life oraz Heavenly Fireworks. W Ameryce jest też możliwość wysłania spopielonych pozostałości po człowieku na orbitę okołoziemską lub złożenia ich na Księżycu. Brytyjski pastor Paul Sinclair, będąc zwolennikiem wymienionych wyżej form „pochówku", stwierdził, że pogrzeb powinien odzwierciedlać styl życia zmarłego. Dlatego sam założył motorową firmę pogrzebową Motorcycle Funerals [11]. Kamiński podaje, że w Stanach Zjednoczonych można zamówić trumnę nawet w kształcie puszki piwa, futerału na gitarę, limuzyny czy dowolnego innego, wybranego przez siebie przedmiotu. Można też zamówić napisanie mowy pogrzebowej w formie groteski, biografii zmarłego lub pocieszenia. Jest też dostępny ekran LCD *(Liquid Crystal Display)* na nagrobek z filmem oraz prezentacjami o zmarłym lub Memory Beers – miś pamięci ze zdjęciem zmarłego, w którym można trzymać prochy zmarłego. Zdaniem Kamińskiego atrakcyjne, innowacyjne pogrzeby przyczyniają się do zapamiętania samej ceremonii, a nie zmarłego [16]. W centrum uwagi stawia się uroczystość, która jest odzwierciedleniem prestiżu społecznego zmarłego i rodziny, co nie służy pożegnaniu się ze zmarłym ani nie pomaga przeżyć żałoby.

Forma pochówku jest o tyle istotna, że ma duży wpływ na sposób przeżywania żałoby – albo pomaga przeżyć właściwe dla człowieka etapy żałoby, co doprowadza do pogodzenia się ze zjawiskiem śmierci, albo utrudnia naturalny proces przeżywania straty bliskiej osoby. Powyższe przykłady pochówków najlepiej odzwierciedlają prywatne upodobania, oryginalne pomysły, chęć pokazania siebie. Nie widać podstaw do tego, by sądzić, że nowoczesne sposoby pochówków pomagają przeżywać żałobę, jednak wzrastająca popularność „wymyślności" pogrzebów zdaje się pokazywać, że taki trend odpowiada współczesnym ludziom. Wśród różnorodności form pogrzebowych na pierwsze miejsce wysuwa się taki jego przebieg, który umożliwia pokazanie statusu zmarłego i rodziny i pomija wymiar społeczny. Choć pomysł parków cmentarnych wychodzi naprzeciw potrzebie uwzględniania kontekstu społecznego.

Potrzeba pożegnania się ze zmarłym nie zależy od posiadania lub nieposiadania przekonań religijnych, lecz wynika z relacyjnego odnoszenia się do innych ludzi. Z ciałem zmarłego wiążą się wspomnienia. Jedną z form pojednywania się z prawdą odejścia bliskiego ze świata żywych jest pielęgnacja jego ciała: mycie, ubieranie, przygotowywanie do wystawienia. Traktowanie go z miłością, delikatnością i troską, choć niekoniecznie ma znaczenie do zmarłego, który przecież już nie żyje i nie odczuwa, ma duże znaczenie dla

wykonujących tą czynność. Rodziny przekazując pielęgnację nieboszczyka firmom pogrzebowym odbierają sobie szczególną możliwość pożegnania się z nieboszczykiem, a taka potrzeba pozostaje i można zaryzykować stwierdzenie, że bogata, wręcz spersonalizowana oferta uroczystości pogrzebowych wynika z chęci zapełnienia pustki, która nie jest zaspokojona na drodze tradycyjnego postępowania z nieboszczykiem.

Podsumowanie

Do czasów nowożytnych śmierć rozumiano jako ogniwo rozwoju gatunku i ciągłości rodu. Konieczność obrony przed nieobliczalną naturą zmuszała społeczność do wypracowania różnych strategii działania. Brak możliwości zapanowania nad śmiercią powodowało wypracowanie obrzędów i rytuałów, w których symbolicznie starano się przywrócić ład społeczeństwu. Nieodłącznym korelatem ceremonii pogrzebowych była wiara w istnienie życia pozagrobowego. Współczesne pochówki są kontynuacją i rozwinięciem nowożytnych tendencji związanych z indywidualnością, laickością i ulokowaniem nadziei w możliwościach technicznych.

Klasycy tanatologii, jak Aries, interpretują współczesne formy pochówków jako de-rytualizację społeczeństw, przejaw oddzielenia sfery symbolicznej od praktycznej części życia, jak również odzwierciedlenie przedmiotowego traktowania zmarłych. Innego zdania jest socjolog Małgorzata Gajewska, która analizując współczesne trendy wskazuje, że odchodzi się od dotychczasowego rozumienia pochówku jako powrotu do matki ziemi. Dzisiejsza mentalność traktuje ziemię jako symbol płodności i odradzającego się życia. Przez połączenie się z nią prochy powracają do swojej natury i wzbogacając ją, włączają się w cykl odradzającego się życia przyrody. Według tej myślicielki mamy do czynienia z powrotem do przed-tradycjonalistycznej interpretacji żywiołów. Według niej moralna ocena tego rodzaju przedsięwzięć nie osadza się w pustce aksjologicznej, lecz w wielości znaczeń i wartości, które ze sobą niesie [17].

Skupienie uwagi na oryginalnych formach uczczenia zmarłych pomaga pogodzić się z odejściem bliskiej osoby, ale nie służy oswojeniu się ze śmiercią. Wręcz przeciwnie – odsuwa ją od siebie i skupia na wszelkich innych aspektach towarzyszących śmierci. W związku z powyższym można powiedzieć, że współczesne trendy na rynku funeralnym są przejawem marginalizacji śmierci. Oceniając ten stan rzeczy od strony personalizmu można interpretować go jako przejaw kryzysu, jednak patrząc z punktu widzenia liberalizmu – pochówki wpisują się w kształt spluralizowanej kultury, zdominowanej ekonomią. Rynek funeralny stał się częścią systemu kapitalistycznego, a obecne stadium rozwoju kapitalizmu, jak zauważa Kałużny, nie odpowiada na potrzeby klientów, ale je produkuje [18].

Piśmiennictwo

1. Jasiński J., http://www.imperiumromanum.edu.pl/prawo_dwunastu_tablic_tresc.html, data pobrania 28.03.2014.
2. Aries P.: Człowiek i śmierć. Wyd. Aletheia. Warszawa, 2011.
3. Bedier J.: Dzieje Tristana i Izoldy. Wyd. Greg. Kraków, 2010.
4. Toynbee A.: Zmiana postaw wobec śmierci w nowożytnej cywilizacji europejskiej, [w:] Człowiek wobec śmierci. Toynbee A. (red.), Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa, 1973, 196-212.
5. Kolbuszewski J.: Koncepcja „pięknej śmierci" – historia i współczesność [w:] Problemy współczesnej tanatologii. Kolbuszewski J. (red.), Wrocławskie Towarzystwo Naukowe, tom 4, Wrocław, 2000, 183-193.
6. Ostrowska A.: Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa. Wyd. IFiS PAN, Warszawa, 1997.
7. Siemianowski A.: Śmierć i perspektywa nadziei. Drukarnia Scriptor. Gniezno, 1992.
8. Morciniec P.: Bioetyka personalistyczna wobec zwłok ludzkich. Opolska Biblioteka Teologiczna. Opole, 2009.
9. Krakowiak Cz.: Katolicki pogrzeb po kremacji [w:] Teologia i człowiek. Bargowicz J., Chrostowski W., Kiernikowski Z. (red.), Wyd. Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, tom 12, Toruń, 2008, 175-189.
10. List Episkopatu o obrzędach pogrzebu w przypadku kremacji, http://www.opoka.org. Pl/aktualnosci/news.php?id=40254&s=opoka, data pobrania 28.03.2014.
11. Rodowicz A.: Projekt ostateczny. Wysokie Obcasy, 2008, 44, 46-50.
12. Autor nieznany: LifeGem Memorial Diamonds, http://www.lifegem.com/, data pobrania 28.03.2014.
13. Bandurska D.: Ma tatuaż z prochów dziecka. Gazeta Wyborcza, 2009, z dnia 5 listopada, 24.
14. Olchowska-Kotala A.: E-cmentarze, Eko-cmentarze i spopielanie w diament – poglądy młodych Polaków [w:] Problemy współczesnej tanatologii. Kolbuszewski J. (red.), Wrocławskie Towarzystwo Naukowe, tom 15, Wrocław, 2011, 61-69.
15. Lewandowski T.: Nekropolia i pochówek XXI wieku [w:] Kolbuszewski J. (red.), Problemy współczesnej tanatologii, Wrocławskie Towarzystwo Naukowe, tom 9, Wrocław, 2005, 501-505.

16. Kamiński B.: Śmierć skonsumowana – rozważania socjologiczne o rozwijającym się rynku funeralnym (na przykładzie Stanów Zjednoczonych) [w:] Problemy współczesnej tanatologii, Kolbuszewski J. (red.), Wrocławskie Towarzystwo Naukowe, tom 15, Wrocław, 2011, 83-88.
17. Gajewska M.: Symbolika kremacji [w:] Problemy współczesnej tanatologii, Kolbuszewski J. (red.), Wrocławskie Towarzystwo Naukowe, tom 9, Wrocław, 2005, 495-500.
18. Kałużny Ł.: Zapłać raz, korzystaj całą wieczność. Konsumpcja dóbr i usług pogrzebowych: zaniedbywany obszar badań [w:] Problemy współczesnej tanatologii, Kolbuszewski J. (red.), Wrocławskie Towarzystwo Naukowe, tom 15, Wrocław, 2011, 71-80.

Patryn Jakub[1], Michalski Tomasz[1], Gasińska Karolina[1], Pawlikowski Jakub[2]

Różnorodność i ewolucja pojęcia śmierci

1. Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Etyki i Filozofii Człowieka Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
2. Zakład Etyki i Filozofii Człowieka Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Wprowadzenie

Operowanie symbolami jest cechą swoiście ludzką. Człowiek w interakcji z otaczającym go światem generuje pojęcia, które połączone w system odzwierciedlają strukturę rzeczywistości. Każdy termin posiada zakres semantyczny, tzn. odpowiada znaczeniom, spełniającym przyjęte kryterium. W potocznym rozumieniu śmierć, niezależnie od przyjętego ogólnofilozoficznego stanowiska, zawsze zakłada koniec istnienia, które można definiować na wiele sposobów. Różnorodność ta wynika z wielokierunkowego rozwoju dziedzin poznawczych. Nauki ścisłe różnią się od humanistycznych metodologią badań, ale także między sobą nawzajem, ponieważ badają inne kategorie zjawisk. Dyskurs metafizyczny zawiera dodatkowo założenia, które trzeba arbitralnie przyjąć, aby uzyskać spójność światopoglądu [1,2].

Od początku historii ludzkości, pojęciu śmierci przypisywano duże znaczenie. Gdy w toku ewolucji wytworzyła się samoświadomość, człowiek zyskał zdolność postrzegania własnej egzystencji, a możliwość jej zakończenia jawiła się jako wyłom w obrazie świata. Próbą zmierzenia się z tym problemem było wypracowanie eschatologii, obecnej nawet wśród ludów pierwotnych. Lęk przed końcem życia stał się elementarnym zagadnieniem. zajmującym myślicieli każdej epoki. Z biegiem czasu powstawały nowe systemy religijne i filozoficzne. W XVII wieku, dzięki ideom Isaac'a Newton'a, narodziła się nowożytna nauka. Wypracowano rygorystyczną metodologię, opartą na konstruowaniu teoretycznych modeli i ich weryfikacji za pomocą eksperymentu. Opis świata został zobiektywizowany i pozbawiony osobistych preferencji metafizycznych badaczy. Bazując na tych dokonaniach, dynamicznie rozwinęły się inne nauki empiryczne, takie jak chemia, biologia czy medycyna. Analizie poddano zjawiska zarówno ze świata nieożywionego, jak i ożywionego. W tej perspektywie definicja śmierci ogranicza się do końca pewnych procesów lub struktur. Można ją także postrzegać jako graniczny przypadek wszystkich możliwych stanów w danym modelu teoretycznym [1,3,4].

Nauki humanistyczne kształtowały się równolegle. Powstały nowe interdyscyplinarne kierunki, wykorzystujące informacje dostarczane przez dyscypliny ścisłe. Wpływ na zmianę postrzegania podstawowych pojęć filozoficznych, w tym życia, sensu i wartości, miały również globalne kataklizmy i zdarzenia historyczne. Rozbudowano idee antropologiczne, które

w nierozerwalny sposób połączone są z kategorią śmierci. Obraz człowieka stał się różnorodny, począwszy od behawioralnych idei równających go ze zwierzętami, do koncepcji akcentujących jego wyższość [5,6].

W tym dyskursie rozstrzygnięcie zagadnienia ludzkiej natury i sensu wszechświata jest punktem wyjścia do dalszych analiz, umożliwiających odpowiedź na fundamentalne pytanie – co to znaczy żyć i umrzeć?

Śmierć w świecie nieożywionym

Fizykę, która opisuje świat materialny i jego prawa, uznaje się za naukę posiadającą najbardziej dojrzałą metodologię. Podczas tworzenia modelu teoretycznego powstaje struktura matematyczna, odzwierciedlająca dany fragment badanej rzeczywistości, a następnie prawdziwość teorii weryfikuje się przez zaprojektowanie odpowiedniego doświadczenia i porównanie wyników z tymi, jakie podają wzory. To co nie jest możliwe do zbadania tą metodą, z definicji pozostaje poza obszarem tej dziedziny. Opis zjawisk i procesów pozbawiony jest dociekań odnośnie ich natury, a podaje jedynie relacje, w jakich dane wielkości pozostają w stosunku do siebie [1,4].

Pojęcie śmierci nie występuje w języku fizyki *sensu stricte,* możliwe jest jednak przy odpowiednich założeniach utożsamienie go z pojęciem stanu granicznego, który stanowi już domenę nauk zmatematyzowanych. Równoważność taką zauważył Hermann von Helmholtz, dlatego użył nazwy „śmierć cieplna" dla swojej hipotezy. zakładającej koniec Wszechświata w wyniku osiągnięcia stanu równowagi termodynamicznej. Zgodnie z II zasadą termodynamiki, w układzie izolowanym – jakim według tej koncepcji jest Wszechświat – lenergia całkowita jest zachowana, zmienia jednak postać z uporządkowanej w nieuporządkowaną. Determinuje to kierunek samorzutnych procesów, które będą prowadziły do przejścia struktur złożonych w proste. W stanie granicznym wszystkie siły pozostają w równowadze, rozkład wielkości jest równomierny, a energia występuje w postaci cieplnej. W sytuacji takiej ustają wszystkie zjawiska fizyczne, chemiczne i biologiczne. Panuje doskonały nieporządek, który implikuje brak energii zdolnej do wykonania jakiejkolwiek pracy. Ulega ona bowiem dyssypacji, tzn. nie jest już energią uporządkowanego makroskopowego ruchu, ale stanowi energię chaotycznych ruchów termicznych cząstek [7,8].

Hipoteza śmierci cieplnej w sensie globalnym jest obecnie kwestionowana, gdyż nie ma jednoznacznych dowodów na to, iż Wszechświat jest izolowanym układem. Wyniki otrzymane na podstawie ogólnej teorii względności oraz prac Stephena Hawkinga, przemawiają raczej przeciwko tej teorii. Niemniej jednak prawo wzrostu entropii jest z pewnością słuszne dla układów izolowanych wewnątrz samego Wszechświata. Dlatego też o śmierci, rozumianej jako stadium graniczne, możemy mówić w przypadku każdego rozpadu samorzutnego struktury złożonej. Dotyczy to zarówno elementów przyrody nieożywionej, jak i sztucznych wytworów człowieka.

Ponadto wszystkie organizmy żywe także podlegają temu prawu, gdyż ich budowa i funkcjonowanie oparta jest na reakcjach biochemii, a więc na szczególnym przypadku działania lokalnych praw fizyki, w tym wzrostu entropii. Bez ingerencji z zewnątrz układu, rozpad jest naturalną i nieuchronną konsekwencją, potwierdzoną przez współczesną fizykę [8,9].

Śmierć w świecie organizmów żywych

W biologii istnieją dwie globalne idee, leżące u podstaw rozumienia fenomenu życia – genetyka molekularna i teoria ewolucji. Są to ogólne schematy, wokół których gromadzą się inne teorie biologiczne. Zapewniają spójność biologii, dzięki czemu staje się ona ujednoliconą dyscypliną, a nie tylko zbiorem słabo powiązanych ze sobą koncepcji. Pozwalają one odpowiedzieć na pytanie, skąd wzięła się budowa organizmów żywych i jakie są mechanizmy ich działania. Profesor Andrzej Chmielecki, w ramach swojej teorii informacji i ontologii integralnej, podaje następujące cechy tej kategorii bytów [10,11]:

1. Zróżnicowanie na organizm i środowisko – organizm jest integralną całością wyraźnie odgraniczoną od otoczenia i może funkcjonować tylko w określonym środowisku zewnętrznym. Dokonuje się to przez wymianę energii i materii, ale nie na zasadzie ślepego urzeczywistniania praw fizyki (np. tak jak spadający kamień, który „musi" realizować prawo grawitacji), lecz przez wybiórcze reagowanie na konkretne stany fizyczne. Obrazem tego jest np. kanał w błonie komórkowej, który otwiera się po przekroczeniu pewnej wartości stężenia jonów. Lokalnie działają tylko i wyłącznie prawa elektrostatyki, ale to budowa molekularna kanału determinuje, przy jakim natężeniu pola się on otworzy. Jest to swoiste *novum*, gdyż każdy ustrój, jako integralna całość, mimo iż zbudowany z materii nieożywionej, jest dla niej jak koryto rzeki dla płynącej wody. Organizm jest więc układem informacyjnym, analogicznie jak termostat, który swoją budową narzuca warunki brzegowe (w sensie matematycznym) miejscowo działającym prawom fizyki – wzrost temperatury przekraczający graniczną wartość powoduje zmiany w układzie przewodzącym prąd, co doprowadza do wyłączenia urządzenia.
2. Utrzymywanie własnej tożsamości i integralności – procesy informacyjne, omówione wyżej, działają nie tylko na granicy organizm-środowisko, ale także wewnątrzustrojowo. Tożsamość zapewnia regulacja za pomocą genów, gdzie konkretne stany własne indukują odpowiednie reakcje biochemiczne, aby ostatecznie doprowadzić do produkcji białek, sterujących różnymi funkcjami. Integralność jest wynikiem specyficznego układu sprzężeń zwrotnych i sieci powiązań pomiędzy różnymi procesami informacyjnymi. Równowaga ta nosi nazwę homeostazy – jest to stan, w którym parametry wewnętrzne, np. stężenia jonów, utrzymywane są na wymaganym, stałym poziomie. W przypadku organizmów wielokomórkowych i wysoce zorganizowanych zwierząt, układ informacyjny jest złożony

i działa na zasadzie hierarchii – komórki ugrupowane są w tkanki, które tworzą narządy, te zaś tworzą makroukłady. Na każdym jednak poziomie chodzi o rozpoznawanie konkretnych wartości wielkości fizycznych i indukowanie reakcji, pociągającej za sobą następne.

3. Zdolność do rozmnażania – przekazywanie genów następnemu pokoleniu.
4. Ewolucja – organizm znajduje się w ciągłej interakcji ze środowiskiem. Receptor wewnętrzny lub zewnętrzny, po wykryciu konkretnego stanu, wyzwala proces. Modyfikacja w jego budowie na poziomie molekularnym lub wyższym doprowadza do tego, że zmienia się wartość wielkości fizycznej, która do tej pory powodowała reakcję. W przypadku skrajnym żadna wartość nie spowoduje skutku, np. kanał jonowy bez naładowanych molekuł traci zdolność reagowania na pole elektryczne, a więc jego zmiany przestają być dla niego informacją. Metamorfozy o największym znaczeniu, rzutujące na cały organizm, dokonują się poprzez mutacje materiału genetycznego. Powstające w ten sposób nowe możliwości interakcji ze środowiskiem zewnętrznym lub wewnętrznym mogą działać korzystnie lub negatywnie na ustrój [12, 13].

Wspólnym mianownikiem tych czterech cech, określających życie biologiczne, jest proces informacyjny jako główna zasada funkcjonowania. Definiując śmierć negatywnie w stosunku do życia, jawi się ona jako rozbicie układu informacyjnego, tj. odseparowanie zorganizowanych sprzężeń zwrotnych. Zostaje zachwiana homeostaza, co skutkuje dalszym rozpadem integralnej całości. W skrajnym przypadku mamy do czynienia z pojedynczymi elementami, reagującymi na wartość fizyczną, lecz ich reakcja nie pociąga za sobą następnej w obrębie układu, gdyż nie są już one ze sobą powiązane. Sytuacja taka odpowiada po prostu sferze nieożywionej, gdzie realizują się prawa fizyki, ale nie ma już strukturalnej jednostki, która by wykorzystywała jako informacje stany przez nie generowane. Śmierć organizmu żywego jest więc utratą swoistego *novum* – strukturalnej całości sterowanej procesami informacyjnymi – które odróżniało go od świata nieorganicznej materii [14].

Śmierć osoby ludzkiej

W toku ewolucji, abstrahując od mechanizmów i relacji łączących umysł i mózg, na skutek zmian strukturalnych w układzie nerwowym wytworzyła się samoświadomość. Umożliwiło to grupie bytów uchwycenie własnego istnienia oraz pozwoliło na nowy rodzaj interakcji z otaczającym światem. Wrażenia zmysłowe, docierające do świadomości, stały się reprezentacjami „czegoś". Człowiek zyskał zdolność interpretacji i nazywania rzeczywistości. Poprzez tworzenie pojęć, nastąpiło swego rodzaju usystematyzowanie zewnętrznego *uniwersum*. Istotą tego fenomenu jest to, że każda jednostka ludzka jest w tym sensie unikatowa – posiada własny „kosmos wewnętrzny" i różni się od innych sobie podobnych, ale także od świata naturalnego, w którym jest zakorzeniona. Śmierć w tym przypadku przestaje być pojęciem prostym, gdyż swoją problematyką

odnosi się do wielu aspektów człowieczeństwa, począwszy od samej jego natury, do rozpatrzenia tego fenomenu jako wydarzenia w skali Wszechświata. Można ją rozpatrywać w trzech wymiarach [15]:

Śmierć jako destrukcja fizycznego substratu.

Zjawiska kognitywne, mimo iż ich istota nie jest obecnie poznana, bezwzględnie wymagają materialnej podstawy, jaką jest mózg. Jest to zjawisko analogiczne do organizmów niższych, które działają na nowej zasadzie (procesy informacyjne), ale wszystko opiera się na strukturalnej organizacji układu. Człowiek wykracza poza materię, z której jest zbudowany (poprzez posiadanie wolnej woli, samoświadomości etc.), jednak bez niej nie mógłby w ogóle zaistnieć. Analizując anatomię i fizjologię ośrodkowego układu nerwowego, badacze określili stan, w którym uszkodzenie, niezależnie od etiologii, powoduje nieodwracalną utratę funkcji poznawczych i regulacji somatycznej organizmu. Deklaracja z Sydney sformułowana na 22. spotkaniu Światowego Stowarzyszenia Lekarzy w 1968 r. podaje definicję śmierci mózgu rozumianej jako trwałe ustanie czynności neuronalnej, potwierdzonej przez brak reakcji na bodźce, brak samoistnego ruchu mięśni, brak samoistnej czynności oddechowej oraz brak odruchów pnia mózgu i głębokich odruchów ścięgnistych. Stwierdzenie zgonu powinno być poparte badaniem elektroencefalograficznym i ponownym przeprowadzeniem testów klinicznych po upływie doby. Przyjęcie tego stanu za koniec życia ludzkiego implikuje odpowiednie postępowanie przy jego zaistnieniu, np. pobranie organów w celach transplantacyjnych [16].

Śmierć jako aspekt socjologiczny.

Cechą odróżniającą człowieka od innych organizmów jest nie tylko to, że potrafi on interpretować otaczającą go rzeczywistość, ale też to, że na skutek tej interpretacji może czynnie zmieniać środowisko, w którym żyje. Odnosi się to do rozporządzania materią i przyrodą, ale także do relacji międzyludzkich i szeroko pojętej kultury. Człowiek zajmuje konkretne miejsce w społeczeństwie – w rodzinie, w pracy, w grupach wspólnych zainteresowań itd.. Według ogólnej teorii systemów autorstwa Bertalanffy'ego, koniec istnienia jednego z elementów zawsze wiąże się ze zmianą funkcjonowania integralnej całości. Śmierć jednostki przestaje być lokalnym incydentem, ale przekłada się na funkcjonowanie całego systemu, w który uwikłana była dana osoba [6].

Śmierć jako wydarzenie w historii Wszechświata.

Ewolucja biologiczna jest elementem ewolucji kosmicznej, zapoczątkowanej według współczesnej fizyki przez Wielki Wybuch. Gdy ludzkość pojawiła się w globalnej historii, nastąpił swego rodzaju paradoks – wytwór Wszechświata stał się różny od niego, zaczął wykraczać poza dziedzinę materii. Taka jest właśnie istota samoświadomości – uchwycenie własnej autonomii wobec reszty rzeczywistości. Zjawisko takie ma miejsce w przypadku każdego ludzkiego życia,

a więc każdy byt jest swoistym wydarzeniem w dziejach Wszechświata. Śmierć kończąca unikatowe istnienie jest zawsze innym incydentem na osi strzałki czasu. [10,17]

Zagadnienie człowieczeństwa ogniskuje na sobie wiele dziedzin poznawczych, między innymi biologię, psychologię, socjologię i filozofię przyrody. Z powyższych analiz wynika, że w złożonej kategorii, jaką jest ludzkie życie, trudno o jednoznaczną definicję śmierci. Pole semantyczne tego terminu posiada więc szeroki zakres.

Śmierć w dyskursie metafizycznym

Nauki humanistyczne są nierozerwalnie związane z istnieniem samoświadomego podmiotu. W przeciwieństwie do nauk empirycznych, i częściowo również filozofii przyrody, bazującej na ich dokonaniach, w swoim obrazowaniu świata zawsze zawierają naddatek opisu spowodowany przyjętymi aksjomatami filozoficznymi. Podczas gdy dyscypliny ścisłe traktują świat obiektywnie, niejako w trzeciej osobie, narracja metafizyki zawsze prowadzona jest z perspektywy pierwszej osoby. Każdy przyjmuje założenia bazowe odnośnie wartości i sensu życia. Może robić to nieświadomie lub intuicyjnie, oceniając co jest dobre a co złe oraz jakie jest znaczenie istniejącej rzeczywistości – doświadczeń codziennego życia, ale też egzystencji świata jako takiego Dyskurs ten nie znosi opisu nauk empirycznych, mówiących o mechanizmach funkcjonowania, lecz stanowi ich interpretacje, czym one są i dlaczego są. Aksjomat z definicji jest czymś niesprawdzalnym i niemożliwym do dowiedzenia, dlatego mimo iż obiektywny obraz podawany przez naukę jest jeden, istnieje mnogość światopoglądów. Wszystkie pojęcia w obrębie stanowiska metafizycznego odnoszone są do systemu jako całości. Śmierć i życie są takimi terminami *par excellence* [1,18].

Modelowym przykładem powyższej analizy może być chrześcijańska koncepcja śmierci duchowej. Religia ta zakłada istnienie wszechmocnego Boga, nieskończenie obecnego w swoim stworzeniu, który objawił się ludziom w osobie Jezusa z Nazaretu. Jest On podstawą wszelkiego istnienia, źródłem wartości (główną zasadą funkcjonowania świata jest miłość) oraz ostatecznym sensem wszechrzeczy. W tej perspektywie definicja życia jako przeciwieństwa pustki czy końca to po prostu takie działanie wolnego podmiotu, które ma na celu zjednoczenie z Absolutem. Zakładana jednak wolność umożliwia decyzję przeciwną, a więc postępowanie niezgodne z zasadami przyjętego objawienia. Sytuację taką chrześcijaństwo nazywa grzechem i utożsamia z procesem śmierci duchowej. Obecna tu definicja jest niezależna od rozważanych powyżej – życie w sensie fizycznym, biologicznym czy socjologicznym jest zachowane. Zgodnie z tym śmierć to nie tylko utrata funkcji biologicznych mózgu czy miejsca w społeczeństwie, ale również sprzeciwienie się swojej własnej naturze, czyli łączności i zależności od Boga i odrzucenie Jego miłości [19].

Różnorodność znaczeniowa w dziedzinie humanistyki jest wynikiem możliwości wyboru aksjomatów, leżących u podstaw każdego światopoglądu. Znaczenie terminów stanowi jednak często dopełnienie podstawowych treści pojęć dostarczanych przez dyskurs nauk empirycznych,

analogicznie jak metafizyka dopełnia dyscypliny ścisłe.

Podsumowanie

Lęk przed śmiercią obecny od początku ludzkości zawsze był bodźcem wyzwalającym próby zmierzenia się z tym problemem oraz refleksję nad samą istotą śmierci. Jest ona obecna w każdej dziedzinie poznania.

Pojęcia ewoluują w czasie równolegle do powstawania nowych teorii. Są również uwikłane w światopoglądy osób, które je definiują. Coś co odróżnia jedną definicję od drugiej, to swoiste kryterium, określające co będzie należało do zbioru przez nią określanego. W przypadku śmierci są to: koniec, brak dynamiki, stan graniczny, zaprzeczenie istnienia. Analizując różne konceptualizacje rzeczywistości (nauki ścisłe, humanistyka), można w ich strukturze wyodrębnić pewien fragment, odpowiadający wyznacznikom tego pojęcia. Mimo, iż ewolucja pojęć dokonuje się w czasie i posiada chronologię, to więcej informacji o zróżnicowaniu znaczenia danego terminu wnosi uszeregowanie względem zakresu pola semantycznego od definicji wąskich do szerokich niezależnie od czasu, w którym dane idee powstawały [3, 20].

Piśmiennictwo

1. Chmielecki A.: Ontologia i Metafizyka. Motycka A.: Spotkania Platońskie. IFiS PAN, Warszawa, 2004.
2. Jackson H., Zé Amvela E.: The Word.:Words, Meaning, and Vocabulary. Continuum, 2000, 48-68.
3. Szyjewski A.: Eschatologia religijna a pojęcie czasu w kulturach tradycyjnych. Drabina J.: Eschatologia w religiach, kulturach i systemach myślowych. WUJ, Kraków, 1995.
4. Heller M.: Ewolucja metody. Podolska-Frej E.: Filozofia i wszechświat. Wybór pism. Universitas, Kraków, 2006.
5. Barnard A.: Wnioski.: Antropologia. Zarys teorii i historii. PIW, Warszawa, 2006,.
6. Bertalanffy L.: Koncepcja systemowa w naukach o człowieku: Ogólna teoria systemów. Podstawy, rozwój, zastosowania. PWN, Warszawa, 1984.
7. Heller M.: Kłopoty z wiecznością wszechświata. Podolska-Frej E.: Ostateczne wyjaśnienia wszechświata. Universitas, Kraków, 2008.
8. Coveny P.: Chaos, entropy and the arrow of time. New Scientist, 1990, 1736.
9. Hawking S.W., Penrose R.: Kwantowa kosmologia: Natura czasu i przestrzeni. Zysk i S-ka, Poznań, 1996.
10. Heller M.: Teoria ewolucji a teologia: Sens życia i sens wszechświata. Biblos, Tarnów, 2008.
11. Chmielecki A.: Zasady determinacyjne: Problem autonomii ducha w perspektywie ewolucjonizmu. Oficyna Akademicka, Lublin, 1995.

12. Chmielecki A.: Byt ożywiony: Rzeczy i wartości. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 1999.
13. Heller M.: Co to jest przypadek?: Filozofia przypadku. Copernicus Center Press, Kraków, 2011.
14. Chmielecki A.: Byt fizyczny: Rzeczy i wartości. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 1999.
15. Chmielecki A.: Duchowe centrum sterujące: Między mózgiem a świadomością. Próba rozwiązania problemu psychofizycznego. IFiS PAN, Warszawa, 2001.
16. Machado C., Korein J., Ferrer Y., et al: The Declaration of Sydney on human death. Journal of Medical Ethics, 2007, 33, 699–703.
17. Heller M.: Sens życia i sens wszechświata. Dramat człowieka: Sens życia i sens wszechświata. Biblos, Tarnów, 2008, 195-197.
18. Żakowski W.: Wiadomości wstępne: Matematyka. Wydawnictwa Naukowo – Techniczne, Warszawa, 1973, 9-12.
19. Rahner K.: Człowiek jako istota radykalnie zagrożona przez winę: Podstawowy wykład wiary. Instytut Wydawniczy Pax, Warszawa, 1987.
20. T. S. Kuhn.: Introduction: A Role for History: The structure of scientific revolutions. University of Chicago Press, Chicago 1996, 1-9.

Michalski Tomasz, Patryn Jakub, Gasińska Karolina

Próba racjonalnego spojrzenia na „doświadczenie śmierci”

Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Etyki i Filozofii Człowieka Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Wprowadzenie

Określenie „doświadczenie śmierci” (ang. Near-Death Experience – NDE) odnosi się do osobistych doświadczeń, związanych z nieuchronnie zbliżającą się śmiercią, obejmujących wrażenia, takie jak: „*oddzielenie duszy od ciała*”, uczucie lewitacji, całkowitego spokoju, bezpieczeństwa, ciepła i obecności jasnego światła. Zjawisko to zazwyczaj ma miejsce w okolicznościach, gdy pacjent jest bardzo bliski zgonu lub oficjalnie została ogłoszona śmierć kliniczna. W ostatnich czasach, wraz z rozwojem nowoczesnych technik resuscytacji oraz intensywnej terapii, liczba odnotowanych „*doświadczeń śmierci*” znacząco wzrosła [1]. Medyczne środowiska naukowe utrzymują stanowisko, iż owe wrażenie jest czymś w rodzaju halucynacji, podyktowanych toczącymi się procesami patofizjologicznymi, podczas gdy parapsychologowie i inni badacze opisują je jako fragmentaryczny epizod, udowadniający istnienie „*życia po życiu*” i uzasadniający dualizm cielesno-duchowy każdego człowieka. Według ankiety przeprowadzonej w 1997 r., zjawiska NDE doświadczyło około 5% populacji w Stanach Zjednoczonych oraz około 4% w Europie [2].

NDE to nie tylko tunel

Raymond Moody i Elisabeth Kübler-Ross – wykorzystując zeznania około 150 osób – starali się udowodnić w swojej książce pt. „Life After Life”, że istnieje stan, określany mianem „życia po śmierci”. Jest on swego rodzaju nagrodą za dotychczasowe życie, umożliwiającą pojednanie z innymi zmarłymi. Niezależnie od wyznawanej religii Chrześcijanie, Żydzi, Buddyści, Islamiści czy też ateiści opisywali zjawisko „doświadczenia śmierci” podobnie. Na podstawie zgromadzonych informacji Moody i Kübler-Ross wywnioskowali, iż „doświadczeniu śmierci” towarzyszy co najmniej jedno z poniższych wrażeń:

- uczucie ulgi od bólu oraz nieopisanego pokoju,
- doświadczenie wygody i bezinteresownej miłości,
- doznanie odseparowania od własnego ciała i unoszenia się ponad nim,
- widzenie albo czucie obecności postaci boskiej,
- widzenie przepięknej scenerii albo słyszenie niespotykanej dotąd muzyki,

- widzenie i próba porozumienia się z istotą duchową,
- przemieszczanie się przez ciemny tunel lub nieokreśloną przestrzeń,
- bycie otoczonym przez oślepiająco jasne światło lub nieznane kolory,
- posiadanie nieograniczonej wiedzy,
- komunikowanie się telepatyczne,
- doświadczenie rewizji całego dotychczasowego życia.

Moody [3] stwierdził, że nie wszyscy przebadani mieli takie same doświadczenia, a ci, którzy zostali uznani za martwych i odzyskali przytomność, doznali co najmniej ośmiu, ale nie więcej niż dwunastu wyżej wymienionych „przeżyć”. Opisuje on także odległe następstwa i skutki takich doświadczeń. Podaje, że osoby, u których wystąpiły:

- nie obawiają się więcej śmierci,
- stają się mniej materialistyczne, zmieniają pracę na bardziej altruistyczną i wydają się więcej pomagać innym,
- stają się bardziej uczuciowe i kochające,
- czują się bardziej samotne, wyobcowane i smutne,
- mają kłopoty z opisem przeżytego „doświadczenia śmierci”,
- wzrasta ich wrażliwość na światło, hałas i przemoc [3].

NDE może towarzyszyć wielu nagłym stanom klinicznym, takim jak: zatrzymanie akcji serca w przebiegu rozległego zawału, wstrząs na skutek dużej utraty krwi w trakcie okołooperacyjnych powikłań, wstrząs septyczny lub anafilaktyczny, porażenie prądem, śpiączka, będąca następstwem urazu mózgu, krwotok wewnątrzczaszkowy, próby samobójcze, podtopienia czy uduszenia. Podobne doznania zgłaszane były również przez pacjentów z poważną, lecz nie zagrażającą życiu chorobą lub w stanie ciężkiej depresji. Wyróżnia się również przeżycie bardzo podobne do NDE, tak zwane „doświadczenie strachu przed śmiercią”, towarzyszące sytuacjom, w których nagły zgon wydaje się być nieunikniony, między innymi poważnym wypadkom drogowym, wypadkom w trakcie wspinaczki górskiej albo izolacji w następstwie katastrofy morskiej [4].

Teorie tłumaczące NDE

Zjawisko NDE jest odmiennie postrzegane przez ludzi, reprezentujących różne dziedziny naukowe i wierzenia, między innymi przez biologów, psychoanalityków, badaczy zjawisk paranormalnych, osoby głęboko wierzące czy też religioznawców. Stąd powstało wiele teorii, próbujących wytłumaczyć zjawisko NDE, w tym czysto racjonalne hipotezy, podparte naukowymi badaniami i obserwacjami.

Psychologowie jako jedni z pierwszych, jeszcze przed szeroko zakrojonymi badaniami

klinicznymi, starali się znaleźć przyczynę występowania NDE, posługując się przy tym dostępnymi technikami analitycznymi i opierając na ówczesnym zasobie wiedzy z zakresu psychologii. Przedstawione przez nich teorie tłumaczyły jednak tylko niektóre elementy NDE, a nie dostarczały racjonalnego wyjaśnienia wszystkich aspektów „doświadczenia śmierci”. Na przykład Noyes i Kletti [1976, 1977] zasugerowali, że NDE jest formą depersonalizacji, mającą na celu ochronę przed zagrożeniem życia w sytuacjach skrajnego niebezpieczeństwa poprzez „oddzielenie i umieszczenie” zmysłów w przyjemnych fantazjach. Inna koncepcja, zaproponowana przez Tellegena i Atkinsona zwraca uwagę na pewnego rodzaju absorbcję psychiki człowieka, która może być zdefiniowana jako próba „odwrócenia uwagi” i skupienia jej na wyimaginowanym wrażeniu zmysłowym w celu wykluczenia wpływu tragicznych czynników pochodzenia zewnętrznego w trakcie umierania. Teorie te są jednak niewystarczające dla dokładnego poznaniu tajemnicy NDE i ustępują teoriom uzyskanym dzięki badaniom z zakresu patofizjologii i neurobiologii śmierci [5].

W 2001 roku opublikowano wyniki prospektywnego badania, przeprowadzonego w Danii. Obejmowało ono 344 pacjentów z zatrzymaniem krążenia, którzy zostali następnie z powodzeniem zresuscytowani w dziesięciu duńskich szpitalach. Okres zbierania materiału wynosił 4 lata (1988-1992). Wszyscy badani przeżyli śmierć kliniczną. Jest to moment zaniku funkcji życiowych, spowodowany niedostatecznym zaopatrzeniem mózgu w krew na skutek ciężkiej niewydolności układu krążenia lub układu oddechowego bądź też obu jednocześnie. Jeśli w tej sytuacji resuscytacja krążeniowo-oddechowa (RKO) nie zostanie podjęta w przeciągu najbliższych 5-10 minut, w mózgu zachodzą nieodwracalne zmiany, prowadzące do śmierci poszkodowanego. Jako definicję „doświadczenia śmierci” przyjęto zgłoszenie przez pacjenta wspomnień i doznań, towarzyszących specjalnemu stanowi świadomości i zwierających takie specyficzne elementy jak: doświadczenie opuszczenia ciała, widzenie światła, tunelu, zmarłych krewnych i uczucie wszechogarniającej przyjemności. Uratowanych pacjentów pytano, czy pamiętają cokolwiek z okresu, kiedy byli klinicznie nieprzytomni, a jeśli tak – czy potrafią to opisać. W badaniu brano pod uwagę: czas zatrzymania akcji serca, płeć, wiek, wyznawaną religię, poziom wykształcenia, miejsce RKO – szpital lub poza szpitalem, poprzednie incydenty sercowe, ile razy pacjent był resuscytowany podczas pobytu w szpitalu, a także czy doświadczył wcześniej NDE lub słyszał o tym zjawisku. Uwzględniono również dawkę leków przyjmowanych przed, w trakcie i po zatrzymaniu krążenia. W przeprowadzonym badaniu 344 chorych było resuscytowanych łącznie 509 razy. Zjawisko NDE wystąpiło u 20% pacjentów, u których sukcesywnie przeprowadzono resuscytację. 62 pacjentów (18%) z puli badanych zgłosiło wspomnienia z okresu, kiedy uznawani byli za klinicznie martwych. Spośród nich, 21 chorych (6%) miało częściowe

„doświadczenie śmierci”, zaś 41 (12%) doznało pełnego NDE. 23 badanych (7%) z tej ostatniej grupy zgłosiło głębokie lub bardzo głębokie NDE. W długoterminowej analizie okazało się, że wszyscy pacjenci, włączając również tych, którzy nie doświadczyli NDE, przeszli pozytywną zmianę. Wzrosła ich pewność siebie, świadomość społeczna, religijność, wrażliwość emocjonalna i w pewnym stopniu zmalał strach przed śmiercią. Ci, którzy ewidentnie doznali NDE, stali się bardziej empatyczni i zgłaszali zwiększoną zdolność intuicyjnego rozumowania. Większość z nich nie okazywała jakiegokolwiek strachu przed śmiercią i mocno wierzyła „w życie po życiu”. Jednak musiało upłynąć kilka lat, zanim opisywana zmiana została ugruntowana. Prawdopodobnie, poza indywidualnymi czynnikami psychologicznymi, odgrywała w tym rolę negatywna reakcja społeczeństwa na NDE, co zmuszało osoby objęte tym wydarzeniem do zaprzeczania bądź tłumienia w sobie świadomości przeżytego „doświadczenia śmierci” w obawie, iż zostaną one posądzone o niedorzeczność lub wręcz odtrącone przez społeczeństwo. Dalsza analiza ujawniła, że czynniki i procedury medycznie, leki, czy ciężkość stanu krytycznego nie miały wpływu na częstość pojawiania się oraz intensywność NDE. Również czynniki psychologiczne, jak między innymi strach, okazały się nie mieć związku [4]. Odsetek osób, u których wystąpiło NDE, wynoszący 18% badanych, był niższy od wyników uzyskanych w badaniach retrospektywnych. Częściej zjawisko to zdarzało się u pacjentów poniżej 60 roku życia. Okazało się również, że kobiety, których średnia wieku była wyraźnie wyższa od średniej wieku mężczyzn, jeśli już doznawały NDE, przeżywały je z większą intensywnością [4].

Innej teorii, próbującej wytłumaczyć fenomen NDE, dostarcza przypadek opisany przez Sabom. Młoda kobieta pochodzenia amerykańskiego operowana była z powodu tętniaka naczyń mózgowych. W trakcie zabiegu wystąpiły komplikacje, a zapis badania elektroencefalograficznego (EEG) kory mózgowej i pnia mózgu rysował się jako linia płaska. Po operacji, która ostatecznie zakończyła się sukcesem, kobieta zgłosiła, że doznała intensywnych wrażeń, kwalifikowanych jako NDE, włącznie z uczuciem unoszenia się nad własnym ciałem. Pokazuje to, iż procesy neurofizjologiczne odgrywają rolę w genezie powstawania NDE. Podobne przeżycia mogą być indukowane elektryczną stymulacją płata skroniowego, gdzie mieści się hipokamp. Badanie takie przeprowadzono w trakcie neurochirurgicznego leczenia padaczki podczas towarzyszącej hiperkapnii i zmniejszonej perfuzji mózgowej, skutkującej niedotlenieniem. Zgłaszano także przypadki NDE po podaniu ketaminy, będącej blokerem receptorów NMDA, oraz jako efekt wpływu wysokiego poziomu endorfin, serotoniny i enkefalin na ośrodkowy układ nerwowy, czy też po nadużyciu LSD. Na indukowane „doświadczenia śmierci”, podobnie jak na występujące samoistnie, składają się: stan nieprzytomności, wrażenie opuszczania własnego ciała, dostrzegania jasnego światła lub

intensywnych błysków oraz wspomnienia z przeszłości. Jednakże w skład owych wspomnień wchodzą jedynie losowe fragmenty z życia pacjenta, nie dochodzi natomiast do metafizycznego przeglądu jego całego, dotychczasowego istnienia. Co więcej, w NDE indukowanym proces transformacji charakteru człowieka i zanik strachu przed śmiercią jest nieodnotowywany lub występuje bardzo rzadko [6].

Badanie opracowane przez dwóch naukowców, Dean Mobbs i Caroline Watt, przedstawia racjonalne wytłumaczenie najczęściej opisywanych przez pacjentów elementów NDE. Osoby doświadczające wrażenia opuszczania własnego ciała podają, iż czują jakby unosili się ponad nim i widzieli je z góry razem z ratującym personelem medycznym. Kanadyjski neurochirurg, Wilder Penfield [7], twierdzi, że zjawisko to jest uwarunkowane procesami toczącymi się w mózgu. Jako przykład podaje stan nazywany paraliżem przysennym, który jest fizjologiczną częścią snu REM [7]. Występuje on podczas zasypiania lub rzadziej podczas przejścia ze snu do czuwania i objawia się porażeniem mięśni, przy jednoczesnym zachowaniu pełnej świadomości. Osoba doświadczająca paraliżu przysennego nie jest w stanie wykonać żadnego ruchu, mówić ani otworzyć oczu [8]. Szacuje się, iż fenomen ten dotyczy przeszło 40% populacji na ziemi i jest nierozłącznie powiązany z tzw. omamami hipnagogicznymi (zjawisko fizjologiczne pojawiające się podczas zasypiania, charakteryzujące się występowaniem wyrazistych wyobrażeń). Połączenie tych dwóch zjawisk może skutkować wrażeniem pływania, bujania, lub unoszenia się ponad własnym ciałem. Inni badacze zjawiska NDE, Olaf Blanke oraz jego współpracownicy, zademonstrowali możliwość sztucznego wywołania wrażenia opuszczania ciała poprzez stymulację elektryczną prawego połączenia skroniowo-ciemieniowego kory mózgowej. Podczas stymulacji tej pacjenci rzekomo mieli mówić: „*Widzę siebie leżącego w łóżku*”. Autor tego badania zasugerował, że doświadczenie „*odrywania się od własnego ciała*” jest skutkiem błędnej integracji multisensorycznej, powodującej zaburzenie percepcji własnego ciała [7].

„Doświadczenie śmierci”, jak już wspomniano, jest bardzo często połączone z wrażeniem przemieszczania się przez ciemny tunel w kierunku bardzo silnego, jasnego lub nieopisanego światła. To odczucie również może być sztucznie wywołane. Piloci myśliwców odrzutowych czasami doświadczają zjawiska znanego jako omdlenie niedociśnieniowe, które zwykle powoduje chwilową, trwającą 5-8 sekund, utratę widzenia, postępującą od obwodu do centrum, dającą widzenie tunelowe. Pole wzrokowe, znajdujące się w korze mózgowej płata potylicznego, jest zgrupowaniem komórek nerwowych, przetwarzających informacje wzrokowe z obwodowej i centralnej części siatkówki, dlatego niewłaściwe pobudzenie i niedokrwienie tej okolicy może skutkować postrzeganiem jasnego centrum i ciemnego

obwodu, składając się na efekt tunelu z jasnym promieniem światła na końcu. Jako że mechanizm tego zjawiska w odniesieniu do NDE jest nadal mało jasny, Nelson i współpracownicy sugerują, że światło na końcu tunelu może być spowodowane wizualną aktywnością oka podczas niedostatecznego zaopatrzenia w krew siatkówki. Takie tunelowe widzenie jest ściśle związane ze stanami skrajnie wielkiego strachu oraz niedotlenienia, czyli dwoma zjawiskami, nieodłącznie towarzyszącymi procesowi umierania [7].

Pacjenci podają, że w trakcie NDE otoczeni byli przez dusze zmarłych, aniołów oraz postacie religijne w niezwykle spokojnym, transcendentnym miejscu. Wiele badań neurobiologicznych wykazało, że różne patologie mózgu mogą prowadzić do podobnych wizji. Na przykład pacjenci z chorobą Alzheimer'a albo postępującą chorobą Parkinson'a mogą miewać wyraziste halucynacje, w których pojawiają się duchy, a nawet potwory. Niektórzy twierdzą, że widzą martwych krewnych i zwłoki pozbawione głów. Zjawiska te powiązane zostały z uszkodzeniami w obrębie jąder podkorowych, wskazując, iż jest to wynik nieprawidłowego funkcjonowania w zakresie sekrecji dopaminy. Dodatkowo wykazano, iż elektryczne stymulacje obszarów sąsiadujących z zakrętem kątowym mogą skutkować wrażeniem obecności kogoś w najbliższym otoczeniu. Inna teoria mówi o możliwość powstawania halucynacji wskutek kompensacyjnej hiperaktywacji obszarów mózgu, położonych w miejscach uszkodzenia tkanki nerwowej [7].

Kolejną, często opisywaną cechą NDE, jest uczucie czystej rozkoszy, euforii oraz akceptacji zbliżającej się śmierci. Udowodniono, że różne dawki ketaminy mogą stymulować pojawianie się pozytywnych emocji, euforii oraz doświadczeń duchowych. Lek ten jest używany niekiedy jako środek anestetyczny dzięki jego zdolności do wiązania z receptorami opioidowymi typu *mi*. Może dodatkowo powodować halucynacje poprzez blokowanie receptorów NMDA, czyli tych samych receptorów, na które działa amfetamina, prowadząc do pobudzenia ośrodka nagrody w mózgu. Stąd hipoteza, że ketamina wywołuje podobne wrażenia jak te doświadczane w trakcie NDE [7].

Dotychczas nie istniało żadne badanie, obrazujące pracę elektryczną mózgu dokładnie w momencie „ataku serca” oraz bezpośrednio po nim. W związku z tym zakładano, że ośrodkowy układ nerwowy w trakcie zatrzymania akcji serca nie wykazuje jakiejkolwiek aktywności. W sierpniu 2013 roku opublikowano jednak wyniki badań, które rzucają nowe światło na zagadnienie „doświadczenia śmierci”. Przeprowadzone pierwszy raz doświadczenie tego typu wydaje się dostarczać informacji, które jeszcze bardziej przybliżają do ostatecznego zdefiniowania mechanizmu powstawania NDE. Grupa naukowców z University of Michigan Medical School, prowadzona przez profesora Jimo Borjigin'a, odkryła mianowicie, że w trakcie zatrzymania akcji serca w mózgu dochodzi do nagłego

wzrostu aktywności bioelektrycznej, co tłumaczyłoby pojawianie się przeżyć, typowych dla NDE. Badanie polegało na zarejestrowaniu oraz analizie elektroencefalografii szczurów w stanie czuwania, w znieczuleniu ogólnym oraz podczas indukowanego przez badaczy zatrzymania akcji serca. Sygnały EEG monitorowano obustronnie znad kory czołowej, ciemieniowej i potylicznej. W okresie pierwszych 30 sekund po „ataku serca” odnotowano przejściowy, nagły wzrost amplitudy fal gamma (fizjologicznie występują one na całym obszarze mózgu, wiążą się z procesami skojarzeniowymi, myśleniem integracyjnym oraz towarzyszą skrajnym emocjom), poprzedzający linię izoelektryczną w elektroencefalogramie. Zapisy fal były wysoce zsynchronizowane i posiadały cechy charakterystyczne dla aktywności elektrycznej mózgu, będącego w stanie mocnej stymulacji. Dowodzi to, iż mózgowie ssaków jest w stanie wygenerować neuronalne pobudzenia, będące domeną stanu pełnej świadomości, podczas umierania, tworząc hipotetycznie obrazy charakterystyczne dla NDE. Co więcej, autorzy badania zaobserwowali niemal identyczny wzór fal w umierających mózgach szczurów poddanych asfiksji (duszeniu się). Tak wysoki poziom odnotowanej aktywności mózgowej był zaskoczeniem dla samych badaczy. Odkryte w trakcie NDE sygnały elektryczne były mocniejsze od tych, odnotowywanych w stanie świadomości. Sugeruje to, że mózg potrafi wygenerować dobrze zorganizowaną aktywność elektryczną we wczesnym stadium śmierci klinicznej. Powyższe badanie pokazuje również, że spadek poziomu dostarczanego tlenu bądź tlenu i glukozy jednocześnie, podczas zatrzymania krążenia może stymulować mózg do aktywności spotykanej w trakcie aktywnego przetwarzania informacji [9].

Refleksja metodologiczna

NDE jest szczególnym przypadkiem szerokiego problemu poznawczego badanego przez nauki kognitywne. Zasadniczą trudnością jest obecnie brak spójnej teorii umysłu, wyjaśniającej wszystkie fenomeny jego funkcjonowania i uwzględniającej fakty dostarczane przez neurofizjologię, psychologię, czy informatyczną teorię sieci. Różnorodność pojęć i metod swoistych dla każdej z nauk wprowadza zamęt terminologiczny, utrudniający właściwe wyjaśnienie tego zagadnienia [10]. W samym określeniu „doświadczenie śmierci” ukryta jest swego rodzaju sprzeczność. Doświadczenie wymaga samoświadomego podmiotu, natomiast śmierć z definicji zakłada jego koniec. Jest to problem interdyscyplinarny i graniczny, gdzie trudno o weryfikację faktów. Kryterium naukowości, zaproponowane przez Karla Poppera, wymaga przynajmniej potencjalnie zaprojektowanego eksperymentu, mogącego jednoznacznie obalić lub potwierdzić daną hipotezę [11]. W przypadku zagadnienia psychofizycznego jest to możliwe jedynie częściowo. Wyniki dostarczane przez neurobiologów czy psychologów mogą być słuszne, ale w ramach własnej metodologii. Próba

wyciągania wniosków ogólnych z punktu widzenia filozofii nauki może być nadużyciem i wiązać się z „przemycaniem” do teorii osobistych preferencji metafizycznych badaczy.

Podsumowanie

Zjawisko „doświadczenia śmierci” nadal pozostaje zagadką. Ciągle nie wiadomo, w jakim mechanizmie powstają tak realistyczne wizje, które w swych opisach, podawanych przez pacjentów – nawet niewidomych – są zbyt dokładne by nazywać je snami. Dlatego jest zbyt wcześnie by postawić ostateczną konkluzję lub przyznać, że problem jest poza zasięgiem naszego poznania. Wciąż pozostają fundamentalne dla sprawy pytania, mianowicie czy to mózg jest odpowiedzialny za generowanie ostatnich „momentów umysłu”, jak prawdopodobnie większości ludzi się wydaje, a jeśli tak, to czy może to dostarczyć odpowiedzi odnośnie samej natury ludzkiej i życia. Liczne powyżej wymienione hipotezy czekają na weryfikację i próbę ich możliwej unifikacji. Jednakże wyniki eksperymentu, przeprowadzonego przez profesora Borjigin'a i jego współpracowników, wydają się dawać nowe możliwości naukowcom, zgłębiającym tajemnicę NDE, stosunkowo precyzyjnie pokazując kierunek, w którym powinno się aktualnie dążyć. Założenie, że to mózg jest centrum „emisji” wrażeń zmysłowych, składających się na obraz zjawiska NDE, wydaje się obecnie najbardziej racjonalne.

Piśmiennictwo

1. Beauregard M., O'Leary D.: The Spiritual Brain. HarperSanFrancisco, San Francisco 2007.
2. Blackmore S.: Dying to Live: Near-Death Experiences. Prometheus Books, Buffalo, New York 1993.
3. Moody R., Kübler-Ross E.: Life After Life. HarperSanFrancisco, San Francisco 20071.
4. Lommel P., Wees R., Meyers V., Elfferich I.: Near-death experience in survivors of cardiac arrest: a prospective study in the Netherlands. Lancet, 2001, 358, 2039-2045.
5. French C.: Near-Death Experiences in Cardiac Arrest Survivors. Progr. Brain Res., 2005, 150, 351-367.
6. Sabom M.: Light and death: one doctors fascinating account of near-death experiences. Zondervan Publishing House, Michigan 1998. 37-52.
7. Mobbs D., Watt C.: There is nothing paranormal about near-death experiences: how neuroscience can explain seeing bright lights, meeting the dead, or being convinced you are one of them. Trends in Cognitive Sciences, 2011, 1–3.
8. Bilikiewicz A.: Zaburzenia snu. Psychiatria. T. II Psychiatria kliniczna.

Urban&Partner, Wrocław 2002, 546.

9. Borjigin J., Lee U., Liu T., et al.: Surge of neurophysiological coherence and connectivity in the dying brain. PNAS., 2013, 110, 35.
10. Chmielecki A.: Między mózgiem i świadomością: próba rozwiązania problemu psychofizycznego. Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 2001.
11. Heller M.: Filozofia przyrody: zarys historyczny. ZNAK, Kraków 2004, 253.

Komarnicka-Jędrzejewska Olga Katarzyna

Trauma - rodzice po starcie dziecka poronionego lub martwo narodzonego. Strata dziecka widziana oczami rodzica

Fundacja By Dalej Iść, Mysłowice

Rodzice zmarłych dzieci czują się niezwykle samotni, pozostawieni samym sobie w najgorszym momencie ich życia. Starając się to zmienić, sprzeciwiają się tłumieniu emocji i walczą o prawo do przeżywania żałoby, gdyż wierzą, że przyniesie ona odpowiedź na pytanie: dlaczego śmierć dotknęła właśnie ich dziecka? Otaczający ich ludzie nie wiedzą, jakiej pomocy powinni udzielić. Wydaje im się, że pozorne opanowanie oznacza pogodzenie z losem. Łzy pogrążonej w żałobie osoby wywołują u postronnych mieszane uczucia współczucia i lęku. Znajomi i rodzina są bezradni. Chcąc pocieszyć, na ogół stosują nietrafione sformułowania. Osieroceni rodzice słyszą: „Wszystko będzie dobrze!", choć wiedzą, że wcale nie będzie; „*Czas leczy rany*.", mimo że tak się nie dzieje; „*Masz jeszcze drugie dziecko.*" lub: „*Zawsze możecie postarać się o następne*." – co nie ma znaczenia, bo inne dziecko jest wprawdzie cudownym darem, ale nie anuluje ono pamięci ani istnienia tego już nieżyjącego.

Na przykładzie osobistych przeżyć oraz obserwacji wyniesionych z prowadzenia grup wsparcia dla rodziców po śmierci dziecka, postaram się przybliżyć funkcjonowanie osieroconych rodziców oraz w skrócie przedstawić problem, jakim jest jego strata. W kontekście podejmowanego w artykule tematu niezbędne jest przytoczenie kilku podstawowych kategorii pojęciowych w celu bardziej precyzyjnego zrozumienia problemu.

Żywe urodzenie (ang. *live birth*) to całkowite wydalenie lub wydobycie z ustroju matki noworodka, niezależnie od okresu trwania ciąży, który po takim oddzieleniu oddycha bądź wykazuje jakiekolwiek inne oznaki życia, jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli (mięśni szkieletowych), bez względu na to, czy sznur pępowiny został przecięty lub łożysko zostało oddzielone; każdy taki noworodek jest uważany za żywo urodzonego. Urodzenia żywe wyrażane są zazwyczaj jako wskaźnik na 1000 ludzi [1].

Śmierć (łac. *mors, exitus letalis*) – stan charakteryzujący się ustaniem oznak życia, spowodowany nieodwracalnym zachwianiem równowagi funkcjonalnej i załamaniem wewnętrznej organizacji ustroju [2].

Zgon (ang. *death*) to nieodwracalny zanik wszystkich oznak życia w dowolnym momencie po urodzeniu żywym (ustanie funkcji życiowych po urodzeniu bez możliwości resuscytacji). Powyższa definicja wyklucza urodzenia martwe [3].

Urodzenie martwe (ang. *stillbirth*) oznacza zgon płodu, tzn. zgon następujący przed całkowitym wydaleniem lub wydobyciem z ustroju matki, niezależnie od długości ciąży. O zgonie świadczy to, że po wydaleniu lub wydobyciu płód nie oddycha ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia, jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli [4].

Poronienie (łac. *abortus*) – przedwczesne zakończenie ciąży trwającej krócej niż 22 tygodnie (od 23 tygodnia mówi się o porodzie przedwczesnym), wskutek wydalenia obumarłego zarodka lub płodu [5].

Żałoba (łac. *luctus*) to ogólnie ujmując tradycyjne uzewnętrznione odzwierciedlenie tego co się dzieje z kimś, kto stracił bliską osobę. Żałoba potocznie mylona jest z pojęciem przeżywania straty.

Przeżywanie straty (łac. *damnum experiri*) to procesy zachodzące wewnątrz jednostki po śmierci kogoś jej bliskiego. Jest to reakcja całego *ja* na stratę.

Rodzic po stracie (ang. *parent after the loss*) – w literaturze nie występuje jasno sprecyzowana definicja tego pojęcia, a potocznie używa się go od chwili śmierci biologicznego dziecka rodziców. Precyzując jednak to pojęcie, zgodnie z moimi obserwacjami, za rodzica po starcie uznaję osobę będącą opiekunem prawnym, której w skutek poronienia, martwego porodu, choroby, wypadku, samobójstwa lub innych okoliczności, dziecko umarło. Można również zdefiniować go jako osobę, która niezależnie od formy, wieku, płci i okoliczności śmierci dziecka przeżyła ją, i na skutek której nie pogodzi się z tym wydarzeniem psychicznie ani emocjonalnie [6].

1. Żałoba – czym jest i jak przebiega

„*Żałoba jest procesem trwającym w czasie, którego istotą pozostaje zmaganie się z bólem i cierpieniem po stracie bliskiej osoby*” [7]. Idąc za wcześniej przytoczoną definicją, żałoba jest uzewnętrznionym przeżyciem, a więc wszystkim tym, co możemy zewnętrznie zademonstrować. W kulturze europejskiej obowiązuje kolor czarny. Jeśli zaistnieje sytuacja, że uczestniczący w pogrzebie nie ma czarnego ubrania, może założyć strój w ciemnym kolorze, z czarną przepaską na lewym rękawie lub wstążką ukośnie przyszytą do klapy marynarki. Latem mężczyźni mogą nałożyć białą koszulę z krótkim rękawem, do niej czarny krawat. Kobiety do czarnych strojów czy kostiumów powinny mieć ciemne rajstopy oraz czarne obuwie (również latem). Do stroju należy też czarny welon albo woalka na kapeluszu

lub upięta bezpośrednio na włosach. Nie przychodzi się na pogrzeb w krótkich spodniach czy w stroju tzw. sportowym. Nie prowadzi się rozmów, nie pali tytoniu, nie żuje gumy. Telefon komórkowy powinien być wyłączony. Jednak tutaj rodzi się pierwsze pytanie: czy po dzieciach powinno nosić się kolor czarny? Przecież to są anioły, czyste i niewinne. W tym wypadku nie ma jasno sprecyzowanych wytycznych. Decyzję zawsze podejmuje rodzic po starcie.

Kolejnym pytaniem, na które nie ma jasnej odpowiedzi, jest czas trwania żałoby. Przyjmuje się, że po rodzicach i współmałżonkach trwa rok, po dziadkach – pół roku, po rodzeństwie do 4 miesięcy, po ciotce, stryju lub wuju – 3 miesiące. A ile trwa po zmarłym dziecku? Dlaczego mamy do czynienia z kolejną luką w tak ważnym temacie? Niektórzy twierdzą, że żałoba po dziecku winna trwać przynajmniej 9 miesięcy (tyle, ile wynosi czas od poczęcia do narodzenia). A co z matkami, które przeżyły poronienie dziecka w 12 tygodniu ciąży – jak 3 miesiące mają się do 9? W tym przypadku rodzice podejmują decyzję sami. Należy jednak zaznaczyć, że ważna jest nie tyle długość czasu poświęconego na żałobę, ile sposób i głębia jej przeżycia (w polskiej tradycji specjalne znacznie ma pierwsza rocznica śmierci). Jest to proces powolny. Według polskich biskupów doświadczenie żałoby może zaowocować większą dojrzałością duchową: „*Śmierć ukazuje nam, jak kruche jest wszystko to, w czym dotąd pokładaliśmy nadzieję: życie, zdrowie, miłość drugiego człowieka, dobra materialne, dokonania. Utrata tego, co przemijające, może otworzyć nas na poszukiwanie głębszych motywacji życia, mocniejszych podstaw ludzkiego szczęścia i powodzenia, a w konsekwencji ukierunkować na Boga*” [8].

1.1 Prawidłowe etapy przebiegu żałoby

Każdy człowiek reaguje w inny sposób na stratę, jednak schemat przebiegu żałoby powinien przebiegać w określonym porządku. Należy pamiętać, że etapy te niejednokrotnie przeżywane są w różnej kolejności, ponieważ jest to sprawa indywidualna. Również czas trwania każdego z tych etapów może być różny u każdej osoby. Ze względu na to, że w literaturze występuje wiele podziałów, w niniejszej pracy przedstawione zostaną dwa najbardziej znane i trafne z nich.

Pierwszy, opracowany przez Elisabeth Kübler-Ross autorkę tzw. modelu pięciu faz żałoby, opisuje reakcję ludzi na informacje o nieuleczalnej chorobie i nadchodzącej śmierci (własnej lub kogoś bliskiego). Jednak bardzo szybko okazało się, że ten model pasuje również do osób przeżywających śmierć bliskich, w tym dzieci. Tych pięć etapów to:

- zaprzeczenie: „*Nie, to na pewno pomyłka!*”,
- gniew: „*Za co spotyka to akurat mnie?!*”,

- negocjacje: „*Jeśli zacznę bardziej o siebie dbać, może pożyję choć rok dłużej*”,
- depresja: „*To nie ma sensu, po co cokolwiek robić*”,
- akceptacja: „*No cóż, umrę. Nie ma co z tym walczyć, lepiej godnie spędzić ostatnie chwile życia*” [9].

Drugi podział etapów żałoby prezentuje Catharine Sanders, wyróżnia ona fazy:

- szoku, gdzie charakterystycznymi symptomami są: niedowierzanie, wewnętrzny zamęt, wzburzenie, bezradność, stan alarmu, psychologiczne dystansowanie się. Wstrząs, który przeżywają ludzie zależy m.in. od tego, czy spodziewano się śmierci, czy też nie. Rodzice często wspominają, że dla nich żałoba rozpoczynała się w momencie diagnozy, a nie śmierci dziecka (np. rodzice dzieci z chorobami nowotworowymi, którzy mieli kontakt z innymi dziećmi z takim samym rozpoznaniem). Psychiczne dystansowanie się w tym okresie ma działanie ochronne. Rodzice mówią, że czują się jakby byli za szybą, jakby widzieli siebie z zewnątrz. Z czasem jednak działanie szoku mija i rozpoczyna się druga faza;
- uświadomienie sobie straty; charakterystyczne symptomy: niepokój wywołany separacją, konflikty emocjonalne, przewlekły stres, nadwrażliwość, gniew, poczucie winy. Pełne uświadomienie powoduje nieznośny ból, dezorganizację emocjonalną. To faza największego narastania emocji, odczuwania złości, tęsknoty, gniewu, wstydu, poczucia winy. Rodzice mają wrażenie, że stracili kontrolę nad swoim życiem, nic nie jest pewne, na nic nie mogą liczyć. Traci się poczucie bezpieczeństwa. Czasami faza druga występuje naprzemiennie z trzecią;
- chronienie siebie – wycofanie się. Charakterystyczne symptomy: rozpacz, osłabienie systemu odporności, zmęczenie, praca nad smutkiem i żalem, „hibernacja”. Problemy polegają na tym, że rodzice nie wiedzą, że odpoczynek może mieć znaczenie pozytywne. Reakcja fizyczna przypomina depresję, ale w tym momencie jest czymś naturalnym. To właściwy czas na wycofanie się z kontaktów z innymi ludźmi, spędzanie czasu w samotności i dłuższy sen. Rodzice czasem odczuwają rozczarowanie spadkiem poziomu energii i obniżonym nastrojem, jest to jednak charakterystyczne dla tej fazy żałoby. Bywa ona okresem głębokiej rozpaczy, ponieważ wszystkie mechanizmy obronne uległy poważnemu osłabieniu;
- powracanie do zdrowia; charakterystyczne symptomy: odzyskiwanie kontroli, rezygnowanie z dawnych ról, tworzenie nowej tożsamości, przebaczanie i zapominanie, poszukiwanie znaczenia, zabliźnianie się rany. Proces powrotu do

zdrowia przebiega powoli, czasami wręcz niedostrzegalnie, stopniowo odczuwany jest przypływ energii. Rodzice zaczynają się czymś interesować, przejmować kontrolę nad własnym życiem. Z pewnych ról muszą zrezygnować, a nauczyć się nowych; odnaleźć nową tożsamość – wiąże się z tym świadome rozwiązanie więzi z dzieckiem. To faza nadawania znaczenia nieszczęściu, odnajdywania i uświadamiania sobie pozytywów, radosnych momentów (rodzice początkowo pamiętają tylko cierpienie dziecka, nie mogą przypomnieć sobie nic radosnego, z biegiem czasu jednak miłe wspomnienia biorą górę);

- odnowa; charakterystyczne symptomy: rozwijanie nowej świadomości siebie, akceptowanie odpowiedzialności, uczenie się życia bez dziecka, zajęcie się swoimi potrzebami wewnętrznymi, aktywny kontakt ze światem, znajdowanie substytutów. Rodzice mówią, że po pewnym czasie (np. po kilku latach) nauczyli się żyć na nowo, zaakceptowali niezmienność faktu, jakim jest śmierć dziecka – żyją, pracują, potrafią się śmiać bez poczucia winy, pójść na zabawę sylwestrową, znaleźć nowych przyjaciół, ponieważ starzy czasem nie wytrzymują ciężaru cierpienia, ale przede wszystkim umieją mówić o zmarłym dziecku [10].

Cały proces żałoby zachodzi w kilku nierozerwalnie powiązanych ze sobą etapach. Jej prawidłowy przebieg utrudniają cechy osobowości, tj. skłonność do pesymizmu, bierność, załamywanie się pod wpływem stresu i nieumiejętność radzenia sobie, trudne doświadczenia życiowe, zaburzenia psychiczne lub nerwicowe, zażywane leki uspakajające lub całkowite zamknięcie się na pomoc. W przypadku śmierci dziecka dodatkowym utrudnieniem jest społeczeństwo, które unika tego tematu, i najbliżsi, którzy niejednokrotnie nie wiedząc jak się zachować, po prostu się odsuwają.

2. Strata dziecka w perspektywie badań własnych

Wokół tematu śmierci dziecka krąży wiele teorii, które tak naprawdę nie do końca obrazują to, co rzeczywiście dzieje się w szpitalach, i czego tak naprawdę oczekują rodzice po śmierci swojego dziecka. Grupą badawczą byli rodzice po stracie dzieci w okresie od poronienia do pierwszego roku życia. Badania przeprowadzono w formie elektronicznej. Formularze zostały skierowane do grup społecznych, do których należą tylko rodzice spełniający wyżej podane kryteria. Takimi portalami były: Fundacja By Dalej Iść, Organizacja Dlaczego, Portal Chcemy Być Rodzicami, jak również: Jestem Rodzicem Aniołka, Ku Pamięci Naszym Aniołkom, Aniołkowi rodzice i Nasze na Zawsze.

3. Charakterystyka i opis badanej grupy

W kontekście powyższych rozważań analizowano wyniki uzyskane podczas przeprowadzenia badań ilościowych z wykorzystaniem kwestionariusza standaryzowanego wśród rodziców po stracie. Badania zostały przeprowadzone w dniach od 4 do 12 lutego 2014 roku. Ich celem było ukazanie, jak dużym problemem jest fakt śmierci i straty dziecka w przypadku poronień i martwych porodów, oraz pokazanie podstawowych aspektów współodczuwania bólu wraz z rodzicem po stracie. Ankieta zawierała 22 pytania, w tym 20 pytań zamkniętych i 2 otwarte, które obejmowały pytania dotyczące sytuacji, jakie miały miejsce w szpitalu podczas zabiegu czyszczenia macicy po poronieniu lub porodzie oraz zachowania personelu medycznego w stosunku do rodziców, którzy stracili dziecko. Na pytania odpowiedziało 151 respondentów w wieku od 21 do 45 lat, w tym 150 osób (99%) to kobiety, a jedna osoba (1%) to mężczyzna.

Od śmierci dziecka, u 36% (54 os.) ankietowanych minęło od roku do 3 lat, w przypadku 26% (40 os.) respondentów minęło mniej niż rok, 19% (28 os.) odpowiedziało, że od śmierci dziecka minęło od 3 do 5 lat, a 13% (20 os.) wskazało okres od 5 do 10 lat, następnie 4% (6 os.) zaznaczyło odpowiedź „mniej niż miesiąc", a 2% (3 os.) wskazało „powyżej 10 lat".

Znaczna część osób, w sumie 82% (124 os.), straciła dziecko z powodu poronienia. Dane statystyczne kształtują się następująco:

- 32% (48 os.) ankietowanych straciła dziecko w I trymestrze ciąży,
- 26% (40 os.) straciło dziecko w III trymestrze ciąży,
- 24% (36 os.) respondentek straciło dziecko w II trymestrze ciąży.

W przypadku 18% (26 os.) ankietowanych dzieci urodziły się żywe, ale nie ukończyły pierwszego miesiąca życia (noworodki), tylko u 1% (1 os.) ankietowanych dziecko zmarło przed pierwszymi urodzinami.

3.1. Personel medyczny oczami rodziców po stracie dziecka

Zazwyczaj pierwszą osobą, która ma kontakt z roniącą kobietą lub rodzicem po stracie, jest personel medyczny. Lekarz przekazuje złą wiadomość, położna dokonuje ostatnich zabiegów, a pielęgniarka aplikuje kolejne lekarstwa. Niestety są to ludzie, którzy wykonują swoją pracę, zapominając o tym w jakim bólu i cierpieniu pogrążona jest właśnie pacjentka. Może to wynikać z rutyny, chronienia siebie, jak i unikania tematu straty dziecka, który do dzisiaj jest tematem tabu. Na podstawie przeprowadzonego badania wynika, że jeszcze wiele trzeba zmienić w polskiej służbie zdrowia, a przede wszystkim uwrażliwić personel medyczny na ból i rozpacz rodziców po stracie. Wszystko zaczyna się od momentu przekazania złej informacji o tragicznym finale, czyli o śmierci dziecka. Wśród

ankietowanych 35% (54 os.) zaznaczyło, że przekazanie informacji o śmierci dziecka odbyło się z empatią ze strony lekarza lub położnej. Taka sama ilość respondentów zaznaczyła, że ciężko jest określić jaką postawę podczas rozmowy przyjął personel medyczny, a aż 30% (46 os.) zaznaczyło, że podczas rozmowy rodzice – personel, empatii ze strony lekarza lub położnej nie było.

Mając na co dzień kontakt z rodzicami po starcie słychać, jak dużo żalu, złości i negatywnych emocji mają oni wobec personelu medycznego. Dlatego w badaniu pojawiło się pytanie otwarte na temat uwag oraz zastrzeżeń dotyczących pracy lekarzy i położnych. Na podstawie obszernych wypowiedzi można stwierdzić, że zdecydowanie większa ilość respondentów zarzuca pracownikom szpitala:

- brak zrozumienia,
- brak kultury,
- grubiaństwo,
- brak empatii i wrażliwości,
- brak zainteresowania,
- lekceważące podejście do pacjenta,
- „znieczulicę zawodową”,
- brak poszanowania dla rodziców,
- oziębłość,
- obojętność w stosunku do kobiet roniących i rodzących martwe dzieci,
- brak odpowiedniego zachowania w sytuacji, kiedy kobieta straciła dziecko,
- brak „ludzkiego” podejścia,
- przedmiotowe traktowanie pacjentek,
- brak rozmowy o śmierci dziecka, brak rozmowy o zaistniałej sytuacji,
- „używanie słów, których się nie zna”, czyli nie zrozumiałych dla rodziców pojęć,
- brak umiejętności dobierania słów do traumatycznej sytuacji, np.: „nic się nie stało”, „poleciało i już”.

Jednym z zasadniczych zastrzeżeń do pracowników oddziałów ginekologicznych jest to, że kobiety, które poroniły w I trymestrze ciąży, są traktowane jakby nic się nie stało. Zdarza się, że lekarz czy położna w tak wczesnej ciąży uważa dziecko za płód lub szczątki, co jest bardzo raniące zarówno dla kobiety, jak i jej partnera.

Wiele uwag dotyczy niestosownej formy informowania o sytuacji pacjentki. Ankietowani piszą, że w sytuacji straty nie dostali żadnej informacji od personelu o ich stanie

zdrowia, o tym, jak należy postępować dalej, o dalszej pomocy, np. psychologicznej. Tylko nieliczne kobiety były informowane o stanie zdrowia, ale po uprzednim upomnieniu się o to. Ankietowani zwracają uwagę, że pracownicy często unikają rozmów z pacjentkami po stracie. Bywa, że zostawiane są one same sobie. W chwili informacji o śmierci dziecka aż 87% (131 os.) respondentów nie została udzielona pomoc psychologiczna. Fachowe wsparcie ze strony psychologa otrzymało tylko 13% (20 os.) ankietowanych. Kolejnym zarzutem wobec personelu jest brak poszanowania prywatności i godności kobiet tracących swoje dzieci. Przeważnie nie wynika to z winy personelu medycznego, lecz warunków technicznych, jakimi dysponuje szpital. Dyrekcja i pracownicy powinni zadbać o pomieszczenia dla rodziców, których dziecko umarło. W badaniach sporo respondentek podkreśla zdecydowanie, że kobiety roniące nie powinny leżeć na sali z kobietami w ciąży oraz że te, które urodziły martwe dziecko nie powinny przebywać wśród matek, które urodziły zdrowe dzieci. Według ankietowanych to zdecydowanie potęguje ich ból. Tylko nieliczne osoby nie mają zastrzeżeń do pracy personelu medycznego. Wśród ankietowanych kilka osób wręcz zachwala wzorową postawę lekarzy, pielęgniarek i położnych. To jednak za mało. Statystycznie wygląda to tak, że większość – 46% (70 os.) respondentów – zdecydowanie nie jest zadowolona z opieki medycznej podczas poronienia lub martwego porodu, 28% (43 os.) nie ma nic do zarzucenia lekarzom, pielęgniarkom i położnym, a 25% (35 os.) odpowiadających nie potrafi powiedzieć, czy jest zadowolona. Co więcej, 31% (47 os.) dobrze ocenia pracę lekarza, 26% (39 os.) bardzo źle, 23% (34 os.) źle, a 14% (21 os.) przyznaje, że opieka z jego strony była bardzo dobra. Natomiast tylko 7% (10 os.) odpowiadających rewelacyjnie oceniła opiekę personelu medycznego. Pracę położnej oceniono w przypadku 38% (58 os.) na poziomie dobrym i 22% (33 os.) bardzo dobrym, 17% (25 os.) oceniło ją źle, a 12% (18 os.) bardzo źle. Tylko 11 % (17 os.) ankietowanych zaznaczyło, że opieka położnej była rewelacyjna. Analizując odpowiedzi na pytanie o opiekę ze strony pielęgniarek wnioskuję, że większość respondentów – 43% (65 os.) oceniło ją na poziomie dobrym, 21% (31 os.) na poziomie bardzo dobrym, natomiast 17% (25 os.) źle i 13% (19 os.) bardzo źle. Tylko 7% (11 os.) ankietowanych zaznaczyło, że była rewelacyjna.

4. Strata dziecka oczami rodzica – jak dalej żyć

Moja córka Nadia zmarła w 2009 roku kiedy miała 2 lata i 2 miesiące. Rok walczyła z ostrą białaczką limfoblastyczną T-komórkową wysokiego ryzyka. Niestety, po udanym przeszczepie szpiku kostnego, 3 miesiące po wyjściu z ośrodka transplantacyjnego nastąpił nawrót choroby, który już nie dał jej wygrać tej walki. Wtedy mój świat się zawalił. Wydawało mi się, że życie straciło sens, a wszystko, co do tej pory osiągnęłam, runęło w

gruzach. Niewiele pamiętam z pogrzebu córki, nie umiałam płakać, nie miałam sił już rozpaczać. Z jednej strony wiedziałam, że przestała cierpieć i nic ją już nie boli, a z drugiej strony miałam wrażenie, że wszystko dzieje się jakby obok mnie, że to pogrzeb nie mojego dziecka, że wszystko jest tylko złym snem, z którego się obudzę… Niestety tak się nie stało, wszystko, co działo się wtedy, było prawdziwe. Niewiele też pamiętam z pierwszych tygodni po odejściu Nadii, wszystkie formalności załatwiali za mnie rodzice, przyjaciele się odizolowali, a ja siedziałam sama w domu, pogrążona w bólu i rozpaczy. Tata Nadii nie mieszkał ze mną, ponieważ w trakcie choroby córki nasze małżeństwo nie wytrzymało próby czasu i walki o lepsze jutro. Ze wszystkim byłam sama. Nawet rodzina unikała kontaktu ze mną. Tydzień po pogrzebie córki pamiętam tylko, że spakowałam wszystkie rzeczy po niej, które częściowo rozdałam, a resztę wyniosłam na strych. Zostawiłam tylko jedno zdjęcie z gipsowym odciskiem jej stópki, które mam do dziś. Nie miałam siły patrzeć na resztę rzeczy. Na antenie mojego auta wisiał kir, a w nim, na lusterku, fotografia Nadii. Tak mijały tygodnie. Nastąpił czas powrotu do pracy. Musiałam wrócić. Miałam wrażenie, że wszyscy schodzili mi z drogi tylko po to, aby nie musieć nawiązywać ze mną kontaktu, bo przecież mnie zmarło dziecko. Czułam się tak, jakbym zarażała śmiertelną chorobą. Te spojrzenia, krępujące milczenie lub słowa pocieszenia, które przynosiły więcej bólu niż ulgi. W takim stanie zawieszenia trwałam pół roku, po tym czasie bliska mi osoba postanowiła „wziąć się za mnie" i „postawić mnie na nogi". Organizowała mój czas, jak się dało. Wyjazdy na *snowboard*, wyjścia do pubu. Prawie ubierała i szykowała mnie na siłę. Ale pamiętam, kiedy powiedziała mi tuż po odejściu Nadii: „Nie mam zielonego pojęcia co czujesz, nawet nie jestem wstanie sobie tego wyobrazić, ale pamiętaj, jestem przy Tobie, i zawsze będę…" Te słowa wtedy wiele dla mnie znaczyły, ponieważ wiedziałam, że mam kogoś, na kogo mogę liczyć. Wtedy, kiedy byłam „stawiana" na nogi wiedziałam, że sama nie dam rady udźwignąć tego ciężaru. Zaczęłam szukać odpowiedzi na pytanie: dlaczego moja córka musiała umrzeć? Dlaczego mnie właśnie to spotkało? Dlaczego dzieci muszą umierać? Wtedy trafiłam na Fundację By Dalej Iść, w której przepracowałam prawidłowo cały proces żałoby. To nie było łatwe doświadczenie, ale bardzo cenne, ponieważ dało mi wiarę i siłę na dalsze, nowe życie. Zaczęłam je przewartościowywać, ustaliłam zupełnie inne priorytety. Zrobiłam rewolucję, która pozwoliła spojrzeć na wszystko na nowo. Teraz jestem mamą 1,5 rocznej dziewczynki, która wypełnia moje życie, i nie wyobrażam sobie go bez niej. Nadia natomiast na zawsze pozostanie w moim sercu i będzie mi dawała siłę, aby pomagać innym – takim jak ja rodzicom po stracie dziecka.

Wiek czy rodzaj odejścia dziecka tak naprawdę nie mają znaczenia. Na przykładzie doświadczenia trzech mam, z którymi prowadziłam grupę wsparcia postaram się pokazać, że różnica między poronieniem, martwym porodem czy śmiercią noworodka lub dziecka kilku-, kilkunastu-, czy kilkudziesięcioletniego polega tylko na tym, że rodzice tego najstarszego są bogatsi w większą ilość wspomnień z nim związanych.

Bogusia urodziła bliźniaki w 6 miesiącu ciąży, ich stan był ciężki, a w ciągu kilku godzin stał się krytyczny. Cały czas twierdziła, że chyba wolałaby nie patrzeć na cierpienie i ból, z jakim przez kilka tygodni zmagały się jej dzieci, walcząc o życie. Sylwia urodziła martwego synka Kacperka na 5 dni przed planowanym terminem porodu. Uważała, że przytulając jego ciało tuż po porodzie, popełniła największy błąd swojego życia, ponieważ do dziś prześladuje ją tylko ten widok. Iza natomiast poroniła swojego synka w 20 tygodniu ciąży, z mężem przez lata starali się o niego. Nie może pogodzić się z zaistniałą sytuacją i w każdej wolnej chwili ogląda zdjęcia z USG, płacząc nad nimi, mówiąc, że tylko tyle jej zostało po Michałku. Na jednym ze spotkań grupy wsparcia prowadzonej przez Fundację By Dalej Iść, po prawidłowym przejściu przez wszystkie Panie trzech etapów żałoby, nawiązała się między nimi następująca wymiana zdań:

Bogusia, zwracając się do Sylwii, mówi: „Do tej pory myślałam, że wolałabym, aby moje dzieci zmarły podczas porodu, nie cierpiałyby wtedy tyle, a ja nie musiałabym patrzeć na to cierpienie. Ale słuchając, jak Ty przeżyłaś śmierć Kacperka, nie wyobrażam sobie urodzić martwego dziecka, zrozumiałam, że choć kilka dni mogłam popatrzeć na nie, przytulić je, poczuć jak oddychają czy usłyszeć ich płacz...".

Sylwia odpowiada, zwracając się do Izy: „A ja właśnie dzięki Twoim opowiadaniom uświadomiłam sobie, jakie miałam szczęście móc mojego Kacperka poczuć, przynajmniej wiem jak wyglądał, jaki był w dotyku, jak pachniał, mogłam go później nawet ubrać a od położnej dostałam odcisk jego nóżki (...). Dzięki Tobie uświadomiłam sobie, jak wiele dało mi to, że jednak go przytuliłam pomimo tego, że już nie żył…".

W tym momencie u Izy na twarzy pojawiły się łzy, a sama powiedziała tylko tyle: „A ja mam tylko zdjęcia USG po Michałku i tak bardzo wam zazdroszczę, że mogłyście swoje dzieciątka choć na chwile przytulić, ja nie mogłam go nawet pochować".

Przytoczony fragment rozmowy trzech mam, które w różnych okolicznościach utraciły swoje dzieci pokazuje, że trudno jednoznacznie stwierdzić, który etap odejścia dziecka jest trudniejszy dla rodziców. Jest to uwarunkowane indywidualnymi predyspozycjami emocjonalnymi. Należy jednak pamiętać, że dla każdego odejście jego dziecka, niezależnie

od wieku, jest traumą, którą należy prawidłowo przepracować, aby móc nauczyć się żyć na nowo.

5. Zakończenie

Ból, jaki towarzyszy rodzicowi po stracie dziecka jest w stanie zrozumieć tylko ten, kto sam ją przeżył. Ja to rozumiem. Wielokrotnie spotykałam się z osobami, których dzieci wcześnie umarły, a moje własne, bolesne przeżycia związane ze śmiercią mojej córeczki Nadii wzmocniły moją empatię i otwartość do współodczuwania bólu. Czas, jaki był mi wtedy potrzebny na przejście procesu żałoby, oraz bliskość i pomoc otoczenia utwierdziły mnie w pragnieniu i przekonaniu, które towarzyszy mi od czasu jej śmierci, mianowicie że to, co robię dla rodziców po stracie dziecka, to wola mojej córeczki.

Proces żałoby ulega zakończeniu nie wtedy, kiedy zapomina się czy neguje żal z powodu utraty kochanej osoby, lecz kiedy pomimo pamięci o jej bolesnej śmierci, osierocony potrafi odnaleźć się w życiu i znaleźć dla siebie cele warte zaangażowania. Żałoba po śmierci dziecka tak naprawdę nigdy się nie kończy i nieważne czy dziecko było w chwili śmierci dorosłe, rok przed zgonem rozpoczęło szkołę, czy nie dożyło do swoich narodzin. Śmierć zbiera dzieci bez względu na rozpacz tych, którzy pozostali. Osieroceni rodzice borykają się z poczuciem przegranej, z przeświadczeniem, że cała ich przyszłość zawiera jedynie ból, który niewątpliwie pozostanie integralną częścią ich życia. Strata dziecka nie zmniejszy się w ich pamięci, ani we wspomnieniach. Rodzic, który pochował swoje dziecko nigdy nie wróci już do swojego poprzedniego życia sprzed tragedii. Żyjąc dalej, tak naprawdę uczy się na nowo, a żal i ból, jaki pozostaje po stracie , nigdy nie ustąpi – jest jak rana, która najpierw bardzo boli, później powoli się zasklepia, a na końcu pozostawia bliznę, jaka zawsze będzie przypominać o tym trudnym wydarzeniu.

Podsumowując, warto tylko wskazać najczęściej popełniane błędy wobec rodziców po stracie (czyli czego nie robić, jeżeli naprawdę chcemy pomóc):

- Nie pocieszaj osób pogrążonych w żałobie,
- Nie używaj stwierdzeń, które mogą zrazić rodzica po stracie,
- Nie zaprzeczaj temu, co widzisz i słyszysz, nawet jeśli będzie Ci się to wydawało niewiarygodne,
- Nie nadawaj odmiennego sensu jego cierpieniu,
- Nie poszukuj pozytywnych stron odejścia jego dziecka,
- Nie używaj sformułowań „widocznie tak miało być” lub „czemuś ta śmierć miała służyć”,

- Nie uspokajaj rozzłoszczonego rodzica, wręcz przeciwnie – pokaż mu, że jego zachowanie jest normalne,
- Nie rozpraszaj się ani nie uciekaj wzrokiem, kiedy rodzic po stracie do Ciebie mówi,
- Unikaj przerywania rozmowy, nawet kiedy przychodzi Ci do głowy pocieszająca myśl,
- Nie kończ za rodzica rozpoczętych zdań,
- Nie próbuj przedstawiać racjonalnych wyjaśnień zaistniałej sytuacji,
- Nie mów rodzicom, żeby nie byli smutni,
- Nie mów im, co powinni czuć i myśleć,
- Nie wmawiaj im, że wiesz, co czują, bo to nieprawda,
- Nie mów: „Powinieneś już czuć się lepiej", nawet gdy od śmierci bliskiej osoby minęło sporo czasu, bądź „Nie jesteś jedyny, którego to spotkało",
- Nie mów: „Przynajmniej masz drugie dziecko",
- Nie kwestionuj wyznawanych przez nich wartości czy przekonań (np. religijnych),
- Nie zachęcaj rodziców, żeby ukrywali żal i smutek przed pozostałymi dziećmi,
- Nie mów: „Jesteś młody/młoda. Wszystko przed Tobą. Będziesz mieć kolejne dziecko.",
- Nie udawaj, że zmarłego dziecka nigdy nie było, nie bój się o nim mówić, nie udawaj, że nie istniało,
- Czasami wystarczy pomilczeć, to niewiele, a ma dużą wartość,
- Nie uciekaj przed rodzicem po starcie dziecka – to nie jest zaraźliwe, on potrzebuje twojej obecności,
- Nie oczekuj, że żal i smutek minie po 3 czy 6 miesiącach,
- Nie mów rodzicom po stracie: „Nie myśl o tym", „Życie toczy się dalej",
- Nie mów im, jak mają dalej żyć,
- Nie oczekuj, że będą jeszcze tacy sami jak przed stratą,
- Nie zabraniaj rodzicom jeździć i przebywać nad grobem ich dziecka,
- Używaj imienia zmarłego dziecka,
- Bądź z nimi, a nie obok nich.

Piśmiennictwo

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 25 kwietnia 1994 r. Zmieniające rozporządzenie w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej, sposobu

jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania, Dz.U.1994, nr 56 poz. 234.

2. Biologia: słownik encyklopedyczny. Wyd. Europa, Warszawa, 2001, 360.
3. Rozporządzenie Komisji (UE) NR 328/2011 z dnia 5 kwietnia 2011 r. w sprawie wykonania, w odniesieniu do statystyk dotyczących przyczyn zgonu, rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1338/2008 w sprawie statystyk Wspólnoty w zakresie zdrowia publicznego oraz zdrowia i bezpieczeństwa w pracy
4. Bręborowicz H.G.: Położnictwo i ginekologia. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2013, 111-119.
5. Krakowiak P.: Strata, osierocenie i żałoba. Poradnik dla pomagających i dla osób w żałobie, Biblioteka Fundacji Hospicyjnej, Gdańsk, 2008.
6. Komarnicka O.: Rodzina po stracie dziecka [w:] Jaka rodzina, takie społeczeństwo: wspólnototwórczy wymiar wychowania integralnego, Kozubek.M.T., Księgarnia Św. Jacka, Katowice, 2012, 206.
7. Kubacka-Jasecka D.: Interwencja Kryzysowa. Pomoc w kryzysach psychologicznych. Wyd. Akademickie i Profesjonalne, Warszawa, 2010.
8. List Episkopatu Polski z 3 marca 2011 r.
9. Kùbler – Ross E.: Dzieci i śmierć, Media Rodzina, Poznań, 2007.
10. Sanders C.M.: Jak przeżyć stratę dziecka. Powrót nadziei. GWP, Gdańsk, 2001

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

„Przyszedł do swoich a swoi go nie przyjęli” - utrata dziecka przed 22 tygodnia ciąży, rola i zadania pracowników opieki zdrowotnej

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

Wstęp

Poronienie (z łacińskiego *abortus*) czyli przedwczesne zakończenie ciąży, używane jako termin medyczny opisuje wydalenie jaja płodowego z macicy do 22 tygodnia ciąży [1,2,3]. Przebieg utraty ciąży bezsprzecznie nie jest tylko terminem medycznym, ale coraz częściej jest analizowany w kontekście holistycznej opieki nad kobietą roniącą pod kątem wpływu jaki poronienie wywiera na psychikę i tożsamość kobiety oraz jej najbliższe otoczenie [4]. Rozpatrując dane dotyczące czasu pracy psychologów zatrudnionych w polskich szpitalach, jak również godzinowe ograniczenia nałożone na udzielanie wsparcia psychologicznego rodzicom, którzy stracili dziecko, zasadnym wydaje się potrzeba zgłębienia roli i zadań jakie stoją przed pracownikami opieki zdrowotnej w chwili przyjęcia na oddział pacjentki we wczesnej fazie ciąży, gdy dochodzi do poronienia.

Według statystyk od 10 do 15 % rozpoznanych ciąż kończy się poronieniem, a w 80% z tych przypadków do starty ciąży dochodzi już w I trymestrze [2]. Liczba poronień w Polsce od lat utrzymuje się na względnie stałym poziomie. Dodatkowo należy zwrócić uwagę, że ryzyko poronienia rośnie wraz ze wzrostem wieku kobiety, co wydaje się być znaczącym argumentem przemawiającym za uwrażliwieniem etycznym lekarzy i położnych, którzy opiekują się przyszłymi matkami, ponieważ coraz częściej mogą spotkać się z pacjentką, która ze względu na obserwowane tendencje społeczne do zakładania rodziny w coraz późniejszym wieku, może stracić ciąże w bardzo wczesnym stadium, a co za tym idzie będzie wymagała specyficznej formy pomocy [4].

Poronienie, uważane według ACOG (*Amercian College of Obstetritians and Gyneclogist*), mimo niejednokrotnie braku jednoznacznej etiopatogenezy, dzielone jest w literaturze na kilka rodzajów [3]:

- poronienie zagrażające (*abortus imminens*) - nie doszło jeszcze do rozwarcia szyjki macicy, jednak w wywiadzie stwierdza się plamienie, krwawienie, bóle podbrzusza;

- poronienie rozpoczynające się (*abortus incipiens*) - nastąpiło rozwarcie i skrócenie się kanału szyjki macicy, w wywiadzie stwierdza się obfitsze krwawienie oraz odchodzenie części tkanek i skrzepów;
- poronienie w toku (*abortus in tractu*) – obecność w wywiadzie objawów klinicznych poronienia, takich jak krwawienie z jednoczesnym rozwieranie się szyjki macicy, niejednokrotnie z uwidocznieniem się fragmentu trofoblastu w jej ujściu;
- poronienie zatrzymane (*missek abortion*) – brak w wywiadzie objawów klinicznych poronienia takich jak krwawienie, jednak nastąpiło obumarcie ciąży, bez wydalenia płodu z jamy macicy;
- poronienie niekompletne (*residua post abortum*) - w jamie macicy pozostają resztki trofoblastu, po przejściowym krwawieniu mogą one powodować bolesność brzucha [5].

Mimo powszechnej tezy panującej w społeczeństwie, że strata ciąży we wczesnym etapie jest dla kobiety mniej dotkliwsza niż w późniejszym czasie psycholodzy jednoznacznie definiują, iż jest to zawsze trudny do zaakceptowania dla kobiety fakt, bez względu na czas jaki upłyną w oczekiwaniu na potomstwo. Sytuacja, w której znajduje się pacjentka oraz ojciec dziecka jest zawsze zaskoczeniem, nawet gdy istniały wcześniejsze przesłanki, że ciąża może zakończyć się niepowodzeniem. W wielu przypadkach dopiero w momencie utraty ciąży kobieta uświadamia sobie realną stratę osoby bliskiej. Emocje z jakimi musi zmierzyć się często mogą powodować zaburzenia równowagi psychicznej.

Głównymi emocjami jakie odczuwa kobieta to: złość, gniew, poczucie winy, bezradność oraz zaprzeczenie. Poronienie uznaje się za sytuację kryzysu psychologicznego, czyli okres trwający od 6 do 8 tygodni będący reakcją zdrowej osoby na sytuacje trudne, przekraczające jej zasoby i możliwości adaptacyjne [4,6]. W efekcie wystąpienia kryzysu psychologicznego, po starcie ciąży, możemy zaobserwować przechodzenie kobiety przez kilka faz:

- **szok** – kobieta odrzuca fakt poronienia i utraty dziecka, mogą wystąpić zaburzenia snu, dochodzi do zaprzeczenia;
- **reakcja emocjonalna** – kobieta próbuje stawić czoło rzeczywistości, uporać się z własnymi emocjami, które jej towarzyszą wykorzystując do tego różne mechanizmy obronne na przykład wyparcie bądź racjonalizacje (pacjentka szukają informacji na temat patofizjologii ciąży oraz możliwych przyczyn poronienia, czasami w sposób wręcz obsesyjny);

- **praca nad kryzysem** – dochodzi do zwrotu w kierunku możliwych rozwiązań (kobieta podejmują leczenie, które może jej pomóc zajść w ciąże), akceptuje stratę dziecka, dopuszczają możliwość kolejnego zajścia w ciąże;
- **nowa orientacja** – kobieta akceptuje utratę ciąży jako własne doświadczenie życiowe, akceptuje fakt, że była matką, odbudowuje własne poczucie wartości.

Zanegowanie faktu, iż kobieta po starcie dziecka ma prawo do różnych emocji, odebranie jej prawa do tego może spowodować niepełne przepracowanie kryzysu, co w późniejszym okresie funkcjonowania może skutkować pojawieniem się zmiennych stanów emocjonalnych zwłaszcza w sytuacjach gdy pojawi się inny problem, z którym kobieta będzie musiała sobie poradzić [1,4].

W literaturze naukowej spotyka się opis, iż reakcja na silny bodziec stresowy jakim jest utrata ciąży, jest wydarzeniem traumatycznym mającym charakter negatywny i wiąże się z nieprzewidywalnością, wieloznacznością i trudną do opanowania sytuacją, zaś przeżycie te może doprowadzić do wystąpienia zespołu stresu pourazowego (PTSD – *posttraumatic stress disorder)*. W PTSD ludzie cierpią z powodu powracających wspomnień. Efektem tego jest znieczulenie emocjonalne w stosunku do życia codziennego, a także izolacja społeczna [7]. W skutek tego mechanizmu kobiety często unikają kontaktów seksualnych, w obawie przed ponownym zajściem w ciąże. Brak kontaktów intymnych z partnerem ma je uchronić przed ponowną możliwością starty dziecka, a w efekcie może prowadzić do kryzysu małżeńskiego.

Szacuje się, że około 40% pacjentek dotkniętych poronieniem bądź porodem przedwczesnym może mieć właśnie problemy charakterystyczne dla reakcji PTSD (dotyczy to zwłaszcza kobiet, które straciły ciąże więcej niż jeden raz). Należy podkreślić, iż bardzo często wykorzystywany społeczeństwie argument, że kobieta posiadająca już potomstwo, która straciła swoje dziecko, po upływie pewnego czasu w mniejszym stopniu odczuwa traumę niż kobieta, która nie roni pierwszego dziecka. Analizując mechanizm PTSD można wysunąć wniosek, że wszystko co przypomina traumę (w tym przypadku będzie to dziecko) potęguje objawy. W tym momencie należy zwrócić całą uwagę personelu, na słowa i formę wypowiedzi. Położne, lekarze niejednokrotnie próbując pocieszyć pacjentkę używają sformowań, które nie są adekwatne w tej sytuacji. W celu umożliwienia jej przeżycia i pogodzenia się ze stratą nigdy nie powinno paść z ich strony sformułowanie: *na szczęście ma Pani przecież już córkę/syna* [1,4]. Personel medyczny, zwłaszcza położne, które są najbliżej kobiety roniącej powinny wykazać się nie tylko wiedzą z zakresu PTSD, ale także wiedzą z zakresu przeżywania żałoby i jej etapami by lepiej pomóc swoim pacjentkom.

Posiadanie takiej wiedzy przez personel medyczny może ułatwić kobiecie roniącej odnalezienie w sobie mechanizmów broniących i chroniących ją przed długotrwałymi i powracającymi problemami emocjonalno-psychicznymi. Ponadto posiadana wiedza, a przede wszystkim umiejętności z tego zakresu mogą wyposażyć interdyscyplinarny zespół w narzędzia profesjonalnego wspomagania pacjentki, aby mogły we właściwy sposób przejść żałobę. Tym samym pozwolić jej na przeżycie smutku po poronieniu, uświadomieniu, że jako osoba, która straciła najbliższego członka swojej rodziny, ma do tego prawo, bez względu na to jaki był czas trwania ciąży. W tym zakresie autorzy dostrzegają ogromną rolę położnej, która może pozwolić kobiecie na przepracowanie swojej ogromnej starty.

Autorzy dostrzegają luki kompetencyjne u pracowników, którzy sprawują opiekę nad kobietą roniącą. Dlatego też ważnym elementem powinny być szkolenia dedykowane nie tylko lekarzom, ale przede wszystkim położnym, a także innym członkom zespołu terapeutycznego z zakresu przerywania mechanizmów obronnych i związku między cechami osobowościowymi, a cechami procesu żałoby [1]. Autorzy dostrzegają potrzebę, aby takie szkolenia były cykliczne i powtarzane przynajmniej raz w roku w celu przypomnienia i utrwalenia wrażliwości etycznej w stosunku do kobiety roniącej w omawianym zakresie.

Innym ważnym aspektem, na który chcieliby zwrócić uwagę autorzy jest umożliwienie rodzicom pożegnania się ze swoim dzieckiem w formie pochówku. Udzielenie pomocy jak również wskazówek w tym zakresie, mogą pomóc pacjentkom sprawniej przeżyć stratę i zakończyć proces żałoby. Jak wskazują badania, proces ten znacznie lepiej przebiega właśnie w przypadku par, które miały możliwość pochowania swojego nienarodzonego dziecka. U kobiet, którym nie dano możliwości pożegnania się z dzieckiem oraz/i pochowania go zaobserwowano syndrom nieoznaczonego grobu. Dlatego też istotnym elementem w celu osiągnięcia przepracowania straty dziecka jest możliwość namacalnego pożegnania swojego zmarłego potomstwa w formie pochówku i posiadania miejsca, do którego kobieta może wrócić by powspominać swoje dziecko [1,4].

Pomimo, iż ustawodawstwo polskie w aktach prawnych reguluje kwestię możliwości pochówku w przypadku poronienia personel medyczny nie zawsze pamięta o tym, by kobiecie umożliwić pochówek dziecka gdy strata wystąpiła do 22 t. ciąży.

Autorzy podkreślają, iż zgodnie z ustawą z dnia 29 września 1986 roku – Prawo o aktach stanu cywilnego (Dz. U. Nr 36, poz. 180 z późn. zm.) art. 38 ust. 2 zgłoszenia dziecka martwo urodzonego powinno nastąpić w ciągu 3 dni, sporządza się w tym przypadku akt urodzenia dziecka z adnotacją w rubryce „Uwagi”, że dziecko urodziło się martwe, nie sporządza się w zaistniałej sytuacji aktu zgony. W dalszej części ustawy czytamy, że obowiązek zgłoszenia

dziecka spoczywa na placówce opieki zdrowotnej, w której urodziło się dziecko. Natomiast jeżeli miało to miejsce poza zakładem opieki zdrowotnej obowiązek taki ma lekarz albo położna, ojciec dziecka albo matka (jeżeli stan jej zdrowia na to pozwala) bądź inna osoba, która znajdowała się przy porodzie [8]. Autorów zastanawia fakt, iż tak jak w przypadku kobiet, które ronią dziecko w wyższej ciąży wydaje się naturalnym, iż personel medyczny omawia kwestię pochówku z pacjentką, tak w przypadku kobiety roniącej do 22 tygodnia ciąży ten element jest często pomijany przez personel medyczny, a wręcz traktowany jako zbędny.

Analizując kolejne akty prawne autorzy zauważają [9,10], iż również w nich kobieta otrzymuje prawo do pochowania zwłok dziecka martwo urodzonego. Dlatego autorzy zastanawiają się co jest powodem, iż rzadziej proponuje się kobietom pochówek dziecka gdy strata nastąpiła przed 22 tygodniem ciąży? [11].

W ostatnim czasie wiele szpitali stara się standaryzować swoje procedury, w związku z tym wymaga od pacjentek podpisania zgody na zabieg łyżeczkowania jamy macicy, który jest zawsze wykonywany po poronieniu, oraz wyrażenia na piśmie woli pochówku we własnym zakresie bądź oddanie tego w ręce szpitala. Niestety często zdarza się, że w przypadku gdy dochodzi do poronienia we wczesnym etapie ciąży pacjentkom przedstawia się tylko pismo, w którym zrzekają się woli pochówku na rzecz szpitala i nie są informowane o fakcie, że ciało ich dziecka zostanie spopielone z zachowaniem czci godnej osobie zmarłej, nie zostanie natomiast potraktowane jako odpad medyczny.

Posumowanie

Sytuacja trudna jaką jest śmierć osoby bliskiej, a tym bardziej nienarodzonego dziecka, stawia przed personelem medycznym duże wyzwanie, gdyż nie zostanie on oceniony tylko w kontekście fachowości wykonanych procedur, ale również, bądź przede wszystkim przez pryzmat umiejętności empatii, chęć niesienia pomocy i wyrozumiałości dla pacjentki i jej najbliższych w trudnej sytuacji życiowej. Ocenia się, że liczba kobiet, których dotyczyć będzie problem utraty ciąży w najbliższych latach może wzrosnąć, ze względu na fakt, że w wiek prokreacyjny weszło społeczeństwo urodzone w trakcie wyżu demograficznego lat 80-tych. Analiza badań, które zostały przeprowadzone blisko 25 lat temu na temat straty ciąży, jednoznacznie wskazały iż osierocona kobieta/ rodzice mają prawo do interdyscyplinarnej opieki ze strony pracowników opieki zdrowotnej biorąc pod uwagę fakt, że zdarzenie to właśnie tam najczęściej następuje. Obowiązek niesienia pomocy mają nie tylko lekarze, położne, psycholodzy, kapelani ale również inni pracownicy pomocniczy w szpitalach. Nieoceniona wydaje się być świadomość personelu medycznego iż w przypadku poronienia

maja do czynie z dwiema istotami, matka i zmarłym dzieckiem, gdyż według prawa polskiego nie ma rozgraniczenia czasowego i wagowego w stosunku co do momentu, w który możemy mówić o płodzie, a w który o dziecku.

Badania przeprowadzone w latach 2003-2008, za najczęstsze problemy psychiatryczne u kobiet po poronieniu wskazuje: depresję (22-55%), lęk i ataki paniki (22-41%), zaburzenia kompulsywne czy PTSD [6]. Zauważa się, że blisko 60% par, które zostały dotknięte stratą dziecka, rozstaje się po kilku latach od zaistniałej sytuacji. Pacjentka, która przebywa w szpitalu w związku z poronieniem powinna mieć zapewnione jak najintymniejsze warunki, prawo do przebywania na oddziale i w sali szpitalnej, w której nie ma kobiet ciężarnych bądź matek z dziećmi, powinna mieć nieskrępowany dostęp do rozmowy z psychologiem, duchownym, najbliższą osobą. Holistyczne podejście w stosunku do kobiety roniącej umożliwi jej szybszy powrót do zdrowia fizycznego i przede wszystkim psychicznego.

Piśmiennictwo

1. Barton-Smoczyk I., O dziecku które odwróciło się na pięcie, Wyd. NAF, Łomianki, 2006.
2. Bręborowicz G. H., Pronienie [w:] Położnictwo i Ginekologia. Tom I. Poronienie. Bręborowicz G. H., (red.) , Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2005, 111-119.
3. Jodłowska-Sowińska M.: Rola położnej w opiece nad kobietą roniącą, Położna. Nauka Prakt., 2011, 3, 42-47.
4. Bielan Z., Machaj A., Stankowska I.: *Psychoseksualne konsekwencje starty dziecka w okresie ciąży i poród*,. Seksuol. Pol., 2010, 8, 41-46.
5. Bień A. M.: Krwawienia w okresie ciąży [w:] Opieka nad kobietą ciężarną, Bień A. M., (red), Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2009, 271- 273.
6. Łuczak-Wawrzyniak J., Czarnecka-Iwańczuk M., Bukowska A., Konofalska N.: Wczesne i późne psychologiczne skutki utraty ciąży, Ginekol. Pol., 2010, 81, 374-377.
7. Gerrig R. J., Zimbardo P. G.: Emocje stres i zdrowie [w:] Psychologia i życie, Gerrig R. J., Zimbardo P. G., (red.), Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2006, 405- 406.
8. Dz. U. 1986, Nr 36, poz. 180 z późn. zm.
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 rok w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi „za zwłoki uważa się ciało osób zmarłych i dzieci martwo urodzonych, bez względu na czas trwania ciąży" [Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. zmieniającym

rozporządzenie w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi (Dz. U. z 2007 r. Nr 1, poz.10)]

10. Ustawa z dnia 31 stycznia 1959 roku o cmentarzach i chowaniu zmarłych (znowelizowana przez Marszałka Sejmu Rzeczpospolitej Polskiej w dniu 9 maja 2011 w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych) Dz. U. 2011, Nr 118, poz. 687.
11. Dz. U. 2007, Nr 1, poz. 1.

Krzesińska-Żach Beata

Przeżyjmy to razem – jak komunikować się z pacjentem umierającym

Uniwersytet w Białymstoku

Dedykuję Staszkowi,
któremu nie mogłam towarzyszyć w przejściu na drugą stronę życia…
Kiedy ilość życia jest już zagwarantowana – jakość staje się najważniejsza.

W ostatnich latach powraca na nowo zainteresowanie problematyką dotyczącą zachowania się człowieka w sytuacjach trudnych (np. zagrożenia życia chorobą nowotworową).

Choroba i cierpienie wyzwalają szereg reakcji, poddających człowieka ciężkim próbom. Cierpienie odnosi się do negatywnego doświadczenia człowieka obejmującego sferę fizyczną, psychiczną i duchową. „*Cierpieniem określa się negatywny stan psychiczny bądź fizyczny i emocjonalny, bardzo często doświadczany jako ból (fizyczny) lub nieprzyjemne doznanie (...) Cierpienie psychiczne wiąże się z doświadczeniem negatywnych emocjo w postaci lęku, poczucia krzywdy, smutku lub żalu. O cierpieniu można też mówić wtedy, gdy organizm – w jego subiektywnej ocenie – znajdzie się w sytuacji bez wyjścia i nie widzi dla siebie ratunku*” [1].

Każde cierpienie zmienia życie nie tylko samej jednostki, ale także członków jej rodziny i przyjaciół, wkracza w życie jednostki, przejmuje nad nim kontrolę, każe na nowo spojrzeć na własną sytuację życiową. Ważne jest, w jaki sposób przyjmuje się cierpienie i w jaki sposób się je znosi (subiektywny wymiar cierpienia), ponieważ cierpienie czyni człowieka bardziej wrażliwym.

Choroba jest przyczyną pojawienia się trajektorii cierpienia (bierność, bezradne poddanie się biegowi zdarzeń, niechęć «niezdolność» do kontaktów z innymi). Sposób reagowania ludzi chorych na cierpienie i zbliżającą się śmierć podlega różnym ewolucjom w czasie i zmienia się (u jednej i tej samej osoby). Towarzyszy im często lęk i depresja (jako powszechne odczucia wśród osób umierających). Poza obroną przed cierpieniem i mękami umierania może to być lęk przed samotnością, utratą bliskich osób, lęk przed postępującym zniszczeniem ciała i brakiem nad nim kontroli, a także lęk przed śmiercią. Cierpienie jest udziałem zarówno umierającego, jak i wszystkich osób związanych uczuciowo z chorym, znoszących codzienny trud opieki.

Aby rozstrzygnąć problem informowania o nieuleczalnej chorobie ważna jest znajomość stylu zmagania się z nią osoby chorej – czy dąży ona do uzyskania informacji, czy też unika wszelkich informacji o chorobie lub z jednej strony unika informacji, z drugiej poszukuje w nadziei, że otrzyma informacje pozytywne (tzw. indywidualny styl zmagania się z chorobą).

W sytuacji człowieka umierającego należy przekazywać tylko te informacje, które pozwalają na lepszą adaptację do szpitala (hospicjum) i akceptację siebie w roli chorego. Ilość i jakość informacji, jaką chcemy przekazać choremu wyznacza stan jego choroby, czas choroby i sposób zmagania się z nią (informacja powinna być dostosowana do indywidualnego stylu zmagania się z chorobą). Ważne jest aby informacje o chorobie traktować dynamicznie, jako proces rozłożony w czasie – a nie jednorazową czynność. Wymaga to znajomości chorego, jego potrzeb i oczekiwań, sposobu radzenia sobie ze stresem, a także fazy choroby i postaw wobec informacji o śmiertelnej chorobie.

Elizabeth Kübler-Ross [2] wyróżniła główne etapy przebiegającego świadomie procesu umierania:

- **zaprzeczenie** (chory nie dopuszcza do swojej świadomości myśli, że to właśnie on musi umrzeć),
- **gniew** (człowiek zaczyna wierzyć w swoją bliską śmierć jednak nie może się z tym pogodzić, gniewa się, że inni mogą żyć, podczas gdy on musi umierać),
- **targowanie się** (chory próbuje zawierać układ (głównie z Bogiem) w zamian za przedłużenie życia,
- **depresja** (pacjent przygotowuje się do odejścia, nie należy mu wtedy przeszkadzać w wyrażaniu smutku i bólu),
- **akceptacja** (zaniechanie dalszej walki o życie, akceptacja nieuchronnej śmierci).

Najczęściej jednak osoba nieuleczalnie chora nie może pogodzić się z losem i zaakceptować swojej choroby, zwłaszcza jeśli jej nie zna i nie posiada o niej pewnych informacji. Ważne jest, aby na ten temat rozmawiały z chorym osoby, które mają z nim najlepszy kontakt i do których ma największe zaufanie. Należy pamiętać, iż spotkanie z pacjentem jest zawsze bardzo ważnym wydarzeniem, wejściem w układ, które trzeba przeprowadzić ostrożnie.

Jeśli osobą informującą pacjenta o nieuleczalnej chorobie nowotworowej jest lekarz, to powinien on widzieć w chorym nie tylko jego chorobę ale **człowieka**, który nie może (i nie powinien) pozostawać sam wobec zbliżającej się śmierci. W chorobie i cierpieniu trzeba

widzieć tego drugiego człowieka i poświecić mu dużo czasu. Na pytania dotyczące śmierci należy odpowiedzieć, a nie pomijać milczeniem lub zmieniać temat rozmowy. Potrzebna jest gotowość pomocy, rozmowa, aby chory nie czuł się samotny, towarzyszenie. Potrzebne są też rozmowy pomagające przetrwać kryzys, wzbudzające zaufanie. W rozmowach trzeba tak przygotować chorego, aby udźwignął prawdę o nieuleczalnej chorobie i nie zniszczył w sobie całej nadziei. Czasami nie trzeba nic mówić, wystarczy tylko milczenie, potrzymanie kogoś za rękę, po prostu trzeba BYĆ, być cichym i pokornym w sercu a wtedy wszystko nabierze sensu i znaczenia. Szpital (hospicjum) lub dom to wyjątkowe miejsca, które naznaczone cierpieniem przybliżają do Boga. Nie każdy jest w stanie towarzyszyć ludziom umierającym, jednocześnie ich wspierając. Niejednokrotnie ciągła i bezinteresowna pomoc na skutek zaangażowania emocjonalnego może spowodować wycofanie się z relacji, której celem jest pomoc drugiemu człowiekowi w obliczu śmierci.

Komunikacja jest podstawowym narzędziem budowania relacji (procesu pomagania). Pełni funkcję informacyjną, przekazu i motywacyjną. W komunikacji bezpośredniej lekarz powinien koncentrować się na uczuciach chorego, być wobec niego otwartym i dzielić się z nim swoimi uczuciami (mówić co czuje wobec niego). Im bardziej lekarz jest szczery wobec pacjenta, tym większe szanse, że pacjent go polubi i przed nim się otworzy.

Empatia (jako umiejętność prawidłowego odbierania tego, czego doświadcza druga osoba), jest głównym sposobem rozumienia chorego, a szacunek wobec jego osoby pozwala na nawiązanie głębokich relacji z chorym, uczy pokory, pozwala na obcowanie z sacrum śmierci. Niekiedy trzeba chorego zachęcić do rozmowy i pomóc w wyrażaniu i uwalnianiu emocji.

Mało znany jest język ludzi umierających. Odgadywanie z bardzo ograniczonego przekazu niewerbalnego, trudnego do interpretacji – jak spontaniczne oznaki dyskomfortu, grymasy, jęki, płacz, dawanie znaków ruchem głowy, warg, mruganie, uścisk ręki w odpowiedzi na pytanie typu: czy nie czujesz bólu, duszności, pragnienia? czy zmienić ci pozycję? A co z bólem duchowym? – stanowi ważny, często niedoceniany system komunikowania się (znany przede wszystko osobom bliskim, najlepiej znającym chorego, ze względu na większość czasu jaki z nim spędzają). Dlatego lekarze i pielęgniarki powinni korzystać z ich pomocy w rozpoznawaniu przyczyn cierpienia u umierających i reagować na przekazywane przez nich sygnały [3].

Prawidłowa komunikacja z chorym zakłada zainteresowanie jego osobą bez próby zdominowania go i podporządkowania oraz bezpośredni i autentyczny sposób bycia, który sprzyja interakcjom międzyludzkim.

W komunikacji z pacjentem nieuleczalnie chorym ważny jest **sposób** przekazywania informacji o śmiertelnej chorobie i stanie zdrowia chorego. Celem przekazywania „złych" wiadomości jest pomoc w adaptacji, zapobieganie „zmowie milczenia" i przywrócenie poczucia kontroli.

Jak przekazać „złe wiadomości"?

- Należy dobrze przygotować się do rozmowy (sprawdzenie faktów i wiedzy chorego na temat choroby – co wie, co chce wiedzieć), takt i delikatność warunkiem właściwej komunikacji.
- Dawkować informacje unikając **bezmyślnej szczerości** i przekazu fałszywych informacji.
- Umieścić, złe wiadomości pomiędzy pozytywnymi.
- Szanować wolę pacjenta dotyczącą ilości przekazywanych informacji.
- Pozwolić na okazywanie uczuć.
- Zatroszczyć się o pacjenta po przekazaniu wiadomości.

Jeśli rodzina chorego kontaktuje się z lekarzem, należy wspólnie omówić problemy pacjenta i ustalić plany leczenia na przyszłość (czy chory pozostanie nadal w szpitalu «» czy wróci do domu, aby ostatnie dni życia spędzić z rodziną). W przypadku powrotu chorego do domu rodzinnego należy przygotować członków rodziny do stworzenia mu przyjaznej atmosfery, tak, aby rozbudzili w im potrzebę życia dniem dzisiejszym. Ważny jest również sposób komunikowania się z chorym członkiem rodziny. Umierający człowiek potrzebuje kontaktu z najbliższymi, długich (i częstych) rozmów – bez względu na porę dnia – o życiu, które minęło, o planach na przyszłość (której nie będzie), o sprawach do załatwienia, o trudnym pogodzeniu się z własnym odejściem lub innymi osobami (cierpienie egzystencjalne). Właśnie wtedy istotne znaczenie przypisuje się dotykowi, trzymaniu za rękę czy przytulaniu umierającego, a sam umierający musi mieć możliwość wyrażania swoich emocji.

Czas spędzony z rodziną jest czasem danym dla umierającego i jego rodziny. W wyjątkowych przypadkach należy dążyć do poprawy umiejętności komunikowania się z umierającym, zrozumienia jego języka i całościowej opieki nad chorym. Stanowi to niezbędny warunek przygotowania do umierania i śmierci rodziny chorego, jak i jego samego.

Umieranie i śmierć, tak jak i opieka nad chorymi u schyłku życiu mają różne oblicza, zawsze z towarzyszącym cierpieniem. Ulgę w cierpieniu może przynieść umiejętne komunikowanie się, oparte w szczególności na empatycznym wsłuchiwaniu się osób

opiekujących (lekarzy, członków rodziny) w historię cierpienia i właściwym rozpoznaniu potrzeb człowieka umierającego – w celu podtrzymania **jakości** tego ciągle ważnego okresu życia.

Wyleczyć można czasami, pomóc często a TOWARZYSZYĆ ZAWSZE.

Piśmiennictwo

1. Witek B., Kołątaj A. Cierpienie i ból [w:] Wielowymiarowość cierpienia, Binnebesel J., Błeszyński J., Domżał Z., Łódź, 2010, 16-17.
2. Kübler-Ross E.: Rozmowy o śmierci i umieraniu, tłum. J. Doleżak-Nowicka, Media Rodzina, Poznań, 1998.
3. Łuczak J.: Miłosierdzie w niesieniu opieki paliatywnej nad chorymi i umierającymi, Edukacja. Ideologia i Dialog, 2006, 3, 16-17.

Piecewicz-Szczęsna Halina[1,2], Niemiec Małgorzata[3]

Postawy pielęgniarek wobec umierania i śmierci pacjenta

1. Katedra i Zakład Epidemiologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
2. Instytut Medyczny, Państwowa Szkoła Zawodowa w Sanoku
3. Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Szpital Specjalistyczny, Sanok

Wstęp

Zawód pielęgniarki zawsze, nawet od czasu jego powstawania należał niewątpliwie do zawodów bardzo trudnych, odpowiedzialnych, wymagających nie tylko wysokiego poziomu wiedzy i doświadczenia w zakresie umiejętności ściśle zawodowych, ale także jest ściśle związany z człowiekiem, głównie chorym. Każdy zawód ma swój własny i jedyny w swoim rodzaju zbiór celów i oczekiwań, jednak pewne zakresy pracy są wspólne dla zawodów polegających na pracy z ludźmi, do których należy praca pielęgniarki. Ogólnie można powiedzieć, że głównym motywem w pracy pielęgniarki jest pomaganie ludziom i wywieranie istotnego wpływu na niektóre aspekty ich życia, dlatego tej pracy nie uważa się za zawód lecz raczej za powołanie.

Umiejętność nawiązywania bliskiej, zaangażowanej interakcji z drugim człowiekiem, w połączeniu z koniecznością utrzymania wysokiego poziomu kwalifikacji zawodowych, stanowi istotę profesjonalizmu współczesnej pielęgniarki, warunkuje powodzenie w tym zawodzie, sukces i rozwój. Jednocześnie skutki tej bliskiej interakcji z ludźmi, konfrontacja z negatywnymi emocjami, cierpieniem i śmiercią, przewlekłym stresem, powoduje że pielęgniarki są stale narażone na dodatkowe obciążenia zawodowe, jakimi są zmęczenie i emocjonalne wyczerpanie.

Zawód pielęgniarki wymaga dużego wkładu emocjonalnego, intelektualnego i fizycznego w pracy z ludźmi, dlatego uważa się, że jest jednym z zawodów szczególnie narażonych na wystąpienie syndromu wypalenia zawodowego. Trudno bez emocji towarzyszyć pacjentom i jego najbliższym w pogodzeniu się z nieuleczalną chorobą, niepełnosprawnością i śmiercią. Najczęściej, to właśnie pielęgniarka jest tym najwierniejszym towarzyszem dla pacjenta i jego najbliższych w tych trudnych chwilach życia.

Śmierć jest nieodłącznym elementem pracy zawodowej pielęgniarek i jest dla nich bogatym doświadczeniem, które wiąże się jednocześnie z wieloma czynnikami stresującymi [1,2]. Szczególnie częsty kontakt z pacjentem umierającym i jego śmiercią mają pielęgniarki

pracujące w oddziałach intensywnej terapii, hospicjach i w zakładach opiekuńczo-leczniczych, ze względu na specyfikę chorób, z którymi pacjenci trafiają właśnie do tych jednostek. Wiedza i doświadczenie pracującego w tych oddziałach personelu medycznego pozwala pomóc umierającym pacjentom odejść w sposób godny, bez cierpienia fizycznego i psychicznego. Opieka pielęgniarska polega nie tylko na łagodzeniu bólu fizycznego i innych objawów somatycznych, ale również kierowana jest na łagodzenie psychicznego i duchowego cierpienia [3].

Towarzyszenie osobom, które doświadczają bólu, cierpienia, braku nadziei i często odczuwają osamotnienie i zagubienie, lęk przed śmiercią, obciąża osoby, które są najbliżej pacjenta, z powodu wspólnego przeżywania negatywnych emocji. Warto zwrócić uwagę, że w pracy pielęgniarki oprócz obciążenia psychicznego występuje również znaczący czynnik wysiłku fizycznego, a zmęczony pracownik jest kilkakrotnie częściej narażony na stres i wyczerpanie emocjonalne.

Sytuację pogarsza ponoszenie ogromnej odpowiedzialności za efekty własnej pracy. Ciągła troska o innych powoduje, że reprezentanci tego zawodu niejednokrotnie płacą wysoką cenę w zakresie zdrowia psychicznego. Aby móc pracować, pielęgniarki bronią się przed odczuwaniem silnych emocji, stosując techniki emocjonalnego dystansowania się. Dobrze jest, jeżeli udaje im się osiągnąć optymalny poziom obiektywizmu i dystans wobec problemów, z którymi się stykają, bez utraty zainteresowania pacjentem i pracą. W przypadku niemożności uzyskania takiego dystansu dochodzi niekiedy do zespołu wypalenia zawodowego [4].

Postawy pielęgniarek wobec śmierci i umierania są uzależnione od emocji i zachowań. Według de Walden-Gałuszko postawy mogą mieć charakter negatywny, przejawiający się w przedmiotowym traktowaniu pacjenta, oraz charakter pozytywny, cechujący się całościowym zaspokajaniem potrzeb chorego i poszanowaniem jego praw [5,6,7].

Celem pracy jest omówienie postaw personelu pielęgniarskiego wobec chorych umierających, określenie charakteru emocji i przeżyć towarzyszących pielęgniarkom w przypadku śmierci pacjentów oraz ocena znaczenia doświadczania śmierci chorych w życiu respondentów.

Materiał i metody

Badaniem objęto grupę 110 pielęgniarek czynnie pracujących w zawodzie w Oddziale Intensywnej Terapii i w Oddziale Opieki Kardiologicznej Szpitala Specjalistycznego w Sanoku i w Brzozowie oraz w Zakładzie Opiekuńczo- Pielęgnacyjnym w Sanoku. Badanie

przeprowadzono w 2013 roku. Do zebrania danych i informacji zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędzie badawcze stanowiła ankieta skonstruowana specjalnie na potrzeby tych badań. Ankieta zawierała pytania, dotyczące opinii, problemów i postaw związanych z częstym kontaktem pielęgniarki z umierającym pacjentem i towarzyszeniem mu bezpośrednio przy śmierci oraz sposobach przeciwdziałania występującym u pielęgniarek problemom emocjonalnym, związanym z pracą na tym stanowisku, mogących wywołać u nich zespół wypalenia zawodowego.

Wyniki

W badanej grupie zdecydowaną większość stanowiły kobiety (106 osób – 96%), natomiast mężczyźni stanowili 4,0% ogółu badanych (4 osoby). Wiek badanych wahał się od 20 do 59 lat. Najliczniejszą grupę stanowili respondenci w wieku 40-49 lat – 44,0%, a drugie miejsce zajęli badani w wieku 30-39 lat – 30,0%. Zbliżone były udziały odsetkowe osób zaliczonych do kategorii wieku 50-59 lat – 14,0% i 20-29 lat – 12,0%. Z ogółu badanych, tylko 4 pielęgniarki (4,0%) pracowały na stanowisku kierowniczym – pielęgniarki oddziałowej, zaś pozostali na stanowisku pielęgniarki/ pielęgniarza odcinkowej/ego (106 osób – 96,0%). Ogółem staż pracy w zawodzie ankietowanych osób wynosił od 3 miesięcy do 36 lat (do 9 lat – 32,0%, 10-19 lat – 34,0%, 20-29 lat – 22,0%, 30-39 lat – 12,0%), natomiast na obecnym stanowisku pracy od 3 miesięcy do 35 lat (0-9 lat – 38,0%, 10-19 lat – 50,0%, 20-29 lat – 4,0%, 30-39 lat – 8,0%).

Większość respondentów (68 osób – 62,0%) stwierdziło, że wykonywana praca zawodowa na obecnym stanowisku pracy jest szczególnie obciążająca emocjonalnie, natomiast 38 osób (34,0%) nie podzieliło tej opinii, twierdząc, że praca na obecnym stanowisku nie obciąża ich emocjonalnie. Kolejne 4 osoby (4,0%) wskazały na odpowiedź: nie potrafię tego ocenić. Trzecia część respondentów stwierdziła, że praca właśnie z pacjentem umierającym często jest obciążającą emocjonalnie (32 osób – 29,0%), odpowiedź „czasami" wybrało 44 osób (40,0%), „zawsze" – 18 osób (16,0%), a odpowiedź „rzadko" – 12 osób (11,0%), „nigdy" – 4 osoby (4,0%).

W opinii pielęgniarek/rzy biorących udział w badaniach, czynnikami, które sprawiają, że śmierć pacjenta jest dla nich szczególnie trudnym przeżyciem emocjonalnym, są: młody wiek pacjenta (58 osób – 53,0%), współczucie dla pacjenta, silna empatia wobec jego cierpienia i/lub osamotnienia (54 osoby – 49,0%), współczucie dla bliskich pacjenta (40 osób – 36,0%), przywiązanie emocjonalne do pacjenta (24 osoby – 22,0%), a 2 osoby (2,0%)

stwierdziły nawet, że towarzyszenie śmierci pacjentów jest dla nich trudnym przeżyciem, ponieważ odnoszą to do sytuacji śmierci swoich najbliższych.

Respondenci zostali również zapytani o wyszczególnienie konkretnych reakcji, których mogą doświadczyć w sytuacji śmierci pacjenta. Opieka nad pacjentami u kresu ich życia wiąże się z przeżywaniem wielu emocji i uczuć. Najwięcej, bo ponad połowa ankietowanych wymieniła doznawanie smutku i przygnębienia (57 osoby – 52,0%). Także duża grupa, bo 42 osoby (38,0%) odczuwała bezradność wobec faktu śmierci, a 11 osób (10,0%) stwierdziło, że śmierć pacjenta przyjmuje ze spokojem.

Wszystkie badane osoby były pytane o to, w jaki sposób przeżywa śmierć pacjenta. Najczęściej respondenci (61 osób – 56,0%) odpowiadali, że w tej sytuacji ogarnia ich smutek, czego nie ukrywają, trzecia część personelu pielęgniarskiego (36 osób – 33,0%) stwierdziła, że w chwili śmierci pacjenta modli się, 8 osób (7,0%) przyznało się, że płacze, 7 osób (6,0%) podkreśliło, że śmierć pacjenta wywołuje u nich niechęć do pracy, a 2 osoby (2,0%) zadeklarowały, że stara się być obojętna.

Na pytanie dotyczące występowania u pielęgniarek/rzy objawów charakterystycznych dla zespołu wypalenia zawodowego, 57 pielęgniarek/rzy (52,0%) odpowiedziało, że takie objawy pojawiły się u nich w różnych okresach pracy zawodowej, natomiast 53 osoby (48,0%) odpowiedziały, że takich objawów u siebie nie zaobserwowały. Wśród objawów, które mogą świadczyć o wypaleniu zawodowym u pielęgniarek/rzy, najczęściej wymieniane przez personel pielęgniarski były: uczucie przygnębienia, brak zapału do pracy (30 osób – 27,0%), brak cierpliwości w stosunku do pacjenta lub/i członków rodziny pacjenta (26 osób – 24,0%), złe samopoczucie, znużenie (24 osoby – 22,0%). Ponad piąta część respondentów wskazała na występowanie poczucia niedoceniania, braku szacunku ze strony pacjentów/ przełożonych (24 osoby – 22,0%), a 2 osoby (2,0%) wymieniły poczucie bezradności w trudnych sytuacjach w oddziale.

Warto podkreślić, że pielęgniarki, które podkreślały, że ich praca wiąże się z obciążeniem emocjonalnym i stwierdzają u siebie wystąpienie syndromu wypalenia zawodowego, mają stosunkowo nieduży staż pracy. Wykazano, że krytycznym okresem pod względem wystąpienia obciążenia emocjonalnego oraz syndromu wypalenia zawodowego dla pielęgniarek jest praca w zawodzie między 10 a 19 rokiem stażu pracy (Tabela 1).

Badane osoby były pytane także o to, czy częsty kontakt z pacjentem umierającym i śmiercią może mieć wpływ na ich życie osobiste i na relacje ze współpracownikami. Dość duża grupa pielęgniarek (68 osób – 62,0%) wyraziła opinię, że ten problem nie ma żadnego

wpływu zarówno na ich życie osobiste, jak i relacje ze współpracownikami. Nigdy nad tym problemem nie zastanawiało się 18 pielęgniarek (16,0%). W opinii 12 pielęgniarek (11,0%) częsty kontakt ze śmiercią pacjenta ma negatywny wpływ na ich życie prywatne i stosunki ze współpracownikami. Jedna z wypowiedzi brzmiała następująco: „stałam się przewrażliwiona, odczuwam lęk przed chorobą, martwię się o swoich bliskich". Taka sama liczba pielęgniarek (12 osób – 11,0%) wyraziła opinię, że wpływ tych kontaktów wywiera na wymienione sfery ich życia osobistego i zawodowego pozytywny wpływ. Między innymi wymieniane były następujące wypowiedzi: „mam przez to inne spojrzenie na świat", „z większym spokojem podchodzę do śmierci".

Tab. 1. Występowanie obciążenia emocjonalnego i objawów wypalenia zawodowego wśród ankietowanych pielęgniarek/rzy w zależności od stażu pracy w zawodzie

Staż pracy na obecnym stanowisku (w latach)	Występowanie obciążenia emocjonalnego w pracy (w %)			Występowanie objawów wypalenia zawodowego w badanej grupie (w %)	
	TAK	NIE	NIE WIEM	TAK	NIE
do 9	15,0%	17,0%	2,0%	12,0%	26,0%
10-19	35,0%	10,0%	2,0%	30,0%	20,0%
20-29	5,0%	6,0%	0,0%	4,0%	0,0%
30-39	7,0%	1,0%	0,0%	6,0%	2,0%

Kontakt z osobami umierającymi według większości respondentów (64 osoby – 58,0%) przyczyniło się do tego, że oni mają większy szacunek do życia. Ponad połowa (58 osób – 53,0%), zaznaczyła, że nabyła umiejętności cieszenia się z każdej chwili życia, 54 osób (49,0%) nauczyło się pokory, natomiast 34 osoby (31,0%) podkreśliły, że doświadczenie śmierci pacjentów umacnia ich wiarę w Boga, a 16 osób (15,0%) odpowiedziało, że uczy ich miłości, bardziej uwrażliwia 10 osób (9,0%). Jedna z respondentek (1,0%) stwierdziła, że „doświadczanie śmierci pacjentów i towarzyszenie im w tych chwilach sprawia, że czuje się spełniona zawodowo".

Wśród sposobów radzenia sobie z trudnościami związanymi z przeżywaniem śmierci pacjenta, najwięcej osób ankietowanych wskazało na rozmowy z osobami najbliższymi i przyjaciółmi (52 osoby – 47,0%), 44 osoby (40,0%) za skuteczny sposób odreagowywania uznało wspólny odpoczynek z najbliższymi i przyjaciółmi, 24 osoby (22,0%) znajduje pomoc i wsparcie w modlitwie, 14 osób (13,0%) odreagowuje złe emocje, spędzając czas przy ulubionym hobby, a 10 osób (9,0%) aby odreagować swoje problemy emocjonalne, musi wyjechać na dłuższe wakacje – tabela 2.

Ostatnie zagadnienie, które poddano opinii ankietowanych pielęgniarek/rzy dotyczyło możliwości skorzystania z pomocy psychologa w przypadku wystąpienia problemów emocjonalnych związanych z wykonywaną pracą zawodową. Otrzymano tu interesujące wyniki, bowiem aż 92 osoby (84,0%) stwierdziły, że chciałyby skorzystać z takiej pomocy. Tylko 12 osób (11,0%) uznało, że takie wsparcie nie jest im potrzebne, a tylko nieliczni respondenci (6 osób – 5,0%) przyznali, że nigdy się nad tym nie zastanawiali.

Tabela 2. Sposoby radzenia pielęgniarek/rzy z trudnościami związanymi z przeżywaniem śmierci pacjenta

Sposoby radzenia sobie z trudnościami	Udział procentowy*
Rozmową z bliską osobą lub przyjacielem	47,0%
Wspólny odpoczynek z najbliższymi lub przyjaciółmi	40,0%
Modlitwa	22,0%
Spędzenie wolnego czasu przy ulubionym hobby	13,0%
Wyjazd na dłuższe wakacje	9,0%

**łączna suma odsetek stanowi powyżej 100, ponieważ zawarto odpowiedzi z pytań wielokrotnego wyboru*

Omówienie wyników badań

Częsty kontakt z pacjentem umierającym, jego rodziną i towarzyszenie przy jego śmierci w opinii większości respondentów (62,0%) jest dla pielęgniarki poważnym odciążeniem emocjonalnym, co jest zgodne z poglądami na ten temat wielu badaczy tego problemu. Kozak, Sęk, de Walden-Gałuszko podkreślają, że śmierć pacjentów jest nieodłącznym elementem w pracy pielęgniarki, szczególnie w takich placówkach, gdzie zdarza się to często i dlatego personel zatrudniony w takich miejscach jest bardziej narażony na niekorzystne zmiany emocjonalne [3,8,9].

Przeprowadzone badanie opinii pielęgniarek/rzy potwierdziło, że problemy emocjonalne związane z częstym towarzyszeniem pacjentowi umierającemu i śmierci pacjenta u większości respondentów przyczyniają się do wystąpienia objawów wypalenia zawodowego (52,0%). Jak wykazały przeprowadzone badania wyczerpaniu emocjonalnemu częściej ulegają pielęgniarki ze stażem pracy 10-19 lat. Warto zauważyć, że wśród typowych objawów somatycznych, takich jak znużenie, złe samopoczucie, brak cierpliwości, skłonność do irytacji, występują też problemy natury społeczno- psychologicznej, które w pracy pielęgniarki mogą znacznie wpłynąć na jakość wykonywanych przez nią obowiązków, a co za tym idzie na jakość opieki. Śmierć pacjentów może powodować, że pielęgniarka odczuwa niechęć do wykonywanych obowiązków, wykonywana przez nią praca przy tym może nie być dla niej źródłem satysfakcji, pojawia się poczucie niespełnienia zawodowego, co może

doprowadzić do zespołu wypalenia zawodowego. Emocji nie da się uniknąć, udając że ich nie ma, ponieważ w ostateczności mogą wrócić ze zdwojoną siłą, a wyczerpanie emocjonalne, które u większości pielęgniarek/rzy jest efektem częstych kontaktów z pacjentem umierającym i towarzyszenie przy jego śmierci, to pierwszy etap wypalenia zawodowego.

Na podkreślenie zasługuje to, że wszyscy badani zaznaczyli, że w swojej pracy zawodowej kierują się silnymi uczuciami w kontaktach z umierającym pacjentem. Nie da się uniknąć emocji, towarzysząc przy śmierci pacjentowi, który jest czyimś dzieckiem, ojcem czy matką, widząc pochylonych przy jego łóżku płaczących najbliższych. Jednocześnie oprócz tych negatywnych emocji, które towarzyszą pielęgniarce/rzowi w opiece nad pacjentem umierającym i jego śmierci, w badanej grupie większość wyraziła opinię, że dzięki tym kontaktom nabyła wiele pozytywnych doświadczeń, takich jak pokora, szacunek do życia i umiejętność cieszenia się z każdej jego chwili. Aby obcowanie z umierającą osobą stało się owocne dla dwóch stron, ważne jest odpowiednie przygotowanie teoretyczne i praktyczne pielęgniarek oraz ich właściwa postawa [5,10]. Postępowanie z chorym umierającym wymaga od personelu pielęgniarskiego zaakceptowania nieuchronności śmierci, co oznacza zapewnienie osobie umierającej komfortu życia umierania, dającego poczucie sensu i godności [11]. Głównym celem działań leczniczych jest tu poprawa jakości życia chorego, osiągana między innymi przez sprawne wykonywanie czynności pielęgnacyjnych oraz wczesne rozpoznawanie potrzeb fizycznych, psychosocjalnych i duchowych pacjenta [10, 12].

Jak wynika z większości wypowiedzi, duże znaczenie dla personelu pielęgniarskiego/rzy ma wiara w Boga. Z ich wypowiedzi wyraźnie wynika, że towarzyszenie pacjentom przy śmierci nie jest dla osób wierzących negatywnym doświadczeniem, ponieważ wiara w istnienie życia po śmierci sprawia, że śmierć pacjentów nie jest dla nich zupełnie bezsensowna. Pozytywnym aspektem tych badań jest też widoczna wśród ankietowanych osób świadomość powagi problemu, jakim dla pracujących czynnie w zawodzie pielęgniarek/rzy, szczególnie w miejscach, gdzie mają częsty kontakt z pacjentami umierającymi, jest występowanie problemów emocjonalnych. Wiąże się to z występowaniem zagrożeń syndromu wypalenia zawodowego. Większość badanych (84,0%) wyraziła opinię, że chętnie skorzystałaby z pomocy specjalisty psychologa.

Warto również podkreślić, że obecnie zespół wypalenia zawodowego jest zarejestrowany, jako jednostka chorobowa w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD- 10, kod Z 73.0 – problemy związane z trudnościami

życiowymi), a w 2003 roku Europejskie Forum Stowarzyszeń Medycznych przyjęło deklarację w sprawie zespołu wypalenia zawodowego u lekarzy, uznając go za chorobę zawodową [13]. Wydaje się więc zasadne żeby pielęgniarki w Polsce i w krajach europejskich rozpoczęły starania o uznanie przez nadrzędne Międzynarodowe Forum Stowarzyszeń Medycznych zespołu wypalenia zawodowego, jako choroby zawodowej, również dla zawodu pielęgniarki.

Reasumując przedstawione wyniki badań, dotyczących wykazania występowania u pielęgniarek/rzy mających częsty kontakt z pacjentem umierającym i śmiercią pacjenta problemów emocjonalnych, mogących w efekcie doprowadzić do pojawienie się u nich zespołu wypalenia zawodowego, można stwierdzić, że częsty kontakt ze śmiercią pacjenta jest przyczyną wystąpienia u pielęgniarek wielu problemów emocjonalnych, które w efekcie sprzyjają pojawianiu się objawów charakterystycznych dla syndromu wypalenia zawodowego wśród badanych osób. Śmierć pacjenta wywiera wpływ nie tylko na wiele aspektów pracy zawodowej, ale również na życie osobiste, stan psychiczny, nastrój czy system wartości pielęgniarek.

Wnioski

1. Towarzyszenie pacjentowi umierającemu i śmierć pacjenta jest dla pielęgniarek/rzy trudnym przeżyciem emocjonalnym w opinii większości badanych osób.
2. Czynnikami, które sprawiają, że śmierć pacjenta jest dla personelu pielęgniarskiego szczególnie trudnym przeżyciem emocjonalnym, są: młody wiek pacjenta, współczucie dla pacjenta, silna empatia wobec jego cierpienia i/lub osamotnienia, współczucie dla bliskich pacjenta, przywiązanie emocjonalne do pacjenta.
3. W badanej grupie pielęgniarek/rzy typowymi reakcjami na śmierć pacjenta, świadczącymi o występowaniu problemów emocjonalnych, są smutek i przygnębienie, poczucie bezradności, niechęć do wykonywanego zawodu, skłonność do płaczu.
4. Kontakt z pacjentem umierającym ma zarówno pozytywny, jak i negatywny wpływ na życie osobiste i relacje ze współpracownikami. Towarzyszenie pacjentowi umierającemu i śmierci pacjenta jest bardzo bogatym doświadczeniem dla pielęgniarek/rzy, a mianowicie uczy ich szacunku do życia, umiejętności cieszenia się z każdej chwili życia, pokory, miłości, wrażliwości, umacnia wiary w Boga, przyczynia się do innego spojrzenia na własne życie.

Piśmiennictwo

1. Krajewska-Kułak E., Mickiewicz I., Łukaszuk C., Van Damme-Ostapowicz K., Bielemuk A., Rozwadowska E.: Samoocena postaw pielęgniarek wobec śmierci. Pielęg. XXI w., 2010, 1–2, 43–49.
2. Nyklewicz W., Krajewska-Kułak E.: Śmierć a emocje pielęgniarek – doniesienia wstępne. Probl. Pielęg., 2008, 3, 248–254.
3. De Walden- Gałuszko K., Kaptacz A.: Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2005.
4. Formański J.: Psychologia. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2003.
5. Dębska G., Merklinger-Soma M., Cepuch G.: Emocje jako element postawy towarzyszący pielęgniarce w kontakcie z pacjentem umierającym. Pielęg. XXI w., 2010, 1–2, 65–70.
6. De Walden-Gałuszko K.: Stres pracy personelu medycznego [w:] Psychoonkologia. de Walden-Gałuszko K. (red.)., Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków, 2000, 123–128.
7. De Walden–Gałuszko K.: Psychospołeczne aspekty opieki paliatywnej [w:] Podstawy opieki paliatywnej. de Walden-Gałuszko K., (red.) Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2006, 190–193.
8. Kozak S.: Patologie w środowisku pracy. Zapobieganie i leczenie. Wyd. DIFIN S.A., Warszawa, 2009.
9. Sęk H.: Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie. PWN SA., Warszawa, 2011.
10. Bemben B.: Śmierć pacjenta to dla pielęgniarki prawdziwy problem. Mag. Piel. Położ. 2001, 11, 22–23.
11. Dubowska A., Miarka E., Warmuz A.: Pacjenci i pracownicy hospicjum Cordis. Mag. Piel. Położ. 2001, 11, 23–25.
12. Gregorasz E.: Towarzyszenie śmierci. Umieranie pacjenta w przeżyciu pracowników hospicjum [w:] Żyć godnie do końca, t. 2., Krzyżanowski D., Fal A.M., Steciwko A., Sochocka L. (red.), Wyd. WCM, Opole, 2010, 51–58.
13. Kozak S.: Patologia analfabetyzmu emocjonalnego. Wyd.o DIFIN S.A., Warszawa, 2012.

Uchmanowicz Izabela[1], Kołtuniuk Aleksandra[2], Księżyc Małgorzata[2], Śmigielska Wiesława[1], Rosińczuk Joanna[2]

Postawy pielęgniarek wobec chorego umierającego

1. Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Katedra Pielęgniarska Klinicznego Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu
2. Zakład Chorób Układu Nerwowego, Katedra Pielęgniarska Klinicznego Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Wstęp

Pielęgnowanie to zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia sprawowanie opieki nad chorym oraz zapobieganie chorobom i umacnianie zdrowia [1]. W świetle tej definicji pielęgnowanie osób w terminalnym stadium choroby, pacjentów umierających czy towarzyszenie chorem w momencie śmierci jest szczególnie trudne, pozornie niezgodne z ideą pielęgnowania [1,2].

Stały kontakt z nieuleczalną chorobą, cierpieniem i śmiercią, presja związana z nadmiernymi oczekiwaniami otoczenia, emocjonalna identyfikacja z pacjentem, rozczarowania związane z bezsilnością medycyny i wiele innych czynników znacznie zwiększają ryzyko poczucia braku sensu i celowości wykonywanej pracy [2], jednocześnie mogąc prowadzić do rozczarowania, niechęci, wyczerpania emocjonalnego, a ostatecznie – wypalenia zawodowego.

Zarówno zachowanie pacjenta, jak i towarzyszące mu emocje, różnią się w zależności od rodzaju choroby, rokowań, natężenia bólu i cierpienia. Chory w stanie terminalnym w zindywidualizowany dla siebie sposób boryka się z trudnymi emocjami, wątpliwościami, pytaniami bez odpowiedzi. Rolą pielęgniarki jest nie tylko sprawne wykonywanie procedur zabiegowych i innych czynności pielęgnacyjnych, ale przede wszystkim stała, nienarzucająca się obecność przy chorym [1,2]. To także dostrzeganie zmian w zachowaniu i nastroju pacjenta, które nierzadko ukrywają się pod fasadą uśmiechu, niedowierzania czy zaprzeczania. Każde działanie pielęgniarki powinno być skierowane na minimalizowanie bólu, lęku i cierpienia, zapewnienie maksymalnego komfortu fizycznego i psychicznego oraz wykazywanie zrozumienia i tolerancji dla pacjenta i jego rodziny [1, 2].

Zapewnienie profesjonalnej i pełnej empatii opieki nad pacjentem umierającym wymaga od pielęgniarek ogromnej wiedzy, cierpliwości, szacunku do drugiego człowieka cyt

za [3]. „*Kontakt z śmiertelnie chorym człowiekiem wymaga dojrzałej osobowości, rozwiniętej inteligencji emocjonalnej i znacznej tolerancji na stres*” .

Ze względu na duże obciążenie psychiczne, personel pielęgniarski powinien zostać objęty dodatkową pomocą psychologiczną, możliwością uczestniczenia w warsztatach czy krótkoterminowych kursach dokształcających.

Celem pracy było ukazanie postaw personelu pielęgniarskiego wobec chorego umierającego.

Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone od stycznia do lutego 2013 roku wśród 50 aktywnych zawodowo pielęgniarek pracujących na oddziałach: chirurgii onkologicznej, ginekologii onkologicznej i chemioterapii Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu. Respondenci zostali poinformowani o celu przeprowadzanych badań i anonimowości. W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego w oparciu o autorski kwestionariusz ankiety skonstruowany dla potrzeb niniejszej pracy na podstawie dostępnej literatury. Wyniki badań. ostały opracowane statystycznie i przedstawione opisowo.

Wyniki

W badanej populacji wszystkie respondentki były kobietami. Największa liczba respondentów była w przedziale wiekowym 30 – 40 oraz 40 - 50 lat (po 40%), legitymując się wykształceniem średnim pielęgniarskim (46%) i posiadając do 5 lat stażu pracy w zawodzie (22%) oraz ukończony kurs opieki paliatywnej (22%).

Zdecydowana większość pielęgniarek była usatysfakcjonowana wykonywanym zawodem (96%) i miała pozytywny stosunek do wykonywanej pracy (92%).

Ze względu na specyfikę oddziałów, na których pracują respondentki wszystkie zadeklarowały, że w swojej pracy zawodowej spotykały się na co dzień z chorym umierającym. Większość pielęgniarek (80%) czuła się odpowiednio przygotowana i deklarowała, iż posiada odpowiednie umiejętności do pracy z chorym w terminalnym okresie życia. W opinii tylko 44% badanych oddziały, na których pracują respondentki, zapewniały kompleksową opiekę nad człowiekiem umierającym, np. poprzez zapewnienie osobnej sali dla chorego umierającego i jego rodziny. Niestety w opinii 60% ankietowanych na oddziałach onkologicznych nie ma odpowiednich warunków do sprawowania opieki nad terminalnie chorym.

Wszystkie ankietowane pielęgniarki zadeklarowały, iż chorego umierającego traktują w sposób godny, zindywidualizowany, z poszanowaniem jego praw, wykazując się wrażliwością, uprzejmością, wyrozumiałością w ostatnich chwilach życia pacjenta, a także

zapewniając rodzinie możliwość towarzyszenia choremu umierającemu oraz wsparcie i pomoc w tym trudnym dla nich okresie.

Chociaż wszystkie pielęgniarki deklarowały, iż pacjent umierający może liczyć na ich obecność i wsparcie, to 16% badanych miało poczucie, że wsparcie to nie jest wystarczające. Co piąta badana miała trudności z nawiązaniem kontaktu z chorym umierającym, a tylko 60% respondentek potrafiło rozmawiać z chorym o cierpieniu i śmierci.

Zdecydowana większość badanych (80%) odczuwała smutek i przygnębienie w związku z odejściem swoich podopiecznych, a praca zawodowa wpływała na jakość ich życia rodzinnego (76%). Co trzecia ankietowana nie potrafiła zachować dystansu do pracy zawodowej i nie przenosić trudności, które pojawiały się w pracy na inne dziedziny życia.

Wszystkie respondentki uważały, iż pielęgniarki pracujące z chorym umierającym powinny odbywać dodatkowe kursy i szkolenia, gdyż na pomoc psychologa liczyć mogło tylko 2/3 badanych.

Mimo ciągłego obciążenia fizycznego i psychicznego 3/4 ankietowanych, gdyby miała możliwość ponownego wyboru zawodu, nadal zostałaby pielęgniarkami.

Dyskusja

Pielęgniarstwo jest zawodem szczególnym ze względu na towarzyszenie drugiemu człowiekowi w sytuacjach trudnych, obciążonych często cierpieniem fizycznym i psychicznym, nierzadko również podczas ostatniego etapu życia, aż do śmierci włącznie. Praca z pacjentem umierającym wymaga odpowiedniego przygotowania zarówno teoretycznego, jak i mentalnego bazującego na empatii, cierpliwości oraz doświadczeniu w pracy z drugim człowiekiem.

W opinii Muraczyńskiej [2] długa choroba pacjenta i pozostawanie pod stałą opieką personelu sprzyja nawiązywaniu przyjaznych, pełnych pozytywnych emocji relacji, których nagłe zerwanie bywa dojmująco odczuwane przez personel opiekujący się chorym. Z drugiej strony natomiast wyzwala wśród personelu postawy dystansujące wobec człowieka umierającego i śmierci.

Cherny i wsp. [4] w swojej pracy podają listę czynników wpływających na stresogenny charakter pracy lekarza z pacjentami z chorobą nowotworową, tj.:

- wysoka umieralność chorych
- konieczność podejmowania decyzji mających wpływ na życie i umieranie chorego
- wysokie oczekiwania wobec lekarzy
- konflikty wewnątrz zespołu

- poczucie zależności pacjenta
- zniedołężnienie
- zmiany wyglądu
- zniekształcenie fizyczne
- zły stan psychiczny pacjentów i ich rodzin
- czynniki związane z bólem i stresem spowodowanym leczeniem
- niepewność i obawy związane z nawrotem choroby
- częste i bardzo poważne objawy uboczne po leczeniu przeciwnowotworowym
- konieczność stosowania w większości przypadków wyłącznie leczenia paliatywnego
- trudności w porozumiewaniu się z pacjentem i rodziną w czasie leczenia.

Większość z wymienionych czynników dotyczy również pielęgniarek, które w swojej pracy spędzają dużo czasu z chorym umierającym, towarzysząc mu nieraz w ostatnich chwilach życia. Z tego względu praca pielęgniarek narażona jest na występowanie negatywnych emocji, przewlekłego stresu aż do wypalenia zawodowego.

W badaniach własnych 80% badanych pielęgniarek odczuwa przygnębienie i smutek w związku z odejściem swoich podopiecznych, co jest zgodne z badaniami innych autorów [5,6].

W badaniach Nyklewicza i wsp. [7] wykazano wyższy stopień nasilenia przygnębienia odczuwanego przez pielęgniarki w związku ze śmiercią osoby bliskiej, niż śmiercią pacjenta.

Badania własne dostarczają informacji o warunkach do opieki nad chorym umierającym - aż 60% respondentek uważała, że oddział, na którym pracują nie jest odpowiednio przystosowany do pracy z człowiekiem w stanie terminalnym.

W badaniu Tartas i wsp. [8] wykazano natomiast, że dla 70% pielęgniarek pracujących w hospicjum wyposażenie techniczne stanowi duże źródło stresu.

Nawiązanie kontaktu z chorym umierającym nie stanowi trudności dla większości (82%) objętych badaniem respondentek, co jest sprzeczne z badaniami innych autorów [8], w których relacje z pacjentem umierającym oraz jego rodziną stanowią dla pielęgniarek poważne źródło stresu.

Potwierdzają to także badania Grugały [9], w których pielęgniarki uznają swoje środowisko pracy za nacechowane stresem, a poziom stresu występujący u ponad połowy z nich kwalifikuje je do grupy, w której jego skutki mogą objawiać się zaburzeniami somatycznymi.

Badania własne dostarczają również informacji o kontakcie pielęgniarek z pacjentem umierającym. Wszystkie objęte badaniem pielęgniarki traktują chorego umierającego z szacunkiem, w sposób godny i zindywidualizowany. Aż 90% respondentek deklarowało, iż potrafi stworzyć odpowiedni klimat emocjonalny dla pacjenta w terminalnym stanie choroby, a ponad połowa (60%) rozmawia z pacjentem o śmierci i cierpieniu.

Podobne wyniki uzyskano w badaniu Sleziony i wsp. [5], gdzie połowa ankietowanych zawsze stara się towarzyszyć pacjentowi umierającemu oraz wspierać go przez rozmowę lub obecność. W tymże badaniu 35,8% badanych czuje się niezręcznie i bezradnie podczas kontaktu z umierającym, a dużą trudność dla 1/3 badanych stanowią rozmowy na temat śmierci, co znajduje potwierdzenie w badaniu irańskich pielęgniarek przeprowadzonych przez Iranmanesh i wsp.[10]

W badaniach Krajewskiej-Kułak i wsp. [6] natomiast, 1/3 badanych pielęgniarek, jako główny problem w opiece nad pacjentami u kresu życia, wymienia nieumiejętność prowadzenia rozmowy na temat zbliżającej się śmierci.

Rozmowa z chorym umierającym ma szczególne znaczenie, zdaniem Sanders „*jeżeli pacjent zostanie wysłuchany i zrozumiany, jego lęk ulegnie zmniejszeniu, to zaś umniejsza subiektywne odczucie bólu i prośby o środki medyczne przeciw niemu*” [11].

Kontakt z rodziną oraz zapewnienie jej adekwatnej pomocy w chwili śmierci pacjenta deklarują wszystkie respondentki objęte badaniem własnym, co jest zbieżne z badaniami innych autorów [5].

Wielu autorów [12, 13, 14, 15, 16] podkreśla, że zawody związane z pracą z ludźmi, bliskimi kontaktami z nimi i niesieniem pomocy są narażone na występowanie zespołu wypalenia zawodowego. Wiele negatywnych, stresogennych czynników towarzyszących pracy pielęgniarek może z czasem powodować rozczarowanie, niechęć do wykonywanego zawodu, utratę wiary w idee pielęgniarstwa. W literaturze przedmiotu [17, 18,19] do grupy pielęgniarek najbardziej narażonych na wypalenie zawodowe zalicza się osoby pracujące w tzw. medycynie zabiegowej oraz na oddziałach pediatrycznych, psychiatrycznych i onkologicznych. W przeciwieństwie do przytoczonych danych, aż 96% pielęgniarek objętych badaniem własnym, pracujących w Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu, deklaruje poczucie satysfakcji z wykonywanego zawodu, podobna część (92%) wykazuje pozytywny stosunek do pracy, natomiast na pytanie o ponowny wybór zawodu pozytywnie odpowiedziało 74% badanych.

Badanie przeprowadzone przez Finlay [20], którym objęto dyrektorów medycznych oraz pielęgniarki przełożone, którzy byli zawodowo włączeni w opiekę nad osobami

terminalnie chorymi, przyniosło podobne do przytoczonych wyżej wyników – tj. pełne zadowolenie z powodu pracy w hospicjum deklarowało 43% dyrektorów medycznych i 53% pielęgniarek przełożonych, a częściowe 31% dyrektorów i 36% pielęgniarek przełożonych.

Jednym z wielu negatywnych następstw kontaktu z pacjentami terminalnie chorymi jest wpływ przeżyć w pracy zawodowej na jakość życia rodzinnego. W badaniu Sleziony i wsp. [5] ponad połowa pielęgniarek stwierdziła wpływ kontaktu z osobami umierającymi na życie osobiste. W badaniu własnym natomiast 75% badanych odpowiedziała twierdząco na wpływ pracy zawodowej na jakość życia rodzinnego.

Według badanych przez Wilczek-Różyczkę i wsp. [21] tematyka traktująca o cierpieniu drugiego człowieka podejmowana jest w toku kształcenia w znikomym zakresie, natomiast 32,5% lekarzy i 15% pielęgniarek twierdzi, że w ogóle nie porusza się takich zagadnień.

Nyklewicz i wsp. [7] w swoich badaniach wskazują, iż braki w obszarze kształtowania umiejętności radzenia sobie z sytuacjami trudnymi i ekstremalnie trudnymi są poważnym zaniedbaniem w systemie kształcenia pielęgniarek.

W przeciwieństwie do przytoczonych danych, w opinii badanego personelu pielęgniarskiego, aż 80% czuło się odpowiednio przygotowana do pracy z pacjentem umierającym i deklaruje posiadanie odpowiednich umiejętności w sprawowaniu opieki nad chorym umierającym.

W badaniu własnym 100% badanych widziało potrzebę dodatkowego szkolenia osób pracujących na oddziałach o wysokim współczynniku śmiertelności pacjentów. Tę tezę potwierdzono w innych badaniach [22, 23, 24, 25], w których nawet krótkie szkolenia i kursy mogą przełożyć się na zmniejszenie lęku przed umieraniem, śmiercią pacjenta, a w konsekwencji na poprawę jakości opieki pielęgniarskiej nad pacjentami u kresu życia.

Wnioski

1. Pielęgniarki pracujące z pacjentem chorymi umierającym traktują go z szacunkiem i godnością, stwarzając odpowiedni klimat emocjonalny w ostatnich chwilach życia
2. Dla znacznej większości pielęgniarek śmierć pacjenta jest doświadczeniem bardzo trudnym i wywołującym silne emocje i uczucia.
3. Śmierć pacjenta i częstotliwość zetknięcia się z tym faktem na oddziałach szpitalnych wywiera ogromny wpływ na psychikę, życie osobiste i pracę zawodową pielęgniarek.

   Postulat:

Wskazane jest aby na oddziałach, gdzie zgony pacjentów są bardzo częste istniała możliwość korzystania z opieki psychologa przez pracujące pielęgniarki, a także możliwość korzystania z dokształcania zawodowego w tym zakresie.

Piśmiennictwo

1. Ciechaniewicz W.: Pielęgniarstwo ćwiczenia. PZWL, Warszawa, 2002
2. Muraczyńska B.: Problemy zawodowe pielęgniarek w opiece paliatywnej – wybrane zagadnienia. Ann. UMCS Sect I, 2001, 15, 201–206.
4. Piusińska – Macoch R.: Etapy psychologicznej odpowiedzi chorych w procesie umierania w nowotworach krwi i układu chłonnego. Acta Haematologica Polonica 2010, 41, 219-222.
5. Cherny N.I., Coyle N., Foley K.M.: Suffering in the advanced Cancer Patient. Definition and Taxonomy. J. Paliat. Care, 1994, 10, 57–70.
6. Sleziona M., Krzyżanowski D.: Postawy pielęgniarek wobec umierania i śmierci pacjenta. Piel. Zdr. Publ, 2011, 1, 3, 217–223.
7. Krajewska-Kułak E., Mickiewicz I., Łukaszuk C. i wsp.: Samoocena postaw pielęgniarek wobec śmierci. Pielęg. XXI w., 2010, 1-2, 43-49.
8. Nyklewicz W., Krajewska-Kułak E.: Śmierć a emocje pielęgniarek – doniesienia wstępne. Probl. Pielęg., 2008, 3, 248–254.
9. Tartas M., Derewicz G., Walkiewicz M., Budziński W.: Źródła stresu zawodowego w pracy pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach o dużym obciążeniu fizycznym i psychicznym - hospicjum oraz chirurgii ogólnej. Ann. Acad. Med. Ged., 2009, 39, 145-163.
10. Grugała B.: Sytuacje trudne w środowisku pracy pielęgniarek a umiejętność radzenia sobie z nimi. Zdr. Publ, 2004, 114, 367–370.
11. Iranmanesh S.H., Dargahi H., Abbaszadeh A.: Attitudes of Iranian nurses toward caring for dying patients. Palliat. Support. Care, 2008, 6, 363-369.
12. Stelcer B.: Etyka czci dla życia w hospicjum. Sztuka leczenia, 2005,11, 54.
13. Demeronti E., Bakker A.B., Nachreiner F., Schaufeli W.B.: A model of burnout and life satisfaction among nurses. J. Adv. Nurs., 2000, 32, 454–464.
14. Gmitrowicz A., Lewandowska A.: Zespół wypalenia zawodowego wśród terapeutów a zachowania suicydalne pacjentów. Suicydol., 2006, 1, 41–46.
15. Maslach Ch., Schanfeli W.B., Leiter M.P.: Job burnout. Ann. Rev. Psychol., 2001, 52, 397–422.

16. Sęk H.: Poznawcze i kompetencyjne uwarunkowania wypalenia w pracy z chorymi. Post. Psychiatr. Neurol., 2005, 14, 93–98.
17. Siemiński M., Nitka-Siemińska A., Nyka W.M.: Zespół wypalenia. For. Med. Rodz., 2007, 1, 45–49.
18. Fengler J.: Pomaganie męczy. Wypalenie w pracy zawodowej, GWP, Gdańsk, 2001.
19. Knypll K.: Wypalenie zawodowe. Miesięcznik STOMOZ, Stowarzyszenie Menadżerów Opieki Zdrowotnej, 2001, 9, 53–55.
20. Gillespie B.M., Kermode S.: How do perioperative nurses cope with stress? Contemp. Nurs., 2003, 16, 20–29.
21. Finlay I.G.: Sources of stress in hospice medical directors and matrons. Paliat. Med. 1990, 4, 5–9.
22. Wilczek-Rużyczka E., Zajkowska E., Wojtas K.: Postawy lekarzy i pielęgniarek wobec cierpienia. Psychoterapia, 2008, 1, 79–89.
23. Hutchison T., Sherman A.: Didactic and experiential death and dying training: Impact upon death anxiety. Death Stud., 1992; 16, 317-330.
24. Matsui M., Braun K.: Nurses' and care workers' attitudes toward death and caring for dying older adults in Japan. Int. J. Palliat. Nurs., 2010, 16, 593-598.
25. Zyga S., Malliarou M., Lavdaniti M. Et al.: Greek renal nurses' attitudes towards death. J R enal Care, 2011, 37, 101-107.

Zarek Aleksandra[1], Dyk Tadeusz[1], Tyszkiewicz-Bandur Monika[2], Kroll Aleksandra[2], Bankiewicz-Nakielska Justyna[3], Kolwitz Marcin[4]

Postawy studentów medycyny wobec śmierci

1. Zakład Nauk Humanistycznych w Medycynie, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
2. Samodzielna Pracownia Psychologii Klinicznej, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
3. Zakład Zdrowia Publicznego, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
4. Zakład Nauk Humanistycznych w Medycynie, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Wstęp

Zadaniem lekarza jest ochrona zdrowia i życia pacjenta [1]. Jednocześnie to właśnie lekarz definiuje stan agonii, w którym życie zaczyna się kończyć, albo też zaświadcza o przejściu życia w stan martwoty. W zawód lekarza wpisane jest podejmowanie trudnych decyzji dotyczących postępowania z osobą śmiertelnie chorą – przekazanie pacjentowi informacji o jego stanie i zbliżającej się śmierci, a niekiedy rezygnacja z uporczywej i daremnej terapii, kontakt z rodziną chorego, wreszcie dbałość o dobrą jakość umierania w opiece paliatywnej [2]. Działania te regulowane są przez odpowiednie akty prawne [3].

W dyskursie społecznym śmierć nie jest już tematem pomijanym – zagadnienie to poruszane jest w kontekście różnych dyscyplin naukowych (medycyny, socjologii, psychologii, pedagogiki), a także realizowane w ramach akcji społecznych, wolontariatu, spotkań terapeutycznych. Jednak na poziomie indywidualnym śmierć nadal pozostaje nieoswojona i budzi silne, negatywne emocje – przerażenia i rozpaczy, bezsilności, poczucia winy i krzywdy. Pozostaje nieodwołalna i zarazem jest procesem, w którym każdy człowiek jest osamotniony, bo nie może być w nim wyręczony, czy zastąpiony przez inną osobę. Konieczność zmierzenia się ze własną śmiercią nie oznacza obojętności, co do sposobu jej przeżywania, stąd opieka nad śmiertelnie chorym i umierającym człowiekiem wymaga respektowania jego praw: do godnej, czyli naturalnej i świadomej śmierci; do umierania we własnym domu, lub przynajmniej nie w izolacji i osamotnieniu; do rzetelnej informacji o stanie zdrowia i udziału w podejmowaniu decyzji; do zwalczania fizycznego bólu i innych dolegliwości; do troski i pielęgnacji z poszanowaniem ludzkiej godności; do otwartego wyrażania swoich uczuć wobec cierpienia i śmierci; do swobodnego kontaktu z rodziną i bliskimi; do pomocy psychicznej i wsparcia duchowego; do rezygnacji z uporczywej terapii przedłużającej umieranie; do szacunku do swego ciała po śmierci [4].

Jakkolwiek odpowiedzialni za opiekę nad pacjentem umierającym, lekarze i pielęgniarki niejednokrotnie unikają kontaktu z chorym, organizując czas swojej pracy w szpitalu w taki sposób, aby poświęcać mu możliwie jak najmniej czasu, albo też delegując obowiązek opieki nad salami, w których leżą ci pacjenci na członków personelu o najkrótszym stażu i zarazem najmniej doświadczonych zawodowo [5, 6]. Te strategie można rozumieć jako próbę ochronę własnej osoby przed negatywnymi emocjami, które w naturalny sposób pojawiają się w sytuacjach, gdy zagrożone jest zdrowie lub życie innych ludzi, ponieważ zmuszają one personel medyczny do konfrontowania się z własną śmiertelnością. Z niektórych badań wynika, że pielęgniarki mają trudności z radzeniem sobie ze stresem związanym ze śmiercią pacjentów [7], zjawisko śmierci postrzegają przez pryzmat lęku przez końcem własnej egzystencji, którego doświadczają często lub bardzo często, natomiast akceptacja śmierci w tej grupie zawodowej maleje zarówno z wiekiem, jak i doświadczeniem (jest mniejsza wśród aktywnych zawodowo pielęgniarek niż wśród studentów pielęgniarstwa) [8].

Z kolei młodzi lekarze czują się nieprzygotowani do bezpośredniego kontaktu z pacjentami nieuleczalnie chorymi i jako jedną z przyczyn tego stanu rzeczy wskazują sposób kształcenia studentów medycyny, w którym oferuje się przede wszystkim wiedzę i umiejętności pozwalające na postawienie właściwej diagnozy, a następnie zaordynowanie odpowiedniego leczenia. Przyszli lekarze uczą się więc metod zbierania wywiadu medycznego i odkrywania sygnałów choroby, które można wyleczyć; sporadycznie – o ile w ogóle – mają możliwość prowadzenia rozmów z osobami śmiertelnie chorymi czy umierającymi, także dlatego, iż opiekujący się tymi pacjentami personel medyczny nierzadko „chroni" studentów przed takimi doświadczeniami [9].

W literaturze dotyczącej edukacji studentów medycyny wskazuje się zarówno na osobiste, jak i zawodowe korzyści płynące z bezpośrednich kontaktów tych studentów z pacjentami terminalnie chorymi i ich rodzinami. Osobiste (strata przyjaciela lub członka rodziny) lub związane z zawodowym wykształceniem (opiekowanie się pacjentem) doświadczenie obcowania z człowiekiem umierającym związane jest z pozytywnym ustosunkowaniem studentów medycyny wobec powinności i możliwości oferowania opieki przez lekarza osobom umierających i ich rodzinom, a także większą wiedzą medyczną w tym zakresie [10].

Udział studentów medycyny w dyskusjach z osobami, których członek rodziny niedawno zmarł zwiększa zarówno ich poczucie komfortu, jak i wiedzę na temat prowadzenia rozmów dotyczących zagadnień końca życia [11].

Założenia i cel pracy

Skłanianie studentów do dokonywania refleksji nad zdobytymi doświadczeniami sprzyja pogłębianiu ich wiedzy o sobie (o własnych zdolnościach i umiejętnościach komunikowania się z innymi ludźmi, sposobach przeżywania i reagowania emocjonalnego, radzenia sobie w trudnych sytuacjach, o ugruntowanych przekonaniach i preferowanych wartościach), co jest nie tylko korzystne dla ich rozwoju osobistego, ale zarazem stanowi zasób, który może być przez nich wykorzystany w budowaniu terapeutycznej relacji z pacjentami w przyszłej pracy zawodowej. Co więcej, treści przemyśleń studentów (ujawniane w formie swobodnej wypowiedzi, dyskusji, albo pracy pisemnej) mogą być cennym źródłem informacji dla osób odpowiedzialnych za konstruowanie programów nauczania na uczelniach kształcących lekarzy oraz ważnym elementem przyczyniającym się do ich modyfikacji [12].

Celem niniejszej pracy było poznanie ustosunkowania studentów medycyny do problematyki śmierci.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w 2011 roku i objęto nimi 122 studentów III roku kierunku lekarskiego Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Nauczanie w Języku Angielskim Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, w tym 73 kobiety i 49 mężczyzn w wieku od 20 do 23 lat (średnia = 21,55; SD = 0,75). Zamiarem autorów było uzyskanie informacji na temat subiektywnego sposobu postrzegania i odnoszenia się do zjawiska śmierci u studentów medycyny, stąd posłużono się pytaniem otwartym „Jaki jest Pani/a stosunek do śmierci?”. Nie podawano jakichkolwiek sugestii co do sposobu udzielania odpowiedzi. Badani odpowiadali anonimowo, podając następujące dane: płeć, wiek, zawód ojca, zawód matki.

Studenci przeważnie odpowiadali na zadane pytanie kilkoma zdaniami. Treść tych odpowiedzi poddano ocenie czterech sędziów kompetentnych (psychologów). W pierwszym etapie analizy sędziowie wspólnie wyłonili osiem kategorii opisujących ustosunkowanie badanych do śmierci. Były one następujące: Unikanie, Naturalne zjawisko, Wiara w życie pozagrobowe, Strach przed spowodowaniem śmierci, Śmierć pacjenta jako porażka medycyny, Strach przed śmiercią (ogólnie), Osobiste doświadczenia, Śmierć jako koniec ludzkiej egzystencji. Następnie każdy z sędziów oddzielnie wskazywał w odpowiedziach studentów przynajmniej jedną z uprzednio wymienionych kategorii. Zgodność ocen sędziów oszacowano przy pomocy współczynnika kappa.

Przeanalizowano częstość występowania powyższych kategorii w badanej grupie, uwzględniając płeć studentów i wykształcenie ich rodziców (lekarz lub inny zawód medyczny

vs zawód niemedyczny). Badanie istotności różnic między wskaźnikami struktury (proporcją) przeprowadzono w oparciu o statystykę Z dla dwóch grup. W badaniach przyjęty został poziom istotności p = 0,05. Analizę statystyczną przeprowadzono przy pomocy odpowiednich modułów obliczeniowych pakietu STATISTICA 10. PL.

Wyniki

W pierwszej kolejności przeanalizowano zgodność ocen sędziów kompetentnych w odniesieniu do wyszczególnionych przez nich kategorii opisujących ustosunkowanie studentów medycyny do zjawiska śmierci. W tabeli 1 zamieszczono nazwy poszczególnych kategorii oraz wartości współczynnika kappa im odpowiadające.

Tabela 1. Kategorie ustosunkowania studentów do śmierci - zgodność sędziów

Kategorie	**Współczynnik kappa**
Unikanie	0,65
Naturalne zjawisko	0,81
Wiara w życie pozagrobowe	0,85
Strach przed spowodowaniem śmierci	0,73
Śmierć pacjenta jako porażka medycyny	0,48
Strach przed śmiercią (ogólnie)	0,66
Osobiste doświadczenia	0,43
Śmierć jako koniec ludzkiej egzystencji	0,78

Uzyskane wartości współczynników wskazują na dobrą (*kappa* (κ_F) = 0,4 – 0,74) lub bardzo dobrą zgodność ocen sędziów. W interpretacji współczynnika zgodności sędziów kappa wg *Fleissa* przyjmuje się, że *kappa* (κ_F) < 0,4 wskazuje na słabą zgodność, *kappa* (κ_F) = 0,4 – 0,74 wskazuje na zgodność umiarkowaną lub dobrą, natomiast *kappa* (κ_F) = 0,74 – 1,0 wskazuje na zgodność perfekcyjną.

Najwyższe wskaźniki zgodności wystąpiły dla kategorii: Wiara w życie pozagrobowe, Naturalne zjawisko oraz Śmierć jako koniec ludzkiej egzystencji, natomiast najniższe dotyczyły kategorii: Osobiste doświadczenia i Śmierć pacjenta jako porażka medycyny.

Poniżej scharakteryzowano poszczególne kategorie wyłonione w analizie treści, podając przykłady pisemnych wypowiedzi przyjętych jako ich wskaźniki.

Do kategorii *Unikanie* przypisane były takie odpowiedzi badanych jak: „Jeszcze nie mam stosunku do śmierci" (l.p. 3), „Nie myślę o śmierci. Tak jest łatwiej." (l.p. 20), „Ciężko

mi się identyfikować z tymi uczuciami. Przeżywam to, ale raczej jest mi to obojętne." (l.p. 51), „Mój stosunek do śmierci w dużej mierze zależy od wieku osoby, która umiera i tego, czy jest mi w jakiś sposób bliska, czy całkowicie obca. Stosunek lekarza do śmierci pacjenta jest mi zupełnie obcy, więc nie wiem jak bym zareagowała po śmierci swojego pacjenta." (l.p. 58), „Trudny temat." (l.p.106), „Czuję obojętność wobec śmierci, nie myślę na co dzień o niej." (l.p. 111), „Nie myślę o śmierci." (l.p.120).

Kategorię *Naturalne zjawisko* określały następujące wyrażenia: „Śmierć jest dla mnie normalnym stanem zakończenia życia w pewnym wieku, natomiast śmierć przedwczesna, czyli poniżej powiedzmy 80 r. ż., jest już wynikiem albo wrodzonych chorób, albo chorób wywołanych nieodpowiednim stylem życia. Natomiast najgorsza jest taka spowodowana wypadkiem, np. samochodowym, bo odbiera człowiekowi szansę na dłuższe życie." (l.p. 1), „Myślę, że ze śmiercią trzeba się pogodzić." (l.p. 5), „Uważam ją (śmierć) za coś naturalnego (…)." (l.p. 6), „Uważam, że śmierć to zjawisko naturalne, medycyna może w pewnych sytuacjach ją odroczyć, nieetyczne jest jej przyspieszenie; ważne jest by zaakceptować fakt, kiedy wiadomo już że jest nieuchronna." (l.p. 7), „Wiem, że nadejdzie. Rozumiem to i akceptuję." (l. p. 21), „Nie boje się samej śmierci, ani swojej ani czyjejś. Śmierć to naturalny element życia. Boje się tylko odchodzenia i pustki, jaką zostawia i cierpienia, jakie może ze sobą nieść. Nie chcę cierpieć, ani żeby cierpieli moi bliscy." (l.p. 48), „Śmierć to normalny etap w życiu. (…) Uważam, że zajęciem lekarza jest podtrzymywać światło życia, ale także pozwolić odejść pacjentowi w godności." (l. p. 65).

Do kategorii *Wiara w życie pozagrobowe* sędziowie kwalifikowali takie odpowiedzi studentów jak: „ (…) Uważam, że każdy człowiek ma zapisane kiedy umrze i czasem na "los" nie jesteśmy w stanie wpłynąć, a zgodnie z naszą wiarą chrześcijańską śmierć jest tylko bramą do lepszego prawdziwego życia." (l. p. 19), „Według mnie śmierć to nie jest koniec, lecz tylko przejście do innego, lepszego świata. Ludzie, którzy cierpią i ich stan jest beznadziejny często oczekują na śmierć, że będzie to koniec ich cierpienia." (l.p. 38), „ (…) Głęboko wierzę, iż śmierć to początek lepszego bytu. (…)." (l.p. 71), „(…) Mimo, że jestem przekonany o późniejszym życiu duszy uważam, iż należy możliwie ją oddalić, bo życie ludzkie ma nieskończoną wartość i jest celem samym w sobie (…)". (l.p. 80), „Śmierć jest tylko uwolnieniem duszy z ciała (…)." (l.p. 100), „Śmierć to początek nowego życia (…)." (l.p. 108).

Do kategorii *Strach przed spowodowaniem śmierci* przypisano następujące stwierdzenia: „ (…) Jednak mimo wszystko myślę, że każdą śmierć będę bardzo przeżywała, chociaż wiem, że tak musi być i będę zastanawiała się, czy pacjent nie odszedł przypadkiem z

mojej winy.” (l.p. 25), „(…) Nie wyobrażam sobie żyć ze świadomością, że ktoś kto będzie moim pacjentem, może zostać przeze mnie niewyleczony i umrzeć.” (l.p. 47), „ (…) Boje się tylko tego, że mogę spowodować śmierć a wtedy nie wiem czy byłbym w stanie z tym sobie poradzić.” (l.p. 90), „(…) Jeśli chodzi o pacjentów to najbardziej boję się, że mogą zejść pacjenci, którzy nie byli nawet w stanie zagrożenia życia, a błędne decyzje doprowadziły do ich zgonu (…).” (l.p. 92).

Do kategorii *Śmierć pacjenta jako porażka medycyny* zaliczano takie fragmenty wypowiedzi pisemnej jak: „Śmierć będzie nieodłącznym towarzyszem mojego zawodu. Uważam, że trzeba jej zapobiegać jak tylko można, ale kiedy nastąpi - przyjąć swoją "porażkę" w walce o pacjenta i się do niej zdystansować (…)” (l.p. 22), „ (…) Śmierć pacjenta bardziej traktowałbym jako swoją porażkę i błąd niż tragedię”. (l.p. 84), (stosunek do śmierci) przeżywanie śmierci pacjenta. (l.p. 105).

Do kategorii *Strach przed śmiercią (ogólnie)* włączono następujące odpowiedzi studentów: „Strach przed śmiercią. Niemożność pogodzenia się ze śmiercią. Unikam sytuacji, które stwarzają zagrożenie życia.” (l.p. 4), „Jak każdy człowiek boję się śmierci i choć jestem chrześcijanką, to miewam wahanie co jest tak naprawdę po zakończonym życiu ziemskim.” (l.p. 23), „Jak każdy człowiek czasami zastanawiam się nad śmiercią, zazwyczaj przed snem. Zdarza mi się wpaść w lekką panikę. Boję się tego, że jak umrę, to stracę świadomość i że nikt nie będzie o mnie pamiętał (…).” (l.p. 30), „ (…) Najstraszniejsza dla mnie nie jest sama śmierć, ale cały "proces" umierania. Nieuchronność śmierci i jej straszliwe konsekwencje – przeraźliwa pustka, która pozostaje po tych, którzy odeszli.” (l.p. 39). „Mimo jej powszechności, nie mogę się z nią oswoić, dlatego budzi we mnie strach.” (l.p. 70). „Boję się śmierci.” (l.p. 72).

Do kategorii *Osobiste doświadczenia* sędziowie zakwalifikowali takie stwierdzenia jak: „ (…) Boję się śmierci o tyle, że było ich już za dużo w moim życiu. Chciałabym żyć nie myśląc tylko o niej (…).” (l.p. 29), „(…) Ze śmiercią dziadka jest mi ciężko pogodzić się do dziś, że go nie ma - był cudownym człowiekiem, ale kiedy umarł, poczułam ulgę, bo bardzo cierpiał i ciężko było widzieć jego agonię.(…).” (l.p. 30), „ (…) Po śmierci znajomego mi pacjenta na oddziale czułem pustkę, ale życie toczy się dalej.” (l.p. 93), „ (…) gdy umierali znajomi rówieśnicy, z jednym wyjątkiem, czułem obojętność i przykrość, że takie rzeczy się zdarzają, (…). Rani mnie tylko śmierć bliskich (…).” (l.p. 88).

Wreszcie, wskaźnikami kategorii *Śmierć jako koniec ludzkiej egzystencji* były następujące fragmenty wypowiedzi: „ (…) Do śmierci podchodzę ateistycznie - nie wierzę w życie po śmierci, reinkarnację, itp. - jest ona zakończeniem naszego istnienia, trzeba więc z

punktu widzenia lekarza starać się, by pacjent był gotowy do śmierci." (l.p. 11), „ (…) Nie wierzę w życie pośmiertne. Cieszę się, że wybrałam zawód, w którym chodzi o poprawianie jakości życia i unikanie śmierci (…)." (l.p. 29), „(…) Nie wyznaję żadnej religii. Uznaje je za bajki wymyślone przez ludzi, którzy boją się śmierci, ale też nie mają pojęcia czym ona jest. Dla mnie śmierć jest powrotem do puli z której wyrasta nowe życie. Przekazujemy nasze związki chemiczne, nasze myśli i dokonania dalszym pokoleniom przestając żyć." (l.p. 40).

W celu określenia częstości występowania poszczególnych kategorii w odpowiedziach studentów posłużono się proporcją ocen sędziów, czyli średnią z ocen sędziów w relacji do liczebności grupy (stąd wyrażoną w procentach). Dane te (dla wszystkich osób badanych) zawarto w tabeli 2.

Tabela 2. Proporcje dla poszczególnych kategorii w odpowiedziach studentów (n = 122)

Kategorie	**%**
Unikanie	13,93
Naturalne zjawisko	61,68
Wiara w życie pozagrobowe	11,07
Strach przed spowodowaniem śmierci	5,33
Śmierć pacjenta jako porażka medycyny	11,68
Strach przed śmiercią (ogólnie)	39,14
Osobiste doświadczenia	4,51
Śmierć jako koniec ludzkiej egzystencji	3,28

Dominującym sposobem odnoszenia się do zjawiska śmierci w badanej grupie było postrzeganie jej jako naturalnego zjawiska (61,7%), a w następnej kolejności – ujawnianie strachu przed śmiercią (39%). Znacznie rzadziej studenci prezentowali postawę unikania konfrontowania się z tematyką śmierci (ok. 14%), przyznawali się do wiary w życie pozagrobowe (ok. 11%) oraz wskazywali na śmierć pacjenta jako porażkę medycyny (ok. 12%). Najrzadziej badani ujawniali strach przed spowodowaniem śmierci (ok. 5%), przywoływali osobiste doświadczenia (4,5%) oraz wspominali o śmierci jako końcu ludzkiej egzystencji (ok. 3%).

Za pomocą testu dla dwóch wskaźników struktury sprawdzono, czy proporcje: „Naturalne zjawisko" (61,7%) i „Strach przed śmiercią (ogólnie) (39,1%) oraz proporcje:

„Strach przed śmiercią (ogólnie) (39,1%) i „Unikanie" (13,9%) różnią się istotnie. W obu przypadkach różnica między wskaźnikami okazała się statystycznie istotna (p=0,0000).

Przy pomocy testu F Fishera-Snedecora, dla k wskaźników struktury sprawdzono również, czy proporcje: „Unikanie" (13,9%), „Wiara w życie pozagrobowe" (11,1%) i „Śmierć pacjenta jako porażka medycyny (11,7%), różnią się istotnie. Różnica między tymi wskaźnikami była nieistotna statystycznie (p=0,3539). Ten sam test posłużył do zbadania różnic pomiędzy proporcjami: „Strach przed spowodowaniem śmierci" (5,3%), „Osobiste doświadczenia" (4,5%) i „Śmierć jako koniec ludzkiej egzystencji" (3,3%) i również w tym przypadku różnica między wskaźnikami była statystycznie nieistotna (p=0,2883).

W następnym kroku analizy zbadano czy ustosunkowanie przyszłych lekarzy do zjawiska śmierci jest związane z płcią badanych. Porównano proporcje ocen sędziów dla poszczególnych kategorii opisujących sposób odnoszenia się do śmierci w grupie kobiet i mężczyzn. Badanie istotności różnic między wskaźnikami struktury (proporcją) przeprowadzono w oparciu o statystykę Z dla dwóch grup. Uzyskane wyniki przedstawiono poniżej w tabeli 3.

Tabela 3. Ustosunkowanie do śmierci w grupie mężczyzn i kobiet

Kategorie	**Kobiety**		**Mężczyźni**		**Poziom**
	n	**%**	***n***	**%**	***p***
Unikanie	73	13,36	49	14,80	0,8219
Naturalne zjawisko	73	57,53	49	68,37	0,2268
Wiara w życie pozagrobowe	73	10,62	49	11,73	0,8481
Strach przed spowodowaniem śmierci	73	5,48	49	4,59	0,8270
Śmierć pacjenta jako porażka medycyny	73	13,36	49	9,18	0,4810
Strach przed śmiercią (ogólnie)	73	48,29	49	25,51	0,0115
Osobiste doświadczenia	73	5,48	49	3,06	0,5277
Śmierć jako koniec ludzkiej egzystencji	73	4,45	49	1,53	0,3745

W kontekście sposobu odnoszenia się do śmierci różnice płciowe dotyczyły tylko jednej kategorii – kobiety niemal dwukrotnie częściej niż mężczyźni ujawniały strach przed śmiercią.

W kolejnym etapie sprawdzono, czy badani których przynajmniej jedno z rodziców jest lekarzem lub pracuje w innym zawodzie medycznym (pielęgniarka, farmaceuta, fizjoterapeuta) różnią się w sposobie percepcji zjawiska śmierci od osób, których rodzice

pracują w zawodach niemedycznych. Porównanie proporcji ocen sędziów dla poszczególnych kategorii opisujących ustosunkowanie do śmierci w tych dwóch grupach studentów przeprowadzono również w oparciu o statystykę Z. Wyniki zaprezentowano w tabeli 4.

Tabela 4. Zawód rodziców

Kategorie	**Zawód jednego z rodziców**				**Poziom *p***
	Lekarz lub inny medyczny		**Inny niemedyczny**		
	n	**%**	***n***	**%**	
Unikanie	43	17,44	79	12,03	0,4098
Naturalne zjawisko	43	47,09	79	69,94	0,0130
Wiara w życie pozagrobowe	43	13,95	79	9,49	0,4531
Strach przed spowodowaniem śmierci	43	5,81	79	4,75	0,7997
Śmierć pacjenta jako porażka medycyny	43	11,05	79	12,03	0,8721
Strach przed śmiercią (ogólnie)	43	38,95	79	39,24	0,9750
Osobiste doświadczenia	43	6,40	79	3,48	0,4578
Śmierć jako koniec ludzkiej egzystencji	43	5,23	79	2,22	0,3726

Jak się okazało, studenci, których żadne z rodziców nie miało wykształcenia medycznego znacznie częściej postrzegali śmierć jako naturalne zjawisko niż studenci, których przynajmniej jedno z rodziców było lekarzem lub wykonywało inny zawód medyczny.

Dyskusja

Pomimo rosnących możliwości technicznych współczesnej medycyny, pozwalających na sztuczne podtrzymywanie życia i przedłużania czasu umierania, śmierć każdego człowieka jest procesem nieuniknionym. Celem niniejszej pracy było poznanie indywidualnego sposobu odnoszenia się do zjawiska śmierci u studentów medycyny. Analiza wypowiedzi studentów wyłoniła osiem różnych kategorii opisujących ustosunkowanie badanych do śmierci. W kolejności odzwierciedlającej częstość występowania były to: Naturalne zjawisko, Strach przed śmiercią a następnie Unikanie, Śmierć pacjenta jako porażka medycyny i Wiara w życie pozagrobowe, a wreszcie Strach przed spowodowaniem śmierci, Osobiste doświadczenia i Śmierć jako koniec ludzkiej egzystencji.

Zdecydowanie najczęściej opisywano śmierć jako naturalne zjawisko (61,7%). Pogląd ten częściej ujawniały osoby, których żadne z rodziców nie miało wykształcenia medycznego.

Opinie studentów medycyny okazały się zbieżne z przekonaniami współczesnych Polaków – w badaniu dotyczącym postaw Polaków wobec umierania i śmierci przeprowadzonym przez CBOS w 1994 aż 86% respondentów uznało, iż śmierć jest czymś naturalnym i trzeba się z nią pogodzić. Powyższe przekonanie częściej wyrażały osoby, które były obecne przy czyjejś śmierci [13]. Niektórzy autorzy podkreślają, iż postawy ludzi wobec śmierci w dużej mierze wynikają z okolicznościami, w jakich ona następuje. Gdy śmierć dotyczy człowieka starszego, a zwłaszcza, gdy jest wynikiem nieuleczalnej choroby, której towarzyszy znaczne cierpienie, a jednocześnie możliwość refleksji nad przemijającym życiem, wówczas często traktowana jest jako proces naturalny, który należy zaakceptować. Śmierć nagła, gwałtowana, niespodziewana, szczególnie, gdy jest udziałem bardzo młodej osoby, przyjmowana jest jako coś niewłaściwego, budzi sprzeciw i silne emocje [14]. Podobne konkluzje były rezultatem analizy subiektywnych doświadczeń studentów ostatniego roku medycyny dotyczących śmierci pierwszego pacjenta, którym się opiekowali. W opisie zdarzenia śmierci wyróżniono trzy kategorie, które w znacznym stopniu kształtowały ujawniane przez studentów emocje. Śmierć człowieka starszego (*The Old Death*) często pozostawała niezauważona, wywołując refleksje nad rolą lekarza w opiece nad nieuleczalnie chorymi, śmierć osoby młodej (*The Young Death*) była postrzegana jako tragedia, niesprawiedliwość i była najtrudniejsza do zniesienia, natomiast śmierć niespodziewana (*The Unexpected Death*) rodziła pytania na ile wiedza i umiejętności lekarza mają wpływ na los chorego [15].

Znaczna część studentów (39%) przyznała się do odczuwania strachu przed śmiercią, przy czym kobiety czyniły to niemal dwukrotnie częściej niż mężczyźni. W badaniu Ciałkowskiej-Rysz i Dzierżanowskiego przeprowadzonym w grupie studentów ostatniego roku medycyny, 56% respondentów odpowiedziało twierdząco na pytanie czy obawiają się własnej śmierci, a pozostałe 44% nie bało się jej wcale (14%) lub w znikomym stopniu (30%) [16]. W cytowanym już badaniu CBOS (1994) większość osób (57%) twierdziło, iż bez obaw myślą o śmierci (mężczyźni częściej niż kobiety), zaś 34% ankietowanych ujawniło, iż refleksji nad śmiercią towarzyszy strach. Brak obaw przed śmiercią częściej był udziałem osób, które miały kontakt z człowiekiem umierającym w domu lub w szpitalu [13].

W psychologii, zwłaszcza w nurcie psychodynamicznym i egzystencjalnym, podkreśla się, iż szczególną cechą egzystencji człowieka jest refleksja nad własną śmiertelnością i wynikająca stąd konieczność poradzenia sobie z lękiem przed umieraniem. Nieumiejętność opanowania lęku przed śmiercią może u danej osoby prowadzić do zaburzeń w sferze psychicznej i utrudniać jej codzienne funkcjonowanie [17]. Strach przed śmiercią jest powszechnym ludzkim doświadczeniem. Należy jednak pokreślić, iż lekarze i pielęgniarki to

osoby, w których zawód wpisane jest obcowanie z cierpieniem i umieraniem, stąd częściej niż inni ludzie narażeni są na przeżywanie negatywnych emocji towarzyszących śmierci. Może to prowadzić do nadmiernego obciążenia emocjonalnego i wypalenia zawodowego, a w konsekwencji obniżać jakość opieki oferowanej chorym [7,18].

Wypowiedzi niektórych studentów wskazywały na unikanie tematu śmierci i myślenia o niej (13,93%). Tendencja ta wydaje się być mniejsza niż w ogólnej populacji Polaków – w badaniu CBOS z 1994 roku na pytanie „Czy zdarza się Panu (i) myśleć o śmierci" aż 35% respondentów odpowiedziało, iż o śmierci myślą bardzo rzadko, właściwie nigdy; 38% badanych wskazało odpowiedź „od czasu do czasu", zaś 25% przyznało się do częstej refleksji nad śmiercią [13]. W innym badaniu CBOS, przeprowadzonym w 2012 roku i dotyczącym problematyki śmierci niemal trzy czwarte Polaków (72%) deklarowało, iż niekiedy myśli o śmierci, jednak większość czyniła to rzadko (52%), a co czwarty badany (28%) twierdził, iż nigdy nie zastanawiał się nad sprawami dotyczącymi śmierci [19]. Niedopuszczanie do siebie myśli o własnej śmierci stanowi naturalną formę psychicznej obrony przed lękiem [20]. Jest to zrozumiałe zwłaszcza w sytuacji osób młodych i zdrowych, które nie mają racjonalnego powodu, aby spodziewać się śmierci.

Dokonując refleksji nad własnym stosunkowaniem wobec śmierci część badanych ujawniła poglądy dotyczące tego, co się dzieje z człowiekiem, gdy jego ciało umiera. Około 11% studentów wyraziło przekonanie o istnieniu jakiejś formy życia pozagrobowego, natomiast nieco ponad 3% osób twierdziło, że biologiczna śmierć człowieka jest jednocześnie końcem jego egzystencji. Wyniki sondażu CBOS (1994) przeprowadzonego w grupie dorosłych Polaków wskazują, iż większość społeczeństwa Polskiego (57%) wierzy w istnienie życia po śmierci, ale jednocześnie co czwarta osoba (24%) ma co do tego wątpliwości, zaś co piaty respondent (19%) jest przekonany o braku życia pozagrobowego [13].

W każdej kulturze istnieją przekazy społeczne wskazujące sposoby łagodzenia lęku przed śmiercią, które obejmują przekonania na temat „dobrej śmierci" i losów eschatologicznych człowieka, a także zwyczaje i rytuały związane z pochówkiem i żałobą. W kulturze zachodniej „dobra śmierć" rozumiana jest jako szybki proces, w którym nieobecne jest cierpienie fizyczne i psychiczne, a człowiek umierający pozostaje świadomy swego stanu i czuje się przygotowany na śmierć. Śmierć jest ostatecznym zadaniem wieńczącym indywidualne życie, a żal po czyjejś śmierci jest krótkotrwałym, prywatnym, indywidualnym doświadczeniem [20].

Co zrozumiałe, niektórzy studenci medycyny wypowiadali się o zjawisku śmierci z perspektywy przyszłej roli zawodowej – śmierć pacjenta traktowania była przez nich jako

porażka medycyny (ok. 12%), a niewielka część studentów wyraziła obawy przed spowodowaniem czyjejś śmierci (ok. 5%). W literaturze dotyczącej przekazywania chorym niekorzystnych wiadomości podkreśla się, iż niemożność zaoferowania pacjentowi skutecznego leczenia jest dla lekarza sytuacją szczególnie obciążającą, może wzbudzać poczucie winy i nieadekwatności, a wówczas śmierć pacjenta odbierana jest jako rezultat niewystarczającej wiedzy, czy zaangażowania [18].

W kontekście rozważań nad tematem śmierci znikoma liczba osób (4,5%) przywoływała osobiste doświadczenia. Wyniki te trudno jest jednoznacznie zinterpretować ze względu na niedostatek badań dotyczących subiektywnego postrzegania zjawiska śmierci w grupie studentów medycyny, w których jako metodę pomiaru wykorzystano pytanie otwarte. Można przypuszczać, że niewielka ilość osobistych odniesień do badanego zjawiska w tej grupie studentów wynikała z faktu, iż wielu z nich nie doświadczyło jeszcze osobistej straty, np. śmierci członka rodziny albo bliskiego przyjaciela, ani też nie mieli kontaktu z pacjentem umierającym, w opiekę nad którym byli zaangażowani. Z drugiej strony, tendencja ta mogła być związana z niechęcią do ujawniania spraw prywatnych lub emocjonalnie trudnych. W wielu pracach poświęconych edukacji przyszłych lekarzy podkreśla się znaczenie osobistych przeżyć wynikających z bezpośrednich kontaktów z pacjentami umierającymi [10,11]. Niektórzy autorzy zwracają jednak uwagę, na konieczność poddania refleksji tych doświadczeń i stworzenia okazji do treningu prawidłowych zachowań, co z kolei wymaga zbudowania atmosfery akceptacji i poczucia bezpieczeństwa [15,20,21].

Niezależnie od poziomu przygotowania merytorycznego oraz realizowania standardu obiektywności, do spotkania z konkretnym pacjentem studenci medycyny i lekarze nieodmiennie wnoszą osobiste doświadczenia, wartości, przekonania, postawy i emocje, które wpływają na jakość ich współpracy z chorym [18]. Aby je kształtować, trzeba je poznawać.

Piśmiennictwo

1. Naczelna Izba Lekarska: Kodeks Etyki Lekarskiej. http://www.nil.org.pl/dokumenty/kodeks-etyki-lekarskiej, data pobrania 25.04.2014
2. Weber T: Doświadczenie umierania z perspektywy lekarza. Płonka-Syroka B, Skrzypek M.: Doświadczanie choroby w perspektywie badań interdyscyplinarnych Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław, 2010, 187-195.
3. Wroński K.: Prawo chorego do umierania chorego w spokoju i godności. Nowotwory, 2007, 57, 725-726.

4. Wais J.: Ars moriendi w polskich szpitalach – prawa pacjenta. Synowiec-Piłat M, Olchowska-Kotala A. Socjologia i psychologia dla pacjenta. Wybrane zagadnienia. Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń, 2012, 216-228.
5. Hołub G. Etyczna problematyka chorób przewlekłych. Med. Prakt. 2007, 6, 109.
6. Bloomer M, Endacott R, O'Connor M, Cross W. The 'dis-ease' of dying: challenges in nursing care of the dying in the acute hospital setting. A qualitative observational study. Palliat. Med., 2013, 27, 757-764.
7. Nyklewicz W, Krajewska-Kułak E. Śmierć a emocje pielęgniarek, doniesienie wstępne. Probl Pielęg., 2008, 16, 248-254.
8. Marcysiak M, Dąbrowska O, Marcysiak M. Acceptance of death as a life attitude for nurses and nursing students. Prog. Health Sci., 2013, 3, 104-110.
9. Gibbins J, McCoubrie R, Forbes K. Why are newly qualified doctors umprepared to care for patients at the end of life?. Med. Educ., 2011, 45, 389-399.
10. Anderson W, Williams J, Bost J, Barnard D. Exposure to death is associated with positive attitudes and higher knowledge about end-of-life care in graduating medical students. J Palliat. Med., 2008, 11, 1227-1233.
11. Schillerstorm J, Sanchez-Reilly S, O'Donnell L. Improving student comfort with death and dying discussions through facilitated family encounters. Acad. Psychiatr., 2012, 36, 188-190.
12. Head B, Earnshaw L, Greenberg R, Morehead R, Pfeifer M, Shaw M.: I will never forget: what we learned from medical student reflections on palliative care experience. J Palliat. Med., 2012, 15, 535 – 541.
13. Centrum Badania Opinii Społecznej: Nasze postawy wobec umierania i śmierci, Komunikat z badań, Warszawa 1994. http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/1994/K_162_94.PDF, data pobrania 15.04.2014
14. Komorowska M.: Postawy wobec śmierci – wybrane zagadnienia. Libiszowska M, Ogryzko-Wiewiórkowska M, Piątkowski W.: Szkice z socjologii medycyny. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie –Skłodowskiej, Lublin, 1998, 207-219.
15. Kelly E, Nisker J. Medical students' first clinical experiences of death. Med. Educ., 2010, 44, 421-428.
16. Ciałkowska-Rysz A, Dzierżanowski T.: Personal fear of death affects the proper proces of breaking bad news, Arch Med. Sci, 2013, 9, 127-131.

17. Ycaza A, Hyman S, Behbahani S.: Relationship between personality characteristics and death awareness in a graduate student sample. Existential Analysis, 23, 2, 278-287.
18. Gordon G.: Breaking bad news. Cole S, Bird J.: The medical interview: the three-function approach. Mosby, St. Louis 2000, 208 - 221.
19. Centrum Badania Opinii Społecznej: W obliczu śmierci, Komunikat z badań, Warszawa 2012. , http://cbos.pl/SPISKOM.POL/2012/K_165_12.PDF, data pobrania 15.04.2014
20. Bharathy A, Malayapillay M, Russel V.: Crosscultural narratives on death and bereavement among medical students: implications for undergraduate curricula. International J Med. Educ., 2013, 4, 68-74.
21. Mutto E, Cantoni M, Rabhansi M, Villar M.: A perspective of end-of-life care education in undergraduate medical and nursing students in Buenos Aires, Argentina. J Palliat. Med., 2012, 15, 1, 93-98.

Wróblewska Krystyna Helena[1], Szymańska Agnieszka Lidia[2], Fiega Ewa[3,4], Krajewska-Kułak Elżbieta[5], Chilińska Joanna Zofia[3,6], Brzozowska – Przychodzeń Krystyna[1]

Postawy ratowników medycznych i pielęgniarek wobec śmierci pacjentów

1. Wyższa Szkoła Zawodowa Ochrony Zdrowia TWP w Łomży.
2. Zakład Medycyny Ratunkowej i Katastrof Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.
3. Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży.
4. Wydział Medyczny Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży.
5. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.
6. Instytut Medyczny im. Bł. Matki Teresy z Kalkuty Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży.

"Umiera się nie po to, by przestać żyć, lecz po to, by żyć inaczej"

Paulo Coelho

W historii myśli ludzkiej można zaobserwować różne postawy wobec wszechobecnego zjawiska śmierci. Według Larkowej [1] termin postawa „*... oznacza nabytą dyspozycję do reagowania (zachowania się) w charakterystyczny sposób na określone bodźce, którymi są przedmioty, osoby, wydarzenia"*.

Tomaszewski [2] podaje, że*: „... kiedy mówimy o czyjejś postawie wobec jakiejś sprawy, to mamy na ogół na myśli: po pierwsze - jego wiedzę i przekonania na temat, po drugie - jego cechy i stosunek uczuciowy do sprawy, po trzecie - to, co zdolny jest w tej sprawie zrobić*".

Postawy społeczne kształtują się pod wpływem różnych czynników społeczno-kulturowych, do których Mądrzycki [3] zalicza: wpływ kultury i podstawowych grup społecznych, wiedzę, płeć, wiek.

Sposoby myślenia o śmierci warunkowały postawy wobec niej. W przypadku, gdy śmierć traktowano jako smutną konieczność, automatycznie stosowano różnego rodzaju mechanizmy obronne, które pozwalały (przynajmniej pozornie) maksymalnie korzystać z życia. Takie podejście charakteryzowało Epikura [4], który przekonywał, że śmierci nie należy się bać, ponieważ, „*gdy my istniejemy, śmierć jest nieobecna, a gdy tylko śmierć się pojawi, wtedy nas już nie ma",* czy Epikteta [5], który mówił, że *„śmierć sama w sobie nie jest straszna, tylko mniemanie, że jest straszna, jest straszne"*. Inni utrzymywali, że autentyczne prawdziwe bycie jest możliwe tylko ze świadomością śmiertelności. Stosowanie mechanizmów obronnych sprawia, że człowiek żyje w złudzeniach i zamknięciu na to, co najprawdziwsze i najpewniejsze. Zwolennikiem takiego myślenia na pewno był Martin Heidegger [6], który mówił, że człowiek jest byciem - ku - śmierci *(sein zum Tode).*

Chrześcijańskie koncepcje filozoficzne natomiast zwracają uwagę na konieczność śmierci, jako pewnego etapu życia. Jej świadomość pozwala autentyczniej żyć i w jakiś sposób przygotować się do przejścia w inną formę istnienia [6].

Wraz z wyodrębnieniem się w XIX wieku nauk szczegółowych, zwłaszcza psychologii, zaczęto coraz bardziej interesować się człowiekiem i tym, co przeżywa. Jednakże dopiero w połowie XX wieku pojawił się szczególny dział psychologii - tanatopsychologia, którego zainteresowania z założenia obejmowały problematykę śmierci. Rozważania tanatopsychologiczne zaczęły się coraz bardziej rozwijać (głównie w USA), gdy okazało się, że doświadczenie umierania ma wpływ na rozwój i psychikę człowieka. Zaczęto otwarcie mówić, że „*najbardziej rozpowszechnionym błędem w mówieniu o śmierci jest umieszczanie jej poza życiem (...). Życie zawiera śmierć, śmierć zawiera życie (...). W życiu człowieka ważne jest, by zdawał sobie sprawę, że z każdą chwilą jest (...) bliżej śmierci. Śmierć nie ma sensu jedynie dla tych, dla których bezsensowne wydaje się również życie. Nie umieć umrzeć, to znaczy również nie umieć żyć*" [6].

Interesującą psychologiczną trajektorię pięciu etapów intelektualno - emocjonalnych, opartych na bogatym materiale klinicznym, przez które przechodzi na ogół osoba umierająca w typowych okolicznościach opracowała Amerykanka Elizabeth Kübler - Ross [7], do których zaliczała postawy:

- zaprzeczenia i izolacji
- złości i oburzenia
- pertraktowania i odwlekania
- depresji i poczucia zatracenia
- akceptacji nieuchronności własnej śmierci.

Akceptacja własnej skończoności pomaga odkryć prawdziwy sens życia. Czerpiąc z wiedzy o postawach wobec śmierci i umierania zarówno w naszej, jak i w innych kulturach, Elizabeth Kübler - Ross [8] dostarczyła nam wielu pouczających odpowiedzi na te i inne pytania. Przedstawiła szerokie spektrum punktów widzenia, włączając poglądy duchownych, lekarzy, pielęgniarek, socjologów oraz osobiste rozliczenia z doświadczeniami osób zbliżających się do śmierci i pogrążonych w żałobie. Autorka w swych publikacjach przekonuje, że akceptacja śmierci jako części ludzkiego rozwoju dostarcza klucza do sensu ludzkiej egzystencji [8].

Szaniawski [9] wyróżnił pięć podstawowych postaw człowieka wobec śmierci, zależnych od jego osobowości, tj. postawa człowieka :

- ambiwalentnego - z jednej strony ma świadomość, że śmierć jest wartością, z drugiej, że stanowi największą niepewność, smutną konieczność, koniec nadziei i tragedię. Boi się jej, ale też podejmuje próbę myślenia o niej
- spokojnego - akceptuje śmierć, śmierć to nie tragedia ale tajemnica, droga do odrodzenia i oczyszczenia. Myślenie o śmierci motywuje go do zmiany własnego życia
- religijnego - ujmuje śmierć w perspektywie wiary, ale nie zawsze według niej żyje. Często myśli o własnej śmierć i bliskich mu osobach, co nie przeszkadza mu na optymistycznym patrzeniu na życie, śmierć jako zjednoczenie z Bogiem
- unikowego - nie myśli o własnej śmierci, nie uważa jej za najważniejsze zagadnienie, nie stanowi dla niego tragedii, nie przeraża go, często jednak myśli o śmierci bliskich
- przerażonego - śmierć jako centralny problem życia, największa niepewność, boi się jej i często o niej myśli, jednak ta refleksja nie pomaga mu w lepszym życiu.

Życie człowieka zawsze stoi w perspektywie śmierci, dlatego każdy odczuwa potrzebę zajęcia określonego stanowiska wobec tego fenomenu. Konsumpcyjny styl życia, dążenie do zwiększenia sprawności produkcyjnej oraz sekularyzm spowodowały, że człowiek niechętnie, a nawet wrogo odnosi się do problemu śmierci. Współczesny człowiek w pogoni za dobrami doczesnymi odsuwa od siebie myśli o nieuchronnej konieczności. Śmierć staje się przedmiotem wrogości. Jedynie ludzie mniej aktywni życiowo, starsi czy chorzy są bardziej otwarci na problemy związane ze śmiercią i umieraniem. Tego rodzaju postawy człowieka świadczą o procesie dehumanizacji społeczeństwa. Papież Jan Paweł II nauczał, że wypaczenie poglądu współczesnego człowieka na sprawy ostateczne związane jest z jednej strony z sekularyzmem, z drugiej zaś strony przyczyniły się do tego „doczesne piekła", jakie zgotowały mijające stulecia: wojny, obozy koncentracyjne, gułagi, bombardowania i inne. Postawa „nowoczesnego człowieka" wobec śmierci uderza w postawę współczesnego chrześcijanina. W związku z obecną sytuacją rodzi się potrzeba rzeczowego mówienia o śmierci w aspekcie wiary. Temat śmierci był i jest nieodłącznym zagadnieniem doktrynalnych wypowiedzi Kościoła. Przykładem tego może być dokument Soboru Watykańskiego II Konstytucja „Lumen gentium", w której w rozdziale VII jest przedstawiony „*Eschatologiczny charakter Kościoła pielgrzymującego i jego związek z Kościołem w niebie*". Również Katechizm Kościoła Katolickiego wiele miejsca poświęca problematyce śmierci [10].

Celem pracy była analiza specyfiki i uwarunkowań postaw ratowników medycznych i pielęgniarek w sytuacji zetknięcia się ze śmiercią pacjenta.

Materiał i metodyka

Badanie przeprowadzono w 2014 roku i objęto nimi 78 respondentów: 50 ratowników medycznych z województwa podlaskiego, pracujących w stacjach Pogotowia Ratunkowego oraz 28 pielęgniarek Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych. Zastosowaną metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, technikę badawczą stanowił kwestionariusz ankiety własnego autorstwa opracowanego dla potrzeb pracy. Badania były dobrowolne i anonimowe.

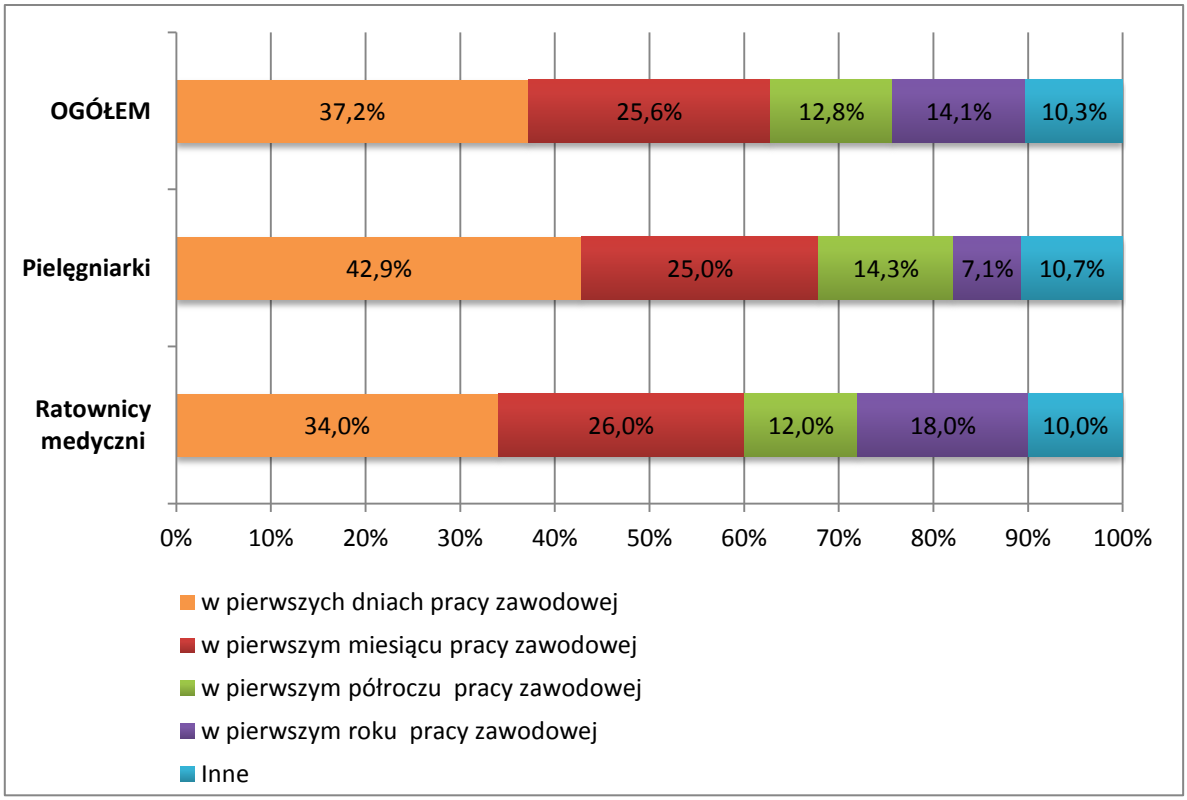
Zebrane informacje dotyczyły przede wszystkim: pierwszego kontaktu ankietowanego ze śmiercią pacjenta, częstości stykania się ze śmiercią w życiu zawodowym, analizy i metod radzenia sobie z emocjami wywołanymi tym zdarzeniem, jak również respondenci przedstawili swój osobisty stosunek do śmierci i jej postrzegania w życiu człowieka.

Wyniki

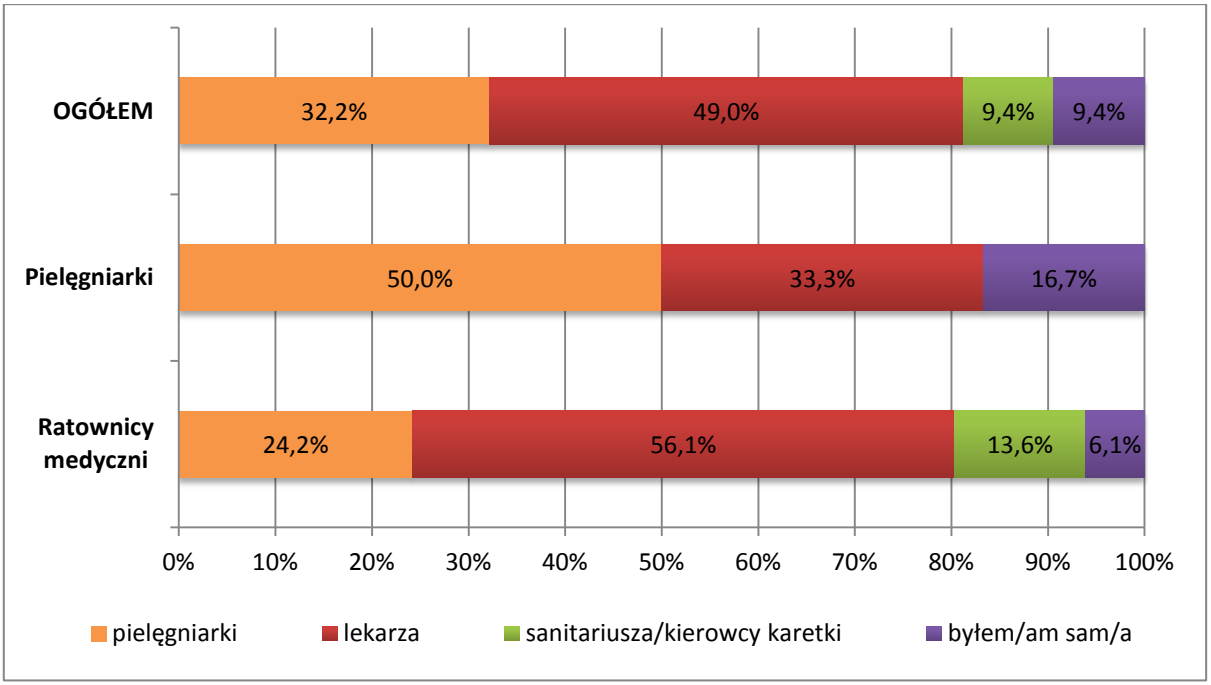
W badanej grupie 42,3% stanowiły kobiety, a 57,7% - mężczyźni. Średnia wieku respondentów wynosiła 35,2 lat (±9,90). Dominowały osoby mieszkające w mieście 82,1%, gdzie wieś – 17,9%. Poziom wykształcenia respondentów był wysoki – tylko 14,1% zakończyło edukację na liceum. Pozostali badani posiadali wykształcenie wyższe, w tym licencjat – 59,0%, a magister – 26,9%, gdzie po studiach medycznych – 19,2%, oraz niemedycznych – 7,7%. Średnia stażu pracy respondentów w Stacjach Pogotowia Ratunkowego wynosiła 2,1 lat (±4,1), a w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych 5,0 lat (±6,6).

Pierwszy kontakt ze śmiercią pacjenta dla 37,2% respondentów nastąpił w pierwszych dniach pracy, a dla co czwartej ankietowanej osoby w pierwszym miesiącu pracy (25,6%). Szybciej z sytuacją odejścia pacjenta zetknęły się pielęgniarki, wśród których 67,9% wskazało okres do jednego miesiąca, gdzie u ratowników udział ten wynosił 60,0% (Rycina 1).

W sytuacji pierwszego kontaktu ze śmiercią 9,4% badanych było zdanych na samych siebie (Rycina 2). Jednak najczęściej respondentom towarzyszył lekarz (49,0%), szczególnie w przypadku ratowników medycznych (56,1%) lub inna pielęgniarka (32,2%), szczególnie w przypadku pielęgniarek (50,0%). W grupie ratowników medycznych często osobą towarzyszącą zdarzeniu był sanitariusz lub kierowca karetki. Ankietowane pielęgniarki prawie trzykrotnie częściej niż ratownicy były same w swoim pierwszym zetknięciu się ze śmiercią pacjenta w pracy zawodowej.



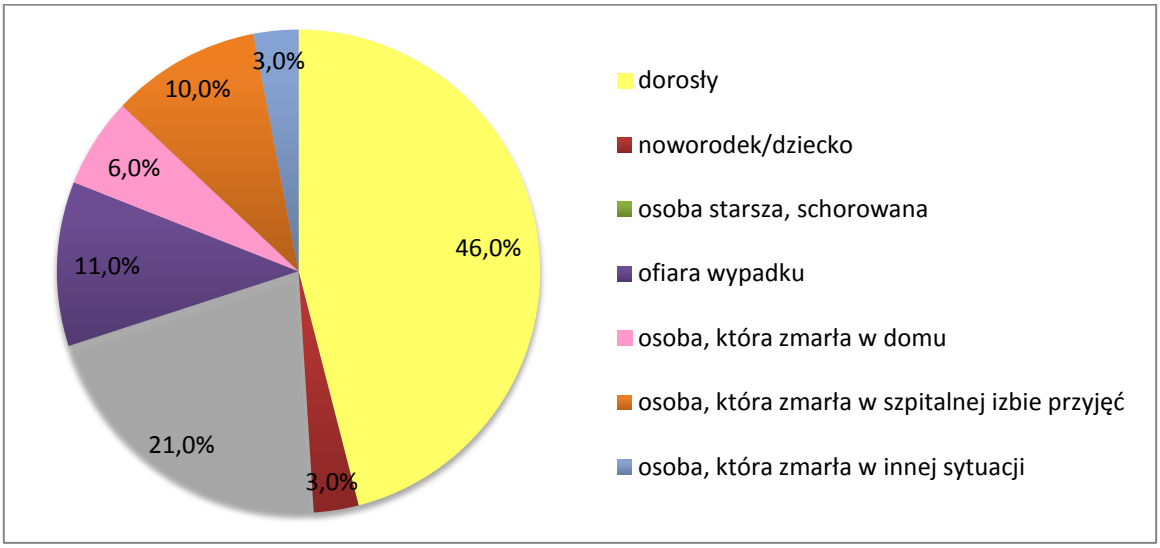
Rycina 1. Pierwsze zetknięcie się ze śmiercią pacjenta wśród respondentów



Rycina 2. Personel medyczny towarzyszący respondentom w pierwszym zetknięciu się ze śmiercią pacjenta

W przypadku prawie połowy respondentów pierwszy kontakt ze śmiercią dotyczył osoby dorosłej (46,0%), a następnie osoby starszej, schorowanej (21,0%). Z odejściem dziecka zetknęło się 3,0% ankietowanych. Pozostali badani byli świadkiem śmierci ofiar

wypadku (11,0%), osób zmarłych w domu (6,0%), osób zmarłych w izbie przyjęć (10,0%) czy w innej sytuacji (3,0%) – Rycina 3.

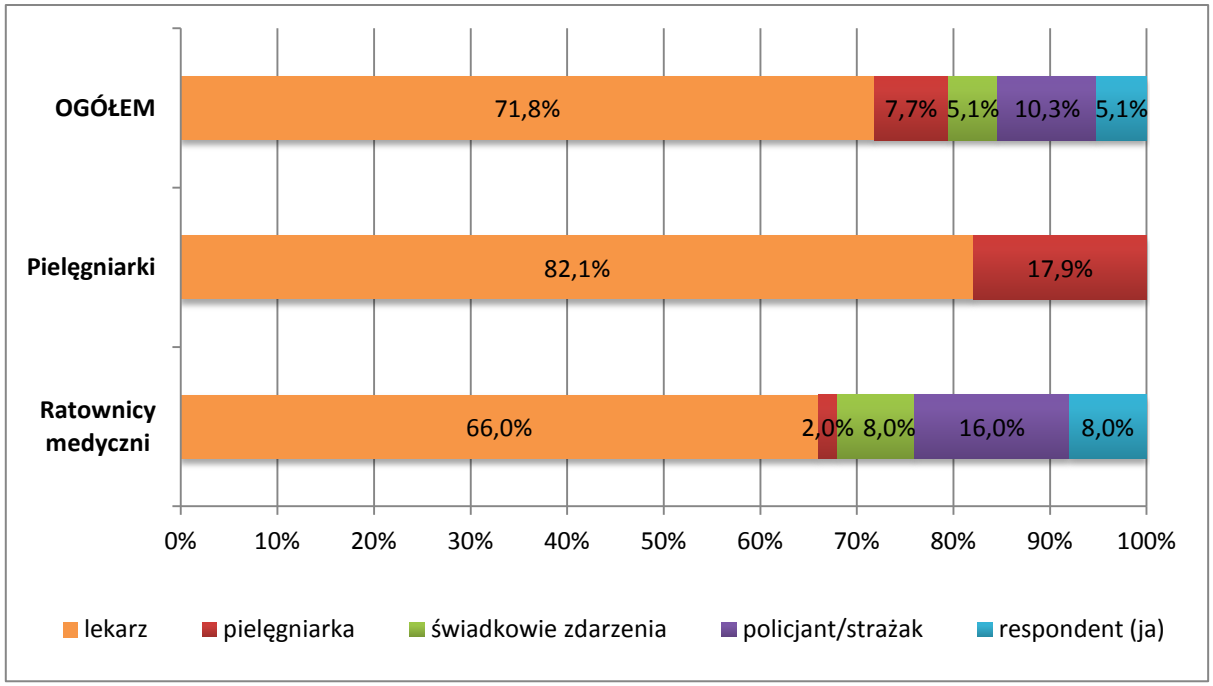


Rycina 3. Przypadek pacjenta w pierwszym zetknięciu się ze śmiercią

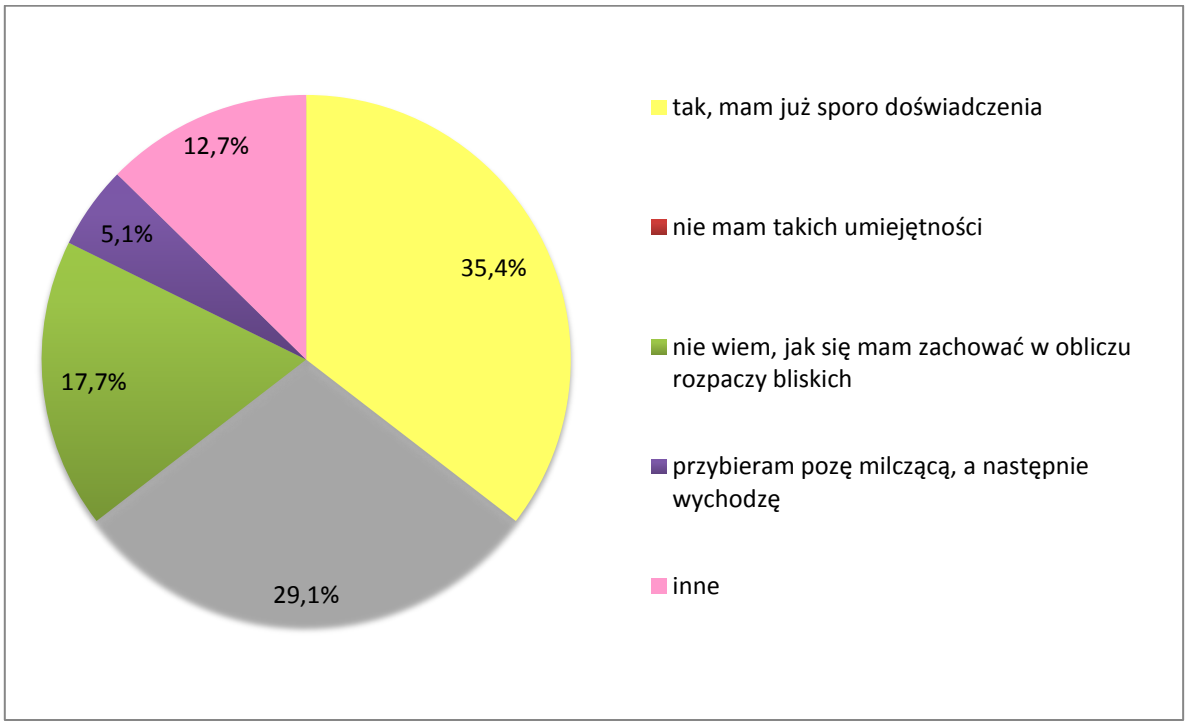
Jednym z najtrudniejszych momentów w sytuacji odejścia pacjenta jest przekazanie tej wiadomości rodzinie. Wśród ankietowanych w ich pierwszym kontakcie ze śmiercią osobą informującą bliskich był przeważnie lekarz (71,8%). W przypadku personelu pielęgniarskiego istotną rolę w tej kwestii odgrywały również same pielęgniarki. Natomiast w grupie ratowników medycznych informacja o zgonie przekazywana była przez różne grupy osób – często przez pracowników służb mundurowych. W 8,0% przypadków personel ratowniczy w swoim pierwszym kontakcie ze śmiercią był zmuszony również do osobistego poinformowania rodziny (Rycina 4).

Respondenci dokonali oceny swoich umiejętności w sytuacji informowania bliskich o śmierci ich członka rodziny (Rycina 5). Tylko 35,4% badanych uważało, że jest w stanie sprostać temu zadaniu, przeciwstawną opinię wyraziło 29,1% respondentów. Pozostali ankietowani przyznali, że nie wiedzą jak się zachować w obliczu rozpaczy bliskich (17,7%), albo przybierają pozę milczącą, pozostawiając rodzinę w ich cierpieniu (5,1%).

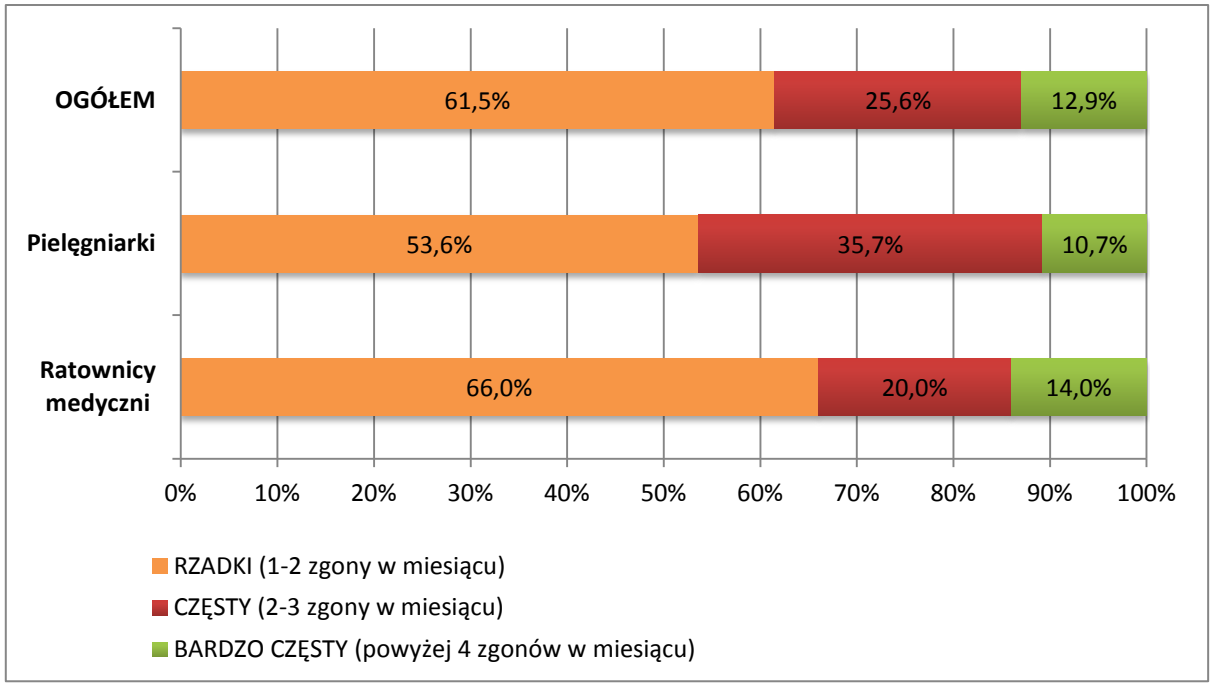
Ponad połowa badanych określiła, że ich kontakt ze śmiercią w pracy zawodowej jest rzadki, tzn. 1-2 zgony w miesiącu (61,5%). Pozostali ankietowani wskazali określenie częsty (25,6%) lub bardzo częsty (12,9%). Wyniki obrazuje Rycina 6.



Rycina 4. Osoba informująca rodzinę zmarłego przy pierwszym zetknięciu się ze śmiercią pacjenta wśród respondentów



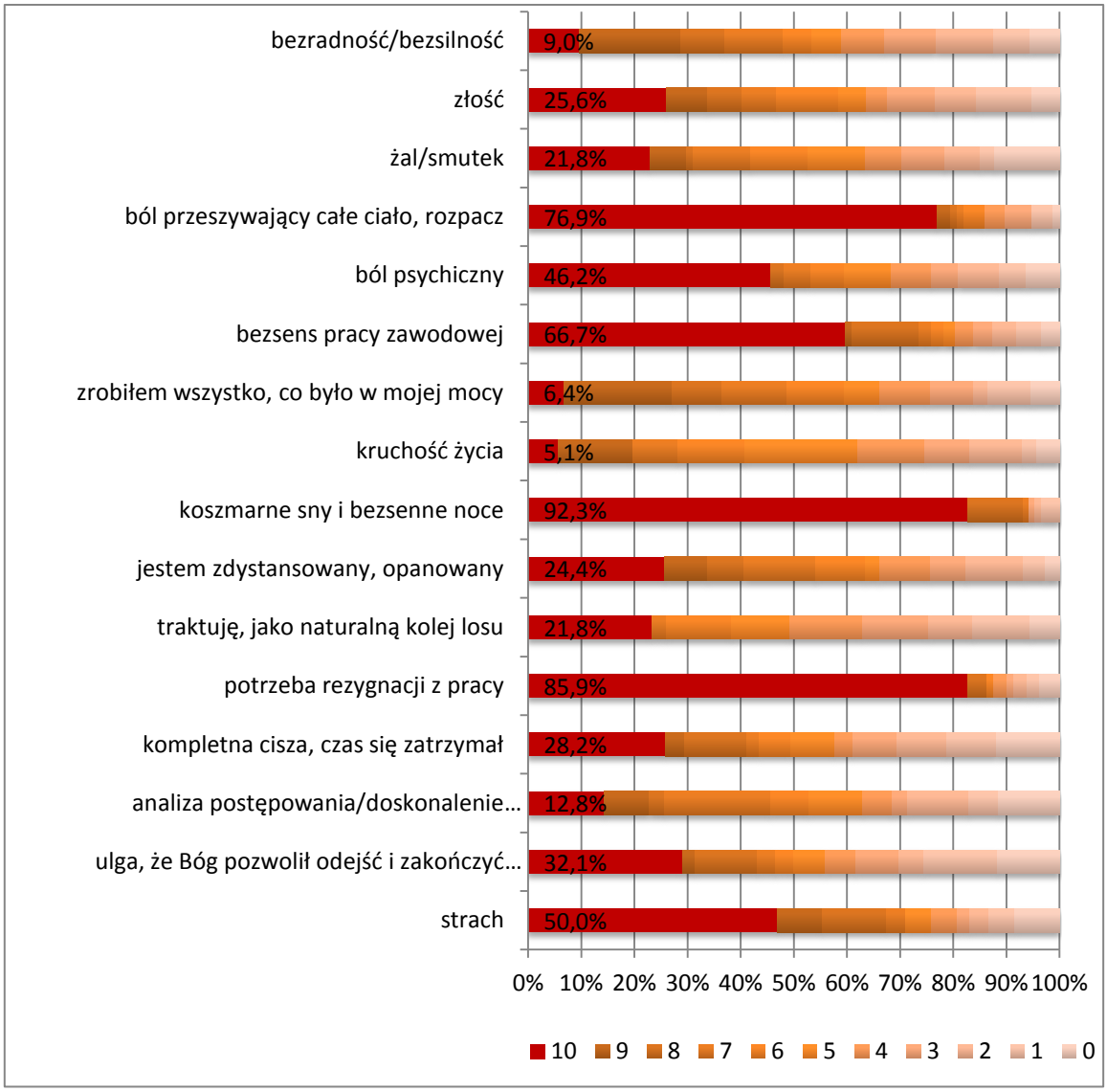
Rycina 5. Samoocena swoich umiejętności przekazania informacji o śmierci



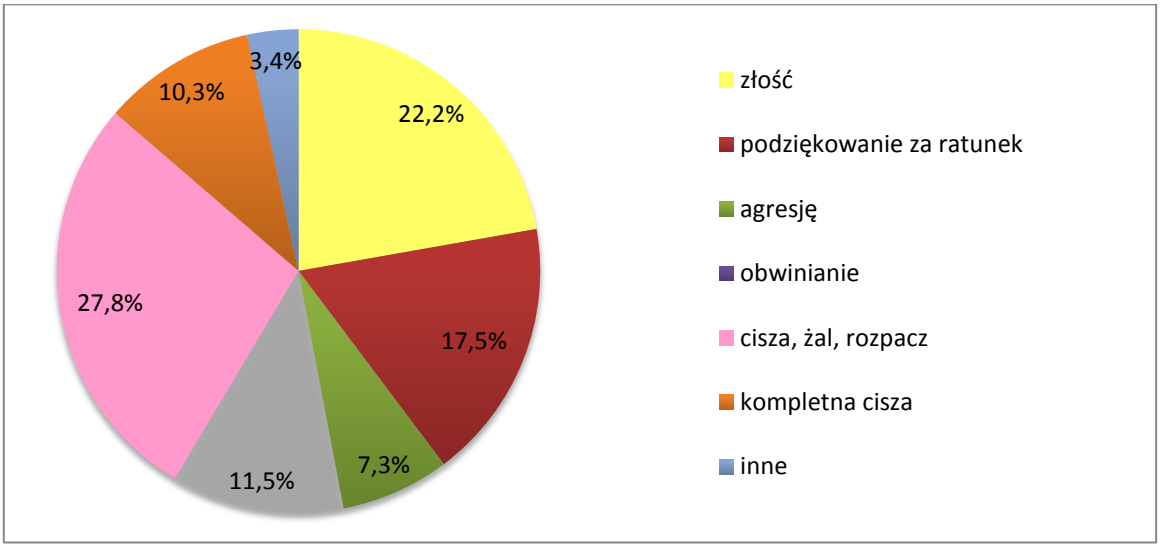
Rycina 6. Częstość kontaktu ze śmiercią pacjenta w pracy zawodowej respondentów

Respondenci w skali 0-10 ocenili swój stan emocjonalny po odbyciu nieskutecznej reanimacji (Rycina 7). Najczęściej badani wskazywali, iż efektem takiego zdarzenia jest w ich przypadku zawsze bezsenna noc i koszmarne sny (92,3%), a w samym momencie odejścia pacjenta ból przeszywający całe ciało i rozpacz (76,9%). Ankietowanym towarzyszyła często również myśl o rezygnacji z pracy (85,9%) i poczucie bezsensu wykonywania zawodu (66,7%). Śmierć pacjenta wywoływała również u respondentów strach (50,0%), ból psychiczny (66,7%), złość (25,6%), smutek i żal (21,8%). W nielicznych przypadkach badani zatrzymywali się nad kruchością życia (5,1%) oraz odczuwali ulgę związaną z wyzwoleniem chorego od cierpienia (32,1%). Tylko co czwarty respondent określił, że zawsze w przypadku śmierci pacjenta jest zdystansowany i opanowany (24,4%), a nieliczni badani zawsze przeprowadzali analizę wykonanych czynności medycznych, pod kątem samoudoskonalenia (12,8%).

Wiadomość przekazywana rodzinie o śmierci pacjenta wiąże się z informacją zwrotną (Rycina 8). Respondenci najczęściej doświadczali trzech postaw ze strony członków rodziny zmarłego: ciszy, żalu, rozpaczy (27,8%), złości (22,2%) oraz wdzięczności za włożony wysiłek w ratowanie życia (17,5%). Niektórzy ankietowani spotykali się z obwinianiem ich za śmierć bliskiej osoby (11,5%), agresją (7,3%), ale również i z kompletną ciszą (10,3%).

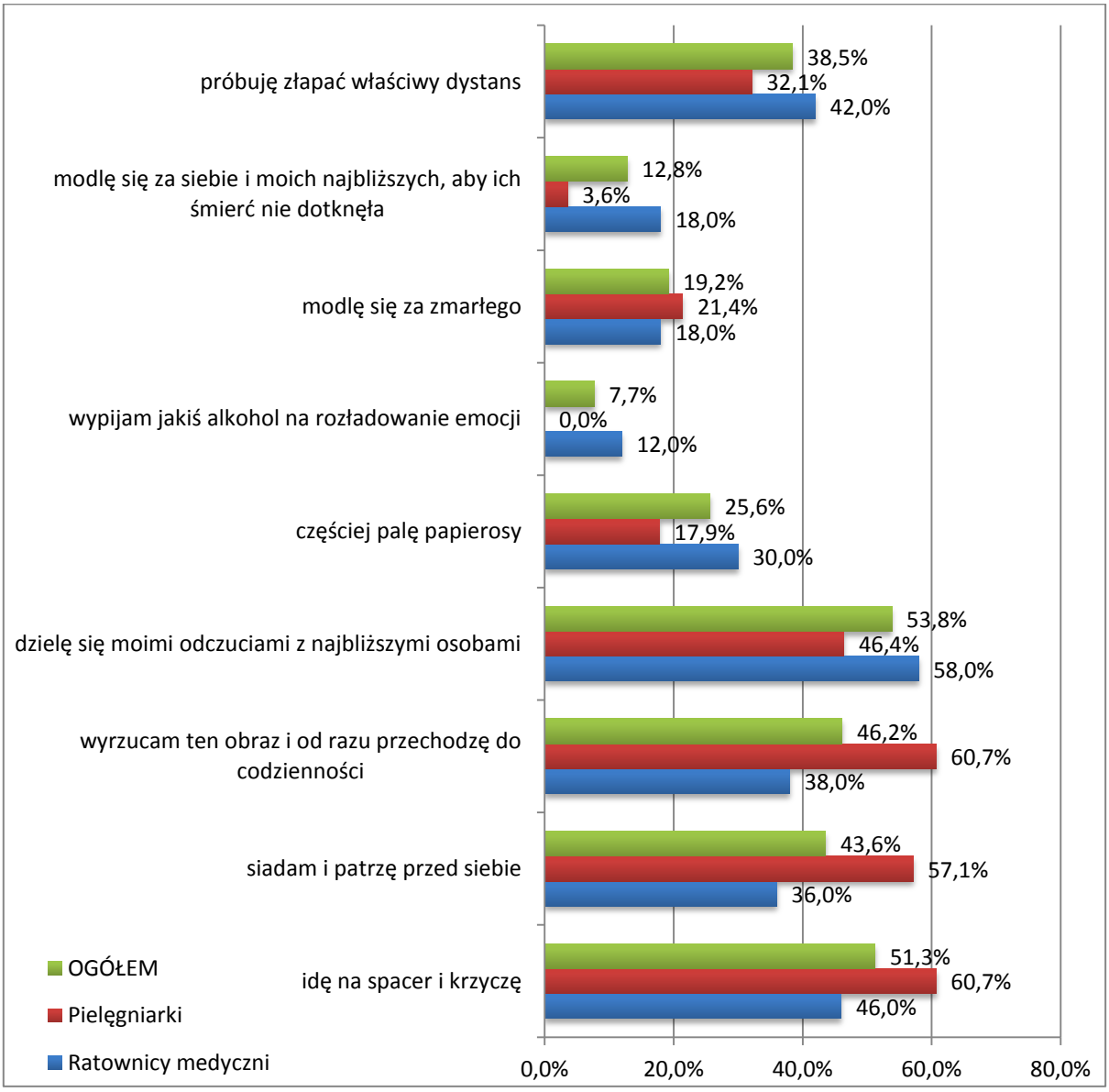


Rycina 7. Odczucia towarzyszące respondentowi po nieskutecznej reanimacji



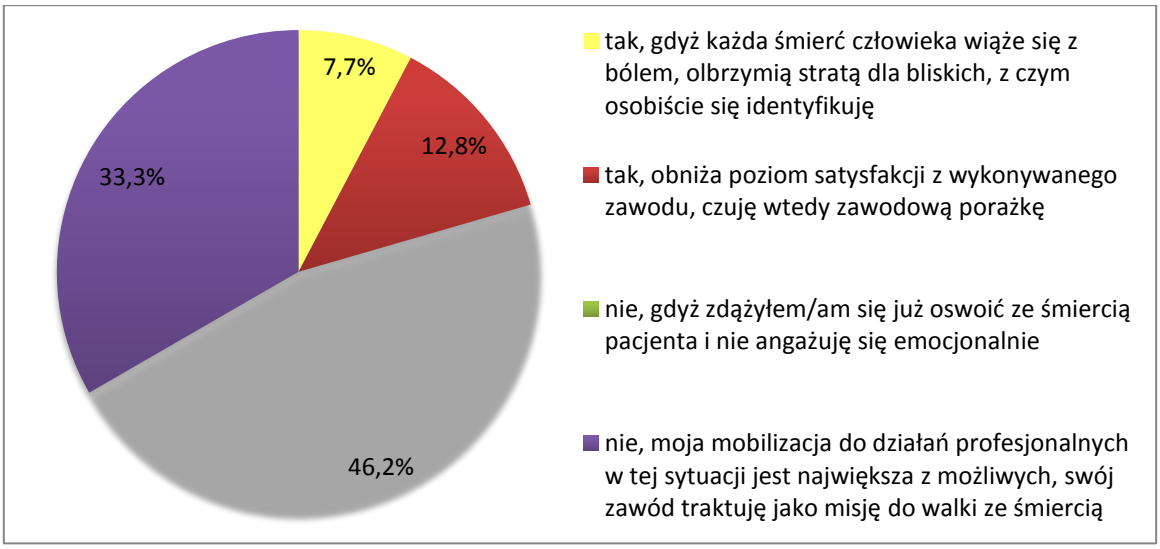
Rycina 8. Najczęstsze reakcje rodziny w sytuacji przekazania informacji o śmierci

Ankietowani przedstawili swoje metody rozładowywania emocji po dyżurze, na którym byli świadkami śmierci pacjenta. Ponad połowa respondentów dzieliła się swoimi emocjami z najbliższymi osobami (53,8%) lub wychodziła na spacer, by wykrzyczeć swoją złość (51,3%). Pierwsza postawa towarzyszyła częściej ratownikom medycznym (58,0%), a druga pielęgniarkom (60,7%). Wśród badanych pielęgniarek 60,7% zamykało ten obraz w murach szpitala i zapominało się w obowiązkach domowych i rodzinnych. W grupie tej również znaczna część (57,1%) popadała w stan zadumy i przemyśleń – „siadam i patrzę przed siebie". Respondenci podejmowali się również próby złapania dystansu do przeżytych wydarzeń. Zapomnienia w używkach: papierosach i alkoholu szukali częściej ratownicy medyczni, odpowiednio: 30,0% i 12,0%.



Rycina 9. Metody rozładowania emocji po zetknięciu się ze śmiercią pacjenta

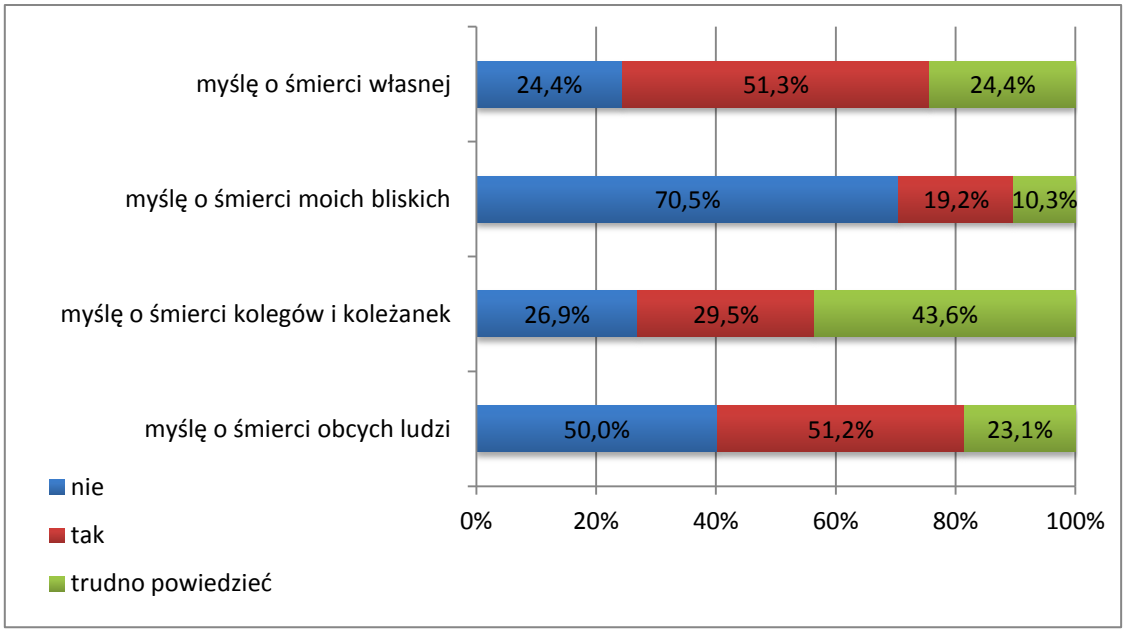
Sytuacja realnego zagrożenia śmiercią pacjenta jest testem profesjonalizmu personelu medycznego. W badanej grupie 79,5% respondentów deklarowało, że potrafi zapanować nad swoimi emocjami i podjąć efektywną akcję ratowniczą. Połowa ankietowanych uważała, że stan ten jest możliwy dzięki osiągniętemu poziomowi oswojenia ze śmiercią, jak również zachowanemu dystansowi emocjonalnemu. Co trzeci badany stwierdził, że „zimna krew" jest niezbędnym elementem profesjonalizmu. Wśród pozostałych respondentów 7,7% identyfikowało się z bólem odczuwanym przez bliskich zmarłego, a 12,8% w przypadku zgonu pacjenta odczuwało wyraźnie niższą satysfakcję z wykonywanego zawodu, traktując zdarzenie jako swoją osobistą porażkę (Rycina 10).



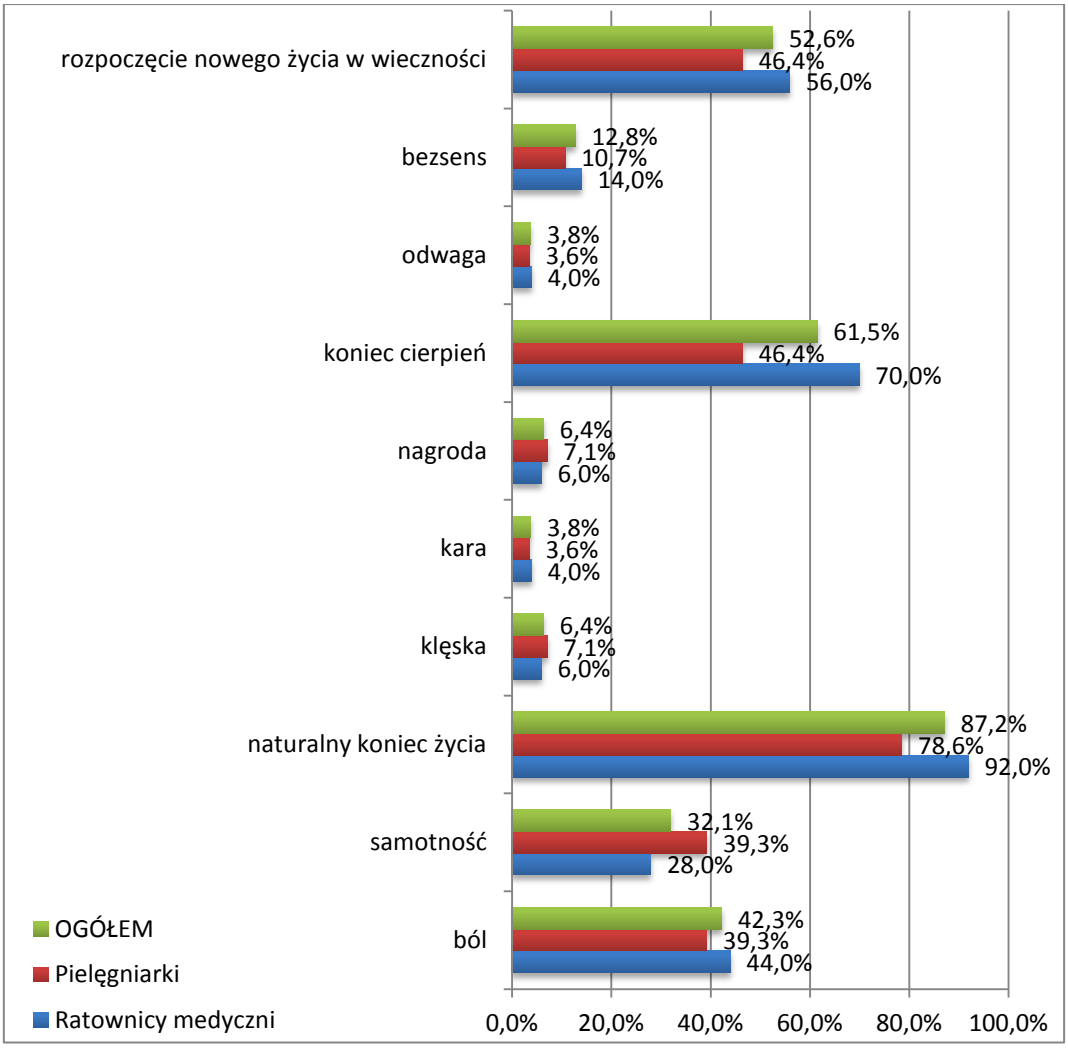
Rycina 10. Wpływ na wykonywanie czynności ratowniczych w sytuacji zagrożenia życia pacjenta

W swoich rozmyślaniach o śmierci ankietowani najrzadziej odnosili się do swoich bliskich (70,5%). Połowa badanych rozważała śmierć własną lub osób obcych. Co czwarty badany (26,9%) łączył myśl o śmierci z osobą kolegów i koleżanek (Rycina 11).

Respondenci określili swój stosunek do śmierci jako nieodłącznego elementu życia człowieka (Rycina 12). Najczęściej badani określali śmierć jako naturalny koniec życia (87,2%). Około 50% widziało w niej nowy początek – życie w wieczności (52,6%) oraz wyzwolenie z cierpienia (61,5%). Ankietowani ze śmiercią wiązali ból (42,3%) i samotność (32,1%), odwagę (3,8%) i klęskę (6,4%), nagrodę (6,4%) i karę (3,8%), poczucie bezsensu (12,8%).

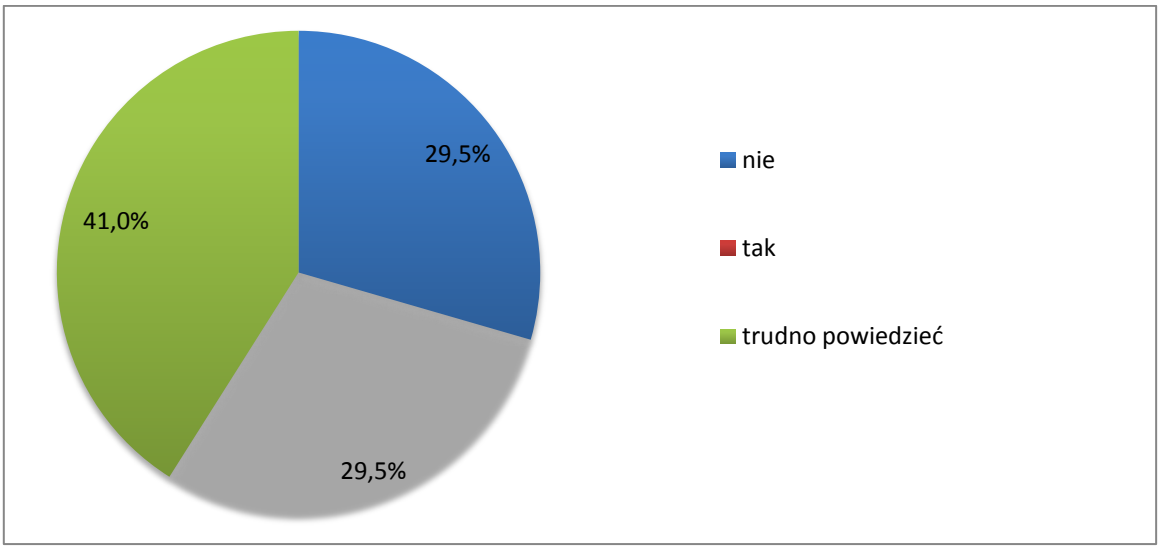


Rycina 11. Rozmyślania o śmierci wśród respondentów



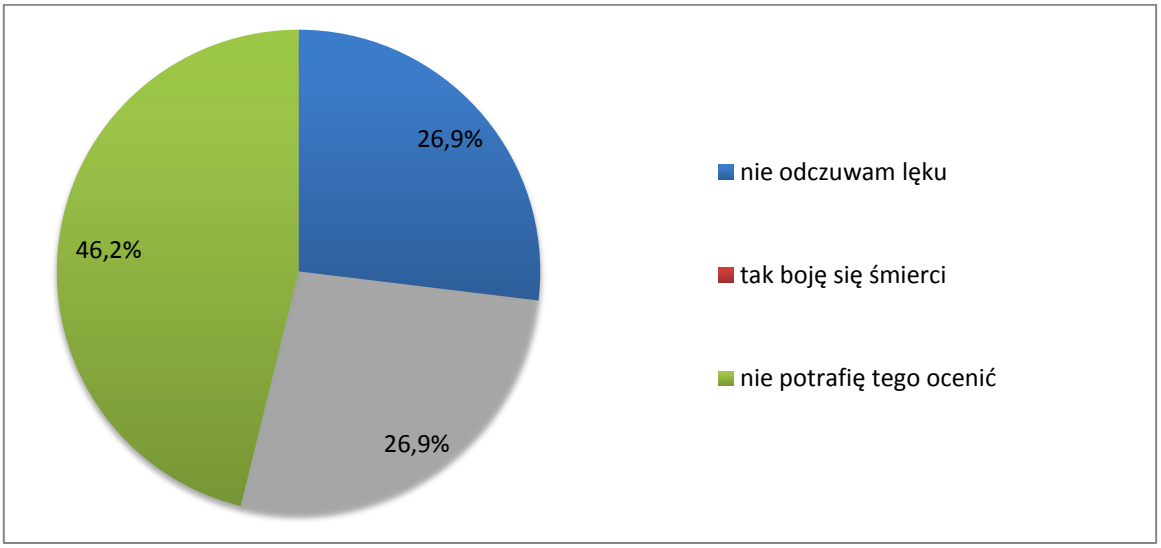
Rycina 12. Postrzeganie śmierci przez respondentów

W opinii 29,5% ankietowanych osób istnieje pojęcie „dobrej" i „złej" śmierci. Zdanie przeciwstawne wyraziło 29,5% badanych, a przeważająca grupa respondentów – 41,0% - nie miała jednoznacznej opinii w tej kwestii (Rycina 13).



Rycina 13. Funkcjonowanie określenia „dobrej" i „złej" śmierci w opinii respondentów

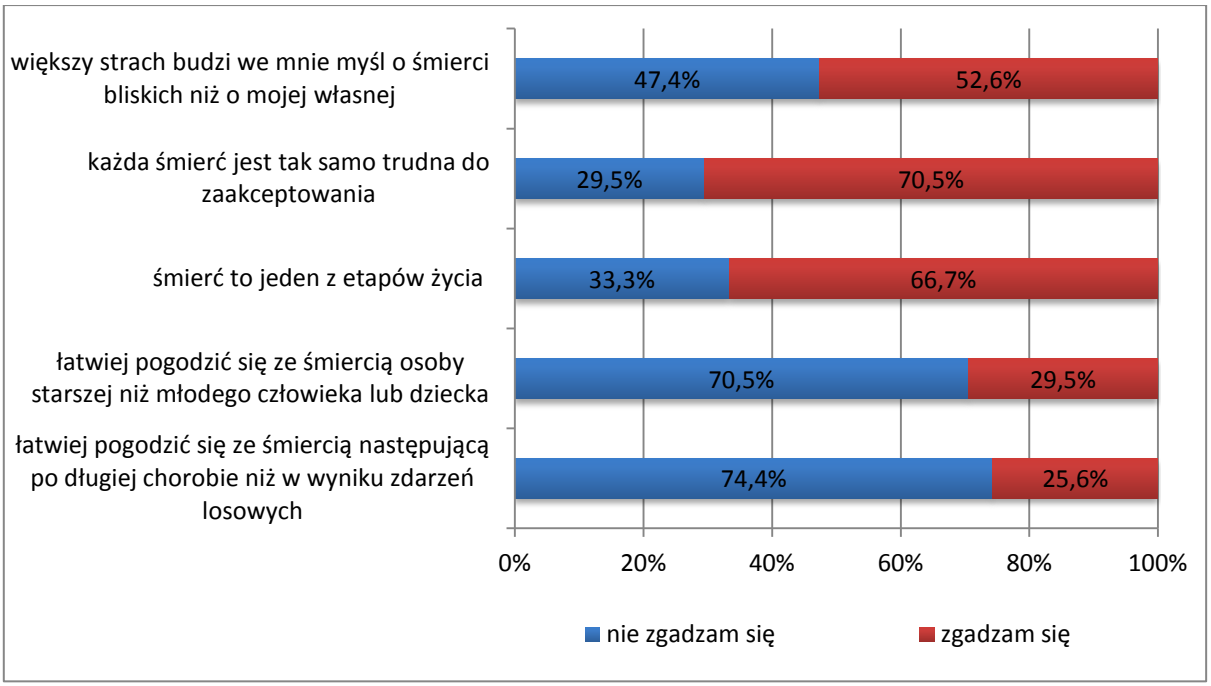
W badanej grupie zarówno 26,9% respondentów odczuwało lęk przed śmiercią i taki sam udział mieli respondenci, którzy tego lęku nie odczuwali. Jednak najczęściej ankietowani nie potrafili ocenić swoich emocji w tej kwestii (Rycina 14).



Rycina 14. Poziom lęku przed śmiercią wśród respondentów

Zdaniem połowy ankietowanych większy lęk budzi w nich myśl o śmierci bliskich niż własnej (52,6%). Mniej niż 30% uważało, że łatwiej pogodzić się ze śmiercią osoby starszej

niż młodego człowieka czy dziecka (29,5%) oraz łatwiej pogodzić się ze śmiercią w wyniku długiej choroby niż nagłego wypadku (25,6%). Jednak w opinii zdecydowanej większości respondentów każda śmierć jest tak samo trudna do zaakceptowana (70,5%), chociaż stanowi ona jeden z etapów życia (66,7%).



Rycina 15. Opinie funkcjonujące wśród respondentów

Dyskusja

Zjawisko śmierci jest zdarzeniem szczególnie niosącym refleksję egzystencjalną. Konfrontacja ze śmiercią drugiego człowieka sprzyja zadumie nad realnością własnej śmierci oraz sprawia, że czujemy się niepewni i zagrożeni. Jak pisze Ogryzko - Wiewiórowska „*Człowiek jest jedyną istotą, która nie tylko przeżywa umieranie, ale wie o tym, jest świadoma swej śmierci, potrafi myśleć, wyobrażać sobie wydarzenia z nią związane*" [11].

Z badań przeprowadzonych przez Vachon w różnych ośrodkach Europy i Ameryki wynika, że jednym z wielu czynników wywołujących stres u pracowników opieki medycznej jest kontakt z pacjentem cierpiącym i umierającym [12].

O ile człowiek, który na co dzień nie ma kontaktu z umieraniem i śmiercią, nie myśli o niej często, to w sytuacji osób zawodowo mających kontakt z dramatem umierania i śmierci, myślenie o cierpieniu fizycznym, psychiczno-moralnym, które nieodłącznie towarzyszą temu zdarzeniu, jest częste [13,14].

W przeprowadzonym badaniu ankietowym na obszarze województwa podlaskiego, wśród 50 ratowników medycznych Stacji Pogotowia Ratunkowego oraz 28 pielęgniarek Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych, pierwszy kontakt ze śmiercią pacjenta w okresie do jednego miesiąca od chwili podjęcia pracy zawodowej wystąpił u 62,8% respondentów, gdzie u 37,2% respondentów nastąpił on w pierwszych dniach pracy. W sytuacji pierwszego kontaktu ze śmiercią 9,4% badanych było zdanych na samych siebie, a 5,1% badanych było zmuszonych również do osobistego poinformowania o tym fakcie członków rodziny zmarłego. W przypadku prawie połowy respondentów zgon dotyczył osoby dorosłej (46,0%), a następnie osoby starszej, schorowanej (21,0%). Z odejściem dziecka zetknęło się 3,0% ankietowanych. Pozostali badani byli świadkiem śmierci ofiar wypadku (11,0%), osób zmarłych w domu (6,0%), osób zmarłych w izbie przyjęć (10,0%) czy w innej sytuacji (3,0%).

Sleziona i Krzyżanowski [15] udowodnili jak istotnie wpływa na człowieka kontakt ze śmiercią w zakresie prowadzonej aktywności zawodowej. Wśród 120 osób czynnie pracujących w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarza, objętych badaniem, swoje pierwsze zetknięcie się ze śmiercią pacjenta pamiętało 53% respondentów, a 58% było świadkiem śmierci, która w sposób szczególny stała się dla nich ważnym i niezapomnianym przeżyciem. Większość badanych starała się towarzyszyć umierającemu pacjentowi oraz jego rodzinie, często podczas tych kontaktów występowało jednak uczucie smutku (70%), współczucie (67%) oraz bezradność i bezsilność (58%). Zdaniem prawie wszystkich ankietowanych (99,2%) kontakt z pacjentami umierającymi uczy pewnych wartości i postaw [15].

Częsty kontakt ze śmiercią zaburza reakcje psychiczne i fizyczne, które objawiają się utratą zainteresowania pracą, zaburzeniem poczucia bezpieczeństwa, poczuciem winy i zaburzeniem snu. Pracownicy medyczni obszaru ratownictwa medycznego w skutek częstego kontaktu ze śmiercią i związanymi z nią traumatycznymi wydarzeniami, są narażeni na przeżywanie negatywnych emocji, które mogą wywołać zespół stresu pourazowego [16].

Jak wskazują badania Vachon [12] oraz Munley [13,14], głęboka identyfikacja z rolą towarzyszącą umierającym dominuje w zachowaniach większości osób opiekujących się umierającymi. Postawa zaangażowania emocjonalnego w wykonywaną pracę, tendencja do identyfikacji z chorym oraz empatycznego odczuwania jego cierpień – na co wskazują badania cytowanych autorek - z różnym nasileniem rzutuje na życie prywatne ludzi zawodowo zaangażowanych w opiekę nad umierającymi. Bezwzględna walka personelu medycznego o życie pacjenta do samego końca, przy jednoczesnym poczuciu braku sukcesu zawodowego, sprzyjają niekorzystnym dla aktywności życiowej tych osób zachowaniom

takim jak np.: doświadczanie bezsennych nocy w związku z myśleniem o nieuleczalnie chorych pacjentach i ich dzieciach, poczucie winy, bezradności, poczucie bezcelowości swoich działań [12-15].

Z otrzymanych odpowiedzi w przeprowadzonym sondażu wynika, że dla ankietowanych najczęstszym następstwem kontaktu ze śmiercią pacjenta jest zawsze bezsenna noc i koszmarne sny (92,3%), a w samym momencie odejścia pacjenta ból przeszywający całe ciało i rozpacz (76,9%). Respondentom towarzyszyła często również myśl o rezygnacji z pracy (85,9%) i poczucie bezsensu wykonywania zawodu (66,7%). Śmierć pacjenta wywoływała również u badanych strach (50,0%), ból psychiczny (66,7%), złość (25,6%), smutek i żal (21,8%). W nielicznych przypadkach ankietowani zatrzymywali się nad kruchością życia (5,1%) oraz odczuwali ulgę związaną z wyzwoleniem chorego od cierpienia (32,1%). Tylko co czwarty respondent określił, że zawsze w przypadku śmierci pacjenta jest zdystansowany i opanowany (24,4%), a nieliczni badani zawsze przeprowadzali analizę wykonanych czynności medycznych, pod kątem samoudoskonalenia (12,8%).

Stosunek człowieka do śmierci i umierania cechują emocje warunkujące postawy wobec tych zjawisk [17]. Pecyna [18] podaje, że ludzie najczęściej postrzegają śmierć jako: naturalny koniec życia w ogóle, ból, samotność, nieznane, obojętność, karę, klęskę, odwagę, nagrodę w życiu. Również w badaniach własnych ankietowani najczęściej określali śmierci jako naturalny koniec życia (87,2%). Około 50% widziało w niej nowy początek – życie w wieczności (52,6%) oraz wyzwolenie z cierpienia (61,5%). Respondenci ze śmiercią wiązali też ból (42,3%) i samotność (32,1%), odwagę (3,8%) i klęskę (6,4%), nagrodę (6,4%) i karę (3,8%), poczucie bezsensu (12,8%).

W badaniu Krajewskiej - Kułak i wsp. [19] uczestniczyło 114 pielęgniarek, które podawały, iż podczas kontaktu z umierającym odczuwają: smutek (38,6%) i bezradność (32,5%), jak gaśnie życie (27,2%) lub pokorę (22,8%). Raczej nie odczuwały lęku (35,96%), nie unikały kontaktu z umierającym (51,8%), nie akceptowały śmierci, twierdząc, iż bezwzględnie należy walczyć o życie chorego do samego końca (34%), ale akceptowały śmierć jako zjawisko naturalne [19].

W badaniu Mickiewicz i wsp. [20] wzięły udział 183 losowo wybrane pielęgniarki, które najczęściej (37,7%) wskazywały, że podczas śmierci chorego odczuwały smutek i bezradność (33,3%). Wrażenie odczuwania czegoś dziwnego, trudnego do opisania deklarowało 23,5% badanych. Pokorę odczuwało 20,8%, poczucie gaśnięcia życia -17,5%, ulgę wobec cierpienia – 16,9%, poczucie bycia świadkiem jakieś tajemnicy – 14,2%, żal – 13,7%, pustkę – 13,7%, zadumę – 13,1%, strach 8,2%, spokój – 7,7%, niepewność – 8,2%,

poczucie ulgi z powodu śmierci chorego w warunkach komfortu – 6,0%, a rozpacz – 5,5% osób [20].

W wynikach otrzymanych przez Guzowskiego i wsp. [21] ankietowani twierdzili, że słysząc słowo „śmierć", odczuwali zadumę, refleksję (71,9%), strach (23,1%) lub ciekawość (5,0%). Samo pojęcie kojarzyło się respondentom z: przemijaniem i nieuchronnością (66,8%), starością (49,2%), czymś przykrym (49,1%), cierpieniem (39,9%), strachem (32,3%), chorobą (24,7%), bólem lub spokojem (po 21,0%), smutkiem – 17,3%, gniewem – 14,7%, zakończeniem życia ziemskiego (12,2%), samotnością (10,8%), trumną (5,0%), oczekiwaniem na zmartwychwstanie (2,0%). Umieranie w opinii badanych to nieuchronność cierpienia – 48,9%, ból – 32,1%, rozstanie – 19,0% [21].

Badań CBOS z 2001 roku [22] wykazały, że większość (60%) dorosłych Polaków nie obawia się śmierci, a lęk budzi ona u co trzeciej ankietowanej osoby.

W badaniach własnych 26,9% respondentów odczuwało lęk przed śmiercią i taki sam udział mieli respondenci, którzy tego lęku nie odczuwali. Jednak najczęściej ankietowani nie potrafili ocenić swoich emocji w tej kwestii (46,2%). W swoich rozmyślaniach o śmierci ankietowani najrzadziej odnosili się do swoich bliskich (70,5%). Połowa badanych rozważała śmierć własną (51,3%) lub osób obcych (51,2%). Co czwarty badany (26,9%) łączył myśl o śmierci z osobą kolegów i koleżanek. Zdaniem połowy ankietowanych większy lęk budzi w nich myśl o śmierci bliskich niż własnej (52,6%). Mniej niż 30% uważało, że łatwiej pogodzić się ze śmiercią osoby starszej niż młodego człowiek czy dziecka (29,5%) oraz łatwiej pogodzić się ze śmiercią w wyniku długiej choroby niż nagłego wypadku (25,6%). Jednak w opinii zdecydowanej większości respondentów każda śmierć jest tak samo trudna do zaakceptowana (70,5%), chociaż stanowi ona jeden z etapów życia (66,7%). W opinii 29,5% ankietowanych osób istnieje pojęcie „dobrej" i „złej" śmierci. Zdanie przeciwstawne wyraziło 29,5% badanych, a przeważająca grupa respondentów – 41,0% - nie miała jednoznacznej opinii w tej kwestii.

W wynikach opublikowanych przez Guzowskiego i wsp. [21] śmierci bało się 42,1% ankietowanych, lęku przed śmiercią nie odczuwało 27,1%, a 30,8% nie potrafiło zdeklarować się w tej kwestii. Respondenci częściej myśleli o śmierci najbliższych (16%), niż o własnej (13,3%). O tym, że istnieje pojęcie „dobrej" i „złej" śmierci, przekonanych był 85,9% badanych [21].

Ratownik medyczny powinien kierować się przede wszystkim czterema głównymi zasadami etycznymi: działanie w imię korzyści pacjenta, nieczynienie krzywdy, sprawiedliwość i autonomia pacjenta. Przestrzeganie tych zasad zachodzi związek z wieloma

dylematami etycznymi, które niejednokrotnie muszą być podejmowane w ciągu kilku minut [23].

Z badań własnych uzyskano deklarację 79,5% respondentów, że w sytuacji zagrożenia śmiercią pacjenta są w stanie zapanować nad swoimi emocjami i podjąć efektywną akcję ratowniczą. Połowa ankietowanych uważała, że stan ten jest możliwy dzięki osiągniętemu poziomowi oswojenia ze śmiercią, jak również zachowanemu dystansowi emocjonalnemu. Co trzeci badany stwierdził, że „zimna krew" jest niezbędnym elementem profesjonalizmu. Wśród pozostałych respondentów 7,7% identyfikowało się z bólem odczuwanym przez bliskich zmarłego, a 12,8% w przypadku zgonu pacjenta odczuwało wyraźnie niższą satysfakcję z wykonywanego zawodu, traktując zdarzenie jako swoją osobistą porażkę.

Nyklewicz i Krajewska - Kułak [24] objęli badaniem 100 pielęgniarek po studiach licencjackich, będących na studiach II stopnia i wykazali, iż zdecydowana większość badanych pielęgniarek (74%) przeżywała ponadprzeciętnie silny lęk związany ze śmiercią. Tylko 1/5 osób stosowała skuteczny, zadaniowy styl radzenia sobie ze stresem, natomiast 78% nieefektywnie reagowała na stres. Zdecydowana większość pielęgniarek stosowała tłumienie gniewu (69%), depresji (72%) i lęku (76%), jako sposoby poradzenia sobie z negatywnymi emocjami. U 39% pielęgniarek stwierdzono kwalifikujące do udzielenia profesjonalnej pomocy zaburzenia stanu zdrowia [24].

W otrzymanych wynikach uzyskano, że ponad połowa respondentów jako metodę radzenia sobie ze stresem po przeżyciu śmierci pacjenta stosowała dzielenie się swoimi emocjami z najbliższymi osobami (53,8%) lub wychodziła na spacer, by wykrzyczeć swoją złość (51,3%). Pierwsza postawa towarzyszyła częściej ratownikom medycznym (58,0%), a druga pielęgniarkom (60,7%). Wśród badanych pielęgniarek 60,7% zamykało ten obraz w murach szpitala i zapominało w obowiązkach domowych i rodzinnych. W grupie tej również znaczna część (57,1%) popadała w stan zadumy i przemyśleń – „siadam i patrzę przed siebie". Respondenci podejmowali się również próby złapania dystansu do przeżytych wydarzeń. Zapomnienia w używkach: papierosach i alkoholu szukali częściej ratownicy medyczni, odpowiednio: 30,0% i 12,0%.

Przeprowadzone badania pokazały, że częsta konfrontacja ratowników medycznych i pielęgniarek ze śmiercią pacjenta jest doświadczeniem wzbudzającym duże emocje. Konieczność uczestniczenia w procesie umierania i obserwowanie rozwoju choroby pacjenta czy też nagły zgon w wyniku wypadku zawsze wiąże się z obciążeniem wszystkich sfer funkcjonowania człowieka. Śmierć dorosłego czy dziecka, osoby zdrowej czy schorowanej, nie umniejsza wagi tego wydarzenia i w każdym z tych przypadków jest trudna do

zaakceptowana zarówno przez najbliższych, jak i pracowników ochrony zdrowia, którzy są jej świadkami. Wydaje się niezbędne zapewnienie doraźnej pomocy w sytuacjach zawodowo trudnych, jak i długofalowej pomocy ukierunkowanej na kształtowanie pozytywnej samooceny, opanowania i asertywności. Program ten powinien być już realizowany na poziomie kształcenia zawodowego, jak również jako element doskonalenia wewnątrz zakładowego [25]. Podsumowując opieka nad pacjentem w obliczu śmierci jest niezwykle trudnym zadaniem. Wymaga ona od pracowników medycznych dojrzałej osobowości, wrażliwości emocjonalnej, a także umiejętności radzenia sobie ze stresem w sytuacjach traumatycznych [26].

Wnioski

1. Większość badanych kontakt ze śmiercią miał w pierwszych dniach/miesiącach pracy zawodowej, ale traktowała ją jako nieodłączny element życia człowieka.
2. Respondenci najczęściej wskazywali, iż efektem przeprowadzenia nieskutecznej reanimacji zawsze jest bezsenna noc i koszmarne sny, a w samym momencie odejścia pacjenta ból przeszywający całe ciało i rozpacz.
3. Ze strony rodziny zmarłego najczęściej badani doświadczali: ciszy, żalu, rozpaczy, złości oraz wdzięczności za włożony wysiłek w ratowanie życia.
4. Najczęstsza metodą rozładowywania emocji po dyżurze, na którym byli świadkami śmierci pacjenta, było dzielenie się swoimi emocjami z najbliższymi osobami lub wychodzenie na spacer, by wykrzyczeć swoją złość..
5. Zdecydowana większość ankietowanych deklarowała, że potrafi zapanować nad swoimi emocjami i podjąć efektywną akcję ratowniczą.

Piśmiennictwo

1. Larkowa H.: Postawy społeczne wobec dzieci i młodzieży z odchylniami od normy. (w:) J.Pańczyk (red.): Pedagogika specjalna – Psychopedagogiczne i medyczne studium terminologiczne,. WSPS, Warszawa 1991
2. Tomaszewski T.: Psychologia ogólna, PWN, 1995.
3. Mądrzycki T.: Psychologiczne prawidłowości kształtowania się postaw. WSiP, Warszawa, 1997.
4. Zuccaro C.: Teologia śmierci. tłum. K. Stopa, WAM, Kraków, 2004.
5. Diogenes Laertios: Żywoty i poglądy sławnych filozofów. PWN, Warszawa, 1984.
6. Legutko B.: Postawy wobec śmierci i lęk tanatyczny. Niebieska linia, 2010,3.

7. Kübler Ross E.: Rozmowy o śmierci i umieraniu. Wyd. Media Rodzina of Poznań, 1998.
8. Kübler-Ross E.: Śmierć. Ostatni etap rozwoju. MT Biznes, 2008.
9. Szaniawski T.: Typy postaw wobec śmierci a osobowość. WN PAT, Kraków, 1998.
10. Jan Paweł II: Encykliki Ojca Świętego Jana Pawła II, Kraków, 2005, 911.
11. Ogryzko-Wiewiórowska M.: Umieranie i śmierć. Cz. I Zagadnienia wstępne. Pielęgniarstwo 2000, 1998, 6, 16-20.
12. Vachon M.L.S.: Team Stress in Palliative/Hospice Care. Hospice Journal, 1987, 3, 75-103.
13. Munley A.: Sources of Hospice Staff Stress and How to Cope with It. Nursing Clinics of North America, 1985, 10, 343-353.
14. Munley A.: The Hospice Staff: Stress and How to Cope with It. [In:] Munley A.: The hospice alternative. A new Contecext for Death and Dying. Basic Books, Jnc. Publishers New York, 1983, 190-223.
15. Sleziona M.,Krzyżanowski D.: Postawy pielęgniarek wobec umierania i śmierci pacjenta, Piel. Zdr. Publ., 2011, 1, 217-223.
16. Kleszcz J.: Psychologiczne aspekty ratownictwa, Medycyna Intensywna i Ratunkowa, 2008, 11, 106-111.
17. Lewko J.,Mielech D.,Nyklewicz W. i wsp.: Przekonania pielęgniarek pogotowia ratunkowego na temat śmierci i umierania a poziom wypalenia zawodowego, Probl.Pielęg., 2009, 17, 92-97.
18. Pecyna M.B.: Moje spojrzenie na chorobę, umieranie i śmierć, Pielęgniarstwo 2000, 1998, 5, 18-21.
19. Krajewska-Kułak E.,Mickiewicz I.,Łukaszyk C. i wsp.: Samoocena postaw pielęgniarek wobec śmierci, Pielęg. XXI w., 2010, 1-2, 43-49.
20. Mickiewicz I., Krajewska-Kułak E., Kędziora-Kornatowska K.,Rosłan K.: Opinie zawodowo czynnych pielęgniarek na temat opieki paliatywnej, Med. Paliat., 2011, 3, 151-162.
21. Guzowski A., Krajewska-Kułak E., Kułak W. i wsp.: Współczesne postawy wobec śmierci i umierania, Med. Paliat., 2013, 5, 163-170.
22. Komunikat badań CBOS, BS/146/2001, O umieraniu i śmierci, CBOS, Warszawa, 2001, 10, 1-19.

23. Jakubaszko J.: Specyfika medycyny ratunkowej – wybrane aspekty szczegółowe (w:) Zawadzki A. (red.): Medycyna ratunkowa i katastrof, Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2006.
24. Nyklewicz W.,Krajewska-Kułak E.: Śmierć a emocje pielęgniarek – doniesienie wstępne, Probl. Pielęg., 2008, 16, 248-254
25. Muraczyńska B.: Źródła i nasilenie stresu zawodowego pielęgniarek w pracy z człowiekiem umierającym, Roczniki Uniwersytetu Lubelskiego, 2000, 55, suppl.VII, 34, sectio D, 165-168.
26. Lipińska M., Łabuzek M., Moździerz K., Romanowska U.: Opieka pielęgniarska wobec pacjenta w termalnym okresie choroby (w:) Krajewska-Kułak E., Nyklewicz W., Lewko J., Łukaszuk C. (red.): W drodze do brzegu życia, Tom II, 2006, 343-352.

PROBLEMY OPIEKI PALIATYWNEJ/ HOSPICYJNEJ



Block Bogusław Leszek [1], Majkowska Katarzyna[2], Kulik Agnieszka[2]

Dynamika jakości życia na etapie leczenia onkologicznego i w remisji

1. Ośrodek Terapeutyczno-Szkoleniowy, Lublin
2. Hospicjum Dobrego Samarytanina, Lublin
3. Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Instytut Psychologii

Wprowadzenie

Choroby nowotworowe stanowią drugą co do wielkości przyczynę zgonów w krajach wysoko rozwiniętych. W latach dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku oceniano, że zaledwie w 20% przypadków leczenie prowadziło do wyzdrowienia [1]. Obecnie odsetek ten wzrasta, a choroba nowotworowa coraz częściej staje się chorobą przewlekłą. Dłuższe też są okresy remisji choroby. Populacja tych osób z roku na rok wzrasta [2]. Niemniej, choroba nowotworowa nadal jest ciężką chorobą i stanowi śmiertelne zagrożenie, a skutki radykalnych metod leczenia często pozostawiają trwałe ślady nie tylko somatyczne, ale również psychologiczne. Wyleczenie uzyskuje się często kosztem znacznego obniżenia jakości życia w okresie terapii. Badania nad jakością życia można prowadzić na różnych etapach choroby. W okresie diagnozy, na początku leczenia, po jakimś zakończonym jego etapie. Uzyskamy wówczas bardzo cenne informacje dotyczące zastosowanych metod leczenia, ich skuteczności i zasadności. Porównując fazę leczenia z fazą remisji uzyskamy informację dotyczące psychofizycznych i społecznych kosztów jakie ponosi chory by wygrać walkę z rakiem. Remisja nie oznacz jednak pełnego powrotu do stanu sprzed choroby. Panuje dość rozpowszechnione przekonanie, że osoby wyleczone z choroby nowotworowej cieszą się wyższą jakością życia niż te w trakcie leczenia onkologicznego. Potwierdzają je badania sondażowe przeprowadzone wśród losowo dobranych studentów z kierunków humanistycznych i społecznych. Na 80 ankietowanych osób 55% uważało że po wyleczeniu z choroby nowotworowej jakość życia poprawia się, tylko 10% uważało że po pogarsza się. Natomiast dla 35% było to trudne do określenia, lub nie miało wyrobionego zdania na ten temat [3]. Jak widzimy, zdania są podzielone. Powstaje zatem pytanie, czy rzeczywiście remisja choroby nowotworowej oznacza wyższą jakość życia? Zazwyczaj osoby po zakończonym leczeniu same muszą sobie radzić z problemami po przebytej chorobie. Wyjątek stanowią kobiety wyleczone z raka piersi. Mogą one przynależeć do grupy wsparcia (tzw. „Amazonek"), w których znajdują konkretną pomoc, zrozumienie, życzliwość i wsparcie, gdy tego potrzebują.

W przeprowadzonych badaniach nie skupiano się na konkretnym jego rodzaju. Celem badań było ustalenie ogólnych prawidłowości dotyczących jakości życia osób w remisji chorób nowotworowych oraz zwrócenie uwagi na dynamikę zmian w tym zakresie. Wyniki badań mogą posłużyć do opracowania odpowiedniej metody terapeutycznej, a także zwrócą uwagę na psychospołeczne problemy dotykające osób po pomyślnym zakończeniu leczenia.

Jakość życia w literaturze przedmiotu

Badanie jakości życia ma już ponad 40-letnią tradycję. Jednak do tej pory termin „jakość życia" rozumiany jest różnorodnie, przez to iż posiada wiele wymiarów, między innymi filozoficzny, społeczny, medyczny, ekonomiczny bądź kulturowy. Używany jest w codziennym życiu, zakłada on istnienie wzorca standardu formułującego jakieś wymogi i będącego odniesieniem dla efektu lub przebiegu działania [4]. Jakość życia była omawiana przez wielu teoretyków i badaczy, stąd też można wyodrębnić różne interpretacje tego terminu. Według Kowalika [5] termin jakość życia używany jest w znaczeniu szerokim i wąskim. W szerokim rozumieniu obejmuje on między innymi: relacje społeczne, psychologiczny dobrostan, aktywność zawodową, autonomię, poczucie niezależności, zdolność podejmowania decyzji, osobowość, umiejętność wchodzenia w interakcje z innymi ludźmi, poczucie wspólnoty, poczucie wsparcia, zdolność do rozwoju, ale również fizyczny i psychiczny dobrostan. Jakość życia pojmowana w znaczeniu wąskim odnosi się do określonego obszaru życia. Ponadto można wyróżnić dwa sposoby rozumienia pojęcia jakości życia – akcentując jego aspekt poznawczy (w tym refleksyjny, oceniający), bądź przeżyciowy. Można zatem śmiało zgodzić się ze zdaniem Bańki [6], iż jest to zagadnienie wieloznaczne, a jego definicja jest w głównej mierze uzależniona od podmiotu podejmującego problem. Próby uściślenia definicji jakości życia w medycynie doprowadziły do stworzenia nowego pojęcia: „jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia" rozumianego jako funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia odbierany i przeżywany przez pacjenta, który ma wpływ na życie i funkcjonowanie człowieka, a w efekcie na ocenę jakości tego życia [7].

Podsumowując można stwierdzić, że jakość życia jest konstruktem wielowymiarowym, trudnym do jednoznacznego zdefiniowania i donosi się do wielu sfer funkcjonowania człowieka:

- sfery fizycznej – cielesnej, dolegliwości związane z chorobą i stosowanym leczeniem,
- sfery poznawczej (rozumienia, interpretowania własnego zdrowia i choroby),
- sfery emocjonalnej (sposobu jej przeżywania i doświadczania),

- sfery egzystencjalnej czy duchowej (refleksji nad chorobą i jej znaczenia dla życia, wartości i sensu).

Po drugie, subiektywna percepcja rozumianej sytuacji życiowej jednostki w stosunku do jej oczekiwań i aspiracji wpływa na ocena jakość życia.

Po trzecie zaś, jakość życia ma charakter dynamiczny, na co mają wpływ czynniki zarówno wewnętrzne jak i zewnętrzne – obiektywne. Jest to jednak przede wszystkim związane ze stanem zdrowia jednostki. Dlatego w badaniach osób dotkniętych chorobą nowotworową tj. zagrażającą życiu, o ciężkim przebiegu i trudnym do przewidzenia rokowaniu, rozumienie jakości życia skłania się w kierunku koncepcji Cohena i in. [8], która uwzględnia podmiotowe poczucie jakości życia, w którym wyróżnił:

- sferę fizyczną (dolegliwości somatyczne),
- sferę psychiczną (emocjonalną),
- sferę egzystencjalną
- sferę społeczną (poczucie wsparcia)
- sferę ogólną – samoocenę jakości życia pacjenta.

Medyczne aspekty chorób nowotworowych i ich leczenia

Rak jest wynikiem nieuporządkowanego i niekontrolowanego rozrostu komórek. Już jedna komórka nowotworowa może wystarczyć, aby zapoczątkować proces tworzenia się guza. Rozwój choroby nie następuje natychmiast, jest stopniowy i przechodzi przez wiele faz na przestrzeni kilku lat [9]. Ważnym krokiem, po zdiagnozowaniu nowotworu, jest określenie stadium choroby, czyli określenie rozmiaru guza, a także obszaru jego rozprzestrzenienia się na pobliskie tkanki. Na tej podstawie można dobrać odpowiednią formę leczenia. Istnieje wiele systemów, by określić stadium choroby, jednak do najbardziej znanych zalicza się klasyfikację TNM („T" oznacza rozmiaru guza; „N" odnosi się do zaatakowanych węzłów chłonnych; „M" dotyczy przerzutów na inne narządy). Generalnie, im niższe stadium, tym lepsze prognozy, jednak kryteria zaliczania do odpowiednich stopni zostały opracowane w odniesieniu do poszczególnych rodzajów nowotworów [10]. Po określeniu dokładnego stadium i stopnia rozwoju choroby następuje proces leczenia.

Główne rodzaje leczenia to: chirurgia, radioterapia, chemioterapia, immunoterapia i terapia hormonalna. Zastosowanie chirurgicznego leczenia jest możliwe najczęściej wówczas, gdy guz jest w jednym miejscu i nie dał jeszcze przerzutów. Wycina się wówczas guz z bezpiecznym marginesem zdrowej tkanki, jeśli to konieczne, z pobliskimi węzłami chłonnymi [11]. Mimo tego, iż zabieg chirurgiczny wydaje się być najbardziej skutecznym środkiem

pozbycia się raka, to jednak może być powodem wielu problemów natury somatycznej, ale również psychologicznych. Psychologiczne problemy leczenia chirurgicznego występują już przed operacją i wiążą się przeważnie z lękiem przed komplikacjami, śmiercią czy niepomyślnym przebiegiem zabiegu, bólem i innymi późniejszymi dolegliwościami. W okresie pooperacyjnym, w szczególności po radykalnym zabiegu, często można się spotkać wśród pacjentów z przygnębieniem lub złością, nawet z buntem wywoływanym okaleczeniem czy oszpeceniem, a także przewidywanymi utrudnieniami życiowymi pod względem wyglądu i sprawności fizycznej. Reakcje te są szczególnie nasilone, gdy dotykają płaszczyzny kontaktów społecznych: utrudnienia kontaktów z otoczeniem, deficyty funkcji, obniżenie poczucia własnej wartości [12].

Innym sposobem leczenia jest radioterapia. Promieniowanie uszkadza materiał genetyczny komórek nowotworowych, w wyniku czego nie mogą się one dzielić i rozmnażać. Radioterapia jest metodą inwazyjną i niesie ze sobą skutki uboczne, które można zwykle ograniczyć do minimum przy dokładnym nadzorze medycznym, ale nie da się ich całkowicie wyeliminować [13]. Najczęstszymi efektami ubocznymi związanymi z radioterapią są: zmiany skórne, zmęczenie, utrata apetytu, zwłóknienie tkanek, tymczasowa utrata włosów. Chociaż większość z nich mija, to niektóre mogą z upływem czasu pogłębiać się i stawać bardzo uciążliwe dla jednostki. Na przykład postępujące zwłóknienie miąższu płuc wywołuje m.in. duszności, osłabienie, przewlekłe zmęczenie, pocenie się [14].

Zmiany nowotworowe o dużym stopniu zaawansowania którym towarzyszą nacieki lub/i przerzuty, samo naświetlanie może nie wystarczyć dlatego często sięga się do leczenia preparatami chemicznymi, tzw. chemioterapii. Zastosowane leki (cytostatyki) wnikają w materiał genetyczny komórek i niszczą go, uniemożliwiając prawidłowy ich podział. Najbardziej niekorzystne przy chemioterapii jest to, że substancje te działają nie tylko na komórki chore, ale również i zdrowe. Nie do uniknięcia są uboczne skutki chemioterapii, takie jak np. wypadanie włosów, zmiany morfologii krwi, biegunki, nudności i wymioty [11]. Należy pamiętać, że skuteczność terapeutyczna niektórych leków jest uzależniona od wielkości dawki. Im większa dawka, tym większe ryzyko wystąpienia działań niepożądanych, np. kardiotoksyczności, nefrotoksyczności, czyli negatywnego wpływu leków na pracę serca, nerek itd. W wielu przypadkach jest ona nieodwracalna i w znacznym stopniu pogarsza jakość życia pacjentów. Ponadto, osoby poddane w przeszłości chemioterapii mają podwyższone ryzyko (8 razy) zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych, wyższe niż w populacji ogólnej [15].

Kolejnym sposobem leczenia jest leczenie hormonalne. Jeśli komórki nowotworowe powstaną w tak wrażliwym na hormony narządzie, jakim jest np. macica, może on w dalszym ciągu reagować na działanie hormonów. Jeśli w tym momencie pacjentka otrzyma hormon hamujący rozwój nowotworu zostanie powstrzymany. Ta metoda jest szczególnie przydatna w przypadku guzów sutka, macicy i prostaty. Jej olbrzymią zaletą jest brak nieprzyjemnych skutków ubocznych jak w chemioterapii [13]. Tutaj możemy mieć do czynienia ze skutkami ubocznymi, takimi jak np.: huśtawka nastrojów, zespoły depresyjne. Objawy te również wymagają korekty psychofarmakologicznej. Immunoterapia zaś powoduje często zmęczenie, zaburzenia koncentracji, nasilone zespoły depresyjne lub ostre zaburzenia psychotyczne (w skrajnych przypadkach prowadzące do samobójstw), np. majaczenie [12].

W niektórych przypadkach skutki uboczne mijają po pewnym czasie, niektóre jednak, szczególnie przy leczeniu chirurgicznym zostają na całe życie i mają wpływ na dalsze życie osób w czasie remisji choroby. Remisja to okres, faza choroby w której objawy choroby cofają się na skutek zastosowanego leczenia lub/i pozostają pod kontrolą. Remisja może być całkowita lub częściowa. W przypadku pierwszej zanikają wszystkie objawy choroby, co jednak nie jest równoznaczne z brakiem zagrożenia jej nawrotu – progresja choroby. Całkowity zanik może utrzymywać się przez lata i dopiero wtedy możemy mówić o wyleczeniu. Remisja częściowa ma miejsce wówczas, gdy guzy zmniejszają się, ale nie znikają całkowicie [16]. Choroba nowotworowa, jak wiadomo ma różny przebieg i różne prognozy dotyczące skuteczności leczenia. Wszystko jest uzależnione od rodzaju nowotworu, jego miejsca wystąpienia oraz posiadanych sposobów leczenia [17].

Już po tak krótkim omówieniu głównych metod leczenia onkologicznego można wysunąć stwierdzenie, iż nie tyle sama choroba jest dla pacjenta uciążliwa i ma znaczny wpływ na obniżenie jakości życia, ile radykalne i agresywne leczenie, nierzadko samo zagrażające życiu, wywołuje dokuczliwe dolegliwości występujące jeszcze długo po zakończeniu terapii. Stąd pytanie o zasadność tychże terapii. Budzą się także uzasadnione wątpliwości, czy jakość życia po wyleczeniu będzie rzeczywiście wyższa niż w trakcie jego trwania. Tym bardziej, że chory zazwyczaj pragnie powrócić do takiego poziomu funkcjonowania i życia, jakie prowadził przed chorobą. Wielu autorów mówi o pozytywnych zmianach w systemie wartości jakie mogą następować pod wpływem doświadczonego cierpienia [18]. Czy znajdą one odzwierciedlenie w jakości życia osób, które zwycięsko przeżyły zmaganie się z chorobą nowotworowa? Mamy nadzieję, że przeprowadzone badania przybliża nas do odpowiedzi na to pytanie. Przeprowadzono w tej dziedzinie wiele badań, których rezultaty nie dają jednak jednoznacznej odpowiedzi.

Skutki leczenia onkologicznego a jakość życia

Jak pokazują badania przeprowadzone przez Porębiak [19] wiedza pacjentów dotycząca chorób nowotworowych znacząco odbiega od wiedzy naukowej. Największa niewiedza dotyczy zaś możliwości leczenia nowotworu, co może prowadzić do zniechęcenia i utraty nadziei. Samo rozpoznanie nowotworu wywołuje u pacjenta silny lęk, poczucie zagrożenia i niepewność co do przyszłości. Potwierdzenie diagnozy tej choroby w znaczący sposób wpływa na postrzeganie rzeczywistości, w jakiej funkcjonowała dotychczas osoba. Pojawienie się sytuacji krytycznej prowadzi do odczuwania negatywnych emocji oraz myśli [20]. Możliwe, że reakcje te są wynikiem rozpowszechnionych w naszym społeczeństwie wyobrażeń na temat tej choroby.

Ciekawe badania dotyczące odroczonych skutków leczenia onkologicznego przeprowadziła Pietrzyk [21]. Badała ona dwójkę studentów – kobietę i mężczyznę w celu sprawdzenia poznawczego funkcjonowania pacjenta onkologicznego przed chemioterapią i po chemioterapii. Kobieta, cierpiąca na raka jajnika, zdecydowała się jedynie na psychologiczny trening funkcji poznawczych, mężczyzna dodatkowo zgodził się na zastosowanie farmakoterapii. Rok po zakończeniu leczenia oboje badanych, mimo odbytego treningu uskarżało się na zaniżony poziom uwagi, koncentracji i energii potrzebnej do rozwiązywania zadań poznawczych. Kobieta skarżyła się także na trudności z planowaniem, przewidywaniem i organizacją działań umysłowych. Jeżeli funkcje poznawcze pacjentów leczących się onkologicznie pogorszyły się w zauważalny sposób, zasadne jest, by sądzić iż inne funkcje również uległy pogorszeniu, co znacząco wpływa na jakość życia i poszczególne jej aspekty.

Zazwyczaj badacze, skupiają swoją uwagę na konkretnym rodzaju nowotworu, np. rak piersi, krtani czy jajnika. Zegarski i wsp. [22] badali jakość życia kobiet po mastektomii. Badaniami objęto 30 kobiet. Chcąc przeanalizować wpływ leczenia chirurgicznego na jakość życia, zbadano te same kobiety przed zastosowaniem leczenia, a następnie po zabiegu amputacji. Okazało się, że spośród wszystkich ocenianych sfer życia pacjentek największemu zaburzeniu uległa sfera funkcjonowania społecznego oraz sfera fizyczna. Pacjentkom doskwierały najbardziej bóle somatyczne. Amputacja piersi najbardziej znaczący wpływ wywarła jednak na obraz własnego ciała. Można wywnioskować, że osoby po odbytym leczeniu onkologicznym, bez odpowiedniego wsparcia i opieki mogą mieć niską jakość życia w sferze psychicznej jeszcze przez długi czas po zakończeniu leczenia.

Jakością życia osób cierpiących na nowotwór zajęła się również Kawiecka-Dziembowska wraz ze współpracownikami [23]. Swoje zainteresowanie skierowała na

chorobę Hodgkina, czyli nowotwór układu chłonnego o stosunkowo dobrym rokowaniu. Celem pracy było porównanie nasilenia cech depresji i jakości życia pacjentów z powyższą chorobą w trzech okresach choroby: diagnozowania, leczenia onkologicznego (chemio- lub radioterapii) i remisji. Badaniem objęto 65 pacjentów. Grupą kontrolną były osoby zdrowe. Pacjenci hospitalizowani uzyskali istotnie niższe wyniki w skali jakości życia w porównaniu z grupą kontrolną, zaś najwyższą punktację w skali depresji uzyskały osoby w trakcie leczenia onkologicznego, jednakże różnica nie była istotna statystycznie w porównaniu z osobami w innych okresach choroby. Badania te mogą sugerować podobne wyniki w przypadku innych rodzajów raka. Przede wszystkim zwracają one uwagę na to, że osoby w remisji, mimo „wyciszenia" z choroby nadal mają obniżoną jakość życia.

Metodologia badań własnych

Grupa badawcza i sposób przeprowadzenia badań

Grupę badanych stanowiło 105 losowo dobranych osób chorych na różne rodzaje nowotworów, z których 63 było w trakcie leczenia onkologicznego oraz 42 osoby w remisji choroby. W pierwszej podgrupie było 65,1% kobiet i 34,9% mężczyzn. Natomiast w podgrupie osób w remisji 76,2% osób stanowiły kobiety, a 23,8% mężczyźni. Wiek badanych wynosił od 23 do 80 lat. Średnia wieku 51 lat życia.

Badania zostały przeprowadzone indywidualnie w formie życzliwej i wspierającej rozmowy-wywiadu z odnotowaniem przez badającego wypowiedzi w kwestionariuszu. Badania były prowadzone w różnych zakładach opieki zdrowotnej na terenie województwa lubelskiego i pomorskiego przez zespół badawczy studentów III roku psychologii. Prowadzenie badań poprzedziła świadoma zgoda chorego oraz pozytywna opinia Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Lublinie nr KE-0254/225/2010. Czas rozmowy z jedną osobą na temat jakości życia wynosił ok.20 min. Zebrane wyniki poddano analizie statystycznej z wykorzystaniem programu statystycznego SPSS (14,0).

Narzędzie badania

Do badania jakości życia wykorzystano Kwestionariusz Jakości Życia McGill (MQOL), którego autorami są S.R. Cohen, B.M. Mount (1992). Kwestionariusz został skonstruowany specjalnie do badania ciężko chorych. Umożliwia badanie jakości życia na wszystkich etapach choroby zagrażającej życiu, od momentu rozpoznania do wyleczenia lub śmierci. Dużym walorem MQOL jest to, że jest krótki i łatwy do wypełnienia, a zarazem ujmuje jakość życia w sposób wielowymiarowy. Obejmuje najważniejsze sfery jakości życia. Oprócz sfery fizycznej, również sferę psychiczną i egzystencjalną oraz wsparcie, co w chorobach zagrażających życiu jest bardzo ważne. Pozycje testowe zostały starannie dobrane

i sprawdzone w wielu badaniach i są na tyle ogólne aby można było badać osoby chore na różnego rodzaju choroby zagrażające życiu. Konstrukcja kwestionariusza MQOL umożliwia zebranie informacji, w których badany może sam wskazać dokuczliwe, i dla niego najbardziej problematyczne objawy fizyczne oraz określić skalę tego problemu [24-26].

Zastosowany w badaniach kwestionariusz MQOL składa się z 17 pozycji, które zostały wybrane na podstawie wyników badań podłużnych. Cztery pierwsze pozycje dotyczą stanu fizycznego pacjenta (1-4), w których badany ma za zadanie wskazać najbardziej dokuczliwe objawy fizyczne oraz stopień ich dokuczliwości na skali 0-10, zaś w czwartym ocenić ogólne samopoczucie fizyczne. Kolejne cztery pozycje (5-8) dotyczą stanu psychicznego (depresji, częstotliwości pojawienia się podenerwowania i zamartwiania się, uczucia smutku, lęku o przyszłość). Sześć pozycji (9-14) dotyczy stanu egzystencjalnego pacjenta (sens życia, osiąganie celów życiowych, wartość życia, kontroli życia, zadowolenie z siebie, każdy dzień jest ciężarem/darem). Pytania 15 i 16 dotyczą poczucia wsparcia (zgeneralizowanego poczucia wsparcia i wsparcia społecznego). Ponadto jedna pozycja kwestionariusza dotyczy ogólnej oceny jakości swojego życia. Odpowiedzi odnotowuje się na skali od 0 do 10, gdzie niski wynik oznacza niską jakość życia, a wysoki wysoką jakość życia.

O dużej wartości psychometrycznej kwestionariusza świadczą badania porównawcze z innymi metodami do badania jakości życia [8]. MQOL wykazał wysoką spójność wewnętrzną *(alfa Cronbacha* = 0,90). W porównaniu na przykład ze skalą PEPS (*Patient Evaluated Problem Scores*) analiza odpowiedzi obu kwestionariuszy wykazała, że MQOL jest lepszy w opisie objawów fizycznych oraz wsparcia. Ponadto wynik ogólny jakości życia w MQOL koreluje silnie z jego egzystencjalną domeną (r=0,57; p<0,0005) oraz z wynikiem ogólnym PEPS (r=0,77; p <0,0005). MQOL jest zatem odpowiedni do oceny jakości życia osób ciężko chorych [26].

Wyniki badań własnych

Jakość życia w wymiarze fizycznym

Spośród 63 osób w trakcie leczenia onkologicznego 12,7% nie wymieniło żadnego dokuczliwego objawu, 20,6% wymieniło tylko jeden, 19,0% wymieniło po dwa, zaś 47,6% osób wskazywało na trzy dokuczliwe objawy fizyczne. W przypadku osób w remisji nowotworu (42) więcej osób, bo 28,6% nie uskarżało się na jakiś dokuczliwy objaw, 7,1% wymieniło jeden, 14,3% dwa objawy, a 50% osób aż trzy objawy fizyczne. W tabeli 1 zestawiono wszystkie zgłaszane dokuczliwe objawy fizyczne, ich częstotliwość oraz średnią ocen dokuczliwości danego objawu (skala 0-10). Kursywą zostały oznaczone objawy

zgłaszane przez osoby badane ale wyrażające raczej stan psychiczny. Ze względu na różne liczebności w podgrupach analizie jakościowej poddano wyniki w procentach. Średnie arytmetyczne (*M*) wyrażają dokuczliwość objawów. Im większa dokuczliwość, tym gorsza jakość życia, zaś wyższy wynik oznacza lepszą jakość życia. Pogrubione zostały te objawy, które w obu grupach różnią się istotnie statystycznie.

Tabela 1. Jakość życia w sferze fizycznej – (objawy somatyczne) oraz ocena ich dokuczliwości

Objawy	Leczenie onkologiczne (N 63)					Remisja (N 42)					Różnice	
	f	*%*	*M*	*Me*	*SD*	*f*	*%*	*M*	*Me*	*SD*	*t*	*p*
Ból	30	47,62	3,23	3,5	2,239	26	61,90	5,23	6,0	2,643	3,06	**0,003**
Osłabienie	15	23,80	2,67	3,0	2,127	9	21,43	4,75	4,5	2,659	1,50	0,148
Zmęczenie	12	19,05	4,58	5,0	2,021	16	38,10	4,75	5,5	2,595	0,18	0,855
Zaburzenia snu	11	17,46	2,73	3,0	1,489	7	16,67	5,43	4,0	2,992	2,57	**0,021**
Nudności	7	11,11	3,57	4,0	2,507	-	-	-	-	-	-	-
Brak apetytu	6	9,52	2,50	3,0	1,761	1	2,38	4,00	4,0	-	- 0,79	0,466
Duszności	6	9,52	2,33	2,0	1,367	1	2,38	5,00	5,0	-	1,81	0,131
Biegunka	5	7,94	2,80	2,0	2,280	-	-	-	-	-	-	-
Bezsenność	4	6,35	2,75	2,0	1,500	-	-	-	-	-	-	-
Pocenie się	4	6,35	2,00	2,0	0,816	6	14,29	4,67	4,0	3,386	1,52	0,168
Zaparcia	4	6,35	2,50	2,5	2,082	-	-	-	-	-	-	-
Kaszel	3	4,76	3,33	3,0	0,577	-	-	-	-	-	-	-
Ospałość - senność	2	3,17	3,00	3,0	1,414	2	4,76	3,50	3,5	2,121	0,28	0,808
Uczulenie	2	3,17	5,00	5,0	5,657	-	-	-	-	-	-	-
Uderzenia gorąca	2	3,17	4,00	6,0	2,828	-	-	-	-	-	-	-
Problemy z chodzeniem	1	1,59	6,00	6,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Swędzenie	1	1,59	0,00	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Pieczenie	1	1,59	2,00	2,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Anemia	1	1,59	1,00	1,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Głód	1	1,59	4,00	4,0	-	2	4,76	9,00	9,0	1,414	2,89	0,212
Obrzęk stóp	1	1,59	0,00	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Gorączka	1	1,59	3,00	3,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Problemy żołądkowe	1	1,59	7,00	7,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Zgaga	-	-	-	-	-	2	4,76	0,50	0,5	0,707	-	-
Katar	-	-	-	-	-	1	2,38	6,00	6,0	-	-	-
Niskie ciśnienie	-	-	-	-	-	1	2,38	2,00	2,0	-	-	-
Złe samopoczucie	*2*	*3,17*	*4,00*	*4,0*	*4,243*	-	-	-	-	-	-	-
Przygnębienie	*1*	*1,59*	*5,00*	*5,0*	-	-	-	-	-	-	-	-
Stres	*1*	*1,59*	*5,00*	*5,0*	-	-	-	-	-	-	-	-
Smutek	*1*	*1,59*	*2,00*	*2,0*	-	-	-	-	-	-	-	-
Lęk	-		-	-	-	*3*	*7,14*	*4,00*	*5,0*	*1,732*	-	-
Depresja	-		-	-	-	*1*	*2,38*	*4,00*	*4,0*	-	-	-
Rozdrażnienie	-		-	-	-	*1*	*2,38*	*7,00*	*7,0*	-	-	-
Ogółem	126	100	**3,18**	3,2	2,182	79	100	**4,36**	4,4	2,250	2.61	**0,010**
Ogólne samopoczucie fizyczne	-	-	**5,43**	6,0	2,988	-	-	**6,67**	7,0	2,416	2,21	**0,029**

f – liczebność występowania objawu; ***%*** – objawów w badanej podgrupie (N);
Me – mediana; ***M*** – średnia arytmetyczna nasilenia dokuczliwości objawu; ***SD*** – odchylenie standardowe

W trakcie leczenia onkologicznego najczęściej występującym objawem fizycznym jest ból (47,6%), następnie osłabienie (23,8% osób), zmęczenie (19,05% osób) oraz różnego rodzaju problemy ze snem (17,5% osób). Najbardziej obniżające jakość życia z wymienionych objawów były zaburzenia snu i osłabienie. Z pozostałych jako najbardziej dokuczliwe zostały ocenione problemy żołądkowo-jelitowe (brak apetytu, nudności, biegunka, zaparcia) i duszności. Pojedyncze objawy to: problemy z chodzeniem, swędzenie, pieczenie, anemia, obrzęk stup, głód, gorączka oraz problemy żołądkowe. Ponadto chorzy

onkologiczni uskarżali się na złe samopoczucie, przygnębienie, stres oraz smutek (7,9% osób). Średnia jakość życia w sferze fizycznej (objawów/dolegliwości) w leczeniu onkologicznym jest niska i wynosi 3,18. Ponadto chorzy uskarżali się na złe samopoczucie, przygnębienie, stres i smutek.

W remisji choroby natomiast najczęściej pojawiającymi się dokuczliwymi objawami obniżającymi jakość życia w sferze fizycznej są: ból (61,9%), następnie zmęczenie (38,1%), w dalszej kolejności zaś osłabienie (21,4%), zaburzenia snu (16,7%), nadmierne pocenie się (14,3%) oraz ospałość/senność, głód i zgaga (po 4,8%). Inne, pojedynczo występujące objawy to: brak apetytu, duszności, katar, niskie ciśnienie krwi. W tej grupie najbardziej obniżające jakość życia był brak apetytu, osłabienie i zmęczenie oraz lęk, depresja, rozdrażnienie. Ogólna jakość życia jest wyższa niż w okresie leczenia i wynosi 4,36.

Porównując jakość życia osób w remisji do osób w trakcie leczenia onkologicznego należy stwierdzić, że doświadczają oni mniejszej ilości objawów fizycznych i są one na ogół mniej dokuczliwe. Najczęściej występujące objawy w obu grupach są niemal takie same, ale o wiele mniej dokuczliwe. Różnica ta nie jest wielka i wynosi 1,18 (na skali 0-10) ale jest statystycznie istotna ($t=2,61$; $p=0,01$); Wskaźnik ilości objawów na osobę w leczeniu wynosi 2,0 zaś w remisji 1,8. Wyjątek stanowi ból, który w remisji występuje częściej niż w okresie leczenia onkologicznego, to jednak jest mniej dokuczliwy. Różnica ta jest statystycznie istotna ($t=3,06$; $p=0,003$). Podobnie zaburzenia snu w remisji występują nieznacznie rzadziej (17,5%; 16,7%), ale są mniej dokuczliwe ($M=2,73$; 5,43), czyli mniej obniżają jakość życia. Również istotna statystycznie jest różnica ogólnej jakości życia związanej z występowaniem dokuczliwych objawów ($t=2,61$; $p=0,01$).

Przeprowadzone analizy uzyskanych wyników pozwalają na stwierdzenie, że pod względem ilości i dokuczliwości objawów fizycznych u osób w trakcie remisji chorób nowotworowych jakość życia jest niewiele lepsza (+1,2), ale stanowi ogólną prawidłowość – jest statystycznie istotna. Dotyczy to zwłaszcza łagodniejszych dolegliwości bólowych i zaburzeń snu, które pozwalają uzyskać wyższą jakość życia. Wyniki te potwierdza zgeneralizowane poczucie jakości życia w sferze fizycznej, które dla osób w remisji wynosi 6,7 zaś w leczeniu onkologicznym 5,4; różnica ta jest również statystycznie istotna ($t=2,21$; $p<0,03$).

Jakość życia w wymiarze psychicznym

Wyniki badań jakości życia w sferze psychicznej skalą MQOL (tabela 3) dotyczą poczucia przygnębienia, depresyjnego nastroju, poczucia podenerwowania, smutku oraz przeżywania obaw na temat przyszłości. W czasie leczenia onkologicznego najbardziej

obniżające jakość życia jest podenerwowanie (4,75) i smutek (4,75), potem przygnębienie (5,23) oraz obawy (5,43). Wynik ogólny wynosi 5,04 na skali od 0 do 10. U osób w okresie remisji choroby nowotworowej wyniki we wszystkich skalach są wyższe. Średnia jakość życia w wymiarze psychicznym wynosi 6,7. Przygnębienie (7,40), podenerwowanie (7,31), smutek (6,31) mają mniejsze nasilenie i mniej obniżają jakość życia. Różnice okazały się statystycznie istotne. Warto odnotować, że nieistotnie zmniejszyły się obawy dotyczące przyszłości (0,3). Zmiana jest niewielka i statystycznie nieistotna. Mimo sukcesu w leczeniu obawy i lęk przed ponownym zaatakowaniem przez chorobę nowotworową nie zmniejszyła się.

Tabela 2. Wyniki jakości życia w sferze psychicznej chorych na raka w trakcie leczenia onkologicznego i w okresie remisji

Sfera psychiczna	**W okresie leczenia** (N 63)			**W okresie remisji** (N 42)			**Różnice**		
	M	*Me*	*SD*	*M*	*Me*	*SD*	*M*	*t*	*p*
Przygnębienie	5,23	6,0	3,180	7,40	9,0	3,013	2,17	2,19	**0,031**
Podenerwowanie	4,75	6,0	3,042	7,31	8,0	2,727	2,56	3,07	**0,002**
Smutek	4,75	5,0	2,984	6,31	6,5	2,892	1,56	2,04	**0,043**
Obawy	5,43	5,0	3,198	5,76	6,0	3,130	0,33	0,15	0,880
Ogółem	**5,04**	5,5	3,100	**6,70**	7,38	2,940	1,66	3,82	**0,001**

Ogólny poziom jakości życia w tym wymiarze wynosi 6,7 w remisji, a w czasie leczenia onkologicznego 5,04. Różnica, choć niewielka (1,66), okazała się statystycznie istotna (t=3,82; p=0,001). Przeprowadzone badania pozwalają na ogólne stwierdzenie, że w okresie remisji choroby nowotworowej jakość życia w wymiarze psychicznym istotnie poprawia się mimo, że obawy dotyczące przyszłości prawie pozostają na takim samym poziomie. Wyniki pozwalają na ogólne stwierdzenie, że w sferze psychicznej jakość życia osób w remisji nowotworu jest wyższa w porównaniu do okresu leczenia onkologicznego.

Jakość życia w wymiarze egzystencjalnym

Wyniki badań jakości życia na płaszczyźnie egzystencjalnej w czasie leczenia onkologicznego i remisji nowotworów prezentuje tabela 4. Ta sfera obejmuje poczucie sensowności życia, osiągnięcia życiowe, wartość życia, poczucie kontroli nad własnym życiem, zadowolenie z siebie, a także poczucie wartości cierpienia. Okazuje się, że na płaszczyźnie egzystencjalnej osoby chore na raka, zarówno na etapie leczenia i w okresie remisji, mają najwyższą jakość życia w porównaniu do sfery fizycznej i psychicznej. W trakcie leczenia onkologicznego wyniki badanych osób wahają się w granicach 6,44–7,87. Natomiast w okresie remisji od 6,57 do 7,88. We wszystkich skalach wyniki są nieco wyższe

w remisji z wyjątkiem poczucia zadowolenia z siebie, które jest nieznacznie mniejsze. Jednak wszystkie rysujące się różnice nie uzyskały istotności statystycznej. W okresie remisji choroby ogólny pomiar jakości życia w sferze egzystencjalnej zmienił się na korzyść zaledwie o 0,23 (na skali 0-10), ale również nie jest on statystycznie istotny.

Tabela 3. Wyniki jakości życia w sferze egzystencjalnej chorych na raka w trakcie leczenia onkologicznego i w okresie remisji

Sfera egzystencjalna	W okresie leczenia (N 63)			W okresie remisji (N 42)			Różnice		
	M	*Me*	*SD*	*M*	*Me*	*SD*	*M*	*t*	*p*
Sensowność życia	7,44	8,0	2,983	7,52	8,5	2,743	0,08	0,14	0,890
Osiągnięcia życiowe	7,40	8,0	2,364	7,81	8,0	2,178	0,41	0,89	0,376
Wartość życia	7,87	8,0	2,106	7,88	8,0	2,178	0,01	0,02	0,985
Kontrola życia	6,44	7,0	3,004	7,26	8,0	2,576	0,82	1,44	0,151
Zadowolenie z siebie	6,75	7,0	2,328	6,57	7,0	2,670	-0,18	-0,35	0,723
Wartość cierpienia	6,75	7,0	2,741	7,00	8,0	2,938	0,25	0,45	0,652
Ogółem	7,11	7,5	2,588	7,34	7,92	2,547	0,23	0,77	0,629

Osoby w obu grupach wysoko oceniały swoje życie, jego sensowność, wartość, kontrolę nad nim, oraz zadowolenie z siebie, dotychczasowe osiągnięcia, czy znaczenie cierpienia. Wyniki pozwalają na ogólne stwierdzenie, że generalnie jakość życia osób w remisji chorób nowotworowych na płaszczyźnie egzystencjalnej jest taka sama jak w czasie leczenia onkologicznego. Doświadczenie cierpienia i zagrożenie własnej egzystencji wywołanej przez chorobę nowotworową, a także wygrana walka o życie, nie dokonała istotnego przewartościowania w sferze egzystencjalnej. Być może dlatego, że nie minęło poczucie zagrożenia ponownego zaatakowania przez raka. Ciężka choroba, jaką jest z pewnością rak skłania do refleksji, ponownego przemyślenia swojego dotychczasowego życia, preferencji wartości życiowych. Człowiek docenia to co posiadał, tworzy bilans zysków i strat. Jednak generalnie nie przekłada się to na wzrost poczucia jakości życia w wymiarze egzystencjalnym. Badania nie pozwalają na stwierdzenie ogólnej prawidłowości, że jakość życia w sferze egzystencjalnej po zakończeniu leczenia jest lepsza. Należy jednak uwzględniać zróżnicowanie wyników (*SD* 2,1-3,0), które świadczy o dużych różnicach indywidualnych wśród badanych.

Wsparcie oraz ogólne poczucie jakości życia

Wsparcie społeczne jest bardzo ważnym elementem jakości życia, które nabiera szczególnego znaczenia w czasie leczenia onkologicznego, jak i po jego zakończeniu. Pod tym względem osoby w obu grupach posiadają niemal taki sam, poziom poczucia wsparcia (*M*=7,61; 7,59). Różnica wynosi zaledwie 0,02 i jest oczywiście statystycznie nieistotna. Również w tej dziedzinie odnotowano duże różnice indywidualne. Zaspokojenie potrzeby

wsparcia zajmuje ¾ skali i można je uznać za stosunkowo wysokie. Można zatem stwierdzić, że jakość życia w wymiarze społecznym wyrażające się poprzez wsparcie społeczne jest taki sam w okresie remisji choroby jak i w czasie leczenia (tabela 4).

Tabela 4. Globalna ocena jakości życia oraz wsparcia u chorych na raka w trakcie leczenia onkologicznego i w okresie remisji

Ocena jakości życia	W okresie leczenia (N 63)			W okresie remisji (N 42)			Różnice		
	M	*Me*	*SD*	*M*	*Me*	*SD*	*M*	*t*	*p*
Sfera społeczna - wsparcie	7,61	8,5	2,442	7,59	8,5	2,252	-0,02	-0,20	0,841
Ogólna ocena jakości życia	6,78	7,0	2,587	7,50	8,0	1,770	0,72	1,58	0,118

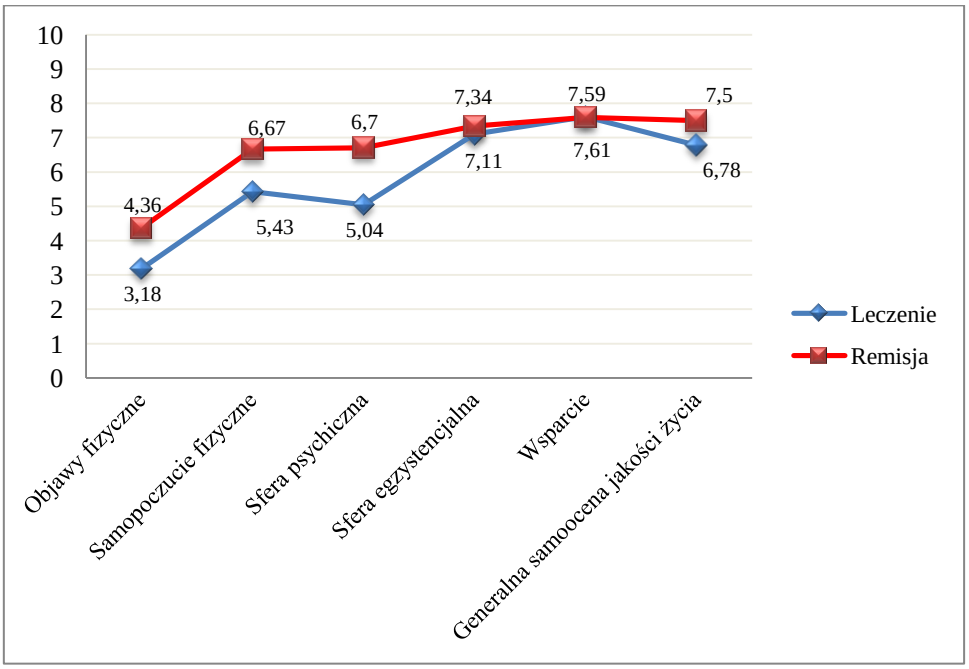
Okazuje się, że osoby chore na raka w trakcie leczenia onkologicznego, które teoretycznie powinny mieć wyższe poczucie wsparcia, gdyż podlegają opiece zarówno lekarzy i pielęgniarek oraz psychologa i duszpasterstwa szpitalnego, nie otrzymują jednak takiego wsparcia, które w sposób zauważalny poprawiałoby ich jakość życia w sferze społecznej. Oznacza to, że we wczesnej fazie chorowania, w okresie leczenia przeciwnowotworowego, opieka zdrowotna w sposób systemowy nie zapewniła im zauważalnego – dodatkowego wsparcia, a to które mają czerpią z własnych zasobów. Należy też zwrócić uwagę na duże zróżnicowanie wyników (*SD*=2,44; 2,25) które, uwzględniając odchylenia w dwie strony, zajmują prawie połowę skali. Świadczy to o bardzo dużym zróżnicowaniu zaspokojenia potrzeby wsparcia wśród badanych, zwłaszcza w okresie leczenia onkologicznego, co z kolei wskazuje na konieczność indywidualnego podejścia do chorego uwarunkowanego zapotrzebowaniem na wsparcie (poznawcze, psychospołeczne, moralne czy duchowe).

Ogólne poczucie jakości życia stanowi je jedna pozycja testowa, w której badani sami oceniają jakość swojego życia uwzględniając wszystkie jego aspekty (fizyczne, emocjonalne, finansowe, społeczne, duchowe). Wyniki dotyczące zgeneralizowanego poczucia jakości życia zawiera tabela 5. Wśród osób w remisji średni wynik wynosi 7,5 zaś w czasie leczenia onkologicznego 6,8. Różnica okazuje się korzystna (0,72), ale niewielka niestety statystycznie nieistotna. Mimo, że mediana przesunęła się w kierunku wyników wysokich, a odchylenie standardowe jest mniejsze w okresie remisji, to uzyskane wyniki nie pozwalają na stwierdzenie ogólnej prawidłowości, że w generalnym odczuciu osób w remisji choroby nowotworowej jakość życia poprawiła się w sposób znaczący. Może tak być w pojedynczych przypadkach, a w innych wręcz odwrotnie, jakość życia może być oceniana gorzej.

Podsumowanie i wnioski

Przeprowadzone badania jakości życia osób chorych na raka w fazie leczenia onkologicznego i remisji choroby dostarczyły wielu cennych informacji i pozwoliły ustalić pewne prawidłowości, które jednak nie prowadzą do jednoznacznej odpowiedzi. Niemniej, wyniki przeprowadzonych badań dostarczyły podstaw do bardzo interesujących wniosków.

Dokonując podsumowania wyników badań własnych (wykres 1) można stwierdzić, że w okresie remisji w porównaniu do okresu leczenia onkologicznego ilość objawów somatycznych zmniejszyła się (2,0 na osobę w leczeniu; 1,88 w remisji), jak również ich dokuczliwość (*M*=3,18; 4,36). Najczęściej występującymi dolegliwościami były: ból, osłabienie, zmęczenie, zaburzenia snu, nudności. Jakość życia wyrażona w ogólnym samopoczuciu fizycznym w okresie remisji była wyższa niż w czasie leczenia (*M*=5,43; 6,67). Podobne objawy odczuwali pacjenci onkologiczni w Kanadzie [8]. Wśród badanych wymieniano najczęściej występujące w trakcie leczenia onkologicznego takie objawy jak: ból (64%), zmęczenie i osłabienie (46%), duszności (31%), problemy ze snem (28%), utrata apetytu (23%).



Ryc. 1. Wyniki badań jakości życia osób w leczeniu onkologicznym i remisji choroby skalą MQOL

Różnica jakości życia w sferze psychicznej w obu grupach okazała się istotna statystycznie. Samopoczucie psychiczne wśród badanych w okresie remisji jest na ogół lepsze (*M*=5,04; 6,7) mimo, że litość obaw dotyczących przyszłości utrzymała się niemal na tym samym poziomie (*M*=5,43; 5,76). Hospitalizacja zwłaszcza w szpitalu onkologicznym, często

znacznie oddalonym od miejsca zamieszkania, może mieć tu duże znaczenie. Krystyna de Walden-Gałuszko [17] – profesor psychiatrii i Krajowy Specjalista Medycyny Paliatywnej twierdzi, że sam pobyt w szpitalu stanowi dla większości pacjentów poważny problem psychologiczny. Mają na to wpływ między innymi negatywne wyobrażenia na temat szpitala i zabiegów operacyjnych, które w większości są ukształtowane przez relacje innych chorych osób a także literatury, filmów, czy też własnych uprzednich doświadczeń. Innymi czynnikami są także zachowania osób przyjmujących pacjenta do szpitala, procedury szpitalne, a także samo otoczenie wewnętrzne szpitala.

Remisja nie jest symptomem wyleczenia. Zagrożenie chorobą nie mija. Człowiek zmuszony jest do systematycznych badań kontrolnych i samoobserwacji. Osoba „wyleczona" z raka może oczekiwać, że jej jakość życia powróci do poziomu sprzed choroby. Ostatecznie, jakość życia osób chorych na raka w fazie remisji w sferze fizycznej i psychicznej jest na ogół lepsza niż w czasie leczenia onkologicznego. Świadczą o tym istotnie statystycznie różnice w średnich arytmetycznych. Ustalono natomiast brak statystycznie istotnych różnic w sferze egzystencjalnej (M=7,11; 7,34) i wsparciu (M=7,61; 7,59). Również wynik analizy różnic w zgeneralizowanym poczuciu jakości życia osób w leczeniu i remisji (wyrażający ogólne poczucie jakości życia) okazał się statystycznie nieistotny (M= 6,78; 7,5). Nie można zatem stwierdzić, że jakość życia na płaszczyźnie egzystencjalnej oraz społecznej (poczucie wsparcia) w okresie remisji choroby nowotworowej jest znacznie wyższa. Ponadto, we wszystkich wynikach rysują się duże różnice indywidualne, o czym świadczą wskaźniki odchylenia standardowego. Chorzy na raka, zarówno w czasie leczenia i remisji, nie stanowią jednolitej grupy. Dlatego też, w konkretnym przypadku osoby chorej na raka trudno jest przewidzieć jaka będzie jej jakość życia, gdy choroba przejdzie w fazę remisji. Można natomiast spodziewać się złagodzenia dokuczliwości tych objawów, które wyraźnie obniżają jakość życia chorego w okresie leczenia onkologicznego. Można też oczekiwać poprawy psychicznego samopoczucia. Jednak dla ogólnego (zgeneralizowanego) poczucia jakości życia po pomyślnie zakończonym leczeniu przeciwnowotworowym to nie wystarcza. Sfera egzystencjalna i wsparcie zdają się pełnić tu kluczową rolę, gdyż w globalnej ocenie jakości życia może nie zauważyć istotnej zmiany na lepsze.

Michałowska-Wieczorek [27] w swoich badaniach dowodzi, że wsparcie ma znaczący wpływ na funkcjonowanie chorego, zmniejsza nasilenie negatywnych symptomów, takich jak lęk, niepokój, depresja. Można zatem wnioskować, że poczucie wsparcia ma także ogromny wpływ na jakość życia. Kontakty społeczne dostarczają pozytywnych doświadczeń oraz poczucia, że życie jest bardziej przewidywalne i stabilne. Bliskość życzliwych

otaczających chorego osób daje poczucie bezpieczeństwa, które jest szczególnie ważne przy tak ciężkiej chorobie i niepewnym rokowaniu, jaką jest nowotwór. Ponadto pacjentom otrzymującym wsparcie łatwiej jest stosować się do zaleceń lekarskich i zaangażować się w cały proces leczenia, odzyskać poczucie kontroli zdrowia.

Prezentowane badania własne pokazały, że zarówno osoby w trakcie leczenia onkologicznego, jak i w remisji choroby mają poczucie wsparcia na niemal takim samym poziomie. Mimo, że we wcześniejszej fazie choroby, podczas leczenia onkologicznego chorzy mają większe zapotrzebowanie na wsparcie, to jednak osoby te powinny odczuwać większe wsparcie, z tego względu, że znalazły się pod opieką profesjonalnego zespołu specjalistów (lekarzy, pielęgniarek, psychologów oraz duszpasterstwa szpitalnego) i nadal korzystają z własnych zasobów wsparcia. Jednak pacjenci onkologiczni nie odczuwają dostatecznego wsparcia ze strony personelu szpitala. W trakcie wywiadów często spotykano się wśród pacjentów z dezorientacją na temat własnej choroby, pewnym zagubieniem, a nawet złością skierowaną pod adresem lekarza prowadzącego. Jednak przyczyn takiego stanu rzeczy należy dopatrywać się w sposobie organizacji i finansowania polskiego systemu opieki zdrowotnej w onkologii, gdzie lekarz musi zmagać się z gąszczem przepisów prawnych i procedur NFZ, by zapewnić choremu właściwe leczenie. Pracujący pod dużą presją, zestresowany i przemęczony lekarz czy pielęgniarka często nie są w stanie zapewnić choremu należytego komfortu (wsparcia), który przekładałby się na wyższą jakość życia w chorobie i remisji. Potwierdzają to badania Stelcera [28] za pomocą tego samego kwestionariusza wśród pacjentów w schyłkowej fazie choroby nowotworowej pozostających pod opieką paliatywną i hospicyjną. Opieka ta skupia się głównie na wysokiej jakości życia, łagodzeniu wszelkiego rodzaju cierpienia oraz leczenia aktualnie pojawiających się objawów postępującej choroby. Ten system opieki nie ogranicza się jedynie do pomocy stricto medycznej, ale obejmuje także interdyscyplinarne wsparcie (psychospołeczne i duchowe, a nawet socjalne). Oprócz personelu medycznego do opieki nad chorym zaangażowani są także psychologowie, rehabilitanci, duszpasterze, pracownicy socjalni, oraz wolontariusze. W system opieki włączane jest także najbliższe otoczenie chorego – jego rodzina, która również otrzymuje profesjonalne wsparcie [29]. Mimo tego, że generalna samoocena jakości życia osób w schyłkowej fazie choroby nowotworowej była niższa (M=5,43), to wyniki jakości życia w sferze psychicznej (M=6,35) oraz poczucia wsparcia były znacznie wyższe (M=8,35). Podobny – wyższy poziom wsparcia (M=8,3) odnotował S.R. Cohen badając jakość życia osób będących pod opieką kanadyjskiego systemu opieki zdrowotnej zarażonych wirusem HIV [24]. Także i w tym przypadku możemy sądzić, iż pomoc ze strony kanadyjskiego

systemu opieki zdrowotnej jest znacznie lepsza, niż ta, którą możemy spotkać w polskich szpitalach, wyłączając jednak ośrodki opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Uzyskane wyniki pozwalają na sformułowanie jeszcze jednego wniosku o charakterze postulatywnym. Wyraźnie rysuje się konieczność wdrożenia do Narodowego Systemu Opieki Zdrowotnej krótko- i długoterminowych programów rehabilitacyjnych dla osób w remisji chorób nowotworowych. Ich celem byłoby niwelowanie odroczonych skutków agresywnej terapii przeciwnowotworowej (radioterapii, chemioterapii, chirurgii) i profilaktyka powikłań (mniej objawów) oraz wzrost poczucia kontroli zdrowia. Systemowe zwiększenie wsparcia, zarówno informacyjno-medycznego jak i psychospołecznego oraz duchowego, prowadziłoby do proadaptacyjnych zmian, umożliwiając wzrost posttraumatyczny i reintegrację osobowości, a w konsekwencji znaczną poprawę poczucia jakości życia osób w remisji chorób nowotworowych. Przestrzenią takiego oddziaływania są różnego rodzaju formalne i nieformalne grupy wsparcia, co powinny uwzględnić toczące się prace nad reformą systemu opieki zdrowotnej.

Skala MQOL okazała się bardzo dobrym narzędziem do badania jakości życia. W dalszych badaniach wato prześledzić w badaniach podłużnych dynamikę jakości życia uwzględniając okres okołodiagnostyczny, kolejne etapy leczenia, okres wznowy choroby, jak również fazę terminalną. Ważne jest też sprawdzenie, jak choroba nowotworowa wpływa jednocześnie na najbliższe otoczenie chorego. Doniesień z literatury zagranicznej nie można wprost odnosić do naszych warunków, ze względu na specyficzną sytuację polskiego pacjenta onkologicznego (polityczno-ekonomiczną i społeczno-kulturową). Warto też skupić się na indywidualnych, podmiotowych uwarunkowaniach jakości życia chorych na raka i w remisji.

Piśmiennictwo

1. Wirsching M.: Wokół raka. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 1994.
2. Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W.: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2009 roku [w:] Krajowy Rejestr Nowotworów. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, 2011.
3. Majkowska K., Block B.L.: Badania sondażowe na temat jakości życia w chorobie nowotworowej i remisji, 2012 (niepublikowane badania własne).
4. Daszykowska, J.: Jakość życia w koncepcjach związanych ze zdrowiem. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego, 2006, 3, 122-128.

5. Kowalik S.: Pomiar jakości życia – kontrowersje teoretyczne [w:] Pomiar i poczucie jakości życia u aktywnych zawodowo oraz bezrobotnych, Barika A., Derbis R. (red.), Środkowoeuropejskie Centrum Ekonomii Działania Społecznego, Poznań-Częstochowa, 1995, 75-85.
6. Bańka A.: Jakość życia w psychologicznych koncepcjach człowieka i pracy [w:] Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia, Bańka A., Derbis R. (red.), Poznań, 1994, 19-40.
7. Schipper H.: Quality of life . Principles of the clinical paradigm. Journal of Psychological Oncology, 1990, 8, 171-185.
8. Cohen S.R., Mount B.M., Strobel M.G., Bui F.: The McGill Quality of Life Questionnaire a measure of quality of life appropriate for people with advanced disease. A preliminary study of validity and acceptability. Palliative Medicine, 1995, 9, 207-219.
9. Lopez-Muniz J.I.C. : Rak okrężnicy [w:] Rodzinna encyklopedia zdrowia, Garrido B.A. (red.), Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2001, 77-78
10. Kruś S., Skrzypek-Fakhoury E.: Patomorfologia kliniczna. Wyd. Lekarskie PZWL., Warszawa, 2007.
11. Gościeniecka B.: Zwyciężyć chorobę! Poznanie siebie jako jeden z warunków powrotu do zdrowia. Centrum Badawczo-Szkoleniowe WSZiA, Zamość, 2003.
12. Walden-Gałuszko de K.: Psychologiczne następstwa leczenia chorych na nowotwory. Onkol. Pol., 1998, 4, 149-152.
13. Whitehouse M., Slevin M.: Choroba nowotworowa. Wyd. Prószyński i Spółka, Warszawa, 1998.
14. Mathe G.: Rak. Wyd. PAX, Warszawa, 1980.
15. Dudziak J., Słomczyński M., Torliński L.: Powikłania kardiologiczne po chemioterapii – patomechanizm, diagnoza, leczenie i zapobieganie. Choroby Serca i Naczyń, 2009, 2, 73-81.
16. Kaczmarska D.: Na czym polega remisja, a na czym progresja w chorobie nowotworowej. http://nowotwory.wieszjak.pl/abc-nowotworow/294454,Na-czym-polega-remisja-a-na-czym-progresja-w-chorobie-nowotworowej.html, data pobrania 4.05. 2014.
17. Walden-Gałuszko de K., Majkowicz M.: Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk, 1994.

18. Matlerska J., Block B.L. [w:] Preferencja wartości a poczucie sensu cierpienia u osób chorych terminalnie. Człowiek ponowoczesny wobec wyzwań globalizacji – stadium interdyscyplinarne, Filipek J., Głuszyńska I., Wąsiński A., Płaszewski M.(red.). Wyższa Szkoła Administracji, Bielsko-Biała, 2008, 373-384.
19. Porębiak M. I.: Fakty i mity dotyczące chorób nowotworowych. Psychoonkologia,2008, 2, 52-57.
20. Pietrzyk A.: Interwencje poznawczo-behawioralne dla chorych na nowotwory i ich bliskich – możliwość podnoszenia jakości ich życia. Psychoonkologia, 2008, 2, 58-65.
21. Pietrzyk A.: Poznawcze funkcjonowanie pacjenta onkologicznego przed chemioterapią i po chemioterapii. Kierunki pomocy medycznej i pozamedycznej w odzyskiwaniu sprawności umysłowej. Analizy przypadków dwojga studentów – kobiety i mężczyzny. Psychoonkologia, 2010, 1, 29-35.
22. Zegarski W., Głowacka I., Ostrowska Ż.: Ocena jakości życia kobiet po mastektomii na podstawie standardowych kwestionariuszy: QLQ-C30 i QLQ-BR23. Journal of Oncology, 2010, 6, 532-535.
23. Kawiecka-Dziembowska B., Borkowska A., Osmańska-Gogol M., Pałaszyńska R., Nowicka A.: Nasilenie cech depresji i jakości życia u pacjentów z chorobą Hodgkina w okresie diagnozy, leczenia i remisji. Psychoonkologia,2006, 1, 3-8.
24. Cohen S.R., Hassan S.A., Lapointe B.J., Mount B.M.: Quality of life in HIV disease as measured by the McGill Quality of Life Questionnaire. AIDS, 1996, 10, 1-7.
25. Cohen S.R., Mount B.M.: Quality of life in terminally ill ness: defining and measuring subjective well-being in the dying. Journal of Palliative Care,1992, 8, 40-45.
26. Cohen S.R., Mount B. M., Bruera E., Rowe J., Tong K.: Validity of the McGill Quality of Life Questionnaire in the palliative care setting. A multi-center Canadian study demonstrating the importance of the existential domain. Palliative Medicine, 1997, 11, 3-20.
27. Michałowska-Wieczorek I.: Rola wsparcia w zmaganiu się z choroba nowotworową. Psychoonkologia, 2006, 2, 51-56.
28. Stelcer B.: Jakość życia i integracja psychiczna [w:] Jakość życia w naukach medycznych, Wołowicka L. (red.), Wydawnictwo Uczelniane AM, Poznań, 2001, 117-127.
29. Łuczak A., Kotlińska-Lemisze A.: http://hospicjum-palium.pl/?wolontariat/objawowe paliatywne.html, data pobrania 4.05.2014.

Jakubów Piotr[1,2], Malarewicz-Jakubów Agnieszka [3]

Opieka paliatywna w Polsce

1. Klinika Kardiochirurgii UM w Białymstoku
2. Hospicjum Domowe w Białymstoku
3. Zakład Prawa Handlowego Wydziału Prawa Uniwersytetu w Białymstoku

Pojęcie opieki paliatywnej

Najbardziej oczywistym, a zarazem trudnym i dramatycznym wydarzeniem dla człowieka jest śmierć. Szczególną rolę i pomoc zarówno dla tych, którzy stają u kresu swojego życia, jak i dla ich rodzin pełnią w obecnej dobie coraz liczniej powstające hospicja, w których rzesza lekarzy, pielęgniarek oraz wolontariuszy stara się ulżyć cierpieniu ludzi, aby te ostatnie chwile ich życia uczynić bardziej godnymi. Swoją pomocą służą nie tylko umierającym, ale i ich rodzinom, które często nie są w stanie same sobie poradzić z opieką nad umierającym członkiem ich rodziny.

Opieka paliatywna jest dziedziną, która rozwija się w ostatnich latach szybko i dynamicznie. Wynika to głównie z potrzeb społeczeństwa, i konieczności świadczenia tego rodzaju opieki chorym u kresu ich życia. Współczesna medycyna wobec procesu umierania i śmierci przyjmuje postawę aktywną. Opieka paliatywna tkwi nie tylko w świecie medycyny, ale poprzez to, że dotyka podstawowych problemów życia ludzkiego, jest zakorzeniona w szerokim kręgu życia społecznego. Opieka paliatywna skierowana jest do osób znajdujących się w końcowej fazie nieuleczalnych chorób. W szczególności skupia się ona na poprawie jakości życia osobom chorym terminalnie i ich rodzinom oraz na stworzeniu godnych warunków dla zakończenia ich życia poprzez zmniejszanie doznań bólowych i cierpienia związanego z chorobą. Opieka paliatywna obejmuje szeroki aspekt opieki medycznej lekarskiej, pielęgniarskiej, psychologicznej, socjalnej i duchowej. Oznacza to, iż opieka paliatywna nie ogranicza się wyłącznie do leczenia fizycznych objawów choroby w jej końcowej fazie. Na problem chorego patrzy się w sposób całościowy, dostrzegając wszystkie wymiary ludzkiego życia i cierpienia. Opieka paliatywna podejmuje problemy psychiczne, socjalne oraz duchowe chorego i jego rodziny [1].

Według Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Orgaznization* WHO), która w 2002 roku bardzo szeroko zdefiniowała pojęcie opieki paliatywnej, opieka paliatywna ma na celu poprawę jakości życia chorych i rodzin, którzy zmagają się z problemami związanymi z chorobami zagrażającymi życiu, poprzez zapobieganie i ulgę w cierpieniu, dzięki wczesnemu rozpoznaniu, dokładnej ocenie i właściwemu leczeniu bólu oraz innych objawów fizycznych, a także problemów psychosocjalnych i duchowych. Opieka paliatywna ma charakter interdyscyplinarny i obejmuje

pacjenta, rodzinę i środowisko. W pewnym sensie, opieka paliatywna stanowi najbardziej podstawową formę opieki, która zaspokaja indywidualne potrzeby pacjenta, gdziekolwiek jest leczony w domu lub w szpitalu. Opieka paliatywna afirmuje życie i traktuje umieranie, jako normalny proces; nie przyspiesza śmierci, ani nie przedłuża umierania. Głównym założeniem jest zachowanie możliwie najwyższej jakości życia aż do śmierci. Cierpienie, ból i śmierć przestaje być problemem samego pacjenta.

Celem artykułu jest ukazanie, jak ważnym etapem w życiu człowieka jest jego śmierć, przez pryzmat prawa do godnego umierania i odejścia z tego świata. Często społeczeństwa postrzegają oddziały opieki paliatywno - hospicyjnej, jako „swoiste umieralnie", w których rodzina umieszcza chorego, gdyż nie ma dla niego czasu i nie potrafi się nim zająć w sposób profesjonalny, a pacjent zdany jest wyłącznie na siebie. Z tego też względu należy spojrzeć na ogół społeczeństwa i odpowiedzieć na pytanie, jakie postawy społeczne są przyjmowane w obliczu śmierci i umierania.

Geneza opieki paliatywnej

Ruch hospicyjny ma bardzo długą historię, bowiem sięga tradycji pogańskich. Początkowo sprawowano tego rodzaju opiekę w schroniskach, przytułkach dla ubogich i gospodach. W czasach nowożytnych działalność hospicyjna zainicjowana została przez Jeanne Garnier, młodą wdowę, która straciła także dwoje dzieci, by w 1842 roku otworzyć w Lyonie „pierwsze ze swych schronisk, które otrzymało podwójną nazwę: Hospicjum i Kalwaria. W ten sposób po raz pierwszy terminu hospicjum użyto na określenie miejsca przeznaczonego wyłącznie dla umierających. Później powstało wiele podobnych schronień w innych częściach Francji [2]. W 1879 roku – Hospicjum Naszej Pani w Dublinie oraz w 1905 roku –Hospicjum Św. Józefa w Londynie. Pod koniec XIX wieku, również w Londynie trzy domy o podobnym charakterze otwarli protestanci: Dom Spoczynku Friedensheim (1885), Przybytek Naszego Pana (1891), oraz Dom Dla Konających Ubogich Św. Łukasza (1893). Nowością domu Św. Łukasza było wprowadzenie w 1935 roku zasady regularnego podawania doustnie morfiny w dawkach indywidualnie dobranych w celu kontrolowania bólu u chorych z zaawansowanymi postaciami raka [1].

Wymienione zakłady dały początek opiece hospicjnej w jej współczesnym rozumieniu. Ześrodkowały wszak uwagę na tym zagadnieniu i poszukiwały sposobów wsparcia osób, które straciły status pacjenta leczonego z nadzieją na wyzdrowienie, a więc zostających poza kompetencją medycyny i tym samym przesuwanych w pusty obszar bezradnego oczekiwania na śmierć.

Olbrzymia przemiana w opiece nad chorymi rozpoczęła się w XIX wieku. Był to okres intensywnego rozwoju medycyny. Opieka paliatywno-hospicyjna i medycyna paliatywna swoje „profesjonalne" początki zawdzięcza Cicely Saunders, która założyła Hospicjum Św. Krzysztofa w

Londynie w 1967 roku. Był to specjalistyczny ośrodek opieki nad chorymi umierającymi na nowotwory. Miejsce to miało zapewnić dobre warunki opieki dla chorych w okresie terminalnym, spokojną śmierć, obecność kogoś życzliwego przy umieraniu, a przede wszystkim skutecznie uśmierzać ból. Hospicjum Św. Krzysztofa stało się macierzystą instytucją, która od 1967 roku wykształciła ponad 50 tys. specjalistów od zdrowia i opieki społecznej. To właśnie stamtąd lekarze i pielęgniarki wyruszyli, by zakładać hospicja, aż w 40 krajach. Tutaj także w 1969 r. powstał pionierski program domowej opieki hospicyjnej, który zainspirował wiele podobnych inicjatyw. Od 1987 roku w Montrealu rozpoczął funkcjonowanie oddział opieki paliatywnej [3].

W Polsce potrzebę zorganizowania pomocy domowej dla ciężko chorych dostrzegła w 1964 roku Hanna Chrzanowska, która jest uważana za prekursorkę tego rodzaju opieki. Pierwsze stowarzyszenie hospicyjne w naszym kraju powstało w Krakowie w wyniku działalności ok. 40 osób przy kościele Arka Pana w dzielnicy Nowa Huta. To tutaj w 1978 roku przyjechała sama Saunders. Dzięki jej wizycie 29 września 1981 roku zostało zarejestrowane i uzyskało osobowość prawną pierwsze w krajach Europy Środkowej i Wschodniej Towarzystwo Przyjaciół Chorych Hospicjum w Krakowie. Swoją działalność uwieńczyło 1996r. budową Hospicjum Św. Łazarza. Drugi ośrodek hospicyjny w Polsce powstał w 1984r. w Gdańsku pod nazwą Hospicjum Pallotinum a w 1985 roku rozpoczęło swoją działalność Hospicjum Św. Jana Kantego w Poznaniu.

W latach 1987-1989 doszło do prawdziwego rozkwitu idei hospicyjnej. Od chwili, gdy w Polsce rozpoczęło się propagowanie „dobrej śmierci” ośrodki opieki paliatywnej i hospicyjnej zostały założone zarówno w miastach większych, jak i w mniejszych w całym kraju. Do osiągnięć tejże idei należy z pewnością zaliczyć powstanie Ogólnopolskiego Forum Ruchu Hospicyjnego, Polskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej im. Aleksandra Lewińskiego i Antoniny Mazur, powstanie Kliniki Opieki Paliatywnej przy Akademii Madycznej im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu. Równocześnie upowszechniona została edukacja paliatywna dla lekarzy, pielęgniarek, psychologów i terapeutów przez organizowanie szkoleń, kursów oraz studiów podyplomowych. Opieka paliatywna została wprowadzona do polityki zdrowotnej przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej. W latach 80. i 90. ubiegłego wieku na terenie Polski doszło do prawdziwego rozwoju idei hospicyjnej.

W Białymstoku w dniu 21 maja 1987 roku zawiązało się Towarzystwo Przyjaciół Chorych. Ta szczególna inicjatywa była odpowiedzią na potrzeby ludzi chorych i umierających w naszym mieście. Następnie w listopadzie 1987 roku Towarzystwo zostało zarejestrowane jako stowarzyszenie i rozpoczęto organizację opieki domowej. Dopiero w maju 1992 roku otwarto hospicjum stacjonarne "Dom Opatrzności Bożej" przy ul. Świętojańskiej w Białymstoku. Było to pierwsze stacjonarne hospicjum w Polsce [4].

Pochodzenie słowa „paliatywna" sięga korzeni łacińskich słów „*pallium*" oraz „*palliatus*", co oznacza wszelkiego rodzaju okrycie, przykrycie, bądź obszerny płaszcz grecki, otulający i dobrze osłaniający [5]. Natomiast Bartoszek [1] twierdzi, iż pojęcie opieka paliatywna nie zostało wyprowadzone wprost ze słów łacińskich, lecz z wywodzących się od terminu palliatus wyrazów angielskich takich jak: *palliate* - jako imiesłów i przymiotnik oznaczający-okryty płaszczem, ukryty, złagodzony, powierzchowny; natomiast jako czasownik oznaczający-pokryć płaszczem, ukrywać, maskować, łagodzić cierpienia; *paliaton* - okrywanie, ukrywanie, łagodzenie objawów choroby bez wyleczenia ich". Z tych pojęć powstał termin opieka paliatywna (*palliative care*).

Prawo do opieki paliatywnej

Dostęp do opieki paliatywnej stanowi prawny obowiązek, potwierdzony przez konwencję Organizacji Narodów Zjednoczonych (ONZ) i jest traktowany, jako prawo człowieka przez międzynarodowe stowarzyszenia, w oparciu o najwyższe standardy zdrowia fizycznego i psychicznego. W przypadkach, kiedy pacjenci cierpią z powodu silnego bólu, rządy, które nie zapewniają właściwego dostępu pacjentom i rodzinom do opieki paliatywnej, równie, iż przyczyniają się do nieludzkiego traktowania chorych i niewłaściwego leczenia. Opieka paliatywna skutecznie zmniejsza, a także zapobiega cierpieniu i może być zorganizowana przy użyciu niskich kosztów.

Prawa pacjenta są integralną częścią praw człowieka. Powstały one wskutek gwałtownego rozwoju wiedzy medycznej, aby zminimalizować poczucie zagrożenia podmiotowych praw i godności jednostki ludzkiej. Zagadnienia praw pacjenta są ściśle związane z zagadnieniami ochrony zdrowia i wolności człowieka. Zagadnienia przedmiotowe związane z prawami pacjenta regulowane są przez akty prawne o charakterze międzynarodowym, jak i poprzez ustawodawstwo krajowe. W Polsce prawa te są zapisane w: Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, ustawie o zawodzie lekarza, ustawie o zawodzie pielęgniarki i położnej, ustawie o zakładach opieki zdrowotnej, ustawie o ochronie zdrowia psychicznego, ustawie o pobieraniu oraz przeszczepianiu komórek, tkanek oraz narządów, kodeksie etyki lekarskiej, a także w kodeksie postępowania cywilnego i karnego. Jednym z praw pacjenta w Polsce jest prawo do umierania w spokoju i godności [6].

Zgodnie z treścią art. 68 Konstytucji RP „*Każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Każdy obywatel ma prawo do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na warunkach i w zakresie określonych w ustawie*" [7]. Potrzeba zapewnienia chorym umierającym spokojnego, godnego umierania nie może budzić tutaj sprzeciwu.

Zgodnie z artykułem 20 ustęp 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [8] *„Prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do*

umierania w spokoju i godności. Pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień". Konieczne jest wykorzystanie zasad opieki paliatywnej i wprowadzenie ich wszędzie tam, gdzie chorzy umierają. Unikanie tego, będącego jeszcze ciągle tabu, tematu również w rozmowach z osobami zbliżającymi się do śmierci powoduje nasilenie lęku, nie przygotowanie do umierania i śmierci, umieranie w samotności i bez pożegnania co nasila żałobę osieroconych, opóźnia również lub uniemożliwia objęcie chorego u schyłku życia opieką paliatywną–hospicyjną narażając go na umieranie w nieuśmierzonych bólach i cierpieniu. WHO zwraca szczególną uwagę na potrzebę wcześniejszego (przed schyłkowym okresem życia) kierowania chorych do ośrodków w których sprawuje się opiekę paliatywną. Lęk przed hospicjum utożsamiany przez opiekujących się i chorego, z reguły z zapowiedzią bliskości śmierci, stanowi istotną przeszkodę w zgłaszaniu cierpiących chorych do specjalistycznych ośrodków opieki paliatywnej i hospicyjnej [9].

Należy dążyć także do obejmowania możliwie wcześnie ciężko chorych pacjentów opieką duszpasterską. Bliscy choremu i często personel opiekujący się spiskując w zakresie ukrywania prawdy o niekorzystnym rokowaniu i zbliżającej się śmierci odwlekają wizytę księdza, aby chorego nie przestraszyć, uniemożliwiając tym samym możliwość spowiedzi- uzyskania przebaczenia, przyjęcia sakramentów świętych oraz wsparcia duchowego [5].

Osoba umierająca powinna mieć zapewnioną humanitarną opiekę terminalną, a lekarz powinien w ostatnich chwilach życia łagodzić cierpienie chorego związane z bólem. Mówi o tym artykuł 30 Kodeksu Etyki Lekarskiej [10], gdzie znajduje się zapis: „*Lekarz powinien dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania. Lekarz winien do końca łagodzić cierpienia chorych w stanach terminalnych i utrzymywać, w miarę możliwości, jakość kończącego się życia*".

Z dniem 31 grudnia 2013 roku utraciło moc zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna. Zastąpiło je rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. Nr 13 poz. 1347 z dnia 20 listopada 2013 r.). W akcie tym rozszerzono katalog świadczeń udzielanych w warunkach hospicjum domowego o zapobieganie powikłaniom (między innymi poprzez profilaktykę przeciwodleżynową, przeciwbólową, przeciwzaparciową, przeciwwymiotną). Doprecyzowano także przepisy wyłączające świadczenia rehabilitacji leczniczej domowej ze świadczeń gwarantowanych, realizowanych w warunkach hospicjum. Konieczność wydania nowego zarządzenia wynikała z dostosowania warunków kontraktowania do podpisanego przez Ministra Zdrowia w dniu 29 października 2013 r. rozporządzenia w sprawie świadczeń

gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Zarządzenie z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej nakłada na świadczeniodawców przede wszystkim obowiązek zapewnienia pacjentom możliwości weryfikacji uprawnień do świadczeń pod rygorem kary umownej. Zarządzenie wprowadza także zmiany w przedmiocie możliwości realizacji świadczeń zawartych w katalogu zakresów świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej łącznie z innymi świadczeniami, a także zakłada ono odnośnie leczenia w oddziale medycyny paliatywnej lub świadczeń w hospicjum stacjonarnym. Zgodnie z § 3.1 rozporządzenia świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej to wszechstronna, całościowa opieka i leczenie objawowe świadczeniobiorców chorujących na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące, ograniczające życie choroby. Opieka ta jest ukierunkowana na poprawę jakości życia, ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzanie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych.

Przepisy rozporządzenia przewidują także możliwość przebywania pacjenta hospicjum na przepustce (nie więcej niż 2 dni w miesiącu) za zgodą kierownika oddziału oraz lekarza. W czasie przebywania na przepustce pacjent otrzymuje leki, wyroby medyczne i środki pomocnicze od świadczeniodawcy.

Zmianie uległa również treść załącznika nr 3 "*Warunki wobec świadczeniodawców - świadczenia w opiece paliatywnej i hospicyjnej*" w odniesieniu do warunków wymaganych, jak i dodatkowo ocenianych. Świadczeniodawca ma obowiązek zapewnienia całodobowego dostępu przez 7 dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza i pielęgniarkę.

Należy pamiętać, iż w prawie polskim lekarz nie może „pomóc" pozbawić życia osoby w terminalnym stadium choroby. Zakazana jest zarówno eutanazja czynna (śmierć, która jest wynikiem aktywnego działania lekarza), jak i bierna (śmierć, która jest wynikiem nie stosowania odpowiednich środków lub procedur leczniczych). Zgodnie z artykułem 31 Kodeksu Etyki Lekarskiej: „*Lekarzowi nie wolno stosować eutanazji, ani pomagać choremu w popełnieniu samobójstwa*". Zgodnie z treścią art. 150 § 1 i 2 kodeksu karnego, 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".

W artykule "Cmentarz z widokiem na morze", opublikowanym w "Newsweeku", doktor Marcin Rawicz, który przez ponad 20 lat kierował oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii dziecięcej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, a obecnie jest lekarzem naczelnym Warszawskiego Szpitala dla Dzieci i jednym ze współautorów wytycznych w sprawie rezygnacji z

uporczywego leczenia podtrzymujacego życie, twierdzi, że "*są sytuacje bez szans, gdy leczenie staje się daremne, uciążliwe, sprzeczne z interesem pacjenta, a lekarz nie ma moralnego ani prawnego obowiązku, aby je prowadzić. Gdy choroba już nie pozwala zatrzymać procesu umierania, to reanimowanie, podłączanie do respiratora, podawanie leków podtrzymujących czynności serca przysparza jedynie cierpień, jest nieludzkie*". Doktor Rawicz uważa, że w sytuacji, kiedy pacjent umiera "lekarz powinien skupić się na tym, żeby przy umieraniu było pięć razy "nie": żeby nie było bólu, zimna, żeby nie pojawiały się duszność, głód i strach" [cyt. za 11].

Z kolei doktor Krzysztof Szmyd, który kieruje wrocławskim hospicjum dziecięcym, stierdza, że "*choć obowiązuje w Polsce karta praw dziecka śmiertelnie chorego i jest w niej punkt czwarty, który mówi, że dzieci powinny być chronione przed bólem, cierpieniem, ale też zbędnymi zabiegami leczniczymi, to różnie z tym bywa. Współczesna medycyna pozwala forsować leczenie czasami ponad możliwości pacjenta". Doktor Szmyd uważ, że "lepiej jest wyczuć, kiedy postawić granicę medycynie i pozwolić dziecku odejść do domu, a nie w szpitalu, po kolejnym cyklu leczenia, po którym będą następne powikłania, gorączki, wymioty. Trzeba by tylko zadbać, żeby w domu dziecko miało należytą opiekę hospicyjną: właściwie dobrane leki, regularne wizyty lekarza i pielęgniarki. Niestety nie wszędzie jest to możliwe*“ [cyt. za 11].

W Polsce działa Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej, które powstało w 2002 roku, jako towarzystwo naukowo-lekarskie. Celem jego jest inicjowanie i popieranie badań naukowych dotyczących problemów medycyny paliatywnej, integracja działań lekarzy w zakresie w/w badań, inicjowanie i popieranie programów zdrowotnych dotyczących opieki paliatywnej oraz propagowania wypracowa-nych standardów postępowania w tej opiece.

Swoje cele Towarzystwo realizuje poprzez: udział w organizowaniu szkoleń dla lekarzy, pielęgniarek oraz innych pracowników medycznych w zakresie medycyny paliatywnej a także współudział w procesie specjalizacji lekarzy w zakresie medycyny paliatywnej; wydawanie czasopism, biuletynów oraz innych materiałów dotyczących medycyny paliatywnej; organizowanie sympozjów, konferencji i spotkań naukowych na w/w tematy jak również współpraca z towarzystwami oraz organizacjami naukowymi w kraju i za granicą zajmującymi się tematyką pokrewną [12].

Trwa również wszechstronne pogłębianie wiedzy na temt opieki paliatywnej, podejmowana jest refleksja na temat medycznych, psychologicznych, socjalnych oraz duchowych aspektów. W licznych dokumentach i opracowaniach dotyczących opieki paliatywnej poruszana jest ta problematyka [13,14]. Opracowywane są kodeksy etyki w medycynie paliatywnej [15]. Organizowane sa międzynarodowe oraz krajowe konferencje i zjazdy podejmujące problematykę medycyny i opieki paliatywnej.

Zakończenie

Pacjent w stanie terminalnym ma prawo do informacji o swoim stanie. Umierający chory ma prawo do profesjonalnej opieki pielęgnacyjnej, wsparcia psychologicznego, opieki duszpasterskiej, dodatkowej opieki ze strony osób bliskich, a także do utrzymywania kontaktu z osobami z zewnątrz, aż do chwili swojej śmierci.

Pacjent ma prawo do umierania w spokoju i godności, czyli do poszanowania jakości ostatniego stadium życia oraz umierania bez zbędnego bólu, gdyż łagodzenie cierpień jest podstawowym warunkiem poszanowania godności człowieka.

W przypadku zawinionego przez personel naruszenia prawa do umierania w spokoju i godności, małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej lub przedstawiciel ustawowy może wystąpić do sądu cywilnego z żądaniem zadośćuczynienia. Zasądzenie odpowiedniej sumy pieniężnej może nastąpić tylko na wskazany cel społeczny, a nie może być przyznane na rzecz żądającego lub rodziny zmarłego.

Obowiązkiem personelu leczącego jest skuteczne leczenie bólu u pacjenta hospitalizowanego, poprzez identyfikację dolegliwości bólowych, ocenę wg dostępnych skal - stopnia ich nasilenia, oraz wdrożenie odpowiedniego leczenia przyczynowego i objawowego. Leczenie przeciwbólowe powinno być skuteczne. Sposoby zastosowanej terapii bólu pooperacyjnego i terminalnego, powinny być dostosowane do stopnia nasilenia bólu indywidualnie ocenionego przez lekarza. Terapia bólu powinna być udokumentowana w historii choroby - w postaci tzw. karty leczenia bólu. Prawem pacjenta jest zwalczanie bólu w każdym stadium leczenia jego choroby. W każdym szpitalu (hospicjum, zakładzie pielęgnacyjnym) powinna być opracowana procedura oceny i skutecznego leczenia bólu. Szpital powinien dysponować odpowiednią ilością sprzętu medycznego do prowadzenia terapii przeciwbólowej.

Zgodnie z treścią art. 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta "w razie zawinionego naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności sąd może, na żądanie małżonka, krewnych lub powinowatych do drugiego stopnia w linii prostej lub przedstawiciela ustawowego, zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez nich cel społeczny na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego". Jest to zapis mówiący o konsekwencjach w przypadku zawinionego naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności. Artykuł 448 Kodeksu cywilnego stanowi, że: „*W razie naruszenia dobra osobistego sąd może przyznać temu, czyje dobro osobiste zostało naruszone, odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę lub na jego żądanie zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez niego cel społeczny, niezależnie od innych środków potrzebnych do usunięcia skutków naruszenia*".

Dyskusyjną jest kwestia długości podtrzymywania życia chorych w stanach terminalnych

przez lekarzy i aparaturę medyczną. Zgodnie z treścią art. 31 Kodeksu Etyki Lekarskiej lekarz nie powinien stosować „uporczywej terapii" w stosunku do chorego, gdy istnieje pewność, że nie ma szans na przywrócenie pacjenta do życia. Zdaniem profesora Zolla: „*leczenie musi być z medycznego punktu widzenia sensowne, to znaczy muszą występować szanse wyleczenia (utrzymania życia) bądź zmniejszenia cierpienia. Leczenie nie może być podejmowane jedynie dla przedłużania umierania*" [16].

Piśmiennictwo

1. Bartoszek A.: Człowiek w obliczu cierpienia i umierania. Moralne aspekty opieki paliatywnej, Katowice, 2000.
2. Górecki M.: Hospicjum w służbie umierających, Warszawa, 2000.
3. Watson M., Lucas C., Hoy A., Back I.: Opieka paliatywna, Wrocław, 2007.
4. http://www.hospicjum.bialystok.pl/tpch.html; data pobrania 27.03.2014.
5. Łuczak J., Kotlińska-Lemieszek A.: Opieka paliatywna, hospicyjna, medycyna paliatywna, Now. Lek., 2011, 3-15.
6. Wroński K.: Nowotwory, J. Oncol., 2007, 57, 725-726
7. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, Dz. U. 1997, Nr 78, poz. 483.
8. Dz. U. Z 2009, 52, poz. 417.
9. Grądalski T., Fijałkowski M., Rachtwan J.: Domowa Opieka Hospicyjna nad chorymi umierającymi na nowotwory złośliwe w hospicjum św. Łazarza, w latach 1994–97. Przegl. Lek., 2005, 62/7, 674.
10. http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf, data pobrania 27.03.2014.
11. Święchowicz M., Gębura R.: Cmentarz z widokiem na morze, Newsweek, 2014, 9, 55
12. http://www.medycynapaliatywna.org/www/, data pobrania 27.03.2014.
13. Światowa Organizacja Zdrowia, Leczenie bólu w chorobach nowotworowych i opieka paliatywna, tłum. Kujawska-Tenner J., Fundacja Pomoc Krakowskiemu Hospicjum, Kraków, 1994, , 61-66
14. Wilkinson J.: Ethical issues in palliative care [in] Oxford Textbook of Palliative Medicine, Doyle D., Hanks G, McDonald N, Oxford, 1994, 495-504.
15. Discontinuation of Hospice Care: Ethical Issues. Published by The National Hospice Organization, Virginia 1993, Hospice Code of Ethics. Published by The National Hospice Organization, Virginia, 1995.
16. Zoll A.: Odpowiedzialność karna lekarza za niepowodzenia w leczeniu. Warszawa, 1988.

Jankowiak Barbara[1,2], Sobotko Małgorzata[3,4], Klimaszewska Krystyna[1,2], Kowalewska Beata[1,2], Rolka Hanna[1,2], Krajewska – Kułak Elżbieta[1]

Specyfika pracy w oddziałach onkologicznych z pacjentami w terminalnej fazie choroby

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Instytut Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży
3. studentka, Pielęgniarstwo, Instytut Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży
4. SPZOZ MSW z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie

Wstęp

Wzrost zachorowań na nowotwory w Polsce oraz zgonów z ich przyczyn powoduje konieczność świadczenia opieki terminalnej. Zaawansowana choroba nowotworowa staje się przyczyną długotrwałego cierpienia i często świadomego umierania. Wzrost postępów w medycynie, leczenie paliatywne z wykorzystaniem nowoczesnych metod i badań klinicznych, skłaniają pacjentów do korzystania z terapii w ostatniej fazie życia.

Oddziały onkologiczne nie zawsze są przystosowane do właściwej opieki paliatywnej. Okres terminalny w chorobach nowotworowych cechuje się narastaniem licznych i różnorodnych objawów generujących specyficzne problemy. Objęcie opieką takiego pacjenta to nie tylko łagodzenie dolegliwości somatycznych, dbałość o pogarszający się stan zdrowia i sprawność fizyczną, ale również rozpoznawanie i rozwiązywanie problemów psychicznych, społecznych i duchowych pacjentów u kresu życia. Nadrzędnym celem opieki paliatywnej jest poprawa jakości życia chorego z uwzględnieniem również rodziny pacjenta.

Aby zagwarantować dobrą jakość opieki w ostatnim okresie życia pacjenta należy zintegrować metody leczenia onkologicznego z opieką paliatywną. Dotąd onkologia kliniczna i opieka paliatywna były dwiema niezależnymi dziedzinami medycyny. Obecnie obserwuje się nowe podejście zakładające zintegrowanie ich we wspólny program ciągłej opieki, obejmującej okres od rozpoznania choroby nowotworowej do końca życia pacjenta [1].

W Polsce już od 1991 roku oficjalnie włączono opiekę paliatywną/hospicyjną w struktury służby zdrowia. Pacjent terminalny wymaga zastosowania procedur specjalistycznych, czasami wykonywania zabiegów inwazyjnych, a zawsze całościowego programu pomocy obejmującego łagodzenie cierpień egzystencjalnych. Stwarza to konieczność zapewnienia zintegrowanej i wyspecjalizowanej opieki zespołu osób profesjonalnie do niej przygotowanych. W 1999 roku utworzono specjalizację lekarską zwaną „medycyna paliatywna” i specjalizację pielęgniarską w zakresie opieki paliatywnej [2].

Opieki paliatywnej nie uczy się raz, nie należy postępować schematycznie. Każdy pacjent jest indywidualny i wnosi „nową szkołę" tej opieki. W realizacji opieki pacjent jest najważniejszy, jego problemy znajdują się w centrum uwagi zespołu interdyscyplinarnego. Liderem tego zespołu powinna być pielęgniarka. Najlepiej wie, jak zaspokajać zmieniające się potrzeby pacjenta, ponieważ najczęściej przebywa przy chorym umierającym. Dobrze go zna, często zostaje powiernikiem tajemnic jego życia. Zdobywa zaufanie, poznaje jego zwyczaje, upodobania, światopogląd. Potrafi najtrafniej ocenić zmieniający się stan zdrowia pacjenta. Prowadząc wnikliwą obserwację, może dostrzec przekazy niewerbalne, których nie odczytują inni pracownicy. Nie oznacza to, że pielęgniarka jest najważniejszą osobą w opiece, jest tak samo potrzebna i ważna, jak inni członkowie zespołu interdyscyplinarnego [3].

W zespołach hospicyjnych dużą wagę przywiązuje się do umiejętności, jakimi winien wykazywać się hospicjant. Najlepiej przygotowanymi osobami do pracy z umierającymi są pielęgniarki, zwłaszcza środowiskowe oraz lekarze, głównie interniści. Wąskie specjalizacje nie predysponują do opieki nad chorymi terminalnymi. Lekarze innych specjalności (neurolodzy i psychiatrzy) włączają się do pracy raczej w roli konsultantów. Inne osoby przygotowywane są do funkcji opiekuna w ramach szkoleń wewnętrznych organizowanych przez macierzyste zespoły hospicyjne i kursów zewnętrznych prowadzonym w całym kraju przez grupę pielęgniarek i lekarzy z dużym doświadczeniem. Kształcenie kadr wpływa na kształt opieki paliatywnej/hospicyjnej. Na kursach, stażach, odczytach i konferencjach uzgadniane są i przyswajane zasady postępowania z pacjentami, zasady organizacji pracy oraz oddziaływania na środowisko [4].

Celem pracy było dokonanie analizy specyfiki pracy na oddziałach onkologicznych z pacjentami w terminalnej fazie choroby oraz próba określenia wpływu pracy na stan zdrowia respondentów.

Materiał i metodyka badań

Badanie zostało przeprowadzone w oddziałach onkologicznych Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie. Badaniem objęto 62 pielęgniarki i 38 lekarzy, z których 82% stanowiły kobiety, a 18% mężczyźni. Zawód pielęgniarki reprezentowały same kobiety, natomiast 52,6% wszystkich badanych lekarzy było kobietami, a 47,4% ankietowanych lekarzy stanowili mężczyźni.

Osoby ankietowane miały od 27 do 58 lat, a średnia wieku respondentów to 41 lat. Najwięcej osób mieściło się między 30 a 40 rokiem życia (53%). Najwięcej ankietowanych (40%) posiadało wykształcenie wyższe medyczne, jednak znaczną część w tej grupie

stanowili wszyscy badani lekarze, ponieważ do ich pracy wymagany jest tytuł lekarza medycyny. Badane pielęgniarki najczęściej miały wykształcenie średnie medyczne (37%).

Ogólny staż pracy badanych osób rozkładał się równomiernie w przyjętych dekadach, natomiast staż pracy w onkologii znacznie różnił się w poszczególnych przedziałach. Spośród badanych pracowników największą grupę stanowiły osoby ze stażem pracy w onkologii do 10 lat (67%). Tylko 1% osób pracuje w onkologii powyżej 30 lat.

Stażyści i osoby nowo zatrudnione (do roku) nie otrzymywały kwestionariusza ankiety z powodu zbyt krótkiego stażu pracy.

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego za pomocą kwestionariusza ankiety własnej konstrukcji. Kwestionariusz składał się z metryczki, która zawierała pytania zmienne niezależne (wiek, płeć, stan rodziny, wykształcenie, staż pracy ogółem, staż pracy w onkologii, wykonywany zawód). W części zasadniczej kwestionariusza pytania dotyczyły m.in. zadowolenia z pracy, relacji pomiędzy pracownikami, wynagrodzenia, przygotowania do pracy i motywów zaangażowania się w nią. Pytania zasadnicze posegregowano w taki sposób, aby respondenci rozważyli komponenty wpływu swojej pracy na stan swego zdrowia, wpływu na zmianę zachowań, obecność czynników obciążających, objawów wypalenia zawodowego oraz sposoby radzenia sobie z tymi skutkami.

Wyniki badań

Większość ankietowanych (65%) samodzielnie dokonała wyboru swojego zawodu, pośród nich było 59,8% kobiet i aż 88,9% mężczyzn. Nie zdecydowało samodzielnie o wyborze zawodu 4% badanych, w tym 4,9% kobiet. W decyzjach tych nie dostrzeżono istotnych różnic uwzględniając zawody badanej grupy (Tabela 1).

Tabela 1. Decyzje w zakresie wyboru drogi zawodowej z podziałem na płeć i zawód respondentów

Czy sam/a Pan/i wybrał/a drogę zawodową?	Płeć				Zawód				Ogółem	
	kobiety		mężczyźni		lekarze		pielęgniarki			
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
tak	49	59,8	16	88,9	24	63,2	41	66,1	65	65,0
nie	4	4,9	0	0,0	2	5,3	2	3,2	4	4,0
częściowo	29	35,4	2	11,1	12	31,6	19	30,6	31	31,0
ogółem	82	100,0	18	100,0	38	100,0	62	100,0	100	100,0

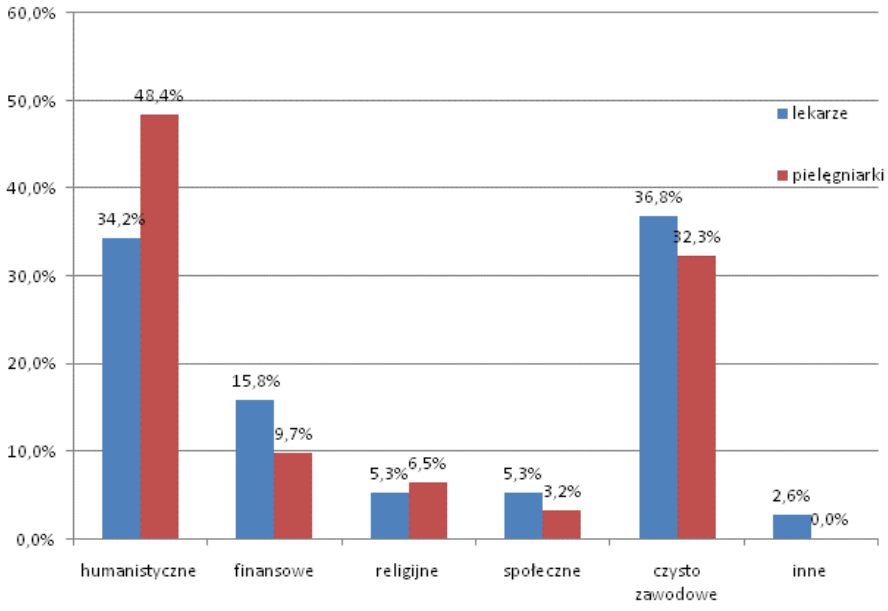
Duża część badanych kobiet i mężczyzn (83%) określiła, że wykonywana praca jest zgodna z ich zainteresowaniami. Praca i zainteresowania częściowo się łączyły u 16% respondentów, w tym u 14,6% kobiet i u 22,2% mężczyzn. Jedna kobieta ujawniła, że jej praca jest inna niż zainteresowania zawodowe.

Spośród badanych 70% wskazało wystarczające przygotowanie do pracy z pacjentami umierającymi. Badane pielęgniarki lepiej oceniły swoje przygotowanie niż lekarze. Jest ono wystarczające u 80,6% pielęgniarek i 52,6% lekarzy. Reszta ankietowanych uważała, że nie posiada dostatecznego przygotowania (47,4% lekarzy i 19,4% pielęgniarek).

W szkoleniach zawodowych uczestniczy duży odsetek, zarówno pielęgniarek (85,5%), jak i lekarzy (78,9%). Natomiast nie brało udziału w szkoleniach 21,1% lekarzy i 14,5% badanych pielęgniarek.

Największy łączny odsetek ankietowanych (59%), zarówno pielęgniarek (55,3%), jak i lekarzy (61,3%), ocenił swoje zadowolenie z pracy w stopniu średnim. Jako dobrze i bardzo dobrze oceniło 44,7% lekarzy oraz 37,1% pielęgniarek.

Prawie połowa badanych respondentów odpowiedziała, że ich motywy pracy z pacjentami nieuleczalnie chorymi były humanistyczne, a 34% badanych określiła je czysto zawodowymi. Motywami finansowymi kierowało się 12% respondentów, a pozostali wymienili religijne (6%) i społeczne (4%). Jedna osoba w miejscu odpowiedzi „inne" wpisała, że tak się ułożyła jej droga zawodowa, czyli motywy tej pracy były przypadkowe. Analizując to zagadnienie w odniesieniu do grup zawodowych wyniki nieznacznie się różniły, co zostało przedstawione na Rycinie 1.



Ryc. 1. Motywy pracy w podziale na zawody ankietowanych

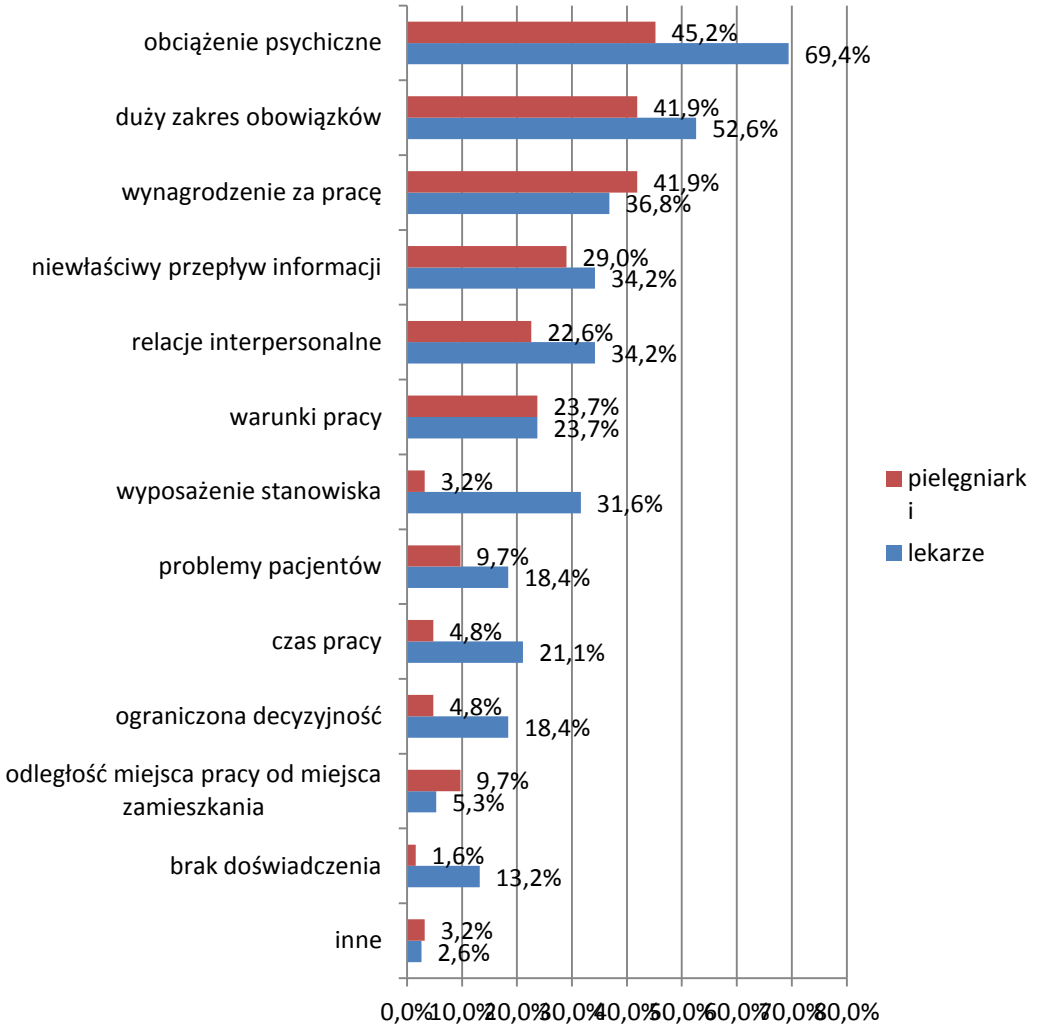
Spośród poszczególnych elementów motywujących do pracy, zarówno kobiety, jak i mężczyźni najczęściej wymieniali właściwą atmosferę (62%), poczucie przydatności społecznej (45%), pewność zatrudnienia (45%). Motywy finansowe wskazało 50% badanych mężczyzn i tylko 28% kobiet. Ponadto, mężczyzn motywuje do pracy prestiż ich stanowiska. Odpowiedziało tak 44,4% ogółu badanych mężczyzn, jednak należy zaznaczyć, że osoby te były lekarzami. Spośród badanych pielęgniarek, tylko 15,9% dostrzegło prestiż swojego stanowiska, który motywuje je do pracy.

Rozróżniając elementy motywujące do pracy na dane uzyskane od pielęgniarek i lekarzy, otrzymano podobne wyniki. Jednak grupę pielęgniarek częściej motywowały właściwa atmosfera (66,1%), pewność zatrudnienia (51,6%), dobre warunki pracy (37,1%), jasno określone cele (33,9%), docenienie zaangażowania (27,2%) i dogodny czas pracy (24,2%). Natomiast lekarzy do wykonywania swojej pracy częściej motywowały poczucie przydatności społecznej (52,6%), możliwość podnoszenia kwalifikacji (44,7%), zarobki (42,1%), prestiż stanowiska (39,5%) i odległość miejsca pracy od miejsca zamieszkania (21,1%).

Ponad połowa respondentów (54%), spośród czynników demotywujących do wykonywania swojej pracy wskazała obciążenie psychiczne. Znaczna część badanych wymieniła duży zakres obowiązków (46%) oraz niewłaściwy przepływ informacji (31%). Wynagrodzenie za pracę zniechęcało aż 43,9% badanych kobiet, a tylko 22% badanych mężczyzn. Do elementów zniechęcających do pracy, które znacznie częściej wskazywali mężczyźni niż kobiety należą: wyposażenie stanowiska pracy (27,8% ogółu badanych mężczyzn), ograniczona decyzyjność (22,2%), a nawet brak doświadczenia (16,7%). Analizując czynniki demotywujące w zależności od zawodu uzyskano, że pielęgniarki nieco częściej, niż lekarze, jako czynnik zniechęcający do pracy, wskazywały wynagrodzenie za pracę i jej odległość od miejsca zamieszkania (Rycina 2).

Aż 83,3% badanych mężczyzn oceniło swoją pracę, jako średnio ciężką, a 51,2% kobiet określiła ją bardzo ciężką/trudną. Najwięcej lekarzy, bo aż 78,9% oceniło pracę, jako bardzo ciężką/trudną. Wśród pielęgniarek przeważały odpowiedzi wskazujące na średni stopień trudności ich pracy. Odpowiedziało tak 43,5% badanych pielęgniarek. Prawie dwa razy mniej (22,6%) pielęgniarek postrzegało pracę, jako bardzo ciężką/trudną (Tabela 2).

Aż 81% respondentów uważało, że wynagrodzenie za ich pracę jest niewystarczające w stosunku do poniesionego wysiłku, bez względu na to, czy posiadają rodzinę, czy nie. Pozostałe 19% badanych osób uznało, że wynagrodzenie za pracę jest wystarczające. Nie dostrzeżono różnic tych odpowiedzi dzieląc ankietowanych na zawody czy też stan cywilny.



Ryc. 2. Czynniki demotywujące do wykonywania swojej pracy w opinii badanych pielęgniarek i lekarzy

*odpowiedzi nie sumują się do 100%, ponieważ ankietowani mieli możliwość wielokrotnego wyboru

Tabela 2. Zróżnicowanie ocen swojej pracy pod względem płci i wykonywanego zawodu

Jak oceniono swoją pracę?	Płeć				Zawód				Ogółem	
	kobiety		mężczyźni		lekarze		pielęgniarki			
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
bardzo ciężka/trudna	42	51,2	15	11,1	30	78,9	27	22,6	57	57,0
średnio ciężka	18	22,0	2	83,3	6	15,8	14	43,5	20	20,0
czasami lekka/czasami ciężka	22	26,8	1	5,6	2	5,3	21	33,9	23	23,0
lekka/łatwa	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ogółem	82	100,0	18	100,0	38	100,0	62	100,0	100	100,0

W większości opinie na temat swojego miejsca pracy były pozytywne. 65% stwierdziło, że ich praca ma sens i nie chcą jej zmieniać, a 14% było dumnych z powodu pracy w swoim oddziale. Odpowiedzi pozostałych 21% osób wskazywały na negatywne odczucia związane ze swoim miejscem pracy, ponieważ o zmianie pracy myślało 11% badanych, 8% rozważało możliwość podjęcia pracy za granicą, a 2% chciałoby pracować w innym oddziale.

Spośród obszarów pracy, z którymi ankietowani miewali problemy najczęściej wymieniano prowadzenie dokumentacji (46%). Odpowiedzi tej udzieliło aż 71,1% lekarzy i 30,6% pielęgniarek. Znacznej części, bo 28,9% badanym lekarzom sprawiało kłopot obcowanie z problemami pacjentów oraz ich edukacja. W grupie pielęgniarek 14,5% przyznało się do trudności w udzielaniu wysokiej jakości świadczeń. Natomiast nie miało problemów z pracą 36% ankietowanych, wśród nich 48,4% pielęgniarek i 15,8% lekarzy.

Podstawą pracy jest właściwe funkcjonowanie w zespole terapeutycznym. 33% wskazało odpowiedź „nie dostrzegam trudności we współpracy", której udzieliło 38,7% pielęgniarek i 23,7% badanych lekarzy. Spośród wymienionych grup wchodzących w skład zespołu, z którymi ankietowani miewali trudności we współpracy, lekarze najczęściej wyróżniali: lekarzy specjalistów innych oddziałów (36,8%), rodziny pacjentów (34,2%) i kierownictwo (23,7%). Natomiast pielęgniarki wskazały na trudności współpracy z lekarzami specjalistami innych oddziałów (25,8%), z lekarzami w swoim oddziale (19,4%) oraz innymi członkami zespołu terapeutycznego (11,3%).

Jednak 66% ankietowanych osób określiło, że trud pracy nie pozwala im na podjęcie pracy dodatkowej. Mogło podejmować prace dodatkowe 19% badanych, a 15% nie wykazało takiej potrzeby.

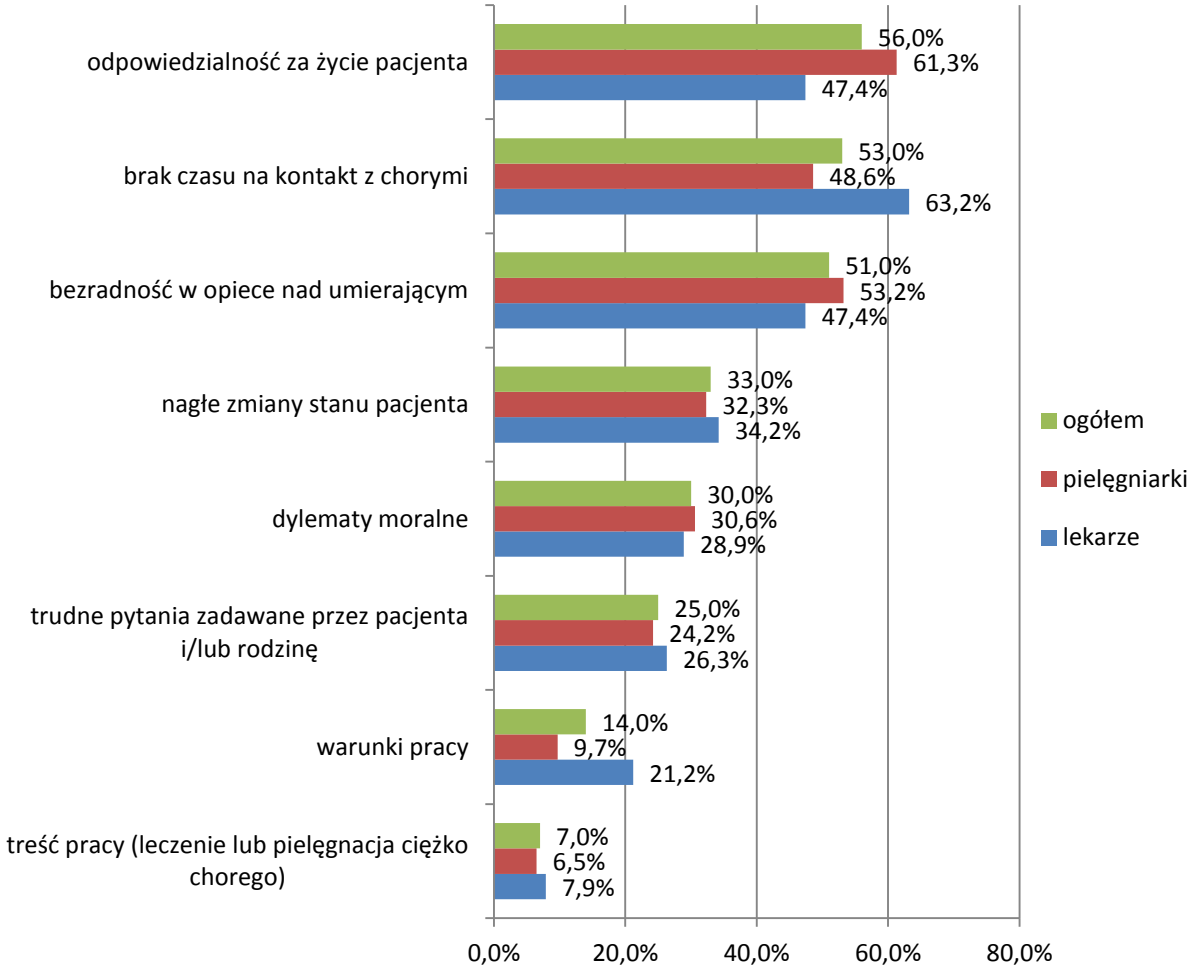
Ponad połowa ogółu ankietowanych (55%) uznała, że problemy pracy częściowo wpływają na funkcjonowanie pozazawodowe. Odpowiedziało tak 59,3% tych osób, które mają rodzinę, ale też znaczny (36,8%) odsetek osób, które jej nie posiadają. Spośród badanych 32% określiło wpływ pracy na życie pozazawodowe, jako duży. Stwierdziła tak prawie połowa (42,1%) osób samotnych, które nie posiadają rodziny. A 13% respondentów uznało, że problemy istniejące w pracy nie miały wpływu na pozostałe obszary życia społecznego .

Praca pozostawia ankietowanym ochotę na realizację swoich zainteresowań/hobby w 67% przypadków. Około dwukrotnie mniej, bo 32% zaprzeczyło temu twierdzeniu. Odpowiedzi wskazujących na to, że praca nie pozostawia chęci na własne zainteresowania, udzieliło 42,1% osób samotnych i 29,6% osób posiadających rodzinę. Tylko 1%

ankietowanych, którzy posiadają rodzinę odpowiedziało, że nie ma innych zainteresowań poza pracą.

Aż 75% ankietowanych stwierdziło, że wykonywana praca wpływa na ich zdrowie, 15% badanych o tym nie wiedziało, a 10% stwierdziło, że praca nie ma wpływu na ich zdrowie. Większość ankietowanych niezależnie wieku wskazała, że praca wpływa na stan ich zdrowia: do 30 lat – 73%, 31-40 – 69%, 41-50 – 84%, powyżej 50 lat – 73%. Jednocześnie nie dostrzeżono istotnych różnic w odpowiedziach respondentów, biorąc pod uwagę ich zawód i płeć.

Spośród czynników obciążających psychicznie pielęgniarki najczęściej wskazywały: odpowiedzialność za życie pacjenta (61,3%), bezradność w opiece nad umierającymi (53,2%) oraz brak czasu na kontakt z chorymi (46,8% ogółu pielęgniarek). Ten ostatni czynnik przeważał też w odpowiedziach lekarzy (63,2%), podobnie pozostałe wymienione już czynniki pojawiały się w przewadze przypadków w tej grupie zawodowej (Rycina 3).



Ryc. 3. Czynniki obciążające psychicznie w opinii badanych osób z podziałem na zawody

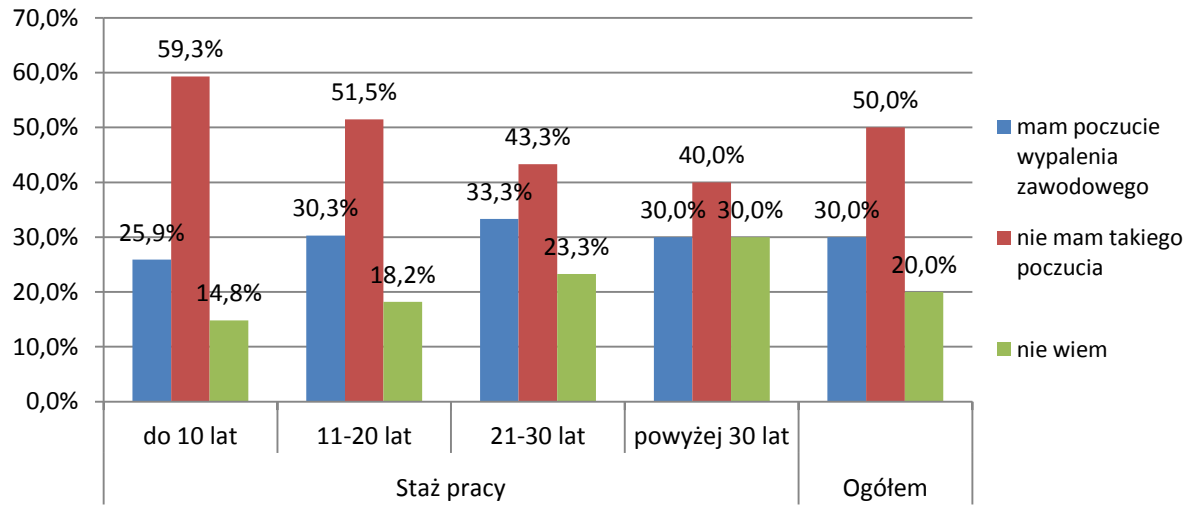
*odpowiedzi nie sumują się do 100%, ponieważ ankietowani mieli możliwość wielokrotnego wyboru

13% respondentów zaobserwowało u siebie zwiększenie palenia tytoniu, jako sposób reagowania na stres w pracy, 8% zażywało leki uspokajające, a 6% badanych osób odreagowywało stres w sportach ekstremalnych. Aż 72% pracowników nie dostrzegło u siebie zachowań niepokojących przejawianych w reakcji na problemy w pracy.

30% ankietowanych dostrzegła u siebie poczucia wypalenia zawodowego, 50% nie miało takiego odczucia, a 20% osób nie wiedziało, czy występuje u nich wypalenie zawodowe. Podobny odsetek badanych kobiet (29,3%) i mężczyzn (33,3%) udzielił opinii, że ma poczucie wypalenia zawodowego, a tyle samo kobiet i mężczyzn (po 50%) zaprzeczyło tej odpowiedzi. Poczucie wypalenia zawodowego najczęściej występuje w przedziale wiekowym 41-50 lat (40,6%). Osoby poniżej 30 roku życia nie odczuwały wypalenia zawodowego (72,7%), jak również respondenci w przedziale wiekowym od 31 do 40 lat (54,8%) i powyżej 50 lat (53,3%).

39,5% badanych lekarzy oraz 24,2% ogółu pielęgniarek miało poczucia wypalenia zawodowego, natomiast 54,8% badanych pielęgniarek i 42,1% lekarzy uznało, że nie ma.

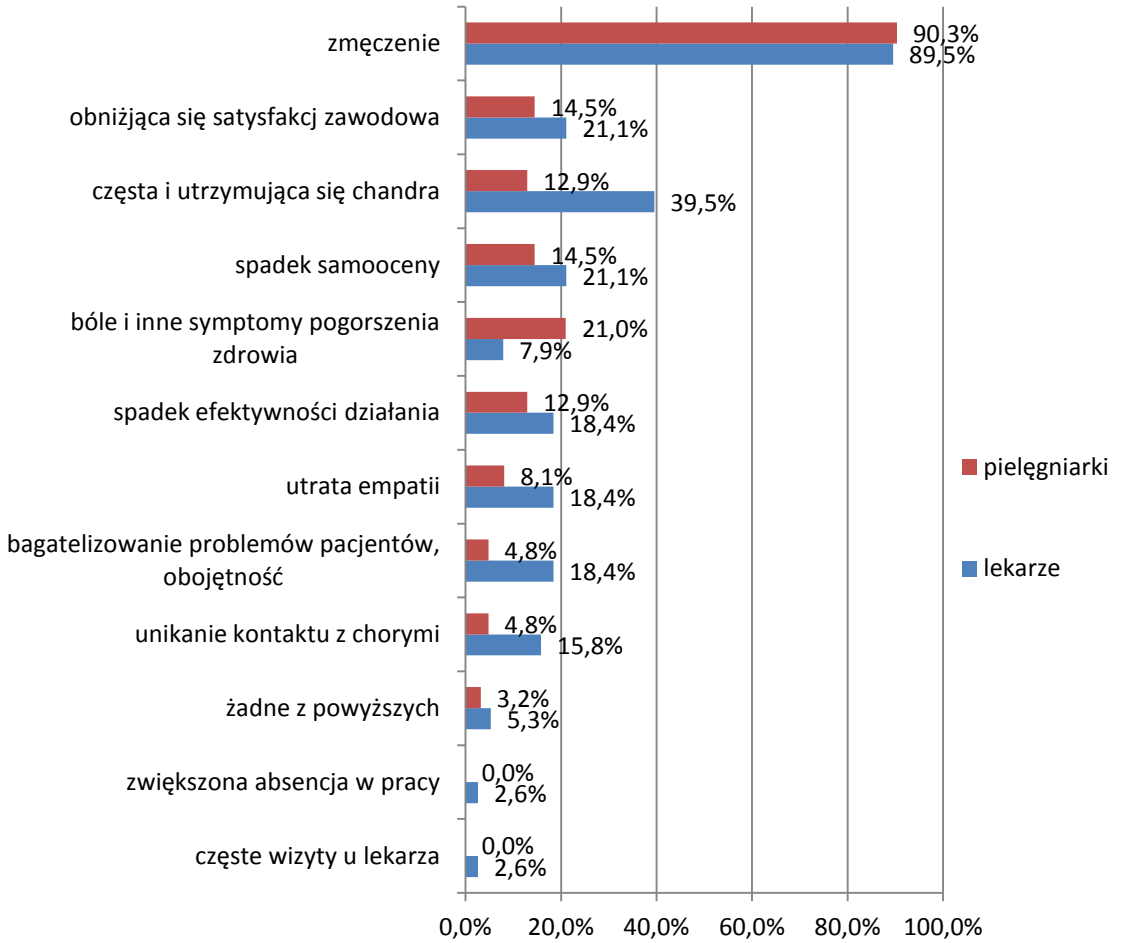
Podobnie, zbliżona ilość ankietowanych osób znajdujących się w różnych przedziałach stażu pracy odpowiedziała, że ma poczucie wypalenia zawodowego. Odsetek osób zaprzeczających tej odpowiedzi maleje wraz z rosnącym stażem pracy. Najwięcej osób (59,3%) ze stażem pracy do 10 lat odpowiedziało, że nie ma poczucia wypalenia zawodowego. Natomiast wzrasta odsetek osób w poszczególnych przedziałach stażu pracy, które odpowiedziały „nie wiem”(Rycina 4).



Ryc. 4. Występowanie poczucia wypalenia zawodowego u ankietowanych według ich stażu pracy

Spośród dostrzeżonych objawów wypalenia zawodowego, zdecydowanie dominowało zmęczenie, które wskazało aż 90,2% kobiet i 88,9% badanych mężczyzn. Ponad dwukrotnie mniej wszystkich respondentów wymieniło obniżającą się satysfakcję zawodową (40%), częstą i utrzymującą się chandrę (23%), spadek samooceny (17%), bóle głowy i inne symptomy pogarszające zdrowie (16%), spadek efektywności działania (15%), utratę empatii (12%). Konsekwencje wykonywanej pracy w podziale na zawody obrazuje Rycina 5.

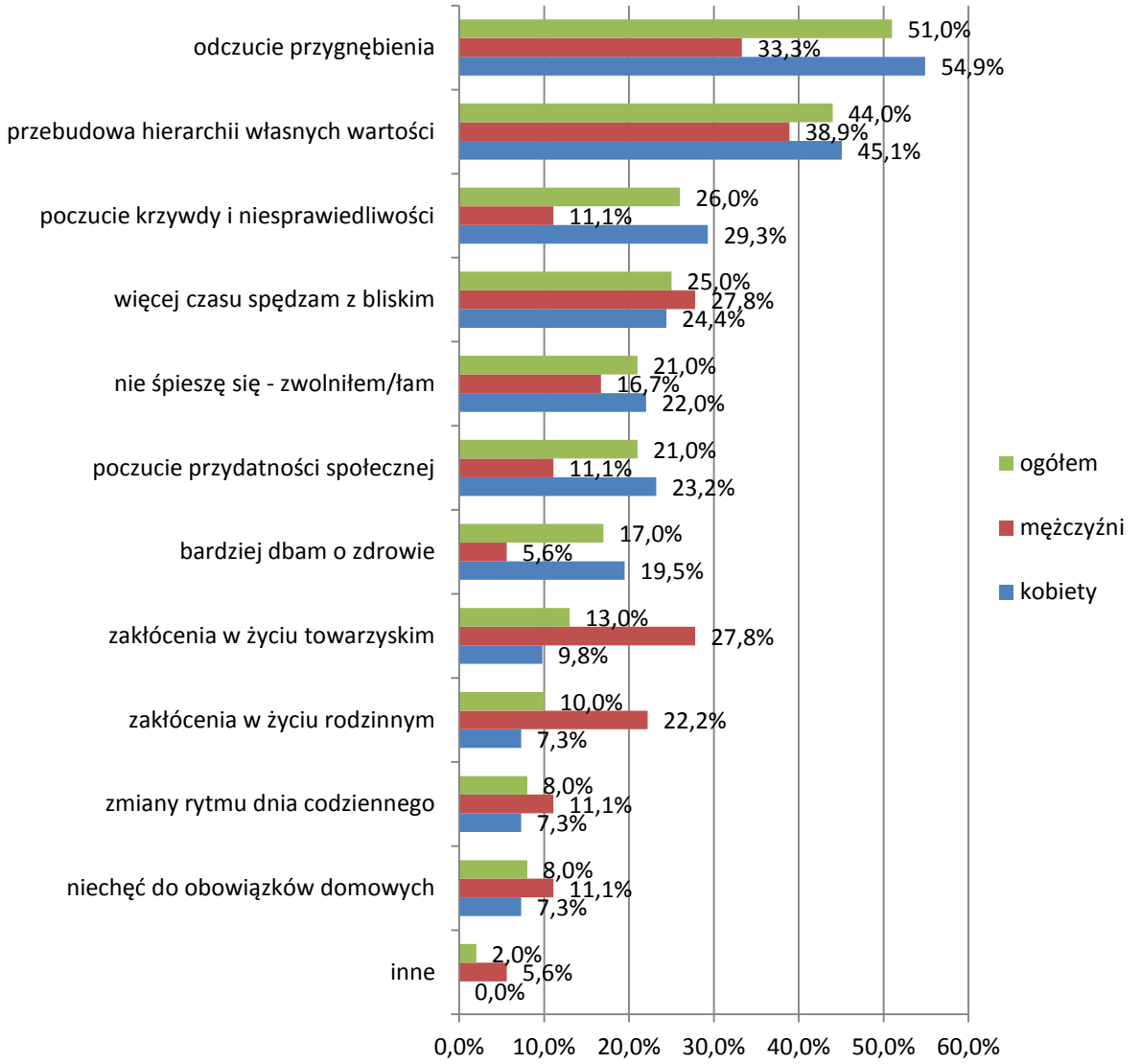
W profilaktyce wypalenia zawodowego, jako środek zaradczy respondenci przeważnie wymieniali traktowanie spraw mniej osobiście (63%), odpoczynek i relaks (61%) oraz odkrywanie pozytywnych stron swojej pracy (45%). Ankietowane kobiety zdecydowanie częściej (37,8%) mówiły o swoich problemach od mężczyzn (16,7%). Ponadto kobiety czterokrotnie częściej przełamywały rutynę (23,2%) niż mężczyźni (5,6%). Natomiast 33,3% badanych mężczyzn, przeciwdziałając wypaleniu zawodowemu robiło przerwę w pracy, co dotyczyło tylko 13% badanych kobiet. Wśród ankietowanych nie było osoby, która nic nie stosowała, aby minimalizować skutki wypalenia zawodowego.



Ryc. 5. Konsekwencje wykonywanej pracy w podziale na zawody

*odpowiedzi nie sumują się do 100%, ponieważ ankietowani mieli możliwość wielokrotnego wyboru

Ostatnim badanym aspektem była ocena skutków pracy personelu onkologii związanych z kontaktami z pacjentami umierającymi (Rycina 6). Spośród zmian w codziennym funkcjonowaniu w większości ankietowani dostrzegli odczucie przygnębienia. Wymieniło je 54,9% badanych kobiet i 33,3% mężczyzn. Duży odsetek, bo 44% badanych wskazał na przebudowę hierarchii własnych wartości, a 25% respondentów uznało, że więcej czasu spędza z bliskimi. Jako konsekwencję swojej pracy kobiety w 29,3% przypadków podały poczucie krzywdy i niesprawiedliwości, a mężczyźni często wymieniali zakłócenia w życiu towarzyskim (27,8%) oraz rodzinnym (22,2%). Badane kobiety znacznie częściej niż mężczyźni wymieniały pozytywne skutki swojej pracy takie, jak: poczucie przydatności społecznej (23,2%) i dbałość o własne zdrowie (19,5%).



Ryc. 6. Zmiany u pracowników wynikające z kontaktów z pacjentami umierającymi

*odpowiedzi nie sumują się do 100%, ponieważ ankietowani mieli możliwość wielokrotnego wyboru

OMÓWIENIE WYNIKÓW I DYSKUSJA

Pracownicy medyczni w oddziałach onkologicznych w codziennej pracy mają częsty kontakt z cierpieniem i śmiercią pacjentów. Opieka nad osobami w terminalnej fazie choroby nowotworowej jest specyficzna, a sytuacja pacjenta jest szczególna i wyjątkowa. Takie doświadczenia wiążą się z występowaniem wielu obciążeń.

Wyniki badań własnych pozwoliły przyjąć, że praca z chorymi terminalnymi jest ciężka/trudna. Wskazało tak 57% pracowników, spośród nich, aż 78,9% badanych lekarzy oraz 51,2% ogółu kobiet. Mężczyźni przeważnie określali swoją pracę, jako średnio ciężka. Poza tym, aż 81% respondentów uznało, że wynagrodzenie za ich pracę jest niewystarczające w stosunku do poniesionego wysiłku. Mimo tego stwierdzenia 65% badanych reprezentowało opinię, że ta praca ma sens i nie chce jej zmieniać, a 14% pracowników jest dumnych z powodu pracy w swoim oddziale. Wyniki badań własnych potwierdziły pogląd Góreckiego, który stwierdził, że zawody opiekuńcze wykonują osoby o prospołecznej orientacji życiowej [4].

W prezentowanym materiale własnym dowiedziono, że zarówno pielęgniarki, jak i lekarze, w znacznej części (65%) zdecydowali samodzielnie o wyborze własnej drogi zawodowej. Motywy zaangażowania w pracę z pacjentami nieuleczalnie chorymi, w prawie połowie badanej grupy (43%) były humanistyczne, nieco mniej, bo 34% ankietowanych określiła je zawodowymi, 12% respondentów kierowała się motywami finansowymi, 6% religijnymi, a 4% społecznymi.

Górecki uzyskał inne wyniki na podstawie swoich badań, w których 46,3% respondentów stwierdziło, że ich motywacja do podjęcia pracy z chorymi umierającymi była altruistyczna. O połowę mniej, bo 21,8% badanych uznało, że podlegali motywacji zadaniowej, czyli mieli doświadczenie, wcześniejszy kontakt ze śmiercią lub odczuwali powinność zawodową [4].

Natomiast Leszkiewicz badała wartości moralne, którymi kierowały się pielęgniarki przy wyborze zawodu. Dominowały wartości chrześcijańskie (43%) i wartości duchowe (23%). Przypadkowo wybrało swój zawód aż 22% respondentów [5]. Wyniki badań własnych przeczą temu poglądowi, gdyż tylko 1% ankietowanych stwierdziło, że motywy do pracy były przypadkowe.

Towarzyszenie pacjentowi umierającemu, przynoszenie mu ulgi w cierpieniu, zarówno w obszarze fizycznym, jak i psychicznym oraz wykazywanie zrozumienia i tolerancji dla chorego i jego rodziny, wymaga od personelu medycznego właściwej postawy i profesjonalnego przygotowania [6].

Z grupy pracowników objętych badaniem własnym, 70% wskazało na wystarczające przygotowanie do pracy z pacjentami umierającymi. Badane pielęgniarki oceniły lepiej swoje przygotowanie niż lekarze. Jest ono wystarczające u 80,6% pielęgniarek i 52,6% lekarzy. Natomiast 30% respondentów nie jest wystarczająco przygotowana do pracy z pacjentami terminalnymi, w tym prawie połowa, bo 47,4% ogółu lekarzy. Natomiast w badaniach Góreckiego, tylko 38,7% osób uznało, że posiada wystarczające kwalifikacje do wykonywania pracy z chorymi, którzy wkrótce zakończą życie [4].

Jak uznało 95% respondentów badań własnych, doświadczenie zawodowe ułatwia pracę. W opinii 5% badanych osób, doświadczenie to nie ma znaczenia w pracy.

Zdaniem Gregorasz, personel wymaga kształcenia i samodoskonalenia w zakresie psychoonkologii, w celu poznania reakcji chorych umierających i ich rodzin oraz dla wypracowania własnych sposobów odreagowywania trudnych sytuacji w pracy [7].

Aż 80% uczestników badań Lewandowskiej i wsp. stwierdziło, że jest wystarczająco przygotowanych do pracy z chorymi cierpiącymi i umierającymi, a 41% uczęszczało na szkolenia i kursy dodatkowe, w tym paliatywne [8]. Porównując wyniki badań własnych, wykazano, dwukrotnie większą liczbę badanych pracowników onkologii, którzy uczęszczali na szkolenia dotyczące swoich podopiecznych. Było to 83% respondentów, w tym 85,5% pielęgniarek i 78,9% lekarzy. Na dokształcanie to 74,4% tych ankietowanych, którzy brali udział w szkoleniach, poświęciło własne środki finansowe, w tym 83,4% lekarzy i 69,8% pielęgniarek. Z dofinansowania realizowanego przez pracodawcę skorzystało 30,2% pielęgniarek i 16,6% lekarzy.

Na podstawie badań Dobrowolskiej i wsp. ustalono, że 49,19% pielęgniarek stwierdziło, że kształcenie przeddyplomowe przygotowało je do pracy z pacjentami u kresu życia. Innego zdania byli lekarze, z których 43,87% uznało, że w kształceniu przeddyplomowym nie było treści przygotowujących ich do pracy z chorymi umierającymi. Obie grupy zawodowe uważały, że zakres treści nauczania obejmował opiekę nad sferą biologiczną człowieka umierającego, komunikację z nim oraz moralne problemy śmierci i umierania. Natomiast zabrakło, w opinii ankietowanych osób, edukacji odnośnie współpracy z rodziną chorego oraz radzenia sobie z emocjami w obliczu śmierci [9].

Wszędyrówny, analizując program nauczania na kierunkach medycznych w zakresie socjologii zdrowia, choroby i medycyny, w swoich badaniach pośród treści, które nie zostały zrealizowane z braku czasu, a cieszyły się dużym zainteresowaniem, wyróżnił społeczne aspekty tanatologii (47,1% ankietowanych). Do tematów, którym należy poświęcić więcej czasu, 66,7% studentów zaliczyło między innymi interakcje lekarz-pacjent [10].

Gaworska-Krzemińska i wsp. do głównych problemów w opiece nad umierającymi zaliczyli: niwelowanie niepokoju, walkę z bólem, udzielanie wsparcia, rozmowy. Autorzy, spośród problemów pracy z pacjentami terminalnymi wymienili trudności komunikowania się z pacjentami, świadomość nadchodzącej śmierci (33%), brak nadziei na wyzdrowienie (33%), własne reakcje emocjonalne (22,5%) oraz nieufność chorego do personelu (11,5%) [11].

Jak dostrzega Dobrowolska, ucieczka od wielu sytuacji i problemów w pracy może być spowodowana brakiem umiejętności komunikowania się. Może być przyczyną lęku młodych adeptów w zawodzie, którzy nie potrafią nawiązać i utrzymać kontaktów z chorymi. Z badań autorki wynika, że lęk u młodych pracowników budzi głównie kontakt słowny z pacjentami u kresu życia. Młodzi adepci nie wiedzą, jak zacząć rozmowę, o czym rozmawiać, aby nie wzbudzić negatywnych emocji lub przyczynić się do utraty zaufania u swoich podopiecznych [12].

W badaniach Lewandowskiej i wsp. było również badane nawiązanie i podtrzymywanie kontaktu z pacjentami umierającymi, które sprawiało trudności. Uważało tak 46% badanych pielęgniarek i pielęgniarzy [8]. Zdaniem Dobrowolskiej pielęgniarki mają za mało czasu na rozmowę z podopiecznymi, a większość czasu zajmuje im realizowanie zleceń lekarskich i prowadzenie dokumentacji. Brakuje również standardów wsparcia pacjentów umierających oraz ich rodzin [12].

Spośród czynników utrudniających pracę, uczestnicy badań Góreckiego najczęściej wymieniali: ograniczoną liczbę pracowników (15,4%), ograniczenia czasowe (13%), bezradność wobec cierpienia chorych (8,9%), niedobór materiałów i leków (8,1%), a 13,8% nie dostrzegło poważniejszych trudności [4].

Badania Dobrowolskiej i wsp. potwierdziły, że opieka nad pacjentami umierającymi sprawia trudności pracownikom podejmującym ją. Spośród problemów w pracy z chorymi terminalnymi autorzy wymienili: opiekę nad sferą psychiczną i duchową pacjentów, współpracę z ich rodziną, radzenie sobie z emocjami w obliczu śmierci oraz komunikowanie się z umierającymi [9].

W badaniach własnych 56% respondentów uznało, że największym obciążeniem jest odpowiedzialność za życie pacjenta, a tylko 7% badanych przyznało, że trudności sprawia im treść pracy (leczenie lub pielęgnacja ciężko chorego). Natomiast 36% ankietowanych stwierdziło, że nie ma problemów z pracą.

Obszary, które sprawiały ankietowanym trudności w pracy wskazali także uczestnicy innych badań Dobrowolskiej i wsp., jako zagadnienia z zakresu wiadomości, na które zgłaszali zapotrzebowanie w ramach kształcenia podyplomowego. Największe

zapotrzebowanie dotyczyło współpracy z rodziną pacjenta (97,91% lekarzy i 100% pielęgniarek). Inne obszary pracy budzące zainteresowanie respondentów to: komunikowanie się z umierającymi (96,05% pielęgniarek i 97,91% lekarzy), opieka nad sferą psychiczną (92,30% pielęgniarek i 97,95% lekarzy) i duchową (96% pielęgniarek i 95,74% lekarzy) oraz radzenie sobie z emocjami w obliczu śmierci (94,11% pielęgniarek i 86,66% lekarzy). W badaniach Dobrowolskiej wymieniono również chęć posiadania wiedzy z zakresu czynności organizacyjnych – tworzenia godnych warunków umierania (100% badanych osób) [13].

Praca w służbie zdrowia charakteryzuje się wieloma obciążeniami. Jej usługowy i opiekuńczy charakter jest istotnym czynnikiem dla rozwoju wypalenia zawodowego. Pielęgniarki są grupą zawodową obarczoną największym ryzykiem tego syndromu [14].

Do utrudnień zawodowych 54% uczestników badań własnych zaliczyło obciążenia psychiczne. Spośród czynników obciążających pielęgniarki najczęściej wymieniały: odpowiedzialność za życie pacjenta (61,3%), bezradność w opiece nad umierającymi (53,2%) oraz brak czasu na kontakt z chorymi (46,8%), ten czynnik przeważał również w grupie badanych lekarzy (63,2%).

Zdaniem Kowalczyk, silne pobudzenie emocjonalne podczas kontaktu z chorymi terminalnymi prowadzi do budowania dystansu. Pracownik obojętnieje, traci zainteresowanie i chęć analizowania sytuacji pacjenta. Kontakty z chorymi stają się usztywnione i płytkie. Pojawia się unikanie, jako forma ochrony przed „kłopotliwym" pacjentem, a następnie poczucie obniżonej wartości pracownika, na skutek spadku osiągnięć, połączone z uczuciem braku kompetencji i profesjonalizmu. Zmęczenie może nawet przybierać formę zachowań depresyjnych, uzależnienia od alkoholu, czy leków [15].

W badaniach własnych podjęto próbę uchwycenia zachowań niepokojących, przejawianych przez personel w reakcji na problemy w pracy. Z najczęściej występujących sposobów reagowania na stres respondenci wymienili: zwiększenie palenia tytoniu (13%), zażywanie leków uspokajających (8%) i odreagowanie w sportach ekstremalnych (6%). Aż 72% badanych nie dostrzegło u siebie zachowań niepokojących.

Na podstawie wyników badań Gaweł i wsp. przyjęto, że wypalenie zawodowe dotyczy 67,4% badanych pielęgniarek, w tym wysoki poziom wypalenia stwierdzono u 46% przedstawicielek tego zawodu. Za dominujący objaw syndromu wypalenia w tej grupie uznano poczucie braku osiągnięć, zbadane u 97,1% respondentów, który jest na poziomie wysokim [cyt. za 16].

W prezentowanym badaniu własnym uzyskano wyniki świadczące, że wypalenie zawodowe dotyczy mniejszej grupy respondentów, 39,5% lekarzy i 24,2% pielęgniarek oraz 33,3% mężczyzn i 29,3% ogółu badanych kobiet. Ponad połowa (54,8%) pielęgniarek i 42,1% lekarzy nie dostrzegło u siebie wypalenia zawodowego. Te obserwacje respondentów pozwoliły na subiektywną ocenę występowania zjawiska wypalenia. Odczucia wypalenia najczęściej zgłaszały osoby znajdujące się w przedziale wiekowym 41-50 lat. Osoby ze stażem pracy do 10 lat zaprzeczyły występowaniu u siebie poczucia wypalenia zawodowego. Jednak z badań własnych wynika, że 90% badanych pracowników odczuwa zmęczenie. Z innych, dostrzeżonych u siebie objawów związanych z wykonywaną przez siebie pracą ankietowani wymienili obniżającą się satysfakcję zawodową (40%) i utrzymującą się chandrę (23%).

Zdaniem Kowalczyk wyczerpanie emocjonalne jest ceną, jaką płaci pracownik za relacje z ludźmi cierpiącymi i ich umieraniem, obcowanie ze śmiercią i rozpaczą rodzin, czyli szeroko pojętą pracę z pacjentami terminalnymi. Personel stosuje wypracowane metody radzenia sobie z syndromem wypalenia zawodowego. Jednak, gdy metody już znane przestają wystarczać lub nie są odpowiednie w danych okolicznościach pracy, pojawia się potrzeba nowych sposobów otrzymywania wsparcia. Jednak autorka poucza, że nie istnieje „złoty środek", zwłaszcza u osób ze stażem pracy powyżej 5 lat, którzy zbyt mało czasu poświęcają na wypoczynek. Przynoszącym pożądany skutek zachowaniem w pracy jest postawa „zdystansowanej troski". Reprezentują ją pracownicy, którzy w relacjach z pacjentami łączą współczucie i zaangażowanie z dystansem emocjonalnym [15].

Dobrowolska stwierdziła, iż współczucie w relacji z pacjentem umierającym powinno być rozsądnie kontrolowane. Relacja ta zależy od naszej mądrości – to, jak dalece zaangażujemy się w problemy umierającego popychani współczuciem oraz to – kiedy zdecydujemy się na przerwanie tej relacji lub zmianę jej charakteru, nawet wtedy, gdy będzie to bolesne dla podopiecznego. Zdaniem autorki występowanie współczucia i mądrości jednocześnie, pozwala na ochronę dobra biorcy i dawcy troski [17].

de Walden-Gałuszko uznała za ważne analizowanie własnych reakcji emocjonalnych i wczesne rozpoznanie objawów stresu. Wymieniła szczególne zdolności, jakimi są poczucie humoru, asertywne zachowania i dystans wobec własnych problemów, jako cechy warte rozwijania i umacniania dla ochrony przez wypalaniem się w zawodzie [18].

Według Kowalczyk ważnym sposobem przeciwdziałania negatywnym emocjom jest własny system nagradzania, czyli sprawienie sobie przyjemności, dbając o własną higienę psychiczną. Innym wskazanym przez autorkę czynnikiem wspierającym jest możliwość

koleżeńskiej superwizji, w sensie rozmowy współpracowników [19]. Potwierdziły to badania Gaweł i wsp., w których również najczęściej wymienianymi działaniami konstruktywnymi w sytuacji stresowej była rozmowa z innymi, wskazana przez 92,3% badanych osób oraz analizowanie problemu, dokonywane przez 88,5% uczestników badania. Wyniki te świadczą o dużym znaczeniu wsparcia informacyjnego w łagodzeniu napięć i stresów [cyt. za 16]. Dlatego de Walden-Gałuszko sugeruje podnoszenie kwalifikacji, jako sposób stosowany w profilaktyce wypalenia zawodowego uzasadniając, iż wzrasta wówczas poczucie profesjonalizmu i kompetencji pracowników [18]. Podobnego zdania jest Kowalczyk [15].

Analizując środki zaradcze, stosowane w profilaktyce wypalenia zawodowego, w badaniach własnych uzyskano podobne wyniki do wyników badań wymienionych wcześniej autorów. Ze sposobów przeciwdziałania wypaleniu ankietowani wymienili: traktowanie spraw mniej osobiście (63%), odpoczynek i relaks (61%), odkrywanie pozytywnych stron pracy (45%) i mówienie o swoich problemach (34%).

Zdaniem de Walden-Gałuszko duże natężenie negatywnych emocji oraz nadmierna identyfikacja z pacjentami umierającymi może wpłynąć na zaburzenie życia zawodowego i prywatnego [20]. Doświadczenie śmierci pacjenta wpływa na życie osobiste pracowników onkologii, ich system wartości, psychikę, czy nastrój. Negatywny wpływ śmierci i umierania niesie ze sobą poczucie przygnębienia, smutku, nadmierną nerwowość, co źle oddziaływuje na relacje z otoczeniem [21].

Badania własne potwierdziły, że problemy w pracy wpływają na funkcjonowanie pozazawodowe w opinii 87% ankietowanych. W tej części badań 55% respondentów stwierdziło, że wpływ ten jest duży, a 32% osób uznało, że ich praca zawodowa częściowo wpływa na życie prywatne. Ponadto u 13% badanych praca spowodowała zakłócenia w życiu towarzyskim, a 10% pracowników dostrzegło zakłócenia w życiu rodzinnym. Mężczyźni skarżyli się na to ponad dwukrotnie częściej niż kobiety.

Uczestnicy badań własnych sugerowali zmiany, które mogą wpłynąć na rozwój oddziałów, w których pracują. Wskazówki najczęściej dotyczyły różnych zadań, składających się na zmiany organizacyjne (74%), czasu poświęconego chorym (21%), zwiększenia obsady (19%) oraz poprawy komunikowania się z rodzina pacjenta (2%). Górecki w swoich badaniach również pytał o zmiany i czynniki polepszające pracę. Uzyskał odpowiedzi respondentów, które wskazywały na chęć powiększenia bazy i kadry (54,9%), usprawnienie organizacji (13,7%), propagowanie idei hospicyjnej (13,2%) i podnoszenie kwalifikacji (10,8%) [4].

Wnioski

1. Pracownicy onkologii oceniają pracę z pacjentami umierającymi, jako bardzo ciężką/trudną lub średnio-ciężką. Praca z pacjentami terminalnymi jest trudniejsza/cięższa dla lekarzy niż dla pielęgniarek oraz jest trudniejsza/cięższa dla kobiet niż dla mężczyzn.
2. Opieka nad pacjentami u kresu życia należy do znacznie obciążających psychicznie. Do stresujących sytuacji należy odpowiedzialność za życie chorych oraz roszczeniowe postawy podopiecznych i/lub ich rodzin.
3. Kontakt z chorymi umierającymi niekorzystnie wpływa na życie zawodowe, zdrowie

   i sferę prywatną personelu pielęgniarskiego i lekarzy. Ponadto, charakter pracy w onkologii powoduje zakłócenia w życiu towarzyskim i rodzinnym.
4. Występowanie poczucia wypalenia zawodowego w grupie pracowników medycznych jest na poziomie średnim i częściej odczuwane jest przez lekarzy niż przez pielęgniarki. Wzrasta wraz ze stażem pracy.
5. Większość pracowników onkologii uważa, że jest wystarczająco przygotowana do pracy z pacjentami terminalnymi. Pielęgniarki czują się lepiej przygotowane do swojej pracy niż lekarze.

Piśmiennictwo

1. Maltoni M., Tassinari D.: Jak połączyć onkologię i medycynę paliatywną? [w:] Podręcznik postępowania w zaawansowanej chorobie nowotworowej, Catane R., ICherny N., Kloke M., Tanneberger S., Schrijvers D. (red.). MediPage, Warszawa, 2007, 17-20.
2. de Walden-Gałuszko K.: Opieka paliatywna nad pacjentami w starszym wieku [w:] Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunku pielęgniarstwo, Kędziora-Kornatowska K., Muszalik M. (red.). Wyd. Czelej, Lublin 2007, 300-317.
3. Kaptacz A.: Organizacja i zarządzanie w opiece paliatywnej [w:] Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej, de Walden-Gałuszko K., Kaptacz A. (red.). Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2005, 21-35.
4. Górecki M.: Hospicjum w służbie umierających. Wyd. Akademickie Żak, Warszawa 2000.
5. Leszkiewicz M: Refleksja o cierpieniu a etos zawodu pielęgniarskiego w ocenie studentów Wydziału Pielęgniarstwa Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy

[w:] Wielowymiarowość roli i zadań pielęgniarki w różnych dziedzinach życia społecznego, Pękała A. Bielawska J., Modl M., Wałęga Szych D. (red.). Wyższa Szkoła Medyczna LZDZ w Legnicy, Legnica, 2008, 53-58.

6. Dębska G., Merklinger-Soma M., Cepuch G.: Emocje jako element postawy towarzyszący pielęgniarce w kontakcie z pacjentem umierającym. Pielęg. XXI w., 2010, 1-2, 65-70.
7. Gregorasz E.: Towarzyszenie śmierci. Umieranie pacjenta w przeżyciu pracowników hospicjum [w:] Żyć godnie do końca, tom II, Krzyżanowski D., Steciwko A. M., Sochacka L. (red.). Wydawnictwo WCM, Opole 2010, 51-58.
8. Lewandowska A., Mess E., Śmiglewska W.: Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem cierpiącym. Onkol. Pol., 2011, 3, 135-138.
9. Dobrowolska B., Wrońska I., Klukow J., Girzelska J., Kręcisz k., Traczyk H., Sawka J.: Kształcenie przeddyplomowe pielęgniarek i lekarzy a ich przygotowanie do pracy z pacjentem umierającym. Psychoonkol., 2008, 2, 37-44.
10. Wszędyrówny M.: Nauczanie socjologii zdrowia, choroby i medycyny w lubelskiej Akademii Medycznej [w:] Zdrowie, choroba, społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny, Piątkowski W. (red.). Wyd. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin, 2004, 164-168.
11. Gaworska-Krzemińska A., Kujawska L., Żuralska R., Książek J., Grabowska H.: Postawy i emocje towarzyszące pielęgniarkom w opiece nad pacjentem umierającym [w:] Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne: od poczęcia do starości, tom II, Krajewska-Kułak E., Szczepański M., Łukaszuk C., Lewko J. (red.). Akademia Medyczna w Białymstoku, Białystok, 2007, 173-178.
12. Dobrowolska B.: Świadomość śmierci i jej znaczenie w pracy pielęgniarek z człowiekiem umierającym [w:] Problemy pielęgnacyjne pacjentów z choroba nowotworową, Koper A., Wrońska I. (red.). Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2003, 119-124.
13. Dobrowolska B., Putowski M., Wrońska I., Kozak B., Cuber M.: Zapotrzebowanie pielęgniarek i lekarzy na kształcenie podyplomowe z zakresu opieki nad pacjentem umierającym. Probl. Pielęg., 2008, 16, 48-53.
14. Jakubowska-Winecka A.: Zespół wypalenia zawodowego [w:] Psychologia w praktyce medycznej, Jakubowska-Winecka A., Włodarczyk D. (red.). Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2007, 167-178.

15. Kowalczyk M.: Wypalenie zawodowe w pracy z terminalnie chorym pacjentem. Medycyna Paliatywna w Praktyce, 2010, 4, 154-158.
16. Dębska G., Zięba M., Łyżnicka M., Ławska W., Półtorak M.: Zespół wypalenia zawodowego u pielęgniarek [w:] Pielęgnowanie i leczenie chorych w różnych specjalnościach medycyny, Steciwko A., Wojtal M., Suchocka L. (red.). Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu, Opole, 2007, 77-83.
17. Dobrowolska B.: Współczucie jako podstawa buddyjskiej etyki troski o umierającego pacjenta [w:] W drodze do brzegu życia, tom III, Krajewska-Kułak E., Nyklewicz W., Łukaszuk C. (red.). Akademia Medyczna w Białymstoku, Wydział Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia, Białystok 2007, 135-143.
18. de Walden-Gałuszko K.: Psychospołeczne aspekty opieki paliatywnej [w:] Podstawy opieki paliatywnej, de Walden-Gałuszko K. (red.). Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2006, 164-194.
19. Kowalczyk M.: Poczucie straty i uczucia utajone w pracy z pacjentem terminalnie chorym. Medycyna Paliatywna w Praktyce, 2010, 4, 1-4.
20. de Walden-Gałuszko K.: U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi. Wyd. Medyczne MAKmed, Gdańsk 2000, 128-134.
21. Sleziona M., Krzyżanowski D.: Postawy pielęgniarek wobec umierania i śmierci pacjenta. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, 2011, 3, 217-223.

Jankowiak Barbara[1,2], Sobotko Małgorzata[3,4], Kowalewska Beata[1,2], Rolka Hanna[1,2], Kondzior Dorota[1], Krajewska–Kułak Elżbieta[1]

Postawy pracowników medycznych wobec osób terminalnie chorych

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Instytut Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży
3. studentka, Pielęgniarstwo, Instytut Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży
4. SPZOZ MSW z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie

Wstęp

Opieka u schyłku życia jest wyzwaniem etycznym, wymaga od pracowników podejmujących ją odpowiedzialności moralnej i zawodowej, a także zasobów osobowościowych, obejmujących odwagę, empatię i zdolności komunikowania się. Kontakt pracowników z pacjentami umierającymi wiąże się z przeżywaniem i ujawnianiem różnych emocji, co przyczynia się do zaszeregowania oddziałów onkologicznych do znacznie obciążających psychicznie. Towarzyszący pracy stres i uczucie przygnębienia mogą działać destrukcyjnie na personel zajmujący się osobami, które wkrótce zakończą życie.

Każdy człowiek zanim sam rozstanie się z życiem, doświadcza śmierci innych osób. Może jednak sam decydować, jaką przyjmie postawę w kontakcie z umierającym. Natomiast od personelu medycznego oczekuje się specjalnego reagowania na śmierć, specjalnego obchodzenia się ze zwłokami, profesjonalnego wspierania osób bliskich zmarłemu, radzenia sobie z własnymi emocjami, szybkiego dystansowania się oraz umiejętnego połączenia zdarzenia śmierci z pozostałymi zadaniami na powierzonym odcinku pracy.

Członkowie zespołu powinni okazywać szacunek do autonomii chorego przez wspólne ustalenie priorytetów, celów i planów opieki oraz informowanie odnośnie opcji terapeutycznych, a także respektowanie jego woli dotyczącej odmowy leczenia. Należy rozważyć korzyści i obciążenia wynikające z leczenia, ocenić ryzyko każdej decyzji, uznając prawa chorych do otrzymania najwyższej jakości opieki uwzględniając dostępność środków.

Obowiązkiem pracowników opieki paliatywnej jest poszanowanie praw pacjenta. Do podstawowych praw umierającego należą: prawo do uzyskania opieki medycznej, do zachowania godności ludzkiej, do osobowego wsparcia, do zniesienia bólu i ulgi w cierpieniu, do bieżącego informowania o stanie zdrowia i terapii, do odmowy leczenia, do samookreślenia się i samodzielnego podejmowania decyzji o sposobach postępowania w opiece [1].

Praca z pacjentem umierającym obfituje również w dylematy etyczne. Podstawą tej pracy jest przestrzeganie podstawowych zasad etycznych, takich jak: poszanowanie autonomii pacjenta, czynienie dobra, nie czynienie zła („po pierwsze nie szkodzić") i sprawiedliwość [1, 2, 3].

Rozmowy o śmierci i umieraniu to trudny i przygnębiający temat. W relacji z pacjentami umierającymi stosuje się mechanizm unikania nieprzyjemnych uczuć, który może przerodzić się w brak zaangażowania. Pacjenci postrzegają niedobór opieki, są opuszczeni, pozostawieni sobie, odczuwają instrumentalny sposób traktowania. Takie nieprofesjonalne zachowania utrudniają wykonywanie zadań zawodowych, a biorą się one z destrukcyjnych przekonań o śmierci i umieraniu. Konstruktywne przekonania pozwalają przyjmować śmierć ze spokojem, jako naturalne zdarzenie, które może wywołać wzruszenie. Gdy myśli się o śmierci pozytywnie, nie przeżywa się negatywnych uczuć, oszczędza życiową energię, która przyda się w kontakcie z umierającym, a gdy odejdzie można ponownie przyjąć postawę otwartą na następne spotkanie międzyludzkie [4].

Celem pracy było zbadanie postaw lekarzy i pielęgniarek wobec osób terminalnie chorych oraz poznanie pozytywnych aspektów związanych z pracą.

Materiał i metodyka badań

Badania zostały przeprowadzone w oddziałach onkologicznych Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie. Badaniem objęto 100 osób, 82 kobiety i 18 mężczyzn, w różnych przedziałach wiekowych, od 27 do 58 lat. Próba składała się z 62 pielęgniarek i 38 lekarzy zatrudnionych w wymienionym szpitalu. Do badań zakwalifikowano tylko te osoby, które w swojej pracy mają kontakt z pacjentami umierającymi. Stażyści i osoby nowo zatrudnione (do roku) nie otrzymywały kwestionariusza ankiety z powodu braku doświadczenia w odniesieniu do badanego zjawiska.

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego. W celu zebrania danych zastosowano kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji. Zawarte w metryczce zmienne niezależne scharakteryzowały badane osoby. Były to wiek, płeć, stan rodziny, wykształcenie, staż pracy ogółem, staż pracy w onkologii, wykonywany zawód i samoocena wiary. Pytania zasadnicze dotyczyły charakterystyki własnej osoby w połączeniu z wyborem cech, jakimi powinien wykazywać się opiekun pacjentów u kresu życia. Pytano również o postawy wobec pacjentów umierających, o stanowisko wobec aktu eutanazji i zachowania w chwili śmierci pacjenta. Kolejną częścią kwestionariusza było pytanie związane z określeniem przez

respondentów korzyści związanych z wykonywaną pracą oraz wskazanie rekomendacji dla przyszłych pracowników oddziałów świadczących opiekę paliatywną.

Wyniki

W badaniu wzięło udział 100 osób, zatem przygotowano zestawienia dla N=100=100%. W przypadku odpowiedzi ankietowanych na pytania wielokrotnego wyboru, opracowane wyniki nie sumowały się do 100%.

W badanej grupie 82% badanych było kobietami, a 18% mężczyznami. Ankietowanymi było 62% pielęgniarek (N=62) oraz 38% lekarzy (N=38). Osoby ankietowane miały od 27 do 58 lat, a średnia wieku respondentów to 41 lat. Najwięcej osób mieściło się między 31 a 40 rokiem życia (42%), 41-50 rokiem życia – 32% oraz powyżej 50 lat było 15% ankietowanych. Najmniejszą grupę stanowiły osoby w wieku do 30 lat (11%).

Spośród badanych pracowników największą grupę stanowiły osoby ze stażem pracy w onkologii do 10 lat (67%) oraz 11-20 lat (20%). Dłużej niż 20 lat pracy w onkologii miało 13% respondentów.

Najwięcej ankietowanych (40%) posiadała wykształcenie wyższe medyczne, jednak znaczną część w tej grupie, aż 95% stanowili wszyscy badani lekarze. Badane pielęgniarki najczęściej miały wykształcenie średnie medyczne.

Znaczna grupa badanych osób (81%) posiada rodzinę, natomiast 19% ankietowanych było samotnych.

Wszyscy respondenci ocenili swoją wiarę. Nie pytano jednak o wyznanie, gdyż nie była to istotna informacja do realizacji celów pracy. Najwięcej, bo 71% ankietowanych określiło się, jako wierzący, 17% badanych to wierzący w małym zakresie, a 7% stwierdziło, że wierzy głęboko. Najmniejszy odsetek respondentów (5%) był niewierzących.

Szczegółowa analiza uzyskanych wyników

Spośród cech, którymi ankietowani określili swoją osobę, 59% badanych charakteryzuje odpowiedzialność, a 44% wymieniło komunikatywność i profesjonalizm, 36% - cierpliwość i opiekuńczość, 24% uprzejmość.

Uwzględniając preferowane przez ankietowanych cechy osób opiekujących się pacjentami terminalnymi, aż 71% badanych wyróżniło troskliwość, 61% wymieniło spokój, a 39% ankietowanych wskazało fachowość.

W Tabeli 1 zestawiono preferowane cechy osób opiekujących się pacjentami u kresu życia, które również zgadzają się z cechami badanych pracowników oddziałów onkologicznych. Ujęto to za pomocą określeń bliskoznacznych. I tak, 27% badanych osób jest cierpliwych i również uważa, że personel powinien cechować się spokojem, 26% jest

opiekuńczych i troskliwość uważa za cechę pożądaną, a 23% wykazuje się profesjonalizmem i oczekuje od pracowników onkologii fachowości.

Tabela 1. Zestawienie preferowanych cech opiekuna, którymi również określili się ankietowani

Cechy opiekuna	N	%	Cechy własne	N	%
spokój	27	27,0	cierpliwość	27	27,0
troskliwość	26	26,0	opiekuńczość	26	26,0
fachowość	23	23,0	profesjonalizm	23	23,0
życzliwość	12	12,0	uprzejmość	12	12,0
obowiązkowość	8	8,0	odpowiedzialność	8	8,0
odporność	6	6,0	wytrwałość	6	6,0
dokładność	1	1,0	precyzyjność	1	1,0
subtelność	1	1,0	delikatność	1	1,0
odwaga	1	1,0	męstwo	1	1,0
otwartość	0	0,0	komunikatywność	0	0,0
prawdomówność	0	0,0	wiarygodność	0	0,0
pokora	0	0,0	uległość	0	0,0

*Odpowiedzi nie sumują się do 100%, ponieważ ankietowani mieli możliwość wielokrotnego wyboru.

Opiekując się pacjentami w ostatnim okresie życia, 46% badanego personelu udzieliło odpowiedzi, że „*współczuje cierpiącym, robi wszystko, co w jego mocy, aby im ulżyć oraz odczuwa niedosyt spełnienia*". Duży odsetek badanych, bo 37% stwierdziło, że „*współczuje cierpiącym, ale obowiązki w pracy nie pozwalają na pełną opiekę*". Tylko 13% ankietowanych „*unikało współczucia, profesjonalnie wykonywało zadania i potrafiło zdystansować się w relacjach z chorymi umierającymi"*.

W Tabeli 2 przedstawiono stosunek personelu do pacjentów u kresu życia. Odnośnie zgody na kontynuowanie leczenia osób terminalnych, 16,1% pielęgniarek opowiedziało się za leczeniem do końca, nawet w przypadku braku poprawy stanu zdrowia i tylko 5,3% ogółu badanych lekarzy. Pośród opinii odnośnie postępowania z chorymi umierającymi najwięcej, bo 60% ankietowanych uznało, że pacjenci ci powinni być umieszczani w hospicjach stacjonarnych, gdzie otrzymają gruntowną opiekę i wsparcie. Odpowiedziało tak 85% osób głęboko wierzących. Prawie połowa badanych osób (48%) stwierdziła, że nieuleczalnie chorzy u kresu życia powinni mieć zakończone leczenie, aby pozwolić im godnie umrzeć. Odpowiedzi tej udzieliło 80% osób, które określiły się, jako niewierzące.

Połowa badanych osób nie zna takiej sytuacji, w której zgodziłaby się na akt eutanazji swoich podopiecznych. Odpowiedzi tej udzieliło 65,8% lekarzy i 40,3% pielęgniarek.

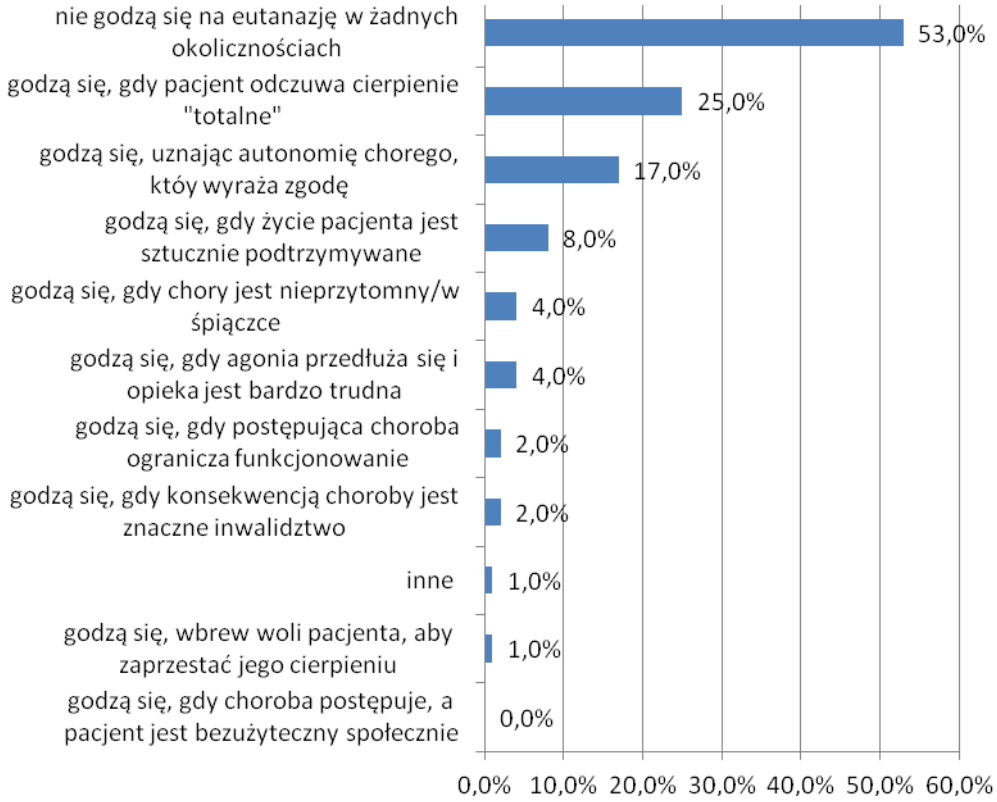
Tabela 2. Opinie odnośnie postępowania z chorymi u kresu życia w podziale na zawody

Osoby nieuleczalnie chore u kresu życia powinny:	Zawód				Ogółem	
	lekarze		pielęgniarki			
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
być umieszczane w hospicjach stacjonarnych, gdzie otrzymają gruntowną opiekę i wsparcie	21	55,3	39	62,9	60	60,0
pozostać w szpitalu i być obiektem większego zainteresowania i wnikliwszej opieki	1	2,6	1	1,6	2	2,0
być leczone do końca, nawet w przypadku braku poprawy stanu zdrowia	2	5,3	10	16,1	12	12,0
mieć zakończone leczenie w onkologii, jeśli wyrażą zgodę, aby pozwolić im godnie umrzeć	17	44,7	31	50,0	48	48,0
przebywać wspólnie i być traktowane w sposób równy z innymi pacjentami	6	15,8	8	12,9	14	14,0
być odizolowane od pozostałych pacjentów o lepszym rokowaniu	4	10,5	3	4,8	7	7,0
inne	4	10,5	3	4,8	7	7,0

*Odpowiedzi nie sumują się do 100%, ponieważ ankietowani mieli możliwość wielokrotnego wyboru.

W 40% przypadków ankietowanych było trudno odpowiedzieć na pytanie o okoliczności dopuszczające eutanazję. Stwierdziła tak połowa badanych pielęgniarek i 23,3% badanych lekarzy. Jedynie 10,4% lekarzy i 9,7% pielęgniarek w przypadku wystąpienia okoliczności, zdecydowaliby się na kat eutanazji. W dalszej części badań kwestię dokonania ewentualnego aktu eutanacji dokonano w zależności od wiary. Ponad połowa osób wierzących i 40% niewierzących uznało, że nie ma takich okoliczności, w których zdecydowałyby o wzięciu udziału w eutanazji. Odpowiedzi wskazujących na istnienie sytuacji dopuszczających aktu eutanazji udzieliło 23,5% osób, które są wierzące w bardzo małym zakresie. Żadna osoba niewierząca, ani głęboko wierząca nie wskazała na występowanie takich okoliczności.

Na Rycinie 1 wymieniono okoliczności, w których ankietowani zdecydowaliby się na akt eutanazji. W grupie badanych 25% zgodziłoby się na eutanazję w przypadku, gdy pacjent odczuwa cierpienie „totalne", a 17%, gdy chory wyrazi taką wolę, uznając jego autonomię. Na podstawie Ryciny podobnie, jak z analizy danych Tabeli XX wynika, że około połowa badanych osób nie zgodziłaby się na akt eutanazji w żadnych okolicznościach.



Ryc. 1. Okoliczności dopuszczające akt eutanazji w opinii badanych osób

*odpowiedzi nie sumują się do 100%, ponieważ ankietowani mieli możliwość wielokrotnego wyboru

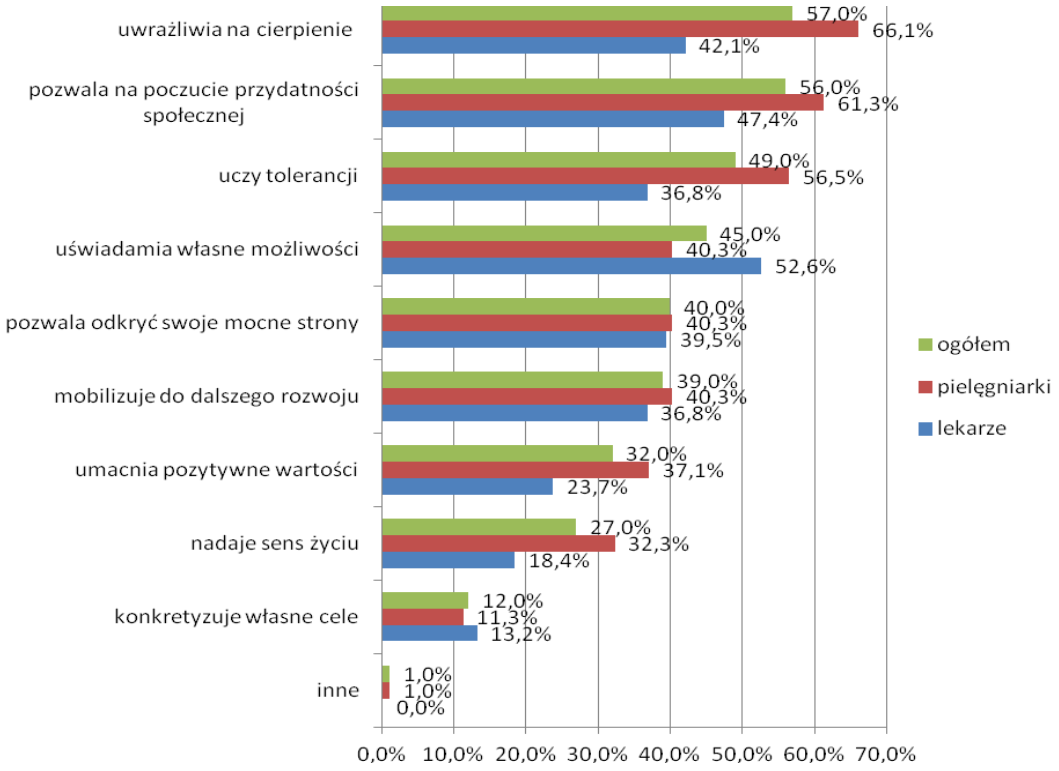
Aż 70,4% osób ze stażem pracy do 10 lat akceptowało śmierć pacjentów, uważając ją za zjawisko naturalne, bez odczuwania lęku w chwili zgonu i potrafiło przejść do kolejnych zadań (Tabela III).

„*Akceptuję śmierć, to zjawisko naturalne, nie odczuwam lęku w chwili zgonu, po czym potrafię przejść do kolejnych zadań*" – tak określiło 65,8% lekarzy i 56,5% badanych pielęgniarek. „*Akceptuję śmierć, nie potrafię uchronić się od żalu w chwili śmierci pacjenta, trudno jest mi „pozbierać się*" – taką opinię wyraziło 26,3% lekarzy i 37% pielęgniarek. „*Nie godzę się ze śmiercią, zgony wzbudzają negatywne emocje, potrzebuję dużo czasu, aby kontynuować pracę*" – to odpowiedzi 7,9% lekarzy i 6,5% pielęgniarek.

Rozważając ***pozytywne*** zmiany w osobowości pracowników, związane z pracą w oddziałach onkologicznych, 66,1% pielęgniarek uznało, że ich praca uwrażliwia na cierpienie, 61,3% pozyskało poczucie przydatności społecznej, a 56,5% pielęgniarek uważało, że praca uczy tolerancji. Natomiast wśród lekarzy 52,6% stwierdzilo, że ich praca uświadamia własne możliwości, 47,4% dostrzegło, że pozwala na poczucie przydatności społecznej, a 42,1% praca z pacjentami terminalnymi uwrażliwia na cierpienie (Rycina 2).

Tabela 3. Zdania odzwierciedlające postawy respondentów w chwili śmierci pacjenta z uwzględnieniem stażu pracy

Które zdanie przybliża Pana/i postawę w chwili śmierci pacjenta?	Staż pracy								Ogółem	
	do 10 lat		11-20 lat		21-30 lat		powyżej 30lat			
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
akceptuję śmierć, to zjawisko naturalne, nie odczuwam lęku w chwili zgonu, po czym potrafię przejść do kolejnych zadań	19	70,4	17	51,5	18	60,0	6	60,0	60	60,0
akceptuję śmierć, nie potrafię uchronić się od żalu w chwili śmierci pacjenta, trudno jest mi „pozbierać się”	4	14,8	14	42,4	12	40,0	3	30,0	33	33,0
nie godzę się ze śmiercią, zgony wzbudzają negatywne emocje, potrzebuję dużo czasu, aby kontynuować pracę	4	14,8	2	6,1	0	0,0	1	10,0	7	7,0
ogółem	27	100,0	33	100,0	30	100,0	10	100,0	100	100,0



Rycina 2. Pozytywne zmiany w osobowości badanych osób w związku z wykonywaną pracą w podziale na zawody

*odpowiedzi nie sumują się do 100%, ponieważ ankietowani mieli możliwość wielokrotnego wyboru

W ostatnim pytaniu kwestionariusza ankiety udzielano rad przyszłym pracownikom oddziałów opieki paliatywnej, opierając się na własnych doświadczeniach w pracy zawodowej. Na to otwarte pytanie odpowiedziało 82% respondentów. Odpowiedzi 49% głównie zawierały wskazówki dotyczące kształtowania pożądanych cech pracowników onkologii, czyli empatii, cierpliwości, opiekuńczości, szacunku dla każdego człowieka, umacniania odwagi, rozwijania profesjonalizmu i umiejętności komunikowania się z chorymi terminalnymi. Znalazły się też odpowiedzi 16% ankietowanych zachęcające do udziału w szkoleniach psychologicznych, 9% poradziło zwiększanie wiedzy, aby nie unikać pacjenta w agonii, a 7% sugerowało nie przenoszenie pracy do domu – uczenie się dystansu. Kolejne 9% poleciło rozwijanie zainteresowań, aby móc odreagować pracę, 6% – dbanie o własne zdrowie, 4% – „nie brać wszystkiego do siebie" i unikać rutyny, następne 4% badanych doradziło rozważenie swojej decyzji, „bo to trudna praca". Poza tym, zdaniem 2% ankietowanych należy zwiększyć wgląd w człowieka, a nie w procedury. Ponadto uczestnicy badań życzą przyszłym pracownikom onkologii satysfakcji z wykonywanej pracy (2%) oraz miłości do drugiego człowieka i wytrwałości (1%).

Omówienie wyników i dyskusja

Personel oddziałów onkologicznych zmaga się z wieloma problemami pracy związanej z opieką nad chorymi terminalnymi. Według Sleziony i Krzyżanowskiego, najwięcej trudności sprawiają rozmowy z pacjentami umierającymi oraz z rodziną tych pacjentów. Kolejnym problemem, wyłonionym na podstawie badań tych autorów, jest brak umiejętności w postępowaniu z pacjentem u osób bliskich choremu, ale także brak wiedzy, zwłaszcza psychologicznej u pracowników medycznych podejmujących opiekę nad umierającymi. Autorzy wskazują także na zbyt duże angażowanie emocjonalne personelu. W badaniach zwrócono również uwagę na zaburzone relacje między członkami zespołu opiekuńczego, głównie brak współpracy oraz na trudności związane z brakiem czasu dla pacjenta i bezradność młodych ludzi w obliczu śmierci [5].

W opiekę terminalną wpisana jest bezradność oraz współtowarzyszenie w cierpieniu. Sytuacja ta sprzyja występowaniu różnych emocji, nie zawsze akceptowanych. Są to emocje, które przeszkadzają w wykonywaniu pracy. Bliskie przebywanie z pacjentami i wychodzenie w ich intymny świat wyzwala szereg uczuć. Kowalczyk nazywa je utajonymi, ponieważ personel jest świadomy ich występowania, ale ukrywa je. Trudno się o nich rozmawia, a nawet wstydzi się ich, kierując się poczuciem winy lub wyrzutami sumienia. Zdaniem autorki są one naturalną reakcją w wyniku wrażliwości na inną osobę, odpowiedzialność za nią i za swoją pracę. Dane z badań wskazały, że do takich trudnych uczuć, spowodowanych

zaistniałą relacją z pacjentem i jego rodziną należą głównie złość, gniew, smutek, żal i bezradność [6]. Grzywacz o tych uczuciach, które trudno się przeżywa i przyjmuje, pisze „uczucia niekochane". Powodem ich występowania jest niemożność udzielania dalszej pomocy w sensie uratowania życia oraz nadmierna identyfikacja z pacjentem, sytuacją życiową jego lub rodziny. Sprzyjają temu okoliczności nieadekwatnej empatii, która prowadzi do chęci podejmowania pomocy choremu na wszystkich płaszczyznach, kosztem samego siebie [7].

Na podstawie wyników badań własnych udało się wyłonić emocje najczęściej towarzyszące pracownikom w relacjach z chorymi w ostatnim okresie życia. Są to: współczucie, żal, przygnębienie i bezradność. Współczuje cierpiącym, robi wszystko, co jest możliwe 46% ankietowanych. Współczuje chorym, ale inne obowiązki ograniczają kontakty i opiekę 37% respondentów. A 13% badanych unika współczucia, profesjonalnie wykonuje zadania, potrafi się zdystansować.

W badaniach Sleziony i Krzyżanowskiego większość respondentów (58%) stwierdziło, że śmierć pacjenta jest dla nich niezapomnianym i ważnym przeżyciem. Autorzy spośród przyczyn, nadających szczególności i powagi sytuacji śmierci wyodrębnili: młody wiek pacjenta, śmierć członka rodziny własnej lub znajomych, współczucie dla osób bliskich zmarłemu, przywiązanie emocjonalne do umierającego i odnoszenie pacjentów do swoich bliskich. W badaniach pytano o sposoby przeżywania śmierci pacjenta. Ponad połowa, 50,8% badanych stwierdziła, że często podchodzi do śmierci emocjonalnie, jednak potrafi kontrolować swoje emocje, 22,5% osób zawsze traktuje to zjawisko emocjonalnie, a to, czy emocje są trudne do opanowania, zależy od ich siły oraz od pacjenta i jego sytuacji. Znaczna cześć badanych (22,5%) podchodzi do tego zdarzenia z dystansem, rzadko okazując emocje, a tylko 1,7% ankietowanych przyznało, że śmierć nie wywołuje w nich żadnych emocji [5].

Natomiast z badań własnych wynika, iż 70,4% osób ze stażem pracy do 10 lat, akceptuje śmierć swoich pacjentów, uważając ją za naturalne zjawisko i potrafi przejść do kolejnych zadań. Postawę taką reprezentuje 65,8% lekarzy i 56,5% ogółu badanych pielęgniarek. Tylko 7% respondentów nie godzi się ze śmiercią, zgony wzbudzają u nich negatywne emocje i potrzebują dużo czasu, aby kontynuować pracę. Osoby te pracowały poniżej 20 lat.

Na podstawie swoich badań de Walden-Gałuszko podzieliła postawy, towarzyszące osobom wchodzącym w relacje z umierającymi, na negatywne i pozytywne. Do negatywnych zaliczyła postawę niechętną, obojętną, protekcjonalną i świętoszka, które charakteryzują się instrumentalnym traktowaniem pacjenta, negatywnymi zachowaniami i ignorowaniem jego

opinii i potrzeb. Spośród postaw pozytywnych wymieniła postawę partnerską, filozoficzno-heterocentryczną i religijną, które odzwierciedlają właściwe zachowania i emocje w holistycznym ujęciu opieki nad umierającym, przejawiane w poszanowaniu jego praw, opinii i decyzji [8].

Uczestnicy badań własnych reprezentowali głównie pozytywne postawy wobec swoich podopiecznych. Znaczna część badanych ujawniła postawę filozoficzno-heterocentryczną, w której poczucie bycia potrzebnym jest celem nadrzędnym. Aż 56% badanych osób wskazało poczucie przydatności społecznej, jako korzyść czerpaną ze swojej pracy. Dane z badań wskazały, że ankietowani przyjmowali również postawę religijną. Określiły to wyniki odnośnie okoliczności dopuszczających akt eutanazji, w których 53% badanych osób nie zgodziłaby się na takie działanie wobec swoich pacjentów w żadnych okolicznościach. Poza tym, tylko 1% respondentów ujawniło postawę niechętną, unikanie kontaktów z umierającymi. Natomiast w badaniach Kawczyńskiej-Butrym 7,5% pielęgniarek przyjmowało wobec swoich pacjentów postawę przedmiotową, obojętną i niechętną [9].

Postawa personelu wobec pacjentów umierających jest wyrażona również w jakości opieki świadczonej na ich rzecz. Dobra opieka, będąca celem podstawowej działalności pracowników onkologii, wpływa na jakość życia chorych terminalnych. Istotnym miernikiem tej jakości jest stworzenie w oddziałach onkologicznych warunków godnego umierania [5].

Na podstawie badań własnych wyłoniono opinie odnośnie postępowania z chorymi u kresu życia. Najwięcej ankietowanych, bo aż 60% stwierdziło, że pacjenci ci powinni przebywać w hospicjach stacjonarnych, gdzie otrzymają gruntowną opiekę i wsparcie. Pogląd ten dotyczył 85% osób głęboko wierzących. Prawie połowa badanych osób uznała, że nieuleczalnie chorzy u kresu życia powinni mieć zakończone leczenie, aby pozwolić im godnie umrzeć. Wśród tak odpowiadających, 80% to osoby niewierzące. U 7% respondentów pojawiły się opinie wskazujące na dom chorego, jako miejsce godnego umierania.

W badaniach Janiszewskiej i wsp. respondentami byli studenci medycyny, którzy również byli zdania (91%), że objęcie chorych umierających opieką domowego hospicjum pozwala najlepiej realizować potrzeby biopsychospołeczne pacjentów u kresu życia. Opinia ta jest zbieżna z oczekiwaniami chorych w stanie terminalnym, gdyż 81% tych osób chce umierać w swoim domu, w gronie najbliższych [10]. W badaniach Tannebergera, nieco mniej, bo 70% pacjentów w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej, przyznało, że pod koniec życia chce być w swoim domu [11].

Analizując osobowość pracowników medycznych, Leszkiewicz wskazała na pozytywne cechy pielęgniarek określając je jako cnoty etyczne. Uczestnicy jej badań

najczęściej wskazywali: odpowiedzialność (57%), obowiązkowość (50%), sumienność (47%), dobroć (45%) i wytrwałość (45%) [12].

Kawczyńska-Butrym stwierdziła, że niemal 100% pacjentów oczekuje od pielęgniarek, że będą miłe, troskliwe, życzliwe, serdeczne i opiekuńcze, a 70% wymaga profesjonalnej pomocy [9]. Podobne wyniki uzyskali Taglicozzo i Mauksch. W ich badaniach pielęgniarka ma być przyjazna, pocieszająca, cierpliwa, wyrozumiała i życzliwa [cyt. za 9].

W badaniach własnych pytano respondentów o preferowane cechy, którymi powinni wykazywać się pielęgniarki i lekarze opiekujący się pacjentami u kresu życia. Wymieniono głównie: troskliwość (71%), spokój (61%), fachowość (39%) i życzliwość (30%). Natomiast spośród cech, którymi respondenci określili swoje osoby, uzyskano następujące dane: odpowiedzialność (59%), komunikatywność (44%), profesjonalizm (44%), cierpliwość (36%) i opiekuńczość (36%). Cechy preferowane i rzeczywiste były określeniami bliskoznacznymi. Jednak pokryło się niewiele wskazań, zatem można przypuszczać, że cechy osobowe odbiegają od pożądanych. Różnią się od wymaganej sylwetki pracownika.

Uczestnictwo w umieraniu wymaga determinacji, silnej osobowości i cech takich, jak: bezinteresowność, wrażliwość, troskliwość, wytrzymałość, cierpliwość, wyrozumiałość oraz umiejętnego łączenia współczucia ze sprawnym działaniem [13]. Przymioty te są kształtowane i doskonalone w pracy powiązanej z cierpieniem i śmiercią.

Kontakt z człowiekiem śmiertelnie chorym jest trudny. Umierający ma nam wiele do przekazania, trzeba mu dać możliwość wypowiedzi, przełamać izolację. Umiejętność bycia przy nim jest wskaźnikiem dojrzałości ludzkiej. Takie kontakty mogą być ogromnie wzbogacające, gdyż jednostki w obliczu śmierci mobilizują pokłady mądrości, z których mogą czerpać inni [14].

Doświadczenia zdobyte w pracy z chorymi terminalnie pozwalają na odnalezienie sensu życia, na refleksję. Przyczyniają się również do przewartościowania wielu spraw, do rozważań nad własnym działaniem. Pomniejszają nasze osobiste problemy, uczą cieszyć się każdą chwilą w życiu. Wykonując pracę opiekuńczą hartujemy własne wnętrze, a zarazem uwrażliwiamy się i staramy zrozumieć drugiego człowieka. Poprzez kontakty z umierającymi następuje wymiana doświadczeń i wartości. Zyskujemy poczucie przydatności społecznej, samorealizacji.

Badania własne ujawniły również pozytywne strony pracy z pacjentami, dla których nie ma już nadziei wyzdrowienia. Ich uczestnicy uznali, że ta praca: uwrażliwia na cierpienie (57%), pozwala na poczucie przydatności społecznej (56%), uczy tolerancji (49%), uświadamia własne możliwości (45%), pozwala określić swoje mocne strony (40%),

mobilizuje do dalszego rozwoju (32%), umacnia pozytywne wartości (32%) i nadaje sens życiu (27%). Uzyskano częściowo podobne wyniki do tych z badań Góreckiego. Spośród korzyści czerpanych ze swojej pracy przez uczestników swoich badań autor wymienił: poczucie bycia potrzebnym (27,7%), satysfakcję z odszukania powołania (21,7%), pogłębienie refleksji nad sensem życia (19,3%), zahartowanie charakteru i zdobycie nowych umiejętności (17,5%) oraz zbliżenie się do Boga (13,3%) [15].

Ponadto w badaniach Góreckiego, 74,6% respondentów uznało, że doświadczenie wyniesione z pracy z umierającymi, zmieniło ich podejście do własnej śmierci, ale także wpłynęło na ich stosunek do życia w ogóle. Ankietowani dostrzegali u siebie zmniejszenie lęku przed śmiercią, przesunięcie na dalszy plan wartości materialnych i zmianę stosunku do ludzi, który odzwierciedlony jest w odpowiedzialności za los innych i w tolerancji. Pojawiły się także zmiany w zakresie cech charakteru, takie jak: wyrozumiałość, miłość bliźniego, cierpliwość i pokora [15]. Podobne wyniki uzyskali Sleziona i Krzyżanowski. Według autorów, kontakt z umierającymi wpływa na perspektywę śmierci własnej i wzbudza refleksje nad własnym życiem. Doświadczenie to może być przygotowaniem na własne odejście i bliskich osób, zmniejszając poczucie lęku. Jednak u 12,5% uczestników badań wspomnianych autorów, zjawisko śmierci pacjentów wywołuje lub wzmaga lęk przed własną śmiercią. Zdaniem autorów, doświadczanie śmierci swoich pacjentów uczy pewnych postaw i wartości. Personel nabywa umiejętności innego spojrzenia na własne życie, nabiera szacunku do życia, chęci dobrego wykorzystania każdej z chwil. Praca opiekuna pacjentów umierających kształtuje osobowość i dojrzałe podejście do życia. Dzięki towarzyszeniu umierającym pogłębia się wrażliwość na potrzeby innych, wiara w Boga i życie po śmierci oraz odpowiedzialność, miłość i pokora [5].

Wnioski

1. Zjawisko śmierci pacjenta wywołuje w pracownikach onkologii szereg emocji, do których głównie należą: współczucie, żal, przygnębienie i bezradność.
2. Osoby pracujące z chorymi terminalnymi charakteryzują się prospołecznymi cechami. Jednak ich rzeczywiste przymioty odbiegają od wzorca osobowego pracownika opieki terminalnej, który powinien być: troskliwy, spokojny, fachowy, życzliwy, odporny, subtelny
   i pokorny.
3. Pracownicy oddziałów onkologicznych przyjmują różne typy postaw wobec umierania i śmierci. Wśród postaw przejawianych przez personel przeważają pozytywne, a zwłaszcza filozoficzno-centryczna i religijna.

4. Praca z pacjentami w terminalnej fazie choroby ma pozytywne oddziaływanie na personel. Kształtuje głównie osobowość, dojrzałe postawy, umacnia pozytywne wartości pracowników, a także uwrażliwia na cierpienie, uczy tolerancji.

Piśmiennictwo

1. Burchacka A.: Opieka paliatywna i terminalna [w:] Pielęgniarstwo onkologiczne. Podręcznik dla studiów medycznych, Koper A. (red.). Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2011, 397-417.
2. de Walden-Gałuszko K.: Filozofia postępowania w opiece paliatywnej [w:] Podstawy opieki paliatywnej, de Walden-Gałuszko K. (red.). Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2006, 11-19.
3. de Walden-Gałuszko K.: Problemy psychiczne, duchowe i etyczne [w:] Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej, de Walden-Gałuszko K., Kaptacz A. (red.). Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2005, 194-221.
4. Nyklewicz W.: Metody „rozstawania się" ze zmarłym pacjentem [w:] W drodze do brzegu życia, tom I, Krajewska-Kułak E., Nyklewicz W. (red.). Akademia Medyczna w Białymstoku, Wydział Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia, Białystok, 2006, 127-142.
5. Sleziona M., Krzyżanowski D.: Postawy pielęgniarek wobec umierania i śmierci pacjenta. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, 2011, 3, 217-223.
6. Kowalczyk M.: Poczucie straty i uczucia utajone w pracy z pacjentem terminalnie chorym. Medycyna Paliatywna w Praktyce, 2010, 4, 1-4.
7. Grzywacz K.: Uczucia niekochane. Zeszyty Formacji Duchowej, 2008, 41, 5-100.
8. de Walden-Gałuszko K.: Psychospołeczne aspekty opieki paliatywnej [w:] Podstawy opieki paliatywnej, de Walden-Gałuszko K. (red.). Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2006, 164-194.
9. Kawczyńska-Butrym Z. (red.): Koncepcje opieki i zawody opiekuńcze. Pracownicy socjalni i pielęgniarki. Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2001, 235-254.
10. Janiszewska J., Pawłowski L., Lichodziejewska-Niemierko M.: Obraz pacjenta w terminalnej fazie choroby w świadomości osób zdrowych. Medycyna Paliatywna w Praktyce, 2011, 1, 6-15.
11. Tanneberger S.: Opieka paliatywna w zaawansowanej chorobie nowotworowej [w:] Podręcznik postępowania w zaawansowanej chorobie nowotworowej, Catane R.,

Cherny N.I., Kloke M., Tanneberger S., Schrijvers D. (red.). MediPage, Warszawa 2007, 5-10.

12. Leszkiewicz M: Refleksja o cierpieniu a etos zawodu pielęgniarskiego w ocenie studentów Wydziału Pielęgniarstwa Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy [w:] Wielowymiarowość roli i zadań pielęgniarki w różnych dziedzinach życia społecznego, Pękała A. Bielawska J., Modl M., Wałęga Szych D. (red.). Wyższa Szkoła Medyczna LZDZ w Legnicy, Legnica, 2008, 53-58.
13. Bartoszewska E.: Formy pomocy dziecku nieuleczalnie choremu i jego rodzinie w hospicjum. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków, 2005.
14. Jedliński K.: Jak rozmawiać z tymi, co stracili nadzieję? Psychologia podręczna. Wydawnictwo Intra, Warszawa 1993, 82-83.
15. Górecki M.: Hospicjum w służbie umierających. Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa, 2000.

Jakubów Piotr[1,2], Lachowicz Dariusz[3], Agnieszka Malarewicz-Jakubów[4]

Protokoły zastosowania ultrasonografii w medycynie paliatywnej

1. Klinika Kardiochirurgii UM w Białymstoku
2. Hospicjum Domowe w Białymstoku
3. Ultrasonografy medyczne, DRAMIŃSKI S.A.
4. Katedra Prawa Cywilnego - Zakład Prawa Handlowego Wydziału Prawa Uniwersytetu w Białymstoku

Wstęp

W ostatnich latach nastąpił dynamiczny postęp w diagnostyce i technice ultrasonograficznej. Pomimo, że przez wiele lat „złoty standard" w obrazowaniu ciała stanowiła rentgenodiagnostyka, to warto przypomnieć, że pierwsze doświadczenia z pomiarem rozchodzenia się fal dźwiękowych są starsze niż historia promieni X i sięgają początków XIX wieku [1].

Fizyczne podstawy teorii dźwięku zawarł Lord Rayleigh (John William Strutt) w rozprawie z 1877 roku, a w 1880 Pierre i Jacques Curie odkryli efekt piezoelektryczny w kryształach kwarcu i tytanianu baru [cyt. za 1]. Odkrycie to jest wykorzystywane do dnia dzisiejszego przy budowie ultrasonograficznych głowic piezoelektrycznych. Historia rentgenodiagnostyki rozpoczęła się w 1895 roku odkryciem promieniowania, za które Wilhelm C. Roentgen otrzymał w 1905 roku nagrodę Nobla. Zdjęcie rentgenowskie - pomimo jego szkodliwości - dzięki łatwości wykonania od razu stało się podstawową techniką obrazowania w medycynie na wiele lat. Historia powstania dziedziny ultrasonografii oraz historia nauki o teorii dźwięków jest długa i ciekawa [cyt. za 1]:

- 1822 - Daniel Colladen określił prędkość fali dźwięku w jeziorze Genewa.
- 1877 - Lord Rayleigh opublikował obszerną monografię „Teoria dźwięku"
- 1880 - Pierre i Jacques Curie odkryli efekt piezoelektryczny w kryształach kwarcu i tytanianu o częstotliwości milionów cykli na sekundę (megahertzów).
- 1914 -1918 - początek rozwoju ultradźwiękowej nawigacji, głębokości i odległości
- 1951 - odbyło się pierwsze publiczne zastosowanie skanera B mode do badania sutków i oceny kamieni w pęcherzyku żółciowym oraz w nerkach
- 1954 -Edler i Hertz - zastosowali skaner obrazu M-mode oceniając ruch zastawek serca
- 1955 –Satomura i Nimura opublikowali analizę ruchu zastawek serca z wykorzystaniem efektu Dopplera.

- 1964 - Buschmann z Berlina Wschodniego po raz pierwszy opisał wieloelementową głowicę ultradźwiękową (*multi-element electronic array*) w zastosowaniach oftalmologicznych.
- 1965 - wyprodukowano pierwszy komercyjny ultrasonograf czasu rzeczywistego
- 1968 -Sommers opisał mechanizm pracy wieloelementowych głowic sterowanych fazowo (*phased array tranducers i annular array transducers*)
- 1974 rozwój nowoczesnych aparatów USG pierwsze ultrasonografy z głowicami liniowymi (*linear array*), conwexowymi (*convex array*) oraz rozwój obróbki sygnałów ultradźwiękowych co zaowocowało znacznym podniesienie jakości obrazowania. Podstawy matematyczne obróbki sygnałów dopplerowskich umożliwiły powstanie zaawansowanych ultrasonografów ze zobrazowaniem przepływów (FFT i Color Doppler)
- lata 80-te - rozwój technik obrazowania dopplerowskiego
- lata 90-te - rozwój echokardiografii przezklatkowej i przezprzełykowej
- 2000 rok - wprowadzenie protokołów FAST, eFAST, Blu, FATE, miniaturyzacja sprzętu, rozwój obrazowania 3D i 4D, rozwój środków kontrastujących, zastosowanie elastografii, ultrasonografia podczas badania gastroskopowego i inne [cyt. za 1 zmodyfikowany]

Zastosowanie ultrasonografii

Powszechne zastosowanie ultrasonografii rozpoczęło się wiele lat po tym kiedy uzyskano pierwsze pozytywne doświadczenia z zastosowaniem ultradźwięków w medycynie.

W latach siedemdziesiątych ubiegłego wieku, po wprowadzeniu nowoczesnych aparatów z głowicami liniowymi i convexowymi, ułatwiającymi diagnostykę stało się to badanie powszechne, dostępne i popularne [cyt. za 2]. Również na rodzimym polskim rynku technologii medycznej obserwuje się rozwój aparatury ultrasonograficznej, powstały aparaty firm Sonopam, Techpan, a następnie Echo-Son, a w ostatnich latach ciekawe przenośne aparaty firmy Dramiński. Zastosowanie obrazowania ultrasonograficznego ma pierwszorzędowe zastosowanie w szybkiej bezinwazyjnej diagnostyce w wielu działach medycyny. Rozwój obrazowania ultrasonograficznego związany jest z dostępnością sprzętu, doskonaleniem technik badania, a przede wszystkim z dynamicznym rozwojem technologii opracowania obrazu. Miniaturyzacja ma niewątpliwy wpływ na upowszechnienie ultrasonografii. Przykładem współczesnego zastosowania ultrasonografii jest szybka diagnostyka w izbie przyjęć dokonywana przez lekarzy medycyny ratunkowej. Diagnostyka

chorego przed jego transportem do działu radiodiagnostyki, obejmuje poszukiwanie płynu w jamie opłucnej, osierdziu, w jamie brzusznej (tzw. badanie FAST - *Focused Assessment with Sonography for Trauma*), poszukiwanie odmy, złamania żeber oraz innych cech urazów ciała [cyt. za 2].

Za prawdziwe można uznać twierdzenie, że głowica aparatu USG jest stetoskopem XXI wieku (choć stetoskop pozostaje stale nieocenionym narzędziem w rękach klinicysty). Powszechność, bezpieczeństwo i łatwość zastosowania ultrasonografii umożliwia zastosowanie tej metody również przy łóżku w domu chorego. Jest to niezmiernie ważna cecha aparatów USG, która w sytuacji, gdy utrudniony lub niemożliwy jest transport chorego do szpitala, umożliwia pomoc choremu na miejscu w domu. Dostępność sprzętu, a nade wszystko umiejętność jego wykorzystania, jest podstawowym warunkiem rozwoju i możliwości zastosowania diagnostyki ultrasonograficznej [cyt. za 2].

Wykorzystanie USG może być pomocne w diagnostyce stanu płuc i klatki piersiowej, jamy brzusznej, kończyn, naczyń oraz serca. Zastosowanie diagnostyki ultrasonograficznej jest pomocne przez potwierdzenie obecności i różnicowania płynu w jamach opłucnowych (krew, płyn przesiękowy), miejsca złamania i przerzutu do żeber, niedodmy płuc. W zakresie jamy brzusznej istotne z punktu medycyny paliatywnej jest potwierdzenie obecności płynu w jamie otrzewnej, określenie stanu perystaltyki jelit, potwierdzenie obecności kamieni kałowych jako przyczyny niedrożności, czy wręcz określenie dogodnego miejsca do paracentezy. USG jest niezmiernie pomocne podczas kaniulacji naczyń, a także przy stosowaniu terapii przeciwkrzepliwej po potwierdzeniu zakrzepicy w naczyniach żylnych. Należy wspomnieć o tym, że USG jest konieczne przy terapii bólu i blokadach pęczków oraz splotów nerwowych, których lokalizacja jest ułatwiona obrazowaniem ultrasonograficznym, a w niektórych sytuacjach podczas prowadzenia terapii bólu wręcz konieczna [cyt. za 1]. Należy wspomnieć że posługiwanie się głowica aparatu ultrasonograficznego jest dostępne dla każdej dziedziny medycyny i nie jest zarezerwowane do użycia tylko przez radiologów i ultrasonografistów. Obok lekarzy różnych specjalności ultrasonografem posługują się fizjoterapeuci w technice Bioffedbeck USG gdzie przykładowo pod kontrolą głowicy liniowej standardowego aparatu USG dokonują fizjoterapii aparatu więzadłowego stopy. Głowicą aparatu USG mogą również posługiwać się przeszkolone pielęgniarki w niektórych procedurach.

Zastosowanie USG w Hospicjum.

Jedną z niedogodności w opiece nad chorym pozostającym w domu jest ograniczona możliwość pomocy w sytuacjach przejściowego pogorszenia stanu zdrowia. Utrudniony

transport do szpitala przez niedogodności związane z chorobą, stanem chorego oraz kosztami transportu są czynnikami, które sprawiają, że chory pozostaje w domu, a diagnostyka objawów i leczenie jest wyłącznie oparte na badaniu podmiotowym i przedmiotowym często domyślnym. Badanie USG jest badaniem nieinwazyjnym oraz łatwym do zastosowania. Wymaga ono jednakże tak jak każda dziedzina wiedzy poznania zasad i teorii postępowania oraz praktycznej wiedzy z zakresu techniki badania. Niezmiernie istotnym i podstawowym faktem jest możliwość zastosowania mobilnego aparatu USG w domu chorego, co daje komfort zarówno lekarzowi, jak i jego pacjentowi. Medycyna paliatywna wymaga interdyscyplinarnego podejścia do chorego. Diagnostyka oraz leczenie objawów somatycznych jest jednym z ważnych jej działów. Poza standardowym klinicznym badaniem lekarskim diagnostyczne obrazowanie USG jest współcześnie pomocne a nawet niezastąpione. Postęp medycyny, ciągłe dążenie do doskonałości oraz konieczność potwierdzenia leczenia ubezpieczycielowi sprawi, że badanie USG stanie się również standardem postępowania w medycynie paliatywnej.

Obecnie dostępne protokoły do badania ultrasonograficznego.

Ze względu na duże zapotrzebowanie, dynamiczny rozwój i dostępność sprzętu USG, diagnostyka ultrasonograficzna stała się standardem postępowania diagnostycznego w oddziałach SOR i izbach przyjęć szpitali oraz dyżurnych ambulatoriów. W ostatnich latach wprowadzono protokoły postępowania ułatwiające zastosowanie ultrasonografii przez niespecjalistów w tej dziedzinie takie jak [cyt. za 1]:

- FAST (*Focused Assessment with Sonography in Trauma*) - protokół jest postępowaniem oceniającym narządy w zakresie jamy brzusznej. Jest to ukierunkowane badanie ultrasonograficzne u pacjentów po urazach z szczególnym uwzględnieniem ultrasonograficzna ocena obecności płynu w otrzewnej i osierdziu. Badanie FAST jest badaniem szybkim do zastosowania w miejscu wypadku i względnie łatwym, o dużej wartości diagnostycznej. Istnieje w literaturze termin Positive FAST - czas potrzebny do wykrycia wolnego płynu w jamie brzusznej i jest to 19+/-5 sec, oraz Negative FAST - czas potrzebny do wykluczenia obecności płynu w jamie brzusznej jest dłuższy, ale również krótki i wynosi 154+/-13 sec. Ultrasonograficzne badanie FAST jest dostępne w każdym miejscu, nieinwazyjne, tanie, możliwe do powtórzenia w razie potrzeby, specyficzne w kwalifikowaniu do laparotomii. Jedynym ograniczeniem metody jest dostępność aparatu i obecność wykwalifikowanego personelu [2,3]

- eFAST (extended Focused Assessment with Sonography in Trauma) - jest to badanie USG oceniające jamę brzuszną jak powyżej w badaniu FAST oraz dodatkowo klatkę piersiową w poszukiwaniu wolnego płynu lub odmy w obrębie klatki piersiowej. Ultrasonograficzny cel badania to ocena obecności płynu w jamie otrzewnej, jamie opłucnej i osierdziu oraz powietrza w jamie opłucnej [2]
- FATE (*Focus Assessed Transthoracic Echo*) - jest to badanie podstawowe, szybkie do nauczenia, badanie echokardiograficzne przeznaczone dla nie kardiologów. FATE jest badaniem oceniającym czynność i stan serca, szczególnie płynu w worku osierdziowym, globalnej funkcji skurczowej serca ocenianej jako frakcja wyrzutowa EF, ruchu zastawek serca. Badanie może być wykonane w ciągu kilku sekund lub może być rozszerzone o dokładną zaawansowaną ocenę serca. Istotą jest szybka diagnostyczna ocena serca przez personel niespecjalizujący się w badaniach echokardiograficznych na co dzień [2]
- BLUE protocol - jest bardzo ciekawą techniką badania ultrasonograficznego płuc w trybie nagłym lub rozszerzonym do trybu planowego. Badanie BLUE wykonuje się prostym aparatem ultrasonograficznym pozbawionym nowoczesnego oprogramowania ulepszającego obraz USG. Istotą obrazowania płuc jest pośrednia ocena płuc i opłucnej poprzez ocenę artefaktów powstałych po przyłożeniu głowicy do klatki piersiowej [4].
- FASP (*Focused Abdominal Sonography in Palliative Care* lub *Focused Assessed Sonography in Palliative Care*) jest protokołem przeznaczonym do oceny jamy brzusznej u pacjentów paliatywnych. W badaniu ocenia się występowanie wolnego płynu w jamie brzusznej możliwego do punkcji, ocenia się zawartość pęcherza moczowego, rozdęcie dróg żółciowych jako przyczynę kolki oraz dodatkowo inne struktury [3]. Rozszerzenie badania o ocenę płuc może być nazywane analogicznie eFASP (*extended Focused Assessed Sonography in Palliative Care*).

Charakterystyka aparatów USG stosowanych w ocenie pacjentów w stanie ciężkim

Aparat do wymienionych protokołów i badań screningowych powinien być: prosty i szybki i łatwy w obsłudze [cyt. za 1]. Powinien posiadać podstawowe aplikacje (2B, M-mode), powinien być możliwy do przeniesienia przez jedną osobę celem zastosowania poza szpitalem, ambulatorium, karetką lub oddziałem i hospicjum stacjonarnym. Aparat taki powinien być skonstruowany jak laptop USG, palmtop USG, lub aparat przenośny specjalnej konstrukcji, i posiadać jedną głowicę (microconvex, convex, sektor), celem ułatwienia i

uproszczenia wykonania procedury. Konstrukcja aparatu powinna umożliwiać zastosowanie również w szpitalu lub oddziale ratunkowym po podłączeniu do dużego monitora celem kontynuacji i ewentualnej weryfikacji badania. W przypadku zastosowania wózka w oddziale powinien to być wąski aparat na kółkach, i posiadać możliwość podłączenia drugiej głowicy lub zamiany na drugą głowicę zwykle liniową (microconvex, convex, sektor, głowica liniowa) celem pogłębienia badania i uściślenia diagnozy po przybyciu do ambulatorium lub oddziału [cyt. za 1].

Zasady stosowania USG w diagnostyce płuc wg Lichtensteina

W 2008 roku, pochodzący z Mińska Mazowieckiego, Lichtenstein opublikował, w czasopiśmie Chest, protokół postępowania ultrasonograficznego w ocenie płuc. Jest to przełomowe zdarzenie ze względu łatwość zastosowania metody oraz rangę czasopisma. Przełomowy jest fakt, że powszechnie dotychczas uważano, że tkanka płucna nie jest możliwa do oceny za pomocą ultrasonografii oraz badanie takie nic nie wniesie do diagnostyki, poza stwierdzeniem płynu w jamie opłucnej. Lichtenstein udowodnił, że możliwa jest nie tylko ocena opłucnej, ale również płuc. Skonstruował on algorytm postępowania, zwany drzewem decyzyjnym, w którym na podstawie charakterystycznych stałych i łatwych w ocenie artefaktów można wysunąć klinicznie wartościowe wnioski.

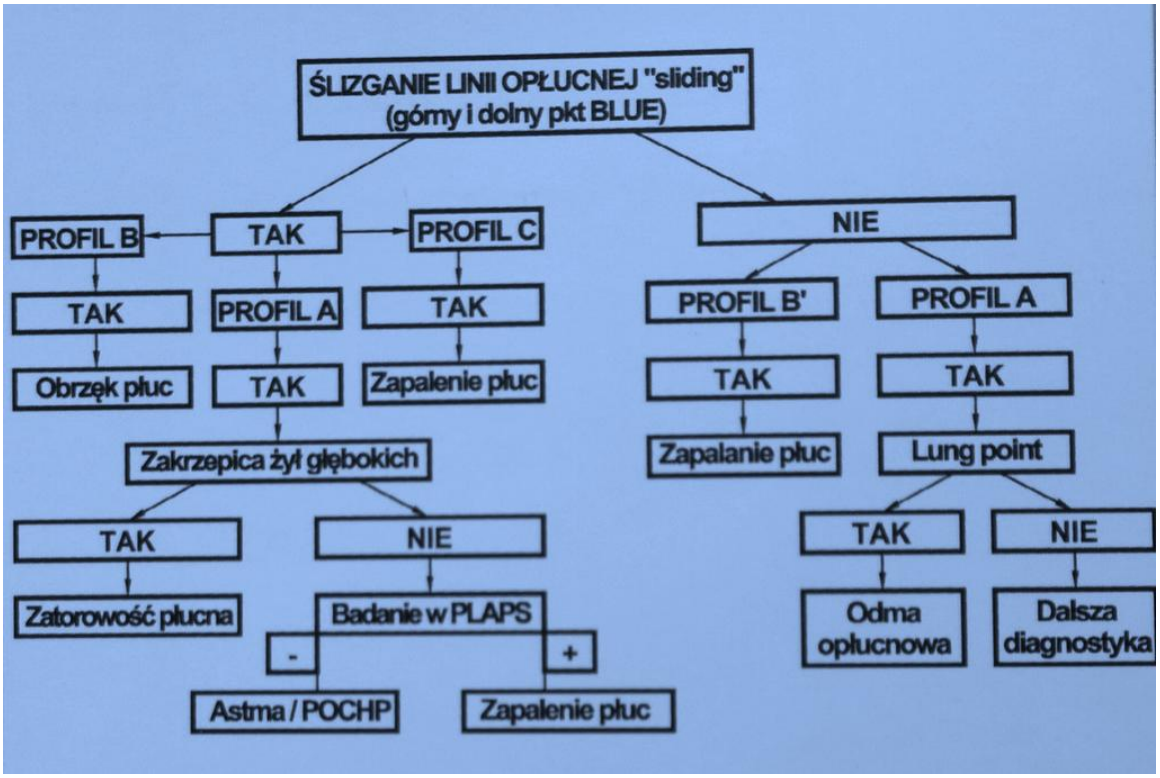
Cytując słowa Lichtensteina [4], „*ultrasonografia płuc jest istotną częścią diagnostyki ultrasonograficznej pacjenta, znajdującego się w ciężkim krytycznym stanie". Protokół został zdefiniowany jako próba oceny całego ciała przy użyciu prostych aparatów ultrasonograficznych, jedną uniwersalną sondą. „…Naszym priorytetem było opublikowanie protokołu oceny ultrasonograficznej płuc, u pacjentów będących w stanie zdrowia w którym pozostaje niewiele czasu na zastanawianie się nad diagnostyką*…".

Siedem zasad USG płuc [4]:

- ocenę ultrasonograficzną płuc w stanie krytycznym wykonuje się za pomocą prostych, łatwych w obsłudze aparatów USG
- w klatce piersiowej, gaz i płyny mają przeciwne lokalizacje, mogą być również zmieszane w wyniku procesów patologicznych, a ich obraz wynika z generowanych przez nie artefaktów
- płuca są organem obszernym, jednakże standaryzowane obszary mogą być badane w określonych punktach
- wszystkie znaki wynikają z linii opłucnej
- znaki statyczne są głównie artefaktami

- dynamicznym obrazem stanu płuc są objawy wynikające z linii opłucnej
- prawie wszystkie ostre, zagrażające życiu, zaburzenia stykają się z linią opłucnej dostępną w badaniu USG;

Poniżej zamieszczone jest drzewo decyzyjne BLUE- protocol, czyli algorytm decyzji, zmodyfikowany z oryginalnego artykułu [2], wskazuje sposób natychmiastowego rozpoznania głównych przyczyn ostrej niewydolności oddechowej takich, jak: odma, rozedma, płyn w jamie opłucnowej, obrzęk płuc, zapalenie płuc i zatorowość płuc.



Na podstawie D. Sobczyk, P. Andruszkiewicz, J. Andres Ultrasonografia w stanach zagrożenia życia i intensywnej terapii Kraków, Polska Rada Resuscytacji. wyd: I, 2012 ISBN: 9788389610201

Możliwości zastosowania USG w medycynie paliatywnej.

Ze względu na specyfikę choroby oraz swoistą odmienność terapeutyczną odmienne jest również postępowanie ultrasonograficzne z chorymi w medycynie paliatywnej.

Zastosowanie USG może dotyczyć celów diagnostycznych i terapeutycznych. Istotnym jest możliwość wykorzystania aparatu USG w łagodzeniu objawów somatycznych oraz w leczeniu bólu.

Diagnostyka:

- klatka piersiowa

- jama brzuszna
- naczynia kończyn dolnych – zatorowość, zakrzepica
- naczynia szyi i kończyn górnych

Wspomaganie terapii:

- blokady nerwów w leczeniu bólu
- małoinwazyjne wkłucia do naczyń celem podawania płynów, leków
- punkcje jamy ciała w celu odbarczenia

W ostatnich latach popularne stają się kursy USG w medycynie paliatywnej nazywane FASP Co ciekawe w Europie zachodniej kursy takie są przeznaczone dla personelu hospicjów i oddziałów paliatywnych również w opiece domowej. Kursy przeznaczone są dla lekarzy oraz dla pielęgniarek. Oczywiście nie mają one na celu wyszkolenia specjalistów w ultrasonografii, ale mają za cel pokazać, jak przy użyciu pewnych umiejętności w kontekście techniki ultradźwiękowej w hospicjum może dostarczyć użytecznych odpowiedzi na konkretne wspólne pytania zespołu terapeutycznego. Kursy zwykle dostarczają kandydatom teoretycznych i praktycznych informacji oraz praktyki do wykonywania samodzielnego badania USG jamy brzusznej w ramach opieki paliatywnej oraz w ramach pomocy indywidualnej pozahospicyjnej do podejmowania konkretnych decyzji klinicznych. Zwykle Podstawowe wspólne dla lekarzy i pielęgniarek kursy USG zawierają szkolenie w następujących problemach klinicznych:

- Czy pęcherz moczowy jest pełny ?
- Czy pacjent ma wodobrzusze ?
- Czy można bezpiecznie odbarczyć wodobrzusze w tym momencie ?
- Czy można zacewnikować pęcherz moczowy i uzyskać mocz?

Dodatkowo, w badaniu FASP występuje ocena dróg żółciowych zawarta w zagadnieniu czy wewnątrz wątrobowych przewodów żółciowych są rażąco rozszerzone struktury? Czy można wdrożyć postępowanie celem ulżenia cierpieniu pacjenta np. stosując lek rozkurczowy lub położyć gorący okład w okolicy wątroby. Czy bezpiecznie można zastosować zleconą doustną morfinę ze względu na jej właściwości obkurczające drogi żółciowe?

W ramach rozszerzonego badania FASP, można także ocenić kończyny w celu wykluczenia lub potwierdzenia zagrażającej zakrzepicy naczyń kończyn dolnych. Jest to istotne ze względu na możliwość wdrożenia lub kontynuacji terapii p/zakrzepowej, zastosowania opaski uciskowej, rajstop uciskowych, aparatu do masażu uciskowego kończyn.

Również w ramach FASP jest oceniana obecność płynu przesiękowego w jamie brzusznej oraz również ocena wysięku w opłucnej.

W kursach USG w Irlandii uczestniczą lekarze i pielęgniarki posiadające specjalizację z medycyny paliatywnej. Wśród pielęgniarek kwalifikowane do kursu USG są osoby z uprawnieniami do podejmowania niektórych samodzielnych decyzji klinicznych, jak wspomniane cewnikowanie, stosowanie okładów rozgrzewających na brzuch, zastosowanie mechanicznej terapii p/zakrzepowej i p/ obrzękowej. Kurs USG w medycynie paliatywnej przeznaczony jest dla osób zaangażowanych w opiekę nad pacjentami w hospicjum, gdzie nie ma łatwego dostępu do specjalistycznej oceny USG przez specjalistę, ale gdzie jest dostęp do aparatu USG.

Jako ciekawostkę przedstawiamy oryginalną treść zaproszenia na jeden z kursów ultrasonograficznych FASP w Irlandii i Wielkiej Brytanii: *(…..Doctors and senior nurses involved in the care of patients in the hospice setting where there is not access to an easily accessible ultrasound assessment service, but where there is access to an ultrasound machine. Candidates are encourged to bring their own ultrasound machine to the training so they will be able to practice using their own machine*…) [3].

Badanie FASP może być rozszerzone o krótką ocenę płuc i klatki piersiowej oraz opłucnej, proponujemy wówczas nadanie nazwy takiemu badaniu eFASP.

W całościowym badaniu ultrasonograficznym eFASP w medycynie paliatywnej, które powinno trwać krótko do kilku minut i być łatwe do zniesienia przez pacjenta i proste dla badającego, możemy dowiedzieć się o stanie istotnych patologii płuc i jamy brzusznej. W badaniu można zaobserwować płyn w jamie opłucnej, otrzewnej, w osierdziu, zobaczyć patologię płucną zapalenie płuc lub obrzęk, ocenić perystaltykę jelit, ocenić niedrożność, zastój w żołądku, zastój moczu w pęcherzu moczowym, ocenić zespół żyły głównej górnej, ocenić nawodnienie pacjenta po przez index żyła /tętnica, ocenić zastój w drogach żółciowych, ocenić DVT i przepływ w kończynach, oraz zaobserwować czynność skurczową serca.

Potencjalne trudności w badaniu USG

Możliwe trudności w nauce badania USG można skategoryzować do kilku zagadnień koniecznych do opanowania przez uczącego się. Jest to istotne w przypadku nauczania rozwiązania konkretnych problemów klinicznych przez nieprofesjonalistów. Np. poszukiwanie odmy lub płynu w jamie opłucnej, lub wspomniana ocena wypełnienia pęcherza moczowego. Taki sposób nauczania ultrasonografii ma na celu znalezienie

szukanego objawu lub zjawiska a nie wykonanie pełnej diagnostyki która w istocie powinna być zarezerwowana dla specjalistów w badaniu USG.

Tab. 1. Przykłady trudności badania USG na podstawie danych literaturowych.

cecha	Trudność opanowania	Czas nauki
Umiejętność obsługi Aparatu USG	Łatwa - przy prostych aparatach Trudna - przy rozbudowanych	Minuty Godziny
Podstawy teoretyczne	Średnia	Godziny
Znajomość anatomii	Trudna – od podstaw Łatwe – przypomnienie	Miesiące / dni
Umiejętność przeprowadzenia badania	Zalezne od rodzaju badania: Screnning	Srednio łatwa

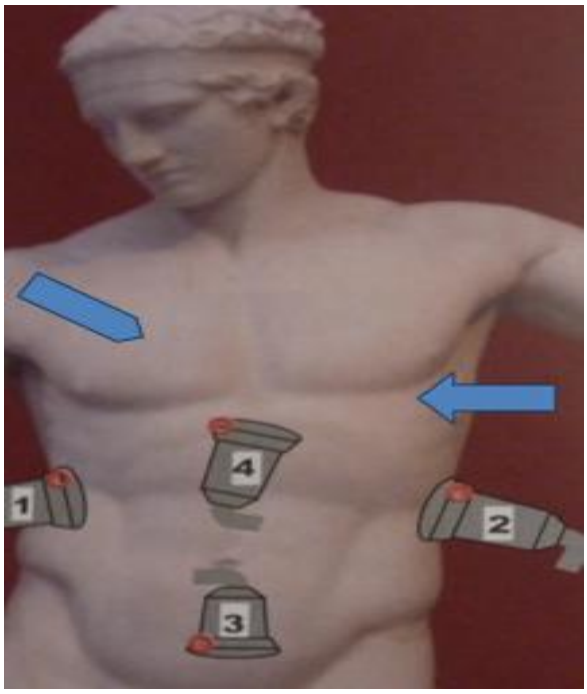
Do opanowania sztuki ultrasonografii w wykonywaniu prostych diagnostycznych skanów konieczne jest nabycie: umiejętności obsługi aparatu USG, która może być łatwa przy prostych aparatach i trudna przy rozbudowanych ultrasonografach. Odpowiednio czas nauki może wynosić kilka minut do kilku godzin. Konieczna jest znajomość anatomii w zakresie poszukiwanego obrazu oraz umiejętność wykonania badania. Trudność w wykonaniu badania jest różna w różnych rodzajach badań USG i zależna od stosowania zaawansowanej techniki badania. Badania eFAST, BLUE- protocol, eFASP mają na celu łatwe, szybkie i przeglądowe wykonanie diagnostyki konkretnych problemów i nie wymagają one zaawansowanego sprzętu ultrasonograficznego a wręcz błędem sztuki jest zastosowanie skomplikowanych aparatów do szybkiej diagnostyki w terenie w miejscu wypadku gdzie nie ma możliwości i czasu na zaawansowane dokładne badanie pacjenta. Dlatego też ważna jest świadomość możliwości wykonania badania zarówno w medycynie ratunkowej do której są wprowadzone protokoły jak i w medycynie paliatywnej. Konieczna jest wiedza zarówno o możliwościach diagnostycznych takiego badania jak i ograniczeń jego stosowania. Przykładowo podano w Tabeli 2 wybrane rodzaje możliwych do wykonania badań ultrasonograficznych i zaprezentowano stopień trudności wykonania takiego badania oraz wymagania sprzętowe. Badanie FAST zaliczyłbym do średnio łatwych, badanie eFAST do średnio trudnych a badanie FATE do trudnych do nauki i wykonania przyłóżkowych badań ultrasonograficznych.

Tab. 2. Przykłady trudności nauki badania USG na podstawie danych literaturowych

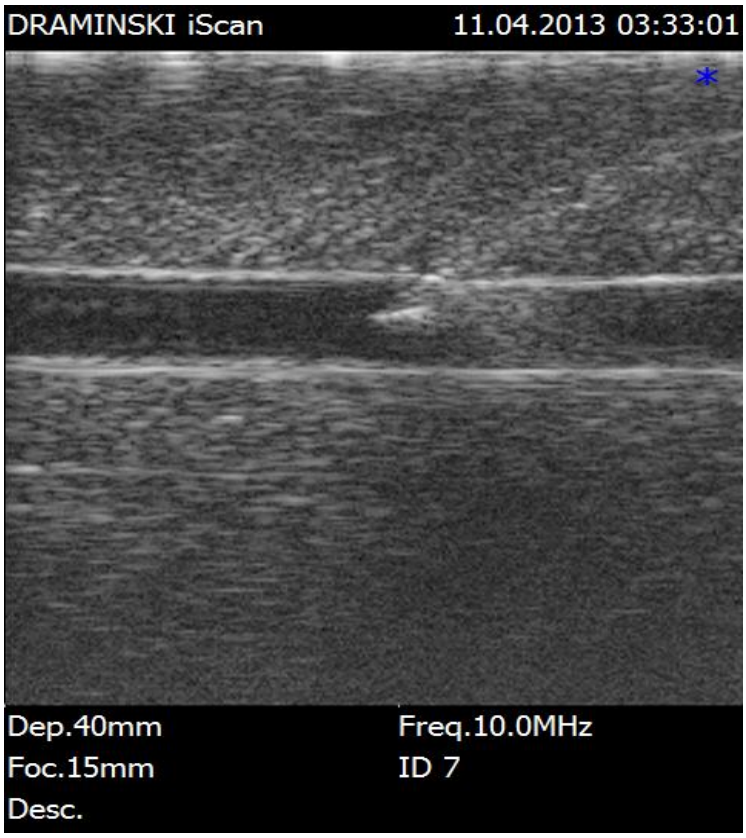
cecha	Trudnośc opanowania	Czas nauki	Zależność od jakości aparatu USG
Obrazowanie kaniulacji naczyń	Łatwe	Minuty /godziny	Mało zależne
Obrazowanie punkcji jam ciała	Łatwe- paracenteza, torakocenteza	Minuty / godziny	Średnio zależne
Obrazowanie narządów miąższowych	Trudne/ bardzo trudne	Dni/ tygodnie	Bardzo zależne
Obrazowanie płuc/ opłucnej	Średnio trudne	godziny	średnio
Złamanie kości	Łatwe	godziny	średnio
Echo serca TTE	Trudne	tygodnie	duża
Echo serca TEE	Średnio trudne	dni	srednia
Badanie naczyniowe	Średnio trudna	dni	duża

Badanie eFASP czyli badanie przeznaczone dla osób pracujących w medycynie paliatywnej nie ma jeszcze określonego stopnia trudności. Protokół ten jest podobny do stosowanych w medycynie ratunkowej którego nauczani są w ramach kół naukowych zainteresowani studenci medycyny i studenci ratownictwa w niektórych uczelniach medycznych w Polsce. Jednakże ze względu na odmienną specyfikę pacjenta paliatywnego choć badanie eFASP jest podobne do eFAST to jednakże badanie jest inne i trudniejsze do wykonania w całości. Łatwe do przeprowadzenia natomiast są poszczególne fragmenty badania jak np. wspomniana ocena wypełnienia pęcherza moczowego lub wykazanie obecności wolnego płynu w jamie brzusznej którego w Wielkiej Brytanii i Irlandii nauczane są wyspecjalizowane pielęgniarki [3].

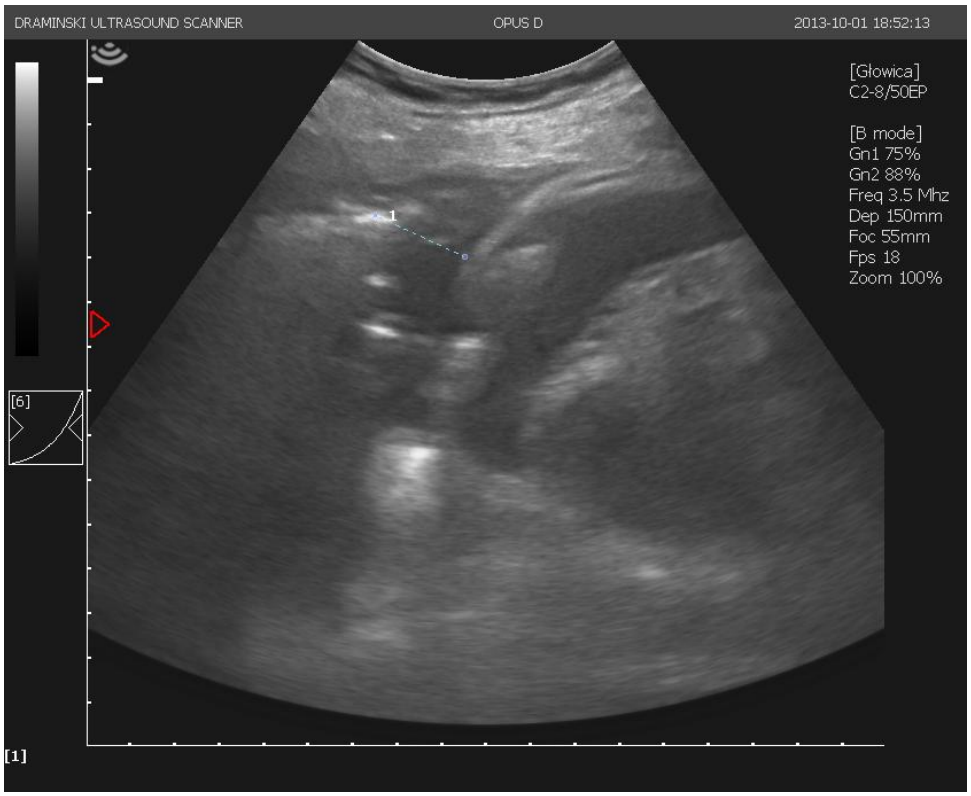
Poniżej w tabelach przedstawiono potencjalne trudności w nauce szkolenia i zastosowania badania ultrasonograficznego w medycynie paliatywnej. Na końcu artykułu autorzy zaprezentowali przykładowe obrazy ultrasonograficzne uzyskane podczas badania przeglądowego wg proponowanego protokołu eFASP. Miejsca przyłożenia sondy USG przedstawiono na Rycinie 1.



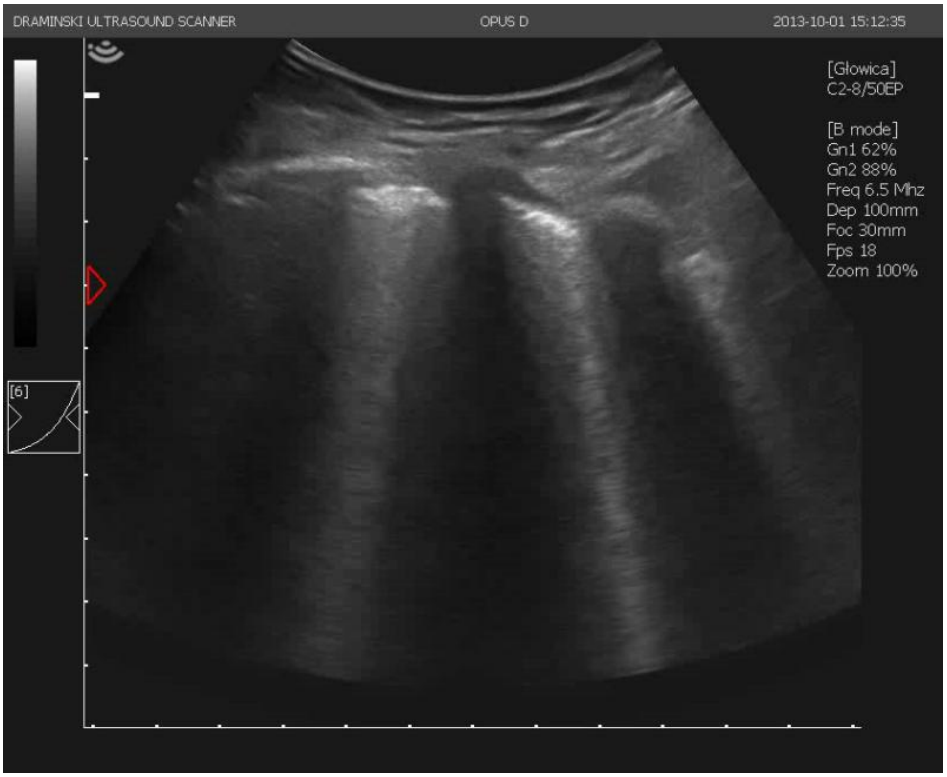
Ryc. 1. Miejsce przyłożenia sondy USG podczas badania eFASP, propozycja algorytmu badania USG w protokole e FAST. /Foto z podręcznika ultrasonografii zmodyfikowane/



Ryc. 2. Obraz igły oraz nerwu w badaniu USG na fantomie /foto Draminski SA/



Ryc. 3. Obraz płynu w opłucnej w badaniu e FASP /foto materiał własny/



Ryc. 4. Obraz opłucnej oraz płuc w badaniu e FASP /foto materiał własny/



Ryc. 5. Obraz płynu w jamie otrzewnej z licznymi masami kałowymi w jelitach w badaniu eFASP /foto materiał własny/

Wnioski

W przedstawionym artykule zaprezentowano możliwość badania pacjenta za pomocą prostych metod obrazowania USG które przy odpowiednim procesie nauczania mogą być wykorzystane zarówno przez lekarzy jak i średni personel medyczny w rozwiązaniu konkretnych problemów opieki nad pacjentem paliatywnym.

Piśmiennictwo

1. Krawiec K.: Diagnostyka obrazowa; Zastosowanie Informatyki w Medycynie, wykład. Politechnika Poznańska 2012, http://www.cs.put.poznan.pl/kkrawiec /wiki/ uploads/Zajecia/ZIMw5.pdf, data pobrania 18.04.2014.
2. Sobczyk D., Andruszkiewicz P., Andres J.: Ultrasonografia w stanach zagrożenia życia i intensywnej terapii Kraków, Polska Rada Resuscytacji, 2012**.**
3. Study 2 Days / Courses: Focused Abdominal Sonography in Palliative Care (FASP) http://www.nihospiceeducation.org/education/viewdetails.asp?Id=57;http://www.apm online. org/ eventdetails.php?eventid=100184, data pobrania 18.04.2014
4. Lichtenstein D.A., Mezière G.A.: Relevance of lung ultrasound in the diagnosis of acute respiratory failure: the BLUE protocol., Chest, 2008, 134, 117-125.

Chludzińska Sylwia[1], Modzelewska Patrycja[1], Sierżantowicz Regina[2]

Zastosowanie terapii uzupełniających w chorobach przewlekłych i nieuleczalnych

1. Koło Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa Chirurgicznego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Opiekun Koła Naukowego przy Zakładzie Pielęgniarstwa Chirurgicznego

„Jesteśmy po to, aby się starzeć, wątleć, chorować, na przekór całej medycynie”
Michel Eyquem de Montaigne

Wstęp

Zdrowie i choroba to podstawowe kategorie wyznaczające przebieg i charakter życia społecznego [1,2]. Pojęcia te determinują wzory zachowań w zbiorowościach ludzkich, wpływają na myślenie, wartości, potrzeby człowieka, określają nadzieje i obawy związane z ludzką egzystencją. Niestety dzielą również populację ludzką na tzw. wygranych - zdrowych i przegranych - chorych, starych i niepełnosprawnych. W dzisiejszych czasach postępujące zmiany społeczno-ekonomiczne, progres naukowo-techniczny oraz poprawa warunków bytowych i rozwój medycyny przyczyniają się do wydłużenia czasu życia człowieka. Konsekwencją tego jest wzrost liczby osób starszych w stosunku do liczby osób urodzonych. Społeczeństwo jednoznacznie się starzeje. Dodatkowo obserwuje się niepokojące statystki dotyczące wzmożenia występowania tzw. chorób cywilizacyjnych takich jak: cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa, otyłość. Schorzenia te są nieuleczalne, trwają do końca życia stąd otrzymują miano przewlekłych. Możliwie jest jedynie leczenie objawów tych chorób i poprawa ogólnego stanu pacjenta. W tych przypadkach liczy się ogromna troska i dbałość. Z tego właśnie względu należy poświęcić więcej uwagi i przyjrzeć się z bliska problemom ludzi przewlekle chorych, osób starszych, co z pewnością zaowocuje w przyszłości lepszymi możliwościami formułowania diagnozy i planów pielęgnowania takich pacjentów. W chorobach przewlekłych i nieuleczalnych, w opiece nad seniorami klasyczna medycyna zna wiele tradycyjnych metod terapeutyczno – leczniczych [1, 2].

Warto jednak dodatkowo przyjrzeć się terapiom medycyny niekonwencjonalnej, które odnoszą konkretne skutki w usprawnianiu pacjentów przewlekle chorych [1,3,4]. Depresja, samotność, zmniejszenie aktywności fizycznej i psychicznej to tylko niektóre problemy, z

którymi codziennie zmagają się ludzie chorzy. Łagodzenie tych dolegliwości stanowi niemałe wyzwanie dla zespołu terapeutycznego. Zespół terapeutów, pielęgniarek i lekarzy powinien wykazać się jak najbardziej profesjonalnym i holistycznym podejściem do potrzebującego człowieka, aby poprawić jego stan biologiczny, psychiczny i społeczny. Niezwykle istotna jest potrzeba odwrócenia uwagi chorych od ich bardzo osobistych problemów zdrowotnych związanych z bólem, chorobą, lękiem przed kalectwem i śmiercią na kierunki optymistyczne - ku innym rzeczom, zjawiskom, pobudzenie wiary w sens życia mimo wielu przeciwności i ograniczeń, które stawia na ich drodze starość i współistniejące choroby. Istnieje ogromny wachlarz środków terapeutycznych pomocnych w ożywieniu monotonii życia codziennego osoby przewlekle chorej, które mają za zadanie redukcję takich odczuć jak osamotnienie, przygnębienie i brak chęci do życia. W ten sposób mobilizuje się człowieka do działania, daje się szansę do odkrycia ponownie pasji, zmusza do kreatywnego myślenia, tak ważnego w tym wieku, oraz sprzyja się zawarciu nowych znajomości [1,3,4].

Co jest lekiem na wyżej wymienione bolesne odczucia i dolegliwości? Odpowiedź na to trudne pytanie stanowi kulturoterapia jako zespół oddziaływań terapeutycznych, których istotą jest kontakt pacjenta z kulturą w rozumieniu symbolicznym, a więc przede wszystkim ze sztuką, oddziaływanie na pacjenta wszelkich przedmiotów i zachowań symbolicznych z jakimi styka się on w czasie leczenia, takich jak wygląd i wyposażenie ośrodka leczniczego, zachowanie się członków zespołu terapeutycznego i wreszcie programowe zajęcia kulturalno - oświatowe [5].
W historii nie brak przykładów efektywnego zastosowania sztuki w celach terapeutycznych. Już w starożytności wykorzystywano leczniczy wpływ między innymi: muzyki, literatury i teatru. Najlepszym tego przykładem jest słynny asklepiejon (świątynia Asklepiosa - boga sztuki lekarskiej) w Epidauros w Grecji, gdzie proces leczenia rozpatrywano kompleksowo - oddziaływano jednocześnie na ciało i duszę. Chorzy słuchali muzyki, szumu drzew, mieli dostęp do biblioteki, a także podejmowali aktywność fizyczną. Uznane sanktuarium było prekursorem w zastosowaniu szeroko rozumianej kulturoterapii. W Polsce termin ten pojawił się stosunkowo niedawno, bo dopiero w latach 80 XX w.[5].

W zależności od dyscypliny artystycznej i rodzaju sztuki można wyróżnić następujące dziedziny kultroterapii: artoterapia (artis - łac. sztuka), muzykoterapia, biblioterapia (biblion - gr. książka), ludoterapia (ludus - łac. zabawa), plastykoterapia, chromoterapia (chroma - gr. barwa),

silwoterapia (silva - łac. las). Wszystkie kategorie łączą nadrzędne funkcje, jakie pełni ogólnie kulturoterapia. Są to: adaptacyjna - przygotowanie chorego do życia w ośrodku leczniczym, psychoterapeutyczna - zmniejszanie poziomu lęku, osamotnienia, wychowawcza - wskazanie wzorców osobowych, integracyjna - nawiązywanie kontaktów społecznych oraz poznawcza- pacjent może obiektywnie spojrzeć na własne problemy, stymulacyjna - pobudzenie do aktywności życiowej [5].

Celem pracy było przedstawienie roli różnorodnych metod kulturoterapii w uzupełniającej terapii chorób przewlekłych i nieuleczalnych.

Biblioterapia

„Książki sprawiają, że opisywane w nich historie i wyrażone opinie stają się twoimi i po skończonej lekturze nie jesteś już tym samym człowiekiem, jakim byłeś, kiedy ją zaczynałeś''.

Arturo Perez-Reverte

Istnieje wiele definicji biblioterapii [5]. Według Amerykańskiego Stowarzyszenia Bibliotekarzy biblioterapia to "*użycie wyselekcjonowanych materiałów czytelniczych jako pomocy terapeutycznej w medycynie i psychiatrii, także poradnictwo w rozwiązywaniu problemów osobistych przez ukierunkowane czytanie*". Natomiast Rubin [cyt. za 5] stwierdza, że jest to "*program aktywności oparty na interaktywnych procesach zastosowania drukowanych i niedrukowanych materiałów zarówno wyobrażeniowych jak i informacyjnych, ułatwiający przy pomocy bibliotekarza lub innego profesjonalisty osiąganie wglądu w normalny rozwój lub dokonywanie zmian w zaburzonym zachowaniu*".

Pojęcie biblioterapii wywodzi się ze starożytności [5]. Już w legendarnej bibliotece w Aleksandrii można było przeczytać sentencję: "Lekarstwo dla duszy". W 1272 roku jako część leczenia w szpitalu w Kairze stosowano czytanie Koranu. Natomiast w XVIII w. księgi o tematyce sakralnej były lekiem na choroby psychiczne w Europie. W XIX w. w Ameryce wprowadzono jako pierwsze do terapii materiały świeckie. W trakcie wojen książki były wykorzystywane w szpitalach wojskowych, gdzie tworzono tzw. Biblioteki Wojenne, których księgozbiór stanowiły materiały o tematyce rozrywkowej i religijnej. To zaowocowało tym, że pacjenci czytający podaną literaturę czuli się lepiej i byli bardziej odporni na trudy, jakie niosła za sobą wojna. Dzięki temu Federacja Stowarzyszenia Bibliotekarzy w 1932 roku utworzyła Podsekcję Bibliotek Szpitalnych, które istnieją do dziś, gdzie prowadzony jest program celowego

stosowania książek w procesie terapeutycznym [5].

Biblioterapia może pełnić różne funkcje w procesie leczenia, kładąc szczególny nacisk na potrzeby osób starszych. Lektura książek korzystnie wpływa na poprawę nastroju, skutecznie obniża niepokój i napięcie emocjonalne, wynikające z poczucia samotności i ograniczenia sprawności fizycznej. Pacjenci przebywający w domach opieki mają utrudniony kontakt ze środowiskiem, co ogranicza zakres ich zainteresowań, wprowadza w stan apatii wobec świata. Czytanie książek i prasy, pozwala na poznanie aktualnych informacji o otaczającym świecie. Ponadto lektura rozbudza zainteresowania w poszczególnych dziedzinach, ożywia wyobraźnię, dzięki czemu pacjent przyjmuje aktywną postawę zaangażowania i zmuszony jest do twórczego formułowania myśli i własnego zdania.

Ważną kwestią jest relacja biblioterapeuta - uczestnik biblioterapii [5,6]. Terapeuta powinien wykazywać się znajomością książki i czytelnika, zachęcać do terapii i dostosować materiały czytelnicze do potrzeb i możliwości pacjenta. Uczestnik terapii musi współpracować ze swoim mentorem, chcieć prowadzić dyskusję na temat wybranej lektury, wyrażać swoje zdanie i odczucia. Nie należy oczekiwać natychmiastowych skutków biblioterapii [5,6].

Muzykoterapia

„Gdy słowa już daremne, myśli daremne, a wyobraźni nie chce się już wyobrażać, jeszcze tylko muzyka. Jeszcze tylko muzyka na ten świat, na to życie''.

Wiesław Myśliwski

Muzykoterapia, czyli leczenie muzyką rozwija się w Polsce i na świecie od ponad pięćdziesięciu lat [7]. Współcześnie obowiązującą w Polsce definicję muzykoterapii wprowadził prof. Mirosław Janiszewski w roku 1993, który określił, iż muzykoterapia jest dziedziną wykorzystującą muzykę w sposób ukierunkowany, wielofunkcyjny, kompleksowy i systematyczny w celach uzupełnienia leczenia zabiegowego, farmakologicznego, rehabilitacyjnego, psychoterapii i pedagogiki specjalnej. Ludzie docenili muzykę jako jedną z pierwszych form terapii leczniczej [cyt. za 7]. Powiązania między medycyną a muzyką są znane już od czasów plemion pierwotnych m.in. na Wyspach Polinezji. Wpływ muzyki oraz innych dziedzin sztuki na psychikę ludzką rozważany był wielokrotnie w aspekcie wychowania estetycznego. Możliwość kształtowania psychiki ludzkiej za pośrednictwem muzyki zaobserwował już Pitagoras. Demokryt zaś rozszerzył wychowawczy punkt widzenia na sztukę,

wskazując rolę przyjemności w przeżyciu estetycznym. Platon zwraca uwagę na aspekt wychowawczy muzyki, uznając ją za zdolną do budzenia w człowieku uczuć moralnych. Wiek XIX obok obserwowania wpływu muzyki na psychikę człowieka przyniósł szereg nowych spostrzeżeń dotyczących korzystnego oddziaływania muzyki na czynności wegetatywne takie jak: krążenie krwi, ciśnienie, rytm tętna i oddychanie [7].

Muzykoterapia jest zaliczana do terapii, która w sposób uzasadniony naukowo używa dźwięku i muzyki w celach diagnostycznych, terapeutycznych, profilaktycznych oraz rehabilitacji [8]. Fizjoterapeuci stosują ją jako pomoc rehabilitacji chorych. Thaurt [cyt. za 8] wykorzystał muzykę w leczeniu choroby Parkinsona i udaru, ponieważ poprzez stymulację słuchową poprawia się kontrola ruchów. Zajęcia muzykoterapeutyczne mają cel leczniczy, zmierzający do poprawy zaburzonych funkcji, stymulacji w warunkach ograniczonego dostępu do bodźców, usunięcia napięć psychofizycznych i dostarczenia korzystnych doświadczeń społecznych. Efektem końcowych oddziaływań jest więc poprawa samopoczucia, nastroju, usunięcia lęku, pobudzenie wyobraźni, poprawa relacji z członkami grupy. Dzięki coraz szerszemu zastosowaniu dźwięków w leczeniu, powstały różne metody muzykoterapii [8]:

- amerykańska, w której stosuje się muzykę różnych stylów: od muzyki klasycznej do jazzu. Terapia odbywa się grupowo, a dużą wagę przywiązuje się do słuchania muzyki
-]szwedzka, w której zakłada się, że centralne miejsce w terapii powinna znajdować muzyka i być kojarzona z usprawnianiem ruchowym.

Muzykoterapia staje się coraz bardziej cenionym i stosowanym środkiem w zajęciach terapeutyczno-leczniczych, jednakże powinna być dostosowana do wieku pacjenta, gdyż z wiekiem zmienia się zakres słyszalności [8]. U osób starszych obserwujemy spadek słyszenia i rozróżniania lokalizacji dźwięków oraz wzmożoną wrażliwość na natężenie dźwięków. Aby aktywizować osoby przewlekle chore, starsze poprzez muzykę, należy wybierać utwory prowokujące pozamuzyczne skojarzenia obrazowe, refleksje, wspomnienia. Słuchanie muzyki działa uspokajająco i niweluje stres. Okazuje się, że podczas słuchania określonych rodzajów muzyki obniża się poziom kortyzolu. Kortyzol to hormon sterydowy produkowany przez korę nadnerczy i nazywany jest „hormonem stresu", gdyż jego wydzielanie gwałtownie zwiększa się w podczas przeżycia sytuacji stresowych. Stąd po odpowiedniej dawce muzyki osoba uspokaja się. Muzykoterapia to przede wszystkim słuchanie muzyki, ale też wspólne śpiewanie, granie

oraz ruch. Wszystkie te elementy wpływają na nasze emocje i samopoczucie. Kontakt osób starszych z muzyką zwiększa ich aktywność emocjonalną, osłabia napięcie lękowe i zapobiega izolowaniu się od społeczeństwa. Terapia muzyką sprzyja motywacji, podnosi nastrój i pobudza do aktywności [8].

Muzykoterapia może mieć pozytywny wpływ na rehabilitację kompleksową pacjentów z różnymi schorzeniami [7,8]. Wpływając pozytywnie na nastrój chorego, wywołuje u pacjentów poczucie bezpieczeństwa oraz chęć podejmowania aktywności ruchowej, dzięki czemu ma wpływ na efekty rehabilitacji i leczenia. Muzykoterapia w większości przypadków nie jest jedyną formą terapii, ale stanowi doskonałe uzupełnienie kompleksowego postępowania rehabilitacyjnego [7,8].

Arteterapia

„Moja sztuka jest bardzo prosta: mówię do widza swoim własnym językiem i mogę pragnąć tylko tego, bym został zrozumiany''.

Andriej Tarkowski

Arteterapię należy definiować jako "*zespół działań o charakterze edukacyjnym lub terapeutycznym, opartych na kreacji wizualnej ukierunkowanych na wspomaganie rozwoju osobowego i zdrowia"* [9].

Amerykańskie Stowarzyszenie Arteterapii [10] podkreśla, że "*arteterapia jest profesją , który wykorzystuje proces tworzenia do podniesienia poziomu fizycznego, umysłowego i emocjonalnego dobrostanu osób w każdym wieku. Arteterapia opiera się na założeniu, że proces twórczy służący autoekspresji pomaga ludziom rozwiązywać problemy i konflikty, rozwijać umiejętności interpersonalne, kierować własnym zachowaniem, redukować stres, podnosić samoocenę i samoświadomość oraz osiągać wgląd" ,* integrując różne pola ludzkiego rozwoju, łączy sztuki wizualne (rysunek, malarstwo, rzeźba) i wiedzę o procesie twórczym z modelami doradztwa personalnego i psychoterapią.

Początek arteterapii stanowi medycyna, psychiatria i psychologia kliniczna, związana t również ze sztuką [9,11]. Źródeł arteterapii należy doszukiwać się w starożytności grecko-rzymskiej (idea katharsis), jednak historycznie terapia ta powstała w XIX wieku. Na jej rozwój wpłynęły dwie koncepcje: nowe rozumienie sztuki oraz postęp w psychiatrii. Stworzenie terminu *Art Therapy* przypisuje się Adrianowi Hillowi [cyt. za 9,11], który na podstawie swoich przeżyć

związanych z chorobą i malarstwem zauważył terapeutyczne własności sztuk plastycznych, co powodowało uwolnienie od traumatycznych myśli związanych z chorobą.

W arteterapii stosuje się zazwyczaj trzy formy pracy [9,11]:

- zbiorową - realizacja zadań i przypisanych im celów w zbiorowości (grupa zajęciowa)
- grupową - dzieli zbiorowość na mniejsze zespoły (grupy)
- indywidualną - obejmuje bezpośrednie osiągnięcie celów przez pojedyncze osoby [9,11].

Rozpatrując metody arteterapii warto zwrócić uwagę na tzw. warsztat twórczy, czyli technikę działania edukacyjnego i terapeutycznego, której istotą jest stworzenie osobie poddanej terapii określonych zadań, prowadzących do wyznaczonych i oczekiwanych zmian w psychice. Metoda ta pomaga w rozwoju kreatywności w wyniku doskonalenia procesów poznawczych, kształtowania sfery emocjonalnej i eliminowaniu wszelkich zaburzeń sfery psychicznej. Warsztat twórczy stanowi narzędzie aktywizujące. Działania uczestników mają tu formę ukierunkowanej ekspresji wizualnej. Przewidziana aktywność ma charakter artystyczny, zbliżony do zjawisk charakterystycznych dla sztuki awangardowej i postawangardowej. Taki sposób terapii jest bardzo korzystny dla osób starszych, ponieważ pozwala im to na rozwój twórczego myślenia, wyrażania własnego "ja", a także przy grupowych zajęciach na wzmocnienie kontaktów społecznych: zawieranie nowych znajomości. Pomaga też w opanowaniu nowych umiejętności typu: rysunek, malarstwo itp. i odnajdywaniu w tym nowych zainteresowań, które obniżają poziom przygnębienia i powodują wzrost samooceny [9,10].

Choreoterapia

„Jedna rzecz, która może zaćmić twoje problemy to taniec"

James Brown

Taniec towarzyszył ludzkości od zarania dziejów i prawdopodobnie był jedną z pierwszych form grupowego, ludzkiego działania i religijno-magicznych rytuałów [12,13]. Pierwsi ludzie porozumiewali się za pomocą gestów oraz dźwięków i mogli się z łatwością wyrażać w tańcu, który był istotną formą praktyk religijnych i społecznych rytuałów w społeczeństwach pierwotnych.

Wszelkie święta religijne, czy wydarzenia społeczne były połączone z grupowym tańcem. Chociaż pierwotnie taniec był istotną formą religijnego i wspólnotowego życia, wraz z rozwijaniem się cywilizacji, nastąpiło odejście od niego [12,13] W średniowiecznej Europie, na

skutek potępienia przez Kościół cielesności, taniec został odsunięty na bok, jako forma wyrażania ziemskich namiętności. Ludzie nadal tańczyli ale były to jedynie tańce dworskie lub ludowe, mające bardziej formę tańców towarzyskich niż uzdrawiających. Rozwój tańca współczesnego stał się możliwy dopiero po osłabieniu wpływów purytańskiej religii potępiającej cielesność i zmysłowość [12,13] Współczesna terapia tańcem narodziła się z połączenia idei i praktyk tańca współczesnego i różnych kierunków psychologii humanistycznej i psychoterapii. Wysoki poziom zamożności, swoboda obyczajów, różnorodność kultur, dynamicznie rozwijające się społeczeństwo, rozwój tańca współczesnego i psychoterapii stworzyły w USA warunki sprzyjające powstaniu terapii tańcem. Choreoterapia, jak już wspomniano wcześniej, powstała w Stanach Zjednoczonych w latach 40. XX w. i od tego czasu notuje się jej intensywny rozwój. Według American Dance Therapy Association [14], choreoterapia oznacza „*terapeutyczne wykorzystanie ruchu jako procesu, poprzez który wspomagana zostaje emocjonalna i fizyczna integracja*". Definiowana jest również [14] jako „*wykorzystująca ruch forma psychoterapii, której celem jest osiągnięcie przez jednostkę integracji psychofizycznej*". Uważana jest za terapię wielowymiarową i wielozakresową, ponieważ oddziałuje na sferę emocjonalną, motoryczną, fizjologiczną, poznawczą, wolitywną, estetyczną, oraz sferę kontaktów interpersonalnych [14].

Ludzie chorzy przewlekle, osoby starsze doświadczają wielu problemów w związku ze swoimi dolegliwościami, przy czym najbardziej dotknięte przez chorobę są obszary psychiczne i fizyczne człowieka. Ważne jest więc, aby nie poddawać się schorzeniu w takiej sytuacji jaką jest choroba przewlekła, a wręcz przeciwnie - starać się stawić czoła problemom i wyzwaniom, jakie niosą za sobą dane przypadłości. W związku z powyższym kluczowe staje się usprawnianie pacjenta i utrzymanie jego równowagi emocjonalnej. W takim wypadku doskonale sprawdza się stosowanie działań choreo terapeutycznych, które jako techniki muzykoterapeutyczne oparte na tańcu wzbogaconym ćwiczeniami muzyczno–ruchowymi i improwizacją ruchową w rytm muzyki, oddziaływają na zmysły i różne sfery aktywności [12,13].

Terapię przez taniec i ćwiczenia taneczne można traktować jako ćwiczenia [12,13]:

- ogólnokondycyjne - ćwiczenia angażujące w zależności od potrzeb określone grupy mięśniowe
- sprawnościowe - układy taneczne wyrabiające koordynację słuchową, wzrokową i ruchową oraz ćwiczenia wyrabiające równowagę i zręczność

- specjalne - ćwiczenia dla osób z dysfunkcją narządu ruchu.

Ćwiczenia choreoterapeutyczne powinny być prowadzone regularnie w równych odstępach czasowych, a ich długość uzależniona od progu zmęczenia i znużenia ćwiczących oraz od stopnia trudności ćwiczeń [12,13]. Zwykle dzienny program choreoterapeutyczny nie powinien przekraczać więcej niż 45 minut. Zajęcia powinny przebiegać według określonego schematu: spokojne ćwiczenia rozgrzewające (przygotowujące organizm do wysiłku fizycznego), ćwiczenia główne (ćwiczenie określonych przez terapeutę celów terapeutycznych), ćwiczenia relaksujące i oddechowe [12,13].

Realizując odpowiednio dobrane ćwiczenia taneczne terapia ta odpowiada na wiele potrzeb i daje multum korzyści dla ludzi przewlekle chorych, takich jak [12,13]:

- obniżenie poziomu lęku
- poprawa koncentracji uwagi
- obniżenie poziomu neurotyczności
- poprawa koordynacji ruchowej
- poprawa odporności na zmęczenie
- obniżenie napięcia psychofizycznego
- rozładowanie nadmiaru energii i agresji
- podniesienie samooceny - lepsza ocena swoich możliwości i ograniczeń
- korzystne zmiany zachowania
- zadowolenie i aktywizacja naturalnych senso-motorycznych układów koordynacji.

Zajęcia choreo terapeutyczne, gdzie muzyka dopinguje chorych do wykonywania ćwiczeń ruchowych, dzięki którym stają się aktywniejsi życiowo i rozbudzają swoje zainteresowania. Aktywność i chęć porzucenia biernej roli przez osoby dotknięte przewlekłymi schorzeniami jest jednym z najważniejszych celów jakie stawiają sobie terapeuci i personel medyczny na całym świecie [11,12].

Podsumowanie

Analizując tylko wybrane dziedziny kultroterapii można jednoznacznie stwierdzić, że wnoszą one bardzo wiele w proces terapeutyczno - leczniczy pacjentów przewlekle chorych i mają ogromny potencjał na przyszłość. Biorąc pod uwagę wzrost liczby takich osób w naszym społeczeństwie będą one stanowić coraz popularniejszy i dokładniejszy przedmiot badań.

Wyjściowym punktem leczenia nadal pozostanie niekwestionowana medycyna tradycyjna, ale kulturoterapia będzie z pewnością wartościowym dodatkiem w usprawnianiu pacjenta. Już dziś znanych jest wiele jej zalet i korzystnych skutków. Dzięki kultroterapii osobom chorym umożliwia się rozwój kultralno-emocjonalny i pobudza się mózg do kreatywnego myślenia i działania, hamując w ten sposób postępujące obniżanie się sprawności umysłowej.

Czytanie książek uruchamia wyobraźnię, poprzez odpowiednich bohaterów i wydarzenia pozwala zmieniać nastroje na te pozytywne, oddalając troski, z jakimi osoba cierpiąca boryka się codziennie.

Muzyka, jako kolejny środek terapeutyczny, doceniony przez ludzkość najwcześniej, najbardziej oddziaływuje na ludzkie emocje i psychikę. Redukuje poziom stresu, ożywia pozytywne wspomnienia i zachęca do aktywności fizycznej, stąd zastosowanie jej w usprawnieniu ruchowym ma duże znaczenie.

Z kolei arteterapia stymuluje człowieka do wyrażania własnej osobowości, uczy nowych umiejętności, dodaje odwagi do zawiązania nowych znajomości i kontaktu z drugim człowiekiem.

To wszystko sprawia, że stan biologiczny, psychiczny i społeczny osoby przewlekle chorej, a także pacjentów geriatrycznych poprawia się. Taki człowiek nie czuje się odrzucony i osamotniony, ale zna swoją wartość i nie wycofuje się z życia społecznego, wręcz przeciwnie - aktywnie w nim uczestniczy.

Rozwój kulturoterapii w przyszłości daje ogromną nadzieję na lepsze i godne życie z chorobą przewlekłą, nieuleczalną, tym samym na owocną starość. Być może kiedyś uda się wyeliminować depresję, negatywne emocje towarzyszące tego rodzaju schorzeniom. Kulturoterapia i jej ciągły rozwój daje taką możliwość.

Piśmiennictwo

1. Rybakiewicz A.: Znaczenie choroby w życiu człowieka (aspekt etiologiczny, epistemologiczny i aksjologiczny). Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, 2013, 3, 1, 45-54.
2. Piątkowski W.: Lecznictwo niemedyczne w Polsce. Tradycja i współczesność. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie - Skłodowskiej, Lublin, 2008.

3. Wichary M.: Depresja chorych u kresu życia. Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 2013, 1-2, 14-15.
4. Domaradzka E. Relacje między umierającym i rodziną. Magazyn Pielęgniarki i Położnej. 2012, 11, 40-41.
5. Szulc W.: Kulturoterapia. Akademia Medyczna im. K. Marcinkowskiego, Poznań 1988.
6. Molicka M.: Biblioterapia w paradygmacie narracyjnym.: Biblioterapia i bajkoterapia. Media Rodzina, Poznań 2011, 166-147
7. Natanson T.: Wstęp do nauki o muzykoterapii. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław, 1978.
8. Pospiech W.: Muzykoterapia służbą dla człowieka. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, Bydgoszcz ,2009.
9. Józefowski E.: Teoretyczne aspekty arteterapii. [w:]: Arteterapia w edukacji i resocjalizacji, Florczykiewicz J. Józefowski E. (red.), Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach, Siedlce , 2011, 9- 65.
10. http://pl.wikipedia.org/wiki/Arteterapia, data pobrania 4.04.2014.
11. Kwiatkowska G.: Arteterapia. Wyd.. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin, 1991.
12. Janiszewski M.: Muzykoterapia aktywna, PWN, Warszawa – Łódź, 1993.
13. Szulc W.: Sztuka i terapia, Centrum Metodyczne Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego, Warszawa, 1993.
14. http://medycyna-alternatywna.wieszjak.polki.pl/inne-terapie/301092,Choreoterapia-czy-taniec-moze-uleczyc.html, data pobrania 4.04.2014.

Jankowiak Barbara[1,2], Katarzyna Sokołowska[3], Anna Baranowska[1], Krystyna Klimaszewska[1,2], Guzowski Andrzej[1], Krajewska – Kułak Elżbieta[1], Kowalczuk Krystyna[1]

Problemy zdrowotne pacjentów terminalnie chorych w opinii pielęgniarek i rodzin

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

Wstęp

Opieka paliatywna to aktywna, całościowa opieka nad chorym i jego rodziną, sprawowana przez wielodyscyplinarny zespół w czasie, gdy choroba nie poddaje się już leczeniu przyczynowemu. Celem opieki paliatywnej jest dążenie do poprawienia i utrzymania wysokiej jakości życia pacjentów i ich rodzin w ostatniej fazie choroby, zapewnienie pacjentowi spokojnego przeżywania ostatniego okresu życia i godnego odejścia. Do zadań opieki paliatywnej należy zwalczanie wszechogarniającego bólu, leczenie objawowe innych dolegliwości somatycznych, pielęgnacja, łagodzenie cierpień psychicznych, socjalnych i duchowych chorego, pomoc w rozwiązywaniu problemów społecznych, wspieranie rodzin w czasie trwania choroby i żałoby oraz edukacja zdrowotna osób objętych opieką, a także członków ich rodzin. Działania te są możliwe dzięki zespołowi profesjonalistów, w skład który wchodzą: lekarz, pielęgniarka, psycholog, a także - w zależności od potrzeb - fizjoterapeuta, terapeuta zajęciowy, pracownik socjalny, duchowny i wolontariusz [1, 2, 3].

Przez wiele lat opieka paliatywna w Polsce rozwijała się spontanicznie. Sprawowana była przez niewielką grupę ludzi, wobec nielicznej grupy pacjentów. Z chwilą włączenia jej do działań powszechnego systemu ochrony zdrowia sytuacja się zmieniła. Obecnie stała się formą usług zdrowotnych kontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Do form opieki paliatywno-hospicyjnej w Polsce zalicza się: hospicja domowe dla dorosłych i dzieci, hospicja stacjonarne dla dorosłych i dzieci, oddziały medycyny paliatywnej (oddziały szpitalne), dzienny ośrodek opieki paliatywnej lub hospicyjnej, poradnie medycyny paliatywnej [4].

Celem pracy była próba identyfikacji problemów zdrowotnych pacjentów terminalnie chorych w opinii pielęgniarek i rodzin tych pacjentów.

Materiał i metoda

Badania były przeprowadzone wśród 50 pielęgniarek i 50 osób reprezentowanych przez rodziny chorego w Hospicjum p.w. św. Ducha w Łomży oraz na Oddziale Paliatywno–Hospicyjnym w Szpitalu Ogólnym w Kolnie.

W grupie pielęgniarek wszystkie respondentki były kobietami, większość mieszkała w mieście (60%), posiadała wykształcenie średnie medyczne (52%), licencjat (28%) i wyższe (20%). Najliczniejszą grupę stanowiły osoby pracujące w zawodzie 6-10, 21-30 lat oraz powyżej 30 lat (po 20%). Przeanalizowano także staż pracy w zawodzie biorąc pod uwagę pracę w hospicjum. W najliczniejszej grupie od 6 do 10 lat było 40% osób, od 0-5 lat – 36%, od 11 lat wzwyż 24%.

W grupie rodzin większość stanowiły kobiety (64%). Najwięcej osób było w wieku od 20 do 40 lat (64%). Byli to głównie mieszkańcy miast (68%) i osoby pozostające w związku małżeńskim (80%). Wśród ankietowanych wykształcenie zawodowe i średnie posiadało 36%, wyższe 20%, natomiast 8% ankietowanych nie udzieliło na to pytanie odpowiedzi. Ponad połowa ankietowanych (52%) zadeklarowała, że osobą znajdującą się w hospicjum jest rodzic, dla 8% były dzieci, natomiast dla 40% respondentów byli to dalsi członkowie rodziny.

W badaniach posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, zrealizowanego za pomocą techniki ankiety. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnego autorstwa złożony z 34 pytań zamkniętych dla pielęgniarek oraz 33 pytań dla rodzin pacjentów. Pytania były tak sformułowane, by można było porównać zakres odpowiedzi pomiędzy dwoma grupami badawczymi.

Ankieta dla rodzin składała się z dwóch części. Pytania w pierwszej części dotyczyły: płci, wieku, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego, wykształcenia oraz kim jest osoba znajdująca się w hospicjum. Druga część ankiety zawierała pytania szczegółowe dotyczące udziału pielęgniarki w rozwiązywaniu problemów pielęgnacyjnych wobec ich bliskiej osoby. Ankieta dla pielęgniarek również składała się z dwóch części. Pierwsza część pytań odnosiła się do: wieku, płci, miejsca zamieszkania, wykształcenia, stażu pracy w zawodzie, stażu pracy w hospicjum. Pytania w drugiej części dotyczyły udziału pielęgniarki w rozwiązywaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta w ostatnim stadium choroby.

Wyniki

Najistotniejszym zauważalnym problemem u pacjenta terminalnie chorego według pielęgniarek i rodzin był ***ból***. Tak uznało 96% pielęgniarek i 88% rodzin. Obie grupy uznały również, że najlepszym sposobem jego niwelowania jest stosowanie leków (blisko 99% odpowiedzi w obu grupach).

Zdaniem ankietowanych pielęgniarek występowanie ***duszności*** jest częste (52%) i bardzo częste (28%) u ich pacjentów. Rodziny chorych objaw ten zauważali bardzo często (12%) i często (38%) u swoich najbliższych. Aż 36% odpowiedziało, że według nich duszność nie występuje u ich bliskich osób. Zdecydowana większość (92%) badanych pielęgniarek i 46% rodzin chorych uważało, że najlepszym sposobem dla chorego w łagodzeniu duszności jest stosowanie farmakoterapii. Pielęgniarki wymieniły także wysokie ułożenie (72%), unikanie niepotrzebnego wysiłku (52%), zapewnienie tlenu (40%). Według rodzin sposoby wymienione przez pielęgniarki uzyskały średnio po 40% odpowiedzi.

Nudności i wymioty według 34% pielęgniarek oraz 30% rodzin występują *tylko czasami.* Natomiast 30% badanych rodzin chorego stwierdziła, że ten objaw w ogóle nie występuje (żadna z pielęgniarek nie udzieliła takiej odpowiedzi). Za najlepszy sposób łagodzenia tych objawów 100% pielęgniarek uznało farmakoterapię. Natomiast tylko 42% rodzin zgodziło się z opinią pielęgniarek. Rodziny dodatkowo wskazały na: unikanie dużych porcji i dań intensywnie pachnących – 36%, zalecenie picia dużej ilości płynów – 22%, stosowanie diety lekkostrawnej – 18%.

W opinii 70% badanych pielęgniarek oraz 50% ankietowanych rodzin ***brak apetytu*** to częsty objaw pacjentów hospicyjnych. Większość pielęgniarek (68%) uznało, że nie wywieranie presji nad chorym, aby jadł więcej oraz stosowanie farmakorepii jest najlepszym sposobem radzeniem z problemem (rodziny – 44%). Natomiast 46% ankietowanych rodzin uważało, iż najbardziej pomaga pacjentom podawanie posiłków częściej, lecz w niewielkich ilościach (pielęgniarki – 36%).

Dla ponad połowy pielęgniarek zauważalnym problemem u chorych są ***zaparcia.*** Tak uważało 66% pielęgniarek i 36% rodzin. Żadna pielęgniarka nie odpowiedziała, że zaparcia nie występują w ogóle u pacjentów terminalnie chorych, natomiast wśród rodzin było to 34% respondentów. Najlepszą metodą w łagodzeniu zaparć jest podawanie pacjentowi dużej ilości płynów (64% pielęgniarek 36% rodzin) oraz wprowadzenie do diety produktów mlecznych (48% pielęgniarek i 18% rodzin). Również wysoki odsetek odpowiedzi był w zakresie zwiększenia aktywności fizycznej (40% pielęgniarek i 26% rodzin).

Innym problemem ze strony układu pokarmowego są ***biegunki.*** Według 82% pielęgniarek występują one *czasami*, według rodzin *bardzo często* (6%), *często* (30%), *czasami* (30%) i *nie występują w ogóle* (34%). Najczęściej wskazywanym sposobem w łagodzeniu biegunki było wśród pielęgniarek (88%) i rodzin (32%) zastosowanie środków farmakologicznych. Rodziny chorych, również w 32% uznały podawanie pacjentowi dużej ilości płynów - za najbardziej skuteczny sposób.

Kolejnym zauważalnym problemem występującym u pacjentów były ***obrzęki.*** Tak odpowiedziało 44% pielęgniarek i jedynie 20% rodzin. Rodziny stwierdziły, że obrzęki u ich podopiecznych występują *czasami* – 28% i *nie występują w ogóle* – 44%. Najlepszym sposobem łagodzenia tej dolegliwości jest wysokie ułożenie kończyny - według 96% pielęgniarek i 30% rodzin. Pozostałe 34% rodzin uważało, że jest to stosowanie farmakoterapii i natłuszczanie skóry (12%).

Istotnym problem w stosunku do osoby leżącej są ***odleżyny.*** 60% pielęgniarek stwierdziła, że odleżyny u ich podopiecznych występują *czasami*, według rodzin było to 30% odpowiedzi. Aż co trzeci respondent z grupy rodzin określił, że odleżyny *nie występują w ogóle.* Wśród metod szybszego gojenie się odleżyn pielęgniarki wymieniły przede wszystkim zmianę pozycji chorego co dwie godziny (92%), rodziny – 66%. Drugim dobrym sposobem według ankietowanych jest zastosowanie materaca przeciwodleżynowego (pielęgniarki 76%; rodziny 54%).

Poddano ocenie stopień zadowolenia pacjenta z rozwiązywania jego problemów. 44% pielęgniarek uważało, że jest on *raczej zadowolony*, 36% - *trudno powiedzieć*, 20% *zdecydowanie zadowolony*. W opinii rodzin były to następujące odpowiedzi: *raczej zadowolony* – 42%, *trudno powiedzieć* – 42%, *zdecydowanie zadowolony* – 16%.

Pielęgniarki zadeklarowały, że *raczej są* zdecydowanie dostępne na każdą prośbę pacjenta (74%). U rodzin ten odsetek wyniósł 58%. Według 4% pielęgniarek *nie są one dostępne* na każde życzenie pacjenta, w przypadku rodzin było to 14%. Prawie wszystkie pielęgniarki (96%) i 88% rodzin odpowiedziało, że *w czasie całej doby* opieka pielęgniarska jest dobra.

Zarówno pielęgniarki, jak i rodziny chorych w 60% zadeklarowali, że pielęgniarki *zdecydowanie dbają* o intymność chorych podczas wykonywanych procedur pielęgniarskich. Po 40% odpowiedzi w obu grupach badanych przypadło na odpowiedź „*raczej dbają*". Według 66% pielęgniarek godność chorego jest szanowana *zdecydowanie,* według rodzin było to 68%.

W kolejnej części badań analizie poddano zakres udzielania wsparcia psychicznego chorym i rodzinom oraz informacyjnego - rodzinom.

70% ankietowanych pielęgniarek uważało, że *zdecydowanie dużo* daje ***wsparcia psychicznego*** chorym. Pozostała część odpowiedziała, że *raczej dużo* (30%). Natomiast rodziny chorych uznały, że w 56% chorzy otrzymują *zdecydowanie dużo* wsparcia, 22% - *raczej dużo,* a 16% - *trudno powiedzieć*. Jednocześnie 74% pielęgniarek uznało, że to one głównie udzielają wsparcia rodzinom, inni członkowie rodziny (48%), lekarz (18%). Rodziny

wskazały: 62% na pielęgniarki i tyle samo na rodziny pacjentów oraz na lekarzy (12%). W zakresie ***wsparcia informacyjnego*** 54% pielęgniarek odpowiedziało, że *raczej w pełni i w pełni* przekazują informacje rodzinom chorych o stanie pielęgnacji ich podopiecznych. Podobny wynik (56%) odpowiedzi uzyskano od rodzin pacjentów.

Również wysokie odsetki pozytywne uzyskały odpowiedzi na pytanie „Czy pielęgniarki są empatyczne dla problemów pacjenta i ich rodzin". *Zdecydowanie empatyczne i raczej empatyczne* są w swojej opinii pielęgniarki (94%), w opinii rodzin – 92%. Jedynie 4% pielęgniarek i 8% rodzin określiło, że nie są empatyczne.

Omówienie wyników i dyskusja

W Polsce z powodu choroby nowotworowej umiera rocznie ok. 75 tys. osób, z czego 55,3% w szpitalu, a 44,2% w domu. W związku z przewidywanym wzrostem zachorowalności oraz umieralności na choroby nowotworowe liczba osób objętych opieką paliatywną będzie wzrastać. Niezwykle staje się ważny problem zapewniania tym osobom dobrej jakości opieki, zgodnie z standardami i normami Światowej Organizacji Zdrowia [5].

Umieranie w hospicjum to jedno z najtrudniejszych zadań jakie przyjmuje na siebie opieka paliatywna. Jest to zadanie niezwykle bardzo ważne i delikatne. Podstawą jej działania jest zrozumienie najgłębszych potrzeb ludzi cierpiących i nieuleczalnie chorych [6].

Wśród chorych umierających na plan pierwszy wysuwa się potrzeba fizycznego komfortu osiąganego przez kontrolę objawów, a wyrażająca się znacznym złagodzeniem lub całkowitym usunięciem niekorzystnych przypadłości. Dolegliwości somatyczne odczuwane przez osoby chore na nowotwory stanowią poważny problem. Powodują nie tylko dyskomfort odczuwany przez pacjentów, ale także w znaczny sposób utrudniają oraz ograniczają ich życie. Problemy pacjentów pojawiają się z różnych układów, jednak do najczęściej wymienianych zalicza się ból [7,8].

Ból jest to nieprzyjemne zmysłowe i emocjonalne doświadczenie towarzyszące istniejącemu lub zagrażającemu uszkodzeniu tkanek bądź jedynie odnoszone do takiego uszkodzenia. Stała kontrola bólu nowotworowego ma istotne znaczenie w procesie leczenia przyczynowego oraz objawowego. Pozwala pacjentowi utrzymać dobrą jakość życia w chorobie [9].

Według Kaczmarka i wsp. ból jest najczęstszym objaw pacjentów terminalnych (65-85%). Jednak pomimo postępu w leczeniu bólu aż u 10 – 15% pacjentów z chorobą nowotworową nie udaje się go uśmierzyć w sposób zadawalającym [5]. Również Saunders powiedziała, że ból w stanie terminalnym jest doświadczany nie tylko w sferze somatycznej, ale także psychologicznej, socjalnej i duchowej. Dla podkreślenia złożonej natury bólu w

chorobie nowotworowej wprowadziła ona pojęcie *„bólu totalnego"*. Mamy do czynienia z tym stanem, gdy na pytanie: *„Co panu/pani dolega?"* pacjent odpowiada WSZYSTKO! [8].

W leczeniu farmakologicznym bólu nowotworowego stosuje się trójstopniową drabinę analgetyczną, która została opublikowana przez Światową Organizację Zdrowia w 1986 roku:

- I stopień - *nieopioidowe leki przeciwbólowe* (niesteroidowe leki przeciwzapalne, paracetamol)
- II stopień - *słabe opiody* - kodeina, dihydrokodeina, tramadol
- III stopień - *silne opiody* - morfina, fenfantyl, oksycodon, hydromorfon, metadon [10].

Z badań własnych wynika, iż badane pielęgniarki uznały ból za objaw najbardziej uciążliwe dla pacjenta w stanie terminalnym (96%), wszystkie stwierdziły, że najbardziej skutecznym środkiem jego likwidacji jest stosowanie leków farmakologicznych.

Kolejnym ważnym problemem pacjentów hospicyjnych jest ***duszność.*** Jest ona określeniem uczucia braku tchu (głód powietrza). Ponieważ jest to uczucie subiektywne, tylko sam chory może określić jej nasilenie. Podobnie jak w bólu, duszność jest zjawiskiem dwoistym: z jednej strony jest to indywidualna percepcja głodu powietrza, z drugiej natomiast to odpowiedź chorego na uczucie braku tchu [11]. Częstość występowania duszności wzrasta wraz z postępem choroby. W fazie zaawansowanej nowotworu obserwuje się ją u 48-69% chorych i u 70% pacjentów w ostatnich 6 tygodniach życia. Stwierdza się ją u 80% chorych na raka płuca [12]. Analizując własne wyniki, 80% ankietowanych pielęgniarek oraz 50% rodzin chorego uznało częstotliwość występowania duszności za częsty oraz bardzo częsty objaw pacjentów terminalnych.

Bruer i wsp. w swoich badaniach wykazali, że nasilenie duszności zmniejsza się istotnie po podskórnym podaniu opiodów. Niektórzy chorzy odczuwają mniejszą duszność w następstwie chłodzenia skóry twarzy (stosowanie wentylatorów). Sale, w których przebywają pacjenci powinni być przestronne i dobrze wentylowane. Chorzy na ogół łatwiej oddychają w powietrzu chłodniejszym. Wysokie ułożenie pacjenta, także ułatwia oddychanie. Bardzo ważna jest, również edukacja rodziny, która powinna zostać dokładnie poinformowana o możliwych sposobach pomocy choremu, zwłaszcza podczas napadów „paniki oddechowej" [11, 13]. Badania własne ukazały, że w leczeniu tego objawu zdecydowana większość badanych pielęgniarek (92%) i 46% rodzin chorych uważała stosowanie farmakoterapii za najlepszy sposób na niwelowanie objawów duszności.

Nudności i wymioty to następny objaw, na który warto zwrócić uwagę. Według różnych autorów nudności występują u 6-98%, a wymioty u 4-32% chorych z zaawansowaną chorobą nowotworową. Wyniki są tak różne, ponieważ występują z różną częstotliwości w

zależności od stopniem zaawansowania choroby i samej choroby. Na przykład u chorych z zaawansowanymi nowotworami przewodu pokarmowego występują aż u ok. 39% pacjentów [14]. Z badań własnych wynika, że w 66% badanych pielęgniarek oraz 40% rodzin chorego uważało nudności i wymioty za bardzo częsty, a także częsty objaw pacjentów hospicyjnych.

Postępowanie pozafarmakologiczne w leczeniu nudności i wymiotów polega na zapobieganiu występowania przykrego zapachu spowodowanego stomią, guzami grzybiastymi albo owrzodzeniami odleżynowymi, wyeliminowanie drażniących zapachów i potraw, karmieniu niewielkimi, ale częstymi porcjami jedzenia, wyjaśnieniu choremu i rodzinie przyczyny wymiotów i sposobu postępowania, zapewnieniu spokojnego otoczenie, z dala od widoku i zapachu jedzenia [15]. Natomiast podstawowym sposobem leczenia nudności i wymiotów pozostaje farmakoterapia. Praktycznym przykładem może być często stosowane w praktyce klinicznej równoczesne podawanie tramadolu i metoklopramidu [14]. Z uzyskanych wyników na temat złagodzenia nudności i wymiotów wszystkie ankietowane pielęgniarki (100%) uznały właśnie farmakoterapię za sposób najlepszy. Rodziny chorych tylko w 42% zgodziły się z tą teorią, zwracając jednak uwagę na inne – niefarmakologiczne sposoby łagodzenia dolegliwości.

Następnym, ważnym objawem pacjentów hospicyjnych jest ***brak apetytu.*** To bardzo poważny problem, prowadzący w efekcie do wyniszczenia organizmu chorego. Wraz z postępem choroby pacjenci tracą chęć do jedzenia, dochodzi do utraty masy ciała, co wiąże się z osłabieniem, zmniejszeniem odporności, a nawet depresją [16]. Nie zawsze musi być to nieodwracalny objaw postępującej choroby nowotworowej. Może wynikać to z zaburzenia czynności przewodu pokarmowego (choroby jamy ustnej, dyspepsji, nudności i wymioty, zaparcia stolca), czynników psychogennych, jatrogennych (leki), czy też z zaburzenień metabolicznych (zespół wyniszczenia, awitaminozy i hipercalcemia) [17]. Przeprowadzone badania w niniejszej pracy pokazują, że 70% badanych pielęgniarek oraz 50% ankietowanych rodzin chorego uważało, że brak apetytu to częsty objaw pacjentów terminalnych.

Wśród metod pomagających przywrócić łaknienie wymienia się leczenie farmakologiczne oraz metody niefarmakologiczne:

- nie należy wywierać presji na chorym, aby jadł więcej
- podawanie jedzenia wtedy, gdy chory ma na nie ochotę
- podawanie małych porcji, a częściej
- podawnie większych porcji rano, chory wtedy jest mniej zmęczony
- zapobieganie przykrych zapachów

- zachęcanie chorego do przyjmowania dużej ilości płynów
- zadbanie o właściwą pozycję chorego [15].

Brak apetytu nie jest jednak jedyną przyczyną pojawienia się u pacjenta ***kacheksji*** (wyniszczenie). Do przyczyn wyniszczenia nowotworowego można zaliczyć: niemożność przyjmowania posiłków (niedrożność przewodu pokarmowego, perforacja przewodu pokarmowego), złe wchłanianie (zespół krótkiego jelita, biegunki, przetoki), niechęć do jedzenia (kachektyny wydzielane przez nowotwór, depresja, brak ruchu, zmiany zapalne na śluzówce jamy ustnej) [18]. Problem ten w naszych badaniach zauważyło 88% pielęgniarek i 76% rodzin.

Zmiany zapalne w jamie ustnej to kolejny problem chorych w zaawansowanej chorobie nowotworowej. Wrażliwa na uszkodzenia błona śluzowa narażona jest na powstawanie zmian zapalnych, owrzadzeń, a także nadżerek. Pacjent odczuwa pieczenie, ból. Może wystąpić obrzęk, krwawienie oraz trudności w połykaniu. Zmiany te zazwyczaj mają podłoże grzybicze bakteryjne bądź wirusowe. W badanej grupie przez Glińską i wsp. objaw ten wystąpił u 36,97% chorych [16].

Z uzyskanych własnych wyników zmiany zapalne jamy ustnej wystąpiły u pacjentów w 28% według pielęgniarek i w 20% według rodzin chorych.

Zaparcia stolca to następny objaw jaki dotyczy chorych terminalnych. Występuje u ok. 50% chorych z zaawansowaną chorobą. Natomiast zaparcie stolca wywołane opioidami dotyczy ok. 70-90% i stanowi poważny problem kliniczny, ponieważ często jest oporne na leczenie objawowe, a u ok. 90% chorych powoduje znaczne obniżenie jakości życia [19]. Najczęstszą przyczyną zaparć jest: brak aktywności ruchowej, osłabienie, hiperkalcemia, niedostateczne odżywianie, odwodnienie, trudności w korzystaniu z toalety, polekowe (w wyniku stosowania opiodów, leków cholinolitycznych, leków, moczopędnych), odruchowe lub organiczne zaburzenie czynności nerwowego układu autonomicznego regulującego parystaltykę jelit (spowodowane m.in.: bólem, guzami nowotworowymi w obrębie jamy brzusznej, a zwłaszcza w przestrzeni pozaotrzewnowej). Na zaparcie stolca może też mieć wpływ niepokój związany z chorobą oraz opory spowodowane koniecznością publicznego oddawania stolca [20, 21]. Problem związany z zaparciami zauważyły w niniejszych badaniach przede wszystkim pielęgniarki, rodziny w mniejszym odsetku.

W ogólnym postępowaniu w przypadku zaparć należy zwiększyć nawodnienie (zachęcić do picia), zwiększyć udział owoców w diecie. W miarę możliwości zachęcać pacjenta do poruszania się. U chorych leżących stosować ćwiczenia bierne oraz masaż brzucha. Niemniej ponad 30% chorych wymaga stosowania środków doodbytniczych [20].

Analizując własne wyniki można stwierdzić, iż według 64% ankietowanych pielęgniarek najlepszą metodą w łagodzeniu zaparć jest podawanie pacjentowi dużej ilości płynów oraz wprowadzenie pokarmów mlecznych (48%). Tylko 4% badanych rodzin chorych podało wprowadzenie diety wysokobłonnikowej, jako skuteczną metodę, a za najlepszą uznali w 38% zastosowanie środków farmakologicznych.

Obrzęk limfatyczny to kolejna dolegliwość chorych w terminalnej fazie choroby nowotworowej. Powstaje na skutek zaburzeń czynności układu limfatycznego i polega na odprowadzaniu z tkanek zbyt małej ilości płynu limfatycznego w porównaniu z ilością, która została tam odprowadzona [22]. Objawia się zwiększonym ciężarem kończyny, powoduje ból, ograniczenia ruchów, zaburzenia czucia, a także uwydatnienie fałdów skórnych. Długo utrzymujące się obrzęki mogą powodować wyciek chłonki, owrzodzenia i pojawianie się rogowacenia skóry. Określa się, że obrzęki mogą dotyczyć ok. 40% pacjentów terminalnie chorych [23]. Według własnych wyników 44% badanych pielęgniarek uznało, że występowanie obrzęków to częsty objaw u pacjentów. Natomiast odsetek u rodzin chorych wyniósł zaledwie 20%. Stwierdzili oni także, iż w 44% obrzęki nie występują u ich bliskich osób.

W postępowaniu w okresie obrzęku utajonego niezwykle istotne jest przestrzeganie zasad profilaktyki zmniejszających ryzyko ujawnienia się obrzęku. Należy odpowiednio pielęgnować skórę, unikać narażeń na urazy, codziennie odpowiednio dobierać ćwiczenia, utrzymać należną masę ciała. Postępowanie fizjoterapeutyczne polega na ręcznym drenażu limfatycznym, leczeniu kompresyjnym, ćwiczeniach fizycznych i oddechowych oraz elewacji, czyli wyższym ułożeniu kończyny. Ważna jest także codzienna pielęgnacja poprzez stosowanie elastycznej bielizny, natłuszczanie skóry, zmiana pozycji kończyny. Stosowanie odpowiedniej farmakoterapii również ma istotny wpływ [24,25].

Pacjenci z zaawansowaną chorobą nowotworową szczególnie są narażeni na powstawanie ***odleżyn***. Odleżyny opisuje się jako miejscową martwicę tkanek powstająca u chorych unieruchomionych w wyniku długotrwałego lub odpowiednio często powtarzającego się ucisku. Do okolic najbardziej narażonych do powstawania odleżyn zalicza się: okolice krętarzy, kości krzyżowej, guzów kulszowych oraz łokcie, pięty, uszy, kości potylicznej [26]. Stwarzają one chorym dodatkowe cierpienie. de Conno w swoich badaniach stwierdził występowanie odleżyn u ok. 14% chorych. W badaniach prowadzonych w Klinice Opieki Paliatywnej w Poznaniu w latach 1994-1996 występowanie odleżyn stwierdzono u 21% pacjentów [27]. Odnosząc się do odleżyn to tylko niewielka część badanych pielęgniarek (8%) oraz rodzin pacjentów (10%) odpowiedziała, że występują bardzo często. Wynika to za

pewne z faktu, że odleżyny mogą się pojawić, natomiast nie muszą, gdyż istotny wpływ na ich powstawanie ma stosowna opieka pielęgniarska.

Profilaktyka przeciwodleżynowa to szereg kompleksowych działań i zabiegów prowadzących w efekcie do zmniejszenia ryzyka powstawania odleżyn, a w sytuacji ich pojawienia się do poprawy warunków gojenia. Profilaktykę przeciwodleżynową należy zaplanować, uwzględniając hierarchię uwarunkowaną najistotniejszymi czynnikami zagrażającymi [26, 27]. W profilaktyce uwzględniamy następujące elementy: identyfiakcję zagrożenia (należy dokonać u każdego chorego objętego opieką wykorzystując jedną ze skal opracowanych na podstawie analizy czynników ryzka, np. skala Norton), minimalizację ucisku (stosowanie materacy przeciwodleżynowych, zmiana pozycji ciała pacjenta co 2h), zastosowanie sprzętu pozwalającego na prawidłowe rozproszenie ucisku: podpórek pod pięty i łokcie z poliuretanu. Należy również kontrolować i pielęgnować skórę, najlepiej w trakcie każdej zmiany pozycji ciała i podczas wykonywania czynności pielęgnacyjnych, co pozwoli wcześnie wychwycić pojawiające się zmiany. Do innych działań wspierających profilaktykę zaliczamy: prawidłowe nawadnianie i odżywianie, zapobieganie urazom wynikającym z nieprawidłowej techniki pielęgnacji oraz zapobieganie infekcjom [21, 26, 27].

Jak wykazano w badaniach własnych, jak i u innych autorów, u większości pacjentów w terminalnym okresie choroby nowotworowej występuje wiele problemów natury fizycznej. W znacznym stopniu może obniżać to ich jakość życia. Większa część chorych nie radzi sobie z tym nowym wyznaniem i wymaga pomocy ze strony innych osób [16].

Wnioski

1. W grupie badanych pielęgniarek, jak i rodzin pacjentów głównymi problemami chorych w zaawansowanej chorobie nowotworowej był ból, duszność, nudności i wymioty, brak apetytu.
2. Proponowane i stosowane metody łagodzenia dolegliwości u pacjentów przez pielęgniarki były w większości akceptowane wśród grupy rodzin.
3. Pielęgniarki dostarczają niezbędnych informacji o stanie pielęgnacji ich najbliższych osób.
4. Pielęgniarki spełniają oczekiwania pacjentów i ich rodzin w zakresie wsparcia psychicznego oraz są praktycznie dostępne na każdą ich prośbę.

Piśmiennictwo

1. Kułakowski A. (red.): Onkologia w praktyce lekarza rodzinnego. Wyd. PZWL, Warszawa, 2000, 183-185.

2. Czerwik-Kulpa M.: Oczekiwania chorych z bólami nowotworowymi i stopień ich zaspokojenia w warunkach opieki paliatywnej. Psychoonkologia, 2009, 1, 11-16.
3. Ciałkowska-Rysz A.: Sytuacja i wyzwania opieki paliatywnej w Polsce. Med. Paliat., 2009, 1, 22-26.
4. Buss T., Lichodziejewska-Niemierko M.: Opieka paliatywna w Polsce - od idei do praktyki. Forum Medycyny Rodzinnej, 2008, 4, 277-283.
5. Kaczmarek M.S., Żułtak – Bączkowska K., Szymkowicz-Kowalska M., Karakiewicz M.: Analiza problemów medycznych i psychospołecznych pacjentów objętych opieką Hospicjum Domowego w Szczecinie w 2007 roku. Med. Paliat., 2011, 2, 81-86.
6. Burchacka A.: Opieka paliatywna i terminalna [w:] Pielęgniarstwo onkologiczne, Koper A. (red.). Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2001, 397-414
7. de Walden – Gałuszko K., Jak skutecznie pomagać chorym umierającym- problemy wsparcia psychicznego. Nowa Medycyna, 2004, 2, 67-68.
8. Glińska J., Adamska E., Brosowska B., Lewandowska M.: Problemy fizyczne w terminalnej fazie choroby nowotworowej, a wsparcie społeczne ze strony personelu pielęgniarskiego. Probl. Pielęg., 2009, 3 190-198.
9. Leppert W.: Specyfika leczenia przeciwbólowego w zaawansowanej chorobie nowotworowej. Przew. Lek., 2007, 2, 182-191.
10. Hilgier M.: Leczenie bólu w chorobie nowotworowej. Przew. Lek., 2006, 4, 36-49.
11. Clemens K.E., Klashik E.: Objawowe leczenie duszności z silnymi opioidami. Med. Paliat., 2008, 2, 183-191.
12. Leppert W., Jazierska B.: Postępownie w duszności u chorych na nowotwory. Med. Paliat., 2011, 1, 19-32.
13. Flakus J.: Duszność [w:] Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej, de Walden-Gałuszko K., Kaptacz A. (red.). Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2005, 91-92.
14. Leppert W.: Nudności i wymioty u chorych w medycynie paliatywnej. Med. Paliat., 2011, 3, 113-120.
15. Buczkowski K.: Najczęstsze objawy ze strony przewodu pokarmowego [w:] Opieka paliatywna, Krajnik M., Rogiewicz M. (red.): Wydawnictwo Akademia Medyczna im. Ludwiga Rydygiera w Bydgoszczy, Bydgoszcz 1998, 63-65, 68.
16. Glińska J., Adamska E., Brosowska B., Lewandowska M.: Problemy fizyczne w terminalnej fazie choroby nowotworowej a wsparcie społeczne ze strony personelu pielęgniarskiego. Probl. Pielęg., 2009, 3 190-198.

17. Zapaśnik A., Żylicz Z.: Leczenie częstych objawów występujących ze strony poszczególnych układów [w:] Podstawy opieki paliatywnej w chorobach nowotworowych, Hebanowski M., de Walden-Gałuszko K., Żylicz A. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 1998, 110-112.
18. Gorzelińska L., Łuczak J.: Zespół wyniszczenia nowotworowego (kacheksja). Brak łaknienia (anoreksja). Med. Rodz., 2003, 5, 134-137.
19. Leppert W., Dierżanowski T., Ciałkowska-Rysz A., Jarosz J., Pyszkowska J., Stachowiak A.: Postępowanie u chorych z zaparciem stolca w medycynie paliatywnej – zalecenia Grupy Roboczej Ekspertów Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej. Med. Paliat., 2009, 1, 1-10.
20. Burchacka A.: Zaparcia [w:] Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej, de Walden-Gałuszko K., Kaptacz A. (red.). Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2005, 99-101.
21. Richardson E.: Opieka paliatywna dla pielęgniarek, Wydawnictwo Fundacja Pomoc Krakowskiemu HOSPICJUM, Kraków, 1995, 29-31.
22. Piotrowicz R., Ciecierski M., Jawień A.: Obrzęki limfatyczne – leczenie. Przew. Lek., 2000, 7, 66-68.
23. Lutostańska I., Mrówczyńska E., Mazurkiwicz E., 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.
24. Białoń-Janusz A., Grądalski T.: Obrzęk chłonny [w:] Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej, de Walden-Gałuszko K., Kaptacz A. (red.): Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2005, 154-157.
25. Grądalski T.: Obrzęk limfatyczny [w:] Podstawy opieki paliatywnej, de Walden Gałuszko K. (red.): Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2004, 147-149.
26. Malinowska K., Mikołajewska E.: Odleżyny – wspólna płaszczyzna działań pielęgniarskich i rehabilitacyjnych u pacjenta leżącego. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2009, 2, 60-64.
27. Sopata M., Łuczak J.: Odleżyny – profilaktyka i leczenie. Przew. Lek., 2001, 7 120-126.

Chilińska Joanna Zofia[1,2], Sobocińska Joanna[2,3], Fiega Ewa[1,4], Krajewska-Kułak Elżbieta[5]

Pacjent w fazie zmęczenia w przebiegu zaawansowanego procesu nowotworowego

1. Szpital Wojewódzki im Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży
2. Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży
3. Szpital Ogólny w Piszu
4. Wydział Medyczny Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży
5. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp

Badania nad zmęczeniem w medycynie obserwuje się dopiero od kilkunastu lat i większość z nich badań przeprowadzono głównie u pacjentów w trakcie leczenia onkologicznego lub wyleczonych z nowotworu. W obu powyższych przypadkach chorych, największą uwagę w ostatnim czasie poświęcono możliwości redukcji zmęczenia za pomocą regularnej aktywności fizycznej. Do tej pory niewiele zajmowano się zmęczeniem u chorych pozostających pod opieką hospicjów z powodu daleko zaawansowanej choroby nowotworowej. Badania w tej grupie chorych odbywały się głównie wokół poradnictwa w zakresie odżywiania, metod oszczędzania zasobów energii, psychologicznych sposobów radzenia sobie ze stresem oraz stosowania niespecyficznych środków farmakologicznych. Praktycznie pominięto ocenę wpływu kinezyterapii na odczucie zmęczenia i jakość życia pacjentów pozostających pod opieką paliatywną w końcowym stadium zaawansowania nowotworów.

Zmęczenie obejmuje wzajemnie oddziaływające na siebie komponenty, takie jak: emocjonalne, poznawcze i behawioralne. Podkreśla się, że przewlekłe zmęczenie jest utożsamiane z licznymi czynnikami natury psychologicznej, związanymi również ze stylem życia, czy wpływami środowiska i dlatego też wyjaśniane jest w wieloprzyczynowych modelach, ujmujących czynniki biomedyczne i psychospołeczne. Warto zaznaczyć, że wiele problemów, na przykład uwarunkowania zmęczenia, zostało dość dobrze poznanych, ale wciąż pojawiają się nowe pytania, zważywszy na dynamikę różnorodnych zmiennych wiążących zmęczenie ze skomplikowaną naturą człowieka i jego aktywnością.

Zmęczenie nie jest w istocie dewiacją, choć jest różnie definiowane w obrębie odmiennych dziedzin nauk [1]. Może np. określać bycie niezdolnym do podejmowania dalszego wysiłku. Ludzie opisują zmęczenie w różnorodny sposób sposób, czasami niezbyt

trafnie np. uosabiają je z sennością w następstwie przedłużonego czuwania. Zmęczenie może być związane także ze stresem lub przeciwnie - nie mieć z nim nic wspólnego. Wyniki badań dotyczących aspektu zmęczenia wskazują, że skargi na dominujące psychiczne lub fizyczne symptomy zmęczenia wielokrotnie są słabo związane z ujawnionym obiektywnym funkcjonowaniem [1].

Obecnie brak jest powszechnie akceptowanej i zadowalającej definicji zmęczenia. Centrum Kontroli i Prewencji Chorób opisało kryteria zmęczenia, które wpływają na zmęczenie patologiczne, ale uczyniło to jedynie w odniesieniu do syndromu przewlekłego zmęczenia. Przyjęto jednakże, że zmęczenia nie redukuje odpoczynek, a może je pogarszać aktywność fizyczna lub umysłowa.

Proces przygotowania do choroby nowotworowej w każdym jej stadium poprzedzają negatywne emocje. Informacje o rozpoznaniu, wznowie, propozycje leczenia są tym odczuciem, który wzbudza lęk, złość, smutek i inne nieprzyjemne odczucia zaburzające równowagę psychiczną i wyzwalające zarazem działania obronne, nastawione na uspokojenie się i przywrócenie spokoju.

Zmęczeniu fizjologicznemu można przypisać dwie funkcje:

- regulacyjną - chroniącą przed nadmiernym wysiłkiem i wyczerpaniem zasobów energetycznych organizmu,
- adaptacyjną - służąca zwiększeniu wydajności energetycznej organizmu.

Dzięki odczuwaniu zmęczenia na drodze wytrenowania możemy być zdolni do większego wysiłku, niż wyjściowy [2]. W przypadku, gdy zmęczenie jest wynikiem złego odżywiania, odwodnienia, nadmiernej codziennej aktywności, bez czasu pozwalającego na regenerację sił lub powstaje w związku z czynnikami środowiskowymi – staje się sygnałem alarmowym, motywującym do zmiany stylu życia [2].

Fizjologicznie zmęczenie ma swój początek i określony, niezbyt długi okres trwania, zależy od częstotliwości i rodzaju wykonywanej aktywności. Narasta wraz z czasem podejmowania wysiłku oraz jego natężeniem. Najczęściej zwiększa się pod koniec dnia. Mija po odpoczynku, lub krótkich okresach snu [3].

Jeśli zmęczenie powstaje bez podejmowania wysiłku fizycznego czy intelektualnego, czas jego trwania przedłuża się, staje się czynnikiem źle wpływającym na jakość życia i wymaga w miarę możliwości eliminacji.

Według słownika języka polskiego,, *zmęczenie to stan znużenia, wyczerpania w skutek wysiłku fizycznego lub psychicznego. Psychiatrzy definiują ten stan, jako astenię, czyli subiektywne poczucie obniżonej sprawności fizycznej i psychicznej, ciągłego zmęczenia i*

łatwego wyczerpywania się po niewielkim nawet wysiłku"[4]. Stwierdzenie to jest również używane w odniesieniu do zaburzeń pourazowych oraz w odniesieniu do typów i zaburzeń osobowości [4,5].

Wśród psychologów zmęczenie jest rozumiane, jako „*stan wynikający z przedłużającego się wysiłku i leżący u podstaw obniżonej zdolności do działania, uczucia znużenia i bezsiły*" [cyt. za 5]. Neurolog określa zmęczenie, jako „*trudność w świadomym zapoczątkowaniu i utrzymaniu aktywności"* [cyt. za 5]. Z punktu widzenia fizjologii wysiłku fizycznego zmęczeniem nazywamy „*ograniczenie zdolności do pracy spowodowany wysiłkiem"* [cyt. za 5]. Definicją, która najodpowiedniej opisuje występowanie zmęczenia fizjologicznego określił Kozłowski [5] pisząc, że jest to stan organizmu, wzrastający podczas wykonywania pracy fizycznej lub umysłowej, charakteryzujący się: zmniejszeniem zdolności do pracy, nasileniem się odczucia ciężkości wysiłku, osłabienia chęci kontynuowania pracy.

W literaturze amerykańskiej przy definiowaniu zmęczenia pojawiają się określenia takie jak: *asthenia, tiredness, fatigue* [6,7]. Astenie z języka greckiego „astenos" brak (*thenia*) siła, wigor, jest oznaczeniem częściej używanym w psychiatrii. Według słownika języka angielskiego różnica pomiędzy *tiredness* i *fatigue* jest związana ze stopniem natężenia tego objawu. *Fatigue* jest mocniejszym doznaniem. Reasumując należy stwierdzić, że *tiredness* to doznanie, którego doświadcza każdy z nas, a przestajemy je odczuwać po krótkim odpoczynku, a *fatigue* - to brak energii towarzyszący przez cały dzień i nieustępujący po odpoczynku. Sformułowanie właściwego określenia, które byłoby jednakowe dla naszych pacjentów, nie jest proste. W odczuciu większości chorych zmęczenie jest częściej skutkiem wykonanej pracy, natomiast osłabienie towarzyszy chorobie [6,7].

W wyniku różnorodności określeń zjawiska zmęczenia w przebiegu choroby nowotworowej w języku angielskim zdecydowano się stworzyć nowy termin. Zmęczenie związane z chorobą nowotworową określono, jako CRF (*Cancer related fatigue*). Definicja ta wskazuje na związek prowadzonego leczenia onkologicznego, jak i samej choroby nowotworowej z powstawaniem zmęczenia [8].

Większość lekarzy zajmujących się chorobami nowotworowymi zgodnie twierdzi, że zmęczenie jest obecnie najczęstszym i jednocześnie jednym z najrzadziej branych pod uwagę symptomem w diagnostyce u pacjentów z chorobą nowotworową.

W przypadku zmęczenia u zdrowych osób obserwuje się normalne strukturalne znużenia jak również występowanie tego zmęczenia po wysiłku i definiuje się jego zakres [9].

Według Glaussa [3] ściślej widoczne wahania poziomu zmęczenia podczas trwania doby zaobserwowano u ludzi zdrowych. Największy wzrost w godzinach wieczornych

(zmęczenie pracą fizyczną) i najmniejszy w godzinach rannych, co wynika z tego, że wypoczynek w ciągu nocny jest czynnikiem znamiennie wpływającym na zmniejszenie poziomu zmęczenia. U osób monitorowanych, chorych na nowotwór uwidacznia zmiany w ciągu całego dnia, wyższy jest wskaźnik zmęczenia w godzinach porannych jak również brak jest znacznego wzrostu jego natężenia w godzinach wieczornych [3].

Zmęczenie należy do jednych z najczęściej występujących symptomów zgłaszanych przez pacjentów chorych na nowotwory. Szacuje się, że od 60%-90% chorych odczuwa jego nieprzyjemną obecność [10].

Zdaniem wielu lekarzy onkologów na zmęczenie u pacjentów onkologicznych składa się wiele czynników min: zwiększenie metabolizmu wywołane nowotworem, wzrost poziomu zapotrzebowania na składniki odżywcze niezbędne do odbudowywania zdrowych komórek i tkanek zniszczonych w okresie leczenia oraz zwiększony rozpad komórek i wydzielanie toksycznych substancji ubocznych [11]. Wśród jednych z wielu powodów wymienia się prozapalne cytokiny, których to zwiększony poziom widoczny jest na skutek wpływu ogniska nowotworowego, anemię, stosowanie opioidów, jak również udziału leków włączonych do chemioterapii, radioterapię oraz różnego rodzaju następstwa psychologiczne.

W nawiązaniu do funkcji czynników poznawczych mogących współtworzyć obraz zmęczenia w zespole chorych ze zmniejszoną aktywnością fizyczną, podkreśla się możliwy wpływ tendencji chorych onkologicznie do katastroficznego obrazu własnego położenia. Negatywne oczekiwania, które zmniejszają zdolność radzenia sobie z chorobą i zmęczeniem, mogą wpływać na pogłębienie odczuwanego zmęczenia [12].

Do czynników, które są prawdopodobnie odpowiedzialne za podtrzymywanie zmęczenia, można zaliczyć: niski poziom poczucia kontroli, lęku, osłabienie.

Badania [13] ilustrują, że zmęczenie należy do najczęstszych symptomów zgłaszanych przez chorych na wszystkich etapach leczenia choroby. Na jego obecność skarżą się pacjenci w czasie diagnozowania choroby i w całym cyklu leczenia, a szczególności chemioterapii, czy radioterapii. Jednakże niewiele badań przedstawia zależność pomiędzy zmęczeniem, a punktem wyjścia nowotworu. Badania wykazują, że w chorobie nowotworowej jajnika, czerniaka i nowotworze płuc, towarzyszy największe natężenie zmęczenia [13].

W przypadku zmęczenia związanego z chorobą nowotworową należy wyróżnić pewien obszar zwany „zmęczeniem wczesnym”. Pod tym pojęciem należy rozumieć zmęczenie związane z chorobą nowotworową lub jej leczeniem w ramach pierwszego zachorowania.

Powszechnie znany jest związek między niską wartością hemoglobiny, czyli niedokrwistością, a zmęczeniem. Szczególnie u pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową często występuje niedokrwistość, która powoduje zespól przewlekłego zmęczenia. U wielu pacjentów do rozwoju anemii dochodzi w trakcie chemioterapii lub po jej zakończeniu.

W przypadku ciężkiej niedokrwistości wskazane są transfuzje krwi. Częstość występowania anemii z chorobą nowotworową, w zależności od rodzaju guza, szacuje się na ok. 48- 85% [145].

Kluczowym objawem niedokrwistości jest pogorszenie wydolności i zmęczenie. Podejmowano próby stosowanie erytropoetyny u chorych z niedokrwistością i objawami zmęczenia, uzyskując znaczną poprawę objawów. Niemniej, biorąc pod uwagę możliwe ryzyko związane z leczeniem tym preparatem, wskazania do jego podawania są ograniczone dla grupy chorych z niedokrwistością poddanych aktywnemu leczeniu [15].

W ocenie stanu odżywiania należy uwzględnić [16]:

- zmiany masy ciała
- bilans energetyczny (zapotrzebowanie kaloryczne wobec rzeczywistej wartości energetycznej spożywanych pokarmów)
- zaburzenia dotykowe (nudności, wymioty, brak łaknienia, stany zapalne bon śluzowych, biegunki, zaparcia, niedrożność przewodu pokarmowego)
- zaburzenia elektrolitowe (sód, potas, magnez, wapń).

W wielu przypadkach właściwe leczenie wspomagające, uzupełnienie elektrolitów i proste zalecenia dietetyczne mogą poprawić stan odżywienia i ogólny stan chorych [16].

W ocenie chorego należy uwzględnić współistniejące choroby oraz stosowane z tego powodu leki. W przypadkach, jeśli leczenie nie jest optymalne lub nasila objawy zmęczenia, jego modyfikacja może polepszyć stan ogólny i wydolność chorego. Dotyczy to zarówno stanów niezwiązanych z nowotworem, jak i postępowania wymagającego skierowania na łagodzenie symptomów nowotworu i powikłań jego leczenia. Wśród chorych na nowotwory znacznie wcześniej niż w ogólnej populacji zaobserwowano niedoczynność tarczycy (np. po napromieniowaniu chorych na chłoniaki, raka piersi, nowotwory płaskonabłonkowe okolicy głowy i szyi), niewydolność nadnerczy i hipogonadyzm [17].

Celem pracy było: rozpoznanie aktualnie występujących problemów pielęgnacyjno-terapeutycznych u chorego w fazie zmęczenia z zaawansowanym procesem nowotworowym oraz opracowanie indywidualnego planu opieki pielęgniarskiej ze szczególnym

uwzględnieniem edukacji ukierunkowanej na proces radzenia sobie poprzez poprawę sytuacji aktualnej chorego.

Metodą badawczą zastosowaną w niniejszej pracy była metoda indywidualnego przypadku. Materiał do badania zebrano na podstawie wywiadu medycznego z chorym i jego rodziną, obserwacji, pomiarów bezpośrednich i pośrednich oraz analizy dokumentacji medycznej w tym: karty informacyjne, historia choroby, karta indywidualnej opieki pielęgniarskiej, karty gorączkowej, indywidualnej karty zleceń lekarskich, wyników badań laboratoryjnych i radiologicznych. Narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz wywiadu oceniający aktualny stan bio-psych-społeczny osoby badanej.

Badaniem objęto 42 letniego mężczyznę z rozpoznanym, zaawansowanym gruczolakorakiem płuc. Badanie przeprowadzono na przełomie czterech miesięcy. Wszelkie informacje pozyskiwano w trakcie odwiedzin w miejscu zamieszkania mężczyzny oraz jego pobytu w szpitalu. W trakcie całego procesu badany chętnie podejmował współpracę. Z zaangażowaniem odpowiadał na zadawane mu pytania

Wyniki

Pacjent L.B lat 42, z wykształceniem wyższym (adwokat) zamieszkały wraz z kochającą go rodziną, aktywny fizycznie i zawodowo. Okresowo leczone epizody zaostrzeń choroby wrzodowej dwunastnicy i przewlekłej choroby refluksowej.

Skarżył się na chrypkę oraz uporczywy kaszel z gęstą i lepką wydzieliną. U pacjenta nastąpił również znaczny spadek masy ciała. W ostatnich tygodniach u pacjenta wystąpiły niepokojące epizody podwójnego widzenia. Podczas wykonywania czynności dnia codziennego i minimalnym wysiłku odczuwał duszność oraz przewlekłe uczucie zmęczenia.

W celu zidentyfikowania przyczyny powyższych dolegliwości został poddany szczegółowej diagnostyce, na podstawie której, zdiagnozowano gruczolakoraka płuc w stopniu zaawansowanym, oraz zmiany nowotworowe w oknie aortalno-płucnym i rozwidleniu tchawicy.

Ze względu na rozległość i umiejscowienie nowotworu, chory nie kwalifikował się do leczenia chirurgicznego. Jedyną alternatywą leczenia było zastosowanie chemioterapii i radioterapii.

Ze względu na długotrwale i powtarzalne leczenie cytostatykami, pacjent został poddany zabiegowi w celu założenia portu naczyniowego.

Początkowa faza leczenia polegała na zastosowaniu radioterapii paliatywnej klatki piersiowej w celu zredukowania masy przerzutów. Kilka tygodni po zakończeniu radioterapii rozpoczęto chemioterapię, otrzymując sześć cykli w 3-tygodniowych odstępach.

Początkowo obserwowano dobrą tolerancję na zastosowane leczenie, między cyklami leczenia jakość życia była zadowalająca, a styl życia w kręgu rodziny i przyjaciół dawał choremu możliwość aktywności i daleko posuniętej „normalności".

Pan L.B otrzymał 2-tygodniowy kurs glikokortykosteroidów w celu zredukowania możliwej odpowiedzi zapalnej w miąższu płucnym i z nadzieją, ze wpłynie to na poprawę jego apetytu. Włączono przezskórne plastry Fentanylu w dawce 75mg/godzinę w celu złagodzenia dolegliwości bólowych.

Po zakończeniu chemioterapii pojawiło się obniżenie nastroju. Sytuacja, gdy chory nie przyjmował żadnego leczenia, była dla niego i jego najbliższych trudną pod względem psychicznym do zaakceptowania. Postępujące zmęczenie było źródłem frustracji i cierpienia.

Kontrolne badanie tomograficzne klatki wykazał wznowę procesu nowotworowego z przerzutami do wątroby.

Ze względu na silny ból nowotworowy podawano morfinę przez pompę infuzyjną. Pacjent w pełni świadomy swojego stanu wyraził wolę umierania w domu. Zmarł 8 tygodni później w kręgu najbliższych

Cierpienie psychofizyczne z powodu nawracającego bólu w klatce piersiowej wywołanego rozległym naciekaniem guza oraz obniżonym progiem bólowym

Cel: Zminimalizowanie dolegliwości bólowych. Poprawa sytuacji chorego

Podwyższenie progu bólowego

1. Ocena bólu pod kątem: natężenia, lokalizacji, reakcji na stosowane leczenie, pojawiania się bólu przebijającego pomimo stosowanego leczenia farmakologicznego
2. Ocena natężenia bólu poprzez: stosowanie jednoobszarowych, prostych skal np. VAS lub NRS, stała kontrola bólu i dokumentowanie w karcie obserwacji i leczenia bólu
3. Ocena indywidualnej reakcji chorego na ból: odpowiedź na stosowane leczenie, ekspresja bólu, radzenie sobie z trudną sytuacją
4. Stosowanie leczenia przeciwbólowego wspomaganego adiuwantami na zlecenie lekarza zgodnie z drabiną analgetyczną.
5. Umiejętne komunikowanie się z chorym i jego rodziną: wykazanie ostrożności, delikatności, zrozumienia, zachowanie ciszy i powstrzymanie się od rozmowy w momentach niechęci okazywanej przez chorego.
6. Zapewnienie wsparcia informacyjnego, instrumentalnego choremu i jego rodzinie
7. Poinformowanie rodziny i chorego o niefarmakologicznych metodach zwalczania bólu jak:
8. hipnoza, wizualizacja, audiowizualizacja, rozmowa terapeutyczna,

9. Ocena efektu terapeutycznego i objawów ubocznych stosowanych leków p/bólowych
10. Dokumentowanie podjętych działań

Dyskomfort psychofizyczny spowodowany postępującym zmęczeniem i osłabieniem na skutek kacheksji

Cel: Poprawa komfortu. Zminimalizowanie skutków ubocznych kacheksji

1. Zapewnienie wygody, ciszy i spokoju.
2. Utrzymanie gospodarki wodno- elektrolitowej: założenie dobowej zbiórki moczu, prowadzenie bilansu płynów, określenie stężenia elektrolitów w surowicy krwi, podanie preparatów wielowitaminowych, zgodnie ze zleceniem lekarza podanie płynów infuzyjnych, nakłanianie chorego do spożywania posiłków
3. Zachowanie czystości otoczenia: pomoc choremu w toalecie całego ciała, zmiana bielizny pościelowej i osobistej
4. Wyjaśnienie pacjentowi, że leki cytostatyczne mogą wpływać na ogólne osłabienie organizmu i zmęczenie.
5. Wyjaśnienie choremu i rodzinie na czym polega zespól wyniszczenia
6. Edukacja rodziny o tym, że karmienie na siłę i wbrew woli chorego nie przyniesie żadnych efektów , a nasili negatywne emocje takie jak (gniew, złość, izolację i niechęć)
7. Poinformowanie rodziny o: konieczności stałej obecności z chorym, rozmowie z nim i wysłuchaniu, udzieleniu wsparcia psychicznego
8. Zastosowanie farmakoterapii (Megace) na zlecenie lekarza.
9. Ocena efektu terapeutycznego stosowanego leczenia
10. Dokumentowanie podjętych działań

Niebezpieczeństwo powikłań zakrzepowo-zatorowych oraz zakażenia w obrębie portu naczyniowego

Cel: Zapobieganie zakażeniu portu naczyniowego. Zapobieganie powikłaniom zakrzepowo-zatorowych

1. Przestrzeganie zasad aseptyki podczas użytkowania portu i wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych
2. Regularna wymiana igieł Hubera co 72 godziny w przypadku podawania przez nią preparatów krwi lub emulsji tłuszczowej co 24h
3. Stosowanie heparyny drobnocząsteczkowej do przepłukiwania portu
4. Stosowanie igieł przeznaczonych do nakłuć komory portu (Igieł Hubera)

5. Przy implantacji igły należy podać 10 ml 0,9%NaCl do komory, obserwując czy nie występuje obrzęk w okolicy igły
6. Po zakończeniu podawania leków, należy przepłukać port roztworem 0,9%NaCl z dodatkiem 10 j.m heparyny
7. Dokumentowanie podjętych działań

Zmiany zapalne w obrębie jamy ustnej po chemioterapii

Cel: Zminimalizowanie zmian zapalnych w obrębie jamy ustnej

1. Dokładna obserwacja i ocena stanu śluzówki jamy ustnej.
2. Poinformowanie pacjenta o:starannej higienie jamy ustnej, delikatnym szczotkowaniu zębów i dziąseł po każdym posiłku, używanie szczoteczki o miękkim włosiu, możliwość używania nici do zębów i łagodnych past do mycia zębów.
3. Nawilżanie warg wazeliną
4. Zapewnienie diety wysokowitaminowej i wysokobiałkowej.
5. Poinformowanie o: unikaniu palenia tytoniu, używaniu ostrych przypraw (czosnku, cebuli, octu) i słonych potraw drażniących śluzówkę jamy ustnej,
   konieczność używania większej ilości płynów, unikanie spożywania pokarmów suchych i twardych.
6. Podawanie pacjentowi potraw i napojów chłodnych, płynów w ilości ok 3000 ml dziennie
7. Podawanie posiłków często i w małych porcjach.
8. Przygotowania i podania płynów do płukania jamy ustnej, np.: Tantum Verde, płyn witaminowy, Nystatyna, siemię lniane, roztwór wody utlenionej (w równych porcjach: 1 część wody przegotowanej + 1 część wody utlenionej).
9. Ocena efektu terapeutycznego stosowanych działań
10. Dokumentowanie w karcie Indywidualnej Opieki pielęgniarskiej

Nadmierna suchość w jamie ustnej jako efekt uboczny przebytej radioterapii i stosowanej chemioterapii

Cel: Zminimalizowanie suchości w jamie ustnej

1. Poinformowanie pacjenta o konieczności korzystania z miękkich szczoteczek do wykonywania toalety jamy ustnej
2. Regularne płukanie jamy ustnej
3. Stosowanie substytutu śliny w celu nawilżenia błony śluzowej (metylocelulozy)
4. Zmniejszenie urazów śluzówki jamy ustnej: termicznych (odpowiednia temperatura posiłków i płynów do 37°C), chemicznych (niepodawanie pokarmów pikantnych,

kwaśnych i ostrych), fizycznych (pokarmy o konsystencji płynnej i papkowatej, np.: Nutridrink), unikanie palenia papierosów picia gorących płynów

5. Stosowanie odpowiednich żeli tworzących na śluzówce biofilm w celu nawilżenia błon śluzowych
6. Podawanie do picia siemię lniane
7. Podawanie kostek lodu do ssania.
8. Dokumentowanie podjętych działań

Trudności w połykaniu pokarmów w skutek obrzęku szyi i twarzy (objaw zespołu żyły głównej górnej).

Cel: Ułatwienie przyjmowania posiłków

1. Zapewnienie pacjentowi wygodnej pozycji przy spożywaniu pokarmów: pozycja siedząca.
2. Podawanie posiłków w małych, ale częstych ilościach: 6-7 posiłków dziennie.
3. Zastosowanie diety wysoko białkowej i wysokokalorycznej.
4. Stosowanie mleka, jego przetworów, jako dodatków do potraw ułatwiających przełykanie.
5. Zachęcanie do spożywania pokarmów i obserwacja pacjenta podczas spożywania posiłków.
6. Edukacja rodziny w celu prawidłowego odżywiania pacjenta.

Duszności z powodu ekspansji guza w dolnych drogach oddechowych

Cel: Zminimalizowanie duszności

1. Ułożenie chorego w pozycji półsiedzącej.
2. Edukacja chorego i jego rodziny w zakresie: prawidłowego oddychania, odpowiedniej pozycji podczas odkrztuszania,
3. Wietrzenie pokoju- przed wietrzeniem okryć chorego, aby nie dopuścić do przeziębienia.
4. Zapewnienie prawidłowej wilgotności: pojemniki z płynem, mokre ręczniki, nawilżacze.
5. Obserwacja wydzieliny w kierunku krwawienia.
6. Poinformowanie o dusznościach lekarza prowadzącego.
7. Podanie odpowiednich leków.
8. Wdrożenie gimnastyki oddechowej – podanie rękawiczki gumowej do nadmuchiwania, częste ćwiczenia oddechowe.

9. Edukacja rodziny w celu przekazania odpowiedniej wiedzy i wyuczenie niezbędnych umiejętności działania w celu zapobiegania komplikacjom i pogorszenia samopoczucia chorego

Brak apetytu spowodowany: zaostrzeniem objawów ubocznych w przebiegu chemioterapii , przewlekłym procesem chorobowym, zmianami w obrębie jamy ustnej, ekspansją nowotworu, obniżeniem nastroju

Cel: Poprawa apetytu

1. Poinformowanie pacjenta, że utrata apetytu może występować jako objaw niepożądany w przebiegu leczenia cytostatykami. Chemioterapia wpływa ujemnie na apetyt, ponieważ zmienia odczuwanie smaku niektórych potraw.
2. Wyjaśnienie choremu jak ważne jest prawidłowe odżywianie w czasie chemioterapii.
3. Zachęcanie do spożywania posiłków.
4. Konsultacja z dietetyczką na temat urozmaicania diety dla pacjenta poprzez: przygotowywanie potraw aromatycznych, pobudzających wrażenia smakowe, używanie przypraw: bazylia, mięta, cytryna, wanilia w ilościach nie drażniących śluzówki jamy ustnej,
5. estetyczne podawanie posiłków.
6. Rozmowa z rodziną na temat możliwości dostarczania potraw ulubionych przez pacjenta.
7. Unikanie potraw budzących wstręt.
8. Spożywanie posiłków częściej i w małych ilościach.
9. Wykonywanie toalety jamy ustnej przed posiłkami.
10. Zapobieganie i usuwanie suchości w jamie ustnej poprzez częste popijanie soków, wód mineralnych, podawanie potraw płynnych.

Dyskomfort spowodowany przewlekłą biegunką w przebiegu chemioterapii

Cel: Zminimalizowanie biegunki. Poprawa komfortu. Zapobieganie zaburzeniom gospodarki wodno-elektrolitowej

1. Ocena intensywności biegunki.
2. Ocenianie stanu skóry narażonej na drażniące działanie stolca.
3. Ocenienie stanu ogólnego pacjenta – stopień odwodnienia, dolegliwości bólowe.
4. Wyjaśnienie pacjentowi istoty i przyczyny wystąpienia biegunki.
5. Postępowanie: farmakologiczne- podawanie leków zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich, higieniczne- toaleta ciała, pielęgnacja miejsc narażonych, zmiana bielizny osobistej i pościelowej w razie potrzeby, dietetyczne- pouczenie pacjenta o

pokarmach przeciwwskazanych w radioterapii (potrawy wzdymające, ciężkostrawne, pikantne, alkohol), wskazanie konieczności przyjmowania dużej ilości płynów obojętnych.

6. Dokumentowanie podjętych działań

Dyskomfort psychiczny spowodowany utratą włosów w przebiegu chemioterapii

Cel: Zminimalizowanie dyskomfortu

1. Rozmowa na temat wypadania włosów po podaniu cytostatyków.
2. Zalecenie stosowania łagodnych szamponów.
3. Zaproponowanie noszenia czapki
4. Udzielenie wsparcia emocjonalnego.
5. Pomoc w akceptowaniu zmian w wyglądzie chorego przez najbliższe mu osoby i okazanie mu tego.

Nawracające epizody podwyższenia ciepłoty ciała po napromieniowaniu

Cel: Zminimalizowanie dolegliwości

1. Kontrolowanie temperatury
2. Podanie leków przeciwgorączkowych na zlecenie lekarza
3. Zwiększyć podaż płynów
4. Fizykalne chłodzenie ciała w przypadku podwyższonej temperatury
5. Wymiana pościeli i bielizny osobistej
6. Obserwowanie stanu chorego

Świąd i pieczenie skóry w okolicy napromieniowanej (klatka piersiowa) jako następstwo odczynu popromiennego

Cel: Zminimalizowanie świądu i pieczenia

1. Uświadomienie pacjenta i jego rodziny o czynnikach wpływających na stan odczynu popromiennego okolicy napromienianej.
2. Udzielenie wskazówek: nie myć skóry napromienianej wodą w czasie terapii. należy nosić przewiewną, bawełniana odzież ,która nie uciska, chronić skore przed słońcem, wiatrem, zimnem, osłonic przed wyjściem na zewnątrz, nie stosować na skore wody kolońskiej, kremów kosmetycznych oraz innych preparatów zawierających alkohol
3. Pielęgnowanie skóry i łagodzenie objawów świądu i pieczenia poprzez stosowanie maści: Bepanthen, Linomag, Wazelina itp.
4. Obserwacja stanu skóry w kierunku pogłębienia się odczynu.
5. Edukacja rodziny pacjenta w celu prawidłowej pielęgnacji skóry chorego.

Bezsenność spowodowana lękiem przed śmiercią i utratą najbliższych

Cel: Przywrócenie prawidłowego rytmu snu.

1. Zapewnienie optymalnych warunków do snu: wyłączenie zbędnego oświetlenia, zapewnienie ciszy i spokoju, wietrzenie pokoju przed snem, prześcielanie lóżka, ułożenie chorego w wygodnej pozycji.
2. Rozmowa psychoterapeutyczna pielęgniarki z pacjentem: nakłanianie pacjenta do obecności kogoś z rodziny podczas zasypiania, zaproponowanie rozmowy i wsparcia duchowego ze strony lekarza, psychologa.
3. Przygotowanie i podanie szklanki naparu uspokajającego np.: z melisy.
4. Współpraca z rodziną chorego – pomoc w kształtowaniu korzystnych relacji.
5. Umożliwienie kontaktu z psychologiem.
6. Życzliwa i otwarta postawa pielęgniarki wobec pacjenta – zaangażowanie w jego problemy.
7. Rozmowa na tematy trudne, takie jak: śmierć i umieranie.
8. Zapewnienie poszanowania godności osobistej.
9. Dokumentowanie podjętych działań

Przewlekły lęk i niepokój spowodowany brakiem efektu terapeutycznego stosowanego leczenia

*Cel: Zminimalizowanie lęku i niepokoju***.**

1. Wyjaśnienie znaczenia aktywnej postawy.
2. Udzielenie troskliwej i profesjonalnej opieki.
3. Uzyskanie zaufania chorego
4. Wspomaganie pacjenta w tym, aby opisał swój strach i niepokój.
5. Pomoc w organizowaniu czasu.
6. Obserwacja stanu chorego.
7. Zapewnienie wsparcia ze strony rodziny
8. Umożliwienie kontaktu z psychologiem.
9. Zastosowanie leków uspokajających na zlecenie lekarza.

Spadek napędu motorycznego w przebiegu depresji reaktywnej i przygotowawczej

Cel: Poprawa aktywności fizycznej

1. Unikanie presji co do poziomu wykonywania czynności.
2. Odpowiednie dawkowanie i dostosowanie do możliwości

Żal i przygnębienie rodziny oraz przyjaciół na skutek bezsilności i wszechogarniającego cierpienia chorego

Cel: Przygotowanie rodziny i przyjaciół do odejścia chorego. Pomoc w przezwyciężeniu emocji

1. Rozmowa z rodziną o kończącym się życiu ich bliskiej osoby: jego bliscy musza być świadomi, ze podczas umierania należy mu zapewnić spokój, stale przy nim być, dawać poczucie bezpieczeństwa, pozwolić choremu spokojnie odejść
2. Informowanie na bieżąco rodziny w jakim obecnie stanie znajduje się chory.
3. Ofiarowanie ciągłej naszej pomocy przez umożliwienie kontaktu telefonicznego przez 24 godziny na dobę i 7 dni w tygodniu.
4. Okazywanie przez pielęgniarkę szacunku dla uczuć i słabości członków rodziny.
5. Umożliwienie rodzinie kontaktu z innymi osobami, które doświadczyły straty bliskiej im osoby z powodu choroby nowotworowej.
6. Zapewnienie wsparcia ze strony psychologa.

Wnioski

1. Najistotniejszym rozpoznanym problemem zdrowotnym u chorego był nawracający ból w klatce piersiowej wywołany rozległym naciekaniem guza oraz obniżonym progiem bólowym na skutek przewlekłego procesu chorobowego i nasilenia objawów somatycznych w przebiegu stosowanego leczenia mający istotny wpływ na przebieg procesu zmęczenia chorego.
2. Opieka nad pacjentem z zaawansowana chorobą nowotworową bez względu na lokalizację wymaga od personelu medycznego delikatności, sumienności, uczciwości, wrażliwości i wiedzy merytorycznej, której celem jest nie tylko przezwyciężanie objawów choroby, ale również przygotowanie chorego i jego najbliższych na odejście.
3. Proces pielęgnowania jest metodą pracy, która pozwala na indywidualizacje opieki nad przewlekle, nieuleczalnie chorym oraz wnikliwe rozpoznanie problemów pacjenta i jego najbliższych.

Piśmiennictwo

1. Adamsen L., Quist M., Midtgaard J., Andersen C., I wsp.: The effect of a multi dimensional exercise intervention on physical capacity, well- being and quality of live in cancer patients undergoing chemotherapy. Support Care Cancer, 2005, 14, 116-127.
2. Chabowski M.: Zmęczenie, jako kategoria definicyjna w badaniach psychologicznych, [w:] Mazur L., Koc R., (red.) Zmęczenie – psychospołeczny punkt widzenia.

Wydawnictwo Studenckiego Kola Naukowego Psychologii Społecznej, Bydgoszcz 2005, 123.

3. Glaus A.: Assessment of fatigue in cancer and non- cancer patients and in healthy inividuals. Support Care Cancer, 2003, 1, 305-315.
4. Dubisz S.: Uniwersalny słownik języka polskiego. PWN, Warszawa 2003, 407.
5. Kozłowski S., Nazar K.: Zmęczenie, [w:] Nazar K., Kozłowski S., (red.) Wprowadzenie do fizjologii klinicznej. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2004, 311.
6. Aleksandrowicz J.: Zaburzenia nerwicowe. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2004, 66.
7. Boksem M. A., Meiman T. F., Lorist M. M.: Mental fatigue, motiwation and action monitoring. Biol Psychol, 2006, 72, 123-132.
8. Mock V., Atkinson A., Barsevick A.M., et. al.: Cancer- Related Fatigue, Practice Guidelines in Oncology, J. Natl. Compr. Canc. Netw., 2007, 5, 1054-1078.
9. Link H., Bakemeyer C., Feyer P.: Terapie wspomagające w nowotworach złośliwych, wyd. I polskie, pod. red. J., Markowska, J. MedPharm, Wrocław, 2011.
10. Andrzejewski L.: Polityka nowotworowa. Podręcznik praktyczno- teoretyczny, Wyd. Krytyki Politycznej, Warszawa, 2012.
11. Jezierski A.: Onkologia. Podręcznik dla pielęgniarek, Wyd. PZWL, Warszawa, 2009.
12. Kulakowski A., Skowrońska- Gardas A.: Onkologia. Wyd. PZWL, Warszawa, 2003.
13. Dorfmuller M., Dietzfelbinger H.: Psychoonkologia. Sęk H. (red.), Urban & Partner, wyd. I polskie, Wrocław, 2011.
14. Hofman N., Rayan JL., Figueroa- Mooseley C.D. et al. : Cancer- related fatigue: the scale of the prpblem. Oncologist, 2007, 12 suppl 1, 4-10.
15. Jacobsen P.B.: Assessment of fatigue in cancer patients, J. Natl. Cancer Inst. Monogr. 2004, 32, 93-97.
16. Krzemieniecki K.: Leczenie wspomagające w onkologii. Temida, Poznań, 2009.
17. Downing J. Acute events in cancer care [In:] Cancer nursing care in context. Corner J, Bailey C (eds), Blackwell Science, Oxford, 2001, 449–465.

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

Problem zmęczenia, zaburzeń snu i złego samopoczucia emocjonalnego u pacjentów onkologicznych

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

Wstęp

Zmęczenie jest problemem powszechnie występującym w zbiorowości ludzi zdrowych oraz chorych. Definiowane jest najczęściej jako „przytłaczające wrażenie osłabienia, braku sił i energii, a często jako uczucie całkowitego wyczerpania" [1]. Zmęczenie stanowi podstawową prawidłowość fizjologiczną organizmu. Obok aspektu somatycznego, obejmuje również komponenty: poznawczy, emocjonalny, behawioralny, które są ze sobą we wzajemnych interakcjach [2]. Piper wyodrębnia cztery obszary subiektywnej percepcji zmęczenia:

- „czasowy (czas trwania),
- afektywny (emocjonalne znaczenie zmęczenia),
- zmysłowy (poznawczy, fizyczny, emocjonalny),
- ilościowy (nasilenie zmęczenia)" [3].

Zmęczenie fizjologiczne rozpatrywane jest zwykle w kontekście wysiłku związanego z pracą i odpoczynkiem. Jest normalną odpowiedzią organizmu, pojawiającą się w trakcie lub po wysiłku fizycznym, albo intensywnej pracy umysłowej [4]. Można mu przypisać dwie główne funkcje:

- regulacyjną - chroniącą przed nadmiernym wysiłkiem i wyczerpaniem zasobów energetycznych organizmu,
- adaptacyjną - służącą zwiększeniu wydajności energetycznej organizmu'' [4].

Fizjologicznie zmęczenie ma swój początek i niezbyt długi czas trwania. Zależy od intensywności i rodzaju prowadzonej aktywności. Narasta wraz z czasem wykonywania wysiłku i jego natężeniem. Najczęściej zwiększa się pod koniec dnia i mija po odpoczynku lub okresach snu. Zauważa się w nim dynamikę zmian w czasie aktywności umysłowej i fizycznej. Zmiany te dotyczą zmniejszania się zdolności do pracy, spadku motywacji do jej kontynuowania, wzrastającego odczucia ciężkości jej wykonywania [4]. Wyróżnia się:

zmęczenie obwodowe, obejmujące zmiany w mięśniach oraz zmęczenie ośrodkowe obejmujące zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym [5].

Zdaniem wielu autorów badających poziom zmęczenia obserwuje się zmniejszającą zdolność komórek mięśniowych do skurczów objawia się zmniejszeniem szybkości i siły skurczów oraz angażowaniem w pracę nowych włókien – jest to przejaw kompensacji zmęczenia [5]. U podłoża fizjologicznego tych procesów prawdopodobnie leży upośledzenie mechanizmów pobudzania komórek mięśniowych, dysfunkcja aparatu kurczliwego, zaburzenia sprzężenia elektromechanicznego, a także wyczerpanie substratów energetycznych [5]. Długo trwający wysiłek, intensywny może doprowadzić do uszkodzenia błony komórkowej włókien mięśniowych, ale jak się zauważa zależy to w dużym stopni od poziomu wytrenowania człowieka.

Jednak największe i decydujące znaczenie w obrazie i przebiegu zmęczenia przypisuje się procesom zachodzącym w ośrodkowym układzie nerwowym. Wyróżnia się trzy zasadnicze elementy składowe ośrodkowego zmęczenia. Należą do nich procesy, które czynnie ograniczają zdolność kontynuowania wysiłku lub zwiększenia jego intensywności, zabezpieczając organizm przed nadmiernym obciążeniem [5]. Kwalifikuje się tu również zmniejszenie sprawności niektórych funkcji układu nerwowego ośrodkowego w następstwie zmian poziomu aktywacji tego układu (stanu wzbudzenia) oraz rozległe upośledzenie funkcji wskutek zaburzeń homeostazy [5].

Ze względu na lokalizację wyróżnia się:

- „zmęczenie lokalne – dotyczące określonego miejsca w ciele np. mięśni kończyn dolnych lub górnych czy konkretnego organu np. serce,
- zmęczenie globalne – dotyczy wszystkich układów” [4].

Uwzględniając kryterium stopnia intensywności zmęczenie dzieli się na:

- „utajone – nie jest odczuwalne bezpośrednio,
- umiarkowane – jest przejściowym uczuciem dyskomfortu wynikającym po całodziennej aktywności,
- przemęczenie – całkowite wycieńczenie organizmu, w tym przypadku regeneracja organizmu jest najtrudniejsza” [4].

Analizując czas trwania objawów wyróżniamy zmęczenie:

- krótkotrwałe – szybko mijające po wysiłku,
- przewlekłe –wynikające z nieprawidłowego wydatkowania zasobów organizmu [4].

Zmęczenie psychiczne „*jest to trudność w podjęciu i utrzymaniu wysiłku umysłowego, w skupieniu uwagi, obojętność, brak zainteresowań, motywacji, senność*" [3]. Powstaje pod wpływem wytężonej pracy umysłowej, podczas wykonywania powtarzających się czynności [3].

Według Galubińskiej zmęczenie psychiczne to: „*zmęczenie wywołane pracą umysłową, towarzyszące obciążeniu psychicznemu, subiektywne odczucie zmęczenia, znużenie jako stan wywołany niezależnie od rzeczywistego obciążenia pracą, reakcje psychiczne na obciążenie uwarunkowane napięciem emocjonalnym, efekt zakłóceń aktywności psychicznej w wyniku monotonii otoczenia lub monotonii czynności, obniżenie sprawności psychicznej w wyniku długotrwałych lub powtarzających się czynności, długotrwałe zmęczenie przewlekłe*" [6].

Do objawów zmęczenia psychicznego zaliczono obniżenie efektywności w pracy, w wykonywaniu zajęć domowych, trudność w koncentracji, małą aktywność, liczne pomyłki, drażliwość, spadek oczekiwań i życzeń, bezsenność, problemy we współżyciu z innymi ludźmi i w organizacji myślenia, a także spadek popędu seksualnego [2]. Zaobserwowano, że osoby, które są zmęczone psychicznie mają mniejszą chęć w angażowanie się do zadań wymagających wysiłku. Zatem można powiedzieć, że jest to problem złożony i ma wieloczynnikowe zjawisko, które powoduje zmiany w procesach poznawczych, nastroju i w motywacji [2].

Zmęczenie psychiczne można rozpatrywać w czterech sferach:

- „*emocjonalnej – w której zmęczenie może powodować stres i długotrwałe utrzymywanie emocji pozytywnych jak i negatywnych,*
- *poznawczej – zmęczenie pojawia się na skutek dużego wysiłku intelektualnego,*
- *motywacyjnej – zmęczenie wynika z wielokrotnych niepowodzeń i braku poczucia kontroli,*
- *tzw. strefie ja – w której zmęczenie jest wynikiem zaniżonej samooceny, niemożności zrozumienia siebie, poznania własnych potrzeb*" [4].

Rozwinięcie

Zmęczenie to naturalny skutek stresu, wysiłku fizycznego, umysłowego i braku odpoczynku [5]. Zatem za zmęczenie psychiczne można uznać poczucie dyskomfortu połączonego z obniżeniem psychicznego dobrostanu człowieka, pojawiające się na skutek różnych zewnętrznych okoliczności oraz w wyniku aktywności poznawczo - emocjonalnej i nie posiadające podłoża fizjologicznego [2]. Zmęczenie odgrywa bardzo istotną rolę w

prawidłowym funkcjonowaniu ludzi ponieważ dotyczy wielu problemów ich życia psychicznego.

Zmęczenie towarzyszące chorobie nowotworowej uznaje się za najbardziej powszechny i dokuczliwy objaw wpływający na obniżenie jakości życia, utrudnione funkcjonowanie w wymiarze psychicznym, fizycznym, społecznym, niejednokrotnie prowadząc do rezygnacji i zaprzestania dalszego leczenia. Niewątpliwie na pojawienie się i obecność zmęczenia wpływ ma rozwój i przebieg choroby, a także w znacznym stopniu terapia antynowotworowa [7]. Obok bólu, nudności i wymiotów zmęczenie jest najczęstszym problemem pacjentów leczonych na nowotwory utrudniającym codzienne funkcjonowanie. Zajmuje ono pierwsze miejsce wśród zgłaszanych skarg. Dlatego wywiad powinien być przeprowadzony wnikliwie, starannie i dotyczyć zarówno choroby podstawowej, jak i czynników towarzyszących zmęczeniu, które mogą nasilać lub łagodzić jego objawy. Poznanie jego przyczyn jest istotne dla określenia skutecznego leczenia i pomocy chorym w radzeniu sobie ze zmęczeniem [8].

Dolegliwości powodujące zaburzenia w codziennym funkcjonowaniu doprowadzające do poczucia samotności, bezradności, rozluźnienia więzi w kontaktach międzyludzkich i dysfunkcji poznawczych to: osłabienie, wyczerpanie, znużenie, niemożność koncentracji i skupienia uwagi, całkowity brak energii, bezsenność bądź przewlekłe uczucie senności, niechęć do wykonywania codziennych czynności [7,8]. Uczucie zmęczenia, wyczerpania chorobą i leczeniem przeciwnowotworowym, którego nasilenie wpływa na codzienne funkcjonowanie, a nie jest proporcjonalne do bieżącej aktywności nazywane jest zespołem zmęczenia związanym z chorobą nowotworową [8].

Organizacja NCCN (*The National Comprehensive Cancer Network*) powołała zespół zajmujący się terapeutycznymi i diagnostycznymi zagadnieniami zmęczenia. Opracowała i opublikowała wytyczne dla praktyki postępowania ze zmęczeniem w chorobie nowotworowej [9]. Opracowano definicję zmęczenia, jako „niezwyczajne, trwałe, subiektywne poczucie zmęczenia związanego z chorobą nowotworową i jej leczeniem, zakłócające zwykłe, codzienne funkcjonowanie”[9]. Podkreśla się tu rolę badań przesiewowych na obecność zmęczenia. Istotne jest też w jakim stopniu zmęczenie pozostaje w związku z innymi czynnikami, jak np. z zaburzeniami snu, bólem czy z zaburzeniami emocjonalnymi (lęk, depresja) [9].

Zmęczenie wywołane jest przez wiele przyczyn, które można ująć w cztery grupy:

- „*bezpośredni wpływ guza - jest to toksyczny wpływ produktów i jego rozpadu na organizm; występuje w zaawansowanych stadiach choroby nowotworowej,*
- *produkty tworzone przez guz - są to substancje uwalniane przez guz, które zmieniają metabolizm organizmu (cytokiny, astenicy),*
- *czynniki towarzyszące guzowi - odwodnienie, niedotlenienie, infekcje, niedokrwistość, zaburzenia hormonalne, ból, bezsenność, hiperkaliemia, stosowanie leczenie onkologiczne (radioterapia, chemioterapia, leki przeciwdepresyjne, przeciwbólowe, uspokajające),*
- *zły stan psychiczny - depresja, lęk, pesymistyczna postawa, która pogłębia negatywną ocenę własnej wydolności*" [3].

Przewlekłe odczuwanie osłabienia przez chorych na nowotwory, związane z obecnością nowotworu lub leczeniem przeciwnowotworowym, wpływające negatywnie na ich funkcjonowanie określane jest mianem zespołu przewlekłego zmęczenia (ZPZ) [10]. Osłabienie nie jest jedynym objawem. Towarzyszą mu także inne dolegliwości, które nie zawsze są w pełni uświadamiane przez chorych. Pacjenci skarżą się na uczucie przewlekłego zmęczenia i występowania stałej potrzeby wypoczynku, na znużenie, na wyczerpanie, szybkie męczenie się, brak energii, niechęć do wysiłku umysłowego i fizycznego, osłabienie mięśniowe, złe samopoczucie powysiłkowe lub samoistne, trudności w koncentracji, bezsenność lub przewlekłe uczucie senności, utratę motywacji, niemożność skupienia uwagi, niechęć do wykonywania codziennych czynności, ograniczenie funkcjonowania w ciągu dnia, obniżenie nastroju. Dolegliwości te doprowadzają w konsekwencji do występowania zaburzeń emocjonalnych, izolacji chorych, poczucia osamotnienia i przygnębienia. U osób chorych na nowotwory odczuwanie osłabienia nie ustępuje po odpoczynku lub śnie [10].

U chorych poddanych chemioterapii objawy zmęczenia mają charakter cykliczny. Rozpoczynają się kilka dni po chemioterapii, w miarę spadku liczby leukocytów i ustępują po około siedmiu dniach. Podczas radioterapii zmęczenie występuje „falami" ujawnia się to kilka godzin po napromieniowaniu i ustępuje kilka godzin później [11]. U 70-100% pacjentów poddanych różnym rodzajom leczenia – radioterapii, chemioterapii, przeszczepom szpiku, leczeniu chirurgicznemu lub immunoterapii występuje zespół przewlekłego zmęczenia [11]. W czasie chemioterapii ZPZ występuje, u około 90% pacjentów, a podczas stosowania chemioradioterapii objaw ZPZ występuje, u 96% pacjentów. Ponadto 60% chorych na nowotwory cierpiących na zespół przewlekłego zmęczenia, codziennie doświadcza osłabienia [12]. Nasilenie się objawów ZPZ wynika z jednej strony ze zwiększenia intensywności

leczenia przeciwnowotworowego, a z drugiej zaś z pojawienia się nowych dolegliwości albo narastania innych uprzednio odczuwanych przez chorych, np. nudności, wymiotów, bólu. Nie zawsze zakończenie leczenia przeciwnowotworowego powoduje szybkie ustąpienie objawów ZPZ. Niemal 40% pacjentów jeszcze przez około trzy lata po zakończeniu chemioterapii odczuwa osłabienie. Występowanie tego zespołu nie jest ograniczone do chorych tylko w złym stanie ogólnym, obserwuje się także u pacjentów w dobrym i bardzo dobrym stanie ogólnym [12].

Wyjątkowo uciążliwe jest leczenie choroby nowotworowej związanej z okaleczającymi zabiegami operacyjnymi, powodującymi często kosmetyczne ubytki czy fizjologiczne dysfunkcje, jak np. w przypadku resekcji żołądka, płuca, części jelit, narządów rodnych czy u chorych po operacji raka krtani. Na trudność leczenia wpływa chemio - i radioterapia, które powodują pogorszenie funkcji odpornościowych, nudności, anemię, bóle, biegunki, spadek masy ciała, utratę włosów, zaburzenia w funkcjonowaniu psychicznym i adaptacji społecznej, dysfunkcję poznawcze [13]. Proste czynności, jak np. kąpiel, ubieranie się, wchodzenie po schodach, stają się dla nich poważnym problemem. Chorzy zmuszeni są do ograniczania lub całkowitej rezygnacji ze swojej aktywności zawodowej.

Współczesna medycyna dąży do uczynienia życia ludzi chorych bardziej aktywnymi i zbliżonymi do takiego jakie jest charakterystyczne dla ludzi zdrowych. Rozwój medycyny wpłynął na możliwość wyleczenia pacjentów ze schorzeniami uznawanymi do tej pory za śmiertelne i nieuleczalne. Tacy chorzy muszą nauczyć się żyć w nowej sytuacji, na poziomie gwarantującym im zadowolenie z życia, możliwość rozwoju i samorealizacji [14].

Zaburzenia snu, zwłaszcza bezsenność są jednym z ważniejszych czynników u pacjentów z chorobą nowotworową, które podobnie jak osłabienie czy ból wpływają negatywnie na jakość życia. Choroba nowotworowa sama w sobie może być czynnikiem predysponującym do powstawania bezsenności. Na etiologię i patogenezę w powstawaniu i utrwalaniu bezsenności wpływ mają wzajemne zależności różnych czynników medycznych, biologicznych i środowiskowych. Można je podzielić na trzy grupy:

- „*czynniki predysponujące, tj. indywidualna podatność na bezsenność, wrażliwy sen. Mają podłoże biologiczne - wiek, płeć; żeńska, rytm okołodobowy, obciążenie rodzinne, cechy osobowości oraz występowanie chorób somatycznych lub psychicznych,*
- *czynniki wyzwalające, tj. bezpośrednio zakłócające sen - medyczne, adaptacyjne, środowiskowe,*

- *czynniki utrwalające, pogłębiające i podtrzymujące bezsenność, tj. niewłaściwa higiena snu, nadużywanie leków, lęk przed bezsennością, stresy społeczne i psychiczne - jest to rodzaj błędnego koła, które napędza bezsenność*" [15].

Już od chwili rozpoznania choroby nowotworowej pojawia się lek, który związany jest z samym rozpoznaniem i on może predysponować pacjenta do powstania zaburzeń snu. Następnie dołączają się czynniki dodatkowe, które mogą wyzwalać bezsenność. Są to dolegliwości fizyczne związane z samą chorobą lub ubocznymi objawami terapii, jak: nudności, wymioty, ból, częste oddawanie moczu, biegunki i to zwykle radykalnie zmienia tryb życia pacjenta. Na różnych etapach choroby mogą dołączać się również różne choroby dodatkowe, które mogą wpływać na przebieg snu [15].

Do czynników utrwalających bezsenność należą: niewłaściwa higiena stylu życia i snu, nieprawidłowe odżywianie się, brak umiaru w spożywaniu kofeiny i alkoholu, palenie tytoniu, mało aktywny tryb życia. Podczas leczenia choroby nowotworowej zmiana tych zachowań jest dość trudna dla pacjenta. Wymaga on edukacji w zakresie radzenia sobie ze stresem, z poprawą higieny snu i zasad właściwego stylu życia [15].

Bezsennością nazywamy „subiektywną dolegliwość polegającą na zbyt krótkim lub nieregenerującym śnie" [16]. W zależności od czasu trwania rozpoznajemy:

- „*bezsenność przygodną – trwającą do kilku dni,*
- *bezsenność krótkotrwałą – trwającą do trzech tygodni,*
- *bezsenność przewlekła - trwająca powyżej miesiąca*" [16].

Warunkiem rozpoznania rodzaju bezsenności są objawy występujące w ciągu dnia. W bezsenności przygodnej i krótkotrwałej występuje senność i zmęczenie, a w bezsenności przewlekłej jest to gorsza sprawność psychomotoryczna i obniżenie nastroju.

Bezsenność przygodna spowodowana jest pracą zmianową, szybkim przekraczaniem stref czasu, nagłym stresem, np. oczekiwaniem na zabieg operacyjnym. Bezsenność krótkotrwała występuje w nagłej chorobie somatycznej lub w żałobie. Obie te bezsenności nie są chorobami tylko fizjologiczną reakcją ludzi zdrowych [16].

Bezsenność przewlekła może być pierwotna, spowodowana endogennymi nieprawidłowościami generowania snu, albo wtórna prowadząca do zaburzeń psychoaktywnych, schorzeń somatycznych, odstawienia lub działania substancji psychoaktywnych [16].

Bezsenność nie jest zjawiskiem jednolitym. Na to pojęcie składają się różne formy upośledzenia snu:

- „*utrudnienie zasypiania,*
- *częste budzenie w ciągu nocy,*
- *przedwczesne budzenie,*
- *niewłaściwa jakość snu*" [17].

Według Prusińskiego bezsenność nie jest chorobą tylko objawem różnych chorób. Przyczyny bezsenności mogą być różne:

- „*somatyczne - są to objawy chorób powodujące, np. duszność, świąd, ból, parcie na mocz itp., które utrudniają lub uniemożliwiają zaśnięcie lub które budzą pacjenta,*
- *zewnętrzne (egzogenne) - są to czynniki pochodzące z otoczenia tj. światło, hałas, upał, zmiana strefy czasowej lub klimatycznej,*
- *psychologiczne lub psychogenne - są to czynniki uważane za najczęstsze w odniesieniu do przewlekłej bezsenności. Należą tu: przykre przeżycia, pobudzenie, konflikty osobiste, natrętne myśli utrudniające zasypianie,*
- *psychiatryczne – lęk, depresja, urojenia, omamy,*
- *toksyczne i jatrogenne (wywołane przez czynniki medyczne – leki, zabiegi) - są to różne substancje i używki, które zaburzają sen np. niektóre leki, kawa, nadużywanie alkoholu, nikotynizm,*
- *neurogenne - tj. wywołane uszkodzeniem układu nerwowego w wyniku urazów, przebytych zapaleń mózgu, zaburzeń naczyniowych (miażdżyca),*
- *bezsenność pierwotna*" [17].

Pod względem form i przyczyn charakter zjawisk leżących, u podłoża bezsenności jest niejednorodny. Dlatego wyróżnia się: „*bezsenność fizjologiczną - powstającą u zdrowego człowieka w wyniku działania bodźców zakłócających zaśnięcie np. palenie światła przez inne osoby, objadanie się przed nocą, hałas, czy tez przykre przeżycia które zmuszają do myślenia o nich oraz bezsenność patologiczną - będącą zaburzeniem snu na skutek stanów chorobowych*" 17].

W literaturze przedmiotu uwzględniając inny podział wyróżnia się:

- „*bezsenność przejściową, która zachodzi pod wpływem chwilowo działających czynników np. ból pooperacyjny, gorączka, nocleg w hałaśliwym pomieszczeniu, przykre zdarzenie. Może być ona dokuczliwa, ale na ogół łatwo ja zwalczyć,*
- *bezsenność przewlekłą - trwająca miesiące lub lata*" [17].

Bezsenność jest dolegliwością bardzo dokuczliwą, sprawia wiele cierpień. Dłużej trwająca na skutek niedoboru snu wywołuje rozmaite wtórne zaburzenia psychofizyczne u osób nią dotkniętych.

Każda choroba, a zwłaszcza nowotworowa burzy dotychczasowy porządek wewnętrzny i zewnętrzny każdego człowieka powodując różnego typu zaburzenia emocjonalne. Stawia chorego w obliczu przeżyć, których przedtem nie doświadczał. Zmienność i intensywność stanów emocjonalnych staje się psychicznym przeżyciem, w którym nie ma granicy między bólem psychicznym i fizycznym. Na przebieg choroby mogą mieć wpływ następujące czynniki psychiczne: „*jak chory widzi rzeczywistość i interpretuje wydarzenia tj. pesymizm i bezradność, nie zdolność do wyrażania uczuć występujących w leku i depresji, postawa poddania się, poczucie beznadziejności, rezygnacja i apatia*" [18].

W zależności od znaczenia jakie przypisuje jej pacjent, choroba może być odbierana jako: „*przeszkoda - nieodwracalna utrata cenionych wartości, nowa wartość w aspekcie moralnym lub religijnym*" [3].

Choroba nowotworowa należy do najbardziej stresujących spośród wszystkich chorób.

. Według Kübler - Ross większość chorych przechodzi przez następujące fazy reakcji emocjonalnych:

- zaprzeczania i izolacji jako forma przejściowa obrony przed świadomym przyjęciem rozpoznania,
- gniewu, bezsilności, rozżalenia, gdy już choremu nie udaje się dłużej zaprzeczać objawom choroby,
- oczekiwania i targowania się pacjenta z rozwojem wydarzeń,
- stanów depresyjnych,
- akceptacji [19].

Stres związany z leczeniem - każdy rodzaj leczenia może wywoływać stres psychologiczny i fizyczny co daje w konsekwencji zaburzenia emocjonalne, zmiany w stylu życia, w obrazie siebie, zmiany w zachowaniach. Stres po leczeniu - na ogół nie prowadzi do spokojniejszych i radośniejszych przeżyć okresu wyzdrowienia. Niesie ze sobą dalsze obawy przed nawrotem choroby, problemami ekonomicznymi, zawodowymi, brakiem dostatecznego wsparcia ze strony rodziny i przyjaciół. Dla wielu pacjentów stres związany z chorobą nowotworową nigdy się nie kończy. Z powodu zastosowanego leczenia chirurgicznego, radioterapii czy chemioterapii może zaistnieć konieczność dokonania zabiegów kosmetycznych czy wprowadzenia zmian w zakresie aktywności dnia codziennego [20].

Ból i cierpienie skutkują w naturalny sposób przykrymi i bolesnymi doznaniami, wobec których człowiek jest bezsilny. Różnią się poznawczo zarówno etiologią, jak i skutkami. Ból jest doznaniem wymiaru fizycznego, natomiast cierpienie jest doświadczeniem wymiaru duchowego. Wspólnym obszarem bólu i cierpienia jest wymiar psychiczny. Rozumienie człowieka jako jedności bio-psycho-duchowej pozwala na właściwe umiejscowienie i rozróżnianie w ludzkiej egzystencji kategorii bólu i cierpienia. Poprzez wymiar psychiczny człowiek jest zdolny do doświadczania bólu i cierpienia, jego odczytywania i klasyfikowania. Odczucia emocjonalno-uczuciowe, które towarzyszą doznaniom bólu i cierpienia przyczyniają się do uruchomienia sił motywacyjnych, do walki z bólem, cierpieniem, a także z chorobą. Cierpienie ma szersze pojęcie i kategorię niż ból. Jest osobistym doświadczeniem, które związane jest z duchowym wymiarem egzystencji. Ma charakter doświadczenia egzystencjalnego, wielowymiarowego, dotyka wszystkich sfer życia ludzkiego [21]. Najczęściej wyróżnia się następujące rodzaje cierpienia:

- „cierpienie fizyczne - podstawą jest ból fizyczny, który może być o różnym natężeniu, spowodowany uszkodzeniem lub chorobą organizmu. Trwa tyle ile działa bodziec, który wywołał stan bólowy,
- cierpienie psychiczne - są to stany psychiczne zaburzające prawidłowe funkcjonowanie psychiki. Skutkiem tego jest izolacja, rezygnacja, frustracja, negatywizm, nieumiejętność rozwiązywania konfliktów. Łączy się z trudną sytuacją osobistą, rodzinną, duchową, rozwojową,
- cierpienie moralne - powstaje gdy niemożliwe jest dla człowieka osiągnięcie jakiegoś dobra lub utratę wartości, które są dla niego ważne. Wiąże się z nierespektowaniem, nieuznawaniem czy przekraczaniem praw moralnych,
- cierpienie społeczne - wynika z nieprawidłowych relacji człowieka z innymi ludźmi. Źródłem tych cierpień mogą być: przemoc, alkoholizm , przestępczość,
- cierpienie egzystencjonalne - wiąże się z brakiem poczucia sensu życia, z pustką, braki spełnienia i zaangażowania się w wartości, lęki przed prawdą życia,
- cierpienie transcendentne - związane jest z niemożnością przekroczenia granic ludzkich możliwości” [21].

Cierpienie może być dobrem lub złem w zależności jak człowiek je przyjmuje, przeżywa i doświadcza. W pozytywnym znaczeniu jest szansą rozwoju i próbą dzielności człowieka. W negatywnym znaczeniu jest ciężarem prowadzącym do stanów frustracji, rezygnacji, dezintegracji. Jeżeli człowiek realizuje w swoim życiu tylko cele wymierne i

doczesne, to cierpienie jest pozbawione głębszego celu i sensu. Cierpienie jest jedynie charakterystyczne tylko dla istoty świadomej - człowieka.

Lęk jest stanem emocjonalnym, towarzyszącym chorym na raka od początku choroby, przez cały okres leczenia, utrzymania zdrowia, rehabilitacji oraz wznowy choroby. Jest podstawowym tłem życia emocjonalnego chorych, na którym pojawiają się inne stany emocjonalne tj. agresja, radość, depresja. Często zmusza pacjentów do pierwszej wizyty lekarskiej od której zaczyna się stawianie diagnozy, a potem leczenie [22].

Obawa przed lękiem i unikanie konfrontacji z nim są spowodowane przekonaniem, że lęk jest emocją jedynie przeszkadzającą w życiu. Kojarzy się z zagrożeniem, dyskomfortem psychicznym i przykrością. Pełni on tym czasem też pozytywną rolę w ludzkim zewnętrznym działaniu i w organizowaniu życia psychicznego. Pozytywna funkcja lęku to funkcja ostrzegawcza, która sygnalizuje zewnętrzne lub wewnętrzne niebezpieczeństwo, nie będące jeszcze często przedmiotem świadomej percepcji, np. w przypadku dyskretnego rozwijania się chorób nowotworowych. To lęk, jako pierwszy, sygnalizuje że nasz organizm funkcjonuje w sposób odmienny od stanu normy. Jest podstawą różnych działań profilaktycznych, które są podejmowane dla zabezpieczenia zdrowia. Jemu też zawdzięcza się wczesne rozpoznawanie chorób, w tym nowotworów. Można powiedzieć, że lęk stanowi silną motywację do działania, która skłania pacjentów do współpracy w procesie leczenia i poddania się różnym formom leczenia. Lęk przed rakiem motywuje do zmiany dotychczasowego trybu życia. Wzbogaca on zachowania o nowe formy reagowania bardziej skuteczniejsze w radzeniu sobie z sytuacjami zagrażającymi. Mobilizuje i uruchamia zapasy energii psychicznej kierowanej do walki z niebezpieczeństwem. Tym należy tłumaczyć wyjątkową siłę psychiczną niektórych chorych na raka, jaką wykazują w trakcie długiego i obciążającego leczenia. Nieraz sami chorzy są zaskoczeni tym, że są tak mocni i zdolni do mobilizacji jakiej wymaga walka o zdrowie i życie. Przy określonym poziomie jego nasilenia, lęk jest ważnym czynnikiem ostrzegawczym przed zagrożeniem i motywującym do pokonywania go. zaakceptowanie lęku jest punktem wyjścia w wykorzystaniu jego dynamiki i siły motywacyjnej do przeciwstawienia się chorobie. Nie zawsze lęk ma charakter pozytywny i przystosowawczy. Bywają sytuacje w których chorzy na nowotwór zmuszeni są konfrontować z sytuacjami znacznie przekraczającymi możliwości radzenia sobie, czy z sytuacjami ekstremalnie obciążającymi. Do tych sytuacji należą: ból i cierpienie, utrata niezależności, okaleczenie, problemy finansowe związane z leczeniem, zmiana stylu życia, zmiany w relacjach z najbliższymi [22].

Lęk obejmuje:

- „obszar psychiczny - poczucie niepokoju i napięcia, niemożność odprężenia się,
- obszar behawioralny - podniecenie psychoruchowe, niepokój ruchowy, osłupienie, drżenie rąk,
- obszar wegetatywno-somatyczny - kołatanie serca, suchość w jamie ustnej, przyśpieszony oddech, wzmożona potliwość, rozszerzone źrenice, podwyższone ciśnienie krwi" [23].

W przebiegu choroby nowotworowej lęk związany jest z sytuacją zagrożenia zdrowia i życia, obawami przed wystąpieniem bólu. Takie sytuacje są typowe dla reakcji psychicznych na chorobę nowotworową. Zdarza się, że reakcja lękowa przekracza pewien poziom i wtedy konieczne jest zastosowanie leczenia farmakologicznego. Chorzy poddani temu leczeniu, będą w stanie się odprężyć, skoncentrować na odpoczynku i regeneracji, a to wspomoże organizm w walce z chorobą. Leczenie występujących zaburzeń psychicznych podczas choroby nowotworowej przyczynić się może do lepszej współpracy pacjenta z personelem medycznym i sprawi, że będzie można w większej mierze skoncentrować się na leczeniu choroby podstawowej [23].

Podsumowanie

Zmęczenie towarzyszące chorobie nowotworowej jest jednym z najbardziej powszechnych i dokuczliwych objawów wpływających na obniżenie jakości życia, utrudnia funkcjonowanie w sferze psychicznej, fizycznej, społecznej, niejednokrotnie prowadząc do rezygnacji i zaprzestania dalszego leczenia. Niewątpliwie na pojawienie się i obecność zmęczenia wpływ ma rozwój i przebieg choroby. Kolejnym czynnikiem występującym u pacjentów z chorobą nowotworową są zaburzenia snu, zwłaszcza bezsenność, które podobnie jak zmęczenie wpływają negatywnie na jakość życia. Choroba nowotworowa sama w sobie może być czynnikiem predysponującym do powstawania bezsenności.

Choroba w sposób dramatyczny zmienia życie chorego. Typowymi reakcjami na chorobę bardzo często są problemy i zaburzenia psychiczne. Spośród wielu zaburzeń psychicznych, najczęściej w przebiegu choroby nowotworowej obserwuje się występowanie depresji, lęku i agresji. U chorych onkologicznie często występuje depresja. Istnieje wiele czynników, które mogą przyczynić się do wystąpienia depresji. Przede wszystkim jest to niepewność co do własnej przyszłości, utrata kontroli nad własnym życiem i zdrowiem. Drugim bardzo często występującym problemem emocjonalnym jest lęk. Towarzyszy on chorym począwszy od chwili zdiagnozowania choroby nowotworowej jak i przez cały okres leczenia [23].

Piśmiennictwo

1. Kumor K., Pierzchała K.: Problem zmęczenia w chorobach neurologicznych. Wiad. Lek., 2006, 9-10, 685 – 691.
2. Chojnacka – Szawłowska G.: Zmęczenie a zdrowie i choroba. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków, 2009.
3. De Walden – Gałuszko K.: Psychoonkologia w praktyce klinicznej. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2011.
4. Mazur Ł., Koc R.: Zmęczenie – psychospołeczny punkt widzenia. Wyd. Studenckiego Koła Naukowego Psychologii Społecznej, Bydgoszcz, 2005.
5. Kozłowski S., Nazar K. , Kaciuba – Uściłko H.: Zmęczenie [w:] Wprowadzenie do fizjologii klinicznej, Kozłowski S., Nazar K. (red.). Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 1999, 311 – 319.
6. Galubińska K., Jethon Z., Załęska E.: Mechanizm powstawania i objawy zmęczenia, PZWL, Warszawa, 1977.
7. Krasuska M. E.: Zmęczenie jako problem pacjenta z chorobą nowotworową. Zdr. Publ., 2005, 3, 380 – 384.
8. Łacko O., Matkowski R.: Zespół zmęczenia związany z nowotworem, Termedia, Poznań, 2008.
9. De Walden - Gałuszko K., Majkowicz M.: Model oceny jakości opieki paliatywnej realizowanej w warunkach stacjonarnych. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2001.
10. Rucińska M., Tokajuk P., Wojtukiewicz M. Z.: Zespół przewlekłego zmęczenia u chorych na nowotwory leczonych energią promienistą. Nowotwory, 2004, 54, 143 – 147.
11. Łacko A.: Zespół wyniszczenia nowotworowego. Termedia, Poznań, 2008.
12. Wojtukiewcz M. Z., Sawicki Z., Sierko E. i wsp.: Zespół przewlekłego zmęczenia u chorych na nowotwory poddanych chemioterapii. Nowotwory, 2007, 6, 695 – 701.
13. Chojnacka - Szawłowska G.: Zaburzenia procesów poznawczych a chemioterapia. Arche, Sopot, 2008.
14. Wołowicka L.: Jakość życia w naukach medycznych. Akademia Medyczna w Poznaniu, Poznań, 2001.

15. Skalski M.: Zaburzenia snu w chorobach nowotworowych, Wyd. Via Medica, Gdańsk, 2006.
16. Szelenberger W.: Zaburzenia snu. [w:] Psychiatria, Bilikiewicz A. (red.), Psychiatria. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2006, 389-401.
17. Prusiński A.: Bezsenność i inne zaburzenia snu. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 1991.
18. Myers D.: Psychologia. ZYSK i SK-A, Poznań, 2003.
19. Kübler-Ross E.: Rozmowy o śmierci i umieraniu. Wyd. Media Rodzina, Poznań, 1998.
20. Juczyńska Z., Chrystowska-Jabłońska B.: Strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową. Psychoonkologia, 1999, 5, 3-7.
21. Suchocka L.: Psychologiczna analiza cierpienia w chorobie przewlekłej. Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin, 2007.
22. Trzebiatowska J.: Objawy i zespoły zaburzeń psychicznych. [w:] Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej. de Walden – Gałuszko K., Kaptacz A. (red.), Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2005, 51-53.
23. De Walden – Gałuszko K.: Psychoonkologia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków, 2000.

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

Ocena występowania zmęczenia i zaburzeń snu u pacjentów onkologicznych

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

Wstęp

Choroba nowotworowa zastaje człowieka na określonym etapie życia. Ma on swoje cele, pragnienia, rodzinę, lata doświadczeń oraz plany na przyszłość. Wszystko to ulega zachwianiu, gdy pojawiają się niepokojące objawy, hospitalizacja i niepewność. Z upływem czasu nasilają się dolegliwości, które nie pozwalają na realizację wcześniejszych celów i pragnień. Następuje konieczność podjęcia długotrwałego leczenia i próby zmagania się z chorobą. Pojawia się zmęczenie, na wpływ którego ma rozwój i przebieg choroby. Uświadomienie problemu i określenie wpływu zmęczenia, w jego wieloaspektowym wymiarze na obniżenie jakości życia osób dotkniętych chorobami onkologicznymi. Konsekwencje zmęczenia przejawiają się w postaci zaburzeń snu prowadzących do destabilizacji emocjonalnej. Niewątpliwie ma to niekorzystny wpływ na chorych i paradoksalnie może prowadzić do nasilenia objawów choroby podstawowej [1,2].

Każda choroba budzi lęk i niepokój, lecz choroba nowotworowa stawia pacjenta i jego rodzinę w obliczu przeżyć, których wcześniej nie doświadczyli. Pomimo postępu w leczeniu chorób nowotworowych dla wielu ludzi diagnoza ta oznacza skazanie na ból, cierpienie i śmierć. Wpływ choroby jest wielostronny, zaburza funkcjonowanie organizmu i wpływa negatywnie na stan emocjonalny pacjenta, rodziny i personelu medycznego. Wpędza go w depresję i wyniszcza fizycznie i psychicznie. Chory traci nadzieję na wyleczenie, spada odporność jego organizmu, pogarsza się jego jakość życia [2].

Zmęczenie towarzyszące chorobie nowotworowej jest jednym z najbardziej powszechnych i dokuczliwych objawów wpływających na obniżenie jakości życia, utrudnia funkcjonowanie w sferze psychicznej, fizycznej, społecznej, niejednokrotnie prowadząc do rezygnacji i zaprzestania dalszego leczenia. Niewątpliwie na pojawienie się i obecność zmęczenia wpływ ma rozwój i przebieg choroby. Kolejnym czynnikiem występującym u pacjentów z chorobą nowotworową są zaburzenia snu, zwłaszcza bezsenność, które podobnie

jak zmęczenie wpływają negatywnie na jakość życia. Choroba nowotworowa sama w sobie może być czynnikiem predysponującym do powstawania bezsenności [2].

Cel pracy

- Ocena poziomu i częstości występowania zmęczenia wśród pacjentów z chorobami nowotworowymi.
- Ocena jakości snu u pacjentów onkologicznych i określenie czynników zaburzających sen.

Materiał I Metody

W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, Dla potrzeb pracy użyto standaryzowanych skal oceniających sen, nasilenie bezsenności, nasilenie zmęczenia. W pracy zastosowano:

- **Skalę LSEQ (kwestionariusz oceny snu Leeds)** jest to narzędzie badawcze pomiaru oceny snu składające się z 10 pytań, dotyczących oceny zasypania, jakości snu, budzenia się oraz poczucia równowagi i koordynacji ruchów po wstaniu z łóżka, po przyjęciu leków nasennych w porównaniu z zasypianiem w zwykłych warunkach tzn. bez leków. Ankietowani udzielali odpowiedzi na każde pytanie wstawiając pionową kreskę na linii odpowiedzi. Jeżeli badający nie odczuwał żadnej zmiany kreskę stawiał na środku linii, gdy odczuwał jakąś zmianę kreskę stawiał blisko któregoś z końców linii, a gdy zmiana była niewielka stawiał kreskę blisko środka linii. Położenie kreski wskazuje charakter i zakres zmiany.
- **Skalę nasilenia bezsenności/Insomnia Severity Index**. Składającą się z pięciu pytań dotyczących oceny nasilenia obecnie problemów ze snem, oceny zadowolenia jakości snu oraz zaburzeń snu wpływających na funkcjonowanie w czasie dnia, oceny zauważalności problemu ze snem przez innych biorąc pod uwagę ich wpływ na jakość życia i czy badany był zmartwiony z powodu zaburzeń snu. Pacjent zaznaczał na linii swój problem w skali od 0 do 4 pkt, przy czym 0 oznaczało brak problemu a 4 pkt. problem bardzo silny.
- **Skalę Fatigue Severity Scale (FSS)**, która ocenia stopień nasilenia objawów zmęczenia. Zawiera 9 pytań - stwierdzeń i pozwala ocenić samopoczucie w skali od 1 – 7. Maksymalna ilość punktów jaką może uzyskać respondent wynosi 63. Zespół zmęczenia rozpoznaje się, gdy suma zdobytych punktów wynosi co najmniej 36.

W badaniach uczestniczyło 100 pacjentów z rozpoznaną chorobą nowotworową na różnym etapie leczenia. Badania przeprowadzono w Poradni Onkologicznej i w Oddziale Onkologicznym Szpitala Wojewódzkiego w Łomży.

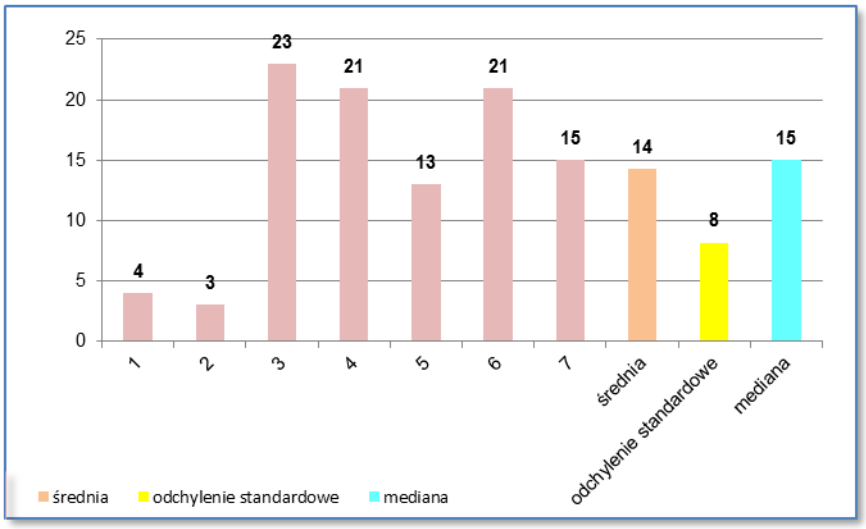
Wyniki

W badaniach wzięło udział 100 osób z rozpoznaną chorobą nowotworową. Przeważającą większość ankietowanych stanowią kobiety 62%, mężczyźni zaś stanowili 38% grupy badanej. Osoby badane podzielono na pięć grup wiekowych. Wśród ankietowanych osób największy procent stanowili respondenci w wieku powyżej 60 lat (38%). Najmniej było osób w wieku 20-29 lat (4%). Osoby między 50 a 59 rokiem życia stanowiły 32%, między 40 a 49 rokiem życia 19%, natomiast w przedziale 30 – 39 lat było 7% ankietowanych. Zdecydowana większość respondentów zamieszkiwała w mieście (69%), pozostali ankietowani mieszkali na terenach wiejskich (31%) Największą grupę badanych stanowiły osoby ze średnim wykształceniem (51%). Wyższe wykształcenie posiada 19% ankietowanych, zawodowe 17%. Najmniejsza grupa ankietowanych posiada wykształcenie podstawowe (13%). Wśród ankietowanych największą liczbę stanowiły osoby zamężna/żonaty (57%), najmniej było osób stanu wolnego 8%. Wdowa/wdowiec stanowili 24%, zaś rozwiedziona/ rozwiedziony 11% badanych.

Choroba nowotworowa i jej leczenie jest bardzo często powodem narastającego zmęczenia, które jest jednym z głównych objawów wpływających na jakość życia osoby chorej tj. pracę zawodową, aktywność fizyczną, życie rodzinne i społeczne oraz codzienne funkcjonowanie. Do pomiaru nasilenia stopnia zmęczenia użyto skali FSS, która zawiera 9 stwierdzeń punktowych (od 1 do 7 pkt), na podstawie których określono stopień nasilenia tych objawów (np. ,,Łatwo się męczę"), 1 punkt oznacza, iż badany w ogóle nie zgadza się z tym stwierdzeniem, natomiast 7 punktów oznacza całkowitą zgodę. Na pytanie czy moja motywacja jest mniejsza, gdy jestem zmęczony/a - 4 badanych uważa, że ich motywacja w ostatnich tygodniach w ogóle nie zmniejszyła się (1pkt), natomiast 15 osób uważa, że motywacja zdecydowanie obniżyła się (7pkt), 16-tu jest zdania iż motywacja uległa zmniejszeniu (6pkt), największa grupa respondentów 34 badanych uważa, że motywacja zmniejszyła się w niewielkim stopniu (4 pkt.)

Na pytanie, czy aktywność potęguje zmęczenie – 4 osoby stanowczo stwierdza, że aktywność nie ma żadnego wpływu na zmęczenie (1 pkt.), 15 badanych uważa, że aktywność potęguje w dużym stopniu zmęczenie (7 pkt.), najliczniejsza grupa 23 osób jest zdania, iż aktywność w niewielkim stopniu ma wpływ na zmęczenie.

Na pytanie o wpływ zmęczenia na funkcjonowanie fizyczne największa grupa badanych 21 odpowiedziała znacząco, że zmęczenie zakłóca funkcjonowanie fizyczne (7 pkt.), 17-tu respondentów uznała, iż zmęczenie w pewnym stopniu zakłóca aktywność (6 pkt.), natomiast 12 badanych uważa, że zmęczenie w żaden sposób nie wpływa na ich zmęczenie (1 pkt.)



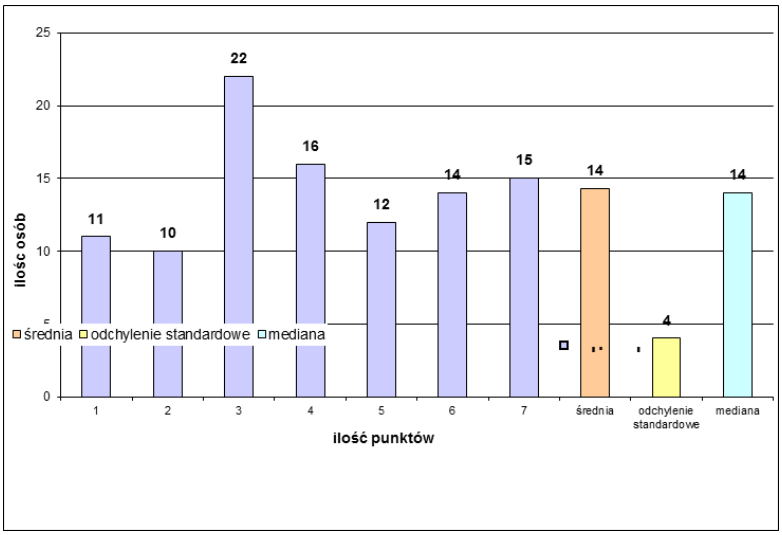
Ryc. 1. Wpływ aktywności na zmęczenie

Na pytanie o wpływ zmęczenia na wykonywanie pewnych zadań i obowiązków – 15 badanych stwierdziło, że zmęczenie zakłóca wykonywanie zadań i obowiązków (7 pkt.), natomiast 11 osób uważa , iż zmęczenie nie ma wpływu (1 pkt.).

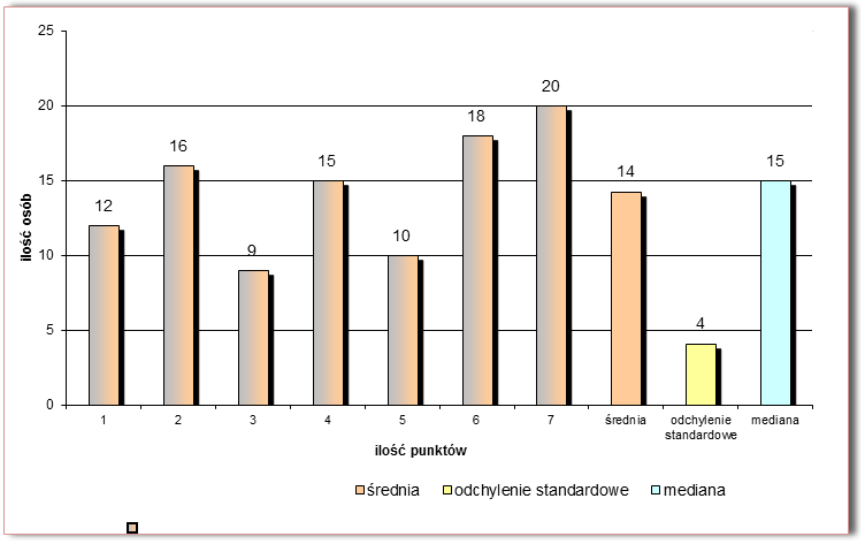
Według 20 ankietowanych zmęczenie jest jednym z trzech najbardziej dokuczliwych objawów (7 pkt.), 18-tu uważa, że zmęczenie jest dokuczliwym objawem (6 pkt.), natomiast 12 badanych nie uważa zmęczenia za najbardziej dotkliwy objaw (1 pkt.).

Za pomocą tej skali zespół zmęczenia rozpoznano, u 57 chorych onkologicznie (57% badanej grupy), natomiast u 43% chorych skala natężenia zmęczenia mieściła się w normie. Analizując wyniki badań nie zauważono aby zmęczenie chorych onkologicznie nie było istotnie statystycznie uzależnione od płci, miejsca zamieszkania, wykształcenia, stanu cywilnego. Jednak zauważono większą podatność na zmęczenie badanych w przedziale wieku 20 – 29 lat (100%) i 30 – 39 lat (66,7 %), osoby z pozostałych przedziałów miały wyniki częstotliwości występowania zespołu zmęczenia zbliżone. Zaburzenia snu u pacjentów z chorobą nowotworową, są jednym z ważniejszych czynników, które podobnie jak zmęczenie

czy ból wpływają negatywnie na jakość życia. Za pomocą kwestionariusza oceny snu Leeds (skala 10 punktowa) badano jakość snu, budzenia się, ocenę zasypiania, oraz poczucie równowagi i koordynacji ruchów po wstaniu z łóżka, po przyjęciu leków nasennych w porównaniu z zasypianiem w zwykłych warunkach tzn. bez leków. Wyniki uzyskane wskazują, że największa liczba 30 badanych w ostatnim tygodniu, łatwiej niż zwykle zasypiała po przyjęciu leku w porównaniu z zasypianiem w zwykłych warunkach, to znaczy bez leku (8-10 pkt.), 16 pacjentów zauważyło nieznaczną poprawę. Grupa 20-tu stwierdziła, iż nie zauważyli żadnych zmian, także 20 badanych było zdania, że w nieznacznym stopniu miało trudności z zasypianiem, 14 osób stwierdziło, iż mieli trudności z zasypianiem.

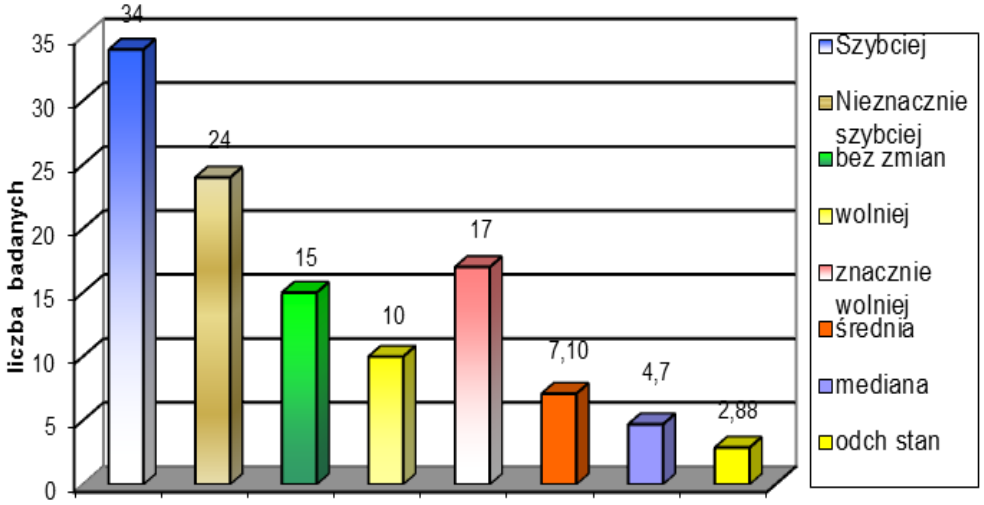


Ryc. 2. Zmęczenie zakłóca wykonywanie pewnych zadań i obowiązków



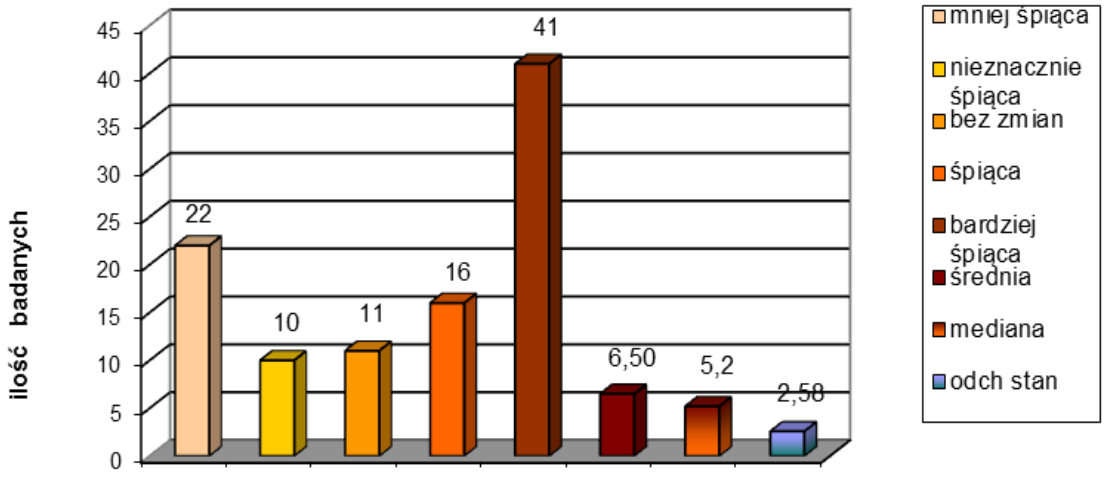
Ryc. 3 . Zmęczenie jest jednym z trzech najbardziej dokuczliwych objawów

Najliczniejsza grupa badanych 34-ch uważa, że ich czas zasypiania znacznie skrócił się po przyjęciu leku (0-2 pkt.), 17 osób zdecydowanie wolniej zasypia po przyjęciu leku w porównaniu do zasypiania bez leku (8-10 pkt.), natomiast 24 badanych w ostatnim tygodniu nieznacznie szybciej zasypia, 15 pacjentów uważa, iż czas zasypiania nie uległ zmianie.



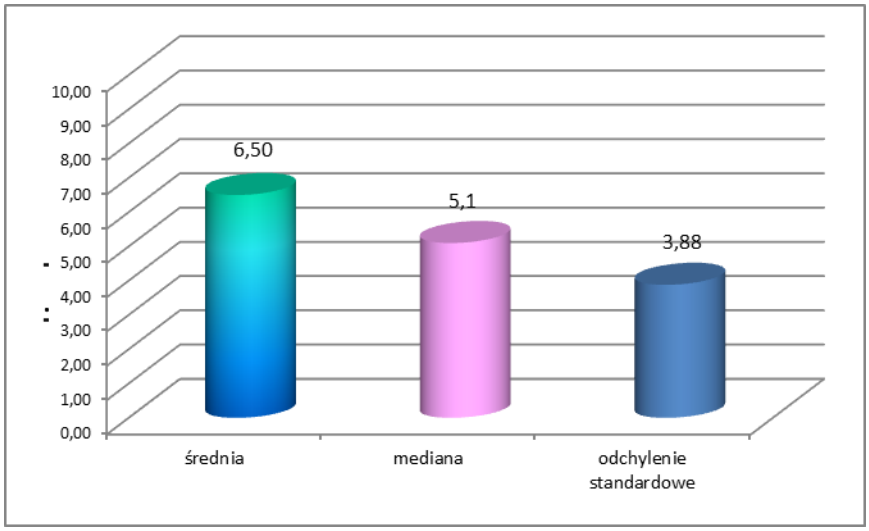
Ryc. 4. Czas zasypiania w ostatnim tygodniu po przyjęciu leku w porównaniu z zasypianiem bez zażywania leku

Grupa 22 badanych uważa, że czuje się mniej śpiąca (0-2 pkt.), 41 osób natomiast jest zdania, że czuje się bardziej śpiąca biorąc pod uwagę ostatni tydzień (8-10 pkt.), 11 respondentów nie zauważyło żadnych zmian pozostali uważają, że zmiany są niewielkie.



Ryc. 5. Czuje się mniej lub bardziej śpiąca niż zwykle

Według badanych w ostatnim tygodniu zasypianie po przyjęciu leku w porównaniu z zasypianiem bez zażywania leku uległo poprawie. Średnia uzyskanych punktów wyniosła 6,5 co mieści się w przedziale (6-8 pkt.).



Ryc. 6. Ogólna ocena zasypiania po przyjęciu leku w porównaniu z zasypianiem bez zażywania leku

Z przeprowadzonych badań wynika, że jakość snu według badanych uległa poprawie. po przyjęciu leku w porównaniu z jakością snu bez zażycia leku. Świadczy o tym średni wynik wynoszący 7,61 pkt. (6-8 pkt. nieznaczna zmiana). O niewielkiej zmianie jakości zadecydowała duża ilość osób, które w ostatnim tygodniu nie zażywały leków na zaburzenia snu.

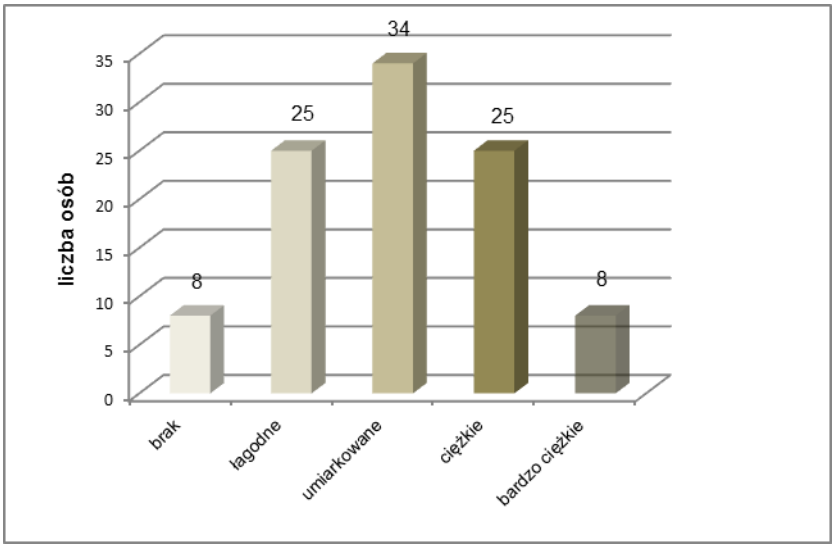
Zaburzenia snu a zwłaszcza bezsenność u pacjentów z chorobą nowotworową , są jednym z bardziej uciążliwych objawów jakie dokuczają pacjentom z chorobami nowotworowymi. Za pomocą skali nasilenia bezsenności/Insomnia Severity Index. badano ocenę nasilenia problemów ze snem, zadowolenia z jakości snu. Poniższe ryciny przedstawiają objawy, które mają wpływ na problemy ze snem.

Największe (bardzo ciężkie) trudności z zasypianiem miało 12 badanych, natomiast brak trudności z zasypianiem stwierdziło 10 osób, najliczniejsza grupa 42 respondentów uważa iż ich trudności są umiarkowane, 15 badanych uznała swoje trudności za łagodne, a 21 za ciężkie.

Według badanych umiarkowane trudności z utrzymaniem snu miało 45 osób, trudności w stopniu bardzo ciężkim 5 badanych, w stopniu ciężkim 24, natomiast łagodne

trudności z utrzymaniem snu odczuwało 22 osoby, brak jakich kolwiek trudności zadeklarowało 4 badanych.

Z badań wynika, że 34 badanych swoje problemy spowodowane budzeniem się zbyt wcześnie uważa za umiarkowane, za ciężkie – 25, za bardzo ciężkie – 8 badanych, brak jakichkolwiek problemów z powodu zbyt wczesnego budzenia zdeklarowało 8 osób, natomiast 25 respondentów swoje problemy uważa za łagodne.



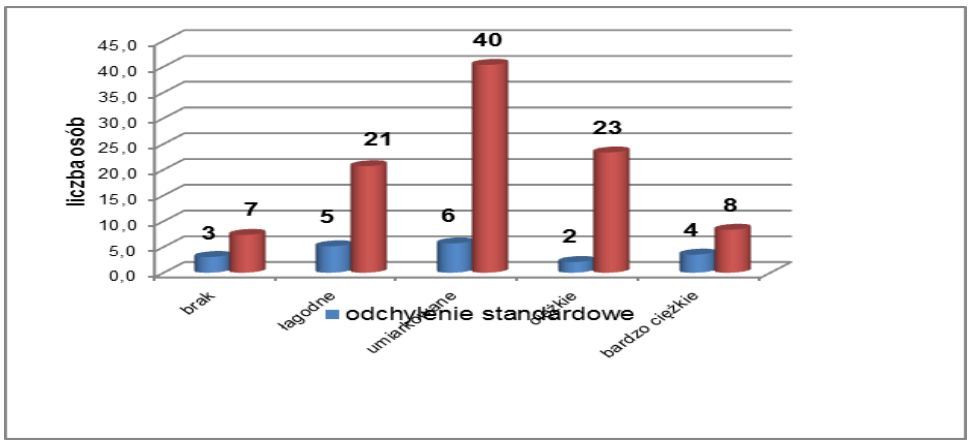
Ryc. 7. Problemy z powodu budzenia się zbyt wcześnie

O problemach ze snem decydują takie zachowania jak: trudności z zasypianiem i utrzymaniem snu oraz problemy z powodu zbyt wczesnego budzenia się. Według danych przedstawionych problemy ze snem w stopniu bardzo ciężkim ma 8 badanych, w stopniu ciężkim – 23, najliczniejsza grupa – 40 osób uważa, że ich problemy ze snem są w stopniu umiarkowanym. Wśród pozostałych 21 badanych jest zdania iż ich problemy ze snem są łagodne, natomiast 7 badanych nie zauważa żadnych problemów.

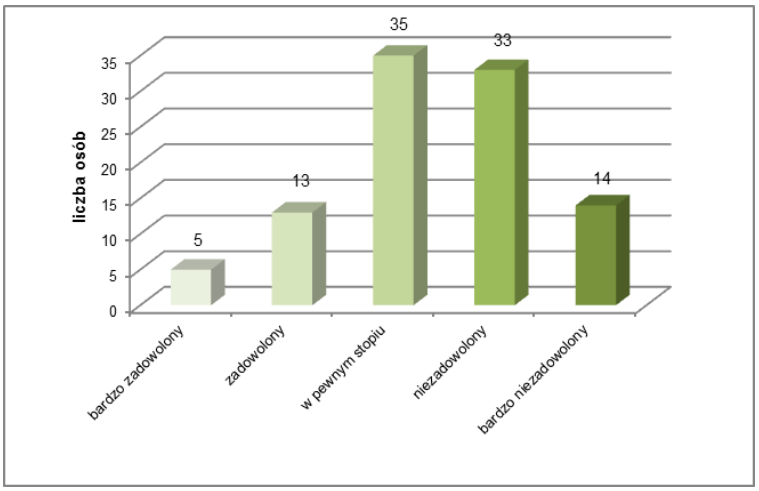
Największa liczba badanych – 35, stwierdziła że tylko w pewnym stopniu jest zadowolona z obecnej jakości snu, natomiast 13 badanych odczuwa zadowolenie a 5 jest bardzo zadowolona. Odczucie niezadowolnienia stwierdziło 33 respondentów a bardzo niezadowolonych z jakości snu było 14 osób.

Wśród badanych 6 nie stwierdziło żadnego wpływu zaburzeń snu na ich funkcjonowanie w ciągu dnia, 13 uważa, iż wpływ jest nieznaczny. Grupa 37 respondentów jest zdania, że wpływ zaburzeń na ich funkcjonowanie jest umiarkowany, natomiast 36

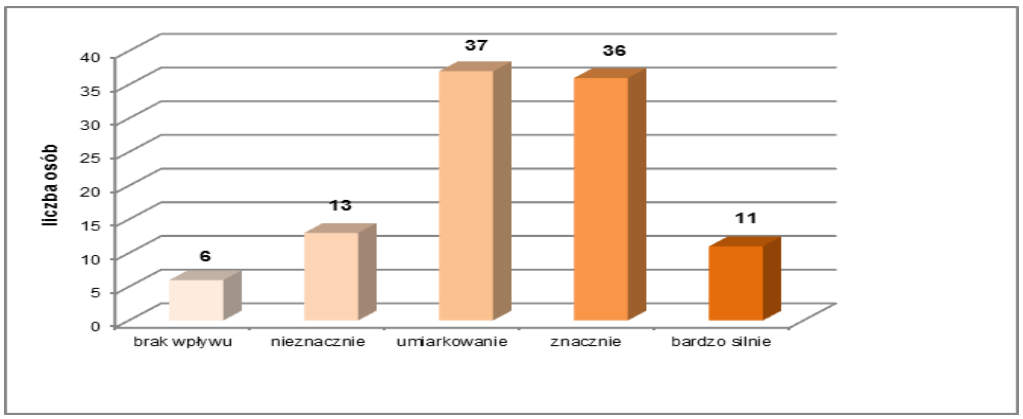
opowiedziało się za znacznym wpływem zaburzeń, a 11 skarżyło się, że zaburzenia snu bardzo utrudniają im prawidłowe funkcjonowanie w ciągu dnia.



Ryc. 8. Problemy ze snem

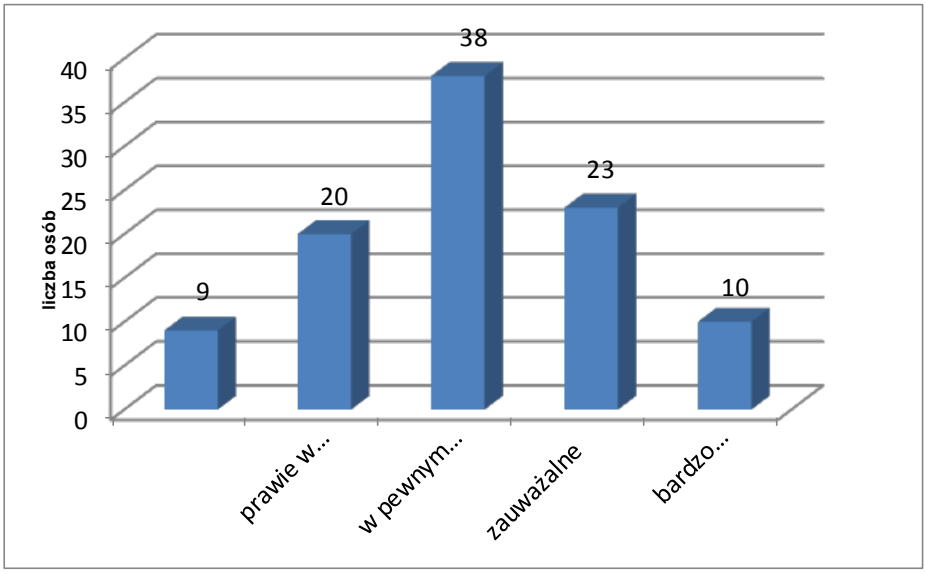


Ryc. 9. Stopień zadowolenie z obecnej jakości snu



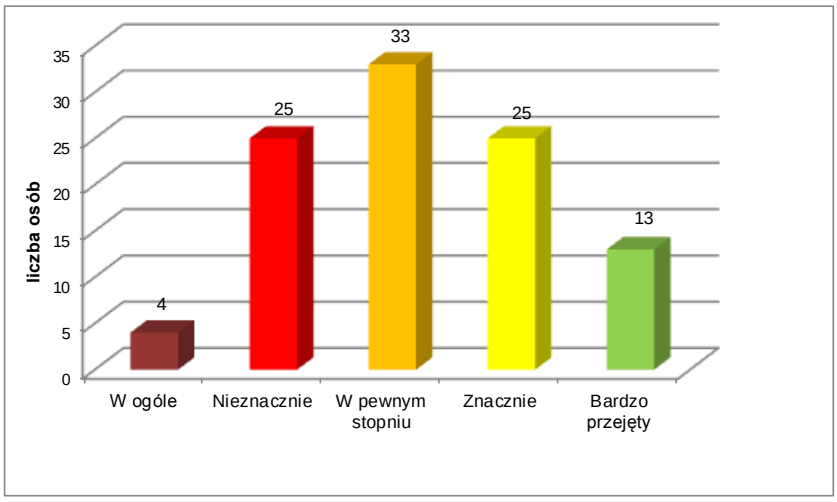
Ryc. 10. Wpływ zaburzeń snu na funkcjonowanie w czasie dnia

Zdaniem 9 badanych problemy ze snem nie są dla nich zauważalne, 20 - prawie w ogóle nie dostrzega zmian w ich jakości życia. Grupa 23 osób zauważa zmiany, w przypadku 38 zmiany te są tylko w pewnym stopniu, natomiast, 10 respondentów uważa, że zmiany w jakości życia są bardzo zauważalne



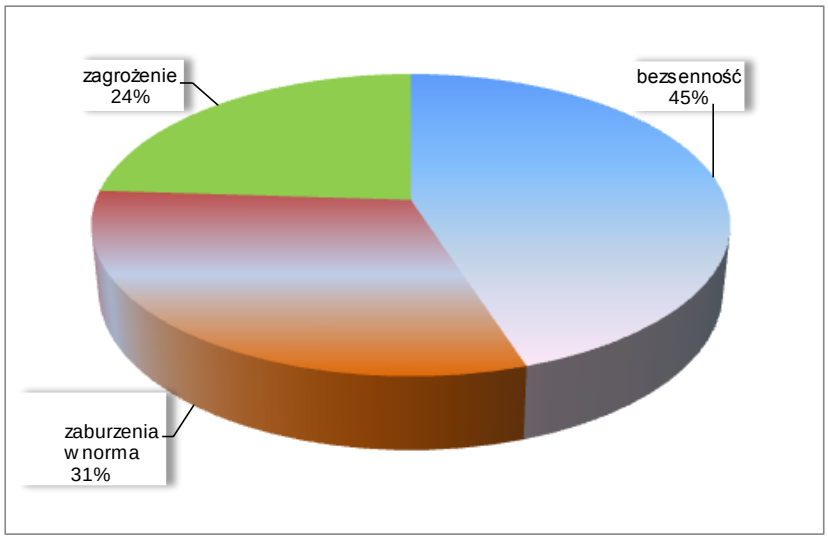
Ryc. 11. Wpływ problemów ze snem na jakość życia

Według 4 badanych zaburzenia snu w ogóle nie mają wpływu na ich samopoczucie, 25 uważa, że wpływ jest nieznaczny, 33 osoby jest zdania, że tylko w pewnym stopni, natomiast grupa 25 respondentów zauważa, iż w znacznym stopniu zaburzenia snu wpływają na ich samopoczucie, 13 pacjentów jest bardzo zmartwiona obecnymi zaburzeniami.



Ryc. 12. Wpływ zaburzeń snu na samopoczucie

Z danych przedstawianych na rycie wynika, że 45% badanych cierpi z powodu bezsenności (powyżej 14 pkt.), u 24% występuje zagrożenie bezsennością (11-13 pkt.) i zaburzenia snu w normie (0-10 pkt.) występują u 31 % badanych.



Ryc. 13. Nasilenie bezsenności wśród badanej grupy

Z badań wynika, że wśród badanych kobiet objawy bezsenności występują u 60%, zagrożenie bezsennością występuje w 22%, natomiast 18% kobiet uważa, że ich zaburzenia snu mieszczą się w normie. Nasilenie bezsenności u mężczyzn przedstawia się następująco: 21% ma problemy z bezsennością, zagrożenie bezsennością występuje w 26%, natomiast zaburzenia snu w normie u 53% badanych. Badania wykazały, że bezsenność u kobiet występuje znacznie częściej (60%) niż u mężczyzn (21%), natomiast zaburzenia w normie występują częściej u mężczyzn (53%) a u kobiet tylko w 18%, zagrożenie bezsennością ma zbliżone wartości u kobiet (22%) a mężczyzn (26%). Z wyników przedstawionych powyżej wynika, że procent liczby osób z bezsennością wzrasta wraz z wiekiem badanych (20-29 lat – 25%; 30-39 lat – 43%; 40-49 lat – 53%; 50-59 lat – 59%), za wyjątkiem osób powyżej 60 roku życia gdzie bezsenność i zagrożenie bezsennością mają zbliżone wartości (bezsenność – 34% i jest najniższa wśród badanych grup wiekowych, a zagrożenie wynosi 37%). Wyniki dotyczące zagrożenia bezsennością nie wykazują zależności od wieku, najwyższy stopień zagrożenia występuje w przedziale wiekowym 20-29 lat – 50% a najniższy w grupie wiekowej 30-39 lat – 0%. Ilość osób u których zaburzenia snu są w normie również nie wykazują istotnej zależności od wieku badanej grupy. Najwięcej badanych w przedziale 30-39 lat – 57% zaburzenia miało w normie, natomiast najmniej w grupie 20-29 lat – 25%.

Wyniki badań wykazują, że bezsenność wzrasta wraz z poziomem wykształcenia badanej grupy (podstawowe – 15%; zawodowe – 24%; średnie – 47%; wyższe – 53%). Natomiast zagrożenie bezsennością oraz zaburzenia w normie nie wykazują takiej zależności. Największe zagrożenie bezsennością wykazuje grupa osób z wykształceniem podstawowym – 38%, a najmniejsze osoby ze średnim wykształceniem – 16%. Z kolei badani z wykształceniem zawodowym – 47% mają zaburzenia w normie, z podstawowym – 46%, najniższy procent – 16% uzyskały osoby z wyższym wykształceniem.

Dyskusja

Z pojawieniem się pierwszych podejrzeń związanych z chorobą nowotworową rozpoczyna się bezpośrednia konfrontacja z rakiem. Sposób odbierania choroby i jej przeżywania podlega ciągłym zmianom, a sposób odczuwania i myślenia często zdominowany jest przez uczucie rozpaczy. Cierpienie, które pojawia się wraz ze wszystkimi konsekwencjami oddziałującymi na życie, czasami przeżywane jest świadomie, a niekiedy odbierane jest jako nierzeczywiste doświadczenie; jak zły sen [3].

Podejmowane są zintegrowane badania medyczne, psychologiczne i społeczne zmierzające do zapobiegania chorobom nowotworowym oraz ich wczesnego wykrywania. Badania te umożliwiają ocenę skuteczności programów prewencyjnych, nakłaniających społeczeństwo do systematycznych kontroli stanu zdrowia i do zmiany patogennych stylów życia. Niektóre z prowadzonych badań podejmują próby zgłębiania wiedzy na temat czynników, które współtworzą obraz nieskutecznej, ciągle jeszcze u zbyt dużego odsetka chorych terapii nowotworów. Nadal u wielu chorych znaczne zaawansowanie choroby w momencie jej rozpoznania nie pozwala na optymistyczne rokowanie i to nie tylko w krajach biednych, ale także i bogatych. Jak podaje de Walden – Gałuszko w krajach wysoko rozwiniętych uleczalność sięga około 70% pacjentów, w Polsce sukcesy terapii są mniejsze i dotyczą 30% – 50% populacji chorującej na nowotwory złośliwe. Stanowi to problem w wymiarze społecznym bo wobec około 70 tysięcy pacjentów rocznie medycyna pozostaje bezradna [4]. Jednym z najczęstszych problemów pacjentów leczonych na nowotwory obok bólu, nudności i wymiotów jest zmęczenie. Choroba nowotworowa i leczenie, które jest podejmowane z jej powodu są przyczyną narastającego zmęczenia. Występuje u większej liczby osób, niż jakikolwiek objaw, niezależnie od charakteru i lokalizacji nowotworu. Z badań własnych z pośród 100 ankietowanych, u 57% chorych rozpoznano zespół zmęczenia. Średnia ilość punktów w badanej skali wynosiła 37,4 ± 13,4. Podobne wyniki, ze względu na częstość występowania zmęczenia bądź osłabienia u pacjentów hospicyjnych, stwierdził u

51% - 81% chorych Buss [5]. U chorych na raka piersi objawy wystąpiły, u 50% - 70%, a podczas gdy pacjenci otrzymywali chemioterapię czy radioterapię objawy zmęczenia znacznie wzrastały i wahały się w granicach 75% - 99% [6]. Chorzy podają, że od zakończenia terapii, uczucie zmęczenia towarzyszy im jeszcze po upływie 5-10 lat. Analizując wyniki własnych badań nie zauważono aby zmęczenie chorych onkologicznie było istotnie statystycznie uzależnione od płci, miejsca zamieszkania, wykształcenia czy stanu cywilnego. Zauważono większą podatność na zmęczenie w przedziale wieku 20 – 29 lat, gdzie zmęczenie wynosiło 100% i w przedziale 30 – 39 lat - 66,7%. Wynika z tego, że osoby starsze zgłaszają niższy stopień natężenia zmęczenia. Ten fakt potwierdza Buss i tłumaczy go mniejszymi potrzebami i oczekiwaniami względem życia, łatwością pogodzenia się im z ograniczeniami jakie niesie choroba, że dysproporcja między stanem rzeczywistym, a oczekiwanym jest mniejsza jak u ludzi młodych. Mniejsze odczuwanie zmęczenia może mieć związek z faktem, że wraz z upływem lat pacjenci mają mniejszą sprawność fizyczną, a niektóre nowotwory rozwijają się wolniej w wieku starszym [5]. Zmęczenie jest stanem utrudniającym codzienne funkcjonowanie. Ma wieloczynnikową etiologię, a mechanizmy prowadzące do jego wystąpienia są nieznane. Powoduje utrudnione funkcjonowanie w wymiarze psychicznym, fizycznym i społecznym co znacznie obniża jakość życia. W ostatnich latach zwraca się większą uwagę na pozytywny wpływ aktywizacji ruchowej u pacjentów z chorobą nowotworową. Według standardów National Comprehensive Cancer Network (NCCN) dodano zalecenie, aby rehabilitację rozpoczynać w momencie postawienia diagnozy nowotworowej.

Z badań własnych przeprowadzanych za pomocą skali FSS wynika, że zmęczenie uniemożliwia trwałe funkcjonowanie fizyczne, u 21% osób z maksymalną sumą punktów (7 pkt.) i jest jednym z trzech najbardziej dokuczliwych objawów u 20% osób też z maksymalną sumą punktów w skali. Na pytanie „Czy moja motywacja jest mniejsza, gdy jestem zmęczony?”, 15% osób zdecydowanie odpowiedziało, że ich motywacja obniżyła się (7 pkt), a największa grupa 34% badanych uważa, że motywacja zmniejszyła się w niewielkim stopniu (4pkt) zaś w badaniach przeprowadzonych przez Bussa liczba pacjentów zgłaszających psychiczne objawy zmęczenia w postaci obniżonej motywacji do działania jest znacznie większa i wynosi 30%, a 23% chorych uznało negatywny wpływ na aktywność zawodową co stało się przyczyną zrezygnowania z pracy i orzeczenia stopnia niepełnosprawności [5]. Dlatego każdy chory już na pierwszej wizycie lekarskie powinien być zbadany pod kątem występowania zmęczenia i regularnie podlegać ocenie podczas

następnych badań kontrolnych. Pozwoli to na dokładną ocenę dynamiki narastania i zmniejszania się objawów zmęczenia a w konsekwencji może przyczynić się do poprawy leczenia. Zalecane jest posługiwanie się jedną skalą pomiarową u danego pacjenta i wskazane aby podczas zbierania wywiadu podać pacjentowi okres czasu który podlega ocenie. Zaletą skal jest ocena wpływu zmęczenia na codzienne życie, a co się z tym łączy zobrazowanie jakości życia w przypadku pacjentów z chorobą nowotworową. Edukacja pacjentów zwiększa świadomość i wiedzę, że zmęczenie jest jednym z objawów choroby nowotworowej, powoduje że ludzie są spokojniejsi, czują się bezpieczniej i chętniej nawiązują współpracę z zespołem terapeutycznym, poprawia się komunikacja w relacjach pacjent – pielęgniarka, pacjent – lekarz.

Kolejnym problemem u pacjentów z chorobą nowotworową są zaburzenia snu, a zwłaszcza bezsenność, które podobnie jak osłabienie czy ból wpływają negatywnie na jakość życia chorych. Choroba nowotworowa ma dużą rolę i złożoność w powstawaniu zaburzeń snu. Może być czynnikiem predysponującym do wystąpienia bezsenności, czynnikiem zakłócającym sen i czynnikiem utrwalającym bezsenność [7].

W ocenie bezsenności podstawowe znaczenie, niezależnie od jej przyczyny, ma szczegółowy wywiad oraz dokładna diagnostyka stanu psychicznego i somatycznego danego chorego. Należy dokładnie ustalić stopień nasilenia bezsenności, czas trwania, rodzaj zaburzeń snu i obecność innych chorób towarzyszących. W ustaleniu rodzaju zaburzeń snu bardzo pomocny jest wywiad zebrany od członków rodziny dotyczący: funkcjonowania chorego w ciągu dnia, relacji z innymi ludźmi oraz stosowania substancji, które mogą zaburzać sen. W trudnych przypadkach wskazana jest konsultacja specjalisty w dziedzinie zaburzeń snu. Wybór sposobu leczenia bezsenności powinien być dostosowany do indywidualnych potrzeb danego chorego i rozpoznanej przyczyny powstania tej dolegliwości, a wybór leku nasennego zależny od potrzeb chorego. Lek powinien mieć największą skuteczność i wykazywać najmniejsze działanie niepożądane, a dawkowanie leku powinno zależeć od stanu klinicznego chorego i od oceny lekarza. Leczenie powinno trwać krótko, a leki nasenne powinny być przyjmowane tylko w razie zaburzeń snu. Działanie leków nasennych może być pomocne w ogólnej terapii bezsenności przy ponownym „uczeniu" chorego spania, a kompleksowe wsparcie psychoterapeutyczne zwiększy skuteczność leczenia i nie doprowadzi do uzależnienia [8].

Bezsenność przygodna i krótkotrwała jest głównym wskazaniem do objawowego leczenia farmakologicznego. Celem leczenia jest poprawa samopoczucia, jakości życia i

sprawności w ciągu dnia oraz zapobieganie utrwaleniu się objawów. W bezsenności przygodnej zaleca się stosowanie leku nasennego przez 1-2 noce, w bezsenności krótkotrwałej co 2-3 noce, do 2 tygodni. Na bezsenność pierwotną składa się wiele czynników, a więc leczenie powinno być wielokierunkowe. Lek nasenny powinien być podawany w początkowej fazie leczenia, co 2-3 noce przez okres 2 tygodni. Po przerwie kuracja może być powtarzana, a stałe podawanie leków nasennych nie jest wskazane ani konieczne. W leczeniu bezsenności przewlekłej należy przeciwdziałać tolerancji i uzależnieniu. Leki nasenne przyjmować w dawce minimalnej tylko w gorsze dni i stosować przerwy. Zalecany czas kuracji wynosi 2-4 tygodnie. Jednak wielu pacjentów przyjmuje leki nasenne przez długie lata, bo próbom odstawienia leku towarzyszą objawy zespołu abstynencyjnego i to powoduje powrót do przyjmowania leku [9].

W przeprowadzonych badaniach własnych zastosowano ocenę kwestionariuszową Oceny Snu Leeds. Biorąc pod uwagę ostatni tydzień zbadano zachowania wpływające na ocenę snu, tj. zasypianie, jakość snu, budzenie się, samopoczucie i wstawanie po przyjęciu leku i bez brania leku. Z badań wynika, że 32 osoby ocenia swoje poczucie równowagi i koordynację ruchów za mniej niezdarną po wstaniu z łóżka, 18 osób skarży się na większe zmęczenie w chwili obecnej, a 31 osób stwierdziło, że jest bardziej czujnym w danej chwili. Natomiast swoje samopoczucie podczas budzenia się w ciągu ostatniego tygodnia 15 osób ocenia jako zmęczony, a 29 osób jako czujny. Średnie dotyczące zachowań samopoczucia i równowagi mieszczą się w przedziale 4-6 pkt. co oznacza, że stosowane leki nie miały negatywnego wpływu na funkcjonowanie chorych w ciągu dnia ani pogorszenia sprawności psychoruchowej. Również korzystną odpowiedź kliniczną zaobserwowano w Instytucie Badań Snu w USA wśród chorych leczonych lekami nasennymi i wynosiła ona w zależności od stosowanego leku od 30% do 37,4%. Zaobserwowano, że leczenie farmakologiczne doprowadziło do skrócenia czasu czuwania, zmniejszenia częstości wybudzeń w nocy, wydłużenia czasu snu i zwiększenia wydajności snu [8].

Leki nasenne działają nie tylko uspokajająco, ale zaburzają pamięć i mają zwiotczający wpływ na mięśnie, co może być przyczyną dolegliwości występujących następnego dnia po zażyciu leku. Jeżeli konieczne jest zażycie środka nasennego, należy wybrać taki, który będzie skuteczny, ale nie będzie wykazywał działań niepożądanych, tj. nadmierna senność, pogorszenie sprawności, ból i zawroty głowy, zaburzenia koordynacji ruchów. Lek powinien się cechować szybkim początkiem działania, szybką eliminacją z

organizmu, nie powodować sedacji ani działań niepożądanych. U chorych budzących się zbyt wcześnie, w celu utrzymania snu należy zastosować lek o dłuższym okresie półtrwania [9].

Z przeprowadzonych badań na potrzeby tej pracy, w ostatnim tygodniu po zażyciu leku nasennego 30 osób łatwiej zasypiało, u 34 osób znacznie skrócił się czas zasypiania, a 41 osób jest zdania, że czuje się bardziej śpiąca. Średnia uzyskanych punktów wyniosła 6,5 pkt. co mieści się w przedziale 6-8 pkt. i świadczy, że według badanych w ostatnim tygodniu zasypianie po przyjęciu leku w porównaniu z zasypianiem bez zażywania leków uległo poprawie. Jakość snu po przyjęciu leku w porównaniu z jakością snu bez zażycia leków również uległa poprawie. Świadczy o tym średnia, która wynosi 7,61 pkt. (6 – 8 pkt. nieznaczna poprawa), a odchylenie standardowe 3,5pkt. Z kolei grupa 36 osób uważa, że budzi się znacznie łatwiej po zażyciu leku w porównaniu do budzenia się bez leków, 19 osób uważa, że czas budzenia się w ostatnim tygodniu trwa dłużej, a 14 uważa, że krócej, natomiast 32 osoby uważają, że nie widzą różnicy. Wynika z tego, że sposób budzenia, czyli łatwość i czas budzenia według badanych uległ poprawie po przyjęciu leku w porównaniu ze sposobem budzenia się bez zażycia leku – średnia wynosi 6,8 pkt. (6 – 8 pkt., polepszenie budzenia się), a odchylenie standardowe ± 2,6 pkt.

Pacjenci z rozpoznaną chorobą nowotworową cierpią na niską jakość snu, osłabienie, zmęczenie. Choroba spowodowała istotne pogorszenie snu i samopoczucia. Problemy mają wiele przyczyn, od czysto psychologicznych (świadomość choroby) poprzez dolegliwości związane z chorobą i stosowane leczenia. Badania własne obejmują 100 pacjentów na różnych etapach choroby nowotworowej, poddawanych różnym sposobom leczenia, z różnymi objawami ubocznymi terapii. Do pomiaru badania nasilenia objawów bezsenności w ciągu ostatnich 2 tygodni użyto Skali Nasilenia Bezsenności/ Insomnia Severity Index. Badała ona trudności z zasypianiem, utrzymaniem snu, wczesnym budzeniem się, funkcjonowaniem w czasie dnia, jakością życia. Wśród badanych 12 osób miało bardzo ciężkie trudności z zasypianiem, 21 osób ciężkie, a 42 respondentów uznało, że ich trudności są umiarkowane. Z utrzymaniem snu 5 osób miało bardzo ciężkie trudności, 24 osoby ciężkie i 45 respondentów podało, że ma umiarkowane trudności. Z powodu zbyt wczesnego budzenia się 8 osób uznało swoje problemy za bardzo ciężkie, 25 za ciężkie, a 34 osoby za umiarkowane. Średnia z tych zachowań przedstawia się następująco: 8 badanych uznało, że ma bardzo ciężkie problemy ze snem, 23 osoby ciężkie, a 40 osób – najliczniejsza grupa uważa, że ich problemy ze snem są w stopniu umiarkowanym.

Skalski z przeprowadzonych badań podaje, że wśród 300 pacjentów z bezsennością 44% miało problem z zaśnięciem, 76% z utrzymaniem ciągłości snu i licznymi przebudzeniami w nocy, a większość pacjentów, bo aż 59% miało więcej niż jeden rodzaj bezsenności. Podaje on, że niezależnie od rodzaju nowotworu u pacjentów po zabiegach chirurgicznych, u 45% występowała bezsenność, u 35% poddanych chemioterapii i 39% po radioterapii. Pacjenci z rakiem prostaty rzadziej skarżyli się na bezsenność – 18%, leki nasenne stosowało 15%. Jako przyczynę bezsenności najczęściej wymienia ból, poczucie dyskomfortu, obawy o rodzinę oraz sytuację materialną. Skalski w swojej pracy opiera się na badaniach Wanga, który podaje, że wśród 228 pacjentów z białaczką lub chłoniakiem na częste występowanie zaburzeń snu z powodu wybudzeń w nocy skarży się 77% badanych, 59% skarży się na zbyt wczesne przebudzenia, a 80% na brak wypoczynku po śnie. W dalszej części swojej pracy powołuje się na badania Andrykowskiego, który prowadził badania wśród 137 pacjentów po przeszczepie szpiku kostnego i wykazał, że ponad połowa badanych skarżyła się na problemy ze snem nawet 18 miesięcy po zabiegu. Kłopoty występowały częściej u kobiet i u pacjentów po 40 roku życia. Dalej opiera się na badaniach Stepańskiego, który badając związek między bezsennością, a bólem wykazał, że problemy ze snem u chorych na raka są przyczyną, aniżeli skutkiem dolegliwości bólowych. Uważa, że leczenie bezsenności pomoże w łagodzeniu dolegliwości bólowych [7].

Z wyników własnych badań problem bezsenności wśród badanej grupy dotyczy 45% z czego bezsenność u kobiet jest większa, bo występuje u 60%, a u mężczyzn 21%. Wykazano, że procent liczby osób z bezsennością wzrasta wraz z wiekiem badanych i największy jest w grupie wiekowej 50-59 lat-wynosi 59%. Wzrasta też wraz z poziomem wykształcenia i największy jest u ludzi z wykształceniem wyższym – wynosi 53%, a najmniejszy u ludzi z wykształceniem podstawowym (15%).

Z badań przeprowadzonych we Włoszech zaobserwowano, że zaburzenia snu występowały częściej też u kobiet-54%, niż u mężczyzn-36%. Badacze z Kanady i Stanów Zjednoczonych wykazali także większą predyspozycje do zaburzeń u płci żeńskiej potwierdzając, że kobiety dwukrotnie częściej skarżą się na trudności z zaśnięciem. Świadczy to o większej podatności kobiet na występowanie zaburzeń snu. W badaniach przeprowadzonych w Anglii, Norwegii, Francji i Austrii wykazano zależność między częstością zaburzeń, a wiekiem. Znacznie częściej występuje u ludzi po 65 roku życia. Uważają, że wiek nie jest niezależnym czynnikiem ryzyka częstszego występowania bezsenności, a wiąże się to z gorszym zdrowiem fizycznym i psychicznym [10].

Problem zaburzeń snu dotyczy nie tylko ludzi chorych, ale także zdrowych. Jest pod względem częstości występowania trzecią skargą zgłaszaną lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej, po bólach głowy i dolegliwościach żołądkowo-jelitowych [11]. Według badań CBOŚ 24% ogółu badanych, w tym 19% mężczyzn i 28% kobiet zgłaszało częste i bardzo częste trudności z zaśnięciem, a w 42% były to osoby powyżej 65 roku życia, ale częściej trudności te występowały u osób z wykształceniem niższym, tj. podstawowe-33%, a z wyższym tylko 17%. Trudność w utrzymaniu snu zgłaszało 29% badanych z czego kobiety stanowiły 34% badanych, a mężczyźni 23%, a w 49% były to osoby po 65 roku życia. Przedwczesne budzenie się występowało u 24% badanych, kobiety stanowiły 28%, a mężczyźni 20% i 39% były to osoby po 65 roku życia. Wyniki tych badań zbliżone są do badań HIS oraz danych międzynarodowych . W jednakowym stopniu dotyczą mieszkańców wsi i miast [62]. W populacji polskiej wyraźna jest różnica w częstości zaburzeń snu między płciami (większa u kobiet niż u mężczyzn) i wzrasta wraz z wiekiem. Problem ten wymaga większej świadomości społecznej oraz skuteczniejszej diagnostyki i leczenia. Szerokie rozpowszechnienie bezsenności podkreśla duże znaczenie tego zjawiska jako ważnego problemu. Jak podają Szelenberger i Skalski problemy z bezsennością w krajach uprzemysłowionych są zbliżone. 20 – 30% dorosłej populacji zgłasza trudności w zasypianiu lub utrzymaniu snu. W Polsce skarży się na bezsenność 24% ludzi. Dotyczy ona różnych rodzajów bezsenności z czego u 10% stwierdza się bezsenność przewlekłą [7, 11].

Sen ma korzystne działanie terapeutyczne. Wydłużenie jego czasu może świadczyć o procesie zdrowienia. Działania mające na celu przywrócenie prawidłowego snu korzystnie wpływają na zmniejszenie stresu oraz poprawę rokowania u chorych z nowotworami [12].

Wnioski

Zebrany w toku badań materiał badawczy pozwolił na wyciągnięcie następujących wniosków:

1. Zmęczenie fizyczne jak i psychiczne występuje u chorych ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową.
2. Zespół zmęczenia znacznie częściej występuje u chorych w grupie wiekowej 20 – 29 lat.
3. Występowanie zespołu zmęczenia należy rozważać u każdego pacjenta indywidualnie niezależnie od wieku, płci, czy czasu trwania choroby.
4. Choroba nowotworowa w sposób istotny pogarsza jakość snu.

5 Z analizy wyników przeprowadzonych, wynika że zażywanie leków nasennych w znacznym stopniu poprawia zasypianie, jakość snu, sposób budzenia i samopoczucie po przebudzeniu się.

Piśmiennictwo

1 Chojnacka – Szawłowska G.: Zmęczenie a zdrowie i choroba. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków, 2009.

2 Krasuska M. E.: Zmęczenie jako problem pacjenta z chorobą nowotworową. Zdr. Publ., 2005, 3, 380 – 384.

3 Wirsching M.: Wokół raka. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 1994.

4 Chojnacka – Szawłowska G.: Rozpoznanie choroby nowotworowej. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 1998.

5 Buss T.: Wybrane metody zwalczania zmęczenia w przebiegu choroby nowotworowej. Medycyna Paliatywna w Praktyce, 2008, 4, 148 – 154.

6 Rzepka K., Nowicki A.: Zespół zmęczenia u chorych na raka. Wsp. Onkol., 2010, 14, 321 – 325.

7 Skalski M.: Zaburzenia snu w chorobach nowotworowych. Onkologia w Praktyce Klinicznej, 2006, 2, 32 – 39.

8 Roth T., Hajak G.: Współczesne leczenie farmakologiczne bezsenności. Med. Prakt., 2001, 6, 145 – 163.

9 Szelenberger W.: Standardy leczenia bezsenności Polskiego Towarzystwa Badań nad Snem. Sen 2003, 3, 117 – 126.

10 Kiejna A., Sieradzki A., Rymaszewska J.: Epidemiologia zaburzeń snu w Polsce i na świecie – przegląd piśmiennictwa. Sen, 2002, 2, 33 – 38.

11 Szelenberger W., Androsiuk M. K., Niemcewicz Sz.: Poglądy na patogenezę bezsenności pierwotnej – aktualny stan wiedzy. Sen, 2003, 3, 79 – 86.

12 Jurkowski M.K., Bobek – Billewicz B.: Zaburzenia snu, a schorzenia nowotworowe. Sen, 2003, 87 – 94.

Kondzior Dorota Joanna[1], Sierżan Anna[2], Rolka Hanna Joanna[1,3], Krajewska- Kułak Elżbieta[1]

Częstotliwość występowania raka języka wśród pacjentów leczonych w Białostockim Centrum Onkologii w latach 2010-2011

1. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Wydział Nauk o Zdrowiu
2. Białostockie Centrum Onkologii
3. Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży, Instytut Pielęgniarstwa

Wstęp

Nowotwór, tkanka rozrastająca się w organizmie autonomicznie i wbrew ogólnoustrojowej harmonii, mimo, że wywodzi się z tkanki prawidłowej. Jest to choroba związana z zaburzeniami w obrębie materiału genetycznego, które prowadzą do przekształcania komórek prawidłowych w nieprawidłowe o pewnych charakterystycznych cechach. Charakteryzuje się anormalnym, niekontrolowanym wzrostem bez reakcji na mechanizmy regulacyjne ustroju. Główne cechy komórek nowotworowych to: zdolność do nadmiernych podziałów, utrata prawidłowego dystansu pomiędzy komórkami, zdolność do nieograniczonego wzrostu i przeżywania(tzw. nieśmiertelność komórki nowotworowej), utrata właściwych funkcji wskutek nadmiernej proliferacji oraz mutacji, inwazyjność, czyli zdolność do atakowania komórek prawidłowych, zdolność do tworzenia przerzutów w wyniku przedostawania się do naczyń krwionośnych i chłonnych oraz rozprzestrzeniania się w innych tkankach [1,2,3].

Spośród wszystkich chorób rak wywołuje najgłębsze urazy psychiczne. Powszechnie utożsamiany z szybką i bolesną śmiercią. W Polsce jak i w innych krajach europejskich, zgony z przyczyn onkologicznych znajdują się na drugim miejscu pod względem częstości [2,4].

Nowotwory jamy ustnej – częstotliwość występowania, lokalizacja

Nowotwory jamy ustnej zajmują 8 miejsce pod względem częstości występowania w populacji polskiej i stanowią poważny problem epidemiologiczny i terapeutyczny. Według WHO nowotwory złośliwe błony śluzowej jamy ustnej i gardła stanowią 2% wszystkich nowotworów złośliwych człowieka, a ok. 40% z nich to raki języka. W 2003 zarejestrowano w Polsce 1512 nowych zachorowań na raka jamy ustnej i wargi co stanowi około 0,85% wszystkich nowotworów złośliwych w Polsce [5-9].

Rak języka jest najczęstszym nowotworem jamy ustnej. Zarejestrowany w Polsce na 24 miejscu u mężczyzn i 43 u kobiet w kolejności występowania wszystkich nowotworów złośliwych [6]. Występuje głównie u mężczyzn w średnim i starszym wieku, zwykle nadużywających alkoholu i palących papierosy. Wzrost występowania nowotworów tytoniozależnych w Polsce w latach 1963-1987 był dla mężczyzn blisko 3-krotny, a dla kobiet 2-krotny [10,11].

Czynniki ryzyka rozwoju raka języka

W epidemiologii raka języka dużo mówi się na temat czynników rakotwórczych predysponujących do rozwoju nowotworów języka. Jest ich wiele, ale dominującymi czynnikami w przypadku tych guzów jest ekspozycja błon śluzowych na dym tytoniowy i wysokoprocentowy alkohol. Według Jesse RH., Barkley H. ryzyko zachorowania na raka jamy ustnej wzrasta wielokrotnie u palaczy w porównaniu z niepalącymi. W procesie kancerogenezy tytoń działa zarówno na etapie inicjacji, jak i promocji [6,12,13,14].

Alkohol sprzyja zmianom w jamie ustnej, bezpośrednio działając na błonę śluzową lub też pośrednio poprzez uszkodzenie czynności detoksykacyjnych wątroby. Alkohol wykazuje przede wszystkim synergistyczne działanie z paleniem tytoniu, nasilając wielokrotnie jego kancerogenne właściwości. Kancerogenne działanie papierosów i wysokoprocentowego alkoholu nie sumuje się, lecz mnoży [6,15].

Na drugim planie czynników ryzyka raka jamy ustnej, pozostaje brak higieny, drażniące język nieprawidłowo dobrane protezy zębowe i czynniki infekcyjne. Wśród nich obecnie zwraca się szczególna uwagę na infekcje wirusem brodawczaka ludzkiego-HPV. W młodszej grupie wiekowej, u osób niepalących, potwierdzonym czynnikiem ryzyka jest właśnie wirus HPV. Wśród czynników rakotwórczych wspomina się również niedobór ryboflawiny i żelaza, co sprzyja rozwojowi stanów zapalnych błon śluzowych [6,15].

Istotne znaczenie w rozwoju nowotworów języka mają zmiany przedrakowe języka do których zalicza się: leukoplakię, erytroplakię, liszajec płaski i włóknienie podśluzówkowe [6,16].

Objawy kliniczne raka języka

Pierwsze objawy kliniczne raka języka, są nieznaczne i często bywają lekceważone zarówno przez chorego, jak i lekarza a ból zazwyczaj pojawia się późno. Zmiany bardzo często wykrywane są przypadkowo, np. podczas wizyty u stomatologa. Objawy kliniczne nowotworów złośliwych języka zależne są od ich umiejscowienia Chorzy z guzem w przedniej, ruchomej części języka najczęściej zgłaszają się z powodu widocznego

owrzodzenia lub wygórowania, co może powodować ból lub krwawienie. Pierwszym zauważalnym objawem nowotworu jest złe samopoczucie lub znaczna utrata masy ciała. Pojawiają się również zaburzenia w przyjmowaniu pokarmów, kaszel, zachłystywanie, trudności w żuciu i połykaniu, ślinotok, szczękościsk. Wspólnie występującymi objawami raka języka, jest guz na szyi, gdy występuje przerzut do węzłów chłonnych szyi. W przypadku zmian zaawansowanych występują [6,10, 13,16,17]:

- naciek języka.
- ból w okolicy nacieku, w późniejszym okresie promieniujący do ucha.
- ograniczenie ruchomości języka.
- utrudniona mowa lub trudności w komunikowaniu się z otoczeniem.
- brak łaknienia, spadek masy ciała spowodowany bólem i trudnością w przyjmowaniu pokarmów.

Leczenia raka języka

Leczenie onkologiczne obejmuje zarówno zwalczanie choroby, jak i wydłużanie życia chorych na nowotwory [18].

Wybór metody leczenia raka języka jest ściśle związany z czasem wykrycia choroby nowotworowej, a to decyduje o ostatecznych efektach terapii. Ustalenie stopnia zaawansowania choroby ma podstawowe znaczenie w wyborze metody leczenia. Istotne znaczenie w decyzji o sposobie leczenia ma również stan ogólny chorego, który jest najczęściej związany ze stopniem zaawansowania choroby. Głównym celem leczenia jest wyeliminowanie lub zniszczenie wszystkich komórek nowotworowych, które znajdują się w organizmie [16].

Metody leczenia nowotworów złośliwych jamy ustnej, w tym także języka to:

- leczenie chirurgiczne
- radioterapia (dzieli się na: **teleradioterapię –** źródło promieniowania jest oddalone od pacjenta, **brachyterapię –** źródło promieniowania umieszcza się w guzie)
- brachyterapia
- chemioterapia [5,15,19].

Wczesne następstwa leczenia raka języka

- leczenie chirurgiczne może wywołać obrzęk okolicy szyi, twarzy, który zazwyczaj znika w ciągu kilku tygodni. Jednak, usunięcie węzłów chłonnych może spowodować obrzęk, który trwa przez długi czas.
- u każdego chorego po zastosowaniu radioterapii występuje odczyn popromienny.

- może on mieć różny stopień nasilenia stosownie do wielkości pola napromienianego, wielkości dawki, czasu leczenia i innych parametrów fizycznych i radiologicznych. Ostry odczyn popromienny jest, obok odczynu późnego, coraz częściej uważany za jeden z dwóch czynników ograniczających możliwości eskalacji dawki promieniowania w radioterapii. Występuje on w trakcie leczenia i do 6 miesięcy po jego zakończeniu[20].
- odczyn popromienny ze strony skóry jest źródłem wielu dolegliwości, takich jak pieczenie, świąd czy też ból w terenie napromienianym [21].
- ostry odczyn popromienny występuje zwykle w mniejszym lub w większym stopniu w większości narządów znajdujących się w napromienianej objętości, ale na pierwszy plan wysuwają się przeważnie dolegliwości związane z popromiennym uszkodzeniem błony śluzowej. Pacjent zgłasza dolegliwości ze strony jamy ustnej takie jak ból, zaburzenia w odczuwaniu smaku, uczucie zalegania śliny. Oglądając jamę ustną, gardło możemy zaobserwować zaczerwienienie, obrzęk i nalot włóknika w terenie nacieku nowotworowego [22].
- ostry odczyn popromienny jest zespołem wielu różnych morfologicznych uszkodzeń tkanki bądź narządu oraz zaburzeń czynnościowych powstałych w wyniku tych uszkodzeń. Nierzadko towarzyszą im efekty ogólne takie jak spadek ciężaru ciała, znaczne zmęczenie i osłabienie, szczególnie przy utracie wagi. Dlatego tez należy zalecić odpoczynek oraz wprowadzić dietę wysokokaloryczną, wysokobiałkową i suplementację witamin B2, B6, A+E, PP [20].
- zmiany w wyglądzie skóry w połączeniu z dolegliwościami somatycznymi takimi jak: złe samopoczucie, osłabienie nudności, wymioty, w istotny sposób decydują o komforcie życia chorych podczas leczenia, wpływają na ich stan ogólny, tolerancję leczenia, a także mogą być przyczyną nieplanowanych przerw w leczeniu, które w sposób istotny, zależny od ich pozycji w trakcie leczenia, wpływają na wynik radioterapii [22].
- odczyn popromienny w obrębie skóry, błon śluzowych jest czynnikiem, którego nie można uniknąć poddając pacjenta radioterapii, ale można zapobiegać nasileniu się odczynu poprzez: leczenie współistniejącego stanu zapalnego przy zakażeniach bakteryjnych, grzybiczych, sanację uzębienia przed rozpoczęciem leczenia, dokładne przestrzeganie zasad higieny jamy ustnej, wyeliminowanie z diety pokarmów podrażniających błonę śluzową jamy ustnej zastępując je dietą wysokobiałkową z

dużą ilością pokarmów mlecznych, bogato witaminową o odpowiedniej temperaturze, bezwzględny zakaz palenia tytoniu, picia alkoholu[20].

- suchość w jamie ustnej, zaburzenia smaku, których przyczyną jest oddziaływanie wiązki promieniowania na tkankę gruczołów ślinowych łagodzi się poprzez odpowiednie ich nawilżanie, natłuszczanie, picie większej ilość płynów. W przypadku braku śliny, częste płukanie jamy ustnej roztworem soli fizjologicznej, stosowanie preparatów sztucznej śliny (Saliva Ontham, Sialin- Sigma, Saliment, Salivant), żucie bezcukrowej gumy, a także wspomaganie farmakologiczne: np. pilokarpina: podskórnie 10mg jednorazowo; płukanka 0,1% roztwór pilokarpiny 15-20 kropli na szklankę wody, stosować 2-3 razy dziennie[20].
- podczas nasilenia się odczynu popromiennego stosuje się leki przeciwbólowe, antybiotyk według antybiogramu oznaczonego po pobraniu wymazu z miejsca napromienianego. W przypadku wystąpienia bólu gardła, trudności w połykaniu- zastosowanie diety półpłynnej, odpowiednie nawadnianie chorego (ewentualne odżywianie pozajelitowe). Przy bardziej nasilonym odczynie-przerwa w naświetlaniu, sprawdzenie planu leczenia, ewentualne zmniejszenie wielkości dawki. Leczenie energią promienistą upośledza czynność krwiotwórczą szpiku, zwłaszcza wytwarzanie leukocytów, dlatego tez konieczna jest kontrola morfologii krwi przynajmniej 1 raz w tygodniu podczas leczenia [17].

Późne następstwa leczenia raka języka

Obserwowane są w okresie kilku do kilkunastu miesięcy, a nawet do kilkudziesięciu lat po napromienianiu [20].

Jednym z najpoważniejszych odległych efektów ubocznych radioterapii jest suchość jamy ustnej określana terminem „kserostomia’’[20]. Wynika ona z popromiennego uszkodzenia gruczołów ślinowych, których odpowiedzią jest spadek produkcji śliny i jej nieprawidłowy skład. Bezpośrednią tego konsekwencją jest zaburzenie procesów demineralizacji i remineralizacji twardych tkanek zębów, zmiana składu mikroflory bakteryjnej z przewagą gatunków sprzyjających powstawaniu płytki nazębnej, co prowadzi do gwałtownie postępującej próchnicy. Dlatego ważne jest stosowanie preparatów fluoru w postaci past, żelów lub płukanek, unikanie pokarmów kwaśnych, słodkich, regularne kontrole stomatologiczne i leczenie pojawiających się ubytków próchnicowych oraz wdrożenie omówionego wcześniej postępowania, mającego pobudzić wydzielenie śliny lub ją zastąpić [20].

Jednym z najgorszych powikłań po radioterapii jest osteoradionekroza, czyli aseptyczna martwica kości w naświetlanym miejscu. Może wystąpić samoistnie (39%) albo w większości przypadków w wyniku dodatkowego uszkodzenia tkanek (61%) po ekstrakcji zębów, biopsji, dodatkowych zabiegach chirurgicznych. Zaawansowane postacie osteoradionekrozy klinicznie objawiają się bólem, obrzękiem, szczękościskiem, obnażaniem kości, patologicznymi złamaniami kości, formowaniem się przetok [20].

Cel pracy

Zapobieganie i leczenie nowotworów złośliwych, także w Polsce, stanowi największe wyzwanie w dziedzinie zdrowia. Są one główną przyczyną przedwczesnych zgonów Polaków (przed 65-tym rokiem życia).

Najczęstszą lokalizacją raka jamy ustnej stanowi język-50%. Zarówno sama choroba nowotworowa jak też jej leczenie (chirurgiczne, RTH – radioterapię, CTH – chemioterapię, CRTH – chemio-radioterapię) czyni duże spustoszenie w organizmie chorego [5,6,15,19,23].

Celem pracy było:

1. Oszacowanie częstotliwości występowania raka języka.
2. Określenie metod jakie były stosowane w leczeniu raka języka w procesie całego leczenia.
3. Porównanie efektywności leczenia w zależności od wybranej metody terapii.

Materiał i metody

Badaniem zostało objętych 39 pacjentów leczonych w Białostockim Centrum Onkologii z powodu raka języka (ca lingvae) w latach 2010-2011.

Informacje o chorych na nowotwór języka, leczonych w tych latach w BCO uzyskano z analizy dokumentacji medycznej- historii chorób.

Rozpoznanie i określenie stopnia zaawansowania raka języka przyjęto według systemu TNM zaawansowania klinicznego i pTNM patomorfologicznego rekomendowana przez *Union Internationale Contre le Cancer/American Joint Commitee on Cancer* (UICC/AJCC), której ostatnią modyfikacje (TNM7) przeprowadzono w latach 2008-2009 [5].

Wyniki badań

Grupę badawczą stanowiło 39 osób leczonych w leczonych w Białostockim Centrum Onkologii z powodu raka języka (ca lingvae) w latach 2010-2011. Zdecydowana większość pacjentów leczonych na raka języka to mężczyźni- 72%, kobiet było ponad dwa razy mniej- 11%.

Wiek chorych objętych badaniem zawierał się w przedziale od 38 do 85 lat, z średnią wynoszącą 60-69 lat i wartością środkową ±59 lat. Odchylenie od średniej przeciętnej wyniosło ±11 lat. Przedział wiekowy z największą liczbą zachorowań to 55-60 lat (11osób),

drugi, co do wielkości przedział to 60-65 lat (9 osób), zaś trzeci, co do wielkości to przedział wiekowy 50-55 lat (4 osoby), inne przedziały nie wykazują istotnych wielkości. Największa liczba zachorowań na raka języka przypada na wiek od 50 do 65 lat (25 osób).

Czynniki rakotwórcze (Tab.1) predysponujące do rozwoju nowotworów języka wśród ankietowanych to palenie papierosów (51,3% badanych) i nadużywanie alkoholu (25,6% osób badanych). Pacjenci u których wystąpiły inne czynniki predysponujące do rozwoju raka języka stanowiły 23,1% badanych.

Tabela 1. Czynniki rakotwórcze

Występowanie	**Nałogi**					
	spożywanie alkoholu		**palenie papierosów**		**inne**	
	N	%	N	%	N	%
tak	10	25,6	20	51,3	9	23,1
nie	2	5,1	2	5,1	30	76,9
nie podaje	27	69,2	17	43,6	0	0,0

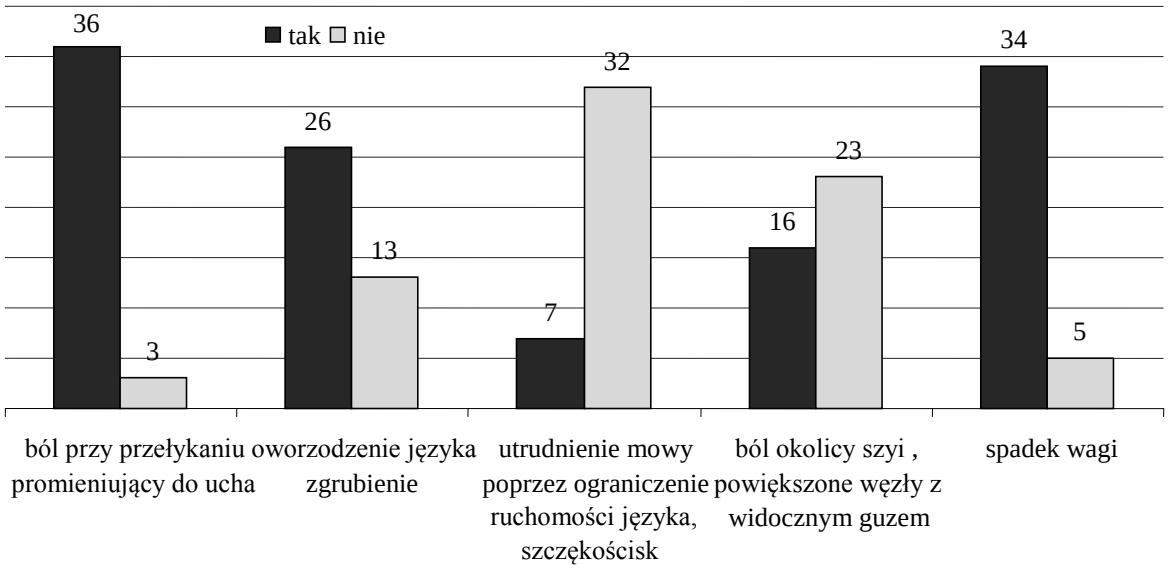
Analizując zaawansowanie choroby nowotworowej najczęściej występujące stadium choroby to stopień IV A (20 osób), odpowiednio stopień III (6 osób), stopień II i IV B to (po 5 osób). Stopień IVC (2 osoby) oraz stopień I (1osoba).

Badania wykazały, że najczęstszymi objawami choroby nowotworowej (Ryc.1) wśród osób które zgłosiły się na leczenie był ból przy przełykaniu promieniujący do ucha, zgłaszało go 36 badanych, spadek masy ciała – 34 badanych oraz owrzodzenie języka/zgrubienie – 26 badanych. Najmniej spotykanym objawem było utrudnienie mowy – 7 badanych oraz ból okolicy szyi, powiększone węzły z widocznym guzem -16 badanych.

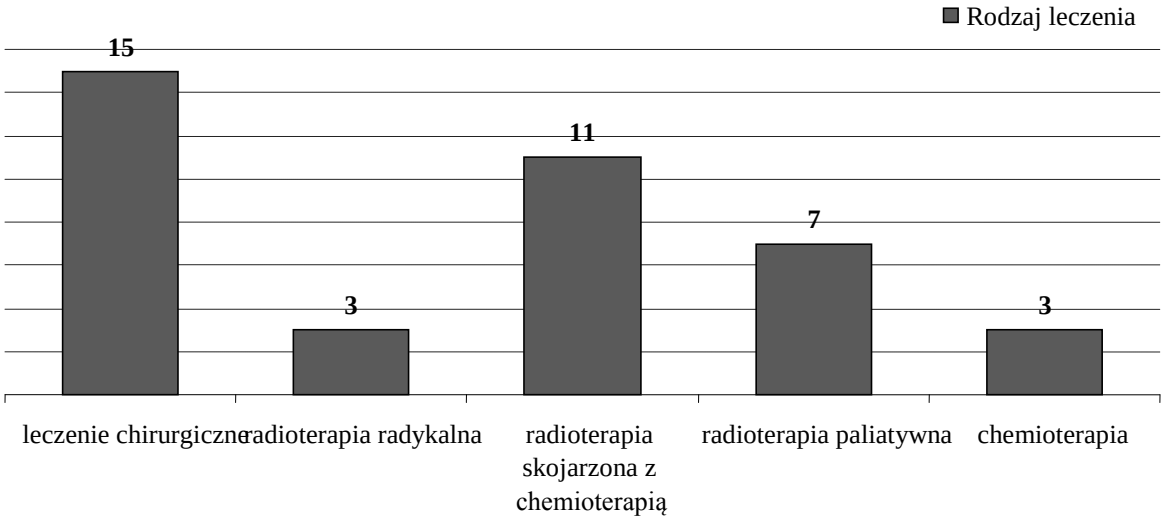
Przeprowadzone badanie wykazało, że objawy, które były przyczyną zgłoszenia się do lekarza w 79% przypadków były zauważone przez samych pacjentów.

Najczęstszym leczeniem stosowanym u pacjentów z rakiem języka było leczenie chirurgiczne- 38,5%, a także radioterapia skojarzona z chemioterapią – 28,2% badanych. Do radioterapii paliatywnej zostało zakwalifikowanych - 17,9% badanych, chemioterapii- 7,7% badanych, radioterapii radykalnej również 7,7% badanych. W niektórych przypadkach leczenie było dwuetapowe tj: leczenie chirurgiczne w 3 przypadkach połączonych zostało z

radioterapią radykalną, w 11 przypadkach z radioterapią skojarzoną z chemioterapią. W 3 przypadkach chemioterapię wsparto radioterapią (Ryc.2).



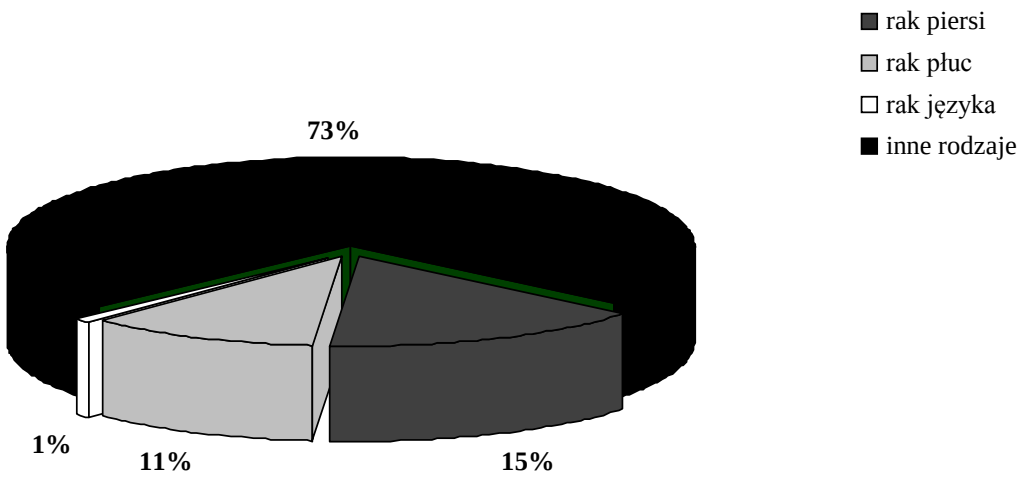
Ryc.1. Objawy przy przybyciu do szpitala



Ryc. 2. Rodzaj leczenia

Analizując wszystkie przypadki zachorowań na raka w latach 2010-2011, rak języka wystąpił u co 119 pacjenta leczonego w tych latach. Dla porównania, raka piersi stwierdzono

nieco ponad u co 6 pacjenta. Analogicznie raka płuc u co 9 pacjenta. Rak języka stanowił 1% spośród wszystkich zachorowań na raka w latach 2010-2011(Ryc. 3).



Ryc. 3. Rak języka a inne nowotwory

Zastosowanie metod leczenia w zależności od stopnia zawansowania choroby i jej objawów podczas przyjęcia pacjentów z rakiem języka do szpitala

Tabela 2 przedstawia liczbę pacjentów (i ich procentowy udział) i dolegliwości towarzyszących w odniesieniu do rodzaju leczenia.

Wśród chorych leczonych chirurgicznie 10 pacjentów (66,6%) posiadało owrzodzenie/zgrubienie języka, podczas gdy 3 osoby (33,4%) takiego objawu nie miało, u 10 pacjentów (90,9%) leczonych metodą radioterapii skojarzonej z chemioterapią stwierdzono tę dolegliwość, podczas gdy 1-na osoba (9,1%) takiej dolegliwości nie zgłaszała. Wszyscy (3 osoby) chorzy leczeni metodą chemioterapii posiadali owrzodzenie/zgrubienie języka.

W tej kategorii występuje statystycznie istotna różnica (wynik testu chi-kwadrat: p=0,01596) pomiędzy dolegliwościami a rodzajem leczenia. W innych przypadkach wynik był daleki od poziomu istotnego (p=0,05). Oznacza to, że pozostałe dolegliwości zgłaszane przez pacjentów przy przyjęciu nie wykazują istotnych różnic ilościowych w odniesieniu do zastosowanego leczenia.

Tabela 2. Zestawienie dolegliwości przy przyjęciu do szpitala z rodzajem leczenia

Dolegliwości	Leczenie					Test chi-kwadrat (p)
	chirurgiczne	radioterapia radykalna	radioterapia skojarzona z chemioterapią	radioterapia paliatywna	chemioterapia	
ból przy przełykaniu promieniujący do ucha	13	3	10	7	3	p=,77507
	86,7%	100,0%	90,9%	100,0%	100,0%	
owrzodzenie języka zgrubienie	10	0	10	3	3	**p=,01596**
	66,7%	0,0%	90,9%	42,9%	100,0%	
utrudnienie mowy poprzez ograniczenie ruchomości języka, szczękościsk	1	0	4	1	1	p=,28409
	6,7%	0,0%	36,4%	14,3%	33,3%	
ból okolicy szyi, powiększone węzły z widocznym guzem	5	0	7	3	1	p=,30184
	33,3%	0,0%	63,6%	42,9%	33,3%	
spadek wagi ciała	13	2	9	7	3	p=,57701
	86,7%	100,0%	81,8%	100,0%	100,0%	

Rodzaj leczenia a zgłaszane dolegliwości

Jednoznaczne stwierdzenie dotyczące efektywności leczenia w zależności od wybranej metody jest niemożliwe. Można jednak oszacować częstość stosowania poszczególnych metod i skutków ich zastosowania. Najczęściej stosowaną metodą była interwencja chirurgiczna wspomagana radioterapią skojarzoną z chemioterapią lub sama radioterapia skojarzona z chemioterapią, która była najczęściej stosowaną metodą leczenia głównego i wspomagającego. Zastosowanie leczenia skojarzonego lub dwu-etapowego, wiąże się z występowaniem i nasileniem powikłań wczesnych występujących podczas leczenia. Z całej grupy badanej 9 (60%) chorych leczonych chirurgicznie posiadało nudności i wymioty, 6 osób (40%) takiego objawu nie miało, 8 pacjentów (72,7%) leczonych metodą radioterapii skojarzonej z chemioterapią posiadało te dolegliwości, podczas gdy 3-ech pacjentów (27,3%) takiego objawu nie zgłaszało.

Rodzaj leczenia a powikłania wczesne

Nasilenie dolegliwości bólowych, trudności w przyjmowaniu posiłków dotyczyły 100% chorych leczonych chirurgicznie, radioterapią radykalną i chemioterapią. Ta sama dolegliwość dotyczyła 8 chorych (72,7%) leczonych radioterapią skojarzoną z chemioterapią i 6 chorych (85,7%) leczonych metodą radioterapii paliatywnej. Odczyn popromienny ze

strony skóry jest najbardziej zróżnicowaną dolegliwością w powikłaniach wczesnych w odniesieniu do rodzaju leczenia (p=0,04834). Odczyn popromienny ze strony skóry i odczyn popromienny ze strony błon śluzowych przy leczeniu chirurgicznym dotyczy tej samej ilości pacjentów (12 osób). Te dwie kategorie dolegliwości są do siebie bardzo zbliżone w każdym zastosowanym rodzaju leczenia. Znaczna różnica obserwowana jest tylko w leczeniu radioterapią paliatywną. Odczyn popromienny nie dotyczyłby pacjentów leczonych tylko chirurgicznie lub tylko metodą chemioterapii, ale to leczenie w przypadku osób badanych było zawsze połączone z radioterapią. W innych dolegliwościach dotyczących powikłań wczesnych liczebności są wyrównane.

Rodzaj leczenia a powikłania późne

Tabela 3 przedstawia liczbę (i procentowy udział) pacjentów i towarzyszące im dolegliwości związane z występowaniem powikłań późnych, mających związek z leczeniem chorób nowotworowych.

Tab. 3. Zastosowanie rodzaju leczenia a powikłania późne

Dolegliwości	**Leczenie**					Test chi-kwadrat (p)
	chirurgiczne	**radioterapia radykalna**	**radioterapia skojarzona z chemioterapią**	**radioterapia paliatywna**	**chemioterapia**	
Suchość w jamie ustnej	11	2	8	3	2	p=,68669
	73,3%	66,7%	72,7%	42,9%	66,7%	
Obrzęki w okolicach szyi	3	3	7	2	1	**p=,04216**
	20,0%	100,0%	63,6%	28,6%	33,3%	
Osłabienie apetytu, zaburzenia smaku, połykania	13	2	7	7	2	p=,33312
	86,7%	66,7%	63,6%	100,0%	66,7%	
Szczękościsk, zaburzenia mowy	4	1	4	1	1	p=,89000
	26,7%	33,3%	36,4%	14,3%	33,3%	
Ogólny ból	15	2	8	6	3	p=,21099
	100,0%	66,7%	72,7%	85,7%	100,0%	

Spośród 39 badanych – 11 chorych (73,3%) leczonych chirurgicznie posiadało suchość w jamie ustnej. Zaburzenia smaku, połykania, osłabienie apetytu stwierdzono u 7 chorych (100%) leczonych metodą radioterapii paliatywnej, u 15 (100%) chorych leczonych chirurgicznie i u 3 (100%) chorych leczonych metodą chemioterapii ból uległ nasileniu. 34 pacjentów (87%) odczuwa ogólny ból. We wszystkich rodzajach leczenia szczękościsk i zaburzenia mowy dotyczą mniej niż połowy leczonych. Podobnie jak w powikłaniach

wczesnych tak i w powikłaniach późnych istnieje jedna kategoria dolegliwości w odniesieniu do rodzaju leczenia o istotnym zróżnicowaniu (p=0,04216), jest nią obrzęk w okolicach szyi, który zwykle jest skutkiem zaburzeń układu limfatycznego i jest zjawiskiem normalnym w przypadku jeśli zostały usunięte węzły chłonne podczas zabiegu chirurgicznego.

Rodzaj leczenia a stan chorego

Spośród 39 pacjentów leczonych w BCO w latach 2010-2011 szpital opuściło 29 osób, zmarło 10 pacjentów. Nie można jednoznacznie określić metody leczenia i jej wpływu na stan pacjenta związany z przeżyciem lub zgonem (poziom istotności p=0,76411).

Na podstawie przeprowadzonego badania stadium choroby nowotworowej nie ma „wpływu" na przeżycie czy zgon. Przy poziomie istotności (p=0,4752) który kształtują dane z Tabeli 4 obserwuje się różnicę między kategoriami. W stadium stopień IV C na 2 przypadki zachorowania przeżyło 2 pacjentów. Z kolei stopień I przynosi całkowitą odwrotność. Taki wynik prawdopodobnie ma ścisły związek z małą liczebnością grupy badawczej jak również z krótkim okresem czasu jaki minął od zbierania danych a zgłoszeniem się chorych.

Tab. 4. Stadium choroby a zgon

Stadium choroby nowotworowej	Stan przy wypisie	
	żyje	zgon
stopień I	0	1
	0,0%	10,0%
stopień II	4	1
	13,8%	10,0%
stopień III	3	3
	10,3%	30,0%
stopień IV A	18	2
	62,1%	20,0%
stopień IV B	2	3
	6,9%	30,0%
stopień IV C	2	0
	6,9%	0,0%

Dyskusja

Przedstawione dane dotyczące częstotliwości występowania raka języka wśród pacjentów leczonych w BCO w latach 2010-2011 pokazują nieznaczną tendencję wzrostową w tym zakresie. W roku 2010 leczonych było 18 pacjentów podczas gdy w roku 2011 leczonych było 21 pacjentów. Biorąc pod uwagę wszystkie przypadki zachorowań na raka w

latach 2010-2011 określono jego procentowy udział (39,1%) w występowaniu nowotworów leczonych w BCO jako co 119 pacjent. Dla porównania rak piersi stanowił procentowy udział (15%) z częstotliwością występowania, nieco, ponad co 6 pacjent. Analogicznie rak płuc (11%)z częstotliwością, co 9 pacjentów.

Według Kruk-Zagajewskiej, Wierzbickiej, które przeprowadziły badania biorąc pod uwagę pacjentów leczonych w Klinice Otolaryngologii AM w Poznaniu jak również według Zielińskiej- Kazimierskiej, Tyndorf, Arkuszewskiego, Grodeckiej nowotwory jamy ustnej i gardła stanowi ok. 2% wśród wszystkich nowotworów złośliwych człowieka a ok. 40% z nich to rak języka W Polsce notuje się 24 miejscu wśród mężczyzn i 43 u kobiet [6,17].

Kruk-Zagajewska, Wierzbicka twierdzą, iż w Polsce i w krajach Europy Zachodniej na nowotwory jamy ustnej w tym również raka języka częściej chorują mężczyźni. Po przeprowadzonych badaniach stwierdziły, biorąc pod uwagę cały materiał, że stosunek mężczyzn do kobiet był prawie stały we wszystkich latach (brały pod uwagę lata 2000-2002) i wynosił dla mężczyzn blisko3-krotny, a dla kobiet2-krotny wzrost zachorowania [6].

W badaniach własnych, którymi objęto 39 pacjentów, zdecydowaną większość pacjentów leczonych na raka języka stanowili mężczyźni kobiet było ponad dwa razy mniej.

Porównywalnie według literatury rak płuca występuje kilka razy częściej u mężczyzn niż u kobiet. Od połowy lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku obserwuje się zahamowanie zachorowalności wśród mężczyzn. Wśród kobiet liczba zachorowań nadal rośnie. Najczęściej zachorowania na nowotwory piersi pojawiają się u kobiet pomiędzy 45 a 69 rokiem życia. W tej grupie zanotowano ponad 50% wszystkich zachorowań na raka piersi. Nowotwór płuc dotyczy głównie osób w wieku około 60-70 lat [24,25,26].

Wiele dyskusji przeprowadza się również na temat czynników rakotwórczych predysponujących do rozwoju nowotworów języka. Jest ich wiele, ale według Kowalika i Halczy-Kowalika jak również według Glińskiego, Ząbka, Urbańskiego dominującymi czynnikami w przypadku tych guzów jest ekspozycja na dym tytoniowy i wysokoprocentowy alkohol. Według nich istnieje ścisła współzależność między paleniem tytoniu a nowotworami rozwijającymi się w tym obszarze [12,13].

Alkohol sprzyja zmianom w jamie ustnej, bezpośrednio działając na błonę śluzową lub też pośrednio poprzez uszkodzenie czynności detoksykacyjnych wątroby. Alkohol wykazuje przede wszystkim synergistyczne działanie z paleniem tytoniu, nasilając wielokrotnie jego kancerogenne właściwości. Kancerogenne działanie papierosów i wysokoprocentowego alkoholu nie sumuje się, lecz mnoży [6,15].

Na drugim planie czynników ryzyka raka jamy ustnej według Kruk-Zagajewskiej, Wierzbickiej pozostaje brak higieny, drażniące język nieprawidłowo dobrane protezy zębowe i czynniki infekcyjne[6].

Jeżeli chodzi o występowanie czynników rakotwórczych predysponujących do rozwoju nowotworów języka wśród grupy osób badanych większość pacjentów przyznaje się do palenia papierosów i częstego spożywania alkoholu.

Analizując zaawansowanie choroby nowotworowej wśród grupy osób badanych stwierdzono również znaczny stopień zaawansowania narządowego. Najczęściej występujące stadium choroby osób badanych to stopień IV A, najrzadziej niestety stopień I.

Zgłaszane objawy wśród osób, które zgłosiły się na leczenie to ból przy przełykaniu promieniujący do ucha, spadek masy ciała oraz owrzodzenie/zgrubienie języka. Najmniej spotykanym objawem było utrudnienie mowy, ból okolicy szyi, powiększone węzły z widocznym guzem. Badania wykazały również, że objawy, które były przyczyną zgłoszenia się do lekarza, niepokoiły pacjentów. W większości przypadków były zauważone przez samych pacjentów.

Według Jeziorskiego, Kaweckiego, Nawrockiego, Kordka wybór metody leczenia raka języka jest ściśle związany z czasem wykrycia choroby nowotworowej, a to decyduje o ostatecznych efektach terapii. Ustalenie stopnia zaawansowania choroby ma podstawowe znaczenie w wyborze metody leczenia. Istotne znaczenie w decyzji o sposobie leczenia ma stan ogólny chorego, który jest najczęściej związany ze stopniem zaawansowania choroby Dla raka języka w I i II stopniu zaawansowania leczeniem zasadniczym powinien być zabieg operacyjny. Leczenie skojarzone, chirurgia i teleradioterapia lub brachyterapia jest postępowaniem z wyboru dla raka języka w III i IV stopniu zaawansowania. Zastosowanie chemioterapii w leczeniu nowotworów głowy i szyi, w tym także języka ograniczone jest przede wszystkim niewielką ich chemio wrażliwością [5,15,16].

Najczęstszą metodą leczenia stosowaną u pacjentów objętych badaniem było leczenie chirurgiczne i radioterapia skojarzona z chemioterapią. W niektórych przypadkach leczenie było dwuetapowe tj.: leczenie chirurgiczne w 3 przypadkach połączonych zostało z radioterapią radykalną, w 11 przypadkach z radioterapią skojarzoną z chemioterapią. W 3 przypadkach chemioterapię wsparto radioterapią. Analizując dane stwierdzono, że głównym sposobem leczenia była ingerencja chirurgiczna powiązana z radioterapią skojarzoną z chemioterapią. Następnie stosowano radioterapię skojarzoną z chemioterapią.

Leczenie nowotworów obarczone jest wysokim ryzykiem wystąpienia objawów niepożądanych. Według Herman, Cieślik, Bujko, Składkowskiego, powikłania te możnapodzielić na wczesne-ostre występujące w trakcie leczenia i do 6 miesięcy po jego zakończeniu oraz późne, obserwowane w okresie kilku do kilkunastu miesięcy, a nawet do kilkudziesięciu lat po napromienianiu. Umiejętność rozpoznania powikłań ipostępowania z nimi może mieć istotne znaczenia dla przebiegu leczenia i jego skuteczności[20,27,28].

Biorąc pod uwagę powikłania wczesne leczenia raka języka wśród badanych przedstawia się to następująco: nasilenie bólu trudności w przyjmowaniu posiłków jest najczęściej wymienionym powikłaniem. Drugim, co do liczebności powikłaniem była utrata masy ciała i ogólne osłabienie, także odczyn popromienny ze strony skóry i błon śluzowych jamy ustnej dotyczył więcej niż połowy pacjentów. Najmniej pacjentów skarżyło się na nudności i wymioty.

Analizując występowania powikłań późnych u osób badanych najczęściej występował ból. Następnie kolejno osłabienie apetytu, zaburzenia smaku i trudności z połykaniem, suchość w jamie ustnej. Obrzęki w okolicach szyi, szczękościsk z zaburzeniem mowy dotyczyły mniej niż połowy pacjentów.

W nabłonkowych nowotworach głowy i szyi, w tym również języka wyniki leczenia zależą od lokalizacji guza, stopnia zaawansowania narządowego oraz stanu regionalnego układu chłonnego, stanu ogólnego chorego. Przeżycia 5-letnie w I i II stopniu zaawansowania wynoszą od 60 do 80%, natomiast w III i IV około 25%, zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn.

W chorobie uogólnionej, w nabłonkowych nowotworach głowy i szyi, w tym również języka rokowanie jest niepomyślne. Wznowy miejscowe i wznowy regionalne pojawiają się zazwyczaj w pierwszych 8 miesiącach po zakończeniu leczenia. Śmiertelność u chorych z rakiem języka wynosi zwykle 40-50%[15].

Wśród osób badanych, leczonych w Białostockim Centrum Onkologii wygrało wstępnie z chorobą 29 pacjentów. Niestety w 10 przypadkach nastąpił zgon co stanowi 2% leczonych. Badania wykazały całkowitą odwrotność gdyż w stopieniu IV C na 2 przypadki zachorowania przeżyło 2 pacjentów, z kolei stopień I przyniósł całkowitą odwrotność. Taki wynik prawdopodobnie ma ścisły związek z małą liczebnością grupy badawczej jak również z krótkim okresem czasu jaki minął od zbierania danych a zgłoszeniem się chorych. Dla porównania wśród pacjentów leczonych z powodu raka piersi zmarło 19% leczonych, natomiast wśród pacjentów leczonych z powodu raka płuc, zgonem zakończyło się leczenie u 79% leczonych.

Wnioski

1. Częstotliwość występowania raka języka wśród pacjentów leczonych w BCO w latach 2010-2011 pokazuje nieznaczną tendencję wzrostową.
2. Najczęstszymi czynnikami ryzyka u analizowanych pacjentów z rakiem języka są: palenie papierosów i nadużywanie alkoholu.
3. Metodą leczenia stosowaną wśród pacjentów leczonych w BCO było leczenie chirurgiczne i radioterapia skojarzona z chemioterapią.
4. Najczęściej występującym powikłaniem wczesnym leczenia nowotworów wśród osób badanych było nasilenie bólu, trudności w przyjmowaniu posiłków, utrata masy ciała i ogólne osłabienie jak również odczyn popromienny ze strony skóry i błon śluzowych jamy ustnej. Najmniej pacjentów skarżyło się na nudności i wymioty.
5. Wśród powikłań późnych ponad połowę stanowił: ból, osłabienie apetytu, zaburzenia smaku, trudności z połykaniem, suchość w jamie ustnej. Pozostałe powikłania, czyli obrzęki w okolicach szyi i szczękościsk z zaburzeniem mowy dotyczył mniej niż połowy pacjentów.
6. Nie można jednoznacznie określić czy wybrana metoda leczenia ma wpływ na przeżycie czy zgon.

Pismiennictwo

1. Boguta G.: Encyklopedia Popularna PWN, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 1997.
2. Koper A.: Pielęgniarstwo onkologiczne. Podręcznik dla studentów medycyny. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2011.
3. Kułakowski A., Skowrońska- Gardas A.: Onkologia. Podręcznik dla studentów medycyny. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2003.
4. Grabińska K., Szewczyk-Cisel J., Hernik P. i wsp.: Problemy i potrzeby pacjentów poddanych chemioterapii onkologicznej. Psychoonkologia, 2011, 39-47.
5. Kawecki A., Nawrocki S.: Onkologia w Praktyce Klinicznej. Wyd. Via Medica, Gdańsk, 2011.
6. Kruk-Zagajewska A., Wierzbicka M.: Rak języka i dna jamy ustnej- rozpoznanie i postępy w leczeniu. Wsp. Onkol., 2003, 4, 264-274.
7. Krajowy rejestr Nowotworów: http:/148.81.190.231/coi.

8. Krzakowski M., Herman K.: Onkologia w Praktyce Klinicznej. Wyd. Medyczne BORGIS, Warszawa, 2007.
9. Grzesiak-Janas G., Siciarz A., Białkowaska-Głowacka J., Janas A.: Nowotwory jamy ustnej w materiale własnym. Mag. Stomatol., 2006, 4, 46-48.
10. Janczewski G.: Otolaryngologia praktyczna. Podręcznik dla studentów i Lekarzy. Wyd. Viva Medica sp. z o.o., Gdańsk, 2005.
11. Zatoński W., Przewoźniak K.: Zdrowotne następstwa palenia tytoniu w Polsce. Arial, Warszawa, 1993.
12. Kowalik S., Halczy-Kowalik L.: Rak jamy ustnej. Wyd. Pomorskiej Akademii Medycznej, Szczecin, 2001.
13. Gliński B., Ząbek M., Urbański J.: Podstawowe zasady postępowania z chorymi na płaskonabłonkowego głowy i szyi. Wsp. Onkol., 2006, 263-267.
14. Jesse RH, Barklej H.: Cancer of the oral cavity. Is clective neck dissection benificial. Am. J. Surg., 1970, 120, 505.
15. Kordek R.: Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy. Wyd. Via Medica sp. z o.o., Gdańsk, 2007.
16. Jeziorski A.: Onkologia. Podręcznik dla pielęgniarek. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2005.
17. Zielińska-Kazimierska B., Tyndorf M., Arkuszewski P., Grodecka J.: Pierwotne nowotwory złośliwe języka. Wsp. Onkol., 2006, 10, 521-524.
18. Vincent C., Dębowska r., Eris I.: Pielęgnacja skóry po radioterapii. Wsp. Onkol., 2007, 4, 223-226.
19. Wronkowski Z., Brużewicz Sz.: Chemioterapia i radioterapia, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2007.
20. Herman J.K., Cieślik T.M.: Radioterapia nowotworów głowy i szyi, Wiad. Lek., 2008, 4-6, 135-138.
21. Topczewska- Bruns J., Filipowski T.: Leczenie popromiennego zapalenia skóry w świetle medycyny opartej na faktach. Wsp. Onkol., 2010, 3, 223-228.
22. Miszczyk L.: Zbadanie przebiegu i nasilenia ostrego odczynu popromiennego błon śluzowych u chorych na raka regionu głowy i szyi w zależności od sposobu frakcjonowania i intensywności dawki promieniowania. Śląska Akademia Medyczna, Katowice, 2001.

23. Zatoński W.: Europejski kodeks walki z rakiem. Centrum Onkologii-Instytut, Warszawa, 2007.
24. Jassem J., Krzakowski M.: Rak piersi. Praktyczny przewodnik dla lekarzy., Via Medica, Gdańsk, 2009.
25. Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów Centrum Onkologii – Instytut w Warszawie. [http://85.128.14.124/krn/ Raporty na podstawie danych Centrum Onkologii.
26. Jemal A., Siegel R., Ward E., Murray T., Xu J., Thun M.J: Cancer Statistics, 2007. CA Cancer J. Clin., 2007, 57, 43-66.
27. Bujko K.: Radioterapia [w:] Podstawy diagnostyki i terapii nowotworów. Frączek M. (red.). Alfa-Medica Press, Bielsko-Biała, 2008.
28. Składkowski K.: Niekonwencjonalne sposoby frakcjonowania dawki promieniowania w radioterapii nowotworów głowy i szyi. Post. Chir. Głowy i Szyi, 2003, 2, 15-30.

Kieżel Emilia[1,2], Kobus Grażyna[3], Bachórzewska-Gajewska Hanna[3]

Przeżywalność bliźniąt syjamskich na podstawie opisów przypadków

1. Studia Doktoranckie na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Klinika Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka, Uniwersytecki Szpital KLiniczny Białystok
3. Zakład Medycyny Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wstęp

Bliźnięta syjamskie (zroślaki) pomimo zdobytej wiedzy oraz długoletnim badaniom medycznym nadal stanowią fenomen biologiczny. Obecny stosunek wobec zroślaków jest bardziej humanitarny; w przeszłości uznawane były one za dziwolągi, które zmuszono do publicznych występów w cyrkach czy na jarmarkach.

Bliźnięta syjamskie należą do najrzadszych wad rozwojowych u dzieci o nieznanej etiologii. Terminem tym określa się bliźnięta, które są ze sobą fizycznie złączone przynajmniej jedną częścią ciała.

Pierwsze przypuszczenia dotyczące istnienia zroślaków mogą być związane z wsią Tlatilco, która była jedną z pierwszych prekolumbijskich cywilizacji między 1200 a 700 r. p.n.e. Na podstawie wykopalisk archeologicznych prowadzonych w 1942 r. odkryto liczne antropomorficzne gliniane figury wykonane przez ludy Olmeków [1]. Zdecydowana większość wykopalisk to rzeźby kobiet od 6 do 30 cm o charakterystycznym wyglądzie: wąska talia, obfite biodra oraz ramiona [1, 2]. Znaczna część z nich przedstawia deformacje i nieprawidłowości ciała ludzkiego m.in. dwie głowy, dwie twarze. Nietypowe cechy tych rzeźb są na tyle proporcjonalne i rzeczywiste, że mogą stanowić przypuszczenia istnienia bliźniąt syjamskich przed naszą erą [3,4].

Pierwszym dobrze udokumentowanym przypadkiem bliźniąt syjamskich w Europie są siostry Marry i Eliza Chulkhurst z Anglii zwane w literaturze jako *Biddenden Maids*. Siostry żyły w latach 1100- 1134 i były prawdopodobnie zrośnięte ze sobą biodrami i barkami. Według legend po śmierci sióstr kościół odziedziczył ich ziemię z zaleceniem, aby w każdą Wielkanocną Niedzielę ciastka z ich podobizną były rozdawane ubogim [5,6]. Tradycja ta jest kontynuowana do obecnych czasów [7].

Innymi słynnymi bliźniętami nierozdzielnymi były Helen i Judith z Węgier (1701-1723) oraz Rosa i Josepha Blazek z Skrejšov (1878- 1922). Siostry Blazek zasługują na dodatkową uwagę ze względu na fakt, że Rosa była prawdopodobnie jedynym "zroślakiem", która urodziła zdrowe dziecko [6].

Najbardziej znanymi bliźniętami nierozdzielnymi w historii byli Eng i Chunk Bunker (1811-1874). Urodzili się w Syjamie i to właśnie z miejscem urodzenia związane jest powszechnie używane określenie "bliźnięta syjamskie". Bracia byli zrośnięci pasmem tkankowym w okolicy pępka tzw. *omphalopagus* (około 12cm długości i 8cm szerokości). Bez rozdzielenia przeżyli 63 lata. Anomalia anatomiczna sprawiła, że zroślaki z Syjamu zrobiły międzynarodową karierę występując w cyrku P.T. Barnima jako "ósmy cud świata". Bracia zamieszkali w Stanach Zjednoczonych, gdzie się ożenili. Doczekali się 21 potomków- w tym Eng miał 11 dzieci, a Chang 10 [6,8].

Epidemiologia

Częstość występowania bliźniąt syjamskich na świecie jest zmienna. Szacuje się, że zroślaki mogą występować 1 na 50 000 ciąż. Ten wskaźnik ma charakter przybliżony, ze względu na fakt, że aż 60% zroślaków rodzi się martwa lub umiera wkrótce po urodzeniu w wyniku wad rozwojowych. W przypadku uwzględnienia jedynie żywych urodzeń częstotliwość ta jest bardziej wiarygodna i wynosi 1 na 250 000 [9, 10]. W teraźniejszych czasach badania epidemiologiczne bliźniąt syjamskich są rzadko prowadzone, ale wskaźnik ten jest porównywalny i waha się od 1,02 do 1,34 na 100 000 urodzeń w populacjach zachodnich [6,11,12,13,14].

Badania przeprowadzone w latach 1930- 2010 wykazują zmienność epidemiologiczną w zależności od regionu świata. Wśród uwzględnionych krajów Indie mają najwyższy wskaźnik urodzeń bliźniąt nierozdzielnych. Częstość występowania wynosi tam 1 na 2 800 urodzeń [2,15]. Natomiast Stany Zjednoczone należą do krajów, w których najrzadziej rodzą się zroślaki- stosunek ten wynosi jedynie 1 do 200 000 urodzeń [6,16].

Klasyfikacja

Pierwszego opisu bliźniąt nierozdzielnych dokonał w XVI wieku francuski chirurg Ambroise Paré. W książce *"On monsters and marvels"* opisał i zilustrował podstawowe typy zroślaków. Obecna klasyfikacja bliźniąt syjamskich obejmuje zróżnicowane postacie anatomiczne. W zależności od typu zroślaków obserwuje się postacie, w których bliźnięta wyglądają normalnie lub jedno z nich jest zdeformowane tzn. zachowana jest tylko część ciała. Między dziećmi mogą występować zrosty obejmujące tkanki powierzchowne lub obszary bardziej rozległe obejmujące narządy wewnętrzne czy układ kostny. Rodzaj i powierzchnia zrostu decyduje o zależności organizmów (mały zrost obejmujący powierzchowną tkankę daje większą niezależność zroślaków) [17].

Jednak powszechnie przyjętym podziałem jest anatomiczna klasyfikacja ze względu na symetrię. Zroślaki symetryczne (*diplopagus*) to dzieci, których części składowe ciał są

kompletne (lub prawie kompletne) oraz tej samej wielkości. *Diplopagus* mają duże szanse na samodzielne życie po operacyjnym rozdzieleniu ciał. W zależności od miejsca zrostu wyróżnić można następujące typy zroślaków: *xiphopagus* i *ophalopagus* (połączenie w obrębie jamy brzusznej), *thoracopagus* i *sternopagus* (połączenie w obrębie klatki piersiowej), *pygopagus* (połączenie w obrębie kości krzyżowej), *ischiopagus* (połączenie w obrębie dolnej części miednicy), *craniopagus* (połączenie głowami) [17].

W klasyfikacji anatomicznej obok *diplopagus* wyróżnia się zroślaki asymetryczne (*heteropagus*). Płody różnią się miedzy sobą wielkością oraz stopniem rozwoju. U *heteropagus* stwierdza się większy płód, który jest gospodarzem tzw. autozyt oraz zależny od niego mniejszy płód- pasożyt. Mniejszy człon zazwyczaj jest tylko częściowo uformowany; może również występować wewnątrz jam ciała autozytu [10, 17].

Opis przypadków

Przypadek 1

Siostry syjamskie z Wejherowa urodziły się w kwietniu 2000 roku. Dziewczynki urodziły się przez cięcie cesarskie w stanie ogólnym dość dobrym. Łączna masa urodzeniowa wynosiła około 6kg. Zroślaki z Wejherowa zrośnięte były klatką piersiową oraz brzuchem. W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, że siostry mają wspólne serce, worki osierdziowe, wątrobę oraz przeponę. Dodatkowo u jednego zroślaka stwierdzony został skrajny niedorozwój aorty. Ze względu na rozległe anomalie oraz religię rodziców, którzy są Świadkami Jehowy (brak akceptacji na transfuzję krwi) nie podjęto próby rozdzielenia bliźniąt. W wyniku wad rozwojowych siostry syjamskie z Wejherowa zmarły 28 kwietnia 2000 roku [18,19].

Przypadek 2

Daria i Olga urodziły się w 36 tygodniu ciąży w październiku 2003 roku w Instytucie Centrum Matki Polki w Łodzi. Łączna masa urodzeniowa wynosiła ponad 4 kg. Siostry z Janikowa to przykład *diplopagus*; połączenie w obrębie pleców (około 15 cm). Zrost obejmował fragment kręgosłupa oraz miednicę. Wspólny dla obu sióstr był również układ moczowo- płciowy, część jelita grubego, odbyt i naczynia żylno- tętnicze (aorta brzuszna, żyła główna dolna). Siostry syjamskie zostały rozdzielone w styczniu 2005 roku w Arabii Saudyjskiej. Operacja zakończyła się sukcesem. W 2008 roku odbyła się kolejna operacja związana z zamknięciem odbytów. W Polsce dodatkowo jedna z sióstr- Olga przeszła operację stopy (stopa końsko- szpotawa). Obecnie dziewczynki mają 11 lat i uczęszczają do szkoły podstawowej do klasy integracyjnej. Są pod stałą kontrolą specjalistów oraz rehabilitantów. Problemy sióstr są związane przede wszystkim z niewłaściwą postawą ciała

oraz z nieprawidłowym chodzeniem. Dziewczynki korzystają z obuwia ortopedycznego. Prowadzona jest również w dalszym ciągu intensywna rehabilitacja mająca na celu poprawić jakość życia sióstr (zmniejszenie dolegliwości bólowych w obrębie kręgosłupa) oraz zmniejszyć dyskomfort związany z deformacją stóp. W przyszłości istnieje ryzyko przeprowadzenia ponownej operacji kręgosłupa [20, 21].

Przypadek 3

Alex i Brian urodzili się we wrześniu 2007 roku w Bydgoszczy. Chłopcy urodzili się przez cięcie cesarskie; wymagali niewielkiego wsparcia oddechowego (n- CPAP - *Continous Positive Airway Pressure*). Łączna masa urodzeniowa bliźniąt wynosiła 3, 49 kg. Brian i Alex to przykład *diplopagus*. Zrost obejmował kość ciemieniową, mózgi były oddzielne. Zabieg chirurgiczny rozdzielenia bliźniąt był planowany po 2 tygodniach od chwili narodzin. Ze względu na śmierć jednego z bliźniaków- Alexa (w wyniku wad serca) operację przeprowadzono 28 września w Szpitalu Uniwersyteckim im. A. Jurasza w Bydgoszczy. Po operacji rozdzielenia uratowany zroślak- Brian, opuścił szpital na początku listopada 2007 roku. Jest pod stałą kontrolą lekarską oraz rehabilitacyjną ze względu na niewielki niedowład połowiczny. W 2011 roku stwierdzono u Briana nadpobudliwość ruchową, opóźnienie w rozwoju oraz cechy autyzmu. Do tej pory chłopiec nadal nie mówił. W wieku 5 lat Brian miał mieć przeprowadzoną kolejną operację [22,23,24]. Ze względu na brak informacji dotyczących Briana po 2011 roku brak jest danych dotyczących dalszych badań i operacji [22].

Przypadek 4

Janek i Dawid urodzili się w 34 tygodniu ciąży w styczniu 2014 roku w Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Chłopcy urodzili się przez cięcie cesarskie w stanie ogólnym dobrym. Każdy z nich otrzymał 10 punktów w skali Apgar. Są przykładem bliźniąt symetrycznych połączonych jamą brzuszną. Chłopcy mieli wspólny fragment jelita grubego oraz układ moczowy. Operacja rozdzielenia bliźniąt odbyła się w dniu narodzin. Obejmowała ona m.in. rozdzielenie pętli jelitowej. Nie stwierdzono powikłań pooperacyjnych; dzieci były w pełni wydolne oddechowo i krążeniowo. Planowane są ponowne operacje (po upływie 12 miesięcy) zapewniające ciągłość przewodu pokarmowego oraz pełną drożność układu moczowego [25, 26].

Podsumowanie

Zjawisko jakim są bliźnięta syjamskie mimo zaawansowanym badaniom oraz technologiom nadal stanowi problem wielopłaszczyznowy. Rozwój medycyny zwiększa szanse na przeżycie zroślaków oraz na normalną egzystencję po rozdzieleniu chirurgicznym.

Przykładem mogą być siostry Daria i Olga oraz bracia Janek i Dawid, u których zabiegi zakończyły się sukcesem. Mimo to, niska częstotliwość występowania (1 na 250 000 urodzonych) oraz niewielka powtarzalność przypadków sprawiają, że medycyna nie zawsze jest w stanie wprowadzić skuteczne leczenie chirurgiczne. Głównie wynika to z występowania skomplikowanych wad rozwojowych u bliźniąt lub wspólnych organów takich jak serce czy nerka [27,28]. U sióstr z Wejherowa w wyniku stwierdzonych rozległych anomalii nie podjęto ingerencji chirurgicznej; dzieci leczone były jedynie zachowawczo.
Istotnym problemem są także koszty leczenia. Zabieg sióstr z Janikowa sponsorowany był przez króla Arabii Saudyjskiej Abdullah bin Abdul Aziz al-Saud. Kwota przeprowadzonego zabiegu wynosiła około 1,5 miliona dolarów. Ze względów finansowych obecnie konsultacje i rehabilitacje dziewczynek w większości przeprowadzane są również poza granicami Polski na koszt sponsora operacji.

Istnieje również problem o podłożu etycznym i moralnym, głównie w sytuacji nierównych szans na przeżycie dzieci po próbie rozdzielenia. W takiej sytuacji leczenie chirurgiczne obarczone jest wysokim ryzykiem zgonu jednego zroślaka bez gwarancji na pomyślność operacji u drugiego. Odmienną sytuacją stanowił przypadek Alexa i Briana, gdzie w wyniku nagłego zgonu jednego chłopca chirurgiczne rozdzielenie uratowało życie drugiego zroślaka.

Piśmiennictwo

1. Bendersky G.: Tlatilco Sculptures, Diprosopus and the Emergence of Medical Illustrations. Perspect. Biol. Med., 2000, 43, 477- 501.
2. Berrin K., Larco M.: The Spirit of Ancient Peru: Treasures from the Musco Arqueologico Rafael Larco Herrera. NY: Thames and Hudson, New York, 1997.
3. Kennedy G. E.: The 3000 year history of conjoined twins. West. J. Med., 2001, 175, 176- 177.
4. Kokcu A., Cetinkaya M. B., Tosun M.: Conjoined twins: historical perspective and report of a case. J. Matern.- Fetal Neo. M., 2007, 20, 349- 356.
5. Ballantyne J. W.: The Biddenden Maids: The medieval pygopagus. Teratology, 1895, 2, 268- 274.
6. Mutchinick O. M., Luna- Muñoz L., Amar E. et al..: Conjoined twins: a worldwide collaborative epidemiological study of the International Clearinghouse for Birth Defects Surveillance and Research. Am. J. Med. Genet. C Semin. Med. Genet., 2011, 157, 274- 287.

7. Malinowski W., Koszada K., Świątkowska E. et al.: Najsłynniejsze bliźnięta nierozdzielone. Część I. Mary i Eliza Chulkhurst. Perinatol. Neonatol. Ginekol., 2012, 5, 216- 219.
8. Bondeson J.: The Biddenden Maids: A curious chapter in the history of conjoined twins. J. R. Soc. Med., 1992, 85, 217- 221.
9. Kózka M., Ociepka M.: Analiza kliniczna bliźniąt syjamskich leczonych w ośrodku krakowskim w latach 1977- 2006. Prz. Chir. Dziec., 2009, 4, 185- 190.
10. Spitz L.: Conjoined twins. Prenat. Diagn., 2005, 25, 814- 819.
11. Castilla E. E., López- Camelo J. S., Orioli I. M. et al.: The epidemiology of conjoined twins in Latin America. Acta Genet. Med. Gamellol. (Roma), 1988, 37, 111- 118.
12. Edmonds L. D., Layde P. M.: Conjoined twins in the United States, 1970- 1977. Teratology, 1982, 25, 301- 308.
13. Källén B., Rybo G.: Conjoined twinning in Sweden. Acta Obstet. Gynecol. Scand., 1978, 57, 257-259.
14. Lancaster P.A.L., Kucera J., Knudsen L.B. et al.: Conjoined twins an epidemiological study based on 312 cases. Acta Genet. Gemellol., 1991, 40, 325-335.
15. Mudaliar A. L.: Double monsters: A study of their circulatory system and some other anatomical abnormalities and the complications in Labour. B.J.O.G., 1930, 37, 753-768.
16. Bender C.: Studies on symmetrically conjoined twins. J. Pediatr., 1967, 70, 1010-1011.
17. Ociepka M.: Opieka nad dziećmi z wadą wrodzoną- siostry syjamskie. Pismo Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych AD VOCEM, 2008, 78, 17-25.
18. http://watchtower.org.pl/forum/topic/4526-z-archiwum-blizniaczki-syjamskie-z-wej-herowa/, data pobrania: 17.02.2014.
19. http://www.rmf24.pl/nauka/news-zmarly-siostry-syjamskie-z-wejherowa,nId,120518, data pobrania: 17.02.2014.
20. http://wiadomosci.wp.pl/kat,8311,title,Siostry-syjamskie-urodzily-sie-w-Lodzi,wid,1583215,wiadomosc.html, data pobrania: 17.02.2014.
21. http://www.przeglad-tygodnik.pl/pl/artykul/blizniaczki-spod-szczesliwej-gwiazdy, data pobrania: 17.02.2014.
22. http://f.kafeteria.pl/temat.php?id_p=350093&start=450, data pobrania: 17.02. 2014.

23. http://www.rmf24.pl/fakty/polska/news-lekarze-w-bydgoszczy-uratowali-drugiego-z-braci-syjamskich,nId,204320, data pobrania: 17.02.2014.
24. http://www.tvn24.pl/wiadomosci-z-kraju,3/blizniaki-zrosniete-glowkami-w-bydgoszczy,35528.html, data pobrania: 17.02.2014.
25. http://fakty.interia.pl/kujawsko-pomorskie/news-w-bydgoszczy-urodzily-sie-syjamskie-blizniaki,nId,1313642, data pobrania: 17.02.2014.
26. http://wiadomosci.dziennik.pl/wydarzenia/artykuly/61284,rodzice-stracili-malego-aleksa.html, data pobrania: 17.02.2014.
27. Grochowski J.: Zrosłam (bliźnięta syjamskie): Wybrane zagadnienia z chirurgii dziecięcej. Wydawnictwo Fundacji "O Zdrowie dziecka", Kraków, 1999, 176- 184.
28. Votteler T. P., Lipsky K.: Long- term results of 10 conjoined twin seperations. J. Pediatr. Surg., 2005, 40, 618- 629.

Kieżel Emilia[1,2], Kobus Grażyna[3], Bachórzewska-Gajewska Hanna[3]

Śmiertelność w zespole Downa

1. Studia Doktoranckie na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Klinika Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka, Uniwersytecki Szpital KLiniczny Białystok
3. Zakład Medycyny Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wstęp

Zespół Downa (dawniej mongolizm, trsisomia 21, T21, trisomia G) jest najczęstszym zaburzeniem chromosomalnym występującym u ludzi oraz najczęstszą genetyczną przyczyną niepełnosprawności intelektualnej wsytępującą niezależnie od koloru skóry, rasy, kultury, klimatu czy warunków socjalnych [1,2,3]. Wśród żywo urodzonych noworodków występuje z częstotliwością 1 na 600- 700 przypadków [4,5,6].

Zespół ten po raz pierwszy został opisany w 1886 roku przez angielskiego lekarza Johna Longdona Downa w książce *"Observations on an ethnic classification of idiots"*. Opisał w niej około 12 cech charakterystycznych dla mongolizmu ukazując chorych jako "prymitywną" grupę ludzi bez uwzględnienia przyczyny powstania [7,8]. Dopiero w 1959 roku po sześcioletnich badaniach Jérôme Lejeune wykazał genetyczne uwarunkowania zespołu.

Zespół Downa (ZD) jest mutacją chromosomową wynikającą z niekompletnej embriogenezy na skutek dodatkowego chromosomu 21 albo jego części w kariotypie. Badania molekularne Korenberga pozwoliły ustalić precyjniej tzw. region krytyczny ZD w dystalnej części chromosomu 21 (prążek 21q22.2-22.3). W obrębie tego obszaru znajdują się geny warunkujące nieprawidłowości [4]. Powstałe w wyniku potrojenia materiału genetycznego zaburzenia rozwojowe wywołują przede wszystkim zaburzenia metaboliczne, wady narządów wewnętrznych, dymorfizm tkankowy, typowe cechy fenotypowe oraz upośledzenie umysłowe [4,9,10,11].

Postacie zespołu Downa

Najczęściej występującą postacią zespołu Downa jest trisomia prosta, która stanowi około 90-95% przypadków. Charakteryzuje się dodatkowym chromosomem występującym we wszystkich komórkach organizmu. Do powstania trisomii prostej dochodzi w trakcie wytwarzania się gamety (komórek jajowych, plemników) podczas nondysjunkcji chromosomów w podziale mejotycznym. Abberacja ta jest niedziedziczna; wpływ może mieć jedynie wiek matki powyżej 45 roku życia (ryzyko wynosi 1:17) oraz wiek ojca powyżej 55 roku życia [10].

U 5-6% przypadków ZD patologia występuje pod postacią trisomii translokacyjnej tzw. robertsonowskiej. Polega ona na przeniesieniu ramiona jednego z trzech chromosomów 21 na

chromosom akrocentryczny (zwykle pary 14 lub 22). Translokacja nie ma związku z wiekiem rodziców; najczęściej jest zjawiskiem warunkowanym genetycznie, ale może występować de novo (tzw. ryzyko populacyjne). Na dziedziczenie zespołu może mieć wpływ jeden z rodziców będący nosicielem translokacji zrównoważonej. Wówczas rodzic nie posiada objawów choroby, dopiero ujawniają się one u potomków. Zaburzenia rozwojowe u dziecka będą wywołane przez gamety posiadające niezrównoważoną pulę materiału genetycznego [5,6,10].

Najrzadszą postacią jest mozaicyzm, który występuję z częstością około 2-3% w populacji osób z ZD. Polega na występowaniu w jednym organizmie kilku linii komórkowych z prawidłową liczbą chromosomów oraz z dodatkowym chromosomem 21. Mozaicyzm może wywoływać nondysjunkcja prawidłowej zygoty lub utrata chromosomu w anafazie zygoty trisomicznej oraz nondysjunkcja chromosomów w zygocie [5,6,10].

Cechy dysmorficzne oraz zaburzenia strukturalne

Nadekspresja materiału genetycznego powstała w wyniku potrojenia liczby genów na 21 chromosomie, powoduje charakterystyczne cechy fenotypowe, wady narządowe, układowe, zaburzenia rozwoju fizycznego i psychoruchowego. Cechy dysmorficzne stanowią 79% wszystkich wad i są istotnym elementem w diagnostyce przesiewowej. Dotyczą przede wszystkim twarzy, oczu, nosa, uszu, kończyn.

Tab. 1. Główne cechy dysmorficzne w zespole Downa- uwzględnienie wybranych części ciała [10]

Część ciała	Charakterystyka z zespole Downa
głowa	spłaszczona potylica, skrócona w wymiarze przednio- tylnym, włosy: proste, rzadkie, delikatne
twarz	płaski profil, okrągła
nos	mały, płaski, szeroki grzbiet
oczy	mongoloidalne ustawienie szpar powiekowych, skośne szpary powiekowe, zmarszczka nakątna, plamki Brushielda na tęczówce, hipertelorym, zaburzenia refrakcji, oczopląs, zez
uszy	nisko osadzone, małe, niekształtne
podniebienie	gotyckie, krótkie
zęby	hipoplazja zębów, nieprawidłowe rozstawienie
język	wystający, pobrużdżony (tzw. mosznowy)
szyja	krótka, tzw. płetwistość, z fałdem skórnym- w okresie niemowlęcym
kończyny	krótkie, szerokie dłonie i stopy, bruzda sandałowa i dłoniowa (tzw. małpia), kinodaktylia V palca, syndaktylia
skóra	marmurkowata, sucha

Pomimo, że zestaw objawów fenetopwych jest indywidualny dla dziecka to wyróżnia się dwie odmiany zespołu. Typ tarczycowy wiąże się z współistnieniem objawów niedoczynności tarczycy oraz ze specyficznym wyglądem, który charakteryzują się m.in.: niskim wzrostem, krępą sylwetką, słomianymi włosami, nadwagą, krótkimi kończynami, twardą skórą, grubym i szerokim językiem. Ponadto osoby z ZD o typie tarczycowym cechuje powolne otępienie, apatia, dobroduszne zachowanie w kontaktach miedzyludzkich, ochrypły i szorstki głos. Drugą odmianą jest typ przysadkowy. Osoby z tej grupy odznaczać będzie: niski wzrost, smukła sylwetka, niższa masa ciała, cienka tkanka podskórna, rzadkie włosy ze skłonnością do łysienia plackowatego, normalny lub długi jezyk. Oprócz cech fenotypowych takie osoby będą wyróżniać się nadpobudliwością, wysokim głosem oraz zazwyczaj destruktywnym zachowaniem [6, 12, 13].

Mutacja chromosomowa jaką jest ZD wywołuje również zaburzenia strukturalne i funcjonalne narządów wewnętrznych oraz układów. Głównym efektem zaburzeń ośrodkowego układu nerwowego jest genetyczne upośledzenie umysłowe będące konsekwencją zaburzeń m.in.: myślenia abstrakcyjnego, mowy, procesów intelektualnych, operacji liczbowy i praksji. Iloraz inteligencji (IQ) u osób z ZD waha się od IQ 50/55- 70 (łagodne opóźnienie umysłowe) do IQ 35/40- 50/55 (średnie opóźnienie umysłowe), a w przypadku osób z mozaikowatością jest wyższy o około 10 punktów. Stopień upośledzenia może być również nieznaczny, ale badania wykazują spadek IQ wraz z wiekiem [14]. Anomalie strukturalne oraz synaptyczne mózgu wywołują zaburzenia inicjatywy oraz dystrybucji uwagi. Chory jest podatny na zakłócenia, ma trudności w skupieniu uwagi oraz obniżoną zdolność do samokontroli. Również zaburzenia mogą dotyczyć upośledzenia pamięci krótkotrwałej (anomalie w obrębie płatów przedczołowych) oraz długotrwałej (anomalie hipokampa oraz połączeń korowo- hipokamplanych) [15,16]. Osoby z ZD należą również do grupy ryzyka zachorowania na Alzheimera; badania wykazują częstsze występowanie (2-5 razy więcej niż w zdrowej populacji) u osób w młodszym wieku (ryzyko wzrasta po 30 roku życia) [17].

Wady wrodzone serca w zespole Downa występują z częstością około 45- 60%. Najczęściej stwierdzanymi defektami układu sercowo- naczyniowego są: kanały przedsionkowo- komorowe (około 38-60% przypadków), izolowane ubytki w przegrodzie międzykomorowej i międzyprzedsionkowej. Anomalie układu krążenia dodatkowo zwiększają u chorych ryzyko wystąpienia nadciśnienia płucnego oraz infekcji dróg oddechowych [18, 19]. Również typową wadą są patologie w układzie mięśniowym i kostno- stawowym. Już u każdego noworodka stwiedza się niskie napięcie mięśniowe (hipotonię) oraz wiotkość układu więzadłowo- stawowego. W konsekwencji tych zaburzeń w późniejszym wieku dochodzi najczęściej do patologii w zakresie

krzywizn kręgosłupa (89% przypadków), budowy klatki piersiowej i kończyn dolnych (głównie kolan, stóp). Typowy dla dzieci z ZD jest chód tzw. kaczkowaty, który wynika z koślawych kolan oraz szeroko rozstawionych stóp. Ponadto u osób z trisomią 21 stwierdza się opóźniony rozwój psychoruchowy [20]. Wady i dysfunkcje narządów zmysłów również są charakterystyczne dla zespołu Downa. U 38- 78% chorych dzieci diagnozuje sę niedosłuch głównie o charakterze przewodzeniowym, a u 60- 69%- zaburzenia widzenia m.in.: krótkowzroczność (25%), astygmatyzm (31%), zez (25%), oczopląs (22%), zaćmę (13%) [21, 22]. Niedojrzałość grasicy u dzieci z trisomią 21 wpływa na dysfunkcje układu odpornościowego. Są one bardziej podatne za zakażenia grzybicze i wirusowe, ale również częściej się stwierdza u nich choroby autoimmunologiczne i określone typy białaczek. Zabrzenia obejmują także odporność humoralną, w konsekwencji czego są bardziej podatne na infekcje bakteryjne [10].

Rzadziej spotykanymi schorzeniami u osób z ZD są wady układu pokarmowego oraz moczowo- płciowego. Najczęściej diagnozowane są: niedrożność przełyku, dwunastnicy, nieprawdłowości w budowie jelita grubego (choroba Hirschsprunga) oraz zarośnięcie odbytu. 6-19% nowordków z ZD wymaga natychmiastowej interwencji chirurgicznej. W przypadku układu moczowo- płciowego najczęstszą patologią są: stulejka, wnętrostwo, refluks pęcherzowo-moczowodowy, rzadziej wodniaki jąder, wodonercze. Rozwój płciowy u dziewczynek z ZD przebiega w zbliżony sposób jak u zdrowych rówieśniczek, w przypadku chłopców – stwierdza się niepłodność [6,23].

Śmiertelność w zespole Downa

Badania prowadzone na całym świecie wykazują znaczne wydłużenie długości życia u osób z ZD. W ciągu ostatnich 50 lat przeżywalność wzrosła z 50% do ponad 90% w ciągu pierwszego roku życia. W tym samym czasie szacunkowa długość życia wydłużyła się z zaledwie 12 lat (w 1940 roku) do średnio 60 lat w krajach rozwiniętych [24, 25]. Jednak chorzy z ZD wykazują większą śmiertelność w porównaniu do osób zdrowych. Około 75% płodów z trisomią 21 ulega poronieniu (w Wielkiej Brytanii około 43%), około 14,2- 30% noworodków umiera w pierwszym roku życia (w Holandii zaledwie 4%) [26]. Literatura wskazuje, że śmiertelność w okresie niemowlęcym jest nawet 24,3 razy większa u dzieci z ZD w stosunku do populacji ogólnej [27].

Dane z badań wskazują wzrost częstości występowania zespołu Downa z uwzględnieniem żywych i martwych urodzeń w stosunku do wieku matki. Wskaźnik ten wzrósł z 1,1 na 1000 urodzeń w 1980 roku do 2,9 na 1000 urodzeń w 2004 roku [25,28]. Ryzyko urodzenia dziecka z ZD wzrasta wraz z wiekiem; wg badań od 1980 roku nastąpił wzrost ryzyka w przedziałach wiekowych 30-34 lat i 35-39 lat. Istotnym zagadnieniem jest również wniosek z przeprowadzonych badań w dwóch okresach: 1979-1983 oraz 1987-1991 dotyczących wpływu wieku matki na śmiertelność

niemowląt z ZD. W badaniach zaobserwowano wzrost śmiertelności w dwóch grupach wiekowych matek: <20 roku życia oraz 30- 34 lata [27].

Sytuacja społeczno- kulturowa oraz postęp w diagnostyce prenatalnej przyczynia się do wcześniejszego zakończenia ciąży wysokiego ryzyka przez aborcję. W niektórych krajach ponad 80% ciąż z ZD jest przerywana, we Francji około 77% [29,30]. Badania prowadzone w Australii od 1999 roku wykazują tendencję wzrostową aborcji w przypadku ciąż z ZD- w 1994 roku wynosiła około 0,7 na 1000 przypadków, w 2004- około 1,7 na 1000 przypadków. Poziom ten od około 2000 roku jest dosyć stabilny i waha się w granicach 1,5 [25]. Istnieje prawdopodobieństwo, że wraz z wiekiem matki częstość przerywania ciąż z ZD będzie wzrastać [26].

Śmiertelność wśród osób z zespołem Downa wynika również z współistniejących wad układu krążenia, pokarmowego, oddechowego, immunologicznego oraz anomalii ortopedycznych. W latach 1980- 2004 w wyniku wad wrodzonych zmarło 6,5% żywo urodzonych niemowląt z ZD. Wskaźnik ten zmniejszył się z 13% w latach 1980- 1984 do 4% w latach 2000- 2004. Istnieje silne powiązanie miedzy wadami serca a śmiertelnością osób z ZD w ciągu pierwszych 10 lat życia [31, 32]. Po tym okresie wzrasta przeżycie wywołane anomaliami układu krążenia przede wszystkim w wyniku interwencji chirurgicznej [33, 34]. Znaczącą przyczyną śmiertelności niemowląt z trisomią 21 w latach 1953- 2000 obok wad serca (12,8%) było również zapalenie płuc i inne infekcje układu oddechowego (około 33,1%) [28]. Ryzyko rozwoju białaczki u dzieci z ZD do 18 roku życia jest 20 razy wyższe niż w zdrowej populacji i stanowi 53,8% wszystkich nowotworów odnotowanych w tej grupie [35, 36, 37].U dzieci z zespołem Downa istnieje również większe ryzyko zgonu w wyniku posocznicy [38]. Choroby związane z wiekiem u osób z ZD mogą rozpoczynać się wcześniej niż w populacji ogólnej. W latach 1953 i 2002 roku wskaźnik śmiertelności w grupie wiekowej 19-40 wynosił odpowiednio: zapalenie płuc i inne infekcje układu oddechowego- 23,1%, nerek, serca i niewydolność oddechowa- 10,2%, nowotwory- 7,7%, udar mózgu- 5,1%, choroba wieńcowa- 2,6%. Wady wrodzone serca stanowiły również znaczną przyczynę śmierci u osób z trisomią 21 (ok. 23,1%) [25]. Śmiertelność osób z ZD po 40 roku życia w 39,6 % była wywołana głównie zapalaniem płuc i infekcjami dróg oddechowych. Innymi przyczynami śmiertelności w tym przedziale wiekowym są: choroba wieńcowa (9,9%), choroby serca, nerek i niewydolność oddechowa (9%), udar mózgu (6,3%), nowotwory (5,4%) [25].

Przyczynami śmiertelności osób z ZD w latach 1979- 1983 i 1987- 1991 była również masa urodzeniowa oraz płeć. Stosunek zgonów niemowląt zdrowych oraz z trisomią 21 był porównywalny w danych przedziałach wagowych, jednakże dzieci z niską masą urodzeniową odnotowano w populacji z ZD więcej. Najwyższa przeżywalność dotyczyła dzieci z wagą urodzeniową 3000- 3499g w obu badanych populacjach, najniższa- z masą urodzeniową <2500g

[27,39]. Natomiast śmiertelność u obu płci była porównywalna i nie stanowiła statystycznie istotnej różnicy. Po uwzględnieniu choroby wieńcowej oraz płci u osób z ZD zwiększoną śmiertelność odnotowano u dziewcząt. Wynik ten był uzależniony od faktu czestszego występowania tej choroby u kobiet z trisomią 21 [32].

Podsumowanie

Przedporodowa diagnostyka oraz postęp w medycynie wpłynęły znacząco na długość życia osób z ZD głównie w krajach rozwiniętych. Ta istotna zmiana przeżycia nastąpiła w ciagu ostatnich dwóch pokoleń. Pomimo zwiększonego ryzyka zgonu głównie w okresie niemowlęcym stwierdza się znączący spadek śmiertelności w wyniku wczesnej interwencji medycznej (głównie w przypadku choroby niedokrwiennej serca). Wg badań od 1991 do 1996 roku ponad 90% dzieci z ZD przeżyło do 5 roku życia dzięki wczesnemu leczeniu operacyjnemu oraz zapobieganiu chorobom zakaźnym przez zastowanie odpowiedniej antybiotykoterapii oraz szczepień (profilaktyka pierwotna) [26]. W późniejszych grupach wiekowych wzrost przeżywalności może również wynikać z faktu, iż osoby z trisomią 21 w porównaniu do wcześniejszych lat prowadzą zdrowszy tryb życia.

Z medycznego punktu widzenia w przyszłości śmiertelność osób z ZD może być związana z nienowotworowymi chorobami wynikającymi z podeszłego wieku (choroby te rozpoczynają się wcześniej niż w zdrowej populacji) oraz wzrostu zachorowalności na nawotwór [25].

Piśmiennictwo

1. Bower C., Leonard H., Petterson B.: Intellectual disability in Western Australia. J. Paediatr. Child Health, 2000, 36, 213-215.
2. Wyllie J., Madar R., Wright M. et al.: Strategies for antenatal detection of Down's syndrome. Arch. Dis. Child., 1997, 76, 1, F26- F30.
3. Leonard H., Wen X.: The epidemiology of mental retardation: challenges and opportunities in the new millennium. Ment. Retard. Dev. Disabil. Res. Rev., 2002, 8, 117-134.
4. Korenberg J.R., Chen X. N., Schipper R. et al.: Down syndrome phenotypes: the consequences of chromosomal imbalance. Proc. Natl. Acad. Sci. USA, 1994, 91, 4997-5001.
5. Sąsiadek M.: Podstawy genetyki klinicznej. Jankowska A. (red.): Podstawy pediatrii, Wydanie I. Volumed& Joto, Wrocław, 2003, 111- 148.
6. Stratford B.: Zespół Downa. Przeszłość, teraźniejszość, przyszłość. PZWL, Warszawa, 1993.

7. Conor W. O.: John Langdon Down: The Man and the Message. Down Syndrome Research and Practice, 1999, 6, 19–24.
8. Minczakiewicz E. M.: Gdy u dziecka rozpoznano zespół Downa. Poradnik dla rodziców i wychowawców. Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków, 2001.
9. Korniszewski L.: Dziecko z zespołem wad wrodzonych. Diagnostyka dysmorfologiczna. PZWL, Warszawa, 2004.
10. Sadowska L., Mysłek- Prucnal M., Choińska A. M. et al.: Diagnostyka i terapia dzieci z zespołem Downa w świetle badań własnych i przeglądu literatury. Prz. Med. Uniw. Rzesz., 2009, 1, 8-30.
11. Opitz J. M., Gilbert- Barness E. F.: Reflections of the pathogenesis of Down Syndrome. Am. Med. Genet. Supp., 1990, 7, 38-51.
12. Matuszek D., Sadowska L.: Budowa somatyczna dzieci z zespołem Downa. Patkiewicz J. (red.): Współczesna diagnostyka i rehabilitacja dzieci z zespołem Downa. PTWK, Wrocław, 1996, 35- 49.
13. Tüysüz B., Beker D. B.: Thyroid dysfunction in children with Down's syndrome. Acta Peadiatr., 2001, 90, 12, 1389- 1393.
14. Wiśniewski K. E.: Down syndrome children often have brain with maturation delay, retardation of growth and cortical dysgenesis. Am. Med. Genet. Supp., 1990, 7, 274- 281.
15. Sadowska L., Gruna- Ożarowska A., Kreft A. et al.:Syntetyczna ocena zmian strukturalnych mózgu w badaniu magnetycznym rezonansem jądrowym (MRI) u leczonych osób z zespołem Downa. Prz. Med. Uniw. Rzesz., 2005, 3, 252- 261.
16. Šustrová M., Šariková V.: Down's syndrome – the impact of increased expression of genes of the 21st chromosome on the functions of immunity and nervous systems. Bratisl. Lek. Listy., 1997, 98, 221- 228.
17. Robakis N. K., Wiśniewski K. N., Jenkins E. C. et al.: Chromosome 21 q 21 sublocalisation of gene encoding beta- amyloid peptide in cerebral vessels and neurtic (senili) plaques of people with Alzheimer disease and Down syndrome. Lancet, 1987, 1, 384.
18. Pellar J., Dołyk B., Masłowska E. et al.: Występowanie wrodzonych wad serca u dzieci z zespołem Downa. Patkiewicz J.(red.): Współczesna diagnostyka i rehabilitacja dziecka z zespołem Downa. PTWK, Wrocław, 1996, 73- 78.
19. Wróblewska- Kałużewska M., Gołąbek M.: Obserwacje kliniczne wrodzonych wad serca u dzieci z zespołem Downa. Przegl. Ped., 2001, 2/01, 140.
20. Kuś A., Sadowska L., Mysłek M.: Usprawnianie korekcyjne dzieci i młodzieży z zespołem

Downa w świetle dysharmonii rozwoju somatycznego. Postępy Rehabilitacji, 2002, 16, 65-76.

21. Prusiecka Z., Sadowska L.: Anomalie narządu wzroku u dzieci z zespołem Downa. Patkiewicz J. (red.): Współczesna diagnostyka i rehabilitacja dzieci z zespołem Downa. PTWK, Wrocław, 1996, 105- 111.
22. Sadowska L., Pilecki W., Mysłek M.: Wywołane potencjały słuchowe jako miernik sprawności statomotorycznej u usprawnianych dzieci z zespołem Downa. Fizjoterapia Polska, 2005, 5, 399- 405.
23. Korniszewski L.: Opieka nad dzieckiem z zespołem Downa. Medipress Pediatria, 1995, 1, 5- 10.
24. Glasson E. J., Sullivan S. G., Hussain R. et al.: The changing survival profile of people with Down's syndrome: implications for genetic counselling. Clin. Genet., 2002, 62, 390-393.
25. Bittles A. H., Glasson E. J.: Clinical, social and ethical implications of changing life expectancy in Down syndrome. Dev. Med. Child. Neurol., 2004, 46, 282- 286.
26. Weijerman M. E., Van Furth M. A., Vonk Noordegraaf A. et al.: Prevalence, neonatal characteristics and first- year mortality of Down syndrome: a national study. J. Pediatr., 2008, 152, 15- 19.
27. Sadetzki S., Chetrit A., Akstein E. i et al.: Risk factors for infant mortality in Down's syndrome: a nationwide study. Paediatr. Perinat. Epidemiol., 1999, 13, 442- 451.
28. O' Leary P., Bower C., Murch A. et al.: The impact of antenatal screening for Down syndrome in Western Australia: 1980- 1994. Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol., 1996, 36, 385- 388.
29. Dolk H., Loane M., Garne E. et al.: Trends and geographic inequalities in the prevalence of Down syndrome in Europe 1980- 1999. Rev. Epidemiol. Sante. Publique., 2005, 53, 2S87-2S95.
30. Forrester M. B., Merz R. D., Yoon P. W.: Impact of prenatal diagnosis and elective termination on the prevalence of selected birth defects in Hawaii. Am. J. Epidemiol., 1998, 148, 1206- 1211.
31. Frid C., Drott P., Lundell B. et al.: Mortality in Down's syndrome in relation to congenital maltformations. J. Intellect. Disabil. Res., 1999, 43, 234- 241.
32. Leonard S., Bower C., Petterson B. et al.: Survival of infants born with Down's syndrome: 1980- 96. Paediatr. Perinat. Epidemiol., 2000, 14, 163- 171.
33. Eskedal L., Hagemo P., Esklid A. et al.: A population- based study of extra- cardiac

anomalies in children with congenital maltformations. Cardiol. Young., 2004, 14, 600- 607.

34. Masuda M., Kado H., Tanoue Y. Et al.: Does Down syndrome affect the long- term results of complete atrioventricular septal defect when the defect is repaired during the first year of life? Eur. J. Cardiotorac. Surg., 2005, 405- 409.
35. Goldacre M. J., Wotton C. J., Seagroatt V. et al.: Cancers and immune related diseases associated with Down's syndrome: a record linkage study. Arch. Dis. Child., 2004, 89, 1014- 1017.
36. Pueschel S. M., Anneren G., Durlach R. et al.: Guidelines for optimal care od persons with Down syndrome. Acta Paediatr., 1995, 84, 823- 827.
37. Ross J. A., Spector L. G., Robison L. L. et al.: Epidemiology of leukemia in children with Down syndrome. Pediatr. Blood Cancer, 2005, 44, 8- 12.
38. Garrison M. M., Jeffries H., Christakis D. A.: Risk of death for children with Down syndrome. J. Pediatr., 2005, 147, 748- 752.
39. Mikkelsen M., Poulsen H., Nielsen K. G.: Incidence, survival and mortality in Down syndrome in Denmark. Am. J. Med. Genet. Suppl., 1990, 7, 75- 78.

Gizińska Dominika[1], Tomaszewska Karolina[1], Wawrzyszko Marzena[1], Sierżantowicz Regina [2]

Rana nowotworowa – charakterystyka, główne problemy, leczenie.

1. Koło Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa Chirurgicznego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wstęp

Raną nazywamy każde przerwanie ciągłości tkanki lub narządu. Rany, w zależności od cech, można podzielić na kilka rodzajów. Podstawowy podział zawiera [1]:

- rany proste - w wyniku których uszkodzone są tylko powłoki;
- rany złożone - głębsze, w wyniku których dochodzi do uszkodzenia nerwów, mięśni, narządów wewnętrznych, ścięgien lub naczyń.

W zależności od skażenia patogenami wyróżnione są [1]:

- czyste - są to rany powstałe w czasie operacji;
- skażone - są to rany urazowe i operacyjne po zabiegach przewodu pokarmowego;
- zakażone - są to rany wykazujące cechy zapalenia już w czasie rozpoczęcia leczenia.

W zależności od głębokości dzielone na [1]:

- powierzchowne - są to rany nieprzekraczające warstwy podskórnej;
- głębokie - są to rany przekraczające warstwę podskórną;
- drążące - są to rany drążące głęboko do narządów wewnętrznych i jam ciała.

W zależności od mechanizmu powstawania i uszkodzenia tkanek wyróżniamy [1]:

- cięte - zadane nożem, szkłem itp., mają równe brzegi i obficie krwawią, goją się dobrze, uraz ogranicza się do rozdzielenia tkanki, natomiast nie niszczy tkanek tworzących brzegi rany ;
- kłute - składają się z otworu wkłucia, kanału i otworu wykłucia, powstają na skutek długim i wąskim przedmiotem;
- tłuczone - zadane tępym narzędziem, powstają wskutek pęknięcia skóry i głębiej leżących tkanek, uraz powoduje zgniecenie tkanek, brzegi rany są nierówne, dno zawiera mostki łącznotkankowe, a okolica jest obrzęknięta, krwawienie jest mniejsze niż w ciętych;
- miażdżone - powstają w takim samym mechanizmie co rany miażdżone, ale z większą siłą, dochodzi do uszkodzenia tkanek, narządów i złamań kości, krwawienie występuje

rzadko;

- rąbane - zadane ciężkim narzędziem tnącym np. siekierą, dochodzi do uszkodzenia struktur wewnętrznych;
- szarpane - zadane narzędziem tnącym o nierównych krawędziach, stycznie do powierzchni ciała, brzegi są nierówne i poszarpane;
- płatowe - zadane narzędziem działającym skośnie do powierzchni ciała, dochodzi do odwarstwienia tkanek;
- postrzałowe - zadane pociskiem z broni palnej, odłamkiem bomby lub miny, mają otwór wlotowy, kanał i otwór wylotowy, rana wlotowa jest mała, zabrudzona z rąbkiem otarcia naskórka, rana wylotowa jest duża i poszarpana;
- kąsane - mogą być rąbane, kłute i miażdżone, goją się bardzo źle ze względu na zakażenie;
- zatrute - są to np. rany po ukąszeniu węża, okolica rany jest obrzęknięta, zaczerwieniona i bolesna;
- termiczne - powstają w wyniku oparzenia, np. wrzątkiem, ogniem lub jako odmrożenia;
- chemiczne - oparzenia kwasami i zasadami.

Rany goją się za pomocą mechanizmów: rychłozrostu - rany czyste i prawidłowo zszyte, jest to faza bardzo krótka i prawie niewidoczna, jest to gojenie które polega na zrastaniu się brzegów rany. Ziarninowanie, gdzie goją się w ten sposób rany zanieczyszczone i niezszyte, proces polega na wytworzeniu w dnie rany młodej tkanki łącznej zwanej ziarniną i narastaniu od brzegów naskórka [1].

Celem pracy jest przedstawienie podstaw tworzenia się owrzodzeń nowotworowych oraz metod oceny i postępowania z tego typu ranami.

Rany w chorobach nowotworowych występują u około 5% pacjentów dorosłych cierpiących na nowotwór złośliwy, natomiast u 5-10% pojawiają się w postaci przerzutów z nowotworu gruczołu piersiowego, okolicy szyi i głowy, odbytnicy, odbytu i sromu [1,2]. Charakterystyczną cechą nowotworów złośliwych jest możliwość przerzutów do dowolnych miejsc w organizmie człowieka. Dzieje się tak w wyniku migracji komórek nowotworowych. Drogi przerzutowania mogą być różne, poprzez naczynia limfatyczne, krwionośne bądź poprzez jamę ciała, na przykład przez otrzewną [1,2,3]. W niektórych nowotworach przerzuty mają określoną lokalizację. Przerzuty, w przypadku nowotworów żołądka, trzustki i zlokalizowanych w obrębie miednicy mniejszej, mogą być odległe bądź miejscowe. Te

odległe występują w postaci guzków siostry Mary Joseph i zlokalizowane są w okolicy pępka, natomiast przerzuty miejscowe charakteryzuje lokalizacja w obrębie narządu, którego dotyczą, z naciekaniem tkankowych struktur okolicznych [1]. Częstym zjawiskiem jest występowanie przerzutów nowotworów narządów rodnych w skórze głowy i szyi [3]. Najczęstszą lokalizacją przerzutowych zmian skórnych są klatka piersiowa, głowa i szyja, plecy, korpus i brzuch, pachwina lub pacha, genitalia, kończyny [1,2].

Obecność zmian przerzutowych na skórze świadczy o zaawansowanym stadium choroby nowotworowej i niestety złym rokowaniu. Przeżywalność pacjentów od momentu wystąpienia owrzodzeń wynosi około 6 miesięcy [1,2]. Stanowi to jeden z powodów, dla których bardzo ważna jest profesjonalna opieka nad chorym, umożliwiająca mu jak najbardziej godne życie.

Owrzodzenia nowotworowe są przewlekłymi kraterowymi ranami, które powstają na skutek zamknięcia drobnych naczyń w mikrokrążeniu skóry, które prowadzą do powstania ubytków naskórka i martwicy. Są to najczęściej nieodwracalne zmiany patologiczne objawiające się pojedynczymi bądź mnogimi guzkami podskórnymi, uniesionymi tarczkami lub pogrubiałymi zmianami włóknistymi, które wzrastając przybierają postać kalafiorowatej zmiany. Tworzenie się nowych komórek nowotworowych jest procesem niekontrolowanym, prowadzącym do zniszczenia skóry, tkanki podskórnej, mięśniowej a nawet kości [1,4].

Można wyróżnić kilka postaci przewlekłych ran przewlekłych, są to: guzy, zmiany opancerzające oraz przetoki wewnętrzne i zewnętrzne. Guzy są najczęściej występującą postacią ran przewlekłych. Są to często sączące rany, które tworzą wypukłości lub wgłębiania w tkankach, następnie penetrują głębiej, tworząc kieszenie lub przetoki do jam ciała, kości i stawów. Zdarza się że rozległość zniszczonych tkanych jest tak duża, że powoduje naturalną amputację kończyny. Specyficzna dla nowotworów gruczołu piersiowego jest postać opancerzająca, która pojawia się zarówno w zmienionym chorobowo gruczole jak i w bliźnie po mastektomii. Na początku pojawiają się pod skórą niewielkie guzki, które naciekają i perforują a na ich powierzchni tworzą się suche strupy. Mnogie, ściśle ze sobą sąsiadujące zmiany tworzą rozległy, sztywny pancerz, który obejmuje skórę i tkankę podskórną klatki piersiowej, powłok brzusznych, okolic szyi i barku, a nawet pleców. Patologiczne przetoki powstają w wyniku niszczącego działania nowotworów. Przetoki zewnętrzne powstają na skutek tworzenia się patologicznych połączeń pomiędzy jamami ciała a otoczeniem. Najtrudniejszy problem terapeutyczny stanowią przetoki wewnętrzne, występujące u osób chorych na nowotwory szyjki macicy, jajnika, przełyku i oskrzela [4].

Najważniejszym elementem opieki nad osobą ze zmianami nowotworowymi jest

określenie problemów zdrowotnych pacjenta. Tego typu owrzodzenia stanowią bardzo trudny problem pielęgnacyjny, terapeutyczny, psychosocjalny oraz są przyczyną dodatkowych cierpień chorego, co prowadzi do znacznego obniżenia się jego jakości życia [1]. Opracowane dotychczas algorytmy lokalnej pielęgnacji owrzodzeń i przetok nowotworowych mogą prowadzić do regresji choroby, jednak całkowite zagojenie się ran praktycznie nie jest możliwe. Bardzo często po kilku tygodniach od zakończenia terapii, objawy nasilają się i ponownie wymagają interwencji terapeutycznej. Dla pacjentów jednak, świadomość uzyskania jakiejkolwiek poprawy stanu owrzodzenia, wpływa niezwykle korzystnie na ich stan psychiczny oraz przynosi ulgę osobom opiekującym się [2,4].

Opieka nad pacjentem powinna skupiać się na jego indywidualnych potrzebach i problemach, w taki sposób aby jak najbardziej poprawić jego jakość życia. Do terapeutyczno-opiekuńczych zadań na które należy zwrócić uwagę przy postępowaniu z raną nowotworową, należą: kontrolowanie nieprzyjemnego zapachu, ochronę otaczającej skóry, zmniejszenie wysięku z rany, minimalizowanie krwawienia, redukowanie bólu oraz optymalizację dobrostanu emocjonalnego pacjenta oraz jego rodziny.

Nieprzyjemny zapach i wyciek treści ropno-martwiczej

Najczęściej opisywanym objawem owrzodzenia nowotworowego jest nieprzyjemny zapach, inaczej określany jako odór bądź fetor, połączony z dużą ilością wysięku. Może on być związany z kilkoma czynnikami występującymi jednocześnie lub pojedynczo, należą do nich: rozpływna martwica, infekcja w ranie wynikająca z kolonizacji bakteriami tlenowymi i/lub beztlenowymi, brak ukrwienia tkanek, powstanie przetoki zewnętrznej, przesiąknięty opatrunek. Ilość wycieku i stopień odoru zależy od poziomu stężenia bakterii oraz ilości martwicy.

Bakterie, które odpowiedzialne są za nieprzyjemny zapach to głównie Bacteroides i Clostridium. Rozpadające się komórki oraz wilgotne i ciepłe środowisko stanowią idealne warunki do rozwoju dla tych bakterii. Intensywny metabolizm bakterii powoduje rozwój zakażenia co przejawia się zapachem „gnijącego" ciała.

Przetoki zewnętrzne powodują niekontrolowane wyciekanie kału, moczy, śliny lub żółci, co w połączeniu z wysiękiem, krwią, fragmentami martwiczej tkanki oraz produktami ubocznymi bakterii potęguje odór. Ze względu na niezwykle delikatną kwestię, jaką jest niwelowanie nieprzyjemnego zapachu, konieczne są wcześniejsze omówienie z pacjentem wyboru postępowania. Takie postępowanie polega na ocenie intensywności odoru, kontroli infekcji, usunięciu tkanki martwiczej, zastosowaniu właściwie dobranego opatrunku oraz edukacji pacjenta i jego rodziny na temat zaopatrywania rany [1,2,4].

Krwawienie z rany

Krwawienie z owrzodzeń nowotworowych mogą występować w dwóch postaciach – masywnych krwotoków które mogą zagrażać życiu chorego lub krwawień powierzchownych które są mniej intensywne ale dotyczą rozległych obszarów i są systematyczne [4]. Gdy dojdzie do uszkodzenia i krwawienia z dużych naczyń krwionośnych, znaczny ubytek krwi może doprowadzić do wstrząsu hipowolemicznego, stanowiącego zagrożenie życia chorego. W praktyce częściej dochodzi do krwawień powierzchownych. Powierzchowne krwawienie może dotyczyć zmian owrzodzeniowych lub proliferacyjnych. Tkana nowotworowa która szybko się rozrasta oraz jest bogato ukrwiona ulega mechanicznym podrażnieniom. Systematyczny ale niewielki ubytek krwi przy zaawansowanym procesie nowotworowym potęguje niedokrwistość, utrudnia zaopatrywanie rany, a także stwarza idealne warunki do rozwoju zakażenia, przy czym zwiększa wydzielinę oraz nieprzyjemny zapach [1,2].

Krwawienie, w pewnym sensie wpływa także na psychikę pacjenta – jest źródłem niepokoju i lęku, ponieważ kojarzy on ubytek krwi ze zbliżającą się śmiercią. Trudno jest zapobiegać krwawieniom i krwotokom – zwykle są to spontaniczne zdarzenia. Pacjent i terapeuta konfrontują się z zaistniała trudna sytuacja kliniczna [4].

Ból

Ból to czuciowo subiektywne doznanie, zwilżane z uszkadzającym bodźcem oraz spostrzeżeniem powstającym na podstawie psychicznej interpretacji zachodzących zjawisk, zmodyfikowanych przez wcześniejsze doświadczenia i psychosomatyczne uwarunkowania [1,4]. Ból towarzyszący nowotworom jest różnorodny - jest to ból miejscowy, rozpierający, niekiedy o cechach bólu neuropatycznego, niekiedy daje uczucie swędzenia czy pieczenia. [2,3,4]; obejmuje czynniki fizyczne, emocjonalne a także duchowe. Ból który trwa dłużej niż trzy miesiące uważany jest za przewlekły. Długotrwały ból może spowodować zaburzenia kontroli nad umysłem, a także prowadzić do przygnębienia, niepokoju i wyczerpania fizycznego które związane jest z zaburzeniem snu oraz z cierpieniem.

Postępowanie lecznicze oparte jest na dokładniej obserwacji chorego i ocenie bólu skalami, podawaniu leków, monitorowaniu ich skuteczności oraz wsparciu emocjonalnemu i psychoterapii. WHO opracowało drabinę postępowania przeciwbólowego – jest to użyteczny materiał pomocny do określenia modyfikacji leków, częstotliwości podawania a także stosowania leków wspomagających [4].

Niepełnosprawność

Miejscowe i uogólnione zmiany ograniczają w znaczymy stopniu sprawność życiową chorego. Objawy takie jak ból, obrzęki, niekiedy duże rozmiary guza także materiały

opatrunkowe a także lęk powodują, ze chory mimo ze jest jeszcze w dobrej kondycji fizycznej staje się osoba która jest uzależniona od opieki innych osób. Istotnymi czynnikami wystąpienia lub/i nasilenia niepełnosprawności są niedokrwistości oraz stany septyczne [4].

Problemy psychospołeczne.

Często spowodowane są zmianami jakie zachodzą w wyglądzie pacjenta, jak również problemy ekonomiczne mają ogromny wpływ na stan psychiczny pacjenta. Rany te są przewlekłe, penetrujące, co niesie ze sobą dolegliwości bólowe także często są to zmiany z obfitą wydzieliną o nieprzyjemnym zapachu. Wszystkie te aspekty oddziaływają na stan pacjenta. Ważne jest aby osoby z najbliższego otoczenia wspierały chorego, a personel medyczny solidnie wykonywał swoje obowiązki [4].

Ocena rany.

Od 2003 r. w leczeniu ran przewlekłych należy stosować strategię TIME. Wdrożenie tej strategii wymaga dokładnej diagnostyki i oceny rany. Bardzo istotna jest weryfikacja postępów gojenia, która daje możliwość modyfikacji działań i szybkiej reakcji, gdy stan rany ulega zmianie. Wprowadzenie tej strategii pozwala zmienić biochemiczne środowisko rany oraz ułatwia jej przechodzenie przez następujące po sobie etapy procesu naprawy. Dodatkowo, pozwala rozpocząć proces efektywnego gojenia się rany. strategia TIME obejmuje cztery komponenty:

T – (tissue debridement) – opracowanie tkanek – Idealne podłoże dla rozwoju drobnoustrojów chorobotwórczych stanowią martwica, mało wartościowe tkanki w ranie, zanieczyszczenia oraz obniżona prężność tlenu i niska aktywność fagocytarna leukocytów. Drobnoustroje chorobotwórcze mogą stać się źródłem groźnej infekcj, która opóźni proces gojenia. Tak więc, celem oczyszczenia rany będzie stworzenie optymalnych warunków, pozwalających ranie na gojenie się. Takie warunki uzyskuje się poprzez usunięcie martwiczej tkanki, ropy, nadmiaru wysięku oraz zanieczyszczeń, ciał obcych i mikroorganizmów. Mogą one być usuwane chirurgicznie lub zachowawczo, o czym decyduje ich lokalizacja, głębokość i lokalizacja owrzodzenia, ilość wydzieliny w ranie oraz stan ogólny chorego.

I – (infection and inflammation) – kontrola infekcji i zakażenia – W celu oceny rany należy oznaczyć liczbę i gatunek patogenów, w tym celu wykonać należy mikrobiologiczne badanie z wymazu lub bioptatu rany. Badanie bioptatu umożliwia identyfikację organizmów odpowiedzialnych za zakażenie oraz oznaczenie ich liczby. Wymaz z powierzchni rany nie jest tak czułym badaniem, ale jest znacznie tańszy, prostszy i krótszy. W celu redukcji ryzyka zakażenia niezbędne są staranne opracowanie i eliminacja z rany składników będącymi pożywką dla bakterii, dezynfekcja powierzchni rany łagodnym środkiem o antyseptycznym

działaniu i niskim wskaźniki toksyczności, włączenie antybiotykoterapii dostosowanej do wyników badania mikrobiologicznego oraz zastosowanie interaktywnych opatrunków: piankowych, z jonami srebra, z węglem lub alginianem wapnia, które likwidują nieprzyjemny zapach, wydzieliną oram mają właściwości sekwestracyjne. Ze względu na działanie cytotoksyczne, nie zaleca się stosowania maści z antybiotykiem oraz bakteriobójczych środków, tj. woda utleniona, rivanol czy spirytus.

M – (moisure balance) – wyrównanie wilgotności rany – Nadmierny wysięk o nieprawidłowych stężeniach i proporcjach mediatorów biochemiczny maceruje otaczający ranę naskórek. W celu utrzymania równowagi wilgotności należy zastosować właściwie dobrany opatrunek, który wchłaniając nadmiar wysięku, utrzyma na powierzchni rany optymalny poziom nawodnienia. Absorpcja nadmiaru wydzieliny uzupełnia i wzmacnia efekty wcześniejszego opracowania tkanek i redukcji mikroorganizmów bytujących w ranie. Natomiast wysuszenie rany zmniejsza migrację komórek naskórka.

E – (edges and epidermization) – ocena brzegów rany, stymulacja naskórkowania – Przywrócenie prawidłowych brzegów rany wymaga wcześniejszego usunięcia starych, nieprawidłowo proliferujących komórek. Czasami celem postępowania wg strategii TIME, głownie w przypadkach owrzodzeń zajmujących duże powierzchnie, może być jej przygotowanie do położenia przeszczepu. Po wypełnieniu łożyska rany przez ziarninę, ważne staje się pobudzenie naskórkowania. Niszczenie naskórka może być spowodowane zbyt częstą zmianą opatrunku albo nieprawidłowym zaopatrywaniem brzegów rany. Brzegi rany trzeba monitorować w kierunku tworzenia się nadmiernego rogowacenia, maceracji, obrzęku czy rumienia, gdyż mogą to być objawy zapalenia, zakażenia lub alergii. Właściwa kolejność gojenia rany może zostać przywrócona, kiedy znana jest etiologia rany, wdrożono optymalne leczenie miejscowe oraz leczone są nieprawidłowości związane ze zdrowiem pacjenta [2,5].

Pielęgnacja i leczenie rany nowotworowej.

Rany nowotworowe są ciężkimi zmianami, które bardzo rzadko udaję się wyleczyć. Wymagają dokładnej pielęgnacji, opracowania oraz zabezpieczenia. Rozpoczynając leczenie rany nowotworowej należy dokładnie ocenić jej cech fizyczne: rozległość, głębokość, jakość i ilość wysięku, obecność i/lub ilość martwicy, odór, obrzęk, skłonność do krwawienia, jakość skóry otaczającej ranę. Niezmiernie ważny jest także wywiad w kierunku dolegliwości bólowych towarzyszących pacjentowi, należy skupić się na natężeniu oraz charakterze bólu [4]. Podstawą pielęgnacji jest nie tylko zastosowanie najlepszych środków bakteriobójczych i nowoczesnych opatrunków, ale również odpowiednia strategia działania oparta na procesie pielęgnowania. Ocena owrzodzenia oraz wszelkie podjęte działania powinny uwzględniać

stan ogólny pacjenta, a dokładna rewizja dotyczyć łożyska rany oraz otaczającej skóry [6].
Pielęgnacja rany różni się w zależności od tego czy rana jest:

- sucha
- wilgotna
- z martwica
- zakażona
- krwawiąca

Przy każdej manipulacji przy ranie należy zachować zasady aseptyki i antyseptyki.

W przypadku ran suchych należy przemywać ranę wodą, wodą z mydłem, dokładnie osuszyć poprzez pocieranie, zabezpieczyć suchym opatrunkiem [4,7].

Rany wilgotne powinny być obficie obmywane 0,9% NaCl, a skóra wokół przemywana środkami antybakteryjnymi [4,7].

Natomiast rany z treścią martwiczą podlegają szczególnej pielęgnacji. Jedną z propozycji pielęgnacji jest metoda antyseptyczna, polegająca na stosowaniu przymoczek ze środkiem odkażającym, kolejna to metoda enzymatyczna z zastosowaniem opatrunków hydrożelowych (Granugel, Nu-gel) oraz chirurgiczna, zalecana dopiero w przypadku gdy wcześniejsze sposoby nie przyniosły pozytywnego rezultatu [4,7].

W przypadku rany z zakażeniem oprócz standardowego postępowania konieczne jest włączenie antybiotykoterapii oraz leczenie obrzęku, wysięku, który często towarzyszy ranie o czynnym procesie zapalnym. [4,7].

Rana krwawiąca zazwyczaj jest najbardziej obciążająca dla pacjenta. Krwawienie z ran nowotworowych może mieć masywny lub powierzchniowy, ale systematyczny charakter. W razie krwawień miejscowych stosuję się przymoczki z dodatkiem epinefryny lub adrenaliny, opatrunki o właściwościach hemostatycznych, alginiany, ochładzanie. Przy krwawieniach o charakterze ogólnym leczenie polega na eliminacji antykoagulantów, podaniu płynów dożylnie (5% glukoza, 0,9% NaCl, HAES), przetoczenie masy erytrocytarnej, embolizacja naczyń [4,7].

Opatrunki są bardzo ważnym elementem miejscowego leczenia ran oraz owrzodzeń. Wraz z usunięciem martwicy i oczyszczeniem rany a także leczeniem zakażenia, opatrunki stosowane są w celu utrzymania wilgotnego środowiska, temperatury oraz pH uszkodzonego miejsca. Jest to postępowanie które przyśpiesza gojenie się rany oraz zwiększa szanse na jego wyleczenie, zwłaszcza gdy mówimy o ranach przewlekłych [4,7].

Tabela 1. Zastosowanie opatrunków do różnego typu ran [9].

Rodzaj opatrunku	Przykład opatrunku	Właściwości absorpcji wysięku	Charakterystyka opatrunku	Typ rany	Uwagi
Hydrofiber	Aquacel	bardzo duże	- protekcja przed podrażnieniami i maceracją, - działanie przeciwbakteryjne	- rany zakażone, - rany narażone na zakażenie - rany sączące	brak
Opatrunki poliuretanowo- -piankowe	Lyofoam C, Allevyn, Mepilex	bardzo duże	- utrzymują wysoką wilgotność, - usuwają miękkie tkanki martwicze, - izolują od czynników zewnętrznych, - stymulują angiogenezę,	- rany z dużą ilością wysięku	- nie stosować na rany suche – ryzyko powstania nadmiaru ziarniny
Alginiany	Koltostat, Sorbsan, Kaltogel	umiarkowane	- zawierają sole kwasu alginowego, - działają hemostatycznie - przyśpieszają powstanie ziarniny i epitelializację	- rany krwawiące, - rany czyste	- nie można stosować na rany suche i zakażone
Granulaty	Debrisan, Acudex, Lodosorb	bardzo duże	- zdolność usuwania z rany martwicy, - działanie przeciwbakteryjne	- duże, głębokie, zakażone rany ze znacznym wysiękiem	brak
Hydrożele	Nu-gel, Intrasite, Gel, GranuGel, Sterigel, Aquagel	bardzo duże	- duże zdolności pochłaniania wody, - uwadniają martwicze tkanki, - stymulują procesy oczyszczania, - ułatwiają migrację i rozrost tkanek	- rany głębokie z suchą lub rozpływną martwicą, - rany zakażone lub zagrożone zakażeniem,	Brak
Opatrunki absorbujące zapach i wydzielinę	Actisorb Plus, Koltocarb, Lyofoam C	małe	- zawierają węgiel aktywny oraz srebro, - działanie przeciwbakteryjne,	- rany z towarzyszącym silnym, nieprzyjemnym zapachu	Brak
Opatrunek hydrofobowy	Sorbact	umiarkowane	- wysokie powinowactwo do substancji hydrofobowych		
Opatrunki hydrokoloidowe	Granuflex, Comfeel	umiarkowane	- aktywny fibrynolityczne i autolityczne, - stymulują procesy ziarninowania - działanie	- rany niezainfekowane, na każdym etapie gojenia	brak

			przeciwbólowe, - działanie przeciwbakteryjne, - utrzymuje wilgotne środowisko		
Perforowane opatrunki okluzyjne	Release, Comprigel, Melolin	umiarkowane	- protekcja przed zanieczyszczeniami, - nie przylega bezpośrednio do rany	- rany wymagające ochrony przed czynnikami zewnętrznymi	Brak
Opatrunki półprzepuszczalne	Bioclusive, OpSite, Tegaderm, Cutifilm	małe	- cienkie , elastyczne, przezroczyste błony, - umożliwiają parowanie z rany, - ochrona przed czynnikami zewnętrznymi - pozwalają na obserwację postępu gojenia rany	- rany w końcowej fazie gojenia, - rany suche	Brak
Opatrunki złożone	Fibracol, Tielle, Aquacel, TenderWet	umiarkowane	- kombinacja różnych typów opatrunków	- rany zakażone	brak

Opatrunek który zgodnie z nowoczesnym (wilgotnym) modelem leczenia ran wspomaga gojenie rany, musi spełniać następujące wymagania:

- usuwa nadmiar wysięku i komponentów toksycznych,
- zapewnia izolację termiczną rany,
- umożliwia wymianę gazową pomiędzy otoczeniem a raną,
- nie zawiera cząstek toksycznych,
- utrzymuje optymalną wilgotność w ranie,
- nie przepuszcza bakterii oraz innych mikroorganizmów,
- ochrania nowo powstałe tkanki
- nie powoduje urazu, w trakcie usuwania go z powierzchni rany.

Wybór rodzaju opatrunku powinien być poprzedzony oceną stanu aktualnego rany, tak aby wpływał pozytywnie na fizjologiczny proces gojenia się i jednocześnie nie pogarszał jej stanu. Poniższa tabela przedstawia przykłady kilku nowoczesnych opatrunków oraz ich charakterystykę [8,9].

Podsumowanie

Rzadko kiedy udaję się doprowadzić do całkowitego zagojenia rany, owrzodzenia nowotworowego. Skuteczne leczenie to przede wszystkim przestrzeganie zasad aseptyki i

antyseptyki, dokładne opracowanie tkanek, zabezpieczenie przed rozwojem zakażenia na tkanki zdrowe oraz utrzymanie równowagi biochemicznej w środowisku rany i dokładne zabezpieczenie jej przed czynnikami zewnętrznymi. W pielęgnacji ran nowotworowych ważna jest systematyczność w zmienianiu opatrunku, gdyż często ranom towarzyszy wysięk o nieprzyjemnym zapachu, w ranie znajduje się treść martwicza co dodatkowo obciąża stan pacjenta [7].

Pielęgnacja rany nowotworowej to długotrwały, kosztowny i trudny proces, jednak przy rzetelnej opiece możliwa jest poprawa kondycja zmiany nowotworowej do stopnia, w którym pacjent będzie mógł odczuwać względny komfort [7].

Piśmiennictwo

1. Bazaliński D., Chmiel Z, Kózka M.: Opieka pielęgniarska nad pacjentem z raną nowotworową. [w:] Leczenie ran przewlekłych (red. M. T. Szewczyk, A. Jawień). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2012, 162-179.
2. Bazaliński D., Więch P., Chmiel Z., Przybek-Mita J., Kózka M.: Metody oceny i postępowanie z raną nowotworową – przegląd piśmiennictwa. Leczenie ran, 2011, 8, 103-115.
3. Fidler S., Kaj J., Płochocki M., Filipczyk-Cisarż E., Ziemba B.: Przerzuty raka odbytnicy do skóry przyczyną amputacji kończyny górnej. Onkologia w Praktyce Klinicznej, 2007, 3, 259-262.
4. Głowacka M., Sopata M., Gorzelińska L.: Postępowanie z chorym z owrzodzeniem nowotworowym. Now. Lek., 2008, 3, 231-235.
5. Szewczyk M.T..: Strategia TIME w leczeniu ran przewlekłych. MEDI Forum opieki długoterminowej, 2011, 10-12.
6. Cwajda J., Szewczyk M.: Rola pielęgniarki w stosowaniu antyseptyków na ranę przewlekłą. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne, 2007, 2, 77–80.
7. Słowińska M.: Nowoczesne leczenie ran nowotworowych. Mag. Pielęg. Poł., 2011, 11, 11-12.
8. Jagielski D., Jagielska A.: Wykaz grup opatrunków specjalistycznych stosowanych w opiece paliatywnej. Medycyna Paliatywna w Praktyce, 2008, 2, 48-52.
9. Tylus D., Orłowska M., Marchelak W.: System opatrywania ran. MEDI Forum opieki długoterminowej, 2011, 40-47.

Kopcych Bożena, Ewa[1,2], Kaszuba Ewa[3]

Respiratoterapia domowa – pielęgniarka, pacjent, rodzina

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej. Studentka studiów doktoranckich UM w Białymstoku
2. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotne j" Prymus" w Suwałkach
3. Oddział Intensywnej Opieki Medycznej Szpital Wojewódzki w Suwałkach

Wprowadzenie

Postęp wiedzy medycznej i technologii w drugiej połowie XX wieku przyczynił się do wydłużenia życia wielu krytycznie chorych z niewydolnością oddechową oraz umożliwił im powrót do środowiska domowego oraz kontynuację opieki i terapii za pomocą respiratora, obniżając tym samym koszty leczenia w lecznictwie zamkniętym. Jest to jeden z podstawowych celów Światowej Organizacji Zdrowia [1]. Domowa wentylacja mechaniczna to w ostatnich kilku latach coraz częściej stosowany w Polsce system opieki długoterminowej dla pacjentów z niewydolnością oddechową, wymagających oddechu wspomaganego lub zastępczego, w przebiegu różnych przewlekłych chorób (głównie układu nerwowo-mięśniowego) [2].Program domowej wentylacji mechanicznej w naszym kraju zapoczątkowany został w roku 2000 przez „Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie. Wprowadzenie standardów leczenia dzieci przewlekłą mechaniczną wentylacją w warunkach domowych oraz skuteczność tej metody, pozwoliły na dynamiczny rozwój ośrodków w Polsce sprawujących ten rodzaj leczenia i pielęgnacji pacjentów w całym kraju. Proces przenoszenia opieki nad pacjentem z niewydolnością oddechową ze szpitala do warunków domowych pozwala zapewnić ciągłość opieki nad takim pacjentem, umożliwia przebywanie mu w przyjaznym środowisku domowym, wśród swoich najbliższych. Dodatkowym atutem jest także aspekt finansowy, ponieważ taka forma leczenia jest znacznie tańsza oraz pozwala na ekonomiczniejsze wykorzystanie łóżek szpitalnych przez długi czas zajmowanych przez chorych przewlekle wentylowanych, których nie można odłączyć od respiratora. Szacuje się, że obecnie w Polsce, z tej formy leczenia korzysta około 1600 pacjentów [3].

Sprawowanie opieki nad pacjentem wentylowanym mechanicznie w warunkach domowych wymaga od pielęgniarki posiadania wysoko specjalistycznej wiedzy medycznej, bardzo dużego zaangażowania oraz doświadczenia zawodowego. Pielęgniarka realizuje zadania leczniczo-pielęgnacyjne zgodnie ze standardami, nadzoruje nad prawidłowym funkcjonowaniem sprzętu do wentylacji, pomaga rodzinie w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych, współuczestniczy w rozwiązywaniu spraw socjalno-bytowych związanych z

pobytem chorego w domu. Edukuje pacjentów (jeśli nie są w stanie apalicznym) oraz ich rodziny w zakresie utrzymania zdrowia, a także pomaga w pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego. Pielęgnowanie chorego wentylowanego mechanicznie w domu jest procesem złożonym, w którym oprócz pielęgniarki biorą udział inni członkowie zespołu terapeutycznego (lekarz, rehabilitant, psycholog, ksiądz), a przede wszystkim rodzina.

Realizacja świadczeń pielęgniarskich wykonywanych w miejscu zamieszkania podopiecznego ma swoją specyfikę niespotykaną w innych dziedzinach pielęgniarstwa i wynika ona z miejsca ich wykonywania. Często pielęgniarka musi wykazać się pomysłowością, kreatywnością, elastycznością w działaniu, umiejętnością przystosowania się do niekorzystnych warunków; brak bieżącej wody, prądu, podstawowego sprzętu pomocniczego, dostępu do łóżka podopiecznego, ciasnoty pomieszczeń itp.

Niewydolność oddechowa

Oddychanie jest procesem utrzymującym ludzkie życie, stąd tak bardzo ważne jest zabezpieczenie prawidłowej wentylacji płuc w przypadku pojawienia się różnorodnych zaburzeń oddechowych prowadzących do niewydolności oddechowej [4,5]. Niewydolnością oddechową określamy stan, w którym chory nie może wykonać niezbędnego wysiłku oddechowego potrzebnego do utrzymania wystarczającej wymiany gazowej. Głównym objawem rozpoczynającej się niewydolności oddechowej jest *tachypnoe* z częstością powyżej 35 oddechów minutę. Współistniejące objawy to: duszność, pocenie się, włączenie dodatkowych mięśni oddechowych, oddech paradoksalny, tachykardia, nadciśnienie tętnicze, sinica [4,5].

Przyczyny niewydolności oddechowej:

- zmiany w płucach, tj. zwłóknienie tkanki płucnej,
- skurcz oskrzeli, stany zapalne w obrębie płuc,
- zmiany w układzie mięśniowo-kostnym klatki piersiowej, np. uszkodzenie mięśni oddechowych,
- zmiany w układzie nerwowym, (porażenie ośrodka oddechowego, udar, zapalenie nerwów, stwardnienie boczne zanikowe, stwardnienie rozsiane, przewlekłe miopatie),
- choroby klatki piersiowej, np. złamanie żeber, zniekształcenia klatki piersiowej (najczęściej kifoskolioza),

- choroby układu sercowo-naczyniowego (przewlekła zatorowość płucna, sinicze wady serca, przewlekła niewydolność serca [4].

W badaniach klinicznych, podstawowym, ogólnie przyjętym podziałem, jest podział na niewydolność oddechową całkowitą i częściową. Przewlekła niewydolność oddechowa rozwija się stopniowo w przebiegu innych schorzeń i nie jest w pełni odwracalna [4].

Rodzaje wentylacji mechanicznej

Leczenie, terapia i pielęgnacja pacjentów metodą wentylacji mechanicznej może być przeprowadzana inwazyjnie poprzez tracheostomię, lub nieinwazyjnie przez maskę tlenową. W wyborze metody wentylacji muszą być brane pod uwagę potencjalne skutki uboczne dla pacjenta, jego tolerancja wentylacji mechanicznej, rokowanie i warunki socjalno-bytowe. Technika prowadzenia wentylacji nieinwazyjnej polega na łączeniu okresów: wentylacji mechanicznej i samodzielnego oddychania chorego. Znacznie poprawia to komfort i jakość życia chorego. W domowej wentylacji inwazyjnej tracheostomia musi być całkowicie zagojona. W wentylacji przez rurkę tracheotomijną mogą być używane rurki z balonem lub bez; użycie rurki z balonem wymaga kontrolowania ciśnienia w mankiecie. Wymagane jest również posiadanie przez pacjenta rezerwowej rurki tego samego rozmiaru i jednej rurki mniejszego rozmiaru, jako awaryjna pomoc w przypadku trudnej wymiany [7,8].

Kwalifikacja pacjentów niewydolnych oddechowo do wentylacji mechanicznej w warunkach domowych

Wskazania do leczenia domowego określa się na podstawie rozpoznania choroby podstawowej, potwierdzonej brakiem lub ograniczeniem autonomii oddechowej, m.in. podczas długotrwałego leczenia w OIT (Oddziale Intensywnej Terapii), badań stanu klinicznego, oraz częstości leczenia w OIT. Leczeniem przy pomocy respiratora obejmuje się pacjentów zarówno z zachowaną świadomością, ze świadomością ograniczoną lub całkowicie bez świadomości. Kwalifikacja do respiratoterapii domowej poprzedzona jest wyrażeniem świadomej zgody przez rodziców/opiekunów chorych. Rodzina edukowana jest w zakresie pielęgnacji, resuscytacji krążeniowo-oddechowej oraz obsługi sprzętu i aparatury medycznej [9].Celem domowej wentylacji mechanicznej płuc jest przedłużenie życia, podwyższenie jakości życia chorego i rodziny, stworzenie w otoczeniu chorego warunków niezbędnych do podwyższania jego indywidualnego potencjału, obniżenie chorobowości, zmniejszenie częstości zakażeń w obrębie układu oddechowego, poprawienie fizycznych i psychologicznych parametrów chorego, zmniejszenie kosztów leczenia i skrócenie pobytu pacjenta w szpitalu. Metoda ta pozwala podtrzymywać czynność płuc na optymalnym poziomie i zapewnia funkcjonowanie pacjenta w jego naturalnym środowisku domowym.

Kwalifikacja chorych powinna uwzględniać również obecność innych czynników ryzyka, poprzednie epizody ostrej niewydolności oddechowej, prawdopodobny wpływ wspomaganej wentylacji na przeżycie, umiejętności chorego w samoobsłudze i jego życzenia oraz przede wszystkim ogromne wsparcie domowe ze strony osób czynnie biorących udział w opiece. Standardy kwalifikujące chorych do leczenia i dalszej terapii oddechem zastępczym w środowisku domowym, sporządził zespół składający się z: anestezjologa, pulmonologa, psychologa, chirurga, rehabilitanta, wyspecjalizowanej pielęgniarki i technika medycznego [9,10,11].

Kryteria kwalifikacji chorego do programu wentylacji mechanicznej:

A. Kryteria medyczne

- zdiagnozowanie przewlekłej niewydolności oddechowej i jej przyczyny,
- poprzedzający okres wentylacji oddechem zastępczym przez tracheostomię (24 godz./dobę), nie krótszy niż 6 miesięcy,
- wyeliminowanie innych ciężkich chorób lub wad, dotyczących przede wszystkim układu krążenia i oddechowego,
- ustabilizowany stan ogólny pacjenta,
- zapewnienie przez placówkę, wymaganego przez NFZ zaplecza sprzętowego: pulsoksymetry, worki samorozprężalne, koncentratory tlenu, rezerwowe respiratory, ssaki
- przeszkolenie rodziców/opiekunów w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej, pielęgnacji dróg oddechowych oraz obsługi sprzętu medycznego [16].

B. Kryteria socjalne

- pisemna zgoda pacjenta, rodziny (opiekunów) na podjęcie się opieki w domu nad pacjentem wymagającym wentylacji mechanicznej,
- pozytywna ocena opiekunów przez zespół kwalifikujący do opieki domowej (opinia lekarza, psychologa, pielęgniarki anestezjologicznej i rehabilitanta),
- warunki lokalowe, miejsce zamieszkania chorego są wystarczające do prowadzenia wentylacji(osobny pokój, prąd, bieżąca woda ciepła i zimna), czy jest zapewniony kontakt z otoczeniem – telefon.

Opieka nad pacjentami wentylowanymi mechanicznie w warunkach domowych.

Opieka nad pacjentem wentylowanym powinna być sprawowana przez specjalistyczny ośrodek wentylacji domowej. Obecnie w Polsce działa kilka takich ośrodków, o zasięgu ogólnopolskim lub regionalnym. Wszystkie ośrodki finansowane są przez Narodowy Fundusz

Zdrowia co zapewnia stałość opieki nad pacjentem oraz jej minimalny zakres, zgodny z wymaganiami i standardami opieki i jest całkowicie bezpłatny. Obecnie opiekę domową nad pacjentami wentylowanymi mechanicznie sprawuje zespół długoterminowej opieki domowej. Opieką tą objęci są obłożnie chorzy z niewydolnością oddechową, którzy wymagają stosowania inwazyjnej (przy pomocy respiratora przez rurkę tracheostomijną) lub nieinwazyjnej (przez różnego rodzaju ustniki, maski czy kaski), ciągłej lub okresowej terapii oddechowej. Pacjenci ci nie wymagają hospitalizacji czy pobytu w zakładach opieki całodobowej, wymagają natomiast specjalistycznego stałego nadzoru lekarza, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji. Świadomą zgodę na taki typ leczenia podejmują sami pacjenci, a w przypadku dzieci opiekunowie prawni. Powinien on zostać poinformowany o wszystkich korzyściach i wadach wentylacji domowej. Zgoda ta stanowi element dokumentacji medycznej. Świadczeniami takiego zespołu mogą być objęci chorzy, którzy mają odpowiednie warunki mieszkaniowe, a rodziny tych chorych są przeszkolone z zakresu obsługi sprzętu medycznego i udzielania pierwszej pomocy, aby zapewnić pacjentowi przebywającemu w domu bezpieczeństwo [12].

Podstawą prowadzenia wentylacji w warunkach domowych jest:

- wyposażenie chorego w niezbędny sprzęt medyczny, czyli respirator, ssak czy puls oksymetr.
- zapewnienie pacjentowi i jego rodzinie poczucia bezpieczeństwa (dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej przez 24 godz. w ciągu doby, w każdy dzień tygodnia).

Standardowy pakiet świadczeń zespołu interdyscyplinarnego obejmuje świadczenia:

- lekarskie, wykonywane przez lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii lub chorób płuc, chirurgii lub kardiologii. Wizyty nie rzadziej niż raz w tygodniu, stała dostępność (w systemie zmianowym/dyżurowym) pod telefonem
- pielęgniarskie, wymagane wykształcenie wyższe lub licencjat i co najmniej roczny staż pracy w lecznictwie stacjonarnym lub wykształcenie średnie i przynajmniej roczny staż pracy w lecznictwie stacjonarnym oraz specjalizację lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego nie rzadziej niż 2 razy w tygodniu, stała dostępność (w systemie zmianowym/dyżurowym) pod telefonem.
- rehabilitacyjne, wykształcenie wyższe lub średnie kierunkowe nie rzadziej niż dwa razy w tygodniu. Częstość i ogólna liczba wizyt domowych - ustalana indywidualnie przez lekarza prowadzącego danego pacjenta.
- pracownika socjalnego

- psychologa na wezwanie
- zapewnienie możliwości realizacji badań diagnostycznych, które umożliwiają właściwą terapię oddechową w domu,

Podstawą medyczną do objęcia pacjenta świadczeniami zespołu długoterminowej opieki domowej to: udokumentowane zakończone leczenie przyczynowe, a także pełne zdiagnozowanie (wykonane wszelkie niezbędne badania diagnostyczne, uzasadniające rozpoznanie i potwierdzające niemożność stosowania innej formy terapii niż ciągła wentylacja).

Opieka nad chorym wentylowanym mechanicznie.

Zakres opieki pielęgniarki nad chorym wentylowanym inwazyjnie i nieinwazyjnie jest różny. Chory wentylowany nieinwazyjnie, z założenia bardziej samodzielny, wymagać może pomocy przede wszystkim przy obsłudze respiratora, zakładaniu maski czy utrzymywaniu sprzętu w czystości. Podstawowy zakres świadczonej opieki to nadzór nad stanem fizykalnym pacjenta, kontrola nad aparaturą do wentylacji, pomoc i aktywizacja do samo opieki i samo pielęgnacji. Zakres opieki nad chorym wentylowanym inwazyjnie jest dużo większy i rola opiekunów jest tu kluczowa. Z racji ograniczonych możliwości ruchowych i wentylacyjnych chorzy tacy zdani są na umiejętności i odpowiedzialność opiekunów. Zadaniem opiekunów w takich przypadkach jest:

- wykonywanie czynności pielęgnacyjnych przy chorym,
- codzienny nadzór nad prawidłowością wentylacji mechanicznej, obserwacja stanu chorego i zgłaszanych przez niego dolegliwości, obserwacja wszelkich nieprawidłowości wentylacji i związanych z tym objawów, m.in.: zmiany szybkości, głębokości oddychania, zmiany koloru skóry, wystąpienia sinicy, zaczerwienienia skóry, potów,
- reagowanie na alarmy ze strony respiratora i sprzętu monitorującego,
- opieka nad sztuczną drogą oddechową, jaką jest rurka tracheotomijna:
- utrzymywanie porządku wokół chorego, tak aby zawsze było wiadomo, gdzie znajduje się sprzęt do odsysania, wentylacji awaryjnej, itp. W sytuacji krytycznej można wtedy zająć się chorym, a nie rozpaczliwie poszukiwać sprzętu [13].

Opiekunowie chorego kwalifikowanego do domowego leczenia respiratorem, aby umieli prawidłowo wypełniać te wszystkie zadania, muszą przejść, jeszcze w szpitalu, przed przekazaniem chorego do domu, przeszkolenie w zakresie opieki nad chorym wentylowanym inwazyjnie. Przeszkoleniem zajmuje się wykwalifikowany personel oddziału szpitala, na

którym leży pacjent. Personel szpitala i Ośrodka Wentylacji Domowej weryfikuje umiejętności opiekunów. Przekazanie pacjenta do domu jest możliwe dopiero w momencie, kiedy ocena umiejętności opiekunów wypadnie pozytywnie [13,14].

Świadczenia pielęgniarki w domowej opiece nad pacjentem wentylowanym mechanicznie

Zespół długoterminowej opieki domowej realizuje opiekę nad obłożnie chorymi z niewydolnością oddechową, wymagającymi stosowania inwazyjnej, bądź nieinwazyjnej ciągłej lub okresowej respiratoterapii. Świadczeniami zespołu długoterminowej opieki domowej mogą być objęci chorzy, którzy mają zapewnione odpowiednie warunki domowe i przeszkoloną rodzinę (opiekunów prawnych) w zakresie obsługi aparatury medycznej i udzielania pierwszej pomocy, tak, aby podczas stosowania terapii mogło być zapewnione bezpieczeństwo pacjenta. Jedną z niepodważalnych zasad opieki długoterminowej nad pacjentem wentylowanym mechanicznie jest jej kompleksowość. Połączenie świadczeń pielęgniarskich i usług opiekuńczych w jeden kompleks koordynowany i nadzorowany przez profesjonalną pielęgniarkę daje szanse na rozwój dobrej jakościowo opieki długoterminowej. Zapewnienie wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych, nie jest możliwe bez określenia ogólnych reguł ich wykonywania. Określenie celów i zadań oraz odpowiadających im standardów stało się wymogiem profesjonalnego działania, dającym gwarancję zapewnienia świadczeń na odpowiednio wysokim poziomie w opiece nad pacjentem w jego środowisku domowym [15,16].

Czynniki charakteryzujące pracę pielęgniarki w środowisku domowym pacjenta wentylowanego mechanicznie:

- Samodzielność stanowiska pracy,
- Sprawowanie opieki nad pacjentem ze złożonymi problemami zdrowotnymi i życiowymi,
- Szeroki zakres działań edukacyjnych i wsparcia chorego przewlekle i jego rodziny,
- Współudział rodziny w wyborze metody leczenia i organizacji opieki,
- Konieczność integracji świadczeń z różnych zakresów: medycznych, rehabilitacyjnych, opiekuńczych, socjalnych, prawnych itp.
- Nawiązywanie efektownej współpracy z członkami zespołu interdyscyplinarnego, sprawującego świadczenia na rzecz chorego.[17]

Pielęgniarska opieka długoterminowa to opieka nad pacjentem przebywającym w warunkach domowych. Ze względu na problemy zdrowotne wymagają systematycznej i

intensywnej opieki pielęgniarskiej udzielanej w warunkach domowych i realizowanej we współpracy z lekarzem. Celem pielęgniarskiej opieki długoterminowej jest zapewnienie chorym wentylowanym mechanicznie świadczeń pielęgniarskich w środowisku domowym, przygotowanie chorego i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji, w tym kształtowanie umiejętności w zakresie radzenia sobie z niepełnosprawnością [17,18].

Świadczenia pielęgnacyjno - opiekuńcze realizowane przez pielęgniarkę w respiratoterapii domowej

Pacjent z nie poddającą się leczeniu przyczynowemu chorobą dotknięty jest wieloma dokuczliwymi objawami ze strony wyniszczonego organizmu, a także narażony na wiele powikłań. Dominują u niego: postępująca utrata kondycji fizycznej, poczucie wyobcowania w środowisku rodzinnym, zawodowym i w społeczeństwie, poczucie uzależnienia od innych osób, lęk o rodzinę, lęk przed cierpieniem. Złagodzenie tych problemów wielokrotnie nie jest możliwe w wystarczającym stopniu. Szczególnie istotne są tu zadania pielęgnacyjne realizowane przez pielęgniarkę – osobę będącą najbliżej chorego i jego bliskich. Zakres i charakter profesjonalnej pielęgnacji podejmowanej przez pielęgniarkę wobec pacjenta wentylowanego mechanicznie zależy przede wszystkim od stanu chorego oraz stopnia deficytów.

Wśród najczęściej wykonywanych czynności pielęgnacyjnych należy wymienić:

- Pielęgnację tracheostomii; zmiana opatrunków, toaleta drzewa oskrzelowego w zależności od indywidualnych potrzeb chorego, wykonywanie toalety jamy ustnej,
- Ocena drożności dróg oddechowych, odsysanie wydzieliny z dróg oddechowych w systemie zamkniętym lub otwartym,
- Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki przy wykonywaniu czynności pielęgnacyjnych przy chorym,
- Obserwacja pracy respiratora w celu wykrycia wzrostu ciśnienia w drogach oddechowych,
- Pielęgnacja cewnika założonego do pęcherza moczowego,
- Wykonywanie czynności pielęgnacyjnych w profilaktyce przeciwodleżynowej i odparzeniowej u pacjentów leżących, ułożenie chorego na materacu p/odleżynowym.

Doskonała pielęgnacja, dostosowana indywidualnie do potrzeb każdego pacjenta wentylowanego mechanicznie pozwoli uniknąć wielu powikłań (odleżyny, przykurcze, patologiczne zmiany w jamie ustnej), zapewni komfort choremu i rodzinie, pozwoli zachować godność. Profesjonalna, sumienna pielęgnacja zarówno pielęgniarki jak i opiekunów pozwoli

zminimalizować ryzyko wystąpienia powikłań. Specyficzne potrzeby chorego wymagają od pielęgniarki odpowiednich predyspozycji. Szczególnie ważną cechą jest wysoki poziom empatii i holistyczne podejście do chorego, ponieważ wszystkim tym czynnościom towarzyszy dotyk - dotyk instrumentalny, a także dotyk ekspresyjny [19]. Wszystkie czynności pielęgnacyjne i zabiegi przy chorym pielęgniarka powinna wykonywać w obecności i współudziale opiekunów lub rodziny na co dzień opiekującymi się chorym sztucznie wentylowanym. Aktywny udział rodziny w opiece i pielęgnacji pacjenta wentylowanego niesie wiele korzyści, zapewnia komfort, dające poczucie bezpieczeństwa ale również pozwala uniknąć trudnych sytuacji. Ważne jest, aby pielęgniarka w wykonywaniu zadań pielęgnacyjnych wspólnie z rodziną była osobą wspierającą a nie nadzorującą. Wszystkie czynności pielęgniarka dokumentuje w karcie czynności i podpisuje ich wykonanie. Dodatkowym dokumentem jest karta obserwacji pacjenta, gdzie pielęgniarka opisuje swoje spostrzeżenia [19,20].

Świadczenia edukacyjne realizowane przez pielęgniarkę

Szczególną wartość funkcji edukacyjnej w przypadku opieki pielęgniarskiej stanowi przygotowanie rodziny chorego do sprawowania opieki nad nim w środowisku domowym. Świadczenia edukacyjne powinny być realizowane podczas każdej wizyty pielęgniarki w domu chorego. Obejmują one prowadzenie edukacji związanej z wykonywaniem wszelkich czynności niezbędnych do niesienia ulgi w chorobie bliskiej osoby oraz poradnictwo w zakresie samoopieki i samopielęgnacji w przypadku pacjentów zdolnych do samodzielnego wykonywania czynności życiowych lub dla opiekunów lub rodziny chorego całkowicie pozbawionego samodzielnego wykonywania podstawowych czynności życiowych. Ciągła i kompleksowa edukacja chorego i jego rodziny sprzyja eliminacji stresu i napięcia związanego z respiratoroterapią i pobytem pacjenta w domu, a jej głównym celem jest wyposażenie pacjenta i jego rodziny w wiedzę i umiejętności w zakresie sprawowania samodzielnej opieki nad chorym. Edukacja rodzin to jedno z ważnych zadań pielęgniarki w opiece domowej nad pacjentem sztucznie wentylowanym w środowisku domowym. Bardzo istotnym elementem świadczeń edukacyjnych jest pozostawienie dla rodziny instrukcji wykonywania niektórych czynności w formie pisemnej [19]. Efektem edukacyjnych zadań pielęgniarki powinno być właściwe przygotowanie środowiska domowego i jego członków rodziny do radzenia sobie w warunkach zmienionych przez chorobę oraz aktywnego życia mimo choroby członka rodziny i jego niepełnosprawności. Szkolona rodzina, aby była dobrze zorganizowana w opiece, musi mieć wybieraną osobę wiodącą, spełniającą funkcję kierowniczą zespołu, jaki tworzą opiekunowie. Działania te mają na celu zapobieganie zmęczeniu i degradacji życia członków

rodziny. Bliski kontakt, jaki nawiązuje pielęgniarka z pacjentem i jego rodziną sprawia, że chory czuje się akceptowany pomimo swojej niepełnosprawności i traktuje ją jako swojego powiernika, dzięki temu pielęgniarka staje się nierozerwalną częścią środowiska pacjenta.

Świadczenia diagnostyczne wykonywane przez pielęgniarkę

Wykonywanie świadczeń diagnostycznych bez zlecenia lekarskiego możliwe jest tylko po ukończeniu kursu bądź po uzyskaniu przez pielęgniarkę tytułu specjalisty. Świadczenia diagnostyczne, które pielęgniarka może wykonywać bez zlecenia lekarskiego w przypadku pacjenta wentylowanego mechanicznie obejmują m.in.:

- testy diagnostyczne
- pomiar puls oksymetrii
- ocenę wydolności oddechowej
- przeprowadzanie badania fizykalnego
- pobieranie materiału biologicznego do badań laboratoryjnych i bakteriologicznych w miejscu zamieszkania podopiecznego bezwzględnie zachowując procedury związane z tymi czynnościami
- wykonywanie podstawowych pomiarów życiowych i ich ocenę oraz interpretację.

W przypadku stwierdzenia wskazań zagrażających życiu powinna pielęgniarka poinformować lekarza opiekującego się chorym lub wezwać pogotowie, ocenę wydolności opiekuńczej opiekunów lub rodziny, ocenę stanu ogólnego chorego, ocenę jakości życia i wydolności psychofizycznej podopiecznego. Świadczenia diagnostyczne wykonywane przez pielęgniarkę nad pacjentem wentylowanym mechanicznie w warunkach domowych mają na celu rozpoznanie problemów związanych ze stanem zdrowia pacjenta sztucznie wentylowanego a mające wpływ na utrzymanie stabilnego poziomu. Wszelkie działania diagnostyczne i spostrzeżenia powinny być na bieżąco przekazywane lekarzowi z zespołu, który opiekuje się pacjentem.

Świadczenia lecznicze realizowane przez pielęgniarkę

Świadczenia lecznicze są często wykonywane w opiece nad pacjentem celem zachowania jego stanu zdrowia na stabilnym poziomie. Pomimo, że leczenie przyczynowe zostało zakończone pacjent często wymaga leczenia podtrzymującego jego stan. Świadczenia lecznicze, zgodnie z odrębnymi przepisami obejmują: ustalanie diety w żywieniu ludzi chorych, zakładanie i wymiana zgłębnika do żołądka i odbarczenie treści, zakładanie i wymiana cewnika do pęcherza moczowego i usuwanie założonego cewnika, płukanie pęcherza moczowego, wykonywanie zabiegów w pielęgnacyjno-leczniczych w stomiach,

przetokach, trudno gojących się ranach w porozumieniu z lekarzem, tlenoterapia, wykonywanie inhalacji, nebulizacja drzewa oskrzelowego, wymiana osprzętu służącego do poprawnej wentylacji: filtry, rury, przestrzeń martwa w zależności od potrzeb, wykonywanie kaniulacji żył obwodowych, kroplowe przetaczanie dożylne płynów, podawanie dożylnie leków zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza z dopiskiem, że zabieg może być wykonany w warunkach domowych. Wszystkie zlecenia lekarskie i zabiegi lecznicze zawsze są dokumentowane w historii pacjenta i po ich realizacji podpisane przez pielęgniarkę. W czasie wykonywania świadczeń leczniczych pielęgniarkę obowiązuje bezwzględne przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki oraz określonych procedur medycznych [21].

Świadczenia rehabilitacyjne wykonywane przez pielęgniarkę

Różnego rodzaju niesprawność ruchowa oraz ograniczona samodzielność pacjenta wentylowanego mechanicznie w przemieszczaniu i samoobsłudze stanowią problem nie tylko dla samego pacjenta, jego opiekunów i dla pielęgniarki. Problemy wnikające z deficytu ruchu i aktywności fizycznej związane są z długotrwałym unieruchomieniem chorego w łóżku (stan apaliczny) lub przebywaniem w wymuszonej pozycji; zniekształcenia mięśniowo-stawowe, przykurcze mięśni i stawów. Świadczenia rehabilitacyjne wykonywane przez pielęgniarkę opiekującą się pacjentem sztucznie wentylowanym obejmują podstawowe czynności związane z: zapobieganiem powikłaniom wynikającym z procesu chorobowego, długotrwałego unieruchomienia i stosowanie udogodnień (podpórki, wałki, stabilizator stawów) celem fizjologicznego ustawienia stawów i zakresu ruchów w stawach, usprawnianiem ruchowym, prowadzeniem ćwiczeń biernych i czynnych w zakresie fizjologicznego zakresu ruchów w stawach, stosowanie drenażu ułożeniowego, celem łatwiejszej ewakuacji wydzieliny z dróg oddechowych, prowadzeniem gimnastyki oddechowej mającej na celu poprawę ruchomości klatki piersiowej, poprawienie wentylacji płuc, ćwiczenia ogólnousprawniające: siadanie, poruszanie się w obrębie pomieszczenia [22].

Podsumowanie

W procesie kompleksowej opieki pielęgniarskiej nad pacjentem wentylowanym mechanicznie i jego rodziną, prowadzonej w warunkach domowych, zamierzonym celem jest:

- przygotowanie pacjenta do samodzielności i samoobsługi w stopniu możliwym do osiągnięcia stabilności a przez to danie szansy na godne życie w środowisku domowym,
- przygotowanie rodziny do roli opiekuna.

Świadczenia pielęgniarskie polegają na wyposażeniu pacjenta i jego opiekunów w wiedzę i umiejętności w takim stopniu, ab pozwoliły one na podtrzymanie efektów leczenia, żeby podopieczny i jego rodzina czuli się odpowiedzialni za swój los i zdrowie, a wykonując wszelkie zadania pielęgnacyjne, lecznicze, diagnostyczne i rehabilitacyjne dawali pacjentowi sztucznie wentylowanemu w środowisku domowym poczucie bezwzględnego bezpieczeństwa. Świadczenia realizowane przez pielęgniarską opiekę długoterminową obejmują wizyty pielęgniarki w trakcie których realizuje:

- świadczenia pielęgnacyjne, zgodne z procesem pielęgnowania tj. pomaganie, asystowanie pacjentowi i/lub jego rodzinie w utrzymaniu stabilnego stanu ogólnego,
- świadczenia edukacji zdrowotnej wobec samego chorego jak i członków jego rodziny,
- pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych i sprzętowych związanych z funkcjonowaniem chorego w środowisku domowym,
- świadczenia diagnostyczne obejmujące ocenę stanu ogólnego chorego: kontrola parametrów respiratora, wymiana osprzętu, pomiar parametrów życiowych, kontrola saturacji,
- świadczenia rehabilitacyjne w celu zapobiegania powikłaniom wynikającym z procesu chorobowego; ćwiczenia bierne i czynne zachowujące sprawność w stawach, pomoc w pozyskaniu niezbędnego sprzętu rehabilitacyjnego.

Realizacja świadczeń pielęgniarskich to zapewnienie właściwej jakości swoich działań wynikających również z funkcji naukowo-badawczej w pielęgniarstwie. Polega ona między innymi na przeprowadzaniu badań oraz wykorzystywaniu ich wyników na potrzeby pielęgniarstwa. W procesie pielęgnowania pielęgniarka świadomie realizuje zadania wg procesu pielęgnowania oraz podejmuje celowe i planowe działania mające na celu poprawę stanu lub utrzymanie stanu dotychczasowego. Wymaga to od niej nie tylko znakomitego przygotowania merytorycznego, ale także doskonałej umiejętności komunikowania się, prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnej z wymogami i ciągłego dokształcania w zakresie wiedzy i umiejętności. Jej postawa, empatia kompleksowe podejście do pacjenta i jego opiekunów daje poczucie bezpieczeństwa zarówno dla chorego jak i jego najbliższych.

Satysfakcja pacjenta i jego opiekunów z wykonywanych rzetelnie i kompleksowo świadczeń oznacza stopień akceptowania przez samego chorego jak i jego najbliższych, opieki pielęgniarskiej w stosunku do swoich oczekiwań i potrzeb zdrowotnych. Oczekują oni nie tylko od pielęgniarki ale i innych członków zespołu interdyscyplinarnego ponad wszystko rzetelnie wykonywanych świadczeń medycznych, ale i serdecznego traktowania,

poszanowania własnej godności, pomocy w cierpieniu i zapewnieniu właściwych warunków otoczenia.

Piśmiennictwo

1. Murkowski M., Koronkiewicz A., Nowacki W.: Hospitalizacja domowa (medyczna opieka domowa). Cent. Org. i Ekon. Ochr. Zdr., Warszawa, 1999.
2. Mędrzycka-Dąbrowska W., Bąkowska G., Dąbrowski S., Węgielnik J., Basiński A.: Opieka nad dzieckiem wentylowanym mechanicznie w domu. Anest. i Rat. 2009, 3, 206-219.
3. Traczyk W.Z., Trzebski A.: Fizjologia człowieka z elementami fizjologii stosowanej i klinicznej, wyd. 3, Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2007.
4. Szkulmowski Z.: Wentylacja nieinwazyjna, wskazania i ograniczenia stosowania w warunkach oddziału intensywnej terapii. Anest.Intens Ter. 2001, 33, 261-265.
5. Petty T.L., Seebass J S.: Choroby płuc u osób w podeszłym wieku. Med. po Dypl. 2008, 8, 72-76.
6. Graham A., Kirby A.: Ventilator Management Protocols in Pediatrics. Resp. Care Clin of North America, 2006, 12, 389-402.
7. Tokarczyk J., Majewska K., Kurzecki M., Szkulmowski Z.: Nieinwazyjna wentylacja. [w]: Duszność w zaawansowanych stanach chorobowych - przyczyny i postępowanie. Via Medica, Gdańsk, 2002.
8. Zielińska M.: Problemy wentylacji mechanicznej u dzieci. Med.Intens Rat. 2006, 9, 203-209.
9. Szkulmowski Z.: Wentylacja nieinwazyjna - wskazania i ograniczenia stosowania w warunkach oddziałów intensywnej terapii. Anest.Intens Ter., 2001, 4, 261-265.
10. Szkulmowski Z.: Nieinwazyjna wentylacja mechaniczna w domu. Pol. Med. Paliat. 2004, 3, 1, 221-225.
11. Migdał M., Szreter T., Blasiak R. i wsp.: Program leczenia domowego dzieci z przewlekłą niewydolnością oddechową. Stand. Med. 2002, 4, 232–237.
12. Migdał M., Jarymowicz T., Kalbowiak J. i wsp.: Przewlekła wentylacja dzieci w warunkach domowych. Stand. Med. 2007, 4, 376–378.
13. Ciałkowska-Rysz A.: Sytuacja i wyzwania opieki paliatywnej w Polsce. Med. Paliat. 2009; 1, 22–26.
14. Stengert P.K., Siemiątkowska-Stengert W., Piotrowski A.. i wsp.: Już 10 lat żyję – porównanie doświadczeń w leczeniu za pomocą respiratora w szpitalu i w domu

chłopca chorującego na rdzeniowy zanik mięśni typu 1. Przeg. Pediatr. 2005, 35 (Suppl. 1), 46-47.

15. Szkulmowski Z.: Wentylacja mechaniczna w domu - doświadczenia Zespołu Domowego Leczenia Respiratorem Domu Sue Ryder w Bydgoszczy. Anest. i Intens. Terapia, 2003, 35, 185-188.
16. Szkulmowski Z.: Domowa wentylacja, Diag. i Ter., 5, 2003, 28-29.
17. Skolmowska E.: Organizacja opieki długoterminowej.[w:] Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej. Kędziora-Kornatowska K. (red). PZWL, Warszawa, 2010, 12-39.
18. Piątek A.: Standardy praktyki w zawodach pielęgniarki i położnej[w].: Podstawy organizacji pracy pielęgniarskiej. Ksykiewicz-Dorota A. (red). Wyd. Czelej, Lublin 2004, 185-188.
19. Głowacka A.: Rola pielęgniarki w opiece paliatywnej. Nowa Med., 2000, 97, 70-78.
20. Faleńczyk K., Marzec A.: Opieka długoterminowa w warunkach domowych.[w:] Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej. Kędziora-Kornatowska K. (red). PZWL, Warszawa, 2010, 319-329.
21. Rolka H.: Standard pielęgnowania chorego z niewydolnością oddechową wymagającego sztucznej wentylacji [w:]. Standardy i procedury pielęgnowania chorych w stanach zagrożenia, 2009, 101-130.
22. Marzec M., Biercewicz M.: Opieka nad chorymi ze schorzeniami neurologicznymi [w:] Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej. Kędziora-Kornatowska K. (red). PZWL, Warszawa, 2010, 57-69.

Frąckowski Łukasz[1], Arndt Adam[1], Gryń Kamila[1], Lubasiński Przemysław[1], Dubielak Anna[1], Maćkowski Damian[2], Wawrzyniak Katarzyna[2]

Wybrane elementy opieki paliatywnej u chorych ze stwardnieniem zanikowym bocznym – nieinwazyjna wentylacja mechaniczna

1. Studenckie Koło Naukowe Anestezjologii i Intensywnej Terapii przy Katedrze Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu
2. I Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Kardioanestezjologii, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu
3. Katedr Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wstęp

Stwardnienie zanikowe boczne (SLA- *sclerosis lateralis amyotrophica*) jest nieustannie postępującą chorobą neurodegeneracyjną o nieznanej etiologii oraz zatartej patogenezie [1]. Choroba ta jest nieuleczalna i nieuchronnie prowadzi do śmierci [2].

SLA charakteryzuje się progresywnym ubytkiem neuronów. Cechą szczególną tego zespołu może być brak objawów chorobowych, aż do zniszczenia 80% górnych oraz dolnych neuronów motorycznych [3].

Różni autorzy określają częstość występowania tego zespołu chorobowego na od 0,2 – 2,4 do 6 – 8 zachorowań na 100 000 mieszkańców [4,5]. McGuire w swojej pracy podkreśla, że stwardnienie zanikowe boczne dotyka częściej mężczyzn niż kobiet (1,6:1) oraz wykazuje częstszą ekspresję u rasy białej niż u pozostałych [6]. Choroba zwykle pojawia się w bardziej zaawansowanym wieku. Około 90% przypadków SLA jest sporadyczna, natomiast 5-10% wykazuje występowanie rodzinne i jest dziedziczone głównie autosomalnie dominująco [2].

Brak jest jednej teorii co do etiologii tego zespołu chorobowego, istnieje wiele hipotez próbujących wyjaśnić pochodzenie powodowanych przez nią spustoszeń w układzie nerwowym. Postuluję się wpływ czynników genetycznych, chemicznych, wirusowych, autoimmunologicznych oraz paraneoplazmatycznych [7,8,9].

Rozwinięcie

Postawienie wczesnej diagnozy u pacjenta z SLA jest bardzo trudne i często trwa co najmniej 9 – 10 miesięcy. Nierzadko rozpoznanie choroby trwa dłużej [10]. Nie istnieje jeden słuszny model diagnostyczny tego schorzenia. Spektrum możliwych symptomów występujących w przebiegu SLA jest bardzo szerokie. Czasem objawy są bardzo subtelne, co

nie ułatwia postawienia diagnozy. Stwardnienie zanikowe boczne możemy podejrzewać na przykład w przypadku postępującego osłabienia, zaburzeń mowy, gdy zaobserwujemy drżenia pęczkowe mięśni lub języka, jak i u chorego z zaburzeniami snu oraz zaburzeniami psychiatrycznymi [11].

Brak skutecznego leczenia stwardnienia zanikowego bocznego wskazuje na ograniczenia współczesnej medycyny, szczególnie na brak farmakoterapii. Jedynym preparatem stosowanym w leczeniu przyczynowym u pacjentów z SLA jest zarejestrowany w 1993 roku przez Agencję Żywności i Leków (FDA, ang. *Food and Drug Administration*) riluzol (Rilutec). Jest to lek hamujący uwalnianie aminokwasów pobudzających (glutaminianu oraz asparaginianu) w ośrodkowym układzie nerwowym oraz dezaktywujący napięciozależne kanały sodowe i wapniowe. Mimo upływu lat jest to nadal jedyny lek, który wyraźnie przedłuża życie chorego [11,12,13]. Należy wspomnieć, że ma ono wiele poważnych działań ubocznych, takich jak nadciśnienie płucne bądź neutropenia [14,15]. W związku z powyższym jedyną szansą dla pacjentów z SLA na względne przedłużenie życia i „dobrą śmierć" jest opieka paliatywna.

Opieka paliatywna nad pacjentem ze stwardnieniem zanikowym bocznym wymaga interdyscyplinarnego zespołu, który sprosta wszystkim problemom podczas terapii tej choroby. Według pracy McCluskey i wsp. [16] opieka nad pacjentami z SLA powinna rozpocząć się w chwili postawienia diagnozy i trwać aż do zgonu pacjenta. SLA jest schorzeniem postępującym. Podczas progresji choroby pacjent może zgłaszać osłabienie kończyn oraz męczliwość, które powinniśmy wspomagać sprzętem rehabilitacyjnym – wózki, chodziki. Częstym objawem są również stany spastyczne dróg oddechowych, które należy leczyć farmakologicznie, oraz zaburzenia motoryki przełyku nieuchronnie prowadzące do zaopatrzenia pacjenta w przezskórną endoskopową gastrostomię (PEG, ang. *percutaneous endoscopic gastrostomy*) w celu odżywiania pacjentów, którzy nie mogą przyjmować pokarmów drogą doustną [11, 17- 21].

Obraz stwardnienia zanikowego bocznego jest zdominowany przez jeden objaw, najbardziej przerażający zarówno dla rodzin pacjentów oraz samych chorych – niewydolność oddechową. Według statystyk z powodu niewydolności oddechowej umiera większość pacjentów z SLA. Z tego powodu odpowiednio prowadzona wentylacja mechaniczna jest kluczowa dla polepszenia jakości oraz przedłużeniu życia pacjentów [21]. Problemy z oddychaniem u chorych na stwardnienie zanikowe boczne spowodowane są odnerwieniem zarówno głównego mięśnia wdechowego, przepony, jak i dodatkowych mięśni wdechowych i wydechowych. Niewydolność oddechowa oraz uczucie duszności zwiększa się podczas

przyjęcia przez chorych pozycji leżącej [22]. Progresja choroby objawia się coraz intensywniejszym wykorzystywaniem przez pacjenta dodatkowych mięśni wdechowych, niewydolnym kaszlu oraz niemożliwości odkrztuszania plwociny [23].

Istnieje kilka metod oceny sprawności mięśni wdechowych. Najczęściej mierzonym oraz używanym parametrem jest nasilona pojemność życiowa (FVC, *forced vital capacity*) [24]. Pomiaru FVC dokonuje się za pomocą spirometru, zarówno w pozycji siedzącej jak i leżącej. Wartość nasilonej pojemności życiowej pozwala na monitorowanie skuteczności zastosowanego leczenia oraz ocenę tempa progresji choroby [25]. Przydatnym wskaźnikiem do oceny wydolności oddechowej jest maksymalne ciśnienie wdechowe (MIP, *maximal inspiratory pressure*), które określa się za pomocą specjalnego aparatu z utrudnioną aspiracją powietrza. Uzyskanie przez pacjenta ciśnienia większego niż 60cm słupa wody sugeruje obecność zmniejszonej siły mięśniowej. Należy pamiętać, że pomiar MIP może być niemiarodajny u chorych na SLA ze stanami spastycznymi górnych dróg oddechowych oraz osłabieniem mięśni jamy ustnej [21,24].

Jedną z nowszych i bardziej skutecznych metod oceny siły mięśni oddechowych jest użycie nosowego ciśnienia wdechowego (SNP, *sniff nassal pressure*). Metoda ta pozwala na pomiar siły mięśni oddechowych pacjentów z SLA, u których wiarygodny pomiar MIP jest niemożliwy ze względu na przykurcze i osłabienie mięśni. Technika pomiaru polega na wprowadzenia czujnika do nosa pacjenta, a następnie poleceniu pacjentowi wykonania nasilonego wdechu [21,23]. Zaletą badania jest brak konieczności stosowania ustnika, co znacznie ułatwia jego wykonanie oraz zapewnia powtarzalność warunków pomiaru. Crocia i Meninger w swojej pracy doświadczalnie ustalili wartości SNP umożliwiające zróżnicowanie poziomu niewydolności oddechowej. Wskaźnik niższy niż 65cm słupa wody wskazuje na osłabienie przepony, natomiast mniejszy niż 40cm słupa wody pozwala przewidzieć ryzyko wystąpienia duszności nocnej [26].

Istnieją również dwa parametry, które pozwalają zmierzyć siłę mięśni wydechowych. Jest to maksymalne ciśnienie wydechowe (MEP, *maxmial expiratory pressure*) oraz szczytowy przepływ wydechowy podczas kaszlu (PCEF, *peak cough expiratory flow*). Oba parametry mierzy się za pomocą przepływomierza. MEP, podobnie jak MIP, jest sztucznie zaniżone u pacjenta z osłabieniem mięśni jamy ustnej oraz w stanach spastycznych górnych dróg oddechowych. Według Phukan i Hardimana [27], jeżeli wskaźnik PCEF będzie mniejszy niż 270 l/min możemy spodziewać się trudności wykrztuszaniem plwociny, co spowoduje zwiększenie ryzyka zakażeń układu oddechowego.

Poza parametrami opisanymi powyżej wydolność oddechową u pacjentów ze stwardnieniem zanikowym bocznym można ocenić za pomocą gazometrii tętniczej, pulsoksymetrii, pomiaru pH krwi oraz innych metod [26,28,29]. Pomiaru wartości pCO2 (ciśnienie parcjalne dwutlenku węgla we krwi tętniczej) i SpO_2 (saturacja krwi tlenem) powinno się wykonać niezwłocznie, gdy pacjent prezentuje objawy kliniczne takie jak: sinica centralna, zaburzenia widzenia, nawracające zakażenia dróg oddechowych, tachykardię oraz tachypnoe, senność dzienną, zaburzony sen nocny, poranne bóle głowy oraz stany lękowe i niepokój [26].

W początkowym stadium niewydolności oddechowej u pacjentów ze stwardnieniem zanikowym bocznym zalecane jest użycie mechanicznej wentylacji nieinwazyjnej (NIV, *noninvasive ventilation*) [21,25,30]. Oprócz samego wspomagania wentylacji istnieją urządzenia ułatwiające wykrztuszanie oraz umożliwiające usuwanie wydzieliny z dróg oddechowych (urządzenia ssące, dreny ssące) [25].

W opinii Phukan i Hardimana [27], bez względu na to, czy pacjent korzysta z NIV, należy podjąć z nim rozmowę na temat długoterminowej inwazyjnej wentylacji mechanicznej. W Stanach Zjednoczonych ta forma terapii jest rzadko stosowana. Dzieje się tak z powodu dużych kosztów jednorazowych i stałych oraz zdecydowanemu pogorszeniu się jakości życia pacjentów. Ponadto w niektórych przypadkach pacjenci nie wyrażają zgody na zastosowanie terapii ze względu na światopogląd [27]. Należy nadmienić, że w polskich przepisach prawnych figuruje zapis, który zakazuje lekarzom odłączenia niewydolnego oddechowo pacjenta od respiratora, gdyż traktowane jest to jako forma eutanazji czynnej (zakazana Kodeksem Lekarskim) [31].

Miller i wsp. [11] oraz Elman i wsp. [23], rozmowa z pacjentem na temat długoterminowej inwazyjnej wentylacji mechanicznej powinna zostać podjęta przed pierwszymi ciężkimi epizodami niewydolności oddechowej. Konieczne jest przedstawienie zarówno zalet i wad tego typu terapii, jak również innych form leczenia paliatywnego, niwelującego objawy postępującej choroby. Najważniejsze z etycznego punktu widzenia jest to, aby dać pacjentowi czas na świadome oraz samodzielne wybranie odpowiedniego postępowania [11, 23].

W celu zapewnienia odpowiedniej opieki pacjentami ze stwardnieniem zanikowym bocznym (zarówno tymi, którzy wyrazili zgodę na procedury inwazyjne oraz tymi, którzy nie wyrazili takiej zgody) powinien zajmować się interdyscyplinarny zespół składający się z lekarza medycyny paliatywnej, neurologa, anestezjologa, pielęgniarki, fizjoterapeuty, a także psychologa [32].

W zaawansowanym stadium SLA z ciężką niewydolnością oddechową konieczne jest podłączenie pacjenta do respiratora. Respiratory stosowane w nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej podają mieszaninę oddechową w miarę konieczności wzbogaconą w tlen pod odpowiednim ciśnieniem przez specjalnie zaprojektowaną, dedykowaną dla pacjenta maskę [33]. U pacjentów z SLA znajdują zastosowanie zarówno wentylacja sterowana objętością (VTV, *volume targeted ventilation*), jak i wentylacja sterowana ciśnieniem (PTV, *pressure targeted ventilation*). Zgodnie z pracą Jacksona, PTV jest lepszym wyborem respiratoroterapii, gdyż skuteczniej pozwala zachować powietrzność płuc [34].

Lechtzin [35] natomiast podaje, że u pacjentów ze stwardnieniem zanikowym bocznym oraz innymi schorzeniami neurodegeneracyjnymi powinno stosować się zmodyfikowany tryb pracy respiratora, tzw. dwustopniową wentylację (BiPAP, *bilevel positive airway pressure*). Wybranie tego trybu przez lekarza, pozwala na wspomaganie oddechu pacjenta przez respirator zarówno podczas wdechu, jak i wydechu pacjenta. W przypadku zastosowania tej procedury dodatkowa terapia tlenowa jest zwykle zbędna, lecz nie jest wykluczona w przypadku nagłego zaostrzenia niewydolności oddechowej. Istotne w terapii jest dobranie odpowiedniej maski: minimalizującej przecieki (między innymi spadek ciśnienia wdechowego) oraz zapewniającej pacjentowi odpowiedni komfort [33, 35].

Jak wcześniej wspomniano, progresja SLA może objawiać się niewydolnym kaszlem oraz niemożliwością odkrztuszania. W celu zmniejszenia ilości wydzieliny w drogach oddechowych wskazane jest stosowanie leków sympatykomimetycznych, które hamują sekrecję wydzieliny lub środków mukolityczne, ułatwiające jej odkrztuszanie [22].

Ponadto, u pacjenta z stwardnieniem zanikowym bocznym możemy mieć do czynienia ze ślinotokiem, który może prowadzić do zachłyśnięcia i wtórnego zaostrzenia niewydolności oddechowej lub nawet śmierci. W takim przypadku, należy rozważyć zastosowanie toksyny botulinowej typu B lub paliatywne naświetlanie ślinianek [36]. Jeśli wszystkie pozostałe formy terapii zawiodą, pacjentowi można zaproponować tak zwaną mini-tracheostomię, w celu ustalenia portu, z którego będzie możliwość odsysania wydzieliny zgromadzonej w drogach oddechowych [37]. U pacjentów ze spastycznością dróg oddechowych lekami z wyboru są β2-adrenomimetyki [22].

Podczas stosowania u pacjenta z SLA nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej, można ograniczyć terapię tylko do godzin nocnych, w celu umożliwienia odpoczynku mięśniom oddechowym. Jednak podczas postępu choroby i zaostrzenia niewydolności oddechowej może zaistnieć konieczność prowadzenia terapii również w dzień.

Heffernan i Jenkinson [24] dokonali przeglądu badań oceniających przydatność i wykorzystanie NIV u pacjentów z SLA. Mimo, że większość z badań pochodzi z lat 90 ubiegłego wieku, nawet wobec ówczesnego mniejszego zaawansowania technologicznego, większość wyników wskazuje na korzyści zastosowania nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej [24].

Autorzy nowszych publikacji [11,38] zgodnie uważają, że zastosowanie NIV u pacjentów ze stwardnieniem zanikowym bocznym wydłuża czas przeżycia. U pacjentów poddanych respiratoroterapii zanotowano wyraźne spowolnienie spadku siły mięśni oddechowych, manifestujące się wolniejszym spadkiem wartości takich jak: FVC, MIP oraz SNP w porównaniu z grupa kontrolną nie stosującą wentylacji. Osiągnięcie poprawy parametrów oddechowych oraz zwalczenie uczucia duszności pozwala na znaczne polepszenie jakości i wydłużenie długości życia pacjentów z SLA [11,38].

Terapia za pomocą nieinwazyjnej wentylacji nie ma zastosowania u chorych z poważnymi zaburzeniami opuszkowymi (ośrodka oddychania). W pracy Hadjikoutisa i Wilesa [39] porównano długość przeżycia grupy badanej, która była poddana terapii za pomocą nieinwazyjnej wentylacji oraz grupy kontrolnej nie wentylowanej wcale. U pacjentów ze stwardnieniem zanikowym bocznym oraz zaburzeniami opuszkowymi z grupy badanej nie zauważono istotnych statystycznie różnic w długości przeżycia w porównaniu z grupą kontrolną, osiągnięto jednak ważny cel, jakim jest poprawa jakości życia tych chorych [39].

W porównaniu z wentylacją mechaniczną prowadzoną przez tracheotomię, nieinwazyjna wentylacja mechaniczna zapewnia znaczne zmniejszenie kosztów stałych oraz koniecznych zabiegów pielęgnacyjnych i zwiększa jakość życia [40-42]. W przypadku nocnej NIV pacjent w dzień nie jest w żaden sposób ograniczony fizycznie, natomiast w przypadku długoterminowej wentylacji mechanicznej przez tracheostomię konieczna jest wyspecjalizowana opieka szpitalna oraz przeszkolony personel do opieki nad pacjentem w domu [43]. W przypadku długoterminowej inwazyjnej wentylacji mechanicznej niemożliwe jest spożywanie pokarmów drogą doustną, porozumiewanie się za pomocą głosu oraz samodzielne odkrztuszanie wydzieliny. Możliwe jest również uszkodzenie tchawicy przez rurkę tracheostomijną. Ponadto obecność rurki tracheostomijnej w drogach oddechowych predysponuje do zakażeń związanych z respiratoroterapią [44]. Jeżeli chory spełnia kryteria do zastosowania nieinwazyjnej wentylacji, to jest to terapia pierwszego rzutu. Niewielu z pacjentów w zaawansowanym stadium choroby decyduje się później na zwiększenie

intensywności leczenia i rozpoczęcie długoterminowej inwazyjnej wentylacji mechanicznej [25].

Terapia z użyciem nieinwazyjnej wentylacji nie jest pozbawiona wad. Jak zauważył Elman i Houghton [23] przy zwiększeniu intensywności korzystania z NIV mogą jednak wystąpić objawy uboczne takie jak suchość błon śluzowych, spojówek oraz skóry twarzy i odleżyny spowodowane przez ściśle lub błędnie dopasowaną maskę. Ponadto istotnym problemem są ciągłe niedoskonałości techniczne respiratorów [28].

Atkeson i wsp. [45] podaje, że aż 17,1% zapisu całkowitego czasu snu pacjenta z SLA w trakcie badania polisomnograficznego (jednoczesne monitorowanie elektroencefalogramu, elektrookulogramu, elektromiogramu, elektrokardiogramu oraz zapisu z mikrofonu, czujników położenia ciała i ruchów klatki oddechowej podczas snu badanego) miało cechy asynchronii między aktywnością przepony pacjenta, a wyzwalaniem we wdechu przez respirator. U pacjentów z poważnymi zaburzeniami opuszkowymi podczas snu wskaźnik wyniósł aż 23,9%. Autorzy podają również, że może to wynikać z niedostosowania ustawień respiratora do nocnej aktywności mięśni oddechowych. Asynchronia powoduje również zmniejszenie skuteczności wentylacji oraz dyskomfort u chorych, co przekłada się bezpośrednio na jakość życia [45]. Należy również wspomnieć o wysokim koszcie respiratora oraz indywidualnie dopasowanej silikonowo-akrylowej maski, w które należy zaopatrzyć pacjenta ze stwardnieniem zanikowym bocznym [28].

Leczenie „końca życia" rozpoczyna się w momencie, gdy prognozowana długość przeżycia pacjenta nie przekracza sześciu miesięcy [46]. Terapia NIV na określonym etapie rozwoju choroby jest niewystarczająca. W tym czasie kluczowe jest podjęcie decyzji o wprowadzeniu wentylacji inwazyjnej. W wypadku braku świadomej zgody lub duszności utrzymującej się mimo stosowania wentylacji rekomendowane jest wprowadzenie terapii opioidami w celu objawowego leczenia uczucia duszności [47].

Podsumowanie

Stwardnienie zanikowe boczne jest chorobą postępującą i nieuleczalną. Objawem, którego najbardziej boją się pacjenci oraz rodzina jest niewydolność oddechowa. Obecnie mamy wiele różnych metod, które pomagają ocenić zaawansowanie niewydolności oddechowej zarówno w sposób nieinwazyjny, jak i inwazyjny [11,23,48]. Najlepszą z metod wspomagania oddechu u pacjentów ze stwardnieniem zanikowym bocznym jest nieinwazyjna wentylacja mechaniczna. W początkowym stadium choroby umożliwia ona zachowanie homeostazy oraz dobrej jakości życia pacjenta [49]. Ważne jest również zapewnienie choremu opieki w postaci interdyscyplinarnego zespołu specjalistów [27]. W trakcie progresji

choroby musimy skupić się na polepszeniu funkcjonowania pacjenta w życiu codziennym oraz na zapewnieniu godnej śmierci [31].

Piśmiennictwo

1. Tandan R., Bradley W.G.: Amyotrophic lateral sclerosis: Part 1. Clinical features, pathology, and ethical issues in management. Ann. Neurol., 1985, 18, 271–280.
2. Rowland L. P., Mitsumoto H., De Vivo D.: Hereditary and acquired motor neuron diseases. Rowland L.P.: Merritt's Neurology. 11th ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, PA, 2005, 861-870.
3. Mitsumoto H.: The clinical features and prognosis in ALS. Mitsumoto H., Munsat T.: Amyotrophic Lateral Sclerosis: A Guide for Patients and Families. 2nd ed. Demos, New York, NY, 2001, 27.
4. McGuire V., Nelson L. M.: Epidemiology of ALS. Mitsumoto H., Przedborski S., Gordon P.: Amyotrophic Lateral Sclerosis. Taylor & Francis, New York, NY, 2006, 17-41.
5. Brooks B. R.: Clinical epidemiology of amyotrophic lateral sclerosis. Neurol. Clin.,1996, 14, 2, 399–420.
6. Rowland L. P., Schneider N. A.: Amyotrophic lateral sclerosis. N. Engl. J. Med., 2001, 344, 22, 1688-1700.
7. Bruijn L. I., Miller T. M., Cleveland D.W.: Unraveling the mechanisms involved in motor neuron degeneration in ALS. Annu. Rev. Neurosci., 2004, 27, 723-749.
8. Pasinelli P., Brown R. H.: Molecular biology of amyotrophic lateral sclerosis: insights from genetics. Nat. Rev. Neurosci., 2006, 7, 710-723.
9. Wood J. D., Beaujeux T. P., Shaw P. J.: Protein aggregation in motor neurone disorders. Neuropathol. Appl. Neurobiol., 2003, 29, 529-545.
10. Zoccolella S., Beghi E., Guerra V., et al.: Prognosis of amyotrophic lateral sclerosis in southern Italy: results from a population-based registry SLAP. Amyotroph. Lateral Scler., 2006, 7 (suppl. 1), 100.
11. Miller R. G., Jackson C. E., Kasarskis E. J., et al.: Practice parameter update: the care of the patient with amyotrophic lateral sclerosis: multidisciplinary care, symptom management, and cognitive/behavioral impairment (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology, 2009, 73, 1227–1233.

12. Traynor B. J., Alexander M., Corr B., et al.: An outcome study of riluzole in amyotrophic lateral sclerosis: a population-based study in Ireland, 1996–2000. J. Neurol., 2003, 250, 473– 479.
13. Miller R. G., Mitchell J. D., Moore D. H.: Riluzole for amyotrophic lateral sclerosis (ALS)/motor neuron disease (MND). Cochrane Database Syst. Rev 2012, 3, CD001447.
14. Cassiman D., Thomeer M., Verbeken E., et al.: Hypersensitivity pneumonitis possibly caused by riluzole therapy in ALS. Neurology., 2003, 61, 1150 –1151.
15. Weber G., Bitterman H.: Riluzole-induced neutropenia. Neurology., 2004, 62, 1648.
16. McCluskey L., Houseman G.: ALS Medicare hospice criteria: A Need for Improvement. J. Palliative. Med., 2004, 7, 47-53.
17. Neudert C., Oliver D., Wasner M., Borasio G. D.: The course of the terminal phase in patients with amyotrophic lateral sclerosis. J. Neurol., 2001, 248, 612-616.
18. Hayashi H.: The long-term communication strategy in patients with TPPV throughout the total course of ALS. Amyotroph. Lateral Scler., 2006, 7 (suppl. 1), 25-26.
19. Mitsumoto H., Davidson M., Moore D., et al.: Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) in patients with ALS and bulbar dysfunction. Amyotroph. Lateral Scler. Other Motor Neuron Disord., 2003, 4, 177-185.
20. Radunovic A., Mitsumoto H., Leigh PN.: Clinical care of patients with amyotrophic lateral sclerosis. Lancet Neurol., 2007, 6, 913–925.
21. Miller R. G., Jackson C.E., et al.: Practice parameter update: The care of the patient with amyotrophic lateral sclerosis: Drug, nutritional, and respiratory therapies (an evidence based review). Neurology., 2009, 73, 1218-1226.
22. Gregory S. A.: Evaluation and management of respiratory muscle dysfunction in ALS. Neurol. Rehabilitation, 2007, 22, 435-443.
23. Elman L. B., Houghton D. J.: Palliative care in amyotrophic lateral sclerosis, Parkinson's disease and multiple sclerosis. Journal of Palliative Medicine, 2007, 10, 433-457.
24. Heffernan C., Jenkinson C.: Management of respiration in MND/ALS patients: An evidence based review. Amyotrophic Lateral Sclerosis, 2006, 7, 5-15.
25. Andersen P. M., et al.: Good practice in the management of amyotrophic lateral sclerosis: Clinical guidelines, an evidence-based review with good practice points, EALSC working group. Amyotrophic Lateral Sclerosis, 2007, 8, 195-213.

26. Corcia P., Meininger V.: Management of amyotrophic lateral sclerosis. Drugs, 2008, 68, 1037-1048.
27. Phukan J., Hardiman O.: The management of amyotrophic lateral sclerosis. Journal of Neurology, 2009, 256, 176-186.
28. Consensus conference.: Clinical indications for noninvasive positive pressure ventilation in chronic respiratory failure due to restrictive lung disease, COPD, and nocturnal hypoventilation—a consensus conference report. Chest. 1999, 116, 521–534.
29. Pinto A., de Carvalho M., Evangelista T., et al.: Nocturnal pulse oximetry: a new approach to establish the appropriate time for non-invasive ventilation in ALS patients. Amyotroph. Lateral Scler. Other Motor. Neuron. Disord., 2003, 4, 31–35.
30. Mitsumoto H., Rabkin J.: Palliative care for patients with amyotrophic lateral sclerosis Prepare for the worst and hope for the best. JAMA, 2007, 298, 207-216.
31. Ritsma B. R., Berger M. J., Chalrlan Da, et al: NIPPV: Prevalence, Approach and Barriers to Use at Canadian ALS Centres. Can. J.Neurol. Sci., 2010, 37, 54-60.
32. Wood-Allum C., Shaw P. J.: Motor neuron disease: A practical update on diagnosis and management. Clin. Med., 2010, 10, 252-258.
33. Mehta S., Hill N.: Noninvasive ventilation. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 2001, 163, 540-577.
34. Jackson C., Lovitt S., Gowda N., Anderson F., Miller R.: Factors correlated with NPPV use in ALS . Amyotroph. Lateral Scler. 2006, 7, 80-5.
35. Lechtzin N., Weiner C.: Use of noninvasive ventilation in patients with amyotrophic lateral sclerosis. Amyotrophic Lateral Sclerosis. Amyotroph. Lateral Scler. Other Motor Neuron Disord. 2004, 5, 9-15.
36. Tysnes O. B.: Treatment of sialorrhea in amyotrophic lateral sclerosis. Acta. Neurol. Scand. Suppl., 2008, 188, 77-81.
37. Wright C.: Minitracheostomy. Clin. Chest Med., 2003, 24, 431 – 435.
38. Jackson C. E., Lovitt S., Gowda N., Anderson F., Miller R.G.: Factors correlated with NPPV use in ALS. Amyotroph. Lateral Scler., 2006, 7, 80-85.
39. Hadjikoutis S., Wiles C.: Respiratory complications related to bulbar dysfunction in motor neuron disease. Acta. Neurol. Scan., 2001, 103, 207 – 213 .
40. Bach J. R.: A comparison of long-term ventilatory support alternatives from the perspective of the patient and care giver., Chest 1993, 104, 1702–1706.

41. Bach J. R, Intintola P., Alba A. S., et al.: The ventilator-assisted individual: cost analysis of institutionalization versus rehabilitation and in-home management. Chest, 1992, 101, 26–30.
42. Lofaso F., Orlikowski D., Raphael J. C.: Ventilatory assistance in patients with Duchenne muscular dystrophy. Eur. Respir. J., 2006, 28, 468–469.
43. Bach J. R.: A comparison of long-term ventilatory support alternatives from the perspective of the patient and care giver. Chest, 1993, 104, 1702–1706.
44. Schönhofer B.: Choice of ventilator types, modes, and settings for long-term ventilation, Respir. Care Clin. 2002, 8, 419–445.
45. Atkeson A.: Patient-ventilator asynchrony with nocturnal non-invasive ventilation in ALS. Neurology., 2011, 77, 549 – 555.
46. Tripodoro V. A., De Vito E. L.: Management of dyspnea in advanced motor neuron diseases. Current Opinion in Supportive and Palliative Care, 2008, 2, 173-179.
47. Lo Coco D., Marchese S., Corrao S., et.al.: Development of chronic hypoventilation in amyotrophic lateral sclerosis patients. Respiratory Medicine, 2006, 100, 1028-1036.
48. Currow D. C., Abernathy A. P.: Pharmacological management of dyspnoea. Current Opinion in Supportive and Palliative Care, 2007, 1, 96-101.
49. Simonds A. K.: Recent advances in respiratory care for neuromuscular disease. Chest 2006, 130, 1879–1886.
50. Ozsancak A., D'Ambrosio C., Hill N. S.: Nocturnal noninvasive ventilation. Chest 2008, 133, 1275–1286.

Kowalewska Beata[1,2] , Święcicka Edyta[2], Rolka Hanna Joanna[1,2], Kondzior Dorota[1], Niedźwiecka Barbara[2], Krajewska – Kułak Elżbieta[1], Guzowski Andrzej[1]

Nowotwory sutka, - epidemiologia, profilaktyka, leczenie poprzez mastektomię

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

Wprowadzenie

Rak piersi to najczęściej spotykany nowotwór złośliwy u kobiet. W chorobie tej można wyróżnić typy o różnych cechach biologicznych i morfologicznych, a także o różniej podatności na poszczególne metody leczenia oraz o różnym rokowaniu. W ciągu ostatnich 20 lat w diagnostyce raka piersi doszło do wielkiego postępu. Zostały wprowadzone na dużą skalę profilaktyczne badania mammograficzne oraz zorganizowany skryning, co sprawiło, że wzrosła liczba wykrywanych i rozpoznawanych guzów pierwotnych we wczesnym stadium zaawansowania oraz doszło do poprawy wyników leczenia. Najnowsze badania naukowe potwierdzają, że we wczesnych stadiach zaawansowania, mniej agresywne leczenie miejscowe jest tak samo skuteczne jak mastektomia. Leczenie oszczędzające pierś powoduje mniejsze kalectwo oraz zapewnia lepszy efekt kosmetyczny niż całkowite usunięcie piersi. Oszczędzające leczenie uzupełniające stało się integralną częścią postępowania, a wprowadzenie tej metody leczenia sprawiło, że poprawiły się wyniki leczenia [1,2].

Nowotwory piersi powodują fundamentalny problem w pracy lekarzy rodzinnych, a także specjalistów z dziedzin onkologii. Dzieje się tak na skutek ciągle rosnącej zgłaszalności kobiet potrzebujących diagnostyki i podejmowania właściwych wyborów terapeutycznych. W celu poprawy diagnostyki i leczenia istotną rolę odgrywa współpraca w zespole terapeutycznym specjalistów z różnych dziedzin, w tym: onkologii, chirurgii onkologicznej, patomorfologii, radiologii, rehabilitacji i psychologii [3].

Epidemiologia nowotworów sutka

Do najczęstszych nowotworów złośliwych u kobiet należy rak piersi. Stwierdza się, iż w krajach rozwiniętych jedno z 4-5 nowych zachorowań na raka u kobiet to rak gruczołu piersiowego. Zgodnie z danymi Światowej Organizacji Zdrowia w 2008 roku na świecie odnotowano 1 380 000 zachorowań oraz 458 000 zgonów z powodu tego nowotworu. Najniższa zachorowalność dotyczy krajów Afryki Wschodniej, natomiast najwyższe współczynniki są w Ameryce Północnej, większości północnej oraz zachodniej Europy i Australii [4].

Polska zalicza się do krajów o średniej zachorowalności. Dane epidemiologiczne wykazują, że rośnie zachorowalność przy utrzymującej się na stałym poziomie umieralności. W Polsce w 2008 roku zarejestrowano około 12 000 nowych przypadków, a rocznie z powodu nowotworu piersi umiera około 5 300 chorych . W 2010 roku zachorowalność na ten nowotwór wyniosła 15784, zaś śmiertelność 5226 osób. Ponad to, na lata 2010 - 2025 przewiduje się wzrost zachorowalności na raka sutka we wszystkich grupach wiekowych, oraz tendencję stabilizacyjną w zakresie przewidywanej umieralności [1].

Liczba zachorowań na raka piersi wzrasta wraz z wiekiem kobiety osiągając szczyt w przedziale 50-59 lat(ok. 32% wszystkich zachorowań na ten nowotwór). Zachorowalność dotyczy głównie kobiet w wieku pomenopauzalnym, ale 22% chorych jest w wieku poniżej 50 lat. Rak piersi u kobiet poniżej 35 roku życia zdarza się w około 3% populacji w tym wieku, zaś do wyjątków należy zaliczyć kobiety poniżej 25 roku życia dotknięte tym schorzeniem [4].

Warto zaznaczyć, że wskaźniki umieralności na raka piersi wykazują tendencję spadkową, co może świadczyć o poprawie skuteczności metod wykrywania, leczenia tego nowotworu i badań profilaktycznych [4].

Do czynników ryzyka zachorowania na raka piersi zalicza się przede wszystkim:

- rak piersi w wywiadzie, ryzyko zachorowania drugiej piersi wynosi wtedy ok. 1%,
- rak piersi u krewnych, gdzie rośnie ryzyko wystąpienia raka u kobiet, u których krewne w I stopniu pokrewieństwa zachorowały na ten nowotwór, a gdy doszło do wystąpienia raka przed menopauzą, współwystępowania także u krewnych I stopnia raków jajników, trzonu macicy, również gdzie stwierdzono wieloogniskowość lub obustronność oraz dziedziczenia w rodzinie w sposób autosomalny, dominujący,
- łagodne choroby piersi przebiegające z proliferacją, dwukrotny wzrost ryzyka zachorowania występuje przy rozpoznaniu hiperplazji wewnątrzprzewodowej, natomiast wzrost ryzyka od 4 do 5 razy powoduje wystąpienie hiperplazji wewnątrzprzewodowej lub zrazikowej. Rozpoznanie przedinwazyjnego raka zrazikowego sprawia, że ryzyko rośnie od 8 do 11 razy, dodatkowo wzrasta u kobiet, u których stwierdzono łagodne choroby przebiegające z poliferają i stwierdzono zachorowania wśród krewnych,
- czynniki hormonalne, zwiększone ryzyko zachorowania wiąże się z następującymi czynnikami: wczesną pierwszą miesiączką (przed 12 rokiem życia), menopauzą po 55 roku życia, pierwszym porodem w późnym wieku oraz bezdzietnością,

- promieniowanie jonizujące,
- otyłość, gdzie nadmierna masa ciała oraz spożywanie dużych ilości tłuszczów zwierzęcych zwiększa ryzyko zachorowania,
- alkohol,
- egzogenne hormony płciowe, gdzie zwiększa się ryzyko zachorowania przy poddawaniu się hormonalnej terapii zastępczej przez długi czas, tzn. powyżej 5-7 lat,
- czynniki genetyczne [1,5,6].

Profilaktyka raka sutka

Profilaktykę w raku piersi możemy podzielić na dwie części, na profilaktykę pierwotną oraz wtórną. Do profilaktyki pierwotnej możemy zaliczyć takie elementy, jak : aktywność fizyczna, ograniczenie spożywania alkoholu i mięsa zwłaszcza tłustego, spożywanie dużych ilości świeżych warzyw i owoców, właściwa masa ciał (BMI 19-25). Okazuje się, że umieralność na raka piersi u kobiet otyłych jest wyższa. Wynika to między innymi z utrudnionego wykrycia nowotworu w tej grupie kobiet w porównaniu z kobietami szczupłymi. Zależność, która istnieje między budową ciała a ryzykiem zachorowania ma postać złożoną. Jest ona nie tylko powiązana z menopauzą, ale również z rozkładem tkanki tłuszczowej i budową ciała w różnych okresach życia. Z kolei etiologia nowotworu piersi wykazuje wpływ działania podściółki tłuszczowej, która może spowodować dodatkowe wytwarzanie estrogenów, powstających tam w wyniku przemiany androstendionu w estron. Badania wykazały również, że odpowiednie odżywianie w okresie dojrzewania zmniejsza ryzyko zachorowania na raka piersi. Spożywanie warzyw i owoców częściej niż trzy razy na tydzień zmniejsza zagrożenie zachorowania na nowotwór po menopauzie nawet o 40%. Ryzyko zachorowania zmniejsza także ograniczenie spożywania alkoholu. Wiele badań wykazuje, iż spożywanie alkoholu, nawet w umiarkowanej ilości, może wpłynąć na zwiększenie ryzyka nawet o 50% - 70% [4,7,8].

Do profilaktyki wtórnej zaliczamy samodzielne badanie piersi (Tab. 1.), które już 20-latka powinna wykonywać regularnie. Udowodniono, że kobiety, które regularnie wykonują samobadanie piersi są w stanie wykryć guz już o wielkości ok.1cm. Jednakże mimo, iż samobadanie nie wykazuje niepokojących zmian, to raz do roku badanie to powinien przeprowadzić lekarz. W wyniku badania przedmiotowego i podmiotowego jest on wstanie ustalić, czy i jakie badania diagnostyczne wykonać dodatkowo [4,9].

Uzupełnieniem do profilaktyki są badania przesiewowe. Największe znaczenie, ma mammografia. Wprowadzenie jej dało większe możliwości rozpoznania i leczenia nowotworu we wczesnej fazie przedklinicznej.

Tab. 1. Schemat badań gruczołu piersiowego u kobiet bez objawów i dodatkowych czynników ryzyka [4]

Wiek kobiety	Samobadanie	Badanie lekarskie	Mammografia
20-39 lat	Co miesiąc	Co 36 miesięcy	Nie
40-49 lat	Co miesiąc	Co 12 miesięcy	Nie*
50-69 lat	Co miesiąc	Co 12 miesięcy	Co 24 miesiące
Od 70 lat	Co miesiąc	Co 12 miesięcy	Nie**

*W grupie kobiet pomiędzy 40-49 rokiem życia należy zebrać dokładny wywiad rodziny, uzyskać informacje na temat objawów oraz czynników ryzyka i decyzję o rozpoczęciu badań mammograficznych, wykonywanych co 12-18 miesięcy, uzależnić od przedyskutowania z zainteresowaną ewentualnych korzyści i ryzyka.

**W grupie kobiet powyżej 70 roku życia decyzję o wykonaniu mammografii powinno się podejmować w zależności od indywidualnej sytuacji.

Wdrożenie mammograficznych badań przesiewowych u kobiet od 50 do 69 roku życia spowodowało , że zmniejszyło się u tych osób ryzyko zgonu o około 30% w porównaniu z kobietami nie przystępującymi do badań. W Polsce program mammograficznych badań przesiewowych jest wykonywany co dwa lata u zdrowych kobiet w wieku 50-69 lat. Czasami bywa również tak, że zaleca się uzupełnienie mammografii o badanie rezonansem magnetycznym, w celu poprawy skuteczności skriningu. Dzieje się tak wówczas, gdy u zdrowych kobiet z obciążonym wywiadem rodzinnym wykazuje się mutację w genie BRCA1 lub BRCA2 [1,10].

Mimo wprowadzeniu tak dobrego badania jak mammografia, nadal najprostszym i najtańszym sposobem na profilaktykę jest wykonywanie przez kobiety regularnych, samodzielnych badań piersi. Jest to badanie szczególnie ważne dla kobiet przed 45 rokiem życia, u których piersi nadal mają charakter gruczołowy. Oprócz samodzielnego badania piersi, młode kobiety mogą również skorzystać z ultrasonografii obu piersi z dołami pachowymi [10].

Wskazania do wykonania mastektomii

Rozpoznanie choroby nowotworowej we wszystkich przypadkach trzeba potwierdzić w badaniu histopatologicznym lub cytologicznym. Na wybór metody leczenia wpływa stopień zaawansowania klinicznego, ocenianego w skali TNM, i typu nowotworu. Powinno się także uwzględnić, przy podejmowaniu decyzji terapeutycznych, stan ogólny pacjenta, jego stan hormonalny oraz choroby współistniejące i wiek , również stan sąsiadujących węzłów chłonnych, stan receptorów steroidowych (estrogenowego i progesteronowego), stopień złośliwości histologicznej. Leczenie obejmuje metody miejscowe (chirurgię i radioterapię) oraz metody ogólnoustrojowe (chemioterapię, hormonoterapię i metody biologiczne) [1,11].

Wybór techniki leczenia u pacjentów z naciekającym rakiem piersi uzależniony jest od odizolowania chorych kwalifikujących się do pierwotnego radykalnego leczenia oszczędzającego, chorych kwalifikujących się do pierwotnej radykalnej mastektomii, chorych na nowotwór w stadium zaawansowania miejscowego kwalifikujących się do pierwotnego leczenia ogólnoustrojowego oraz chorych z pierwotnie jawnymi klinicznie przerzutami odległymi [1,11].

Do postępowania chirurgicznego w chorobie nowotworowej możemy zaliczyć leczenie oszczędzające oraz leczenie radykalne. Leczenie oszczędzające składa się z dwóch etapów: po pierwsze ograniczonej operacji chirurgicznej, która polega najczęściej na usunięciu guza z marginesem zdrowej tkanki lub kwadranektomii, a po drugie z pooperacyjnego napromieniowania chorej piersi. Leczenie oszczędzające można rozważyć u pacjentów z chorobą w I stopniu zaawansowania, część osób z chorobą w II stopniu zaawansowania oraz gdy guz w swoim największym wymiarze jest mniejszy niż 3 cm, przy czym węzły chłonne pachowe są niewyczuwalne lub wyczuwalne pojedyncze i ruchome. Przeciwwskazaniami do leczenia oszczędzającego są przede wszystkim: rozległe mikrozwapnienia, wieloośrodkowość, brak możliwości osiągnięcia niezajętych marginesów chirurgicznych, przeciwwskazania do radioterapii oraz wcześniej przebyte napromieniowanie. Natomiast jeżeli chodzi o leczenie radykalne wskazaniem do niej jest przede wszystkim stopień zaawansowania raka piersi, który nie kwalifikuje się do leczenia oszczędzającego, a także wystąpienie remisji po wstępnym leczeniu systemowym oraz u chorych ze wznową po leczeniu oszczędzającym [1,12,13,14].

Metody wykonywania mastektomii

Mastektomia jest radykalną operacją raka piersi, mającą na celu amputację całej piersi, często razem z brodawką i jej otoczką. Zabieg ten możemy podzielić na różne typy w zależności od stopnia zaawansowania nowotworu oraz jego cech histopatologicznych [15].

Mastektomię dzielimy na:

- amputację prostą,
- amputację podskórną,
- zmodyfikowana radykalna amputacja piersi metodą Maddena,
- zmodyfikowaną radykalną amputację piersi metodą Pateya,
- radykalną amputacje piersi metodą Halsteda [15].

Amputacja prosta, to usunięcie piersi wraz z powięzią mięśnia piersiowego większego, lecz pozostawieniem samego mięśnia. Wskazaniami to tego zabiegu są:

- złośliwy guz liściasty,
- wieloogniskowy rak wewnątrzprzewodowy,
- nawrót miejscowy po leczeniu oszczędzającym (operacja ratująca),
- zaawansowany proces (jako operacja paliatywna) [15].

Amputacja podskórna, jest ona postacią prostej amputacji piersi. Wykonuje się ja na zasadzie usunięcia tkanki gruczołowej z pozostawieniem skóry, otoczki brodawki oraz samej brodawki. Wykonuję się ją w celu przygotowania pacjentki do operacji odtwórczej. Wskazaniami do wykonania tego zabiegu są:

- rozległe zmiany o typie *mastopathia fibrocystica,* w których występują duże dolegliwości bólowe, niepoddające się leczeniu zachowawczemu,
- rozległe zmiany przednowotworowe o typie *hyperplasia lobularis s. ductalis atypia* [15].

Czasami amputację podskórną wykonuje się także u kobiet, u których wykryto mutację w genach BRCA1 i BRCA2, w celu zapobiegnięcia nowotworowi piersi [15].

Zmodyfikowana radykalna amputacja piersi metodą Maddena to najczęściej wykonywany zabieg w przypadku raka piersi. Jej przebieg polega na usunięciu gruczołu piersiowego wraz z powięzią mięśnia piersiowego większego oraz węzłami chłonnymi [15,16].

Zmodyfikowana radykalna amputacja piersi metodą Pateya polega na usunięcia gruczołu piersiowego z powięzią mięśnia piersiowego większego, węzłami chłonnymi oraz usunięciem mięśnia piersiowego większego. Wskazaniem do wykonania tego zabiegu jest przede wszystkim niski (I lub II) stopień zaawansowania raka piersi, niekwalifikujący się do leczenia oszczędzającego, a także powiększenie węzłów chłonnych położonych między mięśniem piersiowym większym i mniejszym [15,16,17].

Radykalna amputacja piersi metodą Halsteda. Wykonuje się ten zabieg obecnie bardzo rzadko, gdyż jedynym wskazaniem jest naciekanie mięśnia piersiowego większego przez guz nowotworowy. Operacja polega na usunięciu piersi z mięśniem piersiowym większym oraz układem chłonnym pachowym [15,16].

Rehabilitacja bio-psycho-społeczna kobiet po mastektomii

Jakość życia chorej obniża się na skutek długiego i uciążliwego leczenia raka piersi oraz radykalnych zmian w wyglądzie kobiety. Jego efektem psychicznym może być depresja, niepokój, obawa o swój wygląd i atrakcyjność, stres, obniżona samoocena oraz poczucie utraty kontroli nad własnym życiem. Do potencjalnych konsekwencji fizycznych i czynnościowych raka piersi należy wyniszczenie, bezsenność, obrzęk limfatyczny kończyny górnej, zmęczenie, zmniejszona sprawność układu oddechowego i krążenia, astenia, wyniszczenie, nudności, wymioty, niezborność, osłabienie i zanik mięśni, ból [18,19].

Rehabilitacja zajmuje się zminimalizowaniem nieprzystosowania fizycznego, psychicznego, społecznego, a także zawodowego wywołanego chorobą bądź skutkami jej leczenia. Zaliczamy do niej postępowanie zapobiegawcze oraz zabiegi przywracające sprawność. Nieodzowną częścią rehabilitacji jest terapia mająca na celu przystosowanie chorych do niedogodności, których nie da się wykluczyć [20].

Rehabilitacja chorej rozpoczyna się już w pierwszej dobie po zabiegu. Niezależnie od tego czy była przeprowadzona operacja radykalna czy też oszczędzająca górna kończyna po stronie operowanej jest układana na specjalnie do tego przygotowanym gąbkowym klinie. W wyniku tej czynności dochodzi do poprawy mechanicznego odpływu chłonki z pola kończyny górnej oraz ułożenia jej w odciążeniu. Od pierwszej doby są rozpoczynane również ćwiczenia fizyczne polegające na:

- zginaniu i prostowaniu palców ręki po stronie operowanej,
- ruchach rozstawnych i przeciwstawnych palców,
- ruchach palców naśladujących pisanie na maszynie
- zginaniu nadgarstka grzbietowym dłoniowym,
- przywodzeniu dłoni w kierunku łokciowym,
- ruchach okrężnych dłoni,
- zaciskaniu palców w pięść i rozluźnianiu,
- podnoszeniu kończyny ku górze i kilkakrotnym jej potrząsaniu [20].

W okresie szpitalnym pacjentki są edukowane na temat podstawowych zasad profilaktyki przeciwobrzękowej, masażu wspomagającego przepływ chłonki, ćwiczeń jakie

można wykonywać w warunkach domowych. Po opuszczeniu szpitala chore są kierowane na rehabilitację w zakładach lub przychodniach rehabilitacyjnych realizujących program rehabilitacji kobiet po mastektomii [20].

Pierwsze dwa, trzy miesiące po rozpoczęciu leczenia są dla pacjentek czasem szczególnej wrażliwości i napięcia emocji. Po szoku i uczuciu odrzucenia może nadejść czas wypełniony niepokojem i bezsennością, często towarzyszy temu utrata apetytu, wahania nastroju. Chore nie mogąc odpowiedzieć sobie na pytanie, co to znaczy mieć raka, doznają napadów gniewu, które nieraz są zwrócone przeciw sobie samej, obarczenia winą siebie, męża czy chirurga. W następnym etapie radzenia sobie z chorobą może wystąpić poczucie smutku z depresją. Na szczęście większość kobiet w końcu osiąga fazę akceptacji i wypracowuje sposób radzenia sobie z chorobą, co umożliwia funkcjonowanie w życiu codziennym [21].

Problem psychologiczny u pacjentek chorych na raka piersi jest tak duży, że większość ośrodków zatrudnia specjalne pielęgniarki, które posiadają odpowiednie kwalifikacje. Oferują one kompetentne porady, są w stanie wysłuchać wszystkich obaw, lęków, udzielają wsparcia w trakcie procesu diagnostycznego oraz leczniczego. Koncentrują się przede wszystkim na pozamedycznych cechach choroby, przeznaczają więcej czasu na rozmowę z pacjentką, dzięki czemu mają możliwość szybciej rozpoznać poważne reakcje psychiczne wymagające dodatkowego leczenia. Bardzo dużą i ważną rolę w powrocie do zdrowia pełnią ochotniczki z Klubów Amazonki, które odbyły leczenie z powodu nowotworu piersi oraz mogą być źródłem współczucia, oparcia i źródłem informacji [21-24].

Jednym z głównych celów rehabilitacji psychicznej jest stymulowanie rezerw psychicznych, co wpływa na polepszenie równowagi fizycznej i psychicznej. Przedsięwzięcie w tym aspekcie sprowadza się do dwóch kierunków:

- wytworzenia u pacjentek odpowiedniego stosunku do zaistniałego, bezpowrotnego faktu utraty piersi,
- uzmysłowienia rehabilitowanym kobietom, że w nowych okolicznościach, mają okazję do przystosowania się społecznego i zawodowego, bez widocznych oznak kalectwa [25].

W dzisiejszych czasach rehabilitacja psychiczna opiera się na różnorodnych rodzajach psychoterapii, a bardzo często także na przyjmowaniu sprecyzowanych środków farmakologicznych. Do najczęstszych technik wsparcia psychologicznego stosowanych w onkologii, zaliczamy: doradztwo, psychoterapię i różne formy relaksacji [20].

Doradztwo jest formą pomocy polegającą na wysłuchaniu chorego, ułatwieniu mu zrozumienia i ilustrowania własnych zachowań oraz ustaleniu możliwości radzenia sobie w ciężkich sytuacjach związanych z chorobą [20].

Psychoterapia. Podstawą dobrej relacji w psychoterapii jest solidna komunikacja pacjenta z psychoterapeutą oraz wzajemne zaufanie. Bardzo duże znaczenie we wspomaganiu chorego w chwilach kryzysu ma psychoterapia wspierająca. Korzystną formą jest także psychoedukacja wspomagająca, która jest organizowana w grupach dla pacjentek i ich rodzin. Psychoterapia dynamiczna jest korzystna wówczas, gdy chora ma potrzebę oraz motywację do szczegółowej identyfikacji swoich uczuć i reakcji w celu analizowania i kierowania zmianami w swojej osobowości [20].

Zabiegi relaksacyjne, ćwiczenia oddechowe oraz ćwiczenia w odciążeniu są jednym z podstawowych elementów terapii. Podczas kuracji korzystanie z zajęć usprawniających jest przeważnie dowodem możliwości dalszego leczenia, początkiem nadziei i wiary w efektywność terapii, której nie można ich pozbawić [20].

Rehabilitacja chorych na nowotwór oznacza wiele czynności, a przede wszystkim organizacyjnych, leczniczych, psychologicznych, technicznych, szkoleniowych, edukacyjnych i społecznych, dążących do zdobycia najwyższego pułapu ich funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej [26].

Kluczowym celem rehabilitacji społecznej jest zwiększenie jakości życia osoby chorej. Polega ona na asystowaniu osobie chorej, przekształcając się we wsparcie społeczne. Rehabilitacja społeczna ma dwojakie znaczenie. Po pierwsze, daje możliwość zmierzenia się z materialną i fizjologiczną stroną niepełnosprawności. Po drugie, pozwala na stawianie czoła barierom psychologicznym w stosunku do pełnosprawnych. Ma ona również na celu umożliwienie uczestnictwa w życiu społecznym i osiągana jest przez wzrost zaradności osobistej oraz uruchamianie aktywności społecznej, a także lekcję umiejętności samodzielnego wypełniania ról społecznych. Do głównych rodzajów aktywności wspomagającej proces rehabilitacji społecznej, także zawodowej, uwzględnia się asystowanie w warsztatach terapii zajęciowej oraz turnusach rehabilitacyjnych [26].

Nieustanne ulepszanie metod i sposobów stosownego działania rehabilitacyjnego u kobiet po leczeniu przeciwnowotworowym piersi ma dużą rangę, ponieważ dane epidemiologiczne szacują dalszy przyrost zachorowań na nowotwór raka piersi, a co za tym idzie wzrost liczby osób, u których jest ryzyko wystąpienia negatywnych następstw funkcjonalnego leczenia. Kluczowymi elementami decydującymi o znaczeniu rehabilitacji po leczeniu raka piersi są także:

- lepsze rezultaty leczenia,
- zmniejszający się wiek chorych,
- odwracalny charakter zaburzeń,
- znaczna skuteczność rehabilitacji, dająca możliwość uzyskania pełnej niezależności, samodzielności i powrót do aktywności fizycznej [18].

Zakończenie

Nowotwory to nadal jedno z wiodących schorzeń w rankingach chorób powodujących kalectwo oraz śmierć ludzi. Szczególna grupę zajmują w nich nowotwory sutka z uwagi na fakt, że leczenie tak umiejscowionego nowotworu jest inwazyjne, długotrwałe i skutkuje okaleczaniem nie tylko fizycznym, ale również zmianami w psychice leczonych kobiet, obrazie własnego ciała i postrzeganiu siebie jako kobiety niepełnowartościowej. Ponad to, świadomość choroby, długotrwałe leczenie wielokrotnie powoduje wypadanie kobiet z dotychczas pełnionych ról.

O zasadach wyboru sposobu postępowania leczniczego decyduje głownie stopień zaawansowania klinicznego choroby. Radykalny zabieg operacyjny polegający na usunięciu gruczołu piersiowego, mięśni piersiowych oraz tkanek dołu pachowego wykonuje się w sytuacjach charakteryzujących się znacznym stopniem zaawansowania procesu nowotworowego. Leczenie oszczędzające opierające się na wycięciu guza z marginesem tkanek zdrowych oraz węzłów chłonnych przeznaczone jest dla osób we wczesnym stadium rozwoju choroby. Dodatkowo po zabiegu operacyjnym stosuje się radio, chemio lub hormonoterapię. Istotnym jest więc aby prowadzić szeroko zakrojone akcje informacyjne, promocyjne, edukacyjne oraz badania przesiewowe aby w jak największym odsetku zdiagnozować nowotwory sutka we wczesnym ich stadium.

Piśmiennictwo

1. Pieńkowski T.: Zagadnienia wstępne. [w:] Rak piersi. Leczenie ogólnoustrojowe, Pieńkowski T. (red.), Medmedia, Warszawa, 2011, 23-33.
2. Wyrębska A., Kałużewski B., Gałuszka M.: Postrzeganie wielkości ryzyka zachorowania na chorobę nowotworową pacjentów poddawanych badaniom genetycznej predyspozycji tej choroby. [w] Człowiek chory – aspekty biopsychospołeczne, Janowski K., Artymiak M. (red.), tom IV, Centrum Psychoedukacji i Pomocy Psychologicznej, Lublin, 2009, 516-524.

3. Zieliński J.: Wartość fiberoduktoskopii w diagnostyce nowotworów piersi. Rozprawa habilitacyjna, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk, 2011, 11-13.
4. Murawa D.: Chirurgiczne leczenie oszczędzające w raku gruczołu piersiowego w połączeniu ze śródoperacyjną radioterapią – nowe wyzwanie dla chirurgii. Rozprawa habilitacyjna. Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań , 2011, 9-33.
5. Pawlęga J.: Epidemiologia [w:] Rak sutka. Podręcznik dla studentów i lekarzy, Jassem J. (red.), Springer PWN, Warszawa, 1988, 31-53.
6. Didkowska J.: Epidemiologia, czynniki ryzyka i profilaktyka. [w:] Rak piersi – Praktyczny przewodnik dla lekarzy, Jassem J., Krzakowski M. (red.), Wyd. Via Medica, Gdańsk, 2009, 1-19.
7. Budner M., Przybylski M.: Diagnostyka i wczesne wykrywanie raka piersi. [w:] Postępy w ginekologii i położnictwie, Spaczyński M. (red.), Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, Poznań, 2006, 87-89.
8. Kruk J.: Jedzenie owoców i warzyw a ryzyko raka piersi. Wsp. Onkol., 2006, 10, 224-230.
9. Bartoszek A. i wsp.: Samobadanie piersi. Mag Pielęg. Poł., 2005, 11, 37.
10. Piotrowski J.: Rak piersi. [w:] Onkologia. Podręcznik dla studentów medycyny, Kułakowski A., Skowrońskiej-Gardas A. (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2003, 107-111.
11. Zieliński J.: Ustalanie celu leczenia. [w:] Ginekologia onkologiczna, Zieliński J. (red.), Borgis Wydawnictwo Medyczne, Warszawa, 2008, 35- 37.
12. .Jeziorski A.: Najczęstsze nowotwory – objawy, rozpoznawanie, leczenie. [w:] Onkologia. Podręcznik dla pielęgniarek, Jeziorski A. (red.), Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2005, 95-106.
13. Potemski P.: Leczenie w stadium miejscowego zaawansowania. [w:] Rak piersi, Jassem J., Krzakowski M. (red.), VIA Medica, Gdańsk, 2009, 194-197.
14. Łacko A.: Leczenie w stadium uogólnienia i nawrotu. [w:] Rak piersi, Jassem J., Krzakowski M. (red.), VIA Medica, Gdańsk, 2009, 203-207.
15. Jeziorski A.: Rak piersi. [w:] Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy, Kordek R., Via Medica, Gdańsk, 2004, 146-148.
16. Murawa P.: Leczenie operacyjne nowotworów gruczołu piersiowego. [w:] Ginekologia onkologiczna, Markowsk J. (red.), Tom II, Wyd. Medyczne Urban & Partner, Wrocław, 2006, 1035-1052.

17. Kułakowski A.: Współczesne sposoby leczenia nowotworów. [w:] Onkologia. Podręcznik dla studentów medycyny, Kułakowski A., Skowrońsk-Gardas A. (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2003, 58-63.
18. Hawro R., Matkowski R.: Rehabilitacja po leczeniu raka piersi. [w:] Rehabilitacja w onkologii, Woźniewski M., Kornafel J. (red.), Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 2010, 181-197.
19. Walden-Gałuszko K.: Psychoonkologia w praktyce klinicznej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2011, 77-82.
20. Tchórzewska H.: Rehabilitacja w leczeniu raka piersi. [w:] Rak piersi-nowe nadzieje i możliwości leczenia, Pawlickio M. (red.), α-Medica Press, Bielsko-Biała, 2002, 88-107.
21. Baum M., Meredith S., Saunders Ch.: Rak piersi. Poradnik dla kobiet i lekarzy. Springer PWN, Warszawa, 1995, 86-90.
22. Sanecka E.: Opieka nad kobietą po mastektomii. Mag. Pielęg. Poł., 2009, 11, 28-29.
23. Borzych B.: Opieka w terapii nowotworów piersi. [w:] Pielęgniarstwo onkologiczne. Podręcznik dla studiów medycznych, Koper A. (red.), PZWL, Warszawa 2011, 188-192.
24. Szczepańska-Gieracha J., Boroń K.: Rehabilitacja psychiczna w onkologii. [w:] Rehabilitacja w onkologii, Woźniewski M., Kornafel J. (red.), Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 2010, 108-113.
25. Mika K.: Po odjęciu piersi. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 1999, 84-107.
26. Boroń K.: Rehabilitacja społeczna w onkologii. [w:] Rehabilitacja w onkologii, Woźniewski M., Kornafel J. (red.), Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 2010, 127-131.

Kowalewska Beata[1,2] , Święcicka Edyta[2], Rolka Hanna Joanna[1,2], Klimaszewska Krystyna[1,2], Jankowiak Barbara[1,2], , Krajewska – Kułak Elżbieta[1] , Niedźwiecka Barbara[2]

Jakość życia kobiet po mastektomii

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

Wstęp

Rak piersi plasuje się w czołówce chorób nowotworowych dotyczących kobiet. Częstość występowania wzrasta wraz z wiekiem. Czasem obserwuje się rodzinne występowanie tej choroby. Rak sutka jest jedną z głównych przyczyn zgonu kobiet poniżej 65 r.ż. [1,2,3].

Niepokojące jest wysokie tempo wzrostu zachorowalności na nowotwory złośliwe piersi u kobiet w Polsce i proporcjonalne do wzrostu zachorowalności dane o umieralności kobiet z powodu tej choroby. Oznacza to małą poprawę wyleczalności kobiet chorych na raka piersi w Polsce, niższą niż w wielu innych krajach. Mimo to, Polska należy do krajów o średnim ryzyku zachorowania na nowotwory sutka i jest ono 3-4 razy mniejsze niż u mieszkanek Wielkiej Brytanii i Szwecji. Co roku przybywa w Polsce ok. 12-15 tys. kobiet z rakiem piersi, zaś z powodu tego schorzenia każdego roku umiera ok. 5 tys. mieszkanek naszego kraju. Na świecie rocznie stwierdza się około 1,4 miliona nowych zachorowań na raka piersi i 450 tysięcy zgonów z tego powodu. Najwyższa zachorowalność występuje w krajach uprzemysłowionych , a najniższa — w Afryce i Azji południowo-wschodniej [4].
Liczba zachorowań na raka piersi wzrasta wraz z wiekiem kobiety osiągając szczyt w przedziale 50-59 lat. Rak piersi dość rzadko, bo stanowiąc jedynie 2-3% wszystkich zachorowań, występuje poniżej 35 roku życia [4].

W sposób szczególny należy podkreślić ogromną rolę profilaktyki wtórnej, a zwłaszcza skryningowych badań. Dzięki tym badaniom można wykryć raka w bardzo wczesnym stadium i rozpocząć leczenie, w stadium zaawansowania, które pozwala liczyć na sukces terapeutyczny w postaci wyzdrowienia oraz zastosować oszczędzające metody lecznicze [4].

Jakość życia

„Jakość" jest terminem, który stosuje się powszechnie w życiu codziennym. O jakości możemy mówić w stosunku do życia ludzkiego: że jest ono dobre lub złe, radosne lub

smutne. W sensie bezpośrednim jakość odnosi się do podmiotu, którym jest człowiek. Dzięki temu jakość bierze udział w egzystencji osoby, określając ją jako byt taki a nie inny. Jakość życia przekłada się na jakość jednostki ludzkiej. Na kształt i jakość życia człowieka wpływa wszystko to, co czyni on jako osoba, kim jest i czego doświadcza. Jakość życia daje możliwość funkcjonowania człowieka na innych poziomach, gromadzenia przez niego nowych doświadczeń, ubogacania się [5].

Jakość życia w medycynie

Według definicji podanej przez WHO jakość życia to „spostrzeganie przez jednostkę jej pozycji w życiu w kontekście kultury i systemów wartości w jakich żyje oraz w relacji do jej celów, oczekiwań, standardów i zainteresowań" [6].

Światowa Organizacja Zdrowia podkreśla sześć stanów podstawowych wymiarów odnoszących się do jakości życia, są to:

- wymiar fizyczny (np.: sen, odpoczynek, ból, dyskomfort, aktywność seksualna),
- wymiar psychologiczny (np.: procesy umysłowe, uczucia negatywne, uczucia pozytywne),
- niezależność (np.: aktywność na co dzień, zdolność porozumiewania się, brak uzależnienia od środków medycznych lub innych, niezależność ruchową, zdolność do pracy),
- relacje społeczne (np.: osobiste więzi, zachowania wspierające innych, wsparcie społeczne),
- środowisko (np.: zasoby finansowe, opieka zdrowotna, socjalna, środowisko domowe, wolność, bezpieczeństwo fizyczne),
- wymiar duchowy/przekonania osobiste - najczęściej przekonania i praktyki religijne [6].

Jakości życia jest pojęciem, które łączy ze sobą wiele dziedzin z życia człowieka. W znacznym stopniu zależy od osobistej umiejętności radzenia sobie ze stresem oraz od uprzednich doświadczeń, minionych faz życia i atrybutów charakterologicznych jednostki [6]. Ocena jakości życia w medycynie jest holistycznym podejściem do problemów pacjenta. Jej zadaniem jest wzmacnianie zdrowia chorego w całym tego aspekcie. Jest źródłem informacji na temat funkcjonowania chorego w istotnych dla niego dziedzinach, miarą oceny efektywności oraz osiąganych korzyści dla pacjenta w wyniku stosowanego leczenia/profilaktyki/rehabilitacji. Pozwala na lepsze zrozumienie problemów pacjenta w

zakresie bio-psycho-społecznym, jest pomocna przy planowaniu i organizowaniu doraźnej oraz długofalowej opieki [5].

W ostatnim czasie utworzono dwa nowe sposoby pomiaru jakości życia, z których każdy ma znamienną wartość psychometryczną. Metody te zaliczamy do kategorii orientacyjnego podejścia do oceny jakości życia oraz obejmują element zasadniczy i określoną ilość podskal czy też modułów, podpiętych do narzędzia podstawowego dla celów badania określonych grup pacjentów. *Functional Assesment of Cancer Therapy Scale* (FACT – G), czyli Skala Funkcjonalnej Oceny Leczenia Onkologicznego służy do pomiaru jakości życia chorych onkologicznych i składa się z 33 pytań. Dzięki tej skali możliwe jest otrzymanie ogólnego wskaźnika jakości życia, zróżnicowane wyniki cząstkowe na skalach dobrostanu fizycznego, społecznego i emocjonalnego, a także w obszarze całościowego funkcjonowania i rezultat oddający zadowolenie z relacji z personelem medycznym. Kwestionariusz FACT – G jest łatwy w wypełnianiu i opracowaniu, treściwy, solidny, celny, a także odpowiednio odzwierciedla zmiany w materiale klinicznym. Test zawiera także punkty o stylu streszczającym oraz oceniające z punktu widzenia chorego relatywną wagę różnych aspektów życia [7].

Europejska Organizacja do Badań i Leczenia Raka opracowała kwestionariusz oceny jakości życia QLQ - C30. Składa się on z 30 pytań odnoszących się do funkcjonowania fizycznego, społecznego, poznawczego i emocjonalnego, określa natężenie zmęczenia, nudności i wymiotów. Posiada dwie pozycje ogólne i 6 pozycji szczegółowych. W tej skali wyższy wynik odpowiada lepszemu funkcjonowaniu i lepszej jakości życia, gdy chodzi jednak o skalę objawów wynik wyższy odpowiada za większe nasilenie badanych objawów, a co za tym idzie gorszą jakość życia [6,8].

Inną metodą oceny jakości życia jest kwestionariusz SF – 36. Pytania, które są w nim zawarte umożliwiają ocenę ośmiu wskaźników jakości życia, są to: witalność, funkcjonowanie społeczne, fizyczne, poczucie zdrowia psychicznego oraz ogólnego, dolegliwości bólowe, a także ograniczenie w pełnieniu ról wynikających z problemów emocjonalnych i zdrowia fizycznego. Na pozytywną lub negatywną wartość wpływa suma punktów w danym wskaźniku. Dzięki temu można tu posłużyć się dowolnie skonfigurowaną punktacją, w zależności do tego, czy obszarem zainteresowań badającego jest wysoki stopień pozytywnych ocen dotyczących zdrowia, czy stopień ocen negatywnych. Wysoki wskaźnik odpowiada pozytywnej samoocenie badanego w aspekcie tego, co obejmują przyjęte pojęcia jakości życia. Zakłada się także, że jakość życia jest tym lepsza, im wskaźnik negatywny jest niższy, czyli samoocena badanego jest mniej negatywna [9].

Jakość życia w chorobach onkologicznych

Skutki choroby nowotworowej oraz jej leczenie pociągają za sobą duży stres psychiczny oraz wpływają na jakość życia pacjentów. Jednakże wykorzystywane strategie do radzenia sobie ze stresem są w stanie wpłynąć na samopoczucie pacjenta poprzez wyższą lub niższą ocenę jakości. Wielu naukowców uważa, iż ocena jakości życia zależy od człowieka, a sama jakość życia przeistacza się w czasie oraz podlega wpływom wielu czynników zewnętrznych i wewnętrznych. Godne uwagi jest również to, że obecnie analizuje się jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia, stanowiącą funkcjonalny efekt choroby i związanego z nią leczenia. Ogranicza się go do subiektywnej opinii jakości, w jakiej znajduje się diagnoza funkcjonowania fizycznego, poznawczego, emocjonalnego oraz społecznego. Na tej podstawie stwierdza się, iż uzupełniająca chemioterapia wielolekowa nie oddziaływuje na pogorszenie jakości życia w konfrontacji z grupą pacjentów nie podawanych leczeniu. Zupełnie inaczej przedstawia się sytuacja w przypadku leczenia uzupełniającego wysokimi dawkami leków. Orzeka się, że dochodzi do pogorszenia stanu psychicznego pacjentów oraz wystąpienia większej ilości objawów somatycznych bezpośrednio w trakcie podawania leków. Przeciwnie zaś formułuje się problem w perspektywie zabiegu chirurgicznego. Mastektomia doprowadza do uporczywych dolegliwości, takich jak: ból, obrzęk kończyny, utratę siły mięśniowej i drętwienie. Do podstawowych przyczyn obrzęku ramienia zalicza się wycięcie węzłów chłonnych pachy. Obrzęk ten może doprowadzić do obniżenia się jakości życia we wszelkich jej wymiarach, zarazem po operacji, jak i parę lat po leczeniu. Negatywny wpływ na późniejszą jakość życia ma także radioterapia [8].

Utrata piersi jest silną traumą, szczególnie u kobiet, które przywiązują dużą wagę do atrakcyjności fizycznej. Stwarza to problemy w funkcjonowaniu seksualnym pacjentek chorych na nowotwór piersi. Duże wpływ na seksualność i prawdopodobieństwo współżycia ma również ewentualna niepłodność, niski poziom estrogenów oraz przedwczesna menopauza. Aktywność seksualna łączy się z lękiem przed obnażeniem oraz wstydem odczuwanym w intymnej sytuacji z powodu okaleczenia. Pacjentki chore na raka bez nawrotów choroby wskazują, że dla funkcjonowania seksualnego typowe są dwie kategorie strat. Pierwsza wiąże się z poczuciem utraty części ciała, miesiączki, odczuwania przyjemności seksualnej oraz utratą kobiecości. Druga dotyczy jakości związku małżeńskiego bądź partnerskiego oraz poczucia szerokorozumianej kontroli, a zaburzenia w tych sferach warunkują poziom odczuwania strat w tym zakresie [8].

Jakość życia kobiet po mastektomii znacznie się zmniejsza w przypadku trudności z zaakceptowaniem siebie. Ich zdrowie i życie dotyczy całej rodziny. Na kształtowanie

samooceny chorych bardzo duży wpływ wywiera postawa bliskich oraz okazywane wsparcie. Kobiety, które czują się kochane i rozumiane przez najbliższych posiadają więcej siły do walki z chorobą i chęci życia. Pomimo przykrych sytuacji nie tracą nadziei, a także czują się wartościowe i potrzebne otoczeniu. Badania wykazały, że najciężej jest pacjentkom pogodzić się z niepełnosprawnością, szczególnie w początkowej fazie po operacji, jednak mimo tego są w stanie zaakceptować swój wygląd [10].

Celem pracy była:

- cena jakości życia kobiet po mastektomii wykonanej z powodu raka piersi,
- ocena poziomu akceptacji choroby w badanej grupie.

Materiał i metodyka

Badaniami przeprowadzonymi od października 2011 do stycznia 2012 objęto 155 kobiet, w tym 30 pacjentek Poradni Onkologicznej SZPZOZ im. Józefa Psarskiego w Ostrołęce, 35 kobiet należących do Klubu Kobiet po Mastektomii „Amazonki" w Ostrołęce, 20 Pań należących do Stowarzyszenia Kobiet z Problemem Onkologicznym w Łomży, 15 uczestniczek Ciechanowskiego Stowarzyszenia Kobiet po Mastektomii, ich Rodzin i Przyjaciół „Amazonki" oraz 55 członkiń Klubu „Amazonki" w Białymstoku.

W pracy posłużono się metodą sondażu diagnostycznego z zastosowaniem autorskiego kwestionariusza, skali akceptacji choroby AIS, a także kwestionariusza SF-36 do oceny jakości życia. W trakcie badania rozdano w badanej grupie 155 ankiet, z czego zwrócone zostało ankieterowi 148 kwestionariuszy. Po weryfikacji ankiet pod kątem kompletności wypełnienia do badania zakwalifikowano 125 arkuszy.

Kwestionariusz autorski składał się z 28 pytań, oraz 2 części. Część I tzw. metryczkowa składała się z 5 pytań dotyczących: wieku, stanu cywilnego, posiadania potomstwa, wykształcenia i miejsca zamieszkania. Część II ogólna zawierała pytania dotyczące własnej opinii na temat przebytej choroby oraz jej skutków, wpływu choroby nowotworowej na życie pacjentek i ich rodzin, dotyczące uzyskania informacji oraz ich źródła, a także pytania dotyczące posiadanej wiedzy na temat zachowań zdrowotnych po przebytej chorobie.

Skala akceptacji choroby AIS jest standaryzowanym narzędziem badawczym, składającym się z 8 pytań opisujących konsekwencje złego stanu zdrowia. Skala mierzy stopień akceptacji choroby. Wszystkie określenia są wizualizacją ograniczenia i trudności związane z chorobą. Osoba ankietowana w każdej formule wskazuje swój obecny stan w pięciostopniowej skali, od 1- zdecydowanie tak, do 5-zdecydowanie nie. Zakres stopnia akceptacji choroby określa suma elementów, której obszar obejmuje od 8 do 40 punktów :

- 8–18 co odpowiada braku akceptacji choroby,
- 19–29 punktów oznacza średni poziom akceptacji i
- 30–40 punktów świadczy o dobrym poziomie akceptacji sytuacji zdrowotnej [8,11].

Uzyskanie niskiego wyniku na tej skali wiąże się z brakiem akceptacji choroby, słabszym przystosowaniem się do niej, a także psychicznym dyskomfortem. Jednak, jeżeli chodzi o osoby z wysokim wynikiem, to można stwierdzić, że akceptują one swoją chorobę, czego skutkiem jest brak negatywnych emocji z nią związanych [11].

Kwestionariusz SF – 36 to również standaryzowane narzędzie, opracowane w celu oceny wskaźników jakości życia i przeznaczone do subiektywnej oceny stanu zdrowia. Składa się on z 11 pytań, które zawierają 36 stwierdzeń i umożliwiają określić 8 wskaźników: witalność, funkcjonowanie społeczne, fizyczne, poczucie zdrowia psychicznego oraz ogólnego, dolegliwości bólowe, a także ograniczenie w pełnieniu ról wynikających z problemów emocjonalnych i zdrowia fizycznego. Suma punktów uzyskana z oceny wszystkich 8 skal umożliwia ogólną ocenę stanu zdrowia. Zdobycie najwyższej ilości punków świadczy o najniższym stopniu w ocenie jakości życia, natomiast uzyskanie najniższej ilości punktów oznacza najwyższy poziom jakości życia. Dane wskaźniki pogrupowane są na dwie skale : fizyczną (PCS) oraz psychiczną (MCS). Do skali fizycznej zaliczamy : ograniczenia z powody zdrowia fizycznego, wpływ funkcjonowania fizycznego na życie codzienne, ból, ogólne postrzeganie zdrowia. Natomiast do skali psychicznej należą : wpływ stanu emocjonalnego na życie codzienne, funkcjonowanie społeczne, zdrowie psychiczne, witalność. Uzyskane wyniki można zobrazować w skali od 0 do 100, gdzie 0 odpowiada wynikowi najniższemu, natomiast 100 najwyższemu. Mimo tego zaleca się zinterpretowanie danych wyników za pomocą NBS (*ang. norm-based scoring*, na podstawie norm z 1988 roku dla populacji amerykańskich). Dzięki zastosowaniu NBS można stwierdzić, że każdy wynik równy 50 (dla wszystkich kategorii) określa wynik równy przyjętej normie (na poziomie), niższy niż 50 określa wynik poniżej poziomu lub znacznie poniżej poziomu, natomiast wyższy niż 50- powyżej poziomu. Im wyższy wynik uzyskany z poszczególnych kategorii i skal, tym lepsza ocena jakości życia [9,12].

Wyniki badań

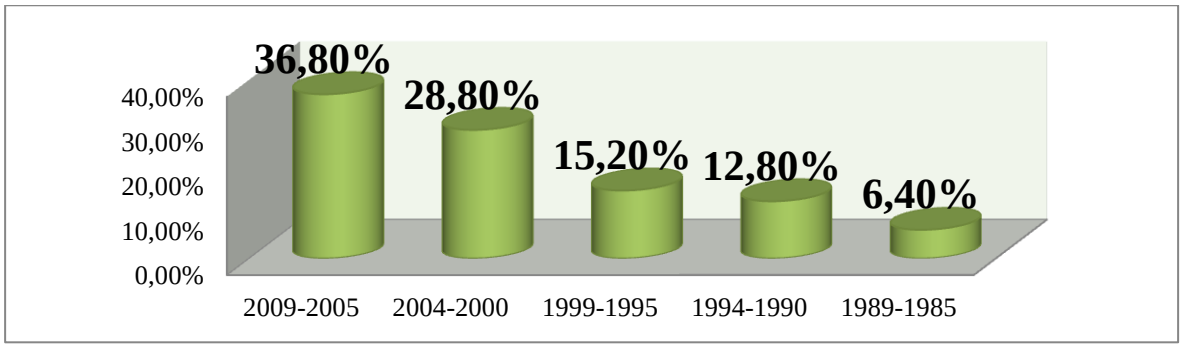
Charakterystyka badanej grupy 155

Spośród 125 kobiet objętych badaniem najwięcej respondentek było w przedziale wiekowym 50-54 lata - 28% wszystkich ankietowanych, w wieku 45-49 lat- 20,8% oraz w wieku 60-64 lata- 20%. Kolejna grupa co do liczności to kobiety w wieku 55-59 lat – 14,4%.

Najmniej licznie reprezentowane były grupy wiekowe 65-69 lat, których było 6,4%, 70-74 lata- 5,6%, 75-79 lat – 4% oraz w przedziale wiekowym 80-85 - 0,8% .

Najliczniejszą grupę stanowiły wśród ankietowanych 94 mężatki (75,2%), następnie 13 wdów (10,4%) i 9 rozwódek (7,2%) . Najmniej liczne w badanej grupie były osoby żyjące w związku partnerskim – 6 kobiet (4,8%) oraz samotne, które reprezentowało 3 kobiety (2,4% przebadanej populacji). Natomiast potomstwo posiadało 89,6 % respondentek (122 kobiet). W objętej badaniem grupie przeważały osoby zamieszkujące w mieście (100 osób – 80%). Ponad to, w grupie przeważały kobiety z wykształceniem średnim (68 osób - 54,4% ankietowanych). Kolejno uplasowały się osoby z wykształceniem zawodowym (32 osoby - 25,6%), wyższym (23 – 18,4%) oraz podstawowym (2- 1,6%).

Jak wynika z danych przedstawionych na Ryc.1 najwięcej ankietowanych – 46 - 36,8% miała wykonaną operację usunięcia piersi między 2005 a 2009 rokiem. Nieco mniej osób, czyli 36 (28,8%) miało wykonana mastektomię między 2000 - 2004 rokiem. Najmniej liczną grupą wśród ankietowanych okazały się Panie, które przeszły mastektomię między 1985 a 1989, było ich 8 (6,4% przebadanej populacji). Ponad to, większość objętych badaniem kobiet - 113 (90,4%) miało wykonaną mastektomię jednostronną. Co również istotne 116 spośród ankietowanych Pań (92,8%) nie miało wykonanego zabiegu rekonstrukcji piersi, a ubytek maskowało w życiu codziennym protezami.

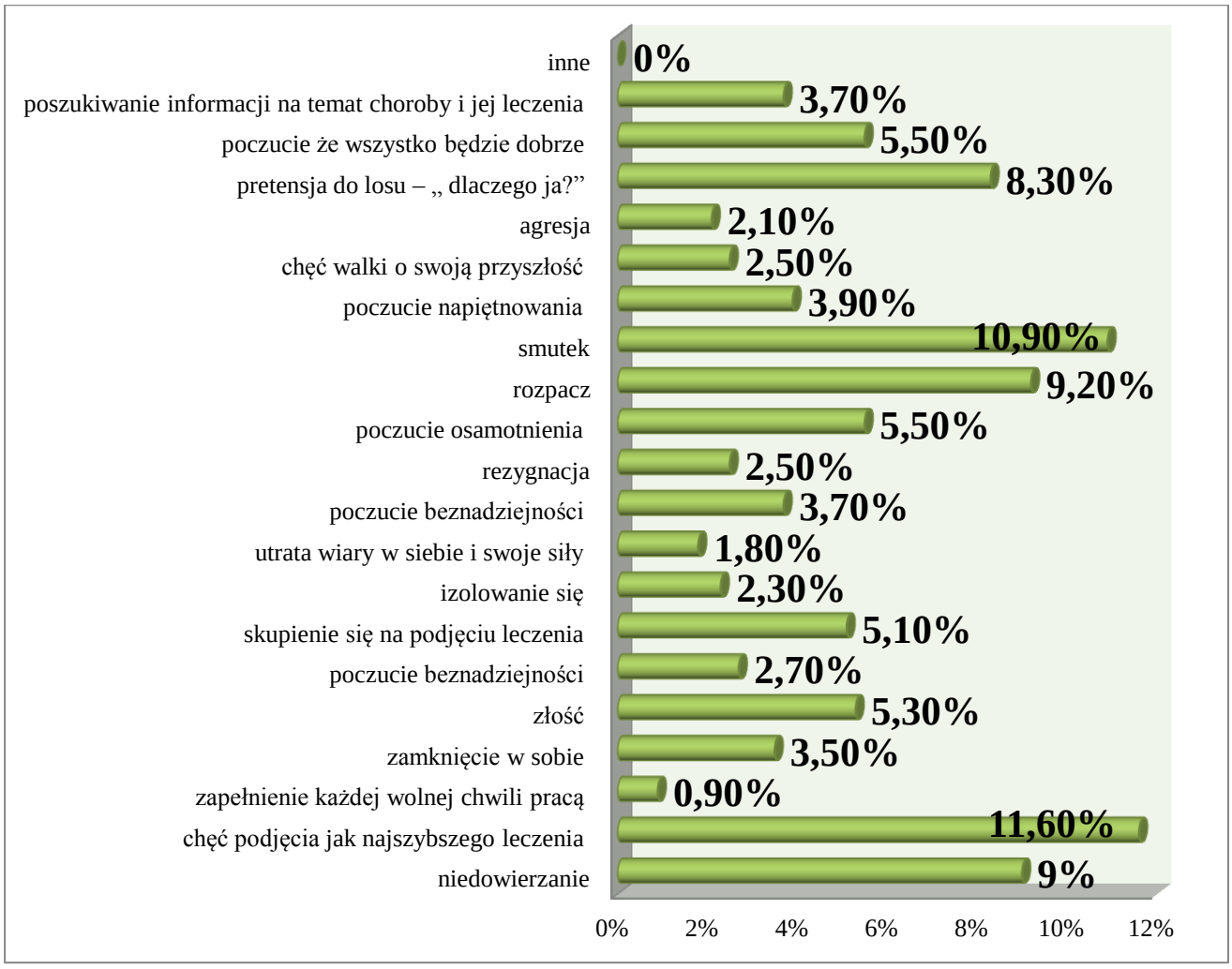


Ryc. 1. Lata w jakich ankietowane przeszły operację usunięcia piersi

Analiza części szczegółowej ankiety własnej

Podczas wypełniania ankiety Panie miały ocenić jakość życia po mastektomii. Jak wynika z danych, aż 105 osób, czyli 84% ankietowanych oceniło swoją jakość życia jako dobrą, jako bardzo dobrą 5 osób co stanowi 4% badanych, a 15 osób, czyli 12% uważało, że ich jakość życia jest zła. Żadna z ankietowanych Pań nie określiła jako bardzo złej jakości życia po mastektomii.

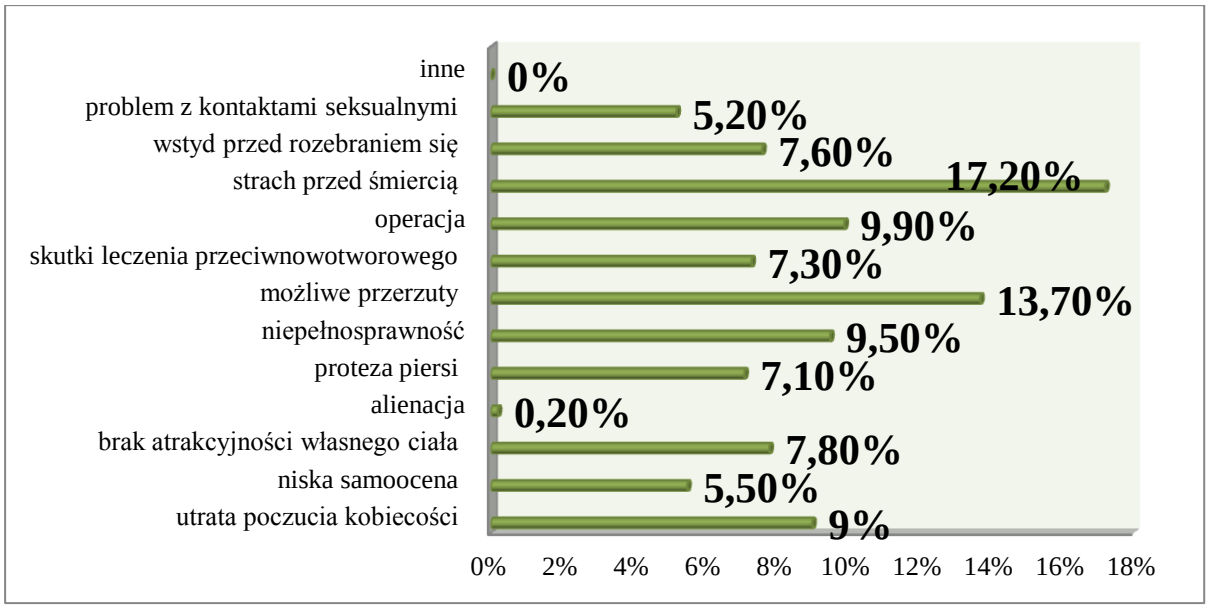
W zakresie reakcji na informację o chorobie nowotworowej respondentki najczęściej wskazywały „chęć podjęcia jak najszybszego leczenia” (49 odp. - 11,6%), „smutek” (47 odp. - 10,9%), „rozpacz” (40 wskazań - 9,2%). „Złość” odczuwało 23 kobiety (5,3%), a „skupienie się na podjęciu leczenia” dotyczyło 22 respondentek (5,1%) (Ryc. 2).



*wyniki nie sumują się do 100% gdyż respondenci mogli zaznaczyć kilka odpowiedzi

Ryc. 2. Reakcja respondentek na informację o chorobie nowotworowej

Źródłem przygnębienia w chorobie wg ankietowanych kobiet były między innymi „strach przed śmiercią” (72 odp. -17,2%), „możliwość przerzutów” (58 odp. - 13,7%), „operacja” (42 odp. - 9,9%), „niepełnosprawność” (40 odp. - czyli 9,5%), „utrata poczucia kobiecości” (38odp. - 9%), „brak atrakcyjności własnego ciała” (33 odp. - 7,8%), „skutki leczenia przeciwnowotworowego” (31 odp. - 7,3%). Szczegółowe dane przedstawia Ryc.3.



*wyniki nie sumują się do 100% gdyż respondenci mogli zaznaczyć kilka odpowiedzi

Ryc. 3. Powody przygnębienia związanego z chorobą nowotworową według opinii ankietowanych kobiet

34 respondentki (28%) uznały, że choroba wywołała znaczące zmiany w ich życiu zawodowym, tyle samo było niezdecydowanych , zaś 57 kobiet (44%) uznało, że choroba nowotworowa nie wywarła zmian w życiu zawodowym.

Wypełniając ankietę Panie miały za zadanie określić czas od zabiegu, który pozwolił na powrót sprawności fizycznej potrzebnej do wykonywania czynności życia codziennego i zawodowego. 69 ankietowanych Pań (55,2%,) stwierdziło, iż potrzebnym czasem na powrót sprawności był okres powyżej 6 tygodni, 20 (16%) osób uznało, ze nadal ona nie wróciła a 19 osób (15,2%) wskazało, iż potrzeba było 2 -5 tygodni aby powróciła sprawność. 15 Pań (12%) nie umiało udzielić odpowiedzi a 2(1,6%) potrzebowały zaledwie tygodnia aby powrócić do zadowalającej sprawności.

Wpływ choroby na status materialny zadeklarowało 32,8% ankietowanych (41 osób), trudności z określeniem występowania takiej zależności miała blisko połowa respondentek (55 kobiet - 44%). Pozostałe Pani uznały, ze choroba nowotworowa nie zmieniła ich statusu finansowego.

Respondentki określały również wpływ choroby na relacje w rodzinie. Wspomniane relacje nie uległy zmianie pod wpływem choroby w przypadku 107 osób, co stanowiło 85,6% wszystkich ankietowanych. 10 osób, czyli 8% uważało, iż relacje uległy pogorszeniu, natomiast polepszyły się one u 8 kobiet (6,4%).

Blisko 40 % respondentek odczuło zmiany w życiu seksualnym po wykonanej mastektomii, przy czym 29,6% (37) zadeklarowało jego pogorszenie, a 8,8% (11) zmianę , ale na lepsze. Pozostałe kobiety deklarowały, że nie odczuły zmian w tym zakresie.

Objęte badaniem kobiety poproszono o ocenę stanu własnego ciała i jakości życia z użyciem 5-cio stopniowej skali, gdzie 1 = bardzo zły, a 5 = bardzo dobry. Najczęściej wskazywano w przypadku stanu ciała (52 osoby, czyli 41,6%), jak i jakości życia (57 osób, czyli 45,6%) poziom 3 - dostateczny. W ocenie stanu ciała nieco rzadziej wskazywały Panie stopień 2 - zły (41 osób, czyli 32,8% ankietowanych), 4 - dobry (20 osób, czyli 16%), 5 – bardzo dobry (12 osób, czyli 9,6%), natomiast żadna z kobiet nie wskazała poziomu 1, określanego jako bardzo zły. W ocenie jakości życia niewiele mniej Pań wskazywało kolejno poziom 4 (29 osób, czyli 23,2% ankietowanych), 2 (27 osób, czyli 21,6%), 5 (12 osób, 9,6%) oraz podobnie jak w określeniu stanu ciała, żadna z kobiet nie oceniła swojej jakości życia na 1 pkt. czyli jako bardzo złej.

Należy podkreślić, że 123 osoby (98,4%) spośród objętych badaniem, miało wykonaną rehabilitację, przy czym 85 respondentek (68%) zadeklarowało zadowolenie z rehabilitacji jaką przebyło. Niezadowolonych w tym względzie było 19 pań (15,2%), które uznały działania rehabilitacyjne jakie w ich przypadku zastosowano za niewystarczające/ niepełne i 3 kobiety (2,4%) , których zdaniem rehabilitacja nic nie wniosła do ich stanu zdrowia i sprawności. 16 respondentek (12,8%) nie umiało sprecyzować swojego zdania co do efektów rehabilitacji.

Spośród 125 kobiet po mastektomii objętych niniejszym badaniem 116 (92,8%) zadeklarowało znajomość metod i zasad masażu zapobiegającego gromadzeniu się limfy i powikłaniom zastoinowym. Jako edukatora w tym zakresie respondentki wskazywały odpowiednio: 64,8% (81 osób) - rehabilitanta, 21,6% (27 osób) – lekarza, 12% (15 osób) – pielęgniarkę, 1,6% (2 osoby) – inne nieokreślone przez respondentów osoby.

Kobiety proszono o wskazanie źródła czerpania wiedzy na temat własnej choroby. Wiedza 63 osób, czyli 50,4% respondentek pochodziła z książek, prasy i telewizji. Nieco mniej kobiet, bo 49 (39,2%) korzystało w tym względzie z pomocy lekarza, 9 osób (7,2%) poszukiwało jej w Internecie, a zaledwie dla 4 (3,2%) źródłem wiedzy były pielęgniarki.

Analiza skali AIS

Zakres stopnia akceptacji choroby w Skali AIS określa suma uzyskanych przez respondenta punktów, które mieszczą się w granicach od 8 do 40, przy czym uzyskanie 8–18 odpowiada braku akceptacji choroby, 19–29 punktów oznacza średni poziom akceptacji i 30–40 punktów świadczy o dobrym poziomie akceptacji sytuacji zdrowotnej.

Średni poziom akceptacji choroby uzyskało w objętej badaniem grupie 63 osoby (50,4%) , dobry - uzyskały 43 panie (34,4% ankietowanych), a brak akceptacji własnej choroby dotyczył 19 osób, czyli 15,2% respondentów.

Analizując poziom akceptacji choroby w odniesieniu do czasu przebycia mastektomii zauważamy, że Panie, które miały przeprowadzoną operację najwcześniej, czyli w latach 2005-2009 najliczniej reprezentowały przedziały punktowe odpowiadające brakowi (16 osób, czyli 34,8%) oraz średniemu poziomowi akceptacji choroby (16 osób, czyli 34,8%), najmniej natomiast w przedziale dobrej akceptacji (14 osób, czyli 30,4%).

Kobiety, którym wykonano operację usunięcia piersi w latach 2000-2004, w najwyższym odsetku (21 osób, czyli 58,3%) odczuwały średni poziom akceptacji choroby, w nieco mniejszym (15 osób, czyli 41,7%) dobra akceptację choroby. Żadna z Pań, u których wykonano mastektomię w tych latach nie zakwalifikowała się do przedziału 8-18 punktów.

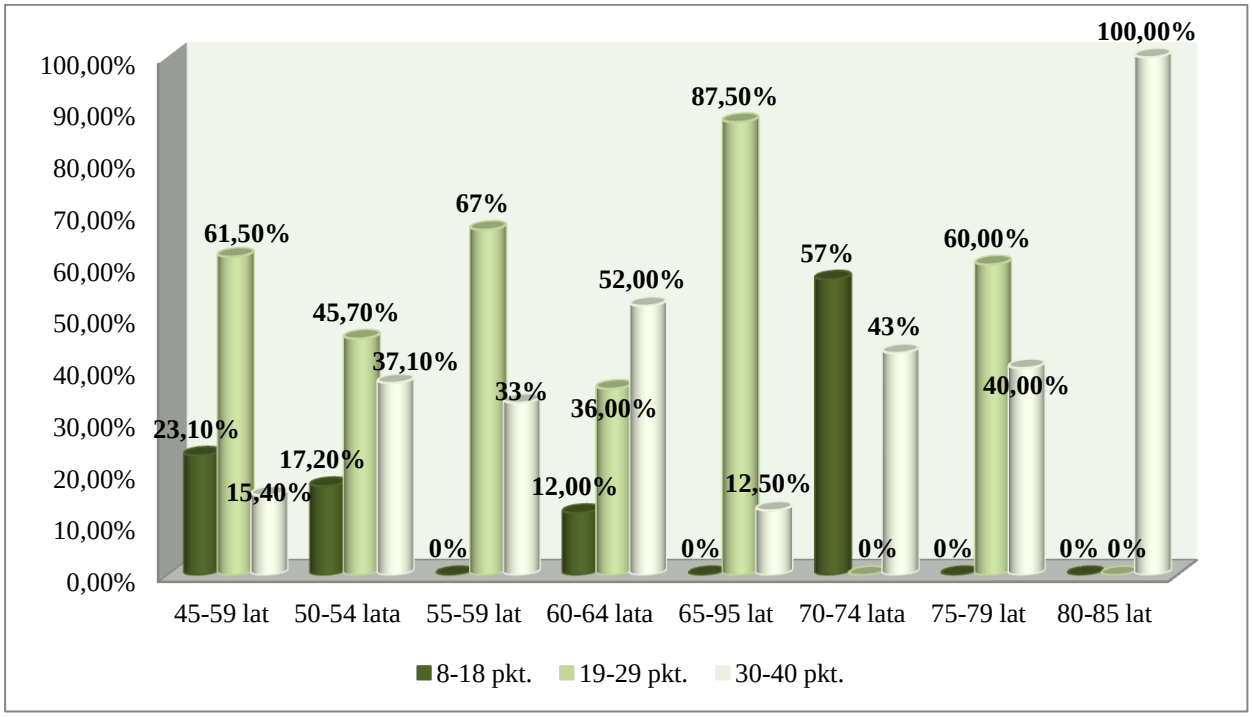
Ankietowane, które przeszły mastektomię w latach 1995-1999 najliczniej reprezentowały przedział 19-29 pkt. (12 osób, czyli 63,2%) oraz 30-40 pkt. (7 osób, czyli 36,8. W tym przypadku również, żadna z kobiet nie zakwalifikowała się do przedziału najniższego.

Badane, u których operacja miała miejsce w latach 1990-1994 znacząco wskazywały na średni poziom akceptacji choroby - 11 osób - 68,75%. 3 kobiety, czyli 18,75% nie akceptowało swojej choroby, zaś 2 osoby - 12,5% deklarowało dobry poziom jej akceptacji.
Respondentki, u których przeprowadzono mastektomię w latach 1985-1989 dominowały w grupie o najwyższym (5 osób, 62,5%) oraz średnim poziomie akceptacji choroby (3 osoby, 37,5%). Żadna z kobiet w tej grupie nie zakwalifikowała się do przedziału od 8 do 18 pkt.

Analizując powiązania pomiędzy poziomem akceptacji choroby a wiekiem respondentek zauważamy, że we wszystkich grupach wiekowych znalazły się osoby o dobrej akceptacji choroby(45-49 lat: 4 osoby- 15,4%, 50-54 lata: 13 osób- 37,1%, 55-59 lat: 6 osób- 33,3%, 60-64 lata: 13 osób – 52%, 65-69 lat: 1 osoba – 12,5%, 70-74 lata: 3 osoby – 42,9%, 75-79 lat: 2 osoby – 40%, 80-85 lat: 1 osoba 100%). Szczegółowe dane przedstawia poniższa Ryc. 4.

Biorąc pod uwagę poziom akceptacji choroby według skali AIS z uwzględnieniem stanu cywilnego kobiet ankietowanych, zauważamy, że wśród mężatek 47 (50%) z nich uzyskało 19-29 punktów, następnie 32 (34,1%) 30-40 punktów, natomiast 15 Pań (15,9%) 8-18. Spośród wdów 6 Pań (46,1%) zdobyło 19-29 punktów, 4 (30,8%) 8-18, a 3 (23,1%) uzyskały 30-40 punktów. 6 kobiet (66,7%) będących po rozwodzie zdobyło 19-29 punktów, natomiast 3 (33,3%) z nich – 30-40 pkt. 3 samotne kobiety (100%) zdobyły 30-40 punkty.

Wśród Pań będących w związku partnerskim 4 z nich (66,7%) uzyskało 19-29 punktów, a 2 (33,3%) zdobyło ich 30-40.



Ryc. 4. Poziom akceptacji choroby z uwzględnieniem wieku ankietowanych

Ponad to zauważono, że kobiety mieszkające w mieście w większym stopniu akceptowały chorobę na poziomie wysokim (39 - 39%) niż zamieszkujące na wsi (4 -16%), natomiast respondentki z terenów wiejskich znacznie liczniej reprezentowały grupę średnio akceptujących chorobę (16 – 64%) niż ankietowane z terenów miejskich (47- 47%).

Analiza Skali SF-36

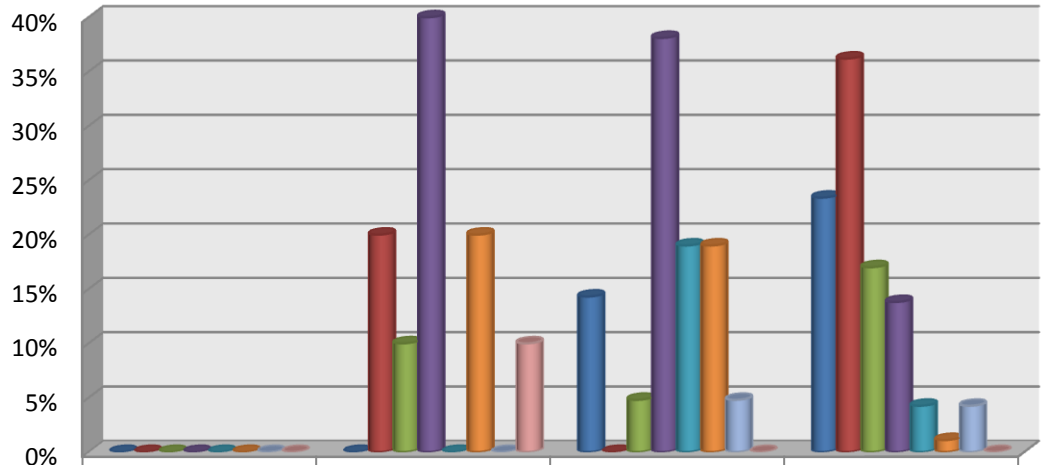
Jednym z elementów ankiety była skala oceny jakości życia SF-36, której zadaniem było sprawdzenie subiektywnej oceny stanu zdrowia. Konstrukcja kwestionariusza pozwalała na wyliczenie liczby punktów dla poszczególnych domen i wyliczenie zbiorczej liczby punktów dla składowej fizycznej (PCS) i składowej psychicznej (MCS).

Dla składowej fizycznej, 10 osób (8% ankietowanych) uzyskało wynik poniżej średniej, 21 osób (16,8%) znalazło się na dobrym poziomie oceny jakości życia, aż 94 Panie (75,2%) znalazło się powyżej średniej. Żadna z Pań nie ocenia swojej jakości życia znacznie poniżej średniej.

Według wyników dla składowej psychicznej (MCS) 45 ankietowanych (36%) oceniło swoją jakość życia znacznie poniżej średniej, niewiele więcej osób, bo 55 (44%)

określiło ją poniżej średniej, 23 osoby (18,4%) usytuowało się na dobrym poziomie, natomiast powyżej średniej ulokowały się 2 osoby (1,6%).

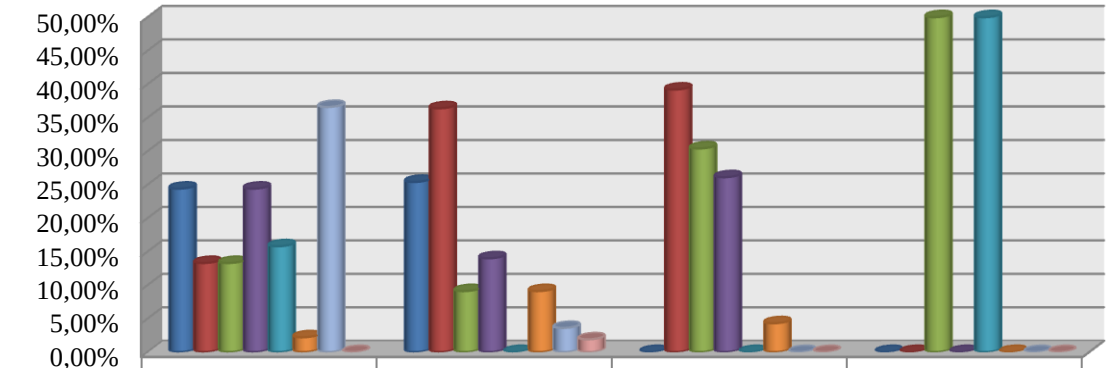
Ryc. 5. przedstawia dane dotyczące składowej fizycznej skali oceny jakości życia SF-36 z uwzględnieniem wieku osób ankietowanych. Zauważyć należy, że poniżej średniej najwięcej znalazło się Pań (40%) w wieku 60-64 lata, następnie 20% kobiet w wieku 50-54 lata. Na dobrym poziomie wg kwestionariusza SF-36 najwięcej Pań (38,1%) było w wieku 60-64 lata, o połowę mniej - 19% było ankietowanych w wieku 65-69, a także 70-74 lata.



	znacznie poniżej średniej	poniżej średniej	na poziomie	powyżej średniej
45-49 lat	0%	0%	14,30%	23,40%
50-54 lata	0%	20%	0%	36,20%
55-59 lat	0%	10%	4,80%	17%
60-64 lata	0%	40%	38,10%	13,80%
65-69 lat	0%	0%	19%	4,25%
70-74 lata	0%	20%	19,00%	1,10%
75-79 lat	0%	0%	5%	4,25%
80-85 lat	0%	10%	0%	0%

Ryc. 5. Składowa fizyczna kwestionariusza SF-36 z uwzględnieniem wieku ankietowanych

Dane zobrazowane na Ryc. 6. dotyczą składowej psychicznej z uwzględnieniem wieku Pań ankietowanych. Znacznie poniżej średniej, w swojej ocenie jakości życia, znalazło się najwięcej Pań w przedziale wiekowym między 75-79 lat (36,6%), następnie 45-49 lat (24,4%), 60-64 lata (24,4%). Poniżej średniej wg kwestionariusza SF-36 największą grupę stanowiły kobiety w wieku 50-54 lata (36,4%), najmniejszą natomiast Panie w wieku 80-85 lat (1,9%).



	znacznie poniżej średniej	poniżej średniej	na poziomie	powyżej średniej
45-49 lat	24,40%	25,40%	0,00%	0%
50-54 lata	13,30%	36,40%	39,20%	0%
55-59 lat	13,30%	9,10%	30,40%	50%
60-64 lata	24,40%	14,00%	26,10%	0%
65-69 lat	15,80%	0%	0%	50%
70-74 lata	2,20%	9,10%	4,30%	0%
75-79 lat	36,60%	3,60%	0%	0%
80-85 lat	0%	1,90%	0%	0%

Ryc. 6. Składowa psychiczna z uwzględnieniem wieku osób ankietowanych

Dyskusja

Najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet w Polsce i w innych krajach europejskich jest rak piersi. W polskiej populacji występuje on mniej więcej u jednej na dwanaście kobiet. Mimo prężnie rozwijającego się postępu w diagnostyce i leczeniu, nie notuje się tendencji malejącej umieralności spowodowanej tym nowotworem [3].

U ponad 80% polskich kobiet konieczna jest amputacja piersi, w wyniku wysokiego zaawansowania nowotworu w chwili jego rozpoznania. W chorobie nowotworowej piersi zdecydowana większość zmian nowotworowych kwalifikuje się do usunięcia. Obszar zabiegu operacyjnego oraz zastosowanej metody zależą od wielkości guza, jego lokalizacji, cech klinicznych i histopatologicznych. Niestety najczęściej potrzebna jest amputacja całej piersi wraz z okolicznymi węzłami chłonnymi [13,14,15].

W objętej badaniami własnymi grupie kobiet z problemem onkologicznym w obrębie sutka, najczęstszą reakcją na wiadomość o zdiagnozowanym schorzeniu (11,6% wszystkich udzielonych odpowiedzi), była „chęć podjęcia jak najszybszego leczenia", nieco niżej ulokował się „smutek" (10,9% udzielonych odpowiedzi) oraz „rozpacz"(9,2%). Przybliżone badanie przeprowadziły Lewandowska oraz Bączyk [15]. Objęły one badaniem 60 kobiet w wieku 35-60 lat należących do Konińskiego Klubu Kobiet Po Mastektomii

„Amazonki". Z badań przeprowadzonych przez autorki wynika, iż na zdiagnozowanie choroby nowotworowej piersi 43,3% ankietowanych zareagowało rozpaczą, 30% lękiem, a 21,7% niedowierzaniem. Natomiast w badaniach przeprowadzonych przez Łabuzek i wsp. [3] w grupie 30 respondentek będących po amputacji piersi, połowa ankietowanych (50%) zareagowała na chorobę przygnębieniem, 37% lękiem, a 13% gniewem.

Usunięcie piersi jest dla kobiety głębokim doznaniem nie tylko fizycznym, ale w szczególności emocjonalnym, często naznaczone lękiem przed utratą życia lub rozpadem rodziny, wrogością do świata czy nawet depresją. Dominującym elementem , podkreślanym w literaturze jest pojawiający się po mastektomii tzw. „kompleks połowy kobiety", oznaczający poczucie utraty czegoś niepowtarzalnego warunkującego kobiecość i nieodwracalnie zmieniającego autowizerunek [16]. Łagodzenie lub zwalczanie „dolegliwości" pomastektomijnych wymaga wspierania kobiety przez rodzinę, przyjaciół i najbliższe otoczenie. Pojawiająca się choroba powoduje czasem zasadnicze zmiany w relacjach społecznych w tym rodzinnych, niestety czasem na niekorzyść chorego. Rozpadające się rodziny, nieumiejętność radzenia sobie ich członków z własnymi emocjami w obliczu diagnozy niejednokrotnie odbieranej jak wyrok , utrudnia poprawę stanu psychicznego chorej lub wręcz znacząco go pogarsza. Badania własne również dotykały powyższej tematyki i wykazały, iż w związku z chorobą u 85,6% ankietowanych kobiet relacje w rodzinie nie uległy zmianie, a pogorszyły się u 8%. Natomiast w badaniu Łabuzek i wsp. [3] zdecydowana większość kobiet (87%) stwierdziła większe zainteresowanie i polepszenie kontaktów w rodzinie w związku z diagnoza onkologiczna i wykonanym zabiegiem mastektomii.

Amputacja piersi nie odbiera Paniom możliwości współżycia seksualnego. Warto jednak podkreślić, że brak piersi i blizna pooperacyjna mogą wywołać negatywne odczucia współmałżonka oraz zażenowanie i wstyd pacjentki [17]. Weitzner [6] stwierdza, iż obecność dysfunkcji psychoseksualnych wśród chorych na nowotwory piersi określa się na 20-90%, przy czym uważa się, że 30% pacjentów zauważa zmiany w aktywności seksualnej w wyniku choroby. Weitzner [6] powołuje się również na inne badania, z których wynika, iż poziom satysfakcji z małżeństwa oraz odsetek rozwodów jest identyczny w przypadku populacji kobiet po mastektomii oraz wśród chorych po operacjach oszczędzających piersi. Wskazuje także na brak jakichkolwiek dowodów na to, że choroba nowotworowa piersi wpływa negatywnie na wcześniej istniejące dobre relacje w małżeństwie. Orzeka on także, że pacjentki, u których przeprowadzono częściową amputację bądź zmodyfikowaną radykalną mastektomię i natychmiast wykonano zabieg rekonstrukcji piersi, wykazały brak różnic we

wpływie zabiegu na obraz ciała kobiet lub satysfakcję z relacji z małżonkiem, a także życia seksualnego. Z badań własnych wynika jednak nieco inny obraz dotyczący życia seksualnego po mastektomii, niż ustalił to Weitzner. Wyniki wykazały, że ponad połowa (61,6%) ankietowanych nie odczuwa różnicy w tej sferze, jednak aż prawie 30% zauważyło pogorszenie życia seksualnego.

Aby zminimalizować skutki wykonanej mastektomii oraz poprawić jakość życia pacjentek wdraża się szeroko rozumiany proces rehabilitacji [18]. Badania własne wykazały, iż 98,4% ankietowanych miało przeprowadzoną rehabilitację, przy czym 68% badanych było zadowolonych z jej efektów, a 2,4% uznało, iż rehabilitacja nic nie wniosła do ich stanu zdrowia. Porównywalne wyniki uzyskały Lewandowska oraz Bączyk [15] , gdzie 75% objętej badaniem populacji uważało, iż przeprowadzona rehabilitacja była skuteczna, co można uznać za zadowolenie z jej efektów.

Nowa sytuacja życiowa w której centralnym elementem staje się choroba nowotworowa i związane z nią leczenie w znacznym stopniu rzutuje na poczucie jakości życia. Trudno jest zaakceptować nowy element w życiu, zwłaszcza , że stanowi on poważne jego zagrożenie i zmienia funkcjonowanie społeczne i pełnienie ról. W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę na istotny związek pomiędzy poziomem akceptacji choroby a przystosowaniem do nowej sytuacji oraz zmniejszonym natężeniem negatywnych emocji u pacjentów. Ponad to, podkreśla się fakt, iż zwiększone zaufanie do lekarzy, metod leczenia, zwiększony optymizm posiadają osoby akceptujące chorobę [19,20].

Jak się okazało w przeprowadzonych badaniach własnych, na poziom akceptacji choroby miał wpływ czas jaki upłynął od momentu wykonania mastektomii. Im dłuższy był czas od momentu wykonania mastektomii do prowadzenia badań, tym wyższy był poziom akceptacji choroby. Najlepsze wyniki osiągnęły w tym względzie Panie, które miały wykonaną mastektomię w latach 1985-1989, gdzie dobry poziom akceptacji uzyskało, aż 62,50% tej grupy oraz w latach 1990-1994, gdzie średni poziom uzyskało 68,75% Pań w tym przedziale. Zbliżone badania przeprowadził także Nowicki i Ostrowska [21]. Ich grupą badawczą było 25 kobiet w wieku 32-70 lat, których czas po zabiegu mastektomii wynosił od trzech do sześciu miesięcy oraz były w trakcie leczenia uzupełniającego. Najmniejsze problemy w dopasowaniu się do sytuacji wynikającej z choroby miało 50% kobiet w 5 i 6 miesiącu po zabiegu. Największy odsetek badanych stwierdził, iż w 6 miesiącu po operacji nadal robi to, co lubi, mimo gorszego stanu zdrowia. W badanej grupie aż 80 % pacjentek w 4 miesiącu po zabiegu nie czuło się bezużytecznymi, a także nie uważało, iż mogłyby być ciężarem dla rodziny i przyjaciół. Zarazem 67% kobiet z 3 miesiącu, a także 67% w 6

miesiącu po mastektomii czuło się niezależnymi od innych. W badaniach tych, aż 100% ankietowanych kobiet w 4 miesiącu po operacji czuło się w pełni pełnowartościowymi kobietami. Badania nie wykazały jakoby istniały znaczące różnice statystyczne w liczbie kobiet, które uważały się za pełnowartościowe wraz z upływem czasu. Udowodniły one jednak, iż 60% pacjentek w już 4 miesiącu po zabiegu było samowystarczalnych. W tym też miesiącu pacjentki uzyskały najwyższy poziom akceptacji swojej choroby, natomiast w 3, 5 i 6 miesiącu po usunięciu piersi akceptacja prezentowała się na podobnym poziomie [21].
Mimo wielu akcji typu „Różowa Wstążka" nadal niewiele czasu poświęca się edukacji pacjentek chorujących na nowotwór piersi, a także na temat działań profilaktycznych. Wykonane badania własne wykazały, iż wiedzę na temat zdrowia i własnej choroby 50,4% ankietowanych zdobyło dzięki massmediom, 39,2% czerpało ją od lekarza, a tylko około 4% od pielęgniarki.

Według badań przeprowadzonych przez Tomalską i wsp. [22] na grupie kobiet w wieku 18-20 lat, po informacje na temat profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy 29% kobiet sięgało do prasy, radia i telewizji, a 20% do Internetu , a aż 42% respondentek nie spotkało się z informacjami na ten temat. Natomiast Łabuzek i wsp. [3] dowodzi, że zasadniczym źródłem wiedzy o chorobie dla 51% kobiet objętych jej badaniem był lekarz a dla 23% pielęgniarki.

W ostatnim czasie doszło do znacznego wzrostu zainteresowania jakością życia pacjentów z różnorakimi schorzeniami. W przeprowadzanych badaniach klinicznych odnoszących się do skutków chorób przewlekłych coraz częściej odchodzi się od jedynie biologicznego podejścia do oceny stanu zdrowia człowieka, natomiast zwraca się większą uwagę na wieloaspektowy punkt widzenia pacjenta. W wyniku wzrostu zainteresowania problemem jakości życia doszło do powstania nowych narzędzi badawczych, najczęściej w postaci kwestionariuszy lub skal [23].

Badania własne przeprowadzono z użyciem kwestionariusza SF-36 do pomiaru poziomu jakości życia. W efekcie zastosowania kwestionariusza stwierdzono, że w badanej grupie wykształcenie jak i wiek osób ankietowanych nie wpłyną na subiektywną ocenę jakości życia. Do innego wniosku doszła Marcinowicz i wsp. [24]. Dokonała ona analizy jakości życia, za pomocą kwestionariusza SF-36, w grupie liczącej 1000 podopiecznych lekarzy rodzinnych w Giżycku. Z jej badań wynika, iż wiek jak i wykształcenie miały wpływ na postrzeganie przez pacjentów swego stanu zdrowia. Okazało się, że im starsi pacjenci, tym samoocena stanu zdrowia również była niższa. Natomiast wraz ze wzrostem wykształcenia rosła również pozytywna samoocena stanu zdrowia we wszystkich wymiarach [24].

Identyczny wynik uzyskano w badaniach Kaneckiego i wsp. [25] przeprowadzonych na grupie pacjentów leczonych w Oddziale Dializ i Nefrologii Radomskiego Szpitala Specjalistycznego (132 osoby). Badania wykazały, iż wiek miał istotny wpływ na poczucie jakości życia [25].

Wnioski

1. Z przeprowadzonych badań wynika, iż jakość życia kobiet ankietowanych jest dobra. Wpływa na ten fakt głównie to, iż w ich życiu choroba zmieniła niewiele aspektów, a relacje w rodzinie w większości wypadków nie uległy zmianie na gorsze.
2. Wg kwestionariusza SF-36 jakość życia pacjentek lokuje się w większości znacznie powyżej średniej w składowej fizycznej, natomiast w składowej psychicznej większość ankietowanych znajduję się na poziomie poniżej średniej.
3. Poziom akceptacji własnej choroby przez respondentki określony w oparciu o skalę AIS utrzymywał się na średnim poziomie.
4. Wyższy poziom akceptacji choroby prezentowały ankietowane o dłuższym okresie jaki minął pomiędzy operacją a badaniem i wzrastał on wraz ze wzrostem wykształcenia

Piśmiennictwo

1. Pieńkowski T.: Zagadnienia wstępne [w:] Rak piersi. Leczenie ogólnoustrojowe, pod red. Pieńkowskiego T., Medmedia, Warszawa, 2011, 23-33.
2. Wyrębska A., Kałużewski B., Gałuszka M.: Postrzeganie wielkości ryzyka zachorowania na chorobę nowotworową pacjentów poddawanych badaniom genetycznej predyspozycji tej choroby [w:] Człowiek chory – aspekty biopsychospołeczne, Janowskiego K., Artymiak M. (red.), tom IV, Centrum Psychoedukacji i Pomocy Psychologicznej, Lublin, 2009, 516-524.
3. Łabuzek M. i wsp.: Problemy samoakceptacji kobiet po radykalnym leczeniu chirurgicznym raka piersi – mastektomii [w:] Człowiek z zdrowiu i chorobie. Promocja zdrowia, leczenie i rehabilitacja, pod red. Żarowa R., tom I, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie, Tarnów, 2010, 268-276.
4. Murawa D.: Chirurgiczne leczenie oszczędzające w raku gruczołu piersiowego w połączeniu ze śródoperacyjną radioterapią – nowe wyzwanie dla chirurgii. Rozprawa habilitacyjna. Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań, 2011, 9-33.

5. Daszkowska J.: Jakość życia w perspektywie pedagogicznej, Impuls, Kraków, 2007, 16-18.
6. Weitzner M.A.: Funkcjonowanie psychospołeczne i jakość życia chorych na nowotwory gruczołu piersiowego [w:] Jakość życia w chorobie nowotworowej, pod red. Meyza J., Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej w Warszawie, Warszawa, 1997, 225-240.
7. Boroń K.: Rehabilitacja społeczna w onkologii [w:] Rehabilitacja w onkologii, Woźniewski M., Kornafel J. (red.), Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 2010, 127-131.
8. Niezgoda A. i wsp.: Strategie radzenia sobie ze stresem a jakość życia u pacjentek z choroba nowotworową piersi i narządów rodnych [w:] Psychosomatyka. Problemy i kierunki badań, Basińska M.A., Ratajska A. (red.), Tekst, Bydgoszcz, 2010, 208-217.
9. http://www.kardiologiapolska.pl/darmowy_pdf.phtml?indeks=81&indeks_art=2157&VSID=rszfprzc. data pobrania, 29.04.2014.
10. Wawszczak E.: Życie po mastektomii. Mag. Piel. Poł., 2010, 10, 39.
11. Felton B.J., Revenson T.A., Hinrichsen G.A.: Skala akceptacji choroby AIS [w:] Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia, pod red. Juczyńskiego Z., Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa, 2001, 168-171.
12. Turska W., Skowron A.: Normy jakości życia. Farmakologia Polska, 2009, 65, 577-579.
13. Kołodziejski L., Niedbała E.: Problemy postępowania fizjoterapeutycznego po operacyjnym leczeniu chorych na raka piersi. Medical Rehabilitation, 2008, 12, 24-30.
14. Pawlicki M., Michalczyk A.: Studies of the causes of treatment delay of cancer patients. Współcz. Onkol., 2005, 9, 191-195.
15. Lewandowska K., Bączyk G.: Funkcjonowanie kobiet po mastektomii jako ocena efektywności leczenia, opieki pielęgniarskiej oraz edukacji. Ginekol. Prakt., 2010, 12, 12-16.
16. Mika K., Tchórzewska H.: Wpływ leczenia i rehabilitacji na jakość życia kobiet chorych na raka piersi [w:] Jakość życia w chorobie nowotworowej, Meyza J. (red.), Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej w Warszawie, Warszawa, 1997, 261-267.
17. Mika K.: Po odjęciu piersi. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 1999.

18. Tchórzewska H.: Rehabilitacja w leczeniu raka piersi [w:] Rak piersi-nowe nadzieje i możliwości leczenia, pod red. Pawlickiego M., α-Medica Press, Bielsko-Biała, 2002, 88-107.
19. Juczyński Z.: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa, 2001, 165-170.
20. Oleś P., Steuden S.: Jak Świata mniej widzę: zaburzenia widzenia a jakość życia. Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin, 2002.
21. Nowicki A. Ostrowska Ż.: Akceptacja choroby przez chore po operacji raka piersi w trakcie leczenia uzupełniającego. Pol. Merkur. Lekarski, 2008, 24, 403.
22. Tomalska J. i wsp.: Wiedza i świadomość onkologiczna młodych kobiet na temat profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy [w:] Człowiek z zdrowiu i chorobie. Promocja zdrowia, leczenie i rehabilitacja, pod red. Żarowa R., T.III, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie, Tarnów, 2010, 44-55.
23. Uchmanowicz I., Łoboz-Grudzień K.: Jakość życia – definicje i narzędzia badawcze – przegląd literatury. Family Medicine & Primary Care Review, 2008, 10, 245-252.
24. Marcinowicz L., Sienkiewicz J., Pytel-Krolczuk B., Gugnowski Z.: Możliwość wykorzystania polskiej wersji kwestionariusza SF-36 do oceny zależnej od zdrowia jakości życia pacjentów lekarzy rodzinnych. Pol. Med. Rodz., 2004, 6, 1129-1133.
25. Kanecki K., Tyszko P.: Wpływ płci, wieku i daty włączenia do programu przewlekłych hemodializ na jakość życia. Family Med. Prim. Care Rev, 2006, 8, 66-67.

Czerżyńska Magdalena [1], Pasieka Ewa[2]

Dozymetria *in vivo* w brachyterapii nowotworów gruczołu krokowego

1. Student III roku studiów doktoranckich, doktorant Zakładu Higieny i Epidemiologii Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Radiologii Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku, studenckie Koło Naukowe „Radioaktywni „przy Zakładzie Radiologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

Wstęp

Nowotwór gruczołu krokowego jest jednym z najczęściej występujących wśród mężczyzn problemów onkologicznych, a rozpoznawalność raka prostaty (*prostate cancer*, PC) systematycznie rośnie. Wiąże się to z faktem starzeniem się społeczeństwa oraz wprowadzeniem do praktyki klinicznej narzędzi diagnostycznych podnoszących skuteczność wykrywalności - oznaczenie w surowicy krwi stężenia swoistego antygenu sterczowego (*Prostate-Specific Antigen*, PSA).

W Polsce rocznie stawia się około 10 tysięcy nowych rozpoznań [1,2]. Tym samym, rak prostaty zajmuje drugie miejsce pod względem zachorowalności na nowotwory wśród mężczyzn (za nowotworami płuc). Dodatkowo należy zwrócić uwagę, że w Polsce wykrywa się ok. 40% nowotworów we wczesnych stadiach zaawansowania (nowotwór ograniczony do gruczołu), natomiast w USA jest to aż 90% rozpoznań. Pod względem umieralności *prostate cancer* również zajmuje drugie miejsce wśród przyczyn zgonów mężczyzn z rozpoznaną chorobą nowotworową [1,2].

Rozwinięcie

Leczenie wcześnie wykrytych postaci raka gruczołu krokowego opiera się o zastosowanie interwencji chirurgicznej lub radioterapii. Pomimo przeprowadzenia wielu badań klinicznych nie wykazano jednoznacznej przewagi jednej z tych metod leczenia [3]. Wybór metody terapeutycznej powinien uwzględniać stopień zaawansowania nowotworu oraz oczekiwaną długości życia pacjenta (wiek i choroby współistniejące). Radioterapia nowotworów prostaty może być prowadzona metodą napromieniania ze źródła zewnętrznego - teleradioterapia (te*leradiotherapy*, TRTH) lub wewnętrznego - brachyterapia (*brachytherapy*, BTH) [4, 5, 6].

W zakresie brachyterapii stosowane są techniki [4, 5, 6]:

- niskich dawek - Low Dose Rate (LDR) np. Jod (J-125), Pallad (Pd-103)
- wysokich dawek - High Dose Rate (HDR) np. Iryd (Ir-192)

Od około 40 lat w praktyce onkologicznej prowadzona jest również terapia skojarzona (*Combined Modality Therapy*, CMT) - w zależności od potrzeb klinicznych w leczeniu danego pacjenta stosuje się połączenie kilku metod terapeutycznych np. radioterapii z chemioterapią, teleradioterapii z brachyterapią HDR, teleradioterapii z hormonoterapią [4].

Jednym z najważniejszych aspektów radioterapii jest zagadnienie monitoringu dawek promieniowania jonizującego działającego na masę guza, ale i tkanki sąsiednie, a kontrola dozymetryczna powinna być warunkiem optymalizacji podjętego leczenia.

Celem pracy jest omówienie zastosowania detektorów termoluminescencyjnych w pomiarach *in vivo* dawki promieniowania jonizującego w brachyterapii guzów gruczołu krokowego.

Historycznie wśród technik wykorzystujących promieniowanie jonizujące brachyterapia jest najstarszą mającą zastosowanie w leczeniu nowotworów prostaty. Pierwsze udokumentowane działania zostały podjęte w 1911 roku, kiedy to Pasteau podał do światła cewki moczowej ciecz z pierwiastkiem promieniotwórczym [7].

Kolejnym krokiem było leczenie za pomocą rurek radowych wprowadzanych przez cewkę moczową oraz przezskórne implantacje igieł radowych (Ra-226) do wnętrza guza (Barringer, 1917 rok). Pierwsze techniki brachyterapii pozbawione były pomiaru dawek promieniowania jonizującego, stąd wiązały się z dużym ryzkiem powikłań popromiennych [8].

W 1952 roku Flocks i współpracownicy podczas zabiegu operacyjnego implantują do guza stercza radioaktywne złoto (Au-198) [9]. Ponowny wzrost zainteresowania brachyterapią gruczołu krokowego to lata siedemdziesiąte XX wieku i związany był z rozwojem chirurgii stercza z dostępu zasłonowego. W trakcie zabiegu implantowano do masy guza stałe źródło promieniowania jod (J-125). Technika ta była bardzo popularna do lat osiemdziesiątych minionego stulecia [9].

Na początku lat osiemdziesiątych XX wieku brachyterapia stercza przeszła transformację, od chirurgicznej aplikacji, do aplikacji przez powłoki skórne [10,11]. W 1983 roku Holm i współpracownicy opisali zasady wykonania brachyterapii przezkroczowej z implantacją jodu (J-125) pod kontrolą ultrasonografii transrektalnej (*transrectal ultrasound*, TRUS) [10, 11]. Współczesna brachyterapia nowotworów prostaty z uwzględnieniem ochrony tkanek sąsiednich możliwa jest dzięki wprowadzeniu do terapii nowych źródeł np. iryd (Ir-192) oraz rozwojowi urządzeń do ultrasonografii (USG) a także tomografii komputerowej (TK) i magnetycznego rezonansu jądrowego (MRI). Badania obrazowe i wykonywane na ich podstawie rekonstrukcje przestrzenne pozwalają na precyzyjną identyfikację obszaru tarczowego i lokację narządów krytycznych [12, 13].

Zaletą brachyterapii, co wynika z samej natury promieniowania jonizującego, jest szybki spadek dawki promieniowania wraz z rosnącą odległością od źródła (odwrotnie proporcjonalnie do kwadratu odległości). Konformalny sposób leczenia nowotworów prostaty z zastosowaniem śródtkankowo wprowadzonych izotopów promieniotwórczych daje szansę na kumulację wysokiej mocy dawki w leczonych tkankach przy znacznym ograniczeniu narażenia organów wewnętrznych znajdujących się w ich bezpośrednim otoczeniu. W przypadku brachyterapii raka prostaty narządami krytycznymi są: odbytnica, pęcherz moczowy i bliższe końce kości udowych. Przykładem wczesnych powikłań popromiennych ze strony układu moczowego po implantacji do gruczołu krokowego ziaren jodu J-125 (emiter β i γ) jest częste oddawanie moczu, natomiast późnych - zwężenie cewki moczowej [13]. Maksymalnym progiem prawdopodobieństwa zaistnienia powikłania popromiennego akceptowalnym przez klinicystów jest 5% [14].

Dozymetria *in vivo* może być stosowana w różnych technikach radioterapii np. teleradioterapii z modulacją intensywności wiązki promieniowania (*Intensity Modulated Radiation Therapy*, IMRT), brachyterapii HDR. Głównym celem dozymetrii *in vivo* podczas radioterapii jest pomiar rzeczywistych dawek promieniowania i porównanie otrzymanych wartości z planem leczenia. Wykonywane pomiary służą do zapewnienia dokładności prowadzonej terapii, redukcji niepewności i optymalizacji dawki. W przypadku leczenia przy użyciu promieniowania jonizującego nowotworów prostaty ocenie poddawane są dawki promieniowania, na które są narażone narządy krytyczne [15, 16].

Precyzyjny pomiar dawki wewnątrz organizmu ludzkiego jest bardzo trudny do wykonania ze względu na [17]:

- możliwy ból i dyskomfort pacjenta w trakcie wprowadzania dozymetru i prowadzenia pomiaru
- problem właściwej lokalizacji względem źródła promieniowania
- problem wizualizacji w badaniach obrazowych
- błędy pomiarowe wynikające z ograniczonej czułości i niewłaściwej kalibracji
- przemieszczenie (ruch) źródła względem dawkomierza lub dawkomierza względem źródła.

Najważniejsze detektory *in vivo* promieniowania jonizującego stosowane podczas radioterapii to [16, 18]:

- detektor termoluminescencyjny
- detektor scyntylacyjny
- komora jonizacyjna

- detektor półprzewodnikowy - tranzystor polowy o strukturze metal-tlenek-półprzewodnik (*Metal Oxide Semiconductor Field Effect Transistor*, MOSFET).

Nie istnieje idealny miernik promieniowania, który sprawdza się we wszystkich technikach radioterapii [19]. Detektory termoluminescencyjne (*thermoluminescent dosimeter*, TLD) mogą być stosowane w monitoringu dawek promieniowania elektronowego i fotonowego. Popularnym detektorem w pomiarach *in vivo* podczas brachyterapii jest detektor termoluminescencyjny - fluorek litu aktywowany magnezem i tytanem (LiF:Mg, Ti) w postaci spiekanych tabletek o bardzo małych rozmiarach. Zaletą tego detektora jest tkankorównoważność, wysoka czułość i odporność na warunki środowiskowe. Zwyczajowo, 6-11 detektorów o kształcie walca umieszcza są w świetle cewnika wykonanego z plastiku tak, aby pomiędzy każdym znajdował się separator - najczęściej ze stali nierdzewnej. Końce cewnika zabezpiecza się przed przesunięciem detektorów i ich utratą. Tak przygotowane cewniki, stanowiące swoiste narzędzie pomiarowe, mogą być użyte do monitoringu dawki w cewce moczowej i odbytnicy. W przypadku cewki moczowej cewnik z detektorami w trakcie rejestracji dawek promieniowania znajduje się w świetle trójdrożnego cewnika Foley'a [18].

Działanie TLD oparte jest o zjawisko termoluminescencji, które polega na emisji światła pod wpływem dostarczonej energii cieplnej (ogrzania) i dotyczy niektórych materiałów, wcześniej poddanych działaniu promieniowania jonizującego. Natężenie emitowanego światła jest bezpośrednio związane z pochłoniętą dawką promieniowania [20]. Każdy TLD w zależności od rodzaju materiału może wymagać różnej temperatury do wystąpienia zjawiska emisji światła. W przypadku fluorku litu aktywowanego magnezem i tytanem (LiF:Mg,Ti) to 400 ºC, natomiast fluorek litu aktywowany magnezem, miedzią i fosforem (LiF:Mg,Cu,P) wymaga temperatury 300 ºC. Również z materiałem detektora termoluminescencyjnego związany jest próg detekcji dawki promieniowania np. 10 μGy dla LiF:Mg,Ti, 1 μGy dla LiF:Mg,Cu,P [21].

Dozymetria *in vivo* dawek w brachyterapii nie jest stosowana w rutynowej praktyce klinicznej, co może wynikać z kilku ograniczeń [17]. W badaniu Das i wsp. [18], przeprowadzonym na grupie 50 pacjentów, u których zastosowano pomiar *in vivo* narażenia radiacyjnego narządów krytycznych - cewki moczowej i odbytnicy, wykazano, że średnia wartość różnicy między dawką planowaną a mierzoną wynosiła 0,1 [Gy]. Natomiast Toye i wsp. [22] w badaniu 56 osób z wykorzystaniem detektorów TLD w cewce moczowej i odbytnicy uzyskali poziom 20% różnicy pomiędzy planem, a właściwym leczeniem podczas BTH HDR w grupie 1/3 pacjentów. Różnica pomiędzy dawką zmierzoną przez detektor a obliczoną w systemie planowania leczenia może wynikać z niepewności pomiarowej. Pomiar nie jest absolutny, co oznacza konieczność kalibracji poprzez ekspozycję dawkomierza na

promieniowanie jonizujące w warunkach eksperymentalnych na znane wartości dawek i każdorazowo wyznaczenie współczynnika konwersji odpowiedzi na dawkę. Tym samym kalibracja jest główną przyczyną błędów systematycznych. W przypadku brachyterapii kolejną przyczyną różnic dawek promieniowania są rozbieżności pomiędzy planowanym a rzeczywistym położeniem źródła promieniowania w masie gruczołu krokowego oraz ruchomość narządów wewnętrznych - stercza, cewki moczowej i odbytnicy [23].

Podsumowanie

Podejmując decyzję o wyborze leczenia nowotworu prostaty zawsze należy rozważyć możliwości wszystkich dostępnych technik radioterapii w aspekcie konkretnej sytuacji klinicznej. Faktem jest, że przy zastosowaniu różnych technik radioterapii konieczne jest zaplanowanie i monitorowanie dawek promieniowania nie tylko w masie napromieniowanych tkanek, ale i tkankach otaczających. Kluczowe znaczenie ma narażenie radiacyjne narządów krytycznych. Dozymetria *in vivo* jest odpowiedzią na potrzebę monitorowania dawek w sąsiedztwie tych narządów celem uniknięcia powikłań w trakcie i po leczeniu. Mimo, że umieszczenie detektora promieniowania w ciele pacjenta często jest zabiegiem trudnym, nie rzadko stanowiącym dodatkowe źródło dyskomfortu pacjenta, a sam pomiar podlega różnym wpływom zewnętrznym to należy zawsze wziąć pod uwagę stosowanie dozymetrii *in vivo* w programie bezpieczeństwa świadczeń zdrowotnych z zakresu radioterapii.

Piśmiennictwo

1. Kampania edukacyjna na temat raka prostaty - prostata na lata. Onkologia w Polsce: wyzwania i bariery. http://www.sanofi.pl/l/pl/medias/418D72A4-86BD-4045-BB2E-8612D31312B6.pdf. , data pobrania 1.03.2014
2. Tuchowska P., Worach-Kardas H., Marcinkowski J.T.: Najczęstsze nowotwory złośliwe w Polsce – główne czynniki ryzyka i możliwości optymalizacji działań profilaktycznych. Probl Hig Epidemiol., 2013, 94, 2, 166-171.
3. Jereczek-Fossa B. A.: Rola radioterapii w leczeniu raka gruczołu krokowego. Współcz. Onkol., 2003, 7, 3, 176–182.
4. Barett A., Dobbs J., Morris S., Roques T.: Practical radiotherapy planning. CRC Press Taylor&Francis Group, Boca Raton, 2009, 332-350.
5. Borówka A., Fijuth J., Potemski P.: Rak gruczołu krokowego. Krzakowski M., Warzocha K.(red.): Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych 2013r., Via Medica, Gdańsk, 2013, T.1, 335-352.
6. Borówka A., Dobruch J., Chłosta P. L.: Urologia onkologiczna w Polsce. Post Nauk Med., 2012, 4, 371-386.

7. Wronczewska A., Makarewicz R., Wronczewski A.: Brachyterapia raka gruczołu krokowego. Współcz Onkol., 2000, 1, 33-36.
8. Brumm J.: Brachytherapy as a treatment option for prostate cancer: overview and nursing considerations. BUMC Proceedings, 2000, 13, 227–229.
9. Kanikowski M., Skowronek J., Milecki P., Kubaszewska M., Chicheł A.: Brachyterapia HDR raka gruczołu krokowego. Urol. Pol., 2007, 60, 2, 5-11.
10. Holm H. H., Juul N., Pedersen J. F., Hansen H., Strøyer I.: Transperineal 125iodine seed implantation in prostatic cancer guided by transrectal ultrasonography. J. Urol., 1983, 130, 283-286.
11. Beyer D. C.: The evolving role of prostate brachytherapy. Cancer Control, 2001, 8, 2, 163-170.
12. Huynh P. N., Korman H. J.: Brachytherapy from the urologist's perspective. Dicker A. P., Merrick G. S., Watermann F. M., Valicenti R. K., Gomella L. G.: Basic and advanced techniques in prostate brachytherapy. CRC Press Taylor&Francis Group, Oksford, 2006, 105-118.
13. Kulik A., Dąbkowski M.: Radioterapia raka gruczołu krokowego. Współcz. Onkol., 2011, 15, 5, 323–329.
14. Piotrowski T.: Wybrane zagadnienia dotyczące planowania leczenia w radioterapii. Pracownia Planowania Leczenia, Zakład Fizyki Medycznej, Wielkopolskie Centrum Onkologii, Poznań, 6-9.
15. Palmer A., Bradley D., Nisbet A.: Physics-aspects of dose accuracy in high dose rate (HDR) brachytherapy: source dosimetry, treatment planning, equipment performance and in vivo verification techniques. J Contemp Brachyther., 2012, 4, 22, 81-91.
16. Wootton L., Kudchadker R., Lee A., Beddar S.: Real-time in vivo rectal wall dosimetry using plastic scintillation detectors for patients with prostate cancer. Phys Med Biol., 2014, 59, 3, 647-660.
17. Kamińska J., Ciesielski B., Serkies K., Sawicki T., Tarnawska Z., Blukis A.: Dozymetria EPR in vivo w brachyterapii. Ann. Acad. Med. Gedan., 2011, 41, 27–38.
18. Das R., Toye W., Kron T., Williams S., Duchesne G.: Thermoluminescence dosimetry for in-vivo verification of high dose rate brachytherapy for prostate cancer. Australas Phys Eng Sci Med., 2007, 30, 3, 178-84.
19. Tanderup K., Beddar S., Andersen C. E., Kertzscher G., Cygler J. E.: In vivo dosimetry in brachytherapy. Med. Phys., 2013, 40, 7, http://scitation.aip.org/content/aapm/ journal/medphys/40/7/10.1118/1.4810943, data pobrania 8.03.2014

20. Venselaar J. L. M., Baltas D., Meigooni A. S., Hoskin P.: Comprehensive Brachytherapy: Physical and Clinical Aspects. CRC Press Taylor&Francis Group, Boca Raton., 2012, 75-83.
21. Mayles P., Nahum A., Rosenwald J.C.: Handbook of radiotherapy physics: theory and practice. CRC Press Taylor&Francis Group, Boca Raton., 2007, 305- 314.
22. Toye W., Das R., Kron T. Franich R., Johnston P., Duchesne G.: An in vivo investigative protocol for HDR prostate brachytherapy using urethral and rectal thermoluminescence dosimetry. Radiother Oncol., 2009, 91, 243-248.
23. Wittych J., Miedzińska J.: Zastosowanie detektorów typu MOSFET do pomiarów dawki w odbytnicy u pacjentów leczonych metodą brachyterapii HDR z powodu nowotworu prostaty. Reports of Practical Oncology & Radiotherapy. 2004, 9,2, 294.

Czerżyńska Magdalena [1], Szczerba Paulina Natalia[2], Pasieka Ewa[3]

Aspekty radiobiologii w brachyterapii

1. Student III roku studiów doktoranckich, doktorant Zakładu Higieny i Epidemiologii Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. studentka III roku studiów licencjackich na kierunku Elektroradiologia, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku; studenckie Koło Naukowe „Radioaktywni „ przy Zakładzie Radiologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku
3. Zakład Radiologii Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku, studenckie Koło Naukowe „Radioaktywni „przy Zakładzie Radiologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

Wstęp

Nowotwory złośliwe są drugą co do częstości przyczyną zgonów w Polsce (24,5% ogółu zgonów w roku 2010) [1]. Radioterapia obok chirurgii i chemioterapii jest jedną z głównych metod leczenia choroby nowotworowej. W klasycznym podziale radioterapii, w zależności od lokacji źródła promieniowania, wyróżnia się: teleradioterapię (TRTH), gdzie na pacjenta działa wiązka promieniowania jonizującego kierowana ze źródła znajdującego się w pewnej odległości od ciała ludzkiego oraz brachyterapię (BTH), gdzie źródło promieniowania umieszczone jest w bliskim sąsiedztwie zmienionej patologicznie tkanki lub bezpośrednio w guzie [2].

Słowo brachyterapia posiada przedrostek pochodzący od greckiego słowa *brachios,* co oznacza *„z bliska”*. Brachyterapia nazywana była dawniej *curieterapią* od nazwiska Marii Skłodowskiej-Curie, której epokowe odkrycie radu-Ra (1898 rok) otworzyło możliwość zastosowania pierwiastków promieniotwórczych w leczeniu nowotworów [3, 4]. W 1901 roku małżonkowie Curie zaproponowali użycie szklanych rurek wypełnionych solami Ra^{2+} (chlorek i węglan), które umieszczone na powierzchni skóry stosowano przez lata w leczeniu powierzchniowych zmian patologicznych. Idea wprowadzenia radioizotopu do wnętrza guza została opisana w roku 1903 przez Aleksandra G. Bella, który w liście do wydawcy *Archives of the Roentgen Ray* sugerował, że przy implantacji radioizotopu masa tkanek nowotworowych ulegnie redukcji [5, 6].

Izotop promieniotwórczy stosowany w BTH może być umieszczony [2, 4, 6, 7]:

- śródtkankowo (nowotwory jamy ustnej, wargi, skóry, cewki moczowej, gruczołu krokowego, sutka, mózgu)
- śródjamowo (nowotwory szyjki macicy, oskrzela, tchawicy, przełyku)

- na powierzchni skóry. Źródło promieniotwórcze może pozostać w zmianie nowotworowej przez określony czas lub na stałe (np. izotop złota Au-198 w leczeniu raka pęcherza). W brachyterapii w zależności od energii promieniowania działającej w określonym czasie wyróżnia się kilka technik (Tabela 1) [2, 4, 6, 7].

Tabela. 1. Główne techniki leczenia w brachyterapii

Nazwa	Moc dawki w [Gy/h]	Miara czasu
Technika ultra-niskiej mocy dawki (ULDR- Ultra-Low Dose Rate)	0,01-0,3	dni
Technika niskiej mocy dawki (LDR- Low Dose Rate)	0,4-2	dni
Technika średniej mocy dawki (MDR - Medium Dose Rate)	2-12	godziny
Technika wysokiej mocy dawki (HDR- High Dose Rate)	> 12	minuty
Technika dawki pulsacyjnej (PDR- Pulse Dose Rate	wartość pośrednia pomiędzy wartościami HDR i LDR	minuty w odstępach godzinnych

Brachyterapia jest metodą inwazyjną, implantacja aplikatorów ze źródłem promieniotwórczym wymaga nierzadko interwencji chirurgicznej. Poprzez lokalizację izotopu w guzie (lub jego otoczeniu), możliwa jest dokładna centralizacja dawki promieniowania, a co za tym idzie, większa ochrona zdrowych tkanek otaczających [2, 8]. Współcześnie, jako źródła promieniowania, najczęściej stosowane są nuklidy emitujące promieniowanie gamma (γ) np.: iryd (Ir–192), cez (Cs–137), kobalt (Co–60), jod (I–125) [6, 9].

Celem pracy jest przedstawienie wybranych aspektów radiobiologii w brachyterapii.

Rozwinięcie

Działanie BTH polega na precyzyjnym kierowaniu promieniowania jonizującego w obszar zmieniony nowotworowo. Umieszczenie źródła promieniowania w bliskim sąsiedztwie leczonego obszaru, zwiększa dawkę otrzymywaną przez tkankę nowotworową, jednocześnie zmniejszając ryzyko uszkodzeń otaczających zdrowych tkanek i narządów. Niejednorodność mocy dawki, wynikająca z gradientów dawek promieniowania stosowanych w BTH, indukuje pojawienie się odpowiedzi popromiennej. W badaniach eksperymentalnych odkryto istnienie minimum dwóch mechanizmów odpowiedzi popromiennej nie związanej bezpośrednio z efektem trafienia w tarczę, jakim jest jądrowe DNA(*Deoxyribonucleic Acid*). Pierwszym z nich jest zjawisko odwrotnej mocy dawki (IDRE - *Inverse Dose Rate Effect*), drugi to tzw. odpowiedź przystosowawcza (AR - *Adaptive Response*). Zjawisko odwrotnej mocy dawki,

przy mocy dawki promieniowania <0,3 Gy/godz., odpowiada za zwiększenie promieniowrażliwości komórek i jest bezpośrednio związane z faktem blokowania komórki w fazie G_2 cyklu komórkowego. Odpowiedź przystosowawcza sprowadza się do zintensyfikowania naprawy uszkodzeń subletalnych , poprzez skrócenie połówkowego czasu naprawy $T_{1/2}$. Warunkiem indukowania tego zjawiska jest zastosowanie niskiej dawki początkowej (*primary dose*) przed dawką właściwą (*challenge dose*) [5, 10, 11].

Czynnikami wpływającymi na efekt biologiczny w komórce guza, jak i zdrowej tkance są: dawka całkowita, całkowity czas leczenia, długość przerwy miedzy frakcjami (dawkami promieniowania), współczynnik α/β oraz połówkowy czas naprawy ($T_{1/2}$). Współczynnik α/β umożliwia szacowanie napraw komórek poddanych działaniu promieniowania, co bezpośrednio przekłada się na planowanie frakcjonowania i określenie mocy dawek BTH (α - letalne uszkodzenia komórek, β - subletalne). Natomiast połówkowy czas naprawy ($T_{1/2}$) i powiązany z nim parametr - stała napraw μ ($\mu = 0{,}696/T_{1/2}$) wykorzystywany jest celem określenia stopnia efektywności różnych technik brachyterapii w leczeniu określonej zmiany patologicznej [10].

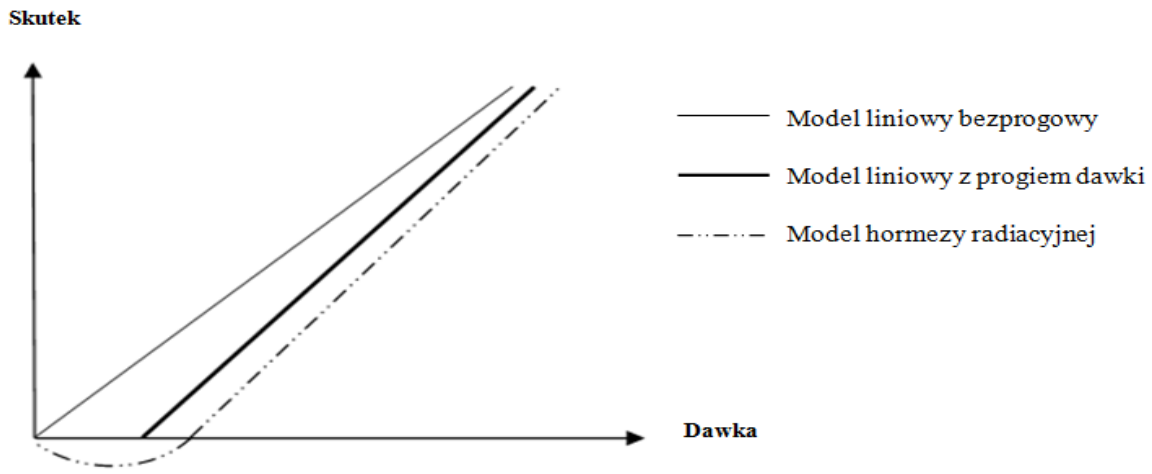
Oddziaływanie promieniowania jonizującego na komórki organizmu ludzkiego jest funkcją prawdopodobieństwa, a ponieważ w wyniku działania czynnika toksycznego uruchamiane są mechanizmy napraw struktur komórkowych, to nie każda komórka zginie. Śmierć komórki w wyniku trwałego uszkodzenia może być skutkiem uszkodzenia letalnego lub kumulacji uszkodzeń subletalnych (nie powodują natychmiastowej śmierci komórki, prowadzą do powstania błędu w kodzie genetycznym). Uszkodzenia subletalne mogą zostać naprawione przez komórki posiadające zdolność do naprawy. Warunkiem procesu naprawy jest zapewnienie odpowiedniego czasu pomiędzy kolejnymi frakcjami promieniowania [11]. Naprawa uszkodzeń subletalnych jest głównym czynnikiem różnicującym LDR BTH a HDR BTH. Ważnym elementem w procesie analizy naprawy uszkodzeń subletalnych powstałych w wyniku BTH jest współczynnik α/β, który jest wykładnikiem zdolności naprawczej tkanek [10, 12]. Współczynnik α/β dla tkanek reagujących wczesnym odczynem wynosi od 7 do 20 [Gy] natomiast dla tkanek reagujących odczynem późnym: od 0,5 do 6 [Gy]. W badaniach eksperymentalnych potwierdzono, że współczynnik α/β tkanki nowotworowej jest taki, jak tkanek reagujących odczynem wczesnym. Stosowany od lat osiemdziesiątych XX wieku model liniowo-kwadratowy (*Linear Quadratic model* –LQ model) – to opis efektu (E) przeżycia komórek po napromienieniu w zależności od wielkości dawki frakcyjnej (d) z uwzględnieniem współczynników: α –śmiertelność komórek w wyniku jednego trafienia

kwantu promieniowania oraz β –śmiertelność komórek w wyniku wielu trafień. Model LQ opisywany jest wzorem: $E=\alpha d +\beta d^2$. Praktyczne jego zastosowanie związane jest z określeniem wpływu dawki frakcyjnej na komórki nowotworowe oraz ustaleniem parametrów frakcjonowania [13]. Dodatkowo model LQ ma zastosowanie w określeniu odczynu popromiennego tkanek zdrowych w danym planie leczenia.

W 1975 roku Rodney Withers wprowadził do radioterapii pojęcie "4R", które opisuje odpowiedź tkanki nowotworowej po napromienieniu [14, 15]:

- *Repair* - wewnątrzkomórkowa naprawa subletalnych uszkodzeń popromiennych.
- *Redistribution* - powrót do wyjściowej liczby komórek w poszczególnych fazach cyklu.
- *Reoxygenation* - poprawa utlenowania komórek, co może przyczynić się do zwiększenia ich promieniowrażliwości.
- *Repopulation* - wzrost bezwzględnej liczby komórek z zachowaną zdolnością do podziału mitotycznego; komórki pozostają w tej fazie cyklu komórkowego, w której uległy napromienieniu do momentu naprawy uszkodzeń subletalnych.
- W 1989 roku Gordon Steel wprowadził do "listy Withersa" kolejną pozycję:
- *Radiosensitivity* - wewnątrzkomórkowa promieniowrażliwość danej komórki zależną od jej genomu i stanu biochemicznego.

W radiobiologii opisywane są trzy główne modele zależności dawka promieniowania jonizującego - odpowiedź organizmu. Działanie promieniowania jonizującego na organizm ludzki, jako manifestację skutków w funkcji dawki przedstawiono na Ryc 1.



Ryc. 1. Modele zależności dawka promieniowania jonizującego-skutek biologiczny

Współcześnie idea ochrony przed promieniowaniem jonizującym jest oparta na założeniu, że każda dawka promieniowania, bez względu na to, jak mała, może spowodować skutki dla zdrowia człowieka, takie jak nowotwór i dziedziczne wady genetyczne (model liniowy bez progu).

Ponieważ bardzo trudno stwierdzić, że dane zachorowanie związane jest z ekspozycją na promieniowanie i raczej należy rozważać działanie kilku czynników kancerogennych, to filozofia radykalnego obniżenia dawek realnie wpływa na minimalizowanie ryzyka.

Model liniowy z progiem dawki wskazuje, że nie ma żadnych skutków klinicznych przy niskich dawkach, jednak po przekroczeniu progu efekty są widoczne i zwiększają sie liniowo wraz ze wzrostem dawki. Problem polega na tym, że próg dawki nie jest wielkością stałą, jest powiązany głównie z czynnikami zależnymi od osobniczej zmienności osób poddawanych działaniu promieniowania jonizującego np.: płeć i wiek, obecność schorzeń obniżających odporność [16, 17]. Trzecia koncepcja przedstawiona na Ryc. 1 to hormeza radiacyjna, która zakłada pozytywne działanie promieniowania na organizm ludzki w zakresie małych dawek (< 200 [mGy]). Idea tego modelu dawka promieniowania-skutek radiacyjny związana jest z istnieniem odpowiedzi przystosowawczej organizmu, gdyż promieniowanie jonizujące zawsze jest obecne w otoczeniu człowieka np. promieniowanie kosmiczne [18].

Skutki działania promieniowania jonizującego na organizmy żywe dzieli się na: efekty deterministyczne (niestochastyczne) i stochastyczne. Warunkiem wystąpienia efektów deterministycznych jest obecność tzw. dawki progowej. Przekroczenie dawki progowej implikuje wystąpienie skutków niestochastycznych promieniowania. Zmiany chorobowe zależą od ilości uśmierconych przez promieniowanie komórek. Uszkodzeniu ulegają w pierwszym rzędzie narządy promieniowrażliwe (gonady, szpik kostny). Ubytek w populacji komórek danego narządu nie jest uzupełniany przez proliferację komórkową i może inicjować procesy zapalne (gorączka, bakteriemia), a także przyspieszać procesy starzenia się komórki [19, 20]. Narząd może przejściowo lub na stałe utracić zdolność do wypełniania swoich funkcji. Efekty deterministyczne nie są dziedziczone. Do skutków deterministycznych zaliczamy: uszkodzenie układu krwiotwórczego, lokalne martwicze zmiany skóry, przejściową bezpłodność, zaćmę popromienną, a także choroby tarczycy [21]. Natomiast efekty stochastyczne występują z określonym prawdopodobieństwem, które zależy w sposób liniowy od otrzymanej dawki. Wskutek działania promieniowania X, uszkodzeniu ulega tarcza DNA. W przypadku braku możliwości naprawy, komórka ulega mutacji lub obumarciu. Powstałe mutacje są źródłem nowotworów złośliwych lub wad rozwojowych u

potomstwa , kiedy napromienieniu została gameta żeńska lub męska albo płód. Obserwacje wskazują, że w obszarach względnie niskich dawek napromieniania stosowanych w radioterapii np. obszary brzegowe pomiędzy tkanką zdrową i napromienianą oraz w pewnym oddaleniu od tkanki napromienianej stwierdzono większą częstotliwość wtórnych nowotworów aniżeli w obszarze wysokiej dawki [22].

Podsumowanie

Do głównych korzystnych cech zastosowania brachyterapii należy zaliczyć [23, 24]:

- pozycjonowanie źródła izotopu promieniotwórczego w bezpośrednim sąsiedztwie lub w samej masie guza
- krótki całkowity czas leczenia - skutkuje zmniejszeniem efektu repopulacji w guzie
- niewielki odsetek odczynów popromiennych wczesnych i późnych przy LDL i ochrona narządów krytycznych przy HDR
- względnie krótszy czas leczenia niż w TRTH

Natomiast wśród wad należy uwzględnić [23, 24]:

- ograniczone zastosowanie do małych, łatwo dostępnych guzów
- inwazyjność metody wymagające interwencji chirurgicznej lub dodatkowych zabiegów np. bronchoskopii, gastroskopii, itp.
- trudny do oszacowania "geometryczny" rozkład mocy dawki
- możliwość zmiany położenia aplikatora w guzie
- obniżony komfort psycho-somatyczny pacjenta związany z implantacją aplikatorów źródeł promieniowania jonizującego

Piśmiennictwo

1. Wojtyniak B., Goryński P., Moskalewicz B.: Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego -Państwowy Zakład Higieny, Warszawa, 2012, 11-20.
2. Krajewski P.: Ochrona radiologiczna w medycynie. Centralne Laboratorium Ochrony Radiologicznej, Warszawa, 2009, 10-13.
3. Skwarzec B.: Maria Skłodowska-Curie (1867–1934) - her life and discoveries. Anal Bioanal Chem., 2011, 400,6, 1547-54.
4. Makarewicz R.: Brachyterapia HDR. Wydawnictwo Via Media, Gdańsk 2004.
5. Hall E. J., Giaccia A. J.: Radiobiology for the radiologist. WOLTERS KLUWER business, Filadelfia, 2012.

6. Skowronek J.: Brachytherapy. Greatpoland Cancer Center, Poznań, 2004, 4-8.
7. Terlikiewicz J., Makarewicz R.: Rola brachyterapii HDR w paliatywnym leczeniu pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową. PMP, 2006, 5,2, 62–70.
8. Źródło. http://www.wco.pl/zb/files/download/stud-lek.pdf. data pobrania: 03.01.2014r.
9. Pierquin B., Marinello G.: A practical manual of brachytherapy. Medical Physics Publishing, Madison 1997.
10. Żyromska A., Makarewicz R.: Radiobiologia w brachyterapii. Współ. Onkol., 2009, 13,5, 241–246.
11. Health risks from exposure to low levels of ionizing radiation. National Research Council, Waszyngton, 2003, 43-64.
12. Pajonka F., Vlashia E., McBridea W. H.: Radiation resistance of cancer stem cells: The 4 R's of radiobiology revisited. Stem Cells., 2010, 28,4, 639–648.
13. Biswas J., Rajguru T. K., Choudhury K. B., Dutta S., Sharma S., Sarkar A.: Fractionated beam radiotherapy is a special case of continuous beam radiotherapy when irradiation time is small. JCRT., 2013, 9,3, 348-350.
14. Gasińska A.: Leksykon pojęć i definicji – radiobiologia kliniczna cz. II. Nowotwory, 2006, 56,6, 721–730.
15. Haffty B. G.,Wilson L. D.: Handbook of radiation oncology: basic principles and clinical protocols. Jones and Bartlett Publishers International, Londyn, 2009, 41-72.
16. Bolus N. E.: Basic review of radiation biology and terminology. J Nucl Med Technol., 2001, 29,2, 67-73.
17. Czerżyńska M., Pasieka E.: Letalny wpływ promieniowania rentgenowskiego na komórki organizmu ludzkiego. Uzasadnienie stosowania ochrony radiologicznej. Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C. R., Lewko J., Kułak W. (red.): W drodze do brzegu życia. T. XI. Uniwersytet Medyczny, Białystok, 2013, 215-223.
18. Kant K.: Radiation hormesis in humans exposed to low level ionizing radiation. Asian J. Chem., 2009, 21,10, 188-194.
19. Rozalski R. i wsp. The level of 8-hydroxyguanine, a possible repair product of oxidative DNA damage, is higher in urine of cancer patients than in control subjects. Cancer Epid Biom Prev. 2002, 11, 1072-1075.
20. Ling CC, Spiro IJ, Mitchell J, Stickler BA. The variation of OER with dose rate. Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys., 1985, 11, 1367-73.
21. Wronkowski Z. i wsp.: Wprowadzenie (w:) Wronkowski Z., Brużewicz Sz. (red) Chemioterapia i radioterapia. PZWL, Warszawa, 2007, 9-28.

22. Milecki P., Szyfter K.: Efekt karcinogeny napromieniania w przedziale niskich dawek. Reports of Practical Oncology & Radiotherapy, 2003, 8, 246.
23. Mayles P., Nahum A., Rosenwald J.C.: Handbook of radiotherapy physics: theory and practice. Taylor&Francis, Boca Raton, 2007, 1093-1099.
24. Skowronek J.: Brachyterapia ogólna. http://www.wco.pl/zb/files/download/Warsztaty-naukowe-konspekt-brachyterapia.pdf., data pobrania 25.01.2014.

Manias Sylwia[1], Rutkowska Joanna[1], Fabczak Magdalena[2]

Mowa przełykowa i mowa przetokowa w ocenie pacjenta po całkowitym usunięciu krtani- studium przypadku

1. Studentki Logopedii z Fonoaudiologią, Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Pracownik SPZOZ Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. J. Śniadeckiego w Białymstoku, Przewodnicząca Podlaskiego Towarzystwa Laryngektomowanych

Wstęp

Rak wiążę się z cierpieniem, lękiem, bólem, a także śmiercią i dla większości oznacza wyrok, pozbawienie wielu możliwości, które pacjent posiadał przed chorobą. Osoby z nowotworem krtani zmagają się dodatkowo z kolejnym problemem – utratą głosu. Chory po powrocie ze szpitala musi przyzwyczaić się do sytuacji, takiej która dotąd nie była mu znana. Wprawdzie operacja ratuje pacjentowi życie, ale trwale go okalecza, a co za tym idzie przyczynia się do pozbawienia możliwości komunikowania się z otoczeniem na poziomie werbalnym, wpływa na zmianę sytuacji społecznej, rodzinnej i zawodowej. Czynniki te doprowadzają pacjenta do depresji, wyizolowania, bezsilności i zniechęcenia, z którymi często nie potrafi sobie poradzić. W tym momencie najistotniejsze jest skoncentrowanie się na najważniejszym problemie: nauce mowy zastępczej oraz psychoterapii [1].

Rak krtani jest czwartym nowotworem ze wszystkich występujących u mężczyzn, natomiast u kobiet znajduje się na 27 miejscu, przy czym wśród kobiet występuje 10-krotnie rzadziej, jednak w ostatnich latach obserwuje się tendencję wzrostową również wśród tej grupy [2].

Podstawowymi czynnikami predysponującymi do wystąpienia raka krtani jest palenie tytoniu i picie wysokoprocentowych alkoholi. Około 96% chorujących na nowotwór krtani to osoby palące, zaś ok. 50% nadużywające alkohol. Literatura wskazuje na wzajemne oddziaływanie obu tych czynników w procesie kancerogenezy [3,4,5].

Pozostałe czynniki, które predysponują do wystąpienia raka krtani to substancje związane ze środowiskiem pracy: związki chromu, substancje smołowe, pyły azbestu, cementu, wapnia, pary kwasu azotowego, pyły drzewne, tworzywa sztuczne i gumowe [5]. Zwiększone ryzyka zachorowania związane jest także z dietą bogato białkową oraz ubogą szczególnie w witaminę A i C i spożywaniem produktów konserwowanych [5]. Należy także wspomnieć o przewlekłych stanach chorobowych oraz infekcjach wirusowych, np.

brodawczaka ludzkiego HPV, które stanowią czynnik predysponujący do rozwoju procesu nowotworowego krtani [5,6].

Rak krtani należy do nowotworów, których wczesne rozpoznanie, zdiagnozowanie i leczenie daje dużą szansę wyleczeń. Często zdarza się, że do oddziałów szpitalnych trafiają pacjenci z zaawansowanym procesem nowotworowym. Taka sytuacja spowodowana jest podstępnym rozwojem choroby, brakiem objawów patognomicznych we wczesnym rozwoju oraz symptomami, które w ocenie pacjenta uznawane są za błahe jak np.: chrypka, czy ból gardła. W początkowym okresie rozwoju choroby są one ukryte i zbliżone do ostrych i przewlekłych stanów zapalnych błony śluzowej, gruźlicy, polipów i guzków fałdów głosowych, co powoduje trudność we wczesnym rozpoznaniu raka. Okres ten jest ważny dla chorego i często decyduje o jego życiu. Nawet niewielkie dolegliwości zgłaszane przez pacjenta powinny być podstawą skierowania badanego do specjalisty laryngologa przez lekarza pierwszego kontaktu [5].

Niemniej jednak z badań wynika, że czas, który upływa od momentu wystąpienia pierwszych objawów do rozpoznania choroby i podjęcia odpowiedniego postępowania wynosi 6 miesięcy [5]. W początkowym stadium choroby stosuje się radioterapię z ewentualną częściową resekcją, natomiast w zaawansowanym procesie choroby nowotworowej wskazane jest leczenie multimodalne, na które składają się chemioterapia i radioterapia lub interwencja chirurgiczna i radioterapia [7]. Interwencja chirurgiczna najczęściej polega na operacyjnym usunięciu krtani wraz z guzem. Zabieg ten nazywany jest laryngektomią całkowitą.

Operacji co roku poddawanych jest kilkadziesiąt tysięcy pacjentów. Całkowita resekcja krtani wykonywana jest przy wysokim stadium zaawansowania procesu nowotworowego, gdy zabiegi częściowe nie są wystarczające oraz w przypadkach nawrotu choroby po laryngektomii częściowej lub po radioterapii. W Polsce rocznie szacunkowo przeprowadza się około 1500 operacji całkowitego usunięcia krtani [8]. W społeczeństwie polskim najczęściej operacji laryngektomii całkowitej poddawane są osoby po 55 roku życia. Jednak obecnie obserwuje się także tendencję wzrostową zachorowań na raka krtani osób w młodszym wieku [9,10]. Laryngektomia całkowita daje szansę wyleczenia choroby zasadniczej, jednak jest zabiegiem trwale okaleczającym, powodującym utratę możliwości posługiwania się normalnym, dźwięcznym głosem. Konsekwencją leczenia nowotworów głowy i szyi, do których należy rak krtani jest zmiana podstawowych funkcji organizmu, które wpływają na stan psychiczny chorych, znacznie nasilają niepokój i depresję, ograniczają kontakty społeczne [11,12]. Zatem leczenie osób po całkowitym usunięciu krtani

powinno mieć charakter kompleksowy. Oprócz leczenia chirurgicznego pacjent powinien mieć zapewnioną rehabilitację logopedyczną oraz psychoterapię, którą należy rozpocząć już w okresie przedoperacyjnym [13]. Głównym celem rehabilitacji logopedycznej w okresie pooperacyjnym jest wykształcenie głosu i mowy zastępczej za pomocą różnych metod.

Metody rehabilitacji głosu i mowy zastępczej

Obecnie istnieją różne sposoby rehabilitacji głosu i mowy osób laryngektomowanych [6]:

- wytworzenie głosu i mowy przełykowej
- wykształcenie tzw. mowy przetokowej poprzez operacyjne wytworzenie przetok głosowych
- korzystanie z urządzeń elektrycznych, tzw. „sztucznych krtani".

Aktualnie jednym z najczęściej stosowanych sposobów rehabilitacji głosu i mowy zastępczej jest metoda przełykowa. Twórcą terminu głos i mowa zastępcza jest Gutzmann, zaś Seemann jest autorem pojęcia „głos przełykowy". Głos i mowa przełykowa powstaje dzięki generatorowi drgań, którego funkcję pełnią usta przełyku, czyli zwieracz gardłowo-przełykowy. Natomiast przełyk staje się zastępczym zbiornikiem powietrza, które jest usuwane ruchem antyperystaltycznym z przełyku i wprowadza segment gardłowo-przełykowy w drgania. W ten sposób powstaje dźwięk odbitego powietrza, który nazywa się ructusem. Jamy rezonacyjne ciała oraz narząd artykulacyjny odpowiadają za modulację tonu podstawowego [12].

Najtrudniejszym etapem procesu rehabilitacji mowy przełykowej jest nauczenie się zaczerpnięcia powietrza do przełyku, a następnie uzyskanie dźwięcznego odbicia. Stosuje się trzy podstawowe metody, dzięki którym pacjent jest w stanie uzyskać *ructus* i wykorzystać go do tworzenia mowy. Należą do nich metoda aspiracji, iniekcji i połykania. Mowa przełykowa posiada wiele wada w opinii badaczy, miedzy innymi słabe parametry akustyczne i dłuższy czas rehabilitacji w porównaniu do mowy przetokowej. Łuczaj do mankamentów (wad) mowy przełykowej zalicza także brak płynności mówienia oraz niski, męczliwy i szorstki głos. Nie należy jednak zapominać o tym, że mowa przełykowa posiada również wiele zalet, które przyczyniają się do uznania tego sposobu tworzenia głosu za lepszy niż komunikowanie się za pomocą mowy przetokowej. Wytworzenie głosu i mowy za pomocą metody przełykowej zwalnia pacjenta z konieczności wymiany oraz pielęgnacji protezy głosowej. Chory dzięki posługiwaniu się mową przełykową nie musi zamykać palcem tracheostomy, co pozwala na wykonywanie przez niego w trakcie mówienia wielu czynności i tym samym

podwyższa komfort życia pacjenta. Opanowanie umiejętności posługiwania się mową przełykową według różnych autorów waha się od 30- 75% [14,15,16].

Możliwość porozumiewania się laryngektomowanego z otoczeniem daje także mowa przetokowa, którą można uzyskać dzięki chirurgicznemu wytworzeniu przetok tchawiczo-przełykowych i wszczepieniu protezy głosowej. Najczęściej przetoki tworzone są w trakcie operacji całkowitego usunięcia krtani(przetoki pierwotne) lub w przypadku gdy pacjent nie opanuje naturalnej mowy zastępczej(przetoki wtórne). Zabiegi prowadzą do wytworzenia kanału między tchawicą, a przełykiem lub gardłem dolnym, który pozwala na efektywniejsze wprowadzenie powietrza do zastępczego zbiornika powietrza [13]. W zależności od tego czy funkcję zbiornika powietrza pełni gardło dolne, czy przełyk mowa jest nazywana przetokowo-gardłową lub przetokowo- przełykową. Zasada tworzenia mowy przetokowo- przełykowej jest taka sama, jak w przypadku głosu przełykowego, ponieważ powstaje w wyniku wzbudzenia segmentu gardłowo-przełykowego. Różnica polega na tym, że do jego wzbudzenia wykorzystywane jest wydechowe powietrze z płuc. Proteza głosowa nie jest generatorem dźwięku, lecz ułatwia przepływ powietrza z płuc do przełyku i gardła dolnego [9,14,17]. Metoda ta jest częściej wybierana przez chorych ze względu na krótki czas rehabilitacji mowy oraz dobre parametry percepcyjno-akustyczne uzyskanego głosu. Około 80% chorych uzyskuje w krótkim czasie bardzo dobry głos przetokowy [18]. Dla chorych ważna jest również stała gotowość do mówienia, możliwość wykształcenia płynnej i długiej wypowiedzi, które pacjent może uzyskać dzięki protezie głosowej [13,19].

Jednak wszczepienie protezy głosowej wiąże się także z możliwością wystąpienia powikłań okołooperacyjnych i odległych. Najczęściej występuje poszerzenie światła przetoki, które powoduje przeciekanie śliny i pokarmu, pojawienie się stanów zapalnych i grzybiczych wokół protezy oraz aspiracje urządzenia do dróg oddechowych [12].

Cel pracy

Celem pracy była ocena i porównanie mowy przełykowej oraz mowy przetokowej przez pacjenta laryngektomowanego.

Materiał i metody

Badaniu poddano pacjenta laryngektomowanego w wieku 55 lat, z którym kontakt umożliwiła Pani Magdalena Fabczak, logopeda pracujący w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. J. Śniadeckiego w Białymstoku.

Badanie zostało przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem kwestionariusza wywiadu. Ankieta zawierała 15 pytań zamkniętych, 1 pytanie otwarte oraz 1 pytanie metryczkowe. Została przeprowadzona w styczniu 2014 roku. Ankieta składała się z

czterech części dotyczących: danych pacjenta, czynników, które doprowadziły do choroby, procesu rehabilitacji głosu i mowy zastępczej oraz odczuć towarzyszących pacjentowi podczas rehabilitacji.

Charakterystyka badanego pacjenta

Pan Roman, mieszkaniec Białegostoku, żonaty, wykształcenie średnie techniczne, technik mechanik, frezer, tokarz, spawacz. Pacjent przyjęty do Kliniki Otolaryngologii z powodu uczucia zawadzania w gardle, chrypki - objawów trwających od października 2006 roku, leczony ambulatoryjnie bez efektów. Do badania histopatologicznego pobrany został wycinek, w którym stwierdzono rak płaskonabłonkowy krtani z przerzutami do węzłów chłonnych szyi. W wyniku tego przeprowadzono operację całkowitego usunięcia krtani wraz z węzłami chłonnymi w czerwcu 2007 roku. Podczas operacji została wszczepiona proteza głosowa, którą pacjent wykorzystywał do tworzenia głosu i mowy zastępczej przez okres 2 lat. Z powodu aspiracji urządzenia do żołądka proteza została wszczepiona powtórnie i wykorzystywana przez pacjenta przez okres kolejnych 3 lat. W 2012 roku po powtórnej aspiracji protezy głosowej do żołądka pacjent wraz z zespołem specjalistów podjął decyzję o zamknięciu przetoki tchawiczo-przełykowej. Od tego momentu do chwili obecnej laryngektomowany posługuje się mową przełykową.

Okres pooperacyjny przebiegał bez powikłań. Pacjent skierowany został na leczenie uzupełniające radioterapią i chemioterapią.

Kwestionariusz wywiadu

Mowa przetokowa	**Mowa przełykowa**
1. Czynniki, które doprowadziły do choroby: ☐ Palenie tytoniu ☐ Alkohol ☐ Infekcje wirusowe ☐ środowisko pracy ☐ nieświadome spożycie substancji żrącej	
2.W jakim czasie po operacji rozpoczął/ęła Pan/i rehabilitację głosu i mowy? ☐ Po kilku dniach	**2. W jakim czasie po operacji rozpoczął/ęła Pan/i rehabilitację głosu i mowy?** ☐ Po dwukrotnej aspiracji protezy głosowej do żołądka (okres 5 lat od operacji)
3.Jak długo trwał proces rehabilitacji głosu i mowy? ☐ 1 rok	**3.Jak długo trwał proces rehabilitacji głosu i mowy?** ☐ Nadal trwa
4.Czy regularnie uczęszczał/a Pan/i na	**4.Czy regularnie uczęszczał/a Pan/i na**

terapię logopedyczną głosu i mowy? ☐ Nie uczęszczałem na terapię, ponieważ wyćwiczyłem mowę samodzielnie.	**terapię logopedyczną głosu i mowy?** ☐ Ćwiczyłem samodzielnie przez 5-6 godzin dziennie, w między czasie skonsultowałem się z logopedą w celu wskazania odpowiednich ćwiczeń. Nadal ćwiczę regularnie, proces rehabilitacji nie został zakończony.
5.Dlaczego postanowił/a Pan/i rozpocząć rehabilitację głosu i mowy? ☐ Chciałem/am uzyskać możliwość komunikowania się z otoczeniem	**5. Dlaczego postanowił/a Pan/i rozpocząć rehabilitację głosu i mowy?** ☐ Chciałem/am uzyskać możliwość komunikowania się z otoczeniem ☐ Chciałem/am być akceptowany/a przez otoczenie ☐ Chciałem/am walczyć z chorobą ☐ Chciałem/am podwyższyć poczucie własnej wartości
6. Jakie trudności pojawiły się podczas procesu rehabilitacji głosu i mowy? ☐ Miałem/am problemy z wykonywaniem niektórych ćwiczeń ☐ Wydłużenie procesu rehabilitacji z powodu powikłań pooperacyjnych	**6. Jakie trudności pojawiły się podczas procesu rehabilitacji głosu i mowy?** ☐ Wydłużenie procesu rehabilitacji z powodu powikłań pooperacyjnych ☐ Miałem/am problem z wykonywaniem niektórych ćwiczeń
7. Które z ćwiczeń sprawiły Panu/i największą trudność? Wszystkie	**7. Które z ćwiczeń sprawiły Panu/i największą trudność?** Wszystkie
8. Czy chciał/a Pan/i zrezygnować z procesu rehabilitacji głosu i mowy? ☐ Tak chciałem z powodu mankamentów protezy głosowej	**8. Czy chciał/a Pan/i zrezygnować z procesu rehabilitacji głosu i mowy?** ☐ Na żadnym etapie procesu rehabilitacji nie chciałem zrezygnować z terapii
9. Czy miał Pan wsparcie ze strony otoczenia podczas procesu rehabilitacji głosu i mowy? ☐ Tak, wspierała mnie moja rodzina/bliskie osoby ☐ Tak, wspierały mnie osoby spoza najbliższego otoczenia ☐ Tak, wspierał mnie logopeda/ lekarz	**9. Czy miał Pan wsparcie ze strony otoczenia podczas procesu rehabilitacji głosu i mowy?** ☐ Tak, wspierała mnie moja rodzina/bliskie osoby ☐ Tak, wspierały mnie osoby spoza najbliższego otoczenia ☐ Tak, wspierał mnie logopeda/ lekarz
10. Jakie korzyści wynikały z procesu rehabilitacji głosu i mowy? ☐ Możliwość komunikowania się z otoczeniem za pomocą mowy zastępczej ☐ Wiara w możliwość pokonania choroby ☐ Zaakceptowanie siebie i swojej choroby ☐ Poznanie ludzi z podobnymi problemami i wymiana doświadczeń	**10. Jakie korzyści wynikały z procesu rehabilitacji głosu i mowy?** ☐ Możliwość komunikowania się z otoczeniem za pomocą mowy zastępczej ☐ Wiara w możliwość pokonania choroby ☐ Zaakceptowanie siebie i swojej choroby ☐ Poznanie ludzi z podobnymi problemami i wymiana doświadczeń

11.Czy zauważył/a Pan/i mankamenty związane z protezą głosową? ☐ Nieszczelność przetok i wynikająca z tego powodu okresowa wymiana ☐ Absorbujące czynności manualne związane z higieną i utrzymaniem protezy ☐ Aspiracja do dróg oddechowych (ciało obce) ☐ Konieczność zamykania tracheostomy ręką podczas fonacji	**11. Czy zauważył Pan/i mankamenty mowy przełykowej?** ☐ Zwolnione tempo mowy ☐ Głos zbyt niski ☐ Słaba zrozumiałość mowy ☐ Słaba jakość uzyskanego głosu
12. Jak ocenia Pan/i zrozumiałość swojej mowy przetokowej? ☐ Jest dobrze zrozumiała dla osób, z którymi często rozmawiam i które przyzwyczaiły się do mojego głosu ☐ Jest zrozumiała dla osób spoza najbliższego otoczenia ☐ Jest słabo zrozumiała dla osób, z którymi rozmawiam przez telefon ze względu na występowanie szmerów i świstów ☐ Jest bardzo dobrze zrozumiała dla osób, które również posługują się mową przetokową	**12. Jak ocenia Pan/i zrozumiałość swojej mowy przełykowej?** ☐ Jest dobrze zrozumiała dla osób, z którymi często rozmawiam i które przyzwyczaiły się do mojego głosu ☐ Jest zrozumiała dla osób spoza najbliższego otoczenia ☐ Jest dobrze zrozumiała dla osób, z którymi rozmawiam przez telefon ☐ Jest bardzo dobrze zrozumiała dla osób, które również posługują się mową przełykową
13. Jak ocenia Pan/i skuteczność rehabilitacji głosu i mowy metodą przetokową? ☐ Uważam, że jest skuteczna, bo udało mi się wykształcić mowę zastępczą ☐ Myślę, że jest skuteczna, bo udało mi się wykształcić mowę zastępczą mimo trudności podczas rehabilitacji	**13. Jak ocenia Pan/i skuteczność rehabilitacji głosu i mowy metodą przełykową?** ☐ Uważam, że jest bardzo skuteczna, bo udało mi się wykształcić mowę zastępczą ☐ Myślę, że jest skuteczna, bo udało mi się wykształcić mowę zastępczą mimo trudności podczas rehabilitacji
14. Czy zmieniłby/aby Pan/i metodę, którą się Pan/i posługuje? ☐ Tak, chciałem/am posługiwać się metodą naturalną(przełykową/gardłową)	**14.Czy zmieniłby/aby Pan/i metodę, którą się Pan/i posługuje?** ☐ Nie zmieniłbym/abym, ponieważ metoda przełykowa mi odpowiada
15. Co sądzi Pan/i o tworzeniu głosu i mowy przy pomocy protezy głosowej? ☐ Rozmawiając z osobami posługującymi się protezą głosową, mogę stwierdzić, że używanie protezy głosowej wiąże się z wieloma problemami.	**15. Co sądzi Pan/i o tworzeniu głosu i mowy metodą przełykową?** ☐ Podziwiam osoby posługujące się mową przełykową, ponieważ wykształciły głos i mowę w sposób naturalny – bez dodatkowych urządzeń ☐ Podziwiam osoby posługujące się mową przełykową, ponieważ zdecydowały się podjąć wysiłek i poświęcić dłuższy czas na rehabilitację głosu i mowy ☐ Uważam, że metoda przełykowa jest bardziej komfortowa niż metoda przetokowa

16. Jakie odczucia towarzyszyły Panu/i podczas rehabilitacji głosu i mowy?
☐ Zadowolenie
☐ Niepewność
☐ Niepokój
☐ Wstyd
☐ Zwątpienie
☐ Bezradność
☐ Podekscytowanie

17. Jakie odczucia towarzyszą Panu/i podczas posługiwania się mową zastępczą?
☐ Lęk przed oceną społeczną z powodu zmiany sposobu porozumiewania się
☐ Obawa przed nieosiągnięciem zadawalającego poziomu mowy
☐ Poczucie braku akceptacji ze strony otoczenia
☐ Poczucie odmienności z powodu posługiwania się mową zastępczą
☐ Zadowolenie z możliwości komunikowania się z otoczeniem za pomocą mowy zastępczej
☐ Poczucie wstydu
Satysfakcja z rozmowy

Omówienie

Pan Roman chętnie odpowiedział na wszystkie pytania umieszczone w kwestionariuszu. Pacjent udzielił takich samych odpowiedzi na większość pytań dotyczących zarówno mowy przetokowej i mowy przełykowej. Poniżej szczegółowej analizie zostały poddane poszczególne odpowiedzi pacjenta wskazujące na elementy różnicujące obie metody tworzenia głosu i mowy zastępczej.

Odpowiedź na pytanie 5 wskazuje na to, że konsultacja z lekarzem specjalistą wpłynęła na pierwotną decyzję pacjenta dotyczącą wyboru metody kształcenia głosu i mowy zastępczej.

Mimo, że korzystanie z protezy głosowej posiada wiele wad, o których pacjent został poinformowany przez lekarza (nieszczelność przetok, absorbujące czynności manualne związane z higieną i utrzymaniem protezy, aspiracja urządzenia do dróg oddechowych, konieczność zamykania ręką tracheostomy podczas fonacji) badany zdecydował się wybrać tę metodę ze względu na możliwość komunikowania się z otoczeniem w krótkim czasie po operacji, co sugeruje odpowiedź na pytanie 2. Po dwóch latach korzystania z protezy głosowej nastąpiła aspiracja urządzenia do żołądka. Po kolejnych trzech latach doszło do powtórnej aspiracji. Incydenty, które miały miejsce uświadomiły pacjenta, że wady, które pacjent wymienił w pytaniu 11, i o których został poinformowany przed operacją będą na tyle utrudniały jego życie, że zdecyduje się zmienić metodę i podjąć trud jaki wiąże się z nauką mowy przełykowej. Nawet biorąc pod uwagę ryzyko nie zamknięcia przetoki

tcahwiczo-przełykowej po usunięciu protezy głosowej i tym samym możliwości nie osiągnięcia zadawalającego poziomu mowy przełykowej pacjent nie zniechęca się.

Odpowiedź na pytanie 4 faktycznie wskazuje na to, że nauka mowy przełykowej wymaga od pacjenta zaangażowania i poświęcenia. Proces jej kształcenia jest dłuższy niż w przypadku zastosowania protezy głosowej i zmusza pacjenta do systematycznego wielogodzinnego (5-6godz.)wykonywania samodzielnie ćwiczeń. Mimo trudu związanego z metodą przełykową, na który badany wskazuje w pytaniu 11(zwolnione tempo mowy, głos zbyt niski) pacjent nie poddaje się i jest pozytywnie nastawiony do procesu doskonalenia głosu i mowy zastępczej. Należy zauważyć, że pacjent nie podaje wad mowy przełykowej, które często są wymieniane w literaturze- słaba zrozumiałość mowy, słaba jakość uzyskanego głosu, co świadczy o tym, że według pacjenta skuteczność wybranej metody i jakość uzyskanego głosu i mowy zastępczej w dużym stopniu zależą od zaangażowania, chęci i indywidualnych możliwości chorego.

Analiza odpowiedzi na pytanie 12 wskazuje, że mowa z wykorzystaniem protezy głosowej jest słabo zrozumiała dla osób, z którymi pacjent rozmawia przez telefon ze względu na występowanie szmerów i świstów. Mankament ten, który nie występuje w mowie przełykowej jest kolejnym dowodem na potwierdzenie słuszności wyboru pacjenta, na co wskazuje odpowiedź w pytaniu 14.

Odpowiedź na pytanie 15 jest podsumowaniem rozważań dotyczących porównania obu metod bardzo dobrze znanych pacjentowi. Pan Roman jest zwolennikiem metody przełykowej, ponieważ w jego odczuciu jest ona bardziej komfortowa niż posługiwanie się protezą głosową. Jednocześnie pacjent podziwia wszystkie osoby, które podejmują trud i wysiłek wykształcenia mowy przełykowej, ponieważ tworzą ją wykorzystując naturalne zasoby ludzkiego organizmu bez konieczności stosowania dodatkowych urządzeń. Pacjent zdecydowanie woli przezwyciężać ograniczenia własnego organizmu ćwicząc wytrwale i systematycznie niż zmagać się z wadami technicznymi protezy głosowej.

Odczucia towarzyszące pacjentowi laryngektomowanemu podczas rehabilitacji głosu i mowy zastępczej

Podczas procesu kształcenia mowy zastępczej pacjentowi towarzyszyły różne odczucia zarówno pozytywne takie jak: zadowolenie i podekscytowanie, które wynikały z możliwości komunikowania się z otoczeniem i osiągnięcia satysfakcjonującego poziomu mowy zastępczej, zrozumiałej dla odbiorcy. Pojawiały się również negatywne odczucia wpływające na stan psychiczny pacjenta: niepewność, niepokój, wstyd, zwątpienie oraz bezradność, co wskazuje na potrzebę włączenia w proces rehabilitacji psychologa.

Przypuszczalnie chory przezwyciężył emocje o przykrym charakterze dzięki wsparciu rodziny i bliskich osób oraz całego grona specjalistów, którzy opiekowali się pacjentem w okresie okołooperacyjnym.

Pan Roman podczas komunikowania się z otoczeniem często odczuwał lęk przed oceną społeczną, wstyd, brak akceptacji ze strony rozmówców oraz poczucie odmienności z powodu zmiany sposobu porozumiewania się. Mimo pojawienia się wielu emocji o przykrym charakterze, które wynikały z trudności związanych z procesem rehabilitacji głosu i mowy zastępczej, pacjent stale odczuwa chęć uczestniczenia w życiu społecznym i nie wykazuje postawy izolacji.

Podsumowanie

Możliwość posługiwania się mową przełykową oraz przetokową pozwoliła pacjentowi dokonać porównania obu sposobów tworzenia głosu i mowy zastępczej. Badany pomimo zalet mowy przetokowej wymienianych w literaturze zauważył również wiele wad protezy głosowej. Na tej podstawie podjął decyzję o kształceniu mowy przełykowej. Pomimo świadomości iż okres rehabilitacji w przypadku mowy przełykowej jest zdecydowanie dłuższy i wymaga większego wysiłku, pacjent podejmuje trud i dąży do tego aby poziom jego mowy zastępczej był jak najbardziej zbliżony do fizjologicznego.

Rozważając przypadek Pana Romana można wnioskować, że w procesie kompleksowej rehabilitacji należy przede wszystkim uwzględnić odczucia i indywidualne potrzeby pacjenta. Trzeba pamiętać, że to pacjent jest najważniejszą jednostką w procesie rehabilitacji.

Na podstawie opisanego przypadku należy zachęcić wszystkich laryngektomowanych do wytrwałej i systematycznej pracy nad tworzeniem mowy przełykowej, gdyż tylko ta metoda pozwala wykorzystać naturalne zasoby ludzkiego organizmu.

Piśmiennictwo

1. Sinkiewicz A.: Miejmy odwagę mówić [w:] Biuletyn Informacyjny, Wydanie Specjalne Jubileuszowe Nr 6/2006, Fusiarz A.(red.), Polskie Towarzystwo Laryngektomowanych, Opole 2006, 23.
2. Zaborowska A., Pasek M., Jakość życia chorych z rakiem krtani leczonych napromienianiem, [w:] Interdyscyplinarna opieka nad pacjentem z chorobą nowotworową, Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2010.
3. Bury P., Godlewski D., Wojtyś P.: Alkohol jako czynniki ryzyka choroby nowotworowej [w:] Współczesna Onkologia (2000) 1; 13-15.

4. Kurzyński M.: Prognostyczne znaczenie lokalizacji raka w obrębie krtani. Praca doktorska. Katedra i Klinika Otolaryngologii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków 2008, 5.
5. Kruk-Zagajewska A. Rak krtani i stany przedrakowe [w:] Przewodnik lekarza, Otolaryngologia 2002, 5(9): 87-93.
6. Bień S., Mężyk R., Żyłka S., Pietraszek W., Siudowska U., Postuła S: Dynamika zachorowań na raka krtani i gardła dolnego w regionie świętokrzyskim w powiązaniu z parametrami zanieczyszczeń atmosferycznych. Studia Medyczne Akademii Świętokrzyskiej, t. 1, Kielce 2003, 135-136.
7. Pruszewicz A,:, Foniatria kliniczna, pod red. PZWL, Warszawa 1992.
8. Okła S.: Chirurgiczna rehabilitacja głosu po całkowitej laryngektomii. PZWL. Warszawa 2007.
9. Morhsed K., Gołąbek W., Szymański M., Olszański W.: Rehabilitacja głosu z zastosowaniem protezy głosowej typu Provox 2. Otolaryngologia Polska 20005,LIX,2:225-228.
10. Kosztyła -Hojna B., Rogowski M., Łuczaj J., Kasperuk J.: Jakość głosu i mowy u chorych po całkowitym usunięciu krtani, rehabilitowanych chirurgicznie z zastosowaniem protez głosowych drugiej generacji [w:] Pol. Merk. Lek. 2008, XXV,147: 230-235.
11. Rzewnicki I, Jackiewicz M.: Jakość życia po operacji nowotworu krtani lub gardła dolnego [w:] Pol. Merk. Lek. 2009, XXVI, 151: 40-43.
12. Sinkiewicz A., Głos i mowa po operacji całkowitego usunięcia krtani [w:] Podstawy Neurologopedii, Podręcznik akademicki, pod red. Gałkowski T., Szeląg E., Jastrzębowska G., Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2005, 534-553.
13. Jastrzębowska G., Pelc- Pękała O.: Mowa laryngektomowanych [w:] Logopedia-pytania i odpowiedzi, Podręcznik akademicki, Zaburzenia komunikacji językowej u dzieci i osób dorosłych, T.2, pod red. Jastrzębowska G., Gałkowski T., Opole 2003,796-807.
14. Łuczaj J., Kosztyła -Hojna B.: Zastosowanie protez głosowych w rehabilitacji głosu u pacjentów po całkowitym usunięciu krtani [w:] Otolaryngologia Polska 20003,LVII,6:897-903.
15. Tarnowska Cz., Mozelewski E.: W sprawie chirurgicznej rehabilitacji głosu i mowy po całkowitej lub prawie całkowitej laryngektomii [w:] Otolaryngologia Polska 1989, XLIII, 3: 201-208.

16. Tarnowska Cz., Mozelewski E., Pruszewicz A., Ziętek E., Syberyjski R.: Rehabilitacja mowy przełykowej i jej cech percepcyjno- akustycznych po laryngektomii całkowitej z i bez plastyki zwieracza gardłowo- przełykowego [w:] Otolaryngologia Polska 1989, XLIII, 4: 308-324.
17. Bilewicz R., Burduk P., Kopczyński A., Wierzchowska M.: Chirurgiczna rehabilitacja głosu chorych po laryngektomii całkowitej z zastosowaniem systemu Provox [w:] Otolaryngologia Polska 2007, LXI, 3: 265-270.
18. Zimmer-Nowicka J., Morawiec-Bajda A., Rehabilitacja głosu i jakość chorych po laryngektomii całkowitej z wszczepionymi protezami głosowymi Provox [w:] Otolaryngologia 2007, 6(1): 39-44.
19. Kosztyła -Hojna B., Rogowski M., Kasperuk J., Moskal D., Rutkowski R., Falkowski D., Porównanie rodzajów mowy alaryngelanej chorych po usunięciu krtani z mową eufoniczną. XII Ogólnopolska Konferencja Sekcji Echokardiografii PTK, Lublin, 7-8 maja 2010.

ŚMIERĆ SPOŁECZNA



Sawicki Adam

Młodość w zwierciadle starości i starość w zwierciadle młodości

W młodości szukamy wierzchołków, na starość - korzeni.
Fuchs Marierose

Człowiek wypełnia swój los poprzez zanurzenie w czasie i przestrzeni. Są to te ramy jego istnienia, których w ciągu swojego życia nie przekracza, to znaczy, że to czas i przestrzeń władają nim, a nie on nimi. Narodziny są wejściem w ramy przestrzenno-czasowe, zapoczątkowują owo *wrzucenie w świat*, o którym mówił w swojej egzystencjalistycznej filozofii M. Heidegger. Z jednej strony wyrywają one człowieka z nicości i nieokreśloności, którą był przed nimi (chyba że przyjmiemy teorię reinkarnacji), uwalniając go ku istnieniu, z drugiej zaś na istnienie to narzucają światowe determinizmy i ich działanie początkują. Śmierć natomiast, którą można określić, rozszerzając terminologię Heideggera, jako *wyrzucenie ze świata* – jest pozbyciem się przestrzenno – czasowego gorsetu i wejściem w rzeczywistość innego niż ziemska rodzaju.

Czasowość ludzkiego bytowania wyraża się w wymiarze fizycznym i psychicznym w przechodzeniu człowieka przez fazy czy etapy swojego życia. Niemowlęctwo, dzieciństwo, młodość, wiek dojrzały, starość – to są te fazy. Psychologowie rozwojowi starają się dokładniej zdefiniować i określić granice wiekowe odnoszące się do tych etapów życia. Pojawiają się tu określone trudności. Jak, na przykład, określić kiedy kończy się dzieciństwo a zaczyna młodość, kiedy kończy się młodość a zaczyna wiek dojrzały albo kiedy kończy się wiek dojrzały a zaczyna starość? Wiele zależy tu od różnic indywidualnych, osobniczych, ale czasami i także kulturowych.

Człowiek jako jednostka w ciągu życia przechodzi przez wymienione fazy, przy czym nie zawsze przez wszystkie, bo śmierć może go dotknąć w każdej fazie jego życia. Ze względu na społeczny charakter bytowania ludzkiego ludzie, znajdujący się w różnych fazach rozwojowych, wchodzą w relacje między sobą, mniej lub bardziej głębokie. Tak czy inaczej ma miejsce odnoszenie się do siebie czy konfrontacja uwzględniająca fazę rozwojową. W tym kontekście interesujące jest przeanalizowanie w jaki sposób młodość spotyka się ze starością. Można, oczywiście, odnosić do siebie fazy życia w innych konstelacjach, na przykład młodość z wiekiem dojrzałym, dzieciństwo ze starością i tak dalej. Jednak zestawienie młodości ze starością jest o tyle ciekawe, że młodość jest w pełni świadomym wchodzeniem na scenę życia, natomiast starość uświadomionym schodzeniem z tej sceny. Dzieciństwo,

choć poprzedza młodość, nie wiąże się jeszcze z tym stopniem samoświadomości, który występuje w młodości.

Jednokierunkowość czasu, w którym pogrążony jest każdy byt światowy powoduje, że rozpatrujemy istnienie tego bytu w aspekcie jego przeszłości, teraźniejszości i przyszłości. Teraźniejszość jest jego aktualnością i jako taka jest tylko granicą zetknięcia się przeszłości z przyszłością. Istotne znaczenie ma przeszłość i przyszłość danego bytu. Tutaj jednak należy stwierdzić, że gradacja bytów rzutuje na to, jaki charakter ma ich przeszłość i przyszłość. Od bytów nieożywionych, o różnym stopniu złożoności i ustrukturowania, przechodzimy do ożywionych, które z kolei funkcje życiowe spełniają na różnym poziomie i w końcu dochodzimy do istot żywych obdarzonych świadomością. Wyróżnioną pozycją zajmuje tu człowiek, u którego świadomość dodatkowo przekształciła się w samoświadomość. Świadomość i samoświadomość człowieka powoduje, że nie tylko pogrążony jest on w czasie, ale i do czasu odnosi się, czas jest tematem jego refleksji, określa jego nastawienie życiowe i działania, które podejmuje. Żyjąc w teraźniejszości człowiek nieustannie swoją świadomością, swoim myśleniem i przeżywaniem – *wykracza* z tej teraźniejszości ku przyszłości i przeszłości.

Przeszłość i przyszłość jest jednak na wymienionych etapach życia nierówno dana. Trzeba też mieć świadomość tego, że przeszłość jest czasem *przeżytym,* nieobecnym w bezpośrednim doświadczeniu, ale spełnionym, dokonanym. Natomiast przyszłość jest czasem *oczekiwanym*, który wobec nieustannego wystawienia człowieka na możliwość śmierci może posiadać charakter czegoś tylko warunkowego. Choć możliwy horyzont przyszłości zależy od wieku, od fazy życia, to może być w każdym momencie zasłonięty przez śmierć.

Młodość jest zwrócona przede wszystkim ku niezrealizowanej jeszcze *przyszłości,* natomiast starość żyje *przeszłością*, która już się zrealizowała. W tym pierwszym przypadku istotny jest wyobrażony projekt przyszłości, w drugim zaś najważniejszą rolę odgrywa ocena i interpretacja przeżytej przeszłości. Wydawałoby się, że mamy tu do czynienia z podstawową różnicą, jeśli rzecz idzie o przeżywanie czasu. Młodzi i starzy zdają się żyć w innych światach i inaczej sytuują się w rzece czasu, która ich otacza. Łączy ich jednak wspólnota ludzkiego *losu*, który posiada dwoisty charakter. Z jednej bowiem strony pojęcie losu zawiera w sobie element *zdeterminowania* zdarzeń, których bieg jest nieodwracalny i na które nie mamy wpływu. Z drugiej zaś, los kojarzy się z *nieokreślonością*, z przebiegiem życia pojmowanym jako gra hazardowa. Warto przy tym zauważyć, że deterministyczny charakter losu jest rozpoznawalny w ludzkim spojrzeniu sięgającym w bliższą lub dalszą przeszłość, natomiast los jako gra ujawnia się wtedy, gdy spoglądamy w przyszłość. Starość zatem znaki losu

odczytuje i porządkuje, zaś młodość stawia losowi wyzwanie i z nim się *mierzy*. Choć, trzeba to jasno powiedzieć, w obydwu przypadkach ostateczny wynik rozumianego metafizycznie Losu pozostaje jedną wielką nieznaną, która unosi się nad ludźmi od ich kolebki aż do grobu.

Chociaż młodzi są pogrążeni w dylematach swojej młodości, a starzy borykają się z problemami starości, to istnieje także dialektyczna relacja pomiędzy nimi, ugruntowana właśnie w owej partycypacji we wspólnym losie człowieczym, który jest czymś ponadjednostkowym i przekracza bariery wiekowe. Ludzie starają się rozpoznać swoją kondycję, znaleźć jej punkty orientacyjne. Wychodzą ze swojego monadycznego samozamknięcia, przeglądają się w zwierciadle, które stanowią inni. Młodość przy tym przegląda się nie tylko w młodości, a starość nie tylko w starości. Inność, jej rozpoznawanie, wydaje się być bardziej istotna dla rozszerzenia swojego pola refleksji nad życiem. Przy czym ludzie starzy, wpatrujący się w młode pokolenie, nie spotykają się z czymś zupełnie nowym. Wszakże sami niegdyś byli młodzi i doświadczenie młodości, choć aktualnie odległe, nie jest dla nich nieznane. Tymczasem młodzi, przyglądając się starym, spotykają się z tym, czego nigdy nie doświadczyli, ale co najwyżej doświadczyć mogą.

Rzecz zresztą polega nie tylko na samym wzajemnym poznawaniu się. Młodzi i starzy funkcjonują także w ramach relacji bytowych. Klasycznym tego przykładem jest wielopokoleniowa rodzina, która wprawdzie w dzisiejszych czasach na ogół nie zamieszkuje pod wspólnym dachem, ale w której pokolenie wnuków często kontaktuje się z dziadkami. Oprócz tego młodzi i starzy kontaktują się ze sobą na poziomie relacji codziennych i sąsiedzkich. Rzadko ma to miejsce w pracy, ponieważ ludzie starzy z reguły przebywają na emeryturach, a młodzi nie zawsze jeszcze pracują.

Wydawałoby się, że młodość powinna liczebnie przeważać nad starością z prostej biologicznej racji. Wszakże starzy nieustannie umierają, a młodzi dopiero wchodzą w dorosłe życie i przed nimi jest jeszcze wiele lat życia. Okazuje się jednak, że we współczesnych warunkach europejskich mamy do czynienia z zachwianiem tej relacji. Niski, często ujemny przyrost naturalny i jednoczesne wydłużenie średniej długości życia powoduje, że młodość nie zapełnia demograficznej luki, którą pozostawia po sobie starość. Rodzi to szereg problemów ekonomicznych i społecznych. W szczególności chodzi o konieczność wydłużenia czasu aktywności zawodowej i kwestię wysokości emerytur w sytuacji gdy zmniejsza się liczba ludzi czynnych zawodowo. Warto także zauważyć, że *kult młodości,* który jest charakterystyczny dla współczesnej zachodniej cywilizacji staje się bardziej problematyczny wobec ubywającej liczby ludzi młodych i przyrostu populacji starych.

Przyjrzyjmy się zatem, co dostrzegają młodzi patrząc w zwierciadło starości, a co widzą starzy w zwierciadle młodości.

Archetypem kulturowym takiego spotkania się młodości ze starością może być historia młodego Buddy, który opuścił swój pałac, gdzie żył w luksusie i był izolowany od reszty świata i ujrzał podczas pierwszej przejażdżki człowieka starego, a w następnych chorego i umarłego. To zmieniło jego obraz życia i wpłynęło na jego duchową przemianę. Warto odwołać się do opisu spotkania Buddy ze starością:

„Atoli bogowie, zawistni o rozkosz niebiańską, jakiej zażywali ziemianie, stworzyli starca i postawili go na drodze księcia, by zmącić pogodę jego umysłu. Oparty na kiju, zwiędły, pochylony, miał żyły nabrzmiała pod zwiotczałą, pomarszczoną skórą, zęby mu się chwiały, a z czaszki spadało parę jeno kosmyków siwych włosów. Pozbawione rzęs powieki były zaczerwienione, a nogi i ręce drżały bezustannie. Zauważył książę tego tak odmiennego człowieka, spojrzał nań trwożnie i zapytał woźnicę:

- Cóż to za człowiek zgarbiony i siwy? Wychudłemi rękami dzierży kij, oczy jego nie mają blasku, a nogi się chwieją. Czy to jest potwór, igraszka natury, czy stał się takim przez wypadek?

Nie powinien był odpowiadać woźnica, ale bogowie zmącili mu rozum, a przeto rzekł bez namysłu:

- Człowieka tego opanowała i złamała starość, która niweczy piękno siły, rodzi ból, zabija rozkosz, nadweręża pamięć i stępia zmysły. I on też był dzieckiem, ssał pierś matki, chodził na rączkach, rósł, stał się młodzieńcem, był silny i piękny. Doszedł do wieku męskiego, a teraz jest oto zgrzybiałym starcem.

Książę zapytał wzburzony:

- Zaliż i mnie taki los czeka?

Woźnica odparł:

- I twoja, panie, młodość przeminie, a nastanie przykra starość, wszyscy bowiem tracimy, wraz z wiekiem, siły i piękną postać.

Książę zadrżał, jak byk na odgłos gromu, westchnął, potrząsnął głową, przeniósł ze starca spojrzenie na tłum wesoły i rzekł poważnie:

- Starość niweczy tedy pamięć, piękno, siłę wszystkich ludzi, a świat nie ginie porwany strachem? Zawróć, woźnico! Wracam do domu. Nie sposób mi patrzeć na ogrody i kwiaty, widzę bowiem wszędzie jeno starość i o niej myśleć nie przestaję.

Książę wrócił do pałacu, nie mógł się jednak uspokoić. Chodząc po komnatach, mówił do siebie:

- *Ach ta starość! Ta starość!*

Odtąd nie zaznał już radości" [1].

Spotkanie ze starością było dla Buddy pierwszym kontaktem z ludzką niedoskonałością i nędzą. Dalszą jej konsekwencją jest choroba i śmierć. W opisie tym mamy zatem ukazany kontrast pomiędzy młodością i starością, która kojarzy się z brzydotą i ubytkiem sił witalnych. Nacisk jest tu jednak położony na *fizyczny* obraz starości. Życie ludzkie tymczasem nie ogranicza się do fizyczności i starość może wiązać się z pięknem *życia duchowego*, które jest efektem całej drogi życiowej człowieka starego, o ile swoją duchowość pielęgnował. Ważne też są efekty wcześniejszego życia człowieka dziś starego, który w przeszłości działał na rzecz dobra innych ludzi, nie tylko tych z najbliższego rodzinnego kręgu. Platońska nauka o miłości, która najpierw za swój przedmiot ma piękno ciał, później staje się zachwytem nad pięknem dusz, które wyraża się w ich pięknych myślach i czynach (piękno duchowe) i wreszcie dochodzi do piękna wiecznego, czyli idei piękna – pokazuje, że fizyczna starość nie musi być nieprzekraczalną barierą i nie kończy duchowego rozwoju człowieka. W tym sensie starość może być dla młodego człowieka lekcją poznania wartości niezniszczalnych, o ile ta jest zwieńczeniem wcześniejszego duchowego doskonalenia się. Klasycznym przykładem jest tutaj relacja pomiędzy Sokratesem a jego uczniami, będąca ponadczasowym wzorcem dla wszystkich innych związków mistrz – uczniowie. Sokrates, mimo swego wieku, swoją postawą uczy sztuki nie tylko życia, ale i umierania.

Wracając zaś do spotkania młodego Buddy ze starością, należy stwierdzić, że historia ta jest wyidealizowana, ponieważ ze starością w realnych warunkach człowiek spotyka się od dziecka. Posiadamy wszakże swoich dziadków i babcie. Dziecko także ciągle spotyka innych ludzi starych. Zatem dla dziecka, a tym bardziej człowieka młodego starość nie jest żadną nowością. Inną sprawą jest jednak psychiczny i mentalny do niej stosunek. Można powiedzieć, że ludzie młodzi żyją swoją młodością i starość nie jest szczególnym przedmiotem ich uwagi. S. Kierkegaard, czołowy przedstawiciel egzystencjalizmu wyróżniał trzy życiowe stadia: estetyczne, etyczne i religijne. To pierwsze stadium kojarzy się z młodością, drugie z wiekiem dojrzałym, natomiast trzecie – ze starością. Stadium estetyczne oznacza życie *teraźniejszością*, mnożenie i potęgowanie przyjemnych doznań, styl artystyczny. Stadium etyczne wiąże się z wypełnianiem *obowiązków*, rodzinnych i obywatelskich. I wreszcie stadium religijne oznacza określanie się wobec *wieczności* i *Boga*. Świat ludzi młodych i starych dzielą różne priorytety życiowe.

Starość jest pewnym ziemskim znakiem wieczności, nieuchronności przemijania i śmierci. Nie chodzi o to, aby młodym ludziom odbierać świeżość i spontaniczność ich wieku.

Rzecz jednak jest w zachowaniu *proporcji*. Współczesna konsumpcyjna kultura promująca „wieczną młodość" te odwieczne proporcje narusza. Mizińska słusznie zauważa: „Lęk przed starością, zawsze w życiu ludzkim obecny, w cywilizacji konsumpcyjnej nabrał charakteru obsesji. Jest to poniekąd logiczne, ponieważ konsumpcja dóbr materialnych, jako obowiązujący styl życia dzisiejszego człowieka, zmusza go, by cały zanurzył się w doraźności. Pogoń za dobrami użytkowymi, takimi, które dają się użyć i zużyć natychmiast nie pozwala, by wzrok był skierowany gdzie indziej niż pod nogi (by usuwać przeszkody), na boki (by prześcignąć konkurentów) i do przodu (by nadążać za tymi, którzy narzucają tempo). Zatem jest on przykuty do perspektywy horyzontalnej. Oderwanie go od ziemi i skierowanie do góry (w niebo) albo w dół (piekło) oznaczałoby wypadniecie z wyścigu. […] Jest jeszcze jedna ludowa mądrość na temat starości: «Starość nie radość, młodość nie wieczność». Dzieciom i młodzieży, nieskrzywionej przez aberracje konsumpcyjnej juwenalizacji, takie poczucie przemijalności młodości jest w sposób naturalny wrodzone. W końcu szybkie wyrastanie z ubrań i butów to najbardziej powszednie doznanie zmian cielesnych, a perspektywa matury – to docelowy punkt dojrzewania intelektualnego. W tym trudnym okresie ewolucji «ku górze», znaczonym kryzysami rozwojowymi, nie wolno młodym ludziom odbierać szansy obcowania ze starszymi, którzy – godząc się z metrykalnym wiekiem – spokojnie schodzą z góry. W alpinizmie sztuka schodzenia ze szczytu jest nie mniej ważna (i nie mniej trudna) niż sztuka wspinania się nań. Dlaczegóż by tej oczywistej reguły nie odnieść i do ludzkiej egzystencji, której bieg przechodzi poprzez naturalne fazy «wchodzenia w życie» i «wychodzenia z życia»".[2]

Starość nie musi być dla ludzi młodych synonimem zniedołężnienia, choroby, braku energii życiowej. Może kojarzyć się z dystansem, harmonią życiową, wyrozumiałością. W dzisiejszym rozpędzonym i rozgorączkowanym świecie są to wartości cenne i niezastąpione. W tradycyjnych społecznościach, co trwało przez tysiąclecia, ludzie starzy byli *autorytetami*. Nie tylko zresztą w rodzinach, ale i na forum publicznym. Do nich młodzi zwracali się po rady i wskazówki życiowe. W dzisiejszej rzeczywistości ten model nie jest powszechny. Można nawet czasem odnieść wrażenie, że to młodzi stanowią autorytet dla starych, którzy uwierzyli w mit wiecznej młodości. W cenie jest *niedojrzałość*, którą uważa się za wartość przeciwstawioną skostniałemu gorsetowi dojrzałości i starości, które są pełne sztucznych form i konwenansów. Gombrowicz był jednym z prekursorów takiego kultu młodzieńczej niedojrzałości. Prowadzi jednak taka postawa do pewnych paradoksów. Pisze o tym Mizińska: „*Witold Gombrowicz poprzez swoją twórczość zarówno powieści, jak i dzienniki – wprowadził do powszechnego obiegu kategorię niedojrzałości. W jego zamierzeniu miała ona*

być kontrpropozycją dla zbytniej sztywności i konwencjonalności formy, atrybutu dorosłości. Owa, związana z obyczajnością i społecznym konwenansem forma, miała – jego zdaniem – czynić ogromne szkody dla autentyczności młodych osób wtłaczanych w nią poprzez proces socjalizacji i edukacji, wiodąc w rezultacie do ich «upupienia». […] Gombrowicz byłby zapewne mocno zakłopotany, widząc współczesne wcielenie swojego marzenia: oto, wyzwalając się z jednej sztywnej, skostniałej formy dojrzałości, dawni buntownicy przeciwko zbyt sztywnemu gorsetowi dorosłości, stali się na powrót niewolnikami innej – formy niedojrzałości mianowicie"[2].

Oczywiście, autorytet starości może przybierać formy przesadzone i krępować spontaniczność ludzi młodych. Rzecz raczej ma polegać na tym, aby starzy ludzie byli *wzorcem* i przykładem mądrego, udanego życia i aby młodzi ludzie sami w nich odkrywali te wartości, zwracali się do nich. Cyceron zauważał: „*Czy jest coś bardziej przyjemnego niż starość otoczona młodością, która chce się czegoś nauczyć*?". Nie chodzi o dyktat obyczajowy ze strony starego pokolenia. Młodzi ludzie powinni odnajdywać u starych życiowy dystans i dyskrecję. Trzeba odróżnić pouczanie ze strony starych ludzi, które ma charakter jałowej pedagogiki, od udzielania przydatnych życiowo wskazówek. Mądrość życiowa ludzi starych polega na pewnej syntezie ich bogatych doświadczeń życiowych i dlatego człowieka młodego, który zwraca się w stronę starych nie tyle interesuje cała historia ich życia, ile wnioski, które z tej historii wypływają. Wiele sytuacji życiowych jest młodym jeszcze nieznanych, gdy tymczasem starzy mają je już za sobą i dlatego mogą udzielić istotnych wskazówek.

Ludzie starzy byli też świadkami i sprawcami wydarzeń o charakterze historycznym. Kontakt młodych z nimi oznacza też kontakt z *historią*. Przekaz bezpośredni, a nie tylko książkowy jest czymś niezastąpionym. Świadomość historyczna jest warunkiem tożsamości narodów i więź międzypokoleniowa tę świadomość kształtuje. Erozja historycznej świadomości, która ma dziś miejsce w społeczeństwach Zachodu, ma swoje źródło właśnie w utracie łączności pomiędzy starym a nowym pokoleniem. Nastawienie konsumpcyjne, życie teraźniejszością i nakierowanie wyłącznie na cele w przyszłości powoduje, że historyczna wiedza o przeszłości, którą posiadają ludzie starzy, staje się zbędna. Nie chodzi przy tym o to, aby młodzi żyli przytłoczeni balastem historii, ale ważne jest, aby potrafili z historii, opowiadanej przez ludzi starych, wyciągać wnioski ważne dla swojego pokolenia.

Rozważmy teraz, jak wygląda relacja w drugą stronę, to znaczy spotkanie starości z młodością. Ludzie starzy, o czym było tu powiedziane, nie spotykają się z młodością jako czymś nieznanym z własnego doświadczenia, ponieważ sami w przeszłości byli młodzi. Poza

tym, jeśli mieli swoje dzieci, to byli świadkami ich dorastania i młodości oraz mieli bezpośredni wpływ na młodość swoich dzieci. W wieku starczym dzieci są na ogół ludźmi dojrzałymi i kontakt z młodością to na ogół kontakt z wnukami albo ich rówieśnikami.

O ile młodość może od starości się uczyć, ponieważ ta ma za sobą życie pełne różnorodnych doświadczeń, to trudno powiedzieć, żeby starzy uczyli się w tym sensie od młodych, którzy przecież takich doświadczeń nie posiadają. Utarło się przekonanie, że człowiek stary patrzy na młodość z pewnego rodzaju dystansem, pobłażliwością, a nawet czasem z zazdrością. Zdaje bowiem sobie sprawę, że nie znajduje się już w głównym nurcie życia i może powoływać się co najwyżej na swój przeszły dorobek i doświadczenie życiowe. Jest to kapitał cenny, ale odnoszący się do przeszłości. Można, analizując relacje pomiędzy starością a młodością dojść do konstatacji gorzkich i są one uprawnione. Taką filozofię starości reprezentował na przykład Améry, gdy pisał: „*Dobrze jest, gdy starzejący się człowiek uświadomi sobie, że społeczeństwo niezależnie od postaci swojej demograficznej piramidy przyjmuje unicestwiający sąd młodych i najmłodszych, a okazywany starzejącym się prywatny i oficjalny szacunek nic tu nie zmienia. Starzejący się jest taki nie tylko dla młodych, lecz także dla swoich rówieśników: ci spoglądają na młodych, nawet jeśli młodzi nie odpowiadają im spojrzeniem, odmawiają towarzyszowi losu solidarności, usiłują się dystansować od oznak negacji ich życia wyczytywanych w rysach starzejącego się. Nie oznacza to, że kochają młodych, lecz tylko że uczepili się ich w absurdalnej tęsknocie i z zazdrości, do której się przed sobą nie przyznają. Od wyroku wydanego na starzejącego się przez młodych i starych, ale na podstawie prawa młodych i wskutek ich lęku przed upadkiem, nie ma odwołania. Godności, tak często przyznawane starzejącym się i starym ludziom są pozbawione mocy i nic nie dowodzą. Nic nie dowodzą nawet tam, gdzie przyznanie jakiejś godności staremu człowiekowi ma w pełni uroczysty charakter, a długie oklaski młodych dłoni towarzyszą występowi starego kuriozum*” [3].

Améry nie uznaje zatem łatwych pociech na starość i twierdzi, że człowiek stary powinien godzić się z unicestwieniem społecznym, które przychodzi zwłaszcza ze strony ludzi młodych. Jego bunt jest wytłumiony i radykalnie różni się od buntu właściwego młodości. Właściwie mamy tu do czynienia z pewną dialektyką buntu i pokory. Ale czynnik *pokory* pozwala na to, aby starzeć się i w starości trwać godnie. „*Mówi unicestwieniu «nie», a zarazem «tak», gdyż tylko na mocy negacji bez perspektyw może on - jako on sam - w ogóle poddać się nieuchronnemu. Nie zatraca się w monotonii normalności pozbawiającej jaźni ani nie szuka kryjówki w zakładzie psychiatrycznym, ani też nie oszukuje się maską młodości czy pełną kłamstwa idyllą starości. Jest taki, jak nakazuje społeczeństwo: tym, czym jest, niczym, i*

właśnie w tym uznaniu nie-bytu czymś. Negację przez spojrzenie innych czyni swoją sprawą i występuje przeciwko niej. Wdaje się w przedsięwzięcie niewykonalne. Jest to jego szansa i być może jedyna możliwość prawdziwie godnej starości" [3].

Trzeba także sobie zdawać sprawę i z tego, że człowiek stary, im jest starszy, to jego społecznym zwierciadłem w coraz większym stopniu są ludzie od niego młodsi i młodzi. Takie jest naturalne prawo biologii. W horyzoncie codziennego doświadczenia ubywa równie starych rówieśników, a przybywa ludzi młodych. Człowiek w bardzo podeszłym wieku jest skazany na obcowanie z coraz młodszymi ludźmi i staje się dla nich kimś z zupełnie innej epoki. Mogłoby się wydawać, że prawie nic go z tymi młodymi ludźmi nie łączy. Jednak jest to prawdą tylko w szczegółach. Odstęp dziesiątek lat, który dzieli starca od młodzieńca nie niweluje jednak wspólnoty *ludzkiej kondycji*. Fundamentalne doświadczenia ludzkiej egzystencji, takie jak miłość, przyjaźń, cierpienie, śmierć dotyczą w równej mierze wszystkich. Ilość przeżytych lat jest skutkiem nieustannego oddziaływania czasu, który wprawdzie zmienia wygląd cielesnej powłoki i osłabia fizyczną dynamikę, ale jednak nie unieważnia znaczenia tego wszystkiego, co odnosi się do sfery *duchowych* przeżyć człowieka.

Przeglądając się w zwierciadle młodości człowiek stary w istocie nie musi niczego nowego się uczyć w sensie poszerzania wiedzy o ludziach i świecie. Wydaje się, że kontakt z młodością powinien raczej wzmacniać go w sensie duchowym i rozwijać sferę przeżyciową, na której pielęgnowanie w wieku dojrzałym często, w nawale zajęć, brakowało czasu. Młodość nie posiada jeszcze tej wiedzy praktycznej o życiu, którą posiedli ludzie starzy. Młodzi świat może w większym stopniu *przeżywają*, aniżeli rozumieją. Starzy mogą im mądrościowa wiedzę o życiu przekazać, jeśli ci do nich się o nią zwrócą. Natomiast interesując się życiem młodych ludzi, z pozycji dyskretnego dystansu, sami mogą *współprzeżywać* ich radości i smutki i poprzez to współprzeżywanie wzbogacać własny świat duchowy. Nie musi tu zresztą chodzić tylko o owo współprzeżywanie, które ma miejsce na poziomie wspólnoty rodzinnej. Może ono dotyczyć szerokiego kręgu. Klasycznym przykładem jest tu zainteresowanie i sympatia, z którą odnoszą się do swoich dawnych uczniów nauczyciele, będący już na emeryturze.

Starość jest wiekiem syntezy swojej przeszłości, ale efektem owej syntezy może być czułość i łagodność, z którą człowiek stary spogląda na młodość i z nią spotyka się. „*Szacunek, jakiego niegdyś oczekiwali dla siebie ludzie starzy, miał rzeczywiste podstawy w tym, iż potrafili pogodzić się ze sobą; umieli też w łagodniejszy, bardziej wyrozumiały sposób patrzeć na innych. To właśnie owa łagodność i czułość, niespieszność w osądzaniu i potępianiu, poczucie humoru związane z doświadczeniem przemijalności wszystkich naszych*

ziemskich spraw, były (i wciąż mogą być) wspaniałymi walorami starości. Słabości tego wieku, to, że ludzie starzy są z natury słabi, odbiera im butę i agresywność. Choćby dzięki temu mogą być ostoją w naszym, ciągle spienionym od agresji czasie. Niekoniecznie więc trzeba być świętym, wystarczy być bezsilnym – ale łagodnie uśmiechniętym…" [2].

Można także powiedzieć, że nie jest najważniejsze to, czy młodzi ludzie interesują się szczególnie ludźmi starymi. Często pojawia się bowiem takie narzekanie z ich strony. Ważne jest chyba to, aby starzy interesowali się młodymi. Ponieważ starość jest ostatnim etapem przed śmiercią i zamyka ona przed człowiekiem jego ziemską przyszłość, to nie musi on zamykać się tylko w przeżytej przez siebie swojej przeszłości, ale, choć może to brzmi trochę paradoksalnie, ma w zasięgu swojego wzroku także przyszłość, którą uosabia młode pokolenie. Wiara, nadzieja i miłość, owe trzy kardynalne cnoty teologiczne, człowieka starego odsyłają nie tylko do rzeczywistości pośmiertnej, eschatologicznej, ale mogą być odnoszone także do młodego pokolenia, którego jeśli nie daje się już wspierać czynami, to można wspierać w sposób duchowy *modlitwą*. Dobrym przykładem takiej duchowej wspólnoty ludzi starych z młodzieżą są spotkania Jana Pawła II, Benedykta XVI czy aktualnego papieża Franciszka z młodzieżą. Na poziomie przeżycia religijnego okazuje się, że ludzi starych i młodych może bardzo wiele łączyć.

Piśmiennictwo

1. Hérold A.F.: Życie Buddy według starych źródeł buddyjskich, przełożył Franciszek Mirandola, Poznań, 1927.
2. Mizińska J.: Młodość a wartość starości [w:] Podnoszenie iskier, Mizińska J. (red) Lublin, 2010.
3. Améry J.: O starzeniu się. Podnieść rękę na siebie, przełożył Bogdan Baran, Warszawa, 2007.

Kowalczuk Krystyna, Krajewska-Kułak Elżbieta, Kondzior Dorota, Sarnacka Emilia, Klimaszewska Krystyna, Rolka Hanna

Uwarunkowania przyjmowania środków psychoaktywnych przez młodzież

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp

W literaturze przedmiotu można znaleźć wiele teorii próbujących wyjaśnić problem rozwoju uzależnień wśród młodzieży. Na podstawie licznych badań epidemiologicznych można stwierdzić, że uzależnienie nie zależnie od przyjmowanej substancji psychoaktywnej jest chorobą ponieważ dotyczy każdej sfery życia w zakresie funkcjonowania: psychicznego, fizycznego i społecznego [1,2,3,4].Uzależnienie psychiczne jest traktowane przez otoczenie i samego człowieka uzależnionego jako coś co można w każdej chwili zakończyć, tylko trzeba bardzo do takiej sytuacji dążyć [1,2]. Odczucia psychiczne bazują na emocjach i nigdy nie są odbierane jako rzeczywistość i dlatego też nie można sprowadzać ich do stereotypów. Emocje są tak silne, że niszczą racjonalne myślenie człowieka uzależnionego i dążą tylko i wyłącznie do rozładowania napięcia czyli do przyjęcia upragnionego narkotyku. Jeżeli w powyższej sytuacji nastąpi jakaś przeszkoda, która opóźnia z niewyjaśnionych przyczyn zaplanowany efekt narkotyczny wtedy może dochodzić do agresji lub autoagresji. W chwili silnego pobudzenia człowiek jest zdolny zrobić wiele rzeczy, które są niezgodne z jego sumieniem i wartościami, łamie własne zasady moralne i etyczne. Przyjęcie upragnionego środka psychoaktywnego pozwala „normalnie" funkcjonować w odczuciu człowieka uzależnionego w krótkim czasie [1,2,3]. Uzależnienie fizyczne jest odbierane przez człowieka uzależnionego i otoczenie jako zaburzenia somatyczne. Brak środka narkotycznego w organizmie prowadzi do szeregu dolegliwości fizycznych pochodzących ze wszystkich układów np. bóle i skurcze mięśniowe, nudności, drżenie, lek, agresja. Objawy wynikające z uzależnienia zależą od przyjmowanego środka psychoaktywnego [2,3]. Człowiek uzależniony traci kontrolę nad własnym życiem. W aspekcie społecznym zażywanie środka psychoaktywnego ogranicza myślenie i podejmowanie wysiłku poznawania innych ludzi. Tworzony jest krąg zamknięty wraz ze specyficznym klimatem, który w danym momencie pozwala funkcjonować. Człowiek taki traci kontakt ze światem zewnętrznym i tkwi w subkulturze [2,3,4].

Rozwiniecie

W obecnych czasach wiele jest publikacji dotyczących przyjmowania środków psychoaktywnych przez młodzież. Jest to fakt niepokojący ponieważ problem ten dotyczy coraz młodszej grupy wiekowej [2,3,4,5]. Na podstawie literatury psychologicznej termin młodzieży odnosi się do wieku dorastania i zazwyczaj mieści się w granicach 11-19 lat w zależności od rozwoju anatomiczno- fizjologicznego i rozwoju psychicznego. Na podstawie badań psychologicznych dojrzałość umysłowa wiąże się z uzyskaniem zdolności do decydowania o sobie [5]. Wielu autorów analizuje przyczyny sięgania przez młodzież po narkotyki i tu duże znaczenie przypisywane jest oddziaływaniu rodzinnemu i środowiskowemu [5]. Na podstawie licznych badań epidemiologicznych można stwierdzić, że duże znaczenie odgrywa środowisko z jakiego dziecko pochodzi oraz jakie są stosunki panujące w rodzinie z uwzględnieniem kontaktów interpersonalnych z rodzicami. W rodzinach, w których nie ma tematu tabu, młody człowiek zdobywa szeroką wiedzę z każdego zakresu, nie posiada oporów do zadawania pytań. Stopień narażenia na rozwój jakiegokolwiek uzależnienia jest znikomy [3,4,5]. Młodych ludzi interesuje wiele spraw politycznych, gospodarczych, społecznych i w tej hierarchii należy rozważać tematy dotyczące zażywania środków psychoaktywnych, alkoholu, tytoniu. Podczas prowadzenia rozmów z młodym człowiekiem należy wykazywać negatywne oddziaływanie środków psychoaktywnych na organizm człowieka, ale nie wolno straszyć [5]. Ta druga metoda przynosi skutki odwrotne od zamierzonych przez rodziców. Utrata autorytetu przed dzieckiem jest procedurą trudną do odbudowania nie należy więc używać kłamstw, a przedstawiać jedynie fakty [5]. Rozmowa nie może być monologiem rodzica, a dialogiem pomiędzy dwoma stronami. Kolejną formą tzw. fałszywie pojętego przeciwdziałania uzależnieniom stosowanym przez rodziców jest unikanie rozmów na temat uzależnień. W opinii rodziców temat nie poruszany przez dziecko w rodzinie np. czy „marihuana uzależnia, czy tylko pomaga przyswajać materiał ” odbierany jest przez rodziców jako temat, który nie dotyczy i nie będzie dotyczył ich dziecka. Natomiast młody człowiek jeżeli nie uzyska stosownych informacji na określony temat odbiera to jako brak wiedzy rodziców w powyższym zakresie [5]. Podkreślanie swojej władzy przez rodzica lub tez próby podejmowania decyzji za dziecko jest odbierane przez nastolatka jako osoby nadzorującej nie kochającej. Kontrolowanie dotyczy tylko niewielkiej części życia nastolatka pozostała część życia jest swobodna i ukryta przed władzą rodzicielską [5]. W sytuacji kiedy kochane dziecko sięga po narkotyk rodzice zadają pytanie sobie dlaczego to właśnie ich dziecko zaczęło poszukiwać nowych wrażeń.

Wiele jest mądrych odpowiedzi teoretycznych natomiast odpowiedz praktyczna leży w gestii każdego rodzica indywidualnie [3,4,5]. Każde dziecko w rodzinie nie zależnie od koloru skóry, pochodzenia, sytuacji rodzinnej i finansowej oczekuje miłości i przynależności do grupy. Oczekuje także dobrej atmosfery panującej w domu, wsparcia mądrej dyscypliny i zasad sprawiedliwości i rozsądku. Młodzi ludzi wywodzący się z mądrych życiowo rodzin przed podjęciem decyzji zastanowią się jaką poradę otrzymaliby od rodziców. Nie wolno też stwarzać sytuacji bezgranicznego zaufania ponieważ nastolatek może wykorzystywać powyższą sytuację i zacznie lekceważyć nakazy i zakazy [5]. Jeżeli młody człowiek nie nawiąże dialogu z rodzicami poszuka odpowiedzi w grupie rówieśniczej między innymi w szkole [5].

Szkoła w minionym okresie jaki i obecnie wywiązuje się zazwyczaj z zadań dotyczących kształcenia na różnych poziomach bez uwzględnienia szeroko pojętej funkcji wychowawczej [6]. W opinii uczniów jednym z czynników przyczyniających się do sięgania po narkotyki to: anonimowość ucznia, poczucie wykluczenia ze środowiska szkolnego spowodowane między innymi wielkością danej jednostki szkolnej tzw. molochy. Kolejnym czynnikiem jest uczęszczanie dziecka w różnych przedziałach czasowych na lekcje tzw. wielozmianowość, nadmierna liczba osób w klasie, niepowodzenia w przyswajaniu wiedzy spowodowane trudnościami metodologicznymi, które nie wspomagają ucznia w zapamiętywaniu i przyswajaniu wiedzy. Następnym czynnikiem mającym wpływ na rozwój zainteresowania dziecka narkotykami może być niski poziom wiedzy nauczycieli w zakresie pomocy psychologiczno –pedagogicznej [6]. Dlaczego jedne dzieci sięgają po narkotyki a inne nie? Jest to pytanie złożone, ponieważ pierwszy kontakt ze szkołą dla większości dzieci jest czymś nie znanym i stresującym. Rozłąka z rodzicami, nadmierne obowiązki w odczuciu ucznia , agresywni rówieśnicy mogą powodować utratę równowagi psychofizycznej. Każde dziecko wynosi z domu inne wartości przez co każda sytuacja stresowa może powodować ucieczkę w kierunku poszukiwania oparcia. Każde dziecko indywidualnie posiada określone cechy która mogą utrudniać do włączenia się do grupy rówieśniczej np. wady wymowy, nieśmiałość, pobudliwość. Problemem może także być pierwszy kontakt wychowawcą, ponieważ dziecko czuje się zagrożone. Rozwój uzależnienia jest procesem rozciągniętym w czasie w zależności od predyspozycji psychofizycznych młodego człowieka [7]. Zazwyczaj rozwija się w kilku fazach następujących po sobie. W pierwszym okresie jest to próbowanie, eksperymentowanie jak działa określony narkotyk. W tym momencie młody człowiek uzyskuje informacje na temat działania określonego środka i analizuje „korzyści” z przyjęcia

określonego środka. Zazwyczaj inicjacja narkotykowa następuje w grupie rówieśniczej i z ciekawości np. koncert, impreza w klubie. Momentem krytycznym jest samodzielne poszukiwanie kontaktu z narkotykiem. Młody człowiek w tej fazie uzależnienia wykazuje skłonność do izolacji, oddalenia się od bliskich , unikania rozmów i przebywania w dotychczasowych miejscach [6]. Na początku drogi eksperymentowania nastolatek może być ospały lub tez nadmiernie pobudzony, zmiana codziennych przyzwyczajeń, używanie nadmiernej ilości perfum. Zmienia się także wygląd fizyczny np. zaczerwienie oczu, przewlekły katar, rozszerzone źrenice, specyficzny zapach ciała ,włosów, ubrań. Z licznych badań wynika, że narkotykami pierwszego kontaktu najczęściej bywa: haszysz , marihuana, kompot, leki uspakajające, amfetamina, środki wziewne.

Pierwsza faza uzależnienia zazwyczaj trwa bardzo krótko potem następuje kolejna.

W drugiej fazie młody człowiek posiadający już wstępne doświadczenia z eksperymentowaniem dochodzi do wniosku, że narkotyki pozwalają bezstresowo funkcjonować i wiele trudnych rzeczy pod wpływem środka psychoaktywnego jest łatwe do osiągnięcia. Nastolatek szuka wytłumaczenia dla własnego postępowania, aby kolejny raz sięgnąć po narkotyk np. ciężko jest mi w szkole nie mogę tego się nauczyć lub też rodzice mnie nie rozumieją. Powodów można znaleźć wiele w zależności od inwencji twórczej człowieka potrzebującego [6]. Ale pojawia się też problem dotyczący finansowania i zdobywania środka psychoaktywnego. Na podstawie licznych badań można zauważyć, że jednym ze sposobów zdobywania pieniędzy jest kradzież [5,6]. Zmienia się sposób zachowania młodego człowieka , pojawiają się nowi znajomi , kontakt z poprzednimi kolegami i koleżankami ulega rozluźnieniu [5,6].

W fazie trzeciej człowiek przyjmujący środki psychoaktywne stawia przed sobą jedno zadanie: gdzie i jak można zdobyć środek psychoaktywny. Całe dotychczasowe życie ulega zmianie ponieważ najważniejszy jest narkotyk. W tej fazie dochodzi do utraty kontroli nad własnym życiem i zachowywaniem pozorów [6].

W czwartej fazie następują problemy zdrowotne wywołane uszkodzeniem wątroby, nerek, serca, obniżeniem odporności [5, 6].

W ostatniej fazie uzależnienia narkotyk jest traktowany przez człowieka tak jak woda do utrzymania homeostazy ustrojowej. Następuje wolna degeneracji człowieka ze wszystkim skutkami. Organizm jest bardzo wyczerpany, rozregulowany i dochodzi do przedawkowania środka psychotropowego. Coraz częściej występują niekontrolowane ataki złości, psychozy, amnezje. Przyjmowanie narkotyku nie wprowadza w stan euforii, ale tylko

pozwala zredukować ból fizyczny i psychiczny, aby było można przeżyć dzień [6,7]. Wydłużeniu ulega czas uzyskania efektu „przyjemności" i coraz bardziej nasilone zostają objawy zespołu odstawienia[5,6].

Narkotyki nie są wynalazkiem młodzieży. Zazwyczaj to ludzie dorośli pokazują formy i sposoby korzystania z rożnego typu używek, spędzania wolnego czasu, zwalczania niepowodzenia, stresu. Dopiero krytyczna refleksja nad własnym stylem życia pozwala dostrzec niebezpieczeństwo na jakie mogą być narażone dzieci [5,6].

Na podstawie literatury można stwierdzić, że istnieje wiele dróg i form przyjmowania środków psychoaktywnych [1 6,7,8]:

- doustnie mogą być przyjmowane np. pochodne i czysta amfetamina, barbiturany , benzodiazepiny. Jest to najczęstsza i najłatwiejsza droga przyjmowania środków narkotycznych. Na podstawie fizjologii człowieka można stwierdzić, że jest to droga stosunkowo bezpieczna ponieważ zawartość pokarmu w żołądka spowalnia wchłanianie leku i zmniejsza jego aktywność. Ponadto kwasy żołądkowe mogą rozkładać niektóre substancje i przez to spowalniać oczekiwane działanie,
- iniekcje podskórne np. wprowadzanie Heroiny jest to najprostszy sposób wykonania iniekcji. Droga wchłaniania jest znacznie szybsza niż przy podawaniu doustnym. Narkotyk wchłaniany jest wolno, ale zachowane jest stałe stężenie,
- iniekcje domięśniowe tą drogą można np. wprowadzać Barbiturany, Benzodiazepiny Wykonanie iniekcji wymaga wiedzy ponieważ dochodzi do głębszego wprowadzenia igły w tkankę mięśniowa dobrze ukrwioną i szybkie wprowadzenie substancji do krwiobiegu. W warunkach fizjologicznych wykonanie iniekcji domięsnowej w tkankę dobrze ukrwiona prowadzi do szereg powikłań np. wstrząs anafilaktyczny,
- iniekcje dożylne wykorzystywane są do między innymi do podawania opatów i ich pochodnych. Jednorazowe przyjęcie powyższych substancji może prowadzić do pobudzenia ruchowego, euforii lub sytuacji odwrotnej czyli obniżenia napędu ruchowego, senności. Przyjmowanie środków narkotycznych droga dożylną zapewnia natychmiastowy efekt ale obarczone jest tez wieloma niebezpieczeństwami np. nosicielstwem wirusa HIV,
- wziewna tzw. inhalacje w tej formie można przyjmować rozpuszczalniki organiczne np. eter , substancje rozcieńczające zawarte w klejach, lub też środki narkotyczne Amfetamina, Canabis , Heroinę, które dostarczone do organizmu wprowadzają w stan odurzenia. Charakterystycznymi objawami człowieka korzystającego z substancji

wziewnych w celach odurzania się jest przede wszystkim euforia, niezborność ruchowa, szerokie źrenice , zaczerwienione oczy .W przypadku osób wdychających z tzw. worka charakterystycznym objawem jest tzw rumień występujący w okolicy ust , a także możliwość wystąpienia reakcji organicznej z obrzękiem krtani co może prowadzić do uduszenia się i zgonu. Objawy zespołu odstawieniowego zazwyczaj charakteryzują się drażliwością , zaburzeniem snu i nastroju,

- wąchanie np. kleje, kokaina. Przyjmowanie substancji psychoaktywnej w tej formie jest szybkie i efektywne pod warunkiem, że substancja posiada zdolności do rozpuszczania się w tłuszczach. W przypadku kokainy wąchanie prowadzi do zniszczenia błony śluzowej nosa i gardła co z kolei prowadzi do długotrwałego stanu zapalnego. Jednorazowe przyjmowanie kokainy prowadzi do podwyższenia stanu psychicznego, obniżenie łaknienia, podwyższenie stanu emocjonalnego, napędu psychoruchowego i seksualnego.

Mechanizm uzależnienia jest zazwyczaj niejednoznaczny. W literaturze przedmiotu określany jest jako utrata Kontroli – Kontynuacja- Kompulsja (KKK) [7,8].

Na podstawie badań można określić charakterystyczne cechy biologiczne osób zażywających środki psychoaktywne. Wiele badań wskazuje, że duże znaczenie odgrywają różnice w sposobach reagowania na niektóre narkotyki co w literaturze przedmiotu jest określane jako wrażliwość początkowa [9]. W licznych badaniach klinicznych i epidemiologicznych stwierdzono, że taka sama dawka środka narkotycznego podana kobiecie i mężczyźnie będzie miała większe oddziaływanie na kobietę. Głównym wytłumaczeniem powyższej teorii jest fakt, iż kobiety zazwyczaj posiadają większa ilość tkanki tłuszczowej, a to oznacza, że ich organizm zawiera mniej wody. W myśl powyższej teorii jeżeli jest mało płynów w organizmie narkotyk będzie bardziej stężony i tym samym efekty oddziaływania będą silniejsze. Kolejnym parametrem będzie waga danej osoby. Jeżeli człowiek posiada większa masę ciała tym samym w jego organizmie jest więcej płynów to stężenie środka narkotycznego będzie zdecydowanie niższe niż u człowieka z niższą wagą. Kolejny parametrem mającym wpływ na kształtowanie wizerunku biologicznego odgrywa wiek. Dzieci zazwyczaj bywają bardziej wrażliwe, ponieważ ich systemy enzymatyczne odpowiedzialne za ich metabolizm są jeszcze nie w pełni rozwinięte [9]. Dużą rolę w rozwoju uzależnienia odgrywają cechy osobowości, które reagują w zależności od sytuacji. Jedną z tych cech jest potrzeba zdobywania różnego typu wrażeń i gotowość do ponoszenia wysiłku : fizycznego, psychicznego i społecznego tylko w celu wykreowania ryzyka .

Bycie rodzicem nie jest sprawą naturalną z tym człowiek się nie rodzi, ale musi wypracować określone strategie, zdobyć wiedzę z wielu dziedzin i następnie ją wdrożyć do życia tak, aby zapewnić potrzebę bezpieczeństwa. Zobowiązuje też do wszechstronnej obserwacji zmian w osobowości i zachowaniu młodego człowieka, aby wcześnie zauważyć pierwsze symptomy zażywania środków psychoaktywnych. Większość zmian psychofizycznych pozwala na ukierunkowanie podejrzeń odnośnie zażywanego środka psychoaktywnego. W przypadku używania przez dziecko określonych środków, mogą pojawić się charakterystyczne przybory w zasięgu [1,10]:

- małe foliowe torebki z zawartością tabletek, kryształków, białego proszku,
- większe torebki foliowe z zawartością suchych roślin, łodyg , nasion przypominających przyprawy kuchenne,
- białe lub kolorowe pastylki lub pigułki z wytłoczonymi wzorami w rożnych kształtach,
- tuby, słoiki, torby foliowe,
- żyletki o prostych ostrzach do odmierzenia np. działki kokainy
- mała łyżeczka noszona na szyi służąca do wdychania
- niewielki słoiczek lub fiolka z kolorowym korkiem (crak)
- różnego typu fajki np. fajka wodna z plastyku lub mosiądzu do palenia marihuany lub haszyszu
- fifki bibułki, szczypczyki, spinacze do robienia skrętów ,
- kadzidełka, aby zwalczyć np .zapach marihuany,
- igły strzykawki, kawałki opalonej foli aluminiowej.

Każde podejrzenie rodzica, że dziecko jest pod wpływem środków psychoaktywnych powinno skłonić do działania i wyjaśnienia sytuacji. Rozmowa rodziców z młodym człowiekiem nie może być prowadzona w formie pretensji, należy uzyskać informacje dlaczego w jakich okolicznościach dziecko sięgnęło po środek psychoaktywny. Należy potraktować nastolatka bardzo poważnie i poszukać sposobu rozwiązania problemu. Przy planowaniu jakichkolwiek interwencji należy brać pod uwagę różne style zaprzeczeń stosowanych przez młodego człowieka począwszy od wypierania się a skończywszy na udowadnianiu, że narkotyk nie uzależnia raz przyjęty [9]. Młody człowiek kiedy nie uzyska w tej fazie zrozumienia może atakować w formie werbalnej tzw. argumenty własne np. to przez moją sytuacje rodziną biorę lub nikt mnie nie kocha. Repertuar wypowiedzi jest znacznie

większy [9]. Aby nie dopuścić do manipulacji przez nastolatka rodzice powinni posiadać szeroką wiedzę z zakresu działania określonego środka psychoaktywnego i mechanizmie uzależnienia. Czasami rodzice człowieka uzależnionego robią nieudolne próby powstrzymania od przyjmowania środków psychoaktywnych, godzą się z kłamstwami, aby tylko nie dopuścić do konfliktu z nastolatkiem Bywają sytuacje, że rodzice szukają tzw. kozła ofiarnego, który może być rzekomą przyczyną sięgnięcia przez dziecko po narkotyk. W opinii rodzica takim sprawcą może być każdy: współmałżonek, nauczyciel, kolega, brat , siostra. Szukanie usprawiedliwienia przez dłuższy okres czasu nie rozwiązuje problemu , który jest i będzie. Z przyjmowania narkotyków dziecko nie wyrośnie, trzeba jak najszybciej znaleźć adekwatną pomoc [9].

Podsumowanie

Z licznych badań wynika , że łatwiej jest zapobiegać uzależnieniom niż leczyć i to jest fakt [5- 9]. Profilaktyka uzależnień powinna być wdrażana już od najmłodszych lat stosownie do wieku. W literaturze przedmiotu zakres działań profilaktycznych rozpatrywany jest na trzech poziomach i zazwyczaj odnosi się do unikania i zmniejszenia problemów zwianych z przyjmowaniem substancji odurzających. I to jest najprostszy sposób, aby zminimalizować przyjmowanie środków psychoaktywnych i ewentualne skutki uzależnienia [9]. Na podstawie literatury zapobieganie uzależnieniom można podzielić na trzy zasadnicze poziomy. Pierwszy stopień prewencji tzw. profilaktyka pierwszorzędowa polega na unikaniu styczności z substancjami psychoaktywnymi. W tym celu wykorzystana jest reklama w szeroko pojętym znaczeniu. Wiele plakatów, reklam pokazuje jakie skutki mogą wystąpić podczas przyjmowaniu substancji psychoaktywnych i w ten sposób wpływa, przynajmniej częściowo, na świadomość ludzi niezależnie od wieku . Zadaniem profilaktyki pierwszorzędowej jest zapobieganiu zanim dane zjawisko wystąpi. Profilaktyka drugorzędowa tzw. interwencyjna dotyczy sytuacji kiedy już nastąpiło przyjmowanie środków psychoaktywnych .W założeniu tej profilaktyki kładzie się duży nacisk na zminimalizowanie problemu lub zupełne rozwiązanie. Jeżeli przyjmowanie substancji psychoaktywnych wystąpiło po raz pierwszy zazwyczaj człowiek jest traktowany bardzo łagodnie. W ramach powyższej profilaktyki prowowadzona jest edukacja np. kursy, spotkania z pedagogiem psychologiem. Trzeci stopień profilaktyki stosowany jest wobec osób, które już przekroczyły próg wczesnego nadużywanie danej substancji. Celem powyższej profilaktyki jest przerwanie przyjmowania substancji psychoaktywnych i tym samym zminimalizowanie skutków pogorszenia się stanu zdrowia [9,10].

Piśmienictwo

1. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. 2006 Annual report: the state of the drugs problem in Europe. EMCDDA, Lisbon, 2006
2. Pach J., Gawlikowski T., Motyka E., et al.: Acute poisoning with psychoactive substances among adult abusers of the Krakow population, Przegl. Lek., 1997, 54, 392-398.
3. Ptaszyńska-Sarosiek I., Wardaszka Z., Sackiewicz A., et al.: Cases of fatal para methoxy amphetamine (PMA) poisoning in the material of the Forensic Medicine Department, Medical University of Białystok, Poland, Arch. Med. Sadowej Kryminol., 2009, 5, 190-193
4. Sutherland I., Shepherd J.P.: Social dimensions of adolescent substance use, Addiction, 2001, 96, 445-458
5. Chowaniec C., Rygol K., Kobek M., Albert M.: Medicines and psychoactive agents in traffic users--the medico-legal problem in Poland, Forensic Sci. Int., 2005, 147 (Suppl.), S53-S55
6. Zajączkowski K.: Nikotyna, alkohol, narkotyki: Profilaktyka uzależnień. Krótki poradnik psychologiczny. Wyd. Rubikon, Kraków, 2001.
7. Cekiera Cz.: Psychoprofilaktyka uzależnień oraz terapia i resocjalizacja osób uzależnionych. Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1993, 57-80.
8. Pospieszl I.: Patologie społeczne. Wyd. Naukowe PWN, 2008.
9. Woronowicz B.C.: Geneza terapia, powrót do zdrowia. Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia, Warszawa, 2009, 45-90.
10. Masto S.T., Galizo M., Connors G.J.: Uzależnienia: zażywanie i nadużywanie. Katolicka Fundacja Pomocy Osobom uzależnionym i dzieciom „Karan", Warszawa, 2000, 410- 428.

Raniszewska-Wyrwa Agnieszka

Z dziejów społeczno-moralnej oceny samobójstwa w społeczeństwach dawnych

Zakład Filozofii Moralnej i Bioetyki, Instytut Filozofii UMK w Toruniu

Zjawisko samobójstwa stanowi przedmiot zainteresowania człowieka od bardzo dawna, a na przestrzeni historii wywoływało odmienne odczucia i podlegało różnym ocenom, które zależne były od tradycji moralnej i kulturowej oraz wartości uznawanych w danym społeczeństwie. Poznanie stosunku społeczno-moralnego do zagadnienia samobójstwa możliwe jest dzięki badaniom z zakresu historii kultury oraz przekazom etnograficznym, które dowodzą, iż zachowania samobójcze występowały już w niektórych społeczeństwach pierwotnych. Ponieważ reprezentują one najstarsze stadia rozwoju ludzkości, stąd też „*stan ich intuicji moralnych rzuciłby wiele światła na charakter i kierunek rozwoju późniejszych epok historycznych na tym polu*" [1].

Na podstawie przekazu S.R. Steinmetza z 1894 roku można wnosić, iż działania samobójcze wśród ludów pierwotnych najczęstsze były u Indian z Ameryki Północnej, natomiast nie występowały w ogóle u Australijczyków czy szczepów zamieszkujących Amerykę Południową [2]. Podobnie samobójstwa nie były znane wśród Jahganów z Tierra del Fuego, Andamanów na Oceanie Indyjskim oraz niektórych ludów afrykańskich, takich jak Nandi, Bakerewe, czy Warundi [1]. Można przypuszczać, iż za taki stan rzeczy odpowiedzialny był mocno wpojony w świadomość moralną zakaz pozbawiania się życia, jednakże nie można wykluczyć wpływu innych czynników.

W społeczeństwach natomiast, w których miały miejsce zamachy samobójcze, stosunek zarówno do nich, jak i do samych samobójców nie był jednoznaczny. Niektóre zatem z ludów pierwotnych odnosiły się do samobójstwa z zabobonnym lękiem, inne natomiast - jak na przykład plemiona germańskie sprzed ery chrześcijańskiej przyjmowały je ze spokojem [3].

Normy niektórych społeczności prymitywnych wskazują, iż pozbawienie się życia stanowiło poważną zbrodnię, zło moralne, które rodziło niepokój, zawstydzenie, a nawet mogło prowadzić do obrazy bogów. Samobójstwo pociągało za sobą szykanowanie zwłok zmarłego oraz wiodło do wymierzania osobom próbującym w ten sposób zakończyć życie różnych, niekiedy nawet bardzo wymyślnych kar [4]. I tak na przykład Dahomejczycy z dorzecza rzeki Wolty i delty Nigru ciałom samobójców odcinali głowy i dostarczali je do siedziby swego króla, co miało stanowić przestrogę dla innych [5]. Niektóre zaś ludy grzebały

samobójców poza granicami cmentarzy lub, jak w przypadku Bossów, Indian ze stanu Alabama, wrzucały ich ciała do rzeki [6]. W społecznościach Ugandy, w których pozbawianie się życia uważane było za przejaw działania złego ducha, ciało samobójcy grzebano na rozstajach dróg, co znajduje swoją analogię w słowiańskich zwyczajach pogrzebowych [7] lub palono, używając do tego celu drzewa, na którym samobójca dokonał zamachu na swoje życie [1].

Najbardziej jednak prymitywne ludy do zwłok człowieka, który zmarł gwałtowną śmiercią, odnosiły się z zabobonnym lękiem i odprawiały skomplikowane obrzędy, mające zapobiec dręczeniu żyjących, przez jego ducha [3]. Stosowanie takich zwyczajów i rytuałów pozwoliło wysnuć wniosek, iż były one związane z moralną dezaprobatą samobójstwa w danej społeczności.

Do grupy ludów posiadających świadomość samobójstwa jako zła moralnego należeli Jakuci, którzy uważali, iż dusze samobójców nigdy nie znajdą spokoju [1]. W wierzeniach Buriatów ludzie zmarli przedwcześnie, w tym również samobójcy, po śmierci odznaczali się wielką dokuczliwością i złośliwością [5]. Podobnie górski lud Malerów z Indii, żyjący między rzeką Ganges a Brahmani, traktował pozbawianie się życia jako największą zbrodnię, obok zabójstwa i cudzołóstwa [5]. Również negatywny stosunek wobec samobójstwa cechował ludy Ajnosów z północno wschodniej Azji, hinduskich Paheriasów oraz Trobriandczyków należących do rodziny ludów papuomelanzyjskich [2]. Przeciw aktom samobójczym występowali również afrykańscy Masajowie, zaś ich działania, gdy okazywały się skuteczne, kończyły się darowizną sztuki bydła na rzecz wybawcy [8].

Także w cywilizacji Indian Hopi i Zuni, zamieszkujących w zachodniej części Stanów Zjednoczonych, istnieje prawny i obyczajowy zakaz nieuzasadnionego niszczenia życia, a zatem samobójstwo jest postrzegane jako czyn niedopuszczalny i moralnie zły [7].

Jak można zatem wnosić u części ludów pierwotnych występowały społeczno-moralne normy, które implikowały negatywną ocenę śmierci dobrowolnej. Taka postawa, według niektórych antropologów, charakteryzowała grupy społeczne, które afirmowały każde, w tym również własne istnienie [7].

W niektórych jednak społecznościach samobójstwo oparte na zwyczaju, u podłoża którego leżały *przesłanki altruistyczne,* było w pewien sposób usprawiedliwiane. Samobójstwo takie wiązało się z silnym powiązaniem jednostki ze społeczeństwem, utożsamianiem przez nią swoich interesów z oczekiwaniami grupy. Przykładem mogą być tutaj doniesienia Bronisława Malinowskiego o Trobriandczykach, na których, w sytuacji rażącego przekroczenia tradycyjnych norm i wartości danej grupy, wymuszano decyzję o

popełnieniu samobójstwa, co z jednej strony dawało oskarżonemu lub prześladowanemu możliwość rehabilitacji i rozwiązania problemu, z drugiej zaś - stanowiło usatysfakcjonowanie osób przez niego skrzywdzonych. Samobójstwo było zatem narzędziem, a zarazem wskaźnikiem służącym do funkcjonowania i przestrzegania prawa [8]. Jak podaje za Malinowskim Brunon Hołyst, samobójstwo popełniane było w tej społeczności zazwyczaj na dwa sposoby: *lo'u* (skok z wierzchołka palmy) lub poprzez zażycie trucizny pochodzącej z ryby *soka.* W przypadku konfliktów małżeńskich zażywano zaś truciznę pochodzącą z rośliny *tuva* [9].

Działaniami o podłożu altruistycznym były także samobójstwa ludzi starych, którzy stanowili ciężar dla współmieszkańców; znane są przypadki odbierania sobie życia przez Eskimosów Netsilik z Grenlandii, którzy „*będąc kalekami czy zniedołężniałymi starcami pragną uwolnić grupę społeczną i swoje rodziny od ciężaru poprzez akt samobójczy*" [2]. Także wśród niektórych plemion germańskich utrzymywał się obyczaj unikania starości i związanych z nią uciążliwości na drodze samobójstwa [10]. Podobnie na wyspie Tikopia, na południowym Pacyfiku zachował się zwyczaj nakazujący ludziom starym i nieprzydatnym społeczności by pozbawiali się życia [6]. Czyny takie nie były przez grupę traktowane jako przejaw desperacji, ale działania służące podporządkowaniu jednostkowego istnienia, społecznemu oczekiwaniu poświęcenia się dla innych.

Motywem samobójstwa wśród ludów pierwotnych mogła być obrona honoru i ojczyzny, ale również względy religijne. W społeczności Czuwaków oraz Wotjaków w sytuacji, kiedy wyczerpane zostały wszystkie środki obrony dopuszczane było pozbawienie się życia na progu domu wroga; również starożytni Chińczycy popełniali samobójstwo jako akt zemsty nad nieprzyjacielem, by pośmiertnie móc go nękać i wyrządzać szkody [1]. Dahomejczycy zaś aprobowali „rzucanie się swoich ziomków pod koła wozów z wizerunkami bogów w czasie uroczystych procesji. Podobnie religijny charakter posiadają pewne formy samobójstwa u Czukczów. W czasie epidemii niektórzy z nich poświęcają swe życie, aby ułagodzić złe duchy i dusze zmarłych krewnych" [1].

Wśród wielu społeczności usankcjonowany tradycją był rytuał popełniania samobójstwa przez żonę na grobie męża. U starożytnych Traków najbardziej wyróżniana z małżonek *towarzyszyła* zmarłemu w drodze w zaświaty, by tam z nim współbytować, pozostałe zaś kobiety zazdrościły jego tego szczęścia i zaszczytu [9]. Pogrzeb trwał trzy dni, podczas niego zabijano zwierzęta ofiarne, które później przyrządzano na stypę; by uczcić zmarłych usypywano kurhan oraz urządzano igrzyska i pojedynki [11]. Do dzisiaj jednak badacze

zastanawiają się, w jakiej mierze samobójstwa te były dobrowolne, a w jakiej wymuszone presją otoczenia.

Zwyczaj ten, nazywany *sati*, znany był również w Indiach, gdzie wdowy dokonywały samospalania na stosie wraz ze zwłokami męża. Jak podaje A.L. Basham, w południowych Indiach przyjęte było, iż w przypadku śmierci króla oprócz wdowy, również służba i wysocy urzędnicy królestwa towarzyszyli mu w ostatniej drodze oraz bytowaniu w zaświatach [12]. Ceremoniał taki stanowił z jednej strony drogę do oczyszczenia z win zarówno siebie, jak i męża, a przez to zapewniał szczęśliwe bytowanie w przyszłym świecie na długie lata [9]; z drugiej zaś strony, był aktem podporządkowania się obyczajom społecznym, które chwaliły taki rodzaj śmierci. Wdowa, która nie podała się presji tradycji była odrzucana przez środowisko, w tym również przez najbliższych [10]; sama zaś jej obecność mogła ściągać na otoczenie wszelkie nieszczęścia, stąd też postrzegana była jako niepożądana. Sytuację wdowy, która nie dokonała *sati* opisywał Basham następująco: „We wszystkich dziedzinach życia zachowywała się ona jak asceta. Spała na ziemi, jadała tylko raz dziennie same proste pokarmy - bez miodu, mięsa, wina i soli, nie nosiła żadnych ozdób ani barwnych szat, nie używała wonności. W średniowieczu wymagano także, aby strzygła włosy. Miała prowadzić taki surowy tryb życia aż do kresu swych dni, żywiąc nadzieję, że zostanie powtórnie zaślubiona swemu mężowi w przyszłym życiu. [...] Trzeba jeszcze dodać, że wdowa była osobą złowróżbną dla wszystkich ludzi oprócz własnych dzieci. Gdziekolwiek się zjawiła, obecność jej rzucała cień na wszystkich dookoła. Nie mogła uczestniczyć w żadnych uroczystościach rodzinnych [...], gdyż przyniosłaby nieszczęście wszystkim zebranym” [12]. Pozbawianie się życia w następstwie *sati* praktykowane było do XIX wieku, kiedy to zostało prawnie zabronione; jednakże pomimo to, nawet współcześnie niekiedy odnotowuje się przypadki rytualnego samospalania wdów [8].

Śmierć samobójcza przez niektóre ludy postrzegana była jako śmierć pożądana - celtyccy druidzi upowszechniali pogląd, iż możność zachowania osobowości po śmierci dana będzie tym, których śmierć nastąpiła w niezwykłych okolicznościach, stąd też śmierć zamierzona „nosiła znamiona magiczne i zaliczana została do wyróżnionych rodzajów [...] śmierci. Także wśród pewnych plemion afrykańskich, eskimoskich Igulitów, czy mieszkańców wysp Markizów, istniało przekonanie, że gwałtowny zgon to paszport do raju” [7].

W społecznościach zmilitaryzowanych, w których cnotą była odwaga, samobójstwo postrzegano jako wielkie dobro - przykładem mogą być tutaj Wikingowie, wierzący iż Walhalla dostępna jest tylko dla wojowników, którzy zginęli wskutek agresji własnej lub

cudzej [7]. Raj stał także otworem przed tymi, którzy tracili życie „*wyniku aktu desperacji czynionej na sobie, w imię męstwa wykluczającego poddanie się wrogowi lub jakiejkolwiek słabości podważającej opinię dzielnego i nie lękającego się niczego człowieka. W tej kulturze śmierć w bitwie, a zaraz potem samobójstwo było najwyżej cenione*" [7].

Samobójstwo podyktowane względami religijnymi, również było akceptowaną formą śmierci, czego przykładem mogą być Katarowie, sekta religijna działająca na południu Francji w XI - XIII wieku, która na skutek prześladowań ze strony papieża Innocentego III swą ostateczną klęskę poprzedziła, w 1220 roku, zbiorowym pozbawieniem się życia [9].

Podobnie w Japonii samobójstwo było rodzajem śmierci głęboko szanowanym, który zyskał ponadto najbardziej rytualny charakter. Początki tego zwyczaju sięgają już tradycji pierwotnej, kiedy to Ajnowie, mieszkańcy wysp japońskich, dokonywali *harakiri*. Niektórzy badacze przypuszczają także, iż w Japonii istniał również obyczaj *dziunsi*, wywodzący się z Chin, zgodnie z którym poddani popełniali samobójstwo, aby mogli służyć zmarłemu władcy po śmierci; rytuał ten został prawdopodobnie zakazany przez japońskiego panującego Jamato Suinina ok. 230 roku [5]. Jednakże już w XI wieku (choć według niektórych autorów w IX wieku) [9] wojownicy japońscy zaczęli stosować *seppuku*, a sto lat później, podczas walk o władzę do jakich doszło między klanami Taira i Minamoto, samobójstwa samurajów zaczęły stanowić częstą praktykę [13]. Powodami, dla których wojownicy pozbawiali się życia były najczęściej obawy o popadnięcie w niewolę po śmierci suwerena, pobudki honorowe czy chęć udowodnienia wierności względem zmarłego pana [1]. Taki zatem rodzaj śmierci został zaliczony w obszar wartości zdobiących samuraja, gdyż przydawał honoru, oczyszczał z wszelkich win oraz stanowił dowód największego męstwa i wierności [13]. W Japonii poszanowanie śmierci dobrowolne bliskie było również kobietom z klas wyższych, „*co kuriozalnie wyróżniało etos japoński spośród innych tradycji rycerskich*" [1]. Wraz z początkiem wieku XVI *seppuku* przestało być wyłącznie obyczajem, a stało się prawem; szeroko rozbudowany został system reguł i ceremonii, jakie wiązały się z samobójstwem: „*ściśle określono wszystkie elementy ceremonii: od długości ostrza, po kolor i gatunek draperii, jaką obijano ściany komnaty przygotowanej do uroczystej śmierci*" [13]. Istniały ustawy regulujące sposób dokonywania *seppuku*, a nawet został opublikowany na ten temat podręcznik. Przy dokonywaniu *harakiri* samurajowi towarzyszyła rodzina i przyjaciele, zaś jeden ze świadków po samobójstwie odcinał skazanemu głowę [9]. Jako oficjalny i uprzywilejowany rodzaj osobistego wykonania orzeczonej kary *seppuku* zniesiono w 1873 roku, jednakże jako nieoficjalny obyczaj przetrwało do czasów współczesnych, czego przykładem może być śmierć generała Nogi Maresuke i jego małżonki [9] czy

demonstracyjna śmierć pisarza Yukio Mishimy w 1970 roku [13]. Tradycja śmierci zamierzonej uwidoczniła się także podczas drugiej wojny światowej, kiedy to japońscy lotnicy, *kamikadze*, dokonywali samobójczych ataków na wrogie obiekty wojskowe. Również po ogłoszeniu kapitulacji w 1945 roku oficerowie japońscy pozbawiali się życia w wyniku *harakiri*.

Ocena moralna własnowolnego pozbawienia się życia, jak można zauważyć, nigdy nie była jednoznaczna - o ile, dla niektórych kultur, było to działanie akceptowalne, a w niektórych przypadkach nawet oczekiwane, czy wręcz wymagane od jednostki, o tyle w innych spotykało się z potępieniem i negacją. Również współcześnie praktyki samouśmiercania implikują odmienne oceny; w opinii przedstawicieli *etyki personalistycznej* stanowią one pogwałcenie *zasady świętości życia ludzkiego*, zaś osoby o *orientacji utylitarystycznej* wskazują na konieczność poszanowania *autonomii* człowieka, który dysponuje pełnią swobodą decydowania o własnym losie. Koncepcje te są tak skrajne, iż wydaje się, że ich pogodzenie raczej nie jest możliwe, a co za tym idzie - również wypracowanie konsensusu wobec tego ważnego problemu. Istotne jest jednak, na co zwracał uwagę znany polski, XX-wieczny filozof Władysław Witwicki, aby powstrzymywać się od pochopnej oceny człowieka, który dokonał zamachu na własne życie ponieważ, nikt nie jest w stanie poznać wszystkich motywów, które skłoniły drugiego do określonego działania; zatem „*słusznie robią ludzie głęboko pobożni, kiedy się sami od sądzenia drugich wstrzymują, a sąd zostawiają istocie, która zna wszystkie pobudki i wszystkie warunki czynu. Człowiek nigdy nie zdoła całkowicie wejść w skórę drugiego*" [14].

Piśmiennictwo

1. Ślipko T.: Życie i płeć człowieka. WAM, Kraków, 1978.
2. Malicka-Gorzelańczyk H.: Opinie młodzieży o samobójstwie. Akademia Bydgoska im. Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz, 2002.
3. Willams G.: Świętość życia a prawo karne. PZWL, Warszawa, 1960.
4. Tokarczyk R.: Prawa narodzin, życia i śmierci. Zakamycze, Kraków, 2000.
5. Hołyst B.: Suicydologia. LexisNexis, Warszawa, 2002.
6. Śliz A.: Samobójstwo w ujęciu socjologicznym [w:] Samobójstwo. Specyfika problemu, horyzonty badawcze, Kijaczko S. (red.), Wyd. UO, Opole, 2003, 79-98.
7. Adamkiewicz M.: Zagadnienie śmierci w bioetyce. Wyd.. Wojskowej Akademii Technicznej, Warszawa, 2002.

8. Jarosz M.: Samobójstwa. Ucieczka przegranych. PWN, Warszawa, 2004.
9. Hołyst B.: Samobójstwo. Przypadek czy konieczność. PWN, Warszawa, 1983.
10. Tétaz N.: Warto żyć. Samobójstwo - jego istota i zwalczanie. PZWL, Warszawa, 1976.
11. Rosen - Przeworska J.: Religia Traków. Keller J.: Zarys dziejów religii. Iskry, Warszawa, 1968, 509-510.
12. Basham A. L.: Indie od początku dziejów do podboju muzułmańskiego. PIW, Warszawa, 1964.
13. Sarzyński P.: Leksykon samobójców. Iskry, Warszawa, 2002.
14. Witwicki W.: Pogadanki obyczajowe, PWN, Warszawa, 1960.

Kolanko Emanuel[1], Chowaniec Czesław[2]

Wpływ pogody na częstość samobójstw

1. Studenckie Koło Naukowe, Katedra Medycyny Sądowej i Toksykologii Sądowo-Lekarskiej, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice
2. Katedra Medycyny Sądowej i Toksykologii Sądowo-Lekarskiej, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

Wstęp

Samobójstwo, będące aktem celowego i świadomego odebrania sobie życia, stanowi jeden z najistotniejszych problemów zdrowotnych, który leży na styku medycyny, socjologii, psychologii i prawa. Samobójstwo jest zjawiskiem wielowymiarowym wynikającym z interakcji czynników biologicznych, genetycznych, socjologicznych, psychologicznych a także środowiskowych.

Według danych WHO co roku na całym świecie około miliona osób popełnia samobójstwo. Jest ono jedną z dziesięciu najczęstszych przyczyn zgonów w każdym kraju bez względu na wiek oraz jedną z trzech głównych przyczyn zgonów w grupie wiekowej 15–35 lat [1]. W Polsce w 2012 roku odnotowano 5791 zamachów samobójczych, z których 4177 zakończyło się zgonem. Niepokojący jest również obserwowany w ostatnich latach systematyczny wzrost liczby samobójstw w Polsce. Województwem, w którym stwierdza się najwięcej udanych prób samobójczych jest województwo śląskie. Tylko na jego terenie w 2013 roku odnotowano 1100 przypadków samobójstw [2].

Do najczęstszych przyczyn samobójstw zaliczyć należy złą sytuację socjoekonomiczną, choroby psychiczne, konflikty rodzinne oraz choroby przewlekłe. Zaburzenia psychiczne, wśród których pierwsze miejsce przypada depresji, występują nawet u 80% samobójców. Duża część zamachów na własne życie odbywa się po spożyciu alkoholu, narkotyków lub leków psychotropowych [1].

Poza szeregiem głównych czynników indywidualnych i socjodemograficznych mających związek z samobójstwem, szeroko dyskutowany jest czynnik pogodowy. W piśmiennictwie wielokrotnie podejmowano próby wykazania wpływu pogody na przebieg wielu chorób, w szczególności chorób psychicznych, chorób układu krążenia czy układu nerwowego. Za osoby najbardziej podatne na nagłe zmiany warunków pogodowych uznaje się chorych cierpiących na depresję, psychozy, a także narkomanów i alkoholików. Wydaje się, że nawet małe zmiany rytmów chronobiologicznych mogą zdestabilizować podatne osoby [3,4,5,6].

Wśród zdarzeń pogodowych meteorotropowych mogących mieć wpływ na zmiany w zachowaniu człowieka, nazywanych „złą pogodą", wyróżnia się m.in. układy niskiego ciśnienia i związane z nimi nagłe zmiany poszczególnych elementów meteorologicznych (głównie ciśnienia atmosferycznego i temperatury powietrza) podczas przechodzenia frontów atmosferycznych, szczególnie frontu chłodnego oraz występowanie wiatru halnego czy burz [6,7].

Wielość sprzecznych danych w piśmiennictwie dotyczącym wpływu warunków pogodowych na częstość samobójstw skłania do dalszego poszukiwania odpowiedzi na pytanie, czy i jakie warunki pogodowe mają wpływ na częstość samobójstw.

Założenia i cel pracy

Celem pracy było przeanalizowanie wpływu wybranych warunków meteorologicznych na częstość samobójstw, których dokonano w okolicach Bielska-Białej, zarejestrowanych na przestrzeni 7 lat.

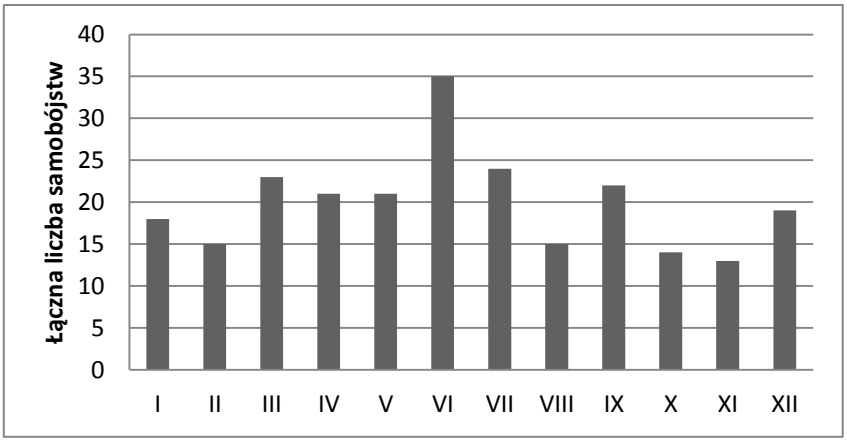
Materiał i metody

Dokonano analizy 249 przypadków udanych prób samobójczych z okolic Bielska-Białej zarejestrowanych w latach 2002–2008. Dane na temat przypadków pochodziły z dokumentów sekcyjnych. Sekcje zwłok samobójców zostały przeprowadzone w Katedrze i Zakładzie Medycyny Sądowej i Toksykologii Sądowo-Lekarskiej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.

Dane meteorologiczne z każdego dnia na przestrzeni lat 2002–2008 zebrane w stacji meteorologicznej w Bielsku-Białej otrzymano z Instytutu Meteorologii i Gospodarki Wodnej w Katowicach. Informacje te wykorzystano do oceny korelacji pomiędzy częstością samobójstw zarejestrowanych na terenie Bielska-Białej a średnim dobowym ciśnieniem atmosferycznym, wilgotnością względną, średnią dobową temperaturą powietrza oraz średnim dobowym zachmurzeniem badanym w tym rejonie. Analiza statystyczna została wykonana przy użyciu korelacji porządku rang Spearmana w programie Statistica.

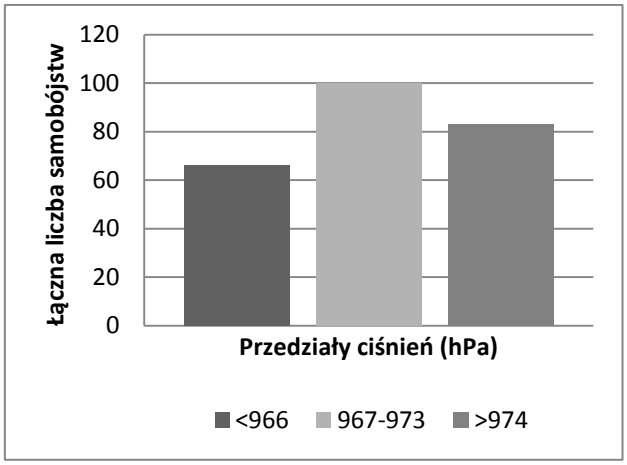
Wyniki

Na przestrzeni analizowanego okresu 7 lat średnia liczba zgonów z powodu udanych prób samobójczych na terenie Bielska-Białej na 100 000 mieszkańców wyniosła 23,7/rok. Najwięcej zgonów zarejestrowano w 2005 roku – 54 przypadki, najmniej w 2008 roku – 12 przypadków.



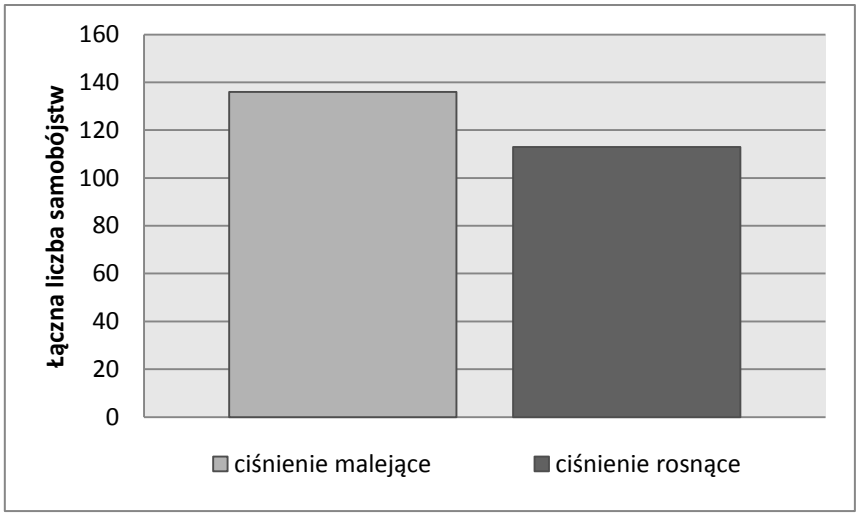
Ryc. 1. Łączna liczba samobójstw w poszczególnych miesiącach w latach 2002–2008

Wykres 1 pokazuje, jak rozkładała się liczba udanych prób samobójczych w poszczególnych miesiącach. Z wykresu wynika, że na przestrzeni 7 lat najwięcej udanych prób samobójczych odnotowano w sumie w miesiącu czerwcu. Różnica ta jednak nie jest istotna statystycznie (p=0,44).



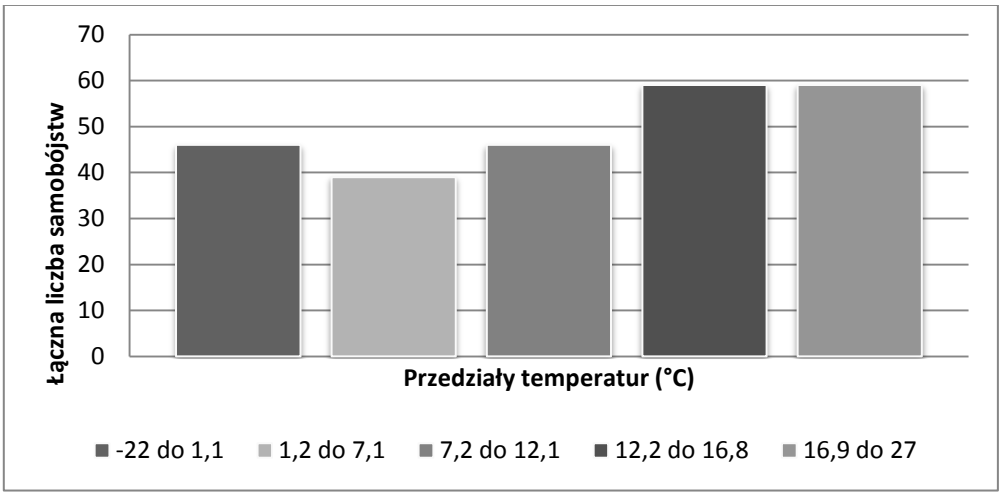
Ryc. 2. Częstość samobójstw w zależności od ciśnienia atmosferycznego w latach 2002–2008

Wykres 2 przedstawia liczbę udanych prób samobójczych w zależności od ciśnienia. Listę ciśnień podzielono na tercyle i przyporządkowano do nich liczbę samobójstw. Na wykresie można zaobserwować, że najwięcej samobójstw zostało dokonanych, gdy średnie ciśnienie dobowe znajdowało się w przedziale 967–973 hPa. Różnica ta jednak nie jest istotna statystycznie (p=0,22).



Ryc. 3. Wpływ zmiany ciśnienia na częstość samobójstw

Sprawdzono również, czy zmiana ciśnienia analizowanego od dnia poprzedzającego samobójstwo ma wpływ na częstość prób samobójczych. Z wykresu 3 wynika, że więcej samobójstw zostało popełnionych, w czasie gdy ciśnienie miało tendencje spadkowe. Jednak i ta różnica nie jest znamienna statystycznie (p=0,15).



Ryc. 4. Wpływ temperatury na częstość samobójstw

Podzielono także średnie dobowe temperatury na pięć przedziałów i przypisano do nich liczbę stwierdzonych samobójstw. Wykres 4 pokazuje, że liczba samobójstw ma tendencję wzrostową wraz ze wzrostem temperatury, choć różnice między liczbami samobójstw w poszczególnych grupach nie są istotnie statystycznie (p=0,28).

Tabela 1. Korelacja pomiędzy występowaniem samobójstw a wartością ciśnienia, temperatury, zachmurzeniem i wilgotnością względną

	Ciśnienie atmosferyczne	Temperatura powietrza	Zachmurzenie	Wilgotność względna
Współczynnik korelacji	**r = 0,02** **p = 0,28**	**r = 0,05** **p = 0,03**	**r = 0,002** **p = 0,92**	**r = -0,002** **p = 0,90**

Tabela 1 przedstawia wyniki analizy statystycznej przy użyciu korelacji porządku rang Spearmana. Wyniki powyższych analiz wykazują brak korelacji między częstością samobójstw a średnim ciśnieniem dobowym, wilgotnością względną, jak również średnim zachmurzeniem dobowym analizowanym na przestrzeni 7 lat. O bardzo słabej dodatniej korelacji można mówić jedynie w przypadku zależności między dobową temperaturą powietrza a częstością samobójstw. Dla tej korelacji uzyskano znamienność statystyczną ($p<0,05$).

Dyskusja

Istnieje wiele chorób, na których przebieg istotny wpływ mają warunki pogodowe. Zaliczamy do nich choroby psychiczne, neurologiczne, a także choroby układu sercowo-naczyniowego. Liczne analizy statystyczne wykazują także związki między warunkami pogodowymi, a nagłymi zgonami spowodowanymi niedokrwienną chorobą serca, zatorem płucnym czy zatruciem lekami. Bezsprzeczny wydaje się również związek między warunkami pogodowymi a samopoczuciem [5]. Natomiast analizując korelację między wybranymi warunkami pogodowymi a częstością samobójstw, w literaturze często spotykamy się ze sprzecznymi wynikami.

Czynniki pogodowe, które zostały przeanalizowane w naszej pracy, wydają się dość istotne z punktu widzenia wprowadzania przez wielu autorów prób przewidywania incydentów samobójstw poprzez analizę czynników ryzyka. I chociaż wyniki naszych analiz wykazują brak korelacji między częstością samobójstw a średnim ciśnieniem dobowym, wilgotnością względną i średnim zachmurzeniem dobowym, a jedynie bardzo słabą dodatnią korelację z częstością samobójstw i średnią dobową temperaturą, to wnoszą one kolejną negatywną opinię w badanym temacie.

W przypadku temperatury kilku badaczom udało się wykazać jej korelację z częstością samobójstw. W jednej z prac wykazano, że średnia miesięczna temperatura i amplituda temperatur korelują ujemnie z samobójstwami [7]. W innej publikacji wskazano na fakt, że zaburzenia psychiczne i temperatura były związane z częstością samobójstw dokonywanych przez chorych psychicznie transportowanych karetką pogotowia. Włączenie w program

leczenia tych pacjentów szczególnej obserwacji temperatury otoczenia jako czynnika ryzyka ich samobójstwa ma zmniejszyć w przyszłości częstość samobójstw w tych przypadkach [8]. Co do następnego parametru, jakim jest wilgotność względna, jedno z badań przeprowadzone w North Cheshire wykazało dodatnią korelację pomiędzy wilgotnością a częstością samobójstw w grupie osób starszych [9].

Kolejnym często badanym parametrem był wpływ ograniczenia dopływu światła słonecznego spowodowanego zachmurzeniem na zachowanie jednostek. Parametr ten wydaje się istotny, gdyż światło znacząco wpływa na rytm snu i wydzielanie hormonów. Podczas ograniczenia dopływu światła zmienia się między innymi stężenie serotoniny, która odpowiada za kontrolę nastroju. Ma to istotny wpływ na zachowanie jednostki. W takiej sytuacji osoby zaczynają być „bez powodu" smutne, rozdrażnione, apatyczne. Chociaż „zła pogoda" raczej nie wywołuje stanów depresyjnych u ludzi zdrowych, może jednak pogłębiać już istniejące. U osób chorych, z depresją i ze skłonnościami samobójczymi, spadek nasłonecznienia może działać w niektórych przypadkach paradoksalnie protekcyjnie. Badania statystyczne na populacji włoskiej wykazały znamienną dodatnią korelację między częstością samobójstw a ekspozycją na słońce, natomiast znamiennie ujemną między zachmurzeniem i opadami deszczu [10]. Kolejnym przykładem potwierdzającym tą zależność były badania, w których stwierdzono zwiększoną liczbę samobójstw z powodu pogłębienia stanu depresyjnego w okresach zwiększonego nasłonecznienia w zimie. W ramach badania wysnuto teorię mającą wyjaśnić to zjawisko. Mówi ona, że u cierpiących na ciężkie depresje zmniejszone nasłonecznienie utrudnia działania tych osób, natomiast zwiększenie nasłonecznienia może ułatwić wykonywanie czynności, więc jeśli dana osoba ma myśli samobójcze, zwiększa to prawdopodobieństwo udanej próby samobójczej [11].

Kolejnym istotnym aspektem badanych zjawisk jest fakt, że chociaż przedstawione analizy korelacji czynników pogodowych i częstości samobójstw nie potwierdzają szeroko panującego poglądu jakoby czynnik pogodowy miał istotny wpływ na częstość udanych prób samobójczych, to w przeprowadzonych analizach statystycznych nie brano pod uwagę stanu psychicznego samobójcy, oraz jego poczucia bezpieczeństwa. A to właśnie na te czynniki pogoda może mieć największy wpływ, dlatego wyłonienie grupy osób, w szczególności z zaburzeniami depresyjnymi, mogłoby wykazać silniejszą korelację z badanymi warunkami pogodowymi w porównaniu z badaną ogólną grupą.

Wnioski

Przedstawione analizy wykazały, że zarówno średnie dobowe ciśnienie, średnia dobowa temperatura, wilgotność względna, jak również średnie dobowe zachmurzenie nie

mają wpływu na częstość udanych prób samobójczych w badanej grupie samobójców. Wynika z tego, że „zła pogoda" nie jest czynnikiem decydującym o dokonaniu przez osobę udanej próby samobójczej, a jedynie prawdopodobnie jednym z wielu czynników, które nasilają już istniejącą tendencję. Jak podają inni autorzy, warunki atmosferyczne mogą mieć duży wpływ na przebieg zaburzeń psychicznych, zwłaszcza na depresje sezonowe. Depresja, szczególnie nieleczona, poprzedza samobójstwo. Dlatego podczas konstruowania populacji do analizy wpływu warunków pogodowych na częstość samobójstw, należy zwrócić uwagę przede wszystkim na grupę osób z zaburzeniami psychicznymi.

Piśmiennictwo

1. Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla lekarzy pierwszego kontaktu. Bertolote J. M. (red.), Zakład Wydawniczo Produkcyjny FOLIAŁ, Genewa–Warszawa: Światowa Organizacja Zdrowia, 2003, 8-23.
2. http://www.statystyka.policja.pl/st/wybranestatystyki/samobojstwa/84000,Samobojstwa-2012.html, data pobrania Pobrano dnia: 03.03.2014
3. Gunnell D., Frankel S.: Prevention of suicide: aspirations and evidences. British medical journal, 1999, 308, 1227–1233.
4. Hiltunen L., Ruuhela R., Ostamo A. et al.: Atmospheric pressure and suicide attempts in Helsinki. Finland. Int. J. Biometeorol., 2012, 56, 6, 1045-1053.
5. Bierton C., Cashman K., Langlois NE.: Is sudden death random or is it in the weather? Forensic Sci. Med. Pathol., 2013, 9, 1, 31-35.
6. Berk M., Dodd S., Hallam K. et al.: Small shifts in diurnal rhythms are associated with an increase in suicide: the effect of daylight saving. Sleep. Biol. Rhythm., 2008, 6, 22–25.
7. Souêtre E.,Wehr TA., Douillet P., Darcourt G.: Influence of environmental factors on suicidal behaviour. Psychiatry Res., 1990, 32, 253–263.
8. Inoue K., Nishimura Y., Fujita Y. et al.: The relationship between suicide and five climate issues in a large-scale and long-term study in Japan. West. Indian Med. J., 2012, 61, 5, 532-537.
9. Salib E.: Elderly suicide and weather conditions: is there a link? Int. J. Geriatr. Psychiatry, 1997, 12, 937–941.
10. Preti A., Miotto P.: Seasonality in suicides: the influence of suicide method, gender and age on suicide distribution in Italy. Psychiatry Res., 1998, 81, 219–231.

11. Egashira K., Suzuki T., Abe K.: Monthly suicide rates and sunshine hours in eight districts in Japan. Clinical Psychiatry 1987, 29, 735–740.

Rzepiela Lidia[1], Sesiuk Aleksandra[1], Ogłodek Ewa[2], Araszkiewicz Aleksander[3]

Problem samobójstw w przebiegu depresji i schizofrenii

1. Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
2. Studenckie Koło Naukowe Psychiatrii, Katedra Psychiatrii, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
3. Katedra Psychiatrii, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wstęp

Samobójstwa są znaczącym problemem społecznym. Należy rozróżnić dwa pojęcia: **samobójstwo** – „*zamierzone działanie zagrażające życiu (jednostki), podjęte samodzielnie, którego następstwem jest śmierć”* oraz **próba samobójcza** – „*działanie podjęte z intencją samobójstwa, bez udziału osób trzecich i tragicznego zakończenia, mogące spowodować samouszkodzenie ciała lub zatrucie*” [1].

Problem ten dotyka osób w różnych przedziałach wiekowych i należących do wszystkich klas społecznych. Jednak polskie statystyki policyjne ukazują, że jego skala od lat utrzymuje się na stałym poziomie, a znacznie częściej decydują się na ten krok mężczyźni. W roku 1991, aż 3 388 mężczyzn, a tylko 771 kobiet popełniło samobójstwo, a dla porównania w roku 2011 odnotowano 3 294 samobójstwa wśród mężczyzn oraz 545 wśród kobiet [2]. Odwrotna sytuacja jest w Stanach Zjednoczonych, gdzie kobiety trzy do czterech razy częściej próbują odebrać sobie życie, jednak próby samobójcze kończące się zgonem zdarzają się trzy do czterech razy częściej u mężczyzn [3].

Decyzja o popełnieniu samobójstwa może mieć różnorodne motywacje, a często jest konsekwencją długotrwałej choroby o podłożu psychicznym. Według Pawlak i Hauser [4] do czynników ryzyka samobójstw u osób, które cierpią na zaburzenia nastroju należą głównie: depresja (szczególnie z elementami stanu mieszanego), wcześniejsze próby samobójcze, impulsywność oraz współistnienie z innym zaburzeniami psychicznymi (zaburzenia osobowości, nadużywanie substancji psychoaktywnych) [4].

Jaeschke i wsp. [5] wykazali, że samobójstwo jest zjawiskiem wielowymiarowym, w którym zachodzą interakcje między czynnikami biologicznymi, psychologicznymi, genetycznymi, socjologicznymi i środowiskowymi. O neurobiologicznym podłożu samobójstw świadczą zmiany w czynności ośrodkowego układu nerwowego [5]. Zmiany te dotyczą zaburzeń w neuroprzekaźnictwie (obniżona aktywność układu serotoninergicznego

oraz dopaminergicznego, wzmożona aktywność układu noradrenergicznego), czynności bioelektrycznej mózgu oraz zaburzeń w układzie hormonalnym (oś podwzgórze – przysadka – nadnercza, wzrost poziomu kortyzolu oraz oś podwzgórze – przysadka – tarczyca, spadek aktywności hormonów tarczycy) [1].

Pawlak i Hauser [4] wyróżniają różne czynniki ryzyka samobójstw dla populacji ogólnej oraz dla osób z zaburzeniami nastroju. W przypadku populacji ogólnej można tutaj zaliczyć (akronim *SAD PERSONS* wg Pattersona):

S – płeć męską,

A – wiek podeszły lub młodzieńczy,

D – występowanie depresji,

P - wcześniejsze próby samobójcze,

E – nadużywanie alkoholu,

R - współwystępowanie objawów psychotycznych,

S – brak wsparcia społecznego,

O - plany dokonania samobójstwa,

N - brak współmałżonka**,**

S – współwystępowanie choroby somatycznej.

Do czynników samobójstw populacji z zaburzeniami nastroju należą:

- cechy stanu chorobowego (istotny związek dokonania samobójstwa w chorobie afektywnej dwubiegunowej z depresją lub stanem mieszanym)
- dane z wywiadu (podjęcie próby samobójczej w przeszłości, wczesny początek choroby psychicznej, przebyte urazy głowy)
- cechy osobowości (agresja, impulsywność, skłonność do histerii, teatralizacji zachowań)
- cechy demograficzne (wiek, płeć, wyższy wskaźnik BMI, problemy interpersonalne) [4].

Rozwinięcie

Depresja to zespół afektywny, w którym dominuje obniżenie nastroju, a jej objawy to m.in. utrata radości życia i zdolności od odczuwania przyjemności, stopniowa utrata dotychczasowych zainteresowań, pesymistyczne myśli, lęk, zaburzenie rytmu dobowego [6].

WHO na podstawie zebranych danych własnych, jak podaje Borowiecka – Kluza [7], uznało, depresję za wiodącą przyczynę niesprawności i niezdolności do pracy. Ponad to,

powyższe schorzenie znajduje się w grupie najczęściej spotykanych zaburzeń psychicznych [7].

Należy podkreślić, że depresja, w większości przypadków przyczynia się do zachowań samobójczych. W 60 – 80% występuje ona jako zaburzenie psychiczne u młodzieży po próbach samobójczych. Potwierdzeniem tego są badania [1], wskazujące na istotny związek zachowań samobójczych z występowaniem zaburzeń psychicznych. Można w nich wyróżnić dwie grupy badanych. Pierwsza to osoby, które dokonały próby samobójczej, ale wcześniej nie zostały zdiagnozowane w zakresie zaburzeń psychicznych. W grupie tej ostatecznie u 80 – 100% stwierdzono występowanie zaburzeń psychicznych - głównie nastroju o charakterze depresyjnym oraz nadużywanie substancji psychoaktywnych. Drugą grupę stanowiły osoby leczone już wcześniej z powodu zaburzenia psychicznego, u których próba samobójcza była wtórna do diagnozy [1].

Bez wątpienia istnieje zależność między płcią, wiekiem, a podatnością na depresję. Okazuje się, że jej występowanie jest równomierne w wieku poprzedzającym adolescencję u dziewcząt i chłopców, ale w wieku dojrzewania depresja jest częstsza u kobiet. Wydaje się, że większa podatność młodych dziewcząt na depresję może wynikać z odmiennego wpływu czynników hormonalnych w okresie dojrzewania oraz różnicujących wymagań ról płciowych [8].

Związku między depresją, a samobójstwem, doszukuje się w obniżonym stężeniu serotoniny w ośrodkowym układzie nerwowym [9]. Należy jednak również wyodrębnić dwie grupy chorych, u których stosowane leki przeciwdepresyjne „indukują" zagrożenie samobójstwem, a w drugiej grupie nie działają suicydogennie, nie mają wpływu ani na depresję, ani na ochronę przed samobójstwem. Obserwuje się , że objawowe leczenie „depresji" poprzez zastosowanie leków, które podwyższają poziom serotoniny w mózgu, nie znoszą tendencji samobójczych, a problem ten istnieje nadal. Dzieje się tak dlatego, gdyż prawdziwe przyczyny „cierpienia" nie są niwelowane przez lek. Chwilowe obniżenie nastroju obserwowane u pacjenta nie spełnia kryteriów depresji, jednak jest odczuwane przez niego jako dotkliwe cierpienie psychiczne, które on sam może czasami nazywać depresją. Lekarz nie jest w stanie rozwiązać problemów pacjenta, więc wypisując receptę na lek przeciwdepresyjny chwilowo poprawia jego samopoczucie . Badania wskazują, że gdyby lek zastąpić placebo, to efekt byłby taki sam, tzn. silna sugestia lekarza poprawi samopoczucie u pacjenta, ale nie obniży ryzyka pojawienia się próby samobójczej (usunięty zostaje objaw, a nie przyczyna). Kolejne badania ukazały, że samobójstwo jest wynikiem tłumienia agresji, a zjawisko to może mieć związek z obniżeniem poziomu serotoniny.

W konsekwencji pojawia się obniżenie nastroju. Zdecydowanie większą uwagę przywiązuje się do procesu tłumienia agresji i potwierdzają to obserwacje, w wyniku których podnoszenie nastroju u chorych na depresję nie wpływa na tłumienie agresji i nie redukuje zagrożenia samobójstwa [5,10].

W przebiegu depresji występują zmiany morfologiczne i neurohistologiczne w obrębie komórek piramidowych przedniej części zakrętu obręczy kory oczodołowo – czołowej, neuronów jądra grzbietowego szwu, liczby neuronów noradrenergicznych miejsca sinawego i gęstości neuropilu GABA-ergicznego [11]. U samobójców również występują charakterystyczne zmiany, które sugerują, że mogą one być związane z nieprawidłowościami morfologicznymi, zwłaszcza w układzie GABA – ergicznym (wzrost przekaźnictwa) w zespole hipokampa, w obrębie neuronów jądra grzbietowego szwu oraz neuronów noradrenergicznych w miejscu sinawym. Zauważono także, że stosowane leki psychotropowe nie miały wpływu na zmiany morfologiczne struktur ośrodkowego układu nerwowego [11]. W przypadku oceny ryzyka zagrożenia samobójstwem, podczas przeprowadzania psychoterapii najczęściej stosowaną metodą jest technika strukturalnego rozwiązywania problemów. Natomiast głównym celem konsultacji psychiatrycznej w tym wypadku jest konieczność przeciwdziałania samookaleczeniom i śmierci [8].

Kolejnym zaburzeniem psychicznym predysponującym do podejmowania prób samobójczych wśród pacjentów jest schizofrenia, jedna z najcięższych, a zarazem najczęstszych schorzeń psychicznych. Jej podłoża można doszukiwać się w nieprawidłowych zmianach strukturalnych mózgu (kora czołowa, skroniowa, hipokamp, ciało migdałowate), czynnikach genetycznych (gdy obydwoje rodziców choruje, ryzyko choroby u dziecka wynosi 20%), biochemicznych (nadaktywność układu dopaminergicznego i serotoninergicznego) i społeczno – psychologicznych [12]. Kępiński [13] definiuje **schizofrenię** „ *jako chorobę najczęściej występującą u ludzi młodych i charakteryzującą się różnorodnymi objawami psychotycznymi”*.. W latach 50. Schneider [cyt za 12], wprowadził hierarchię charakterystycznych cech klinicznych, do których zaliczył: omamy słuchowe, cenestetyczne, urojenia nasyłania lub zgłośnienia myśli, urojeniowe nastawienie do otoczenia. Uważa się je, za podstawowe dla rozpoznania schizofrenii. Trzydzieści lat później [12] ustalono dwie grupy objawów:

- wytwórcze – pozytywne (omamy, urojenia)
- ubytkowe – negatywne (zubożenie afektywne, wycofanie z kontaktów społecznych, anhedonia)[12].

W schizofrenii nie obserwuje się silnego związku między zmianami morfologicznymi, a nasileniem objawów. Istotą choroby jest bowiem zaburzenie oddziaływania neuroprzekaźników na odpowiednie receptory [14]. U chorych na schizofrenię samobójstwo zaliczamy do najczęstszej, bezpośredniej przyczyny śmierci. Znaczna liczba chorych z tej grupy miała w przeszłości przynajmniej jedną próbę samobójczą. Próby te były bardziej kategoryczne i częściej prowadziły do zgonu. Należały one do silnych predykatorów samobójstwa (razem z występowaniem zamierzonych samouszkodzeń) [1].

Ryzyko popełnienia samobójstwa u cierpiących na schizofrenię wynosi nawet 10% [15]. Najbardziej narażoną na popełnienie samobójstwa w przebiegu schizofrenii grupą chorych są biali mężczyźni, o wysokim ilorazie inteligencji, dobrze funkcjonujący w swoim środowisku przed wystąpieniem choroby i nie mający wystarczającego wsparcia społecznego (lęk przed stygmatyzacją). Często próby samobójczej dokonują osoby, które nie akceptują leczenia, nie mają wsparcia wśród rodziny, mający konflikty rodzinne. Podkreśla się również istotną rolę wydarzenia o charakterze straty, które miało miejsce w przeszłości [16]. Niektórzy autorzy dopatrują się zwiększenia ryzyka samobójstwa w zależności od fazy choroby. Heila H. i wsp. [cyt. za 17] po przebadaniu grupy pacjentów z rozpoznaną schizofrenią stwierdzili, że większość tych, którzy popełnili samobójstwo było w aktywnej fazie choroby. Także objawy psychotyczne, utrzymujące się przez miesiąc świadczą o zwiększonym ryzyku takiego aktu, a samobójstwo mogło być formą ucieczki przed tymi objawami.

W badaniach prowadzonych przez Kaplan i Harrow [cyt. za 17] dostrzeżono wpływ na większe ryzyko, niesatysfakcjonującego poszpitalnego funkcjonowania chorego w społeczeństwie, istnienia urojeń i halucynacji. Jednak zdecydowanie większą rolę ma w tym przypadku nieprawidłowe funkcjonowanie psychospołeczne pacjenta niż aktywna psychoza. Jednak nie wszystkie badania wykazują zwiększoną częstość prób samobójczych podczas objawów pozytywnych u pacjenta, ale w przypadku obecności objawów negatywnych uważane są one jako będące formą „ochrony" przed popełnieniem samobójstwa. Ma to związek z tym, że taki pacjent często nie potrafi podjąć celowych działań [17].

Farberow i wsp. [18] negują, że samobójstwo miało być wynikiem objawów psychotycznych, uważając, że czyn ten jest odpowiedzią na niekorzystną dla chorego sytuację. Wyodrębnili oni 3 typy szpitalnych pacjentów:

I. pacjenci nie zgadzający się na hospitalizację, nieinteresujący się swoją chorobą, bardziej agresywni niż depresyjni

II. świadomi choroby pacjenci, którzy oczekują akceptacji i wsparcia ze strony otoczenia, ale niekoniecznie je otrzymują. Są to chorzy niespokojni, skłonni do depresji, u których przed samobójstwem występuje poprawa samopoczucia, a odebranie sobie życia następuje na przepustce

III. pacjenci o typie mimo zainteresowania i świadomości o chorobie, z biegiem czasu narasta niezadowolenie, wrogość, utrata wiary w skuteczność terapii. Powoduje to chęć odebrania sobie życia, co zazwyczaj następuje w szpitalu. Podział ten jednak nie uwzględnia wpływu objawów pozytywnych i negatywnych na wzrost ryzyka samobójstwa [18].

Podsumowanie

Problem samobójstw w przebiegu depresji oraz schizofrenii jest istotny i złożony. Zdecydowanie większość osób popełniających samobójstwa cierpi na zaburzenia psychiczne, z czego pacjenci ze zdiagnozowaną depresją lub schizofrenią obarczeni są znacznie większym ryzykiem tego czynu niż zdrowa populacja [1,2]. Do oceny ryzyka podjęcia przez pacjenta próby samobójczej stosuje się 2 skale: Skala Beznadziejności Becka oraz Skala Becka do oceny myśli samobójczych. W Polsce wykorzystuje się Skalę Depresji Becka oraz Skalę Depresji Hamiltona, w których uwzględnić należy czas utrzymywania się ryzyka samobójstwa [1].

Tak jak w przypadku każdej innej choroby, również w depresji, najważniejsza jest profilaktyka. Polskie Towarzystwo Suicydologiczne w porozumieniu ze Światową Organizacją Zdrowia wydało poradnik dla pracowników podstawowej opieki medycznej *„Zapobieganie samobójstwom”*. Poruszone są w nim kwestie dotyczące rozpoznania osoby o skłonnościach samobójczych oraz m.in. interwencji w przypadku, gdy jest się świadkiem próby samobójczej. Istnieje też rozdział poświęcony osobom z problemami psychicznymi, w którym opisane są objawy depresji i schizofrenii oraz czynniki zwiększające ryzyko odebrania sobie życia przez chorego. Poradniki takie dedykowane są też do innych grup zawodowych. Ponad to, tworzone są programy edukacyjne z zakresu zdrowia psychicznego, które mają na celu zapobieganie zaburzeniom depresyjnym [19,21].

Do profilaktyki zaliczyć można również uświadamianie społeczeństwa na temat obecności osób z problemami psychicznymi w środowisku. Dzięki temu osoby chore na schizofrenię czy depresję mają poczucie, że nie są pojedynczymi jednostkami. Tworzone są dla nich grupy wsparcia, akcje społeczne, promuje się zatrudnianie osób chorych (Hotel u Pana Cogito), dzięki czemu pacjenci znajdują akceptację, a istnienie choroby nie staje się przyczyną popełnienia samobójstwa. Na podkreślenie zasługuje fakt, że w ciągu roku

organizowane są aż cztery „dni" poświęcone osobom z zaburzeniami psychicznymi: Światowy Dzień Chorego Psychicznie, Światowy Dzień Zdrowia Psychicznego, Dzień Solidarności z Osobami Chorymi na Schizofrenię, Ogólnopolski Dzień Walki z Depresją. Takie działania oraz wszelkie akcje społeczne mają na celu wyeliminowanie zjawiska marginalizacji środowiskowej chorych psychicznie. Jak zaznacza prof. Wciórka w rozmowie dla czasopisma *Integracja, „ problem ten nadal jest dość duży, chorzy wciąż nie mają wystarczającego zrozumienia i szacunku ze strony społeczeństwa*".

Doskonałym przykładem akceptacji choroby i optymizmu w życiu jest film *Piękny umysł.* Dużym zainteresowaniem cieszyła się także, zorganizowana kilka lat temu na ulicach polskich miast w Dniu Solidarności z Osobami Chorymi na Schizofrenię, akcja społeczna „Schizofrenia – Otwórzcie Drzwi". Jako symbol zrozumienia, akceptacji i solidarności z osobami chorymi było przekroczenie progu ustawionych drzwi. Gest ten pokazywał, że w polskim społeczeństwie istnieje granica między osobami zdrowymi a chorymi psychicznie [20, 22].

Kolejnym krokiem w zapobieganiu samobójstwom jest leczenie choroby podstawowej – schizofrenii i depresji. Nie ma bezpośrednich dowodów na wpływ leków przeciwdepresyjnych na zmniejszenie ryzyka popełnienia samobójstwa, jednak analiza współczynnika samobójstw pokazuje, że był on zdecydowanie większy przed wprowadzeniem tych leków na rynek. Zatem można wnioskować, że leczenie depresji, zwłaszcza popularnie stosowanymi selektywnymi inhibitorami wychwytu zwrotnego serotoniny, może przyczynić się do zmniejszenia podejmowania prób samobójczych przez chorych [1].

W przypadku leczenia schizofrenii dużą rolę odgrywają neuroleptyki II generacji o działaniu na receptory 5 - HT, tj. olanzapina, risperidon, amisulpryd. Leki te wpływają nie tylko na objawy psychotyczne, ale niwelują też objawy depresyjne. Dzięki skutecznemu leczeniu obu grup objawów można u niektórych pacjentów zmniejszyć, a może nawet uniknąć zachowań samobójczych [23].

Istotne jest, aby każdy lekarz potrafił zinterpretować daną sytuację kliniczną z różnym stopniem zagrożenia samobójstwem, wstępnie ocenić ryzyko i podjąć odpowiedni plan leczenia. Dlatego, tak ważny jest , dogłębnie zebrany wywiad i uzyskanie zaufania pacjenta, aby leczyć nie tylko objawy, ale także przyczynę choroby [1,10].

Piśmiennictwo

1. Gmitrowicz A.: Problematyka samobójstw., Jarema M., Rabe – Jabłońska J.: Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny., Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2011.
2. Statystki Policyjne, http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/samobojstwa, data pobrania 01.03.2014.
3. Carson C. R., Butcher N. J., Mineka S .: Zaburzenia nastroju i samobójstwa., Carson C. R., Butcher N. J., Mineka S.: Psychologia zaburzeń vol. 1., Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2003.
4. Pawlak J., Hauser J.: Czynniki związane z ryzykiem samobójstwa u osób z zaburzeniami nastroju., Now. Lek., 2007, 76, 5, 430 – 435
5. Jaeschke R., Siwek M., Dudek D.: Neurobiologia zachowań samobójczych., Psychiatria Polska, 2011, 45, 4, 573 – 588
6. Wciórka J.: Psychopatologia., Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J.: Psychiatria tom1, Wyd. Medyczne Urban&Partner, Wrocław, 2012.
7. Borowiecka – Kluza J.: Depresja, http://psychiatria.mp.pl/choroby/show.html?id=69882, data pobrania 01.03.2014.
8. Carr A.: Depresja., Carr A.: Depresja i próby samobójcze młodzieży. Sposoby przeciwdziałania i reagowania., Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2004..
9. Rybakowski J.: Choroby afektywne., Jarema M., Rabe – Jabłońska J.: Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny., Wydawnictwo Lekarskie PZWL,, Warszawa, 2011..
10. Stukan J.: Toksyczna psychologia i psychiatria. Depresja a samobójstwo., Prometeusz, 2010.
11. Gos T.: Wnioski., Gos T.: Samobójstwo a depresja w świetle ilościowych badań neurohistologicznych mózgu., Akademia Medyczna w Gdańsku, Gdańsk, 2007.
12. Jarema M.: Schizofrenia., Jarema M., Rabe – Jabłońska J.: Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny., Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2011.
13. Kępiński A.: Dane ogólne., Kępiński A.: Schizofrenia., Sagittarius, Warszawa, 1992.
14. Kulczycki J.: Obrazy neuropatologiczne w chorobach mózgu [w:] Psychiatria tom1, Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J. (red.) Wyd. Medyczne Urban&Partner, Wrocław, 2012, 80 – 95.

15. Makara – Studzińska M., Koślak A.: Społeczno – demograficzne czynniki ryzyka samobójstwa w schizofrenii: przegląd piśmiennictwa., Post. Psych. Neurol., 2008, 17, 4, 391 – 394
16. Makara – Studzińska M., Morylowska J.: Zachowania samobójcze w przebiegu schizofrenii – przegląd aktualnego piśmiennictwa., Suicydologia, 2007, 3, 1, 79 – 82
17. Makara – Studzińska M., Koślak A.: Wpływ objawów pozytywnych i negatywnych na zachowania samobójcze w schizofrenii. Przegląd aktualnej literatury. Psych. Pol., 2009, 43I, 4, 411 – 420
18. Farberow NL, Shneidman ES, Leonard CV.: Suicide among schizophrenic mental hospital patients [in:] The cry for help, Farberow NL, Shneidman ES, ed. New York – Toronto – London McGraw Hill, 1961, 78-97.
19. Światowa Organizacja Zdrowia., Polskie Towarzystwo Suicydologiczne.: Samobójstwo a zaburzenia psychiczne. Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla pracowników podstawowej opieki medycznej, 2003, 9 – 12, http://whqlibdoc. who.int/hq/2000/WHO_MNH_MBD_00.4_pol.pdf , data pobrania 1.04.2014.
20. Stanisławski Piotr.: Co zostaje z tych dni, http://www.niepelnosprawni. pl/ledge/x/18885#.UxtySfl5NqB, data pobrania 08.03.2014.
21. Profilaktyka zaburzeń depresyjnych wśród młodzieży w wieku 16–17 lat. Program edukacyjny z zakresu zdrowia psychicznego, miasto Lublin, Praca zbiorowa, 2012, http://www.um.bip.lublin.pl/upload/pliki/ program_ Profilaktyka_ zaburzen_ depresyjnych_ wsrod_mlodziezy_w_wieku_16-17_lat..pdf, data pobrania 1.04.2014.
22. Siedlecka Ewa.: Hotel Pan Cogito buduje zrozumienie dla chorych na schizofrenię, http://wyborcza.pl/1,75248,2957998.html, daty pobrania 08.03.2014.
23. Jarema M.: Nowe leki neuroleptyczne – zmiany w leczeniu schizofrenii., Przew. Lek. 2003, 6, 3, 92 – 99 .

Kulik Halina, Dutkiewicz Stanisława

Zaburzenia psychiczne tematem twórczości filmowej

Śląski Uniwersytet Medyczny Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Pielęgniarstwa, Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa

„Człowieka niepokoją i przerażają nie rzeczy same,
ale jego przekonania i wyobrażenia o rzeczach”
Epiktet

Zaburzenia psychiczne i choroby psychiczne towarzyszą człowiekowi od zarania dziejów. Są równie realnymi, niezależnymi od klasy i płci społecznej schorzeniami, jak parkinsonizm, cukrzyca czy stwardnienie rozsiane. Można je sklasyfikować, diagnozować i leczyć – metodycznie oraz naukowo. Sposób, w jaki odnoszą się do tych chorób sami pacjenci oraz reszta społeczeństwa, zależy w dużej mierze od ogólnie przyjętych norm etycznych i wzorców kulturowych [1].

Na przestrzeni wieków, wobec osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi czy chorych psychicznie, prezentowano różne postawy: od czci i szacunku, poprzez lęk, odrzucenie i izolację, a nawet unicestwianie. Częściej jednak dominowało podejście negatywne: osoby te były marginalizowane a nierzadko torturowane czy zabijane.

Postawy wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, czy chorych psychicznie stanowią istotny element kultury społecznej, są wskaźnikiem poziomu cywilizacji, a przede wszystkim dojrzałości osobowości każdego człowieka. Ich kształtowanie się i ostateczny obraz związany jest z indywidualnym doświadczeniem jednostki, począwszy od wczesnego dzieciństwa, warunkami w jakich dana osoba wzrasta, oraz cechami indywidualnymi, będącymi efektem formowania się i aktualizacji osobowości [2]. Warto dodać, że w procesie formowania się postaw społeczeństwa duża rolę odgrywają osobiste doświadczenia z osobami chorymi [3].

Obowiązująca w Polsce od stycznia 1995 roku ustawa o ochronie zdrowia psychicznego podkreśla, że ochrona tego zdrowia polega m.in. na „*kształtowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałaniu ich dyskryminacji*” [4].

Niestety w naszym zachowaniu wobec chorych psychicznie nadal dominuje lęk, odrzucenie, degradacja człowieka napiętnowanego chorobą a nawet wstręt wobec niego.

Człowiek z etykietą „chorego psychicznie" – mimo znacznej poprawy czy całkowitego wyleczenia traci często swą poprzednią pozycję społeczną [5].

Powszechnie wiadomo jest, że gdy zabraknie akceptacji społecznej dla osoby dotkniętej chorobą psychiczną, nie nastąpi całkowite jej wyleczenie. Społeczeństwo jest bardzo ważnym czynnikiem łączącym np. chorego i lekarza. „*Daje ono lekarzowi wzorce i ideały, które realizuje i do których chce dążyć, a pacjentowi pomaga poprzez lekarza odnaleźć otoczenie, które wprowadzi go z powrotem w obręb wartości akceptowanych przez jego grupę"* [6].

„*Cierpienie będące udziałem człowieka chorego psychicznie często staje się trudne do zrozumienia tak dla niego samego, jak i dla jego otoczenia, a pytanie o jego sens dla wielu pozostaje bez odpowiedzi*" [7].

Wykluczenie, marginalizacja, odrzucenie osób chorych psychicznie jest zjawiskiem wciąż obecnym w życiu społecznym, gdyż społeczeństwo nie toleruje inności, nieprzewidywalności, nadmiernej wrażliwości. Rezerwa i dystans, z jakim osoby zdrowe odnoszą się do choroby psychicznej jest największą przeszkodą w reintegracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi [8].

Wśród najczęstszych przyczyn odrzucenia wymienia się: niezrozumienie chorego psychicznie, które wynika z niskiej świadomości jego stanu, słabego poziomu wiedzy i edukacji, strach, obawa, lęk przed kontaktem, nieumiejętność porozumiewania się z chorym, niska wrażliwość i tolerancja wobec problemów osoby chorej psychicznie, poczucie wstydu wobec rodziny i grupy społecznej z fałszywie pojętą troską o tzw. "dobry wizerunek" rodziny, postawy niechęci do zainteresowania się sytuacją chorego lub udzielenia mu pomocy [9].

W historii naszej cywilizacji znanych jest szereg przypadków geniuszy i wybitnych artystów, zmagających się z chorobą psychiczną. Vincent van Gogh cierpiał na chorobę afektywną dwubiegunową, podobnie jak pisarki Virginia Woolf i Sylvia Plath, czy aktorka Cathrine Zeta-Jones. Prawdopodobnie Leonardo da Vinci i Bolesław Prusa zmagał się z agorafobią. Do depresji publicznie przyznała się Kora Jackowska, Danuta Stenka, Kayah czy Brooke Shield, która ostatnio wydała cieszącą się olbrzymią popularnością książkę o swojej depresji poporodowej. Aktorzy Helen Mirren i Gary McDonald zmagają się z zaburzeniami lękowymi. Howard Hughes, znany amerykański miliarder, konstruktor i producent filmowy chorował na zespół obsesyjno-kompulsywny. Albert Einstein miał zespół Aspergera, a u Izaaka Newtona biografowie zauważają symptomy schizofrenii [10].

Na postawy wobec chorych psychicznie wpływają również środki masowego przekazu w tym kinematografia. W jej dorobku znaleźć można dzieła w których osoba chora

przedstawiona jest jako groźny psychopata, nieprzewidywalny szaleniec, dopuszczający się najbrutalniejszych czynów, utrwalające a nawet wzmacniające negatywne postawy, jak też i takie które pozwalają zrozumieć cierpienie będące udziałem człowieka chorego psychicznie. Cierpienie, które często jest trudne do zrozumienia tak dla niego samego, jak i dla jego najbliższego otoczenia. Osoby z zaburzeniami psychicznymi czy chorzy psychicznie, pomimo niekwestionowanego prawa do udziału w życiu społecznym, są najbardziej wykluczaną i stygmatyzowaną grupą społeczną. Warto w tym miejscu podkreślić, że choroba psychiczna traktowana jest jako coś w rodzaju piętna-stygmatu, które społeczeństwo nadaje osobie chorej, a piętno sprawia, że ludzie unikają kontaktu z chorymi, nie zatrudniają ich, nie wynajmują mieszkań. Takie zachowania powodują u chorych obniżenie poczucia własnej wartości i szacunku dla siebie, izolację i poczucie beznadziejności a w konsekwencji prowadzi do degradacji społecznej, której skrajną formą jest utrata godności [11].

Cel pracy, metoda

Celem pracy jest zwrócenie uwagi na dorobek kinematograficzny, którego twórcy podjęli problematykę związaną z funkcjonowaniem w społeczeństwie osób z zaburzeniami psychicznymi i chorych psychicznie. Zastosowano jakościową metodę badań: obserwację i analizę treści filmów, oraz dostępne źródła.

Omówienie

Eksperci Ogólnopolskiego Programu Zmiany Postaw wobec Psychiatrii: "Odnaleźć siebie" polecają pięć filmów o zaburzeniach psychicznych: "Piękny umysł" (reż. Ron Howard, 2001); "Rain Man" (reż. Barry Levinson, 1988); "Pająk" (reż. David Cronenberg, 2002); "Dzień świra" (reż. Marek Koterski, 2002); "Lepiej być nie może" (reż. James L. Brooks, 1997) [12,13].

"Piękny umysł".

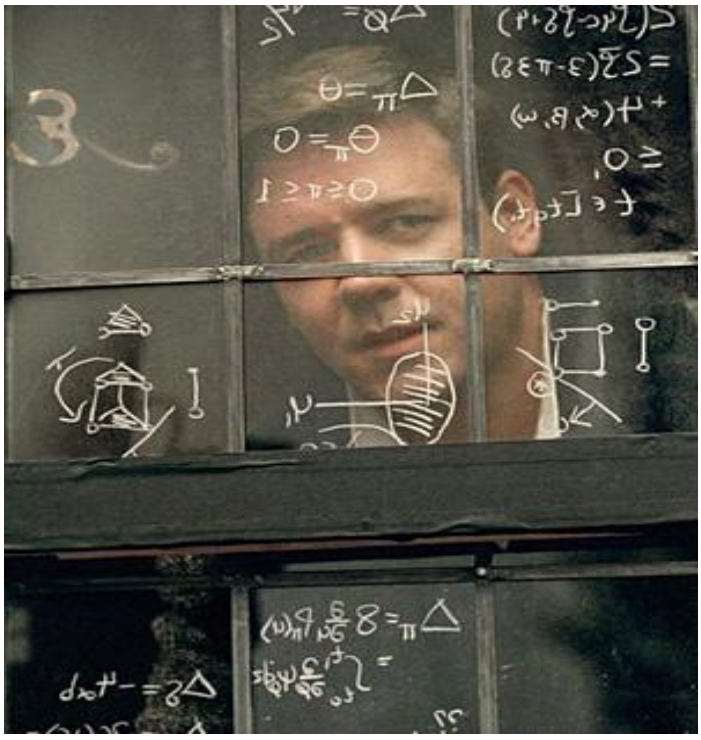
Stanowi klasykę w tym gatunku. Jest to film o życiu genialnego, nagrodzonego w 1994 roku Nagrodą Nobla, matematyka Johna Forbesa Nasha Jr. absolwenta wydziału matematyki uniwersytetu w Princeton, specjalisty w zakresie aplikacji teorii gier liczbowych, wykładowcy na prestiżowym Massachusetts Institute of Technology (MIT) w Bostonie [14]. W postać tytułowego bohatera wcielił się Russell Crowe.

Film ukazuje kilka ważnych kwestii związanych z chorobą psychiczną. Motywem przewodnim jest dramat osoby dotkniętej schizofrenią połączoną z bardzo intensywnymi halucynacjami, jej postępujące zagubienie i wyobcowanie. Bohater wykazuje również szereg cech charakterystycznych dla sawantów. Opętany przez liczby i skomplikowane zadania matematyczne stopniowo traci kontakt z rzeczywistością. Momentem przełomowym okazuje

się podjęcie terapii, która jest bardzo trudna, wymaga konsekwencji i zaangażowania, ale umożliwia powrót do rzeczywistego świata.

Drugą kwestią jest sam fakt choroby psychicznej, która staje się problemem nie tyle głównego bohatera co rodziny i najbliższego otoczenia. Choroba, która obwarowana jest mitami i uprzedzeniami, uniemożliwia prawidłową komunikację z otoczeniem stając się przyczyną izolacji społecznej i społecznego naznaczenia.

Kolejną kwestią jest małżeństwo i rodzina bohatera filmu. Zamknięty w nierealnym świecie liczb i skomplikowanych działań matematycznych, zadań specjalnych i służb specjalnych, zaniedbuje rodzinę a nawet stwarza nieświadomie dla niej zagrożenie. Rodzina okazuje się jednak najlepszym oparciem w najtrudniejszych chwilach zarówno klęski jak i tryumfu.



Ryc. 1. Russell Crowe, jako John Forbes Nash Jr. w filmie "Piękny umysł". źródło: Złota Kolekcja Hollywood: "Piękny umysł". http://www.stopklatka.pl, data 10.04.2014

"Rain Man"

Pierwowzorem głównego bohatera filmu był Kim Peek, upośledzony i niezwykle uzdolniony człowiek cierpiący najprawdopodobniej na autyzm dziecięcy, który był również sawantem. „Kim ma swój ulubiony, popisowy numer – nowo poznaną osobę pyta o datę urodzenia. Na tej podstawie oblicza, w jakim dniu tygodnia ta osoba się urodziła, w jaki

dzień tygodnia jej urodziny wypadają w bieżącym roku, oraz dokładnie którego dnia przejdzie na emeryturę. Kim ma także bardzo rozległą wiedzę z historii Ameryki, geografii (zna nazwy wszystkich dróg w USA i Kanadzie), sportu, filmów, Biblii, historii Kościoła mormońskiego, twórczości Szekspira. Kim zna też szczegóły Programu Kosmicznego, pamięta kody pocztowe oraz nazwy i obszary nadawania amerykańskich stacji telewizyjnych. Potrafi rozpoznać większość utworów muzyki klasycznej, podać datę ich skomponowania, jak równi ż datę urodzin i śmierci kompozytora. Do tej pory przeczytał ok. 8 tys. książek – wszystkie potrafi zacytować. Co więcej, Kim jest jedyną znaną środowisku naukowemu osobą, która potrafi jednocześnie jednym okiem czytać jedną stronę w książce, a drugim drugą, nawet jeśli książka jest ułożona do góry nogami lub bokiem [15].

Film ukazuje, zestawiając sobie, dwie postacie: niezwykle energicznego, robiącego karierę i cieszącego się życiem Charlie'go, w postać którego wcielił się Tom Cruise i jego autystycznego brata Ray'a (Dustin Hoffman).

Po śmierci ojca Charlie Babbit dowiaduje się, że zapisał on cały swój majątek ekskluzywnemu domowi psychiatrycznemu. Nie utrzymujący dotychczas z ojcem kontaktów Charlie, postanawia walczyć o spadek. Dowiaduje się, że ma o 20 lat starszego, autystycznego brata, Raya. Porywa go i obaj wyruszają w podróż po Stanach Zjednoczonych. Ich wspólna podróż uświadamia Charliemu jego własne, skrywane dotąd problemy. Dostrzega jak bezwartościowe, oparte prawie wyłącznie na fascynacjach, było jego dotychczasowe życie.

Autyzm Ray'a objawia się jego autystyczną izolacją (zamknięciem się na innych ludzi), przymusem stałości otoczenia, niezdolnością do interakcji społecznych, stereotypowymi, powtarzającymi się czynnościami, zaburzeniami mowy (echolalia), oraz łatwością mechanicznego zapamiętywania, co powoduje złość ale i wprawia w zdumienie i zakłopotanie jego brata. Z czasem, zachowanie autystycznego brata skłania Charliego do refleksji nad własnym zachowaniem. Okazuje się, że ten przebojowy *yuppie* ma bardzo podobne problemy, jemu również trudno jest nawiązać i utrzymać bliższe relacje emocjonalne, jest zdystansowany wobec innych. Tak naprawdę obaj potrzebują pomocy, obaj nie potrafią pokierować swoim życiem, obaj są zagubieni. Wspólna podróż zbliża braci. Charlie niezauważalnie wchodzi w rolę troskliwego opiekuna swojego brata, zaczyna traktować zaburzenia autystyczne jako integralną część jego osobowości. Stopniowo obserwujemy budowanie wartościowej relacji pomiędzy braćmi [16].



Ryc. 2. Dustin Hoffman jako Raymond Babbitt oraz Tom Cruise jako Charlie Babbit w filmie "Rain Man". Źródło: http://wishingwellcoach.com/wordpress/rainman_success/ data pobrania: 10.04.2014

"Dzień świra"

Ten wielowymiarowy obraz Marka Koterskiego wywołał wiele dyskusji i stał się już klasykiem w polskiej kinematografii. Zawiera elementy zarówno komedii jak i tragedii, oraz dramatu psychologicznego. Skłania każdego widza do refleksji nad własnym zachowaniem, ale przede wszystkim nad zastanowieniem się nad tym co jest normalnością, co już nią nie jest, a co jest chorobą psychiczną.

Film ukazuje w paranoidalnym formacie niby zwykłą, szarą codzienność, zwykłego szarego obywatela Adasia Miauczyńskiego w którego postać wcielił się Marek Kondrat. Adaś Miauczyński (znany z wcześniejszych filmów M. Koterskiego) to rozwiedziony, sfrustrowany polską codziennością, zakompleksiony nauczyciel z niezrealizowanymi marzeniami, dla którego "piekłem" staje się przeżycie "najbliższych pięciu minut" [17]. Nieopisane wprost cierpienia wywołują codzienne czynności i nienawistny mu kontakt z drugim człowiekiem. Swoją tragiczną sytuację próbuje ratować pisząc wiersze i marząc o idealnej kobiecie, która będąc mu oddaną i posłuszną, będzie go wspierała i pocieszała. Jest to jednak nieosiągalne, gdyż bohater "właściwie nie ma czasu ani miejsca na kobietę życia w swoim życiu". [17]. O niezwykłym klimacie filmu stanowi dodatkowo narracja "zza kadru" głównego bohatera. Niezwykle autentycznie i sugestywnie obnaża przed nami swoje obsesje i lęki. Mamy okazję przyjrzeć się z bliska bogatemu zestawowi drobnych obsesji i absurdalnych rytuałów towarzyszących Adasiowi od przebudzenia, aż po zaśnięcie. Sposobem na radzenie sobie z nimi są zachowania typowe dla kompulsji czyli lękowe czynności przymusowe. Warto w tym miejscu zacytować kilka niezwykle trafnych myśli bohatera: "*Żeby nie jeść samotnie, jem z telewizorem*"; zażywając kolejne dawki leków mówi:

"*Pół tussicodinu – na kaszel po fajkach. Z krzyżykiem na ból głowy, też po papierosach. I pół lerivonu – przeciwko czarnym myślom przed snem i depresji i ułatwia zaśnięcie. I pół imovane – na sen pierwszy. I do tego pół stilnoksu – aby ten sen podtrzymać. I aspirynę – profilaktycznie; "Prozac – na chęć życia. Geriavit – na się niestarzenie. Nootropil – na lepsze funkcjonowanie metabolizmu mózgu. Enkopirynę – profilaktyczni*:". Swoje znużenie tłumaczy w następujący sposób: "*Jestem skrajnie wyczerpany, a przecież jest rano..."; Boję się nocy. Raczej nie to, nie mogę położyć się spać. Mimo, że jestem zmęczony i senny, jakiś niepokój ściskający serce, że jak to, to już koniec dnia? Już się nic dzisiaj nie zdarzy?"; podczas odbierania pensji nauczyciela, wynoszącej 777 zł, - "Nie, no to nie do wiary. Nie, to być nie może. Osiem lat podstawówki, cztery liceum. Potem pięć, bite, studiów, dyplom z wyróżnieniem, dwadzieścia lat praktyki, i oto mi płacą, jak by ktoś dał mi w mordę. Ja pierdolę, kurwa! O, bracia poloniści, siostry polonistki, sto trzydzieścioro było nas na pierwszym roku. /.../ A potem bida, bida i rozczarowanie! Zabija mnie samotność, którą sam sobie zgotowałem! Nikt i nic mnie już nie czeka! Nie widzę przed sobą przyszłości! Jestem w proszku! W rozsypce! Wypalony! Rozmontowany! Śmiertelnie zmęczony, chociaż niczego w życiu nie dokonałem! Muszę przystanąć w biegu, chociaż nigdzie nie dobiegłem. I odpocząć! Odpocząć za wszelką cenę!"; "Ileż to razy w myślach osiągałem wszystko. Udało mi się tylko nie być komunistą"* [18]. Niezwykle wymowna jest też modlitwa Polaka*: „ /.../ Żeby mu okradli garaż, żeby go zdradzała stara, żeby mu spalili sklep, żeby dostał cegłą w łeb, żeby mu się córka z czarnym i w ogóle, żeby miał marnie! Żeby miał AIDS-a i raka, oto modlitwa Polaka!* „ [18].



Ryc. 3. Kadr z filmu „Dzień świra" – wizyta u lekarza. Źrodło: Niech siada i czyta. On - czyli o groteskowych formach bezosobowej komunikacji.http://slask.naszemiasto.pl/serwisy/ magazyn/http:// slask.naszemiasto.pl/artykul/985533, data pobrania: 8.04.2014

Główny bohater zdążył już urosnąć do rangi postaci symbolicznej wśród dorosłych i młodzieży. Dorośli odnajdują w nim siebie i karykaturalny obraz swoich dziwactw, obsesji i dolegliwości. Dla młodzieży film jest swego rodzaju parodią dorosłości, śmieszą komiczne teksty i sytuacje.

"Pająk"

Ten film cieszy się dobrą opinią wśród ekspertów zajmujących się schizofrenią, ze względu na wierne przedstawienie nie tylko objawów i mechanizmów chorobowych ale również wpływu traumatycznych przeżyć z dzieciństwa na rozwój choroby [19].

Bohater filmu Pan Cleg (Ralph Fiennes) pozostaje samotny w swym świecie schizofrenika, pełnym halucynacji i paranoi, który jest kompilacją autentycznych wydarzeń z życia bohatera i wytworów jego zaburzonej wyobraźni.

Poznajemy go w chwili, kiedy opuszcza zamknięty zakład psychiatryczny i poszukuje domu pani Wilkinson u której ma zamieszkać.



Ryc. 4. Ralph Fiennes w roli tytułowego „Pająka”. Źródło**:** http://www.cineman.pl/filmy/filmy, dramat, thriller/pajak data pobrania 12.04.2014

Szybko zdajemy sobie sprawę z tego, że nie jest on w stanie samodzielnie funkcjonować. Pozbawiony nadzoru przestaje brać leki pogrążając się coraz bardziej w rozpamiętywaniu wydarzeń z przeszłości. Dzieciństwo przebiegało w skrajnie patologicznym, obfitującym w wydarzenia bardzo traumatyczne dla chłopca środowisku. Nosi przezwisko „pająk” w związku z obsesją na punkcie pajęczych sieci. Poznajemy jego dom rodzinny i rodziców. Dochodzi do rozpadu więzi rodzinnych. Gdy matka dowiaduje się o

zdradzie męża, ten postanawia ją zamordować. Wraz z prymitywną partnerką dokonują zbrodni. Milczącym świadkiem tego wydarzenia jest Pająk.

Niezwykle osamotnionym pozostaje bohater w swoim cierpieniu i zmaganiu się z chorobą, zapisując w postaci nieczytelnych gryzmołów swoje emocje i przeżycia.

"Pająk to surowa psychodrama, której osią jest tajemnica, jaką skrywa ludzki umysł. Jest w niej trochę Samuela Becketta i trochę Zygmunta Freuda. W istocie David Cronenberg wprowadzi nas do mrocznego kafkowskiego świata, gdzie przekroczymy kolejne kręgi szaleństwa. Aż do momentu, kiedy stracimy orientację, co jest projekcją chorego umysłu, a co rzeczywistością" [20].

Reżyser po mistrzowsku, z precyzją wnikliwego psychologia klinicznego ukazuje sposób w jaki traumatyczne przeżycia z dzieciństwa zaburzają poczucie koherencji a odbiór rzeczywistości zmienia się w zależności od predyspozycji psychicznych. Jeżeli, jak tytułowy Pająk, jesteśmy osobami „o kruchej konstrukcji psychicznej", zachwiania naszej percepcji mogą przybrać rozmiary kliniczne.

„K-PAX"

"*Jestem Prot. Pochodzę z planety K-Pax, która leży w gwiazdozbiorze Lutni, odległym o 1000 lat świetlnych od Ziemi*" – tak mówi o sobie główny bohater (w tej roli Kevin Spacey), pacjent oddziału szpitala psychiatrycznego. Dr Mark Powell stara się mu udowodnić, że nie jest to możliwe, ale wkrótce sam zaczyna mieć wątpliwości. Schizofrenik? Paranoik? Sawant? Trudno od razu stwierdzić, zwłaszcza że pacjent nie zachowuje się jak typowy "wariat", a na dodatek jest bardzo przekonujący. Okazuje się że jego organizm nie reaguje na leki, a jego oczy są w stanie zobaczyć ultrafiolet. Dodatkowo dysponuje on ogromną wiedzą na temat "swojego", zakątka wszechświata. Wiedzę, którą posiada zaledwie kilku astronomów na całym świecie [21]. Jest zamknięty w sobie, „wycofany z życia", ma trudności w komunikowaniu się z ludźmi, jednak jego wypowiedzi są bardzo spójne. Posiada zdolności przypisywane sawantom i nie prezentuje objawów typowych dla autyzmu.

Pomimo tego, że bohater filmu uchodzi za poważnie „chorego", w szpitalu psychiatrycznym traktowany jest w sposób szczególny: personel obchodzi się z nim wyjątkowo łagodnie, lekarz prezentuje w stosunku do niego indywidualne podejście, poświęcając mu dużo czasu i uwagi. Słucha go uważnie, z zaciekawieniem i szacunkiem. Przyczyny takiego stanu rzeczy mogą być trzy: pacjent nie jest agresywny, wypowiada podstawne twierdzenia o zaawansowanych teoriach i ma ponadprzeciętne umiejętności przynoszenia pacjentom samą swoją obecnością ulgi terapeutycznej [21].

"Lepiej być nie może"

Bohaterem tego filmu jest nowojorski pisarz Melvin Udall (Jack Nicholson), trapiony zespołem obsesyjno-kompulsywnym, popularnie zwanym nerwicą natręctw. Bohater zmaga się z obsesją czystości, odmierzaniem kroków, tak aby wypadały na co drugą płytę chodnikową . Warto wspomnieć, że osoby z tego typu zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnym najczęściej zdają sobie sprawę z absurdalności niektórych zachowań, ale dzięki nim rozładowują wewnętrzne napięcie, pozbywają się lęku. Dlatego też czują przemożną presję psychiczną, aby je kontynuować.

Jego samotne, precyzyjnie uporządkowane życie składa się z setek drobnych rytuałów i procedur . Pomimo niezbyt pozytywnego pierwszego wrażenia jakie na nas wywiera, nie jest pozbawiony dobroci, uroku a nawet komizmu. Najpiękniejsze jest to, że ten stary dziwak i egocentryk potrafił zmienić się całkowicie, najpierw z powodu malutkiego kudłatego potworka, które jest pierwszym stworzeniem, do którego naprawdę się przywiązał w całym swoim życiu. A potem kobiety. Dzięki pomocy wyrozumiałej i otwartej przyjaciółki, próbuje przełamać wewnętrzne przymusy i zmienić się [22,23]

"Wstręt"

To pierwszy film Romana Polańskiego nakręcony w języku angielskim. Bohaterką filmu jest Carol Ledoux (Catherine Deneuve), młoda Belgijka pracująca jako manicurzystka w jednym z londyńskich gabinetów kosmetycznych. Mieszka ze swoją siostra Heleną i jej kochankiem Michaelem. Po ich wyjeździe Carol zaczyna tracić równowagę duchową, cierpieć na halucynacje. Zostaje zwolniona z pracy i zabarykadowuje się w mieszkaniu. Po obelżywym telefonie żony Michaela wyłącza aparat zrywając ostatecznie więź ze światem zewnętrznym.

Polański, autor scenariusza i reżyser nie próbuje dociekać przyczyn zagubienia i samotności dziewczyny, nie stara się również znaleźć wyjaśnienia dla jej szaleństwa. Kamera rejestruje jej życie, tak zewnętrzne, jak i wewnętrzne, ukazując halucynacje, lęki i nieustanne poczucie zagrożenia. W przerażający sposób maluje nam obraz jej halucynacji – rozpostarte chwytające dłonie wyrastające wprost ze ścian – oraz równolegle rozkład jej umysłu porównany, niezwykle dosadnie, do ciała królika zostawionego, na desce w kuchni, teraz w stanie rozkładu. Psychoza Carol sięga o niebo (chce się rzec: o piekło) dalej. Wszystkich mężczyzn postrzega ona jako zagrożenie dla samej siebie, by ostatecznie chwycić za brzytwę i ukarać winnego - nękającego ją właściciela kamienicy, jak i niewinnego – miłego przystojnego mężczyznę, z którym mogło połączyć ją coś więcej.

Eksperci wskazują, że film jest swojego rodzaju nowym gatunkiem horroru. O ile A. Hitchcock w "Psychozie" nie pozostawia widzowi żadnych wątpliwości, o tyle Polański zamyka widza w umyśle Carol Ledoux, narzucając mu jej bądź co bądź niecodzienny punkt widzenia. A. Hitchcock kończy swój film jasnym wyjaśnieniem. R. Polański zamyka swój obraz zbliżeniem na fotografię rodziny Carol, by uciąć wszelkie domniemania na temat źródła obłędu tej makabrycznej, a jednocześnie wręcz anielsko pięknej postaci. Zamiast straszyć główną postacią, Polański przeraża, pozwalając nam zobaczyć, jak to jest, gdy odchodzi się od zdrowych zmysłów [22,24].



Ryc. 5. Catherine Deneuve w roli Carol Ledoux. Źródło: http"//www.filmweb.pl, data pobrania 18.04.2014

"Lot nad kukułczym gniazdem"

Film z 1975 roku. Już sam tytuł filmu jest bardzo symboliczny i skłania do zastanowienia się. Czyżby reżyser Milos Forman sugerował w ten sposób, że szpital psychiatryczny jest takim kukułczym gniazdem, (kukułki nie zakładają gniazd, swoje jaja podrzucają do gniazd innych ptaków) lub chorzy psychicznie podrzuconymi kukułczymi jajami (czyli wyrzutkami w społeczeństwie)? Warto też zauważyć, że w j. angielskim "kukułka" to w potocznym również "wariat".

Fabuła filmu może stanowić pole do ciekawych rozważań na temat instytucji totalnych. Główny bohater filmu Randle Patrick McMurphy (Jack Nicholson) został skierowany do zakładu psychiatrycznego za psychopatyczne zachowanie. Wydaje się być w pełni zdrowym psychicznie. I fen fakt właśnie powoduje, że obserwuje i niezwykle trafnie ocenia szpitalną rzeczywistość. Dostrzega nie tylko totalitarny charakter tej instytucji, ale przede wszystkim cierpienia, lęki i pragnienia pacjentów.

Instytucją totalitarną zgodnie z założeniami twórcy tego pojęcia Goffmana - jest organizacja społeczna, która dla osób z nią związanych stwarza rodzaj odrębnego świata rządzącego się własnymi prawami, odizolowanego od reszty społeczeństwa mniej lub bardziej szczelnymi barierami [25]. Cechą charakterystyczną tego typu instytucji jest fakt, że wszystkie aspekty życiowej aktywności człowieka odbywają się w tym samym miejscu i pod nadzorem władzy zwierzchniej; we wszystkich fazach życia codziennego, jednostki przebywają ciągle w obecności innych osób; brak jest rozdzielenia miejsca pracy, snu i wypoczynku, obserwowany w tzw. normalnym życiu. Codzienna aktywność przebiega według ściśle zaplanowanego rozkładu zajęć; wymuszane lub narzucane są różne formy działań mające uzasadniać oficjalne cele instytucji. W innym sformułowaniu instytucja totalna to „*instytucja, która bierze odpowiedzialność za wszystkie aspekty życia osoby, która ma formalną doktrynę i jej przywódcy kontrolują jej sposób wyrażania tak, że osoby uczą się, przyswajają sobie właściwy sposób jej wyrażania*" [25]. Rozkład każdego dnia, kolejność wykonywania zadań jest narzucona przez regulamin, każdy pacjent wie co robić i nie zadaje zbędnych pytań. Siostra Ratched, uosobienie ładu, porządku i dyscypliny stoi na straży regulaminu szpitalnego. Wydaje się, że ta bezkompromisowa oddziałowa sprawuje władzę absolutną. Jest tyranem wymierzającym kary za najdrobniejsze przejawy nieposłuszeństwa. Leki psychotropowe są jednym ze środków oddziaływania penitencjarnego. Pojawienie się McMurphiego szybko zaczyna zagrażać ustalonemu porządkowi, choć paradoksalnie to właśnie on zaczyna wywierać wręcz terapeutyczny wpływ na pozostałych pacjentów. Przy nim odzyskują swoje człowieczeństwo, i poczucie własnych potrzeb i emocji. Pojawia się u nich pragnienie wolności a jednocześnie strach przed nią. Jednak za swoją niesubordynację McMurphy zostaje srogo ukarany. W wyniku zastosowanej terapii traci poczucie tożsamości, staje się potulny, apatyczny, bezmyślny i bezwolny, jednak cel przez niego wytyczony (próba ucieczki) zostaje zrealizowanym przez Wodza Bromden`a. Przedstawiona argumentacja jest jednak bardzo powierzchowna. Film dotyka głębszych pokładów dualności ludzkiej psychiki. Warto chociażby w tym miejscu zastanowić się nad tym, czy rzeczywiście siostra Ratched jest tylko strażnikiem? i co by było gdyby nikt nie ponosił konsekwencji za łamanie ustalonego prawa? [26].

Miedzińska podkreśla, że od lat 70-tych XX wieku – kiedy powstał „Lot nad kukułczym gniazdem", dla wielu stanowiący przez długi czas prawdziwy obraz szpitala psychiatrycznego, wiele się zmieniło. Nie stosuje się już lobotomii – zabieg polegający na przecięciu włókien nerwowych w czołowych płatach mózgowia w celu redukcji procesów emocjonalnych towarzyszących chorobom psychicznym. Pacjenci muszą wyrazić zgodę na

pobyt w szpitalu. Osoby przetrzymywane w szpitalu wbrew swojej woli stanowią nieliczny procent wśród pacjentów (i są to uzasadnione wyrokiem sądowym sytuacje mające na celu dbanie o dobro i bezpieczeństwo pacjenta i/lub osób z jego otoczenia). Pomimo wielu korzystnych zmian, opinia o szpitalu psychiatrycznym niewiele różni się od tej, pokazanej w filmie. Zmienił się system leczenia, podejście do pacjenta, przepisy dotyczące warunków. Dziś podstawową formą leczenia w szpitalach jest farmakologia. Trochę inaczej wygląda to w kinie. Rewolucja w farmakoterapii nie może przebić się przez ekrany, ponieważ filmowcy wszystkich leczących traktują jak psychoterapeutów [27].

„Sala samobójców"

Na zakończenie warto zwrócić uwagę na ten film w reżyserii Jana Komasy, który porusza problem uzależnienia od Internetu. Bohater filmu Dominik (w tej roli Jakub Gierszał) pochodzi z bardzo zamożnej rodziny. Jest uczniem klasy maturalnej. Rodzice na swój sposób go kochają i starają się zaspokajać jego potrzeby, jednak są bardzo zajęci swoimi karierami i nie poświęcają mu zbyt wiele czasu. Ma wydawać by się mogło wszystko. Jego sytuacja diametralnie się zmienia, gdy zostaje upokorzony przez kolegę i mobbingowany na jednym ze społecznościowych portali. Nierozumiany przez rodziców zamyka się w wirtualnym świecie. Niezwykłą atmosferę filmu pogłębia animacja 3D w której pojawiają się realistyczni bohaterowie. Dominik coraz bardziej zatraca się w wirtualnym świecie, gdzie spotyka Sylwię, która zaprasza go do "sali samobójców" [28].

Podsumowanie

Choroby psychiczne czy zaburzenia psychiczne stanowią niezwykle ciekawy i barwny temat, często podejmowany w sztuce. Sztuka filmowa a w szczególności filmowa fikcja może dodatkowo potęgować tę ciekawość, a nawet wzbudzać niepokój czy strach. Możliwości techniczne stosowane w sztuce filmowej, niedopowiedzenia, metafory powodują, że często trudno jest laikowi odróżnić tę filmową fikcję od rzeczywistości i odczucia związane z oglądanym filmem przenosi do realnego świata.

W opinii Miedzińskiej, relacje kina i psychiatrii mogą nie dać się pogodzić [27]. I pomimo, że obrazy te są niejednokrotnie piękne, wzruszające, zabawne czy też trzymające w napięciu, to trudno dostrzec realistyczny charakter choroby psychicznej. Najczęściej, stereotypowo chorzy ukazywani są jako zabawni, „przygłupi" ignoranci, albo wyrachowani łajdacy o sadystycznych skłonnościach lub wrażliwi twórcy. Taki obraz potęguje u widza, obecny już strach wynikający z niewiedzy. Ewentualnie politowanie, współczucie lub śmiech. Równie schematycznie pokazywani są w filmach wszelcy leczący, a filmowcy zdają się nie odróżniać psychologa od psychiatry, każdego z nich mylą z psychoterapeutą. Kiedy w

opowiadanej historii pojawia się wątek jakiegoś innego zawodu pomocowego – pracownika socjalnego czy opiekuna, zdaje się, że zupełnie już nie wiedzą, co mówią.

Pomimo faktu, że choroby psychiczne czy zaburzenia psychiczne dotyczą znacznej części społeczeństwa, w każdym społeczeństwie funkcjonują silne negatywne stereotypy dotyczące zarówno chorych psychicznie, a przede wszystkim ich zachowania, jak i leczenia psychiatrycznego.

Wiele dzieł współczesnej kinematografii przybliża nam problemy osób chorych psychicznie, pomagając zrozumieć ich istotę, subiektywne doświadczanie piętna choroby psychicznej, oraz obalać krzywdzące stereotypy. Niektóre wydają się jednak nie tylko utrwalać ale nawet potęgować negatywne stereotypy dotyczące samych chorych jak i lecznictwa psychiatrycznego.

Stygmatyzacja osób z zaburzeniami psychicznymi, czy chorych psychicznie wydaje się być jednym z najważniejszych wyzwań nie tylko w dziedzinie promocji zdrowia psychicznego, ale przede wszystkim wyzwaniem moralnym dla całego społeczeństwa.

Piśmiennictwo

1. Sorter E.: Historia Psychiatrii. Od zakładu dla obłąkanych po erę Prozacu, tłum. P. Turski, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa, 2005, 8.
2. Sękowski A.: Osobowość a postawy wobec osób niepełnosprawnych, Czasopismo Psychologiczne, 1998, 2, 105.
3. Tobiasz–Adamczyk B.: Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 1998,,.
4. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z 19 sierpnia 1994 r., nowelizowana 31 lipca 1997 r. (DzU z 1994 r., nr 111, poz.535, art. 2, p. 3).
5. Tahin T., Koczan G., Poerczi J., Ozsvath K., Kiss I., Kezdi B.: Postawy profesjonalne i laickie wobec choroby psychicznej i psychicznie chorych, [w:] Socjologia a zdrowie, Sokołowska M, Hołówka J., Ostrowska A. (red.), PWN, Warszawa, 1976, 257-273.
6. Żebrowski M., Kasyna G.: Marginalizacja chorych psychicznie, Roczniki Naukowe Caritas, 1999, 3. 87.
7. Steuden S.: Poczucie ludzkiej godności w doświadczeniu choroby psychicznej, Świat i Słowo, 2003, 1, 25.
8. Waszczak S.: Stosunek społeczeństwa do osób chorych psychicznie, Polityka Społeczna, 2001, 14, 52.

9. Kaleta-Witusiak M.: Odrzucenie jako forma przemocy wobec osób chorych psychicznie, Zeszyty Wszechnicy Świętokrzyskiej, 2004, 19, 166.
10. Artyści i naukowcy częściej chorują psychicznie. http://praca.wp.pl/, data pobrania 29.12.2013
11. Waszczak S.: Stosunek społeczeństwa do osób chorych psychicznie, Polityka Społeczna, 2001, 14, 52.
12. www.odnalezcsiebie.pl, data pobrania 12.01.2014
13. Odnaleźć siebie dzięki filmom o psychicznie chorych. http://film.onet.pl/, data pobrania 12.01.2014
14. http://nobelprize.org/economics/laureates/1994/nashautobio.html, data pobrania 12. 01.2014.
15. Landsberger D.: Sekrety mózgu geniusza. Integracja, 2005, 3, 40.
16. http://www.filmweb.pl/Rain.Man, data pobrania 12.01.2014
17. http://vod.pl/dzien-swira, data pobrania 12.01.2014
18. http://pl.wikiquote.org/, data pobrania 12.01.2014
19. http://www.filmweb.pl, data pobrania 12.01.2014
20. Recenzja „Pająk cool" http://film.wp.pl, data pobrania 12.01.2014
21. http://www.filmweb.pl/K-pax, data pobrania 12.01.2014
22. Sahaj T.: Raport: Niepełnosprawni i niepełnosprawność w mediach: filmy, seriale, Internet. Instytut Rozwoju Służb Społecznych. Warszawa, 2011.
23. http://www.filmweb.pl/film/Lepiej być nie może, data pobrania 12.01.2014
24. http://www.filmweb.pl/film/Wstręt, data pobrania 12.01.2014
25. Goffman E.: Charakterystyka instytucji totalnych. Elementy Teorii Socjologicznych. PWN, Warszawa, 1975.
26. http://www.filmweb.pl/film/, data pobrania 12.01.2014
27. Miedzińska D.: W tym szaleństwie nie ma metody – o psychiatrii w filmie fabularnym. http://www.kinoterapia.pl/ data pobrania 12.01.2014
28. ww.filmweb.pl/film/Sala+samobójców/ data pobrania 12.01.2014

Kulik Halina, Dutkiewicz Stanisława, Eszyk Jolanta

Osoba z zespołem Downa w roli głównej

Śląski Uniwersytet Medyczny Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Pielęgniarstwa, Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa

Darami Pana są ziemia, niebo, dzień i noc, kwiaty i nasiona, drzewa, ptaki, myszy, węże, słonie, wichry, pioruny, tornada, wulkany – i ludzie.
Darami Pana są też dzieci, gdy trzeba usprawiedliwić ich pojawienie się na ziemi.
Terakowska D.: Poczwarka. Wyd. Lietrackie, Kraków, 2001, , 9.

Zespół Downa jest jedną z najlepiej poznanych niepełnosprawności intelektualnych, funkcjonujących w świadomości społecznej od połowy XIX wieku. Jest to przede wszystkim odmienność biologiczna człowieka, którego natura wyposażyła w dodatkową informację genetyczną chromosomu 21. To ona właśnie modyfikuje rozwój i kształtuje cechy wyróżniające daną osobę pośród innych ludzi [1].

W historii medycyny pierwszym lekarzem, który w drugiej połowie XIX wieku (w 1866 r.) zwrócił uwagę na odmienny wygląd niektórych dzieci z upośledzeniem umysłowym, był angielski lekarz John Langdon Down. Od jego też nazwiska pochodzi nazwa tego zespołu [1,2,3].

Powodem trisomii jest nieprawidłowy program genetyczny komórek rozrodczych matki lub ojca. Częstość występowania określa się w granicach: 1/660-1/800 urodzin (prawdopodobieństwo wystąpienia zwiększa się wraz z wiekiem matki) [4,5,6].

Osoby z zespołem Downa, ze względu na charakterystyczne cechy fizyczne i intelektualne są łatwo identyfikowane i rozpoznawane w przestrzeni społecznej. Mają z reguły mniejsze zdolności poznawcze, ich niepełnosprawność intelektualna w porównaniu do osób zdrowych, waha się w przedziale od lekkiej do umiarkowanej (rzadko głębokiej). Brak zdolności abstrakcyjnego myślenia i zawężony sposób myślenia, dążenie do nawiązywania i utrzymywania bliskiego kontaktu z innymi ludźmi, ufność i naiwność w podejściu do otaczającego świata i ludzi, sprawia, że często nazywane są „aniołami miłości" [7,8,9].

Zakrzewska-Manterys [8] o specyfice tego zespołu pisze „*każda choroba i ułomność, którą dziecko przynosi ze sobą na świat, powoduje cierpienie matki, ból i rozpacz. Ale chyba tylko zespół Downa wyzwala uczucie tej paraliżującej obcości, wynikającej z tego, że wygląd i dalszy rozwój dziecka będzie rządził się pewnymi żelaznymi prawami łączącymi go ze światem*

innych Downów i takimi, na które matka nie ma niemal żadnego wpływu. Dziecko z wadą serca czy niewidome, jest mimo to niepowtarzalną indywidualnością, którą matka może chronić i pielęgnować. Indywidualność dziecka z zespołem Downa już w chwili jego narodzin staje pod znakiem zapytania ze względu na charakterystyczny, mongoidalny wygląd osób dotknięty tym zespołem. Niektóre kategorie osób intelektualnie „sprawnych inaczej" zamknięte są w hermetycznych granicach niewidzialnych, aczkolwiek wyczuwalnych" [8].

W folderze edukacyjnym, przybliżającym problematykę istnienia barier społecznych pomiędzy osobami zdrowymi a niepełnosprawnymi, czytamy: *„Aktualną sytuację osób upośledzonych umysłowo ująć możemy w kategoriach antynomii: z jednej strony, w imię postępu w dziedzinie emancypacji odmieńców, upośledzeni traktowani są jako osoby, wobec których przejawiać powinniśmy tolerancję i otwartość. /.../ Polityczna poprawność każe nam traktować ich jak równych nam obywateli; przywiązanie do racjonalistycznych kategorii naszej kultury każe nam zapomnieć o ich istnieniu. /.../ Osoby upośledzone umysłowo uosabiają antywartości naszej kultury: pasywność, nieracjonalność, wsobność, stagnację, nieodpowiedzialność. Zwrot „Ty Downie" dosadnie to oddaje"* [10].

W ponad stuletniej historii kinematografii motyw niepełnosprawności, choroby, cierpienia i śmierci podejmowany jest, szczególnie w ostatniej dekadzie, stosunkowo często. Kwestia ta związana jest przede wszystkim z olbrzymim ładunkiem emocjonalnym jaki wywołują w nas te pojęcia.

Gwałtowna ekspansja mediów, sprawia, że warto w tym miejscu w sposób szczególny podkreślić ich opiniotwórczą rolę, zwłaszcza w kształtowaniu postaw społecznych, w tym w demaskowaniu krzywdzących stereotypów i mitów na temat osób z niepełnosprawnością.

Cel pracy, metoda

Celem pracy jest zwrócenie uwagi na dorobek kinematograficzny, którego twórcy podjęli problematykę związaną z funkcjonowaniem osób z zespołem Downa.

Wybitni teoretycy filmu, traktują twórczość filmową jako drugi nurt piśmiennictwa epickiego, dramatycznego, lirycznego, publicystycznego, oraz naukowego i dydaktycznego. Z piśmiennictwa też przejął film podział na rodzaje, tworząc jednak w obrębie poszczególnych rodzajów nowe, sobie tylko właściwe gatunki. Ponieważ podział na gatunki i rodzaje piśmiennictwa budzi kontrowersje wśród teoretyków literatury, podobne też kontrowersje i spory budzi podział filmów na rodzaje i gatunki. B. W. Lewicki polski teoretyk filmu, krytyk i pedagog, zaproponował podział filmów na: fabularny, poetycki,

dokumentalny i naukowo-dydaktyczny [11]. Nazwy te wydają się odpowiadać podstawowym rodzajom piśmiennictwa. Dla potrzeb niniejszego opracowania przyjęto podział filmów na:

- filmy fabularne (z udziałem aktorów lub osób z niepełnosprawnością, często oparte o biografie autentycznych postaci),
- filmy dokumentalne (z udziałem osób z niepełnosprawnością),
- filmy animowane (tworzone za pomocą klasycznych technik poklatkowych – rysunkowych lub przestrzennych (np. lalkowych i plastelinowych) lub najnowszych technik komputerowych – animacji 3D) .

Realizując założony cel posłużono się metodą obserwacji i analizy treści filmów. Wykorzystano również dostępną w tym zakresie literaturę i źródła internetowe.

Omówienie

FILMY FABULARNE

"**Jewel"**

Gatunek filmu: obyczajowy;

Reżyser: Paul Shapiro;

Produkacja: Kanada/Wielka Brytania/USA;

Premiera: 2001;

Występują: Farrah Fawcett, Patrick Bergin, Cicely Tyson, Ashley Wolf

Tytułowa bohaterka (w tej roli Farrah Fawcett), spodziewa się piątego dziecka. Wraz z mężem i czwórką pozostałych dzieci mieszkają na farmie w rolniczym w stanie Mississipi. Na świat przychodzi córka Brenda. Nie rozwija się jednak prawidłowo. Lekarz diagnozuje u niej zespół Downa, i oświadcza rodzicom, że dziewczynka ma szansę na najwyżej dwa lata życia. „*Jest mongołem, idiotą, którego trzeba oddać do instytucji*" – oświadcza rodzicom i zaleca oddanie do zakładu opiekuńczego, zwracając uwagę na znaczne obciążenie rodziny niepełnosprawnym intelektualnie dzieckiem.

Jewel nie jest w stanie tego faktu zaakceptować "*Jeśli będziemy ją dostatecznie mocno kochać, damy radę - mówi do męża i pełna obaw, decyduje się zatrzymać córkę i bezgranicznie poświęcić jej wychowaniu*".

Warto wspomnieć, że akcja filmu rozgrywa się w połowie ubiegłego stulecia, kiedy to medycyna niewiele miała do zaoferowania takim dzieciom i ich opiekunom. Jedyną więc zaproponowaną formą terapii, były zastrzyki z preparatu wapnia wzmacniające kości, niestety dosyć kosztowne w porównaniu z możliwościami finansowymi rodziny.

Obciążenie rodziny opieką nad niepełnosprawnym intelektualnie dzieckiem, przekraczało jej wydolność opiekuńczą. Pojawiły się problemy z utrzymaniem i zaspokojeniem podstawowych potrzeb jej członków, ale przede wszystkim potrzebą stałej opieki nad Brendą. Jewel wydawała się nie zauważać wielu z nich, w szczególności faktu, że pozostałe dzieci dorastają bez jej udziału. Starsza córka dojrzewała i przeżywała swoją pierwszą miłość, nie znajdowała jednak wsparcia w matce. Starsi synowie trenowali piłkę nożną, niestety ona nie była na żadnym ważnym dla nich meczu. Każdą wolną chwilę poświęcała Brendzie. Dziewczynka stopniowo czyniła postępy: w wieku 5 lat nauczyła się samodzielnie chodzić i po raz pierwszy powiedziała słowo „mama", w wieku 7 lat samodzielnie zeszła ze schodów, ale też weszła do stawu, i o mało nie utopiła się, zafascynowana mechanizmem działania benzynowej zapalniczki, podpaliła sobie ręce, wywołując pożar ich domu.



Ryc. 1. Farrah Fawcett w roli Jewel. źródło: http://www.teleman.pl/. Data pobrania: 21.01.2014.

Reżyserowi filmu, Paulowi Shapiro, udało się dotknąć szeregu problemów psychospołecznych i emocjonalnych rodziny, która sprawuje opiekę nad dzieckiem niepełnosprawnym intelektualnie. Jewel jest matką nadopiekuńczą, poświęcając się wyłącznie wychowaniu Brendy, zaniedbała męża i pozostałe dzieci. Potrafiła sprzedawać pamiątki rodzinne i co cenniejsze rzeczy, aby zapewnić Brendzie wszystko co w jej przekonaniu jest dla niej najodpowiedniejsze. Niestety jej nadopiekuńcza postawa, nie

sprzyja również motywacji Brendy do podejmowania samodzielnych działań. Dopiero po kilkunastu latach Jewel zaczyna dostrzegać i rozumieć swoje błędy. Uświadamia sobie, że mąż i pozostałe, dorosłe już dzieci a nawet wnuki, również potrzebują jej miłości, obecności i opieki, a Brenda doskonale czuje się w „świecie Downów" [12].

„Córka opiekuna wspomnień"

Gatunek filmu: dramat obyczajowy

Reżyser: Mick Jackson

Produkcja: USA

Premiera: 2008

Występują: Dermot Mulroney, Emily Watson, Owen Pattison, Dominique D`Arnell

Scenariusz filmu oparto na motywach książki Kim Edwards, pod tym samym tytułem [13]. Akcja filmu rozgrywa się w latach sześćdziesiątych ubiegłego stulecia, kiedy jeszcze panowało powszechne przekonanie, że dla dzieci dotkniętych Zespołem Downa niewiele można zrobić i najlepiej oddać je do domu opieki dla dzieci upośledzonych.

Doktor David Henry, lekarz, zmuszony jest przyjąć poród swojej żony, ponieważ z powodu złych warunków pogodowych ginekolog nie jest w stanie przybyć. Z pomocą jego i pielęgniarki Caroline (w tej roli Emily Watson) na świat przychodzi zdrowy syn, a po dłuższej chwili rodzi się dziewczynka. Wydawać by się mogło, że dla dobrze sytuowanej rodziny to powód do dumy i radości. Jednak nie do końca. Okazuje się, że dziewczynka ma Zespół Downa. David, chcąc oszczędzić żonie przykrości, i bez jej wiedzy i zgody oddaje dziewczynkę w ręce pielęgniarki, prosząc aby oddała dziecko do zakładu opiekuńczego. Żonie przekazuje wiadomość o śmierci córki. Caroline, znając specyfikę ówczesnych zakładów opiekuńczych, w tajemnicy przed lekarzem, postanawia zatrzymać dziecko. Zmienia miejsce zamieszkania i wychowuje Phoebe jak własną córkę.

Twórcom filmu udało się zrealizować obraz o niesamowitym ładunku emocjonalnym. Jesteśmy świadkami szoku i niedowierzania Davida, kiedy na świat przychodzi córka dotknięta Zespołem Downa. Towarzyszymy trwającym przez całe życie wyrzutom sumienia. Widzimy stopniowe odsuwanie się Davida od rodziny i rozpad więzi rodzinnych. Wyczuwamy również osamotnienie i brak umiejętności poradzenie sobie ze stratą córki, Nory, żony Davida, która nie może pogodzić się z faktem, że „*nawet jej nie zobaczyła, nie poczuła jej ciała na swoich dłoniach*".

Poznajemy zdrowego syna Paula, który również czuje się osamotniony, który czasami tęskni za nigdy nie poznaną siostrą. Ale przede wszystkim jest bezgraniczna, trudna miłość

Caroline do niepełnosprawnego intelektualnie dziecka, którego nie zaakceptował ojciec. Jest też nieprzewidywalny „los", który sprawia, że rodzeństwo łączy wspólna pasja. Jest też cudowna chwila, w której Phoebe (córka Davida i Nory) daje obu matkom wyraz swojej wielkiej miłości i bezinteresowności.



Ryc. 2. Caroline Gil (Emily Watson) i Phoebe w filmie: Córka opiekuna wspomnień. Źródło: http://www.wirtualnemedia.pl. Data pobrania 2.02.2014

"Ósmy dzień"

Gatunek filmu: dramat, komedia,

Produkcja: Belgia, Francja, Wielka Brytania.

Premiera: 1996,

Reżyseria: Jaco Van Dormael

Film okrzyknięty został przez widzów europejskim "Rain Manem". Odtwórców głównych ról: Daniela Auteuila i Pascala Duquenne`a nagrodzono w Cannes, oraz nominowano do Cezara i Złotego Globu, a Pascal Duquenne jest pierwszym aktorem z zespołem Downa, który zdobył Złotą Palmę.

Nocą pod kołami pędzącego autostradą samochodu ginie pies. Kierowcą samochodu jest Harry, zapracowany biznesmen, porzucony przez żonę. Zwierzę jest własnością Georga, młodego mężczyzny z zespołem Downa, który właśnie uciekł z ośrodka dla osób niepełnosprawnych intelektualnie. Pies był jego jedynym przyjacielem. Harry postanawia

pomóc Georgowi. Okazuje się, że Georg szuka swojej matki. Nie jest świadomy tego, że ona nie żyje. Wspomnieniom matki, często przewijającym się przez fabułę filmu, towarzyszą słowa piosenki: „*Mamo, to ty dla mnie jesteś najpiękniejsza. /.../ Dla mnie, masz jak nikt z ludzi dookoła, uśmiech i twarz anioła*" (cytat z filmu). Mężczyźni stopniowo zaprzyjaźniają się.

Georg jest bardzo wrażliwy. Ma ukształtowane poglądy na otaczającą go rzeczywistość i w swoisty sposób ją tłumaczy, np: "*Każdy gdzieś się rodził. Ja chyba w Mongolii"/.../ "Kiedy dotykamy drzewa stajemy się drzewem"/.../ "Natalia jest kobietą. Wolę kobiety i dzieci, bo nie kłują, kiedy je całujemy"/.../ "Żeby mieć dziecko mężczyzna i kobieta patrzą na siebie. Nie znają się, więc biorą ślub. Całują się w usta, jak w telewizji i wtedy wpada ziarenko. Jeśli to chłopieć dają mu na imię Georg"* (cytat z filmu).



Ryc. 3. Daniel Auteuil i Pascal Duquenne w filmie „Ósmy dzień"., źródło: www.canalplus.pl data pobrania 7.04.2014

Ma nawet własną, niezwykłą wizję stworzenia świata: "*Na początku nie było nic. Grała tylko muzyka. Pierwszego dnia Bóg stworzył słońce. Ono razi w oczy. Drugiego dnia stworzył wodę. Woda moczy stopy /.../ Trzeciego dnia stworzył wiatr. Wiatr łaskocze /.../ Czwartego dnia stworzył trawę. Kiedy ją koszą ona krzyczy. Trzeba do niej łagodnie mówić. /.../ Szóstego dnia stworzył ludzi. Są różni. Tak samo jak kolory /.../"* (cytat z filmu).

Pod wpływem Georga, życie Harrego diametralnie zmienia się. Widzi jak Georg cieszy się życiem pomimo swojej niepełnosprawności, i pomimo przykrości jakie go spotykają na co dzień z powody charakterystycznych mongolskich rysów. Stopniowo Harry

poznaje przyjaciół Georga, ich marzenia, podejście do świata i problemów. Pod wpływem tych przeżyć w Henrym następuje przemiana: staje się wrażliwy, dostrzega rzeczy, na które wcześniej nie zwracał uwagi, skłonny do działania pod wpływem impulsu, może nawet nieprzewidywalny i skłonny do tego aby łamać konwenanse a nawet prawo [14].

Finał filmu jest dramatyczny: przyjaciele Georga z ośrodka zostają aresztowani z powodu włamania do wesołego miasteczka. George, któremu udało się uciec, nie może pogodzić się ze swoim stanem, skacze z dachu wieżowca i ginie.

Niezwykle wymowne są ostatnie kadry filmu, ukazujące uśmiechniętego, szczęśliwego Georga oraz tekst nawiązujący do wspomnianej wcześniej wizji stworzenia świata według Georga: „*Siódmego dnia Bóg stworzył chmury, żeby trochę odpocząć. W nich można zobaczyć najróżniejsze historie /.../ i zastanowił się czy czegoś nie brakuje. Ósmego dnia Bóg stworzył Georga, i zobaczył, że zrobił dobrze*" [14].

„Z górki"

Gatunek: dramat

Produkcja: Wielka Brytania

Premiera 2007

Reżyseria: Julie Anne Robinson

Występują: Nicholas Hoult, Tommy Jessop, Julia Ford, Neil Dudgeon, Emer Kenny

Scenariusz filmu powstał na motywach powieści Marka Haddona: The Curious Incident of the Dog in the Nigt-time.



Ryc. 4. David i Ben w filmie „Z górki"., źródło: http://www.filmweb.pl/ , data pobrania 14.04.2014

Twórcy filmu podjęli problem skomplikowanych relacji, pomiędzy członkami rodziny a w szczególności pomiędzy rodzeństwem zdrowym a niepełnospreawnym intelektualnie, w rodzinie sprawującej opiekę nad dzieckiem z zespołem Downa.

Szesnastoletni David Philips jest zdrowy i utalentowany artystycznie, ma swoje pasje i marzenia. Trudno jest mu pogodzić się z faktem, że rodzice większą uwagę poświęcają bratu. Drażni go szereg rzeczy m.in. fakt, że to brat decyduje o rodzaju potrawy na śniadanie, czy też miejscu letniego wypoczynku. Często musi opiekować się Benem. Rozżalenie narasta, gdy chcąc wziąć udział w koleżeńskim przyjęciu, pozwolił bratu samodzielnie wrócić autobusem do domu. Niestety Ben stracił orientację, i pomylił drogę. Zdenerwowana matka, wkracza na przyjęcie i każe chłopakowi natychmiast wracać do domu. David czuje się bardzo upokorzony. Dramat sytuacji potęguje fakt, że dzieję się to w chwili, gdy udało mu się nawiązać nić porozumienia z Gail, którą jest zafascynowany i którą darzy młodzieńczym uczuciem. Gail, choć uczucie to też robi na niej wrażenie, wydaje się traktować ten związek powierzchownie i instrumentalnie, wykorzystując zauroczonego chłopaka do dwuznacznych gier erotycznych. Wkrótce Davida spotyka kolejny cios. Jego rodzice postanawiają przenieść się z Londynu do prowincjonalnego Matlock, gdzie Ben będzie miał lepszą, dostosowaną do jego intelektualnych możliwości szkołę i lepsze warunki życia w dużym domu z ogrodem. David nie może się odnaleźć w nowym otoczeniu. Tęskni za Gail, zamyka się w sobie, jest prześladowany przez dwóch kolegów z powodu domniemanego homoseksualizmu. Niebawem dowiaduje się, że jego londyńska ukochana nie jest już zainteresowana kontynuowaniem znajomości, gdyż wpadł jej w oko seksowny specjalista od piercingu i tatuaży. Dla Davida to już zbyt wiele. Jego awersja do rodziny, a zwłaszcza Bena, przeradza się w otwartą nienawiść. Dokonuje samookaleczenia, wreszcie zabiera brata w góry i daje upust nagromadzonym emocjom [15].

„Ja też”

Gatunek filmu: dramat

Produkcja: Hiszpania

Premiera: 2009

Reżyser: Antonio Naharro / Álvaro Pastor

Występują: Teresa Arbolí / Lola Duenas / Isabel García Lorca / Antonio Naharro / Joaquín Perles / Pablo Pineda / Consuelo Trujillo

Głównym bohaterem filmu jest 34 letni mężczyzna z zespołem Downa, Daniel, który ukończył studia wyższe – psychopedagogikę i właśnie rozpoczął swoją pierwszą pracę w

Naczelnym Biurze Osób Niepełnosprawnych. Tam też poznaje i zaprzyjaźnia się z Laurą, piękną, wydawać by się mogło przebojową kobietą, którą z czasem zaczyna darzyć uczuciem.

Ów dodatkowy chromosom sprawia, że na Daniela nie patrzymy początkowo jak na potencjalnego, partnera Laury. Laura również widzi w nim jedynie kolegę z pracy. Kiedy jednak poznajemy skrzętnie skrywaną przeszłość Laury, dostrzegamy ich kompatybilność. Obydwoje czują się osamotnieni i okaleczeni, łakną delikatności bliskości i miłości.

Przy Laurze Daniel jest szczery i otwarty, nie czuje się „inny", nie skrywa swoich uczuć i obaw. Kiedy z rozbrajającą szczerością mówi jej: *"Nigdy się jeszcze nie kochałem"*, ona odpowiada mu równie szczerze: *"Ja też nie"*. W końcu wyznaje jej miłość.

Film budzi emocje, skłania do refleksji i rodzi szereg pytań: Czy to jest miłość, czy tylko kochanie? Czy Down ma prawo do miłości i bliskości? Czy zdrowa kobieta może zakochać się i być z mężczyzną z zespołem Downa? Nie dziwi nas fakt, że nawet matka Daniela wątpi w to, że zdrowa kobieta może związać się z Downem. Nie dziwią nas też słowa brata Daniela, gdy mówi: *"W Tobie nie zakocha się żadna kobieta, która ma 46 chromosomów"*.



Ryc. 5. Daniel i Laura w filmie „Ja też". Źródło: http://www.polityka.pl/kultura/film/ data pobrania 12.04.2014

Warto też zwrócić uwagę na wątek drugoplanowy, który jest doskonałym uzupełnieniem fabuły filmu: miłość Pedro i Luisy i szkołę flamenco. W tańcu znikają bariery i odmienności. Muzyka i ruch tworzą niewidzialną nić porozumienia.

I najważniejsze przesłanie filmu: miłość nie zważa na dodatkowy chromosom, a słów wypowiedzianych przez Daniela: „Społeczeństwa, które izolują mniejszości, są okaleczone. Zepchnięci mizantropi zamiast zespalać się z resztą lądu, dryfują niczym bezludne wyspy. Praca może im pomóc poczuć się pełnoprawnymi członkami wspólnoty" – nie powstydziłby się niejeden uczony [16,17,18].

„ **Klan"**

Gatunek: polska telenowela

To pierwsza i zarazem najdłuższa pod względem lat nieprzerwanej emisji polska telenowela, której fabuła została wybrana w konkursie dla telewidzów ogłoszonym przez Telewizję Polską w 1997 roku. Pomysłodawcą serialu był Wojciech Niżyński [19]. Ukazuje losy wielopokoleniowej warszawskiej rodziny Lubiczów [20].

Wśród bohaterów filmu jest Maciek Kowalik – syn sąsiadki Grażyny i Ryszarda Lubiczów, który po śmierci matki zostaje przez nich adoptowany. Chłopiec ma zespół Downa. W rolę Maćka wcielił się Piotr Swend. Małgorzata Ostrowska-Królikowska, odtwórczyni roli Grażynki, adopcyjnej mamy Maćka, zdradza, że „*Twórcy nie bardzo chcieli ten wątek, ale my się uparliśmy. Jego pierwszą kwestią było: „Lecą ptaszki lecą". Było w tym coś wyjątkowego, magicznego – Czuliśmy taką misję, że warto wprowadzić ten temat"* [21].



Ryc. 6. Maciek i Martynka w serialu „Klan". Źródło: http://m.se.pl Pobrano dnia 18.04.2014

Aktorka opowiada sytuację z pierwszych dni planu, kiedy to miała Maćkowi śpiewać przed snem kołysankę. W trakcie tej sceny Maciek naprawdę zasnął. Ekipa serialu zamiast obudzić chłopca, cierpliwie czekała aż sam się obudzi [21].

Serialowa postać Maćka, którego rozwój możemy obserwować wraz z kolejnymi odcinkami, przybliża szereg problemów nieznanych do tej pory większości Polaków, z którymi musi sobie radzić rodzina sprawująca opiekę nad dzieckiem niepełnosprawnym intelektualnie. Nie będzie też przesady w stwierdzeniu, że dzięki Maćkowi oswoiliśmy się nieco z zespołem Downa. Twórcy serialu nie poprzestali jednak na samej prezentacji postaci. Podjęli szereg newralgicznych dla osób z zespołem Downa oraz ich opiekunów kwestii (m.in. samodzielności, miłości i małżeństwa), skłaniając widza do refleksji. I tu podobnie jak u Antonio Naharro i Álvaro Pastor, próbujemy odpowiedzieć na kluczowe pytanie: Czy osoby z zespołem Downa też mają prawo do miłości, bliskości i szczęścia jeśli tego pragną?

Małgorzata Ostrowska-Królikowska zaznacza, że dla Maćka „*gra to bodźcowanie, bardzo dobrze mu to robi. Teraz jest w okresie takiego dojrzewania, zaczyna mieć swoje zdanie, to jest dla nas coś nowego. Chce być mężczyzną. W serialu został głową rodziny i faktycznie zaczyna być męski*„ [21].

Michał Wąsowski podkreśla, że „*powinniśmy pamiętać, o tym jak dużo wysiłku włożono w pracę z Piotrem Swendem. I jak dużego wysiłku dokonuje on sam, chociaż o swojej wyjątkowej roli pewnie nie wie. To dzięki niemu duża część Polaków nie dziwi się, widząc upośledzone dziecko"* [21].

„Dzień za dniem"

Gatunek filmu: familijny, dramat,

Serial telewizyjny emitowany w latach 1989-1993**.** Jedną z głównych postaci serialu jest Charles "Corky" Thacher, w postać którego wcielił się Chris Burke. Warto w tym miejscu podkreślić, że jest to pierwsza osoba z zespołem Downa, która wystąpiła w serialu telewizyjnym, przełamując szereg mitów i stereotypów.

Chris Burke za swoją rolę otrzymał szereg nagród i wyróżnień [22,23]. To właśnie z myślą o nim powstał serial "Dzień za dniem". Wcześniej aktor pojawił się w filmie realizowanym przez ABC pt. "Desperate" - producenci byli pod takim wrażeniem, że specjalnie dla niego stworzyli postać Corky'iego. Koniec serialu nie oznaczał dla Burke'a pożegnania z aktorstwem. Zagrał m.in w kilku odcinkach "Dotyku anioła" i powiązanej z tym tytułem "Podróży do ziemi obiecanej". Ma na koncie epizod w "Ostrym dyżurze", a także rolę w "Uśmiechu Mony Lisy", gdzie główną rolę zagrała Julia Roberts. Burke koncertuje także ze

swoim zespołem folkowym: Chris Burke with Joe and John DeMasi (bracia bliźniacy), a także udziela się w organizacji National Down Syndrome Society [24].



Ryc. 7. Charles "Corky" Thacher z rodziną. Źródło: http://film.wp.pl

Film opowiada o zwykłym, codziennym życiu rodziny Thatcherów, a zwłaszcza o Corkym. Poznajemy go jako osiemnastolatka, który zaczyna uczęszczać do szkoły średniej. Pomimo swojej niepełnosprawności stara się w miarę normalnie funkcjonować w środowisku rówieśników i przezwyciężać kolejne pojawiające się problemy. Do tej samej szkoły uczęszcza jego młodsza siostra Becca (Kellie Martin). Początkowo Becca wstydzi się brata, z czasem jednak przezwycięża to uczucie i uczy się akceptacji. Poznajemy również pozostałych członków rodziny ich smutki i radości. Kolejne odcinki serialu, pomimo braku wartkich zwrotów akcji i wzniosłych czy śmiesznych momentów, skłaniają nas do refleksji nad codziennym dniem nie tylko bohaterów, ale również własnymi radościami i troskami.

FILMY DOKUMENTALNE

„**Downtown. Miasto Downów**”

To zaproszenie do zwiedzania świata osób zespołem Downa. Film zrealizowany przez Martę Dzido i Piotra Śliwowskiego, ukazuje realizację projektu fotograficznego Oiko Petersena.

Artysta postanowił, używając stylistyki zarezerwowanej dla estetyzującej fotografii mody i reklamy, sfotografować kilkanaście osób z zespołem Downa.

„Tytuł projektu - Downtown Collection - zawiera w sobie całą ideę dzieła. Z jednej strony ma sugerować wprowadzenie na rynek nowej miejskiej kolekcji ubrań na sezon wiosna/lato, z drugiej natomiast, dużo dla mnie ważniejszej – wprowadzić widza w świat „Miasta Downów" – wyjaśnia sam artysta. „Projektem tym chciałbym zaprosić na wycieczkę do Downtown" . Twórca przekonuje nas, że „Downtown", wbrew obiegowym opiniom, jest radosne i kolorowe. Wzrusza, zaskakuje a nawet śmieszy, a co najważniejsze rozbudza w nas wrażliwość, skłaniając do zastanowienia się nad pięknem i brzydotą a przede wszystkim do refleksji nad własnymi uprzedzeniami i barierami.



Ryc. 7. Marta Świątkowska, 24 lata - nienawidzi - „*Bazylego, psa, który mnie tak ślini*", *marzy o chłopaku, /.../ ulubiona książka – „Książę i żebrak", najbardziej jej smutno, gdy nie ma babci"* fot. Oiko Petersen; proj. ubrania Marta Rowińska, Źródło: Downtown Collection, Oiko Petersen, Wycieczka do Downtown (GW) Data pobrania: 18.04.2014

Artystyczny pryzmat, z powodzeniem zmienia szary, pełen cierpienia świat osób dotkniętych zespołem Downa w krainę niewiarygodnych, zwariowanych pomysłów, tańca, muzyki, jasnych świateł i zadziwiających przygód. Z powodzeniem udało się artyście zatrzeć okrutny podział na my/oni i zaprosić na wspólną podróż w głąb uliczek Downtown. [25,26].

Ewa Suchcicka, Prezes Stowarzyszenia Rodzin i Opiekunów Osób z Zespołem Downa „Bardziej Kochani" o projekcie pisała: *„Z podziwem patrzyliśmy, z jakim zapałem i jak dogłębnie Oiko stara się wniknąć do „świata downów". Bywał wszędzie, na lekcjach i imprezach szkolnych, na zajęciach na basenie, na imieninach, urodzinach… Każdego ze swoich bohaterów – modeli odwiedził w domu, z każdym potrafił się autentycznie zaprzyjaźnić, z Natalią, moją córką, Oiko i współpracująca z nim Agnieszka, przez półtorej godziny tańczyli hip-hop. Dla młodych ludzi z zespołem Downa Oiko powoli stawał się kimś ważnym, ufali mu, wykonywali jego prośby i polecenia, znosili cierpliwie trudy wielogodzinnych sesji. Byli dumni, że uczestniczą w czymś wielkim, że są w centrum zainteresowania i cały świat jakby obraca się wokół nich. Wspomniałam już o Natalii, dla potrzeb zdjęcia pozwoliła zrobić sobie loki i makijaż. Nie cierpi tego" /.../ Na każdej fotografii są jak żywi, ze swoimi minami, pozami… Ale jednocześnie są inni, jakby nie z tego świata, nie z naszego świata, gdzie my jesteśmy normalni, a oni są „downami". W tym swoim świecie-mieście oni są wielcy, piękni, mądrzy, utalentowani. Tańczą, malują, śpiewają…*
Może patrząc na te zdjęcia poczujemy się tak, jakbyśmy stali przed „gwiezdnymi wrotami" i mogli przenieść się w inny wymiar i w inny czas, do miasta, którego nie ma, a które jest.

Gdy czytałam Credo *Oika Petersena, gdzie pisał, że chciałby stworzyć (odnaleźć?) Down Town - Miasto Downów - nie wierzyłam, że komukolwiek może się to udać. Udało się"* [27,28].

"Podwójne życie Piotra S."

To historia Piotra Swenda, który od 17 lat występuje w roli Maćka (chłopca z zespołem Downa) w serialu Klan. Autorka filmu, Alina Mrowińska, towarzyszy z kamerą w jego życiu osobistym, oraz na planie filmowym. Jesteśmy świadkami jego przeżyć związanych z realizacją kolejnych odcinków serialu, funkcjonowaniem w rodzinie, szkole, podczas spotkań z kolegami. Tytuł filmu sugeruje, że Piotr funkcjonuje w "dwóch światach" - autentycznym i serialowym, które wzajemnie się przenikają i nakładają na siebie. Ten niepowtarzalny świat Piotra jest swoistym konglomeratem wydarzeń i związanych z nimi emocji autentycznych i serialowych - których nie jest w stanie oddzielić i wobec których nie potrafi się zdystansować. Dramatem była dla niego śmierć serialowego ojca, myśli, że jego filmowa dziewczyna może być nią również w realnym życiu.

Piotr nie tylko gra w serialu telewizyjnym, występuje również w teatrze, śpiewa, gra na pianinie, maluje, uczy się, bawi, kocha, cierpi [29].

"Krótki film o Małgosi"

To amatorski film, który zyskał olbrzymią popularność wśród internautów zarówno w kraju jak i poza jego granicami. Zdobył pierwsze miejsce w konkursie ogłoszonym przez Centrum Edukacji Obywatelskiej. Został też zamieszczony na międzynarodowej stronie Roku walki z ubóstwem i wykluczeniem społecznym.

Autorkami są dwie wolontariuszki z białostockiego stowarzyszenia Jeden Świat: Agnieszka i Zosia Tucholskie, a jego bohaterką jest ich młodsza siostra z zespołem Downa, Małgosia.

Film powstał, aby pokazać, że 12-letnia dziewczynka z zespołem Downa jest podobna do innych dzieci. Dziewczynka bawi się, rysuje, spaceruje, gra na instrumencie, występuje nawet w przedstawieniu teatralnym. W trakcie filmu nic jednak nie mówi i nie widzimy jej twarzy. Dopiero na zakończenie filmu odwraca się do kamery i przedstawia: Jestem Małgosia, więc dlaczego mówisz do mnie - ty Downie? [30,31].

„Spotkać Punky"

Film, który powstał w 2010 roku w Irlandii, jako pierwszy na świeci film animowany, w którym główną rolę odgrywa postać z zespołem Downa

Seria filmów o Punky, przygotowana jest z myślą o dzieciach z przedszkoli i zerówek, gdyż główna bohaterka ma 6 lat. Gerard O'Rourke z firmy Monster Animation, która wyprodukowała serial, mówi że Punky jest fajną, żywą dziewczynką, która codziennie przezwycięża wiele wyzwań tak jak inne dzieci, pomimo tego że "lekko różni się od innych dzieci" [32].

Podsumowanie

Zaprezentowane filmy nie wyczerpują pełnej listy filmoteki. Przedstawione obrazy pokazują liczne bariery i ograniczenia, w szczególności mentalnościowe związane z funkcjonowaniem osób z zespołem Downa. Niezwykłą siłę i determinację ich samych oraz ich rodzin, w walce o godne życie. Każdy z zaprezentowanych filmów próbuje przełamywać pokutujące w społeczeństwie mity i stereotypy społeczne. Z jakim jednak skutkiem?

Piśmiennictwo

1. Midro A.T.: Co się kryje pod nazwą zespół Downa? www.bardziejkochani.pl, data pobrania 7.02.2014.
2. Kaczmarek B.B.: Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa – teoria i praktyka. Wyd. Impuls. Kraków, 2008 .

3. Pilch D., Boberski M., Łoniewska B., Kordek A., Rosińska Z., Rudnicki J.: Ocena rozwoju neurobehawioralnego i zapotrzebowanie na neurostymulację noworodka z zespołem Downa. Postępowanie Neonatologii, 2010, 2, 169.
4. Kaczan T., Śmigiel R. : Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa [w:] Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju u dzieci z chorobami genetycznymi. Kaczan T., Śmigiel R. (red.), Wyd. Impuls. Kraków, 2012, 35-46.
5. Sadowska L., Mysłek M., Gruna - Ożarowska A.: Problemy kliniczne dzieci z zespołem Downa (ZD). Essentia Medica, 2003, 5, 32 - 37.
6. Sadowska L., Mysłek – Prucnal M., Choińska A. M., Mazur A.: Diagnostyka i terapia dzieci z zespołem Downa w świetle badań własnych i przeglądu literatury przedmiotu. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego, 2009, 7, 8 - 30.
7. Sobolewska A.: Cela. Odpowiedź na zespół Downa. Wydawnictwo W. A. B. Warszawa, 2002.
8. Zakrzewska-Manterys E.:. Down i zespół wątpliwości. Studium z socjologii cierpienia. Wyd. Naukowe „Semper", Warszawa, 1995.
9. Sahaj T.: Raport: Niepełnosprawni i niepełnosprawność w mediach: filmy, seriale, Internet. Instytut Rozwoju Służb Społecznych. Warszawa, 2011.
10. Zespół Downa, dodatek informacyjno-promocyjny. „Gazeta Wyborcza", 19 grudnia 2009.
11. Lewicki B.W.: Wprowadzenie do wiedzy o filmie. Wyd. Ossolineum, Wrocław, 1964.
12. http://www.filmweb.pl., data pobrania 7.02.2014.
13. Edwards K.: Córka opiekuna wspomnień. Wyd. Videograf II. Katowice, 2007.
14. Ósmy dzień - w bazie stopklatka.pl, data pobrania 7.02.2014.
15. http://www.filmweb.pl/film/Z gorki-2007-520331, data pobrania 7.02.2014.
16. http://www.iplex.pl/filmy/ja-tez,6773, data pobrania 11.02.2014.
17. http://www.film.org.pl/prace/ja_tez.html, data pobrania 11.02.2014.
18. http://www.polityka.pl/kultura/film/1504852,1,recenzja-filmu-ja-tez-rez-alvaro-pastor-i-antonio-naharro.read#ixzz2rLnl3lTb, data pobrania 11.02.2014.
19. http://vod.tvp.pl/seriale/obyczajowe/klan, data pobrania 22.02.2014.
20. http://pl.wikipedia.org, data pobrania 22.02.2014.
21. Wąsowski M.: O Maćku z „Klanu" – historia najbardziej znanego chorego w Polsce. http://natemat.pl, data pobrania 29.01.2014.

22. http//www.tvn24, data pobrania 29.01.2014.
23. http://www.poranny.pl, data pobrania 29.01.2014.
24. Dzień za dniem wtedy i dziś. http://anulesia.pinger.pl/, data pobrania 18.04.2014.
25. http://www.swiatobrazu.pl/nowy_niezwykly_projekt_oiko_petersena.html, data pobrania 18.04.2014
26. http://www.zespoldowna.info, data pobrania 18.04.2014
27. Prezentacja projektu „Downtown" przez Oiko Petersena podczas spotkania z cyklu "Z innego poziomu do mistrzostwa artystycznego" Katowice, 2011.
28. Suchcicka E.: Down Town. Odnalezione miasto. http:// www.mkidn.gov.pl, data pobrania 18.04.2014
29. http://www.se.pl/zespol-downa, data pobrania 18.04.2014
30. http://www.tvn24.pl/wiadomosci-z-kraju,3/dlaczego-mowisz-ty-downie, data pobrania 18.04.2014
31. http://uwaga.tvn.pl/34265,news,,krotki_film_o_malgosi,reportaz.html, data pobrania 18.04.2014
32. http://www.zespoldowna.info, data pobrania 18.04.2014

Dziekońska Mirosława[1], Latosiewicz Robert [2], Kulikowska Agata[3] , Jolanta Lewko[4]

Samotność a stopień odczuwanej nieśmiałości przez kobiety z upośledzeniem umysłowym

1. Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
2. Zakład Rehabilitacji i Fizjoterapii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie,
3. Zakład Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
4. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wstęp

Samotność w literaturze definiowana jest jako przykre doświadczenie spowodowane funkcjonowaniem wadliwych jakościowo i ilościowo związków międzyludzkich. Aspektami szczególnie podkreślanymi są samotność absolutna wobec świata jako całości, siebie i ludzi, odczucie własnej małości i skończoności oraz utrata więzi między ludźmi [1,2]. O samotności mówimy wtedy, gdy życie, czy to w pojedynkę czy też w związku, przepełnione jest poczuciem wyobcowania i opuszczenia. Być samotnym oznacza cierpieć na brak kontaktu psychicznego tak ze sobą, jak i z innymi. Uczucie to może być tylko przejściowe, ale może też zawładnąć człowiekiem na bardzo długo. Samotność odczuwana jest szczególnie podczas zmian dotyczących naszego życia, a mianowicie może to być przejście na emeryturę, wyprowadzka dorosłych dzieci, utrata pracy, opuszczenie przez naszego życiowego partnera czy partnerkę, ale może to dotyczyć także okresu choroby czy urlopu [1,3,4].

O samotności mówimy wtedy, gdy życie, czy to w pojedynkę, czy też w związku, przepełnione jest poczuciem wyobcowania i opuszczenia. Być samotnym oznacza cierpieć na brak kontaktu psychicznego tak ze sobą, jak i z innymi [1,4].

Zdolność do odczuwania samotności posiada każdy z nas. Nie ma osoby, która by się choć raz w życiu nie czuła samotnie. Taki stan jest potrzebny do rozwoju sił wewnętrznych, wypracowania swojej istoty, na którą składa się wiele mało znanych elementów [5,6]. Samotność jest nie tylko wyzwoleniem od kontaktów z innymi ludźmi, lecz także usiłowaniem wyzbycia się ich sposobów myślenia, ich miar i ocen. Tylko wtedy możemy się zobaczyć i zmierzyć świat własną miarą zaczerpniętą z własnych wartości. Wielu pisarzy i artystów twierdzi, że samotność jest przeznaczeniem człowieka. Znakomity aktor francuski Barrault powiedział: „*Każdy z nas żyje w sobie co najmniej w dwoistości i zachowuje się co najmniej w trzech płaszczyznach: jakim jest, jakim wierzy, że jest i jakim chciałby być*.” Człowiek żyje więc rozpięty swoją własną świadomością o sobie, swoich ułomnościach,

brakach i zaletach, świadomością innych o nim i wreszcie pragnieniem bycia kimś innym niż jest, ładniejszym, mądrzejszym, lepszym, bardziej docenianym…[1,2,3,4,6].

Każdy z nas zna również jakiś odcień samotności. Dotyka ona nas w którymś okresie życia, w mniejszym lub większym stopniu, chociaż czasem nie zdajemy sobie sprawy z jej istnienia. Samotni stajemy się w wyniku różnych losowych zdarzeń, życiowych burz, niewiary w swoją wartość, nieśmiałości a także z powodu kłopotów i zmartwień czyli tak zwanego prawdziwego życia [7,8].

Bywa, że formą ucieczki przed samotnością staje się poświęcenie dla kogoś innego, często dla dzieci lub najbliższej rodziny, którego zresztą nikt nie oczekuje ani nie żąda. Po latach, gdy intensywność uczuć maleje, a dzieci odchodzą w świat by żyć po swojemu, znów pozostaje samotność i osamotnienie od którego się uciekało [9].

Czy samotność jest zawsze taka sama, czy może każda jest inna? Na pewno można wyróżnić dwie zasadnicze jej formy. Pierwsza z nich to samotność mająca źródło w świadomym wyborze, akceptowana. Druga z kolei to samotność przypadkowa, nie chciana. Myślę jednak, że można zgodzić się ze stwierdzeniem, że niezależnie od omawianych ilości odmian samotności, każdy taki stan nie akceptowany, staje się źródłem frustracji i cierpienia [10].

Można wiele mówić o samotności, zawsze jednak trzeba pamiętać o tym, iż człowiek samotny jest w jakimś stopniu stracony dla innych. Jego wartość jest nie wykorzystana, jego ciepło nie ogrzewa drugiego człowieka, a potencjalne zdolności dzielenia trosk i mnożenia radości nie mają możliwości rozwoju. Jeżeli bliżej przyjrzymy się temu zjawisku to dostrzeżemy zaskakującą sytuację, z jednej strony istnieje ogromna tęsknota za porozumieniem, ludzkim ciepłem, z drugiej zaś istnieją nie wykorzystane pokłady ludzkich uczuć. Pomiędzy nimi istnieje szklana tafla – widzimy się wzajemnie, ale nie słyszymy oraz nie czujemy i to rodzi cierpienie [9,10].

Nasze poszukiwania samotności, chwilowej tylko, odseparowującej nas od otoczenia, od środowiska w jakim żyjemy i przebywamy, nie są wynikiem presji społecznej wywieranej na nas, lecz konsekwencją nastroju, potrzebą swoistego komfortu psychicznego. Mamy pełną świadomość, że ów stan wybranej samotności możemy w każdej chwili przerwać, możemy powrócić do ludzi, do środowiska, do grupy społecznej [2,3,4].

Wydaje się prawdopodobne, że obecnie prawie połowa populacji osób dorosłych stanu wolnego i jedna czwarta żonatych/mężatek to ludzie do pewnego stopnia samotni. Dotknięte nią bywają również dzieci, nastolatki, młodzi mężczyźni i kobiety, jak również ludzie w

średnim wieku i starsi, w sposób szczególny dotyka ona także osoby upośledzone umysłowo. Trudność rozwiązywania problemów osamotnienia polega na tym, że w małym stopniu skutkuje to co racjonalne. Rzadko decydujemy się na świadomie przemyślane kroki, częściej są to spontaniczne ucieczki od stanu, który nas dręczy [9,11,12].

Upośledzenie umysłowe na ogół rozumiane jest jako obniżenie sprawności umysłowej, powstałej w okresie rozwoju jednostki i charakteryzujące się niższą od przeciętnej sprawnością intelektualną, związaną z zaburzeniami w obrębie jednej lub więcej dziedzin, jak dojrzewanie, uczenie się i przystosowanie społeczne [13,14]. Upośledzenie umysłowe to jednak przede wszystkim ograniczenie możliwości życiowych jednostki. W większości przypadków osoby z upośledzeniem umysłowym mają problemy ze znalezieniem pracy. Ludzie upośledzeni są ciężarem dla bliskich, kimś nie wartym kochania ani nie zasługującym na miejsce w ludzkiej wspólnocie. Poczucie bycia gorszym wywołuje określone skutki psychologiczne. Blokuje poczucie własnej wartości. Dominujące poczucie udaremnienia dążeń i pragnień życiowych rodzi stan napięcia, którego objawami są zaburzenia wegetatywne i choroby somatyczne [15,16].

Znamiennym rysem przeżywania upośledzenia jest poczucie samotności, brak więzi z ludźmi, a w najbardziej dramatycznych przypadkach poczucie braku miejsca w życiu. Pobieżna obserwacja naszej rzeczywistości wyraźnie odzwierciedla społeczne nastawienia do osób uznanych za upośledzone. System segregacji szkolnej, izolacja tych osób w zakładach pracy, ubezwłasnowolnienie prawne, pozbawienie godziwej i atrakcyjnej pracy, rzutują na powstawanie stereotypowego wyobrażenia o osobach upośledzonych jako odmiennych psychicznie, mających specyficzne potrzeby i ograniczone możliwości [17,18]. Wtórny obraz tej sytuacji zarysowuje się także w umysłach osób upośledzonych. Na podstawie takiej rzeczywistości budują oni swój obraz jako osób gorszych, bez możliwości działania. To z kolei prowadzi do utrwalenia postawy wycofania i bierności wobec świata [18,19,20].

Choroba i cierpienie bywają również źródłem poczucia samotności. Pacjenci szpitala z urazami psychicznymi są bardziej świadomi swego odosobnienia i samotności. Zdają sobie sprawę, że choroba, uraz i inne dolegliwości przydarzyły się właśnie im i nikt inny nie potrafi temu zaradzić. Są otoczeni przez osoby, z którymi nie zawsze są związani uczuciowo. W dodatku stres psychiczny czyni je bezradnymi do tego stopnia, że funkcjonowanie organizmu wymyka się spod kontroli. Podkreślają oni, że cierpienie jest źródłem samotności. Freudyści uważali, że psychiczny ból musi być najpierw uświadomiony, zanim zajmiemy się nim racjonalnie. Zarówno cierpienie psychiczne jak i fizyczne może być dręczące. Jeżeli

natomiast ulga w cierpieniu jest celem, to niektóre osoby dążą do samotności, aby w ten sposób łatwiej pozbyć się przykrości oraz stresu [9,11,15].

Samotność powstaje w związku ze sposobem odbierania doświadczenia i ocenienia swojej izolacji oraz braku komunikacji z innymi osobami. Powstaje ono w sytuacji, w której ilość związków międzyosobowych jest mniejsza niż pożądana, lub gdy istniejące związki nie uzyskują pożądanego stopnia zażyłości (intymności). Jest to ważne, aby uchwycić subiektywne poczucie samotności do obiektywnej izolacji społecznej [1,3,4,11,18].

Odczucia w znacznie większej mierze niż przemyślenia przesądzają o najgłębszych treściach ludzkiej samotności. Każda samotność jest niepodobna do innej. Odmienne są osobiste sytuacje, różne są motywy wyboru samotności, różnią się ludzkie osobowości i charaktery, widzenie siebie, innych i świata. Odmienne są także dzieje jednostek wraz z tym co kształtowało je od najwcześniejszego dzieciństwa, czyli krąg rodzinny, i osób bliskich, znaczących osób w ich życiu oraz wyznaczające dalsze losy zdarzenia. Człowiek w każdym momencie jest sumą tego, co przeżył dotychczas. Wydaje się, że jednym z głównych społecznych źródeł samotności, jako sytuacji stanu i przeżyć, jest rozbieżność między wymogami stawianymi nam przez role społeczne a naszymi sądami o samych sobie. Naszą samotność określa zawsze sytuacja społeczna, bo samotność jest opozycją wobec naszych funkcji społecznych. Z tego punktu widzenia określimy samotność jako stan i sytuacje wynikające z konfliktu wobec narzuconych nam niechcianych, lub źle spełnianych ról społecznych. To jeszcze nie niechęć do ludzi lub samego siebie, to dopiero rozbieżność między mną społecznym a mną indywidualnym. Ale społeczność, społeczeństwo, grupa mają nad nami zawsze przewagę liczebną, obyczajową i prawną. Społeczeństwo domaga się, abyśmy role pełnili niezależnie od naszych wyobraźni o sobie i o społeczeństwie. Naciska na nas, wywiera na nas presję, otacza nas nakazami, grozi zakazami i konsekwencjami w razie ich łamania [1,2,3,4,6,9,15,18].

Jako jedną z przyczyn, w znacznym stopniu przyczyniającą się do rozwoju samotności, autorzy podają nieśmiałość. Traktowana jest ona jako wyraz poczucia zagrożenia społecznego, które jest charakterystyczną właściwością osobowości ludzi nieśmiałych. Jej niekorzystny wpływ daje się zaobserwować w zaburzeniach w przystosowaniu społecznym jednostki. Przewidywanie osobistego zagrożenia przejawiającego się w formie spodziewanej negatywnej oceny w wypadkach społecznych kontaktów (zwrócenie uwagi na jednostkę lub jej ocena przez innych ludzi) utrudnia lub uniemożliwia osobom nieśmiałym prawidłowe funkcjonowanie w grupie społecznej. Sytuacja taka jest źródłem przykrych przeżyć, ponieważ

człowiek musi żyć i kontaktować się z innymi ludźmi. Wielu przeszkadzać może w realizowaniu ich planów życiowych, ambicji, zmuszać do rezygnacji lub niepełnej realizacji zamierzeń. Nieśmiali żyjąc w ciągłej obawie przed krytyką, kompromitacją, nawet drobne przeszkody, na które mogą natrafić odczuwają jako klęskę życiową [7,8,21]. Ta cecha w znacznym stopniu utrudnia człowiekowi kontakty społeczne i prowadzi do unikania ludzi, co nie sprzyja społecznemu przystosowaniu i działa hamująco na wykorzystanie posiadanych zasobów intelektualnych, dając pozorny obraz obniżenia funkcji poznawczych ocenianej osoby [20,22]. Nieśmiałość jest więc cechą utrudniającą włączenie się w życie społeczne. Konsekwencje nieśmiałości są szczególnie niekorzystne społecznie w obecnych czasach, w epoce coraz intensywniejszych zmian obejmujących również życie społeczne. Demokratyzacja naszego życia przejawia się między innymi wzmożonymi kontaktami społecznymi ludzi z różnych środowisk, wymaga od jednostki częstych konfrontacji z innymi ludźmi oraz pełnienia różnych ról społecznych i zawodowych [19,23].

Nieśmiałość może okaleczyć człowieka w takim samym stopniu jak kalectwo fizyczne, a jego skutki mogą być niszczycielskie. Nieśmiałość utrudnia poznawanie nowych ludzi, zawieranie przyjaźni czy też radość z potencjalnie pozytywnych przeżyć. Przeszkadza w publicznej obronie własnych praw i wyrażaniu swoich opinii i wartości. Nieśmiałość sprawia, że nie docenia się naszych mocnych stron. Przyczynia się do zakłopotania i nadmiernego przejmowania się swoimi własnymi reakcjami, utrudnia precyzyjne myślenie i skuteczne porozumiewanie się. Nieśmiałości towarzyszą lęk, depresja i samotność [7,8,24].

Cel pracy

Celem pracy było ustalenie poziomu samotności jak również nieśmiałości w trzech strefach: samotność wobec rodziny, rówieśników i innych osób znaczących, odczuwanej przez kobiety z upośledzeniem umysłowym przebywające w Domu Opieki Społecznej.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w Domu Pomocy Społecznej w Białymstoku przy ul. Baranowickiej 203 w latach 1997 – 1999. Pensjonariuszami tego ośrodka były kobiety z różnym stopniem upośledzenia umysłowego. Chore do badania dobierane były w sposób losowy.

Do badania poziomu odczuwania samotności wykorzystano kwestionariusz skali SAGS (*The Syrecuse–Amsterdam–Groningen Sociometric Scale* [25]. Badając nieśmiałość wykorzystano zmodyfikowany kwestionariusz stanfordzki, dostosowany do możliwości psychofizycznych osób z upośledzeniem umysłowym [26]. Materiał do pracy został również

zgromadzony drogą wywiadu, obserwacji oraz analizy dokumentów. Do zebrania wywiadu wykorzystano ankietę konstrukcji własnej, która zawierała tylko pytania otwarte, nie sugerujące odpowiedzi. Wywiad przeprowadzony był w formie luźnej rozmowy. Obserwacja służyła zgromadzeniu danych o samopoczuciu i sposobie bycia respondentów. Dodatkowo w celu potwierdzenia niektórych danych uzyskanych od badanych osób wykorzystano analizę dokumentacji medycznej. Badania były przeprowadzone w pomieszczeniu odizolowanym, które dawało możliwość zachowania ciszy i spokoju. Pierwszy etap badania polegał na wspólnej z badanym analizie treści kwestionariuszy, co pozwoliło na pełne zrozumienie zadań. Dopiero wówczas można było ustalić stopień zgodności uczuć osób z ich treścią. Respondentki miały kłopoty z precyzyjnym ustaleniem własnych odczuć, zwłaszcza stopniowaniem między pełną lub częściową zgodą oraz niezgodą. Każda z takich sytuacji wymagała bardziej obrazowego wytłumaczenia z odwoływaniem się do sytuacji dnia codziennego. Niektóre zawarte w tekście określenia, np. „rówieśnicy", wymagało bardziej dokładnego sprecyzowania i zdefiniowania.

Do wyliczeń statystycznych wykorzystano weryfikację hipotez statystycznych, gdzie poziom istotności był niższy niż 0,05.

Wyniki

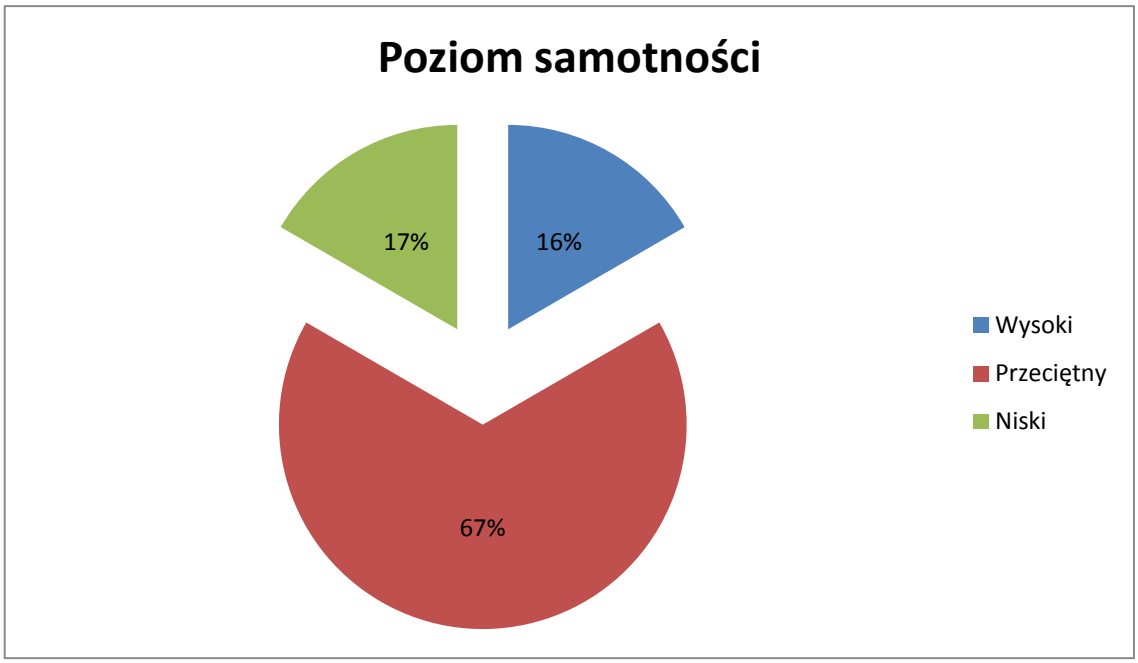
W badaniu wzięło udział 30 kobiet w wieku 18-40 lat, średnia wieku: 30,4 lata. Okres pobytu badanych w ośrodku był zróżnicowany i wynosił od 2 do 23 lat, średni czas pobytu wynosił 14,4 lat. Badane kobiety w większości pochodziły ze środowisk robotniczych (17 osób – 56,67%) i chłopskich (12 osób – 40%). Tylko jedna z nich (3,33%) pochodziła z rodziny inteligenckiej.

Ponad połowa badanych osób w aspekcie samotności w relacjach z rodzicami deklarowała wysoki poziom samotności. Na poziom przeciętny wskazało 39% grupy badanej (Tabela 1).

Tabela 1. Deklarowany poziom samotności w aspekcie relacji z rodzicami (n=30)

Poziom samotności	N=30	%
Wysoki	18	61
Przeciętny	12	39
Niski	-	-

Dominująca liczba badanych w aspekcie samotności odczuwanej w relacjach z rówieśnikami deklarowała odczuwanie samotności na poziomie przeciętnym. Na poziom samotności określany jako wysoki oraz niski wskazywała zbliżona liczba respondentów (Ryc. 1).



Rycina 1. Deklarowany poziom samotności w aspekcie relacji z rówieśnikami

Wysoki poziom samotności w domenie kontaktu z osobami znaczącymi nie wskazała żadna osoba. 22 osoby określiło ten typ samotności jako przeciętny, a poziom niski wskazało 8 osób (Ryc. 2).

Ogólny poziom samotności wśród badanych kobiet, w zdecydowanej większości, bo aż u 23 osób (77%) był przeciętny. Na niski ogólny poziom samotności wskazało 5 osób (17%). Tylko 2 osoby (6%) określiło swój ogólny poziom samotności jako wysoki.

Wszystkie osoby przebywające w Domu Pomocy Społecznej dłużej niż 15 lat, wskazały na przeciętny poziom samotności. W gronie osób badanych poziom samotności rozkładał się w sposób następujący: u 7 osób (37%) był wysoki, u 12 osób (63%) przeciętny. Żadna z badanych pań nie wskazała na niski poziom odczuwania samotności (Tabela 2).

Nieco ponad połowa osób w wieku 25 lat – 54% wskazała na przeciętny poziom samotności, w przypadku osób powyżej 25 roku życia było to aż 88%. Wysoki poziom

otności cechował odpowiednio 36% badanych w wieku do 25 lat i 12% w wieku powyżej 25 lat życia (Tabela 2).



Rycina 2. Deklarowany poziom samotności w aspekcie relacji z osobami znaczącymi

Tabela 2: Analiza poziomu samotności

		Poziom samotności						
		Wysoki		Przeciętny		Niski		Ogółem
		N	%	N	%	N	%	
Lata pobytu	**Do 15 lat**	7	37	12	63	-	-	19
	Powyżej 15 lat	-	-	11	100	-	-	11
Wiek badanych	**Do 25 roku życia**	5		9		-	-	14
	Powyżej 25 roku życia	2	12	14	88	-	-	16

Połowa badanych w wieku do 25 roku życia (7 osób) i połowa powyżej 25 roku życia (8 osób) charakteryzowała się przeciętnym poziomem nieśmiałości. Tyleż samo osób w obu grupach wiekowych wskazało na wysoki poziom nieśmiałości. Biorąc pod uwagę czas pobytu w Domu Pomocy Społecznej, na wysoki poziom nieśmiałości wskazało 11 osób (58%) przebywających w ośrodku do 15 lat. Nieco mniej, bo tylko 8 osób (42%) wskazało na poziom przeciętny. Inaczej wyglądało to u pań przebywających w Domu Pomocy Społecznej powyżej 15 lat. W tym przypadku było to 7 kobiet (64%) deklarujących przeciętny poziom nieśmiałości oraz 4 (36%) wskazujące na poziom wysoki (Tabela 3).

Tabela 3: Analiza poziomu nieśmiałości w zależności od wieku i okresu pobytu w ośrodku opiekuńczym (n=30)

		Poziom nieśmiałości						
		Wysoki		Przeciętny		Niski		Ogółem
		N	%	N	%	N	%	
Wiek badanych	Do 25 r. ż.	7	50	7	50	-	-	14
	Powyżej 25 r. ż.	8	50	8	50	-	-	16
Lata pobytu	Do 15 lat	11	58	8	42	-	-	19
	Powyżej 15 lat	4	36	7	64	-	-	11

Większość, bo aż 24 osoby (80%), miało przeciętny syndrom nieśmiałości akcentowany przez środowisko. Zdecydowanie mniejsza liczba osób – 5 (17%) wskazała na poziom wysoki. Niski poziom syndromu nieśmiałości akcentowany przez środowisko stwierdzono tylko u jednej osoby badanej. Połowa respondentek, tj. 15 osób (50%), wskazała na wysoki poziom konsekwencji nieśmiałości, tyleż samo badanych wskazało na poziom przeciętny.

Badając uwarunkowania interpersonalne nieśmiałości wykazano, iż w badanej grupie przeciętny poziom wskazało 19 osób (63%), a wysoki deklarowało 11 osób (37%). Żadna z badanych nie wskazała na poziom niski. W badanej grupie oznaki nieśmiałości występowały na poziomie wysokim u 20 osób (67%), a poziom przeciętny reprezentowało 10 osób (33%). Z przeprowadzonych badań wynika, iż ponad połowa respondentek, tj. 17 osób (57%) wskazała na przeciętny poziom ogólnej nieśmiałości. Na niski poziom nieśmiałości wskazały dwie osoby (6%) (Tabela 4).

Tabela 4: Syndrom nieśmiałości

	Poziom					
	Wysoki		Przeciętny		Niski	
	N	%	N	%	N	%
Syndrom nieśmiałości akcentowany przez środowisko	5	17	24	80	1	3
Konsekwencje nieśmiałości	15	50	15	50	-	-
Uwarunkowania interpersonalne nieśmiałości	11	37	19	63	-	-
Oznaki nieśmiałości	20	67	10	33	-	-
Ogólny poziom nieśmiałości	12	40	17	57	1	3

Analizując wyniki badańwykazano zależność między poziomem nieśmiałości kobiet przebywających w domu pomocy społecznej a ich ogólnym poziomem samotności, biorąc pod uwagę lata pobytu w ośrodku.

Podsumowanie

Wysoki poziom samotności odczuwany w relacjach z rodzicami, odczuwany przez ponad połowę respondentów, może potwierdzać hipotezę, że rodzina jest bardzo ważnym elementem funkcjonowania. Nawet struktury rodzicielskie, które nie funkcjonują zbyt dobrze i nie realizują w pełni swych zadań, wciąż pozostają ważnym elementem zapewniającym poczucie przynależności i bezpieczeństwa.

Badanie wskazało również, że na poziomie istotności $\alpha=0,05$ istnieje związek między poziomem nieśmiałości, a poziomem samotności kobiet, gdy w badaniach bierzemy pod uwagę ich wiek.

W trakcie dorastania w stosunkach dzieci z dorosłymi i rówieśnikami zachodzą istotne zmiany. Wzrasta samodzielność dzieci, zmniejsza się ich zależność od rodziców, jednocześnie wzrasta potrzeba kontaktów z rówieśnikami. W tym okresie to grupa rówieśnicza kształtuje osobowość jednostki, poprzez dostarczanie motywacji, ustalanie wzorów zachowań. Niewielkie odstępstwo od reguł określonych przez grupę może być przyczyną wyłączenia z niej. W takiej sytuacji rodzi się samotność i poczucie odrzucenia. Uzyskane wyniki są potwierdzeniem samotnego dojrzewania osób z upośledzeniem. Jest to tym smutniejsze, że przyczyną tego stanu jest odtrącenie przez grupę i brak poczucia przynależności, tak ważnego w tym okresie.

Przeprowadzone badania wskazują na występowanie w szerokim zakresie zjawiska samotności i nieśmiałości wśród kobiet przebywających w domu pomocy społecznej. Uzyskane wyniki pokazały również braki w zakresie zaspokajania potrzeb społecznych.

Piśmiennictwo

1. Lake Y.: Samotność, jak sobie z nią radzić. KiW, Warszawa, 1993.
2. Pawłowska R, Jundziłł E.: Pedagogika człowieka samotnego. Wyd. Uczelniane Gdańskiej Wyższej Szkoły Humanistycznej, Gdańsk, 2006.
3. Rembowski J.: Samotność. Uniwersytet Gdański, Gdańsk, 1992.
4. Wolf D.: Pokonać samotność. Czytelnik, Warszawa, 1995.
5. Zimbardo P.G.: Nieśmiałość. Co to jest? Jak sobie z nią radzić? PWN, Warszawa, 1994.

6. Baczko B.: Rousseau: samotność i wspólnota. wyd. Słowo Obraz Terytoria, Gdańsk, 2009.
7. Bandelow B.(red.) Kalinowski M.L.: Nieśmiałość czym jest i jak ją pokonać. Wyd. GWP, Gdańsk, 2011.
8. Zimbardo P.(red.) Sikorzyńska A.: Nieśmiałość co to jest? Jak sobie z nią radzić? Wyd. Naukowe PAN, Warszawa, 2010.
9. Szyszkowska M.: Samotność i osamotnienie. Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa, 1988.
10. Szczepański J.: Sprawy ludzkie. Czytelnik, Warszawa, 1978.
11. Pluta K.: Środowiskowe uwarunkowania syndromu nieśmiałości. Kwartalnik Pedagogiczny, 1979,3.
12. Harwas-Napierała B.: Czynniki społeczno – rodzinne w kształtowaniu się lęku u dzieci. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. A. Mickiewicza, Poznań, 1987.
13. James M.: Diagnoza psychiatryczna. Wyd. Uniwersytet Jagielloński, Kraków, 2012.
14. Okoń W.: Nowy słownik pedagogiczny. Wydawnictwo Akademickie ŻAK, Warszawa, 2004.
15. Bobińska K., Gałecki P.: Zaburzenia psychiczne u osób upośledzonych umysłowo. Wyd. Continuo, Wrocław, 2010.
16. Jaremy M.: Psychiatria w praktyce . Medical Education Oficyna Wydawnicza, Wrocław, 2011.
17. Niebrzydowski K.: O poznaniu i ocenie samego siebie na przykładzie młodzieży dorastającej. Nasza Księgarnia, Warszawa, 1976.
18. Florkowski A., Gałecki P. (red.): Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania u osób niepełnosprawnych intelektualnie. Wyd. Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 2010.
19. Tyszkowa M.: Osobowościowe postawy syndromu nieśmiałości. Instytut Psychologii Uniwersytetu im. A. Mickiewicza, Poznań, 1978.
20. Harwas-Napierała B.: Nieśmiałość w funkcjonowaniu młodzieży szkolnej w różnym wieku. Problemy wychowawcze a zdrowie psychiczne, 1982,3,4.
21. Kościelska M.: Oblicza upośledzenia umysłowego. PWN, Warszawa, 1995.
22. Gładyszewska – Cylulko J.: Wspomaganie rozwoju u dzieci nieśmiałych poprzez wizualizację i inne techniki arteterapii. Wyd. Impuls, Kraków, 2007.

23. Jrvin Y., Leszcz M., (red.) Andruszko R.: Psychoterapia grupowa. Wyd. Uniwersytet Jagieloński, Kraków, 2006.
24. Jaremy M., Jabłońska – Rabe J.: Psychiatria. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2011.
25. Rola J.: Melancholia rodzinna. Psychologiczne uwarunkowania zaburzeń depresyjnych dzieci z niepełnosprawnością intelektualną. Wyd. APS, Warszawa, 2004.
26. King J.T., McGinnis K.A., Roberts M.S.: Quality of life assessment with the medical outcomes study short-form-36 among patients with cervical spondylotic myelopathy. Neurosurgery. 2003, 52, 113–121.

Wiśniewska Ewa[1], Zagroba Marta M.[2], Ostrowska Bożena[1], Marcysiak Małgorzata[1], Kubala Marzena[1], Skotnicka-Klonowicz Grażyna[1]

Dzieciobójstwo w aspekcie historycznym - przywilej, prawo, zbrodnia

1. Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Ciechanowie, Wydział Ochrony Zdrowia i Nauk Humanistycznych
2. Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Wydział Nauk Historycznych i Społecznych, studentka socjologii

W historii ludzkości dzieci były zaniedbywane, porzucane, surowo karane, zabijane. Uważano je za istoty niedoskonałe, niepełne, pozbawione godności. W wychowaniu przez wiele wieków preferowano metody wychowawcze oparte o przemoc. Praw odmawiali nawet światli ludzie swoich czasów tacy jak Seneka, Arystoteles, czy Jan Jakub Rousseau. Ekstremalną formą przemocy wobec dzieci było ich uśmiercanie, które na przestrzeni wieków w wielu kulturach pojawiało się w różnych formach [1].

Dzieciobójstwo było zjawiskiem, które wywoływało emocje, przerażało, budziło refleksję, a nawet inspirowało. Pojawiało się nie tylko w życiu społecznym, lecz również w przekazach artystycznych – literaturze, malarstwie.

W świetle literatury znanym przykładem dzieciobójczyni była mitologiczna czarodziejka Medea. Kobieta zakochała się w Jazonie, synu prawowitego następcy tronu w Jolkos. Jego stryj, Pelias – ojciec Medei, nie chciał oddać mu władzy, którą podstępnie zagarnął. Kiedy Jazon upomniał się o swój tron, władca postawił warunek, żeby młodzieniec przywiózł mu złote runo z Kolchidy. Myślał bowiem, że bratanek nie wróci żywy z tej wyprawy. Medea pomogła ukochanemu pokonać trudności. Następnie, jak mówi mitologiczny przekaz, nie tylko zdradziła i porzuciła ojca, ale zabrała jako zakładnika swego brata Apsyrtosa, którego później zabiła by powstrzymać pościg. Gdy Jazon wycofał się z obietnicy małżeństwa zabiła swoich dwóch synów by zemścić się na mężczyźnie, po czym zabrała zwłoki by ten nie mógł wyprawić pogrzebu dzieciom [2].

Dzieciobójstwo często łączyło się z obrzędami religijnymi**.** Motyw składania ofiar z dzieci, który pojawiał się w różnych społecznościach, znany był już w neolicie. Badacze przypuszczają, że dzieci wykorzystywano jako tzw. „ofiary zakładzinowe", składane w fundamentach pod budowlami. Ofiara taka miała zapewnić domowi przychylność bogów oraz trwałość domu. Najczęściej dowody na takie praktyki spotykamy w kulturze prekolumbijskiej Ameryki (szczególnie w andyjskiej kulturze Moche). W Andach informacje o dzieciobójstwie pojawiały się już w II w. p.n.e. i były związane z etosem wojownika.

Inkascy władcy składali ofiary w ramach tzw. Królewskiego Kontraktu, który był zinstytucjonalizowaną formą ofiary składanej bogom. Ze wszystkich prowincji przysyłano dzieci z dobrych rodów w wieku od 9 do 13 lat. Najładniejsze z nich kapłani zabierali w góry gdzie je zabijano. Kultowe uśmiercanie miało często związek z chęcią wpływu na pogodę, a co się z tym wiąże, na plony, które warunkowały przeżycie danej społeczności. Topienie dzieci w czasie suszy i nieurodzaju podkreślało związek z wodą. Majowie wrzucali dzieci do naturalnych studni łączących się z podziemnymi rzekami. W społeczności Majów i Azteków zabicie dziecka i złożenie go w ofierze było wyrazem największego poświecenia, większym niż wyzbycie się wartości materialnych czy ofiara z dorosłej osoby [3].

Prawdopodobnie jednymi z największych dzieciobójców w historii byli Kartagińczycy i co ciekawe na śmierć przeznaczano także synów z rodzin dostojników. Ofiary z dzieci niewolników były traktowane jako mniej wartościowe. Jak mówią przekazy historyczne, gdy w 310 r. p.n.e. złożono w ofierze dzieci niewolników bogowie zesłali na Kartaginę inwazję wroga i aby ukoić gniew bogów zabito wówczas 500 dzieci. Dzieci w miejscu kaźni nie mogły płakać, bo to rozgniewałoby bogów. Zadaniem rodziców było uspokajanie dzieci; gdy matki i ojcowie zaczynali rozpaczać płacili karę. Dzieci przed wrzuceniem do ognia zabijano. Historyk Kleitarchos IV-III w. p. n. e. napisał, że uśmiech sardoniczny, wziął się od grymasu, dzieci prowadzonych na śmierć. Nie ma pewności co do rozległości procederu. Znalezione urny z popiołami dzieci sugerują, że w VII w. p.n.e. w ofierze złożono dwa razy więcej dzieci niż zwierząt, a w późniejszych wiekach dziewięć razy więcej, kiedy znaleziono 20 tys. takich urn [3].

Dzieciobójstwo pojawiło się również na kartach Starego Testamentu. Najczęściej w przekazach biblijnych dzieci były przedstawiane jako błogosławieństwo i bogactwo. Bezdzietność uważano za duży problem, często za hańbę czy karę Bożą. Surowo oceniano zamierzoną bezpłodność lub aborcję, które uważano za wielkie grzechy. Izraelitom były całkowicie obce praktyki Rzymian czy Greków, którzy niechciane czy niewygodne dzieci zabijali [4].

Zdarzają się jednak zapisy mówiące o dzieciobójstwie. Izraelici w dolinie Gehenna palili swoje dzieci na cześć boga Molocha. Działania te zostały zakazane przez króla Jozjasza, a słowo „gehenna" do dziś stało się synonimem cierpienia**.** Dzieciobójstwo określane jako rzeź niewiniątek odnajdujemy na kartach Nowego Testamentu [3].

W Ewangelii św. Mateusza możemy przeczytać: „*wtedy Herod widząc, że go Mędrcy zawiedli, wpadł w straszny gniew. Posłał do Betlejem i całej okolicy i kazał pozabijać wszystkich chłopców w wieku do lat dwóch, stosownie do czasu, o którym się dowiedział od*

Mędrców. Wtedy spełniły się słowa proroka Jeremiasza: Krzyk usłyszano w Rama, płacz i jęk wielki. Rachel opłakuje swe dzieci i nie chce utulić się w żalu, bo ich już nie ma" [5].

Brak wartości życia małych dzieci wyraźnie było widać w starożytności. Bardzo znanym faktem było zabijanie dzieci w starożytnej Sparcie, w imię budowania potęgi państwa. Tam pozbawiano życia dzieci chore, które w przyszłości stałyby się ciężarem dla społeczeństwa. O tym decydował nie jak w przypadku innych państw greckich, ojciec lecz „komisja" starszych obywateli [6]. Żyjący na przełomie I-II w. n.e. grecki pisarz Plutarch przybliża postępowanie Spartan po urodzeniu dziecka. Ojciec musiał dziecko zanieść na miejsce spotkań, gdzie zasiadali najstarsi danej społeczności, którzy badali noworodka. Jeśli był zdrowy, nakazywali go żywić i przydzielali mu jeden z dziewięciu tysięcy działów ziemi. Jeśli dziecko było chore odsyłali je na miejsce zwane Apotheai, będące urwiskiem w górach Tajgetu. W Sparcie nie zabijano zdrowych noworodków, które w przyszłości miały stać się podstawą zdrowego i silnego społeczeństwa [7].

W wielu społecznościach przyjęcie dziecka do rodziny i tym samym przepustka do życia, następowała w momencie wykonania symbolicznego gestu. Było to podniesienie dziecka z ziemi lub jego nakarmienie. Przed wykonaniem tego gestu można było pozbyć się dziecka, ponieważ nie było jeszcze w pełni człowiekiem [8].

W starożytnej Grecji narodziny dziecka zazwyczaj były momentem szczególnym dla rodziny, choć nowo narodzony od początku był całkowicie podporządkowany ojcu w aspekcie prawnym, ekonomicznym i obyczajowym. On decydował o życiu lub śmierci dziecka. W przypadku narodzenia dziewczynki ozdabiano drzwi domu wełnianymi wstążkami, w przypadku chłopca - oliwnymi gałązkami. Aktu uznania dziecka, które oznaczało życie noworodka, dokonywał ojciec poprzez podniesienie je z ziemi. Później dziecko obnoszono wokół ogniska domowego, równocześnie rozsypując ziarna pszenicy, jęczmienia, grochu i soli w celu pozyskania przychylności duchów. W przypadku nie uznania dziecka przez ojca porzucano je na śmietniku gdzie najczęściej umierało. Porzucanie dzieci zdrowych, w tym głównie dziewczynek, było w Grecji uwarunkowane względami ekonomicznymi. Najczęściej ograniczano liczbę dzieci do dwojga; rzadkością były rodziny w których były dwie dziewczynki. Kobiety nie broniły granic, nie pełniły funkcji sakralnych, nie stanowiły siły roboczej, nie były więc ważnym elementem społeczeństwa. Ponadto starożytni widzieli minusy dużej dzietności. Arystoteles w swym dziele Polityca pisał „*należałoby raczej zaprowadzić ograniczenia rodzenia dzieci, tak aby ich nie płodzić ponad pewną miarę. Jeśli zaś nie poczyni się żadnych ograniczeń urodzin (...) to z konieczności pociągnie to za sobą zubożenie obywateli*". Jedynie Filip V Macedoński był przeciwnego

zdania, obawiając się przyszłego osłabienia armii, wystąpił przeciwko porzucaniu dzieci i popierał rodziny wielodzietne. W tamtych czasach porzuceń dzieci, często równoznacznych ze śmiercią, nie piętnowało prawo, religia czy ówczesna moralność. Dzieciobójstwo w starożytnej Grecji nie było uznawane więc za przestępstwo, a zabijanie niemowląt było pewnego rodzaju normą. Zdarzało się, że ktoś ratował dziecko i wychowywał dla korzyści materialnych. Różna była sytuacja dziecka „podnoszonego" przez obcą osobę; mogło być wolnym człowiekiem, lecz częściej stawało się niewolnikiem [6].

W starożytnym Rzymie ojciec również dysponował nieograniczoną władzą. Mógł on nie przyjąć do rodziny dziecka bez względu na jego płeć, nawet jeżeli było zdrowe. Wzorem rodziny było posiadanie dwóch synów na wypadek śmierci jednego z nich; nawet w bogatych rodzinach pozbywano się córek. Często porzucano dzieci pozamałżeńskie szczególnie dziewczynki. Na przełomie III i IV w. dzieciobójstwo było bardzo rozpowszechnione, co zwracało uwagę filozofów rzymskich (Muzoniusz, Epiktet). Tak Polibiusz w Dziejach komentował ograniczanie liczby dzieci: „*ludzie po prostu zwrócili się do chełpliwości i zachłanności na mienie, a także do wygodnego i przyjemnego życia, nie chcą się żenić, a jeśli się pobiorą, nie chcą wychowywać urodzonych dzieci, lecz zaledwie jedno lub dwoje z wielu, żeby te pozostawić w bogactwie i wychować w zbytku*" [7].

Przyzwolenie na „regulację" urodzin poprzez zabijanie dzieci pojawiało się w przepisach prawnych. Przykładem jest prawo XII tablic, gdzie był zapis nakazujący uśmiercanie niemowląt słabych i chorych. Gdy dziecko urodziło się z wadami rozwojowymi, trzeba było uzyskać świadectwo pięciu obywateli rzymskich, którzy potwierdzali, że dziecko urodziło się zdeformowane. Ojciec miał prawo do nieprzyjęcia do rodziny również dzieci zdrowych, niezależnie od płci. Prawo nie ingerowało w te kwestie; odnosiło się jedynie do konfliktów między ojcem biologicznym, a tym który je znalazł i wychował. Prawo rzymskie początkowo dawało nieograniczoną władzę temu kto je podniósł. Ciekawe było to, że ojciec, który pierwotnie porzucił dziecko, miał prawo po pewnym czasie, z uwagi na *patria potestas* (władzę ojcowską), żądać oddania swojego potomka od tego, kto go odnalazł, bez uregulowania kwestii finansowych związanych z jego utrzymaniem. Dopiero w 331 roku, cesarz Konstantyn Wielki postanowił, że ojciec, który porzuca traci do niego prawo i władzę. Korzystna zmiana w sytuacji dzieci porzuconych nastąpiła w czasach cesarza Justyniana (527-565 r.), który ustanowił prawo, na mocy którego każde porzucone dziecko było wolne, również z rodziców niewolników czy pozamałżeńskie z niewolnicy [6]. W Rzymie prawo do dysponowania życiem własnego niepełnosprawnego dziecka zostało zniesione przez cesarza Hadriana w II w. n. e. [7].

Pierwsze kary za dzieciobójstwo pojawiły się już I w. p.n.e. gdy wydane zostały prawa przeciw mordercom i trucicielom (w 81 r. lex Cornelia de sicariis et veneficiis, a w 55 r. lex Pompeia de parricidiis). Dawały one podstawę do karania matek lecz kara nie było jednak związana z chęcią ochrony dzieci, lecz wynikała wyłącznie z wyrządzenia krzywdy ojcu poprzez pozbawienie go potomstwa. Stanowiło to naruszenie jego prawa - *Patria potestas* [7].

Kara za dzieciobójstwo została w pełni prawnie usankcjonowana dopiero w czasach cesarzy: Gracjana, Walensa i Walentyniana. Ta regulacja była niezwykle istotna, ponieważ po raz pierwszy przewidywała karę publiczną za dzieciobójstwo [7]. W IV w. n.e. Konstantyn wprowadził za to przestępstwo karę śmierci poprzez zakopanie żywcem lub wbicie na pal. Prawo to zaczęto wprowadzać w innych krajach europejskich. Często stosowano tortury przed śmiercią, szczególnie wtedy gdy matka odstąpiła praktyk religijnych przed zabiciem dziecka [9].

Jeszcze w czasach współczesnych odnajdowano dowody na istnienie zjawiska dzieciobójstwa w starożytności. W 1921 na terenie posiadłości z I-IV w n.e. w Hambelden odkryto cmentarzysko ze szczątkami 97 niemowląt. Znalezisko to wraz z innymi w Brytanii z okresu panowania Cesarstwa Rzymskiego świadczą o powszechności procederu. Kolejnym odkryciem były szczątki setki niemowląt z Aszkelonu w Izraelu znalezione w rynsztoku biegnącym pod domem publicznym z epoki rzymskiej. Odnaleźli je w 1988r. archeolodzy z Uniwersytetu Hebrajskiego w Jerozolimie [10]. Oględziny szkieletów – kompletnych i nienaruszonych sugerowały, że dzieci były wrzucane do kanalizacji wkrótce po porodzie. Naukowcy badający znalezisko (Smith i Kahila) postawili hipotezę, że w łaźni znajdował się dom publiczny, a znalezione zwłoki należały do dzieci prostytutek. Poszukując potwierdzenia hipotezy przebadano DNA. Okazało się, że zdecydowana większość szkieletów jest męska. Wiedząc, że rzymianie chętniej „pozbywali" się dziewczynek, zwolennicy tej hipotezy, stwierdzili że dziewczynki pozostawiano, by mogły później zająć miejsca matek. Drugi wątek, jeśli założy się ewentualną pomyłkę w określeniu daty zabójstwa dzieci, łączy znalezisko z rzezią niewiniątek i osobą Heroda Wielkiego. Elementem potwierdzającym tę tezę jest to, że Aszkelon był rodzinnym miastem Heroda [11].

Dzieciobójstwo i porzucenia dzieci są udokumentowane również w czasach średniowiecznych, które bardzo surowo traktowały dzieciobójczynie**.** W prawie karnym średniowiecza było uznawane za ciężką zbrodnię, gdyż zabójstwo noworodka pozbawiało go szans na chrzest i uniemożliwiło włączenie do wspólnoty wiernych [7]. Egzekucje w średniowieczu miały charakter bardzo teatralny i okrutny. Miały odstraszać innych

od popełnienia zbrodni. Rolą kata oprócz wykonania egzekucji było stworzenie dramaturgii widowiska. Stracenie było poprzedzone mowami przedstawicieli Kościoła, którzy uroczyście przemawiali do skazanych nakłaniając do skruchy i zaakceptowania wyroku jako pokuty [8].

Na ziemiach polskich kara za dzieciobójstwo wynikały z przepisów, zapożyczanych z innych państw europejskich, prawnych oraz z lokalnej tradycji i przesądów ludowych. Do XII w. karą za zabicie dziecka była główszczyzna [12] czyli kara płacona za zabitą głowę w pieniądzach, podobnie jak za śmierć osoby dorosłej [13]. Później w zależności od regionu różnie karano dzieciobójczynię; w Wielkopolsce zakopywano żywcem, na Śląsku topiono w rzece, natomiast w Małopolsce ścinano. W XII-XIV w. wprowadzono na zachodnich ziemiach polskich nowe prawa niemieckie tzw. Zwierciadło Saskie, które m.in. dotyczyło kary za pozbawienie życia drugiego człowieka. „kto zabije umyślnie, wedle prawa musi być karany". Była tam zawarta możliwość łagodzenia kary w zależności od interpretacji zdarzeń, świadków, pochodzenia dziecka [12].

Regulacją karną, która w sposób szczególny odnosiła się przestępstwa zabijania dzieci, był Kodeks Karny Karola V z 1532r (Constytutio criminalis Carolinae) [8,14]. Zlikwidowano możliwość wykupienia się od kary. Najsurowszą karę zalecano w sytuacji gdy płód był rozwinięty i gdy kobieta brała czynny udział w zabójstwie. Wyroki śmierci wykonywano poprzez zakopywanie matki żywcem, wbijanie na pal, topienie, rozrywanie ciała żarzącymi się narzędziami żelaznymi. Kodeks zezwalał na stosowanie tortur w celu uzyskania zeznań, a także pociągał do odpowiedzialności matkę, która urodziła martwe dziecko. Warunkiem niewymierzenia kary była obecność świadków takiego porodu [12].

Powszechnie stosowaną karą było również topienie kobiety w worku z psem i małpą, a w razie braku małpy wraz z kogutem, kotem i wężem. Na Śląsku do takiego worka wkładano psa, kota, jaszczurkę, żmiję, koguta lub kurę. Zwierzęta symbolizowały brzydotę uczynku oraz miały dodatkowo ranić ciało kobiety. Wąż według symboliki biblijnej symbolizował szatana, kogut hardość, pies zaślepienie, małpa – nieludzkość czynu. Takie postępowanie trwało do XVII w., a w niektórych krajach Saksonii i Prusach do XVIII w. Jeszcze w 1765r. król pruski Fryderyk Wielki wydał edykt na mocy którego dzieciobójczyni była karana przez ścięcie mieczem – niezależnie od tego czy zabiła dziecko, nie udzieliła mu pomocy lub dziecko urodziło się bardzo chore i szybko zmarło. Nie uwzględniano też szczególnie trudnych warunków w których kobiety rodziły i które skutkowały śmiercią dziecka [8]. Ratunkiem dla kobiety było udowodnienie, że zrobiła wszystko by utrzymać dziecko przy życiu. Zatajenie porodu przez kobietę niezamężną nawet gdy dziecko żyło było karane 6 letnim więzieniem [14]. Pod koniec XVII w. zaniechano tortur przed wykonaniem

kary śmierci. Kodeks Napoleona zalecał jeszcze stosowanie kary śmierci dla kobiety zabijającej dziecko. W tym samym czasie w Austrii dzieciobójczynie niezamężne karano karą wiezienia 10-20 lat, a wobec kobiet zamężnych utrzymano karę śmierci [9].

Rzeczywiście kobieta rodząca dziecko często była w trudnej sytuacji. Liczne akty dzieciobójstwa były spowodowane ciążami w wyniku gwałtów najczęściej na dziewczętach z nizin społecznych lub ze związków z bogatymi mężczyznami. Z uwagi na zapewnienie środków na życie lub wizje małżeństwa biedne dziewczyny pozostawały w takich związkach [13]. Jak można przeczytać w książce Le Goffa *Człowiek średniowiecza* „ *przywłaszczenie sobie kobiety drogą gwałtu*", było bardzo rozpowszechnioną praktyką w średniowieczu [15]. Problem dotyczył również kobiet żyjących z nierządu, które pochodziły z ubogich rodzin i czynnikiem zmuszającym do nierządu był głód. Jak pisze Kracik w swej książce o marginesie społecznym XVI-XVIII w. akta sądowe ówczesnego Krakowa donoszą o wielu przypadkach dzieciobójstwa, dokonywanych zarówno przez zgwałcone dziewczęta lub wszetecznice, jak określano wówczas kobiety trudniące się prostytucją. Zabójstwa dzieci tłumaczono chęcią ukrycia grzechu, obawą przed opinią społeczną lub komplikacjami w zarabianiu pieniędzy. Pomimo, że w XVI w. dzieciobójczynie topiono, a w XVII ściano - dzieci były często zabijane. Pozamałżeńskie dzieci najczęściej duszono, łamano im kręgosłupy, a potem zakopywano w piwnicach, na cmentarzu, najczęściej pod Bożą Męką, chcąc pogrzebać w poświeconej ziemi, by w ten sposób uratować nieochrzczone dzieci od potępienia. Zdarzały się też wypadki wrzucania dzieci do ubikacji. Sposób ten na pozbywanie się ciała dzieci był znany także w późniejszych wiekach [124]. Taki przykład opisuje Kamil Janicki w książce *Upadłe damy II Rzeczpospolitej* [16].

Surowe karanie kobiet było jednym ze sposobów zapobiegania zjawisku dzieciobójstwa. Od XII w. przytułki niektórych miast otrzymały zadanie zmniejszenia skali zjawiska. Rzeczywistość przytułkowa była jednak trudna z powodu dużej śmiertelności. Historycy podają przykład Szpitala Niewiniątek we Florencji. Christiane Klapisch-Zuber w rozdziale *Kobieta i rodzina* stawia tezę, że oddanie dziecka do przytułku było odsuniętym w czasie dzieciobójstwem [15]. W Polsce przykładem takiego zgromadzenie był zakon ss. Duchaczek, żeński odpowiednik kanoników Regularnych św. Ducha. Główną misją zgromadzenia była opieka nad kobietami oraz porzuconymi dziećmi. Przy zgromadzeniu funkcjonowały „okna życia", gdzie kobiety mogły pozostawić swoje niechciane dzieci [17].

Oświecenie i jego dorobek filozoficzny wprowadził łagodniejsze traktowanie kobiet, które zabijały swoje dzieci. Zaczęto głosić poglądy (Beccarii, Matthaeus, Grollmann), że okrutne kary nie przynoszą zamierzonego efektu; wskazywano bardzo trudną sytuację

kobiet niezamężnych rodzących dzieci oraz zwracano uwagę na stan psychiczny kobiety w momencie porodu. Aktem prawnym, który zapoczątkował ten trend był bawarski kodeks karny z 1813 roku .Beccaria pisał: „*dzieciobójstwo jest (...) skutkiem nieuniknionej sprzeczności (....). Jeśli znajdzie się w położeniu, w którym musi wybierać pomiędzy hańbą, a śmiercią istoty niezdolnej do odczuwania swego żałosnego losu, to czyż nie wybierze śmierci zamiast nieuniknionej niedoli czekającej ją i jej płód nieszczęsny*„ [7,8].

Uwzględnienie motywacji kobiety do tego czynu zabronionego znalazło odzwierciedlenie w różnych regulacjach prawnych (kodeks austryjacki, kodeks brunszwicki). Wprowadziły one różny wymiar kary w zależności od pochodzenia dziecka. Kodeks austryjacki zakładał karę dożywotniego więzienia ciężkiego wiezienia za zabicie dziecka pochodzącego z małżeństwa oraz karę 10-20 lat za dziecko pozamałżeńskie. Kodeks brunszwicki przewidywał za zabicie „nieprawego" dziecka karę od 2 do 10 lat, a za zabicie dziecka małżeńskiego kare wyższą. W kolejnych regulacjach pojawiała się jeszcze kara śmierci ale w przypadku powtarzania się przestępstwa. Ostatecznie w Niemczech karę śmierci zniesiono w na początku XIX w (1803 roku – kodeks karny Franciszka II, 1813 roku kodeks karny bawarski) [7].

W dawnej Francji, wzorem innych państw europejskich, znana była kara worka (tzw. *culeus*) czyli umieszczanie w worku ze zwierzętami oraz palenie za powtórne dzieciobójstwo. W 1556r. wydano przepis podtrzymywany w kolejnych regulacjach prawnych (1586 roku, 1708 roku), które zakładały karę śmierci pod warunkiem, że kobieta ukryła fakt porodu oraz pozbawiła noworodka chrztu i pogrzebu. Ostatecznie kara śmierci została zniesiona w 1901 roku [7]. W prawie toskańskim z 1786 roku kara były dożywotnimi przymusowymi robotami [14].

Stopniowo zaczęto rozróżniać dzieciobójstwo od morderstwa osoby dorosłej. Zdaniem naukowców informacje o psychozach poporodowych znane były już w starożytności. Już Hipokrates opisał psychozy poporodowe jako rodzaj szaleństwa wynikającego ze zbyt małego przepływu krwi do mózgu. W 1922 roku w Wielkiej Brytanii prawnie dostrzeżono różnice w zachowaniu kobiet w okresie okołoporodowym. Do końca XX wieku wiele krajów zmodyfikowało system karny, dostrzegając specyfikę biologiczną w okresie okołoporodowym [18].

W Polsce również w XIX wieku, jak w wielu krajach, dzieciobójstwo zaczęto w prawie traktować w sposób szczególny określając jako przestępstwo uprzywilejowane. Pierwszą przesłanką była obrona honoru kobiety, druga wskazywała na szczególny stan psychiczny kobiety po porodzie. Na ziemiach polskich (w Królestwie Polskim) pojęcie to

pojawiło się już w 1903r. w odniesieniu do kobiet niezamężnych. W polskim kodeksie karnym w 1932r,. rozszerzono pojęcie zabójstwa uprzywilejowanego na wszystkie kobiety [9].

Dzieciobójstwo towarzyszące ludzkości, będące zaprzeczeniem naturalnego instynktu macierzyńskiego przeszło ewolucję. Od nieograniczonej władzy ojca do dysponowania życiem dziecka, poprzez okrutne kary śmierci, do zabójstwa uprzywilejowanego. Od regulacji poczęć, poprzez eliminowanie ze społeczeństwa niepełnosprawnych, po sposób na uniknięcie hańby, potępienia społecznego czy obowiązku. Czy ewolucja ta już się zakończyła, a proceder ten we współczesnym świecie jest nieznany?

Wydawać się może, że dzieciobójstwo w XXI w. jest odosobnionym zjawiskiem. Media informują nas wprawdzie o wypadkach zabicia dzieci przez matkę, legalizację eutanazji wobec dzieci, lecz można mieć wrażenie, że masowe zabijanie dzieci nie istnieje. Uwagę przykuwają jednak artykuły prasowe „Państwo bez córek" [19], „Świat bez kobiet" [20], które alarmują, że zjawisko to nadal ma miejsce. W Indiach „znika" 600 tys. rocznie dziewczynek. W tym kraju każdy chce mieć syna, ponieważ wierzą, że tylko ten dostanie się do nieba, kogo stos pogrzebowy podpali syn. Dziewczynki są natomiast problemem z uwagi na ogromny posag jaki muszą dostać. Często rodzice muszą zadłużyć się na wiele lat. Gdy posag nie jest wypłacony zdarzają się przypadki zabijania żony. Zdarzają się samobójstwa młodych kobiet, które chcą zaoszczędzić wstydu rodzinie, która nie ma pieniędzy. Z tego względu wielu rodziców decyduje się na pozbywanie się żeńskich embrionów (ludobójstwo żeńskich embrionów) lub zabijanie już narodzonych (ludobójstwo płci) [19]. Jak mówią doniesienia prasowe również chińska tradycja zabijania dziewczynek znajduje swoje odbicie we współczesności – duszenie tuż po porodzie dziecka pępowiną przez „sprawną" położną czy topienie we wiadrze wody, które jest przygotowane przy łóżku porodowym. Zjawisko to stymulowane przez politykę jednego dziecka, w świetle możliwości badania USG, w chwili obecnej ma również charakter płciobójstwa. Są miejsca gdzie nie zmieniły się zwyczaje, zmieniają się tylko technologie [20].

Piśmiennictwo

1. Raczkowska J.: Dzieci i dzieciństwo na przestrzeni dziejów. Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze, 2010, 7, 45-56
2. M-Grimal P.: Słownik mitologii greckiej i rzymskiej. Wydawnictwo Ossolineum, Wrocław, 2009.

3. Krzemińska A.: Rzeź niewiniątek, Polityka 2009, 22, 74-76.
4. Wołoszko J.: Dziecko w Biblii, Tygodnik katolicki niedziela… http://www.niedziela.pl/artykul/1268/ Dzieci-w-Biblii, data pobrania 22.03.2014.
5. Pismo św. Starego i Nowego Testamentu. Biblia Tysiąclecia. Wyd. Pallottinum, Poznań, 2003.
6. Winniczuk L.: Ludzie, zwyczaje i obyczaje starożytnej Grecji i Rzymu, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2006.
7. Potulski J.: Dziecko jako przedmiot czynu zabronionego, Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk, 2007.
8. Grudzień V.: Dzieciobójstwo. Zarys historii stosowania kar. Wyd. Szkoły Policji, Katowice, 2012.
9. Marzec-Holka K.: Dzieciobójstwo przestępstwo uprzywilejowane czy zbrodnia. Wyd. Akademii Bydgoskiej, Bydgoszcz, 2004.
10. Pastuszka W.: Dowody na dzieciobójstwo w starożytności źródło: http://archeowiesci.pl /2011/05/07/dowod-na-starozytne-dzieciobojstwo/, data pobrania 15.03.2014.
11. Runiec K.: Tajemnica rzezi niewiniątek z Aszkielonu. Stacja7.pl http://www. stacja7. pl/article/2115/Tajemnica+rzezi+niewini%C4%85tek+z+Aszkelonu, data pobrania 2.03.2014
12. Brzezińska J.: Dzieciobójstwo w regulacjach wybranych państw Europy Zachodniej od starożytności do 1914r., Wydziału Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław, 2009.
13. Kracik J., Rożek M.: Hultaje, złoczyńcy, wszetecznice w dawnym Krakowie. Wyd. Petrus, Kraków, 2010
14. Księżopolska-Breś A.: Odpowiedzialność karna za dzieciobójstwo w prawie polskim. Oficyna Wolters Kluwer business**,** Warszawa, 2010.
15. Le Goff J.: Człowiek średniowiecza. Wyd. Świat Książki, Warszawa, 2000.
16. . Janicki K.: Upadłe kobiety II Rzeczpospolitej. Wyd. Znak, Kraków, 2013.
17. Zahradniczek K.: Dzieje pielęgniarstwa w Krakowie. Wyd. ad Vocem, Kraków, 2011.
18. Wójcik R.: Ryzyko zabójstw i agresji wobec noworodków w okresie poporodowym u kobiet. Pielęg. Pol., 3, 2011, 150-154.
19. Kęciek K.: Państwo bez córek, Przegląd, 2011, 29, 54-55.
20. Rosiak D.: Świat bez córek, Rzeczpospolita, 122, 2012, 12-13.

Łuszczyńska Maria

Społeczna śmierć osób starszych – rozważania o podwójnym wykluczeniu

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie

Akceptacja drugiego człowieka
jest podstawą rozumienia samego siebie

Wstęp

Kwestie związane ze śmiercią i umieraniem wydają się być społecznym i indywidualnym tematem tabu. Śmierć jako pewnik egzystencjalny została odseparowana od doświadczenia, odseparowana od codziennego doświadczenia przez służby medyczne i społeczne, które z umierającymi ludźmi pracują na co dzień. Starość związana jest z pojęciem śmierci. Osoby starsze są tą grupą osób, która z jednej strony przypomina innym członkom grupy społecznej o fakcie śmierci, z drugiej właśnie przez fakt własnego umierania i bliskości śmierci sami padają ofiarą wykluczenia i samowykluczenia.

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie zjawiska śmierci społecznej w procesie podwójnego wykluczenia. To zjawisko dotyka między innymi osoby starsze, a związane jest z ich relacją do śmierci. Analiza relacji, w jakich pozostają osoby starsze wobec swojego pokolenia, innych pokoleń oraz wobec instytucji i rozwiązań prawnych, dotyczących ich życia ukaże wielopoziomowe i zróżnicowane zjawisko wykluczenia społecznego osób starszych. Podjęta jest również próba analizy strategii „radzenia sobie" z wykluczeniem społecznym osób starszych. Użyte jest pojęcie „działań prorozwojowych", które w tym kontekście oznaczają sprzyjanie konstruktywnej, świadomej i wpływającej na budowanie pozytywnej relacji jednostki i grupy społeczne do śmierci i umierania.

Artykuł koncentruje się wokół społecznego rozumienia śmierci i umierania, analizując społeczne konsekwencje nieuświadomionej śmierci, jaką jest marginalizacja społeczna i społeczne zanikanie jednostek i grup. Przesłanie artykułu zawiera założenie, że im bardziej uświadomimy sobie i uwewnętrznimy konstruktywnie jedyny pewny fakt egzystencjalny, jakim jest własne umieranie i śmierć, w tym większym stopniu możemy podjąć działania społeczne o charakterze profilaktycznym, określone mianem „społecznej reanimacji", żeby zapobiec destrukcyjnym relacjom i stereotypom, obniżeniu jakości życia. W ten sposób tworzona jest „wspólnota losów", co przekłada się na relacje społeczne, działania społeczne i społeczny kapitał.

Praca ma charakter rozważań teoretycznych w oparciu o literaturę przedmiotu. Jej konkluzję stanowią rekomendacje dla badań nad stereotypem śmierci w kontekście starości i starzenia się, co może przyczynić się do minimalizowania zjawiska podwójnego wykluczenia.

Śmierć a stereotyp starości

Starość wiąże się nierozerwalnie z umieraniem i śmiertelnością. Często charakteryzowana jest jako ostatni etap życia, kres, zakończenie. Te określenia, skojarzone z końcem powodują, że śmierć jest głęboko zakorzenionym faktem każdej starości. Jednakże w badaniach niechętnie te dwie zmienne są ze sobą korelowane, ani nie pojawiają się jako wynik uzyskany w badaniach. Dobrym przykładem są cykliczne badania prowadzone przez CBOS na temat stosunku Polaków do śmierci [1-4]. Jeśli badania nie są z premedytacją zaplanowane tak, aby opisywać relację starości i śmierci to ta współzależność nie jest oczywistym wynikiem analiz badawczych.

Nie oznacza to jednak, że w świadomości zbiorowej śmierć i starość są od siebie odseparowane. Ich współistnienie manifestuje się pośrednio w postawach wobec osób starszych i w stereotypach na temat starości.

Początków społeczne rozumienie stereotypu można odszukać w myśli Lippmana [5], który był pionierem badań nad stereotypami społecznymi i czerpał inspiracje od psychologa Allporta [6], który twierdził, że stereotypy są względnie trwałymi układami negatywnych przekonań dotyczących grup ludzi. Ich funkcją jest rodzaj skrótu poznawczego, który ułatwia nam skuteczną kategoryzację i interpretację naszego doświadczenia. W jego rozumieniu stereotyp było „obrazem w głowach ludzi", kiedy myślą oni o człowieku lub grupie społecznej [5]. Twierdzi on, że najpierw coś definiujemy, a dopiero później poznajemy, a nie odwrotnie [5]. Stereotyp składa się z trzech komponentów wiedzy, przekonań i oczekiwań osoby wyrażającej osąd na temat jakiejś grupy społecznej. Istotne jest również to, że te trzy komponenty muszą być zabarwione emocjonalnie, co ostatecznie wpływa na kształt stereotypu [7]. Inne definicje stereotypu wskazują na koncentrowanie się na łatwych do opisania lub wyodrębnienia cechach, takich jak na przykład płeć, wiek, narodowość, sytuacja społeczna, rasa, wyznanie i inne [8,9]. Te kategorie nadają rzeczywistości uproszczony obraz i nie do końca odzwierciedla zjawiska takie, jakimi są. Badacze zagadnienia stereotypu podkreślają, że geneza stereotypu może mieć dwa różne źródła – przekonania zbiorowe lub indywidualne.

W pierwszym ujęciu stereotyp tworzony jest przez społeczność i przekazywany w trakcie procesu socjalizacji przez rodzinę oraz inne osoby ze środowiska, takie jak na przykład nauczyciele, politycy, przywódcy religijni, media, grupy rówieśnicze. Stereotypy

odwołują się do wiedzy, kumulowanej w procesie pamięci zbiorowej. Kultura, przekaz społeczny i doświadczenie zbiorowe w przebiegu historycznym jest ważniejsze niż jednostkowe doświadczenie jednostki. To upraszcza osąd jednostki i zwalnia ją z konieczności bezpośredniego doświadczenia i poznawania tego podmiotu, o którym się wydaje osąd.

Drugie podejście do źródeł stereotypu odwołuje się do bezpośredniego doświadczenia, obserwacji i interakcji z podmiotami, o których jednostka wyraża opinię. Stereotyp jest wynikiem indywidualnego doświadczenia konkretnego człowieka, który poprzez kontakty i emocje z nimi związane kreuje przekonanie i zajmuje określone postawy [10]. Ważne jest to, że niezależnie od genezy stereotyp wyraża jakiś określony stosunek emocjonalny, nie odwołuje się dokładnie i wiernie do faktów, lub często ich nie zna, stwarza pozory prawdy, zawierając w sobie uzupełnienia opisu rzeczywistości o charakterze atrybucyjnym [por. 11], w te sposób zniekształca rzeczywistość. Niezwykle trudno jest zmienić stereotyp – może on mieć charakter wielopokoleniowy, długotrwały i „ślepy" na jakiekolwiek argumenty na temat faktycznego stanu i opisu zdarzeń. Dodatkowo stereotyp jest zawsze związany i wywoływany przez słowa. Nie istnieją stereotypy niewerbalne [9].

Stereotypy na temat osób starszych dotyczą ich stanu zdrowia, przydatności społecznej, zdolności umysłowych, zaradności życiowej, wyglądu zewnętrznego, zachowań, praw, oczekiwań wobec nich. Odmawia się na przykład seniorom prawa do błędu i niewiedzy w sprawach nowoczesnych technologii, ubierania się w określony sposób, mówienia o swoich potrzebach w tym np. seksualnych.

Pomimo dość optymistycznych wyników badań na temat starości [12,13] przeprowadzone zostały też eksperymenty, które pokazywały mniej deklaratywną, a bardziej rzeczywistą postawę negatywną wobec osób starszych. Do historii przeszedł eksperyment prowadzony w ciągu trzech lat (1979-1982) przez Patricię Moore [14], amerykańską projektantkę I gerontologa, która odwiedziła 116 miast w 14 stanach USA i przebierała się, mając 26 lat za 85-letnia kobietę. Jej stylizacja była nie tylko wiarygodna dla osób z jej otoczenia, ale też zbliżała nią samą do doświadczenia starości. Używała specjalnego kombinezonu, na wzór współczesnych geronów (symulatorów starości) zakładała specjalne okulary, żeby ograniczać widzenie, tłumiła słuch specjalnymi zatyczkami, na dłoniach i nogach miała opaski, które tak krępowały ruchy jak choroby stawów. Wszystko po to, aby po pierwsze poczuć się jak starsza kobieta z jej wszystkimi ograniczeniami, a po drugie zbadać, jak osoby starsze są traktowane przez otoczenie. Przerwała eksperyment po tym, jak została napadnięta i pobita. Konkluzja eksperymentu nie była najoptymistyczniejsza. Świat nie jest

przystosowany dla ograniczeń osób starszych - hałas, tempo, architektura, zbyt małe napisy, oraz niechęć do pomocy ze strony otoczenia, to niektóre z barier które mogą wpływać na wykluczenie osób starszych z życia codziennego. Wnioski z eksperymentu potwierdziły negatywny stosunek społeczeństwa do starszych ludzi, oraz lęk, często również przerażenie osoby starszej przed światem zewnętrznym [14]. Również badania Burgessa [15] prowadzone w latach 70-tych XX wieku potwierdziły, że istnieje negatywny treściowo stereotyp osób starszych. Są one postrzegane jako bierne, ulegające normom społecznym, dopuszczającym wyłącznie ograniczoną aktywność seniorów, w kategoriach wolno/nie wolno. Dodatkowo uznani są za osoby uzależnione od innych ludzi i instytucji pomocowych. Respondenci w badaniach uznali, że więcej seniorów przebywa w szpitalach i instytucjach opiekuńczych niż w środowisku otwartym [15, cyt. za 16]. W badaniach niemieckich (badania Bartela) zostały wyróżnione mity na temat starości, obecne w świadomości społecznej [cyt. za 17]. Dotyczą one za przekonania o tym, że seniorzy są: opuszczeni i samotni, konserwatywni, mają coraz mniej szans na odniesienie sukcesu, są coraz bardziej schorowani, nie potrafią wraz z wiekiem podejmować decyzji i rozwiązywać problemów, wraz z wiekiem stają się aseksualni [cyt. za 17].

Również w Polsce badany był stereotyp osoby starszej [18]. Wśród jego pozytywnych treści wymienia się mądrość i doświadczenie życiowe oraz należny szacunek. Treści negatywne dotyczą nieużyteczności, podatności na choroby, męczliwości, konserwatyzmu, uległości oraz skłonności do pouczania. Dodatkowo autorka badań, Susłowska [18] zauważyła rozbieżności między treścią stereotypu na temat seniorów zamieszkujących miasto i wieś.

Stereotypy wobec seniorów poza opisanymi powyżej cechami zawierają jeszcze jedną właściwość, która jest trudna do uchwycenia i przez to do zbadania, ale niewątpliwie występuję, szczególnie w pokoleniach młodszych. Chodzi o swoiste rozdwojenie treści stereotypu ze względu na to, czy senior jest członkiem rodziny czy osobą obcą [19]. Cechy przypisywanie seniorom obcym (określane jako niezaradność, gwałtowność, bezczelność, pogarda) nie dotyczy seniorów z własnego otoczenia rodzinnego. Dodatkowo jednak seniorzy z własnej rodziny w sytuacji, gdy ma się z nimi kontakt codzienny również budzą niechęć, zmęczenie, zniecierpliwienie. Taki obraz wyłania się z rozmów z przedstawicielami dwóch pokoleń – dzieci i wnuków seniorów, a w osobach starszych uruchamia z kolei poczucie bycia ciężarem.

To rozdwojenie, które jednak u swoich podstaw ma niechęć może być uzasadniane następującą hipotezą. Otóż senior jako osoba, która w porządku naturalnym jest bliższa faktu

śmierci i jest również unaocznieniem konsekwencji umierania przypomina o tym jedynym pewnym, fundamentalnym, egzystencjalnym fakcie na temat losu ludzkiego. Ten fakt, szczególnie w młodszych pokoleniach jest zapomniany, wyparty, przeniesiony, zamazany, nieuznany. Śmierć przypomina o sobie jedynie w sytuacjach gwałtownych – w konfrontacji z nagłą chorobą, wypadkiem, stratą bliskiej osoby lub sezonowo w obrządku religijnym. Jeśli człowiek nie poszukuje samodzielnie odpowiedzi na ostateczne pytania egzystencjalne, dla których śmierć jest pewną osią, w obecnej kulturze może praktycznie przez większość swojego życia nie konfrontować się z najgłębszą prawdą o sobie – ze swoją śmiercią.

Interesującą przesłanką, która mogłaby stanowić cel badań społecznych, jest hipoteza, że osoby starsze są uosobieniem wyparcia faktu własnej śmierci przez pokolenia młodsze. Gdyby ta teza się potwierdziła, wyjaśniałoby to wiele z mechanizmu tworzenia się postaw nacechowanych negatywnie wobec seniorów w społeczeństwie i państwie.

Śmierć jako czynnik wykluczający – podwójna ekskluzja

Wobec powyższego należy powiązać stereotyp osoby starszej z jej sytuacją społeczną, rozumianą jako możliwość lub niemożliwość zaspakajania jej potrzeb [por. 20]. Ta ostatnia prowadzi do szeroko dyskutowanego ostatnio zjawiska, określanego mianem marginalizacji lub wykluczenia społecznego [por. 21, por. 22]. Skrajną jego formę można określić mianem śmierci społecznej.

Wykluczenie społeczne jest procesem wielopłaszczyznowym. W ujęciu Baumana [23,24] wykluczenie wynika z podziału w strukturze społecznej na swoich i innych. Ci pierwsi w węższym znaczeniu oznaczają przyjaciół, podobnych do nas, w szerszym znaczeniu na konsumentów, pracujących, mających władzę, posiadających wszelkie atrybuty chroniące przed przeżywaniem strachu. Inni to ludzie na przemiał, zbędni, śmieci (jak ich określa Bauman), którzy z racji nieposiadania pracy, niemożliwości pełnej konsumpcji, wynikającej z niższych zarobków, lub zasobów finansowych, z niewiedzy na temat możliwości zaspakajania potrzeb stają się nam obcy, boimy się ich, lub po prostu przestają być nam do czegokolwiek potrzebni [23,24]. Ten opis, pomimo, że nie jest wprost dedykowany ludziom starszym pasuje do ich sytuacji. Człowiek starszy, żyjący i działający przez całe życie we własnym środowisku lokalnym, po przekroczeniu symbolicznej graniczy starości (zazwyczaj związanej z końcem aktywności zawodowej) zostaje z tego środowiska stopniowo wyobcowany. Jego relacje z otoczeniem ulegają pogorszeniu lub zerwaniu na skutek izolacji lub śmierci bliskich osób. Pojawia się opór przed obecnością w przestrzeni publicznej, wstyd, utrudniony kontakt z otoczeniem, zaburzenia w komunikacji, co prowadzi do poczucia obcości i wyobcowania. Do tego dochodzi osłabienie fizyczne i zmniejszająca się samodzielność, sprawiająca, że sieć

wsparcia społecznego musi kompensować te deficyty. W teoriach pedagogicznych to właśnie zanik sieci wsparcia traktuje się jako główną przyczynę wykluczenia społecznego [25]. Ograniczenie interakcji społecznych prowadzi do zaniku tzw. spirali życzliwości, występującej w najbliższym otoczeniu każdego z nas. Jeśli na ten stan nałożymy niedostosowanych zasobów infrastrukturalnych, niewielką choć wciąż rosnąca ofertę aktywizacji seniorów, zbyt małą ilość pracowników służb publicznych, wyspecjalizowanych w pomocy osobom starszym (pracowników socjalnych, lekarzy geriatrów, asystentów osób starszych i in.) sytuacja społeczna osób starszych jest niezbyt optymistyczna.

Do tego dochodzi poczucie krańca życia, co dodatkowo obniża motywację do podejmowania jakichkolwiek zmian ku polepszeniu sytuacji życiowej. To wprost powoduje poczucie osamotnienia, niezrozumienie otaczającego świata oraz niezrozumienie samego siebie. W takiej sytuacji bardzo łatwo jest ulec mechanizmowi, znanemu w socjologii jako samospełniające się proroctwo. Jak twierdzi Merton [26], „*samospełniające się proroctwo to fałszywa definicja sytuacji, wywołując nowe zachowanie, które powoduje, i początkowo nieprawdziwa koncepcja staje się koncepcją prawdziwą. Pozorna trafność samospełniającego się proroctwa utrwala błąd*" [26, por. 27]. Dlatego też, marginalizacja społeczna osób starszych może być spowodowana sposobem, w jaki seniorzy są spostrzegani przez innych, najczęściej jako osoby niepełnowartościowe oraz o niskim statusie społecznym i materialnym. Społeczny stereotyp starości, nieuwzględniający jej różnorodności prowadzi do tego, że seniorzy, osłabieni wszystkimi czynnikami, o których była wcześniej mowa zaczynają przyjmować ten stereotyp jako rzeczywistość. Wypełnia on obszar ich niepewności, zaczynaj wierzyć we wszystkie fałszywe na swój temat afektywne przekonania. Takie postawy o zabarwieniu gerontofobicznym, traktujące osoby starsze jako obciążenie dla systemu społecznego, powodują że seniorzy kreują swoje zachowania w taki sposób, żeby podporządkować się przejawianym przez innych członków społeczności oczekiwaniom. W efekcie tego utożsamiają się ze stereotypem na swój własny temat i godzą z marginalizacją.

W przypadku seniorów marginalizacja społeczna ma podwójny wymiar – senior marginalizowany jest przez otoczenie, a ulegając temu na mocy samospełniającego się proroctwa zaczyna marginalizować sam siebie. Jednak ta automarginalizacja jest pogłębiona przez perspektywę zbliżającej się śmierci. To nieuchronne zjawisko powoduje, że z horyzontu zainteresowań osób starszych znika troska o jakość życia, a zastępuje ją uległość, bierność i rezygnacja oraz aktywizacja mechanizmów obronnych – psychologicznych i biologicznych. Senior, marginalizowany przez otoczenie i samego siebie, walczy o przetrwanie lub wręcz ulega presji, uświadomionej lub nie, nadchodzącej śmierci.

Krótka perspektywa śmierci własnej, osłabienie sił życiowych, rozpad więzi w najbliższym otoczeniu, nieudolność publicznego systemu wsparcia potęgują stereotypizację i prowadzą do wystąpienia zjawiska tzw. śmierci społecznej, czyli skrajnego przejawu wykluczenia. Zjawisko śmierci społecznej dotyczyć może innych grup społecznych, na przykład osób bezdomnych, bezrobotnych, niepełnosprawnych, uzależnionych [28], ale na przykładzie seniorów da się zauważyć podwójną marginalizację, ze względu na występujące przeniesienie faktu własnego umierania na osoby starsze przez innych przedstawicieli społeczności.

Śmierć społeczna powoduje skrajne wycofanie się z ról społecznych – pracownika (na skutek dezaktywacji zawodowej), partnera (na skutek śmierci współmałżonka), rodzica „na cały etat" (na skutek dorastania dzieci), towarzysza/przyjaciela (na skutek osłabienia więzi społecznych ze względu np. na stan zdrowia). Śmierć społeczna jest decyzją lub koniecznością wycofania się z wszelkich aktywności społecznych, takich jak kontakty z rodziną, kontakty z dotychczasowymi znajomymi, brak udziału w inicjatywach o charakterze hobbistycznym, religijnym, rekreacyjnym i innych. Na skutek śmierci społecznej występuje znaczne ograniczenie obecności w przestrzeni publicznej, co prowadzi do uwięzienia w murach swojego domu, albo w instytucji sprawującej całodobową opiekę (szpitala, hospicjum, domu pomocy społecznej, domu opieki i innych.) Trafnie korelację pomiędzy marginalizacją i śmiercią społeczną wraz z jej konsekwencjami podsumowuje A. Kępiński pisząc, że „*wykluczenie ze świata społecznego, śmierć społeczna, równa się dla człowieka śmierci biologicznej*" [29].

Nadmierna medykalizacja starości pogłębia zjawisko śmierci społecznej seniorów, przyczyniając się do utrwalania negatywnego stereotypu tego okresu życia człowieka. Społeczeństwo traktuje ich jako ludzi wyłącznie schorowanych, niepotrzebnych, obciążających kosztami swojego funkcjonowania ogół, przez co rozwija się postawa ateizmu [30]. Skłonność do dyskryminowania ze względu na wiek nie dotyczy wyłącznie osób starszych, może być skierowana praktycznie do ludzi w każdym wieku. Jednakże w funkcjonowaniu społecznym, w przekazie medialnym, a nawet w rozwiązaniach systemowych znajdujemy przykłady dyskryminacji ze względu na wiek. Agezim wobec osób starszych jako zjawisko społeczne został potwierdzony w badaniach społecznych [31].

Ageizm przejawia się w różnorodnych obszarach obecności seniorów. W systemie opieki medycznej często wiek wpływa na jakość diagnozy, występuje rażący brak systemu opieki geriatrycznej; senior często spotyka się z odmową wykonania badania, zabiegu lub operacji, ma kłopoty z pozyskaniem sprzętu rehabilitacyjnego. W systemie ochrony zdrowia

występują ograniczenia wiekowe w dostępie do badań profilaktycznych. W trakcie hospitalizacji seniorzy napotykają na upokarzające komentarze odnośnie wieku ze strony pracowników służby zdrowia, mają kłopoty z wezwaniem karetki, a ich rodziny mają utrudniony dostęp do pomocy w opiece nad seniorem w domu, są podejrzewani o podrzucanie seniorów do szpitali, stają się ofiarami braku procedur załatwiania wielu spraw medycznych, dostosowanych do sytuacji osób starszych i ich rodzin (np. uzyskiwanie recepty). W systemie ochrony zdrowia występuje brak dziennych oddziałów diagnostyczno-leczniczych oraz form opieki domowej. Seniorzy nie są informowanie w zrozumiały sposób o zapisywanych lekach i zalecanych badaniach, na ulotkach dołączanych do leków wielkość czcionki uniemożliwia zapoznani się z informacjami w niej zawartymi.

Osoby starsze czują się również dyskryminowane w obszarze pomocy społecznej. Potrzeby osób starszych są spychane na dalszy plan przez samorządy, odpowiedzialne za udzielanie wsparcia najsłabszym grupom społecznym oraz za tworzenie strategii rozwiązywania problemów społecznych. Ponadto samorządy nie dofinansowują w odpowiednim zakresie usług opiekuńczych. Kryterium dochodowe, które jest warunkiem korzystania z systemu pomocy społecznej nie uwzględnia specyfiki starości (np. wysokie koszty leczenia), a starość nie znajduje się w katalogu powodów, dla których udziela się pomocy społecznej. Zmiana zasad finansowania pobytu osób starszych w domach pomocy społecznej może prowadzić, i często prowadzi do utrudnionego dostępu do tych placówek. Głównym płatnikiem pobytu w placówkach opiekuńczych są gminy, które niechętnie finansują te pobyty, generując w ten sposób oszczędności w budżecie gminy. Trwa również ożywiony spór społeczny dotyczący likwidacji zasiłków rodzinnych dla opiekunów dorosłych osób, niezdolnych do samodzielnej egzystencji. Programy społecznej i zawodowej reintegracji, a także rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych adresowane są do osób w wieku produkcyjnym, a w praktyce niedostępne dla seniorów. Pracownicy instytucji pomocy społecznej nie są przygotowywani do diagnozowania sytuacji przemocy domowej wobec ludzi starych. Nieprzyjazne wzory formularzy stosowane w instytucjach pomocy społecznej (mała czcionka, skomplikowane procedury) utrudniają osobom starszym dostęp do różnych świadczeń.

Kolejnym obszarem dyskryminacji ze względu na wiek jest obszar partycypacji społecznej na przykład przy okazji wyborów ograniczanie udziału w nich osobom niesprawnym, niewspieranie działań na rzecz rozwiązywania problemów społecznych osób starszych, niedocenianie potrzeby aktywizacji społecznej i ograniczone finansowanie inicjatyw na rzecz takich działań, brak mechanizmów konsultowania decyzji władz lokalnych

ze środowiskiem osób starszych, brak dobrego kanału przekazywania informacji o sprawach lokalnych osobom starszym – zwłaszcza niesprawnym, ograniczenie w dostępie do Internetu, co uniemożliwia pomyślne załatwienie spraw urzędowych przez osoby starsze, bariery architektoniczne [32]. Wprawdzie władze centralne dostrzegają potrzebę podejmowania działań strategicznych wobec osób starszych (niedawno powstał w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej Departament Polityki Senioralnej) jednak chociażby doniesienia Rzecznika Praw Obywatelskich potwierdzają nadal obecną dyskryminację wobec osób starszych [33].

Można powiedzieć, że źródłem wszelkich stereotypów dotyczących osób starszych jest koncepcja użyteczności społecznej. Zgodnie z nią dla grupy lub społeczności liczą się tylko ci jej członkowie, którzy swoją pracą, pozycją, wpływem, zasobami przyczyniają się do zachowania dobrostanu grupy lub społeczności. Jeśli ten pozytywny wpływ kończy się wraz z utratą sił i procesem postępującego starzenia się jednostki następują działania, mające na celu odizolowanie tego człowieka, żeby nie stanowił obciążenia dla pozostałych. Drastyczne przykłady takiej izolacji dotyczą zabijania go w imię dobra ogółu lub wyrzucanie poza granice przestrzeni społecznej, znane z przekazu historycznego [34].

Powyższe czynniki tworzą szeroki kontekst przyczyniający się do rozwoju zjawiska śmierci społecznej. Analizując je należy poruszyć jeszcze jedną kwestię, odnosząca się do odpowiedzialności i autonomii osób starszych. Seniorzy nie żyją w pustce społecznej i w wiecznej teraźniejszości. Są osobami, które mają w historii swojego życia okres wzmożonej dynamiki, mniej lub bardziej satysfakcjonujących relacji, doświadczenie aktywności zawodowej i angażowania w sprawy społeczne w skali mikro- i makro-. Należy zadać pytanie, kto w takim razie jest odpowiedzialny za ich los na starość i czy przypadkiem oczekiwanie, że to inni zajmą się poprawą ich sytuacji nie jest skierowane do niewłaściwych osób? Czy użyteczność jest jedynym możliwymi i właściwym kryterium analizy sytuacji seniorów? Jednak te osoby same kiedyś będą starsze i wtedy mogą, podobnie jak współcześni seniorzy nie mieć siły i zasobów na troskę wobec swojej grupy wiekowej. Oczywiście kolejne pokolenia seniorów będą się różniły zasobami osobistymi i społecznymi, które wytworzyły w okresie młodości i dorosłości, co niewątpliwie wpłynie na jakość ich starzenia się, ale regres fizyczny będzie nieuchronny.

Zatem odpowiedzialność za jakość starości i zapobieganie społecznej śmierci spoczywa nie tylko na interesariuszach, jakimi niewątpliwie są seniorzy, ale też na tych, którzy tymi seniorami się staną. Do tego dochodzi również czynnik uznania różnorodności sposobów i dróg starzenia się, co sprawia, że seniorzy nie są grupą jednorodną. To z kolei oznacza, że

rozwiązania systemowe nigdy nie będą uniwersalne i dobre dla wszystkich. Wynika z tego zatem, że istotną część odpowiedzialności za jakość własnej starości ponoszą osoby, które uświadamiają sobie proces starzenia się i fakt własnej śmiertelności. Im wcześniej nastąpi to uświadomienie tym lepiej dla samego procesu przygotowania się na starość.

Śmierć społeczna, w przeciwieństwie do śmierci naturalnej nie jest stanem nieodwracalnym. Im mocniej ten proces postąpił, tym trudniej jest minimalizować jego skutki i zapewniać jakość starzenia się i umierania biofizycznego. Nie jest to jednak sytuacja bez wyjścia, bez nadziei na poprawę sytuacji „umierającego społecznie" człowieka. Wsparcie go polega przede wszystkim na tworzeniu osobowej relacji z tą osobą, bo tylko przez konkretną międzyludzką relację można pomóc odnaleźć nadzieję i motywację do poprawy swojej sytuacji. I nie dotyczy to wyłącznie seniorów w procesie śmierci społecznej.

Zamiast zakończenia

Analizując zjawisko śmierci społecznej należałoby podać możliwe sposoby działań „reanimacyjnych", możliwych do zastosowania wobec osób starszych, których dotyka to zjawisko. Dzielą się one ze względu na autorów tych działań. Poniżej zostanie przedstawiony ich katalog, ale odpowiedzialność za każde z nich spoczywa na głównych interesariuszach przeciwdziałania śmierci społecznej osób starszych, czyli administracji publicznej (centralnej i samorządowej), organizacjach pozarządowych, wspólnotach lokalnych, rodzinach seniorów oraz samych seniorach. Celowo te zadania nie zostają rozdzielone pomiędzy wszystkich aktorów, gdyż tak naprawdę ich podjęcie zależy od indywidualnych decyzji osób, które dostrzegą potrzebę wsparcia i zaangażowania w te działania. W najtrudniejszej sytuacji jest senior, ze względu na czynniki opisane powyżej, ale też przez wzgląd na brak trwałej integracji w środowisku innych osób starszych, co dodatkowo wspierałoby działania samopomocowe.

Działania „reanimujące" seniorów w sytuacji śmierci społecznej i przeciwdziałające ich wykluczeniu, proponowane w niniejszym artykule są następujące:

1. Zmiana wizerunku osób starszych oraz języka opisu starości;
2. Wzmożone działania w środowisku lokalnym mające na celu zaspokojenie podstawowych potrzeb życiowych seniorów;
3. Rozwój działań aktywizacyjnych o charakterze edukacyjnym, rekreacyjnym, turystycznym, integracyjnym;
4. Współdziałanie międzygeneracyjne;
5. Profilaktyka umierania i śmierci.

Jak wynika z przedstawionych powyżej propozycji nie są one odseparowane jedne od drugich, tak, żeby stanowić odrębne zadania i programy, są zbieżne jeśli chodzi o cele i zakres realizacji. Pierwsza z nich dotyczy przemiany stereotypowego sposobu opisywania seniorów (szczególnie w mass mediach) w postaci dwóch skrajnych przedstawień. Pierwsze z nich – negatywne – opisuje seniorów jako zaniedbanych, zamkniętych, odrzuconych, biednych, smutnych i zgorzkniałych, którzy w swojej niesamodzielności stanowią obciążenie dla pomocy społecznej i opieki zdrowotnej. Drugie z przedstawień – idealistyczne – prezentuje radosnego, aktywnego seniora, który z uśmiechem na twarzy podejmuje aktywność fizyczną, ubrany w jasne stroje, na łonie natury lub w atrakcyjnych podróżach, albo szczęśliwy członek licznej rodziny. Obydwa skrajne obrazy nie oddają w pełni prawdziwości starości i nacechowane kultem wiecznej młodości i kulturą „*keep smiling*". Dodatkowo język opisu starości, nacechowany skrajnościami nie oddaje rzeczywistości tego okresu życia człowieka.

Same definicje starości zawierają słowa o nacechowaniu negatywnym, takie jak osłabienie, utrata, zmniejszanie się aktywności, spadek wydolności, utrata mobilności osłabienie sił. Ponadto mówi się o osobach starych, co powoduje implicite przekonanie o końcu, w domyśle życia. Proponowana zmiana miała by z jednej strony objąć tę grupę wiekową określeniem osoby starsze – gdyż to zawiera ukrytą perspektywę rozwojową (człowiek może być bowiem zawsze jeszcze starszy, co jest wykluczone przez termin „stary"). Z drugiej strony język opisu starości powinien być adekwatny do rzeczywistości, a żeby mogło się to stać, należałoby oddać głos samym seniorom. Wszelkie publikacje, materiały publicystyczne, badawcze i osobiste doświadczenia kontaktu z przedstawicielami najstarszego pokolenia świadczą o tym, że seniorzy mają swój osobisty, adekwatny dla własnej sytuacji język opisu, który jest zdecydowanie bardziej różnorodny niż treści stereotypów na ich temat.

Osoby starsze, bezpośrednio lub pośrednio, w sposób jawny lub bardziej zakamuflowany zgłaszają potrzeby, których nie są w stanie samodzielnie zaspakajać. Są wśród nich te, związane z przeżyciem i sprawami codziennymi (np. potrzeba posprzątania mieszkania, zakupu leków, towarzyszenia w drodze do lekarza, pielęgnacji i in.), ale też te, które sprawiają, że osoby starsze czują się aktywne i zaangażowane w relacje z innymi. Zgodnie z zasadą subsydiarności to najbliższe otoczenie – rodzina, sąsiedzi, wspólnoty lokalne – jest odpowiedzialne za zaspokojenie tych potrzeb. Nie chodzi tu wyłącznie o odpowiedzialność na mocy zasad ładu społecznego; ważna jest wrażliwość na drugiego

człowieka, na zasadzie solidarności międzyludzkiej lub moralnego długu międzygeneracyjnego.

Wszelkie współdziałania międzygeneracyjne, które kruszą niewidzialną szybę stojącą między pokoleniami, stwarzające okazję do zbliżenia – tego przenośnego, ale też tego bezpośredniego, związanego z dotykiem, gestem, kontaktem wzrokowym odbywające się w czasie – stają się fundamentem dla pokonywania stereotypów, okazją do nawiązywania relacji, co z kolei wpływać może na ożywienie chęci seniora do życia, czyli spełnia najważniejsze funkcje „reanimacyjne".

W końcu najtrudniejsze zadanie, które staje przez przedstawicielami wszystkich pokoleń, szczególnie tych młodszych, a mianowicie uczenie się umierania i śmierci. Jeśli koncepcja wyparcia faktu własnej śmiertelności i umieszczenia swojej niechęci i lęku przeciwko temu w stereotypie, obejmującym najstarsze pokolenie jest prawdziwa, odwracając tę tendencję, należałoby w pierwszej kolejności uświadomić sobie, że patrzymy na to pokolenie w sposób stereotypowy właśnie. Każdy powinien mieć świadomość, że niechęć do osób starszych, zabarwiona określonym stanem emocjonalnym nie jest zawsze związana z faktami, składającymi się na obiektywny stan rzeczywistości. Często może ona być efektem subiektywnego – indywidualnego bądź grupowego – czynnika wartościującego, wynikającego ze stosowania stereotypów. Uświadomienie sobie tego zjawiska, uzupełnione o poznawanie samego siebie, zadawanie kluczowych pytań o sens, może z czasem doprowadzić do konstruktywnej, uwewnętrznionej świadomości śmierci własnej. To z kolei wygeneruje troskę o siebie jako osobę starszą i o innych, z którymi dzielimy „człowieczy los". Zespół tych działań jest zadaniem niezwykle trudnym, gdyż temat śmierci własnej, wypartej i w efekcie powodującej śmierć społeczną słabszych grup społecznych z jednej strony zwalnia pozornie z odpowiedzialności globalnej za osoby słabsze, z drugiej może być dobrym punktem wyjścia do budowania wspólnoty losów, a przez to do troski w codzienności, większego zaangażowania w działania prospołeczne, oraz zmniejszania się dyskryminacji, w tym wobec osób starszych [35]. W tym sensie wszelkie działania „reanimacyjne" mają charakter prorozwojowy – dla jednostki, wspólnoty, społeczności i w jeszcze szerszym zakresie.

Badacze, który zainteresowani byliby badaniami nad śmiercią społeczną muszą uwzględniać trudności natury etycznej oraz badawcze związane z oporem respondentów do mówienia na tematy związane z ich ciężkim położeniem, prowadzącym do określenia sytuacji życiowej mianem społecznego umierania. Atrakcyjność materiału badawczego, ze względu na jego uniwersalność konkluzji zachęca jednak do mierzenia się z tymi trudnościami.

Przedmiotem badań nad śmiercią społeczną mogłyby być wątki, związane z przeżywaniem stanu śmierci społecznej, zdefiniowania jej przesłanek, wskaźników, przejawów i konsekwencji. Można też podjąć próbę ukazania metod oddziaływania i ich ograniczeń wobec osób znajdujących się w sytuacji śmierci społecznej. Ciekawe byłoby zbadanie perspektywy poznawczej osób „umierających społecznie" i ich poglądów na istotne kwestie egzystencjalne, takie jak na przykład miłość, śmierć, rodzina, radość życia i wiele innych. Można również badać kontekst umierania – instytucjonalny, społeczny, rodzinny. Wtedy przedmiotem badań mogą być stany emocjonalne osób udzielających wsparcia, formy pomocy tym osobom, sposób funkcjonowania instytucji dedykowanych osobom umierającym społecznie i ich otoczeniu. Być może śmierć społeczna ma również towarzyszący jej proces żałoby społecznej, na wzór żałoby po stracie rzeczywistej kogoś bliskiego. Wymienione tropy badawcze zostały ukazane jako inspiracja, a nie z zamiarem wyczerpania opisu tego zjawiska.

Podmiotem badań mogą być praktycznie przedstawiciele wszystkich pokoleń, choć osoby starsze na pewno dysponowałyby bogatszą perspektywą całożyciową, co pozwalałoby na rejestrację zmian, kryzysów, przełomów i innych ważnych momentów zmiany sytuacji respondenta. Inną grupą, tworząca ciekawy kontekst badawczy mogliby być pracownicy instytucji, zderzający się w swojej pracy – świadomie bądź nie - ze zjawiskiem śmierci społecznej. Wśród nich można by przede wszystkim wymienić społecznych „pomagaczy" – pracowników socjalnych, pedagogów ulicy, pracujących z osobami bez pracy (CIS, KIS, ZAZ, WTZ i in.), lub bez mieszkania (schronisk i hosteli dla bezdomnych, domów samotnej matki i wielu innych), wśród których wspomnieć należy o ogromnym obszarze działania organizacji pozarządowych.

Najwłaściwszymi metodami badawczymi wydają się być wszelkie metody jakościowe, szczególnie te, które w jak najmniejszym stopniu narzucają scenariusz badania. Uwzględniając odmienność i unikalność każdej sytuacji śmierci społecznej najwłaściwsze byłyby metody, które nie zawierają żadnych przeduprzedzeń, na przykład teoria ugruntowana. Właściwość tej ostatniej odnosi się do założenia, że śmierć społeczna jest zagadką poznawczą, a jej doświadczenie jest unikalne dla każdego badanego. W toku działań badacz otrzymuje taką treść, z której wysnuwa dalsze kategorie i klucze interpretacyjne. Podstawowymi technikami w teorii ugruntowanej są wywiady (w tym wywiady biograficzne), obserwacja (szczególnie uczestnicząca), analiza tekstu. Urozmaicanie badania o te wszystkie elementy, pomimo że czyni procedurę badawczą bardziej złożoną, jest jak najbardziej pożądane dla uchwycenia wielu wątków problematyki śmierci [28].

Ostatnią kwestią jest cel, przyświecający wysiłkowi, związanemu z przełamywaniem stereotypów, „reanimowaniem" osób w sytuacji umierania i śmierci społecznej, podejmowaniem działań prorozwojowych. Nie jest to cel pozbawiony znaczenia pragmatycznego. Wpisuje się on raczej w apel o jak najwcześniejsze zajęcie się tematem śmierci społecznej ze względu uniwersalne zagrożenie jej negatywnymi skutkami. Praktycznie każdy z nas może wraz z utratą sił, relacji, pogarszającym się stanem zdrowia lub sytuacją społeczną ulec temu procesowi. Zatem dopóki mamy siły zapobiegać stopniowej autodegradacji, zadbajmy o osoby starsze, gdyż w ten sposób zadbamy o siebie samych.

Piśmiennictwo

1. Nasze postawy wobec umierania i śmierci, CBOS BS/183/162/94, Warszawa, 1994, 1-18.
2. Derczyński M.: O umieraniu i śmierci, CBOS, BS/146/2001, Warszawa, 2001, 1-17.
3. Boguszewski R.: Stosunek Polaków do śmierci, CBOS, BS/98/2005, Warszawa, 2005, 1-14.
4. Hipsz N.: W obliczu śmierci, CBOS, BS/165/2012, Warszawa, 2012, 1-7.
5. Lipmann W.: Public opinion, Harcourt Brace, New York 1922
6. Allport G.: Nature of Prejudice, Cambridge, MA, 1979.
7. Mackie D.M.., Hamilton D. L., Susskind J., Rosselli F.: Społeczno-psychologiczne podstawy powstawania stereotypów [w:] Stereotypy i uprzedzenia, Macrae C. N., Stangor Ch., Hewstone M. (red.), GWP, Gdańsk 1999, 40-41.
8. Wojciszke B.: Człowiek wśród ludzi. Zarys psychologii społecznej, Wyd. Naukowe Scholar, Warszawa, 2002.
9. Schaff A.: Stereotypy a działanie ludzkie, Wyd. Ksiażka i Wiedza, Warszawa, 1981.
10. Stangor C., Schaller M.: Stereotypy jako reprezentacje indywidualne i zbiorowe [w]: Stereotypy i uprzedzenia, Macrae C. N., Stangor Ch., Hewstone M. (red.), GWP, Gdańsk, 1999, 13-36.
11. Forsterling F.: Atrybucje, GWP, Gdańsk, 2005.
12. Omyla-Rudzka M.: Polacy wobec własnej starości, BS/94/2012, CBOS, Warszawa 2012, 1-11.
13. Zmiana oblicza emerytur. Raport o gotowości emerytalnej Polaków opracowany przez AEGON, 2013, http://www.aegon.pl/Documents/aegon-pl/Badanie% 20Emerytalne

%20PL/2013/Badanie%20gotowo%C5%9Bci%20emerytalnej%202013%20-%20POLSKA.pdf., data pobrania 19.04.2014.

14. Moore P., Conn Ch.P.: Disguised. A True Story, Word Book, 1985.
15. Burgess J.: Stereotypes and Urban Image, Area, 1974, 6, 167-171
16. Susułowska M.: Psychologia starzenia się i starości, Warszawa, 1989.
17. Zych A.A.: Człowiek wobec starości - szkice z gerontologii społecznej, Wyd. Śląsk, Warszawa, 1995.
18. Susułowska M.: Psychologiczne problemy człowieka starego [w:] Encyklopedia seniora, praca zbiorowa, Wiedza Powszechna, Warszawa 1986, 71.
19. Wciórka B.: Czy zmienia się stosunek Polaków do starości?, BS/33/2007, CBOS, Warszawa, 2007, 1-12.
20. Łuszczyńska M.: Polityka wsparcia czy dyskryminacji rodzin seniorskich w świetle Założeń Polityki Ludnościowej Polski 2013, [w:] Nauki Społeczne. Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, 2013, 2, 8.
21. Białobrzeska K., Kawula S.: Wykluczenie i marginalizacja społeczna. Wokół problemów diagnostycznych i reintegracji psychospołecznej, Wydawnictwo Akapit, Toruń 2006
22. Szmagalski J.: Pojęcie wykluczenia społecznego z perspektywy pracy socjalnej [w:] Marginalizacja w problematyce pedagogiki społecznej i praktyce pracy socjalnej, Marzec-Holka K. (red.),Wyd. Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz, 2005, 129-141.
23. Bauman Z.: Życie na przemiał, Wyd. Literackie, Kraków, 2004.
24. Bauman Z.: Straty uboczne. Nierówności społeczne w epoce globalizacji, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2012.
25. Kawula S.: Wsparcie społeczne [w:] Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej, Lalak D., Pilch T. (red.), Wyd. Akademickie „Żak", Warszawa, 1999, 338.
26. Merton R.K. : Teoria socjologiczna i struktura społeczna, PWN, Warszawa, 2002.
27. Zimbardo P.: Psychologia i życie. Warszawa, Wyd. Naukowe PWN, 1999.
28. Łuszczyńska M.: Praca socjalna wobec śmierci i umierania, Zeszyty Pracy Socjalnej, UJ, 2013, 18.
29. Kępiński A.: Autoportret człowieka. Myśli, aforyzmy, Wyd. Literackie, Kraków, 1993, 317.

30. Szukalski P.: Uprzedzenia i dyskryminacja ze względu na wiek (ageizm) – przyczyny, przejawy, konsekwencje [w:] Polityka Społeczna, 2004, 2, 11-15.
31. Zając-Lamparska L.: Postawy utajone wobec osób starszych, przejawiane w trzech grupach wiekowych: wczesnej, średniej i późnej dorosłości, Psychologia Rozwojowa, 2008, 13, 93.
32. Stop dyskryminacji ze względu na wiek. Co wiemy o dyskryminacji ze względu na wiek? Głos ekspertów, doświadczenia osób starszych, Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce, Warszawa, 2005.
33. Prawa osób starszych są jednym z priorytetów działalność RPO. W toku debat, badań, wystąpień i interpelacji RPO wskazuje na wiele naruszeń praw osób starszych. Por. http://www.rpo.gov.pl/pl/content/osoby-starsze?page=1, data pobrania 19.04.2014.
34. Pde Beauvoir S.: Starość, Wyd. Czarna Owca, Warszawa, 2011.
35. Wojciszke B.: Człowiek wśród ludzi. Zarys psychologii społecznej, Warszawa, 2002.

Janiszewska Mariola, Kulik Teresa Bernadetta, Żołnierczuk-Kieliszek Dorota, Barańska Agnieszka, Jagiełło Joanna

Demograficzne aspekty starości w Polsce oaz wybranych krajach UE

Katedra Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Proces starzenia się ludności i jego zaawansowanie, podobnie jak inne zjawiska dynamiczne może być obserwowany i opisywany jako wielość zdarzeń bądź statycznie – jako zasób (udział, liczebność) populacji w określonych charakterystykach demograficznych, medycznych, społecznych w danym momencie czasu kalendarzowego w obrębie danej przestrzeni.

Zdaniem Kowalewskiego [1] takie podejście interpretacyjne zjawiska było wcześniej i jest obecnie bliskie badaczom problemów starości demograficznej w różnych jej aspektach. Punktem wyjścia w badaniach nad starością populacji jest na ogół jej aspekt demograficzny.

Zdaniem Szaroty [2] ,,starość demograficzna" – jest sytuacją typu statycznego, wyznaczoną przez proporcję ludzi starych w społeczeństwie.

Najczęściej stosowaną **miarą zaawansowania starości** demograficznej jest ***współczynnik obliczony jako iloraz liczby osób w starszym wieku przez ogólną liczebność populacji***. Jest to wskaźnik struktury pokazujący udział osób starszych wśród ogółu mieszkańców danego obszaru w określonym momencie czasu kalendarzowego.

Innymi miarami starości demograficznej, są te których wartości obliczane są *jako* ***ilorazy liczebności dwóch grup wieku,*** należy do nich: ***indeks starości***- stosunek liczby osób starszych (60+ lub 65+), do liczebności najmłodszej grup (0 – 14); ***współczynnik obciążenia demograficznego*** – może być obliczany przy wyodrębnianiu grup ekonomicznych lub biologicznych. Całkowity współczynnik obciążenia demograficznego jest ilorazem sumy liczebności grup przedprodukcyjnej i poprodukcyjnej przez grupę produkcyjną lub grupy dzieci i osób w starszym wieku przez liczbę ludności dorosłej (15 – 59 lub 15 – 64 lata). Każda z tych kalkulacji stosowana jest do opisu struktury opisu według wieku; ***współczynnik wsparcia czyli*** iloraz liczebności grup ludności dorosłej (np. 15 – 64 lata) lub w wieku produkcyjnym, przez liczbę osób starszych wyodrębnioną analogicznie według jednego z rozpatrywanych kryteriów; ***współczynnik starzenia się populacji*** – pozwala ocenić i porównać dynamikę zmian w strukturze wieku w określonym przedziale czasowym i w odniesieniu do procesu starzenia się [1, 3, 4, 5].

W procesie starzenia się ludności, zależnie od udziału w jej strukturze osób w wieku 60 lat i więcej, wyróżnia się **pięć faz,** pierwsze cztery należą do klasyfikacji **Rosseta** [6]**,** a o piąty wskaźnik poszerzyła tą klasyfikację **Klonowicz** [7] :

1. Brak oznak starości demograficznej – poniżej 8% ogółu ludności stanowią osoby po 60 roku życia;
2. Wczesna faza przejściowa pomiędzy stanem młodości i starości demograficznej to jest od 8 do 10% ogółu ludności;
3. Późna faza przejściowa pomiędzy stanem młodości i starości demograficznej 10 – 12% ogółu społeczeństwa;
4. Stan starości demograficznej- 12% lub więcej ogółu ludności stanowią osoby po 60 roku życia [6];
5. Stan zaawansowanej starości demograficznej – gdy udział osób w wieku 60 lat i więcej przekracza 15% ogółu społeczeństwa [7].

Najwcześniej próg starości demograficznej, wyrażający się odsetkiem 7% ludzi w wieku 65 lat i więcej w stosunku do ogółu ludności (wskaźnik przyjęty przez demografów ONZ), bądź frakcją 12% osób w wieku 60 lat i więcej w stosunku do populacji (współczynnik starości zaproponowany był przez polskiego demografa Edwarda Rosseta), przekroczyła Francja (1870) roku, następnie Wielka Brytania (1931), Niemcy (1937), Stany Zjednoczone (1940), a w 1967 roku Polska [8, 9].

Dokonując analizy dostępnych źródeł, oraz przedstawianych przez nie prognoz dotyczących wiekowej struktury społeczeństwa tak Europy jak i Polski można stwierdzić, że niewątpliwie dominującym aktualnie trendem jest zwiększanie się udziału w ogólnej liczbie ludności ludzi starszych czyli w wieku 65 lat i więcej.

Co więcej, wszystkie dane dotyczące przyszłości publikowane przez szereg instytucji zajmujących się statystyką np.: Eurostat, GUS ujawniają, że taka tendencja będzie się utrzymywać w najbliższych latach, niosąc za sobą szereg implikacji, zarówno dla Europy jak i Polski, co z kolei powinno pociągnąć za sobą zmiany w polityce społecznej, systemach zdrowotnych czy systemach emerytalno-rentowych.

Szacunki Eurostatu zawarte w Tabeli 1, jednoznacznie wskazują na sukcesywnie zwiększającą się liczbę osób starszych, jakkolwiek jest on widoczny zarówno w Europie jak i Polsce to należy zauważyć, że w Polsce jest on niższy od średniej europejskiej (w 2008 roku – 17,2 % populacji EU-25, przy niespełna 13,5% w Polsce).

Nie ulega wątpliwości, że społeczeństwo Polskie się starzeje. W czasie ostatnich kilkunastu lat wydłużeniu uległa średnia długość życia, wzrósł ogólny udział procentowy

ludzi starszych w społeczeństwie, a także zwiększeniu uległ wskaźnik obciążenia demograficznego. Wszystkie te zjawiska wydają się być niepokojące, między innymi ze względu na zaistniałe niebezpieczeństwo braku zastępowalności pokoleń. W aktualnej sytuacji bardzo ważnymi wydają się być prognozy dotyczące tych wartości.

Tab.1. Odsetek ludności w wieku 65 i więcej lat w Polsce oraz wybranych krajach UE (% populacji) [7]

Region/ kraj	*ROK*											
	1998	*1999*	*2000*	*2001*	*2002*	*2003*	*2004*	*2005*	*2006*	*2007*	*2008*	*2009*
EU (25 krajów)	**15,4**	**15,5**	**15,7**	**15,9**	**16,1**	**16,3**	**16,5**	**16,7**	**16,9**	**17**	**17,2**	**:**
Niemcy	15.8	15.9	16.2	16.6	17.1	17.5	18.0	18.6	19.3	19.8	20.1	20.4
Irlandia	11.4	11.3	11.2	11.2	11.1	11.1	11.1	11.2	11.1	10.9	10.9	11.0
Hiszpania	16.2	16.5	16.7	16.9	17.0	16.9	16.9	16.8	16.7	16.7	16.6	16.6
Francja	15.5	15.7	15.8	15.9	16.0	16.1	16.2	16.3	16.4	16.3	16.4	16.5
Włochy	17.5	17.8	18.1	18.4	18.7	19.0	19.2	19.5	19.7	19.9	20.0	20.1
Polska	**11.7**	**11.9**	**12.1**	**12.4**	**12.6**	**12.8**	**13.0**	**13.1**	**13.3**	**13.4**	**13.5**	**13.5**
Słowacja	11.2	11.3	11.4	11.4	11.4	11.5	11.5	11.6	11.7	11.9	12.0	12.1
Zjednoczone Królestwo	15.9	15.8	15.8	15.8	15.9	15.9	16.0	16.0	16.0	16.0	16.1	:
Islandia	11.6	11.6	11.6	11.6	11.6	11.7	11.8	11.8	11.7	11.6	11.5	11.6
Norwegia	15.7	15.5	15.3	15.1	14.9	14.8	14.7	14.7	14.7	14.6	14.6	14.7

: - *brak danych Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Eurostat*

Również prognozy GUS jednoznacznie wskazują, że wciąż zwiększać się będzie liczba osób wieku 65 lat i więcej, kosztem grup młodszych. Tendencja ta widoczna jest nie tylko w Polsce, ale w całej Europie, różni się jedynie tempem postępowania zmian.

W roku 2010 ogólna liczba ludności w wieku 65 lat i więcej wyniosła 13,5% ogółu ludności, natomiast w roku 2035 według szacunków ma ona wynieść już 23,5%. Największy wzrost ma odnotować odsetek liczby ludności w wieku 75 lat i więcej (bo z 6,4% w 2010 do szacowanych 12,5% w 2035 roku). Mniej więcej w takim samym tempie mają wzrastać punkty procentowe wyrażające zawartość grup wiekowych 65 lat i więcej w populacji kobiet jak i mężczyzn (65+ w 2010 roku – kobiety – 16,3%, mężczyźni – 10,6 %. W roku 2035 – kobiety – 26,5%, mężczyźni – 19,7%).

O starzeniu się społeczeństwa wśród wielu innych wskaźników może świadczyć także zwiększenie mediany populacji, czyli średniego wieku danej grupy społecznej. Średnia długość życia społeczeństwa ma się zwiększyć z 37,3 lat w 2007 roku, poprzez 41,4 roku w

2020 roku, do 47,9 roku w 2035. W tym samym roku średni wiek dla kobiet ma wynieść 49,7 lat oraz 46 dla mężczyzn. Natomiast w województwie lubelskim dla kobiet wyniesie 50,3 roku, dla mężczyzn zaś 46,4 roku (czyli więcej od średniej krajowej).

Konsekwencją zmian opisanych powyżej jest także zmiana wartości współczynnika obciążenia demograficznego oraz przewidywanego wskaźnika zależności starości. Oba odnotują wzrost, co oznacza, że w przypadku pierwszego z nich na 100 osób w wieku produkcyjnym przypadała będzie większa liczba ludności w wieku nieprodukcyjnym.

Współczynnik obciążenia demograficznego dla Polski do 2035 roku ma wzrosnąć z 55 osób w 2007 roku na 74 osoby w wieku nieprodukcyjnym przypadających na 100 osób w wieku produkcyjnym. Co więcej, jeśli chodzi o liczbę osób w wieku przedprodukcyjnym przypadających na 100 osób w wieku produkcyjnym to wartość tego wskaźnika zmaleje (z 31 w roku 2007, do 27 osób do 2035 roku), zdecydowanie natomiast wzrośnie ten wskaźnik w stosunku do ludności w wieku poprodukcyjnym (z 25 osób w 2007 roku do 46 osób w 2035 roku). Jeszcze bardziej wskaźnik ten wzrośnie w województwie lubelskim, bo z bazowych 60 do 77 osób (Tabela 2).

Tab. 2. Współczynnik obciążenia demograficznego Polski

	Ludność w wieku	**2007**	**2008**	**2009**	**2020**	**2015**	**2020**	**2025**	**2030**	**2035**
OGÓŁEM										
Ogółem	Nieprodukcyjnym	55	55	55	55	60	68	73	73	**74**
	Przedprodukcyjnym	31	30	29	29	29	31	32	29	**27**
	Poprodukcyjnym	25	25	26	26	31	37	42	44	**46**
Lubelskie	Nieprodukcyjnym	60	59	59	59	63	70	76	76	**77**
	Przedprodukcyjnym	33	32	31	31	30	32	32	30	**27**
	Poprodukcyjnym	**27**	**27**	**28**	**28**	**32**	**38**	**43**	**46**	**49**

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS, „ Prognoza Ludności na lata 2008 - 2035" Główny Urząd Statystyczny Warszawa 2009, Str. 317

W skali europejskiej, według Eurostatu (Tabela nr 3) kształtowanie się wskaźnika zależności starości będzie wykazywać tendencje wzrostowe. Wobec starzenia się społeczeństwa Europejczyków wszystkie kraje będą odnotowywać jego sukcesywny wzrost. Z pośród wybranych krajów europejskich Polska ma odnotować wzrost do największej wartości - z 18,98 w 2010 roku do aż 68,97 w 2060 roku. Chociaż ostatecznie to nasz kraj ma osiągnąć wartość najwyższą, to Słowacja ma odnotować największy wzrost. Ogólnie rzecz

biorąc wskaźnik ten ma wzrosnąć we wszystkich krajach, nie we wszystkich jednak tak gwałtownie jak w Polsce czy Słowacji.

Tab.3. Przewidywany wskaźnik zależności starości w wybranych krajach UE [7]

Region/ kraj	*ROK*						
	2010	***2020***	***2030***	***2040***	***2050***	***2055***	***2060***
Niemcy	31,17	35,28	46,23	54,73	56,43	58,25	59,08
Irlandia	16,67	20,23	24,63	30,6	40,4	42,93	43,57
Hiszpania	24,43	27,42	34,32	46,39	58,69	59,98	59,07
Francja	25,81	32,77	39,02	43,99	44,68	45,18	45,2
Włochy	30,99	35,47	42,45	54,07	59,24	59,43	59,32
Polska	**18,98**	**27,19**	**35,98**	**41,29**	**55,69**	**63,46**	**68,97**
Słowacja	16,95	23,85	32,3	39,98	55,46	62,93	68,49
Zjednoczone Królestwo	24,72	28,58	33,23	36,92	37,96	40,23	42,14
Norwegia	22,73	28,32	34,32	40,24	41,43	42,38	43,92

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Eurostat

Należy jednak pamiętać, że są to jedynie szacunki określone na podstawie pewnych tendencji, które mogą ulec zmianie, bezpośrednio wpływając na powyższe wartości.

Porównanie prognoz GUS – EUROSTAT – ONZ

Według prognoz GUS, w latach 2010-2035 poziom reprodukcji ludności nie będzie gwarantował zastępowalności pokoleń, co przy zmniejszającym się poziomie umieralności zaowocuje postępującym wydłużaniem się długości życia ludności Polski. Przewidują one, że w roku 2035 długość życia mężczyzn zwiększy się o 6 lat natomiast kobiet o 3 lata w porównaniu z rokiem 2010.

Na strukturę wiekową społeczeństwa wpływać będzie także migracja która wspólnie z powyższymi zmianami spowoduje zmniejszenie się ilości Polaków o około 2 miliony, do koło 36 milionów w roku 2035.

Analizując powyższą tabelę można wysunąć następujące wnioski: zdecydowanie największą wartość będzie miała liczba ludności Polski według Eurostatu – w 2035 ma wynieść 36141000 osób. Także według Eurostatu trwanie życia zarówno kobiet jak i mężczyzn ma się zwiększyć o największą wartość z szacowanych - i wynieść odpowiednio w 2035 roku 77,7 lat dla mężczyzn (według ONZ - 75,5 lat), oraz 84,5 roku dla kobiet (wg ONZ – 82,8 lat). O ile wyliczenia poszczególnych instytucji różnią się od siebie wartościami,

to charakterystycznym wydaje się postępujący każdego roku proces starzenia się społeczeństwa Polskiego.

Tab.4. Porównanie prognoz demograficznych dla Polski sporządzonych przez GUS, EUROSTAT i ONZ

Wyszczególnienie	2007[1]	2010	2015	2020	2025	2030	2035
Ludność w tysiącach							
Eurostat	38116	38092	38068	37960	37612	36975	**36141**
GUS (CSO)		38092	38016	37830	37438	36796	**35993**
ONZ (UN)		37902	37580	37079	36337	35353	**34197**
Trwanie życia – mężczyźni							
Eurostat	71,0	71,9	73,1	74,3	75,5	76,6	**77,7**
GUS (CSO)		71,4	72,3	73,4	74,6	75,8	**77,1**
ONZ (UN)		71,3	72,3	73,2	74,0	74,8	**75,5**
Trwanie życia – kobiety							
Eurostat	79,7	80,3	81,2	82,1	82,9	83,7	**84,5**
GUS (CSO)		79,8	80,2	80,8	81,5	82,2	**82,9**
ONZ (UN)		**79,8**	**80,4**	**81,1**	**81,7**	**82,3**	**82,8**

[1]*dane rzeczywiste*

Także Eurostat przewiduje w planowanym okresie największy wzrost odsetka osób starszych czyli powyżej 80 roku życia. Ma on wzrosnąć z niespełna 3% ogółu społeczeństwa w roku 2007 do 7,7% w 2035 roku. GUS i ONZ przewidują nieco niższy wzrost tej wartości do odpowiednio 7,2% i 7,1% [10, 11, 12].

W prognozie dla 27 krajów europejskich (25 krajów członkowskich UE oraz Bułgaria i Rumunia) Eurostat w szacunkach dla Polski zakłada o 5,2% spadek liczby ludności Polski, podczas gdy wszystkie 27 krajów ogólnie mają odnotować wzrost tej liczby o 5,1% (rok 2010 – 499 mln, natomiast, rok 2035 – 521 mln osób).

W 2035 roku współczynnik obciążenia demograficznego wyznaczony dla krajów europejskich będzie nadal wyższy niż dla Polski, jednak jego wielkość zwiększy się o 65% (z 26 osób w 2010 r. do 43), podczas gdy dla Polski będzie dwukrotnie wyższa (z 19 osób w 2010 do 38 w końcu omawianego okresu) [10, 12].

Na podstawie powyższych danych można stwierdzić, iż starzenie się ludności Polski jest procesem łatwo przewidywalnym jeżeli chodzi o jego przebieg, najtrudniej jest niestety prognozować dokładne rezultaty jakie ze sobą przyniesie [13]. Wysoka liczba urodzeń po II wojnie światowej, tzw. powojenny wyż demograficzny, w oczywisty, naturalny sposób po upływnie ponad sześciu dekad przynosi rezultaty.

Jeżeli chodzi o Polskę to największym i jedynym na dużą skalę działaniem było przeprowadzenie w połowie lat 90. ubiegłego wieku reformy ubezpieczeń społecznych. Niestety nawet to działanie nie jest precyzyjnie zaplanowane w naszym kraju, ponieważ nadal wydają się być problemem kwestie zapewnienia opieki zdrowotnej i usług opiekuńczych – zwłaszcza w niedługiej przyszłości, a przecież to nie są jedyne problemy jakie trzeba rozwiązać przygotowując się do zmian w wiekowym składzie ludności Polski.

Przedstawione zmiany demograficznie automatycznie zmieniają zapotrzebowanie na publiczne wsparcie w postaci emerytur, rent, usług medycznych, opiekuńczo-pielęgnacyjnych. Pokazuje to ewolucja współczynników obciążenia ekonomicznego, informując o tym ile osób w wieku nieprodukcyjnym przypada na 100 osób w wieku produkcyjnym. Według prognoz długookresowych, w 2050 roku co trzeci Polak będzie w wieku emerytalnym, a w Europie Zachodniej co drugi mieszkaniec.

Wszelkie opracowania naukowe poświęcone omawianej tematyce zwykle dotyczą badania sytuacji osób starszych, opisów jak było, jest i jakie są prognozy długoterminowe. Wyjątkowe są badania przeprowadzone przez Szukalskiego i zespół, ponieważ ich celem było określenie jak do starości przygotowują się osoby z powojennego wyżu demograficznego i na ile jego przedstawiciele są skłoni zmodyfikować swoje plany życiowe pod wpływem zewnętrznych bodźców. Analiza wyników ukazała, że starość w oczach badanych jest postrzegana jako okres dezaktywacji i bierności, w którym środki do życia powinno zapewnić państwo. Starość postrzegali tradycyjnie jako okres powolnego wycofywania się z różnych typów działalności dnia codziennego. Z badań wynika, że wśród Polek i Polaków znajdujących się na przedpolu starości dominuje orientacja na teraźniejszość i brak długookresowego planowania [13, 14].

Takie podejście badanych to poniekąd brak długofalowej polityki państwa wobec starzenia się, bardzo istotne jest rozwijanie orientacji na przyszłość wśród Polaków, propagowanie zwiększonej odpowiedzialności za swoją starość, promowanie zarządzania wiekiem, niezbędne są też kampanie społeczne promujące zdrowy styl życia. Niektóre z tych działań należy wprowadzać już w czasie nauki szkolnej, fakt że świadomość przyszłych pokoleń będzie większa, ponieważ będzie więcej osób wykształconych, a co za tym idzie świadomych skutków zdrowotnych swojego trybu życia i umiejących wykorzystywać możliwości planowania swojej przyszłości.

Konieczne jest jednak wprowadzenie wielu zmian w procesie projektowania polityki wobec starości i to zarówno na rynku pracy, usług społecznych, zmian prawnych jak i w zakresie edukacyjnym. Przy braku dalszych zmian instytucjonalnych i politycznych można się

spodziewać, że trendy demograficzne doprowadzą do zasadniczych zmian nie tyko Polsce ale i całej Unii, co będzie stanowiło niełatwy sprawdzian dla międzypokoleniowej solidarności i spowoduje dodatkowe obciążenie przyszłych generacji. Wspomniane trendy będą wywierać istotny wpływ na potencjał wzrostu gospodarczego i prowadzić do silnego nacisku na zwiększenie wydatków publicznych, i to nie tylko wydatków na emerytury i opiekę zdrowotną, ale również na infrastrukturę, budownictwo mieszkaniowe i kształcenie [15].

Jak podaje komunikat Komisji Wspólnot Europejskich mimo różnicy trendów demograficznych w różnych krajach, przewidywana liczba ludności w całej UE może być w 2060 roku taka sama, jak obecnie, a mogą przyczynić się do tego dwa czynniki : wzrost wskaźnika dzietności w niektórych państwach członkowskich i zwiększony napływ imigrantów. Nowe prognozy demograficzne nie różnią się jednak zasadniczo pod względem struktury populacji i potwierdzają, że niskie wskaźniki urodzeń, rosnąca oczekiwana długość życia oraz utrzymujący się napływ imigrantów doprowadzą prawdopodobnie do praktycznie takiej samej ogólnej liczby ludności, z tym że znacznie starszej. Do największego spadku tego wskaźnika dojdzie najprawdopodobniej w okresie 2015-2035, kiedy to na emeryturę będą przechodziły osoby z roczników charakteryzujących się wysoką liczbą narodzin.

Przewidywany też jest wzrost współczynnika aktywności zawodowej z 70,5% w roku 2007 do 74% w roku 2060, przy czym nastąpi to zasadniczo przed 2020 rokiem, ma to dotyczyć także osób starszych, a będzie to wynikiem nieuniknionych reform mających na celu przedłużenie aktywności zawodowej. Wskaźniki zatrudnienia starszych pracowników rosną wprawdzie w ostatnich latach, konieczne jest jednak osiągnięcie dalszego postępu w tym zakresie. Nadal jedynie około 50 % osób w wieku 60 lat jest w UE aktywnych zawodowo.

Jak czytamy w raporcie na temat kapitału intelektualnego Polski, nasz kraj zajmuje ostatnie miejsce wśród krajów UE pod względem aktywności zawodowej osób starszych, a przeciętne zatrudnienie osób w wieku 66-64 lata jest prawie 1,5 razy mniejsze niż średnia unijna [16, 17, 18].

Konsekwencją starzenia się społeczeństwa będzie coraz większy wzrost zapotrzebowania na powiązane z wiekiem i finansowane ze środków publicznych świadczenia i usługi, co z całą pewnością pociągnie za sobą wzrost wydatków publicznych. W przypadku Polski ma on wzrosnąć do około 4% (punktu procentowego PKB - produkt krajowy brutto, *gross domestic product*), podobnie jak w Portugalii, Austrii, Francji, we Włoszech i Łotwie.

Niestety prognozy przewidują również stopniowe zmniejszanie się emerytur finansowanych ze środków publicznych (powodem będzie między innymi indeksacja

świadczeń), a konsekwencją prowadzonych reform będą dużo niższe emerytury. Aby ratować sytuację niektóre kraje (także Polska) wprowadziły dodatkowe systemy emerytalne, przesuwając część składek do systemów zarządzanych przez podmioty prywatne, ale to czas pokaże jaki w konsekwencji będzie miało to wpływ na wysokość świadczeń emerytalnych.

Wzrosną też wydatki na systemy opieki zdrowotnej. Zgodnie z przewidywaniami publiczne wydatki na opiekę zdrowotną w UE wzrosną do roku 2060 o 1,5 punktu procentowego PKB.

Na wzrost tych wydatków już w obecnych czasach mają wpływ nowe metody diagnozowania i terapii, zmniejszyć te wydatki mogą takie działania jak: prowadzenie zdrowego trybu życia czy niektóre osiągnięcia nowoczesnej medycyny oraz inwestycje w profilaktykę. Ten temat szerzej omawiała będę w następnym paragrafie.

Starzenie się społeczeństwa będzie również wymagało zwiększenia wydatków publicznych na opiekę długookresową, chociażby ze względu na fakt, że grupa osób w wieku 80 i więcej lat będzie w przyszłości najszybciej zwiększającą się częścią populacji.

Następnym powodem zwracającym uwagę na zajęcie się opieką długoterminową jest fakt, iż w przyszłości będzie ona bardziej zinstytucjonalizowana, zmiany w strukturach rodzinnych, wyższe współczynniki aktywności zawodowej kobiet oraz większa mobilność geograficzna mogą w przyszłości ograniczyć dostępność opieki która jest stosowana obecnie czyli w znacznej części opieki rodziny.

Ważną a nadal mało docenianą dziedziną jest edukacja, mimo zmniejszającej się ilości dzieci, ważna jest poprawa jakości systemu kształcenia, ponieważ inwestycje w kapitał ludzki nie tylko młodzieży, ale też dorosłych, będą miały znaczenie dla poziomu wydajności.

Ogólnie rzecz ujmując potrzebne będą w Polsce jak i w całej Unii Europejskiej obszerne zmiany oparte na wielu reformach, w szczególności: wydłużenie okresu i zwiększenie współczynnika aktywności zawodowej młodzieży, kobiet i osób starszych; reformy systemów emerytalnych i zwiększenie wydajności systemów opieki zdrowotnej i długoterminowej, inwestycje w edukację i badania naukowe, poprawa systemu opieki nad dziećmi oraz integracja imigrantów celem zaspokajania zapotrzebowania na pracowników. To tylko niektóre ważniejsze zmiany które pozwolą nam spokojniej patrzeć w przyszłość i nie bać się prognoz związanych ze zwiększającym się przyrostem osób starszych w społeczeństwie.

Starzenie się populacji jest wyrazem ludzkiego sukcesu, związane jest ono przede wszystkim z postępem cywilizacyjnym, medycznym, przemianą jakości życia współczesnych zbiorowości. Wyeliminowano wiele chorób które dziesiątkowały ludzkość, opanowano sztukę

leczenia większości pozostałych, co w efekcie dało zmniejszenie umieralności i przedłużenie przeciętnego trwania życia. Jednak potrzebne są takie zmiany, aby osoby dożywające sędziwego wieku mogły się z tego sukcesu cieszyć.

Piśmiennictwo

1. Kowalewski J.T., Szukalski P.: Starzenie się ludności Polski. Między demografią a gerontologią społeczną. Łódź, 2008.
2. Szarota Z.: Gerontologia społeczna i oświatowa. Zarys problematyki. Wyd. Nauk. Akademii Pedagogicznej. Kraków, 2004.
3. Długosz Z.: Stan i dynamika starzenia się ludności Polski. Czasopismo Geograficzne. 1997, 68, 2 – 22.
4. Kurek S.: Taksonomiczne zróżnicowanie struktur wieku ludności Polski w układzie miast i gmin w latach 1988-2002 na tle procesu starzenia się ludności. Studia Demograficzne, 2006, 2, 150.
5. Kurek S.: Typologia starzenia się ludności Polski w ujęciu przestrzennym. WNAP. Kraków, 2008.
6. Rosset E.: Ludzie starzy. Studium demograficzne. Warszawa, 1967.
7. Klonowicz S.: Starzenie się ludności [w:] Encyklopedia seniora. Warszawa, 1986.
8. Nowicka A.: Wybrane problemy osób starszych. Oficyna Wydawnicza Impuls. Kraków, 2006.
9. Szatr-Jaworska B.: Ludzie starzy i starość w polityce społecznej. Oficyna Wydawnicza ASPIA, Warszawa, 2000.
10. Decision No 1350/2007/EC of THE European Parliament and of the council of 23 October 2007 establishing a second programme of Community action in the field of health (2008-13).
11. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en &pcode=tps00028, data pobrania 11.08.2010
12. Prognoza Ludności na lata 2008 – 2035. Główny Urząd Statystyczny Warszawa, 2009, 317
13. Szukalski P.: To idzie starość. Postawy osób w wiek przedemerytalnym. Raport z badań. ZUS. Warszawa, 2008, 107.
14. Backman G., Hunt P., Khosla R.: Health systems and the right to health: an assessment of 194 countries. The Lancet, 2008, 372, 2047 – 2085.

15. Communication from the commission to The European Parliament, The Council, The European Economic and Social Committee and The Committee of The Regions.Dealing with the impact of an ageing population in the EU. (2009 Ageing Report) COM(2009) 180 final.
16. Ageing Report 2009: economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008 – 2060).
17. Raport o kapitale intelektualnym Polski, Zespół Doradców Strategicznych Premiera, Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, Warszawa, 2008.
18. Sustainability Report 2006, European Economy 2006, 4.

Kopcych Bożena Ewa[1,2]

Odtrąceni czy przytuleni. Stygmatyzacja ludzi starszych.

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej. Studentka studiów doktoranckich UM w Białymstoku
2. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej" Prymus" w Suwałkach

„Starość nie jest wielkim nieszczęściem,
jeśli się weźmie pod uwagę tę drugą ewentualność"
Ernest Hemingway

Wprowadzenie

Starzenie się ludzi jest zjawiskiem uniwersalnym – ludzie starzeli się i starzeją zawsze i wszędzie. Jednak w ostatniej dekadzie intensywność tego zjawiska, szczególnie w państwach wyżej rozwiniętych znacznie wzrosła. Jest to skutek wydłużania się trwania ludzkiego życia, postępu cywilizacyjnego i poprawy jakości życia. Dawniej wielopokoleniowość, wielodzietność osób zamieszkujących we wspólnym gospodarstwie domowym sprawiała, że seniorzy rodu mieli zapewnioną całodobową opiekę w zaspokajaniu potrzeb, bio-psycho-społecznych oraz wsparcie emocjonalne ze strony najbliższych, nie niepokoiła ich troska o byt materialny, ponieważ należała wyłącznie do rodziny. Ciężar utrzymania stosunkowo małej liczby osób starszych rozłożony był, więc na wiele osób młodszego pokolenia. W ostatnich latach zmieniła się radykalnie demograficzna struktura rodziny. W sytuacji niskiej liczby urodzeń, emigracji oraz wydłużania się przeciętnego trwania życia człowieka spowodowanego postępem medycyny i skuteczności terapii zwiększyły się zarówno liczba jak i odsetek osób starszych wymagających pomocy czynnościowej w zaspokajaniu swoich potrzeb zdrowotnych i społecznych. Według danych szacunkowych Głównego Urzędu Statystycznego populacja seniorów powyżej 65 roku życia w 2030 liczyć będzie około 8 milionów [1,2].

Starość i starzenie się.

W literaturze brak jest skonkretyzowanej definicji starości. Teoretycy, za Trafiałek [3] twierdzą w swoich pracach, iż starość to pojęcie statyczne, zaś proces starzenia się jednostek i zbiorowości to zjawisko dynamiczne, które należy rozpatrywać przy uwzględnieniu biologicznego, psychicznego i społecznego aspektu życia ludzkiego.

Zgodnie z ustaleniami Światowej Organizacji Zdrowia [cyt. za 2] okres starości podzielić można na trzy podokresy:

- wiek wczesnej starości: 60-74 lat,

- wiek późnej starości: 75-90 lat,
- wiek sędziwy (długowieczność): powyżej 90 roku życia [2].

Według Trafiałek [3] starość „jest naturalną fazą życia, następującą po młodości i dojrzałości, wieńczącą dynamiczny proces starzenia się".

W literaturze przedmiotu [3,4,5] podkreśla się, że seniorzy to osoby charakteryzujące się:

- wielochorobowością, spadkiem wydolności organizmu, utratą mobilności, osłabieniem sił immunologicznych (starość fizjologiczna),
- ograniczeniem zdolności przystosowawczych do wszelkich zmian, sztywnością poglądów, utrudnionym zapamiętywaniem nowych wyrazów, sytuacji powiązanych z czynnościami dnia codziennego, osamotnienie (starość psychiczna),
- odejście dzieci, utrata najbliższych, sytuacja materialna, powoduje konieczność korzystania z pomocy innych (starość ekonomiczna),
- wykluczenie z życia społecznego; wiek, wykształcenie, nawyki, styl życia, brak zainteresowań (starość społeczna).

Dłuższe ludzkie życie jest zjawiskiem bardzo pozytywnym pod warunkiem, że wiązać się będzie z dobrym stanem zdrowia i sprawnością fizyczną. Głównym celem aktywności prozdrowotnej seniorów jest poprawa jakości ich życia, możliwość aktywnego uczestniczenia w życiu społecznym. Prowadzi ku temu wiele działań lokalnych tj: kluby seniora, uniwersytety trzeciego wieku, likwidacja barier architektonicznych celem utrzymania dłuższej samodzielności i niezależności. Każdy człowiek chce żyć długo i szczęśliwie, być pomocnym dla swoich bliskich, ale z drugiej strony boi się starczej samotności, niewydolności, utraty mobilności, chorób, niedołęstwa zależności od innych i wykluczenia społecznego.

Postawy społeczeństwa wobec ludzi starych.

Na przestrzeni dziejów społeczeństwa przejawiały zmienny stosunek wobec ludzi starych. Dawniej z powodów cywilizacyjnych ludzie żyli krócej, a więc sędziwych osób było mniej. W wielopokoleniowych rodzinach zamieszkujących w jednym domu senior rodu traktowany był z szacunkiem należnym jego wiekowi, doświadczeniu życiowemu- skarbnica wiedzy, mądrości i doświadczenia. To on był osobą jednoczącą całą rodzinę a niejednokrotnie sprawujący najważniejszą funkcje. W czasach współczesnych zmieniły się proporcje w społeczeństwie; seniorów jest znacznie więcej, przez co pozycja ich zatraciła swoją rangę. to najczęściej osoba samotna, z dala od swoich najbliższych, odsunięta od możliwości współdziałania i współdecydowania w codziennej egzystencji.

Postawy wobec starości i starzenia.

Postawy osób w wieku sędziwym wobec upływającego czasu zostały zbadane przez A Zycha, który podzielił je na postawy negatywne; lęk przed starością i bunt wobec objawów starzenia się. Starość to czas smutku, szarości życia, utraty zdrowia i urody, odsunięcie się od życia społecznego, kulturalnego, rezygnacja z wielu uczuć i emocji. W opinii Grabowskiej [6], przekonanie o braku celowości dalszego życia powoduje izolację społeczną, nasilenie objawów depresji i pogorszenie stanu zdrowia fizykalnego. Postawy pozytywne wobec starości to akceptacja swojego wyglądu jako naturalnego procesu przemijania, samodzielne radzenie sobie z problemami i ograniczeniami dnia codziennego. Termin „pozytywne starzenie się" opisuje człowieka wykorzystującego swój czas wolny od obowiązków zawodowych i zobowiązań w formie aktywnej, pomocowej dla innych np. budowanie ciepłych pełnych czułości i wyrozumienia relacji z wnuczętami pozbawionych treści wychowawczych, spotkania towarzyskie [6].

Wyjść czy nie wyjść – oto jest pytanie. Starość jako czynnik społecznego wykluczenia.

Wykluczenie społeczne określane jest w wielu badaniach psychologicznych jako obiektywny stan minimalnego kontaktu i interakcji z innymi członkami lokalnej społeczności. Mamy tu więc do czynienia z brakiem wzajemnego oddziaływania na siebie (interakcje społeczne), wycofywania się z kontaktów i stosunków z rodziną nawet tą najbliższą, przyjaciółmi i sąsiadami na indywidualnym poziomie. Wykluczenie społeczne określane jest jako występowanie negatywnych uczuć i odczuć związanych z byciem samotnym i jest częścią egzystencji, która występuje niezależnie od osobistego wyboru człowieka. Osamotnienie społeczne może zatem być rozumiane jako negatywnie postrzegana izolacja społeczna. Izolacja społeczna oznacza nie tylko bycie samotnym, życie tylko w swoich „czterech ścianach", bycie odwiedzanym przez niewiele osób, jest to również kwestia uszanowania osobistych wyborów oraz posiadania możliwości nawiązywania i utrzymywania wartościowych relacji. Nie możemy wszystkich sędziwych ludzi, którzy często przebywają sami utożsamiać z ludźmi osamotnionymi, gdyż ich samotność może być ich osobistym wyborem[7,8].

Funkcjonujące we współczesnym społeczeństwie wyobrażenia na temat starości i samych seniorów są krzywdzące dla osób starszych i przyczyniają się do ich stygmatyzacji, co w konsekwencji prowadzi do dyskryminacji. Stygmatyzacja seniorów, za Tobiasz-Adamczyk [9], ma bezpośredni związek z faktem, że większość społeczeństw aprobuje tylko osoby aktywne zawodowo, które przyczyniają się do rozwoju ekonomicznego państwa, natomiast osoby starsze wiekiem, nie biorące udziału w życiu gospodarczym są pozbawione

wpływów, władzy czy prestiżu. Wykluczenie osób starszych wynika także z trudności w dostosowaniu się do zmieniających się warunków spowodowanych postępem technologicznym i zmianami cywilizacyjnymi np. nieumiejętność korzystania z różnych nowoczesnych środków technicznych i form kontaktów oraz zależność od osób młodszych [9].

Pytanie - czy seniorzy rzeczywiście narażeni są na marginalizację i wykluczenie społeczne?

Stary człowiek, który niedołężnieje zauważa formy i przejawy dyskryminacji, ”zepchnięcia na boczny tor”, znaki dawane do zrozumienia, że nie jest już pełnoprawnym członkiem społeczeństwa, społeczeństwa tylko ludzi młodych, pięknych i sprawnych [10,11] Według ludzi młodych starość kojarzy się z byciem na emeryturze, bezczynnością życiową oraz wielochorobowością, niesamodzielnością w codziennych czynnościach.

Dostosowywanie się do realizacji codziennych funkcji pomocowych dla człowieka starego staje się we współczesnym świecie problemem dla człowieka młodego, często zamieszkującego z dala. Rodzi to wiele konfliktów i trudnych sytuacji zarówno dla seniora, który odczuwa ten brak zainteresowania swoja osobą za przejaw nie bycia już kochanym, potrzebnym nikomu a z drugiej stron młody człowiek, zabiegany, zapracowany, który stara się zaspokoić potrzeby życiowe, często pozbawiając tym samym seniora możliwości wyboru. Robi to źle, nie po jego myśli, nie w jego guście. Rodzi to konflikty wewnętrzne młode pokolenie-kontra stare, powodując stan wyobcowania z życia rodzinnego.

Seniorzy, pozbawieni zewnętrznej witalności, posiadający fizyczne przejawy starzenia się, niedołężni przestają wychodzić z domu ponieważ; wstydzą się swojego wyglądu, swojej ułomności, poruszają się zbyt wolno wchodząc do sklepu, autobusu, narażają się przy tym na przykre i bolesne komentarze. Szybka zmiana sygnalizacji świetlnej na przejściu dla pieszych zaburza poczucie bezpieczeństwa u seniora, powoduje to lęk i strach przed opuszczaniem domu, miejsca bezpiecznego. Zakupy w sklepach to również problem. Wiele kolorowych opakowań, obcobrzmiące nazwy towarów, etykiety znajdujące się na produktach nieczytelne (zbyt małe litery), niepewność w zakupach, wolne poruszanie się oraz zbyt długie zastanawianie się budzi zdenerwowanie nie tylko wśród ekspedientów, ale także spieszących się klientów, co w konsekwencji powoduje, że bilon często wypada ze starych, nerwowo drżących rąk [10,11]. Człowiek wykluczony ma często świadomość utraty lub zagrożenia emocjonalnego kontaktu z innymi ludźmi. Staje się człowiekiem samotnym, wyizolowanym ze społeczeństwa. Człowiek samotny często traci poczucie osobistego bezpieczeństwa, żyje w stanie niepokoju i poczucia zagrożenia. Osoby w takim położeniu mogą odczuwać poczucie

krzywdy i niepewności, przeżywać lęki i niepokoje. Złożone sytuacje, w jakich znajdują się seniorzy, a szczególnie te niekorzystne takie jak choroby, zniedołężnienie, ubóstwo, samotność i osamotnienie, złe warunki mieszkaniowe czy bezdomność, jak również liczne stereotypy dotyczące starości, niekorzystny obraz starości funkcjonujący w społeczeństwie „zawsze czegoś chcą", powodują, iż stygmatyzacja społeczna staje się za niemym pozwoleniem osób starszych. Tak więc problematyka marginalizacji i wykluczenia społecznego starszych ludzi wymaga szczególnego podejścia, ponieważ starzenie się jest naturalnym procesem, wyzwaniem, z którym nie każdy potrafi sobie poradzić. Świadomość problemów, jakie mogą pojawić się w starości, odpowiednie przygotowanie się do tej fazy życia, właściwa postawa wobec starości swojej i innych, niewątpliwie pomogą przeżyć każdemu ten okres jak najlepiej, z wykorzystaniem bogactwa doświadczeń całego życia.

Osoby w wieku sędziwym oprócz napotykania na kresie swojej drogi życiowej utrudnień urbanistycznych i architektonicznych napotykają również negatywne postawy i oczekiwania ludzi młodych, które pogłębiają dystans społeczny, poczucie zakłopotania i lęku w ich obecności. Nierzadko młode pokolenie nie docenia ich wiedzy i mądrości życiowej, stawiając zniedołężnienie i chorobę ponad wszystkie inne właściwości, okazują tylko uczucie litości, nadopiekuńczości, przyczyniając się do zwiększenia ich nieprzystosowania i pogłębiania braku akceptacji dla swojej ułomności. Skutkiem takich postaw młodego pokolenia jest również rosnące w seniorach poczucie niższości, niechęci do swojej osoby, sytuacji oraz deprecjonowanie i obwinianie innych za swoje ułomności, zamykanie się przed światem, życie w samotności i wyizolowaniu.

Szatur-Jaworska [4] przyjmuje trzy źródła wykluczenia ludzi starych.

1. Zmarginalizowani są ludzie starzy, którzy we wcześniejszych latach swojego życia również byli wykluczeni np. bezrobotni, bezdomni, więźniowie- zmarginalizowana starość jest konsekwencją ich biografii,
2. Ludzie starzy, którzy na starość wyłączyli się lub zostali wyłączeni z uczestniczenia w społeczeństwie na skutek „wymierzonych w nich praktyk dyskryminacyjnych",
3. Ludzie starzy, których wyłączył z życia społecznego stan zdrowia lub inne czynniki społeczne:gorsze wykształcenie, mniejsza zaradność, nieumiejętność włączenia się w świat młodszych generacji, osamotnienie itp.

Cztery ściany – przemoc wobec osób starszych

Seniorzy izolowani społecznie, z małą ilością kontaktów społecznych są bardzo często ofiarami przemocy zarówno ze strony najbliższych członków rodziny, jak też ze strony ze strony osób obcych, niespokrewnionych. Pozostawanie w samotności, redukcja kontaktów lub

nawet ich brak z innymi zmniejsza szansę wykrycia stosowania przemocy wobec seniora i jej powstrzymania. Przemoc zawsze narusza godność człowieka. Przemoc wobec osób sędziwych definiuje się jako pojedyncze lub powtarzające się działanie, lub brak odpowiedniego działania, występujące w jakiejkolwiek relacji, w której oczekuje się zaufania, a która powoduje krzywdę bądź cierpienie osoby starszej. W licznych badaniach przemoc wobec osób starszych klasyfikuje się dostosowania przemocy fizycznej(bicie, popychanie, szturchanie), psychicznej(wyzwiska, poniżanie, zastraszanie, szantażowanie) oraz finansowej pozbawiającej majątku, dochodu co w konsekwencji prowadzi do niedożywienia, pogorszenia jakości życia. Polipatologia seniorów, niepełnosprawność, występowanie chorób otępiennych oraz wysoki stopień uzależnienia od innych zmniejszają zdolność osoby starszej do szukania pomocy, a wspólne zamieszkiwanie w jednym gospodarstwie domowym stwarza więcej możliwości dla pojawiania się wielu konfliktów i napięć. Mechanizacja życia, pęd ku zaspokajaniu potrzeb materialnych powoduje trudności z wywiązywaniem się ze zobowiązań opiekuńczych wobec seniora, kłopoty finansowe w gospodarstwie domowym powodują wzrost prawdopodobieństwa stosowania różnych form przemocy wobec osoby starszej, zależnej od nas, która najczęściej nie potrafi się obronić. Przemoc wobec osób starszych jest problemem powszechnym: przyjmuje się, że rozpoznawana przemoc to jedynie wierzchołek góry lodowej: zidentyfikowane przypadki przemocy stanowią tylko 16% ogółu tego zjawiska, natomiast zdecydowana większość (84%) pozostaje nadal niezidentyfikowana i nierozpoznawana. Badania Ostrowskiej i Sikorskiej dowodzą, że brak pomocy i wsparcia ze strony najbliższych, tych, których najbardziej kochamy jest czynnikiem najbardziej marginalizującym człowieka schorowanego, wymagającego pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych, silniej niż niemoc fizyczna czy zła sytuacja bytowa [12].

Ja tu ciągle jestem – przeciw działanie stygmatyzacji seniorów

Włączenie osób wykluczonych, przywrócenie ich do głównych nurtów życia społecznego nie może skupiać się na procesie integracji czy asymilacji, lecz zakładać ma burzenie utartych konwenansów uczestnictwa społecznego poprzez akceptacje starości. Marginalizowanie czy przyzwalanie do społecznego wykluczenia jakiejkolwiek grupy ludzi, z różnorakich przyczyn jest postępowaniem nagannym, a zarazem jest jawnym dowodem na bezradność, obojętność wobec ich problemów, a także brak ich zrozumienia, to dopuszczanie do takiej sytuacji z udziałem seniorów wydaje się być szczególnie dramatyczne. Celem działań jest ustanowienie: społeczeństwa dla wszystkich, niezależnie od wieku. Proces ten musi opierać się na konkretnych działaniach praktycznych, priorytetowym niech będzie uświadomienie istnienia problemu wykluczenia osób starszych, żyjących obok nas, bądź

nawet nas samych. Kolejnym etapem niech będzie to wykreowanie skutecznych mechanizmów włączania do aktywności osób sędziwych. Osoby starsze to ogromny potencjał wiedzy i umiejętności, który powinien być wykorzystany przez społeczności lokalne, instytucje i organizacje pozarządowe. Aktywny senior w społeczności to nie tylko osoba wyciągająca rękę po pomoc to osoba starsza przydatna dla społeczeństwa, to skarbnica przede wszystkim: wiedzy zdobywanej latami, doświadczenia życiowego, przydatnego dla innych, ogromu kompetencji zawodowych, które są bezcenne dla młodego pokolenia, kompetencji społecznych; postawa obywatelska wobec głosowania w wyborach do władz, znajomości ludzkich zachowań i sposobów postępowania z innymi ludźmi, będącymi w trudnych sytuacjach życiowych, wieloma pasjami, zainteresowaniami, którymi mogą dzielić się z innymi, ucząc cierpliwości i wytrwałości.

Poprawę położenia wielu osób starszych będących z różnych przyczyn w trudnej sytuacji życiowej przynieść powinny przede wszystkim nowe rozwiązania prawne i systemowe, gwarantujące osobom w wieku emerytalnym godziwe warunki życia oraz możliwość uzyskania szybkiego, kompleksowego wsparcia w sytuacji kryzysowej. U podstaw takich systemowych rozwiązań powinny znaleźć się realne warunki do współdziałania służby zdrowia, a przede wszystkim pomocy środowiskowej mającej na celu promowanie działań zmierzających do utrzymania sprawności w samoobsłudze, promowania podtrzymywania zachowań prozdrowotnych, nie tylko wobec seniora, ale i młodego pokolenia wspólnie zamieszkującego, pomocy społecznej; oferującej pełen zakres usług pielęgnacyjnych wobec chorego, zabezpieczenie potrzeb socjalno-bytowch i innych służb społecznych oraz organizacji pozarządowych, umożliwiających skuteczne i szybkie reagowanie na pojawiające się problemy. Należy przy tym pamiętać, że nadmiar opieki(nadopiekuńczość) przyczynia się do demobilizacji osoby starszej przy podejmowaniu jakichkolwiek działań.

Działania przeciwdziałające wykluczeniu społecznemu seniorów

Wiele uwagi poświęca się kwestii aktywizowania ludzi starszych, a przede wszystkim mobilizowania ich do działalności w życie społeczne w celu przeciwdziałania odizolowaniu i marginalizacji. Aktywność osób starszych umożliwia im kontaktowanie i porozumiewanie się z innymi ludźmi, dostarcza satysfakcji, umożliwia odgrywanie ról społecznych, a tym samym funkcjonowanie w grupie i w społeczeństwie.

Dzięgielewska wyróżniła trzy podstawowe typy aktywności seniorów:

1. typ formalny; polegający na udzielaniu się w różnych organizacjach i stowarzyszeniach społecznych, w pracach na rzecz lokalnej społeczności, w wolontariacie,

2. typ nieformalny; polegający głównie na utrzymywaniu kontaktów z rodziną, z przyjaciółmi, z sąsiadami,
3. typ samotniczy; który charakteryzuje rozwijaniem własnych zainteresowań, pasji, oglądaniem telewizji, czytaniem [13].

Teraźniejszość stwarza seniorom coraz więcej możliwości bycia aktywnym, postrzeganym w społeczeństwie, umożliwia zdobywanie nowej wiedzy oraz pozwala na aktywne spędzanie czasu wolnego. Starość dobrze spożytkowana może realizować ambicje, dawać poczucie spełnienia i pewności siebie.

Z roku na rok powstaje coraz więcej instytucji, stowarzyszeń, które pomagają w aktywnym przeżyciu starości takich jak:

- Uniwersytety Trzeciego Wieku, kształtujące w seniorach samoświadomość oraz umiejętność samooceny, umożliwiają akceptację samego siebie i podwyższają poczucie własnej wartości,
- Kluby Seniora, samopomocowe ośrodki życia towarzyskiego, kulturalnego, edukacyjnego i opiekuńczego. Zadaniem jest poprawa jakości życia samotnych seniorów. Zaspokajają one potrzebę kontaktów międzyludzkich.
- Dzienne Domy Pomocy Społecznej; placówki opiekuńcze typu otwartego, których nadrzędnym celem jest zapewnienie pomocy w organizacji życia osobom samotnym, z deficytami w samo opiece. Odbywa się to poprzez zapewnienie kwalifikowanej opieki, organizację czasu wolnego, zajęć terapeutycznych, gorących posiłków. W placówkach dziennych świadczy się również szereg innych usług np. zdrowotnych, rehabilitacyjnych, socjalno-bytowych [6,13].

Podejmowane wielu działań w różnych dziedzinach życia, których celem jest mobilizacja ludzi starszych do aktywności społecznej zapobiega uczuciu odrzucenia, zbędności i osamotnienia. Ponadto potęguje tworzenie więzi społecznych poprzez nawiązywanie i podtrzymywanie nowych kontaktów towarzyskich. Tym samym buduje wizerunek nowego, aktywnego i pełnowartościowego seniora [13].

Podsumowanie

W wielu publikacjach próbuje się ukazać problem wykluczenia ludzi w wieku sędziwym. U podstaw stygmatyzacji, czyli pozbawienia jednostek lub pewnych grup społecznych możliwości korzystania z zasobów dostępnych dla innych oraz marginalizacji tkwią różne formy i przejawy dyskryminacji, dawane do zrozumienia ludziom starszym, że nie są pełnoprawnymi członkami społeczeństwa, społeczeństwa młodego, sprawnego i dynamicznego. Ludzie starsi, pomimo posiadania pewnych gwarancji socjalnych zarówno we

własnej ocenie, jak i w odbiorze społecznym, postrzegani są jako grupa o niskim statusie i marginalnym znaczeniu społecznym. Zmiany psychologiczne w sferze poznawczej, osobowościowej i emocjonalno-społecznej sprawiają, że ludzie w wieku sędziwym całkowicie wycofują się z życia społecznego. Szczegółowo zbadał i opisał postawy wobec starości Zych [14] w swojej publikacji „Człowiek wobec starości. Szkice z Gerontologii społecznej". Książka w fascynujący sposób ukazuje typy postaw związanych z przystosowaniem się do procesu starzenia i starości, zmianami dokonującymi się w świecie wartości osób starszych, problemami z jakimi stykają się na co dzień – cierpieniem, samotnością, wykluczeniem. Każde z poruszanych problemów jest dokładnie opisane i udokumentowane wynikami wieloletnich badań i obserwacji, co pozwala osobom zajmującym się zawodowo problemami ludzi starszych na odnalezienie kierunku postępowania zmierzającego do pozytywnego doświadczania starości nie w odosobnieniu, ale we wspólnocie. Inną formą minimalizującą poziom wykluczenia osób starszych stanowiącą krok ku poprawie rozwiązań zwiększającego się problemu starzejącego się społeczeństwa są domy dziennego pobytu, przeznaczone dla dochodzących podopiecznych. Tego typu placówki dają możliwość przystosowywania się do zmieniających się warunków egzystencjonalnych, trening i stosowanie mnemotechniki pozwoli na poprawę funkcjonowania pamięciowego, ćwiczenia fizyczne i aktywność pozwoli na zaspokojenie wszystkich potrzeb seniorów przy jednoczesnym zachowaniu ich samodzielności i niezależności [6]. Podejmowanie działań zmierzających do poprawy wizerunku osoby starej, eliminacja niekorzystnych czynników wpływających na aktywność życiową powinna być priorytetowym działaniem każdego społeczeństwa, ponieważ jak pisze Zaorska [15] człowiek nie może trwać długo w osamotnieniu, bo wiąże się to z rozczarowaniem i goryczą, a w konsekwencji prowadzi do zniedołężnienia i śmierci.

Proces starzenia się to wyzwanie, z którym nie każdy senior potrafi sobie poradzić sam. Świadomość problemów, jakie mogą pojawić się w starości, odpowiednie przygotowanie się do tej fazy życia, właściwa postawa wobec starości swojej i innych, niewątpliwie pomogą przeżyć każdemu okres jesieni życia jak najlepiej i jak najpiękniej, z wykorzystaniem bogactwa doświadczeń całego życia.

Piśmiennictwo

1. Faleńczyk K.: Opieka długoterminowa w Polsce [w:] Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej, Kędziora-Kornatowska K., Muszalik M., Skolimowska E. (red.), Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2010, 3-11.

2. Zych A.A.: Słownik gerontologii społecznej. Warszawa, 2001.
3. Trafiałek E.: Starzenie się i starość. Wybór tekstów z gerontologii społecznej, Wszech. Święt. Kielce, 2006.
4. Szatur-Jaworska B.: Ludzie starzy i starość w polityce społecznej. Ofic. Wyd. ASPRA-JR, Warszawa, 2000.
5. Szatur-Jaworska B.: Ludzie starzy i starość w polityce społecznej. Ofic. Wyd. ASPRA-JR, Warszawa, 2000.
6. Grabowska M.: Psychologiczne aspekty starzenia się [w:] Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej, Kędziora-Kornatowska K., Muszalik M., Skolimowska E. (red.), Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2010, 165-174.
7. Bidzan L.: Objawy prodromalne zespołów otępiennych typu Alzheimera w świetle kilkuletnich badań prospektywnych. Ann. Acad. Gedanensis, 2000,t. 30, 1-259..
8. Bidzan L.: Zaburzenia funkcji poznawczych – współczesne możliwości terapeutyczne. [w]: Jodzio K (red.).Neuronalny świat umysłu. Jodzio K (red.). Ofic. Wyd. Impuls Kraków, 2005, 167-190.
9. Tobiasz-Adamczyk B.: Społeczne aspekty starzenia się i starości [w:] Geriatria z elementami gerontologii ogólnej, Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red.), Via Medica, Gdańsk, 2006, 37-41.
10. Dziuba A.: Społeczny obraz starości i postrzeganie własnego ciała w procesie starzenia się. Przegląd piśmiennictwa. Geront. Pol., 2010,18, 140-147.
11. Synak B.: Pozycja społeczna ludzi starych w warunkach zmian ustrojowych i cywilizacyjno-kulturowych [w:] Ludzie starzy w warunkach transformacji ustrojowej, Synak B. (red.), Wyd. Uniw. Gdańskiego, Gdańsk, 2000, 12-14.
12. Ostrowska A.,Sikorska J.: Syndrom niepełnosprawności w Polsce. Bariery integracji. Warszawa, 1996.
13. Kaczmarczyk M., Trafiałek E.: Aktywizacja osób w starszym wieku jako szansa na pomyślne starzenie. Geron. Pol. 2007,15,4.
14. Zych A.A.: Człowiek wobec starości. Szkice z gerontologii społecznej. Wyd. Śląsk. Katowice, 1999.
15. Zaorska B.: Podróż na krańce życia. Wyd. Arch., Warszawa, 1995.

Wiśniewska-Śliwińska Hanna, Mirowska Mariola

A przed śmiercią jest starość… Zapotrzebowanie osób starszych na różne formy pomocy

Akademia im. Jana Długosza w Częstochowie, Zakład Pracy Socjalnej

Wprowadzenie

Opracowanie niniejsze przybliża problematykę pomocy osobom starszym. Skupiono się na problematyce praktycznej, rzeczywistej pomocy, a nie na ramach prawnych, określających dopuszczalność, okoliczności i realizację różnych form pomocy.

Starość jest naturalną fazą życia, następującą po okresach dzieciństwa, młodości i dojrzałości. Określana jest mianem końcowej tercji życia, a utożsamiana ze spadkiem wydolności organizmu, utratą mobilności, osłabieniem sił immunologicznych, ograniczeniem zdolności przystosowania się do wszelkich zmian, a w kontekście socjoekonomicznym – również z pauperyzacją, samotnością (starość psychiczna), koniecznością korzystania z pomocy innych i funkcjonowaniem na marginesie życia społecznego (wykluczenie społeczne, starość społeczna) [1].

Starość nie pojawia się w życiu człowieka nagle– jest efektem postępującego procesu zmian obejmując całość organizmu żywego i wszystkich jego funkcji [2]. Badacze określają też starość jako zjawisko kulturowe, wywołane na podłożu biologicznym, związane z osłabieniem sił (inwolucją). Dotąd nie wskazano żadnego obiektywnego lub przyrodniczego/ biologicznego progu starości. Wiązanie początku starości z wiekiem chronologicznym 70, 65, 55 lat jest umowne. Upowszechniło się wraz z rozwojem systemu zabezpieczeń społecznych [2].

Często pojęcie starości łączone jest z barkiem aktywności, pustką życiową, apatyczną postawą wobec rzeczywistości, uzależnieniem od innych, brakiem aktywności fizycznej, częstymi chorobami. Typowe określenie „starość nie radość" utożsamia wiek starczy jako wiek smutku i żalu za stracona młodością [3].

Autorzy przeprowadzają podział życia ludzkiego, starości na okresy, etapy, fazy. Jednak nie można traktować starości kategorycznie, sztywno dzielić na etapy. Taka umowna periodyzacja starości wydaje się niemożliwa ze względu na zmiany społeczne, kulturowe, naukowe oraz technologiczne.

Klonowicz zaproponował następujący – nawiązujący do aktywności zawodowej – podział życia człowieka [2]:

- I faza – wiek przedprodukcyjny (0 - 17 lat),
- II faza – wiek produkcyjny (18 – 59 lat kobiety i 18 – 64 lat mężczyźni),
- III faza – wiek poprodukcyjny (powyżej 60 lat kobiety i powyżej 65 lat mężczyźni)

Z kolei ostatni etap życia człowieka – starość – również podlegał umownym podziałom [2].

Bochenek proponuje uwzględnienie stopni starzenia się:

- I stopień starzenia się: 60-70 lat,
- II stopień starzenia się: 70-80 lat,
- II stopień starzenia się: 80-90 lat

Z kolei Kocemba starość postrzega nieco inaczej:

- starość wczesna tzw. II wiek, young old: 60-75 lat
- starość dojrzała tzw. old old: 75-90 lat
- długowieczność (wiek sędziwy, oldest old long life): 90-110-120 lat

Zaś Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) fazy starości ujmuje inaczej [4]:

- 60 lat: początek starości
- 70 lat: wiek podeszły
- 80 lat: wiek starczy
- 90 lat: długowieczność.

W związku z postępującymi zmianami ludzie starsi mają różne potrzeby- począwszy od potrzeb fizjologicznych, występujących przez całe życie, z którymi w wieku starszym niektórzy radzą sobie gorzej, poprzez zapotrzebowanie na usługi pielęgniarskie, lekarskie, na potrzebach socjalnych kończąc.

Potrzebę można określić jako stan braku, jaki jest odczuwalny przez jednostkę. Stanowi temu towarzyszy gotowość do podjęcia działania, zmierzającego do zaspokojenia zdefiniowanej potrzeby. [2]

Według Maslowa zaspokojenie potrzeb znajdujących się niżej w hierarchii pozwala na to, że jednostka zaczyna odczuwać potrzeby zlokalizowane wyżej w tej hierarchii. Nie jest przy tym konieczne, by potrzeby zostały zaspokojone całkowicie. Zależne jest to od cech i preferencji jednostki, zaspokojenie może być jedynie częściowe [2].

Abraham Maslow określił następując potrzeby:

- potrzebę estetyczną,

- potrzebę wiedzy i rozumienia,
- potrzebę szacunku,
- potrzebę przynależności i miłości,
- potrzebę bezpieczeństwa,
- potrzebę fizjologiczną.

Czerniawska twierdzi, że szczególnie ważne dla ludzi starszych są:

- potrzeba bezpieczeństwa,
- potrzeba przynależności,
- potrzeba użyteczności,
- potrzeba uznania i utrzymania dotychczasowej pozycji,
- potrzeba niezależności.

Uważa również, że człowiek starszy potrzebuje satysfakcji życiowej, poczucia ciągłości, by mógł dobrze funkcjonować w społeczeństwie, bez względu na zmiany fizjologiczne, społeczne czy psychiczne [5].

Globalne starzenie się powoduje, że zmieniają się potrzeby społeczne, kulturalne i edukacyjne. Stan ten jest wyzwaniem dla współczesnej psychologii, pedagogiki, socjologii, gerontologii. Często wymieniane przez autorów są potrzeby:

- fizjologiczne (głodu, snu, rekreacji, seksualne),
- psychiczne,
- społeczne,
- bezpieczeństwa (pewności, stabilności, oparcia, opieki, wolności),
- miłości (szacunku, uczucia, kontaktu z drugim człowiekiem),
- poznawcze (wiedza, rozumienie),
- estetyczne (porządku, dokończenia działań),
- egzystencjalne i duchowe.

Niezaspokojenie tych potrzeb może doprowadzić do deprywacji emocjonalnej i poznawczej, wyobcowania, izolacji, stanu frustracji. Człowiek, gdy je realizuje, czuje satysfakcję i spełnienie. To z kolei prowadzi to do pojawienia się potrzeb najwyższych i bardziej osobistych, takich jak: potrzeba sensu życia, realizacji samego siebie, twórczości czy też czynienia dobra [5].

By osoby starsze mogły mieć odczucie spełnienia potrzeb konieczne jest zapewnienie im odpowiednich form pomocy.

Różne formy pomocy powinny umożliwiać osobom starszym sprawne funkcjonowanie w społeczeństwie, tak by czuły się bezpiecznie i mogły sobie same radzić w życiu codziennym. Ważne jest to, czy formy pomocy aktywizują i motywują ludzi starszych do działania, czy dzięki temu czują się oni potrzebni. Ważne jest uwzględnienie potrzeb adresatów różnych form pomocy, w omawianych przypadkach- osób starszych.

Pomoc instytucjonalna to element socjalnej działalności państwa, rozumianej jako pomoc zbiorowości dla jednostki w sytuacji życiowej, w której nie może ona własną pracą i/lub osobistym staraniem zaspokoić swych niezbędnych potrzeb życiowych [6].

Osoby, które osiągają wiek emerytalny, posiadają zagwarantowany przez Konstytucję RP – na równi z innymi obywatelami – dostęp do [7]:

- służby publicznej (art. 60 RP),
- zabezpieczenia społecznego (art. 67 RP),
- ochrony zdrowia (art. 68 RP),
- pomocy w zabezpieczeniu egzystencji oraz komunikacji społecznej (art. 69 RP),
- korzystania ze świadczeń emerytalno – rentowych,
- domów pomocy społecznej,
- zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, opiekuńczo-leczniczych, hospicjów, sanatoriów rehabilitacyjnych i różnorodnych form wsparcia w miejscu zamieszkania.

Pomoc instytucjonalna polega na zapewnieniu godnych warunków życia, które wpisane są w statutowe obowiązki instytucji sektora rządowego, samorządowego i pozarządowego [1].

Instytucjami służącymi aktywności społeczno - edukacyjnej dla ludzi starszych są również kluby seniora, uniwersytety trzeciego wieku bądź różnego rodzaju stowarzyszenia. Ważne jest, że takie formy aktywizują ludzi starszych i prowadzą do aktywnego spędzania wolnego czasu, rozbudzają nowe zainteresowania pomagają podtrzymywać/ nawiązywać nowe kontakty [8].

Pomoc środowiskowa rozumiana jest jako jedna z form zabezpieczenia, zespół świadczeń i działań, służący przeciwdziałaniu trudnych sytuacji życiowych przez jednostki i rodziny w ich naturalnym środowisku społecznym [5]. Wymienić należy tu kilka form:

- pozostawienie osoby korzystającej z pomocy w dotychczasowym środowisku,
- skierowanie do domu pomocy społecznej,
- zasada aktywnego wyszukiwania osób, którym ta pomoc jest niezbędna,
- pomoc ekonomiczna,

- pomoc w organizacji życia codziennego,
- pomoc w zaspokojeniu potrzeb wyższego rzędu.

Środowiskowa pomoc na rzecz ludzi starszych to pomoc w miejscu ich zamieszkania. Ważną rolę odgrywa tutaj pomoc pracownika socjalnego, który kontroluje na bieżąco, jakiej pomocy oczekuje bądź potrzebuje klient. Taka pomoc przysługuje każdemu i jest ona niezależna od poziomu dochodów. Można tu wymienić rożne formy pomocy środowiskowej [8]:

- świadczenia materialne, rzeczowe,
- poradnictwo,
- świadczenia zdrowotne, społeczne,
- posiłki,
- usługi opiekuńcze,
- terapia.

Pomoc usługowa to pomoc kierowana do osób niepełnosprawnych lub przewlekle chorych. Polega na wykonywaniu czynności z życia codziennego lub tych, które wymagają znacznego wysiłku i sprawności. Realizowane są zarówno w domu jak i poza nim. Pomoc w formie usług nieodpłatnych lub odpłatnych umożliwia osobom niepełnosprawnym/ starszym w miarę normalne funkcjonowanie. Zwiększa ich poczucie bezpieczeństwa oraz ogranicza troski i zagrożenia codziennego życia. Takimi formami pomocy są m.in. [5]:

- mycie okien,
- porządki,
- załatwienie spraw w urzędzie,
- pomoc w wyjściu do kościoła, na spacer.

Inną formą usługowo – opiekuńczą dla ludzi starszych dysponuje ośrodek dzienny bądź ośrodek dziennej opieki dla dorosłych. Oferuje on usługi socjalne, rekreacyjne i rehabilitacyjne osobom dorosłym, które nie wymagają pomocy instytucjonalnej, ale ze względu na osłabienie lub izolację wymaga nadzoru dziennego. Placówka taka zapewnia posiłki i przekąski, organizowane są zajęcia, spacery, niekiedy usługi transportowe [5].

Ludzie starsi oczekują pomocy usługowej w prowadzeniu gospodarstwa domowego oraz opieki. Ponieważ są osobami niepełnosprawnymi lub przewlekle chorymi, są niezdolnymi do samodzielnego prowadzenia życia w miejscu zamieszkania.

Kryteria przeznaczone dla osób starszych wyznaczone są w ustawie o Pomocy Społecznej z dn. 12 marca 2004 r., która dokładnie opisują jakie są wymagania wobec osób,

które starają się o pomoc z MOPS. Są również przepisy prawne, które wyznaczają kryteria dochodowe i odpłatność za korzystanie z oferowanych usług MOPS [9].

Ustawa mówi, że pomoc społeczna wspiera osoby i rodziny w wysiłkach zmierzających do zaspokojenia niezbędnych potrzeb i umożliwia im życie w warunkach odpowiadających godności człowieka.

Pomocy społecznej udziela się osobom i rodzinom w szczególności z powodu:

1. ubóstwa;
2. sieroctwa;
3. bezdomności;
4. bezrobocia;
5. niepełnosprawności;
6. długotrwałej lub ciężkiej choroby;
7. przemocy w rodzinie;
8. potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi;
9. potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;
10. bezradności w sprawach opiekuńczo – wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych i wielodzietnych;
11. braku umiejętności w przystosowaniu do życia młodzieży opuszczającej całodobowe placówki opiekuńczo – wychowawcze;
12. trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczpospolitej Polskiej statusu uchodźcy lub ochronę uzupełniającą;
13. trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;
14. alkoholizmu lub narkomanii;
15. zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej;
16. klęski żywiołowej lub ekologicznej. (art.7)

Osobom, które z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, a jest jej pozbawiona, przysługuje pomoc w formie usług opiekuńczych.

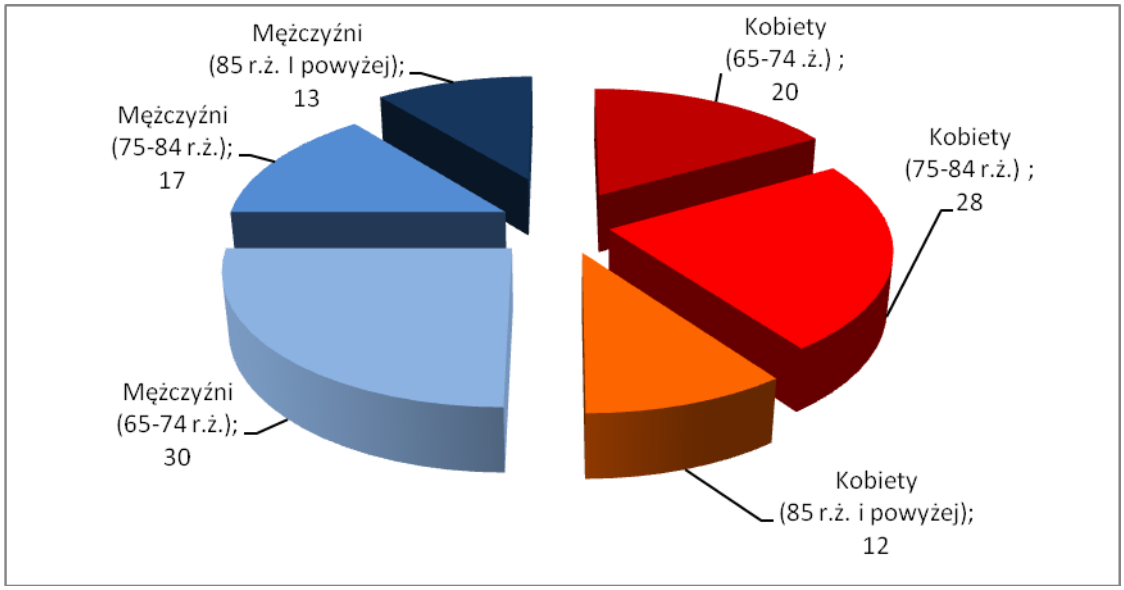
Bezpłatną formą pomocy usługowej jest wolontariat – świadome, dobrowolne działanie na rzecz innych. Pomoc ta najczęściej polega na robieniu zakupów, pomaganiu w pracach domowych, ale także na odwiedzaniu drugiej osoby i ofiarowaniu mu swojego czasu na spotkanie i rozmowę. [8]

Cele pracy

1. Określenie, jakie potrzeby zgłaszają osoby starsze, jakich form pomocy oczekują.
2. Określenie stopnia zaspokojenia zgłaszanych przez osoby starsze potrzeb.

Materiał i metoda

Badania prowadzono na terenie miasta Częstochowa oraz powiatów częstochowskiego i myszkowskiego w okresie od lutego 2013 roku do listopada 2013 roku. Łącznie było to 120 osób, z którymi prowadzono wywiad kwestionariuszowy. Respondentów było 120, jednak w 35 przypadkach w wypełnieniu kwestionariuszy brali udział opiekunowie osób starszych. Badanymi było 60 kobiet i 60 mężczyzn. Ze względu na podział na grupy wiekowe były to: 50 osób w wieku 65- 74 r.ż., 45 osoby wieku 75- 84- r.ż. oraz 25 osób w wieku 85 r.ż. i powyżej.



Ryc.1. Wiek i pleć badanych

Wyniki badań i ich omówienie

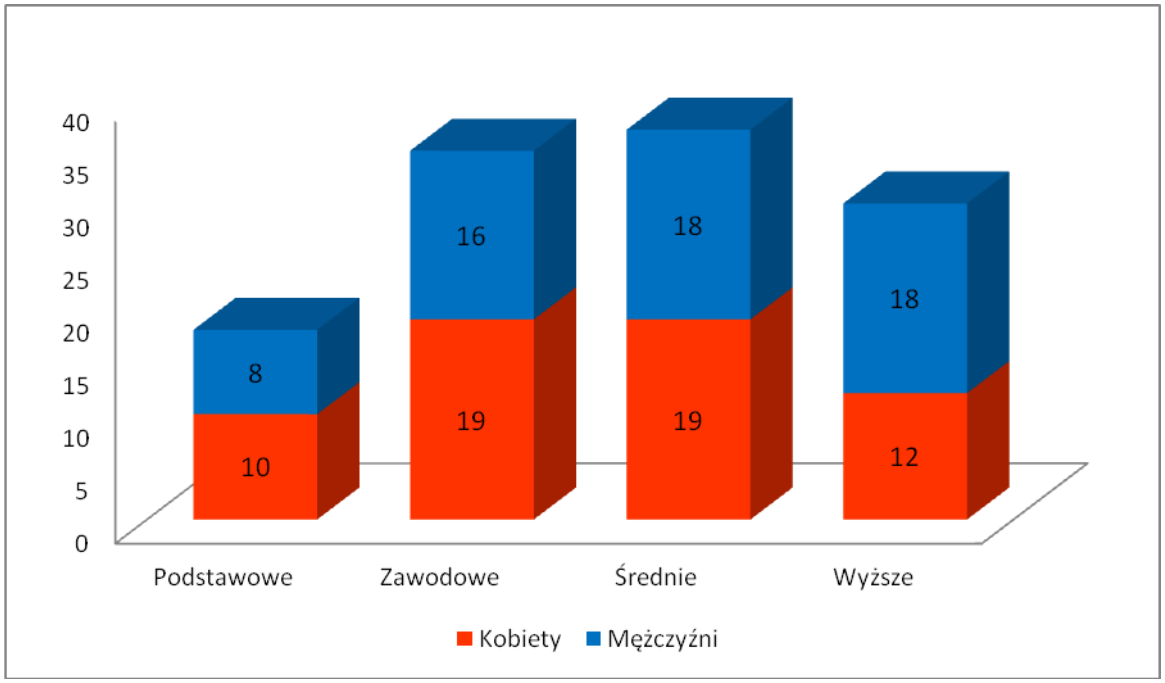
Wśród badanych seniorów było 60 kobiet i 60 mężczyzn. Wiekowo były o osoby w wieku 65-74 r.ż. – 50 osób, 75-84 r.ż. – 45 osób, 85 r.ż. i powyżej – 25 osób.

W grupie badanej dominowało wykształcenie średnie (Ryc.2).

Z Tabeli 1 wynika, że najwięcej 58 osób badanych było w związku małżeńskim/ partnerskim, a 62 osoby są osobami samotnymi.

Miejscem zamieszkania badanych były w większości miasta- 85 osób. Na wsi mieszkało 35 badanych.

Respondenci zamieszkiwali z reguły ze współmałżonkami lub samotnie (Tab. 2).



Ryc. 2. Wykształcenie respondentów

Tab.1. Stan cywilny badanych

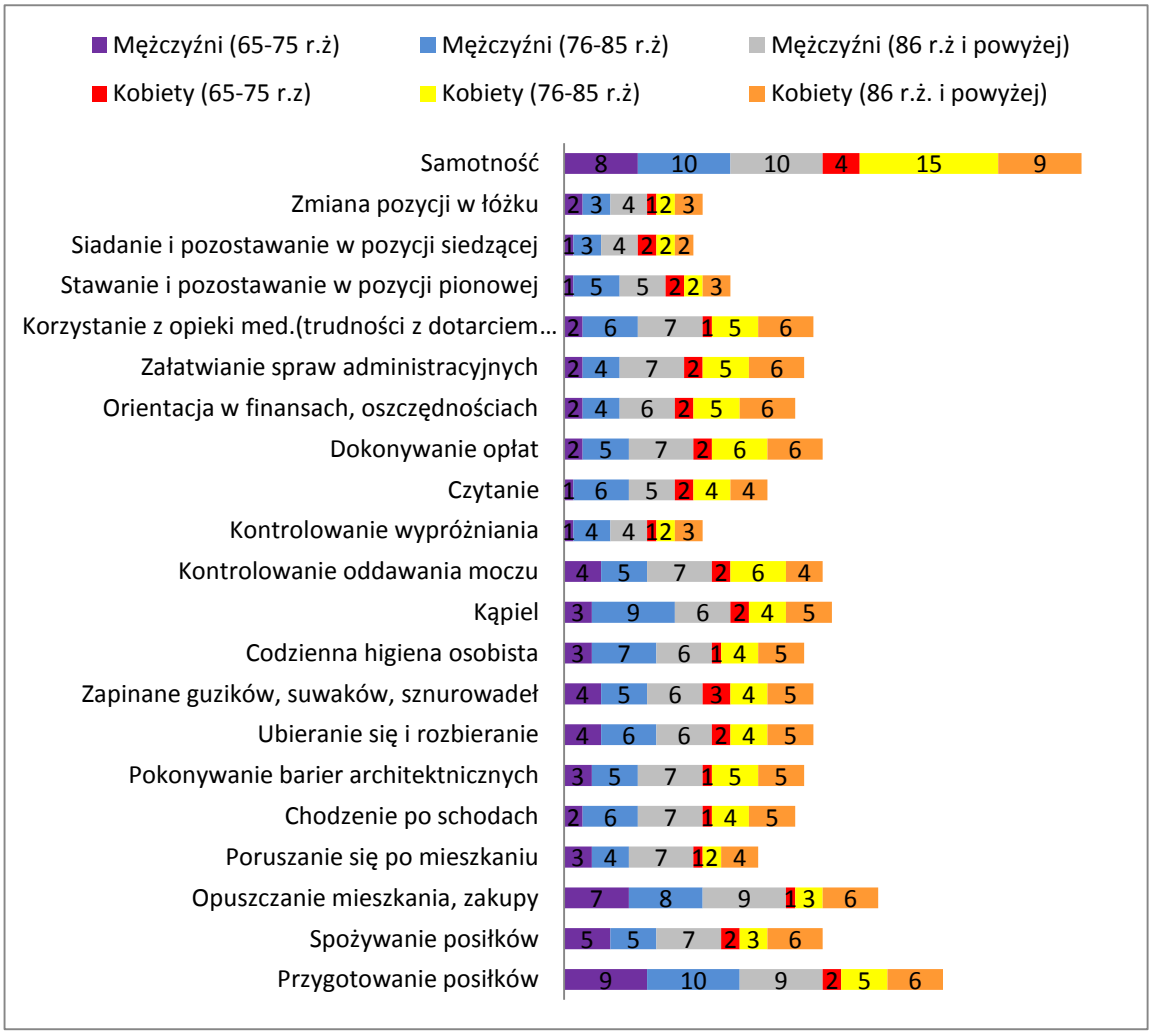
Status	Liczba badanych
Żonaty/ mężatka (zamieszkujący wspólnie)	55
Żonaty/ mężatka (w separacji)	6
W związku partnerskim	3
Rozwiedziony/ rozwiedziona	7
Wdowiec/ wdowa	31
Kawaler/ panna	18

Tab. 2. Zamieszkiwanie respondentów

Status	Liczba badanych
Ze współmałżonkiem	55
Z partnerem	3
Z rodzicami/ rodzicem/ teściem	5
Ze znajomym	3
Samotnie	46
W Domu Pomocy Społecznej	8

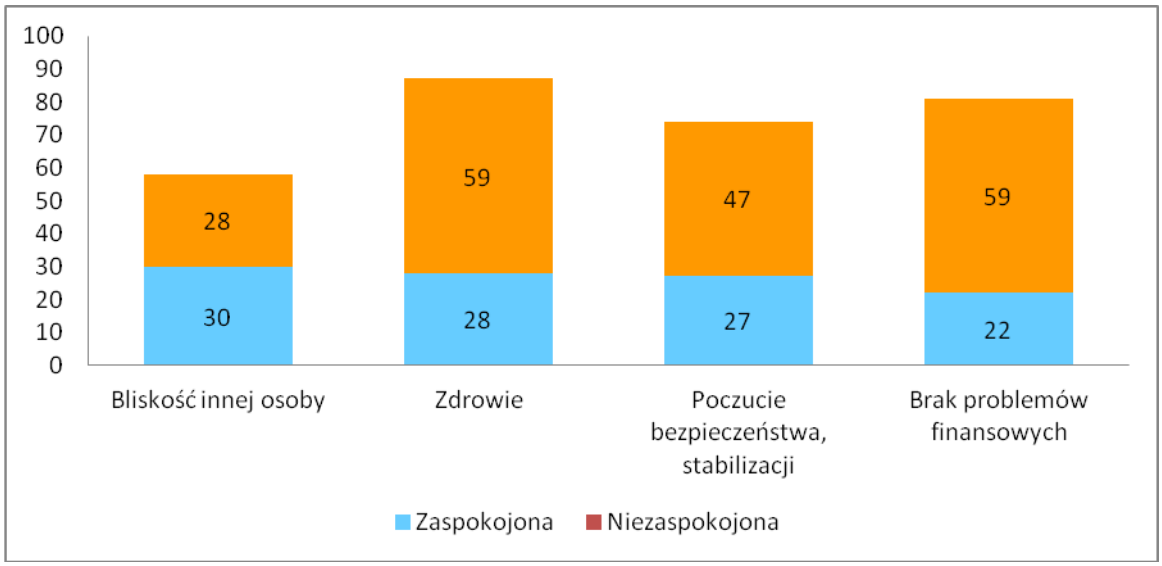
Czynności/sytuacje, wymieniane przez osoby starsze jako te, które są dla nich problemem to: przygotowanie posiłków, spożywanie posiłków, opuszczanie mieszkania, robienie zakupów, przemieszczanie się po mieszkaniu (poruszanie się po powierzchniach płaskich), chodzenie po schodach, pokonywanie barier architektonicznych, ubieranie się i rozbieranie, zapinanie guzików, suwaków, sznurowadeł, codzienna higiena osobista, kąpiel, kontrolowanie oddawania moczu, kontrolowanie wypróżniania, czytanie, dokonywanie opłat, orientacja w finansach, oszczędnościach, załatwianie spraw administracyjnych, korzystanie z opieki medycznej (niemożność udania się do przychodni), stawanie i pozostawanie w pozycji pionowej przez dłuższy czas, siadanie i pozostanie w pozycji siedzącej przez dłuższy czas, zmiana pozycji w łóżku, samotność.

Wyniki obrazuje Rycina 3..



Ryc.3. Problemy zgłaszane przez respondentów

Seniorzy, zapytani o główne potrzeby, najczęściej wskazywali te związane z utrzymaniem zdrowia (Ryc. 4).



Ryc. 4. Potrzeby seniorów zgłaszane przez nich jako najważniejsze

Zapytani o to, kto im pomaga, seniorzy najczęściej wskazywali współmałżonka, dziecko i rodzeństwo, a rzadziej- sąsiada, wolontariusza, opiekuna profesjonalnego.

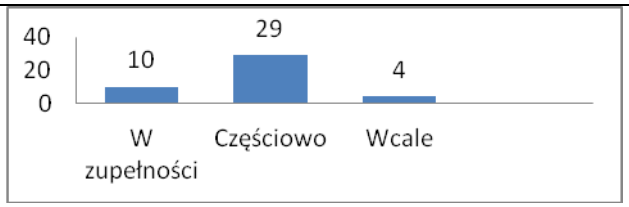
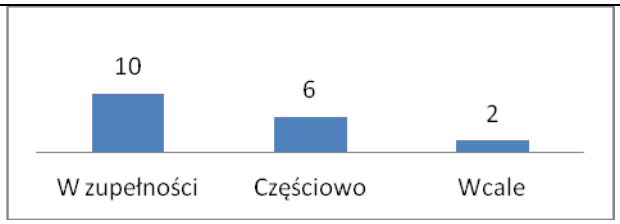
Seniorzy wykazali również potrzeby, których realizacja/ zaspokojenie, leży w gestii instytucji państwowych, organizacji i placówek pomocowych (Tab. 3).

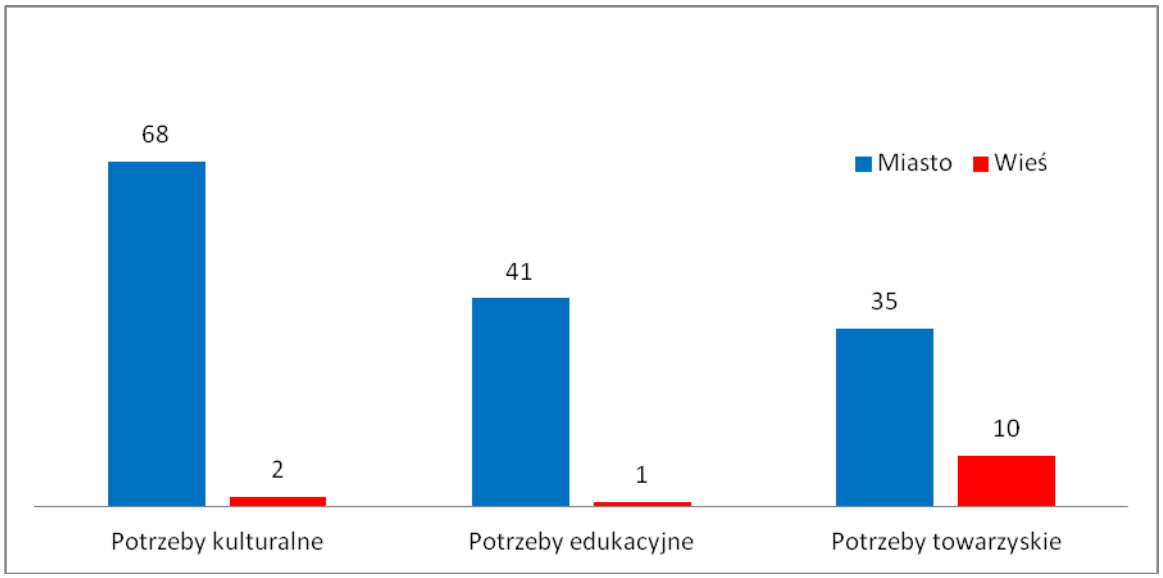
Osoby starsze pozytywnie oceniły udział w różnych formach wspólnego spędzania czasu: wspólne obchodzenie Świąt, imienin, wyjścia do kina, teatru, muzeum, biblioteki, kawiarni. Również zajęcia proponowane przez Uniwersytet Trzeciego Wieku i Kluby Seniora- spotkania własne, muzykoterapia, wycieczki, zajęcia komputerowe, nauka języków obcych (Ryc. 3).

Usługami opiekuńczymi, których realizacji seniorzy oczekują ze strony MOPS-u/ GOPS-u są: pomoc w prowadzeniu domu, pomoc w robieniu zakupów/ robienie zakupów oraz pomoc w sprawach urzędowych.

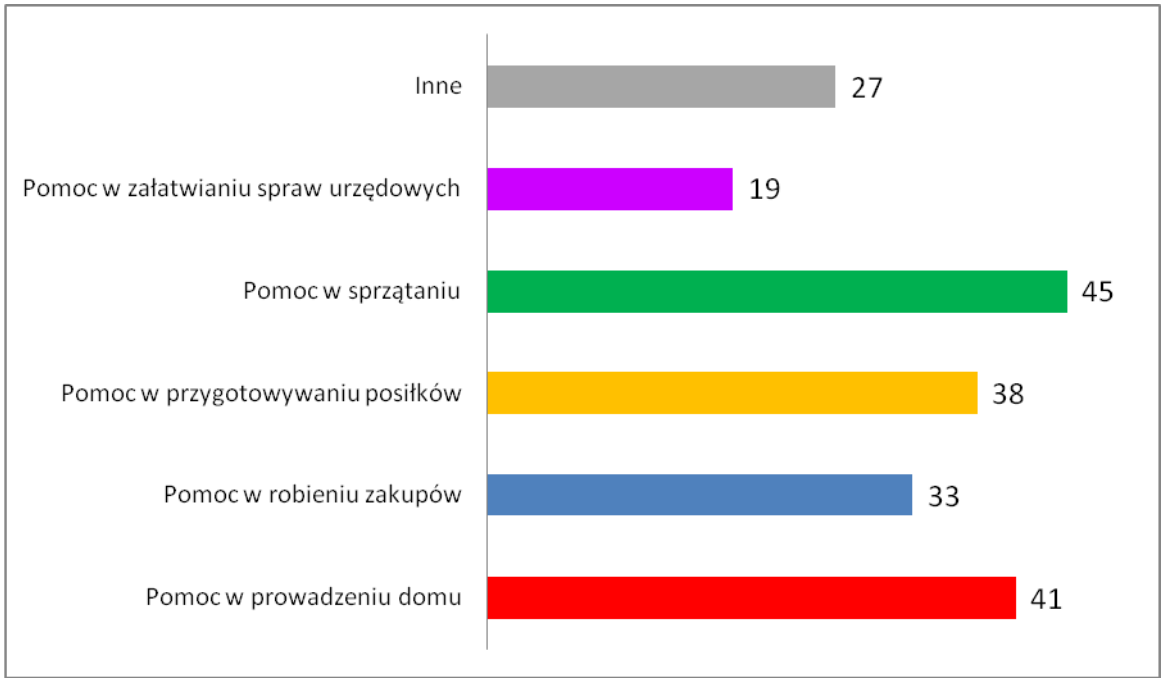
Warto zwrócić uwagę, iż seniorzy od opiekunów/ asystentów wyznaczonych przez ośrodki pomocowe oczekują usług nie przewidzianych przez procedury tych placówek lub usług, do wykonywania których opiekunowie nie mają uprawnień. Przykładami takich czynności są: mierzenie poziomu cukru, wykonywanie iniekcji, zmiana opatrunku. Miały miejsce przypadki, gdy senior składał zażalenie na osobę pomagającą mu z ramienia MOPS-u/ GOPS-u z powodu nie wykonania przez nią usług pielęgniarskich (Ryc. 5).

Tab. 3. Potrzeby seniorów realizowane przez instytucje i organizacje

Potrzeba	Ilość osób zgłaszających (na 120 badanych)	Stopień zaspokojenia
Otrzymywanie pomocy finansowej	43	
Otrzymywanie pomocy rzeczowej (żywność, odzież, opał)	32	
Usługi opiekuńcze	27	
Dożywianie	18	
Schronienie	10	



Ryc. 3. Realizacja potrzeb- w zależności od miejsca zamieszkania



Ryc.5. Usługi opiekuńcze, których realizacji oczekują seniorzy ze strony pracowników MOPS-u/ GOPS-u

Wnioski

1. Wyniki badań pozwalają uznać, iż potrzeby osób starszych umiejscowione są w różnych sferach – psychicznej, materialnej, fizycznej.
2. Potrzeby na różne formy pomocy wzrastają wraz z wiekiem.
3. Badani, poza potrzebą kontaktu z bliskimi, najczęściej zgłaszają potrzebę otrzymywania pomocy materialnej oraz pomocy w robieniu zakupów oraz wychodzeniu z domu docieraniu do placówek medycznych. W dalszej kolejności podają pomoc w czynnościach higienicznych i spożywaniu posiłków.
4. Zgłaszane przez seniorów potrzeby są zaspokajane – w większym stopniu potrzeba posiadania schronienia, miejsca zamieszkania, odżywiania się, w mniejszym stopniu – potrzeba opuszczania miejsca zamieszkania oraz potrzeba kontaktowania się z innymi.

Piśmiennictwo

1. Trafiałek E.: Starzenie się i starość wybór tekstów z gerontologii społecznej. Wszechnica Świętokrzyska w Kielcach, Kielce, 2006.

2. Szarota Z.: Gerontologia społeczna i oświatowa zarys problematyki. Wyd. Naukowe Akademii Pedagogicznej w Krakowie, Kraków 2004.
3. Zierkiewicz E. Łysak A.: Starsze kobiety w kulturze i społeczeństwie. Wyd. MarMar, Wrocław, 2005.
4. http://www.who.int/en/, data pobrania 20.03.2014
5. Zych AA.: Przekraczając „smugę cienia". Szkice z gerontologii i tanatologii. Wyd. "Śląsk" Sp. z o. o., Katowice, 2009.
6. Zych AA.: Słownik Gerontologii Społecznej. ŻAK Wydawnictwo Akademickie, Warszawa, 2001.
7. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, Dz. U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483, z 2001 r. nr 28, poz. 319, z 2006 r. Nr 200, poz. 1471, z 2009 r, nr 114, poz. 946 z dnia 2 kwietnia 1997 r.
8. Szatur-Jaworska B. Błędowski P. Dzięgielewska M.: Podstawy gerontologii społecznej. Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa, 2006.
9. Ustawa o pomocy społecznej, Dz. U. 2008 nr 115, poz. 728.

Wiśniewska-Śliwińska Hanna

A przed śmiercią jest starość… Zapotrzebowanie osób w wieku poprodukcyjnym na usługi medyczne

Zakład Pracy Socjalnej, Akademia im. Jana Długosza w Częstochowie

Wstęp

Opracowanie niniejsze przybliża problematykę pomocy osobom starszym. Skupiono się na problematyce potrzeb na usługi medyczne, pielęgniarskie, rehabilitacyjne.

Starość to efekt starzenia się. Procesy biologiczne, psychiczne, społeczne oddziałują między sobą, a to prowadzi do naruszenia równowagi biologicznej i psychicznej bez możliwości przeciwdziałania. Starość to okresem życia następujący po wieku dojrzałym, natomiast starzenie się jest procesem, zjawiskiem dynamicznym [1].

Starość nie pojawia się w życiu człowieka nagle – jest efektem postępującego procesu zmian obejmując całość organizmu żywego i wszystkich jego funkcji [2].

Badacze określają starość jako zjawisko kulturowe, wywołane na podłożu biologicznym, związane z osłabieniem sił (inwolucją). Nie ma żadnego obiektywnego ani przyrodniczego progu starości. Wiązanie początku starości z wiekiem chronologicznym 70, 65, 55 lat jest czysto umowne, konwencjonalne [2].

Biologowie i lekarze określają starość jako okres życia ustroju po wieku dojrzałym, charakteryzujący się obniżeniem funkcji życiowych i szeregiem zmian w poszczególnych układach i narządach [2].

Często pojecie starości łączone jest z barkiem aktywności, uzależnieniem od innych, brakiem aktywności fizycznej, częstymi chorobami [3].

Autorzy przeprowadzają podział życia ludzkiego, starości na okresy, etapy, fazy. Jednak nie można starości kategorycznie, sztywno podzielić na etapy. Taka umowna periodyzacja starości wydaje się niemożliwa ze względu na zmiany społeczne, kulturowe, naukowe oraz technologiczne.

Klonowicz zaproponował następujący – nawiązujący do aktywności zawodowej – podział życia człowieka [2]:

- I faza – wiek przedprodukcyjny (0 - 17 lat),
- II faza – wiek produkcyjny (18 – 59 lat kobiety i 18 – 64 lat mężczyźni),
- III faza – wiek poprodukcyjny (powyżej 60 lat kobiety i powyżej 65 lat mężczyźni)

Zaś Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) fazy starości ujmuje inaczej [4]:

- 60 lat: początek starości
- 70 lat: wiek podeszły
- 80 lat: wiek starczy
- 90 lat: długowieczność.

Najnowsze badania statystyczne wskazują, iż społeczeństwo polskie – tak jak inne europejskie – starzeje się. Przewiduje się, że w ciągu 30 lat liczba osób starszych wzrośnie trzykrotnie. Prawdopodobnie już w niedalekiej przyszłości zachwiane zostaną proporcje między ludnością w wieku produkcyjnym i poprodukcyjnym.

Ludzie starzy cierpią z powodu zmniejszonej umiejętności adaptacji do funkcjonowania w warunkach „społeczeństwa ciągłej zmiany". Jest tak również z powodu niepełnosprawności/ niesamodzielności, nieumiejętności pokonywania barier czy niemożności samodzielnego funkcjonowania.

Stopień sprawności osób w starszym wieku zależy od przebiegu procesu starzenia, występowania różnych schorzeń, stylu życia, czynników społeczno-środowiskowych występujących w ciągu całego życia. Zmniejszająca się z wiekiem sprawność powoduje wzrost zapotrzebowania na różne formy opieki [5].

Zdolność do samo opieki, inaczej sprawność czynnościowa to niezależność w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych. Do potrzeb tych zaliczamy poruszanie się, odżywianie, kontrolowanie czynności fizjologicznych oraz utrzymanie higieny osobistej [6].

Zależność osób w podeszłym wieku od innych ma charakter trwały, pogłębia się wraz z upływem czasu. Poziom niezbędnej opieki jest uwarunkowany poziomem zależności funkcjonalnej. Zależność ta to kategoria wielowymiarowa, na którą składają się wiek, stopień utraty samodzielności i czynniki socjoekonomiczne [7].

Różne formy pomocy powinny umożliwiać osobom starszym sprawne funkcjonowanie w społeczeństwie, tak by czuły się bezpiecznie i mogły sobie same radzić w życiu codziennym.

Pomoc instytucjonalna to element socjalnej działalności państwa, rozumianej jako pomoc zbiorowości dla jednostki w sytuacji życiowej, w której nie może ona własną pracą i/lub osobistym staraniem zaspokoić swych niezbędnych potrzeb życiowych [1].

Cele pracy

Celami pracy było:

1. Określenie stopnia niesprawności/niesamodzielności osób w wieku poprodukcyjnym.

2. Zdiagnozowanie zapotrzebowania ich na różne formy pomocy.

Materiał i metoda

Badania prowadzono na terenie miasta Częstochowa oraz powiatów częstochowskiego i myszkowskiego.

Do badań wylosowano 120 osób, pacjentów trzech gabinetów lekarzy pierwszego kontaktu, z którymi: prowadzono wywiad kwestionariuszowy oraz przeanalizowano udostępnioną przez nich dokumentację medyczną.

Badaniem objęto 120 osób (60 kobiet i 60 mężczyzn).

W 35 przypadkach, gdy badane osoby nie były w stanie udzielić odpowiedzi, w wypełnieniu kwestionariuszy pomagali im ich opiekunowie.

Struktura wiekowa badanych przedstawiała się następująco: 50 osób w wieku 65-74 lat, 45 - w wieku 75-84 lat, 25 - w wieku 85 lat i powyżej.

Ze względu na wykształcenie respondenci mają wykształcenie: podstawowe – 18 osób (15%), zawodowe – 35 osób (29,2%), średnie – 37 osób (30,8 %), wyższe – 30 osób (25%).

Zdecydowana większość badanych mieszka w mieście – 85 osób (70,8%), pozostałe – 35 (29,2%) na wsi.

Ze względu na stan cywilny w przewadze są osoby pozostające w związku małżeńskim lub partnerskim, co obrazuje poniższa Tabela 1.

Tab.1. Stan cywilny badanych

Sytuacja rodzinna/ stan cywilny	Ilość	Odsetek(%)
Żonaty/ mężatka (zamieszkujący wspólnie)	55	45,9
Żonaty/ mężatka (w separacji)	6	5,0
W związku partnerskim	3	2,5
Rozwiedziony/ rozwiedziona	7	5,8
Wdowiec/ wdowa	31	25,8
Kawaler/ panna	18	15,0

Ze względu na sytuację życiową, zamieszkiwanie respondentów - ilość osób zamieszkujących z członkiem rodziny, inną osobą pozostaje w przewadze względem osób zamieszkujących samotnie.

Tab.2. Sytuacja życiowa, zamieszkiwanie respondentów

Sytuacja życiowa, zamieszkiwanie	Ilość	Odsetek (%)
Ze współmałżonkiem	55	45,8
Z partnerem	3	2,5
Z rodzicami/ rodzicem/ teściem	5	4,2
Ze znajomym	3	2,5
Samotnie	46	38,3
W Domu Pomocy Społecznej	8	6,7

Sprawność pacjentów określono za pomocą skali Barthel, w której brane są pod uwagę czynności życia codziennego – spożywanie posiłków, przemieszczanie się, utrzymanie higieny osobistej, korzystanie z toalety, kąpiel całego ciała, poruszanie się po płaskiej powierzchni, wchodzenie po schodach, ubieranie się, kontrolowanie stolca i moczu. W zależności od zakresu samodzielności badanemu przyznaje się 0–100 punktów. Ilość uzyskanych punktów świadczy o stopniu niepełnosprawności, określa jego stan i zapotrzebowanie na opiekę. Sprawność badanych można różnicować w zależności od przedziałów punktowych, do jakich zostali zakwalifikowani:

- 100–86 punktów — kategoria I — badany dobrze radzi sobie z czynnościami życia codziennego;
- 21–85 punktów — kategoria II — badany częściowo nie radzi sobie z czynnościami życia codziennego;
- 0–20 punktów — III kategoria — badany nie potrafi samodzielnie wykonać większości czynności życia codziennego [8–11].

Wyniki badań i ich omówienie

Wśród badanych osób samodzielnych było najmniej – zaledwie 31 (25,83%), w II kategorii sprawności były 52 osoby (43,34%), a w III - 37 (30,83%).

Czynności/ sytuacje, wymieniane przez osoby starsze jako te, które są dla nich problemem: spożywanie posiłków, opuszczanie mieszkania, robienie zakupów, przemieszczanie się po mieszkaniu (poruszanie się po powierzchniach płaskich), chodzenie po schodach, pokonywanie barier architektonicznych, ubieranie się i rozbieranie, zapinanie guzików, suwaków, sznurowadeł, codzienna higiena osobista, kąpiel, kontrolowanie oddawania moczu, kontrolowanie wypróżniania, korzystanie z opieki medycznej (niemożność

udania się do przychodni), stawanie i pozostawanie w pozycji pionowej przez dłuższy czas, siadanie i pozostanie w pozycji siedzącej przez dłuższy czas, zmiana pozycji w łóżku.

Zapytani o to, kto im pomaga, seniorzy najczęściej wskazywali współmałżonka, dziecko, rodzeństwo; rzadziej- sąsiada, wolontariusza, opiekuna profesjonalnego.

Sprawność badanych jest zależna od wieku- w I grupie jest proporcjonalnie najwięcej osób z grupy najmłodszej, w III grupie- proporcjonalnie najwięcej osób z najstarszej grupy wiekowej.

Podjęto próbę określenia zależności sprawności badanych od ich stanu cywilnego- przewaga osób o niskiej sprawności (66,1%) występuje w grupie osób owdowiałych, samotnych, w separacji.

Biorąc pod uwagę poziom sprawności- w zależności od miejsca zamieszkania – osoby zamieszkujące w mieście miejskiego uzyskały wynik na poziomie średniej 29,7 pkt. Wyższą sprawność wykazują osoby zamieszkujące na wsi, gdzie średnia wynosi 37,8 pkt.

Kolejnym analizowanym zagadnieniem było zapotrzebowanie osób starszych na usługi medyczne. Badani zgłaszali potrzebę wizyt u specjalistów: geriatry- 68 %, kardiologa- 54%, neurologa- 28%, urologa, nefrologa- 34,8%, onkologa-19%, ortopedy- 30,8%, gastrologa- 25,8%, okulisty- 43,3%, laryngologa – 22,5%, chirurga- 12,5%, pulmonologa- 10%, stomatologa- 25,8%, innych lekarzy specjalistów-10%.

Zapotrzebowanie na usługi pielęgniarskie na stałe zgłaszało 30,8%, a okazjonalnie - 54,17% badanych, na usługi fizjoterapeuty- 27,7% badanych.

Wnioski

1. Badania pozwalają stwierdzić dalece obniżoną sprawność/ samodzielność wśród osób starszych.
2. W związku z obniżonymi sprawnością i samodzielnością osób zaawansowanych wiekowo zapotrzebowanie na opiekę lekarzy specjalistów oraz na opiekę pielęgniarską i fizjoterapeutyczną jest znaczne. Wyraźnie sygnalizowano zapotrzebowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne.

Piśmiennictwo

1. Zych A.A.: Słownik gerontologii społecznej. Warszawa, 2001.
2. Szarota Z.: Gerontologia społeczna i oświatowa zarys problematyki. Kraków, 2004.

3. Zierkiewicz E, Łysak A.: Starsze kobiety w kulturze i społeczeństwie, Wrocław, 2005.
4. WHO http://www.who.int/en/, data pobrania 20.03.2014
5. Pruszyński J.J., Gross R., Mossakowska M. i wsp.: Ocena stanu funkcjonowania polskich stulatków- doniesienie wstępne. Gerontol. Pol., 2003, 2, 80–83.
6. Strugala M., Talarska D.: Ocena sprawności podstawowej osoby w wieku podeszłym z wykorzystaniem katalogu czynności życia codziennego. Fam. Med. & Care Rev., 2006, 8, 332–335.
7. Jurek Ł.: Sektor opieki długoterminowej- analiza kosztów. Gerontol. Pol., 2007, 15, 111–115.
8. Mahoney F.I., Barthel D.: Functional evaluation: the Barthel Index. Maryland State Med. J. , 1965, 14, 56–61.
9. Kuźmicz I., Brzostek T., Górkiewicz M. Wybrane metody oceny sprawności psychofizycznej pacjentów z zaburzeniami funkcji poznawczych objętych stacjonarną opieką długoterminową w Polsce. Pielęg. XXI w., 2005; 3, 105–110.
10. Szczerbińska K.: Ocena czynności życia codziennego. Mag. Piel. Położ., 2005, 4, 17.
11. Muszalik M., Kędziora-Kornatowska K.: Specyfika procesu pielęgnowania chorego w starszym wieku w aspekcie rozpoznawania i rozwiązywania problemów pielęgnacyjno-opiekuńczych [w:] Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunku pielęgniarstwo, Kędziora-Kornatowska K., Muszalik M. (red.)., Wyd. Czelej, Lublin, 2007, 125–142.

Kisiel Magdalena[1], Tokajuk Joanna[1], Czubaczyński Marcin[1], Gabrysiak Adam[1], Sewastianiuk Michał[1], Dąbrowska Barbara[1], Stokowska Ewa[2], Dąbrowska Ewa[2]

Oczekiwania kliniczne pacjentów gerostomatologicznych w badaniach ankietowych

1. Studenckie Koło Naukowe
2. Zakład Stomatologii Społecznej i Profilaktyki UMWB

Z biegiem lat na całym świecie zwiększa się odsetek ludzi starszych, społeczeństwo przyjmuje model społeczeństwa starzejącego się co za tym idzie coraz częściej na fotelu dentystycznym siadają pacjenci gerostomatologiczni - po 60 roku życia. Stomatolodzy muszą sprostać zwiększonym wymaganiom, które niesie ze sobą specyfika pracy z osobami w podeszłym wieku.

Szacuje się, że w 2025 roku co 7 mieszkaniec Europy będzie miał więcej niż 60 lat [1].

Główny Urząd Statystyczny prognozuje, że w Polsce w 2020 roku osoby po 60 roku życia będą stanowiły 22.1% w tym co 3 osoba przekroczy 75 lat [1].

Dane statystyczne sprawiają, iż zagadnienia wieku podeszłego stają się szczególnie ważne, nie tylko w zakresie medycyny ogólnej, ale również w dziedzinie stomatologii. Wielu pacjentów zachowuje swoje zęby do późnego wieku, co prowadzi do problemu odpowiedniej diagnostyki i skutecznej terapii zarówno schorzeń zębów, jak i przyzębia.

W jamie ustnej pacjentów geriatrycznych zachodzą fizjologiczne zmiany zanikowe, jak i zwyrodnienia związane z wiekiem, można również zaobserwować objawy chorób ogólnoustrojowych o różnym nasileniu. Głównymi przyczynami z powodu których ludzie starsi zgłaszają się do stomatologa są bezzębie szczęki lub żuchwy, zły stan uzębienia resztkowego, choroby przyzębia, próchnica i ubytki niepróchnicowego pochodzenia, patologiczne starcie zębów, choroby stawu skroniowo-żuchwowego i zaburzenia czynnościowe narządu żucia [2,3].

Pacjenci gerostomatologiczni to szczególna grupa społeczna, która powinna być objęta oddzielnym programem promocji i profilaktyki stomatologicznej w celu poszerzenia świadomości prozdrowotnej i wiedzy z zakresu dostępnych świadczeń stomatologicznych.

Ze względu na rosnący odsetek ludzi starszych należy zrobić wszystko aby zapewnić im możliwie największy komfort współpracy ze stomatologiem.

Celem pracy była ocena oczekiwań pacjentów gerostomatologicznych w aspekcie jakości świadczeń stomatologicznych.

Materiał i metody

Badaniem ankietowym objęto 64 kobiety i 45 mężczyzn będących pacjentami Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku powyżej 65 roku życia. W badaniach wykorzystano ankietę własną składającą się z 21 pytań, która została wypełniona dobrowolnie i anonimowo. Pytania ankietowe dotyczyły między innymi preferowanej płci lekarza, zasadności używania przez lekarza rękawic i maski, chęci kupowania materiałów do higieny w gabinecie stomatologicznym oraz argumentów którymi kierują się pacjenci przy wyborze leczenia szczególnie protetycznego.

Wyniki

Analiza przeprowadzonych ankiet wykazała sprecyzowane oczekiwania badanych. 62% badanych kobiet preferuje wizyty u kobiet stomatologów, tylko 38% woli być leczona przez mężczyzn. Podobnie, aż 94% badanych mężczyzn wybrałoby kobiety na swojego stomatologa, a 6% chciałoby współpracować z mężczyzną stomatologiem. Wszystkie ankietowane panie wyraziły chęć osobistego wzywania na wizyty kontrolne, natomiast 28% ankietowanych panów nie widzi potrzeby tego typu zabiegów. 92% badanych mężczyzn i 54% badanych kobiet woli leczenie w znieczuleniu, jedynie 8% panów zdecydowałoby się na leczenie bez znieczulenia. Żadnemu z badanych pacjentów nie zdarzyła się sytuacja, w której prosiliby oni o znieczulenia, a by im go odmówiono. Nikt z pośród ankietowanych nie wyraził chęci leczenia w znieczuleniu ogólnym. Większość ankietowanych, bo aż 95% mężczyzn i 82% kobiet preferuje siedzącą pozycję na fotelu dentystycznym. Tylko 36% ankietowanych kobiet i 15% ankietowanych mężczyzn chciałoby słuchać muzyki podczas zabiegów stomatologicznych. Wszystkie badane panie i 80% badanych panów widzi zasadność używania przez lekarza maski, natomiast już wszyscy badani dostrzegają wagę stosowania przez stomatologa rękawiczek. Zaledwie 26% pań wyraziło chęć kupowania w gabinecie stomatologicznym materiałów do higieny jamy ustnej, panowie nie wyrazili takiej potrzeby. Wszyscy respondenci uważają, że instruktarz higieny protez jest konieczny jednak niestety nie wszyscy taki otrzymali. W przypadku 16% kobiet i 17% mężczyzn lekarz oddając protezę nie nauczył ich czyszczenia i higieny protez. Dla wszystkich panów i 54% badanych pań głównym czynnikiem motywującym przy wyborze protezy jest jej funkcjonalność, 46% pań uważa, że kluczowa jest estetyka protez. 97% badanych mężczyzn i 94% badanych kobiet wolałaby w protezie zęby koloru naturalnego. Wszyscy ankietowani panowie i 84% ankietowanych pań ufają swojemu dentyście i nie konsultują leczenia dodatkowo w innym gabinecie. Znaczna większość ankietowanych, bo aż 82% kobiet i 87% mężczyzn uzależnia

leczenie od kosztów. Pacjenci za najważniejsze w gabinecie stomatologicznym podają: profesjonalność, atmosferę, cenę, efektywność leczenia, porządek, brak tłoku i pośpiechu, kulturalną obsługę. 62% ankietowanych pań i 74% ankietowanych panów nie jest zadowolona z systemu opieki stomatologicznej. Na pytanie co by zmienili w leczeniu stomatologicznym wymieniają: ceny, czas obsługi, więcej zabiegów na NFZ i jakość materiałów stosowanych przez lekarzy. W większości ankietowani wolą leczenie w znieczuleniu, preferują siedzącą pozycję na fotelu dentystycznym i wybraliby protezy w których zęby byłyby w naturalnym kolorze. Większość badanych uważa za zasadne przeprowadzanie instruktażu higieny protez i w wyborze protez kieruje się ich funkcją. Większa część ankietowanych nie chciałaby być leczona w znieczuleniu ogólnym oraz nie konsultuje leczenia dodatkowo w innym gabinecie dentystycznym. Badanie ankietowe przeprowadzone wśród pacjentów gerostomatologicznych nakreśliło problemy dotyczące jakości usług stomatologicznych oraz wskazało kierunek zmian dążących do sprostania oczekiwaniom pacjentów. Wdrożenie w życie sugestii ankietowanych pozwoli na podwyższenie standardów leczenia stomatologicznego oraz zachęci pacjentów do częstszych wizyt w gabinecie dentystycznym i tym samym do zwiększenia dbania o zdrowie jamy ustnej.

Dyskusja

Świadomość prozdrowotna w aspekcie zdrowia jamy ustnej i jego wpływu na cały organizm u pacjentów po 60 roku życia jest bardzo ważna gdyż prawie wszystkim pacjentom co stwierdza się w badaniu podmiotowym w czasie wizyty u stomatologa obok dolegliwości stomatologicznych towarzyszą schorzenia ogólne organizmu. Liczne choroby ogólnoustrojowe mogą manifestować się objawami występującymi w jamie ustnej i odwrotnie schorzenia jamy ustnej mogą prowadzić do chorób całego ustroju, stad konieczność szczegółowego wywiadu z pacjentami gerostomatologicznymi. Odkryto, iż infekcje jamy ustnej mogą wpływać na potogenezę i przebieg jednostek chorobowych takich jak choroby sercowo-naczyniowe, bakteryjne zapalenie płuc, cukrzycę i niską masę urodzeniową. Zaproponowano 3 mechanizmy łączące zakażenia jamy ustnej z wystąpieniem chorób ogólnoustrojowych. Pierwszy droga polega na rozprzestrzenianiu się drobnoustrojów pochodzących z jamy ustnej, druga to transmisja toksyn bakteryjnych, trzecia to rozszerzające się zapalenie spowodowane ekspansja przeciwciał i reakcjami autoimmunologicznymi wywołanymi przez drobnoustroje i ich toksyny [4]. O fakcie, że ognisko infekcji stanowiła jama ustna świadczy daleko posunięta wiedza na temat charakteru drobnoustrojów i lokalizacji ich bytowania. Jama ustna może stanowić wrota infekcji do odległych miejsc

organizmu zwłaszcza w przypadku pacjentów z obniżoną odpornością, chorujących na nowotwory, cukrzycę, reumatoidalne zapalenie stawów, pacjentów leczonych kortykosteroidami i przyjmujących leki immunosupresyjne. Bakteriemia może wystąpić po zabiegach dentystycznych takich jak: ekstrakcja zęba, leczenie endodontyczne, chirurgia przyzębia i skaling. Bakteriemię obserwowano u 100% pacjentów po ekstrakcji zęba, u 70% po skalingu, u 20% po leczeniu kanałowym, a 55% po obustronnym usunięciu migdałków. Beztlenowce izolowano częściej niż fakultatywne bakterie beztlenowe [5]. W badaniach wykazano, że nie cała minutę zajmuje bakteriom dotarcie do takich organów jak płuca, serce czy kapilarne naczynia obwodowe po przedostaniu się do krwioobiegu [6]. Czynniki predysponujące do wysokiego ryzyka wystąpienia chorób przyzębia, stanowią również czynniki ryzyka chorób ogólnoustrojowych. Możemy tu zaliczyć zaawansowany wiek, palenie tytoniu, stres, rasa, płeć męska, uwarunkowania genetyczne, choroby układu krążenia czy przedwczesny poród [7]. Choroby sercowo-naczyniowe, takie jak miażdżyca tętnic i zawał mięśnia sercowego występują wskutek złożonego zestawu czynników genetycznych i środowiskowych. Jeden z tych czynników stanowią choroby przyzębia. Dane literaturowe wskazują, że bakterie jamy ustnej, takie jak *Streptococcus sanguis* i *Porphyromonas gingivalis* indukują agregację płytek krwi, co prowadzi do tworzenia skrzepu[8]. Ponadto prowadzą one do nadmiernej odpowiedzi organizmu gospodarza na czynnik bakteryjny. Dochodzi do uwolnienia wysokiego poziomu prozapalnych mediatorów takich jak PGE_2, TNF-α, IL-1β [9]. Zapalenie przyzębia jako infekcja może stymulować wątrobę do wytwarzania białka C-reaktywnego (CRP) będącego markerem stanu zapalnego, które z kolei osadza się na uszkodzonych naczyniach krwionośnych, dochodzi wówczas do aktywacji fagocytów, w tym neutrofilów. Komórki te uwalniają tlenek azotu, przyczyniając się tym samym do powstawania blaszek miażdżycowych [10]. Zapalenie płuc jest zakażeniem miąższu płuc wywołanym przez wiele różnych czynników zakaźnych takich jak bakterie, grzyby, pasożyty i wirusy. Stanowi ono czynnik zwiększonej śmiertelności zwłaszcza jeśli dotyczy ludzi starszych i osób z obniżoną odpornością. Mikroorganizmy mogą infekować dolne drogi oddechowe poprzez aspirację zawartości jamy ustnej i gardła, wdychanie zakaźnego aerozolu, rozprzestrzenianie się z przylegających do siebie tkanek, a także na drodze krwiopochodnej [11].

Typowymi potencjalnymi patogenami układu oddechowego (PRP), są *Streptococcus pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae* i *Haemophilus influenzae,* które to kolonizują jamę nosowo-gardłową skąd są zasysane do dolnych dróg oddechowych. Inne gatunki stanowiące

florę jamy ustnej, takie jak *Actinobacillus actinomycetemcomitans* oraz beztlenowce *Porphyromonas gingivalis* i *Fusobacterium*, również mogą być przenoszone do dolnych dróg oddechowych i stanowić przyczynę zapalenie płuc[12].

Dokładne badanie przedmiotowe jamy ustnej jest niezwykle istotne zwłaszcza gdy pracujemy z pacjentami gerostomatologicznymi gdyż może ono ujawnić zmiany wskazujące na obecność chorób ogólnoustrojowe. Wczesna diagnostyka i wdrożenie leczenia waży na życiu pacjenta. Badanie podmiotowe powinno obejmować ocenę zmian błony śluzowej, stanu zapalnego oraz krwawienia z przyzębia [13]. Zmiany w jamie ustnej możemy podzielić ze względu na charakter patologii. Jako pierwsze zostaną omówione zmiany w błonie śluzowej. U pacjentów z niedokrwistością może wystąpić trudna do zauważenia bladość błon śluzowych, zanikowe zapalenie języka w formie zupełnego lub rozsianego wyłysienia języka powodowanego przez zanik brodawek językowych oraz kandydoza, która może współwystępować lub być alternatywną przyczyną rumienia, pieczenia i zaniku błon śluzowych. Zanikowe zapalenie języka to objaw związany z niedokrwistością z niedoboru żelaza, a także z niedokrwistością złośliwą [13,14]. Toczeń rumieniowaty oraz krążkowy często manifestuje się zmianami w obrębie jamy ustnej. Klasyczną postacią choroby jest zmiana w kształcie krążka, charakteryzująca się dobrze odgraniczoną strefą rumienia, zaniku lub owrzodzenia otoczoną białymi, odchodzącymi promieniście prążkami. Zmiany te wyglądają podobnie do zmian występujących u pacjentów z liszajem płaskim nadżerkowym [15]. Wśród odmian pojawiają się blaszki o strukturze plastra miodu (srebrzystobiałe, bliznowaciejące), uniesione zrogowaciałe (w przypadku tocznia rumieniowatego brodawkującego) oraz nieswoisty rumień. Mogą również występować plamica, wybroczyny oraz owrzodzenia o nieregularnym kształcie [16]. Zmiany na błonach śluzowych w pęcherzycy zwykłej mogą nawet o rok poprzedzać zmiany skórne [17]. Zaobserwowanie nienaruszonych pęcherzy w jamie ustnej jest niezwykle trudne, pomocne jest wywołanie dodatniego objawu Nikolskiego, w którym pęcherze pojawiają się na prawidłowo wyglądającej błonie śluzowej lub skórze pod wpływem mocnego ucisku obok zmiany. Diagnostyka różnicowa przewlekłych wieloogniskowych owrzodzeń jamy ustnej obejmuje inne ogólnoustrojowe stany o podłożu immunologicznym, takie jak liszaj płaski nadżerkowy oraz łagodny pemfigoid błon śluzowych, które ustępują po zastosowaniu systemowego leczenia immunosupresyjnego. W Chorobie Leśniowskiego-Crohna zmiany w jamie ustnej mogą poprzedzać objawy brzuszne. Do charakterystycznych nieprawidłowości należą rozlany obrzęk, błona śluzowa o wyglądzie kostki brukowej, zlokalizowane zapalenie błony śluzowej

dziąseł oraz głębokie liniowe owrzodzenia. Obrzęk jest uporczywy, twardy i bezbolesny obejmujący usta, błonę śluzową policzka i tkanki miękkie twarzy. Głębokie owrzodzenia liniowe często występują na głębokości przedsionka jamy ustnej i mogą być otoczone rozrośniętymi brzegami. Wtórne zwłóknienie może być przyczyną brodawek, polipów lub guzków. Nietypowym obrazem klinicznym jest ropne przerostowe zapalenie jamy ustnej (*pyostomatitis vegetans*), które charakteryzuje się wężowatymi krostami, które zlewają się we wzór przypominający ślad ślimaka [18,19]. Hiperpigmentacja błony śluzowej jamy ustnej może być pierwszym objawem choroby Adisona. Kolejną grupą zmian w jamie ustnej jest krwawienie i stany zapalne przyzębia. Zapalenie dziąseł i zapalenie przyzębia są silnie związane z cukrzycą. Cukrzyca może pogarszać stan przyzębia, a zły stan zdrowia przyzębia może utrudniać kontrolę cukrzycy [20]. U pacjentów ze źle kontrolowaną cukrzycą występuje znacząco większa utrata przyczepu łącznotkankowego w porównaniu z pacjentami z dobrze kontrolowaną cukrzycą lub osobami, które na nią nie chorują [21]. Ciężka choroba przyzębia może powodować powikłania w cukrzycy, w tym nefropatie, udar mózgu, przemijający napad niedokrwienia mózgu, dławicę piersiową, zawał mięśnia sercowego i niewydolność serca [22]. Również małopłytkowość może zostać wykryta w przebiegu zmian w jamie ustnej. Niewielkie urazy błony śluzowej jamy ustnej, które powstały podczas żucia lub połykania, mogą być przyczyną różnych zmian krwotocznych obejmujących wybroczyny, plamicę, wylewy krwawe, pęcherze krwotoczne czy tworzenie się krwiaków. Inną chorobą układową objawiającą się patologiami jamy ustnej jest białaczka. Objawami widocznymi podczas podania przedmiotowego mogą być: krwawienie z błony śluzowej, owrzodzenie, wybroczyny i powiększenie dziąseł. W ostrej białaczce monocytowej i ostrej białaczce mielomonocytowej zwykle występuje nacieczenie dziąseł przez komórki białaczkowe [23]. Dziąsła mogą wydawać się gąbczaste i mieć wygląd krwotoczny, mogą także tworzyć się na nich owrzodzenia. Upośledzenie czynności układu odpornościowego może być przyczyną wielu wtórnych powikłań w jamie ustnej, takich jak kandydoza, zakażenia wirusem opryszczki zwykłej oraz zanik kości wyrostka zębodołowego. Zmiany erozyjne zębów to kolejny aspekt przemawiający za wystąpieniem choroby ogólnoustrojowej. Choroba refluksowa będzie się objawiać zgagą (okresowe zwiększenie wydzielania śliny), kserostomią (suchość błony śluzowej jamy ustnej), uczuciem pieczenia, halitozą (cuchnący oddech), rumieniem na podniebieniu oraz zmianami erozyjnymi zębów. Zmiany erozyjne znajdują się wówczas najczęściej na powierzchni zgryzowej tylnych zębów żuchwy i powierzchni językowej zębów przednich szczęki [13, 24]. Pacjenci, którzy zgłaszają w wywiadzie opiekę specjalistyczną z

zakresu kardiologii wymagają szczególnej troski, ze względu na przyjmowanie leków przeciwzakrzpowych, problem ten uwidacznia się zwłaszcza w grupie osób starszych. Leczenie stomatologiczne musi być poprzedzone odpowiednim przygotowaniem w przypadku tych pacjentów, zwłaszcza podczas przyjmowania takich leków[25] jak:

- leki przeciwpłytkowe: kwas acetylosalicylowy (ASA), klopidogrele (Clopidogrel), ifapidyna, prasugrel (Efient);
- leki przeciwkrzepliwe: antagoniści witaminy K: acenocumarol(Acenocumarol, Sintrom), warfaryna (Warfin), czy heparyny i heparynoidy: stosowana w leczeniu szpitalnym heparyna niefrakcjonowana, heparyny drobnocząsteczkowe, (Fraxodi, Fraxiparyna, Clexane), fondaparynuks.

Działanie tych leków polega na wydłużeniu czasu PT. Warto tu przytoczyć nowe leki coraz szerzej stosowane jak np., dabigatran (Pradaxa), będący bezpośrednim inhibitorem trombiny, wydłużający czas APTT, rywaroksaban (Xarelto) inhibitor aktywnego czynnika X, apiksaban (Eliquis) inhibitor czynnika XA. Leki przeciwpłytkowe stosuje się najczęściej w ramach prewencji (wtórnej lub pierwotnej) powikłań miażdżycy tętnic wieńcowych lub obwodowych po zawale serca, angioplastyce wieńcowej, chorobie wieńcowej, implantacji stentu. Leki przeciwkrzepliwe w prewencji i leczeniu powikłań zakrzepowo-zatorowych u chorych z migotaniem przedsionków, z sztuczną zastawką w sercu, zakrzepicą żył głębokich lub zatorowością płucną, w stanach po interwencji kardiochirurgicznej, w profilaktyka infekcji wsierdzia[26]. Stosując leki przeciwpłytkowe, nie ma stuprocentowo pewnej metody oceny, czy czynność płytek wróciła do stanu prawidłowego. Norma płytek krwi ma szeroki zakres 100–400 tys./ml. W leczeniu tym zaleca się nie odstawiać leków, zastosować zaopatrzenie przy użyciu środków miejscowo hamujących krwawienie. Odstawienie leków grozi wystąpieniem powikłań zakrzepowych[26]. Przy kontynuacji leczenia przeciwpłytkowego można bezpiecznie wykonać: jednorazową ekstrakcję 1-3 zębów, chirurgiczne usuwanie zębów, zabiegi z chirurgii dziąseł, zabiegi przygotowujące do osadzenia koron i mostów. W przypadku podwójnego leczenia przeciwpłytkowego zabiegi stomatologiczne należy planować rok po zawale i wszczepieniu stentu uwalniającego lek. Jeżeli po 6 miesiącach pacjent dalej przyjmuje leki przeciwpłytkowe ASA i Clopidogrel, 6 tygodni po wszczepieniu stentu standardowego. Zaniechanie przyjmowania tych leków jest możliwe tylko u pacjentów z niskim ryzykiem zakrzepowo-zatorowym bez implantowanego stentu. Ustąpienie działania leku następuje po 7 dniach. Zabieg związany z dużym ryzykiem krwawienia (np. operacje w znieczuleniu ogólnym z zakresu chirurgii twarzowo-szczękowej)

wymaga odstawienia wszystkich leków przeciwzakrzepowych. Inaczej jest w przypadku stosowanie terapii przeciwzakrzepowej, której miarą skuteczności leczenia przeciwzakrzepowego jest współczynnik INR, który u osób nie leczonych wynosi 0,8–1,8. Wartość terapeutyczna INR 2,0-3,0 jest zalecana u pacjentów leczonych w chorobie zakrzepowo-żylnej i w czasie jej terapii oraz u chorych z migotaniem przedsionków i z wadami zastawkowymi oraz 2,5-3,5 w przypadku wszczepionych sztucznych zastawek. Zabiegi, które można wykonać przy terapeutycznej wartości INR, najlepiej mieszczącej się w przedziale 2,0–2,5 [27-28], to proste ekstrakcje zębów – do 3 usuwanych w tym samym dniu; jeśli istnieje potrzeba usunięcia większej liczby zębów, sugeruje się wykonanie tego w czasie kilku wizyt, operacje dotyczące dziąseł, zabiegi związane z koronami i mostami, implanty zębów. Przygotowanie pacjentów poddanych terapii lekami przeciwkrzepliwymi, opiera się na indywidualnym postępowaniu z każdym chorym. Powinno być oparte na konsultacji z lekarzem prowadzącym chorobę podstawową pacjenta i dokładnej analizie takich czynników, jak: stan pacjenta (wiek, płeć, historia choroby podstawowej, przyjmowane leki, stan jamy ustnej, pilność planowanej procedury), terapia antykoagulantami (wskazania, skuteczność terapii, dawka leku, czas trwania leczenia, ryzyko zakrzepowo-zatorowe, wartość INR), rodzaj zabiegu (ekstrakcja zęba, skaling, chirurgia periodontologiczna, wszczepienie implantu, rozległość pola zabiegowego, czas trwania zabiegu), doświadczenie operatora (umiejętność sprawnego przeprowadzenia zabiegu, ocena ryzyka krwawienia, wiedza o prawidłowym postępowaniu w przypadku wystąpienia krwawienia), doświadczenie lekarza prowadzącego chorobę podstawową pacjenta (zdolność do rozumienia rodzaju zabiegu z dziedziny chirurgii jamy ustnej i ryzyka towarzyszącego krwawienia). Przerywanie terapii przeciwkrzepliwej, np. przed ekstrakcją jednego zęba, jest niezgodne z aktualnymi zaleceniami. Od 10 lat eksperci zgodnie wskazują, że rutynowe odstawianie antagonistów witaminy K przed każdym inwazyjnym zabiegiem stomatologicznym naraża pacjenta na niepotrzebne ryzyko poważnych powikłań zakrzepowo-zatorowych. Wszystkie zalecenia dotyczące leczenia przeciwkrzepliwego jednoznacznie wskazują, że większość zabiegów stomatologicznych to zabiegi o małym ryzyku krwawienia, zwłaszcza w porównaniu z chirurgią jamy brzusznej lub klatki piersiowej. Odstawiając acenokumarol lub warfarynę, należy:

1. wykonać pomiar INR na 24 godziny przed zabiegiem,
2. gdy INR wynosi >1,5, powinno się odczekać dodatkowy dzień lub podać doustnie małą dawkę (1–2 mg) witaminy K,

3. ponownie włączyć leki przeciwzakrzepowe po zabiegu (przy zadowalającej hemostazie miejscowej) zwykle po upływie 24–48 godzin (najwcześniej 12 h po zabiegu),
4. witaminę K zastosować jednocześnie z heparyną (zwykle HDCz) do czasu, gdy 2 kolejne wyniki INR wykażą właściwą antykoagulację; zazwyczaj trwa to około 5 dni.

Pacjenci z dużym ryzykiem krwawienia bądź dużym ryzykiem powikłań zatorowo-zakrzepowych powinni zostać poddani terapii pomostowej. W terapii tej stosuje się heparynę drobnocząsteczkową (HDCz), wstrzykiwaną podskórnie (zaleca się ostatnią dawkę na 24 godziny przed zabiegiem, kolejna dawka po 48–72 godzinach). Heparyna niefrakcjonowana, podawana dożylnie, stosowana jest rzadziej (należy przerwać na 4–6 godzin przed zabiegiem).W postępowaniu z pacjentami przyjmującymi leki przeciwzakrzepowe zaleca się planowanie zabiegu na początku tygodnia, aby zapewnić czas w dni robocze na ewentualne postępowanie w razie powikłań miejscowych, najczęściej występujących w ciągu pierwszych 24–48 godzin. Zawsze należy zapytać pacjenta przed zabiegiem, jakie leki przyjmuje. Niezwykle ważne jest aby wymienić najczęstsze nazwy handlowe leków przeciwkrzepliwych np.: Acenocumarol, Sintrom, Warfin, Clexane, Fraxiparyna, Flexod. Dodatkowo, zapytać, czy pacjent ma zwiększoną skłonność do krwawień. Nie zaleca się odstawiać leku przeciwzakrzepowego przed rozległym zabiegiem stomatologicznym i z dużym ryzykiem krwawienia bez stosowania terapii pomostowej, jeśli ryzyko zakrzepowo-zatorowe jest duże, zwłaszcza u chorego ze sztuczną zastawką w ujściu mitralnym, z reumatyczną chorobą zastawkową serca, z migotaniem przedsionków współistniejącym z nadciśnieniem tętniczym, z niewydolnością serca lub z cukrzycą, po udarze niedokrwiennym mózgu bądź u chorego po zatorze tętnicy płucnej w pierwszych 3 miesiącach. U chorego przewlekle leczonego przeciwkrzepliwe, nie należy odstawiać antagonistów witaminy K, jeśli zabieg stomatologiczny jest niewielki, a aktualny wynik INR mieści w przedziale 2,0–3,0. Należy zastosować dodatkowe metody poprawy hemostazy miejscowej, zwłaszcza kwas traneksamowy na opatrunek i do płukania jamy ustnej. Nie należy wykonywać inwazyjnych zabiegów stomatologicznych u chorych, u których aktualny INR jest ≥4. Nie odstawiać z powodu zabiegu stomatologicznego ASA ani klopidogrelu lub prasugrelu u chorego wymagającego takiej terapii, należy wtedy zaplanować termin zabiegu na co najmniej 3–6 miesięcy od ostrego incydentu wieńcowego, na 12 miesięcy od wszczepienia stentu uwalniającego lek, na 3 miesiące od wszczepienia stentu standardowego. W przypadku gdy stomatolog ma jakiekolwiek wątpliwości , co do postępowania z pacjentem leczonym

przeciwzakrzepowo i są obawy co do możliwych powikłań krwotocznych, należy skierować pacjenta do specjalistycznego ośrodka stomatologicznego, a na skierowaniu wyraźnie określić rodzaj zabiegu i czas trwania zabiegu oraz ocenić ryzyko krwawienia

Integralną częścią badania stomatologicznego stanowi ocena higieny jamy ustnej. Stan zdrowia tkanych jamy ustnej ma decydujący wpływ na jakość życia pacjenta, gdyż stanowi o takich podstawowych funkcjach jak jedzenie, mowa i kontakty interpersonalne [29]. Wraz ze wzrostem długości życia zwiększyło się zapotrzebowanie na uzupełnienia protetyczne. Każda obca struktura w jamie ustnej wpływa na zmianę mikroflory. Płytka bakteryjna protez stanowi złożoną strukturę mikroorganizmów i ich metabolitów, utworzoną poprzez przyleganie, agregację i wzrost bakterii ze śliny, błony śluzowej oraz pożywienia. Już w ciągu kilku godzin od oczyszczenia zębów i protez powierzchnie te zasiedlane są przez

- ziarenkowce: *S. sanguinis, S. oralis, S. anginosus, S. salivarius*;
- grokonowce: *Staphylococcus* spp. (*S. aureus*, *S. epidermidis*),
- Gram-dodatnie szczepy: *Actinomyces* spp. (*A. israelii, A.naeslundii, A.odontolyticus) Lactobacillus* spp., *Propionibacterium* spp., *Veillonella* spp.,
- Gram-ujemne szczepy i grzyby *Candida* spp.

Oznacza to, że przy niedostatecznej higienie w ciągu kilku dni rozwija się złożony biofilm mieszany bakteryjno-grzybiczy [30]. Akrylowa płyta protezy stwarza dogodne warunki do kumulacji płytki bakteryjnej. Duża wilgotność, wyższa temperatura i porowatość tworzywa sprawiają, że zakażenie materiału protezy następuje bardzo szybko. *Candida albicans* w badaniach *in vitro* tuż po kontakcie z powierzchnią polistyrenową i poliakrylową wykazuje zwiększoną ekspresję genów kodujących kwasy siarkowe odpowiedzialnych za zwiększenie biomasy biofilmu oraz genów związanych z nabywaniem lekooporności [31]. Zdolność do tworzenia biofilmu decyduje o patogenności mikroorganizmów. Pacjenci gerostomatologiczni muszą szczególnie dbać o higienę jamy ustnej. Nieodzownym elementem prawidłowego dbania o protezy powinno być szczotkowane protez. Należy używać szczotek o twardym włosiu jak szczotka do protez lub szczotka do mycia rąk Aby prawidłowo oczyścić protezę trzeba szorować wszystkie powierzchnie protezy szczególnie te, które stykają się z błoną śluzową. Do mycia protez należy używać past i proszków specjalnie do tego przeznaczonych. Mają one właściwości przeciwbakteryjne, polerujące i odwaniające silniejsze niż pasty do zębów. Osoby uczulone na środki zapachowe mogą używać zwykłego nieperfumowanego mydła do rąk. Czyszczenie protez powinno odbywać się po każdym posiłku. Każdorazowo czas oczyszczania wynosi 2-5 min. Bezzębną jamę ustną należy

przepłukać stosując płukanki ziołowe lub specjalne płyny z chlorheksydyną. Błonę śluzową można masować miękkimi szczotkami lub opuszkami palców w celu polepszenia ukrwienia. Protezę po wyjęciu z ust , po dokładnym umyciu należy przechowywać w suchym, przewiewnym pojemniku. Płukanie jamy ustnej jest nieodzownym elementem codziennej higieny. Idealny płyn do płukania powinien odznaczać się szybkim działaniem i bezpieczeństwem użycia, zdolnością do niszczenia bakterii w płytce nazębnej w miejscach trudnodostępnych, przyjemnym smakiem i zapachem, łatwością zastosowania i przystępną ceną. Środki do higieny jamy ustnej mogą zawierać substancje czynne. Ze względu na związek chemiczny dzielimy je na trzy generacje. W pierwszej generacji mamy preparaty zawierające czwartorzędowe związki amonowe (chlorek cetylpirydyny zwiększający przepuszczalność ściany komórkowej bakterii , hamujący metabolizm i zmniejszający adhezję bakterii do zębów i błony śluzowej), sangwinarynę (hamującą ATP-azę, wpływającą na metabolizm kwasów nukleinowych i zobojętniającą związki siarki odpowiadające za przykry zapach z jamy ustnej), nadtlenki (nadtlenek wodoru rozkłada się na wodę i tlen atomowy, który jest toksyczny dla bakterii) oraz związki fenolowe (np. triklosan o działaniu przeciwbakteryjnym, przeciwzapalnym i przeciwbólowym) . Do drugiej generacji zaliczamy dwuguanidyny (z których najpowszechniejsza jest chlorheksydyna działająca na bakterie Gram+, Gram-, drożdże i grzyby, przeciwdziała ona również tworzeniu płytki nazębnej absorbując się do glikoprotein śliny i błonki nabytej zębów) i związki nieorganiczne i organiczne fluoru (jon fluorkowy podawany w niewielkich ilościach w wyniku reakcji chemicznej zostaje wbudowany w apatyty szkliwa co sprawia, że jest ono mniej podatne na rozpuszczające działanie kwasów, fluor hamuje transport cukrów przez błonę komórkową bakterii, zmienia tolerancję kwasową bakterii Gram+ i hamuje aktywność enzymów glikolitycznych). Związki trzeciej generacji to Delmopinol i Oktapinol zapobiegające przyleganiu i gromadzeniu płytki nazębnej, mają niewielkie działanie przeciwbakteryjne.

Pacjenci gerostomatologiczni to specyficzna i wymagająca grupa społeczna, która stawia przed stomatologami nowe wyzwania odnośnie promocji zdrowia jamy ustnej i jakości świadczeń stomatologicznych zwłaszcza w interdyscyplinarnym zespole leczenia pacjenta w podeszłym wieku. Wymaga tego ogólny stan zdrowia pacjenta, jego profil psychologiczny oraz uwarunkowania socjalno-ekonomiczne. Pacjenci z omawianej w niniejszej pracy grupy wiekowej oczekują od dentystów większej empatii oraz indywidualnego podejścia do ich dolegliwości. Należy więc podjąć działania mające na celu poprawę jakości świadczeń i współpracy z pacjentami gerostomatologicznymi.

Piśmiennictwo

1. Skrzypkowska A.: Wybrane problemy stomatologiczne ludzi starszych. Stom. Wsp. 2003, 10, 49-53.
2. Kalk. W., de Baat C., Meeuwissen J. H.: Is there a need for geroodontology? Int. Dent. J., 1992, 42, 209-264.
3. Dyer K., Ibbetson R., Gray N.: A question of space: options for the restorative management of worn teeth. Dent. Update., 2001, 28, 118-123.
4. Li X., Kolltveit K.M., Olsen I.,: Systemic Diseases Caused by Oral Infection, Clin. Microbiol. Rev., 2000, 13, 547-558.
5. Roberts G.J., Holzel HS., Sury M.R., et al.: Dental bacteremia in children. Pediatr. Cardiol., 1997, 18, 24–27.
6. Kilian M.: Systemic disease: manifestations of oral bacteria [In:] Dental microbiology, McGhee J.R., Michalek S.M., Cassell G.H. (ed.), Philadelphia, Pa: Harpers & Row; 1982, 832–838.
7. Page R.C.: The pathobiology of periodontal diseases may affect systemic diseases: inversion of a paradigm. Ann. Periodontol., 1998, 3, 108–120.
8. Herzberg M.C., Meyer M.W.: Effects of oral flora on platelets: possible consequences in cardiovascular disease. J. Periodontol., 1996, 67, 1138–1142.
9. Hernichel-Gorbach E., Kornman K.S., Holt S.C., et al: Host responses in patients with generalized refractory periodontitis. J. Periodontol. 1994, 65, 8–16.
10. Genco R.J.: Periodontal disease and risk for myocardial infarction and cardiovascular disease. Cardiovasc. Rev. Rep., 1998, 19, 34–37.
11. Fiddian-Green R.G., Baker S.: Nosocomial pneumonia in the critically ill: product of aspiration or translocation? Crit. Care Med., 1991, 19, 763–769.
12. Scannapieco F.A., Mylotte J.M.: Relationships between periodontal disease and bacterial pneumonia. J. Periodontol., 1996, 67, 1114–1122.
13. Chi A.C., Neville B.W., Krayer J.W., Consalves W.C.: Manifestacje chorób ogólnoustrojowych w jamie ustnej., Lek. Rodz., 2011, 5, 523-531.
14. Neville B.W., Damm D.D., Allen C.M., Bouquot J.E.: Pernicious anemia [w:] Oral and Maxillofacial Pathology. 3rd ed. St. Louis, Mo.: Saunders Elservier; 2009, 829-831.

15. Gonsalves W.C., Chi A.C., Neville B.W.: Common oral lesions: Part I. Superficial mucosal lesions. Am. Fam. Physician., 2007, 75, 501-507.
16. Callen J.P.: Oral manifestations of collagen vascular disease. Semin. Cutan. Med. Surg., 1997, 16, 323-327.
17. Sirois D.A., Fatahzadeh M., Roth R., Ettlin D.: Diagnostic patterns and delays in pemphigus vulgaris: experience with 99 patients. Arch. Dermatol., 2000, 136, 1569-1570.
18. Talbot T., Jewell L., Schloss E., , et al.; Cheilitis antedating Crohn's disease: case report and literature update of oral lesions. J. Clin. Gastroenterol., 1984, 6, 349-354.
19. Plauth M., Jenss H., Meyle J.: Oral manifestations of Crohn's disease. An analysis of 79 cases. J. Clin. Gastroenterol., 1991, 13, 29-37.
20. Mealey B.L.: Periodontal disease and diabetes. A two-way street [published correction appears in J. Am. Dent. Assoc. 2008, 139, 252]. J. Am. Dent. Assoc., 2006, 137 (suppl), 26S-31S. .
21. Moore P.A., Weyant R.J., Mongelluzzo M.B. et al.: Type 1 diabetes mellitus and oral health: assessment of periodontal disease. J. Periodontol., 1999, 70, 409-417.
22. Thorstensson H., Kuylenstierna J., Hugoson A.: Medical status and complications in relation to periodontal disease experience in insulin-dependent diabetics. J. Clin. Periodontol., 1996, 23, 194-202.
23. Dreizen S., McCredie K.B., Keating M.J., Luna M.A.: Malignant gingival and skin "infiltrates" in adult leukemia. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol., 1983, 55, 572-579.
24. Valena V., Young W.G.: Dental erosion patterns from intrinsic acid regurgitation and vomiting. Aust. Dent. J., 2002, 47, 106-115.
25. Sawicka-Powierza J., Ołtarzewska A.M., Rogowska-Szadkowska D., Chlabicz S.: Stosowanie doustnych antykoagulantów w ramach opieki ambulatoryjnej, Pol. Merk. Lek., 2008, 24, 463.
26. Kuligowska-Jakubowska M., Neubauer-Geryk J., Bieniaszewski L.: Leczenie przeciwzakrzepowe u pacjentów po zabiegach kardiochirurgicznych/Anticoagulant therapy in patients after cardiac surgery treatment, Chor. Serca Naczyń, 2010, 7, 14–22.
27. Jankowski K., Rymarczyk Z., Androsz-Kowalska A.:Przygotowanie chorego leczonego przewlekle lekiemprzeciwkrzepliwym i/lub antyagregacyjnym do ambulatoryjnych zabiegów stomatologicznych, Dent. Med. Probl. 2010, 47, 9–16.

28. Kuczaj A., Fudal M., Kasperski J., Nowalany-Kozielska E.: Pacjent obciążony kardiologicznie w gabinecie stomatologa – problem interdyscyplinarny, Med. Dypl., 2013, 12, 6.
29. Daniluk T., Fiedoruk K., Ściepuk M., et al.: Aerobic bacteria in the oral cavity of patients with removable dentures. Adv. Med. Sci., 2006, 51, 86-90.
30. Theilade E., Budtz-Jorgensen E., Theilade J: Predominant cultivable microflora of plaque on removable dentures in patients with healthy oral mucosa. Arch. Oral Biol. 1983, 28, 675-680.
31. Ambjörnsen E., Valderhaug J., Norheim P.W., et al.: Assesment of an additive index for plaque accumulation on complete maxillary dentures. Acta Odontol. Scand., 1982, 40, 203-208.

Maranda Andrzej Łukasz[1], Mosiński Eliasz[2], Ziółkowski Włodzimierz[1], Kulik Hanna[3]

Rola asystenta osoby niepełnosprawnej – dwa punkty widzenia jako jedno działanie

1. Wyższa Szkoła Informatyki i Umiejętności w Łodzi
2. Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
3. Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wstęp

Wszelkie formy rekreacji ruchowej osób niepełnosprawnych mają na każdą konkretną osobę z dysfunkcją niezwykle pozytywny wpływ – i to zarówno ze względów fizycznych, jak i psychologicznych. Pomimo tej tak istotnej roli, w naszej opinii, świadomość społeczna odnośnie potrzeb ruchowych ludzi z różnego rodzaju dysfunkcjami jest co najmniej niewystarczająca. Mamy nadzieję, że nasze wystąpienie będzie stanowić jeden z kroków pozytywnie zmieniających ten stan rzeczy.

W ślad za Grażyną Cywińską-Wasilewską [1] korzystne oddziaływanie rekreacji ruchowej na poszczególne układy ciała człowieka można przedstawić następująco:

a) układ kostno-stawowy

- poprawa zakresu ruchomości w stawach;
- poprawa elastyczności więzadeł i torebek stawowych;
- poprawa uwapnienia kości.

b) układ mięśniowy

- zwiększenie siły i masy mięśniowej;
- poprawa koordynacji ruchów.

c) układ nerwowy

- pobudzenie ośrodkowego układu nerwowego;
- kształtowanie stereotypów ruchowych;
- pobudzenie reakcji na bodźce zewnętrzne;
- poprawa koordynacji ruchów oraz równowagi.

d) układ krążenia

- zwiększenie wydolności krążenia;
- pośrednia poprawa sprawności krążenia obwodowego związana z pracą mięśni;
- zmiany czynnościowe;

- obniżenie ciśnienia tętniczego krwi;
- zwolnienie czynności serca i przyrost mięśnia sercowego;
- poprawa utlenienia tkanek
- wzrost odporności na zakażenia wirusowe i bakteryjne.

e) układ oddechowy

- nauka prawidłowego oddychania;
- zwiększenie pojemności życiowej płuc;
- poprawa utlenienia krążącej krwi.

f) układ pokarmowy

- wzmocnienie ruchów robaczkowych jelit;
- poprawa łaknienia;
- poprawa wydzielania enzymów trawiennych.

W przypadku aktywności ruchowej osób niepełnosprawnych mamy również do czynienia z:

- poprawą sprawności ogólnej;
- kompensacją niekorzystnych zmian i braków funkcjonalnych;
- poprawą sprawności funkcji niezaburzonych (np. podczas pływania bez użycia protez) lub z wykorzystaniem kompensacji zewnętrznej i zmienionego wzorca ruchowego (np. sport na wózku inwalidzkim).

Bardzo istotna jest psychologiczna rola aktywności fizycznej w życiu osoby z niepełnosprawnością. Poprzez aktywność w czasie wolnym osoba niepełnosprawna poznaje siebie, własne predyspozycje, możliwości i zainteresowania. Ma także szansę zaspokajania własnych potrzeb, buduje poczucie sprawstwa i niezależności. Podejmując różnorodne formy sportu, rekreacji czy turystyki ma możliwość doświadczania siebie w innej przestrzeni, poza niepełnosprawnością, poznaje siebie w nowych rolach społecznych. Aktywny wypoczynek przyczynia się do poprawy jakości życia osoby niepełnosprawnej, stanowi ważny element integracji społecznej, kształtuje motywację do stawiania sobie różnorodnych celów i realizowania ich. Uczestnictwo w aktywnych formach stawia przed osobą niepełnosprawną określone wyzwania i trudności, które musi ona pokonywać. W sytuacjach trudnych ma ona możliwość badania własnych zasobów i predyspozycji, niepowtarzalną szansę na odkrycie własnego potencjału. Przynosi to też lepsze przystosowanie się do zmienionych z powodu niepełnosprawności warunków fizycznych bądź psychicznych [2].

W naszym kraju żyje wiele osób, które mogłyby być bardziej aktywne, gdyby otrzymały wsparcie. Nie dostając go, pozostają bierne. Aby ludzie ci brali udział w życiu społecznym, mogli pracować, uczyć się i realizować inne cele, potrzebne są im cudze zdrowe ręce, nogi, uszy czy też mowa. Potrzebują asystenta. Często jest on dla nich jedyną szansą na samodzielność i niezależność oraz podjęcie aktywności. Bez asystentów nie dojdzie do wyrównania życiowych szans osób niepełnosprawnych!

Zapotrzebowanie na tego rodzaju pomoc bywa różne i zależy od rodzaju i stopnia inwalidztwa, warunków rodzinnych osoby z dysfunkcją, ale przede wszystkim – od emocjonalnych potrzeb danego człowieka. Jednak asystenci osób niepełnosprawnych są – według nas– szczególnie potrzebni ludziom niewidomym i niepełnosprawnym ruchowo.

Przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Organizacji Narodów Zjednoczonych w grudniu 2006 roku, a ratyfikowana przez Polskę we wrześniu 2012 roku *Konwencja Praw Osób Niepełnosprawnych ONZ* zapewnia osobom z niepełnosprawnością prawo do samodzielnego życia i integracji społecznej oraz do mobilności. Jako jeden ze sposobów osiągania tych celów wskazywana jest pomoc asystentów osób niepełnosprawnych. Na ten temat mówi artykuł 19 (b): „*Osoby niepełnosprawne będą mieć dostęp do szerokiego zakresu usług wspierających w środowisku domowym, lokalnym i innym, w tym indywidualnej opieki koniecznej do życia i integracji w społeczeństwie i zapobiegającej izolacji i segregacji osób niepełnosprawnych"* [3].

Gdy mowa o samym procesie wspierania osób niepełnosprawnych, wyróżnia się trzy istotne cechy niezbędne dla osób mających udzielać go skutecznie [4]:

- dysponowanie wewnętrzną „mapą" niepełnosprawności, to znaczy podstawową wiedzą w zakresie konkretnej dysfunkcji fizycznej czy psychicznej;
- świadomość i umiejętność tego, jak pomóc konkretnej osobie;
- zdolność empatycznego wczuwania się w sytuację drugiego człowieka i jego potrzeby.

Zagadnienie godności osoby niepełnosprawnej w nauczaniu Papieża Jana Pawła Ii

Według nas relacja osoby niepełnosprawnej i jej asystenta ma niezwykle pozytywny wpływ na poczucie godności tej osoby. Kwestię godności osoby z dysfunkcją następująco poruszył w swojej encyklice *Evangelium Vitae* Papież Jan Paweł II [4]: *„Należy zwrócić specjalną uwagę na ocenę moralną prenatalnych technik diagnostycznych, które pozwalają na wczesne wykrycie ewentualnych anomalii w organizmie jeszcze nie narodzonego dziecka. W istocie ze względu na złożoność tych technik ich ocena winna być dokładniejsza i bardziej określona. Są one moralnie godziwe, gdy nie stwarzają nadmiernych zagrożeń dla dziecka i*

dla matki i gdy stosowane są po to, by umożliwić wczesne leczenie lub też by dopomóc w spokojnym i świadomym przyjęciu mającego się narodzić dziecka. Zważywszy jednak, że możliwości leczenia przed narodzeniem są jeszcze dziś ograniczone, nierzadko zdarza się, że techniki te służą mentalności eugenicznej, która dopuszcza selektywne przerywanie ciąży, aby zapobiegać narodzinom dzieci dotkniętych przez różnego rodzaju anomalie. Tego rodzaju mentalność jest haniebna i w najwyższym stopniu naganna, ponieważ rości sobie prawo do mierzenia wartości ludzkiego wyłącznie według kryteriów „normalności" i zdrowia fizycznego, otwierając tym samym drogę do uprawomocnienia także dzieciobójstwa i eutanazji.

W rzeczywistości jednak właśnie odwaga i radość, z jaką idą przez życie liczni nasi bracia dotknięci poważnymi upośledzeniami, jeśli zaznają miłości i akceptacji z naszej strony, stanowi niezwykle wymowne świadectwo autentycznych wartości, które kształtują życie i sprawiają, że nawet w trudnych warunkach jest ono cenne samo w sobie i dla innych".

Cel pracy

Celem pracy było podjęcie dyskusji na temat asystenta osoby niepełnosprawnej, widzianej z dwóch punktów. Zapoznanie z tematem czytelnika oraz zbadanie opinii dwóch różnych osób, wykonujących inne zadania, ale mających wspólny cel.

Relacja osoba niepełnosprawna-asystent – z doświadczeń obu stron

Bycie asystentem osobistym osoby niepełnosprawnej jest zajęciem niezwykle wymagającym. Chodzi tu przede wszystkim o cierpliwość, wyrozumiałość, elastyczność w podejściu do osoby potrzebującej pomocy oraz o ogromną odporność na sytuacje stresowe oraz wytrzymałość fizyczną.

Praca asystenta osoby niepełnosprawnej nie jest oczywiście łatwa, ale w mojej opinii satysfakcja z jej wykonywania z pewnością zrekompensuje wszystkie związane z podejmowanymi czynnościami trudy! Główną jej ideą jest podnoszenie jakości życia takiej osoby poprzez ułatwianie jej wykonywania czynności życia codziennego, wykształcenie samodzielności oraz – w części przypadków – stworzenie warunków do samodzielnej rehabilitacji. Działania asystenta osoby niepełnosprawnej obejmują czynności związane z pojedynczą osobą niepełnosprawną w obszarze rehabilitacji, świadczeń, pracy, wypoczynku (w tym na przykład uprawiania turystyki), życia osobistego i rodzinnego. Również pośrednio dotyczą czynności związanych z kształtowaniem środowiska, w którym żyją ludzie niepełnosprawni. To z kolei wpływa na poprawę wizerunku osób z dysfunkcjami.

Ja (Andrzej Łukasz Maranda) jako osoba od urodzenia poruszająca się na wózku inwalidzkim, chciałbym podjąć próbę odpowiedzi na pytanie: kim ma być asystent osoby niepełnosprawnej? Czy wyłącznie realizatorem jej woli czy też raczej stymulatorem, trenerem, nauczycielem w osiąganiu przez daną osobą możliwej do zdobycia samodzielności?

Zdając sobie oczywiście sprawę z tego, że każda osoba niepełnosprawna (jak zresztą każdy człowiek) jest inna i posiada odmienne potrzeby, predyspozycje i możliwości, chciałbym otwarcie stwierdzić: funkcję wyłącznego realizatora woli osoby niepełnosprawnej należy ograniczyć do niezbędnego minimum. Dlaczego? Bo może to doprowadzić z jednej strony do wyuczonej bezradności osoby niepełnosprawnej, a z drugiej – do różnego rodzaju nadużyć wobec asystenta człowieka niepełnosprawnego ze strony konkretnej osoby z niepełnosprawnością bądź na przykład członków jej rodziny. W związku z powyższym, moim zdaniem, najlepiej sprawdza się asystent będący – w najlepszym tych słów znaczeniu – „trenerem życia" osoby z dysfunkcją.

Za jedną z cech, charakteryzujących dobrego asystenta osoby niepełnosprawnej, uznałem absolutną fachowość. Zrobiłem to z pełną świadomością, gdyż podczas około 20 lat kontaktów z przedstawicielami tego zawodu, niestety niejednokrotnie spotkałem się z daleko posuniętym brakiem profesjonalizmu: dbaniem przede wszystkim o własną wygodę asystenta, nieliczeniem się z moimi fizycznymi ograniczeniami, gburowatością bądź też – delikatnie rzecz ujmując – bardzo luźnym podejściem do słowności, niezgodnym z zamówieniem dotyczącym przede wszystkim transportu specjalnego: o 45 minut za wcześnie, o 1,5 godziny za późno.

Jako jedną z głównych idei pracy asystenta osoby niepełnosprawnej wymieniłem także stworzenie warunków do rehabilitacji konkretnego człowieka z określoną dysfunkcją. Prócz rehabilitacji społeczno-kulturowej miałem tu na myśli także, niezwykle ważną, rehabilitację *stricte* medyczną. Jeśli asystent, z którym pracujemy, ma również kwalifikacje odpowiednie do prowadzenia zajęć z zakresu szeroko pojętej fizjoterapii, możemy śmiało stwierdzić: *Trafiłem/trafiłam na prawdziwy skarb!* I warto taki dar losu wykorzystać, bo może nam to przynieść jedynie same dobrodziejstwa!

Pierwszym poważnym pytaniem, na które powinien odpowiedzieć sobie przyszły asystent osoby niepełnosprawnej jest: *Czy osoba niepełnosprawna jest dla mnie pacjentem czy człowiekiem?*, a może jednym *i* drugim? Pacjent wg Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) to *osoba korzystająca ze świadczeń zdrowotnych bez względu na to czy jest zdrowa,*

czy chora. Boecjusz twierdzi, że *człowiek to osoba stanowiąca indywidualną substancję natury rozumnej*.

Asystentem osoby niepełnosprawnej (Eliasz Mosiński) stałem się w momencie ukończenia studiów z zakresu fizjoterapii. Wtedy jeszcze do końca nie byłem tego świadomy, że ten odpowiedzialny zawód, jaki będę wykonywał, okaże się jeszcze bardziej odpowiedzialny. Najważniejszym celem dla terapeuty powinno być dążenie do maksymalnego usprawnienia i usamodzielnienia pacjenta. W tym przypadku ja wybrałem usamodzielnienie Andrzeja Łukasza jako najważniejszy cel. Dzięki wielu godzinom poświęconym wspólnej pracy zaobserwowałem czynności, z którymi powinien sobie radzić sam, a jednak do tej pory korzystał z pomocy asystenta. Nie chodzi tutaj o nadopiekuńczość, choć wielu asystentom ta cecha towarzyszy w pracy.

„Nadopiekuńczość mieści się w kategorii niezamierzonego krzywdzenia dziecka, jednak przy pogłębionej analizie sytuacji rodzinnej "sprawca" jawi się także jako ofiara zdarzeń życiowych, które w dużej mierze zadecydowały o kształcie jego osobowości” (Instytut Psychologii, I. Kornatowska) [6]

Ważną umiejętność jaką powinien posiadać asystent osoby niepełnosprawnej jest organizacja czasu pracy. W większości przypadków robi się to w ramach wolontariatu, myślę że błędnym było by określenie „za darmo”. Jeżeli już to „za uśmiech”, „satysfakcję” czy inny ważny cel dla którego chce się to robić. Dodatkowo asystent musi pełnić rolę spowiednika, który w trudnych chwilach będzie podporą relacji ze swoim podopiecznym. Ta cecha pozwoli się zbliżyć, ale również otworzyć naszemu pacjentowi. Wracając do relacji pacjent-terapeuta, myślę że początkowo faktycznie są one tak traktowane przez jedną i drugą stronę. Takie podejście nie może stanowić pełnego sukcesu terapeutycznego, uważam że traktowanie winno polegać na relacji człowiek-człowiek. Dopiero w późniejszej fazie współpracy z osobą niepełnosprawną można postawić sobie cel, który będzie wynikał z poznania potrzeb tej osoby.

Wnioski

Na postawie studium przypadku można ustalić następujące wnioski:

1. Współpraca dwóch osób jest najważniejszym elementem w relacji pacjent-terapeuta czy odwrotnie,
2. Wpływ asystenta na podopiecznego jest bardzo duży, asystent powinien pełnić rolę mentora prowadzącego za "rękę".

3. Wpływ podopiecznego na asystenta, powinien pełnić rolę "kolegi", a dzięki temu będzie w stanie wpłynąć na jego zachowanie i ułatwić mu pole współpracy.
4. Dzięki samoocenie jednej i drugiej strony jesteśmy w stanie poprawić te elementy, które stanowią zagrożenie dla jednej czy drugiej strony, a w dodatku powinniśmy z tego czerpać korzyści.

Zakończenie

Na zakończenie chcieliśmy potwierdzić: nie tylko warto, ale wręcz konieczne jest rozpowszechnienie w Polsce idei asystenta osoby niepełnosprawnej. Pozwoli to na pełniejsze niż dotychczas wejście osób z różnego rodzaju dysfunkcjami w ogólne życie społeczne, ich szersze zaangażowanie w pracę zawodową oraz zmniejszenie bezrobocia wśród sprawnej części społeczeństwa. Bez asystentów nie dojdzie do wyrównania życiowych szans osób niepełnosprawnych, a także zwiększenia ich szans na niezależność życiową!



Fot. 1. Ćwiczenie umiejętności pływania pod okiem asystenta z profesjonalnym, fizjoterapeutycznym wykształceniem, jest nie tylko zdobywaniem nowych, potrzebnych umiejętności, ale i prawdziwą przyjemnością (Uniejów, czerwiec 2013)



Fot. 2. Z profesjonalnym asystentem – nawet nie umiejąc chodzić – można bezpiecznie ćwiczyć tę umiejętność (Uniejów, czerwiec 2013)



Fot. 3. Dzięki wspaniałym pomocnikom mogłem również odbyć rejs żaglówką po Zalewie Sulejowskim (okolice Bronisławowa koło Wolborza, sierpień 2013)

Piśmiennictwo

1. Cywińska-Wasilewska G.: Biologiczne aspekty wpływu ruchu na doskonalenie sprawności życiowej [w:] Kultura fizyczna osób z niepełnosprawnością. Dostosowana aktywność ruchowa, redakcja naukowa Stanisław Kowalik, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot. 2009, 65-91.
2. Wolan-Nowakowska M.: Rola aktywnego wypoczynku w kształtowaniu twórczej postawy życiowej osób niepełnosprawnych [w:] Kultura i rekreacja ruchowa w integracji osób niepełnosprawnych, redakcja Józef Bergier, Zofia Kubińska, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Biała Podlaska, 2006, 210-214.
3. Konwencja Praw Osób Niepełnosprawnych ONZ, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne ONZ w dniu 13 grudnia 2006 roku, tłumaczenie z angielskiego, WWW.unic.un.org.pl/ dokumenty/Konwencja_ Praw_Osob_Niepelnosprawnych.pdf, data pobrania 23.04.2014
4. Kołomyjska-Maranda A.: Aktywizacja zawodowa osób niepełnosprawnych, praca magisterska pod kierunkiem prof. dr hab. Michała Pindery, Wyższa Szkoła Pedagogiczna Towarzystwa Wiedzy Powszechnej Wydział Nauk Społecznych w Warszawie, Warszawa 2010.
5. Jan Paweł II papież, Encyklika Evangelium Vitae, 25 marca 1995, WWW.vatican.va, dostęp: 22 sierpnia 2013, data pobrania 23.04.2014
6. Kornatowska I.: Matki nadopiekuńcze, Niebieska linia nr 2/2004, WWW.psychologia.edu.pl/czytelnia /129-by-rodzicem/1430-matki-nadopiekuncze-irena-kornatowska.html, data pobrania 23.04.2014

Twardosz Katarzyna[1], Pietrzyk Alicja[1], Lubińska Anna[1], Ogłodek Ewa[2], Araszkiewicz Aleksander[2]

Zaburzenia postrzegania własnego ciała (dysmorfofobia) jako możliwość zagrożenia życia- problem interdyscyplinarny w medycynie

1. Studenckie Koło Naukowe, Katedra i Klinika Psychiatrii, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu
2. Katedra i Klinika Psychiatrii, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wstęp

Dysmorfofobia jest zaburzeniem psychicznym, które według kryteriów diagnostycznych polega na zaabsorbowaniu swoich myśli nieistniejącą, wymyśloną przez chorego anomalią własnego ciała, lub ekstremalnym skupieniu uwagi na mało zauważalnej, nic nie znaczącej dysfunkcji. W związku z tym osoba cierpiąca na to zaburzenie osiąga wysoki poziom stresu i przestaje prawidłowo funkcjonować w społeczeństwie [1].

Objawy dysmorfofobii mogą być nasilone do tego stopnia, że chory unika kontaktu z ludźmi, przestaje się kształcić, traci pracę, staje się odizolowany od społeczeństwa [2].

Dysmorfofobia jest chorobą postępującą, a częstość zachorowań na to schorzenie ciągle rośnie [3].

Więcej niż 75% pacjentów z tym problemem miało w swoim życiu myśli samobójcze. Zbadano, że osoby z zaburzeniem postrzegania własnego ciała popełniają samobójsto 45 razy częściej, niż osoby bez tego zaburzenia [4].

Choroba ta upośledza prawidłowe funkcjonowanie społeczne oraz stanowi bezpośrednie zagrożenie życia chorego.

BDD (*body dysmorphic disorder*, dysmorfofobia), pPowinno się traktować w ujęciu interdyscyplinarnym, jako problem spotykany w różnych dziedzinach medycyny, poza psychiatrią, w tym np. w dermatologii, chirurgii estetycznej i ogólnej i innych. Wczesne postawienie diagnozy może uchronić chorego przed zbędnymi ingerencjami chirurgicznymi oraz przed długotrwałym doznawaniem cierpienia, z powodu choroby, a nawet przed samobójstwem.

Cel

Przedstawienie problemu dysmorfofobii, jako problemu istniejącego w różnych dziedzinach medycyny

Materiały i metody

Posługując się słowami kluczowymi: *dysmorfofobia, body dysmorphic disorder, BDD, plastic surgery, surgery, dermatology, suicide*, przeszukano bazy bibliograficzne: *Medline complete, Academic Search Complete, MEDLINE, Health Source - Consumer Edition, EBSCO-host*. Przeglądano artykuły zawierające wartość logiczną/frazę BDD oraz daną specjalizację medycyny.

Dysmorfofobia w psychiatrii

Dane wskazują na to, że 48% pacjentów z dysmorfofobią odbyło w przeszłości hospitalizację psychiatryczną [5]. Zaburzenia postrzegania własnego ciała u 45-82% osób współistnieją z myślami samobójczymi, a w 22- 24% przypadków prowadzą do podjęcia próby samobójczej. Dysmorfobobia często występuje z takimi zaburzeniami jak: depresja, zaburzenia somatyczne, lęk oraz zaburzenia osobowości. Poziom odczuwanego stresu u osób z zaburzeniami postrzegania własnego ciała jest znacznie większy u osób z BDD, niż w populacji ogólnej [5]. Zaburzenia postrzegania własnego ciała często doprowadzają do zaburzeń obsesyjno- kompulsywnych, fobii społecznej, zaburzeń lękowych lub urojeń . Z czasem objawy te uniemożliwiają właściwe funkcjonowanie w społeczeństwie. Raman [6] opisał przypadek 27 – letniego mężczyzny, którego problemem były blizny na nosie powstałe na skutek trądziku. Podczas rozmowy z innymi osobami pacjent czuł się zawstydzony i zasłaniał twarz ręką. Po pewnym czasie zaczął wykonywać kompulsywne czynności takie jak: bardzo częste przeglądanie się w lustrze, mycie twarzy, nakładanie pudru. Mężczyzna chciał również sam zmienić kształt nosa używając kamienia. U pacjenta rozwinął się lęk społeczny. Musiał on kilkukrotnie zmieniać pracę. Zaburzenie to uniemożliwiło mu również dalszą edukację Ponadto pojawiły się urojenia ksobne – czuł, że wszyscy patrzą na jego nos, słyszał komentarze innych osób dotyczące wyglądu jego twarzy. Chory kilkakrotnie poddał się operacji plastycznej, która nie przyniosła oczekiwanego efektu. Brak poprawy doprowadził do rozwinięcia się u mężczyzny depresji i nawracających myśli samobójczych. Powyższy opis przypadku wskazuje, że dysmorfofobia może prezentować się jako zaburzenie lękowe lub zaburzenie o charakterze psychotycznym [6].

Z dysmorfofobią wiąże się również zaburzenie identyfikacji płciowej [7]. Chorzy z tym zaburzeniem dopuszczają się usuwania narządów płciowych, ale bez chęci nabycia narządów płci przeciwnej. Jest prawdopodobne, że motywem działania takiej osoby staje się eliminacja wadliwej części ciała, a nie chęć zmiany płci. Zachowania te wskazują na istnienie zaburzeń postrzegania własnego ciała [7].

Kolejnym problemem jest współistnienie zaburzeń odżywiania z zaburzeniami postrzegania ciała. Szacuje się, iż 39 % kobiet z anoreksją spełnia dodatkowo kryteria pozwalające rozpoznać u nich BDD. Trudności diagnostyczne mogą istnieć w przypadku, gdy osoby z dysmorfofobią uważają się za „brzydali" z powodu zbyt obfitych bioder, ud czy brzucha. Często osoby te starają się to zmienić wprowadzając restrykcyjną dietę, czy radykalne ćwiczenia fizyczne. Źle zebrany wywiad chorobowy może wskazywać na istnienie tylko zaburzeń odżywiania - bez dysmorfofobii. Okazuje się, że osoby z zaburzeniami odżywiania i współistniejącymi zaburzeniami postrzegania własnego ciała nie zgłaszają więcej skarg na temat własnego wyglądu, niż osoby z samymi zaburzeniami odżywiania. Problemem obydwu grup chorobowych jest istnienie zbyt wysokiej ogólnej masy ciała.

Warto zaznaczyć, że zaburzenia postrzegania własnego ciała u osób z zaburzeniami odżywiania należy traktować jako dwie niezależne, współistniejące choroby. Ważne jest trafne rozpoznanie choroby ponieważ te dwie jednostki wymagają różnego leczenia. Szybkie i właściwe rozpoznanie jest ważne ze względu na to, że kobiety, u których dysmorfobobia współistniała z zaburzeniami odżywiania, trzy razy częściej podejmowały próby samobójcze [8].

BDD w chirurgii plastycznej oraz chirurgii ogólnej

Chirurgia plastyczna z definicji zajmuje się korektą rzeczywistych i odczuwalnych defektów ciała. Specjalista chirurgii, ogólnej czy estetycznej, jest jednym z najczęściej poszukiwanych lekarzy przez osoby cierpiące na BDD [9]. Celem poddania się zabiegowi przez pacjenta jest poprawienie samooceny i pewności siebie [10]. Zastosowane przez lekarza leczenie zabiegowe może pozornie krótkotrwale poprawiać stan psychiczny pacjenta, jednak po niedługim czasie zaczyna on znowu dostrzegać swój defekt i często intensywniej skupia się na swoich wadach ciała [9]. Pacjenci z dysmorfofobią bardzo często nie zgadzają się z efektem kosmetycznym wykonanego zabiegu, więc chirurg decydujący się na współpracę z chorym na BDD jest narażony na większe ryzyko roszczeń ze strony pacjenta, a jego praca często na opiniowanie biegłych sądowych odnośnie poprawności wykonania zabiegu. Chirurdzy skarżą się na istnienie zwiększonego stresu związanego z wykonywaniem zabiegów operacyjnych u pacjentów z dysmorfofobią [11]. Szacuje się, że 6-15% osób poddających się operacjom kosmetycznym lub leczeniu dermatologicznemu, to chorzy na BDD [9]. Phillips [12] podaje, że wyniki badań wahają się między 3% a 50% chorych na BDD spośród przypadków zgłaszających się do chirurga plastycznego. Wśród chorych

dermatologicznie 9-14% pacjentów zgłaszających się na zabiegi dermatologiczne ma rozpoznawane współistnienie BDD, a dominującą grupą chorych są mężczyźni [12].

Autorzy artykułów [12] opisują, że najbardziej popularnym zabiegiem chirurgicznym, wśród pacjentów dotkniętych BDD jest plastyka nosa. Innymi zabiegami są: operacja plastyczna podbródka, powiększanie piersi, liposukcja. Poddawanie się mnogim zabiegom jest prawie regułą [12]. Zabiegi kosmetyczne w chirurgii często nie są wykonywane z nagłych wskazań medycznych, będących procedurami „ratującymi życie", dlatego trudne jest obiektywne rozstrzyganie o ich konieczności. W tych przypadkach jedynie zadowolenie pacjenta ze zmiany w wyglądzie jest miarą powodzenia operacji [10].

Pytaniem, jakie stawiają sobie chirurdzy rozpatrując wykonywanie zabiegów operacyjnych u pacjentów z podejrzeniem zaburzeń psychicznych, jest to, czy każdy chory psychicznie może zacząć wykazywać zaburzenia postrzegania własnego ciała. W związku z tym świadomość i zainteresowanie chirurgów jednostką BDD rośnie, ale przedoperacyjna ocena stanu psychicznego pacjenta może być dla chirurga trudna [13].

Badania na pacjentach psychiatrycznych pokazały, że wartość sumy punktów większa lub równa 11 jest najbardziej odpowiednia dla postawienia diagnozy dysmorfofobii [13]. Możliwym postępowaniem dla chirurga jest skierowanie pacjenta z podejrzeniem dysmorfofobii do specjalisty psychiatrii. Wykonanie zabiegu pacjentowi z BDD jest indywidualną decyzją lekarza chirurga, chociaż w większości przypadków w piśmiennictwie zalecane jest odstąpienie od interwencji chirurgicznej, jeśli osoba choruje na BDD [11]. Pacjent z dysmorfofobią nie jest odpowiednim kandydatem do zabiegu chirurgicznego. Pacjenci ci poddają się licznym zabiegom, zazwyczaj przez całe życie nie odczuwając satysfakcji z ich wykonania[16]. Istnieją jednak poglądy podnoszące potrzebę wykonywania drobnych zabiegów stanowiących formę potencjalnego leczenia schorzenia dysmorfofobii, w połączeniu z psychoteriapią (forma definiowana jako *eumorphic plastic surgery*) [11].

Podstawowym narzędziem do przeprowadzenia tego badania jest rzetelny wywiad chorobowy, który pozwoli lekarzowi z pewnym prawdopodobieństwem ocenić nastawienie pacjenta do wcześniejszych operacji, np. pomoże określić jego oczekiwania wobec zabiegu, motywację do rekonwalescencji po zabiegu, a także pomoże uzyskać wgląd w psychiatryczną historię choroby [11]. Istnieje kilka metod badań przesiewowych w kierunku BDD, jednak tylko dwa kwestionariusze zostały zatwierdzone w chirurgii dermatologicznej: *Body Dysmorphic Disorder Questionnaire–Dermatology Version* (BDDQ-DV) oraz *Dysmorphic Concern Questionnaire* (DCQ) [13]. Pierwszy kwestionariusz, opisany przez Phillips zawiera

zestaw pytań- 5 pytań na które pacjent udziela odpowiedzi „tak" lub „nie". 2 pytania opisowe oraz 2, na które odpowiedzią jest wskazanie stopnia w skali 1-5 (Tab. 1) [14].

Według Phillips i wsp. [13] test przesiewowy jest dodatni jeśli pacjent odpowie twierdząco na oba pierwsze pytania oraz na jakiekolwiek następne, dodatkowo spełnia kryterium czasowe – myśli o swoim defekcie co najmniej 1-3 godziny na dobę. [13]

Tab. 1 Skala - *Body Dysmorphic Disorder Questionnaire–Dermatology Version* według Dufresne RG, Phillips KA, Vittorio CC, Wilkel CS (opracowanie własne) [14]

W poniższych pytaniach należy zaznaczyć TAK lub NIE	TAK	NIE
1) Czy jesteś bardzo skoncentrowany na wyglądzie pewnej części Twojego ciała, którą uważasz za szczególnie nieatrakcyjną? (Jeśli nie- kwestionariusz uważany jest za zakończony. Jeśli tak- należy przejść do następnego pytania.)		
2) Czy ta kwestia absorbuje Cię, to znaczy czy myślisz o tym dużo oraz ciężko Ci przestać o tym myśleć?		

3) Jakiego rodzaju są to zmartwienia? Co szczególnie przeszkadza Ci w wyglądzie tych pewnych części Twojego ciała?
……..
4) Jakie skutki wywołuje to zaabsorbowanie wyglądem w Twoim życiu?
……..
5) Czy ta wada/ defekt powoduje u Ciebie uczucie niepokoju, udręki czy bólu? W jakim stopniu? (zaznacz najwłaściwszą odpowiedź)
1.brak niepokoju
2.łagodny i niezbyt nasilony niepokój
3.umiarkowany niepokój, ale nadal znośny
4.silny niepokój
5.krańcowy niepokój powodujący inwalidztwo
6) Czy ten defekt wpływa na Twoje życie społeczne, zawodowe czy inne sfery Twojego funkcjonowania? W jakim stopniu (zaznacz najwłaściwszą odpowiedź)
1.brak ograniczeń
2.łagodny wpływ, ale ogólne funkcjonowanie nie zaburzone
3.umiarkowany, wyraźny wpływ, ale nadal znośny
4.silny wpływ, powodujący częściowe ograniczenia
5.krańcowy wpływ powodujący inwalidztwo

W poniższych pytaniach należy zaznaczyć TAK lub NIE	TAK	NIE
7) Czy ten defekt znacząco wpływa na Twoje życie społeczne? Jeśli tak- w jaki sposób ……		
8) Czy ten defekt znacząco wpływa na Twoją edukację, pracę czy zdolność wypełniania swoich obowiązków?		
9) Czy są sytuacje, których unikasz z powodu swojego defektu? Jeśli tak – jakie ……		

Drugi z kwestionariuszy- *Dysmorphic Concern Questionaire*, sformułowany został przez Oosthuizen i wsp. w 1998 roku [13]. Pierwotnie stworzony był do oceny zainteresowań swoim wyglądem, a nie do diagnozy BDD [13]. Ocenia on zaniepokojenie swoim wyglądem

w porównaniu z innymi ludźmi w skali 0-3 (gdzie 0 oznacza brak niepokoju, 3- wiele większe zaniepokojenie w porównaniu z innymi ludźmi) w każdym z 7 pytań (Tab. 2).

Tab. 2 Skala DCQ (*Dysmorphic Concern Questionaire*) według Piet Oosthuizen, Tim Lambert, David J. Castle (opracowanie własne) [15].

Czy kiedykolwiek:	**0- nigdy**	**1-w takim stopniu jak inni**	**2- bardziej niż inni**	**3- dużo bardziej niż inni**
1)byłeś bardzo skoncentrowany na pewnej części Twojego wyglądu?				
2)uważałeś siebie za zniekształconego/zdeformowanego w jakiś sposób? (np. dotyczyło to nosa, włosów, skóry, narządów płciowych, ogólnej budowy ciała)				
3)uważałeś, że Twój organizm działa nieprawidłowo w jakiś sposób? (np. zauważyłeś nadmierne pocenie, wzdęcia, nadmierny zapach ciała)				
4)konsultowałeś się bądź czułeś potrzebę konsultacji z chirurgiem plastycznym/ dermatologiem/ psychiatrą w sprawie tych skarg?				
5)zapewniali Ciebie (znajomi/ lekarze), że jesteś normalny, pomimo że mocno wierzyłeś w defekt swojego wyglądu czy funkcjonowania Twojego organizmu?				
6)spędzałeś dużo czasu martwiąc się defektem wyglądu swojego ciała czy jego funkcjonowania?				
7)spędzałeś dużo czasu starając się ukryć defekt wyglądu swojego ciała czy jego funkcjonowania?				

Chirurg musi więc mieć na uwadze przede wszystkim zdrowie pacjenta, w tym wypadku psychiczne, ponieważ nie pomoże mu wykonując kolejny zabieg plastyczny. Jeśli jego pacjent jest osobą wciąż niezadowoloną ze swojego wyglądu, nawet po kolejnej jego korekcie, chirurg, jak i lekarz każdej innej specjalności powinni rozważyć istnienie dysmorfofobii. O ile w działanie chirurgii plastycznej wpisuje się subiektywna poprawa wyglądu pacjenta, tak chirurgia ogólna rzadko służy w pierwszej kolejności poprawie wizerunku. W roku 200, opisywano w mediach przypadek szkockiego chirurga Roberta Smitha, który dwóm pacjentom cierpiącym na dysmorfofobię amputował zdrowe nogi [9]. Pierwszym pacjentem (amputacja w 1997 roku) był 39- letni mężczyzna, który od 8 roku życia czuł, że jego nogi nie są częścią niego, przed operacją rozważał samobójstwo. Drugim 71- letni pacjent (amputacja- 1999 rok), od 14 roku życia odczuwał, że jest w niewłaściwym

ciele [9]. Pacjenci ci chorowali najprawdopodobniej na BDD, chociaż w literaturze opisywana jest jednostka chorobowa - *Body Integrity Identity Disorder* (BIID) (tłumaczona jako apotemnofilia), charakteryzująca się pragnieniem amputacji zdrowej kończyny lub uszkodzenia rdzenia kręgowego, by stać się osobą niepełnosprawną [16]. Smith [9] jest jednym z niewielu lekarzy, którzy dopuszczając się amputacji zdrowych kończyn, swoim działaniem budzą wątpliwości natury etycznej oraz prawnej [9].

Chociaż istnieje efektywne leczenie BDD (dobra odpowiedź na inhibitory wychwytu serotoniny oraz terapia poznawczo- behawioralna) większość chorych szuka pomocy w inny sposób- zgłaszając się do chirurga, dermatologa, stomatologa [17].

Medycyna sportowa a BDD

Szczególną postacią dysmorfofobii jest dysmorfia mięśniowa (DM) [18]. Choroba ta charakteryzuje się poczuciem niskiej masy ciała (zwłaszcza niskiej masy mięśniowej). Objawowi temu towarzyszy uczucie dyskomfortu, który istotnie wpływa na zachowanie badanych. Zaburzenie częściej pojawia się u mężczyzn. W 50% przypadków nie występuje wgląd w istotę choroby. Uwaga pacjentów z DM koncentruje się na obszarach klatki piersiowej, brzucha i ramion. Ich celem jest zwiększenie masy mięśniowej i rozmiarów mięśni. Mężczyźni Ci stosują kombinację ćwiczeń, diet, przeczyszczania, odwadniania i środków farmakologicznych. Ćwiczenia są niekiedy tak intensywne, że stanowią zagrożenie dla zdrowia(przepuklina, złamania i uszkodzenia stawów i ścięgien). Pomimo kontuzji i bólu jaki im towarzyszy, chorzy nie przerywają ćwiczeń, a 46% używa sterydów anabolicznych, nie zważając na powikłania, jakie mogą spowodować[18].

Dysmorfofobia a dermatologia

W badaniach kwestionariuszowych na temat BDD [9], wzięło udział 118 dermatologów. 64% lekarzy odnotowało w ciągu ostatnich 5 lat przynajmniej jeden przypadek pacjenta z BDD, 20% jeden lub dwa przypadki, 14% trzy do pięciu przypadków, 7% od pięciu do dziesięciu pacjentów z dysmorfofobią, a 5% lekarzy miało styczność z ponad dziesięcioma osobami z BDD [19]. Badania przeprowadzane w ośrodkach dermatologicznych wykazały, że częstość występowania dysmorfofobii wśród pacjentów mieści się w zakresie 9-12% [20]. Jest to więc powszechnie występujący problem, lecz w niedostatecznym stopniu diagnozowany[19].

Często wygląd pacjenta sugeruje, że choruje on na BDD, a świadczyć o tym mogą samouszkodzenia ciała, czyli zmiany skórne w całości spowodowane przez pacjent, przybierające formę blizn, plam, pęcherzy, guzów, rumienia, obrzęku, guzków, tatuaży lub

kolczyków. Zmiany te mogą powodować lub imitować różne choroby skóry. Ze względu na zbyt dużą liczbę zabiegów estetycznych i operacji plastycznych pacjenci mogą wyglądać nienaturalnie [20,21]. Uważa się [19], że zdiagnozowanie BDD jest bardzo prawdopodobne, jeśli pacjent w przeszłości poddawał się wielu terapiom, których wyniki go nie satysfakcjonowały.

Objawy dysmorfofobii najczęściej koncentrują się na skórze (73%) i włosach (56%) [20]. Dotyczą zwłaszcza skóry twarzy. Chorzy uskarżają się na blizny, zmiany trądzikowe, znamiona, przebarwienia, zmarszczki, rozstępy, zwiotczenia skóry, nadmierne owłosienie skóry twarzy, zmiany naczyniowe, nadmierne rumienienie lub blednięcie skóry [22]. Niekiedy zmiany faktycznie występują, lecz są minimalne i niezauważalne dla niepoinformowanego obserwatora. Osoby chorujące na BDD poddają się różnym zbędnym zabiegom, np. znacznie częściej golą się, depilują i czeszą, korzystają z solariów i gabinetów odnowy biologicznej, stosują drastyczne diety, wyrywają sobie włosy (na głowie, brwi) co jest przyczyną widocznego ubytku owłosienia. 33% pacjentów mając na celu poprawę wyglądu ingeruje w skórę, niekiedy za pomocą igieł, noży, żyletek. Zachowania takie często powodują samookaleczenia, a niekiedy komplikacje zagrażające życiu chorego [19, 20, 23]. Ustalono [19], że dermatolodzy, którzy podejrzewają u swojego pacjenta BDD w 40,7% zawsze, a 28,8% często, proszą o opinię psychiatrę. Większe doświadczenie zawodowe dermatologa wiązało się z częstszym korzystaniem z pomocy psychiatry. 15,3% dermatologów stosowało własne metody leczenia farmakologicznego (placebo, leki przeciwlękowe). Podkreślić należy [19], że rozpoznanie BDD bywa trudne, a dermatolodzy w Polsce rzadko diagnozują to schorzenie. Należy przeprowadzać szkolenia na temat skutecznego podejścia do psychodermatoz.

Podsumowanie

Spośród 484 przypadków zastosowania leczenia chirurgicznego i dermatologicznego zaobserwowano ogólną poprawę objawów BDD tylko u 7% pacjentów [20]. Zwykle po takich zabiegach następuje przeniesienie uwagi chorego z jednej części ciała na inną. Pacjenci często są niezadowoleni z efektów nawet poprawnie wykonanego zabiegu, mogą stać się napastliwi i agresywni wobec lekarza [19, 24]. Jedynym skutecznym działaniem w przypadku dysmorfofobii jest leczenie psychiatryczne. Stosuje się terapię poznawczo-behawioralną (co tygodniowa sesja przez okres 6 miesięcy), leczenie farmakologiczne (inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny) lub terapię skojarzoną. Celem leczenia psychiatrycznego jest zmniejszenie obsesyjnego pochłonięcia kwestią wyglądu i napięcia jakie temu towarzyszy. Ze

względu na niski wgląd pacjentów w istotę tego schorzenia, nie szukają oni pomocy u psychiatrów, ponieważ są przekonani, że ich defekty nie mają związku z chorobą psychiczną i są rzeczywiste. Wybierają leczenie kosmetyczne, sięgają po różne sposoby upiększania ciała u dermatologów i chirurgów plastycznych. W badaniu oceniającym pacjentów z BDD w otoczeniu psychiatrycznym 46% pacjentów korzystało z leczenia dermatologicznego) [19, 21].

By pomóc pacjentom z dysmorfofobią, lekarze powinni pamiętać o psychicznych aspektach zdrowia pacjenta.

Piśmiennictwo

1. Biby E.: The relationship between Body Dismorphic Disorder and Depression Somatization, and Obsesive – Compulsive Disorder. J. Clin. Psychol., 1998, 54, 6, 489-499.
2. Phillips K.A, Menard W.: Suicidality in Body Dysmorphic Disorder: A Prospective Study. Am. J. Psych., 2006, 163, 1280-1282.
3. Hodgkinson D.J.: Identifying the Body-Dysmorphic Patient in Aesthetic surgery. Aesthetic. Plast. Surg, 2005, 29, 503-509.
4. Witte T.K, Didie E.R, Menard W, Phillips K.A.: The Relationship between Body Dysmorphic Disorder Behaviors and the Acquired Capability for Suicie. Suicide and Life-Threatening Behavior, 2012, 42, 3 June , 318-331.
5. Phillips K.A, Siniscalchi J.M, McElroy S.L.: Depression, anxiety, anger, and somatic symptoms in patients with body dysmorphic disorder. Psychiatr. Q., 2004, 75, 4, 309-320.
6. Raman K.: Body dysmorphic disorder: Borderline category between neurosis and Psychosis. Indian J. Psychiatry, 2013, 55, 4, 380-382.
7. Bower H.: The gender identity disorder in the DSM-IV classification: a critical evaluation. Aust. N Z J. Psychiatry, 2001,35, 1–8.
8. Dingemans A.E, van Rood Y.R, de Groot I, van Furth E.: Body Dysmorphic Disorder in Patients with an Eating Disorder: Prevalence and Characteristics, International J. Eat, Disord., 2012, 45, 4, 562–569.
9. Tracey E..: Body dysmorphic disorder, radical surgery and the limits of consent. Medical Law Review, Summer ,2009, 17, 149–182.

10. Ericksen W.l., Billick S.B..: Psychiatric Issues in Cosmetic Plastic Surgery. Psychiatr Q, 2012, 83, 343–352.
11. Tadisina BS, Chopra K., Singh D.P. Body Dysmorphic Disorder in Plastic Surgery. Eplasty, 2013, 13, ic48. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3693597/, data pobrania 30.03.2014.
12. Phillips K.A.: Cosmetic treatments: surgery, dermatologic, dental and other treatments. Phillips K. A: Understanding Body Dysmorphic Disorder : An Essential Guide. Oxford University Press, Oxford, 2009, 233-241.
13. Picavet V Gabriëls L., Jorissen M., Hellings PW.: Screening Tools for Body Dysmorphic Disorder in a Cosmetic Surgery Setting. The Laryngoscope, 2011, 121,12, 2535-41.
14. Dufresne R.G., Phillips K.A., Vittorio C.C., Wilkel C.S.: A screening questionnaire for body dysmorphic disorder in a cosmetic dermatologic surgery practice. Dermatol. Surg, 2001, 27, 457–462.
15. Oosthuizen P., Lambert T,, Castle D.J..: Dysmorphic concern: prevalence and associations with clinical variables. Aust. N Z J. Psychiatry, 1998, 32, 129-132.
16. Blom RM, Hennekam RC, Denys C.: Body Integrity Identity Disorder, PLoS One. 2012; 7(4): e34702, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3326051/, data pobrania 30.03,.2014.
17. Ackerman M.B.: The Dangers of Body Dysmorphic Disorder. Discover the dangers associated with this unhealthy behavior. American Fitness, 2006, 24, 4, 24-26.
18. Kropiwnicki P., Rabe-Jabłońska J.: Dysmorfia mięśniowa - wariant dysmorfofobii? Badania nad zaburzeniami obrazu ciała u mężczyzn., Psychiatr. Psychol. Klin., 2005, 5 ,1,.44-51.
19. Szepietowski J. C., Salomon J., Pacan P., Hrehorow E., Zalewska A.: Dysmorfofobia (urojenia zniekształcenia ciała) i dermatolodzy., Dermatologica, 2009,3, 30-32, 34, 36-37.
20. Tkaczyk A.: Dysmorfofobia w praktyce lekarza medycyny estetycznej. Acad. Aesthet. Anti-Aging Med., 2011 ,3, 64-66, 68-72.
21. Ogłodek E., Moś D., Marek L., Araszkiewicz A., Placek W.: Czy droga do piękna może być przymusem?, Pol. Merk. Lek., 2009, 27,162, 529-531.
22. Pacan P., Szepietowski J.: Dysmorfofobia - zaburzenie psychiczne, z którym pacjenci zwracają się do dermatologa., Przegl. Dermatol., 1999, 86, 2, 171-175.

23. Cieścińska Cz., Romańska-Gocka K., Placek W.: Aspekty psychologiczne w praktyce lekarza dermatologii estetycznej., Dermatol. Estet., 2012, 14, 1, 47-52.
24. Zalewska-Janowska A. Dysmorfofobia - "uzależnienie" od zabiegów estetycznych., Medycyna i Pasje, 2010, 2 ,3,.38-40.

PROBLEMY WIELOKULTUROWOŚCI W MEDYCYNIE



Kulik Halina

Z dziejów etnomedycyny w polskiej kulturze zdrowotnej

Śląski Uniwersytet Medyczny Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Pielęgniarstwa, Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa

"Kto chce wiedzieć jak daleko zaszedł, ten musi poza siebie spojrzeć"
Dobrzycki H: O kołtunie, pospolicie "plica polonica" zwanym
Warszawa 1877, 10.

Wprowadzenie

Człowiek od początku swego istnienia instynktownie starał się zachować życie i zdrowie, podejmując elementarne działania medyczne. Potrzeba i konieczność były tymi czynnikami, które warunkowały rozwój tej bardzo użytecznej społecznie dziedziny. Wiedza i umiejętności w tym zakresie przekazywane były z pokolenia na pokolenie, tworząc fundament medycyny, która w V wieku p.n.e. dzięki Hipokratesowi została podniesiona do godności nauki i jest definiowana jako nauka o zdrowiu i chorobie, a także umiejętność i sztuka zapobiegania chorobom i leczenia chorych [1].

Etnomedycyna/etnoiatria, medycyna tradycyjna, ludowa, alternatywna/ jest dyscypliną z pogranicza etnologii i medycyny [2]. Zajmuje się praktykami związanymi z zachowaniem zdrowia i sztuką leczenia. Często określana jest również mianem „żyjącej historii medycyny". Zakres pojęciowy tego terminu obejmuje medycynę ludową, tradycyjną i popularną, przy czym terminy te często używane są zamiennie.

Zainteresowanie wiedzą i praktykami medycznymi tzw. „ludów prymitywnych" sięga XVI wieku i było głównie udziałem podróżników [3]. Za prekursora badań nad etnomedycyną uważa się powszechnie amerykańskiego lekarza (niemieckiego pochodzenia), historyka medycyny i antropologa Erwina Ackerknechta (1906-1988), który jako pierwszy dostrzegł potrzebę zainteresowania się „prymitywnymi" praktykami medycznymi, zgromadził i przeanalizował szereg danych empirycznych, formułując program badawczy nowej dyscypliny [3]. Pojęcia „etnomedycyna" użył po raz pierwszy w 1956 roku Drobec, traktując ją jako „przedłużenie historii medycyny w czasie i przestrzeni" [3]. Zakres tematyczny tego pojęcia jest bardzo szeroki. Ch. Huges podaje, że termin ten odnosi się „do tych wierzeń i praktyk związanych z chorobą, które są wytworem lokalnej kultury i które nie są wyraźnie wyprowadzone z ram konceptualnych medycyny nowoczesnej" [3]. Maretzki podkreśla interdyscyplinarność i „szeroki niesprecyzowany obszar" tej dziedziny: „*etnomedycyna obejmuje swym zasięgiem praktyki ludzkie związane ze zdrowiem i chorobą oraz instytucje*

im towarzyszące. Jest również zainteresowana czynnikami kulturowymi wpływającymi na charakter i rozprzestrzenianie się chorób w różnych społeczeństwach" [3].

Wzrost zainteresowania badaniami nad etnomedycyną nastąpił w drugiej połowie XX wieku i związany był z rozwojem i ekspansją ideologiczną i terytorialną medycyny klasycznej.

Rozwój medycyny okazał się bardzo kosztowny, eksplozji kosztów nie towarzyszyły jednak proporcjonalne efekty zdrowotne. Przekonanie, że wzrost zdrowotności społeczeństwa jest proporcjonalny do nakładów na ochronę zdrowia okazał się błędny. Fakt ten znalazł swoje potwierdzenie w badaniach Lalonda nad czynnikami warunkującymi zdrowie. Okazało się, że to styl życia a nie „opieka zdrowotna" ma największy wpływ na zdrowie człowieka [4].

Warto też mieć na uwadze elitarny charakter medycyny. Olbrzymie możliwości współczesnej medycyny, ze względu na koszty, są niestety niedostępne dla wszystkich potrzebujących, co jest przyczyną rosnącego niezadowolenia społecznego.

Mimo rosnącej medykalizacji społeczeństwa i postępu naukowo-technicznego, spory odsetek ludzi chorych szuka odruchowo pomocy poza systemem medycyny konwencjonalnej. Wynika to z niedoskonałości systemów polityki społecznej, niezaspokajania potrzeb ludzi chorych, oraz braku wsparcia społecznego w tradycyjnie uprawianej medycynie. Jest to w dużej mierze następstwem zaniedbań orientacji humanistycznej w medycynie, oraz oderwania się jej od filozofii człowieka i związania z techniką. Nie bez znaczenia jest również fakt, że medycyna ulega postępującemu procesowi makdonaldyzaji [5].

Na uwagę zasługuje również fakt, że medycyna staje się coraz bardziej skomplikowana i coraz bardziej agresywna w swoich poczynaniach. Coraz częściej też pojawia się pytanie „o granice medycyny".

Podejmowane przez WHO i ONZ w drugiej połowie XX wieku długofalowe programy zdrowotne w krajach Azji, Afryki i Ameryki Łacińskiej, zakończyły się niepowodzeniem [2,3,6]. Okazało się, że w wymienionych regionach istnieje nieufność do medycyny naukowej. Medycyna euro-amerykańska, oparta na tradycji chrześcijańskiej jest niedostosowana do warunków kulturowych tych krajów, gdzie zakorzenione są kultury medyczne sięgające tradycjami najstarszych cywilizacji świata (staroindyjskiej, chińskiej, prekolumbijskiej).

Medycyna przyszłości to medycyna profilaktyczna o orientacji holistycznej i ekologicznej. Aby sprostać tym zadaniom pracownicy opieki zdrowotnej muszą aktywnie uczestniczyć w kształtowaniu kultury zdrowotnej, której elementem jest lecznictwo ludowe, a

która jest jednym z najważniejszych czynników środowiskowych wpływających na stan zdrowia.

Cel pracy

Celem pracy jest zwrócenie uwagi środowiska medycznego na uwarunkowania historyczne oraz współczesne funkcjonowanie etnomedycyny w kulturze zdrowotnej. Terminu *etnomedycyna* autorka używa zamiennie z terminem *medycyna ludowa*.

Omówienie

Lecznictwo ludowe – to wyodrębniony obszar działań leczniczych, który był wynikiem wielowiekowej izolacji i samowystarczalności wsi, a przede wszystkim braku dostępu do medycyny profesjonalnej. Sprawy związane ze zdrowiem i chorobą z powodu doświadczenia i mądrości były domeną ludzi starszych, głównie kobiet [7].

Zasób wiedzy i umiejętności w zakresie medycyny ludowej był wynikiem wielowiekowych nawarstwień różnorodnych czynników. Należały do nich: mistyczna wiara, wierzenia pogańskie, elementy religii chrześcijańskiej, racjonalne i irracjonalne poglądy na otaczający świat, wiedza empiryczna oparta na obserwacjach i doświadczeniach wielu pokoleń mieszkańców wsi, a także przyswojone i przetworzone na własny użytek wiadomości z medycyny konwencjonalnej [2,7]. Wiedza przekazywana była z pokolenia na pokolenie, a stosowane środki i metody były mieszaniną elementów magicznych, religijnych i racjonalnych.

Medycyna ludowa przez długie wieki historii była podstawą lecznictwa przede wszystkim klas i grup społecznie upośledzonych, które nie miały dostępu do medycyny konwencjonalnej. Medycyna klasyczna miała bowiem charakter wyraźnie elitarny i zarezerwowana była dla wąskiej elity ludzi bogatych. oficjalnej. Elitarny charakter medycyny był powodem tego, że aż do II polowy XIX wieku zdecydowana większość potrzeb zdrowotnych realizowana była poza jej systemem.

Od końca XIX wieku, dzięki rozpowszechnieniu ubezpieczeń zdrowotnych, coraz szersze kręgi społeczne korzystały z medycyny naukowej (oficjalnej, konwencjonalnej), jednak niskie wskaźniki liczby lekarzy, jak również brak zaufania do medycyna naukowej był poważnym hamulcem w korzystaniu z jej świadczeń.

Jeszcze w okresie XX-lecia międzywojennego wskaźnik liczby lekarzy w Polsce wynosił 3,7 i był jednym z najniższych w Europie, a tylko 15% ludności miało prawo do lecznictwa ubezpieczeniowego [8]. Ustawy pierwszych lat II Rzeczypospolitej, w szczególności *Ustawa o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby* z dnia 19 maja 1920 roku, zmierzały do podniesienia stanu zdrowotnego społeczeństwa i ujednolicenia

organizacji ochrony zdrowia. Nie było to zadanie łatwe biorąc pod uwagę stan zdrowotny, poziom kulturalny i organizację ochrony zdrowia [9]. Ludność wiejska stanowiła ok.73% społeczeństwa, ale wieś w bardzo małym stopniu korzystała z medycyny oficjalnej [8,10].

Jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy był utrudniony dostęp do lekarza oraz złe warunki finansowe mieszkańców wsi. We wsiach województw centralnych na jednego lekarza przypadało ponad 33 tys. ludności, a w województwach północno-wschodnich ponad 50 tys. [10,11,12]. Kacprzak podaje, że w 1935 roku, tylko w 25-30% porodów udzielały pomocy rodzącej położne, a w pozostałych przypadkach asystowały babki i sąsiadki, stąd wysoka umieralność niemowląt (ok. 140 zgonów na 1000 żywych urodzeń) oraz rodzących [13].

Osobnym problemem były aborcje wykonywane przez wiejskie „baby". Jak wspomina Karaś w swoim pamiętniku: „*Bierze się w tym celu drucik lub jakikolwiek podobny przyrząd. Podobno i szczoteczki do zębów się nadają. A nieboszczyk Profesor Rosner wspominał kiedyś na wykładzie nawet o marchewce. Jednym słowem przyrządów jest wiele i bardzo różnorodnych. Tylko jedna wspólną mają cechę; do zabiegu się ich nie gotuje. Będzie zakażenie to się powie, że lekarz winien. Bo lekarz potem robi skrobankę. Tak wymyśliły akuszerki"... Przerwanie ciąży u lekarza kosztuje kilkadziesiąt złotych, nawet po znajomości... A poronienie, skoro już raz krwawić zaczęło, załatwić musi lekarz za darmo. Poważnym hamulcem w korzystaniu z medycyny oficjalnej były złe warunki finansowe mieszkańców wsi – „często kwota 3 zł. Więcej znaczyła niż najtrafniejsza diagnoza*" [14]. Poza tym lekarzy nie darzono wówczas zaufaniem [15]. Wynikało to zarówno z rzadkich kontaktów z nimi, jak i z faktu, że najczęściej udzielana była przez nich pomoc w przypadkach już beznadziejnych, co nie mogło dawać pozytywnych wyników. „*Co ta dochtór poredzi? Zaro by go do spitala broł – nie chcielim... Jak Pan Jezus dopust zrobi, to się już człowieku bij... zabij... nieporedzi. Wola Boska... Bóg doł... Bóg wziol*" [16]. W takiej sytuacji ludność wiejska była skazana na lecznictwo ludowe, na pomoc znachorów, owczarzy i babek.

Leczenie ludzi i zwierząt na wsi stanowiło dodatkowe zajęcie wielu „bab" i „chłopów" Prawie w każdej wsi mieszkała jakaś „znająca baba" lub „likarz"- „co to poradziła na wszelkie bolenia a i bydlęciu choremu pomogła". Najczęściej leczeniem zajmują się stare kobiety, udzielające pomocy przy porodach, tzw. „babki" i to właśnie one decydują czy wezwać lekarza czy księdza [17]. Ci ludowi terapeuci cieszyli się dużym autorytetem i zaufaniem. Ilustracją tego może być cytat z „Pamiętników lekarzy"... „Z babką to jakoś weselej. Swoja, znajoma, na weselu była. Pierwsze dziecko do chrztu trzymała. Jak tylko dowiedziała się, że sąsiadka rodzi zaraz przyszła [14]. Znachorzy znali dobrze mentalność

mieszkańców wsi, stosowali zabiegi zarówno racjonalne jak i magiczne, a te ostatnie ludność wiejska szczególnie sobie ceniła. Świadczone przez nich usługi były na ogół bezpłatne, rewanżowano się za nie w naturze o co zawsze było łatwiej na wsi [16].

Poglądy na istotę choroby w medycynie ludowej

W pojęciu mieszkańców wsi choroba była czymś obcym i wrogim co dostawało się do organizmu ludzkiego. Słaba znajomość anatomii i fizjologii nie pozwalała na racjonalne wytłumaczenie zjawisk chorobowych, szukano więc ich przyczyny w siłach nadprzyrodzonych. Jak wspomina Hozera w swoim pamiętniku: „*Kilkakrotnie spotkałem się w praktyce z wiarą, iż chłop ma również macice która mu się może przewrócić". Idiotyzm ten został chłopom wkorzeniony przez akuszerki i „babki wiejskie", pełniące jak wiadomo funkcje „lekarzy" po wsiach"* [14].

„*Najbardziej rozpowszechnione było przekonanie, że choroba jest karą bożą za popełnione grzechy, bądź też jest wynikiem działania czarta i jego pomocników: czarownic, mocy nieczystych i demonów, wśród których do najbardziej znanych należały: "południce", „zmory" i „utopce*". Jak podaje Biegeleisen – autor książki „Lecznictwo ludu polskiego" 1929 - „*Wchodzi ona do ciała człowieka podstępnie lub niewidocznie, wywołując w nim różne dolegliwości. Przenosi się za pomocą powietrza, wody lub dotknięcia na inne osoby, zwierzęta a nawet drzewa. (...) „Sprawcą choroby – bywa obcy wrogi człowiekowi zły duch, co uwydatniają w wyrażeniu: „tłukła go choroba" ,"zimno ją trzęsło*" [18]. Wierzono, że choroba może przyjść z człowieka na człowieka, jednak na ogół nie wierzono w zaraźliwość chorób, dlatego w czasie epidemii przepisy sanitarno-epidemiologiczne wypełniane były pod przymusem. Przyczyną choroby mogło też być nieodpowiednie zachowanie się podczas niektórych świąt, zwłaszcza w wigilię Bożego Narodzenia. Należało więc podczas wieczerzy uważać aby nie wesprzeć się na łokciach, konsekwencją bowiem mogły być cierpienia rąk, oraz inne bóle. Choroby mogły też być sprowadzone na ludzi poprzez rzucanie „uroku" lub zadanie komuś choroby, zakapianie świecy do św. Antoniego. Ustrzec się przed urokiem można przez: noszenie czerwonej tasiemki na szyi, włożenie czegoś na lewą stronę, bądź przy spotkaniu z człowiekiem mającym złe oczy, powiedzieć: „tfu na psa urok". Gorsz sprawa jest ze świecą zakapioną na św. Antoniego. Wraz z wypaleniem się świecy, gaśnie życie tego na kogo świeca jest zakupiona, jednak ten kto to robi obarcza swoją duszę grzechem śmiertelnym [17]. W niektórych przypadkach mógł też człowiek sam sprowadzić na siebie chorobę. Wystarczyła np. ściąć gruszę „ a zaczną robić się wrzody". Wśród racjonalnych przyczyn choroby wymieniano zazwyczaj „zaziębienie", które mogło być przyczyną chorób płuc, nerek, pęcherza, wątroby i reumatyzmu. Jako przyczynę wielu schorzeń niemowląt – jak

wspominał inny lekarz – podaje się tzw. „żarłacze". Dziecko mające w swej skórze „żarłacze" jest niespokojne, płacze, miewa wymioty, wolne stolce, wreszcie z wycieńczenia ginie. Były to wg. Opowiadań matek – tkwiące w skórze drobne z czarną główką robaczki [19].

Kilka słów o diagnostyce

Choroby rozpoznawano na podstawie oględzin oczu, moczu, języka, dłoni czy koszuli pacjenta. W przypadku urazów zewnętrznych jak zwichnięcia czy złamania diagnozowano przez oględziny i dotyk. Diagnozowanie wspomnianych „żarłaczy" było bardziej skomplikowane. Należało przynieść wody i trochę mąki na talerzyku, ..."matka umoczyła końce palców w wodzie i mące, potem końcami palców z przylepionym do nich ciastem, energicznie tarła po skórze niemowlęcia. Dodać w tym miejscu należy, że dziecko z obawy przed zaziębieniem przez trzy tygodnie nie było kąpane. Po tym zabiegu matka pokazywała kilka cienkich wystających nad powierzchnię skóry, ciemnych „żarłaczy" [19]. Aby sprawdzić, czy chory nie jest zaczarowany, a więc w sytuacji – jak pisze Orkan – gdy chorobę trudno rozpoznać ... „*nogi chorego kładą do naczynia z wodą, do którego napuszczą mrówek. Jeśli mrówki łażą po nogach chorego, idą wzwyż nad kolana, to czarów w tym wypadku nie ma. Jeśli zaś wracają do kolan – to na pewno czary poczynione*" [20].

Terapia

W hierarchii stosowanych środków leczniczych na pierwszym miejscu znajdowały się zabiegi magiczne. Wspominany wcześniej Biegeleisen wymienia 28 sposobów na pozbycie się choroby, a ich praktykowanie potwierdzają lekarze w „Pamiętnikach lekarzy" z 1939 r. Zalecano więc: chorobę przygwoździć kołkiem lub klinem, zakląć, rzucić na wodę, zapiec, odpokutować, odrzucić, zakopać, zlewać lub zmywać, zatańczyć lub zamodlić. Można też było splunąć na chorobę, lać ołów, wosk, albo rzucić węgle na wodę, aby się przekonać o sprawcy [14,18,19,21]. W leczeniu niemal każdej choroby, powszechnie stosowane było "zamawianie". Odbywało się to w różny sposób, np. w przypadku róży: ..." w pełnym skupienia obrzędzie z zachowaniem szeregu magicznych ruchów, żegnania się, wypowiadając z przejęciem zaklęcia, polewano choremu twarz, lub inne chore miejsce, jego własnym moczem. Jeśli po paru dniach nie następowała poprawa, wówczas stosowano zabieg równie magiczny, lecz bardziej aromatyczny – smarowano kałem, który miał bardzo szerokie zastosowanie w lecznictwie ludowym [14]. Jak wspomina jeden z lekarzy w swoim pamiętniku: „*Pewnego dnia zawezwano mnie do żony robotnika S., która dostała krwotoku z narządów kobiecych. Po przyjechaniu na miejsce ujrzałem oryginalny widok: cały brzuch pacjentki obłożony był końskim gnojem: „bo to widzi pan lekarz – starsi ludzie mówią, że*

koński nawóz położony na brzuch zatrzyma każdy krwotok, więc póki pan doktor nie przyjedzie – to próbowaliśmy pomóc chorej w ten sposób"[14].

Warto w tym miejscu poświęcić nieco miejsca kołtunowi, który zajmował poczesne miejsce wśród przesądów ludowych. Była to olbrzymia, pozlepiana masa włosów, która zwisała do połowy pleców, a czasami nawet do pasa. Wydobywał się z niej wstrętny zapach, a we wnętrzu gnieździło się pełno robactwa [22]. Niektórzy wierzyli, że kołtun chroni człowieka od wielu tzw. kołtunowych chorób. Obcięcie kołtuna miało powodować nawrót chorób, poprzednio rzekomo przez jego zapuszczenie powstrzymanych [23]. Nazwa „kołtun" wywodzi się od „kiełtania się", czyli kołysania poklejonych i skręconych włosów. Kołtun najczęściej jednak występował u mieszkańców wsi. Przybierał różne formy: „*drobne, grube, pojedyncze, na kształt czapki, podzielone w sznury, gładkie albo też na końcach węzłowate*" [23,24,25].

Stare nazwy tej choroby: *wieszczyca, kołtki, skrzot*albo *skrzat*, wskazują, że znany był już w czasach pogańskich. Wierzono, że sprawcą kołtuna były złe duchy, demony dręczące bezbronnych ludzi. Wraz z nastaniem nowych czasów, wprowadzono nowe nazwy, które określały charakter zjawiska w postaci zewnętrznej: *kołtun*, *plica* (łacińska nazwa oznaczająca kłąb splątanych włosów) lub w postaci wewnętrznej: *goździec*, *gwoździec*, *gościec*. Nadal jednak utrzymywano, że przyczyną kołtuna były złe duchy, w związku z czym niekiedy starano się go leczyć za pomocą egzorcyzmów. Zgodnie z przesądami ludowymi, sadzono, że każdy człowiek od momentu narodzin nosił w sobie jakiegoś „gośćca" (czyli wewnętrznego kołtuna), który najczęściej był zlokalizowany we krwi lub w kościach. Objawiał się on różnymi dolegliwościami, w szczególności bólami, przykurczami i łamaniem w kościach [23,24,25].

Na początku XVII wieku pojawiło się przekonanie, że kołtun jest efektem poważnej, choroby, która istnieje w organizmie, a jej objawem zewnętrznym, będącym zarazem symptomem ustępowania choroby, jest zwijanie włosów. Sądzono, że choroba w ten właśnie sposób opuszcza organizm, tracąc na swej sile: „poprzednio nim się kołtun zwinie na głowie, długo dręczy chorego wszelakimi dolegliwościami, bo się znajduje we krwi lub we wnętrzu [23]. W ślad za tym dążono do „wywicia się choroby", a nawet zalecano środki przyspieszające zlepianie się włosów. Na wstępie należało sprawdzić, czy kołtun „chce się zwinąć". W tym celu należało uciąć po kosmyku włosów z czterech stron głowy i nosić je w woreczku na „dołku sercowym". Jeżeli po jakimś czasie włosy się zwinęły, świadczyło to o tym, że trzeba zapuścić kołtun. W tym celu należało polewać włosy wywarem z ziół barszczu, babiego muru, barwinku lub łopianu oraz natrzeć je woskiem z paschalnej świecy.

Najczęściej kołtun zapuszczali ludzie cierpiący na choroby oczu, choroby weneryczne oraz różne trudne do wyleczenia choroby reumatyczne (gośćcowe, dlatego kołtuna nazywano także gośćcem). Jeżeli więc nawet któryś z chorych odważył się kołtun zlikwidować, to oczywiście choroba nie ustępowała i dawała znać o sobie różnego rodzaju atakami i bólami. Tego typu objawy uważano wówczas za „zemstę kołtuna" i czym prędzej zapuszczano go na nowo [23,24].

Ciekawym jest fakt, że kołtun można było „komuś zadać". „*Zadać kołtun jakiej osobie można w ten sposób: potrzeba wyszukać Żyda, któryby przez siedem lat miał kołtun w brodzie, potem konia, mającego w grzywie przez siedem lat kołtun i psa noszącego przez siedem lat tę chorobę w ogonie. Z tego miejsca, gdzie kołtun rośnie, wyrwać z tego Żyda, konia i psa po kilka włosów, następnie udać się do takiego budynku, w którym znajduje się 27 stragarzy i pod środkowym stragarzem moczyć te kołtunowate włosy przez 24 godzin w wodzie. Potem zlewa się je do flaszeczki, z której po kilka kropli tej wody puszcza się do wódki lub jadła osobie, której pragnie się zadać wspomnianą chorobę*" [26].

Kołtun można było obciąć. Aby jednak zminimalizować ryzyko zdrowotne z tym związane, należało postępować w ściśle określony sposób: okręcić kołtun cienkim sznurkiem i co parę dni mocno pociągać. Po upływie miej więcej półtora roku miał on się trzymać już tylko na pojedynczych włosach, wówczas można go było „bezboleśnie" odciąć. Nieco „szybszą" metodą było namoczenie jakiegoś odpadłego kołtuna w mocnej wódce. Następnie należało kilka razy dziennie podawać do picia ów wywar „choremu", który w końcu miał kołtun zgubić [26].

O wiele bardziej skomplikowana procedura towarzyszył „pozbywaniu się" „kołtuna wewnętrznego". Należało postarać się o martwy, poroniony i nieochrzczony płód. Następnie należało go spalić, a pozostał popiół pić, mieszając z dowolnym napojem [26].

Warto dodać, że w obcinaniu kołtunów specjalizowała się pewna grupa ludzi, których nazywano „gościarzami". Profesja ta przechodziła często z ojca na syna nawet przez wiele pokoleń [18].

Po obcięciu kołtuna „chory" zwykle zasypiał i nie wolno go było, pod żadnym pozorem budzić. Obcięty kołtun zawijano w ciemną szmatę, wkładano tam chleb, pieniądz i skrapiano wódką. Ludzie bardziej bojaźliwi chowali go zwykle w suchym miejscu w pobliżu własnego domu. W razie gdyby kołtun zaczął się „mścić", należało przyłożyć go z powrotem do głowy, aby mógł przyrosnąć. Bardziej odważni zakopywali kołtun pod przydrożnym krzyżem lub wrzucali go w rozwaliny starego zamku. Na Białorusi kołtun uchodził za skutek przekleństwa i aby się go pozbyć, zakładano na głowę starą chustę, następnie zdejmowano ją i

zostawiano przy drodze lub wieszano na drzewie. „*Sądzono, iż kto ją podniesie, ten kołtun zabierze*” a jeszcze inną ciekawą metodą na pozbycie się kołtuna było zjedzenie ugotowanego jeża [23,26].

Częste bóle głowy, tzw. urzeki są wynikiem rzucenia uroku. Zabieg "odczyniania" polega na następującej procedurze: do wody dodaje się kawałki chleba, a następnie kilka jarzących się ogarków. "Wody takiej bierze urzeknięty kilka razy na język, następnie kropi się tą wodą dom a resztę wylewa pod przycześ domu. Przed zachodem słońca uroki ustępują [27].

Cały arsenał środków magicznych wspomagany był lekami pochodzenia roślinnego, zwierzęcego i mineralnego. Warto podkreślić, że wiele z nich, ma swoje racjonalne uzasadnienie i do dnia dzisiejszego ma zastosowanie w medycynie alternatywnej. Zalecano więc: przy gruźlicy picie psiego sadła z gorącym mlekiem, bądź wywaru z babki lancetowatej, na wszelkie zatrucia a nawet czerwonkę – biedrzeniec, przy kaszlu i chrypce – dziki bez czarny, „na nerki” – skrzyp i jałowiec, na trudno gojące się rany i złamania – żywokost smażony na maśle, przy bólach reumatycznych – noszenie na „chorym miejscu” – skórki z kota lub królika. W przypadku "kolki" czy "krajania po brzuchu" najlepiej położyć się na gorącym piecu, brzuch dobrze przycisnąć, lub też przykładać rozparzony owies, siemię lub glinianą pokrywkę [27]. We wszystkich „boleniach” brzucha nieocenione były nalewki: berberysówki, głogówki, anyżówki i cała gama „gadzinówek”. W dolegliwościach żołądkowych nieoceniona była żółć wieprzowa, żołądek cielęcy z kolei stosowany w postaci okładu leczył chore zaczerwienione oczy. Naftę stosowano w chorobach gardła, oraz w chorobach nowotworowych.

Spośród bogatego zestawu ziół, właściwości lecznicze miały te święcone na Matkę Boską Zielną, m.in.: cyntoria, rozchodnik, świniogorze, podróżnik, wilcze ziele, kalina, kruszyna czy jarzębina. Ich siła lecznicza zależała od pory dnia w której się je zbierało - nigdy po południu, gdyż w ten czas chodzą czarownice. Na rany przykłada się liść podbiału, babki, lub młody listek olchowy. Na rany u niemowląt, do tzw. zasypywań używało się iłu koloru popielatego, znajdującego się na znacznej głębokości, który pozyskiwało się podczas kopania studni [27].

Warto również wspomnieć o właściwościach leczniczych wody; rosa majowa „najlepiej wyciąga rematykem”.

Dużym powodzeniem cieszyły się bańki zwykłe i cięte, do której to metody chętnie wraca dzisiejsza medycyna profesjonalna, krwioupusty, oraz przystawianie pijawek [7,14,16,18,26].

Podsumowanie

Medycyna ludowa należy do najstarszych form lecznictwa. Niektóre jej formy, a zwłaszcza ziołolecznictwo, były skarbnicą dla medycyny naukowej. Trafne spostrzeżenia ludowych terapeutów legły u podstaw wielkich odkryć naukowych. Jedno z największych - szczepienia przeciwko ospie prawdziwej, wprowadzone w 1796 roku przez Jennera, pochodzą właśnie z medycyny ludowej [8]. Współcześnie coraz większym zainteresowaniem cieszy się apiterapia, larwoterapia, czy hirudoterapia, a niektóre metody stale mają swoje miejsce w kształceniu pracowników medycznych (np. bańki). Warto również w tym miejscu podkreślić, że niektóre metody zostały zaakceptowane przez medycynę naukową (np. akupunktura).

Ze względu na elitarny charakter medycyny uniwersyteckiej, medycyna ludowa była przez wieki podstawą leczenia klas i grup społecznie upośledzonych, które nie miały dostępu do medycyny naukowej.

U progu XXI wieku pomimo postępu naukowo -technicznego i dostępu do medycyny naukowej, spory odsetek ludzi nadal korzysta z metod medycyny ludowej. Daje się również zauważyć wzrastające zainteresowanie tymi metodami w środowisku medycznym.

Warto zauważyć, że w początkowych okresach rozwojowych medycyny, zwłaszcza w okresie przednaukowym, filozoficznym i teologicznym krąg jej zainteresowań obejmował również procesy i zjawiska metafizyczne, związane z wolą, sugestią, wiarą, nadzieją i miłością a więc takie, których znaczenie a tym bardziej efekt terapeutyczny trudno jest potwierdzić metodami naukowymi.

Przez stulecia szczególnie eksponowanym elementem sztuki lekarskiej była umiejętność kojenia cierpień chorych, na które składają się: ból, obawy i lęk, przygnębienie i zwątpienie a często rezygnacja i rozpacz. Współczesna medycyna zrezygnowała z pierwiastków irracjonalnych, zwłaszcza mistycznych, nie uwzględniając faktu, że człowiek chory ma prawo nie tylko myśleć ale i postępować nieracjonalnie.

Wraz z upowszechnieniem się chrześcijaństwa zabiegi magiczne stosowane były w medycynie ludowej w głównej mierze w oparciu o elementy religijne, takie jak obrzędy czy święta w Kościele katolickim. Ich przetrwałe formy funkcjonują w naszym społeczeństwie do dnia dzisiejszego.

W związku z tym konieczna jest kontynuowanie interdyscyplinarnych badań nad historycznymi, socjologicznymi, psychologicznymi i etnologicznymi uwarunkowaniami etnomedycyny. Wydaje się, że badania nad rodzimą etnomedycyną mogą być wykorzystane w kształtowaniu współczesnej kultury zdrowotnej.

Piśmiennictwo

1. Kielanowski T.: Propedeutyka medycyny. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 1967.
2. Brożek K.: Etnomedycyna w polskiej kulturze zdrowotnej. Zdrowie Publiczne. Wyd. Karkonoskie Towarzystwo Naukowe. Jelenia Góra, 1992, 211-218.
3. Jeszke J.: Rozwój badań etnomedycznych na świecie i w Polsce. Kwartalnik Historii Nauki i Techniki. 1989, 4, 953-965.
4. Wysocki M.J., Miller M.: Paradygmaty Lalonde`a, Światowa Organizacja Zdrowia i nowe zdrowie publiczne. Przegl. Epidemiol. 2003, 57, 505-512.
5. Ritzer G.: Makdonaldyzacja społeczeństwa. Wyd. Muza. Warszawa, 2009.
6. Sokołowska M.: Medycyna nowoczesna a medycyna tradycyjna. Problemy Dydaktyki Medycznej i Wychowania. 1980, 11, 82-84.
7. Półtorak Z.: Lecznictwo ludowe rodzimej ludności Opolszczyzny. Opole, 1989.
8. Seyda B.: Dzieje medycyny w zarysie. Wyd. Lekarskie PZWL ,Warszawa, 1965.
9. Bunsch-Konopka H.: Historia ochrony zdrowia w Polsce. Warszawa, 1980.
10. Mały rocznik statystyczny 1939, Warszawa, 1939.
11. Kiziewicz D.: Zdrowotność i lecznictwo w północno-wschodnich województwach Rzeczypospolitej. Nowiny Społeczno-Lekarskie. 1928. R.II, 21,
12. Mały rocznik statystyczny 1936. Warszawa, 1936.
13. Kacprzak M.: Stan opieki nad zdrowiem ludności wiejskiej. W walce o zdrowie wsi polskiej. Warszawa, 1937.
14. Pamiętniki lekarzy. Warszawa, 1939, 6-9, 622-623, 345-346.
15. Dydyński L.: Lekarze a znachorzy, Medycyna i Przyroda, 1938, 8, 21.
16. Tylkowa D.: Medycyna ludowa w kulturze wsi Karpat Polskich. Wrocław, 1989, 31-39.
17. Ochorowicz S.: Medycyna ludowa. Rocznik 1933, 148.
18. Biegeleisen H.: Lecznictwo ludu polskiego. Kraków, 1929, 3.
19. Stabrowski M.: O niektórych przesadach i zabobonach w medycynie. Medycyna i Przyroda, 1938, 2, 30-31.
20. Orkan W.: Listy ze wsi i inne pisma społeczne. Kraków, 1970, 193.
21. Kuchowicz Z.: Leki i gusła dawnej wsi. Ludowa Spółdzielnia Wydawnicza, Warszawa, 1954.
22. Gajewski W.: Badania Dietla nad chorobą zwaną kołtunem. Nakładem Gminy m. Krakowa, Gebetner i Wolff, Kraków, 1928, 160.

23. Łabędź P.: Kołtun Plica Polonica zwany. Wiedza i Życie. Inne Oblicza Historii, 2010, 22.
24. Krysa-Leszczyńska D.: Poglądy polskich lekarzy na istotę choroby zwanej „kołtunem", Archiwum Historii Medycyny, 1977, 40, 213.
25. Kitowicz J.: Opis obyczajów za panowania Augusta III. t. 2. Zakład Narodowy im. Ossolińskich. Wrocław, 2003, 644.
26. Udziela M.: Medycyna i przesądy lecznicze ludu polskiego, Warszawa 1891, Przyczynek do etnografii polskiej. Biblioteka „Wisły", Warszawa, 1891.
27. Brożek J.: Nieco o lecznictwie ludowym. Orli lot, 1929, 10, 213-214.

Zalewski Grzegorz, Dziadel Agnieszka, Walejewska – Iwaszko Krystyna

Mechanizmy moralnego „odłączenia się”, ślepe posłuszeństwo wobec autorytetu a dokonywanie zabójstw z perspektywy integralno kulturowej (Majów i współczesnej cywilizacji Zachodu)

Studium Filozofii i Psychologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp

Dysonans poznawczy między koncepcją społecznego zła i dobra w ujęciu integralnokulturowym

Badania integralnokulturowe koncentrują się na zagadnieniach społecznych, które w zmienionej stylistyce słownej i retoryce ideologicznej powracają w kolejnych epokach [1]. „*W analizie prowadzonej z perspektywy integralnokulturowej staramy się (...) zwrócić uwagę na te tematy, które dotyczą elementarnych kwestii sytuacji egzystencjalnej człowieka. Są to zagadnienia, które muszą być zawsze i wszędzie podejmowane przez społeczeństwa ludzkie. W tym można upatrywać drogi od historyczności do uniwersalności dociekań prowadzonych w ramach badań integralnokulturowych*” [2].

Jednym z takich uniwersalnych zagadnień jest społeczne zło i dobro, a w ramach zła dokonywanie zabójstw i - w ramach dobra - przeciwstawianie się zabijaniu oraz promowanie życia. Według Zimbardo [3] *zło polega na zamierzonym zachowaniu się w sposób, który rani, poniża, dehumanizuje lub niszczy niewinne jednostki – lub używaniu swojej władzy i siły systemowej, by nakłaniać lub dać przyzwolenie innym do działania w ten sposób w naszym imieniu.* W skrócie jest to „czynić niedobrze, wiedząc co dobre”. Z perspektywy psychologii społecznej można wskazać na następujące, cztery korzenie zła [4]:

- instrumentalizm - środek prowadzący do celu
- zagrożony egotyzm - spowodowany zawyżoną samooceną
- idealizm - czynienie zła z intencją czynienia dobra, np. rewolucje społeczne
- sadyzm [4].

Zło manifestuje się szczególnie wyraźnie w przypadkach masowych zabójstw. Na przykład Staub [5,6] podjął się całościowej i wszechstronnej analizy najgorszych postaci ludzkiej destruktywności – ludobójstwa i innych drastycznych form przemocy grupowej. Analizował on takie zagadnienia, jak: nazistowski holocaust, tureckie ludobójstwo Ormian,

ludobójstwo w Kambodży, masowe zabójstwa w Argentynie oraz przyzwolenie na zło w postaci bierności świadków na przykładzie Ruandy. Zdaniem Stauba wszystkie te zbrodnie dokonano w celu – z punktu widzenia sprawców - zbudowania lepszego świata.

Z definicji zła *implicite* wynika także koncepcja dobra [3]. Jest to „*czynić dobrze, wiedząc co dobre*”. Społeczne dobro polega więc przede wszystkim na poprawnych relacjach interpersonalnych i promocji życia, dostatku dóbr materialnych, udziale w kulturze i rozwoju osobowym (niekiedy także duchowym). Do takiego dobra (co najmniej na poziomie deklaracji) dąży współczesna cywilizacja (por. Staub [5, 6]), ale dążyły także poprzednie cywilizacje, np. w przedkolumbijskiej Mezoameryce było to wyobrażenie mitycznej krainy Tollan [7, 8]. Król/kapłan Topiltzin Quetzalcóatl zbudował tam wspaniałe, ceremonialne miasto, zastępując chaos - porządkiem, dostatkiem i ciągłym rozwojem. Zabronił m.in. prowadzenia wojen i składania ofiar z ludzi. Według tego wzoru zbudowano w przedkolumbijskiej Mezoameryce wiele miast. Tollan było ziemskim elementem misternej kombinacji: bóg Quetzalcóatl, król/kapłan Topiltzin Quetzalcóatl, miasto prawa. Scharakteryzujemy krótko te elementy:

Bóg Quetzalcóatl był aktywnym agentem najwyższego boga Ome tecutli, którego wolę przekazywał ludziom. Uporządkował czas, przestrzeń, zorganizował wszechświat (wprowadzając słońce w ruch) i miał władzę nad erą Tolteków. Stworzył ludzi i żywność (głównie kukurydzę i *pulque*), a także kulturę i sztukę. Oddawano mu cześć już w Teotihuacán (100 n.e. – 750 n.e.). We wspomnieniach Majów Quetzalcóatl bywał też nazywany: Kukulkan, Nacxit-Xuchit lub Tohil.

Król/kapłan Topiltzin Quetzalcóatl często modlił się, pościł, czynił pokutę, wbijał ciernie w swoje ciało, a w ofierze Twórczej Parze (Ome tecutli miał żonę) składał m.in. ptaki i motyle [9]. Ptaki i motyle mogą tu być metaforą kontemplacyjnej modlitwy „wznoszącej się” ku niebu. Dzięki tym praktykom król/kapłan łączył się z najwyższym bogiem i wskazywał drogę postępowania innym kapłanom i ludziom. Po opuszczeniu Tollan wraz ze swoimi zwolennikami dotarł do Jukatanu, gdzie odnowił Chichén Itzá, po czym powrócił do mitycznej zamorskiej miejscowości Tlapallan [9].

Miasto prawa - w Tollan panowało społeczne dobro i przestrzegano prawa. Według tego wzoru Majowie przebudowali Chichén Itzá – dokonali jednak radykalnej zmiany i składali tam ofiary z ludzi [10]. Majowie doświadczali więc często dysonansu poznawczego: kiedy składali wielu bogom ofiary z ludzi, aby „utrzymywać ich i żywić” [11], jednocześnie obrażali Quetzalcóatla i łamali ustanowione przez niego prawa. Zlikwidowanie tego dysonansu polegało na takim przekształceniu wyobrażenia Quetzalcóatla, aby pod postacią

Tohila przypominał on innych bogów, a nawet stał się zdecydowanym zwolennikiem składania ofiar z ludzi. Proces ten, psychologiczno - historyczno - mitycznie przebiegający w złożony sposób, zostanie zarysowany w dalszej części niniejszej pracy.

Do analizy wybierzemy reprezentatywny dla przedkolumbijskiej Mezoameryki, krąg kulturowy opisany w Popol Vuh - Księdze Rady Majów z grupy Quiché [11]. Ten krąg kulturowy miał korzenie we wcześniejszych społecznościach Teotihuacán i Tolteków oraz nawiązywała do niego późniejsza kultura Azteków. Stosując analogie, zastanowimy się w jakich sytuacjach i w jakich postaciach Majowie decydowali się, a współczesne społeczności decydują się, na „składanie ofiar z ludzi”.

Wyjaśnienie prawdopodobnego rozumowania Majów w czasie składania ofiar z ludzi, w oparciu o koncepcję moralnego „odłączenia się” A. Bandury

Można wyróżnić co najmniej cztery mechanizmy moralnego „odłączenia się” w celu zabijania ludzi [12]**:**

- przyjęcie imperatywów moralnych, które uświęcają przemoc
- przedefiniowanie krzywdzących zachowań i uznanie ich za słuszne
- zrekonstruowanie postrzegania ofiar tak, aby uznać je za zasługujące na karę, obarczając je winą za konsekwencje
- zdehumanizowanie ofiar i postrzeganie ich, jako będących poniżej poziomu obiektów szlachetnej troski.

Z analizy powyższych mechanizmów wnikają dwa pytania:

- Jakie imperatywy moralne uzasadniały przemoc w świecie Majów i jakie uzasadniają przemoc współcześnie (pytanie odnoszące się do mechanizmu A)?
- W jaki sposób Majowie rekonstruowali postrzeganie ofiar i w jaki sposób obecnie następuje przedefiniowanie krzywdzących zachowań wobec innych ludzi i uznanie tych zachowań za słuszne (pytanie odnoszące się do mechanizmów B - D)?

Aby odpowiedzieć na powyższe pytania rozpoczniemy od analizy wyobrażeń Majów na temat 4 etapów stwarzania człowieka. Tak więc Huracán, Chipí-Caculhá, Raxa-Caculhá i inni bogowie stworzyli zwierzęta oraz ptaki i przemówili do nich: *„(...) krzyczcie, ćwierkajcie, wołajcie; niechaj każdy przemówi wedle swego gatunku, wedle swego rodzaju*” [13]. Następnie jednak zażądali od zwierząt i ptaków zachowań niemożliwych do wykonania: „*Wymówcie nasze imiona, chwalcie nas (...)”* [13]. Kiedy stworzenia nie wykonały tego polecenia, zostały ukarane *„(...) z tej przyczyny złożono w ofierze ich ciała i zwierzęta żyjące na powierzchni ziemi skazane zostały na pożeranie i zabijanie*” [13]. Bogowie wykazali się

więc nadnaturalną mocą, ale również okrucieństwem oraz nierealistycznymi oczekiwaniami w stosunku do zwierząt i ptaków. Współcześnie podobnie sensowne byłoby oczekiwanie, aby koń pisał wiersze, a kiedy tego (złośliwie?) nie zrobiłby, zostałby np. wychłostany.

Bogowie podjęli więc drugą próbę stworzenia tego, „który będzie nas utrzymywał i żywił” [13]. Zrobili ciało człowieka z ziemi i z błota, ale on też był nieinteligentny, wobec czego „roztrzaskali, zniszczyli swe dzieło i stworzenie” [13]. Wybrali więc nieodpowiedni materiał, a następnie zareagowali histerycznie na efekt swojej pracy.

Nie tracąc cierpliwości bogowie podjęli trzecią próbę i stworzyli człowieka z drewna, ale nie miał on rozumu ani duszy i wędrował bez celu. Kolejny raz bogowie wybrali nieodpowiedni materiał, a kiedy dzieło nie udało się, zareagowali jeszcze bardziej histerycznie i niebywale okrutnie. Najpierw sprowadzili wielki potop na drewnianych ludzi, potem Xecotcovach wydziobał im oczy, Camalotz uciął im głowy, Cotzbalam pożarł ich ciała, a na koniec Tucumbalam zmiażdżył i w proch starł ich kości.

Jakie mogło być psychologiczne przesłanie, wynikające z trzeciej próby stworzenia człowieka? Prawdopodobnie wyznawcy religii Majów mieli zostać przekonani, że należy zawsze oddawać cześć bogom, nawet wtedy, kiedy wydaje się to (lub nawet jest) niemożliwe oraz, iż człowiek przeznaczony na ofiarę, któremu kapłani zamierzają np. przeciąć klatkę piersiową i wyrwać serce, znajduje się w relatywnie lepszej sytuacji niż drewniani ludzie.

Reakcję bogów na trzecią, nieudaną próbę stworzenia człowieka, możemy wyjaśnić np. w oparciu o koncepcję A. Bandury [12] „moralnego odłączenia się” od każdego rodzaju destruktywnego postępowania, aktywizującego jeden lub więcej z następujących mechanizmów poznawczych.

Odpowiemy w ten sposób na pytania A i B w części dotyczącej przeszłości

A1. Przyjęcie przez Majów imperatywów moralnych, które uświęcają przemoc - sformułowali oni następujące uzasadnienia religijne dla destruktywnego działania: bóg deszczu potrzebuje ofiar z płaczących dzieci, należy więc je topić (prawdopodobnie powoli, aby bóg deszczu otrzymał więcej łez). Bóg – słońce potrzebuje krwi, aby mieć energię od świtu do zmierzchu, należy więc składać mu ofiary z ludzi i w miarę możliwości przekonywać te ofiary oraz skłaniać do tego, aby były dumne ze swego poświęcenia (ofiara jest bardziej skuteczna, kiedy jest dobrowolna). Jedną z wykorzystywanych w tym celu metod były autoofiary królów, którzy z okazji ważnych uroczystości upuszczali krew ze swoich członków, a ich żony i dostojnicy przewlekali sobie przez otwory w językach sznury z wplecionymi w nie cierniami. Tak postąpiła np. żona króla Yaxchilánu o imieniu Xoc [14]. Arystokracja Majów przesyłała więc poddanym i jeńcom przeznaczonym na ofiary

pozytywny komunikat – wy „nisko urodzeni” będziecie cierpieli tylko raz, a my „wybrani” będziemy umartwiali się wielokrotnie (podobnie jak czynił to bóg Quetzalcóatl – znany też jako: Kukulkan, Nacxit-Xuchit lub Tohil).

B1. Kapłani i wierni mogli przedefiniować krzywdzące zachowania, uznając je za słuszne, np. drewniani ludzie zawiedli bogów, wobec tego zasłużyli na swój los. Kapłani i wierni mogli także zrekonstruować postrzeganie ofiar tak, aby uznać je za zasługujące na karę, obarczając je winą za konsekwencje (np. brak deszczu, ale także wszystkie inne niepowodzenia) lub dehumanizując je. Ofiary odgrywały więc mitologiczne role postaci obrażających bogów swoim wyglądem i zachowaniem: prymitywnych zwierząt i ptaków, ludzi z ziemi i błota oraz drewnianych ludzi. Majowie zabijali te zdehumanizowane istoty na wiele różnych sposobów, np. przeszywali je strzałami, zrzucali ze stoków w przepaść lub do wody, chłostali na śmierć lub ścinali im głowy [15].

Współczesne przykłady zabijania ludzi, opisane np. przez Stauba [5, 6], spowodowane były (są?) przede wszystkim przyczynami świeckimi – wynikały one z nacjonalizmu, szowinizmu, faszyzmu czy też komunizmu [por. także 16].

W dalszej części pracy, korzystając z psychologicznych podstaw wnioskowania przez analogię [17, 18] możemy odnaleźć wyraźne podobieństwa między dawnymi, irracjonalnymi „oczekiwaniami bogów”, a przykładami współczesnych „misji pokojowych” lub „racjonalnych planów”. Tak więc wieloletnia wojna rozpoczyna się często jako „krótka misja pokojowa”, a akt terrorystyczny nazywany jest przez sprawcę i jego zwolenników – „indywidualną misją” (np. Breivik po zabiciu na wyspie Utoya 69 osób powiedział policji: „…misja wypełniona”). W sytuacji i miejscu, gdzie nie ma wojny ani terroryzmu, z kolei eutanazja może być interpretowana jako „planowanie godnej starości”, a aborcja - „planowanie macierzyństwa”. We wszystkich tych przypadkach giną niewinni ludzie.

Z jednej więc strony zabijanie żołnierzy wroga, którzy później mogliby być naszymi koalicjantami, embrionów lub ludzi terminalnie chorych, jest misją lub planowym zaspokajaniem wyrafinowanych potrzeb społecznych, a więc składnikiem swoistej socjalizacji. Z drugiej jednak strony - w kontekście integralnokulturowym - jest to rytualne (chociaż świeckie i uzasadnione racjonalnie) składanie ofiar. Świadomie lub nieświadomie, współcześni ludzie cywilizacji Zachodu stoją więc przed integralnokulturowym dylematem - czy przestrzegać bezwzględnej, biblijnej zasady: *nie zabijaj* czy też zasady wynikającej np. z Popol Vuh: *czasami zabijaj, bo tak robią ludzie w niektórych sytuacjach (i bogowie).*

Odpowiemy teraz na pytania A i B, w części dotyczącej współczesności

A2.1. Obecnie także istnieje dużo możliwości „składania ofiar z ludzi” poprzez przyjęcie imperatywów moralnych, które uświęcają przemoc, np. prowadzenie wojny jako „misji pokojowej”; jako wojny religijnej lub patriotycznej, czy też jako realizacja leninowskiej koncepcji wojny „sprawiedliwej”, prowadzonej przez proletariat i „niesprawiedliwej” – prowadzonej przeciwko proletariatowi.

B2.1. Podane przez Stauba przykłady obarczenia wszystkich ofiar - Żydów i Ormian oraz niektórych mieszkańców Argentyny, Kambodży i Ruandy winą za dokonane na nich ludobójstwo, poprzedzone z reguły ich dehumanizowaniem.

A2.2. Realizowane tylko w niektórych środowiskach przekonania **(imperatywy moralne)** dotyczące eutanazji, które mogą usprawiedliwiać przemoc, np.: *ludzie chorzy terminalnie zbyt mocno cierpią, abyśmy mogli bezradnie przyglądać się ich cierpieniu; należy więc „planowo” skrócić ich mękę*.

B2.2. Występuje rzadko i raczej *implicite*, np. obarczenie chorego winą za konsekwencje: *pił przez całe życie* lub dehumanizowanie go**:** *to już „podkorowiec”, „warzywo”* itp.

W przypadku aborcji mamy wiele różnych możliwości interpretacyjnych, np.:

A2.3.1. *Dziecko urodziłoby się zbyt wcześnie, matka jest zbyt młoda, a ojciec nieodpowiedzialny.*

A2.3.2. *Rodzina ma już zbyt dużo dzieci, matka i ojciec są zbyt biedni i starzy, aby wychować kolejne dziecko.*

A2.3.3. Kobieta została zgwałcona i nie chce tego dziecka.

A2.3.4. *Dziecko urodzi się bardzo chore, bliskie śmierci i będzie straszliwie cierpieć, należy więc przyspieszyć jego proces umierania.*

A2.3.5. *Poród może zagrozić życiu matki, należy więc usunąć embrion przed porodem, aby uratować życie kobiety.*

Obarczenie dziecka winą za konsekwencje (występuje rzadko i raczej *implicite*):

B2.3.1. *Z powodu dziecka nie osiągniemy ważnych celów: materialnych, zawodowych, naukowych* itp.

B2.3.2. *Z powodu „tego dziecka” będę musiała żyć (utrzymywać kontakty) z jego nieodpowiedzialnym ojcem,* itp.

Wracając do historii Majów, należy dodać, że bogowie podjęli także czwartą próbę stworzenia człowieka (tym razem z kukurydzy), ale zastosowali mechanizm kompensacji. Stworzyli ludzi, którzy „widzieli wszystkie rzeczy zakryte [odległością], bez potrzeby ruszania się z miejsca (…). Wielka była ich mądrość” [13]. Oczywiście stworzenie ludzi zbyt

doskonałych, podobnie jak wcześniej niedoskonałych, nie podobało się bogom. Powiedzieli oni: „Powstrzymajmy nieco ich pragnienia, gdyż nie podoba nam się to, co widzimy. Czyżby mieli się równać z nami (…). Wówczas Serce Nieba cisnął im oparem w oczy, które zamgliły się jak powierzchnia lustra, gdy na nie chuchnąć. Oczy ich zaćmiły się i mogli widzieć jedynie to, co było blisko (…). W taki oto sposób zostały zniszczone mądrość i wszelka wiedza owych czterech ludzi [Balam-Quitzé, Balam-Acab, Mahucutah, Iqui-Balam], którzy są źródłem i początkiem [rasy quiché]” [13].

W takiej sytuacji trudno jest jednoznacznie stwierdzić, czy Majowie byli dumni ze swoich przodków, czy też nimi rozczarowani, podobnie jak postępowaniem bogów, którzy dali ludziom wiedzę i mądrość, a następnie ją odebrali. W wyobraźni Majów bogowie posiadali magiczną moc, ale mieli także ludzkie wady. Byli zawistni, okrutni, reagowali histerycznie na efekty swoich prac i mieli nierealistyczne oczekiwania w stosunku do zwierząt. Bogów można było więc podziwiać, bać się ich, ale także śmiać się z ich potknięć. Wyobrażenia bogów były projekcją pragnień Majów, ale także ich obaw i wad, których nie chcieli odczuwać i widzieć u siebie [19, 20, 21]. Idealną projekcją był tylko bóg Quetzalcóatl i Tollan - miasto prawa.

W jaki sposób w świadomości Majów doszło do przekształcenia obrazu Quetzalcóatla, zdecydowanego przeciwnika składania ofiar z ludzi w Tohila - zdecydowanego zwolennika składania ofiar z ludzi?

Majowie wierzyli, że w Tollan - mieście prawa, Quetzalcóatl był bogiem dającym życie ludziom, m.in. poprzez ofiarę własnej krwi. W drugiej części *Popol Vuh* Quetzalcóatl-Tohil żąda już krwi innych ludzi – staje się mordercą. Jego tożsamość przekształca się z konstruktywnej w destruktywną.

W mitycznej historii Majów ta transformacja jest poprzedzona pojawieniem się wysłannika Xibalby (Miejsca Strachu, „piekła”). Tworząc wyobrażenie Xibalby, Majowie dokonali projekcji swoich najbardziej negatywnych cech i lęków. Po dokonaniu takiej kompleksowej projekcji Majowie mogli poczuć się lepszymi ludźmi. Za złe zdarzenia odpowiadali już Panowie Xibalby („diabły”), a za przeplatanie się zdarzeń dobrych ze złymi odpowiadali bogowie.

Jakie lęki i cechy Majowie wyparli ze swojej świadomości i przypisali je Panom Xibalby? Otóż jedni Panowie sprawiali, że krew wyciekała z ludzi, inni powodowali opuchliznę, zranienia i śmierć z głodu, jeszcze inni powodowali śmierć ludzi na drogach [11]. „Często bywali przedstawiani jako kalekie stwory o wzdętych brzuchach i cuchnącym oddechu, produkujące istne strumienie ekskrementów i obłoki gazów (we współczesnym

języku Majów diabeł nosi nazwę *Cizin*, co dosłownie znaczy <puszczający wiatry>) i obwieszone naszyjnikami z wyłupionych oczu. Dwaj najważniejsi władcy podziemi nazywali się 1 Śmierć i 7 Śmierć, a ich świta składała się z pomniejszych dostojników o równie stosownych imionach, jak na przykład Obdzieracz Strupów, Zbieracz Krwi, Demon Ropy, Demon Żółci, Kościane Berło oraz Berło z Czaszki” [19]. Lęki Majów wiązały się m.in. z ich sytuacją bytową. Najnowsze badania wykazują, że warunki życia w przedkolumbijskiej Mezoameryce były wyjątkowo trudne – szczególnie z punktu widzenia plemion, które musiały ciągle uciekać lub odpierać ataki przeciwników. Jednak nawet zwycięskie plemiona często już po kilkunastu latach stawały się podbitymi i dostarczały innym plemionom jeńców na ofiary [20].

W pewnym momencie dziejów, jak wierzyli Majowie, do grupy ludzi przybył wysłannik Xibalby, wskazał na kamienną figurkę Quetzalcóatla-Tohila, którą jeden z kapłanów nosił w koszu na plecach i powiedział: „*Ten jest zaprawdę waszym Bogiem; ten jest waszą opoką; ten jest ponadto obrazem, wspomnieniem waszego Stwórcy i Twórcy. Nie dawajcie więc waszego ognia plemionom, dopóki one nie złożą ofiar Tohilowi (...)”* [13]. Zaskakujące z integralnokulturowego punktu widzenia jest jak szybko i bezkrytycznie wierni uwierzyli w absurdalną informację, że nie chciał podzielić się ogniem ten, który jest wielkim dobroczyńcą ludzkości, który dał ludziom całą cywilizację i kulturę. Współcześnie można porównać opisaną sytuację do przełomowego wydarzenia, kiedy to duchowy przywódca informuje wiernych, że mogą łamać dotychczasowe zasady, ponieważ on stracił wiarę lub nigdy jej nie posiadał i znudziło mu się (lub zmęczyło go) udawanie, że jest inaczej.

Wysłuchanie i podporządkowanie się wysłannikowi Xibalby było możliwe w sytuacji, kiedy Quetzalcóatl-Tohil nie komunikował się bezpośrednio ze swoimi wyznawcami, tylko kapłani otrzymywali informacje od niego w magiczny sposób po przemyciu krwią ust kamiennej figurki, a następnie przekazywali je wiernym. Procedura poprzedzająca rozmowę z Quetzalcóatlem-Tohilem była następująca: „*Wówczas rozpoczęło się ściganie młodych ptaków i młodych zwierząt i łupy z polowania przyjmowane były przez kapłanów i ofiarników. I z chwilą gdy natrafili na ptaki i młode zwierzęta, natychmiast szli złożyć krew zwierząt i ptaków w usta kamieni Tohil i Avilix [imię nie zidentyfikowane]. I kiedy krew została wypita przez bogów, natychmiast przemawiał kamień (...)”* [13]. Można tę sytuację zinterpretować co najmniej na dwa sposoby:

a) kapłani słyszeli głosy, które kierowały ich zachowaniem (dalsza analiza jest możliwa na poziomie psychopatologii)

b) kapłani oszukiwali wiernych, aby ich podporządkować sobie oraz zlikwidować dysonans między bezkrwawymi oczekiwaniami Quetzalcóatla, a krwawymi oczekiwaniami Tohila i innych bogów (wcześniejsza i dalsza analiza jest możliwa na poziomie psychologii społecznej i integralnokulturowej).

Kapłani np. pytali: „*O, Tohilu! Cóż mają ofiarować plemiona, które przybyły, aby prosić o twój ogień?”*, a Tohil odpowiadał za pośrednictwem kapłana: „*Czy zechcą ofiarować swą pierś i swój bok [oznaczałoby to zgodę na rytualną śmierć – przyp. G.Z.]? Czy pragną ich serca, bym ja, Tohil, ścisnął je w swych rękach? Jeśli jednak nie pragną tego, ja nie oddam im ognia (…). Powiedzcie im, że to nastąpi powoli, po trochu, że nie będą musieli przyjść już teraz, by oddać swą pierś i swój bok*” [13].

Kapłani realizowali więc wolę Panów Xibalby, szantażowali inne plemiona i proponowali w imieniu Quetzalcóatla - ewidentnie niezgodną z jego wolą - wymianę życie za ogień. Zdobywano więc jeńców na ofiary w wyniku wymiany, ale także stosowano porwania. „*Potem nastąpiła rzeź plemion. Chwytali samotnego wędrowca lub dwóch, gdy wędrowali, i nikt nie wiedział, kiedy ich uprowadzali, i natychmiast składali z nich ofiarę przed Tohilem i Avilixem (…). Tak zaczęło się porywanie ludzi, gdy czarownicy chwytali plemiona na drogach i składali je w ofierze przed Tohilem, Avilixem (…)”* [13]. W sytuacji masowego składania ofiar z ludzi i nadawania tym czynnościom mitycznego znaczenia następowała projekcyjna identyfikacja Majów z bogami lub przeniesienie „boskich” cech tylko na kapłanów/królów, co subiektywnie czyniło ich istotami konsekrowanymi [24, 25].

Nie takie treści głosił bóg Quetzalcóatl w Tollan – mieście społecznego dobra w dawnej Mezoameryce. Taka była jednak koncepcja zła Panów Xibalby, zaprezentowana jako wola Tohila (i innych bogów). W osobowości typowego władcy/kapłana Majów występował więc nierozwiązywalny dysonans poznawczy, będący próbą pogodzenia sprzecznych wymagań Quetzalcóatla i Tohila (oraz innych bogów), co można przedstawić graficznie, w uproszczeniu, w następujący sposób:

Bogowie mnie ochronią i będę żył wiecznie

Realizuję wolę Quetzalcóatla,	**O**	Realizuję wolę Tohila,
m.in. „nie składam ofiar z ludzi”		m.in. „składam ofiary z ludzi”

Bogowie mnie zniszczą, bo ciągle któregoś obrażam

Reguły gry w pelotę, jako skrajna forma patologicznego hazardu

Istotnym elementem świata Majów było przestrzeganie reguł gry w piłkę (pelotę), które są niezgodne ze współczesnymi, sportowymi regułami gier zespołowych i skrajnie ograniczały możliwości psychoruchowe zawodników [26]. Pelota była jedną z najbardziej destruktywnych odmian patologicznego hazardu, ponieważ część zawodników odczuwała wewnętrzny przymus uczestniczenia w niej, pozostali byli do niej zmuszani i znaczna liczba zawodników była zabijana w czasie gry lub tuż po jej zakończeniu [27].

Reguły gry w pelotę (w szczegółach niemożliwe do odtworzenia) dotyczyły świata ludzi żywych oraz umarłych i były przestrzegane we wszystkich większych miastach Majów. Boisko do gry znajdowało się z reguły w centrum miasta i było otoczone świątyniami. Pelota nie była siatkówką, koszykówką ani piłką ręczną, ponieważ zabronione było granie rękami; nie była też piłką nożną, ponieważ kauczukowej piłki o średnicy dochodzącej do 46 cm nie można było kopać. Pelota polegała więc na rezygnacji z optymalnych możliwości psychoruchowych człowieka, ponieważ piłkę uderzano wyłącznie ramionami, klatką piersiową, udami i biodrami, a przecież to ręce i nogi są najlepiej dostosowane do wykonywania ruchów sportowych. Dodatkowo zawodnicy nosili skomplikowane przybrania głowy w kształcie zwierząt i napierśniki ochronne, które krępowały ruchy. Grały dwie drużyny, liczące od jednego do czterech, a czasami i więcej zawodników w każdej. Gracz najprawdopodobniej uzyskiwał punkt po skierowaniu piłki w wyznaczony obszar na boisku lub też podrzuceniu jej tak, by uderzyła w pionowy kamienny pierścień, umieszczony wysoko na dookolnym murze. Grali z reguły „miejscowi” z jeńcami, celowo osłabionymi poprzez zranienia, upuszczanie krwi, długotrwałe wygłodzenie, a nawet podawanie środków przeczyszczających, aby przeciwnicy bardziej przypominali złych, „puszczających wiatry” mieszkańców Xibalby. Ewentualne „strumienie ekskrementów” czyniły z przeciwnika jeszcze bardziej odrażającego „innego”, którego należało pokonać wszelkimi możliwymi sposobami. Kiedy nawet jeńcy zdobywali przewagę punktową, to można było ją natychmiast anulować i uzyskać ostateczne zwycięstwo poprzez przerzucenie piłki przez otwór w pierścieniu. Było to zadanie niezwykle trudne, możliwe do wykonania właściwie tylko przez zawodnika „miejscowych” – dobrze znającego boisko, wypoczętego, zdrowego i odpowiednio wytrenowanego, ponieważ otwór w pierścieniu był umieszczony wysoko i prawie równy średnicy piłki. Po zakończeniu pierwszej, nawiązującej do licznym mitów, części gry, realnie przekraczano *borderline* między światem żywych oraz umarłych i składano przegranego lub przegranych w ofierze. Wtedy (nie zawsze) rozgrywano drugą część meczu, w której piłkę zastępowała głowa jednej z ofiar, owinięta w płaty kauczuku [28]. Szansa przerzucenia

„takiej piłki” przez otwór w pierścieniu przez specjalnie osłabionego zawodnika „gości” i wygrania meczu była zerowa lub – w najlepszym przypadku – minimalna.

Według *Popol Vuh*, na początku dziejów, bóg kukurydzy Hun-Hunahpú i Vucub-Hunahpú zostali zaproszeni do gry w pelotę do Xibalby. Nie powinni byli tam iść, bo była to (co trafnie podejrzewali) pułapka. Do psychologicznych motywów unikania Xibalby możemy dodatkowo zaliczyć przerażenie, lęk, wstręt, odrażający widok i zapach oraz ryzyko utraty życia zbliżone do pewności. Hun-Hunahpú i Vucub-Hunahpú zdecydowali się jednak przyjąć zaproszenie i bezpodstawnie dodawali odwagi oraz nadziei, sobie i innym: „Nie przejmujcie się, idziemy, ale jeszcze nie umarliśmy” [13]. Oczywiście szli na pewną śmierć: „Złóżmy ich jutro w ofierze, aby umarli prędko, prędko, aby ich sprzęt do gry służył nam do grania – powiedzieli sobie Panowie Xibalby” [13].

Podobnie więc jak wcześniej zwierzęta i ptaki, ludzie z ziemi i błota, a następnie ludzie z drewna, tak samo Hun-Hunahpú i Vucub-Hunahpú (jeszcze przed rozpoczęciem gry w pelotę) otrzymali zadanie niemożliwe do wykonania – mieli po nocy, którą rozświetlali żywicznymi szczapami sosny (*ocote)*, oddać je z rana całe i niespalone. Nie mogli tego zrobić, wobec tego zostali złożeni w ofierze poprzez rozerwanie na kawałki. Gdyby Hun-Hunahpú i Vucub-Hunahpú żyli współcześnie, to powiedzielibyśmy im, że „tym, co psychologia społeczna wniosła do rozumienia natury ludzkiej, jest odkrycie, że siły większe niż my sami determinują nasze życie psychiczne i nasze działania – główną z tych sił jest przemożny wpływ sytuacji społecznych” [29]. Na zaproszenie do Xibalby nie powinni zatem reagować automatycznie, posługując się przestarzałymi skryptami, które w przeszłości przynosiły im korzyści i powinni zastanowić się, czy są one odpowiednie „tu i teraz”, tzn. w sytuacji zaproszenia do piekła. Otwartość na perswazję ze strony innych należy w tym przypadku zastąpić uzasadnioną podejrzliwością. Stosując się także do rady Langer [30], powinni w nowych lub drastycznych sytuacjach przekształcać zwykły stan bezrefleksyjnej nieuwagi *(mindless inattention)* w „uważność” *(„mindfulness”)*.

Po pewnym czasie dwaj synowie Hun-Hunahpú (Hunahpú i Ixbalanqué, „Bohaterscy Bliźniacy”) zostali zaproszeni do Xibalby, aby pograć w piłkę i automatycznie przyjęli to zaproszenie. Mieli takie same, jak ich ojciec, psychologiczne powody, aby nie skorzystać z zaproszenia, a doszło do tego jeszcze zabicie ojca przez Panów Xibalby. Być może Hunahpú i Ixbalanqué chcieli podwyższyć swoje samooceny poprzez udowodnienie, że potrafią zrobić to, czego nie mógł dokonać ich ojciec, a poza tym pragnęli pomścić śmierć ojca. Bohaterscy Bliźniacy mieli także mistyczny powód, aby przejść zwycięsko przez wszystkie próby w

Xibalbie, ponieważ w finale przemienili się w Słońce i Księżyc (które wcześniej zostały zniszczone).

Po wyrażeniu zgody poddano więc Bohaterskich Bliźniaków wielu próbom, np. mieli po nocy, którą powinni byli rozświetlać żywicznymi szczapami sosny (*ocote)*, oddać je z rana całe i niespalone. Okazali się sprytniejsi od swojego ojca i po prostu nie zapalili tych szczap. Takie oczywiste zachowanie obronne Hunahpú i Ixbalanqué wywołało szok i zaskoczenie u Panów Xibalby. Mówili oni między sobą: „*Jak to się stało? Skąd oni przybyli? Kto ich spłodził? (...) Zaprawdę rozniecają gniew w naszych sercach, bo nie podoba nam się to, co czynią. Ich twarze są niezwykłe i niezwykłe ich zachowanie*” [13]. Panowie Xibalby zachowywali się więc w pewnych sytuacjach infantylnie, a w innych histerycznie i okrutnie. Po udanym przejściu tej „niezwykłej” próby przystąpiono do gry w pelotę. „*Wówczas Panowie Xibalby rzucili piłkę, posłali ją prosto w pierścień [ochraniacz] Hunahpú. W jednej chwili, podczas gdy Panowie Xibalby chwytali za krzemienny nóż, piłka odbiła się i potoczyła po placu do gry w pelotę*” [13]. Z dalszej części tekstu wynika, że Panowie Xibalby złamali reguły gry (na samym jej początku!) i zamierzali użyć noża (prawdopodobnie do przecięcia klatki piersiowej Hunahpú oraz Ixbalanqué i wyrwania ich serc). Panowie Xibalby byli więc dodatkowo niecierpliwymi oszustami, a z takimi tym bardziej nie powinno się grać w piłkę. Hunahpú i Ixbalanqué, zamiast natychmiast uciekać, zgodzili się jeszcze na przebywanie w Zimnym Domu, Domu Jaguarów i Domu Ognia. Wreszcie w Domu Nietoperzy ucięto głowę Hunahpú, a Ixbalanqué krzyknął: „O my nieszczęśliwi! Jesteśmy pokonani bez ratunku” [13]. Kiedy zwycięstwo piekła wydawało się być całkowite, wtedy „*wielu mędrców zstąpiło z nieba; Serce Nieba, Huracán, przybyli, aby zawisnąć nad Domem Nietoperzy*” [13]. Od tego momentu Hunahpú i Ixbalanqué przeszli kilka transformacji osobowości i wyglądu, aby w końcu osiągnąć sławę wielkich, ale anonimowych sztukmistrzów. Panowie Xibalby, w czasie jednego pokazu, poprosili po zaprezentowaniu przez sztukmistrzów wielu zabójstw i następujących po nich wskrzeszeń: „Poćwiartujcie nas jednego po drugim”. Odpowiedzieli im sztukmistrze: „*Dobrze; potem zmartwychwstaniecie. Czyż nie sprowadziliście nas po to, abyśmy bawili was, Panów, i waszych synów i poddanych? (...) I nie wskrzesili ich*” [13]. W ten prosty sposób pierwsi Majowie pokonali histerycznych i okrutnych, ale także naiwnych, infantylnych i niecierpliwych oszustów - władców piekła, a następnie zabronili im gry w pelotę**.** Można więc przypuszczać, że od tego mitycznego momentu gra w piłkę stała się przywilejem i wyróżnieniem ludzi. Najpierw „mieszkańcy piekła”, a wiele lat później odpowiednio ucharakteryzowani jeńcy nie mogli w nią grać na równych prawach, tylko – w drodze łaski – jako okaleczone, wygłodzone i ogólnie sponiewierane jednostki,

przypominające Panów Xibalby, bez realnych szans na zwycięstwo. Współcześnie, podobnie okrutne i niesprawiedliwe reguły gry występują np. między strażnikami a więźniami w instytucjach typu Abu Ghraib lub obozach północnokoreańskich, a wcześniej hitlerowskich czy stalinowskich [31] oraz między więźniami „grypsującymi” a „cwelami” [32].

Integralnokulturowe analogie między grą w pelotę a ślepym posłuszeństwem wobec autorytetu, oparte na wynikach badań S. Milgrama

Przeanalizujemy teraz wybrane zachowania Majów w oparciu o 10 przesłanek ślepego posłuszeństwa wobec autorytetu, wynikających z badań Milgrama [33], czyli jak tworzyć złe pułapki na dobrych ludzi [46]:

1. „Publiczne wyrażenie zgody na zaakceptowanie określonych zadań i procedur”. *Przyjęcie zaproszenia do Xibalby przez Hunahpú i Ixbalanqué.*
2. „Przydzielenie uczestnikom znaczących ról do odegrania (np. <nauczyciel>, <uczeń>), które wiążą się z poprzednio wyuczonymi wartościami i automatycznie aktywują skrypt reakcji”. *Skoro ojciec poszedł do Xibalby grać w piłkę, to i my pójdziemy.*
3. „Przedstawienie podstawowych zasad, jakich należy przestrzegać, a które przed ich rzeczywistym zastosowaniem zdają się mieć sens, lecz potem mogą być stosowane w sposób arbitralny i bezosobowy dla uzasadnienia bezmyślnej uległości”. *Gracze w pelotę uzyskiwali punkty według ściśle określonych reguł. Kiedy jednak jeńcy zdobywali przewagę punktową, to można było ją anulować i uzyskać ostateczne zwycięstwo poprzez przerzucenie piłki przez otwór w pierścieniu. Było to zadanie niezwykle trudne, możliwe do wykonania właściwie tylko przez zawodnika „gospodarzy” – dobrze znającego boisko, zdrowego i odpowiednio wytrenowanego. Zawodnik „gości” prawdopodobnie też miał prawo celować w otwór w pierścieniu, ale realnie nie miał szans na trafienie. Zgodnie z II prawem Yerkesa-Dodsona - przerażony, zdezorientowany i walczący o życie resztkami sił był zbyt silnie motywowany, aby poprawnie wykonać to trudne zadanie. Przed rozpoczęciem drugiej części gry często składano co najmniej jednego zawodnika „gości” w ofierze. Wtedy, przypomnijmy, rozgrywano drugą część meczu, w której piłkę zastępowała głowa jednej z ofiar. W takiej sytuacji pozostali przy życiu zawodnicy „gości” byli jeszcze bardziej zestresowani, zdezorientowani, wyczerpani i bardzo silnie zmotywowani, aby zdobyć o kilka punktów więcej od „gospodarzy”, co oznaczało uratowanie życia. Kiedy jednak siła motywacji „gości” wzrastała zbyt mocno, to poziom ich gry obniżał się (zgodnie z I prawem Yerkesa-Dodsona).*
4. „Dokonanie zmiany znaczenia danego czynu (z <krzywdzenia ofiary> na <pomaganie eksperymentatorowi>); zastąpienie przykrej rzeczywistości przyjemną retoryką”. *Trzeba*

grać w pelotę z jeńcami ucharakteryzowanymi na demonów i należy wygrywać wszystkimi możliwymi sposobami, bo w ten sposób powtarza się mityczno - magiczne zwycięstwo Hunahpú i Ixbalanqué. Inny przykład: *Nazwanie „koniecznymi próbami” skazanego na niepowodzenie przebywania w: Zimnym Domu, Domu Jaguarów, Domu Ognia i Domu Nietoperzy.*

5. „Stworzenie możliwości dyfuzji odpowiedzialności; zrzeczenie się odpowiedzialności za negatywne konsekwencje”. *Godni szacunku Majowie grają w piłkę i muszą wygrać.*
6. „Wejście na drogę prowadzącą ostatecznie do złego czynu, zaczynając od małego, pozornie nieistotnego pierwszego kroku, który wiedzie po śliskiej pochyłości w dół, do kolejnych nacisków nakłaniających do większej uległości”. *Uczciwe sumowanie punktów zdobywanych w grze, ale wprowadzenie także możliwości anulowania dotychczasowego dorobku punktowego przeciwnika poprzez przerzucenie piłki przez pierścień.*
7. „Dokonywanie na tej drodze kolejnych, coraz dalej idących posunięć, które są łagodnie stopniowane, a więc ledwie dostrzegalnie różne od poprzedniego działania danej osoby – czyli <tylko o drobinę więcej> (np. zwiększanie poziomu agresji stopniowo, tylko o 15 V w każdym kroku, od pierwszego do trzydziestego przycisku)”. *Stopniowe wygrywanie w czasie gry, zabawianie publiczności, ale także konsekwentne wskazywanie zawodników przegranych, skazanych na śmierć.*
8. „Stopniowe zmienianie charakteru osoby mającej autorytet (eksperymentatora w badaniu Milgrama), która początkowo jest <sprawiedliwa> i rozsądna, a potem <niesprawiedliwa> i wymagająca, a nawet irracjonalna. Taktyka ta wywołuje najpierw uległość, a później dezorientację, ponieważ od autorytetów i przyjaciół oczekujemy stałości. Nieuświadomienie sobie, że nastąpiła taka transformacja, prowadzi do bezmyślnego posłuszeństwa”. *Zmiana reguł gry w drugiej części meczu - zastąpienie kauczukowej piłki uciętą głową przeciwnika.* Bardziej holistycznie: *przemiana broniącego życia Quetzalcoátla w żądającego ofiar z ludzi Tohila.*
9. „Spowodowanie, by < koszty wyjścia> były wysokie, a proces wychodzenia trudny, przez zezwolenie na słowne wyrażanie sprzeciwu (dzięki czemu ludzie mają o sobie lepsze mniemanie), przy jednoczesnym domaganiu się posłuszeństwa w zachowaniu”. *Kompromisowe wyjście z Xibalby było niemożliwe. Przegrać musieli Hunahpú i Ixbalanqué lub Panowie Xibalby.*
10. „Zaoferowanie jakiejś ideologii, czyli wielkiego kłamstwa, aby usprawiedliwić używanie wszelkich środków do osiągnięcia celu na pozór pożądanego i istotnego (np. w badaniach Milgrama przyjęło to formę: nauka pragnie dopomóc ludziom w polepszeniu ich pamięci

przez rozsądne stosowanie nagród i kar)”. *W pewnym momencie swojej historii Majowie poświęcili podstawową, osobistą wartość (poszanowanie życia ludzkiego) w zamian za obietnicę magicznej opieki (za złożone ofiary), ale wyrzeczenie było realne i natychmiastowe, a bezpieczeństwo – odległą iluzją.*

Współcześnie, w wielu przypadkach, taką ideologią jest „misja pokojowa” niosąca obietnicę „państwa prawa” za złożone ofiary, ale z punktu widzenia zaatakowanych interpretowana jako wojna. Podobną ideologią może też być „indywidualna misja”, interpretowana jednak przez ofiary jako terroryzmu [35]. W niektórych sytuacjach występuje też pozornie „racjonalne planowanie” eutanazji, jako „godnej starości” lub aborcji, jako „macierzyństwa z wyboru”. Do wszystkich tych sytuacji dochodzimy stopniowo (m.in. według przesłanek opisanych przez Milgrama oraz Zimbardo) i giną w nich niewinni ludzie. Podobny proces stopniowego przekonywania do zabijania jest zasygnalizowany w *Popol Vuh* [13]*:* „…to nastąpi powoli, po trochu, że nie będą musieli przyjść już teraz, by oddać swą pierś i swój bok”.

Podsumowanie

Z integralnokulturowego punktu widzenia rezygnacja króla/kapłana Majów z rytualnego składania ofiar z ludzi była podobnie trudna (albo nawet trudniejsza), jak rezygnacja prezydenta dużego, demokratycznego i współczesnego państwa z udziału podlegającego mu wojska w „misji pokojowej”. Korzystając z innej analogii, można zauważyć, że król/kapłan Majów miał podobnie silną wiarę w konieczność składania ofiar z ludzi, jak współcześnie, np. Breivik i inni fanatycy z różnych, współczesnych obszarów kulturowych.

Kulturowo – religijny system Majów (a później także Azteków) zinterpretowałby zapewne indywidualny sprzeciw przeciwko składaniu ofiar z ludzi jako spowodowany np. szaleństwem [36,37]. Dwóch buntowników mógłby określić, jako cierpiących na *folie à deux* („obłąkanie w parze”), ale gdyby wszyscy wyznawcy Quetzalcoátla zrealizowali całościowo jego filozofię i połączyli się, wtedy staliby się znaczącą, ideową siłą mającą duży wpływ społeczny. Hiszpanie straciliby wtedy jeden z podstawowych pretekstów do podboju Majów i Azteków – walki z pogańskim obyczajem składania ofiar z ludzi [38].

We współczesnej demokracji (nie tylko cywilizacji Zachodu) – przeciwnie niż u dawnych Majów - indywidualne pragnienie, aby składać ofiary z ludzi, jest interpretowane jako fanatyzm, mordercze skłonności lub/i symptom poważnej choroby psychicznej [39,40]. Dwie takie osoby są określane jako cierpiące na *folie à deux*, ale kiedy określona większość społeczeństwa opowiada się za współczesnymi modelami „składania ofiar z ludzi”, np. za

wojną lub terroryzmem, czy w czasie pokoju - aborcję lub eutanazją, to tworzą oni większość parlamentarną, własny rząd, ustanawiają prawo i uważają się za ludzi zdrowych psychicznie.

Współcześni wyborcy, podobnie jak dawni mieszkańcy Mezoameryki, podejmują decyzje: racjonalne, umiarkowanie irracjonalne lub skrajnie irracjonalne. Wyborcy nie muszą (a niekiedy nawet nie potrafią) racjonalnie uzasadniać swoich decyzji, ani przyznawać się do odpowiedzialności za ich negatywne konsekwencje - dokonują swoich wyborów anonimowo, często kierując się politycznymi lub religijnymi złudzeniami, mitami i emocjami. Integralnokulturowa tendencja do „składania ofiar z ludzi” w różnych, współczesnych obszarach cywilizacyjnych i kulturowych oraz u dawnych Majów jest podobnie silna, irracjonalna i „demoniczna”. Nadal istnieje (i być może nasila się) terroryzm, prowadzone są wojny, zabijani niewinni ludzie i budowane są więzienia oraz obozy koncentracyjne typu Xibalbá, np. północnokoreańskie, a wcześniej – hitlerowskie i stalinowskie, a także, korzystając z interpretacji Zimbardo - więzienie Abu Ghraib.

Piśmiennictwo

1. Królikowska J.: Integralnokulturowe badanie kontekstu kulturowego: wybrane problemy społeczne i prawne. Wyd. UW, Warszawa, 2009.
2. Utrat-Milecki J.: Badania integralnokulturowe w resocjalizacji i terapii. Rejzner A., Szczepaniak P. (red.): Terapia w resocjalizacji. Wyd. “Żak”, Warszawa 2009, cz.1, 41-56, 51.
3. Zimbardo Ph.: Efekt Lucyfera. PWN, Warszawa, 2008, 27.
4. Baumeister R. F., Vohs K. D.: Cztery korzenie zła. Miller, A. G. (red.): Dobro i zło z perspektywy psychologii społecznej. WAM, Kraków, 2008, 115-135.
5. Staub E.: The Roots of Evil. The Origins of Genocide and Other Group Violence. Cambridge University Press, Cambridge, 2006.
6. Staub E.: The Psychology of Good and Evil. Cambridge University Press, Cambridge, 2007.
7. Bierhorst J.: Four Masterworks of American Indian Literature. Farrar, Straus and Giroux, New York, 1974.
8. Sahagún B.: The Florentine Codex: General History of Things of New Spain. School of American Research and University of Utah, Santa Fe, N.M., 12 vols., 1969.
9. Laughton T.: Majowie. Świat Książki, Warszawa, 2009.
10. Carrasco D.: Quetzalcoatl and the Irony of Empire. The University of Chicago Press, Chicago, 1992.

11. Siarkiewicz E.: Popol Vuh. Księga Rady Narodu Quiché. PIW, Warszawa, 1980.
12. Bandura A.: Moral Disengagement in the Perpetration of Inhumanities. Personality and Social Psychology Review, 1999, 3, 193 – 209.
13. Popol Vuh, 41, 42, 64, 65, 86, 91, 97, 105, 106, 110, 111, 120, 124, 125.
14. Laughton T.: Majowie. Świat Książki, Warszawa, 2009, 110-112.
15. Stierlin H.: Majowie. Pałace i piramidy w dżungli. Muza, Warszawa, 1998.
16. Sternberg R. J. (red.): The Psychology of Hate. American Psychological Association, Washington, 2005.
17. Biela A.: Psychologiczne podstawy wnioskowania przez analogię. PWN, Warszawa, 1981.
18. Biela A.: Analogia w nauce. PAX, Warszawa, 1989.
19. Loewenthal K.: Religion, Culture and Mental Health. Cambridge University Press, Cambridge, 2009.
20. Pailin D. A.: The Anthropological Character of Theology. Cambridge University Press, Cambridge, 2008.
21. Morgan C., McKenzie K., Fearon P.: Society and Psychosis. Cambridge University Press, Cambridge, 2008.
22. Laughton T.: Majowie. Świat Książki, Warszawa, 2009, 82-83.
23. Mann C. C.: 1491. Ameryka przed Kolumbem. Rebis, Poznań, 2007.
24. Snow C. M. D., Benson E.: Ameryka prekolumbijska. Penta, Warszawa, 1997.
25. Taube K. A.: Aztec and Maya Myths. British Museum Press, London, 1993.
26. Dosil J. (red.): The Sport Psychologist’s Handbook. A Guide for Sport-Specific Performance Enhancement. John Wiley & Sons, Ltd., New York, 2008.
27. Tucholska S.: Zjawisko hazardu patologicznego i jego uwarunkowania. Roczniki Psychologiczne, 2008, 2, 45-68.
28. Miller M. E., Taube K.: The Gods and Symbols of Ancient Mexico and the Maya. Thames & Hudson, London, 1993.
29. Banaji M.: Ordinary Prejudice. Psychological Science Agenda, 2001, 8, 8-16.
30. Langer E.J.: Mindfulness. Addison-Wesley, New York, 1989.
31. Zimbardo Ph.: Efekt Lucyfera. PWN, Warszawa, 2008.
32. Zalewski G.: Dewiacje seksualne powstające w więzieniu. Pospiszyl I., Szczepanik R. (red.): Zachowania dewiacyjne dziewcząt i kobiet. WSHE, Łódź, 2007, 275-279.
33. Milgram S.: Obedience to Authority: An Experimental View. Harper and Row, New York, 1974.

34. Zimbardo Ph.: Efekt Lucyfera. PWN, Warszawa, 2008.
35. Stritzke W.G.K. et al.: Terrorizm and Torture. An Interdisciplinary Perspective. Cambridge University Press, Cambridge, 2009.
36. Roy P.: Szaleństwo. Rys historyczny. Rebis, Poznań, 2003.
37. Johannessen J.O., Martindale B.V., Cullberg J.: Evolving Psychosis. Routledge, London and New York, 2006.
38. Hugh T. Podbój Meksyku. Książnica, Katowice, 1998.
39. Aleman A., Larøi F.; Hallucinations. The Science of Idiosyncratic Perception. American Psychological Association, Washington, 2008.
40. Zalewski G.: Model integrujący zwyczajne, odmienne i psychotyczne stany świadomości. Przegląd Psychologiczny, 1994, 1-2, 93 -103.

Chadzopulu Antigoni[1], Krajewska-Kułak Elżbieta[2], Wdowińska Inez[3]

Od świętej geometrii do superstrun

1. Szpital Kavala, Grecja
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Kavala Grecja, emerytowana polska dziennikarka, członek Stowarzyszenia Dziennikarzy Polskich

Wprowadzenie

W literaturze z przedmiotu [1-4] podkreśla się, że cała biologia jest całkowicie oparta na zasadzie złotej proporcji - **Φ- fi** - od pierwszej litery rzeźbiarza Fidiasza, który stosował złote cięcie na Partenonie.

Od dawna wiadomo, że Parthenon, piramidy, świątynie były i są epicentrum skupienia ogromnej energii [1-4].



Ryc. 1. Parthenon, źródło: [5]

Przed wejściem do Akademii Platona widniał napis «ΑΓΕΩΜΕΤΡΗΤΟΣ ΜΗΔΕΙΣ ΕΙΣΤΩ» - czyli - „ *Nie znający geometrii jest zerem*” . Platon w tym stwierdzeniu chciał swoim studentom dać do zrozumienia, że nie sposób studiować filozofii nie znając geometrii, a także że medycyna korzeniami tkwi w filozofii. Odcięta od korzeni więdnie, jak roślina.

Hipokrates nauczał, że „*Mądrość polega na tym, by poznać wszystko co jest stworzone przez Przyrodę*” [6],

Dzięki zasadzie złotej proporcji powstała fizyka kwantowa, której podstawową cechą jest przekonanie, o takich połączeniach, które sprawiają, że „*cały wszechświat jest w pewien sposób zwinięty we wszystkim i każda rzecz jest zwinięta w całości*".

System wszechświata egzystuje jako pojedynczy doskonały organizm. Mitologia Grecji i innych starożytnych krajów, są prachistorią i cieniem dzisiejszych wydarzeń na naszym globie. Współczesne społeczeństwo jest jakby „zahipnotyzowane". Ma coraz mniej czasu i sił na poświęcenie poważniejszych badań w sferze najprostszych procesów życiowych, a jednocześnie wykorzystuje najnowszą technologię fizyki kwantowej.

Ekosystem człowieka pozostaje marzeniem i badaniem szczególnie dociekliwych i myślących osób.

Celem pracy jest refleksja nad złotym podziałem, czyli greckim kanonem proporcji. Jest on geometryczno-matematycznym systemem proporcji wyprowadzonym z Natury, połączonym ze strukturami i proporcjami pięciu Platońskich brył foremnych, które są podstawą naszego życia, zdrowia i śmierci**,** związanych z tzw. szkołami tajemnic**.**

Według Lubicza „Złota proporcja" nie jest produktem matematycznej wyobraźni, lecz naturalną podstawą praw równowagi.

W pracy dokonano przeglądu greckiego i polskiego piśmiennictwa oraz analizy wykładów internetowych fizyków - Dana Wintera, Scotta Olsena, Nassima Harameina oraz Marco Rodina i Tomasza Gruby.

Święta geometria i zagadki przeszłości

Święta geometria (*sacred geometry*) jest nauką, jest kluczem do zrozumienia budowy wszechświata. Jest językiem stworzenia i podstawą wszelkiego życia. Jest także drogą do zrozumienia tego kim jesteś, skąd pochodzisz i dokąd zmierzasz. Stanowi matrycę stworzenia, swoisty „pomost" między tym co widzialne i niewidzialne, objawione i nieobjawione, skończone i nieskończone [7].

Powtarzające się geometryczne wzory stanowią podstawowe elementy budowy naszego ciała, wszystkich zwierząt, roślin, planet, układów słonecznych i galaktyk, a także kalendarz Azteków i taoistyczne filozofie, medycynę Indii, Tybetu i Chin. Święta Geometria od dawna łączyła ze sobą świat duchowy i materialny, Niebo i Ziemię. Dziś nadal odgrywa integralną rolę w sztuce, architekturze, Feng Shui, w geomancji, matematyce, muzyce, alchemii, nauce i najnowszej fizyce [7].

Oddziaływanie różnych form geometrycznych i kształtów nosi nazwę geoenergii.

Świętej Geometrii, przez tysiąclecia, nauczano adeptów rozwoju duchowego różnych tradycji duchowych całego świata z ważnego powodu, ponieważ może być ona zastosowana do przemiany naszej życiowej energii, świadomości i świata wokół nas w najbardziej korzystny dla nas sposób [7].

Spuścizna starożytnych mędrców i mistyków doprowadziła do naukowej rewolucji zaprzeczającej zdrowemu rozsądkowi. Nasuwa się pytanie, co skrywali Leonardo da Vinci, Platon (427-347) i Kepler (1571-1630)? Dlaczego nie pozwolono im wyjawić tajemnicy klucza do rozwiązania zagadki natury, życia i śmierci? A przecież istotą pracy naukowców są koncepcje i chęć zrozumienia zasad rządzących światem. Każda wystarczająco zaawansowana technologia jest magią [8 -10]

Mroczna prehistoria nadal istnieje w postaci odziedziczonych kamieni, map, mitologii, konstrukcji, z którymi dopiero zaczynamy sie zapoznawać dzięki dwudziestowiecznej technice. Wbrew pozorom starożytni używali elektryczności, a myśl o leczniczym wpływie spadającej i wirującej wody, też przecież nie jest nowa...

Do dzisiaj w Azji parzy się herbatę, jakby odprawiało się jakąś ceremonie - gorącą herbatę wielokrotnie przelewa się z filiżanki do filiżanki. W jakim celu? Ponieważ woda uderzając o dno filiżanki *„spulchnia się i nasyca tlenem atomowym, jak w pobliżu wodospadu. Podczas uderzania i przy efektach dźwiękowych (grom, dzwony) cząsteczki wody rozrywają się na mniejsze cząstki”* - nazywa się to dysocjacja. Dysocjacja elektrolityczna nadaje roztworom specyficzne właściwości. Roztwory związków chemicznych, które ulegają dysocjacji, przewodzą prąd elektryczny. Dobrze o tym wiedziały mądre dojarki na wsiach, które przed burzą okrywały kanki z mlekiem prześcieradłem i butami, stwarzając swego rodzaju izolację dźwiękoszczelną, by mleko nie kwaśniało. Człowiek po inicjacjach eleuzyjskich żył długowiecznie. Matuzalemowie, czy Hunzowie pili wodę w górach, żeby przedłuży życie [11,12,13].

Ptaki potrafią pokonywać ogromne odległości, żeby pić taką wodę. Stopniała woda utrzymuje formę strukturalną (ale nie tą, wytworzoną przez człowieka). Pamięć wody znajduje się w strukturach krystalicznych i jedynie taka woda jest nośnikiem energii. Nagroda z dziedziny elektronicznej biologii raka, przyznana była Albertowi Szent Gyorgyj z Laboratorium biologicznego w Woods Hole, pokazała, że porządek elektryczny w wodzie wewnątrz komórki jest różnicą między rakiem a zdrowiem. Ułożenie cząsteczek wody względem siebie ma ogromne znaczenie dla wszystkich organizmów [11,14].

Nikolas Tesla [15] ubolewał: „*Jeśli tylko ludzkość znałaby moc trójek, szóstek i dziewiątek, to byłby to zupełnie inny świat. Inny również kiedy pozwolono by mu na wprowadzenie specjalnych turbin pozwalających ludziom za darmo czerpać prąd na całym świecie”*.

Wydaje się, że coś co dopiero teraz próbuje się zrozumieć, było oczywiste dla naszych przodków.

Jakie znaczenie miały i mają liczby, słowa oraz bryły geometryczne w naszym codziennym życiu?

Ukryta wiedza przekazywana od wieków przez szkoły tajemnic i tajne stowarzyszenia oraz poprzez teksty starożytne pokazują, że ludzkość nie jest sama we Wszechświecie, ale obce inteligencje najprawdopodobniej uczestniczyły w naszym stworzeniu i nadal uczestniczą [12,16,17].

W dniu 21 grudnia 2012 roku we Wrocławiu, na konferencji „*Harmonia Kosmosu*” Danuta A. Sharma wygłosiła ze stoickim spokojem wykład pt: „*Typologia kultur pozaziemskich*”.

Natomiast dwa lata później, podczas przemówienia papieża na Placu Świętego Piotra, do którego doszło po mszy 13 kwietnia 2014 roku, padły intrygujące słowa. Do zgromadzonych wiernych odezwał się Papież Franciszek, który oznajmił, że nie jesteśmy sami we Wszechświecie [18]. „*Drodzy bracia, chciałem powiedzieć wam wszystkim, że nie jesteśmy sami we wszechświecie. Nauka poczyniła już tak duże postępy, że najprawdopodobniej wkrótce poznamy naszych braci i siostry, z którymi wymienimy znak pokoju. W tym dniu nie będziemy się dziwić i pamiętajmy, że Bóg jest jeden i czuwa nad nami wszystkimi*” - powiedział Papież Franciszek [18].

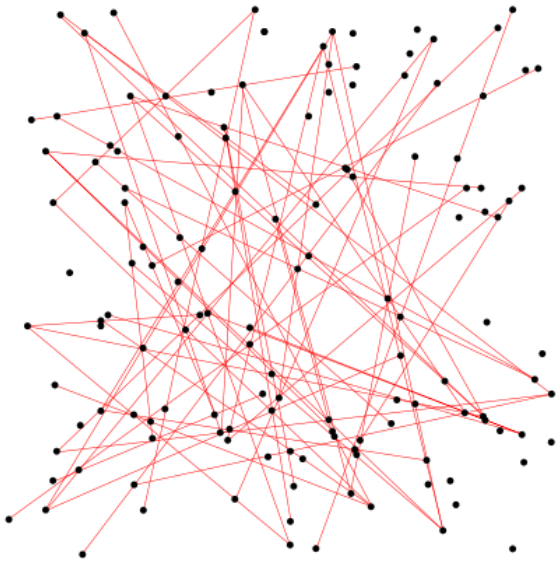
Ta deklaracja papieża wzbudziła powszechną konsternację. Tysiące osób zadawało sobie pytanie, co miał na myśli zwierzchnik Kościoła Katolickiego?. Zostało to odebrane jako ostrzeżenie przed czymś co nastąpi niedługo, a które z pewnością zmieni nasze pojmowanie o życiu i świecie.

Od setek lat znane są „Kręgi zbożowe” - zjawisko występujące na całym świecie [19,20]. Różnie było nazywane, ale na przykład w Wielkiej Brytanii powszechnie mówiono o nich „*kręgi diabelskie widoczne z lotu ptaka, regularne formy geometryczne uzyskane przez selektywne wycięcie lub zgniecenie roślinności na polach uprawnyc*h” [20].

Badania wskazują, że kręgi prawdopodobnie powstają na skutek lądowania lub oddziaływania niezidentyfikowanego obiektu latającego (UFO) i jest ich coraz więcej. Ostatnio prowadzone są badania także w Polsce w Wylotowie [21].

Wcześniej pojawiały się też informacje sugerujące, że astronomowie watykańscy twierdzą, iż obcy wkrótce przybędą na Ziemię [18,19].

Od dawna znane są ,,*Ley lines*" - siatka ziemi opracowana przez Alfreda Watkinsa w latach 20-dziestych [22].



Ryc. 2. *Ley lines*" - siatka ziemi opracowana przez Alfreda Watkinsa źródło [22]

Watkins odkrył on, że starożytne święte miejsca układają się w prostych liniach, które nazwał ‚Leys". Miejsca różnych epok, rozdzielonych tysiącami lat, wszystkie połączone są ze sobą. Nikt nigdy nie powiedział, że są one połączone na linii prostej..

Cała ziemia pokryta jest energetycznymi liniami, o których wiedzieli starożytni. Na tych liniach buduje się do dzisiaj ,,święte‘' miejsca - np. katedry. Odległości miast greckich (np. miejsc wielkich obrzędów lub asklepiów) i bryły geometryczne widziane z lotu ptaka, nie są przypadkowe. Są opisane bardzo dokładnie w książce Maniasa Theofanisa ,,*Ta agnosta Megalurgimata ton Archeon Ellinon*'' [23,24].

Prosta harmoniczna siatka jest zupełnie nieobecna w ogólnej świadomości społecznej [25]. Dlaczego nie stała się pojęciem należącym do wspólnej wiedzy?

Idea, że w starożytności istniały bardzo wysoko rozwinięte cywilizacje nie jest nowa i są na to dowody w rożnych muzeach, np. 8 stycznia 1995 roku, w Melburnie, odbył się wykład prof. Enriko Matias pt. ,,*Hellenowie podrozowali do Ameryki przed 3.000 lat*".

Profesor twierdził, że Grecy do Ameryki dotarli przed Kolumbem i utworzyli greckie polis-miasta o nazwach: Palmira, Eufira, Eliki, Amazonia, Amasia, Aria Thetis. Mieli kontakt z Inkami (wiele ich słów jest pochodzenia greckiego) [26].

Kuba zaś nazywała się Menropi, gdyż była podobna do wyspy Kos. Podobna wyspa do Andros o tej samej nazwie znajduję sie na Oceanie Atlantyckim należącym do wysp Bahama [26]

Najciekawsza jest wyspa Sokotra na Oceanie Indyjskim, nazywana powszechnie wyspą nie z tej ziemi. Są tam miasta takie jak: Diasmoh i Diashus -utworzone na cześć Zeusa oraz Sirihon (planeta Syrion), Shirhin (Syrena), Shilhin (Księżyc).

Klikając na mapę Grecji np. w okolice Amfissa - Sernikaki, Megalipta koło Delf, z łatwością można dostrzec kosmodrom atlantów oraz twarz i wodza pilotów - Atora [27,28].

Znane są też tajemnicze kryształowe czaszki naturalnych rozmiarów sprzed 3600 lat, znalezione w Ameryce Południowej, wyrzeźbione przy pomocy jakiegoś narzędzia zasilanego energią [16].

Archeologiczne znalezisko z 1908 roku - Dysk z Festos epoki Minojskiej XVII wieku p.n.e, był największą skrywaną zagadką. Michael Ventris zaginął w dziwny sposób w wieku 34 lat i nie dokończył rozwiązania zagadki [29-31].

Dysk z Festosc, to gliniany dysk o średnicy około 16 cm i grubości około 1,2 cm, pokryty jest obustronnie ciągiem napisów w postaci ideogramów, spiralnie odchodzących ze środka ku obrzeżu dysku. Spośród 241 odciśniętych stemplem symboli rozróżniono 45 różnych znaków, przedstawiających głowy ludzkie, naczynia, narzędzia, okręty. Symbole te przypominają pismo linearne A [29].

Obecnie jest eksponowany w Muzeum Archeologicznym w Heraklionie [29].

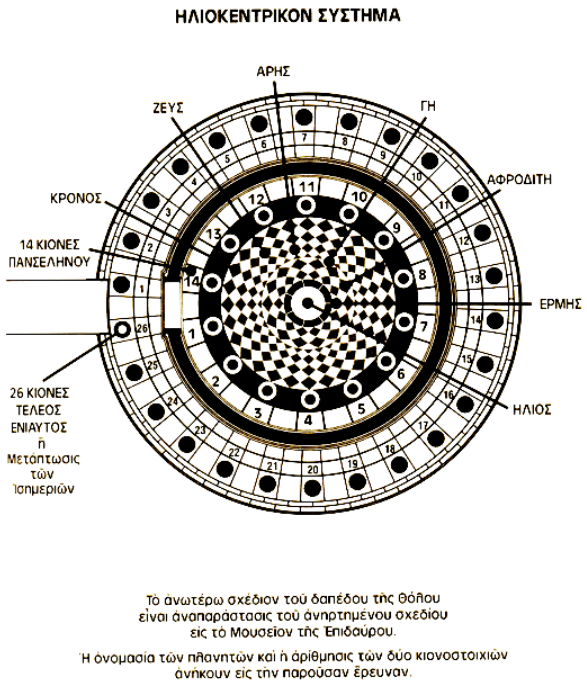


Ryc. 3. Dysk z Fajstos, źródło [29,32]

Czyżby życie na ziemi rozpoczęło sie z trójkąta planet Oriona, Syriusza i Lagosa?

Cała astrologia ma nazwy greckie [30,31].

W muzeum w Epidauros znajduje sie posadzka z Tholos. Budowle Tholos znajdowały się w całej Grecji i były heliocentrycznymi źródłami energii. Epidauros było największym epicentrum leczniczym [33-37].



Ryc. 4. Tholos, źrodło [35].

Pierwsze wzmianki o starożytnych latających statkach kosmicznych, dzięki Zecharii Sitchinowi, można spotkać w kronikach starożytnych Sumerów. Przypuszcza się, że ich Bogowie latali w kosmos na statkach o piramidalnych kształtach. Budowali też, razem z ludźmi, pierwsze Zikkuraty, czyli stopniowe piramidy. Także współcześni architekci, jak Dmitrij Czeczulin oraz Aleksandriej Szczusiew, stworzyli w Moskwie gigantyczne budowle w kształcie piramid. Za czasów stalinowskich powstało siedem Zikkuratów na miejscach świątyń słowiańskich. Radzieccy wodzowie wierzyli bowiem w moc starożytnej wiedzy [38].

Piramidy były budowane w celu komunikacji z Bogami, czyli przodkami wyższej cywilizacji. Z ostatnich doniesień wynika, że ani jeden z faraonów nie był pochowany w piramidzie, tylko nad Nilem w podziemnej „Świątyni Zmarłych” [39].

Uważa się [16, 39-44], że piramidy były swoistymi antenami wszechświata, sztucznymi satelitami międzyplanetarnej komunikacji. Nikt dotychczas nie wie, jak doszło do nagłego zniknięcia tak potężnych cywilizacji [16].

O ich sile świadczy wiele, np. starożytny komputer [45] - mechaniczny przyrząd, zaprojektowany do obliczania pozycji ciał niebieskich, odkryty we wraku obok greckiej wyspy Antykithiry (Antikythera), pomiędzy Kíthirą i Kretą, datowany na lata 150-100 p.n.e. Podkreśla się [45,46], że do czasu odkrycia XVIII-wiecznych zegarów nie był znany żaden mechanizm o podobnym stopniu złożoności. Urządzenie jest prezentowane w kolekcji Narodowego Muzeum Archeologicznego w Atenach [45-48].



Ryc. 5. Mechanizm z Antykithiry, źrodło [46]

Na całym świecie odnajdywane są grobowce Gigantów. W Grecji ostatnio odkryto groby w Fokidzie (dawna nazwa Peloponezu) - Gigantis. Miejsca, gdzie zakończyły się ich walki nazwano Olimpią, a na cześć tych walk powstały olimpiady. Christina Priamu, badaczka starożytności stwierdziła, że przyczyną gigantyzmu był wpływ planet Diasa oraz Kronosa [49-59].

W literaturze [60] znane były dwie wielkie cywilizacje: Atlantyda na Oceanie Atlantyckm i Hyperboree - na Grenlandii (wyspa nieśmiertelnych). W centrum była ogromna piramida Meru. Buddyści w Tybecie wierzą, że w pobliżu piramidy Kailash istnieje Schambala, legendarna siedziba bogów, wszystkich proroków i nauczycieli ludzkości. Pozostają tam od tysięcy lat w medytacji (w stanie samadhi).

W największym Apollińskim (A-pollo –ruchy harmonijne,poruszajace wszystko razem i te od bogow i ludzkie) szpitalu Azji, w Ahmadbadzie, prowadzi się badania nad tajemnicą możliwości ludzkiego ciała, które może lewitować, pozostawać bez pożywienia, podatne na ogromny ból [61,62, 63].

Najstarsze ludzkie cywilizacje różnią się niekiedy w sposób bardzo wyraźny od siebie, ale łączy je pewien szokujący współczesnych element, że współżyli oni w symbiozie z przyrodą. Można by stwierdzić, że były to „złote czasy", które w końcu runęły w trwającą 5 tys. lat ciemność. Dziś ludzkość żyje w momencie, kiedy ma szansę wybrać – odbudować Złoty Wiek lub pogrążyć się w jeszcze większą ciemność.

Wielu ludzi odnosi dzisiaj wrażenie, że zaledwie garstka osób i organizacji panuje nad przeważającą częścią globalnej wiedzy. Dysponujemy dzisiaj zdumiewającą liczbą informacji o przeszłości, która jest także przyszłością. Okazuje się, że życie jest czymś więcej niż zwykłą materialną egzystencją.

Wielkie odkrycia i konstrukcje są świadectwem dojrzałości rodu ludzkiego w dziedzinie matematyki i fizyki, co umożliwiło „*złamanie kodu Stwórcy, zapisanego w Naturze liczbami pierwszymi*" [6].

Na Alasce znajdują się nowoczesne techniki wysokich częstotliwości - dzisiejsze tzw. systemy HAARP (*High Frequency Active Auroral Research Program*) [64].

Steven Weinberg, laureat nagrody Nobla z fizyki w 1979 roku, stwierdził, że „*fizyka teoretyczna upadabnia sie coraz bardziej do literatury fantastyczno-naukowej"*. Natomiast Włodzimierz Sedlak (1911-1993), polski duchowny katolicki, profesor Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, twórca polskiej szkoły bioelektroniki, elektromagnetycznej teorii życia oraz pojęcia wszechpróżni uważał, że „*nauka stała się uczonym trupem myśli*" [65]

Astrokurczak i nie tylko

Fizyk Freeman Dyson, z Instytutu Advanced Study w Princeton, w swoich pracach zaproponowal stworzenie, do 2016 roku, Astrokurczaka [66]: „*niewielki, lekki i inteligentny Astrokurczak będzie sondą kosmiczną o wszechstronnych możliwościach mającą niezaprzeczalną przewagą nad olbrzymimi, szalenie kosztownymi misjami kosmicznymi, realizowanymi do tej pory i stanowiącymi wąskie gardło kosmosu. Astrokurczak ma ważyć kilogram i nie zostanie zbudowany a wyhodowany. Byłaby to maszyna, po części zwierzę stworzone za pomocą najbardziej zaawansowanych technik inżynierii genetycznej. Badać będzie planety - Uran i Neptun. Nie będzie potrzebował paliwa rakietowego, gdyż będzie zaprogramowany tak, by spożywał lód i węglowodory znajdujące się w pierścieniach*

otaczających zewnętrzne części planet. Jego genetycznie przystosowany żołądek przetrawi te materiały w paliwo chemiczne. Gdy zaspokoi swój apetyt, powędruje do następnej planety"

Artur Klark powiedział: „*gdyby dalekowzroczność Greków współgrała z ich talentem, wówczas rewolucja przemysłowa rozpoczęłaby się tysiąc lat wcześniej przed Kolumbem. Współcześnie nie krążylibyśmy wokół księżyca, a stawalibyśmy na innych planetach*" [cyt. za 67].

Natura jest nie tylko dziwniejsza niż sobie wyobrażamy, ale jest dziwniejsza niż potrafimy sobie wyobrazić.

Bardzo istotnym pytaniem zadanym w 1863 roku przez biologa Thomasa H. Huxley, jest pytanie o określenie miejsca człowieka w przyrodzie i jego związku z kosmosem [68,69].

Głównym zadaniem dla Sokratesa, filozofa w Starożytnej Grecji, było dojście do samowiedzy, poprzez prowokowanie ludzi do myślenia. Nie obawiał się ośmieszać ludzkiej głupoty, przez co często przysparzał sobie wrogów. Głównym celem jego filozofii była dialektyka (sztuka dyskutowania, zwłaszcza umiejętność dochodzenia do prawdy przez ujawnianie i przezwyciężanie sprzeczności w rozumowaniu przeciwnika).

Sokrates [cyt. za 69] „*pierwszy sprowadził filozofię z nieba na ziemię, do miast, domów i „kazał jej badać życie i obyczaje oraz to, co dobre, a co złe*".

Jesteśmy nieustannie otoczeni szmerami, tonami o różnej wysokości i natężeniu. Nasza świadomość nie rejestruje większości dźwięków, bo przywykliśmy do nich. Odnosi się to zarówno do szumu wody, śpiewu ptaków, odgłosu kroków, brzęku szkła, jak i skrzypiących zawiasów, silników samochodowych i ludzkich głosów. Wszystkie te dźwięki stanowią tło naszego codziennego życia. Jednakże cisza jest również dźwiękiem, chociaż o zupełnie innej wibracji. Kosmos także wytwarza dźwięk, mało tego - cały wszechświat śpiewa, lecz nasz słuch nie jest zdolny do odbioru tej pieśni [12, 70,71].

W tym miejscu warto wspomnieć, że np. słowo cisza brzmi podobnie w wielu językach np. w greckim *isichia* (sssssssss), a na tokografie podczas badania brzucha kobiety w ciąży, też słychać ten sam dźwięk .....szszszsz….cisza.

Pitagoras [72] poznał ze wszystkimi szczegółami związek między muzyką i kosmosem. Uważał Bóstwo, Logos, za centrum jedności i źródło harmonii. Z tego powodu wymagano od kandydata, który starał się o dopuszczenie do misteriów, aby już wcześniej studiował arytmetykę, astronomię, geometrię i muzykę, czyli nauki uważane za cztery fundamenty mądrości Pitagorejczycy twierdzili, że świat został stworzony z chaosu przez dźwięk i harmonię, a więc zgodnie z zasadami muzycznych proporcji [72].

Platon [73] był uważany za pitagorejskiego interpretatora świata. Twierdził on, że „*jesteśmy podobni do mieszkańców jaskiń skazanych na oglądanie tylko niewyraźnych szarych cieni życia toczącego sie na zewnątrz”.* Mówił, o ziemi, „ *jako o geometrycznym dwunastościanie, tak jakby kuli pozszywanej z różnych geometrycznych kształtów”.* Platon nie mógł jednak ujawniać tych odkryć, bo byłby ukarany. W Akademii Platona, dla jej członków stworzono więc specjalną ustną doktrynę, zwaną *agrafa dogmata – niepisane dogmaty* [73,74]:

- **Pierwiastki Platona** - równoboczne bryły platońskie odpowiadające poszczególnym **elementom (żywiołom**)
- **Ogień** – to czworościan foremny
- **Ziemia** – sześcian
- **Powietrze** – ośmiościan
- **Woda** - dwudziestościan

Po odkryciu dwunastościanu foremnego Platon włączył go do swojego systemu jako symbol całego wszechświata lub **eteru** (piątego pierwiastka) [75]. Jeśli bryły platońskie zagnieżdżą się jedna w drugą (to co zrobił Euklides w XIII księdze „Elementów”), to odkrywamy, że w momencie gdy ich krawędzie się stykają (np. .umieszczony wewnątrz sześcianu -ziemia, dwunastościan - woda), to długość krawędzi sześcianu to Fi (w greckim systemie liczbowym oznacza liczbę 500). Platon wiedział, że to są bloki natury. Zaskakującym jest to, że prawdopodobnie istnieją tylko te formy, a z tych pięciu form zbudowany jest naturalny świat [76,77].

W wieku XVII, niemal 2 tysiące lat później, Kepler użył wielościanów foremnych do swojego modelu kosmologicznego [78]. „*Jeżeli na sferze o promieniu orbity Merkurego opisze się ośmiościan, a na nim następną sferę, to jej promień odpowiadać będzie promieniowi orbity Wenus. Jeśli na tej drugiej sferze opisze się dwudziestościan, a na nim kolejną trzecią sferę, to jej promień odpowiadać będzie promieniowi orbity Ziemi. I tak kolejno dla następnych wielościanów foremnych i planet: dwunastościan – Mars, czworościan – Jowisz, sześcian - Saturn*” [78].

Geometria, miała swoje metafizyczne i duchowe aspekty, prawdopodobnie dlatego była skrywana przez tajne stowarzyszenia.

Na świecie jest mnóstwo zjawisk, które pozostając pod zasięgiem naszego zmysłu wzroku, bywają postrzegane innymi zmysłami. Percepcja pozazmysłowa wydaje się tak namacalna i pociągająca, że wprost trudno uwierzyć, iż miałaby nie istnieć [67,79].

Zakazane nauki

W średniowieczu, funkcjonowanie ponadzmysłowe było karane spaleniem na stosie. Przykładem może być np. jedna z nielicznych uczonych początku chrześcijaństwa, neoplatońska filozofka Hypatia [79,80], córka Theona, profesora matematyki i astronomii na Uniwersytecie Aleksandryjskim, ówczesnym centrum literatury i nauki dla całego Imperium Rzymskiego. Hypatia znała wszystkie tajniki kosmosu, hymny Orfikó, tajemnice Hermesa, Pitagorasa, Euklidesa, która zostały rozszyfrowane i stosuje się je po dziś dzień w fizyce. Dla kościoła była symbolem wiedzy i nauki pogańskiej. Piękna Hypatia napisała wiele traktatów, zbudowała wiele instrumentów stosowanych w astronomii. Jako niezależna kobieta stała się obiektem nienawiści arcybiskupa Aleksandrii Cyryla, który z zazdrości o wiedzę, oskarżył ją o czary i skazał na śmierć. Hypatia została brutalnie zamordowana przez zakonników kawałkami ostrych muszli, a jej ciało wleczono po ulicach, po czym je spalono. Jej wkład w naukę był zignorowany aż do XIX wieku, natomiast o arcybiskupie Cyrylu pojawiały się liczne wydania książkowe [80,81].



Ryc. 6. Hypatia, źródło:[82]

Minęły wieki, aż w 1876 roku, dzięki Feltowi zostało założone Towarzystwo Teozoficzne, którego celem było badanie powiązań nauki i religii. Stowarzyszenie całkowicie elektryczne, skupiające przyjaciół prawdziwej religii i wrogów naukowego materializmu. Od czasu neoplatoników i teurgików, było pierwszym odrodzeniem nauk teozofii - *„z nikłych fragmentów starożytnej tradycji, został wydobyty klucz architektury natury”*. Platońska

wiedza inicjacyjna o stosunkach i złotej symetrii, osiągana w misteriach, została zachowana przez Witruwiusza (I w p.n.e) oraz Luka Patsioli (1445-1517) [8,83].

Pod koniec pierwszego dziesięciolecia XX wieku naukowcy z całego świata przybywali na niemieckie uniwersytety i uczyli się niemieckiego języka, by czytać opiniotwórcze czasopisma naukowe oraz brać udział w konferencjach i seminariach. Niemcy znajdowały się w znakomitej sytuacji, aby objąć wiodącą rolę w rozwoju nowej fizyki, która miała przekształcić technologię nadchodzącego stulecia. W tym okresie pojawiły się takie wybitne postaci jak: Max Planck, Albert Einstein, Max Born, Werner Heisenberg, Erwin Schrodinger oraz naukowcy pochodzący z Danii, Holandii, Francji i Wielkiej Brytanii, czy Grecji (Kostantinos Karatheodoris). W efekcie ich badań nowa fizyka doprowadziła do powstania mechaniki kwantowej, fizyki jądrowej, teorii budowy atomu i bomby wodorowej [cyt. za 84].

Wszechmocny Orgon

Orgon, zorgon energy, ennany, jest traktowany w innych kulturach, jako witalna energia Qi, Chi, prana, **eter**, Hi Huna, energia odyczna [85,86,87,88]. Ma kosmiczne pochodzenie, nie powstaje w organizmach, człowiek jest jedynie jego swoistym „odbiornikiem". Żywy organizm zawiera energię orgonu w każdej komórce, która „się ciągle ładuje do organizmu poprzez oddychanie". Ową energię można zobaczyć gołym okiem podczas słonecznej pogody w postaci nieustannie wirujących srebrzystych drobin lub miniaturowych kulek (wciąga się je do organizmu poprzez metodę Paranajamy) [85,86,87,88].

Po Hypatii byli też inni, których los nie zaoszczędził jak np. Keelyego, Tesli, Rychnowskiego, czy Reicha. W końcu lat dwudziestych XX wieku, we Lwowie, polski geniusz Franciszek Rychnowski de Welehrad, skoncentrował się nad badaniem eteru. Stwierdził, że zasada działania prądu elektrycznego wynika z nieznanej, lotnej materii, która porusza się po powierzchni metalowych przewodów, a źródłem owej tajemniczej energii prototypowej – jest Słońce i inne gwiazdy. „*Ta materia energetyczna przedostaje się w formie emisyjnego promieniowania słonecznego ku ziemi i ku dalszym planetom systemu słonecznego i jest podstawą nie tylko światła i ciepła, elektryczności, magnetyzmu, chemizmu i wszelkiego życia organicznego, lecz i zasadniczą przyczyną obrotów planet i ich okrążeń naokoło Słońca*". Skonstruował on urządzenie, którego główną funkcją miało być generowanie eteru i jego emisja w danym kierunku. Metody przez niego zastosowane odniosły skutek w leczeniu, tak różnych schorzeń, jak: reumatyzm, cukrzyca, gruźlica, ślepota, syfilis, wrodzony zanik

nerwu wzrokowego (ślepota), czy nawet bezpłodność. Lekarze nie mogli uwierzyć, że czynnikiem leczniczym jest zwykle powietrze. Skuteczność terapii Rychnowskiego, w jego opinii była tak duża głównie z powodu doładowywania energetycznego krwi przez eter, co poprawiało właściwą jej cyrkulację w organizmie, przywracając człowiekowi ogólne zdrowie. Co ciekawe, podobnie jak w przypadku innych wielkich, acz zapomnianych odkrywców, wynalazek ów funkcjonował tylko w obecności samego konstruktora [89].

W ślady polskiego wynalazcy poszedł Wilchelm Reich, ale też nie miał szczęścia. Agenci federalni otrzymali polecenie zniszczenia owoców pracy naukowca Wilhelma Reicha w jego laboratorium w Maine [89,90]. W sądowym orzeczeniu z 1956 roku stwierdzono, że materiały użyte do budowy przypominającego wyglądem skrzynkę "akumulatora orgonowego" da się uratować, z wyjątkiem płyt celotexu, które agenci roztrzaskali na kawałki. Nowojorscy współpracownicy Reicha, dr Michael Silvert i dr Yictor Sobey zostali zmuszeni do zebrania całej literatury znajdującej się w archiwum Instytutu Orgonu i załadowania jej do wielkiej ciężarówki, która pojechała stamtąd prosto do spalarni na Dolnym Manhattanie, Tam, wszystkie papiery spalono zgodnie z poleceniem Urzędu ds. Żywności i Leków (*Food and Drug Administration* - FDA) [90,91].

Reich utrzymywał, iż jest w stanie zasilać silnik elektryczny skoncentrowaną energią atmosferyczną [89,90]. Przebywając w Norwegii odkrył "biony" – mikroskopijne cząsteczki – będące według niego formą przejściową między materią nieożywioną i żywymi organizmami. Obserwując ich kultury pod mikroskopem, dostrzegł emanowane przez nie promieniowanie, nie mające charakteru nuklearnego, które znalazł później również w atmosferze. Był to typ promieniowania nieznany w fizyce. Okazało się, że w ciemnościach kultury te świeciły przyćmionym, szarobłękitnym światłem. Reich jeszcze w latach trzydziestych ubiegłego wieku stwierdził, że wspomniana energia powstaje w wyniku działania światła słonecznego na substancje organiczne [90,91]. Za miejsce, w którym ma się ona znajdować, uznał jonosferę, najwyżej położoną warstwę ziemskiej atmosfery. To właśnie tam, zdaniem Reicha [90,91], orgon gęstnieje i formuje chmuropodobne twory o różnych wielkościach. Naukowiec nie poprzestał jedynie na wprowadzeniu pojęcia orgonu do nauki, ale po przeprowadzeniu wielu doświadczeń uznał, że opisywana przez niego energia reaguje na ludzkie myśli oraz podświadomość i w ten sposób mogłaby udzielać odpowiedzi na pytania obecne w ludzkiej podświadomości, co czyniłoby z orgonu energię inteligentną [90,91]. Ważny był również holistyczny aspekt tych prac. Dzięki nim Reich wykazał, że organizm stanowi swoistą jedną całość, w której zaburzenia w jakiejś części - oddziaływują na całą resztę. Te eksperymenty

dowiodły istnienia jednej energii biopsychologicznej. W swoich wczesnych pracach Reich [90,91] wykazał, że energia ta jest w ciele początkowo gromadzona, a następnie wyzwalana. Udowodnił np., że doznanie przyjemności powoduje wzrost dającego się zmierzyć ładunku bioelektrycznego, natomiast doznania nieprzyjemne pociągają za sobą jego spadek. Zauważył też, że gdy mocz się ciało w ciepłej kąpieli, wewnętrzny ładunek orgonalny i napięcie bioenergetyczne zmniejsza się i w ten sposób odprężamy się. Poprzez moczenie w wannie z wodą, zmniejsza się energetyczny potencjał ciała, a zwiększa się energetyczny potencjał wody, czyli w czasie kąpieli oddajemy energię wodzie i „*odprężamy się jak balon, który stracił trochę powietrza*". Efekt szczególny mają kąpiele mineralne w różnych źródłach naturalnych, gdzie zaobserwowano uzdrawiające właściwości wody. Dlatego też, w miejscach, w których występują gorące źródła lub inne wody lub ziemskie materiały o niezwykłej naturze, budowane są ośrodki wypoczynkowe i uzdrowiska, a kąpiele w tych mineralnych wodach, bagnie, czy błocie, sprawiają, że ludzie czują się bardzo odprężeni, niezwykle wzmocnieni lub nawet wyleczeni z chronicznych dolegliwości. Korzystanie z takich kąpieli może pomóc w czasowym lub stałym, ustąpieniu objawów chorobowych. Tradycja wód leczniczych jest bardziej popularna w Europie, niż np. w USA, gdzie dość powszechnie rozwinięta jest wrogość nieinwazyjnych, naturalnych sposobów leczenia. Reich skonstruował także „akumulator orgonowy" do leczenia raka i rozpraszania chmur na niebie [90,91].

Podobne losy spotkały polskiego geniusza Franciszka Rychnowskiego, który udowodnił, że zasada działania prądu elektrycznego wynika z nieznanej, lotnej materii, która porusza się po powierzchni metalowych przewodów. W jego opinii, źródłem owej tajemniczej energii prototypowej (tak ją nazwał wynalazca), jest Słońce i inne gwiazdy. „*Ta materia energetyczna przedostaje się w formie emisyjnego promieniowania słonecznego ku ziemi i ku dalszym planetom systemu słonecznego i jest podstawą nie tylko światła i ciepła, elektryczności, magnetyzmu, chemizmu i wszelkiego życia organicznego, lecz i zasadniczą przyczyną obrotów planet i ich okrążeń naokoło Słońca*" [91, 92, 94, 95],

Od wody i kostki lodu do superstrun

Nauka Stoików zawiera mnóstwo szczegółów, które dla dalszego rozwoju nauki o przyrodzie miały duże znaczenie. Stoicy twierdzili, że „*jednolity, kierowany przez opatrzność, powszechny związek wszystkich rzeczy we wszechświecie, przejawia się miedzy innymi w tym, że rozmaite rzeczy i zjawiska, które bezpośrednio nie mają żadnego związku przyczynowego ze sobą, są jednak powiązane tajemniczymi nićmi, które są dla zwykłego oka ukryte. Związki*

te dają znać o sobie za pośrednictwem różnych znaków, które dusza ludzka jako część powszechnej neumy, jest zdolna rozumieć". W tym wszystkim pomocna jest mancja, chiromancja i onjeromancja [96].

Carol Gustaw Jung wprowadził pojęcie synchroniczność, oznaczające „*zbieżność w czasie (czyli koincydencję) dwóch lub więcej zdarzeń, które nie są ze sobą powiązane przyczynowo"* [cyt. za 9]. W wyniku badań z Wolfagangiem Pauli (fizykiem laureatem nagrody Nobla) powstała „*koncepcja akauzualnej struktury rzeczywistości, istniejącej równolegle z poznaną juz od dawna strukturą przyczynowo–skutkową"*. Przekonał się, że techniki mantyczne pozwalają znacząco w wielu przypadkach uzyskać trafny wynik w przepowiadaniu przyszłych wydarzeń [9].

Dzisiaj już jest wiadomo, że tajemnicze miejsca wypełnione energią, nie są rozmieszczone przypadkowo, są powiązane przez siatkę ziemi - geometryczny wzór energii, który przecina cały glob. Ziemię pokrywa pełno subtelnych, niewidzialnych energii, które otaczają wszystko w określonych miejscach na planecie i łączą się ze sobą, tworząc potężny wir. Oprócz starożytnych Greków, także Aborygeni mają zdolność widzenia tych linii - „linie pieśni" i „ścieżki snów". Widzą je także Chińczycy, nazywając je „smoczymi liniami''. Praktyka Feng Shui polega na wykorzystaniu linii energetycznych, które przesuwają ziemie wzdłuż i w szerz. Krew jest także zbudowana w ten sposób, by kierować liniami magnetycznymi. Różdżkarz np. też wyczuwa te linie magnetyczna [97].

Dan Winter pouczał, że „*Gdy będziesz już w stanie poczuć pole magnetyczne, stworzysz sobie magnetyczną mapę swojego łóżka, magnetyczną mapę domu i magnetyczną mapę twojego podwórka. Będziesz wiedział, w którym miejscu linie magnetyczne wyglądają jak piękne płatki róż, bo...rosną tam piękne rzeczy - zarówno ludzie jaki kwiaty. Tam jednak, gdzie linie magnetyczne są zniekształcone, ludzie i rośliny również są niekształtne... Sposobem odkręcenia tego jest zrobienie labiryntu lub kamiennego kręgu, gdzie splatasz magnetyzm"* [98].

Blawacka twierdziła, że w okultyzmie atomy sa nazywane wibracjami [99], natomiast Viktor Schauberger (1885-1958), austriacki naukowiec, autor najbardziej fundamentalnych odkryć XX wieku, dał ludzkości zupełnie nową, nieograniczoną energię. Ostrzegał, że podstawową przyczyną zgubnej drogi dla ludzkości stała się zła woda i zastosowanie jako głównego narzędzia uwalniania energii przez eksplozję – destrukcyjną dla otaczającego naturalnego środowiska. Schauberger wielokrotnie podkreślał wagę odkrytego przez niego wirowego przepływu wody i wskazywał na fakt, że w przyrodzie w potoku w sposób

naturalny zachodzi powstawanie wirów, powodując oczyszczanie jej struktury struktury [100]. Tajemnica implozji Schaubergera polega na dzieleniu strumieni, co w trakcie całego szeregu przejść, którym towarzyszą termoelektryczne zmiany, zamienia zwykłą wodę lub powietrze w potężne źródło energii struktury. Implozyjność procesów wirowych istnieje powszechnie w żywej przyrodzie. Schauberger badając prądy wirowe odkrył, że przy określonej formie wiru, szybkości i temperaturze, ruch wirowy staje samonapędzający się i nie potrzebuje zewnętrznej energii, co więcej, sam może służyć jako źródło energii. To spostrzeżenie wywarło ogromny wpływ na dalszy rozwój nauk ścisłych. Okazało się bowiem, że wszędzie istnieje dynamika przestrzennego momentu obrotowego [101-104].

Szwajcarski laureat Nagrody Nobla w dziedzinie chemii, prof. Kurt Nutriach stwierdził, że woda jest cieczą mistyczną [105]. W nawiązaniu do tego, Edward Witten z Institute for Advanced Study w Princeston w stanie New Jersey USA, należący do najważniejszych postaci świata fizyki teoretycznej, postawił przed sobą zadanie znalezienia źródeł teorii superstrun, twierdząc, że może się to okazać decydującym krokiem do rozwiązania zagadki powstania Wszechświata. Badacz podgrzewając kostkę lodu na piecu zaobserwował, że najpierw topnieje, potem zamienia sie w wodę, czyli ulega przemianie fazowej. Podgrzewając ja dalej - woda zaczyna się gotować, zamieniać w parę - czyli dochodzi do kolejnego przejścia fazowego. Kontynuując podgrzewanie pary do olbrzymich temperatur dochodzi się w końcu do tego, że energia cząsteczek wody przekracza energię wiązania i rozpadają się one na gaz złożony z wodoru i tlenu. Ogrzewając jednak dalej i przekraczając temperaturę 3000 Kelvinow - atomy tlenu i wodoru zostają zniszczone, elektrony odrywają się od jąder i powstaje plazma (zjonizowany gaz) zwanym czwartym stanem materii (obok gazów, cieczy i ciał stałych). Chociaż z plazmą się nie stykamy na co dzień, to widzimy ją za każdym razem, gdy patrzymy na Słońce. W rzeczywistości plazma jest najpowszechniejszym stanem materii we Wszechświecie. Kontynuując dalej podgrzewanie plazmy, aż zostaną rozerwane jądra wodoru i tlenu, otrzymuje się „gaz" pojedynczych protonów i neutronów przypominający wnętrze gwiazdy neutronowej. Podgrzewając w dalszym ciągu ten gaz, do dziesięciu bilionów kelwinów, cząstki te zmieniają się w wolne kwarki. Podgrzewając do temperatury tysiąca bilionów kelwinów siła elektromagnetyczna i oddziaływanie słabe zostają zjednoczone - przy tej temperaturze powstaje symetria. W temperaturze 10.32 kelwinów wyłaniają się wszystkie symetrie dziesięciowymiarowej superstruny.

Innym widzialnym dla naszego wzroku przykładem symetrii może być sól kuchenna, która krystalizuje sie w formie sześcianów Do cudów inżynierii zaliczyć można ule pszczół, które budowane są w formie sześcianów. Nasuwa się pytanie, dlaczego nie w formie kwadratów czy prostokątów. Okazuje się, że pszczoły instynktownie wiedzą, że pięciokąty do siebie nie pasują, kółka pozostawiają wiele szczelin, a najmniej wosku używają sześciokąty [104].

Grecy wierzyli, że poprzez zrozumienie zasad wszechświata, będą mogli opisać cały świat.

Zasady te zrozumiał między innymi Wiktor Grebennikow, entomolog i przyrodnik, który wsławił się odkryciem efektów antygrawitacyjnych wywoływanych przez chitynowy pancerz jednego gatunku owada [102,106]. Jednocześnie opisał zjawisko pełnej lub częściowej niewidzialności lub zniekształcenia postrzegania obiektu materialnego, w tak zwanej strefie wyrównanej grawitacji. Dzięki temu odkryciu zdołał nawet zbudować specjalną platformę latającą przypominającą pojazd Seagway. Grebennikow odkrył zjawisko zwane promieniowaniem kształtu. W jego przypadku zaczęło się to od dziwnego ciepła generowanego nad plastrem miodu stworzonym przez jeden z gatunków pszczół - tak właśnie powstało pojęcie EPS, czyli promieniowanie kształtu [102,106].

Większość kwiatów jest pięciokątna, w rozciętym jabłku też znajduje się w środku pentagram. Cała natura jest holograficzna (holografia - z gr. holos = całość, grapho = piszę). Holografia polega na trójwymiarowym zapisie obrazu przedmiotu (obiektu) i jest techniką doskonalszą, niż fotografia. Związane jest to z tym, że tradycyjna fotografia zapisuje jedynie modulację amplitudy, a holografia odnotowuje także zmiany fazy fali świetlnej, dzięki czemu można uzyskać więcej informacji o fotografowanym przedmiocie [108,109,110].

Piśmiennictwo

1. http://www.youtube.com/watch?v=BoHfNza8pX4, data pobrania 2.05.2014
2. http://www.swietageometria.info/artykuly/159-tamszenie-wiedzy-o-harmonicznoci, data pobrania 2.05.2014
3. http://forum.swietageometria.info/index.php?topic=103.0, data pobrania 2.05.2014
4. Theofanis M.: Ta agnosta Megalurgimata ton Archeon Ellinon,Pirinos Kosmos Athina 1969, 189- 190.
5. http://en.wikipedia.org/wiki/File:The_Parthenon_in_Athens.jpg, data pobrania

2.05.2014

6. https://www.google.gr/search?q=ιερη+γεωμετρια&biw=911&bih=416&tbm=isch&imgil=UrenU9wJimeiiM%253A%253Bhttps%253A%252F%252Fencrypted-tbn3.gstatic.com%252Fimages%253Fq%253Dtbn%253AANd9GcR2O62NMO-v9vy0YESJCbVFZmKvHgQcwDNmS-oBosW4I9JoY-Kc6w%253B320%253B315%253BUEINv8U3nlNHkM%253Bhttp%25253A%25252F%25252Fellinonpaligenesia.blogspot.com%25252F2014%25252F01%25252Fblog-post_9629.html&Skurce=iu& usg=__yKKU8Jw8UHvigRc_N02agmUW98%3D&sa=X&ei=e9xUU9DfDOO60QXu94HoBw&ved=0CC0Q9QEwAA#facrc=_&imgrc=UrenU9wJimeiiM%253A%3BUElNv8U, data pobrania 2.05.2014
7. http://www.cheops.darmowefora.pl/?topic=272.0 [Wyklady Winter], data pobrania 2.05.2014
8. Olsen S.: H Chrysi Tomi to Megalitero Mistiko tis Fisis,Aleksandreia, Athina, 12,12.
9. Świtkowski J.: Okultyzm i magia w świetle parapsychologii, Polczek, Kraków, 1990.
10. Krauss L.M.: Tajemnice kosmosu, Proszynski&Spółka, Warszawa, 1999.
11. Nieumywakin I.: Woda utleniona na straży zdrowia, Hartigrama, Warszawa, 2008.
12. Sire Edouardos: Megali Mistes, Kaktos, Athina.
13. http://www.swietageometria.info/artykuly/159-tamszenie-wiedzy-o-harmonicznoci, data pobrania 2.05.2014
14. http://www.centrumrozwojuheurystyki.pl/?p=3256, data pobrania 2.05.2014
15. Stamkos Georgios: Nikola Tesla o Profitis tu 21 eona, Arhetypo, Thessaloniki, 1999.
16. Von Dainiken E.: O Kosmos mu se ikones, Iridonos, Auhna, 1973.
17. Leyteris A.: Apodeiksis gia ti mathimatiki kataskeui tis Ellinikis Glossas, Eleu. Argiropulos, Athina, 2010.
18. http://innemedium.pl/wiadomosc/papiez-franciszek-przyznal-ze-nie-jestesmy-sami-we-wszechswiecie, data pobrania 2.05.2014
19. http://www.nautilus.org.pl/?p=artykul&id=2564, data pobrania 2.05.2014
20. http://pl.wikipedia.org/wiki/Kr%C4%99gi_zbo%C5%BCowe, data pobrania 2.05.2014
21. http://www.wylatowo.org.pl/, data pobrania 2.05.2014
22. http://en.wikipedia.org/wiki/Ley_line, data pobrania 2.05.2014
23. http://www.youtube.com/watch?v=BoHfNza8pX4, data pobrania 2.05.2014

24. http://www.swietageometria.info/geometryczne-siatki-ziemi [wykład], data pobrania 2.05.2014
25. http://nea-apokalypseis.blogspot.gr/2012/01/blog-post_30.html, data pobrania 2.05. 2014
26. Tziropulu-Eustathiadu A.: Archigenethlos Elliniki Glossa, Georgiadis, Athina, 2011.
27. http://www.galaxiasfm.gr/, data pobrania 2.05.2014
28. http://eleysis69.wordpress.com/%CE%B5%CE%BB%CE%BB%CE%AE%CE%BD%CF%89%CE%BD-%CE%B8%CF%81%CE%B7%CF%83%CE%BA%CE%B5%CF%85%CF%84%CE%B9%CE%BA%CF%8C%CF%82-%CF%80%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B9%CF%83%CE%BC%CF%8C%CF%82/%CE%B3%CE%B1%CE%B9%CF%89%CE%B4%CE%B5%CF%83%CE%AF%CE%B1-%CE%B4%CE%B5%CE%BB%CF%86%CF%8E%CE%BD-%CF%84%CF%81%CE%B9%CE%B3%CF%89%CE%BD%CE%B9%CF%83%CE%BC%CE%BF%CE%AF/ data pobrania 2.05.2014
29. http://pl.wikipedia.org/wiki/Dysk_z_Fajstos, data pobrania 2.05.2014
30. http://www.youtube.com/watch?v=Crpj3b7KxxQ, data pobrania 2.05.2014
31. http://ermionh.blogspot.gr/2013/03/blog-post_1775.html, data pobrania 2.05.2014
32. http://commons.wikimedia.org/wiki/Category:Phaistos_disk?uselang=pl,data pobrania 2.05.2014
33. Altani: Arritoi logoi: Dra Epi Auras, Epidauros Tholu Apokalypsis,A. Georgiadis Athina, 2007.
34. http://forum.swietageometria.info/index.php?topic=103.0, data pobrania 2.05.2014
35. http://negropontenews.blogspot.gr/2013/02/blog-post_1604.html, data pobrania 2.05.2014
36. https://www.google.gr/search?q=%CE%98%CE%9F%CE%9B%CE%9F%CE%A3&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ei=fRdOU4vXFYPpswaFkYCIAw&ved=0CAYQ_AUoAQ&biw=911&bih=445, data pobrania 2.05.2014
37. http://stinpresa.wordpress.com/2013/01/23/%CF%80%CF%85%CF%81%CE%B9%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%B7-%CE%B9%CE%B1%CF%84%CF%81%CE% B9%CE%BA%CE%B7-%CE%BA%CE%B1%CE%B9-%CF%84%CE%BF-%CE% B8%CE%B1%CF%85%CE%BC%CE%B1%CF%83%CF%84%CE%BF-%CE%B7% CE%BB%CE%B9%CE%BF, data pobrania 2.05.2014
38. http://www.youtube.com/watch?v=84MFRGHgFNI, data pobrania 2.05.2014

39. http://davidicke.pl/forum/piramidy-meksyku-jako-generatory-scott-corrales-t12212.html, data pobrania 2.05.2014
40. http://www.youtube.com/watch?v=DFEGFv3Aigk, data pobrania 2.05.2014
41. http://www.youtube.com/watch?v=cL19qbyKWlg&index=6&list=PL49E3521C965A71C4, data pobrania 2.05.2014
42. http://www.youtube.com/watch?v=kDn1VHArbho&list=PL49E3521C965A71C4, data pobrania 2.05.2014
43. http://vimeo.com/72771768, data pobrania 2.05.2014
44. http://www.youtube.com/watch?v=MA3X6x8luC8, data pobrania 2.05.2014
45. http://pl.wikipedia.org/wiki/Mechanizm_z_Antykithiry, data pobrania 2.05.2014
46. http://en.wikipedia.org/wiki/Antikythera_mechanism, data pobrania 2.05.2014
47. Lazos Ch. D.: O Ypolologistis ton Antikythiron,Aiolos, Athina, 1994.
48. http://www.youtube.com/watch?v=7kC6QF7Dn-*o*, data pobrania 2.05.2014
49. http://translate.google.gr/translate?hl=el&sl=en&u=http://www.fst.org/spirit2.htm&prev=/search%3Fq%3Dswedenborg%26biw%3D911%26bih%3D445, data pobrania 2.05.2014
50. http://platine.pl/shaolin-to-mistycyzm-0-1180763.html, data pobrania 2.05.2014
51. http://www.youtube.com/watch?v=amgWCXR-hHE&list=PL6648952CB5B27EB8, data pobrania 2.05.2014
52. http://at37.wordpress.com/2012/11/04/egyptian-cretan-labyrinths-dna-i-ching-swastika/ labirynt, data pobrania 2.05.2014
53. http://at37.wordpress.com/category/seed-pattern/, data pobrania 2.05.2014
54. http://www.bibliotecapleyades.net/ciencia/ciencia_danwinter08.htm, data pobrania 2.05.2014
55. http://www.youtube.com/watch?v=FC8wWsBKc88, data pobrania 2.05.2014
56. http://treborok.wordpress.com/2013/08/, data pobrania 2.05.2014
57. http://www.youtube.com/watch?v=Jpjy_619ypw giganci, data pobrania 2.05.2014
58. http://davidicke.pl/forum/project-camelot-bob-dean-the-coming-of-nibiru-t2351.htm, data pobrania 2.05.2014
59. http://www.youtube.com/watch?v=MKyaTcTEAW4, data pobrania 2.05.2014
60. http://en.wikipedia.org/wiki/Shambhala, data pobrania 2.05.2014

61. http://translate.google.pl/translate?hl=el&sl=en&u=http://emo-corner.com/forums/topic/46207-indian-man-claims-not-to-have-eaten-drank-water-for-70-years/&prev, data pobrania 2.05.2014
62. http://platine.pl/shaolin-to-mistycyzm-0-1180763.html, data pobrania 2.05.2014
63. Platon: Kratylos, Kaktos, Athina, 1994, 129
64. http://treborok.wordpress.com/2013/07/26/wiktor-stiepanowicz-grebiennikow, data pobrania 2.05.2014
65. http://pl.wikiquote.org/wiki/W%C5%82odzimierz_Sedlak, data pobrania 2.05.2014
66. http://en.wikipedia.org/wiki/Astrochicken, data pobrania 2.05.2014
67. Kaku M.: Hiperprzestrzeń wszechświaty równoległe, pętle czasowe i dziesiąty wymiar, Wyd. Prószynski i S-ka, Warszawa , 1996.
68. http://forum.swietageometria.info/index.php?topic=103.0, data pobrania 2.05.2014
69. http://www.sokrates.republika.pl/wstep.html, data pobrania 2.05.2014
70. Liantinis D.: Gemma,D.Liantini, Athina, 2006.
71. Neoteron Egiklopedikon leksiko Hliou,tomos Hç.
72. Jcquemard S.: O Pithagoras kai armonia ton sferon Libani, Athens, 2006.
73. http://annyra.wordpress.com/category/%CF%86%CE%B9%CE%BB%CE%BF%CF%83%CE%BF%CF%86%CE%AF%CE%B1-philosophy/page/3/, data pobrania 2.05.2014
74. Milosavljević B.: Plato's Theory of the Principles (Agrafa dogmata), Луча, 2003, 20,2,214-237.
75. Szczurek M.: Matematyka dla humanistów, RTW, Warszawa, 2000.
76. www.breakthm-technologies.com, data pobrania 2.05.2014
77. http://www.youtube.com/watch?v=t4r-GBtrAiE, data pobrania 2.05.2014
78. http://pl.wikipedia.org/wiki/Wielo%C5%9Bcian_foremny, data pobrania 2.05.2014
79. https://www.google.pl/search?q=dan+winter&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ei=dI9TU6X0O4Ob0AWR2IHgBw&ved=0CAYQ_AUoAQ&biw=911&bih=416#facr, data pobrania 2.05.2014
80. Dzielska M.: Ypatia i Aleksandrini, Enalios, Harwardm 1995,Athina, 1997.
81. http://en.wikipedia.org/wiki/Hypatia, data pobrania 2.05.2014
82. http://pl.wikipedia.org/wiki/Hypatia_z_Aleksandrii, data pobrania 2.05.2014
83. http://swietageometria.info/scott-olsen-i-zloty-podzial, data pobrania 2.05.2014

84. Sidera-Lytra P., Sideris A., Stamu G.: Konstantinu, Karatheodori 50 epistoles pros sinadelfus stin Gottingen, ZHTH, Thesaloniki, 2004.
85. Aristotelis: Mikra Fisika, Kaktos, Athina, 1995.
86. Aristotelis: Peri Uranu, Kaktos, Athina, 1992.
87. http://www.cheops.org.pl/viewtopic.php?f=53&t=674&sid=68310aa1a6d32a75b193329d08723162, data pobrania 2.05.2014
88. http://www.cheops.org.pl/viewtopic.php?f=17&t=329, data pobrania 2.05.2014
89. http://www.infra.org.pl/wiat-tajemnic/niezwyke-postaci/1390-rychnowski-i-zagadka-ycia-wiecznego Do dziś żyje w Krakowie wnuczka inż. Rychnowskiego, pani Ludwika Branicka, data pobrania 2.05.2014
90. http://www.cheops.org.pl/viewtopic.php?f=53&t=674&sid=68310aa1a6d32a75b193329d08723162, data pobrania 2.05.2014
91. http://translate.google.gr/translate?hl=el&sl=en&u=http://www.orgonomy.org/therapy.html&prev=/search%3Fq%3Dorgonomy%2Btherapy%26biw%3D911%26bih%3D449, data pobrania 2.05.2014
92. http://www.daro.it.pl/reich.htm, data pobrania 2.05.2014
93. lhttp://www.daro.it.pl/biony_orgonu.html, data pobrania 2.05.2014
94. http://www.4wymiar.pl/niezwykle-zjawiska/187-piktogramy-a-peryferie-nauki.html?showall=&start=2, data pobrania 2.05.2014
95. http://treborok.wordpress.com/orgon/, data pobrania 2.05.2014
96. Szumowski Wł: Historia medycyny, Sanmedia, Warszawa, 1994.
97. http://www.youtube.com/watch?v=BoHfNza8pX4, data pobrania 2.05.2014
98. http://forum.swietageometria.info/index.php?topic=103.0, data pobrania 2.05.2014
99. http://www.yangua.friko.pl/blawatski/dt-07, data pobrania 2.05.2014
100. http://treborok.wordpress.com/nauka/viktor-schauberger-idee-odkrycia-wynalazki, data pobrania 2.05.2014
101. http://www.youtube.com/watch?v=W5jZnErmuDQ&list=PL49E3521C965A71C4&index=3, data pobrania 2.05.2014
102. http://treborok.wordpress.com/nauka/viktor-schauberger-idee-odkrycia-wynalazki/, data pobrania 2.05.2014
103. http://www.paranormalne.pl/topic/36385-geniusz-czy-szaleniec/, data pobrania 2.05.2014
104. http://www.youtube.com/watch?v=t4r-GbtrAiE-pszczoly, data pobrania 2.05.2014.

105. Rutkowska-Adamska D.: Niezwykłe właściwości zwykłej wody, Nieznany Świat, 2012, 10.
106. http://treborok.wordpress.com/etnomolog-odkrywa-antygrawitacje/, data pobrania 2.05.2014
107. http://innemedium.pl/wiadomosc/promieniowania-ksztaltu-antygrawitacji-czyli-za pomniane-odkrycia-wiktora-grebiennikowa, pobrania 2.05.2014
108. http://swietageometria.info/wybrane-fragmenty-wykladow, pobrania 2.05.2014
109. http://pl.wikipedia.org/wiki/Holografia, pobrania 2.05.2014
110. https://www.google.gr/search?q=fractal+flower+pentecostal&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ei=icNCU9GQDKWK0AXwu4CQCg&ved=0CAYQ_AUoAQ&biw

Chadzopulu Antigoni[1], Krajewska-Kułak Elżbieta[2], Wdowińska Inez[3]

Od logos do mikroczipu

1. Szpital Kavala, Grecja
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Kavala Grecja, emerytowana polska dziennikarka, członek Stowarzyszenia Dziennikarzy Polskich

Logos

«…Οι πρωτοι τα ονοματα τιθεμενοι ου φαυλοι είναι αλλα μετεωρολογοι και αδολεσχαι τινές»
Sokrates
Pierszymi, którzy nadali imiona wyrazom nie byli przypadkowymi ale byli wnikliwymi astronomami
[Platon Kratilos 401b]

«εν αρα και λογο και αριθμω το πρωτον κινουν ακινητων ον και το κινουμενων αρα αεί και συνεχως»

Logon jest jedyną niepowtarzalną cyfra i proporcją, jest samoukiem to on (ktoś), które porusza wszystko inne i może być poruszany poprzez rozum wszystko i zawsze.
Arystoteles, Arystotelus Peri Uranu [1]

Grecy byli jedną z pierwszych kultur, która zastosowała w praktyce system zapisu słów oparty na alfabecie. Liczebniki greckie oznaczane były kolejnymi literami alfabetu.

Słowo **logos** ma multum znaczeń: sprawozdanie, miara, wartość, proporcja, zgodność, motyw, sąd, przesłanka, prawo, teza, określenie, myśl, bajka, legenda, opowiadanie, historia, wiadomość, umysł, intelekt, księga, mowa, słowo, wieść, wzmianka, podanie, sława, niesława, pogłoska, dyskusja, dialog, literatura, traktaty, prawo głosu, postanowienie, decyzja, zdanie, mowa, mądrość, słowo Boże, Chrystus [2].

Logos używa się we wszystkich językach świata np.: patologos - patologia, ginekologos - ginekologia, neurologos, logopeda, logotherapia, logarytm, logika, dialog, teologia, mikitologia, mikrobiologia, mikologia, zoologia, paleologia itd.

Heraklit utrzymywał, że *„nigdy nie znajdziesz choć byś posunął się w najgłębsze tajniki duszy, choć byś przemierzał wszystkie drogi, tak głęboko logon się ma, że nie odkryjesz jego znaczenia*” [3].

Albert Einstein jednak nie dawał za wygraną twierdząc, że „*chce wiedziec, jak Bóg stworzył ten świat. Nie interesuje mnie to czy inne zjawisko. Chcę znać Jego myśli, reszta to szczegóły*" [4].

Zarówno w słowach, jak i literach oraz tekstach hebrajskich, greckich i innych były zakodowane sekrety. Dzisiaj jest już oczywiste, że nasza myśl jest takim samym materialnym procesem jak pozostałe procesy zachodzące w przyrodzie, lecz do niedawna nie było w pełni obiektywnych dowodów na poparcie tego faktu.

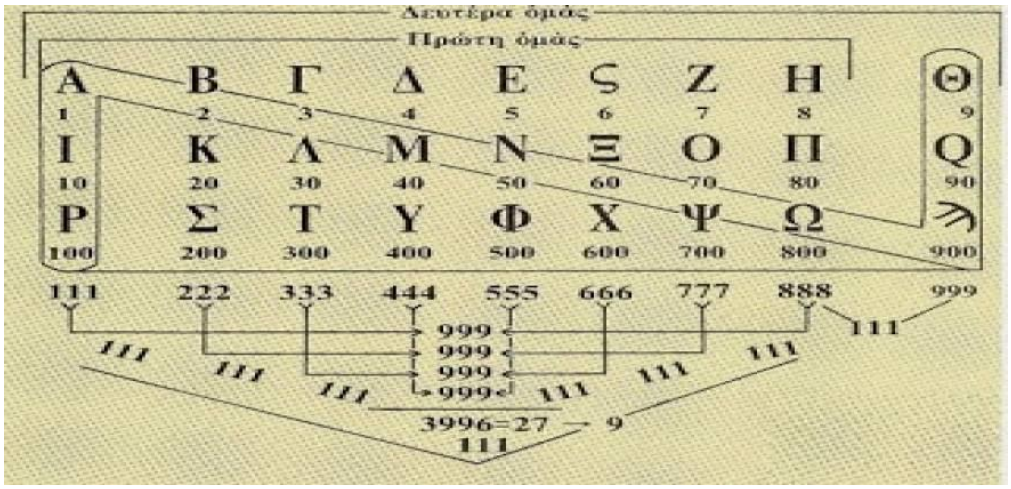
W 1938 roku znane było dzieło dr Ochorowicza „*O sugestii myślowej*", czyli o kontroli zdrowia za pomocą własnych myśli [5].

Maria Iwanowna Szaduri z Gruzji, doktor nauk biologicznych, wykorzystując efekt Kirliana dowiodła, że nasza myśl uwidacznia się w czasie rzeczywistym w promieniowaniu pochodzącym od palca. Za pomocą tej metody nazwanej biohologramem, wykazano jak myśl kieruje ciał, jak myśl powstaje jako obraz, a nie mowa. W tym właśnie tkwi istota i zaleta nowej metody leczenia – wizualizacji. Negatywne obrazy rujnują, strach, przygnębienie, niezdecydowanie i nieufność - to początek uruchamiania negatywnych programów. O tym już wiedzieli starożytni i dlatego w Asklepiach stosowali metody psychoterapeutyczne [3, 6].

Pitagorejska nauka o liczbach - zwana gematrią - udowadnia, że litery są także liczbami [7]. Gnostycy, ezoteryczni chrześcijanie, potępieni jako heretycy przez władze wczesnego Kościoła, przyjęli gematrię za podstawowy aspekt swojego działania. Przy zastosowaniu gematrii, jeśli znane są kody numeryczne liter, możliwe jest odczytanie tajemnej wiedzy zakodowanej specjalnym pismem, tak jak ma to miejsce w Biblii. Początki numerycznego alfabetu sięgają zamierzchłych czasów i wskazują na wysoce inteligentną formę planowania, co wydaje się sugerować, że system ten miał swój początek w okresie przed potopem [7].

Bernard Riemann (1826-1866) [8,9], matematyk niemiecki, od 1857 profesor Uniwersytetu w Getyndze, twórca wielowymiarowej geometrii Riemanna, której zasady stanowią podstawę ogólnej teorii względności, długo nie mógł rozwiązać zagadki liczb pierwszych, których sekwencje miały związek z otaczającym nas światem.

Dopiero w 2009 roku Luis de Branges z Uniwersytetu Purdune we Francji oznajmił, że udowodnił hipotezę Riemanna, w jaki to sposób liczby pierwsze łączą świat subatomowy [7].



Ryc. 1. Grecki system liczbowy, źródło: [http://ergo-logou-agapis.blogspot.com/2013/02/blog-post.html]

W większości alfabetycznych systemów liczbowych wartość liczby zapisanej za pomocą liter alfabetu otrzymuje się przez zsumowanie wartości odpowiadającej każdej literze.

Na przykład 241 jest przedstawiane jako σμα′ (200 + 40 + 1).

Słynnym przykładem jest 666 (Liczba Bestii - pojęcie odnoszące się do jednej z postaci 13 rozdziału Apokalipsy św. Jana – pierwszej z Bestii, popularnie utożsamianej z Szatanem lub Antychrystem.), która jest zapisywana jako χξς′ (600 + 60 + 6) [10].

Hieroglify to potoczna nazwa starożytnego pisma egipskiego, która wywodzi się z greki i oznacza święte znaki [11]

Złote cięcie Fi :

$$\Phi = 1{,}618$$

Liczba Phi - to podstawa podziału harmonicznego, wciąż jest skrywana przed szerokimi masami. W piśmiennictwie [12] zwraca się uwagę na fakt, że nadszedł już czas, aby ludzie poznali ją i nauczyli wykorzystywać dla swojego dobra.

Liczba Fi(Φ) - oznacza złoty podział (podział harmoniczny, boską proporcję - podział odcinka na dwie części tak, by stosunek długości dłuższej z nich do krótszej, byl taki sam, jak całego odcinka do części dłuższej). Jej wartość wynosi [13]:

$$\varphi = \frac{1+\sqrt{5}}{2} = 1.6180339887\ldots$$

Liczby były wszechświatem wraz z Bogiem - to była prehistoryczna geometria greckiej filozofii.

Fascynującym jest fakt, że logon (wg Wintera to fala elektromagnetyczna), został rozkodowany na naszej planecie i został określony skład chemiczny gwiazd i zachodzące w nim procesy.

Logos jest to wzór, który łączy konceptionalne „jedność i wielość". To w złotej proporcji kryje się tajemnica tego, jak jedność staje sie wielością i jak każde z wielu powraca do jedności (np:1:2)

Według Heraklita, świat jest wieczny i odwieczny i nie stworzył go żaden Bóg [14,15,16]. Heraklit dużo uwagi poświęcił etyce: jego zdaniem mądrość polega na poznaniu logosu i myśleniu zgodnym z jego prawami. Litery są regulatorami plazmy, są kształtem pewnych serii pól elektrycznych, które połączone razem powodują fuzję i implozje. Powodem dla którego sekwencje liter tworzą fuzję, jest to, że ułożone są w coś, co nazywa się hipersześcianami. Hipersześcian natomiast jest przykładem, jak pięciosześcian zagnieżdża się w dwunastościanie (fala na fali to proces osadzania zagnieżdżania) [14,15,16].

Tworzenie się słów to również proces zagnieżdżenia się pól elektrycznych. Starożytne święte języki mówiły jak osadzić pola elektryczne przez symetrię i jak one dostają się do DNA. Nić DNA to natomiast dwunastościan [14,15,16].

Liczby są więc realnym językiem, układanka złożoną w całość, są rzeczywistymi w istocie punktami lub lokacjami sprowadzającymi się do trójwymiarowego kształtu, który dosłownie definiuje czas i przestrzeń [14,15,16].

Sześć liczb, które tworzą heksagon, zawarte są w tak różnych zjawiskach przez polaryzację światła np. ule, płatki śniegu. Te kształty tworzą wzorce dla ruchu każdej materii, który nigdy nie jest prosty, lecz zawsze jest pod kątem. Nic w fizycznym świecie nie porusza sie w linii prostej, ani wystrzelony nabój, ani piorun zesłany z nieba [14,15,16].

Według Wintera Olsena [14] wszystko się okręca, nawet foton przychodzący z odległej gwiazdy potwierdzający istnienie relatywizmu. Ludzkie ciało jest nazwane „*This Mortal Coil*" (Szekspir), czyli „Śmiertelna Cewka". Nasze DNA jest zwojem i to nie przypadek, bo „*czyni to z organizmu człowieka wirową maszynę, która zasysa rzeczy na górze i wystrzeliwuje dołem".* Kiedy prześledzi się, „co te liczby robią", to zauważy się podwojenie - nasze komórki też podwajają się, by stworzyć człowieka. 2, 4, 8, 16, 32. Podwojenie to ruch i kąt nazywający się momentem pędu (Tornado) [14,15,16].

Obrotowa liczba huraganu i tornado - 137,5 st. - to żyjąca istota [14,15,16]. „*To wiatr świata, to szpilka nici stworzenia, która obraca atomami w naszym ciele, Ziemią na jej osiach, układem słonecznym, galaktyką, całym wszechświatem. W centrum elektryczności jest magnetyzm, a w centrum magnetyzmu strumień. Jest to energia wyższego wymiaru zwana czarną energią. Tachiony, monopole, grawitony – energia eteronu. To energia, która utrzymuje nas w świadomości i przy życiu. To nie statyczna i stała energia, to puls, to fala, to bijące serce całego stworzenia. To również ostateczna fundamentalna cząstka wszechświata. To energia, to źródło czasu i ruchu i wibracji .Jest jedyna rzeczą, która przychodzi z zera z centrum cyklonu. Emanuje linearnie we wszystkich kierunkach penetrując wszystko bez jakiegokolwiek oporu i nie można jej powstrzymać"* [14,17].

0, 1, 1, 2, 3, 5, 8, 13, 21, 34, 55, 89, 144, 233, 377, 610, 987, 1597, . . . tam, gdzie myśl staje się rzeczywistością, to pojawiają się pierwotne pole wirowania lub inaczej: pole świadomości.

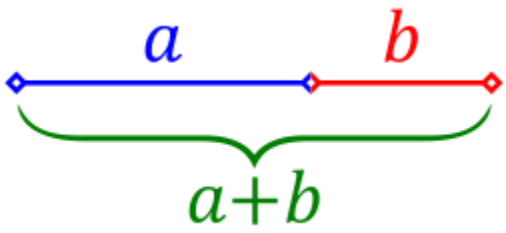
Gennadij Szypow [18] w swojej książce pt. "Teoria próżni fizycznej" napisał, że „*pole to składa się z elementarnych wirów czasoprzestrzennych przenoszących informacje*. (…) *To właśnie ten poziom umożliwia zachodzenie zjawisk określanych mianem magii, parapsychologii, czy psychotroniki (....) owe przenoszące informację pierwotne wiry tworzą coś w rodzaju materii będącej powłoką myśli. Na tym poziomie myśl jest materialna, może istnieć samodzielnie przez jakiś czas i oddziaływać na inne obiekty materialne. (...) odpowiednio ukształtowana i wzmocniona może się w tych wirach "zagnieździć", stać się niezniszczalna, powodując zachodzenie w naszym świecie zjawisk parapsychicznych traktowanych przez oficjalną naukę z wielką podejrzliwością"*

Z teorii próżni wynika [19], że wszystko we wszechświecie jest w mniejszym lub większym stopniu obdarzone świadomością, a co oznacza, że nie jest ona wynikiem istnienia materii ożywionej (np. człowieka), ale podstawą istnienia wszelkiej materii. Zwolennicy Gai - żyjącej planety - znajdą w teorii Szypowa naukowe potwierdzenie swoich hipotez [19].

Siła złotego podziału w tworzeniu harmonii leży w jego unikalnej zdolności
do łączenia różnych części całości w taki sposób, że każda z nich
zachowuje własny charakter, a jednocześnie wtapia się
w szerszy kontekst pojedynczej całości.
György Doczi, The Power of Limits [20]

Zasada złotej proporcji z powodu tej liczby 0,618033989 jest jedyną proporcją, która pozwala ciągowi liczbowemu jednocześnie dodawać się i mnożyć. Symetria złotej proporcji była ujawniana w starożytnych inicjacjach (metamorfozy, przemiana siebie, przemiana jaźni) i przekazywana między adeptami [21,22]

Frazes pitagorejski brzmi: *Wszystko jest proporcjonalne*.

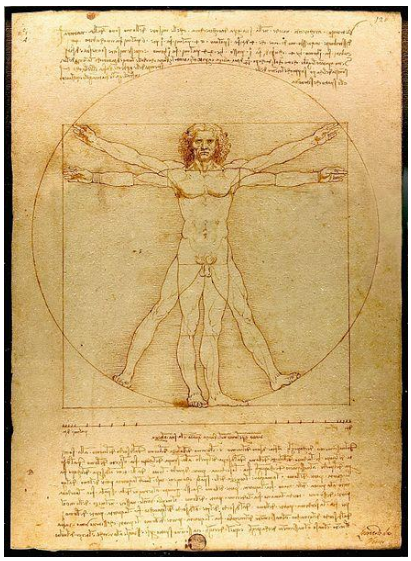


Ryc. 2. Złoty podział odcinka, źródło: [23]

Niezależnie od długości kości, proporcje między nimi zawsze będą wyznaczone przez liczbę Fi = 1,618. U małego dziecka pępek znajduje się na wysokości połowy jego wzrostu, a punkt Fi na wysokości narządów rodnych. U dorosłych jest odwrotnie - pępek znajduje się w punkcie FI, a narządy rodne w połowie wzrostu [24].

Rzymski inżynier, Marcus Vitruvius Pollio, żyjący w latach ok.70 r. p.n.e był twórcą tzw. człowieka witruwiańskiego – wizerunku nagiego mężczyzny wpisanego w okrąg i kwadrat, upowszechnionego później przez Leonarda da Vinci. To także doskonały przykład świętej

geometrii - okrąg symbolizuję sferę duchową, kwadrat – materialną egzystencję. Ludzkie ciało reprezentuje doskonałe połączenie materii i ducha, co znajduje swoje odzwierciedlenie w jego proporcjach. Idealne wpisanie ludzkiego ciała w obie święte figury geometryczne świadczy o dualizmie człowieka, jego podwójnej naturze [25,26].



Ryc. 3. Człowiek witruwiański, źródło: [27]

Symbolem Hermesa i Hipokratesa jest – Kaduceusz [28].



Ryc. 4. Kaduceusz, źródło: [28]

To symbol leku, leczenia i DNA. W fizyce nazywa się go koniugacją fazową –idealnym dodawaniem i mnożeniem – złota proporcja. Wąż to nic innego jak nasze DNA. Nasze ciało nie

jest jednowymiarowe, znajdują się w nim geometryczne wzory, wirujące mandale utworzone z różnych energii. Są one nie tylko w formie trwałej, lecz także w stanie płynu i gazu [29,30].

Torus

Podstawą budowy torusa Marko Rodina są triady liczb (te same co w enneagramie) 1, 4, 7: 2, 5, 8 i 3, 6, 9.

Enneagram [31] to system dziewięciu typów osobowości oparty na wykresie dziewięcioramiennej gwiazdy (z greckiego "ennea" – dziewięć, "gram" –znak), wprowadzony do cywilizacji zachodniej przez chilijskiego badacza Oscara Ichazo w 1970 roku.

Toroid jest to bryła geometryczna w kształcie pierścienia, powstająca poprzez obrót dowolnej figury geometrycznej (prostokąta, okręgu, trójkąta) dookoła osi leżącej poza tą figurą. Jeśli obracaną figurą jest okrąg, wówczas powstała bryła nosi nazwę torusa. Jeśli obracany jest prostokąt, powstaje rura cylindryczna. Podstawą budowy torusa Marko Rodina są triady liczb 1, 4, 7: 2, 5, 8 i 3, 6, 9. Torus (wg Wintera) jest radiatorem, regulatorem temperatury. Tak jak ludzkie ciało - to uniwersalna geometria zaprojektowana na maksymalną wydajność i transformację energii i ekologiczna metoda dzięki, której wszechświat reprodukuje swoją materię używając jej jako źródła chłodzenia, by przedostać się przez rdzeń czarnej dziury i wydalić temperaturę na zewnątrz przez białą dziurę [32,33].

Według Scott Olsena [] „*jeśli spojrzeć na wybuch nuklearny to odkrywa się, że to te same rzeczy, które tworzą naturę, że to co twórcze jest również destrukcyjne".*

Torus jest miejscem gdzie wszystko osiąga swoje maksymalne przyśpieszenie. Komórki krwi, DNA, pole magnetyczne galaktyki – to wszystko torusy. „*Kiedy torus penetruje zostawia ziarno - pokazuje jak rzeczy się poruszają, jak łączą i jak rozdzielają. To ożywia wszystko i jest źródłem nieprzerwanego obrotu elektronów. W połączeniu z cewką otrzymuje się idealny matematyczny wzór posiadający dodatnią elektromagnetyczną energię promieniującą na zewnątrz i ujemną przeciwległą przestrzeń ciągu wtórnego (grawitacja). Eterony to dosłownie klej, który spaja cały wszechświat".* Einstain nazywał go *„eterem intercji". „Jeżeli zostanie ułożony w prawdziwy trójwymiarowy kształt formuje się – TORUS –„rogalik:, „pączek"* [17,20].

Pole świadomości ma też inną nazwę - pole torsyjne (ang. *torsion* - wirowanie), ponieważ związane jest z ruchem wirującym. Najważniejszym wynalazkiem opartym na teorii próżni jest generator torsyjny, którego twórcą jest Anatolij Akimow [35]. Dzięki temu urządzeniu

dowiedziono, że pole torsyjne rozprzestrzenia się miliardy razy szybciej niż światło i przenika każdą materię, nie tracąc przy tym na intensywności. Niestety nie wiadomo dokładnie, jak szybko się porusza, gdyż nie udało się tego zmierzyć. Jednakże wykorzystując własności tego pola, stworzono nowy, rewolucyjny system łączności, dzięki któremu z najodleglejszymi miejscami w kosmosie można połączyć się natychmiast, bez zakłóceń, a nadajnik wymaga minimalnej ilości energii.

Życie jest polem elektrycznym

«Τιποτα δεν σταματα ,τα παντα κινούνται,τα παντ δονούνται»

Nic nie staje ,wszystko sie porusza [36]

Życie to skompensowane pole elektryczne. Piękno i symetria, które odkrywa się w naturze, mają ostateczne źródło w wielowymiarowej przestrzeni - np. płatki śniegu i kryształy tworzą heksagonalne wzory, z których żadne dokładnie nie są takie same. Decydują o tym przede wszystkim powłoki elektronowe cząsteczek, co z kolei sprowadza wszystko z powrotem do symetrii obrotowych teorii kwantowych.

W XIX w pojęcie pola elektrycznego wprowadził uczony brytyjski, Michael Faraday, genialny samouk, w tym pojęcie „linii sił", które jak długie pnącza wyrastające z roślin, emanowało z magnesów i ładunków elektrycznych we wszystkich kierunkach, wypełniając całą przestrzeń. Potęga wymyślonego przez Faradaya pojęcia polega na tym, że wszystkie siły natury można przedstawić, jako pole. Pole zaś to zdefiniowany w każdym punkcie przestrzeni zbiór liczb, które całkowicie opisują siłę w danym miejscu [cyt. za 4, 33].

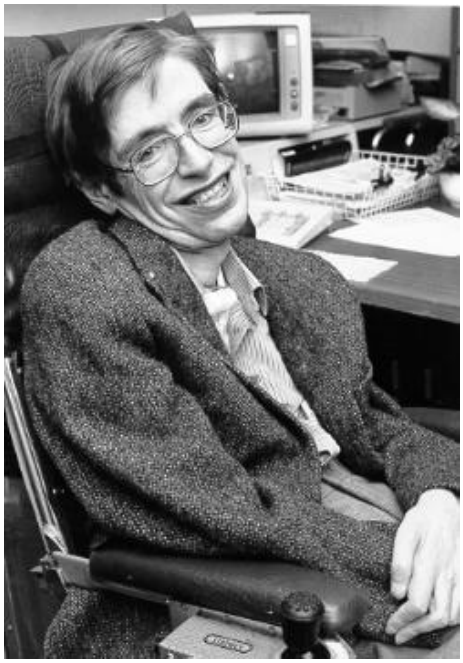
Embedokles uzdrowiłby Hawkinga

Kosmolog Stephen Hawking [37] jest jedną z najbardziej tragicznych postaci w nauce. Pomimo, iż umierał na nieuleczalną, wyniszczającą chorobę, kontynuował swoje badania.

W związku z chorobą stracił kontrole nad rękami, nogami i językiem, a w końcu i strunami głosowymi, „przykuty" do wózka inwalidzkiego, nadal przecierał nowe szlaki w nauce o wszechświecie.

Ponieważ był pozbawiony mowy, do komunikowania się ze światem zewnętrznym używał mechanicznych urządzeń. Hawking objął na Uniwersytecie w Cambridge Katedrę

Lucasa, tę samą, którą zajmował Isaac Newton. To jeden z twórców nowej dyscypliny naukowej zwanej kosmologia kwantowa.



Ryc. 5. Stephen Hawking, Źródło: [37]

Słowo „kwantowy“ stosuje się do nieskończenie małego świata kwarków i neutrin, podczas gdy kosmologia kojarzy się z nieograniczoną ekspansją przestrzeni kosmicznej.

Kosmologia kwantowa Hawkinga zakłada, że funkcja falowa wszechświata dopuszcza również zderzanie się wszechświatów, w wyniku czego mogą powstać tunele przestrzenne, które połączą wszechświaty.

Jeżeli wziąć za przykład bańki mydlane unoszące się w powietrzu, to można przyjąć, że każda z nich jest wszechświatem, który od czasu do czasu zderza sie z innym wszechświatem (inną bańką), tworząc większą bańkę lub dzieląc się na dwie mniejsze.

Embedokles [38,39], uczeń Parmenidosa, prawdopodobnie potrafił wskrzeszać zmarłych.

Przypisuje mu się między innymi uzdrowienie Pantheie z Akraganta, u której nie było wyczuwalne tętno. Przez ówczesnych lekarzy była opuszczona i miała być szybko pochowana. Jednakże Embedokles przywrócił ją do życia. Uleczył także muzyka szaleńca, który następnie stał się jego najwierniejszym uczniem [38,39].



Ryc. 6. Embedokles, Źródło: [39]

Hawking doskonale zdaje sobie sprawę, że podróż wstecz, w czasie jest realna. W roku 1988, ukazały się na ten temat naukowe publikacje Kipa Thorna i jego współpracowników, min. w czasopiśmie prestiżowym „*Physikal revive Leters*". Był to pierwszy przypadek, kiedy fizycy przedstawili w sposób naukowy zadziwiająca, ale i ryzykowną hipotezę dotycząca zmiany kierunku upływu czasu [cyt. za 4].

Być może więc podróż przez tunel Hawkinga przerzuciłaby go przed oblicza Embedoklesa, który jeszcze mógłby go uzdrowić?

Współczesna nauka odkrywa duchowość

Wśród naukowców nie ma jednoznacznej opinii, gdzie powstaje świadomość. Między innymi problemem tym zajmowali się Roger Penrose i Stuart Hameroff [40,41]. Przyglądali się mikrostrunom w komórkach zwanymi mikrotubulami, zbudowanych z 13 dimerów tubuliny, z których osiem zwija sia w jednym kierunku, a pięć w odwrotnym (13:8,8:5 złoty stan). Powyższe świadczy, że jesteśmy swoistymi kamertonami, bo wszystko jest rezonansem. Umieramy, by następnie zjednoczyć się z czymś większym. Nauka powszechnie akceptowała myśl, że mózg jest podobny do złożonego klasycznego komputera, niezdolnego do wspierania procesów kwantowych. Prace Hamereffa oraz Perosea nad wyizolowaniem i opisaniem mikrotubul w tkance mózgowej przyczyniły się do ponownego rozważenia tego dogmatu i wznowiły

zainteresowanie odkrywaniem kwantowych procesów zachodzących w istocie ludzkiej i jej mózgu [40,41].

Badania w nowej dyscyplinie neurokardiologii [42-45] pokazują, że „*serce jest organem czuciowym i wyrafinowanym centrum dla otrzymywania i przetwarzania informacji. System nerwowy w sercu (lub "mózg serca") umożliwia mu naukę, zapamiętywanie i podejmowania decyzji funkcjonalnych niezależnie od kory mózgowej (...) liczne eksperymenty zademonstrowały, że sygnały które serce nieprzerwanie wysyła do mózgu wpływają na funkcję wyższych ośrodków mózgu biorących udział w percepcji (postrzeganiu), poznaniu i przetwarzaniu emocjonalnym. Serce generuje najmocniejsze i najrozleglejsze pole elektromagnetyczne w całym ciele. W porównaniu do pola elektromagnetycznego wytwarzanego przez mózg, komponent elektryczny pola serca jest około 60 razy większy w swej amplitudzie i przenika każdą komórkę w ciele. Komponent magnetyczny jest w przybliżeniu 5000 razy silniejszy niż pole magnetyczne mózgu i może zostać wykryty dzięki wrażliwym magnetometrom w odległości kilku stóp od ciała (stopa to ok. 1/3 metra – przypis tłumacza). rytmy mózgu synchronizują się naturalnie do rytmicznej aktywności serca jak również, że podczas trwałych uczuć miłości lub wdzięczności ciśnienie krwi i rytmy oddechowe, pośród innych oscylacyjnych, wchodzą w rytm serca"* [42-45].

Pole serca działa [42-45] „*fala nośna dla informacji. która dostarcza globalnego sygnału synchronizującego dla całego ciała (....) pulsujące fale energii promieniując z serca oddziałują wzajemnie z organami i innymi strukturami. Fale kodują lub zapisują cechy i aktywności dynamiczne tych struktur we wzorce form falowych energii które są rozprowadzane po całym ciele. W ten sposób zakodowana informacja działa by poinformować (angielskie in-form, dosłownie nadaje kształt) aktywności wszystkich cielesnych funkcji — by koordynować i synchronizować procesy w ciele jako całości".*

Powyższe wymaga energetycznej koncepcji informacji, w której wzorce organizacji są „*owinięte w fale energii aktywności systemu rozprowadzane poprzez system jako całość. że trwałe pozytywne emocje zdają się dawać początek oddzielnemu trybowi funkcjonowania który nazywamy koherencją (spójnością) psychofizjologiczną. Podczas tego trybu rytmy serca pokazują sinusoidalne wzorce falowe a pole elektromagnetyczne serca staje się odpowiednio bardziej zorganizowane*" [42-45].

Okazało się [42-45], że wzajemne oddziaływania energetyczne przyczyniają się prawdopodobnie do procesu „magnetycznego" przyciągania i odpychania, pojawiającego się pomiędzy osobami, jak do wymiany społecznej i zawierania związków. Co więcej wydaje się, że pole serca odgrywa ważną rolę w komunikowaniu informacji fizjologicznych, psychologicznych i społecznych pomiędzy osobami.

Eksperymenty przeprowadzone w Instytucie Heart Math [42-45] potwierdziły, że pole elektromagnetyczne serca może transmitować między ludźmi informacje. Naukowcom udało się zmierzyć wymianę energii serca pomiędzy osobami oddalonymi od siebie do 5 stóp (1,70 metra) odległości. Odkryli również, że fale mózgowe jednej osoby mogą synchronizować się do serca innej osoby i to, że kiedy osoba generuje koherentny rytm serca, wystąpienie synchronizacji pomiędzy falami mózgowi tej osoby i biciem serca drugiej, jest dużo bardziej prawdopodobne [42-45]. Powyższe odkrycia mogą sugerować, że osoby w psychofizjologicznie koherentnym stanie stają się dużo bardziej świadome informacji zakodowanych w polach serc osób znajdujących się wokół nich. Wysnuto także wnioski, że układ nerwowy działa jak "antena" , oraz odpowiada na pola elektromagnetyczne wytwarzane przez serca innych osób [42-45].

Interesującego eksperymentu dokonał Franciszek Rychnowski [46-51], który stwierdził, że znaczenie serca przez ludzi jest wyolbrzymiane, ponieważ w aorcie znajduje sie ciśnienie 100 razy za małe, aby przetłoczyć krew przez naczynia krwionośne.

Zaś Swedenborg (150 lat przed innymi naukowcami) wykazał, że aktywność mózgu jest synchroniczna z oddychaniem, a nie z pracą serca i krążeniem krwi [46-51].

Wszystko jest frakalne

Frakal [52], z łac. złamany, cząstkowy, ułamkowy, łamie się wg złotego podziału od góry do dołu. Po przyjrzeniu się kwarkom, które są podstawą cząstek subatomowych, okazuje się, że rezonują ze sobą zgodnie ze złotą proporcją

Fractal, to konstruktywna kompresja, to fale zbiegające sią kształtem pola elektrycznego [53]. Różą, szyszka, paproć, cebula, mitoza, drzewo, człowiek - to pewnego rodzaju pola elektryczne, które tworzą życie. „*Róża jest fraktalna i wygląda jak róża. Kiedy pole elektryczne wygląda jak róża, to tworzy siłę dośrodkową, która ściąga ładunek elektryczny ku centrum, co nazywamy implozją i jest przyczyną grawitacji (przeciwieństwo eksplozji). Np. grani, wapień, potrafią same stworzyć pole magnetyczne, które jest zorganizowane i implozyjne (...) Wspólną*

cechą fraktali są rozgałęzienia. Są regularnymi w formie obiektami, które są podobne do siebie w różnej skali (....) Fraktale i spirale pokazują porządek w wielu strukturach, które pozornie wydają się chaotyczne" [53].

Dan Winter [54,55] to prawdopodobnie najwybitniejszy na świecie znawca fizyki medytacji, fizyki kundalini i elektrycznej natury świadomości, korzystający z czystego symetrycznego języka fizyki. W jego opinii [54,55] „*zachodni naukowcy są głupcami prowadząc wyścig ze śmiercią, ponieważ nie mają absolutnego pojęcia o elektrycznej naturze życia, jej funkcjach i celu – nawet o nieśmiertelnej spójności elektrycznych funkcji DNA*". Jest jedynym, który wyjaśnił grawitację używając w tym celu jedynie przyśpieszenia i złotej proporcji. Dzięki wynikom swoich badań pokazuje, jak budować obiekty w oparciu o zasady świętej geometrii, jak wytwarzać uzdrawiające pole torsyjne. Okazało sie, że najlepszym kształtem dla budynków jest kształt jaja, generujący prawoskrętne pole, a najgorszym - prostopadłościan, a w takich przecież mieszkamy [54,55]. W tym miejscu warto podkreślić, że nasi przodkowie przykrywali swoje świątynie kopułami, emitującymi niezwykle korzystne pole.

Teoria Szypowa [18] udowadnia również niezbicie, że przytulenie się do określonego drzewa pomaga na określone dolegliwości.

Moskiewscy uczeni [56] opracowali charakterystykę pól torsyjnych niektórych gatunków drzew, a potem nauczyli się je odtwarzać za pomocą generatora Akimowa. Uzdrawiające pole kierowali potem na dany przedmiot i po pewnym czasie mierzyli pole torsyjne tego przedmiotu. Zazwyczaj okazywało się, że zostało ono zmienione i że zaczęło promieniować tak samo, jak sosnowy las [56].

W tym miejscu znów wypada wspomnieć, że DNA działa jak antena wychwytując i przyjmując ładunki elektryczne [53,54]. Jego kształt zależy od naszych emocji, a im bardziej zbliżamy się do stanu błogości, tym bardziej staję się on torusem. DNA jest fraktalne i funkcjonuje jak galaktyka, reaguje na elektromagnetyzm, który jest wokół nas. DNA komunikuje się ze sobą niezależnie od odległości (np. ślina wydalona - DNA zachowuje się w niej tak samo, jak w ślinie w jamie ustnej).

Najnowsze rosyjskie badania naukowe [57], bezpośrednio lub pośrednio wyjaśniają zjawiska, takie jak: jasnowidzenie, intuicja, spontaniczność, uzdrawianie na odległość, samoleczenie, techniki afirmacji, światło aury wokół ludzi (głównie duchowych mistrzów),

wpływ umysłu na warunki pogodowe (np. rozganianie mętalne chmur) i wiele innych. Okazało się w nich [57], że „*alkalia naszego DNA śledzi regularnie gramatykę i ustanawia zasady, podobnie do naszego języka. Dlatego ludzkie języki nie pojawiły się przypadkowo, ale są odzwierciedleniem naszego wrodzonego DNA”.* Rosyjski biofizyk i biolog molekularny Piotr Garjajev i jego koledzy [57] zbadali również wibracje w zachowaniu DNA: *“funkcje życiowe chromosomów są jak holograficzny komputer z pomocą promieniowania laserowego endogennego DNA”*. Badaczom [57] udało się „*modulować pewne wzorce częstotliwości (dźwięku) na laser-like ray, które miały wpływ na częstotliwości DNA, a więc i na samą informację genetyczną. Ponieważ podstawowa struktura par zasadowego-DNA i ma tę samą strukturę, nie jest konieczne dekodowanie DNA. Można po prostu użyć słów i zdań z ludzkiej mowy. (….) Życie substancji DNA (w żywej tkance, a nie in vitro) będą zawsze reagować na modulowane słowami promienie laserowe, a nawet fale radiowe, jeśli używane są odpowiednie częstotliwości (dźwięku)”.* W opinii badaczy [57], jest to wyjaśnienie, dlaczego afirmacje i hipnoza mogą mieć tak silny wpływ na ludzi i ich ciało. Rosjanie [57] skonstruowali urządzenie, które „*wpływa na metabolizm komórki poprzez modulowanie częstotliwości radiowych i światła, a tym samym naprawia wady genetyczne. (…) uchwycili informację z DNA i przenieśli ją na inne DNA, w ten sposób przeprogramowując komórkę do innego genomu (…) przekształcali np.zarodki żaby do zarodków salamandry, przekazując wzorce informacji DNA”.*

Ezoteryka i duchowi nauczyciele [58,59] wiedzą od wieków, że nasze ciało jest programowalne poprzez język, słowa i myśli, co także zostało naukowo udowodnione i wyjaśnione. Przykładem powyższego z natury, może być mrowisko - gdy Królowa w mrowisku jest oddzielona od jej kolonii, pozostałe mrówki robotnice nadal będą budowały z zapałem i zgodnie z planem. Jednakże, jeśli królowa zostanie zabita, wszystkie prace w kolonii ustaną, a mrówki nie będą wiedziały co mają dalej robić. Wydaje się, że królowa przekazuje innym mrówkom „plany budowy”, nawet jeśli jest daleko, za pośrednictwem świadomości grupowej jej podmiotów. To była ważna cecha starożytnej mądrości stworzonej przez Orfików, Platona i jego nauczycieli Pitagorejczykow [58,59].

Dan Winter [60] ukończył z wyróżnieniem University of Detroit, a potem kontynuował studia w dziedzinie psychofizjologii i pochodzenia języków, pracował jako analityk systemów IBM, w metalurgii przemysłowej i krystalografii. Podejmował także wiele różnych badań, od

fizyki kwantowej do modelowania przy laboratorium MIT w rozwoju wczesnych prototypów urządzeń biofeedback (biologiczne sprzężenie zwrotne – dostarczania ludziom informacji zwrotnej („feedback") o zmianach ich stanu fizjologicznego. Czerpał wiedzę z wielu źródeł, w tym z nauki, mitologii, popkultury, a nawet chanelingowych informacji, szukając pomysłów na powiązania tych rzeczy. Wśród jego wielu projektów było opracowanie nowej przełomowej teorii dotyczącej grawitacji. Jego badania sugerują, że tylko miłość zmienia, wygina, formuje światło i dlatego tylko ona tworzy. „*Fraktalny atraktor serca energii elektrycznej towarzyszący doświadczeniu i rozumnej umiejętności wyboru współczucia, przez rzeczywiste centralizowanie życia, które ostatecznie sprawia, że nawet gwiazda urodzenia jestem referentem, i w związku z tym samoświadoma"* [60].

Ulistnienie, filotaksja dział botaniki (filo - liść, taksi – porządek, proporcja) [61] - regularny układ liści na łodydze roślin, stały dla poszczególnych gatunków. Różne schematy ulistnienia wyróżnia się na podstawie liczby liści wyrastających z poszczególnych węzłów łodygi i ich ułożenia względem siebie. Liczba obrotów helisy wokół łodygi pomiędzy dwoma liśćmi rosnącymi w tej samej prostnicy należy zwykle do do liczb Fibonacciego (1, 2, 3, 5, 8, 13, 21...) [61]. Sfilmowane kamerą drzewo i puszczone wstecz powróciłoby do swego nasienia. Nasiona kiełkujące umierają, kiedy umieści się je w metalowej klatce. Jest to kolejny dowód na to, że DNA i całe życie opiera sią na zasadzie złotego podziału [62].

Cymatics

Cymatics (z gr. kima) [63] - fala, to zaawansowana forma fizyki, to zjawisko, które współcześnie odkrył szwedzki naukowiec Hans Jenny. Jest to zdolność dźwięków do tworzenia kryształów. Każdy obiekt, który istnieje tworzy pewien rodzaj infradźwięku. Dźwięki mogą stać się kryształami, a kryształy dźwiękami. Wszystko co istnieje tworzy własny sygnał kwantowy. Podstawowe prawo hermetyzmu podaje, że „*życie jest wibracją, że jest dźwiękiem, że dotyczy głównie materii tej widocznej. Niemateria i materia niewidzialna może istnieć bez dźwięku i bez wibracji, zresztą sama wibracją jest czymś niewidzialnym".* W świecie materii „*współgrają ze sobą fale świetlne i dźwiękowe, tak jak współgrają ze sobą magnes i pole elektryczne".* Pole elektryczne jest związane ze światłem, a pole magnetyczne z zasadą wibracji [63]. Kiedy na nowo odkrywa się teksty starożytnych Greków ma się wrażenie, że zeszli oni z nieba, że to co zechcieli przekazać ziemianom nie było im dane [63].

Śmierć ma też swoją strukturę

Czy nauka może ustalić, w jaki sposób świadomość opuszcza ciało i jak przebiega proces dogasania życia?

Czy jakaś część człowieka może przetrwać ten nieuchronny proces?

Odpowiedzi na te pytania od lat szuka prof. Konstantin Korotkow, fizyk z Petersburga [64,65]. Do swoich badań wykorzystywał on często nietypowe metody, opierając się m.in. o ciągle budzące kontrowersje prace Siemiona Kirliana, twierdzącego, że udało mu się odkryć technikę fotografowania pola energetycznego otaczającego każdy organizm [66].

Konstantin Korotkow jest profesorem fizyki na Państwowym Uniwersytecie Technicznym w Petersburgu [66]. W połowie lat 90.tych, wraz ze współpracownikami dostarczyli przekonujących dowodów na to, że energia życiowa nie wygasa nawet sześć dni po zgonie człowieka. Co nas czeka, gdy opuścimy ten świat? To pytanie jakie ludzkość zadawała sobie od zawsze. „*Obecnie, kiedy wspomnienia ludzi, którzy przeżyli śmierć kliniczną zaczynają być uznawane za prawdziwe, kwestia trwania jakiejś części człowieka w świecie niematerialnym ponownie znalazła się w kręgu zainteresowań naukowców z różnych dziedzin"* [66].

Jedną z dziedzin nauki, która dostarcza informacji o procesach biochemicznych zachodzących w zwłokach jest kryminologia: „*już w pierwszym dniu po ustaniu pracy serca większość tych wskaźników spada gwałtownie do poziomu zerowego*. Jednak Korotkow [66] stwierdził, że tzw. „*obraz kirlianowski, czyli aura pozostaje niezmieniona jeszcze przez wiele godzin po zgonie (...) przebieg zmian dokonujących się w energetycznej otoczce człowieka w dużym stopniu zależy od rodzaju doznanej śmierci! U ludzi, którzy zmarli z przyczyn naturalnych i na ogół w podeszłym wieku, aparatura rejestruje drgania o słabej amplitudzie, które mogą utrzymywać się przez kilkanaście godzin. W przypadku samobójców i ofiar morderstw amplituda drgań jest nieporównanie większa i zanika dopiero po upływie czterech dni. Gdy człowiek umiera, jego pole energetyczne funkcjonuje jeszcze przez jakiś czas. W niektórych przypadkach dzieje się tak nawet do sześciu dni po zgonie. poświata wokół czubków palców pozostaje jeszcze widoczna po klinicznym stwierdzeniu śmierci. Po 36 godz. od zgonu wygasa energia"*.

W petersburskiej kostnicy, przeprowadzono następujący eksperyment [66] „w*ybrane ciała osób zmarłych przewożono do pokoju badań i umieszczano w identycznej pozycji.*

Unieruchomiona specjalnym urządzeniem lewa ręka spoczywała na elektrodzie. Przez całą dobę, co godzinę wykonywano fotografie kirlianowskie czterech palców (wyłączywszy kciuk). Potem zdjęcia skanowano do komputera, który dla każdego z nich obliczał zestaw parametrów. Przy okazji badano, jaki wpływ na kształtowanie się owych parametrów ma upływ czasu. Uzyskane wykresy przedstawiały krzywe zmian intensywności aury zachodzących w ciągu trzech do sześciu dni. Teraz wystarczyło je porównać. Wynik był niezwykle interesujący. Okazało się, że większość krzywych nie opada w sposób jednostajny, lecz oscyluje – czasem bardzo wyraźnie. Dlatego klasyfikację przeprowadzono w oparciu o amplitudę drgań, dzieląc dane na trzy grupy: krzywe ze względnie słabą amplitudą drgań; – krzywe ze względnie słabą amplitudą drgań, ale bez wyraźnego szczytu i – krzywe o dużej amplitudzie drgań. Każdemu z tych rodzajów krzywych odpowiadał określony rodzaj śmierci: ***grupa I****: spokojna, naturalna śmierć, spowodowana przez rozkład tkanek ciała;* ***grupa II****: gwałtowna śmierć, np. w wyniku wypadku z uszkodzeniem czaszki,* ***grupa III****: niespodziewana śmierć jako rezultat tragicznych okoliczności, które w sprzyjających warunkach nie musiały doprowadzić do zgonu – np. samobójstwo albo morderstwo. Podczas eksperymentu monitorowano pogodę i warunki atmosferyczne, lecz nie zaobserwowano korelacji z wynikami pomiarów. Zmiany temperatury, ciśnienia i wilgotności nie wpływały na zachowanie się aury po śmierci ciała".*

Urządzenie GDV Korotkowa (*Wizualizacją Wydzielania Gazu, ang. Gas Discharge Visualization, GDV)* [66] umożliwia wizualizację ludzkich pól energetycznych w sposób łatwy, powtarzalny i niedrogi. Badacz ma nadzieję, że dzięki stosowanej przez niego aparaturze „*biofizyka zacznie postrzegać obiekty biologiczne nie jako struktury stałe, niezmienne, lecz dynamiczne, egzystujące w polu przestrzennym*". Stan każdego organu ludzkiego ciała ma swe precyzyjne odzwierciedlenie w aurze. Odczytując aurę mieszczącą się wokół palców dłoni możemy określić zakłócenia występujące w funkcjonowaniu wszystkich narządów na długo przed tym, zanim zaczną pojawiać się symptomy choroby. Ta technika jest w stanie badać zdrowie i stan psycho-emocjonalny człowieka także wtedy, gdy podlega on zmianie np. po zażyciu lekarstw, czy w czasie uprawiania ćwiczeń medytacyjnych. Pojawiły się dowody, że zakodowana w aurze informacja o stanie takiego czy innego organu ma swój początek w ludzkiej świadomości [64,66].

W Melbourne w Australii w badaniu GDV [66], w otoczce energetycznej trzeciego palca lewej ręki wykryto defekt sugerujący, że pacjent cierpi na raka jelit. Zmarł on w ciągu kilku tygodni od przeprowadzenia testu. Okazało się też, że podobny defekt aury został zauważony u innego pacjenta, który obawiał się raka genitaliów. Eksperyment [66] wykazał, że u kogoś, kto nie miał nowotworu, a zachowuje się jakby go miał, defekt aury odpowiada dokładnie wyobrażonemu umiejscowieniu choroby – znajdował się w tzw. strefie uro-genitalnej. Kolejne obrazy GDV, zarejestrowane już po uwolnieniu pacjenta od jego strachu, nie pokazywały śladów raka, a przeprowadzone w ciągu kilku następnych dni badania medyczne potwierdziły, że pacjent jest całkowicie zdrowy [66].

Nano

Nano to po prostu jednostka miary - jedna miliardowa [67]. Atom liczy sobie mniej więcej jedną dziesiątą nanometra i jest widoczny tylko pod mikroskopem elektronowym. W polu elektrycznym wiruje z prędkością 120 obrotów na sekundę. Jedna zlewka może pomieścić miliardy takich molekuł [67].

Nanotechnologia kryje jeszcze wiele „sekretów". W 1985 roku Richard Smalley i Harold Kroto oraz prowadzony przez nich zespół chemików na Rice University, uzyskali na drodze waporyzacji laserowej nowy alotrop węgla - fuleren C60, który nazwali buckminsterfulerenem [67]. Molekuły o pięciobocznej strukturze wykazywały niezwykłe właściwości elektryczne, bowiem w zależności od tego z jakimi łączono je substancjami zachowywały się jak izolator, przewodnik, półprzewodnik albo nadprzewodnik. Regis [68], w swojej książce, wyjaśnia w termin "nanotechnologia", określając ją jako „*nową dziedzinę z pogranicza nauki i techniki, dziedzinę, która może zmienić naszą przyszłość w sposób niewyobrażalny"* i tłumacząc tym samym punkt wyjścia Drexlera. Pojęcie to ma trzy podstawowe znaczenia: opisuje proces powstawania chipów komputerowych, proces budowy mikromaszyn zwany inaczej mikrotechnologią, wreszcie odnosi się do nanotechnologii molekularnej, która operuje nanometrami w miejsce mikronów [68].

Czipy i mikroczipy

Sickler [69] podkreśla, że kiedy w Toronto, w Kanadzie wprowadzono prawo, że wszystkie zwierzęta domowe muszą posiadać wszczepiony mikroczip, tak by można było zlokalizować ich właścicieli w przypadku, gdy ulubione zwierzę gdzieś się zabłąka, a potem w

prowincji Quebec wprowadzono prawo nakazujące wszczepienie mikroczipów wszystkim zwierzętom hodowanym w gospodarstwach rolnych, jeśli mają być sprzedane na rynku, nikt nie zdawał sobie sprawy z tego, że kiedyś nadejdzie czas edukacji własnej i osób wokół nas na temat niebezpieczeństw mikroczipu.

Lucien Desjardins [cyt. za 69] w artykule zamieszczonym 9 stycznia 2007 roku w „The Canadian" donosi, że „*lekarze w Stanach Zjednoczonych i w Europie dokonują utrzymanych w tajemnicy posunięć, by doprowadzić do wszczepiania mikroczipów nowo narodzonym dzieciom”*. Dr Kilde ujawnił [cyt. za 69], że *„ówczesny premier Szwecji Olof Palme już w 1973 r. wydał zezwolenie na implantowanie więźniów, a były dyrektor naczelny Data Inspection (Kontroli Danych) Jan Freese wyjawił, że pacjenci domów opieki byli implantowani w połowie lat 1980-tych”.*

Hollywoodzki reżyser i autor filmów dokumentalnych, Aaron Russo, powiedział w wywiadzie radiowym [cyt. za 69], że *„zwrócił się do niego Nick Rockefeller i poprosił go o wstąpienie w szeregi członków Rady Stosunków Zagranicznych (CFR). Russo odmówił, ale zapytał Rockefellera: „O co w tym wszystkim chodzi? Macie wszystkie pieniądze na świecie, jakich potrzebujecie, macie całą władzę, jakiej potrzebujecie, więc o co chodzi, jaki jest ostateczny cel?" Rockefeller odpowiedział (parafrazując): „Ostatecznym celem jest zaczipowanie wszystkich ludzi, kontrola całego społeczeństwa, kontrola świata przez bankierów i ludzi elity".*

Według dra Kilde [cyt. za 69]: „*Dzisiejsze mikroczipy działają przy pomocy fal radiowych o niskiej częstotliwości, które są na nie skierowane. Przy pomocy satelitów implantowana osoba może być śledzona w każdym miejscu na ziemi. (...) także funkcje mózgu mogą być zdalnie monitorowane przez superkomputery, a nawet zmieniane przez zmiany częstotliwości*”.

Piśmiennictwo

1. http://www.armahellas.com/?p=3820, data pobrania 2.05.2014
2. Oktawiusz J.: Słownik Grecko-Polski, PWN , Warszawa, 2001.
3. http://www.apocalypsejohn.com/2013/09/h-therapeia-ths-psyxhs-sto-avato-tou-asklhp ioy.html, data pobrania 2.05.2014
4. Kaku M.: Hiperprzestrzeń, wszechświaty równoległe, pętle czasowe i dziesiąty wymiar, Wyd. Prószynski i S-ka, Warszawa, 1996.

5. Augustynek A.: Julian Ochorowicz (1850 – 1917) – prekursorem psychologii klinicznej i hipnozy eksperymentalnej, http://www.psychologia.net.pl/artykul. php?level=147, data pobrania 2.05.2014
6. Nieumywakin I.: Woda utleniona na straży zdrowia, Hartigrama, Warszawa, 2008.
7. http://www.youtube.com/watch?v=-BQERkg5khc, data pobrania 2.05.2014
8. http://www-history.mcs.st-andrews.ac.uk/Biographies/Riemann.html, data pobrania 2.05.2014
9. http://www.usna.edu/Users/math/meh/riemann.html, data pobrania 2.05.2014
10. http://pl.wikipedia.org/wiki/Grecki_system_liczbowy, data pobrania 2.05.2014
11. http://users.sch.gr/mmanol/Sunergasies/EME1.pdf, data pobrania 2.05.2014
12. Leyteris A.: Apodeiksis gia ti mathimatiki kataskeui tis Ellinikis Glossas, Eleu. Argiropulos Athina, 2010.
13. http://www.swietageometria.info/artykuly/159-tamszenie-wiedzy-o-harmonicznoci, data data pobrania 2.05.2014
14. http://www.william-theaux.net/2008/conf/SSS081121/20081117082200 _DanWinter_ angelscience. html, data pobrania 2.05.2014
15. https://www.google.pl/search?q=dan+winter&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ei=dI9TU6X0O4Ob0AWR2IHgBw&ved=0CAYQ_AUoAQ&biw=911&bih=416#facr, data pobrania 2.05.2014
16. http://www.youtube.com/watch?v=PYxf8Syieas, data pobrania 2.05.2014
17. http://www.youtube.com/watch?v=W5jZnErmuDQ&list=PL49E3521C965A71C4, data pobrania 2.05.2014
18. http://marian-wasilewski.pl/teoria_prozni_fizycznej/szypow.pdf, data pobrania 2.05.2014
19. http://kodczasu.pl/printview.php?t=604&start=0&sid=e9c16f75944c6a3c8405a0fc1ca9787e, data pobrania 2.05.2014
20. http://swietageometria.info/podstawowe-pojecia?start=9, data pobrania 2.05.2014
21. http://kalliopi33.weebly.com/iotaepsilonrhoeta-gammaepsilonomegamuepsilontaurhoiotaalpha.html, data pobrania 2.05.2014
22. http://djbarney.wordpress.com/2009/09/07/world-peace-flame/, data pobrania 2.05.2014

23. http://pl.wikipedia.org/wiki/Z%C5%82oty_podzia%C5%82, data pobrania 2.05.2014
24. http://swietageometria.info/geometrycznie-o-czlowieku, data pobrania 2.05.2014
25. http://www.swietageometria.info/artykuly/159-tamszenie-wiedzy-o-harmonicznoci, data pobrania 2.05.2014
26. http://www.swietageometria.info/geometrycznie-o-czlowieku, data pobrania 2.05.2014
27. http://pl.wikipedia.org/wiki/Cz%C5%82owiek_witruwia%C5%84ski, data pobrania 2.05.2014
28. http://en.wikipedia.org/wiki/Caduceus, data pobrania 2.05.2014
29. http://swietageometria.info/wybrane-fragmenty-wykladow, data pobrania 2.05.2014
30. ttp://kalliopi33.weebly.com/iotaepsilonrhoeta-.gammaepsilonomegamuepsilontaurhoiotaalpha.html, data pobrania 2.05.2014
31. http://pl.wikipedia.org/wiki/Enneagram_(psychologia), data pobrania 2.05.2014
32. www.swietageometria.info/filmiki-po-polsku/192-randy-powell-nowa-technologia-od-marko-rodina-pl, data pobrania 2.05.2014
33. http://www.swietageometria.info/podstawowe-pojecia?start=15, data pobrania 2.05.2014
34. Olsen Scott: Złoty podział *w* naturze, fizyce, sztuce *i* architekturze , wykład, http://forum.swietageometria.info/index.php?topic=894.0, data pobrania 2.05.2014
35. http://www.naukowy.pl, data pobrania 2.05.2014
36. Virtue D.: To Kymbaleion, Kryon, Athina, 2009.
37. http://pl.wikipedia.org/wiki/Stephen_Hawking, data pobrania 2.05.2014
38. Prosokratiki-Embedoklis, Kaktos, Athina, 2000.
39. http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%95%CE%BC%CF%80%CE%B5%CE%B4%CE%BF%CE%BA%CE%BB%CE%AE%CF%82, data pobrania 2.05.2014
40. Hameroff S.R., Penrose R.: Orchestrated reduction of quantum coherence in brain microtubules: A model for consciousness. Neural Network World, 1995, 5, 793-804.
41. Hameroff S.R., Penrose R.: Orchestrated reduction of quantum coherence in brain microtubules: A model for consciousness. In: Toward a Science of Consciousness - The First Tucson Discussions and Debates, S.R. Hameroff, A. Kaszniak and A.C. Scott (eds.), MIT Press, Cambridge, 1966..

42. http://www.youtube.com/watch?v=W5jZnErmuDQ&list=PL49E3521C965A71C4, data pobrania 2.05.2014
43. http://www.youtube.com/watch?v=AUZPtXEVeiA, data pobrania 2.05.2014
44. http://swietageometria.info/artykuly/203-global-coherence-project-initiative. data pobrania 2.05.2014
45. http://www.youtube.com/watch?v=UdWF_0vsO7o&feature=player_embedded, data pobrania 2.05.2014
46. http://translate.google.gr/translate?hl=el&sl=en&u=http://www.fst.org/spirit2.htm&prev=/search%3Fq%3Dswedenborg%26biw%3D911%26bih%3D445, data pobrania 2.05.2014
47. http://platine.pl/shaolin-to-mistycyzm-0-1180763.html, data pobrania 2.05.2014
48. http://www.youtube.com/watch?v=amgWCXR-hHE&list=PL6648952CB5B27EB8, data pobrania 2.05.2014
49. http://at37.wordpress.com/2012/11/04/egyptian-cretan-labyrinths-dna-i-ching-swasti ka / labirynt, , data pobrania 2.05.2014
50. http://at37.wordpress.com/category/seed-pattern/ , data pobrania 2.05.2014
51. http://www.bibliotecapleyades.net/ciencia/ciencia_danwinter08.htm, data pobrania 2.05.2014
52. http://pl.wikipedia.org/wiki/Fraktal, data pobrania 2.05.2014
53. http://forum.swietageometria.info/index.php?topic=148.0;wap2, data pobrania 2.05.2014
54. http://swietageometria.info/wybrane-fragmenty-wykladow, data pobrania 2.05.2014
55. http://www.youtube.com/watch?v=qUqtOtiIdhs, data pobrania 2.05.2014
56. http://www.world-mysteries.com/pl_teoriaprozni.htm, data pobrania 2.05.2014
57. http://treborok.wordpress.com/nauka/rosyjskie-odkrycia-dna/, data pobrania 2.05.2014
58. Hasapi Konstantinos St., Ta Orfika, Hlios, Athens, tomos I.
59. Sire Edouardos: Megali Mistes, Kaktos, Athina,
60. http://treborok.wordpress.com/nauka/dan-winter/, data pobrania 2.05.2014
61. http://pl.wikipedia.org/wiki/Ulistnienie, data pobrania 2.05.2014
62. http://www.pomologyinstitute.gr/files/ergasies/FyllotaxiaKerasias.pdf, data pobrania 2.05.2014

63. http://en.wikipedia.org/wiki/Cymatics, data pobrania 2.05.2014
64. http://www.swietageometria.info/implozja-sekretna-nauka-ekstazy?start=2, data pobrania 2.05.2014
65. http://forum.swietageometria.info/index.php?topic=151.0;wap2, data pobrania 2.05.2014
66. Prof. Korotkow: Umysł ponad wszystko: http://www.infra.org.pl/nauka/czowiek/1401-prof-korotkow-umys-ponad-wszystko, data pobrania 2.05.2014
67. http://magazynsztuki.eu/old/n_technologia/nano_tech.htm, data pobrania 2.05.2014
68. Regis Ed.: Nanotechnologia. Narodziny nowej nauki, czyli świat cząsteczka po cząsteczce, Prószyński Sp.z o.o., 2001.
69. Sicler M.: Zniewolenie ludzi technologią mikroczipu, http://www.michaeljournal.org/technologiamikroczipu.htm, data pobrania 2.05.2014

Klimaszewska Krystyna[1,2], Al – Hameri Irena[3], Jankowiak Barbara[1,2], Rolka Hanna[1,2], Kowalewska Beata[1,2], Kondzior Dorota[1], Kowalczuk Krystyna[1], Krajewska-Kułak Elżbieta[1]

Transplantologia jako dar życia w aspekcie religijnym wśród społeczeństwa województwa podlaskiego

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Instytut Medyczny Państwowej Wyższej Szkoły i Informatyki w Łomży
3. USK w Białymstoku

Wstęp

Transplantologia jest ciągle rozwijającą się nauką medyczną, która polega na przeniesieniu narządów, tkanek lub komórek między dwoma organizmami. Metoda ta znalazła zastosowanie w leczeniu chorych ze schyłkową niewydolnością narządu np. nerek, serca, wątroby, trzustki, płuc lub gdy dojdzie do nieodwracalnego zaburzenia funkcji np. szpiku.

Nazwa transplantologia pochodzi od łacińskiego słowa *transplantare*, czyli szczepić, przesadzać i *greckiego logos,* co znaczy słowo, nauka. Transplantologia dzieli się na: transplantologię eksperymentalną - zajmującą się mechanizmami, które odpowiadają za przyjęcie przeszczepu i transplantologię kliniczną, w skład, której wchodzi pobieranie materiału do przeszczepu (komórek, tkanek, narządów), przygotowanie do przeszczepu, przygotowanie biorcy i dawcy do zabiegu oraz jego przeprowadzenie, opieka po przeszczepie [1, 2].

Rodzaje przeszczepów

Podział przeszczepów ze względu na różnice genetyczne występujące między biorcą a dawcą:

- ***autologiczny*** – przeszczep został wykonany w obrębie tego samego organizmu,
- ***izogeniczny*** (*synergiczny*) - przeszczep został przeprowadzony między osobnikami tego samego gatunku
- ***alogeniczny*** – przeszczep został przeprowadzony między organizmami tego samego gatunku, lecz różnymi genetycznie
- ***ksenogeniczny*** – przeszczep został wykonany między osobnikami innych gatunków [3].

Podział przeszczepów w zależności, od kogo został dokonany:

- ***ex vivo*** – narząd został pobrany od osoby żyjącej np. nerka, część wątroby,

- ***ex mortus*** – narządy zostały pobrane do przeszczepu od osoby zmarłej [4].

Podział ze względu, co jest przeszczepiane:

- organy – nerki, wątroba, trzustka, jelita, serce i płuca,
- tkanki – szpik kostny,
- komórki – komórki krwiotwórcze [4].

Religia a transplantologia

Celem życia według kościołów chrześcijańskich jest zbawienie a podstawową zasadą etyki w życiu jest miłość.

Stanowisko Kościoła katolickiego

Kościół katolicki jest przychylnie nastawiony do przeszczepiania narządów. Przychylnie, ale nie bezkrytycznie i z kilkoma zastrzeżeniami. Kościół uznaje transplantacje za moralnie pozytywne, gdyż są pewną formą altruizmu i dlatego zasługują na uznanie. Mówi o tym Katechizm Kościoła Katolickiego: *„oddawanie narządów po śmierci jest czynem szlachetnym i godnym pochwały; należy do niego zachęcać, ponieważ jest przejawem wielkodusznej solidarności”* [5,6].

Przyjmując za etyczną podstawę szacunek dla autonomii i prawo do samostanowienia istoty ludzkiej, przedstawiciele Kościoła podkreślają konieczność uzyskania świadomej zgody na oddanie organów, którą według nich w rażący sposób narusza zasada zgody domniemanej.

Kościół katolicki domaga się zgody wprost, świadomie wyrażonej za życia bądź też akceptacji dla pobrania narządów udzielonej przez przedstawiciela ustawowego: *„Moralnie nie do przyjęcia jest pobranie narządów, jeśli dawca lub jego bliscy, mający do tego prawo, nie udzielają na to wyraźnej zgody. Jest rzeczą moralnie niedopuszczalną bezpośrednie powodowanie trwałego kalectwa lub śmierci, nawet gdyby to miało przedłużyć życie innych osób”* [5].

Moralny autorytet Kościoła może okazać się podporą dla rodzin potencjalnych dawców, którzy często się nie zgadzają na pobranie narządów od zmarłej osoby bliskiej z powodu braku istnienia w ich życiu pewnych punktów oparcia i systemów wartości.

Jan Paweł II twierdzi, iż katolicy powinni traktować możliwość oddania narządów, jako wyzwanie dla własnej wielkoduszności i braterskiej miłości (o ile nie są łamane zasady etyczne). Poparcie dla transplantacji organów wyraża się zarówno w publicznych wystąpieniach papieży, jak i w oficjalnych dokumentach. W listopadzie 2006 r. przedstawiciele polskiego Kościoła katolickiego oficjalnie poparli oświadczenie woli oraz transplantacje organów po śmierci [6].

Stanowisko Kościoła Prawosławnego

W prawosławiu kwestia przeszczepów jest wciąż otwarta. Toczą się debaty nad tym, czy wtargnięcie do ciała po śmierci może zostać zaaprobowane. Cerkiew bowiem uważa, że ważna jest jedność i integralność organizmu. Wielu patriarchów deklaruje jednak poparcie dla idei przeszczepiania organów, jeśli zabieg jest przeprowadzany w celach terapeutycznych: dla zwalczania groźnych chorób, postępu medycyny, poprawy życia ludzkiego. Wypowiedź metropolity Antoniego (Blooma) z Wysp Brytyjskich: *"Człowiek, który zapisuje swoje ciało w całości lub niektóre jego części po to, by ratować innych, życie swoje oddaje "za swych przyjaciół" (J 15, 13). On, oczywiście, nie umiera specjalnie w tym celu, lecz wcześniej deklaruje gotowość, aby, gdy tylko umrze, jego ciało zostało spożytkowane dla życia innego człowieka. Ja uważam to za dar, który człowiek ma prawo ofiarować i który my mamy prawo przyjąć z czcią, z drżeniem duszy. To wspaniały uczynek".* Można więc powiedzieć, że brak regulacji w kwestii transplantacji pozostawia decyzję każdemu wiernemu. Metropolita Antoni idzie jednak dalej: *"Wydaje mi się, że trzeba by więcej pracować nad rozpowszechnieniem (...) formularzy, za sprawą których człowiek wcześniej, gdy jeszcze jest zdrów, gdy nie przeraża go własna śmierć, może podjąć taką decyzję"* [7].

Stanowisko Kościoła protestanckiego

W kościele protestanckim z nie istnieją oficjalne dokumenty w sprawie transplantacji organów po śmierci. W USA zostało natomiast wydane oświadczenie, które mówi o poszanowaniu bliźniego i wsparciu idei humanitaryzmu w społeczeństwie. Co ciekawe - oddanie narządów pozostawia się decyzji wiernych jako sprawę indywidualną i rodzinną. Apeluje się jednak, aby zająć określone stanowisko (wolę oddania narządów albo sprzeciw).

Polski Kościół Ewangelicko-Metodystyczny skodyfikował kwestie etyczne w dokumencie "Zasady socjalne". Możemy w nim przeczytać: "*Przeszczepianie i darowanie organów ciała jest działaniem charytatywnym, czynem miłości agape, aktem samoofiarowania. Dostrzegamy życiodajne korzyści płynące z ofiarowania własnych organów i innych tkanek, zachęcamy więc wszystkich ludzi wiary do ofiarowania swych organów i tkanek jako wyrazu miłości i służby dla dobra ludzi, którzy znaleźli się w potrzebie*". W "Zasadach" zawarty jest też apel o poszanowanie uczuć rodziny i czci wobec zmarłego [5, 7].

Buddyzm

W myśl nauk Buddy człowiek ponosi odpowiedzialność za swoje czyny, nic mu nie można zakazać i nakazać. Oddanie narządów do przeszczepu jest aktem współczucia i miłosierdzia wobec drugiego człowieka [5].

Świadkowie Jehowy

Od początku lat 80 ubiegłego wieku Świadkowie Jehowy nie zakazują ani też nie popierają przeszczepów, pozostawiając decyzję własnemu sumieniu i indywidualnej decyzji. Nie zmieniło się ich stanowisko wobec transfuzji. Przetoczenie krwi jest zakazane i pozostaje ciężkim grzechem. Warunkiem transplantacji jest użycie do przeszczepów organów pozbawionych krwi; musi być ona wypłukana z narządów i tkanek przed zabiegiem. W efekcie zakłada się, że Świadkowie Jehowy są przeciwni oddawaniu i przyjmowaniu narządów, poprzez głoszony sprzeciw wobec przetoczeniu krwi [5,7].

Islam

Wierni Allahowi czyli wyznawcy Islamu dopuszczają dwa rodzaje transplantacji: autotransplantację (z tego samego ciała) i homotransplantację (z jednego ciała do drugiego). Szariat akceptuje przeszczepy od żywych i zmarłych dawców, "jeśli istnieją przesłanki, że operacja zakończy się sukcesem". Ważna jest także zasada: "szkody nie wolno usuwać, powodując taką samą szkodę". Nie można zatem przeszczepiać z żywych dawców ważnych organów (trzustki, serca, rogówki, soczewki oka). W przypadku osób zmarłych, jeśli dawca nie wyraził jasnego sprzeciwu, do przeszczepu wystarczy zgoda najbliższego członka rodziny [5, 7].

Hinduizm

Hinduizm popiera przeszczepianie narządów, zachęca swoich wyznawców do oddawania krwi przynajmniej raz w roku [5].

Judaizm

W **Judaizmie** transplantacja to twardy orzech do zgryzienia dla wielu Żydów. Przeszczepianie bowiem narusza trzy ważne zasady: nie można czerpać zysków ze śmierci ludzkiej, ciała nie można okaleczać i ciało należy pochować w nie naruszonym stanie.

Religia ta reguluje także sposób dokonywania oględzin ciała zmarłego: musi być ono przeprowadzone przez lekarzy w sposób godny, z szacunkiem. Podczas oględzin musi być obecna rodzina, rabin (na życzenie) [5,7].

Ustęp prawa mówi jasno: "*oględziny można przeprowadzić, jeśli ich celem jest ratowanie życia innych ludzi*". Judaizm daje rodzinie wyłączne prawo do decyzji, czy ciało bliskiego, mimo złamania trzech zasad, może służyć innym osobom (żeby czyn oddania narządu był mitzwah - dobry z punktu widzenia prawa żydowskiego) [5,7].

W USA Rada Rabinów Amerykańskich wydała dyrektywę popierającą transplantację, jeśli ma ratować ludzkie życie [5,7].

Stanowisko Kościoła anglikańskiego

Kościół ten również popiera przeszczepianie narządów, uważa, że jako uczniowie Chrystusa powinni być otwarci oraz gotowi na służenie innemu człowiekowi za życia i po śmierci. Oddawanie narządów po śmierci jest aktem altruizmu i społecznej odpowiedzialności, które powodowane jest współczuciem. Kościół swoim postanowieniem nie zwalnia z zachowania aspektów prawnych, poszanowania ciała dawcy i jego organów [5].

Stanowisko kościoła Ewangelicko-Augsburskiego

W latach 80 XX wieku kościół jako pierwsza wspólnota chrześcijańska w Stanach Zjednoczonych zachęcała swoich wiernych do oddawania narządów. Luteranie popierają transplantologię a decyzja o oddaniu narządów powinna być zgodna z sumieniem każdego człowieka i przekazana najbliższej rodzinie [5].

Stanowisko Kościoła Ewangelicko-Metodystycznego

Według tego Kościoła oddawanie narządów do przeszczepu po śmierci jest działaniem charytatywnym oraz aktem złożenia ofiary. Najważniejszym warunkiem, by oddanie organów było aktem miłości wobec bliźniego jest kierowanie się dobrem biorcy oraz poszanowaniem dawcy i jego najbliższych [5].

Stanowisko Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego

Kościół ten nie zajął oficjalnego stanowiska wobec przeszczepiania narządów, ale w imię chrześcijańskiej miłości do bliźniego popiera i akceptuje taką metodę leczenia [5].

Stanowisko Kościoła Baptystów

Kościół ten uważa, że oddanie narządów do przeszczepu jest indywidualną sprawą wiernego, zgodną z jego sumieniem. W swoich naukach zachęca wiernych do oddawania narządów, ponieważ jest on okazaniem współczucia i zrozumieniem potrzeb cierpiącego człowieka [5].

Podsumowując wszystkie powyższe religie jednoznacznie i z całą pewnością można powiedzieć, że żadna z nich nie zabrania transplantacji.

Problemy etyczno-moralne w transplantologii

Prawo do życia ma każda istota ludzka i nikt nie może go pozbawić tego. W przypadku śmierci człowiek nie może wyrazić swojej woli, kiedy zostanie zakwalifikowany do eksplantacji. Osoba, która nie wyraził sprzeciwu za życia może być traktowana, jako potencjalny dawca narządów. Zwolennicy domniemanej zgody, uważają, że dzięki temu można uzyskać większą liczbę narządów. Optymistycznie zakładają, że każdy po śmierci jest gotowy oddać część swojego ciała dla osób potrzebujących a jeśli by tego nie chciał, zgłosiłby sprzeciw za życia. Przeciwnicy zgody domniemanej twierdzą, że brak sprzeciwu za

życia nie jest zgodą na oddanie narządów do przeszczepu, ale brakiem świadomości obowiązującego prawa i możliwości medycyny [6].

Z moralnego punktu widzenia bezwzględne pierwszeństwo ma potencjalny dawca narządów przed interesem biorcy jego narządów, dlatego też człowiek, którego koniec życia możemy przewidzieć powinien podlegać ochronie a narządy powinny być pobrane dopiero po jego ewidentnej śmierci [6].

W Polsce wciąż za mało wykonuje się przeszczepów, spowodowane to jest brakiem potencjalnych dawców. Wpływa na to brak akceptacji społecznej i środowiskowej dla tej metody leczenia. Członkowie rodziny osoby zmarłej w chwili jego śmierci są pod wpływem bólu oraz trudnych przeżyć i dlatego podjęcie decyzji o oddaniu narządów do transplantacji jest bardzo trudne. Rodzina osoby zmarłej nie wyraża zgody na pobranie narządów, ponieważ nie akceptuje tej metody leczenia lub w danej sytuacji nie może działać racjonalnie, choć z prawnego punktu widzenia taka zgoda nie jest wymagana. Oddanie własnych organów do przeszczepu paradoksalnie jest łatwiejsze niż wyrażenie takiej zgody za bliską osobę. Brak akceptacji rodziny na pobranie narządów wynika również, z nierozumienia, co to jest śmierć mózgu a samo pobranie oznacza dla nich okaleczenie ciała i brak szacunku dla zwłok. Dlatego ważnym elementem w całym procesie jest omówienie przebiegu pobierania narządów i zapewnienie, że lekarz koordynujący przeszczep ma obowiązek nadania zwłokom naturalnego wyglądu a pobrany narząd np. rękę zastąpić protezą. Problemy etyczno –moralne w transplantologii wiążą się również z wyborem biorcy. Kryteria doboru biorcy powinny być sprawiedliwe i uzasadnione medycznie. Pod uwagę bierze się pilność wykonania przeszczepu, korzystny wynik przeszczepienia u danego chorego oraz stopień zgodności tkankowej. Problem nie tylko medyczny, lecz również moralny powstaje, gdy dwie osoby spełniają dane kryteria i na zespół spada odpowiedzialność wyboru biorcy [8, 9].

Transplantologii towarzyszy obecnie pozytywna refleksja etyczna, dzięki otwarciu się teologów i filozofów chrześcijańskich na tą metodę ratowania życia ludzkiego. Wpływ na otwarcie się duchownych miał Jan Paweł II, który w wielu wystąpieniach popierał ten sposób leczenia. Podkreślał, że w akcie solidarności możemy podarować drugiemu człowiekowi cząstkę samego siebie i dzięki temu możemy okazać miłość bezinteresowną, sięgającą poza naszą śmierć [10].

Metoda leczenia, jaką jest przeszczepianie narządów może być przeprowadzana jedynie, gdy zaakceptuje ją społeczeństwo. Przełamanie wielu barier obyczajowo-społecznych wśród ludzi wymaga szeroko rozumianej edukacji, która znajdzie poparcie w mediach i wśród osób oraz instytucji cieszących się zaufaniem ludzi [11].

Cel pracy

Transplantologia jest dziedziną, która pozwala ratować życie ludzkie, poprawia jakość życia oraz umożliwia powrót do aktywności zawodowej dla wielu chorych. Wykonywanie przeszczepów narządów lub tkanek od osób zmarłych oraz żywych nadal wzbudza wiele problemów medycznych, prawnych, religijnych czy etycznych. Obecnie lista oczekujących na przeszczep jest znacznie większa niż liczba osób, u których przeprowadzono zabieg. W oczekiwaniu na zabieg stan chorych pogarsza się, często dochodzi do zgonu, dlatego potrzebne jest na duża skalę propagowanie przeszczepiania narządów i niwelowanie stereotypów dotyczących transplantologii.

Celem pracy było:

1. Określenie wiedzy ankietowanych na temat możliwości wyrażania zgody i sprzeciwu na oddanie organów w celu przeszczepienia.
2. Poznanie opinii społeczeństwa woj. Podlaskiego na temat przeszczepów w aspekcie religijnym

Materiał i metodyka

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego wśród losowo wybranych mieszkańców województwa Podlaskiego. Rozdano 250 ankiet, chęć wzięcia udział w badaniu wyraziło 218 osób.

Uzyskane dane skategoryzowano i umieszczono w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Exel, a następnie poddano analizie ilościowej i jakościowej, za pomocą filtra danych i bloku formuł statystycznych.

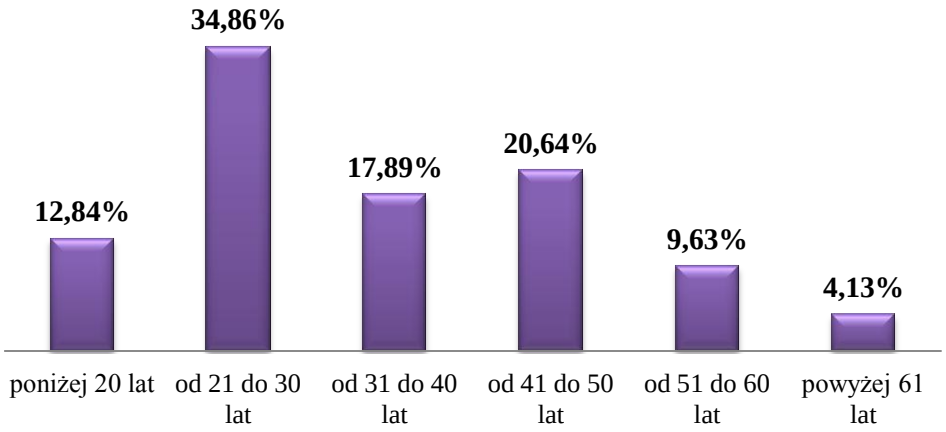
Wyniki

Badania zastały przeprowadzone wśród 218 osób losowo wybranych, które wyraziły zgodę na udział w badaniu. Grupa badawcza składała się z 106 mężczyzn i 112 kobiet.

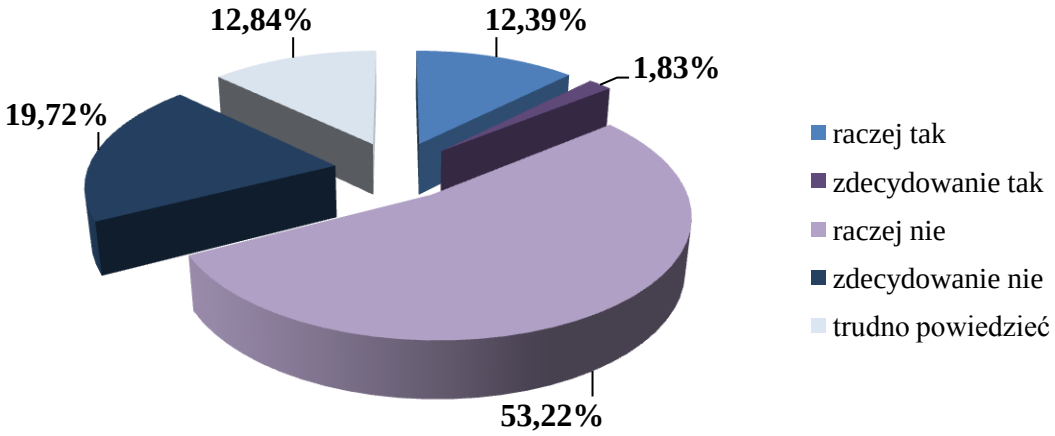
Grupa badawcza była zróżnicowana pod względem wieku, najliczniejszą grupę stanowili respondenci w przedziale wiekowym 21-30 lat (34,86%), a najmniejszą 4,13% powyżej 61 lat (Rycina 1).

Ponad połowa respondentów uważa, że w Polsce raczej nie jest rozpowszechnione oddawanie narządów do przeszczepu. W opinii tylko 1,83% respondentów w Polsce jest rozpowszechnione oddawanie narządów do przeszczepu (Ryc. 2).

Z badań wynika, że ankietowani mają różne zdania na temat, czyja zgoda jest potrzebna, aby pobrać narządy do przeszczepu. Większość uważa, że potrzebna jest zgoda rodziny (kobiety – 50,89%, mężczyźni – 47,17%). Mężczyźni 5,66% uważają, że nie jest potrzebna żadna zgoda.



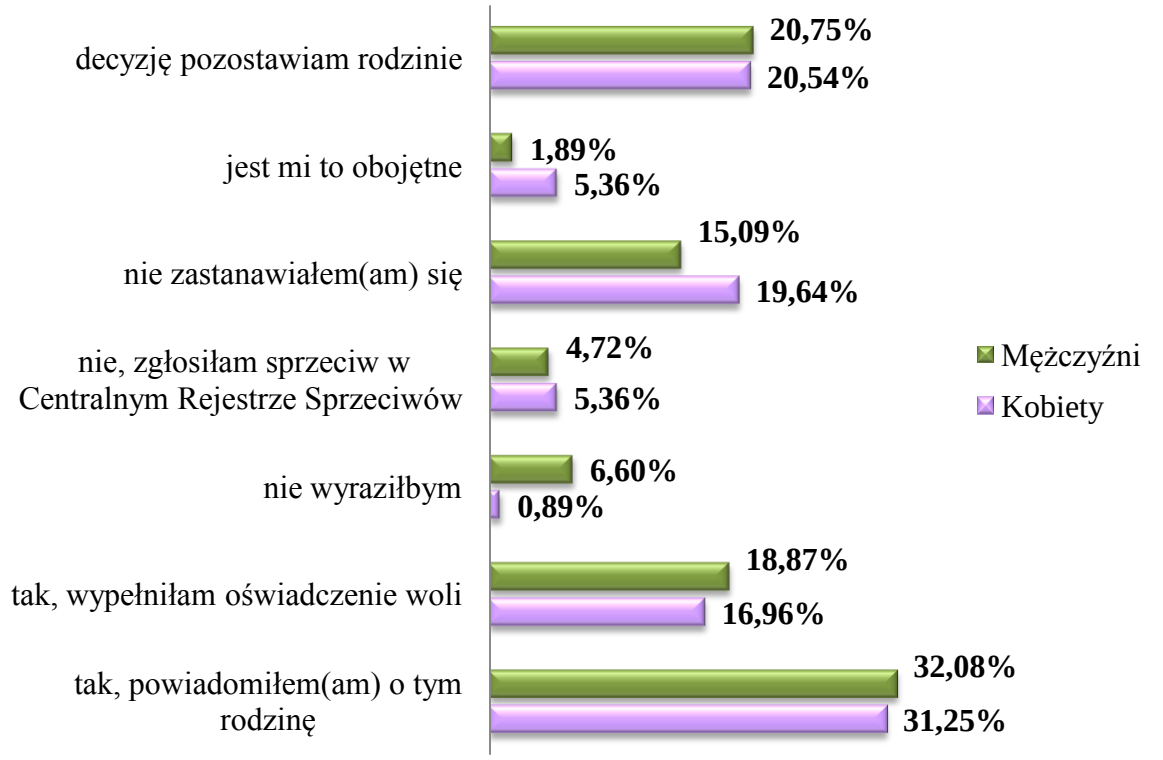
Ryc. 1. Wiek ankietowanych



Ryc.2. Opinia respondentów na temat rozpowszechnienie oddawania narządów w Polsce

Z badań wynika, że ankietowani mają różne zdania na temat, czyja zgoda jest potrzebna, aby pobrać narządy do przeszczepu. Większość uważa, że potrzebna jest zgoda rodziny (kobiety – 50,89%, mężczyźni – 47,17%). Mężczyźni 5,66% uważają, że nie jest potrzebna żadna zgoda.

Odpowiedzi ankietowanych dotyczące ich decyzji na oddanie narządów po śmierci były bardzo zróżnicowane, 1/5 obu płci pozostawia decyzję dla rodziny. Sprzeciw w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów zgłosiła znikoma część badanej grupy, kobiet – 5,36% i mężczyzn – 4,72%. Prezentuje to Rycina 3.



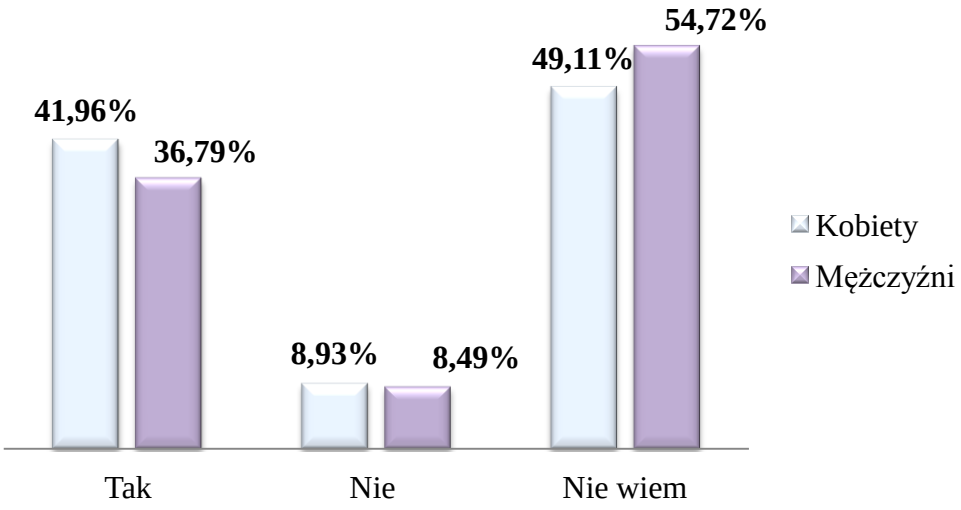
Ryc. 3. Decyzja respondentów dotycząca oddania narządów po śmierci

Większość respondentów (kobiet – 69,64% i mężczyzn – 63,21%) jest przekonana, że lekarz na pobranie narządów potrzebuje zgody rodziny. Wiedzy na ten temat nie posiadało 13,39% kobiet i 25,47% mężczyzn.

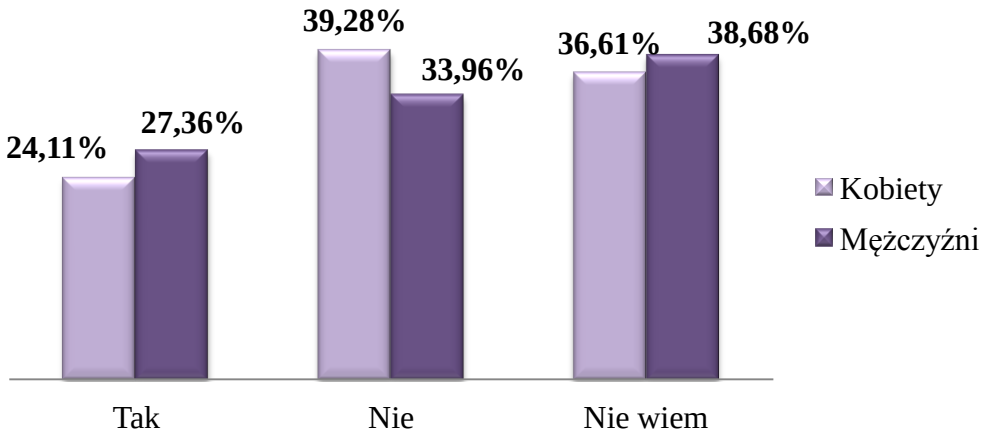
Kolejnym pytaniem jakie zostało zadane respondentom było „czy Pana/Pani religia popiera przeszczepianie narządów". Wiedzy na temat popierania transplantologii przez wyznawaną religię nie posiada 54,72% mężczyzn i 49,11% kobiet. Niewielka ilość ankietowanych uważa (kobiet – 8,93% i mężczyzn – 8,49%), że ich religia nie popiera przeszczepiania narządów (Ryc. 4).

Opinie respondentów na temat wpływu religii na ich zdanie, na temat przeszczepiania narządów były podzielone. Najmniejszą grupę stanowili ankietowani, którzy uważają, że religia ma wpływ na ich opinie na (kobiety - 24,11% i mężczyźni – 27,36%). Przedstawia to Rycina 5.

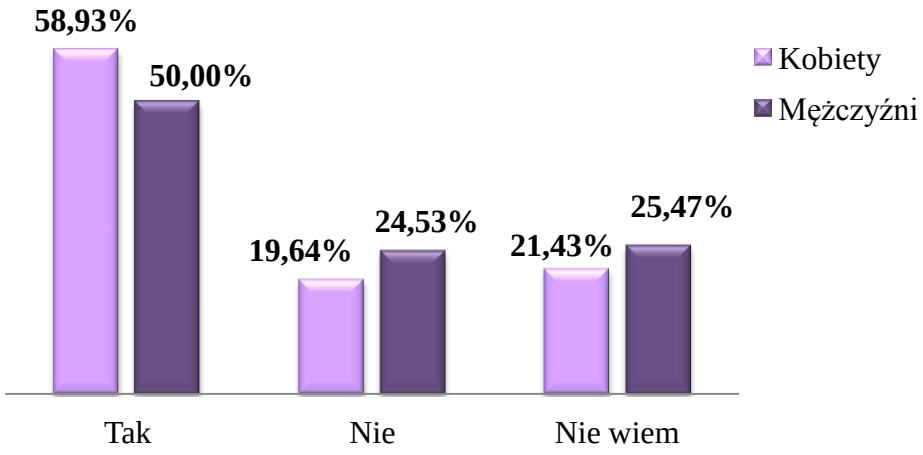
Z badań wynika, że 58,93% kobiet i 50,00% mężczyzn uważa, że oddanie swojego narządu do przeszczepu za życia ma szkodliwy wpływ na zdrowie dawcy. Odmienne zdanie ma 19,64% kobiet i 24,53% mężczyzn (Ryc. 6).



Ryc. 4. Stosunek religii ankietowanych do transplantologii



Ryc. 5. Wpływ religii na opinię respondentów na temat przeszczepiania narządów



Ryc. 6. Opinia ankietowanych na temat ryzyka dla zdrowia przy oddaniu swojego narządu za życia do przeszczepu

Z przeprowadzonych badań wynika, że 81,13% mężczyzn i 87,50% kobiet oddało by swój narząd dla członka rodziny w razie potrzeby. Na taki gest nie zdecydowało by się 0,89% kobiet i 3,78% mężczyzn

Dyskusja

Badania własne pokazały, że ¾ ankietowanych podaje, że są osobami wierzącymi i praktykującymi, jednak wszyscy nie znają stosunku religii do transplantologii. Średnio 1/3 respondentów twierdzi, że religia ma wpływ na ich stosunek do przeszczepów.

W badaniach Borkowskiej i Falkowskej-Pijagin, 51% ankietowanych nie zna stanowiska Kościoła Katolickiego na temat akceptacji przeszczepów narządów [12].

Przeprowadzone badania własne pokazują, że respondenci nie wiedzą czy w Polsce płaci się za narządy wykorzystane do przeszczepu. Tylko 37,50% kobiet i 37,74% mężczyzn wie, że nie płaci się za narządy.

Z przeprowadzonych badań wynika, że 58,93% kobiet i 50,00% mężczyzn uważa, że oddanie swojego narządu do przeszczepu za życia ma szkodliwy wpływ na zdrowie dawcy. Dylemat ten znika, jeśli trzeba oddać swój narząd dla osoby bliskiej. 87,50% kobiet i 81,13% mężczyzn deklaruje, że oddało by swój narząd dla osoby bliskiej.

Według przeprowadzonych badań własnych, większość respondentów (65,60%) ma świadomość, że osoba, u której stwierdzono śmierć mózgu nie wyzdrowieje. Odmienne zdanie ma 5,50% respondentów, a 28,90% nie wie czy taka osoba może wyzdrowieć. W przypadku orzeczenia śmierci mózgu u bliskiej osoby 51, 89% mężczyzn i 35,71% kobiet deklaruje, że wyrazili by zgodę na pobranie narządów. Odmienną decyzję podjęło by 19,65% kobiet i 6,60% mężczyzn.

Rowiński i wsp. podają, że przeszkodą w rozwoju transplantologii jest brak akceptacji społecznej oraz środowiska medycznego. Brak akceptacji społeczeństwa wyrażane jest przez sprzeciw rodziny na pobranie narządów, choć z punktu prawnego taka zgoda nie jest potrzebna. Jednym z powodów nie wyrażania zgody jest nie rozumienie pojęcia śmierci mózgu, a samo pobranie narządów jest aktem braku poszanowania dla zwłok w majestacie śmierci i znajomości przepisów prawnych [11].

Wśród większości respondentów zaobserwowano również brak akceptacji prawa, które pozwala na pobierania narządów bez zgody rodziny i dawcy. 47,32% kobiet i 20,75% mężczyzn uważa, że prawo, które pozwala na pobranie narządów od osoby zmarłej, bez wcześniejszego pozwolenia jest wykroczeniem poza daną władzę. Natomiast 8,93% kobiet i 26,42% mężczyzn twierdzi, że jest to policzek w twarz rodzinie zmarłego. Większość

respondentów (kobiet – 69,64% i mężczyzn – 63,21%) uważa, że do pobrania narządów od osoby zmarłej lekarz potrzebuje zgody rodziny.

W badaniach przeprowadzonych przez Borkowska i Falkowska-Pijagin wśród mieszkańców Ostrołęki również 57% ankietowanych nie akceptuje zgody domniemanej obowiązującej w Polsce [12].

Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że większość respondentów (kobiety – 58,04% i mężczyźni – 56,60%) oddałoby swój organ do przeszczepu, zarówno kobiety (50,00%), jak i mężczyźni (43,40%) najchętniej dla najbliższej rodziny.

Podobne wyniki uzyskały w swoim badaniu Borkowska i Falkowska-Pijagin, wśród ich grupy badawczej 48% ankietowanych zdecydowałoby się na oddanie narządu dla innej osoby [12].

Wnioski

1. Społeczeństwo Województwa Podlaskiego akceptuje transplantologię jako metodę leczenia.
2. Wiedza na temat transplantologii wśród Podlasian jest mała.
3. Zaobserwowano wśród większości respondentów braku akceptacji prawa, które pozwala na pobierania narządów bez zgody rodziny i dawcy.
4. Większość respondentów nie zna stanowiska swojego kościoła na temat transplantologii.

Piśmiennictwo

1. Gorzkowicz B., Majewski W., Tracz E. i wsp.: Opinia na temat dawstwa narządów wśród studentów uczelni wyższych Szczecina. Probl. Pielęg., 2010, 2, 111-116.
2. Wojarski J., Żegleń S., Przybylski R. i wsp.: Wdrożenie pierwszego w Polsce programu transplantacji płuc szansą na uratowanie chorych z trwałym i nieodwracalnym uszkodzeniem tego narządu. Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska, 2008, 5, 163–170.
3. Rowiński A. W., Wałaszewski J. E.: Transplantologia kliniczna. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2004.
4. Wrześniewska-Wal I.: Prawne regulacje transplantacji. Lekarz, 2003, 5, 9.
5. Rutkowski B., Kaliciński P., Śledziński Z. i wsp.: Wytyczne dotyczące zasad zgłaszania, kwalifikacji i przygotowania zmarłych dawców do pobrania narządów. Wyd. Via Medica, Gdańsk, 2009.

6. Sahaj T.: Transplantacja a natura ludzka. Refleksje filozoficzne. Sztuka Leczenia 2004, 1, 49-54.
7. Modlińska A., Krakowiak P.: Stanowisko Kościoła katolickiego oraz innych religii wobec przeszczepiania narządów [w:] Wytyczne dotyczące zasad zgłaszania, kwalifikacji i przygotowania zmarłych dawców do pobrania narządów, Rutkowski B., Kaliciński P., Śledziński Z., Wujtewicz M., Milecka A. (red.), VIA MEDICA, Gdańsk, 2009, 26-36.
8. Majchrowicz B.: Moralne problemy transplantacji. Acta Medica Premisliensia 2010, 33, 93-96.
9. Żaba C., Świderski P., Żaba Z., Grześkowiak M.: Prawno-medyczne aspekty pobierania narządów ze zwłok. Now. Lek., 2009, 2, 159-164.
10. Biesaga T.: Trudny dar ratujący życie. Med. Prakt., 2009, 1, 142-144.
11. Rowiński W.: Aspekty prawne i etyczne przeszczepiania narządów. Historia, stan obecny i problemy czekające nas w najbliższej przyszłości. Służba Zdrowia, 2002, 75 – 76, 16.
12. Borkowska B., Falkowska-Pijagin E.: Zagadnienie transplantologii w społecznej świadomości mieszkańców Ostrołęki. Zeszyt Naukowy Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży, Łomża 2009, 40, 5-20.

Zdziebło Kazimiera[1,2], Nowak-Starz Grażyna[1], Stępień Renata[1,2], Wiraszka Grażyna[1,2], Makieła Ewa[1]

Kulturowe uwarunkowania w pracy pielęgniarek

1. Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Wydział Nauk o Zdrowiu, Kielce
2. Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie - Oddział w Kielcach, Kielce

Wstęp

Większa różnorodność społeczeństwa powoduje, że ochrona zdrowia znajduje się w nowej sytuacji, co stanowi wyzwanie zarówno dla samego systemu opieki zdrowotnej, jak i jego profesjonalistów, którzy muszą zmierzyć się z nowymi wyzwaniami i zadaniami. Warto zaznaczyć, że dobra opieka to taka, w której pacjent znajduje się w centrum uwagi, i taka, która pasuje do świata pacjenta. Akcentowanie tożsamości kulturowej pacjenta i jego bliskich jest konieczne do osiągnięcia opieki wysokiej jakości. Szacunek dla tożsamości i indywidualne podejście do pacjentów i ich rodzin stanowią elementy profesjonalizmu lekarzy, pielęgniarek, ratowników medycznych, fizjoterapeutów. Między sztywnym trzymaniem się własnych poglądów moralnych a całkowitym dostosowaniem się do wartości i przekonań pacjenta jest jeszcze przestrzeń, w której można szukać rozwiązań możliwych do zaakceptowania przez wszystkich zainteresowanych [1,2,3].

Opieka zdrowotna jest zatem jedną z tych dziedzin pomocy uchodźcom, w której mimo upływu czasu są ciągle potrzebne zmiany. Ten stan rzeczy jest w dużej mierze spowodowany brakami w procesie kształcenia zarówno polskich lekarzy, pielęgniarek jak i psychologów. Dotyczą one przygotowania reprezentantów tych dyscyplin do pracy z pacjentem z innej kultury niż kultura polska czy ogólniej kultura zachodnioeuropejska. Ponieważ przybywający do Polski migranci/uchodźcy rekrutują się w przeważającej mierze z reprezentantów kultur nie mieszczących się w powyższych kategoriach, rzeczą bardzo pilną staje się refleksja teoretyczna i praktyczna nad kulturowo adekwatnym niesieniem pomocy osobom należącym do innych kręgów kulturowych oraz niesienia wrażliwej kulturowo pomocy psychologicznej pacjentom z innych kultur [4].

Każda kultura opieki nad chorym, zależy od kultury, w ramach której kształtuje się opieka zdrowotna. Czynniki takie jak: sytuacja ekonomiczna kraju, technologia, edukacja, religia, normy i wartości odgrywają w kulturze opieki nad chorym olbrzymią rolę. Bariera językowa nie jest jedynym czynnikiem utrudniającym proces komunikacji, ale np.

rozbieżności dotyczące wartości, poglądów, co do postępowania w chorobie, różnice etniczno-kulturowe, tradycje, zwyczaje, wierzenia, religie itd. mogą stanowić przyczyny nieporozumień między pacjentem a lekarzem czy pielęgniarką.

Kultura zarówno normatywna (wartości, normy, wzory i wzorce) jak i symboliczna (idee, symbole, poglądy, przekonania, wierzenia itp.) w znacznym stopniu determinuje zachowania zdrowotne ludzi oraz postawy i zachowania w określonej sytuacji; zarówno w zdrowiu, jak i wobec choroby [5].

Kontekst kulturowy modeluje też powszechne przekonanie dotyczące przyczyn chorób oraz wskazuje odpowiednią drogę i formy leczenia. Niemałą rolę w kształtowaniu wiedzy przeciętnych ludzi na temat choroby odgrywają wierzenia, wartości i obyczaje, o czym świadczy popularność medycyny ludowej [6].

Oprócz problemów językowych i komunikacyjnych w opiece zdrowotnej nad pacjentami (migrantami/uchodźcami, cudzoziemcami) wyraźnie zaznaczają się różnice kulturowe, które uwarunkowane są wieloma czynnikami [1,7,8]:

- poglądy na temat zdrowia i choroby – postrzeganie choroby i opisywanie jej, interpretacja przyczyn oraz leczenie chorób,
- nacisk na somatyzację,
- relacje mężczyzna-kobieta (badanie, pielęgnacja, opieka),
- religia (dieta, obrzezanie, zachowania seksualne, wiedza w zakresie planowania rodziny i rozrodczości),
- wierzenia (nadprzyrodzone przyczyny chorób, rytuały),
- metody leczenia, leczenie w domu,
- stosowanie tradycyjnych metod leczenia i wiara w ich skuteczność,
- profilaktyka a leczenie – działania profilaktyczne stosowane przez osoby różnego pochodzenia,
- relacja rodzice-dzieci,
- wiedza ogólna (aspekty medyczne i psychospołeczne zdrowia i choroby, funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej w kraju pobytu),
- rola pracowników ochrony zdrowia a rola pacjenta (jakiego zachowania oczekuje się od terapeutów).

Powszechnie wiadomo, że istnieją zależności między zdrowiem, chorobą a kulturą, które odnoszą się np. do różnicy poglądów na temat zdrowia, jego wartości, jego zagrożeń, kulturowych uwarunkowań stylu życia i zróżnicowanego stosunku do chorób i pacjentów.

Kultura zbiorowości, kształtując kulturę osobistą jednostek wpływa także na sposób zaspakajania potrzeb zdrowotnych przez człowieka. W zależności od uwarunkowań kulturowych wyróżnia się różne rodzaje reakcji na chorobę, np. religijną – postawa akceptująca chorobę i śmierć bez zastrzeżeń ze względu na uwarunkowanie ich działaniem sił wyższych, niepodlegających kontroli człowieka; magiczną – która jest próbą zajęcia postawy czynnej wobec choroby – postrzeganie jej jako rezultatu działania bogów, bóstw lub innych, tajemnych mocy; opiekuńczo-pielęgnacyjną – wiąże się z psychiczna opieką i emocjonalnym wsparciem pacjenta; medyczną – obejmuje świadczenia, których celem jest opanowanie choroby. Przekonania, praktyki i różnice kulturowe dotyczą nie tylko preferowanych strategii radzenia sobie z problemami zdrowotnymi, ale w sposób istotny wpływają na przebieg leczenia oraz kształtowanie definicji i interpretacja problemów zdrowotnych, formułowanych nie tylko przez pacjentów, ale także przez terapeutów, w tym pielęgniarki i położne. Kultura danej społeczności determinuje również wiele zachowań, które tworzą styl życia. Można tu wymienić: sposób odżywiania, dbałość o higienę osobistą i otoczenia, stosunek do używek – palenie papierosów, picie alkoholu, zażywanie narkotyków [9,10,11].

Cel pracy

Celem pracy jest poznanie opinii pielęgniarek na temat uwarunkowań i przygotowania do pracy z pacjentami zróżnicowanymi społecznie i kulturowo.

Problemy badawcze:

1. Jakie postawy względem osób z innego kręgu kulturowego prezentują badane osoby?
2. Jakiego rodzaju przygotowanie ułatwiałoby kontakty i opiekę nad pacjentami „innymi”?
3. W jakim stopniu wiek, wykształcenie, miejsce i staż pracy, oraz stosunek do religii badanych warunkują relacje z osobami zróżnicowanymi kulturowo?

Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród 106 pielęgniarek pracujących w różnych placówkach ochrony zdrowia na terenie województwa świętokrzyskiego. W niniejszej pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankiety, a narzędziem był kwestionariusz ankiety własnego autorstwa.

Wyniki badań

Charakterystyka badanej grupy

W badaniu ankietowym wzięło udział 106 osób. Przebadano 102 kobiety (96,2%), 3 mężczyzn (2,8%), a 1 osoba (0,9%) nie udzieliła odpowiedzi na to pytanie. Najliczniejszą grupę wiekową stanowiły osoby mające 40-49 lat. Średnia wartość wieku wynosiła w badanej

grupie 42,35 lat, a mediana 43 lata. Najmłodszy uczestnik badań liczył 23 lata, a najstarszy – 54 lata.

Po 48 ankietowanych (45,3%), miało wykształcenie średnie lub wyższe licencjackie, Tylko 9 badanych (8,5%) miało ukończone studia wyższe magisterskie. 1 osoba (0,9%) nie udzieliła odpowiedzi na to pytanie.

Połowa badanych (53 osoby, 50%) pracowała w zawodzie 21-30. 25 respondentów (23,6%) miało staż pracy od 11 do 20 lat. Do grupy pracującej najkrócej, czyli poniżej 10 lat należały 22 osoby (20,8%). 5 badanych (4,7%) pracowało w swoim zawodzie od 31 do 40 lat. 1 osoba (0,9%) nie udzieliła odpowiedzi na to pytanie. Średni staż pracy w zawodzie w badanej grupie wynosiła 19,58 lat, a mediana 22 lata. Najkrótszy staż to 1 rok, a najdłuższy – 40 lat.

Miejscem pracy 82 osób (77,4%) był szpital, 15 badanych (14,2%) pracowało w przychodni, 8 ankietowanych (7,5%) pracowało w innych miejscach. 1 osoba (0,9%) nie udzieliła odpowiedzi na to pytanie.

W badanej grupie najwięcej było pielęgniarek odcinkowych (88 osób, 83,0%), 8,5% ankietowanych (9 osób) stanowiły pielęgniarki oddziałowe, 4,7% (5 osoby) to pielęgniarki specjalistki, 1,9% (2 osoby) to pielęgniarki koordynujące, 0,9% (1 osoba) to pielęgniarka środowiskowa rodzinna. 1 osoba (0,9%) nie udzieliła odpowiedzi na to pytanie.

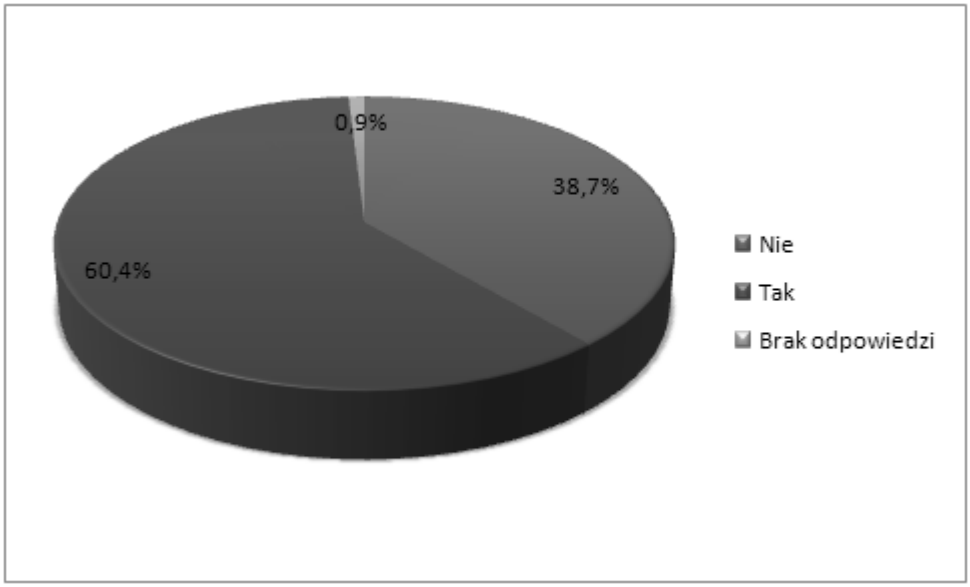
Większa część ankietowanych (60,4%, 64 osób) mieszkała w miastach, 41 badanych (38,7%) mieszkało na wsi, 1 osoba (0,9%) nie udzieliła odpowiedzi na to pytanie.

Aż 94,3% respondentów (100 osób) deklarowało, że jest osobą wierzącą, 5 badanych (4,7%) były osobami niewierzącymi. 1 osoba (0,9%) nie udzieliła odpowiedzi na to pytanie.

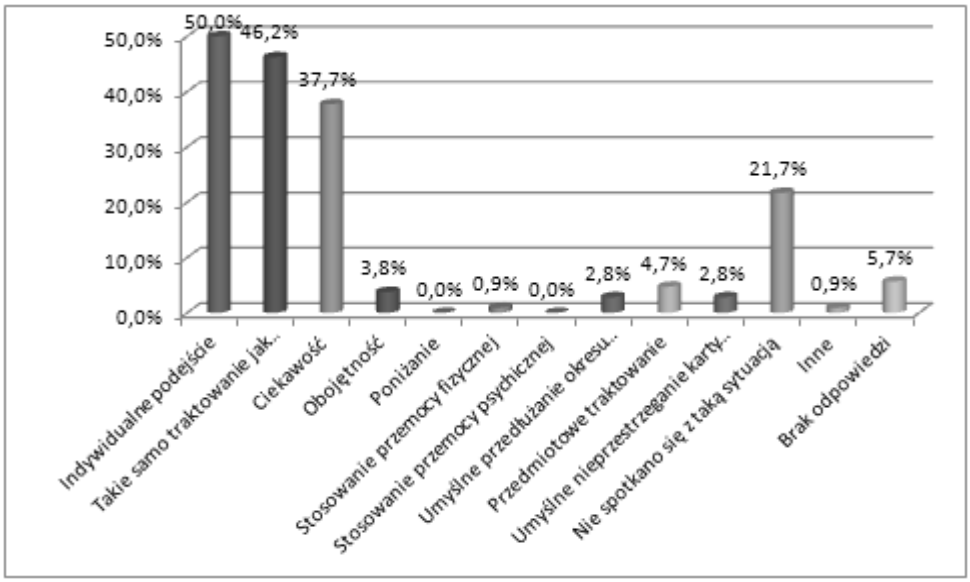
Doświadczenia badanych związane z wielokulturowością

Podczas pracy zawodowej kontakt z osobą prezentującą inną kulturę miało 60,4% badanych (64 osób), takiego kontaktu nie miało 41 respondentów (38,7%), 1 osoba (0,9%) nie udzieliła odpowiedzi na to pytanie. Ryc. 1.

Najczęściej wskazywanymi postawami względem osoby prezentującej inną kulturę, z którymi zetknięto się podczas wykonywania obowiązków zawodowych były: indywidualne podejście (53 wskazania, 50,0%), takie samo traktowanie jak innych pacjentów (49 wskazań, 46,2%), ciekawość (40 wskazań, 37,7%). 23 respondentów (21,7%) nie spotkało się z taką sytuacją, a 6 (5,7%) nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie. Każdy z uczestników badań mógł wskazać maksymalnie 3 odpowiedzi. Ryc.2.



Ryc. 1. Kontakt podczas pracy zawodowej z osobą prezentującą inną kulturę (np. inna narodowość, religia, orientacja seksualna)



Ryc. 2. Zachowania i postawy prezentowane przez badanych w kontaktach z osobą prezentującą inną kulturę, podczas wykonywania obowiązków zawodowych

Próbując odpowiedzieć na pytanie w jakim stopniu wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, miejsce i staż pracy oraz religia badanych warunkują zachowania i postawy względem osoby prezentującej inną kulturę, z którymi zetknięto się podczas wykonywania obowiązków zawodowych w pielęgniarstwie, dokonano obliczeń statystycznych. Otrzymane wyniki współczynnika *Rc* pozwalają twierdzić, że istnieją umiarkowane lub silne korelacje. Wartość współczynnika *p* wskazuje, że zależności są istotne statystycznie:

Zachowania i postawy względem osoby prezentującej inną kulturę, z którymi zetknięto się podczas wykonywania obowiązków zawodowych w pielęgniarstwie, a wykształcenie badanych

χ^2 =	Rc =	df =	p =
68,916	0,569	30	0,001

Zachowania i postawy względem osoby prezentującej inną kulturę, z którymi zetknięto się podczas wykonywania obowiązków zawodowych w pielęgniarstwie a staż pracy w zawodzie

χ^2 =	Rc =	df =	p =
60,105	0,533	40	0,025

Zachowania i postawy względem osoby prezentującej inną kulturę, z którymi zetknięto się podczas wykonywania obowiązków zawodowych w pielęgniarstwie a miejsce pracy:

χ^2 =	Rc =	df =	p =
59,443	0,539	30	0,005

Zachowania i postawy względem osoby prezentującej inną kulturę, z którymi zetknięto się podczas wykonywania obowiązków zawodowych a stosunek do religii:

χ^2 =	Rc =	df =	p =
33,658	0,440	20	0,05

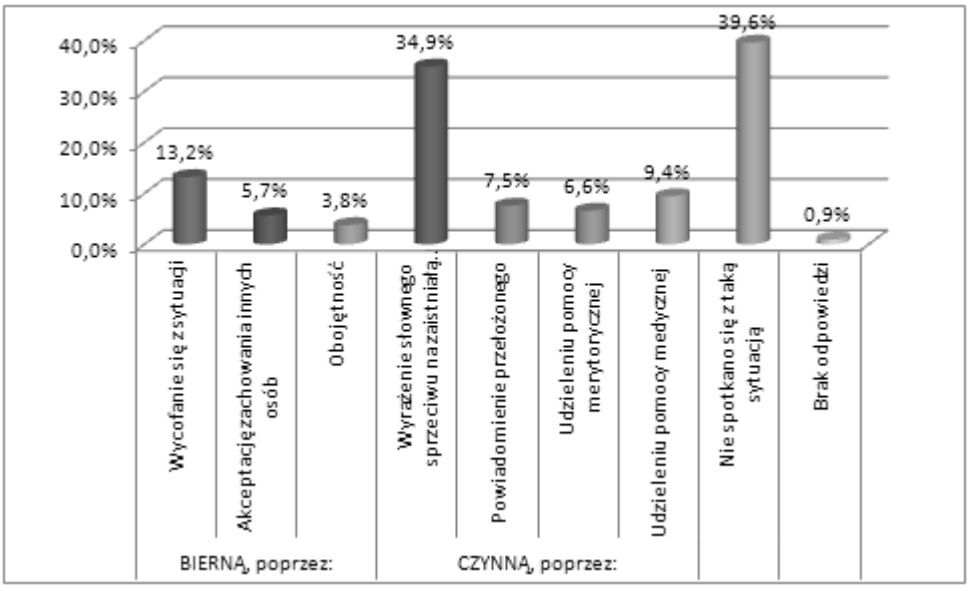
Zachowania i postawy względem osoby prezentującej inną kulturę, z którymi zetknięto się podczas wykonywania obowiązków zawodowych a miejsce zamieszkania:

χ^2 =	Rc =	df =	p =
43,414	0,489	20	0,005

Postawy podczas dyskryminacji

Podczas dyskryminacji ankietowani przyjmowali najczęściej następujące postawy: czynną poprzez wyrażenie słownego sprzeciwu na zaistniałą sytuację (37 wskazania, 34,9%), czynną poprzez udzielenie pomocy medycznej (10 wskazań, 9,4%), czynną poprzez powiadomienie przełożonego (8 wskazań, 7,5%), czynną poprzez udzielenie pomocy merytorycznej (7 wskazań, 6,6%), bierną poprzez wycofanie się z sytuacji (14 wskazań,

13,2%), bierną poprzez akceptację zachowania innych osób (6 wskazań, 5,7%), bierną poprzez obojętność (4 wskazania, 3,8%). 42 respondentów (39,6%) nie spotkało się z taką sytuacją, a 1 osoba (0,9%) nie udzieliła odpowiedzi na to pytanie. Ryc. 3



Ryc. 3. Postawy podczas dyskryminacji

Postawa podczas dyskryminacji a wykształcenie:

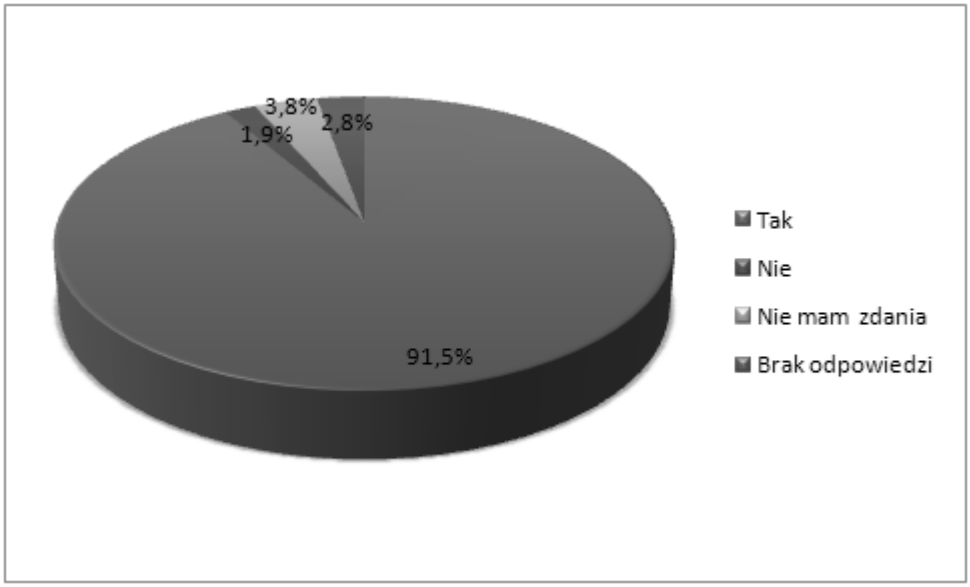
χ^2 =	Rc =	df =	p =
39,447	0,535	24	0,025

Otrzymany wynik współczynnika *Rc* pozwala twierdzić, że istnieje umiarkowana korelacja. Wartość współczynnika *p* wskazuje, że zależność jest istotna statystycznie.

Ponad 90,0% badanych uważa, że istnieje potrzeba znajomości innych kultur w pracy zawodowej pielęgniarki/pielęgniarza Ryc. 4., Tab.1.

Otrzymany wynik współczynnika *Rc* pozwalają twierdzić, że istnieje umiarkowana korelacja. Wartość współczynnika *p* wskazuje, że zależność jest istotna statystycznie:

χ^2 =	Rc =	df =	p =
39,490	0,592	12	0,001



Ryc. 4. Opinia na temat potrzeby znajomości innych kultur w pracy zawodowej pielęgniarki/pielęgniarza

Tab. 1. Opinia na temat potrzeby znajomości innych kultur w pracy zawodowej pielęgniarki/pielęgniarza, a staż pracy w zawodzie

Opinia na temat potrzeby znajomości innych kultur w pracy zawodowej pielęgniarki/pielęgniarza	Staż pracy w zawodzie					RAZEM
	10 lat i mniej	11-20 lat	21-30 lat	31-40 lat	Brak odpowiedzi	
Tak	20	24	50	2	1	97
Nie	2	0	0	0	0	2
Nie pamiętam	0	1	2	1	0	4
Brak odpowiedzi	0	0	1	2	0	3
RAZEM	22	25	53	5	1	106

<u>Umiejętności przydatne w pracy pielęgniarek w kontaktach z osobą prezentującą odmienną kulturę</u>

Najczęściej pojawiającymi się odpowiedziami dotyczącymi umiejętności i wiedzy, które ułatwiałyby pielęgniarce nawiązanie kontaktu z osobą prezentującą odmienną kulturę były: znajomość języka (81 wskazań, 76,4%), respektowanie i uznawanie różnic kulturowych (56 wskazań, 52,8%), umiejętność rozpoznawania problemów wynikających z różnic kulturowych (45wskazań, 42,5%), wiedza o różnicach pomiędzy kulturą pielęgniarki i kulturą

pacjenta (34 wskazań, 32,1%), wiedza dotycząca wpływu kultury na zdrowie i chorobę (32 wskazań, 30,2%). Każdy z uczestników badań mógł wskazać maksymalnie 3 odpowiedzi. Tab. 2.

Tab. 2. Umiejętności przydatne w pracy pielęgniarek w kontaktach z osobą prezentującą odmienną kulturę.

	Liczba odpowiedzi	% odpowiedzi
Przezwyciężanie postawy etnocentrycznej i stereotypów	13	12,3%
Znajomość języka	81	76,4%
Mówienie powoli, jasno, bez żargonu medycznego	21	19,8%
Wiedza o różnicach pomiędzy kulturą pielęgniarki i kulturą pacjenta	34	32,1%
Wiedza dotycząca wpływu kultury na zdrowie i chorobę.	32	30,2%
Umiejętność przezwyciężenia lęku przed innością kulturową	24	22,6%
Respektowanie i uznawanie różnic kulturowych.	56	52,8%
Umiejętność rozpoznawania problemów wynikających z różnic kulturowych.	45	42,5%
Wiedza o polityce socjalnej dotyczącej np. kwestii leczenia mniejszości etnicznych	6	5,7%
Inne	0	0,0%
Brak odpowiedzi	1	0,9%

Umiejętności ułatwiające pielęgniarce nawiązanie kontaktu z osobą prezentującą odmienną kulturę a miejsce pracy:

χ^2 =	Rc =	df =	p =
41,957	0,379	27	0,05

Otrzymany wynik współczynnika *Rc* pozwala twierdzić, że istnieje słaba korelacja. Wartość współczynnika *p* wskazuje, że zależność jest istotna statystycznie.

Dyskusja

Z badań wynika, iż w relacjach pielęgniarka-chorzy z różnych kultur i wyznań u większości badanych (78,4%) nie wystąpiły zmiany w ich emocjach, ale u niektórych chorzy tacy: wzbudzali ciekawość, sympatię, ale także obojętność i dystans. Aż 74,3% respondentek spotkało się ze stereotypowym postrzeganiem wyznawców innych religii. W

przeprowadzonych badaniach szukano także odpowiedzi na pytanie, jakie kompetencje pozwoliłyby uniknąć pielęgniarkom trudności w budowaniu profesjonalnej relacji z chorymi. Badane stwierdziły, iż pomocne byłyby: procedury postępowania z pacjentem innego wyznania, wiedza na temat obyczajów, rytuałów typowych dla danej religii – kultury, dostosowanie warunków w szpitalach do realizowania praktyk religijnych oraz prowadzenie kursów i szkoleń z zakresu opieki nad pacjentami z innych kręgów kulturowych [12].

Z punktu widzenia zarządzania migracjami, a także ochroną zdrowia niepokojące są znaczące braki informacji o kraju pochodzenia hospitalizowanych obcokrajowców. Mogą one świadczyć zarówno o niedostatecznej staranności przy wypełnianiu karty szpitalnej jak też o niemożności porozumienia się z większością pacjentów-migrantów, czy ukrywaniem przez nich szczegółów swojej tożsamości [13].

Pielęgniarka powinna mieć świadomość, iż w sytuacji braku wiedzy i doświadczenia dotyczącego opieki pielęgniarskiej wynikającej np. z religii, należy uzyskać informacje przede wszystkim od pacjenta lub jego rodziny. Może bowiem okazać się, że sprawowana przez pielęgniarkę opieka jest sprzeczna z oczekiwaniami chorego. Uzmysłowienie sobie różnic kulturowych między swoją osobą, a osobą pacjenta jest niezwykle ważne. Jeszcze ważniejsze jest to, by owo uzmysłowienie zachodziło na podstawie pytania czym ja się różnię od pacjenta, a nie czym on różni się ode mnie. Oczekiwania społeczne dotyczące świadczenia przez pielęgniarki holistycznej opieki, uwzględniającej potrzeby człowieka fizyczne, psychiczne, społeczne oraz duchowe wynikające z jego kultury, a w tym uznawanych wartości, zwyczajów nakładają na uczelnie obowiązek takiego przygotowania absolwentów, który będzie odpowiedzią na te oczekiwania [14].

Zdaniem autorek ważne staje się nabywanie przez pracowników ochrony zdrowia kompetencji międzykulturowych w procesie kształcenia (przed i podyplomowego) przez odpowiednie programy szkoleniowe. Kształcenie to powinno bazować na rozszerzaniu wiedzy, zdobywaniu umiejętności, pracy nad własnymi postawami i zrozumieniu nastawienia pacjentów. Kształtowanie wrażliwości międzykulturowej wśród studentów i pracowników oraz wykorzystanie jej w opiece nad pacjentami jest niezbędne [15].

Kwestie różnic kulturowych, ich znaczenie dla praktyki pracowników ochrony zdrowia powinny stanowić zatem podstawowy element programów nauczania przed- i podyplomowego wszystkich profesjonalistów ochrony zdrowia gdyż wiedza lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów, ratowników medycznych i innych zawodów o określonych zachowaniach ludzi ze społeczności odmiennych kulturowo wobec zdrowia i choroby jest kluczowa w świadczeniu opieki zdrowotnej.

Zarówno studenci jak i pracownicy winni mieć możliwość zapoznania się z problemami wynikającymi z różnic kulturowych u podopiecznych oraz zdobyć umiejętność reagowania na nie zgodnie z zasadami etyki zawodowej; powinni poznawać i próbować zrozumieć czynniki kulturowe danej społeczności i odpowiednio je uwzględnić w procesach planowania i realizacji leczenia, pielęgnowania, opieki. Winni zatem uzupełniać/poszerzać swoją wiedzę nie tylko w zakresie zagadnień etycznych, ale także ochrony praw człowieka z uwzględnieniem poszanowania zróżnicowania kulturowego i religijnego.

Wnioski

Badane osoby prezentowały poprawne zachowania i postawy względem osób z innego kręgu kulturowego: indywidualne podejście, takie samo traktowanie jak innych pacjentów, ciekawość. Wykształcenie badanych, miejsce pracy, miejsce zamieszkania, oraz stosunek do religii warunkują te postawy i zachowania.

Będąc świadkiem dyskryminacji ankietowani przyjmowali najczęściej postawy czynne.

W kontaktach i opiece nad pacjentami zróżnicowanymi kulturowo niezbędne jest przygotowanie personelu z zakresu znajomości języka, uznawania różnic kulturowych, umiejętności rozpoznawania problemów wynikających z różnic kulturowych, wiedza o różnicach kulturowych, wiedza o wpływie kultury na zdrowie i chorobę.

Piśmiennictwo

1. Van Damme-Ostapowicz K.: Dialog wielokulturowy. Krajewska-Kułak E, Wrońska I, Kędziora-Kornatowska K.: Problemy wielokulturowości w medycynie. PZWL, Warszawa, 2010, 103-114.
2. Houtlosser M., Engberts D.: Verschillen In waarden en normen. Tijdschrift voor verpleegkundigen, 2003, 11, 14-17.
3. Redakcja Nursing. Culturverschillen rond het Bed. Nursing 2002, 2, 32-33.
4. Grzymała-Moszczyńska H:. Uchodźcy jako wyzwanie dla polskiego systemu opieki zdrowotnej. Chrzanowska A., Klaus W.: Poza systemem. Dostęp do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce. Stowarzyszenie Interwencji Prawnej, Warszawa, 2011, 143.
5. Borzutka-Sitkiewicz K.: Kształtowanie zachowań zdrowotnych w procesie socjalizacji, a styl życia młodzieży (w regionie górnośląskim). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, 2005.

6. Tobiasz – Adamczyk B.: Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby. UJ, Kraków, 2000.
7. Birsen A.: Migratie en mixcultuur. Ouderschap & Ouderbegeleiding. 2001, 1, 51-55.
8. Szulpen T.: Medisch onderwijs In multicultureel nederland. Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen. 2000, 5, 268-270.
9. Krajewska-Kułak E, Wrońska I, Kędziora-Kornatowska K.: Problemy wielokulturowości w medycynie. PZWL, Warszawa, 2010.
10. Tobiasz B.: Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby. UJ, Kraków, 1998.
11. Kostrzanowska Z.: Uwarunkowania zachowań zdrowotnych oraz reakcja na chorobę. Krajewska-Kułak E, Wrońska I, Kędziora-Kornatowska K.: Problemy wielokulturowości w medycynie. PZWL, Warszawa, 2010, 123-137.
12. Ogórek-Tęcza B., Kamińska A., Matusiak M. i wsp.: Wpływ poziomu empatii na postrzeganie relacji pielęgniarka-pacjent z innego obszaru kulturowego. Pielęgniarstwo XXI wieku. 2012, 4, 41, 61-65.
13. Cianciara D., Goryński P., Seroka W.: Hospitalizacja migrantów w Polsce. Probl. Hig. Epidemiol., 2011, 92, 3, 497-503.
14. Zahradniczek K.: Kulturowe uwarunkowanie opieki pielęgniarskiej, a kształcenie pielęgniarek. Pielęgniarstwo XXI wieku, 2003, 2, 11-13.
15. Majda A., Zalewska-Puchała J.: Wrażliwość międzykulturowa w opiece pielęgniarskiej. Problemy Pielęgniarstwa, 2011, 19, 2, 253-258.

Mińko Magdalena

Identyfikacja dobrych praktyk zarządzania kapitałem ludzkim w szpitalu na przykładzie rozwiązań stosowanych w publicznym konsorcjum medycznym Staedtisches Klinikum Muenchen w Niemczech

Zakład Opieki Zdrowotnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp

W zachowaniu się człowieka, w angażowaniu się w pracę i obowiązki zawodowe ważną rolę spełnia zawsze motywacja, rozumiana jako proces zarządczy wyborem, którego dokonuje jednostka, kierując się dążeniem do osiągnięcia ustalonych celów. W związku z tym bardzo istotne jest z punktu widzenia procesu kierowniczego stworzenie takiego systemu motywowania aby rozbudzać i utrzymywać na odpowiednim poziomie motywacje swoich pracowników. Motywacja jest złożonym układem i całościową reakcją jednostki na sytuację pracy, wykonywane zadania i skutki pracy.

Motywowanie pracowników sektora ochrony zdrowia jest szczególnym wyzwaniem. Dyrektor placówki medycznej zarządza jednostką, która bywa najczęściej jednym z największych przedsiębiorstw w mieście lub w powiecie, zatrudnia kilkaset lub nawet ponad tysiąc osób, ponosi odpowiedzialność nie tylko za pracowników, ale także za pacjentów. Jeśli jeszcze dodamy, że wszystko to odbywa się przy słabym finansowaniu szpitali można wyobrazić sobie jakim złożonym i odpowiedzialnym zadaniem jest zarządzanie kapitałem ludzkim i odpowiednie, skuteczne motywowanie pracowników podmiotu leczniczego.

Cel

Celem pracy była identyfikacja dobrych praktyk zarządzania personelem ludzkim w kontekście motywowania pracowników w publicznym konsorcjum medycznym Staedtisches Klinikum Muenchen w Monachium, w Niemczech, możliwych do zastosowania w polskiej praktyce gospodarczej.

Metodologia badania

Do przygotowania pracy wykorzystano szereg pozycji literaturowych, a także informacje uzyskane w procesie badania dokumentacji wewnętrznej placówki. Przede wszystkim korzystano z dokumentu Personalbericht (roczne sprawozdanie z procesów zarządzania personelem w konsorcjum). Ponadto, w pracy przedstawione zostały wyniki

otrzymane w toku współpracy z osobami zarządzającymi konsorcjum oraz informacje uzyskane od pracowników Działu Kadr.

Wyniki pracy przedstawiono w czterech częściach. W pierwszej z nich omówiono teoretyczne pojęcia związane z motywacją i motywowaniem pracowników. Kolejno scharakteryzowano uwarunkowania systemu ochrony zdrowia w Niemczech. Przedstawiono także krótką charakterystykę konsorcjum medycznego Staedtisches Klinikum Munchen w Monachium oraz zaprezentowano wyniki badania w zakresie dobrych praktyk z zakresu motywowania pracowników niniejszego konsorcjum.

Wyniki

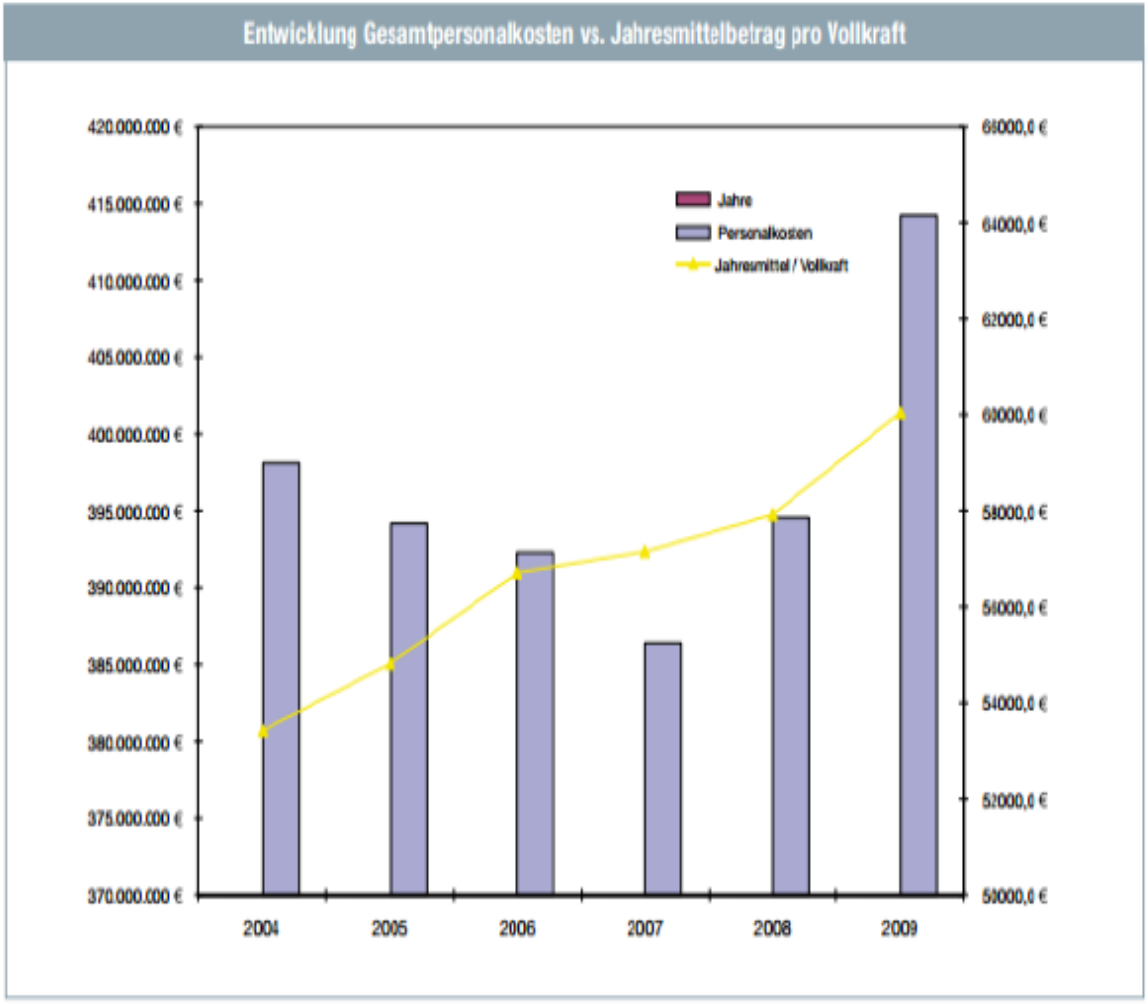
Charakterystyka konsorcjum medycznego Staedtisches Klinikum Muenchen z uwzględnieniem aspektów kapitału ludzkiego

Staedtisches Klinikum Muenchen to największe publiczne konsorcjum medyczne zaopatrujące w świadczenia medyczne niemiecki land Bawarię. W skład StKM wchodzi pięć specjalistycznych szpitali: Klinikum Bogenhausen, Klinikum Harlaching, Klinikum Neuperlach, Klinikum Schwabing oraz Klinikum Thalkirchner Strasse. Ponadto do konsorcjum należą: Akademie – zespół kształcący i doszkalający obecnych oraz potencjalnych pracowników, Blutspendedienst (centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa), Facility Management (centrum zaopatrzenia) oraz Medizet (centrum diagnostyczne wraz z apteką).

Podmiotem założycielskim jest miasto Monachium, które w roku 2005 zdecydowało się na przekształcenia i utworzenie z pięciu obecnych klinik jednego konsorcjum medycznego. Niezbyt dobra sytuacja finansowa poszczególnych szpitali publicznych w Monachium zmusiła władze do przekształceń i konsolidacji niektórych działów (tj. dział kadr, finansowy, kontroli, zamówień publicznych, jakości czy marketingu i komunikacji), które zostały połączone i obsługują pięć przynależnych do konsorcjum klinik.

Na przestrzeni ostatnich lat konsorcjum zatrudnia w sumie od 8.000 do 8.500 pracowników. Koszty związane z zatrudnieniem niniejszego personelu wynoszą ponad 8 milionów euro rocznie i z roku na rok są coraz wyższe (Ryc. 1). Średni wiek zatrudnionego personelu wynosił 42 lata. Ponad 70% zatrudnionego personelu stanowiły kobiety. Przepływ kadr plasował się na poziomie ok. 8.7% rocznie. Bardzo ciekawym i nieczęsto spotykanym w polskich warunkach jest fakt, iż StKM zatrudnia pracowników 76 narodowości, z czego 18% stanowią pracownicy zagraniczni. Konsorcjum stara się wspierać również pracowników niepełnosprawnych, i tak aż 6% personelu stanowią osoby z ciężkim stopniem

niepełnosprawności. Przedsiębiorstwo medyczne prężnie inwestuje w swój personel, o czym świadczy fakt, że rocznie pracownicy biorą udział w sumie ponad 600 zewnętrznych szkoleniach, kursach i seminariach, na które zapisuje się ok. 6000 pracowników. Ponadto konsorcjum kształci około 1000 studentów (zarówno medycyny jak i nauk pokrewnych) rocznie.



Ryc. 1. Wzrost kosztów ponoszonych na zatrudnianie personelu na przełomie lat 2004-2009. Źródło: Perosnalbericht StkM 2008

Identyfikacja dobrych praktyk zarządzania kapitałem ludzkim w kontekście motywowania pracowników StKM

Trzy główne dewizy przeświecające zarządowi bawarskiego konsorcjum to motywowanie pozytywne, transparentność nagradzania personelu każdego szczebla oraz inwestycja w motywatory pozafinansowe.

Jeszcze parę lat temu firmy zatrudniające pracowników mogły budować motywację opartą na strachu. Ludzie pracowali dobrze, bo bali się kar dyscyplinarnych, obniżki wynagrodzenia, zwolnienia. W nowoczesnej gospodarce rynkowej, gdzie wykwalifikowana kadra jest najważniejsza, użycie strachu jako narzędzia zarządzania jest jednak dla pracodawcy nieopłacalne. Z badań wynika, iż niniejszą zasadą kierowali się także managerowie Staedtisches Klinikum Muenchen.

W wyniku prowadzonych badań managerowie niejednokrotnie podkreślali, że jedną z głównych zasad w zarządzaniu personelem ludzkim, w tym także w procesie motywowania pracowników jest zasada transparentności – jawności stosowanej zarówno w kwestii wynagrodzeń (choć jest ona stosowana już tylko na danym szczeblu), zakresie obowiązków, a także możliwości i rodzaju otrzymania gratyfikacji.

Czynnik finansowy stanowi główne źródło napędowe skłaniające człowieka do podjęcia pracy, pozostania w niej i rozwijania się. Od tego ile zarobimy zależy na jaki standard życia będzie nas stać, ale jednocześnie światowe badania (m.in. badania prowadzone przez Timbor Scitkovsky wyniki, których opublikowane zostały na łamach czasopisma naukowego Journal of Public Policy & Marketing) udowadniają, że bogacąc się zmieniamy jedynie komfort życia, ale nie zwiększamy przyjemności z niego. Wyniki niniejszych badań potwierdzają tym samym, iż lepszą inwestycją, a tym samym skuteczniejszym działaniem jest motywacja pozafinansowa.

Środki motywacji pozapłacowej to wszystkie elementy pakietu wynagrodzenia, które pracownik otrzymuje w formie materialnej, niepieniężnej, możliwe jednak do przeliczenia na pieniądze. Sposób wiązania świadczeń ze stanowiskiem może mieć charakter stały, tzn. jakaś forma benefitów jest do niego przypisana, lub opcjonalny, tzn. dany pracownik sam wybiera spośród różnych możliwości świadczenie najbardziej mu odpowiadające. Ten ostatni system nosi nazwę kafeteryjnego. W wyniki badania zidentyfikowano niniejsze elementy tego systemu, stosowane przez kadrę zarządzającą StKM:

- *Mieszkanie służbowe* – konsorcjum posiada własne bloki mieszkaniowe, które są możliwe do wynajęcia tylko i wyłącznie dla pracowników przedsiębiorstwa medycznego. Mieszkania wynajmowane są na wyjątkowo dogodnych warunkach finansowych.
- *Karnety wstępu oraz kupony na usługi* – także te metody motywowania pozafinansowego stosowane są przez managerów StKM. Pracownicy podczas przedłużenia umowy (po zakończeniu okresu próbnego) otrzymują zestaw kuponów

(np. na korty tenisowe, kręgielnię, siłownię, basen, do klubu fitness, gabinetu odnowy biologicznej, ośrodków kultury, teatru, kin, restauracji czy zniżki w niektórych sklepach).

- *Korzystanie z bufetu firmy* – każdy ze szpitali konsorcjum posiada oddzielną kuchnie dla pacjentów, restaurację dla gości, a także kantynę dla personelu. Pracownicy (jedynie za pomocą karty) mogą nabywać wysokiej jakości posiłki po bardzo korzystnych cenach.
- *Zwrot kosztów lub bezpłatne dokształcania* (studia wyższe, podyplomowe, specjalistyczne kursy) – to formy kształcenia personelu korzystne zarówno dla samych pracowników jak i pracodawcy. Jak wcześniej zostało już wspomniane przy konsorcjum działa instytucja kształcąca Akademie, która rocznie organizuje ponad 600 bezpłatnych kursów doszkalających obecnych pracowników.
- *Składki za członkostwo w krajowych i międzynarodowych stowarzyszeniach branżowych* – wielu lekarzy i pielęgniarek zatrudnionych w konsorcjum ma zagwarantowane bezpłatną przynależność do stowarzyszeń. Zabieg ten podnosi także prestiż samych placówek.
- *Prenumerata fachowych pism* – StKM zapewnia dla personelu prasę branżową w formie elektronicznej oraz papierowej.
- *Ubrania służbowe* – personel medyczny i paramedyczny ma zagwarantowaną odzież służbową, a także równowartość pieniężna za ew. samodzielne na pranie odzieży.
- *Wyjazdy integracyjne* – konsorcjum corocznie organizuje wycieczki integracyjne dla personelu poszczególnych klinik. Działanie to umożliwia lepszą integrację zespołu, a także emocjonalnie przywiązuje pracownika do firmy.

Podsumowanie

Podsumowując należy podkreślić, iż placówka medyczna jest jedną z najtrudniejszych do zarządzania form przedsiębiorstwa, przede wszystkim ze względu na swoją specyfikę działania. Oparta jest ona na nieograniczoności potrzeb zdrowotnych pacjentów przy stałym postępie metod diagnostycznych i leczniczych. Niezwykle istotne są kwestie efektywnego wykorzystania wszelkich zasobów, w tym przede wszystkim kapitału ludzkiego, stanowiącego część kapitału intelektualnego przedsiębiorstwa. Ważną kwestią jest swoisty charakter rynku usług medycznych, który w literaturze przedmiotu określany jest mianem quasi rynku – pseudo rynku, co oznacza, że nie rządzi się wszystkimi prawami gospodarki wolnorynkowej. Dlatego też funkcja nowoczesnego menadżera we współczesnym

przedsiębiorstwie o charakterze medycznym, musi być oparta na konsolidacji dwóch wartości: wiedzy i doświadczenia. Managerowie przyszłości to Ci, którzy będą zmieniać rzeczywistość za pomocą nowych, przełomowych rozwiązań, nowych strategii i dobrych, sprawdzonych praktyk. To ci, którzy umiejętnie będą przewidywać przyszłość, a swoimi innowacyjnymi rozwiązaniami wyprzedzać konkurencję. W wyniku prowadzenia niniejszych badań managerowie niejednokrotnie podkreślali, iż ich największym wyzwaniem w zarządzaniu placówką medyczną jest skuteczne motywowanie oraz angażowanie personelu. Niejednokrotnie potwierdzali oni, że to właśnie poziom zaangażowania pracowników stanowi miernik skuteczność zarządzania nie tylko kapitałem ludzkim, ale także całym podmiotem medycznym. Zgodnie z literaturą przedmiotu zaangażowanie pracowników może przejawiać się w różnych formach – jako zaangażowanie wobec firmy, w której są zatrudnieni, zaangażowani w pracę, zawód, który wykonują lub w środowisko społeczne, w którym funkcjonują. Managerowie podkreślali, że każda z niniejszych form zaangażowania pracowników jest ich sukcesem i prywatnym utwierdzeniem, iż ich sposób zarządzania jest właściwy. Prowadzone przeze mnie badania pokazały także, że pomimo, iż sam proces motywowania pracowników jest żmudny, a na efekty niekiedy trzeba długo czekać, to efekt usatysfakcjonowanego pracownika jest dla managera jedną z największych satysfakcji. Często silniejszą emocjonalnie niż wynik finansowy.

Piśmiennictwo

1. Baller G., Schaller B.: Mitarbeitern Motivation im Krankenhaus, Das Krankenhaus, Heidelberg, 2010.
2. Buchelt – Nawara B.: Strategiczne aspekty zarządzania zasobami ludzkimi w wojewódzkich samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej – szpitalach – w kontekście emigracji personelu medycznego wyższego i średniego szczebla po wejściu Polski do Unii Europejskiej, Raport Akademii Ekonomicznej w Krakowie, Kraków, 2006.
3. Budgol M., Bugaj J., Stańczyk I. 2012, Procesy zarządzania zasobami ludzkimi w służbie zdrowia, Wyd. Continuo, Wrocław, 2012.
4. http://www.aerzteblatt.de/archiv/136955/Krankenhaeuser-Wie-Fuehrung-Motivation-zerstoert, data pobrania 18.08.2013
5. http://www.emedyk.pl/artykul.php?idartykul_rodzaj=10&idartykul=545,data pobrania 18.08.2013

6. Juchnowicz M. 2010, Zarządzanie przez zaangażowanie, PWE, Warszawa, 2010.
7. http://www.klinikum-muenchen.de/, data pobrania 18.08.2013
8. http://www.klinikum-muenchen.de/fileadmin/01-Unternehmen/05-Berichte/Personalbericht_StKM_2008.pdf, data pobrania 18.08.2013
9. Kłak A., Mińko M., Siwczyńska D.: Strategy for public health in the German healthcare system, Changes in Public Healht Pragmatics, Poznań, 2012.
10. Kubat M.: Pozafinansowe czynniki motywacyjne w pracy, Wojewódzki Urząd Pracy w Łodzi, Łódź, 2012.
11. Mińko M., Krzych-Fałta E.: Prioritety v sisteme zdravohraneniya Germanyi, Nauchnaya Diskusiya: Voprosy Mediziny, Moskwa, 2012.
12. Religioni U., Mińko M., Siwczyńska D., Barańska A.: The application of quality management conceptions in medical facilities, Logistyka, 2012. 5.
13. Sienkiewicz Ł.: Elastyczność zatrudnieniowa Polaków jako determinanta decyzji zatrudnieniowych [w:] Juchnowicz M. (red.) Postawy Polaków wobec pracy w zarządzaniu kapitałem ludzkim, Oficyna a Wolters Kluwer business, Kraków, 2009,
14. Sikorski C.: Motywacja jako wymiana - modele relacji między pracownikiem a organizacją, Wyd. DIFIN, Warszawa, 2004.
15. Staake K., Haschke D., Rafler H.: Konzepte zur Erhöhung der Mitarbeiter-Compliance, Bergmannastrost, Halle, 2012.
16. Von Eif W., Stachel K.: Unternehmenskultur im Krankenhaus, Bertelsmann Stiftung, Berlin, 2007.
17. Zielińska J.: Motywowanie do pracy na przykładzie Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 we Wrocławiu, Wydawnictwo Promotor, Wrocław, 2010.

Mińko Magdalena

Kreowanie polityki zdrowotnej w dobie makdonaldyzacji społeczeństwa – case study

Zakład Opieki Zdrowotnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp

Polityka zdrowotna określana jest mianem wyboru priorytetowych celów działania systemu ochrony zdrowia. Jej kreowanie nie może ograniczać się jedynie do aktualnych krajowych aspektów, a powinno mieć odniesienie do sytuacji na świecie. W niniejszym artykule naukowym zawarto nie tylko uwarunkowania kreowania polityki zdrowotnej, ale także oceniono postępujące zjawisko makdonaldyzacji społeczeństwa i jego wpływ na kształtowanie niniejszej polityki. W obecnych czasach zjawisko to charakterystyczne jest przede wszystkim Stanów Zjednoczonych, dlatego też główny nacisk zostanie położony na sytuację zdrowotną w tym kraju.

Sytuacja zdrowotna w Stanach Zjednoczonych

Jak pokazują badania przeprowadzone przez Instytut Psychologii Zdrowia działający przy Polskim Towarzystwie Psychologicznym Amerykanom doskwiera przede wszystkim cukrzyca i otyłość. Wyniki te potwierdzają także inne popularno-naukowe zestawienia, m.in. raport Health United State of America 2003, który jest przekrojowym raportem uwzględniającym dane statystyczne federalnych instytucji ochrony zdrowia, a także badania statystyczne U. S. Census Bureau, opracowane przez ośrodek analiz statystycznych w ochronie zdrowia przy Centers for Disease Control and Prevention – agencji rządu federalnego USA, wchodzącej w skład Department of Health and Human Services.

Wg powyższych raportów stan zdrowia Amerykanów poprawia sie, a długość życia zdecydowanie się zwiększa. Rosnącym problemem jest jednak wspomniana juz cukrzyca i związana z nią otyłość - w latach 1997-2002 odsetek Amerykanów, u których stwierdzono cukrzycę, zwiększył się o 27%. W specjalnym rozdziale poświęconym cukrzycy autorzy raportu zwrócili uwagę, że w 2002 r. chorobę tę rozpoznano u 6,5% dorosłych Amerykanów. Dla porównania, w 1997 r. cukrzycę stwierdzono u 5,1%. W innym niedawno opublikowanym badaniu liczbę rozpoznanych przypadków cukrzycy u osób dorosłych oceniono na 12 mln i

oszacowano, że u kolejnych 5 mln chorych cukrzyca pozostaje nierozpoznana. W 2001 r. cukrzyca była piątą w kolejności najczęstszych przyczyn zgonów wśród kobiet i szóstą wśród mężczyzn. Zachorowania na cukrzycę i inne choroby przewlekłe wiążą się z najważniejszymi czynnikami ryzyka - otyłością, paleniem tytoniu i brakiem aktywności fizycznej - których występowanie oceniano w raporcie. Na przestrzeni ostatnich 20 lat podwoił się odsetek otyłych Amerykanów - z 15% w latach 1976-1980 do 31% w okresie 1999-2000. Szacuje się, że w latach 1999-2000 nadwaga lub otyłość występowała u 65% dorosłych Amerykanów.

W raporcie na temat stanu zdrowia Amerykanów znalazły się także pozytywne wskaźniki. Średnia długość życia w 2001 r. zwiększyła się w porównaniu z rokiem 1990 o prawie dwa lata i wyniosła 77,2 roku (79,8 dla kobiet i 74,4 dla mężczyzn). Zmniejszyła się umieralność niemowląt - w 2001 r. na 1000 żywych urodzeń odnotowano średnio 6,8 zgonów. Poprawiły się też wskaźniki dotyczące szczepień ochronnych i opieki prenatalnej. W 2002 r. szczepieniom poddano 78% dzieci między 19. a 35. miesiącem życia. W tym samym roku przeciwko grypie zaszczepiły się dwie trzecie osób w podeszłym wieku. Opieką prenatalną w 2001 r. objęto 83% kobiet w pierwszym trymestrze ciąży - w roku 1990 ich odsetek wyniósł 76. W latach 1997-2000 badaniom cytologicznym w kierunku raka szyjki macicy poddało się 81% kobiet po 18. r. ż. - 10 lat wcześniej było ich 74%.

Kolejnym dość istotnym, a pomijanym w ostatnim czasie problemem z jakim borykają się Stany Zjednoczone Ameryki są samobójstwa. Po raz pierwszy badania zrobione na tak dużą skalę pokazały, że 8,3 milionów dorosłych Amerykanów, czyli 3,7 procent wszystkich Amerykanów, poważnie rozważało samobójstwo. Tylko w zeszłym roku. 2,3 milionów przełożyło plany samobójcze, a 1,1 milionów osób faktycznie podjęły próbę odebrania własnego życia. Te próby samobójcze stanowiły 0,5 procent wszystkich dorosłych Amerykanów. Około 32 tys. wszelkich usiłowań samobójstw w Stanach Zjednoczonych każdego roku są tragiczne w skutkach. Alarmujące wyniki badań przeprowadzonych przez Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) wskazały również, że młodsi są bardziej skłonni do odebrania swojego życia. Badanie w 2008 r. było przeprowadzone na 46.190 osobach w wieku 18 lat i starszych. Wyniki badań pokazują, że różnice w myślach samobójczych, planach przeprowadzenia samobójstwa i rzeczywistych prób samobójczych związane są z wiekiem. Eric Broderick, SAMHSA podkreśla: "*To badanie daje znacznie większe zrozumienie, jak*

wszechobecne jest ryzyko samobójstwa w naszym kraju oraz jak wielu z nas to potencjalnie dotyczy."

Makdonaldyzacja społeczeństwa

Makdonaldyzacją społeczeństwa określany jest proces stopniowego upowszechniania się zasad działania, funkcjonowania oraz odżywiania popularnych w barach szybkiej obsługi we wszystkich dziedzinach życia społecznego. Temat ten został po raz pierwszy omówiony przez amerykańskiego profesora socjologii już w latach 60. XX wieku.

Obecnie istnieje mnóstwo sposobów makdonaldyzacji naszego życia, manipulowania nim za pomocą zracjonalizowanych instytucji. Makdonaldyzacja manipuluje człowiekiem już zanim przyjdzie on na świat, a także po jego śmierci, w czasie pochówku. Sam proces przekracza coraz to nowe granice i nie widać siły, która na dłuższą metę mogłaby się mu oprzeć.

Warto wrócić do początków rozwoju procesu makdonaldyzacji, którego to początki były całkiem skromne. Nikt nawet w najśmielszych snach nie przewidywał, że z małego kiosku w Pasadenie w Kalifornii, założonego przez braci McDonald w 1937 roku, narodzi się tak potężny proces, który będzie zmieniał oblicze całego świata. Bracia McDonald w 1961 roku sprzedali swoją firmę genialnemu menadżerowi Rayowi Kroc. Od tego momentu można mówić o bardzo dynamicznym rozwoju instytucji zmakdonaldyzowanych w świecie. Czterema wyznacznikami sukcesu makdonaldyzcji są: efektywność, polegająca na wyborze optymalnych środków do osiągania zamierzonego celu (ograniczona liczba dań, standaryzacja potraw, jednolite ich przygotowywanie); kalkulacyjność - opiera się na nacisku na ilość, a nie na jakość; przewidywalność, która zaspokaja u współczesnego człowieka jedną z jego podstawowych potrzeb - potrzebę informacji; możliwość manipulacji - pozwala kontrolować klienta i pracowników.

Makdonaldyzacja - dla jednych “najlepsza forma obsługi w dziejach ludzkości”, dla innych “ucieleśnienie najgorszego, co istnieje w amerykańskiej kulturze masowej”. Zdania na temat makdonaldyzacji są podzielone. I nie jest tak, że makdonaldyzacja niesie z sobą same zagrożenia. To właśnie za jej sprawą towary i usługi stały się znacznie dostępniejsze dla większej liczby ludzi, człowiek prawie natychmiast może zaspokajać swoje potrzeby, towary i usługi odznaczają się bardziej ujednoliconą jakością, istnieje szeroki wybór tańszych odpowiedników towarów luksusowych - przeznaczony dla klientów mniej zamożnych, klienci traktowani są w

taki sam sposób.

Kreowanie polityki zdrowotnej w obliczu procesy makdonaldyzacji

W części podsumowującej chciałabym określić wpływ amerykańskiego stylu życia, procesu makdonaldyzacji oraz globalizacji problemów zdrowotnych na kreowanie polityki zdrowotnej w Polsce.

Z badań wynika, że coraz częściej naśladujemy amerykański styl życia, oglądamy amerykańskie filmy i obchodzimy komercyjne, zachodnie święta. Wielu młodych ludzi nie zauważa, że w ten sposób wyrzekamy się własnej kultury, wiary i ideałów. „Amerykanizacja" jest zjawiskiem coraz częściej występującym wśród Polaków. W naszym kraju mieliśmy już do czynienia z podobnym zjawiskiem: przymusową germanizacją i rusyfikacją. Amerykanizacja ma to do siebie, że nie jest procesem wymuszonym, lecz zjawiskiem, któremu Polacy poddają się dobrowolnie. Polacy przejęli od Amerykanów szybki i łatwy sposób odżywiania. Obecnie w każdym większym, szanującym się mieście znajduje się jakiś z dobrze znanych wszystkim Fast food`ów. W ciągłej gonitwie za pieniędzmi, pośpiechu, a także z powodu braku czasu, tradycja wspólnego, rodzinnego spożywania posiłku została zamieniona samotną konsumpcją w barach szybkiej obsługi.

Świat anglosaski przez całe stulecia stanowił margines cywilizacji zachodniej i oto nagle, w połowie XX wieku, to właśnie amerykański styl życia stał się wzorcem, który reszta naszej cywilizacji postrzega jako modelowy. Przytaczając słowa jednego ze słynnych dziennikarzy: "Ameryka jest strasznie prowincjonalna i tandetna. Ma niesamowitą przyrodę, piękne krajobrazy, ale dla mieszkańców prowincji centrum życia kulturalnego jest mall lub bar. Tam, miedzy pizzą a salonem gier; przy bilardowym stole, z kuflem budweisera utwierdzają się w przekonaniu, że drapieżna konsumpcja stanowi zarazem najwyższą cnotę i najdoskonalszą formę samorealizacji. Że nie człowiek stanowi miarę rzeczy, tylko rzecz stanowi miarę człowieka." W idei tej tkwi makabryczna, dla życia duchowego, zasada materializmu i traktowania pieniędzy jako celu samego w sobie, gdyż jest to zezwolenie nie zaspokajalnego apetytu na pieniądze i chęci zysku za wszelką cenę.

Podsumowując chciałabym raz jeszcze podkreślić, jak trudne jest kreowanie polityki zdrowotnej służącej poprawie zdrowia społeczeństwa oraz ciągłego podnoszenia jakości życia

obywateli w dobie makdonaldyzacji. Złe nawyki żywieniowe oraz coraz częstsze problemy natury psychicznej prowadzą do szerzenia się chorób przewlekłych, czyli tych, które są najtrudniejsze do zdiagnozowania, leczenia oraz hamowania ich rozprzestrzeniania. W największym też stopniu obciążają budżet finansowy jakim dysponuje system ochrony zdrowia. W kontekście makdonaldyzacji społeczeństwa najbardziej efektywną oraz najczęściej rekomendowaną formą działania polityki zdrowotnej jest promocja zdrowia, która umożliwia zwiększenie kontroli nad uwarunkowaniami zdrowia w celu poprawy stanu zdrowia społeczeństwa.

Piśmiennictwo

1. http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/hus03.pdf, data pobrania 24.04.2014.
2. https://www.census.gov/, data pobrania 24.04.2014.
3. http://www.oil.org.pl/xml/oil/oil68/gazeta/numery/n2009/n200912/n20091222, data pobrania 24.04.2014.
4. http://www.samhsa.gov/, data pobrania 24.04.2014.
5. Janiszewska M., Barańska A., Firlej E., Mińko M., Zabłocka K.: Zdravohranitelnaya polityka v zadanyach territorialnoho samoupravleniya, Nauchanya diskusya: voprosy mediciny
6. Mińko M., Siwczyńska D., Mińko M., Barańska A., Siwczyński K., Religioni U., Bolesta Ł.: Evidence Based Policy as a basis for health policy-making, Book of Abstracts – 8th Bialystok International Medical Congress for Young Scientists

WYBRANE PROBLEMY INTERDYSCYPLINARNEJ OPIEKI NAD PACJENTEM



Dorota Koncewicz

Komunikacja w praktyce klinicznej

Akademicki Zespół Szkół w Suwałkach przy Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. prof. Edwarda F. Szczepanika w Suwałkach

Komunikacja interpersonalna jest przedmiotem zainteresowań wielu dziedzin. Coraz bardziej powszechne stają się różnorodne formy doskonalenia umiejętności w zakresie komunikacji dla pracowników medycznych, co wskazuje to na potrzebę rozwijania kompetencji komunikacyjnych (w tym bardzo specyficznych, jak język migowy, czy system Braille'a) w gronie osób, które zajmują się leczeniem w szerokim tego słowa znaczeniu.

Ten artykuł ma być syntetycznym przedstawieniem wybranych aspektów związanych z komunikacją w procesie leczenia.

Komunikacja z pacjentem jest bardzo ważnym czynnikiem mającym wpływ na proces leczenia i zdrowienia. Przestrzeganie zasad prawidłowej komunikacji przez personel, pomaga choremu lepiej radzić sobie z sytuacją choroby. Dobra relacja chorego z personelem buduje poczucie bezpieczeństwa, atmosferę zaufania, zrozumienia. Doświadczam tego w swojej pracy ilekroć spotykam się z pacjentem, jego rodziną i personelem medycznym na zajęciach w szpitalu i innych placówkach ochrony zdrowia. W czasie tych zajęć spotykałam wielu pacjentów, także ze specyficznymi potrzebami komunikacyjnymi. Mam tu na myśli np. pacjentów niesłyszących, niewidomych, z zaburzeniami psychicznymi, chorobami ośrodkowego układu nerwowego i wielu innych. W związku z tym, chciałabym zwrócić uwagę na pewne elementy procesu leczenia w kontekście komunikacyjnym. Oczekiwania pacjenta na każdym etapie leczenie są różne. Mają wpływ na postrzeganie sytuacji choroby, relacji z personelem, efektów leczenia, poczucia bycia rozumianym. Umiejętność rozpoznania tych oczekiwań, przedstawienia sytuacji pacjenta, baczne obserwowanie i odczytywanie komunikatów pacjenta ważne z perspektywy aktywnego uczestniczenia chorego w procesie leczenia, wymagają praktycznej znajomości zasad prawidłowej komunikacji. A nie może być mowy o prawidłowej komunikacji, jeśli obie strony posługują się innym „językiem" i nie potrafią odczytać i zinterpretować swoich komunikatów.

Kontakty z pacjentami, z personelem szpitala i z moimi pracującymi absolwentami spowodowały, że bardziej uświadomiłam sobie potrzebę kształcenia „medyków" w zakresie rozwijania kompetencji komunikacyjnych.

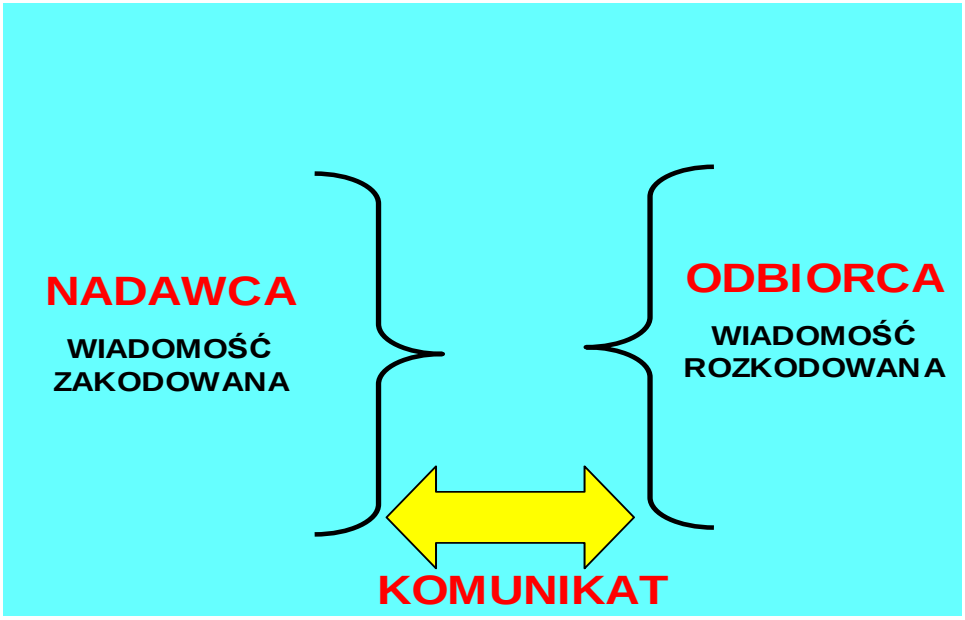
Zanim przejdę do omówienia konkretnych zagadnień, pragnę przypomnieć najistotniejsze informacje dotyczące komunikacji w ogóle.

Wymiana informacji między ludźmi stanowi podstawę funkcjonowania w określonej społeczności. Wymiana informacji stanowi też podstawę procesu komunikacji.

Dla potrzeb tego opracowania skupię się na komunikacji interpersonalnej, która z kolei stanowi podstawę w relacji chory – personel medyczny.

Nyklewicz pisze, że „*celem komunikacji interpersonalnej jest uzyskanie porozumienia między uczestniczącymi w niej osobami. Ludzie porozumiewają się ze sobą, aby wyrazić: swoje myśli, przekonania, pragnienia, emocje, odczucia, wymienić posiadane informacje, uzgodnić poglądy, wydać polecenia, wykonać wspólne zadania, uzyskać pomoc i pomagać innym, uczyć się i nauczać, bawić się, kreować siebie i otoczenie”*[1].

Struktura procesu komunikowania się nie jest skomplikowana. Schematycznie możemy przedstawić ją w sposób następujący:



Schemat procesu komunikacji – opracowanie własne

Gdzie **NADAWCA** oznacza nadawcę komunikatu, **ODBIORCA** jego odbiorcę; zaś strzałka wymianę informacji, które mają charakter zwrotny.

Jednak istotę tego procesu stanowi jego **skuteczność**.

Na skuteczność porozumiewania się będzie wpływać szereg czynników, między innymi:

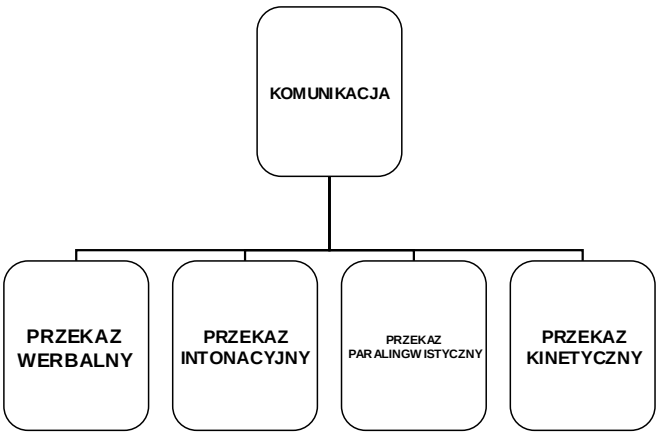
- nadawca powinien posługiwać się językiem (kodem) znanym odbiorcy

- intencja nadawcy powinna być czytelna dla odbiorcy
- należy zapewnić dopływ informacji zwrotnych.

Możemy więc przyjąć, że u podstaw skutecznego porozumiewania się leży „*zgodność pomiędzy tym, co chciało się zakomunikować, a tym, co partner zrozumiał*" [2],

W celu zachowania skuteczności porozumiewania się zarówno nadawca, jak i odbiorca powinien przestrzegać pewnych zasad tj.: podmiotowe traktowanie rozmówcy, co oznacza, że potrzeby i oczekiwania obu stron są równie ważne; formułowanie jasnych, jednoznacznych wypowiedzi, zrozumiałych dla rozmówcy; udzielanie informacji zwrotnych; zachowanie zgodności między przekazem słownym a mową ciała; uważne słuchanie; nie ocenianie rozmówcy; nie krytykowanie; zachowanie kontaktu wzrokowego; nie udzielanie rad; potwierdzanie, czy dobrze odebrana została intencja nadawcy.

Na proces komunikacji możemy też spojrzeć biorąc pod uwagę elementy, które wchodzą w jego skład. Przedstawia się to następująco:



Schemat komunikacji – opracowanie własne na podstawie Mayerscough, Ford [3]

Ze schematu wynika, że w procesie komunikacji jednocześnie nakładają się na siebie różne kanały przekazu informacji, tj. :

- **przekaz werbalny**, czyli dobór wypowiadanych słów
- **przekaz intonacyjny**, czyli wysokość, ton i modulacja głosu
- **przekaz paralingwistyczny** - dźwięki i wypowiedzi niewerbalne
- **przekaz kinetyczny**, czyli język ciała [4].

Analiza poszczególnych form przekazu wydaje się ważna dla lepszego uświadomienia sobie złożoności procesu komunikacji, ale także naszego bardziej świadomego udziału w tym procesie.

I tak po kolei biorąc pod uwagę przekaz werbalny musimy pamiętać o doborze słów, pojęć znanych i zrozumiałych dla naszego rozmówcy, dostosowanych do jego możliwości intelektualnych, wykształcenia. W przekazie intonacyjnym powinniśmy pamiętać, że nasz głos jest nośnikiem emocji, a jego natężenie, modulacja informują o tym, że np. przekazujemy informacje poufne – mówienie szeptem, głos podniesiony może wyrażać gniew lub niepokój, ciepły głos może oznaczać zainteresowanie i przyjazne uczucia. Na jakość przekazu będą też wpływały dźwięki i wypowiedzi niewerbalne, które mogą świadczyć o naszym aktualnym nastawieniu do odbieranych informacji np. nosowe „hm-hm" może wyrażać nasze zrozumienie; gwałtowny wdech - zaskoczenie, czy sapnięcie - znudzenie lub obrzydzenie. Wiele informacji niesie także przekaz kinetyczny, czyli język ciała. Często jest on bardzo informacyjnym elementem w procesie komunikacji, potwierdzającym wiarygodność odbieranych informacji. Mówiąc o języku ciała należy wymienić następujące elementy: kontakt wzrokowy, położenie i ruchy głowy, ruchy ciała i gesty, dotyk i kontakt fizyczny, intonacja. Znaczenie tych elementów w procesie komunikacji z chorym jest bardzo istotne.

„*Kontakt z człowiekiem chorym stanowi specyficzną relację interpersonalną, której charakter z jednej strony określony jest przez chorobę i osobistą sytuację życiową pacjenta, a z drugiej – przez postawę i podejście osoby udzielającej pomocy*" [1].

Przedstawione wyżej warunki prawidłowej komunikacji odnoszą się także do procesu komunikacji z chorym. Jednak w sytuacji choroby przestrzeganie ich nabiera szczególnego znaczenia. Biorąc pod uwagę schemat komunikacji, powinniśmy pamiętać, że stronami, czyli nadawcą i odbiorcą, staje się chory i personel medyczny. Każda ze stron wnosi do tej relacji swoje doświadczenia, wiedzę, sposób postrzegania świata, sposób budowania komunikatów, różny poziom samoświadomości, wreszcie swój specyficzny sposób interpretowania rzeczywistości. W przypadku chorego pojawia się jeszcze jeden istotny element – choroba, która będąc specyficzną sytuacją, również stanowi „zbiór komunikatów" [4]. Personel do tej relacji wnosi dodatkowo swoją wiedzę kliniczną i umiejętności zawodowe.

Personel prowadzi z pacjentem wiele rozmów, które dotyczą np. doświadczeń pacjenta, jego problemów, ale także mogą mieć na celu przekazanie trudnych, wręcz złych informacji, czy wreszcie mogą mieć charakter zaleceń, instrukcji, porad. W związku z tym każdy taki kontakt powinien być efektywny, celowy i terapeutyczny. Co to oznacza? Otóż

musimy uświadomić sobie, że u podstaw skutecznego porozumiewania się leży wykorzystywanie odpowiednio dobranych komunikatów werbalnych, niewerbalnych, to z kolei ma wpływ na skuteczność prowadzonych działań diagnostycznych i terapeutycznych. Natomiast o kontakcie terapeutycznym możemy mówić wtedy, kiedy uwzględnia on „*kontekst sytuacji, w której się odbywa. Kontekst ten mieści w sobie cechy choroby i jej subiektywny obraz wytworzony w świadomości pacjenta, trudności, jakie choroba stwarza dla zaspokojenia podstawowych potrzeb psychicznych, jego osobowość, stosowane mechanizmy obronne i reakcje adaptacyjne, style radzenia sobie ze stresem oraz sytuację społeczną – rodzinną i zawodową, ale także cechy osoby udzielającej pomocy tj. wiedza o problemach pacjenta, postawa, jaka wobec niego przyjmuje oraz posiadane kompetencje i umiejętności interpersonalne*" [1].

Komunikację z pacjentem wypełnia mówienie, słuchanie i reagowanie na jego potrzeby. Wszystko to opiera się o bezpośredni kontakt z pacjentem, w którym zwracamy uwagę na dwa rodzaje komunikatów: werbalne i niewerbalne. Zachowanie spójności między nimi powoduje przebieg procesu komunikowania bez zakłóceń. W komunikacji werbalnej, kiedy **słowa** są sygnałami, którym znaczenie nadaje odbiorca, podstawowym źródłem nieporozumienia może być sposób interpretacji ich przez odbiorcę. Ale to właśnie słowa umożliwiają nam weryfikowanie spostrzeżeń, potwierdzenie, czy prawidłowo odebraliśmy intencje nadawcy. Okazuje się jednak, że przekaz słowny to zaledwie niewielka część przekazu informacji (7%) (za O'Connor, Seymour 1996) [1]. Komunikacja niewerbalna stanowi istotę przekazu informacji, co sprawia, że w kontakcie z chorym powinniśmy przede wszystkim zwracać uwagę na wszelkie przejawy komunikatów pozasłownych tj. gestykulacja, mimika, dotyk i kontakt fizyczny, wygląd, dźwięki paralingwistyczne, wokaliza, spojrzenia, dystans fizyczny i przestrzeń, pozycję ciała, organizację środowiska, kontakt wzrokowy [1]. Te informacje, uzupełnione o fachową wiedzę medyczną, pozwolą adekwatnie rozpoznać sytuację chorego, jego potrzeby oraz prawidłowo poprowadzić proces leczenia.

Czasem trudno jest uniknąć pewnych błędów, wynikających z nieprawidłowej interpretacji uzyskanych informacji lub też tzw. błędów jatrogennych popełnianych przez personel. „*Błędy te wynikają z udzielania niewystarczających informacji lub nie udzielania ich wcale, a także z udzielania informacji wywołujących silne emocje*" [2]. Aby temu zapobiec warto uświadomić sobie, jakie czynniki ze strony personelu, pacjenta, a także niezależne od komunikujących się osób, mogą zakłócać proces komunikowania się.

W grupie tej należy wymienić następujące czynniki:

- zaburzenia funkcjonalne poszczególnych receptorów np. widzenia, słyszenia, powonienia itp.
- niski poziom inteligencji,
- błędna interpretacja obserwowanych zdarzeń i osób,
- nastawienie ksobne,
- zaburzenia i choroby psychiczne,
- zaburzenia relacji interpersonalnych tj. obwinianie, nadmierne wypytywanie, krytykowanie, rozkazywanie, doradzanie itp.,
- używanie żargonu zawodowego,
- niewerbalne bariery komunikacyjne tj. postawa zamknięta, brak kontaktu wzrokowego, nadmierne milczenie
- warunki zewnętrzne tj. obecność osób trzecich w czasie badania, prowadzenie rozmowy na korytarzu, hałas, złe oświetlenie, pośpiech itp.

Warto również uświadomić sobie, jakie korzyści wynikają z posiadania umiejętności komunikowania się z chorym [3]:

1. Nawiązanie dobrej komunikacji jest warunkiem do uzyskania od pacjenta wiarygodnego opisu choroby, co przyczyni się do postawienia właściwej diagnozy, a tym samym pozwoli uniknąć wielu niepotrzebnych badań.
2. Prawidłowa komunikacja jest jednym z podstawowych warunków skutecznej terapii. Oznacza to, że pacjent może zastosować się do proponowanego sposobu leczenia, zaleceń, tylko wtedy, kiedy zrozumie polecenia lekarza i obdarzy go zaufaniem.
3. Tylko prawidłowa komunikacja daje możliwość budowania relacji pacjent – lekarz opartej na wzajemnym zaufaniu i szacunku.
4. Prawidłowa komunikacja sprzyja aktywnemu uczestnictwu chorych w procesie leczenia, podnoszeniu poziomu edukacji i większej świadomości zdrowotnej społeczeństwa.

Właściwe relacje między personelem i pacjentem mają podstawowe znaczenie dla prawidłowego przebiegu procesu leczenia. Nie może być on realizowany bez wytworzenia przez pracowników służby zdrowia odpowiedniego klimatu ciepła, bliskości, akceptacji, szacunku, oparcia fizycznego i psychicznego, otwartości oraz empatii, okazywanych względem podopiecznych. Taka atmosfera powinna towarzyszyć choremu od momentu pierwszego kontaktu, poprzez okres diagnozy, pobytu w szpitalu, przebiegu procesu leczenia,

walki z chorobą, do okresu powrotu do zdrowia, a nawet śmierci. Jest to możliwe tylko wtedy, kiedy wszystkie osoby mające kontakt z pacjentem będą posiadały i świadomie wykorzystywały wiadomości i umiejętności w zakresie prawidłowego komunikowania się.

Chciałabym teraz zwrócić uwagę na wybrane aspekty procesu leczenia, w których kompetencje komunikacyjne nabierają szczególnego znaczenia. Należą do nich okres leczenia, charakter choroby, specyfika zaburzeń, udział rodziny.

Biorąc pod uwagę proces leczenia, możemy wyróżnić w nim pewne stałe elementy począwszy od wizyty u lekarza, przez diagnozę, właściwy proces leczenia, rokowania, aż do zakończenia leczenia. Zasadnym wydaje mi się wskazanie pewnych zachowań właściwych dla wymienionych elementów procesu leczenia w powiązaniu z pożądanymi w danym momencie umiejętnościami komunikacyjnymi. Zależności te przedstawia tabela poniżej.

Tab. 1. Umiejętności komunikacyjne w kontekście zachowań pacjenta i personelu medycznego w procesie leczenia (opracowanie własne)

Elementy procesu leczenia	Przejawy zachowań pacjenta i personelu medycznego mające wpływ na komunikację	Wskazane umiejętności komunikacyjne
Wizyta u lekarza	Zachowanie lekarza i pielęgniarki	Umiejętność nawiązania kontaktu, prowadzenia rozmowy, zbierania informacji, spójność komunikatów werbalnych i niewerbalnych, umiejętność obserwacji, stworzenia warunków otoczenia sprzyjających prawidłowej komunikacji
	Nastawienie pacjenta do lekarza	Umiejętność nawiązania kontaktu, prowadzenia rozmowy, zbierania informacji, spójność komunikatów werbalnych i niewerbalnych
	Zachowanie pacjenta na skutek występowania objawów chorobowych	Umiejętność nazywania swoich odczuć, opisywania objawów towarzyszących, spójność komunikatów werbalnych i niewerbalnych
	Przejawy emocji np. niepokój, dyskomfort, lęk	Umiejętność nazywania i okazywania przeżywanych emocji, spójność komunikatów werbalnych i niewerbalnych
	Brak diagnozy	Umiejętność przekazywania trudnych informacji
	Zaufanie do lekarza	Umiejętność prowadzenia rozmowy i budowanie poczucia bezpieczeństwa
	Czas oczekiwanie na wizytę u lekarza	Umiejętność prowadzenia rozmowy i rozładowania emocji
Postawienie diagnozy	Proponowanie badań diagnostycznych	Informowanie pacjenta, budowanie poczucia bezpieczeństwa
	Informowanie o diagnozie	Przekazywanie informacji
	Zalecenia lekarskie	Stosowanie komunikatów zrozumiałych dla pacjenta, unikanie żargonu medycznego
	Nastawienie i emocje pacjenta	Umiejętność radzenia w sytuacjach trudnych
Leczenie właściwe	Dobór metody leczenia	Przekazywanie informacji, dostosowanie komunikatów do możliwości odbiorcy, wyjaśnianie

	Nastawienie i emocje pacjenta	Spójność komunikatów werbalnych i niewerbalnych, umiejętność nazywania i okazywania emocji, umiejętność obserwacji
	Współpraca ze strony pacjenta	Umiejętność prowadzenia rozmowy, umiejętność obserwacji, udzielania informacji zwrotnych
	Przebieg procesu leczenia, oczekiwanie na efekty	Przekazywanie informacji zwrotnych
Rokowania	Informowanie o efektach leczenia	Przekazywanie informacji, spójność komunikatów werbalnych i niewerbalnych,
	Zapoznanie z rokowaniami	Przekazywanie ważnych/ trudnych informacji, dbanie o właściwe otoczenie i atmosferę
	Nastawienie pacjenta	Spójność komunikatów werbalnych i niewerbalnych, umiejętność nazywania i okazywania emocji, umiejętność obserwacji, udzielanie informacji zwrotnych
Zakończenie leczenia	Wskazanie na czas rekonwalescencji	Przekazywanie informacji, wskazówek, spójność komunikatów werbalnych i niewerbalnych
	Nastawienie pacjenta	Spójność komunikatów werbalnych i niewerbalnych, umiejętność nazywania i okazywania emocji, umiejętność obserwacji, udzielanie informacji zwrotnych
	Umówienie się na wizytę kontrolną	Przekazywanie informacji, udzielanie informacji zwrotnych

Z powyższego zestawienia wynika, że w każdym etapie leczenia są ważne umiejętności komunikacyjne w zakresie budowania komunikatów werbalnych i niewerbalnych, umiejętność przekazywania informacji i udzielanie informacji zwrotnych, zaś ze strony pacjenta kluczowe jest jego nastawienie do choroby i do personelu, a także umiejętność radzenia w sytuacjach trudnych. Oczywiście z jednej, jak i z drugiej strony komunikaty te powinny być spójne i dostosowane do możliwości percepcyjnych odbiorcy. Na podkreślenie zasługuje również umiejętność samoobserwacji i obserwacji rozmówcy. Cały czas pamiętać jednak musimy, że komunikacja pacjent – personel medyczny w każdym momencie obciążona jest sytuacją choroby.

W tym miejscu chciałabym przejść do kolejnego ważnego aspektu, a mianowicie charakteru choroby. Znów mamy do czynienia z bardzo złożoną sytuacją. Charakter choroby jest bardzo zróżnicowany. Niekiedy choroba pojawia się nagle, czasem jest to wypadek, innym razem pacjent dowiaduje się, że jego choroba jest nieuleczalna i ma charakter przewlekły. W każdej z tych sytuacji komunikacji towarzyszą silne emocje obu stron. W sytuacjach nagłych personel bardzo często musi radzić sobie z bezpośrednim zagrożeniem życia. Wtedy komunikaty muszą być jednoznaczne, a działanie skuteczne, nie ma wtedy miejsca na niedopowiedzenia, na nieskuteczną komunikację i to nie w relacji jeden na jeden a

w relacji pacjent – lekarz – zespół. Bardzo często jest to moment, który rozpoczyna długi proces leczenia, którego zakończenie wpływa na jakość życia pacjenta.

Przyjrzyjmy się bliżej sytuacji, kiedy diagnoza wskazuje na chorobę przewlekłą, a więc taką, która ma charakterystyczny przebieg – okresy zaostrzeń przeplatają się z okresami remisji. Pacjent staje w obliczu czegoś nieodwracalnego, czegoś co wpisuje się w jego życie na stałe. Jak taka choroba wpływa na komunikację z pacjentem? Jakie elementy są ważne? Jak pacjent uczy się akceptować swój stan? Wreszcie w jaki sposób można skutecznie komunikować się z pacjentem chorym przewlekle, aby mu pomóc?

„*Diagnoza przewlekłej choroby/niepełnosprawności wymaga od pacjenta świadomego zintegrowania tego faktu w całościowej koncepcji własnego życia. Chory musi przystosować się do czegoś, czego nie zna z autopsji, czego jeszcze nigdy nie doświadczył tak intensywnie, w bezpośrednim odniesieniu do siebie samego*” [5]. Towarzyszą temu zwykle silne emocje: lęk, niepewność, zmiany nastroju, poczucie bezradności, braku panowania nad swoim życiem. Komunikowanie z pacjentem jest istotne od początku, „*czyli tuż po zdiagnozowaniu nieuleczalnych przewlekłych deficytów zdrowia/sprawności*” [5]. Sposób, miejsce i okoliczności poinformowania chorego o diagnozie, mają decydujący wpływ na przebieg procesu adaptacji do choroby. Należy pamiętać, że w stanach przewlekłych nie można liczyć na radykalną poprawę stanu pacjenta, a wręcz przeciwnie – może nastąpić pogorszenie jego zdrowia. W stanach ostrych pacjenci bardzo cierpią, mają poczucie, że są nierozumiani, a często towarzyszy im ból. Ból jest jednym z objawów, które chory musi „oswoić”, żeby radzić sobie w sytuacjach codziennych. Czasem bardzo trudno, komunikując się z pacjentem, przebić się przez ten objaw. Informacje do chorego docierają zniekształcone, trudno mu się skupić na docierających komunikatach, ma często problem z nazywaniem swoich emocji i przeżyć, trudno uzyskać od niego informacje zwrotne. Czasem niemożliwe jest nawiązanie rozmowy. Jest to sytuacja trudna zarówno dla personelu jak i bliskich.

Sytuacja zaczyna zmieniać się, kiedy następuje remisja choroby. Objawy wyciszają się, poprawia się stan chorego, wzrasta poziom jego samodzielności, niezależności od innych. Wtedy pojawiają się sprzyjające warunki do nawiązania skutecznej komunikacji. Często dopiero wtedy personel i bliscy mogą porozmawiać o praktycznych aspektach życia np. przystosowanie mieszkania, załatwienie spraw zawodowych, dalszym leczeniu i rehabilitacji. Pacjent i jego otoczenie „łapią oddech”, wzrasta nadzieja. W tym okresie ważne jest, aby wszystkie strony zaangażowane w kontakt z chorym przewlekle skoncentrowały się na wypracowaniu indywidualnego modelu radzenia z chorobą. Skuteczna i prawidłowa komunikacja w tym pomaga. Pacjent czuje się lepiej, a więc jest w stanie adekwatnie

odbierać docierające do niego komunikaty, udzielać informacji zwrotnych i skonfrontować się z własnymi emocjami. Z kolei otoczenie może skoncentrować się na poszukiwaniu skutecznych sposobów pomocy choremu i budowaniu sieci wsparcia. Nie zawsze jest to łatwe i każda sytuacja jest niepowtarzalna i jedyna.

Problemy nawarstwiają się jeżeli weźmiemy pod uwagę specyfikę zaburzeń. Choroba nakłada się na różnorodne zaburzenia. Mam tu na uwadze zaburzenia sensoryczne, zaburzenia psychiczne, zaburzenia w obrębie ośrodkowego układu nerwowego. Wówczas mamy do czynienia z bardzo złożonym podmiotem. Komunikacja z takiego rodzaju pacjentami wymaga nieraz specjalnych metod i umiejętności. Przedstawia to poniższa tabela.

Tab. 2. Zaburzenia a specyficzne metody komunikacji (Opracowanie własne)

Zaburzenia	Metody/techniki komunikacji
Zaburzenia sensoryczne: głuchota, niedosłuch	Język mówiony, odczytywanie mowy z ust, język migowy, system językowo - migowy, daktylografia, pismo, rysunek, gesty naturalne, mimika, pantomimika [6]
Zaburzenia sensoryczne: niedowidzenie, ślepota, głuchoślepota	Język mówiony, alfabet Braille'a, język migowy, rysowanie liter drukowanych na dłoni, alfabet Lorma [7]
Zaburzenia psychiczne	Dostrzeganie pacjenta i spostrzeganie u niego zmian, oferowanie siebie, aktywne słuchanie, klaryfikacja, odzwierciedlenie, poświadczenie, informowanie, wyjaśnianie i uzgadnianie znaczeń, identyfikowanie mocnych stron, milczenie terapeutyczne, eksploracja, modelowanie, umożliwianie szerokiego otwarcia i zachęcanie do kontynuowania, urealnianie i słowne wyrażanie wątpliwości, proponowanie współpracy i planowanie, parafrazowanie, wspieranie, interpretowanie, podsumowanie, budowanie nadziei i pocieszanie [8]
Zaburzenia w obrębie układu nerwowego: afazja, stwardnienie rozsiane, udary mózgu, niepełnosprawność intelektualna	Ćwiczenia artykulacyjne, słuchowe, w różnicowaniu głosek, rozumieniu znaczenia wyrazów i zwrotów, posługiwanie się formami gramatycznymi, oddechowe, tempa mowy, fonacji [9]

W tabeli przedstawiłam wybrane metody i techniki komunikacyjne wykorzystywane w różnego typu zaburzeniach. Takie przypadki w sposób szczególny wymagają zintegrowania wiedzy medycznej z wiedzą dotyczącą określonego rodzaju zaburzeń oraz umiejętności w zakresie komunikacji. Dopiero wtedy uda się nam skutecznie dotrzeć do pacjenta, który

posługuje się specyficznym kodem komunikacji. W przypadku pacjentów z uszkodzonym słuchem, mamy do pokonania barierę komunikacyjną, w przypadku chorych z uszkodzonym wzrokiem musimy wiedzieć, że w komunikacji musimy wykorzystać pozostałe zdrowe zmysły. Zaburzenia psychiczne w płaszczyźnie komunikacji wymagają od nas umiejętności „przebicia się" przez objawy choroby, które dotykają myślenia, świadomości, intelektu, woli, uczuć, działania, prowadzą do zaburzeń w zachowaniu, sprawiają, że zachowania i komunikaty pacjenta są niezrozumiałe dla otoczenia i wykraczają poza zachowania akceptowane społecznie.

Klamrą, która spina wszystkie zagadnienia poruszane w tym artykule, jest udział rodziny w procesie leczenia, a zatem i w komunikacji. Kontakt personelu z jednostką i rodziną – „*to specyficzny stosunek społeczny mający na celu zaspokajanie znaczących dla życia i zdrowia potrzeb. Strony kontaktu oddziałują na siebie wzajemnie i realizują własne, specyficzne dla każdej z osób wartości oraz wartości wspólne*" [10].

Najbliżsi stają się jedną ze stron w komunikacji. Często są filtrem dla informacji docierających do chorego od specjalistów. To powoduje bardzo często dodatkowe obciążenia emocjonalne. Nie jest to bez znaczenia dla jakości komunikacji. Rodzina czasem nie wie jak ma rozmawiać ze swoim bliskim, stara się nadmiernie go chronić, odczuwa lęk nie wiedząc co mówić. Emocje przeszkadzają w udzielaniu informacji zwrotnych. Czasem chory chcąc chronić swoich bliskich, nie chce dzielić się swoimi myślami, uczuciami, niepokojem, wątpliwościami. W wielu sytuacjach na linii chory – rodzina tworzą się niedomówienia. Lekarze, pielęgniarki, terapeuci i pozostały personel medyczny powinni mieć świadomość mechanizmów działających w grupie jaką jest rodzina. Personel powinien umieć rozpoznawać możliwości komunikacyjne pacjenta i jego rodziny. Chodzi tu zwłaszcza o możliwości wynikające z biologicznego, psychicznego, społecznego i duchowego wymiaru choroby. Najważniejsze z nich to [10]:

- zdolność komunikowania się związana z fizycznymi i psychicznymi możliwościami
- zdolność do rozumienia otrzymywanych komunikatów
- możliwość komunikacji werbalnej i niewerbalnej
- poziom intelektualny, język, poglądy, nawyki, przekonania
- stosunek do siebie
- wiedza o sytuacji, w której się znajduje
- umiejętność radzenia w sytuacji trudnej
- doświadczenia z kontaktów ze służbą zdrowia

- gotowość współpracy
- potrzeby psychiczne wynikające z choroby
- wpływ choroby na zmianę ról społecznych
- rodzaje ograniczeń, które pojawiły się w przebiegu choroby
- stosunek bliskich i ważnych dla chorego osób do jego choroby
- wartości moralne, stosunek do Boga
- przekonania religijne
- znaczenie, jakie pacjent nadaje chorobie i cierpieniu
- co jest źródłem nadziei i sensu życia. (na podstawie).

Personel dosyć szybko powinien zorientować się w relacjach panujących w rodzinie podopiecznego, ponieważ ma to bezpośredni związek z powodzeniem procesu leczenia. Tylko specjaliści mający umiejętności praktycznego wykorzystanie wiedzy dotyczącej skutecznej komunikacji mogą sprostać temu zadaniu.

Podsumowując to opracowanie chciałabym podkreślić, że mam świadomość iż udało mi się jedynie zasygnalizować najistotniejsze aspekty dotyczące komunikacji w procesie leczenia. Zdaję sobie sprawę, że każde z tych zagadnień stanowi materiał do odrębnego opracowania. Mam nadzieję, że udało mi się wzbudzić refleksję dotyczącą relacji z pacjentem i podkreślić wagę komunikacji w procesie leczenia. Komunikowanie się jest bardzo „wymagającym" procesem, którego podstawą jest znajomość drugiego człowieka i relacji z innymi. Wynika to z tego, że ludzie są istotami społecznymi i dzięki możliwości wymiany myśli, uwag, wiedzy i umiejętności są w stanie rozwiązać wiele problemów i pokonać najtrudniejsze sytuacje, a do takich niewątpliwie należy sytuacja choroby.

Piśmiennictwo

1. Nyklewicz W.: Podstawy teoretyczne procesu komunikowania. [w:] Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie, Kwiatkowska A., Krajewska – Kułak E., Panek W. (red.), Wyd. Czelej, Lublin, 2003, 29-76.
2. Formański J.: Psychologia. Podręcznik dla szkół medycznych. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 1998.
3. Mayerscough P.R., Ford M.: Jak rozmawiać z pacjentem. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2002.

4. Motyka M.: Komunikacja terapeutyczna [w:] Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie, Kwiatkowska A., Krajewska – Kułak E., Panek W. (red.), Wyd. Czelej, Lublin, 2003, 126-148.
5. Kraus S.: Czego uczy nas historia Anny? Adaptacja do przewlekłej choroby/trwałej niepełnosprawności na przykładzie stwardnienia rozsianego, „Wspólne tematy", 2008, nr 7 – 8, s. 3
6. Szczepankowski B., Koncewicz D.: Język migowy w terapii, Wyd. Naukowe WSP, Łódź, 2008, s.19 – 20.
7. Głuchoślepota. Komunikacja. http://tpg.org.pl/sekcje/sekcja-rodzicow/gluchoslepota/komunikacja/, pobrano dnia 29.03.2014
8. Wilczek – Rużyczka: Komunikowanie się z chorym psychicznie. Wyd. Czelej, Lublin, 2007.
9. Kułak W., Krajewska – Kułak E.: Komunikowanie z pacjentem neurologicznym [w:]. Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie, Kwiatkowska A., Krajewska – Kułak E., Panek W. (red), Wyd. Czelej, Lublin, 2003, 203-210.
10. Wolska – Lipska K.: Komunikowanie z pacjentem i jego rodziną [w:] Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie, Kwiatkowska A., Krajewska – Kułak E., Paszek W. (red). Wyd. Czelej, Lublin, 2003, 96-110.

Moroz Agnieszka[1], Zhylinskaya Veranika[1], Bednarowicz Klaudia[1], Sierżantowicz Regina[2]

Nowoczesne opatrunki stosowane w leczeniu ran przewlekłych

1. Koło Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa Chirurgicznego
2. Opiekun Koła Naukowego przy Zakładzie Pielęgniarstwa Chirurgicznego

Wstęp

Każdy w naszym życiu spotkał się z osobą przewlekle chorą. Nie zawsze jest to osoba leżąca w łóżku i nie mogąca samodzielnie wykonywać wokół siebie podstawowych czynności dnia codziennego takich jak np. ubieranie, mycie, odżywianie. Związane jest to z występowaniem w przebiegu choroby przewlekłej okresów remisji oraz zaostrzeń. Okresy remisji choroby charakteryzują się poprawą stanu klinicznego chorego oraz zmniejszoną intensywnością objawów chorobowych. Zazwyczaj w początkowym stadium choroby okresy remisji są dłuższe lecz ulegają one skróceniu wraz ze zwiększającym się postępem choroby. Podczas nasilania się objawów chorobowych występuje pogorszenie się ogólnego stanu chorego skutkującym obniżeniem sprawności fizycznej oraz samoobsługowej. Te stadium choroby przedstawiane jest jako okres zaostrzenia choroby. Jeśli chory nie będzie kontrolował przebiegu swojej choroby, przestrzegał zaleceń lekarskich i pielęgniarskich oraz diety będzie jednocześnie zwiększał ryzyko wystąpienia powikłań związanych z dynamicznym rozwojem choroby. Jednym ze skutków zaniedbania choroby przez chorego lub opiekuna jest powstanie trudno gojących się ran, tzw. ran przewlekłych. Najczęściej spotykanymi chorobami przewlekłymi, których skutkiem jest powstanie rany przewlekłej to cukrzyca, miażdżyca zarostowa tętnic kończyn dolnych, przewlekła choroba żylna oraz nowotwory. Dodatkowo powstające podczas długotrwałego unieruchomienia chorego zaburzenia ciśnienia krwi zwiększają ryzyko wystąpienia odleżyn, które są również zaliczane do ran przewlekłych. Pozostałymi występującymi ranami przewlekłymi są owrzodzenia żylne goleni, rany niedokrwienne goleni, zespół stopy cukrzycowej, rany immunologiczne, ropne zgorzelinowe zapalenie skóry, owrzodzenia nowotworowe. Długość leczenia takiej rany wynosi od 6 do nawet ponad 8 tygodni. Aby skutecznie oraz szybko zregenerować uszkodzoną tkankę należy zastosować specjalne opatrunki powodujące uwodnienie tkanki martwiczej, kontrolę wysięku, oczyszczenie rany, zahamowanie rozwoju infekcji oraz ochronę powstających nowych delikatnych tkanek [1].

Celem było przedstawienie roli nowoczesnych opatrunków w uzupełniającej terapii ran przewlekłych.

Leczenie ran jest żmudnym procesem na który składa się wiele elementów. Rana to uszkodzenie ciągłości skóry, ale może dotyczyć głębszych tkanek lub nawet i narządów. Standardowe objawy towarzyszące ranie to ból, krwawienie, rozejście się brzegów skóry [2].

Proces gojenia składa sie z trzech podstawowych faz. Są to: faza zapalna, faza rozrostu, faza remodelowania.

Faza zapalna - objawia się w postaci obrzęku, zaczerwienienia, podwyższonej temperatury, bólu. Stan ten trwa od 1 do 5 dni. W obrębie rany gromadzą się komórki zapalne – leukocyty (limfocyty i granulocyty). Dzięki temu dochodzi do niszczenia bakterii obecnych w ranie. Naczynia włosowate ulegają poszerzeniu. Makrofagi odpowiedzialne są za proces usuwania skrzepu, bakterii, oraz resztek tkankowych. Od 3 dnia po urazie powstają nowe naczynia krwionośne [3].

Faza rozrostu - charakteryzuje się tworzeniem ziarnistej czerwonej tkanki wewnątrz rany. W trakcie tego procesu następuje wymiana tkanki skórnej, a czasami także podskórnej w przypadku głębszych ran oraz zamykanie się brzegów rany. Etap ziarninowania rozpoczyna się po około czterech dniach od powstania rany i trwa zwykle do 21 dni w przypadku ran ostrych. Rana ulega samooczyszczeniu. Napływają do niej komórki żerne tzw. makrofagi, które oczyszczają ranę z obumarłych komórek. Do rany wnikają nowe naczynia krwionośne. W przypadku małych ran dochodzi do całkowitej regeneracji naskórka z zachowaniem warstwowego układu skóry [3].

Faza remodelowania - w przypadku naprawy rany następuje proces remodelowania tkanek skórnych w celu ich wzmocnienia. Podstawowym typem komórek zaangażowanych w ten proces są fibroblasty. Remodelowanie trwa nawet do 2 lat licząc od powstania rany. Tak długi okres uzasadnia obserwację i ocenę rany [3].

Tabela 1. Fazy gojenia się rany [3].

Fazy gojenia	Ilość dni po urazie	Komórki uczestniczące w tej fazie w głównym stopniu
Faza zapalna	1 - 5 dni	neutrofile i makrofagi
Faza rozrostu	5 - 21 dni	limfocyty, fibroblasty, keratynocyty, komórki śródbłonkowe
Faza remodelowania	3 tygodnie do 2 lat	Fibroblasty

Organizm po urazie dąży do homeostazy - czyli stanu równowagi. Rany są powszechnym urazem, z którym spotykamy się codziennie. Każdemu zdarzyło się skaleczyć, czy to dzieciństwie, czy w dorosłym życiu. Jednak to głównie drobne otarcia czy też nacięcia naskórka. Goją się szybko nie sprawiając większych kłopotów. Ale są rany które trudno leczyć, ograniczają ruchomość i przynoszą wiele cierpień. Są to rozległe, głębokie oraz przewlekłe rany. W takich przypadkach personel medyczny musi posiadać szczególną wiedzę oraz umiejętność leczenia ran, aby skrócić proces gojenia i oszczędzić choremu cierpień [4].

Rana przewlekła jest specyficzna, powstaje w wyniku różnych procesów chorobowych czy też czynników środowiskowych. Czas gojenia się rany wynosi powyżej sześciu tygodni i często całkowite wygojenie ze względu na czynnik sprawczy jest niemożliwe.

Odleżyna - (łac. decubitus) to uszkodzenie skóry i sąsiadujących z nią tkanek. Powstaje w wyniku długotrwałego lub powtarzającego się ucisku o twarde podłoże. W wyniku tych działań dochodzi to zaburzeń metabolizmu w tkankach, które zostają niedotlenione a zbędne metabolity nagromadzone. Prowadzi to do ich martwicy.

Najczęstszymi miejscami powstawania odleżyn są kość krzyżowa, kość ogonowa, pięty, potylica, uszy, łopatki i łokcie. Mogą też powstawać w miejscach ucisku stykających się ze sobą tkanek takich jak wewnętrzna część stawów kolanowych oraz kostki stawów skokowych. Każdy pacjent obłożnie chory narażony jest na powstawanie odleżyn - im cięższy jest jego stan, tym szybciej one powstają. Czasami wystarczy jedna noc w niewygodnej pozycji, niewielkie zagięcia prześcieradła, twardy materac aby powstały w ciągu kilku godzin odleżyny nawet IV i V stopnia.

Skale mają za zadanie:

- ocenić i opisać ranę,
- jej wielkość,
- głębokość,
- ilość i rodzaj martwicy.

Najczęściej stosowane są dwie skale: skala Torrancea oraz skala kolorowa [5].

Skala kolorowa

Skala opisuje wygląd rany i rodzaj martwicy w zależności od koloru [1]:

- kolor czarny: martwica sucha (czarna lub żółta),
- kolor żółty: martwica rozpływna (czarna lub żółta),
- kolor czerwony: tkanka ziarninowa,

- kolor różowy: naskórkowanie.

Tabela 2. Skala Torrancea do oceny odleżyny [1].

Stopień	Nasilenie zmian	Opis
0	Brak odleżyny	Skóra niezmieniona
I	Blednące zaczerwienienie znikające po usunięciu ucisku	Skóra zaczerwieniona, ale po zmianie pozycji i po odciążeniu wraca do pierwotnego wyglądu
II	Nieblednące zaczerwienienie, pęcherze, odleżyna ograniczona do naskórka	Zaczerwienienie nie znika, obrzęk pozostaje pomimo zmian pozycji. Może współwystępować uszkodzona skóra: pęknięcia, pęcherze, uszkodzenie niepełnej grubości skóry
III	Zmiana obejmuje naskórek i skórę właściwą	Uszkodzenie zajmuje pełną grubość skóry, w dnie widoczna podskórna tkanka tłuszczowa – nieuszkodzona
IV	Zmiana obejmuje podskórną tkankę tłuszczową do mięśni	Uszkodzenie zajmuje tkankę tłuszczową, w dnie widoczne mięśnie - nieuszkodzone
V	Zmiana obejmuje mięśnie do kości i stawów	Zmiana obejmuje mięśnie w dnie widoczne są kości, stawy - czasami uszkodzone

Owrzodzenie żylne

Jest związane z niewydolnością żył przeszywających, powierzchownych lub głębokich, względnie ich kombinacją. Znajdując się w okolicach kostki przyśrodkowej, rzadziej bocznej może tworzyć owrzodzenie okrężne.

Rany prawie zawsze powstają po urazie cechują się dużą wrażliwością na ból.

Objawy występujące przy owrzodzeniu to :

- chromanie żylne - rozrywający ból po przejściu 100 - 200 m,
- aureola żylna okolicy kostki przyśrodkowej - sieć powierzchownych żyłek,
- wyprysk żylny,
- lipodermatoskleroza czyli zgrubienia i przebarwienia skóry,
- zanik biały - zastępowanie skóry tkanką bliznowatą z towarzyszącym stwardnieniem,
- obrzęki.

Owrzodzenie tętnicze

Występuje pod postacią niedokrwienia umiejscowionego na grzbiecie palców lub przedniej powierzchni podudzia (kość piszczelowa), stopy, rzadziej na pięcie. Obecność nad

kostką boczną lub przyśrodkową może naśladować owrzodzenie żylne. W wywiadzie należy zwrócić szczególną uwagę na chromanie przestankowe (ból po długim chodzeniu), silny ból spoczynkowy, skóra sina lub blada i błyszcząca, zanik owłosienia. Dno rany pokrywa bladożółty wysięk ropny ze strzępkami martwicy. Po usunięciu martwicy występuje niewielka ilość ziarniny lub jej brak. Ulgę choremu przynosi opuszczenie kończyny. Pacjenci często śpią w pozycji siedzącej. Najczęściej występującymi postaciami są jednak owrzodzenia żylno - tętnicze.

Owrzodzenia cukrzycowe

Zespół stopy cukrzycowej to zespół objawów będących wynikiem niewyrównanej lub nieprawidłowo leczonej cukrzycy.

Aby ocenić zaawansowanie owrzodzenia stopy cukrzycowej stosuje się skalę Wagnera oraz skalę PEDIS.

Owrzodzenia występują w trzech postaciach:

- neuropatyczna stopa cukrzycowa - wywołana neuropatią obwodową, czyli uszkodzeniem nerwów; objawy to: zaburzenia czucia bólu, wibracji i temperatury. Stopa jest zaczerwieniona o zwiększonej temperaturze, obrzęknięta. Rany najczęściej są spotykane na podeszwie, a dno zwykle jest pokryte czopem martwiczym.
- niedokrwienna stopa cukrzycowa - wywołana przez miażdżycowo zmienione tętnice. Rany są najczęściej z czarną martwicą znajdujące sie na brzegach stóp i czubkach palców. Stopa jest sucha, pozbawiona owłosienia, zimna o bladym zabarwieniu.
- mieszana stopa cukrzycowa - stanowi połączenie zespołu stopy cukrzycowej o podłożu neuropatycznym i niedokrwiennym [5].

Tabela 3. Skala Wagnera służąca do oceny stopnia zaawansowania owrzodzeń stopy cukrzycowej [5].

Skala	Objawy
0	Skóra nieuszkodzona, obszary rogowacenia, zniekształcenia, brak czucia
1	Owrzodzenie ograniczone do skóry
2	Owrzodzenie penetrujące do ścięgien, więzadeł, kości, stawów
3	Zapalenie kości
4	Zgorzel ograniczona do przodostopia
5	Zgorzel całej stopy

Skala PEDIS

- P - ocena ukrwienia
- E - zasięg i wielkość zmian
- D - głębokość zmian
- I - infekcja
- S - czucie

Jest to cztero - stopniowa skala, opracowana i zarekomendowana przez Międzynarodową Grupę Roboczą Stopy Cukrzycowej, która rozróżnia następujące stopnie zakażenia.

Tabela 4. Stopnie zakażenia według Międzynarodowej Grupy ds. Stopy Cukrzycowej [5].

Stopień	Objawy
1	Brak zakażenia
2	Zakażenia skóry i tkanki podskórnej
3	Rozlegle zakażenie tkanki podskórnej lub głębsze zakażenie
4	Uogólniona odpowiedź na zakażenie

Oparzenia

Są to uszkodzenia skóry, a także głębiej położonych tkanek lub narządów. Powstają na skutek działania ciepła, żrących substancji chemicznych, prądu elektrycznego, promieni słonecznych i promieniowania. W ocenie stopnia ciężkości oparzenia istotną rolę odgrywa jego rozległość. Oparzenia dzielimy na następujące stopnie:

- Stopień I - oparzenie obejmuje naskórek, występuje niewielki obrzęk, zaczerwienienie i ból. Objawy te mijają po 2-3 dniach po czym występuje silne swędzenie oparzonej skóry. Brak blizn.
- Oparzenie powierzchowne II A - obejmuje naskórek i część skóry właściwej, występuje zaczerwienienie, pęcherze wypełnione płynem. Gojenie wynosi 14-21 dni, zostaje przebarwienie i mała blizna.
- Oparzenie głębokie II B - obejmuje naskórek i skórę właściwą z przydatkami, występują czerwone punkty w okolicy cebulek włosowych w tym miejscu jest zmniejszona bolesność. Gojenie wynosi 21 - 30 dni. Pozostają blizny przerostowe.

- Oparzenie III stopnia - występują zmiany martwicze skóra jest perłowo biała, twarda i wysuszona, goi sie długo i zazwyczaj wymaga przeszczepu, pozostawia blizny i przykurcze.
- Oparzenie IV stopnia - występuje rozległa martwica sięgająca nawet do kości, w ostatecznym etapie zwęglenie oparzonej części ciała.

Każde oparzenie może stanowić zagrożenie życia. Często spotyka się oparzenia termiczne, energią elektryczną i parą wodną. Główną zasadą leczenia oparzeń niewielkich powierzchni jest natłuszczanie skóry oraz mokre, zimne okłady. Jeśli doszło do uszkodzenia tkanek powinno się zastosować opatrunki antybakteryjne w żelu. Inną metodą jest regularne nawilżanie opatrunku tak by utrzymywał swą wilgotność przez całą dobę. Nie wolno dopuścić do wysuszenia oparzonych tkanek. Jest to jedyny sposób by uniknąć blizn przerostowych lub przynajmniej je ograniczyć [5].

Nowa metoda leczenia ran przewlekłych powstała z myślą o chorych. Proces gojenia jest często bolesny, ogranicza sprawność motoryczną i obniża jakość życia. Wszystko powoduje pogorszenie stanu psychicznego i brak motywacji do powrotu do zdrowia [4].

Z medycznego punktu widzenia trudno gojąca się rana to idealne miejsce do kolonizacji dla grzybów chorobotwórczych i bakterii. W takich sytuacjach zastosowanie znajdują nowoczesne opatrunki aktywne. Mają one wiele zalet, a najważniejsze z nich to [5]:

- nawilżają powierzchnię rany, stwarzając w ten sposób optymalne środowisko dla jej gojenia, zmniejszając dolegliwości bólowe oraz przyspieszając regenerację tkanek i rozwój naczyń krwionośnych natomiast powstanie strupa utrudnia gojenie,
- obniżone pH - podnosi kwasowość środowiska rany co hamuje namnażanie bakterii,
- nie przylegają do powierzchni rany dlatego też zmiana takiego opatrunku jest bezbolesna,
- są wodoodporne więc nie ma trudności przy utrzymaniu higieny osobistej ciała,
- nie powodują alergii,
- chronią nowopowstające tkanki,
- stanowią barierę dla bakterii poprzez szczelne zamknięcie rany,
- utrzymują stałą temperaturę rany (37 °C) co sprzyja powstawaniu nowych komórek,
- opatrunek utrzymywany jest na ranie ok 3-7 dni w zależności od zaleceń producenta [5].

W Polsce istnieje 12 firm produkujących opatrunki nowej generacji [5]:

- Coloplast- Conva Tec
- Paul Hartmann
- Kendall
- Kikge
- Lohmann & Rauscher
- Matopat
- Symphar
- Systagenix
- Smith & Nephew
- QuadraCare
- 3M.

Większość produktów z wymienionych powyżej firm dostępna jest na zamówienie, a w niektórych regionach Polski nieosiągalna. Wymienimy kilka stron internetowych z których możemy dokonać zamówienia [3]:

- www.convatec.pl
- www.pl.hartmann.info
- www.coloplast.pl
- www.matopat.pl
- www.solutions3mpoland.pl.

Wśród nowoczesnych opatrunków aktywnych można wyróżnić:

- hydrokoloidy,
- hydrożele,
- dekstranomery,
- alginiany,
- opatrunki hydrowłókniste,
- antybakteryjne,
- poliuretanowe tzw. pianki,
- półprzepuszczalne błony poliuretanowe tzw. folia,
- kolagenowe [4].

HYDROKOLOIDY

Tworzą żel poprzez zwiększanie swojej objętości przy kontakcie z wydzielina z rany. Żel ten posiada właściwości naczyniotwórcze i oczyszczające. Taki opatrunek izoluje ranę od

środowiska zewnętrznego oraz łagodzi ból. Dostępne są w postaci płytek i past, mogą pozostawać na ranie do 7 dni [4].

W ramach opatrunków hydrokoloidowych dostępne są:

- Comfeel (Coloplast),
- Comfeel Plus (Coloplast) zawiera alginian wapnia,
- Granuflex (ConvaTec),
- Granuflex pasta (ConvaTec),
- Hydrocoll (Hartmann),
- Medisorb H (Matopat),
- Suprasorb H (Lohmann & Rauscher),
- Tegaderm Hydrocolloid (3M).

Produkowane są w różnych kształtach i wielkościach, niektóre z celowym przeznaczeniem np. opatrunek na piętę, łokieć lub kość krzyżową.

Opatrunki na piętę, łokieć [5]:

- Granuflex Signal (ConvaTec),
- Hydrocoll Concave (Hartmann).

Opatrunki na kość krzyżową [5]:

- Granuflex Signal (ConvaTec),
- Hydrocoll Sacral (Hartmann),
- Suprasorb H (Lohmann & Raucher),
- Tegaderm Hydrocolloid (3M).

HYDROŻELE

Pochłaniają wysięki z rany pozwalając rozrastać się i przemieszczać komórkom, uwadniając i rozpuszczając martwicę oraz utrzymując wilgotność na wysokim poziomie.

Dostępne są w postaci żelu amorficznego lub płytek. Pozostają na ranie do 3 dni. Na rynku dostępne są:

- opatrunki antybakteryjne w żelu:
  - ✓ Octenilin żel (Schulke)
- opatrunki hydrożelowe uwadniające, nawilżające:
  - ✓ Granugel (ConvaTec),
  - ✓ Intrasite Conformable (Smith & Nephew),
  - ✓ Intrasite Gel (Smith & Nephew),

- ✓ Medisorb G (Matopat),
- ✓ Purilon Gel (Coloplast),
- ✓ Suprasorb G w żelu (Lohmann & Rauscher),
- ✓ Tegaderm Hydrogel (3M);

- opatrunki izolujące bakterie:
  - ✓ Hydrosorb gel (Hartmann);
- włóknina z hydrożelem:
  - ✓ Intrasite Conformable (Smith & Nephew) ,
  - ✓ Sorbact Gel (Symphar);
- opatrunki z alginianem sodowym:
  - ✓ Nu - Gel (Systagenix);
- w postaci płytek:
  - ✓ Aqua - Gel (Kikgel),
  - ✓ Hydrosorb przezroczysty (Hartmann) ,
  - ✓ Suprasorb G płytka (Lohmann & Rauscher) [5].

DEKSTRANOMERY

Są to polisacharydy w postaci proszku, wysokochłonące, oczyszczające ranę oraz zapobiegające maceracji okolicznych tkanek, stosowane w leczeniu ran zainfekowanych i głębokich. Razem z wysiękiem tworzą żel. Stosowane są wyłącznie w metodzie pod gazik. Mogą pozostawać na ranie do 2 dni. W ramach dekstranomerów dostępne są [5]:

- Acudex (Teva Pharmaceuticals),
- Debrisan (Pharmacia),
- Iodosorb w postaci proszku, maści lub opatrunku (Smith & Nephew).

OPATRUNKI ALGINIANOWE

Mają ogromne właściwości chłonne dlatego też pod wpływem pochłoniętego wysięku z rany przekształcają się w hydrofilowy żel który wiąże w sobie bakterie i drobnoustroje. Zbudowane są z soli sodowych i wapniowych kwasu alginowego otrzymywanych z alg morskich, dzięki czemu utrzymuje wilgotne środowisko. Oprócz owrzodzeń i odleżyn opatruje się nimi także rany silnie sączące i zakażone w celu ich oczyszczenia i redukcji drobnoustrojów, w klinicznych objawach infekcji w ranie, MRSA, VRE, ranach powierzchownych i głębokich, krytycznie skolonizowanych, w fazie wysiękowej i ziarninowania, stopie cukrzycowej, ranach pooperacyjnych i oparzeniach II stopnia.

Dostępne są w postaci płytek lub taśmy łatwej do zwijania. Mogą pozostawać w ranie do 7 dni w zależności od stanu rany. W ramach opatrunków alginianowych dostępne są [1,3,5,6]:

- Algisite M (Smith & Nephew),
- Algosteril (Systagenix),
- Kaltostat (Convatec),
- Medisorb A (Matopat),
- Sorbalgon (Hartmann),
- Suprasorb A (Lohmann & Rauscher),
- Tegaderm Alginate (3M);
- opatrunki ze srebrem: Acticoat Absorbent (Smith & Nephew), Algisite Ag (Smith & Nephew), Suprasorb A + Ag (Lohmann & Rauscher), Silvercel (Systagenix)
- opatrunki z jonami cynku, wapnia , manganu: Trionic (Systagenix),
- opatrunki z kolagenem: Fibracol (Systagenix).

OPATRUNKI HYDROWŁÓKNISRTE

Zawierają w sobie karboksymetylocelulozę, która pochłania i zatrzymuje wysięk wraz z bakteriami tworząc żel wypełniający dno rany. Dzięki wilgotnemu środowisku znajdującego się w ranie obniża się jej pH prowadzący do zahamowania rozwoju drobnoustrojów i aktywujący proces angiogenezy. Zmniejsza to podrażnienie skóry wokół rany. Opatrunek dostępny jest w postaci płytki i taśmy umożliwiającej jej cięcie i zwijanie. Można go stosować w ranach sączących i zainfekowanych. Powinien pozostać w ranie do 7 dni wraz z opatrunkiem zabezpieczającym. W ramach opatrunków hydrowłóknistych dostępne są [3,5,6]:

- Aquacel (ConvaTec),
- Aquacel Ag (ConvaTec).

OPATRUNKI ANTYBAKTERYJNE

Zostały stworzone po to, aby w korzystny sposób połączyć działania różnych rodzajów opatrunków. Najczęściej stosuje się kombinację kilku ułożonych warstwowo opatrunków, które wzbogacone są o środki drobnoustrojowe, enzymy rozpuszczające martwicę lub pochłaniające zapachy. Mogą pozostawać w ranie od 3 do 7 dni w zależności od wskazań producenta i ilości wysięku a także stanu rany. Do tego typu opatrunków zaliczamy:

- Aquacel Ag, Acitosorb Silver - hydrowłókno z dodatkiem srebra o właściwości przeciwbakteryjnej,

- Actisorb Plus, Lofoam C - podstawowym składnikiem jest węgiel aktywowany pochłaniający zapachy oraz wiążący bakterie na swojej powierzchni. Często zawierają również srebro,
- Fibracol - alginian zawierający w sobie kolagen wołowy, który poprzez konsystencję żelu dostosowuje się do powierzchni utrzymując w ranie optymalną wilgotność i pH, pochłaniający wysięk i aktywujący fibroblasty. Przed założeniem nowego opatrunku rana wymaga tylko przemycia 0,9 % NaCl przez co żel rozpuszcza się w ranie. Najczęściej stosuje się go do leczenia ran ze średnim i dużym wysiękiem. Dodatkowo stosuje sie opatrunek zabezpieczający.
- TenderWet - jest to poliakrylan mający bardzo duże właściwości absorbcyjne. Przed założeniem opatrunek należy nasączyć roztworem Ringera. W ten sposób uwalniający się w ranie roztwór w sposób ciągły powoduje wypłukiwanie toksyn martwiczych tkanek oraz drobnoustrojów. Zapewnione jest stale wilgotne środowisko, które pobudza procesy gojenia.
- System VAC - stanowi opatrunek specjalistyczny wytwarzający w ranie kontrolowane podciśnienie. Na ranę należy nakleić specjalny opatrunek z drenem podłączony do urządzenia wytwarzającego podciśnienie do około 112mmHg. Umożliwia to ciągłe odsysanie wydzieliny. Wytworzone wewnątrz opatrunku środowisko powoduje poprawienie mikrokrążenia, oczyszcza ranę, stymuluje powstawanie ziarniny oraz ogranicza rozwój drobnoustrojów chorobotwórczych. W końcowym efekcie przyspiesza to proces gojenia [1].

Dostępne są opatrunki:

- żel z oktenidyną:
  - ✓ Octenilin żel (Schulke),
- srebro metaliczne:
  - ✓ Atrauman Ag (Hartmann),
- srebro nanokrystaliczne:
  - ✓ Acticoat (Smith & Nephew),
  - ✓ Acticoat 7 (Smith & Nephew),
  - ✓ Acticoat Flex (Smith & Nephew),
  - ✓ Acticoat Flex 7(Smith & Nephew),
- jony srebra:
  - ✓ Aquacel Ag (ConvaTec),

- węgiel + srebro:
  - ✓ Actisorb Plus (Systagenix),
  - ✓ Vliwaktiv Ag (Lohmann & Rauscher),
- opatrunki z jodem:
  - ✓ Hyiodine – w postaci płynu (ConvaTec),
  - ✓ Inadine (Systagenix),
  - ✓ Iodosorb – maść, opatrunek (Smith & Nephew),
  - ✓ WoundEx (Batist),
- opatrunki hydrofobowe:
  - ✓ Sorbact (Symphar),
- opatrunki nawilżające antybakteryjne:
  - ✓ Suprasorb X+PHMB (Lohmann & Rauscher),
- miód Manuka:
  - ✓ Actilite (Kikgel),
  - ✓ Activon Tulle (Kikgel),
  - ✓ Activon Tube (Kikgel),
  - ✓ Algivon (Kikgel) [5].

OPATRUNKI POLIURETANOWE

Pianki te mają strukturę gąbki o wysokiej chłonności wykonane najczęściej z poliuretanu, które oczyszczają ranę oraz izolują bakterie. Absorbują duże ilości wysięku na zasadzie działania naczyń włosowatych. Utrzymują wilgotne środowisko rany, działają termoregulacyjnie oraz stymulują. Dodatkowo posiadają właściwości oczyszczające i pobudzające angiogenezę. Najczęściej są stosowane w leczeniu ran o dużym wysięku. Mogą pozostawać w ranie do 5 dni. Na rynku dostępne są [5,6]:

- opatrunki nieprzylepne z folią:
  - ✓ Advazor Plus (Kikgel),
  - ✓ Allevyn Non-Adhesive (Smith & Nephew),
  - ✓ Biatain (Coloplast),
  - ✓ PermaFoam (Hartmann),
  - ✓ PolMem (QuadraCare),
  - ✓ Suprasorb P (Lohmann & Rauscher),
  - ✓ Tegaderm (3M),
  - ✓ Tegaderm Foam (3M),

- ✓ Tegaderm Foam Adhesive (3M),

- opatrunki z obramowaniem - przylepne z folią:
  - ✓ Allevyn Adhesive (Smith & Nephew),
  - ✓ Biatain (Coloplast),
  - ✓ PermaFoam Comfort (Hartmann),
  - ✓ Suprasorb P (Lohman & Rauscher),
  - ✓ Tielle (Systagenix),
- opatrunki z warstwą silikonu:
  - ✓ Advazorb Border (Kikgel),
  - ✓ Allevyn Gentle (Smith & Nephew),
  - ✓ Allevyn Gentle Border (Smith & Nephew),
  - ✓ Episil (Kikgel),
  - ✓ Episil Absorbent (Kikgel),
- opatrunki ze srebrem:
  - ✓ Allevyn Ag (Smith & Nephew),
  - ✓ Allevyn Ag Adhesive (Smith & Nephew),
  - ✓ Biatain Ag (Coloplast),
  - ✓ PolyMem Silver (QuadraCare),
- opatrunki ze srebrem i silikonem:
  - ✓ Allevyn Ag Gentle (Smith & Nephew),
  - ✓ Allevyn Ag Gentle Border (Smith & Nephew)
- opatrunki złożone:
  - ✓ HydroTac (Hartmann),
  - ✓ Versiva XC (ConvaTec),
- opatrunki bez foli (do wypełnień):
  - ✓ Allevyn Cavity (Smith & Nephew),
  - ✓ Allevyn Plus Cavity (Smith & Nephew),
  - ✓ PermaFoam Cavity (Hartmann),
  - ✓ PolyMem VIC (QuadraCare),
- opatrunki przylepne z folią bez obramowania:
  - ✓ Allevyn Compression (Smith & Nephew),
  - ✓ Allevyn Thin (Smith & Nephew),
  - ✓ Medisorb P (Matopat),

- opatrunek płynny, dwuskładnikowy:
  - ✓ Cavi-Care (Smith & Nephew),
- żel poliuretanowy:
  - ✓ Cutinova Hydro (Smith & Nephew) - można je dostosować do kształtu rany, składać, ciąć lub użyć jako wypełnienie ubytku w ranie (np. opatrunki na piętę, łokieć, kość krzyżową).

PÓŁPRZEPUSZCZALNE BŁONY POLIURETANOWE

Opatrunki izolują ranę powodując wilgotne środowisko oraz podtrzymują inne opatrunki. Przeznaczone są do leczenia odleżyn I i II stopnia. Nie przepuszczają bakterii, wody, zanieczyszczeń, jednocześnie nie utrudniając ranie dostępu do pary wodnej. Mogą być stosowane w celach profilaktycznych na otarcia oraz w miejscach narażonych na ucisk. Przeciwwskazaniem są rany z wysiękiem oraz zainfekowane. W ramach półprzepuszczalnych błon poliuretanowych dostępne są [5,6]:

- Bioclusive (Systagenix),
- Hydrofilm (Hartmann),
- Medisorb F (Matopat),
- Opsite (Smith & Nephew),
- Suprasorb F (Lohmann & Rauscher),
- Tegaderm (3M).

OPATRUNKI KOLAGENOWE

Opatrunki kolagenowe zapewniają ranom wilgotne środowisko poprzez dostarczenie im dużej ilości kolagenu. Działają we wszystkich fazach gojenia się rany, gdyż posiadają właściwości absorpcyjne. Można je także stosować w leczeniu obrażeń trudno gojących się, z dużymi ubytkami tkanek lub uszkodzeniami z wieloletnim przebiegiem leczenia.

Przeciwwskazaniami do ich zastosowania są rany zakażone, używanie w tym samym czasie środków antyseptycznych uwalniających chlor lub substancji wytrącających białko.

Przed użyciem takiego opatrunku należy oczyścić ranę oraz zdezynfekować skórę wokół rany. Można go także zwilżyć solą fizjologiczną, gdy z opatrywanej rany nie sączy się treść.

Opatrunki kolagenowe nie wywołują reakcji alergicznych.

W ramach opatrunków kolagenowych dostępne są [5,6]:

- Fibracol Plus (Systagenix),
- Promogran (Systagenix),

- Suprasorb C (Lohmann & Rauscher).

Podsumowanie

Obecnie opatrunki specjalistyczne są w dużym stopniu refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w przeciwieństwie do opatrunków tradycyjnych.

Aktualnie opatrunki specjalistyczne skracają czas leczenia, minimalizują możliwość wystąpienia powikłań i obniżają koszty leczenia. Koszty poniesione w trakcie leczenia metodą nowoczesną są dużo niższe od metody tradycyjnej. Ten sposób leczenia ran wspólnie z najnowszą wiedzą medyczną może przynosić korzyści ekonomiczne związane z leczeniem.

Jedynie nowoczesna metoda poparta codzienną praktyką może dać pożądane efekty związane z szybkim procesem gojenia się rany. Prowadzi do zmniejszenia cierpienia chorego oraz polepszenia jego ogólnej kondycji zdrowotnej [3,6,7].

Piśmiennictwo

1. Zboina B., Ślusarska B.: Chory przewlekle - zakres opieki pielęgniarskiej [w:] Podstawy pielęgniarstwa. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo. Tom I. Założenia teoretyczne., Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K.(red.), Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2011, 791 - 799.
2. Ziółkowska-Rudowicz E., Kładna A., Szymanowska I. i wsp..: Wounds, Nursing, Desmurgy, Emergencies, Wyd. Pomorskiej Akademii Medycznej, Szczecin, 2008.
3. Ziółkowski G., Ochocka B., Malara M. i wsp.: Fizjologia i patofizjologia procesu gojenia ran, Katowice, 2011, 13 – 15.
4. Czajka D., Czekała D.: Opatrunki, Przewlekle chory w domu. Gdzie szukać pomocy?, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2012.
5. Szkiler E.: Podział ran przewlekłych, Zmiana opatrunku, Opatrunki aktywne, Poradnik pielęgnacji ran przewlekłych, Wyd. Evereth, Warszawa, 2012.
6. Czupryna A., Kłapa Z., Kowalewska M. i wsp.: Rany [w:] Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego, Walewska E. (red.), Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2012, 81-92.
7. Ignatowicz E., Pontyka D.: Nowoczesne opatrunki stosowane w leczeniu ran cz. II. Lek w Polsce, 2007, 2, 98-104.

Kułak Piotr[1,2], Gościk Elżbieta[1]

Znaczenie badań neuroobrazowych w diagnostyce neurologicznej dzieci

1. Zakład Radiologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Stypendysta w ramach projektu „Studiuję, badam, komercjalizuję – program wsparcia doktorantów UMB", Poddziałanie 8.2.1 Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Wprowadzenie

Dynamiczny rozwój technologiczny w ostatnich 25 latach i wprowadzenie nowych metod diagnostyki mózgu, za Girard [1] pozwoliły radiologom włączyć się aktywnie w proces kompleksowego rozpoznawania i różnicowania wad wrodzonych OUN.

Badanie rezonansem magnetycznym (MR) jest obecnie jedną z najdokładniejszych form diagnostycznych w medycynie, niezastąpioną przy wykrywaniu nowotworów, przerzutów, zmian chorobowych w tkankach różnych okolic ciała [2].

Obrazowanie MR, [3] opiera się na zjawisku jądrowego rezonansu magnetycznego i wykorzystuje oddziaływanie fal o częstotliwości radiowej na protony, które znajdują się w polu magnetycznym i rejestruje związane z tym zjawiska energetyczne. W działaniu rezonansu magnetycznego wykorzystuje się właściwości protonów wodoru, które w odpowiednio silnym polu magnetycznym ulegają namagnesowaniu, pobierają impulsy fal elektromagnetycznych i wysyłają impuls podczas zaniku pobudzenia. Budowa tkanek ludzkich charakteryzuje się różnym stopniem zawartości wody, co też powoduje różne natężenie sygnału w badaniu [3].

Badanie MR jest bezpieczne, ale ponieważ wiąże się z oddziaływaniem silnego pola magnetycznego, nie jest wskazane np. u pacjentów, którym wszczepiono różnego rodzaju aparaty, np. rozrusznik serca lub metalowe implanty [2].

W zależności od badanej okolicy ciała, badanie trwa od kilkunastu minut do kilkudziesięciu minut. W tym czasie pacjent musi pozostać w bezruchu. Każdy ruch powoduje zamazanie obrazu, a tym samym zmniejszenie możliwości prawidłowej diagnozy. Obrazowanie MR może być przeprowadzone w różnych sekwencjach. Pozornie nieznaczne zmiany w ustawieniu podstawowych parametrów obrazowania mogą doprowadzić do uzyskania nieco odmiennych danych, mających różne możliwości diagnostyczne.

W zależności od czasu relaksacji podłużnej czy poprzecznej względem której różnicujemy tkanki, mówimy o obrazach T1 lub T2-zależnych [2]:

- obrazy T1-zależne, najlepiej oddające wizualnie strukturę anatomiczną mózgu, gdzie istota biała jest ukazywana w jasnych kolorach, zaś istota szara w ciemnych, płyn mózgowo-rdzeniowy, ropień i guz na ciemno, a miąższ wątroby na jasno.
- obrazy T2-zależne, na których istota biała ukazywana jest w ciemniejszych barwach, zaś istota szara – w jaśniejszych, płyn mózgowo-rdzeniowy, guz, ropień, naczyniak wątroby i śledziona – na jasno, a wątroba i trzustka – na ciemno.

FLAIR (*Fluid Light Attenuation Inversion Recovery)*, jest pewną modyfikacją sekwencji T2-zależnej, gdzie obszary z małą ilością wody ukazywane są w ciemniejszych barwach, zaś obszary z dużą ilością wody – w jaśniejszych [2,3]. Obrazowanie w tej sekwencji znajduje dobre zastosowanie w wykrywaniu chorób demielinizacyjnych [2,3].

Obrazowanie dyfuzyjne mierzy dyfuzję molekuł wody w tkance i wyróżnia się tutaj następujące techniki [2-7]:

- obrazowanie tensora dyfuzji (DTI – *diffusion tensor imaging*), które może być zaadaptowane do obrazowania zmian w połączeniach istoty białej
- obrazowanie zależne od dyfuzji (DWI – *diffusion-weighted imaging*), które wykazuje się dużą skutecznością w obrazowaniu udarów mózgu, niedotlenienia mózgu i obrzęku, ocenie guza i obrzęku okołoguzowego, diagnostyce torbieli wewnątrzczaszkowych i diagnostyce stwardnienia rozsianego.

Badanie MR głowy polega na ułożeniu na ruchomym stole pacjenta. Pacjentowi zakłada się cewkę dedykowaną do badania głowy.

Następnie pacjent prawidłowo ułożony wjeżdża do tunelu skierowany głową w jego kierunku. Występują także aparaty rezonansu magnetycznego otwarte gdzie pacjent nie wjeżdża do tunelu tylko nad pacjentem znajduje się magnez, dzięki temu mniejsze jest wystąpienie strachu przed zamknięciem.

Przez czas trwania badania nie należy się poruszać, ponieważ może to zniekształcić obraz i uniemożliwić ocenę diagnostyczną. Przez cały czas pacjent ma kontakt z personelem wykonującym badanie poprzez mikrofon, kamerę, lub jest widziany przez szybę.

Czas badania może trwać od 15 do średnio ok. 30 minut i zależy od siły magnesu występującego w aparacie, im większa moc w Teslach tym szybciej zostaje wykonane badanie.

Podczas badania MRI głowy wykonuje się najczęściej sekwencje: TSE, FLASH, w obrazach T1 i T2 zależnych oraz FLAIR, w płaszczyznach poprzecznej, strzałkowej i czołowej, można również podać środek kontrastowy.

Przykłady zastosowania badań neuroobrazowych w diagnostyce neurologicznej dzieci

Obecnie badanie przy użyciu MR jest także podstawową metodą diagnostyczną w neurologii dziecięcej [8]. Umożliwia ocenę zmian morfologicznych w obrębie tkanki mózgowej, zaś przy użyciu spektroskopii protonowej rezonansu magnetycznego ^{1}HMRS nieprawidłowości metabolicznych [8,9,10]. ^{1}HMRS jest nieinwazyjną metodą, pozwalającą na przyżyciowe ilościowe oznaczenie zawartości metabolitów w tkance mózgowej i dającą wgląd w skład chemiczny mózgu, a jej zastosowanie wzbogaca możliwości diagnostyczne w rozpoznawaniu guzów mózgu [8,9,11]. Wykorzystywano tę metodę również [8, 12, 13, 14] do oceny zawartości poszczególnych metabolitów w mózgu u dzieci z encefalopatią niedokrwienno-niedotlenieniową, urodzonych przedwcześnie, z mózgowym porażeniem dziecięcym, autyzmem i zespołem Downa.

Inną stosunkowo nową techniką obrazowania, [15, 16] jest dyfuzyjny rezonans magnetyczny (*diffusion MR*), uwidaczniający rozkład ruchów dyfuzyjnych cząstek wody w mózgowiu. W tej metodzie, [17] wykorzystano fakt, że przy odpowiednim doborze parametrów badanie MR pozwala wykrywać ruchy dyfuzyjne wody w obrębie płynu wewnątrz- i międzykomórkowego, w wyniku oznakowania gradientami pola magnetycznego o wysokiej amplitudzie, długim czasie trwania i specyficznym odstępie czasowym spinów dyfundujących cząstek wody. Dyfuzja cząsteczek wody w mózgu jest anizotropowa, można więc poprzez matematyczne przekształcenia danych uzyskać tak zwane mapy współczynnika dyfuzji (ADC, *Apparent Diffusion Coefficient*) różnych narządów, w tym mózgu. Na tych mapach obszary o zmniejszonej dyfuzji (ograniczenie ruchów Browna), na przykład wskutek obrzęku tkanki, mają zmieniony jasny sygnał. Dzięki tej technice neuroobrazowania można wykryć zmiany w mózgu już po kilku minutach od wystąpienia udaru [17]. W konwencjonalnych badaniach KT i MR, podobne zmiany można wykryć najwcześniej po wielu godzinach.

W ostatnich latach diagnostyka neuroobrazowa stosowana jest coraz częściej u noworodków donoszonych, wcześniaków, a nawet u płodów, a liczne publikacje [18-25], wskazują na wyjątkową rolę badania MR w diagnostyce zmian niedotlenieniowo-niedokrwiennych powstających w czasie ciąży, porodu oraz po porodzie. Zmiany te [26,27] stanowią najczęstszą przyczynę uszkodzenia mózgu w okresie okołoporodowym i mogą prowadzić do mózgowego porażenia dziecięcego, padaczki, upośledzenia umysłowego oraz innych problemów rozwojowych.

Hnatyszyzn [18,19] podkreśla, iż znajomość typów patomorfologicznych uszkodzenia mózgu w okresie okołoporodowym stanowi podstawę właściwej interpretacji obrazów MR u noworodków, które przebyły niedotlenienie okołoporodowe.

W opinii wielu autorów [26,28,29, 30] rozpoznając badaniem neuroobrazowym obustronną leukomalację okołokomorową, można spodziewać się wystąpienia u dziecka kurczowej postaci mózgowego porażenia dziecięcego o ciężkości ściśle skorelowanej z rozległością zmian malacyjnych, a jeśli uszkodzeniu ulegnie wieniec promienisty może rozwinąć się niedowład spastyczny czterokończynowy przebiegający z zaburzeniami intelektualnymi.

Przejściowym następstwem ostrego niedotlenienia **[**31**]** jest obrzęk mózgu i można go rozpoznać za pomocą MR w pierwszych 24–48 godzinach życia u części noworodków z umiarkowaną lub ciężką encefalopatią niedotlenieniowo-niedokrwienną, a prezentacja w czasie T1-zależnym wykrywa następujące zmiany:

- brak uwidocznienia przestrzeni zewnątrzmózgowych
- zatarcie bruzd mózgu
- zamknięcie szczeliny Sylwiusza
- wąską szczelinę międzypółkulową
- wąskie światło rogów czołowych komór bocznych.

Zmiany te, według Barkovich i wsp. **[**31**]** oraz Rutherford [22] utrzymują się nie dłużej jak do końca pierwszego tygodnia życia. Po ustąpieniu cech obrzęku mózgu zdecydowanie lepiej uwidaczniają się dokonane zmiany niedotlenieniowo-niedokrwienne, w związku z tym najlepszym okresem na wykonanie badania MR u noworodka z objawami niedotlenienia okołoporodowego jest 7–30 dzień życia, kiedy ustępuje już obrzęk, a nie ma jeszcze cech atrofii mózgu.

Zeegers i wsp. [32] porównywali struktury mózgu (objętość całego mózgu, móżdżku, istoty szarej i białej, komór bocznych, hipokampa i jąder migdałowatych) u dzieci w wieku 2–7 lat w tym u 34 dzieci z autyzmem i u 13 dziećmi z upośledzeniem umysłowym. W tym celu wykorzystali 1,5 Tesla aparat MR Autorzy [32] wykazali dodatnią korelację pomiędzy poziomem rozwoju umysłowego a całkowitą objętością mózgu w stosunku do obwodu czaszki

Jou i wsp. [33] analizowali objętość istoty szarej oraz białej u 22 dzieci z autyzmem i porównywali wyniki z grupą dzieci zdrowych przy użyciu MR i oprogramowania BRAINS2. Nie wykazali [33] różnic w objętości całego mózgu pomiędzy badanymi grupami i różnic w

objętości istoty białej, ale stwierdzili istotne zmniejszenie w objętości istoty szarej pnia mózgu u dzieci z autyzmem w porównaniu z dziećmi zdrowymi.

Mathur i wsp. [35,36] stwierdzili nieprawidłowości w badaniu TK głowy u 32% dzieci i wynikały one głównie z obecności gruźliczaka lub wągrów tasiemca.

Merkley i wsp. [36] analizowali objętość istoty szarej u 16 dzieci w wieku 9–16 lat, które doznały w przeszłości ciężkich urazów czaszkowo-mózgowych (wypadki samochodowe, motorowe i rowerowe). Uzyskane wyniki porównywali z badaniami zdrowych dzieci. Badania MR wykonywali średnio 3,1 ± 2,4 lat od urazu. Stan chorych według skali Glasgow oceniony był wówczas na 5,7 ± 2,8 punktów. Grubość kory mierzono przy użyciu oprogramowania FreeSurfer® v4.0.4. Autorzy [36] wykazali istotne zmniejszenie objętości istoty szarej w okolicy płatów czołowych, skroniowych i ciemieniowych u pacjentów po urazach czaszkowo-mózgowych oraz pamięci roboczej w porównaniu z grupą kontrolną.

Yang i wsp. [37] w badaniu wolumetrycznym MR porównywali objętość istoty szarej u 57 pacjentów (37 chłopców i 22 dziewcząt) z ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder)* i 57 zdrowych w wieku 7–17 lat. Wykazali mniejszą objętość mózgu u pacjentów z ADHD w stosunku do grupy kontrolnej, mniejszą objętość jądra ogoniastego i móżdżku. Stwierdzili także mniejszą objętość w lewej tylnej obręczy i prawym precuneus u dziewcząt w porównaniu do chłopców.

McAlonan i wsp. [38] i Overmeyer i wsp. [39], wykorzystując technikę neuroobrazowania MR u dzieci z ADHD, wykazali istotne zmniejszenie objętości istoty szarej po stronie prawej w okolicy czołowo-ciemieniowej, ale nie wykazali różnic w objętości istoty szarej w obrębie móżdżku i jąder podkorowych.

W podobnym opracowaniu Gilbert i wsp. [1] dokonali analizy wyników badań morfometrycznych MR u 18 dzieci (średnia wieku 10,4 lat) z rozpoznanym zespołem ADHD i porównywali je z wynikami z grupy kontrolnej. Wykazali istotne zmniejszenie objętości istoty szarej w polu Brodmana – prawy górny zakręt czołowy, w prawym tylnym zakręcie obręczy i w obu zwojach podstawy – szczególnie w prawej gałce bladej i skorupie.

Carter i wsp. [40] oceniali zmiany w objętości mózgu w badaniach MR u 15 pacjentów z zespołem Downa oraz 22 chorych z zespołem Downa oraz autyzmem i wykazali zmniejszenie objętości istoty szarej w płatach czołowych i ciemieniowych u pacjentów z zespołem Downa. W przypadku chorych z zespołem Downa i autyzmem stwierdzono [40] większą objętość istoty białej w móżdżku i pniu mózgu w porównaniu z pacjentami mających jedynie zespół Downa.

Michałowicz i Jóźwiak [41] oraz Scotoni i wsp. [42] zwracają uwagę, iż w latach 80-tych i na początku lat 90-tych powszechnie dostępnym badaniem neuroobrazowym była tomografia komputerowa głowy. W literaturze przedmiotu [43 - 45] podkreśla się, iż w związku z tym odsetek stwierdzanych nieprawidłowości, w tym w przypadku dzieci z padaczką, był zatem znacznie niższy, niż w badaniach z użyciem MRI i wynosił 9,5 – 21%, podczas gdy wprowadzenie badania MRI, ze względu na jego czułość i swoistość, pozwoliło na wykrycie zmian z dużą dokładnością nawet u 31% dzieci po pierwszym napadzie padaczki.

Zmiany w badaniu MR mózgowia, za Scotoni i wsp. [42] i za Kalnin i wsp. [44] obserwuje się je u ponad 30% dzieci po pierwszym napadzie padaczki.

W literaturze przedmiotu podkreśla się znaczenie zakażenia wirusowych w patogenezie hipoplazji ciała modzelowatego [46,47,48]. Retrospektywna analiza wyników badań pacjentów hospitalizowanych w Instytucie "Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie [49] wykazała, że zakażenie wirusem cytomegalii jest najczęstszą wrodzoną i okołoporodową infekcją wirusową występującą z częstością 0,2-2,5% żywych urodzeń. Retrospektywnej analizie poddano badania MR mózgu wykonane u 76 dzieci w wieku od 11 dni do 4,5 roku życia hospitalizowanych w latach 2005-2007, u których rozpoznano wrodzone zakażenie wirusem cytomegalii. Zaobserwowano, że scieńczałe ciało modzelowate występowało u 19/44 dzieci u których był nieprawidłowy obraz badania [49z].

Kalnin i wsp. [44] uważają, iż zmiany w MR mózgowia typu poszerzenie układu komorowego powyżej 1,5 cm, rozmiękanie istoty białej mózgu, glejoza, heterotopia i dysplazje korowe, zmiany w obrębie hipokampa, istoty białej, krwotoki i zmiany naczyniowe, zmniejszenie masy tkanki mózgowej są częstymi zmianami i są związane z potencjalnie wyższym ryzykiem wystąpienia padaczki.

Lemka i wsp. [50] analizowali współwystępowanie wad OUN u 30 dzieci w wieku 4 miesiące – 15 lat, u których stwierdzono agenezję ciała modzelowatego. Stan większości noworodków po urodzeniu oceniono jako dobry na 8-10 punktów według skali Apgar. U większości stwierdzono także opóźnienie rozwoju psychoruchowego. Wśród wad OUN najczęstsze były zaburzenia migracji neuronów (lisencefalia, hetreotopie istoty szarej i schizencefalia). Obserwowano także hipoplazję płatów czołowych i skroniowych oraz torbiele pajęczynówki. Ponadto 3 dzieci wymagało założenia zastawki. W podobnym odsetku stwierdzono nieprawidłową budowę móżdżku i zaburzenia mielinizacji [50].

Szmuda [51] badaniem objęła 310 pacjentów (od 3 miesięcy do 17 lat i 9 miesięcy), którzy zgłosili się do Przyklinicznej Poradni Neurologii Rozwojowej ówczesnego

Akademickiego Centrum Klinicznego Szpitala Akademii Medycznej w Gdańsku po pierwszym w życiu napadzie padaczkowym. Analiza wieloczynnikowa ujawniła, że nieprawidłowy wynik badania neuroobrazowego wiązał się ze znamiennie wyższym ryzykiem wystąpienia drugiego napadu padaczkowego (22,91% vs. 6,02%, p<0,01, OR=4,64, ryzyko wystąpienia nawrotu po 24 miesiącach: 89,47%).

Dunin-Wąsowicz i wsp. [48] analizie poddali 14 dzieci, u których na podstawie badań neuroobrazowych (USG, TK) rozpoznano agenezję ciała modzelowatego. W jednym przypadku u niemowlęcia płci męskiej z bielmem obu rogówek, erytrodermią, wrodzoną wadą serca oraz hipertrójgiicerydemią stwierdzono aberrację chromosomową pod postacią częściowej delecji fragmentu długiego ramienia chromosomu pary 18 [del(18)(pter-t'q21)]. Nie obserwowano u niego napadów padaczkowych, a zapis EEG wykazywał zmiany sporadycznie uogólnione. U pozostałych pacjentów badania cytogenetyczne były prawidłowe. Czterech chłopców chorowało na padaczkę lekooporną [48]. Dwoje dzieci płci męskiej urodziło się przedwcześnie, w tym jedno w 27 tygodniu ciąży, z masą ciała 900 g. Rozpoznano u nich różne wady serca, a u jednego także stopy końsko-szpotawe. W jednym przypadku noworodka płci męskiej wada mózgu występowała w przebiegu wrodzonego zakażenia wirusem cytomegalii. U dwóch dziewczynek stwierdzono objawy kliniczne typowe dla zespołu Aicardi (lekooporna padaczka, upośledzenie umysłowe, zmiany na dnie oczu, wady układu kostnego). W jednym przypadku niemowlęcia płci żeńskiej agenezja ciała modzelowatego towarzyszyła holoprosencefalii i zanikowi nerwów wzrokowych. Wyniki te są zbliżone do moich rezultatów [48].

Shinnar i wsp. [43] uważają, że badanie neuroobrazowe powinno być zawsze brane pod uwagę w przypadkach pacjentów po przebytym pierwszym napadzie, gdy podejrzewa się u nich organiczną przyczynę wystąpienia napadu. Przeanalizowali 218 pacjentów w wieku od 1 roku do 19 lat pod kątem występowania zmian w badaniach neuroobrazowych po pierwszym w życiu napadzie. Badaniem neuroobrazowym u 73% pacjentów była KT a u 27% - badanie MR mózgowia. Za zasadnicze zmiany strukturalne w mózgowiu autorzy [43] uznali widoczne w TK ogniska rozmiękania tkanki mózgowej oraz wady rozwojowe.

Hui i wsp. [52] wykazali, że nieprawidłowy wynik badania TK głowy (obrazujący zaniki tkanki mózgowej, torbiele pajęczynówki czy choroby naczyń mózgowych) wiąże się z istotnie wyższym ryzykiem wystąpienia drugiego napadu padaczkowego, w przypadku napadów toniczno-klonicznych oraz pacjentów powyżej 14 roku życia. Autorom [52] nie udało się oszacować różnorakich czynników ryzyka nawrotu napadów, ponieważ

poszczególne grupy ryzyka były zbyt małe. Jedynym istotnym czynnikiem w analizie wieloczynnikowej okazał się nieprawidłowy obraz w badaniu TK głowy [52].

Kornafel i wsp. [53] badaniem objęli 240 noworodków i niemowląt ze Specjalistycznego ZOZ nad Matką i Dzieckiem w Wałbrzychu i oceniali wielkość ciała modzelowatego. Badania wykonano aparatem ultrasonograficznym stosując głowicę mikroconvex 5,5 - 7,5 MHZ w prezentacji 2D. Grubość kolana, pnia, płata i długość mierzono w projekcji strzałkowej środkowej przez ciemiączko przednie. Na echogramach mierzono długość i grubość ciała modzelowatego na poziomie kolana, pnia i płata. Wykazano ciągły wzrost ciała modzelowatego u noworodków i niemowląt, największy u niemowląt w przedziale wieku od 4 do 10 miesiąca życia [53].

Badania neuroobrazowe ilościowe: badania morfometryczne MR istoty szarej i białej, dyfuzji MR i tensora dyfuzji MR stwarzają nowe możliwości diagnostyczne w wielu schorzeniach układu nerwowego, pozwalają na śledzenie i pomiar zachodzących procesów przebudowy i reorganizacji mózgu u dzieci [8]. W przyszłości metody ilościowe MR prawdopodobnie będą podstawowymi metodami diagnostycznymi w neuropediatrii.

W ostatnich latach badania wielu autorów [29,54,55] wykazały, że badanie MR obrazuje leukomalację okołokomorową we wcześniejszym okresie i w większym zakresie, niż badanie USG, uwidoczniając dodatkowo obecność krwotocznych ognisk martwiczych. W przypadku, gdy uszkodzeniu ulegnie ośrodek półowalny lub wieniec promienisty, może rozwinąć się spastyczność czterokończynowa, przebiegająca z zaburzeniami intelektualnymi [26,28,29,30].

W literaturze przedmiotu [21,22,23,56], MR głowy uważany jest za technikę neuroobrazową najlepiej wykrywającą zmiany niedotlenieniowo-niedokrwienne powstające w okresie okołoporodowym, a o określenie ich lokalizacji, rozległości oraz dalszej ewolucji w dużym stopniu umożliwia ustalenie rokowania co do przyszłego rozwoju dziecka.

Ultrasonografia przezciemieniowa u noworodków donoszonych z niedotlenieniem okołoporodowym może uwidocznić tylko najcięższe zmiany w mózgowiu, a prawidłowy wynik badania ultrasonograficznego nie ma znaczenia rokowniczego [57,58].

Badanie MR wykonane przed wypisem do domu noworodków przedwcześnie urodzonych, może dostarczyć więcej informacji prognozujących dalszy rozwój dzieci niż badanie USG [59]. W grupie dzieci z rozpoznanym mózgowym porażeniem dziecięcym jedynie u 11,7% nie stwierdzono zmian w MR wykonanych w wieku 2 lat [57,58]. Ocenia się, że w tej grupie dzieci jako przyczyna choroby mogą dominować czynniki genetyczne.

Maalouf i wsp. [60] oraz Inder i wsp. [20] podkreślają, iż badania ośrodkowego układu nerwowego wykonane techniką MR w 40 tygodniu wieku postkoncepcyjnego ujawniają obraz rozsianego, niejamistego uszkodzenia istoty białej u noworodków urodzonych przedwcześnie, a które nie są widoczne w rutynowo wykonywanych badaniach USG.

Rozsiana postać leukomalacji okołokomorowej jest w swojej istocie martwicą ogniskową, w której następstwie pojawiają się blizny glejowe mikroskopijnych rozmiarów. Częstość występowania jamistych postaci leukomalacji okołokomorowej [61- 63] jest oceniana na około 5%, podczas gdy postać rozsiana, za Khwaja [64] występuje znacznie częściej u około 50% dzieci urodzonych z masą ciała poniżej 1500 g. U dzieci z rozsianą postacią leukomalacji okołokomorowej u których w wieku 2 lat wykonano badanie MR, stwierdzono zmniejszenie także objętości istoty szarej: w obrębie wzgórza, jąder podstawy i kory mózgu w porównaniu z dziećmi bez zmian w istocie białej.

Najbardziej adekwatnym wskaźnikiem rozwoju dziecka jest jego ocena w wieku 5-6 lat. Według Polak i wsp. [59] odniesienie obrazu uzyskanego w badaniu MR do oceny neuropsychologicznej we wczesnym wieku szkolnym ma istotne znaczenie dla identyfikacji czynników prognozujących rozwój i może zmniejszyć luki naszej wiedzy o podłożu poszczególnych zmian w OUN.

Flodmark i wsp. [65] zwracają uwagę, iż MR wykonywane u noworodków z niedotlenieniem okołoporodowym w terminie przewidywanego porodu o czasie w obrazach T2 zależnych, wykazuje rozlane wzmocnienie sygnału istoty białej – DEHSI (*diffuse and excessive high signal intensity).*

Nadal jednak trwają badania dotyczące DEHSI, a jak podaje literatura fachowa [19, 20, 28,29, 54, 55], wykonywanie badania MR głowy w terminie przewidywanego porodu o czasie u wcześniaków z bardzo małą masą urodzeniową ciała nie tylko pozwala na dokładniejszą ocenę rozległości leukomalacji i ognisk udarowych, lecz również umożliwia rozpoznanie rozlanego bezjamistego uszkodzenia istoty białej mózgu, którego nie udaje się uwidocznić w badaniu USG.

Obraz zmian otrzymywany w MR zależny jest nie tylko od typu uszkodzenia tkanki mózgowej, do którego doprowadziło niedotlenienie okołoporodowe, ale także od tego w jakim czasie od chwili jego wystąpienia wykonywane badanie [18,19, 22].

W pierwszym tygodniu życia u noworodków donoszonych z encefalopatią niedotlenieniowo-niedokrwienną, badanie MR może ujawnić [22]:

- obrzęk mózgu

- osłabienie sygnału tylnej odnogi torebki wewnętrznej (PLIC – *the posterior limb of the internal capsule*)
- zmienioną intensywność sygnału jąder podstawy i wzgórz
- zmiany w pniu mózgu
- brak zróżnicowania szarej i białej istoty mózgu
- wzmocnienie sygnału kory w czasie T1-zależnym.

Osłabienie sygnału tylnej odnogi torebki wewnętrznej w obrazach T2-zależnych, może wystąpić już w 1–2 dniu od czasu zadziałania niedotlenienia, ale tylko u noworodków, które ukończyły 37 tydzień życia płodowego. Zmiana ta [23] wyprzedza inne postacie uszkodzenia mózgu związane z niedotlenieniem i bardzo dobrze koreluje z zaburzonym rozwojem. Nie wykazuje jednak korelacji z jakością ani ciężkością przyszłych zaburzeń. Sygnał PLIC może powrócić po kilku tygodniach lub miesiącach, ale stopień powrotu zależy od ciężkości niedotlenienia [23].

U noworodków, u których w wyniku ostrego niedotlenienia doszło do selektywnej martwicy neuronów [22], MR głowy wykonywany w obrazach T1- i T2-zależnych wykazuje zmiany w jądrach podstawy, które dzieli się na:

- łagodne - ogniskowe, występujące z prawidłowym sygnałem z tylnej odnogi torebki wewnętrznej, a w przypadku których rokowanie jest przeważnie dobre
- umiarkowane - ogniskowe, zajmujące tylno-boczną część jądra soczewkowatego, boczną część wzgórza i zawsze przebiegające z nieprawidłowym sygnałem PLIC, najczęściej prowadzące do pozapiramidowej postaci mózgowego porażenia dziecięcego, przebiegającej z prawidłowym rozwojem intelektualnym.
- ciężkie - rozlane, zajmujące głowę jądra ogoniastego i sięgające do śródmózgowia, zawsze przebiegające z nieprawidłowym sygnałem PLIC, z przeważnie towarzyszącymi im zmianami w korze mózgu i istocie białej, a użycie odpowiednich projekcji w trakcie badania umożliwia uwidocznienie ognisk udarowych w grzbietowej części pnia mózgu.

W przypadku umiarkowanych zmian w jądrach podstawy, jak zaznacza Rutherford [22], pomimo obecności zaburzeń neurologicznych u dziecka, badanie MR wykonane po szóstym miesiącu życia może nie wykazać żadnej patologii, w związku z tym u części pacjentów z mózgowym porażeniem dziecięcym powstałym w konsekwencji niedotlenienia okołoporodowego badanie MR głowy nie wykazuje odchyleń od normy. Jednak w części przypadków w wyniku uszkodzenia jąder podstawy powstaje stan marmurkowaty,

charakteryzujący się zmniejszeniem liczby neuronów, glejozą i nieprawidłową mielinizacją, który można rozpoznać dopiero około 8–10 miesiąca życia.

Boardman i wsp. [66] dokonali analizy uzyskanych obrazów uzyskanych techniką dyfuzji MR i morfometrii u 62 niemowląt urodzonych pomiędzy 24 a 33 tygodniem ciąży i porównali je z grupą 12 dzieci zdrowych urodzonych o czasie. Wykazali, że dzieci urodzone przedwcześnie miały zmniejszone objętości wzgórza i jąder soczewkowatych bez widocznych cech uszkodzenia tych obszarów. Zmiany powyższe były bardziej zawansowane u skrajnych wcześniaków (poniżej 28 tygodnia ciąży) i niemowląt z rozległymi uszkodzeniami istoty białej.

Mahone i wsp. [67] badaniem objęli 35 dzieci urodzonych o czasie i oceniali pamięć roboczą w korelacji z całkowitą objętością mózgu i wiekiem. Analiza wyników pozwoliła im na stwierdzenie, że pamięć badanych dzieci była dodatnio skorelowana z objętością istoty szarej w płatach czołowych. Autorzy nie stwierdzili natomiast zależności pomiędzy pamięcią, a objętością istoty szarej w płatach skroniowych, ciemieniowych, potylicznych oraz objętością istoty białej w obu płatach czołowych.

Deipolyi i wsp. [68] techniką dyfuzji MR i trójwymiarowej wolumetrii oceniali cztery obszary kory mózgu u 37 dzieci w wieku 25 i 38 tygodnia życia, urodzonych przedwcześnie i porównywali wyniki z grupą kontrolną. Dokonywali pomiarów ilościowych korowych zakrętów (wysokość i szerokość zakrętów) w czterech obszarach: górnym czołowym, górnym potylicznym, przyśrodkowym i zaśrodkowym. Wielkość zakrętów korowych zależała od wieku trwania ciąży. Wyniki te, zdaniem autorów wskazują na odmienny rozwój kory mózgowej w różnych obszarach mózgu i przydatność metody dyfuzji MR w ocenie rozwoju kory mózgowej u dzieci.

Constable i wsp. [69] wykorzystując technikę tensora dyfuzji MR analizowali objętość istoty białej u dzieci w wieku 12 lat, w tym u 29 dzieci urodzonych przedwcześnie i o czasie, o masie urodzeniowej 600–1200 g, bez uszkodzenia mózgu oraz 22 dzieci urodzonych w terminie Wykazali obniżenie anizotropii frakcyjnej (miara organizacji włókien nerwowych istoty białej) w obrębie pęczka czołowo-potylicznego po stronie prawej, w części przedniej pęczka haczykowatego, splenium i ciała modzelowatego. Stwierdzili także obniżenie anizotropii istoty białej u dzieci urodzonych przedwcześnie w obrębie płatów czołowych, skroniowych i ciemieniowych. Zmiany w anizotropii w obrębie pęczka haczykowatego po stronie lewej korelowały z inteligencją słowną i ogólną. Dodatkowo wykazali u chłopców urodzonych przedwcześnie - niższe wartości anizotropii w porównaniu z dziewczętami.

Ment i wsp. [70] oceniali wyniki serii badań wolumetrycznych MR mózgu u 55 dzieci

urodzonych przedwcześnie, o wadze 600–1250 g i porównywali je z grupą 20 dzieci zdrowych. Zarówno u dzieci urodzonych przedwcześnie, jak i o czasie, objętość mózgu wzrosła o 2–3% pomiędzy 8 a 12 rokiem. Ponadto wykazano zmniejszenie objętości istoty szarej w lewej półkuli stwierdzono u wcześniaków o 2%, zaś w grupie kontrolnej o 10%. Podobne wyniki uzyskano dla prawej półkuli mózgu. Stwierdzili także, w obu półkulach mózgu u dzieci urodzonych przedwcześnie, wzrost objętości istoty białej o 10%, zaś w grupie kontrolnej o ponad 26% oraz różnice objętości istoty szarej w płatach skroniowych i istoty białej w płatach ciemieniowych pomiędzy analizowanymi grupami. Zdaniem autorów wyniki tych badań wskazują na mniejszą redukcję istoty szarej i białej u dzieci urodzonych przedwcześnie.

Piśmiennictwo

1. Gilbert A.R., Keshavan M.S., Diwadkar V., et al: Gray matter differences between pediatric obsessive-compulsive disorder patients and high-risk siblings: a preliminary voxel-based morphometry study. Neurosci. Lett., 2008, 435, 45–50.
2. Krzyżowski J.: Leksykon Psychiatrii i Nauk Pokrewnych. Medyk, Warszawa, 2010.
3. Gonet B.: Obrazowanie magnetyczno-rezonansowe. Wyd. lekarskie PZWL, Warszawa, 2005.
4. Lutsep H.L., Albers G.W., DeCrespigny A., et al.: Clinical utility of diffusion-weighted magnetic resonance imaging in the assessment of ischemic stroke. Ann. Neurol., 1997, 41, 547–548.
5. Hergan K., Schaefer P.W., Sorensen A.G., et al: Diffusion-weighted MRI in diffuse axonal injury of the brain. Eur. Radiol., 2002, 12, 2536–2541.
6. Rovaris M., Filippi M.: Diffusion tensor MRI in multiple sclerosis. J. Neuroimaging, 2007:17, 27–30.
7. Guan X., Lai S., Lackey J., et al.: Revisiting anaplastic astrocytomas II: further characterization of an expansive growth pattern with visually enhanced diffusion tensor imaging. J. Magn. Reson. Imaging., 2008, 28, 1322–1336.
8. Kulak W., Sobaniec W., Smigielska-Kuzia J., et al.: An age and gender dependency of metabolite concentrations in basal ganglia in children with spastic diplegia: proton magnetic resonance spectroscopy study. J. Child. Neurol, 2009, 24, 73-79.
9. Kubas B., Sobaniec W., Kułak W i wsp.: Zastosowanie spektroskopii protonowej rezonansu magnetycznego ^{1}HMRS w diagnostyce guzów mózgu u dzieci – doniesienie wstępne. Neur. Dziec., 2008, 17, 21–27.

10. Demaerel P.: In vivo localized single-voxel proton magnetic resonance spectroscopy of intracranial tumors. Int. J. Neuroradiol., 1997, 3, 94– 100.
11. Uysal E., Erturk M., Yildirim H. et al.: Multivoxel magnetic resonance spectroscopy in gliomatosis cerebri. Acta Radiol., 2005, 46, 621–624.
12. Śmigielska-Kuzia J., Sobaniec W.: Brain metabolic profile obtained by proton magnetic resonance spectroscopy HMRS in children with Down syndrome. Adv. Med. Sci., 2007:52, 183–187.
13. Maneru C., Junque C., Bargallo N., et al: (1)H-MR spectroscopy is sensitive to subtle effects of perinatal asphyxia. Neurology, 2001, 25, 1115–1118.
14. Kułak W., Sobaniec W., Śmigielska-Kuzia J., et al.: Metabolite profile in the basal ganglia of children with cerebral palsy: a proton magnetic resonance spectroscopy study. Dev. Med. Child Neurol., 2006:48, 285–289.
15. Thijs V.N., Adami A., Neumann-Haefelin T., et al.: Relationship between severity of MR perfusion deficit and DWI lesion evolution. Neurology, 2001, 57, 1205–1211.
16. Brunberg J.A., Chenevert T.L., McKeever P.E., et al: In vivo MR determination of water diffusion coefficients and diffusion anisotropy: correlation with structural alteration in gliomas of the cerebral hemispheres. AJNR Am. J. Neuroradiol., 1995, 16, 361–371.
17. Lansberg M.G., Norbash A.M., Marks M.P., et al.: Advantages of adding diffusion-weighted magnetic resonance imaging to conventional magnetic resonance imaging for evaluating acute stroke. Arch. Neurol., 2000, 57, 1311–1316.
18. Hnatyszyn G.: Przydatność tomografii i rezonansu magnetycznego głowy w diagnostyce zmian niedotlenieniowo-niedokrwiennych u noworodków, Neurol. Dziec., 2007, 16, 7-12.
19. Hnatyszyn G.: Ocena przydatności kompleksowej diagnostyki neurologicznej w rozpoznawaniu mózgowego porażenia dziecięcego u niemowląt urodzonych przedwcześnie z objawami niedotlenienia okołoporodowego. Med. Wieku Rozw., 2005, 3, 293–310.
20. Inder T., Anderson N., Spencer C., Wells S., Volpe J.: White matter injury in the premature infant: a comparison between serial cranial sonographic and MRI findings at terme. AJNR, 2003, 24, 805-809.
21. Rutherford M., Pennock J., Schwieso J., Cowan F., Dubowitz L.: Hypoxic-ischaemic encephalopathy: early and late magnetic resonance imaging findings in relation to outcome. Arch. Dis. Child Fetal Neonatal. Ed., 1996, 75, F145–151.

22. Rutherford M.: The asphyxiated term infant. [In:] TMR of the neonatal brain. Rutherford M. (ed.) W.B. Saunders, London-Toronto 2002, 99–128.
23. Rutherford M.A, Pennock JM, Counsell SJ, et al.: Abnormal magnetic resonance signal in the internal capsule predicts poor neurodevelopmental outcome in infants with hypoxic-ischemic encephalopathy. Pediatrics, 1998, 102, 323–328.
24. Scher M.S.: Feal and neonatal neurologic case histories: assessment of brain disorders in the context of fetal-maternalplacental disease. Part 1: Fetal neurologic consultations in the context of antepartum events and prenatal brain development. J. Child Neurol., 2003, 18, 85–92.
25. Scher M.S.: Fetal and neonatal neurologic case histories: assessment of brain disorders in the context of fetal-maternalplacental disease. Part 2: Neonatal neurologic consultations in the context of advers antepartum and intrapartum events. J. Child Neurol., 2003:18, 155–164.
26. Volpe J.J.: Brain injury in the premature infant. Neuropathology, clinical aspects, pathogenesis, prevention. [In:] Clinics in perinatology. Neurologic disorders in the newborn, part I. Plessis A.J.(ed.), W.B. Saunders Company, Philadelphia-Tokyo 1997, 567–587.
27. Volpe J.J.: Hypoxic-ischemic encephalopathy: neuropathology and pathogenesis [In]: Neurology of the newborn..Volpe J.J., (ed), W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1995, 279–369
28. De Vries L.S., Eken P., Dubowitz L.M.: The spectrum of leukomalacia using cranial ultrasound. Behav. Brain Res., 1992, 49, 1–6.
29. De Vries L.S., Groenendaal F., Meiners L.C.: Ischemic lesions in the preterm brain. [In:] TMR of the Neonatal Brain. Rutherford M.A., Saunders W.B. (ed.), London-Toronto, 2002, 155–169.
30. Weindling M.: Clinical aspects of brain injury in the preterm infant. [In:] The newborn brain. Lagercrantz H., Hanson M., Evard P. (ed.), Cambridge University Press, 2002, 443–478.
31. Barkovich A.J., Westmark K., Partridge C., Sola A., Ferriero D.M..: Perinatal asphyxia: MR findings in the first 10 days. AJNR Am. J. Neuroradiol., 1995, 16, 427–438.
32. Zeegers M., Pol H.H., Durston S., et al.: No differences in MR-based volumetry between 2- and 7-year-old children with autism spectrum disorder and developmental delay. Brain Dev., 2009, 31, 725-730.

33. Jou R.J, Minshew N.J, Melhem N.M., et al.: Brainstem volumetric alterations in children with autism. Psychol. Med., 2008, 24, 1–8.
34. Mathur A., Inder T.: Magnetic resonance imaging--insights into brain injury and outcomes in premature infants, J. Commun. Disord., 2009, 42, 248-255.
35. Mathur S., Southern K., Sharma M.: Significant Findings on Cranial CT Scan after a First Unprovoked Seizure In Children from North India. J. Trop. Ped., 2007, 53, 428-430,
36. Merkley T.L., Bigler E.D., Wilde E.A., et al.: Diffuse changes in cortical thickness in pediatric moderate-to-severe traumatic brain injury. Neurotrauma, 2008, 25, 1343–1345.
37. Yang P., Wang P.N., Chuang K.H., et al.: Absence of gender effect on children with attention-deficit/hyperactivity disorder as assessed by optimized voxel-based morphometry. Psychiatry Res., 2008, 164, 245–253.
38. McAlonan G.M., Cheung V., Cheung C., et al.: Mapping brain structure in attention deficit-hyperactivity disorder: a voxel-based MRI study of regional grey and white matter volume. Psychiatry Res., 2007, 154, 171–180.
39. Overmeyer S., Bullmore E.T., Suckling J., et al: Distributed grey and white matter deficits in hyperkinetic disorder: MRI evidence for anatomical abnormality in an attentional network. Psychol. Med., 2001, 31, 1425–1435.
40. Carter J.C., Capone G.T., Kaufmann W.E.: Neuroanatomic correlates of autism and stereotypy in children with Down syndrome. Neuroreport, 2008:19, 653–656.
41. Michałowicz R., Jóźwiak S. Neurologia dziecięca. Urban&Partner, Wrocław, 2000
42. Scotoni A.E., Manreza M.L.G., Guerreiro M.M.: Recurrence after a First Unprovoked Cryptogenic/Idiopathic Seizure In Children: A prospective Study from Sao Paulo, Brazil. Epilepsia, 2004, 45, 166-170.
43. Shinnar S., O'Dell C., Mitnick R.: Neuroimaging abnormalities in children with an apparent first unprovoked seizure. Epilepsy Research, 2001, 43, 261-269.
44. Kalnin A.J., Fastenau P.S., deGrauw T.J.: Magnetic Resonance Imaging Findings In Children With a First Recognized Seizure. Pediatr. Neurol., 2008, 39, 404-414.
45. Doescher J.S., de Grauw T.J., Musick B.S.: Magnetic resonance imaging (MRI) and electroencephalographic (EEG) findings in a cohort of normal children with newly diagnosed seizures. J. Child Neurol., 2006, 21, 491-495.
46. Pinar H., Tatevosyants N., Singer D.B.: Central nervous system malformations in a perinatal/neonatal autopsy series. Pediatr. Dev. Pathol., 1998, 1, 42-8.

47. Janiak K., Respondek-Liberska M., Liberski P.P.: Agenezja ciała modzelowatego - znaczenie diagnozy prenatalnej. Aktualna Neurologia, 2009, 9, 194-202.
48. Dunin-Wąsowicz D., Chrzanowska K., Milewska-Bobula B., i wsp.: Agenezja ciała modzelowatego - aspekty neurologiczne i genetyczne. Neurol. Dziec., 2001, 10, 15-21.
49. Jurkiewicz E., Milewska-Bobula B., Pakuła-Kościesza I., i wsp.: Różnorodność obrazu rezonansu magnetycznego (MR) mózgu u dzieci z wrodzonym zakażeniem wirusem cytomegalii (CMV). Retrospektywna analiza wyników badań pacjentów hospitalizowanych w Instytucie "Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie. Pediatria. Pol., 2008, 83, 380-385.
50. Lemka M., Pilarska E., Wierzba J., Balcerska A.: Agenezja ciała modzelowatego – aspekt kliniczny i genetyczny. Ann. Acad. Med. Gedan., 2007, 37,71-79.
51. Szmuda M.: Czynniki determinujące wystąpienie drugiego napadu padaczkowego u dzieci, rozprawa doktorska, Klinika Neurologii Rozwojowej, Katedra Neurologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, http://pbc.gda.pl/Content/4731/ szmuda_ marta.pdf, data pobrania 24.04.2014.
52. Hui A.C.F., Tang A., Wong K.S. Recurrence After a First Untreated Seizure in the Hong Kong Chinese Population. Epilepsia, 2001, 42, 94-97.
53. Kornafel A, Sąsiadek M, Baranowski W.: Ultrasonograficzna ocena wzrostu ciała modzelowatego u noworodków i niemowląt. Ultrasonografia, 2003, 11, 35-40.
54. Sie L.T., van der Knapp M.S., van Wezel-Meijler G., et al: Early MR features of hypoxic-ischemic brain injury in neonates with periventricular densities on sonograms. AJNR Am. J. Neuroradiol., 2000, 21, 852–861.
55. Ramenghi L.A., Mosca F., Counsell S. , Rutherford M.A.: Magnetic resonance imaging of the brain in preterm infants. [In:] Pediatric Neuroradiology. Brain. Tortori-Donati P., Rossi A., Biancheri R. (ed.) Springer, Berlin-Heidelbrg 2005, 199-234
56. Triulzi F., Baldoli C., Righhini A.: Neonatal hypoxic-ischemic encephalopathy. [In:] Pediatric Neuroradiology. Brain. Tortori-Donati P., Rossi A., Biancheri R.(ed.), Springer, Berlin-Heidelberg, 2005, 234–255.
57. Bax M., Tydeman C., Flodmark O.: Clinical and MRI correlates of cerebral palsy. The European cerebral palsy study JAMA, 2006, 296, 13, 1602-1608.
58. Bax M.: Terminology and classification of cerebral palsy. Dev. Med. Child Neurol. 1964, 6, 295-297.

59. Polak K., Rutkowska M., Helwich E., i wsp.: Współczesne poglądy na mózgowe porażenie dziecięce u noworodków przedwcześnie urodzonych na podstawie przeglądu piśmiennictwa i obserwacji prowadzonych w ramach badania PREMATURITAS*, Med. Wieku Rozw., 2008, 12, 942-949.
60. Maalouf E., Duggan P., Counsell S.: Comparison of findings on cranial ultrasound and magnetic resonance imaging in preterm infants. Pediatrics, 2001, 107, 719-727.
61. Larroque B., Bréart G., Kaminski M., et al.: Survival in very preterm infants: Epipage, a population based cohort study. Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal. Ed., 2004, 89, F139.
62. Larroque B., Marret S., Ancel P.Y., et al: White matter damage and intraventricular hemorrage in very npreterm infants: The Epipage study. J. Pediatr., 2003, 143, 477-483.
63. Larroque B., Ancel P.Y., Marret S., et al: Neurodevelopmental disabilities and special care of 5-year-old children born before 33 weeks gestation (the EPIPAGE study): a longitudinal cohort study. Lancet, 2008, 371, 813-820.
64. Khwaja O., Volpe J.: Pathogenesis of cerebral white matter injury of prematurity Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal. Ed., 2008, 93, F153-F161.
65. Flodmark O., Barcovich A.J.: Imaging of the infant brain. In: The newborn brain. Red. Lagercranz H., Hanson M., Evrard P., Rodeck C. Cambridge University Press, 2002, 289–316.
66. Boardman J.P., Counsell S.J., Rueckert D., et al.: Abnormal deep grey matter development following preterm birth detected using deformationbased morphometry. Neuroimage, 2006, 32, 70–78.
67. Mahone E.M., Martin R., Kates W.R., et al.: Neuroimaging correlates of parent ratings of working memory in typically developing children. J. Int. Neuropsychol. Soc., 2009:15, 31–41.
68. Deipolyi A.R., Mukherjee P., Gill K., et al.: Comparing microstructural and macrostructural development of the cerebral cortex in premature newborns: Diffusion tensor imaging versus cortical gyration. Neuroimage, 2005, 2,579–586.
69. Constable R.T., Ment L.R., Vohr B.R., et al.: Prematurely born children demonstrate white matter microstructural differences at 12 years of age, relative to term control subjects: an investigation of group and gender effects. Pediatrics, 2008, 121, 306–316.

70. Ment L.R., Kesler S., Vohr B., et al: Longitudinal brain volume changes in preterm and term control subjects during late childhood and adolescence. Pediatrics, 2009, 123, 503–511.

Kur Marcin, Hładuńska Izabela, Nędzi Agata

Kręgozmyk – leczenie zachowawcze i operacyjne

Studia Doktoranckie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Kręgozmyk- (*łac*. *spondylolisthesis*)- przesunięcie się ku przodowi przedniej części trzonu kręgu w stosunku do kręgu leżącego powyżej.

Epidemiologia

Pierwsze opisy kręgozmyku odnotowano w 1782, a autorem był belgijski położnik. Początkowo kręgozmyk opisywany był jedynie przez położników, gdyż stanowił on znaczące utrudnienie w trakcie porodu [1,2].

Dopiero w roku 1933 opisano przypadek 14-letniego chłopca ze spondylolistezą L5. Od tej chwili termin kręgozmyk przeszedł „w ręce" chirurgów i ortopedów [1,2].

Kręgozmyk występuje u ok 5% populacji, częściej u kobiet. Zauważono również zależność rasową: w większej liczbie przypadków w rasie białej. Ponad to znacząco częściej stwierdzany jest u sportowców wyczynowych i zawodowych (do 15%) [3,4].

Przyczyny i patomechanizm

Kręgozmyk jest schorzeniem kręgosłupa z grupy niestabilności. Patomechanizm powstawania niestabilności kręgosłupa z kręgozmykiem to najczęściej przeciążenie podczas powtarzalnych ruchów zgięcia i powtarzania. Powstaje wówczas kręgoszczelina prowadząca do kręgozmyku cieśniowego, a w takiej sytuacji funkcję stabilizacyjna kręgosłupa przejmuje krążek międzykręgowy.

Po uszkodzeniu krążka międzykręgowego dochodzi do kręgozmyku zwyrodnieniowego, co znacząco zmienia rozkład sił przenoszonych. Wówczas obciążenie przejmują zmienione patologicznie stawy międzykręgowe, które jednak nie są w stanie przenosić sił ścinających.

Inny patomechanizm schorzenia występuje u dzieci. Najczęściej są to anomalie rozwojowe takie jak: klinowaty kształt kręgu L5, pionowe ustawienie kości krzyżowej czy kopulasty kształt górnej powierzchni kości krzyżowej [5,6].

W zależności od nasilenia zmian, kręgozmyk pojawia w różnym wieku i jest nazywany dysplastycznym [5,6].

Objawy

Badanie podmiotowe

U wielu pacjentów z kręgozmykiem przez większość czasu nie obserwujemy żadnych dolegliwości bólowych które zmuszały by pacjenta do sięgnięcia o poradę lekarza. Podstawowym objawem wśród chorych symptomatycznych jest ból [2, 8]

***Ból ma różny charakter** [8]:*

- miejscowy oraz korzeniowy – u około 60% chorych;
- wyłącznie miejscowy – u około 30% chorych;
- wyłącznie korzeniowy u około 10% chorych.

Ból miejscowy pochodzenia mechanicznego charakteryzuje się nasileniem podczas ruchu a zmniejsza się podczas odpoczynku [9]. Ból korzeniowy, przebiegający wzdłuż kończyny dolnej do stopy, może być realny lub mieć charakter odniesiony. Ból może promieniować zarówno do jednej kończyny dolnej, do obu kończyn dolnych jednocześnie lub do obu kończyn dolnych naprzemiennie.

***Inne, rzadsze objawy to** [7,8]:*

- ból pochodzący z krążka międzykręgowego, nasilający się podczas siedzenia lub pochylania;
- ból pochodzący ze stawów międzykręgowych, nasilający się podczas stania lub przeprostu;
- drętwienia i parestezje;
- osłabienie siły mięśniowej;
- chromanie neurogenne;
- zaburzenia snu związane z bólem;
- sztywność mięśni w dolnej części grzbietu;
- ograniczenie aktywności seksualnej.

Ponad 90% chorych zgłasza okresy bezbólowe, choć ponad 60% zmuszona jest pobierać leki przeciwbólowe [8].

Kręgozmyk u dzieci ma dużo bardziej skomplikowany przebieg. Objawy choroby przed dwudziestym rokiem życia występują u około 25% chorych. Tylko 10% chorych rozpoczyna w tym okresie diagnostykę i dalsze leczenie [10].

Diagnozowanie [11,12,13,14].

<u>Badanie podmiotowe</u>

W wywiadzie należy uwzględnić obecność chorób systemowych, które ze względu na zaburzenia jakości lub wytrzymałości tkanki łącznej, mogą prowadzić do powstania kręgozmyku [15-18].

Zalicza się do nich między innymi:

- nowotwory pierwotne lub przerzutowe tkanki kostnej;
- osteogenesis imperfecta;
- chorobę Echlersa-Danlosa;
- zespół Marfana;
- osteoporoze;
- zespół paznokciowo – rzepkowy;
- neurofibromatoze typu 1.

Badanie przedmiotowe

Najczęściej spotykane odchylenia w badaniu przedmiotowym to [7,8]:

- pogłębienie lordozy w odcinku lędźwiowym kręgosłupa;
- wyczuwalne palpacyjnie (czasami widoczne) przemieszczenie wyrostków kolczystych kręgosłupa w płaszczyźnie strzałkowej, odpowiadające miejscu ześlizgu kręgu;
- ograniczenie ruchów zgięcia bocznego kręgosłupa w części lędźwiowej;
- pozycja ciała z kończynami dolnymi zgiętymi w stawach kolanowych praz biodrowych;
- wzmożone napięcie mięśni kulszowo-goleniowych;
- wzmożone napięcie mięśni przykręgosłupowych;
- zaburzenia chodu;
- dodatni objaw Laseque'a;
- zaburzenia czucia;
- zaburzenia mikcji, defekacji;
- boczne skrzywienie kręgosłupa z wtórną zmianą zewnętrznego wyglądu brzucha.

Badania obrazowe

Konwencjonalne zdjęcie rentgenowskie

Podstawą w rozpoczęciu diagnozowania chorób kręgosłupa jest konwencjonalne zdjęcie rentgenowskie w pozycji przednio-tylnej i bocznej. Przy ocenie zdjęcia rtg poszukuje się potencjalnej przyczyny wystąpienia kręgozmyku takiej jak: rozszczep kręgosłupa, zaburzenie stawów międzykręgowych czy zmian w budowie kości krzyżowej.

Na podstawie zdjęcia bocznego można określić stopień ześlizgu kręgu. Inne, częste zmiany, które można dostrzec w projekcji bocznej zdjęcia rtg to: zmiana orientacji kąta międzytrzonowego w obrębie segmentu objętego ześlizgiem z lordotycznej na kifotyczna, obniżenie wysokości przestrzeni międzytrzonowej segmentu objętego ześlizgiem, zmiana lordozy lędźwiowej, zmiana kąta pochylenia kości krzyżowej.

Dodatkowo wykonuje się zdjęcia czynnościowe, które pomagają ocenić stopień stabilności kręgosłupa, a w sytuacji, gdy kręgozmyk jest niedostrzegalny zdjęcie skośne. W rzucie tym obrys wyrostków stawowych, wyrostka poprzecznego oraz łuku kręgu układa się w obraz opisywany jako „szkocki terier".

Tomografia komputerowa

Tomografia komputerowa jest badaniem dodatkowym, które wykonuje się w przypadku wątpliwości oceny w zdjęciu konwencjonalnym, a także jest przydatna w: planowaniu leczenia zachowawczego, przed zabiegiem operacyjnym, śledzeniu gojenia kręgozmyku, jak również w ocenie powikłań po leczeniu zabiegowym.

Rezonans magnetyczny

Rezonans magnetyczny doskonale uwidacznia tkanki miękkie dzięki czemu idealnie nadaje się do oceny uszkodzenia krążka międzykręgowego, przerwania pierścienia włóknistego czy ucisku na ogon koński.

Leczenie

Leczenie zachowawcze [19,20]

Kwalifikacja pacjenta do właściwego postępowania powinna opierać się na podstawie zaawansowania zmian oraz występowania dolegliwości bólowych. Do leczenia zachowawczego standardowo kwalifikowane są osoby z kręgozmykiem I i II stopnia wg. klasyfikacji Meyerdinga, u których dolegliwości bólowe są o charakterze przejściowym. Osoby te w badaniu klinicznym najczęściej charakteryzują się preferencją kierunkową, która powoduje zmniejszenie dolegliwości bólowych. Właściwa edukacja pacjenta mająca na celu unikanie przeciążań jednostki ruchowej oraz niedoprowadzanie do drażnienia korzeni nerwowych przynosi ogromnie korzyści w zwiększeniu funkcjonalności u tych pacjentów. Postępowanie fizjoterapeutyczne powinno mieć na celu korekcję ustawienia jednostki ruchowej oraz zmniejszenie przeciążeń tylnej kolumny kręgosłupa.

Korekcję jednostki ruchowej można osiągnąć poprzez pracę z pacjentami w środkowych zakresach ruchomości kręgosłupa, które nie wywołują, ani nie nasilają bólu oraz poprzez powtarzalność ruchów we właściwej kierunkowej preferencji.

Preferencją kierunkową nazywamy kierunek ruchu, którego powtarzalne wykonywanie może powodować centralizację objawów (zmniejszanie się objawów korzeniowych) lub eliminację dolegliwości bólowych.

Samo występowanie kręgozmyku należy właściwie ocenić klinicznie, gdyż duża grupa pacjentów pod kręgozmykiem ma zmniejszoną ruchomość segmentów, co wywołuje kompresję i przeciążenia (brak inhibicji mięśni stabilizujących).

W wielu kręgach specjalistów sporny pozostaje czas – kiedy pacjent powinien poddać się zabiegowi operacyjnemu. Według części opinii operacyjna stabilizacja powinna być przeprowadza w ostateczności, kiedy stan chorego jest na tyle poważny, że leczenie zachowawcze nie przynosi ulgi w bólu. Nieskutecznie prowadzona rehabilitacja nie zapobiega uszkadzaniu się jednostki ruchowej. Może to doprowadzić do nieodwracalnych zmian strukturalnych i czynnościowych w obrębie kanału kręgowego. Przez co zabieg operacyjny może być bardziej rozległy lub ostatecznie może nie przynieść oczekiwanych rezultatów.

Zupełnie odmiennym podejściem jest operowanie wczesnych stadiów niestabilności mimo występowania niewielkich dolegliwości bólowych. Planowany zabieg operacyjny może być wtedy mniej inwazyjny, co skraca czas powrotu pacjenta do pełnej funkcjonalności.

Przyjęcie takiego modelu nie umniejsza roli rehabilitacji w leczeniu kręgozmyków. Zmienia jednak jej znaczenie jako środek maksymalnie przystosowujący (kompensujący) jednostkę ruchową do planowanego zabiegu chirurgicznego oraz wczesną formę usprawniania po zabiegu operacyjnym.

Głównymi filarami rehabilitacji w tym procesie są zmniejszenie dolegliwości bólowych, zwiększenie zakresu ruchomości, poprawę stabilizacji głębokiej oraz profilaktykę chorego.

W leczeniu dolegliwości bólowych powszechnie stosuję się zabiegi fizykoterapeutyczne, do których należą:

- parafinoterapia
- promieniowanie podczerwone
- galwanizacja
- prądy TENS
- prądy interferencyjne
- prądy diadynamiczne
- diatermię krótkofalowa
- diatermię mikrofalowa

- jonoforeza
- magnetoterapia
- ultradźwięki
- laseroterapia
- krioterapia

Leczenie zachowawcze u dzieci

Ze względu na brak objawów u dzieci i młodzieży z kręgozmykami postępowanie zachowawcze polega jedynie na ograniczaniu lub rezygnacji z wysiłku fizycznego, w razie pojawienia się dolegliwości bólowych. Zaleca się wówczas pozostanie w łóżku i zastosowanie tzw. pośredniego wyciągu na kończyny dolne. W niektórych przypadkach pomocne jest zastosowanie gorsetu gipsowego lub szkieletowego.

U chorych, którzy w ogóle nie odczuwają dolegliwości bólowych nie jest zalecana zmiana aktywnego trybu życia, mogą oni uprawiać sport, z wyjątkiem pacjentów, u których stwierdzono w tomografii komputerowej zmiany przeciążeniowe poprzedzające złamanie patologiczne (wówczas okresowo zwalnia się pacjenta z zajęć wychowania fizycznego i stosuje się gorset). W okresie młodzieńczym u chorych coraz częściej pojawiają się bóle kręgosłupa.

Bóle pleców u małych dzieci

Zdarzają się rzadko, lecz zawsze są objawem niepokojącym. Rodzice pierwsi powinni zauważyć zmiany u dziecka. Dziecko takie skarży się na ból pleców, występują u niego zaburzenia postawy, deformacje pleców, czy też klatki piersiowej, prócz tego mogą pojawiać się zaburzenia w oddychaniu, duszność. Pewne zmiany skórne u dziecka tak jak na przykład liczne znamiona (np. brodawki łojotokowe w dużej liczbie) mogą wskazywać na występowanie pewnych zespołów klinicznych.

Bóle pleców u dzieci mogą wiązać się z różnymi przyczynami. Zarówno tymi, związanymi z wadami postawy, noszeniem ciężkich plecaków na jednym ramieniu, garbieniu się, albo urazami, w wyniku których powstaje przepuklina jądra miażdżystego krążka międzykręgowego lub kręgozmyk; czy też mogą być związane z występowaniem guzów nowotworowych, infekcji, chorób nerek, w wyniku których ból lokalizuje się w odcinku lędźwiowym kręgosłupa; a także specyficznych chorób jak na przykład choroba Sheuermanna czy też młodzieńczym zesztywniającym zapaleniem stawów kręgosłupa.

Leczenie operacyjne [19, 20, 21]

Kręgozmyk należy do schorzeń, które ciężko poddają się leczeniu zachowawczemu. Skutkuje to stopniowym progresem dolegliwości oraz poziomu niestabilności jednostki ruchowej. Wynikiem czego jest decyzja o przeprowadzeniu zabiegu operacyjnego, który ma na celu ustabilizowanie jednostki ruchowej oraz zmniejszenie dolegliwości bólowych. Bezwzględnym wskazaniami do zabiegu są kręgozmyki >25%, gdzie progresja ześlizgu jest na poziomie 25%.

Planowany zabieg operacyjny powinien składać się z kilku podstawowych etapów:

- Dostęp operacyjny
- Odciążenie elementów warstwy ześlizgu
- Odbarczenie struktur nerwowych
- Dystrakcja segmentu ruchowego
- Redyslokacja ześlizgu
- Stabilizacja (międzytrzonowa lub przeznasadowa)

Na samym początku następuje decyzja o rodzaju dostępu operacyjnego. W przypadku kręgozmyków lędźwiowych najczęściej jest to dostęp tylno-boczny. Jeśli chodzi o właściwą operację to chirurg w pierwszej kolejności odciąża mechanicznie elementy międzykręgowej warstwy ześlizgu. Kolejnym etapem jest odbarczenie struktur nerwowych oraz dystrakcja segmentu ruchowego. W tym celu często wykonuje się lamino- lub laminektomię z możliwą foraminotomią. Właściwe odbarczenie struktur nerwowych jest bardzo ważne, aby skutecznie zmniejszyć dolegliwości bólowe. Końcowym etapem jest redyslokacja ześlizgu oraz stabilizacja międzytrzonowa lub/i przeznasadową. Kontrowersyjną czynnością jest repozycja kręgozmyku, gdyż niesie to za sobą możliwość uszkodzenia elementów nerwowych. Po wykonaniu laminektomii przeważnie metodą z wyboru jest stabilizacja transpedikularna, którą wykonuję się symetrycznie po obu stronach. Ma ona na celu ustabilizowanie tylnej kolumny kręgosłupa. Właściwe ustawienie nasady łuku kręgowego daje gwarancje utrzymania korekcji segmentu ruchowego oraz wpływa korzystnie na funkcjonowanie pozostałych więzadeł nadkolcowych i międzykolcowych. Sama stabilizacja międzytrzonowa wpływa przede wszystkim na poszerzenie przestrzeni międzykręgowej.

Istnieje szereg możliwości i modyfikacji przy operacyjnym leczeniu kręgozmyku. Stosowana technika zależy między innymi od stopnia nasilenia zmian lub od tego czy zabieg jest profilaktyczny, czy leczniczy oraz jakimi dolegliwościami objawia się kręgozmyk.

Piśmiennictwo

1. Exner G.: Zur Genese der Spondylolisthesis Arch. Orthop. and Trauma Surg., 1965, 58, 306-312
2. Marciniak W., Szulc A.: Wiktora Degi ortopedia i rehabilitacja, tom 2, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2006.
3. Harrington P.R., Dickson J.H.: Spinal instrumentation in the treatment of severe progressive spondylolisthesis Clin. Orthop. Relat. Res., 1976, 117, 157-163.
4. Grobler L.J.,Wiltse L.L.: Classification, non2operative, and operative treatment of spondylolisthesis The adult spine, tom 2, Raven Press, New York, 1991.
5. Debnath U.K., Freeman B.J., Gregory P., et al: Clinical outcome and return to sport after the surgical treatment of spondylolysis in young athletes. J. Bone Joint Surg. (Br), 2003, 85, 244- 249.
6. Rossi F., Dragoni S.: The prevalence of spondylolysis and spondylolisthesisin symptomatic elite athletes: radiographic findings Radiography, 2001, 7, 37- 42.
7. Boos N., Aebi M.: Spinal Disorders: Fundamentals of Diagnosis and Treatment, Springer, Berlin, 2008.
8. Moller H., Sundin A., Hedlund R.: Symptoms, signs, and functional disability in adult Spondylolisthesis, Spine, 2000, 25, 683–689.
9. McNally D.S., Adams M.A.: Internal intervertebral disc mechanics as revealed by stress profilometry Spine, 1992, 7, 66–73.
10. Lafond G.: Surgical treatment of spondylolisthesis Clin. Orthop., 1962, 22, 175–179.
11. Żebrowski W.: Kręgozmyk w niektórych schorzeniach układowych Chir. Narz. Ruchu Ortop. Pol., 1985, 50, 102-106.
12. Sugiura Y.: Tricho-rhino-phalangeal syndrome associated with Perthes disease-like bone changes and spondylolisthesis J. Hum. Genet., 1978, 23, 23-30.
13. Stanitski C.L., Stanitski D.F., LaMant R.L.: Spondylolisthesis in myelomeningocele J. Pediatr. Orthop., 1994, 14, 586–591.
14. Hammerberg K.W.: New Concepts on the Pathogenesis and Classification of Spondylolisthesis Spine, 2005, 30, S4-S11.
15. Luczkiewicz P., Smoczynski A., Smoczynski M.: Wpływ budowy stawów miedzykregowych na powstanie kregozmyku Chir. Narz. Ruchu Ortop. Pol., 2002, 67, 151-155.

16. Smereczynski A., Gdakowicz B.: Ocena sklinowacenia trzonów kregowych L5 w kregoslupach prawidlowych, kregozmykach i tylozmykach Chir. Narz. Ruchu Ortop. Pol., 1982, 47, 301-305.
17. Moller H., Sundin A., Hedlund R.: Symptoms, signs, and functional disability in adult spondylolisthesis Spine, 2000, 25, :683–689.
18. Hession P.R., Butt W.P.: Imaging of spondylolysis and spondylolisthesis Eur. Radiol., 1996, 6, 284-290.
19. Bartochowski Ł.: Skuteczność leczenia operacyjnego kręgozmyku przy użyciu instrumentarium przeznasadowego. Rozprawa na stopień doktora nauk medycznych, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, 2011.
20. Maciejczak A., Jabłońska K.: Aktualny stan wiedzy na temat kręgozmyku cieśniowego, Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie, Rzeszów, 2010, 4, 451-462.
21. Dobkiewicz A., Baran B., Ciupik L., Pieniążek J.: Wstępna ocena kompleksowego leczenia operacyjnego kręgozmyku w lędźwiowym odcinku kręgosłupa, J. Orthop. Trauma Surg. Rel. Res., 2009, 4, 161-168.

Bazylewicz Danuta[1], Kalandyk Halina[2], Kawecki Andrzej[3]

Czynniki etiopatogenetyczne nietrzymania moczu wśród pacjentów oddziału psychogeriatrycznego

1. Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Jarosławiu
2. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej Nr 1 w Rzeszowie
3. Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Rzeszowski w Rzeszowie

Wprowadzenie

Okres starzenia jest fizjologicznym procesem pojawiającym się wraz z wiekiem, charakteryzującym się stałym zmniejszaniem aktywności biologicznej organizmu, co przejawia się stopniowym upośledzeniem funkcjonowania komórek, tkanek i układów oraz większą podatnością na choroby. Zjawisko starzenia się społeczeństwa powoduje zwiększenie liczby osób wymagających opieki lekarskiej i pielęgniarskiej, w tym również z powodu nietrzymania moczu (NTM) [1].

International Continence Society (ICS) [2] nietrzymanie moczu zdefiniowało jako „*niechcianą i niekontrolowaną utratę moczu, w następstwie której u osoby dotkniętej tym schorzeniem powstają problemy higieniczne i społeczne”*.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) [3] nietrzymanie moczu zalicza do jednego z najpoważniejszych problemów społeczno-zdrowotnych współczesnego świata, które dotyka około 200 milionów ludzi w krajach rozwiniętych.

Nietrzymanie moczu jest bardzo trudnym do rozwiązania problemem szczególnie wśród osób starszych, u których występują zaburzenia świadomości i zmiany otępienne. Dochodzi wówczas do upośledzenia funkcji poznawczych, w tym pamięci, co powoduje obniżenie kontroli nad emocjami i zachowaniem.

Omawiana dolegliwość występuje dwa razy częściej wśród pacjentów przebywających w zakładach opieki zdrowotnej niż u osób mieszkających w domu. Problem jest często zaniedbywany zarówno przez dotknięte nim osoby jak i personel ochrony zdrowia. Tymczasem u znacznej części chorych pod wpływem leczenia i odpowiedniego postępowania terapeutycznego można uzyskać istotną poprawę stanu zdrowia. Po zaopatrzeniu w sprzęt pomocniczy chorzy odzyskują częściową sprawność funkcjonalną, a często nawet dochodzi u nich do całkowitego wyleczenia.

Rozwój i postęp w medycynie doprowadził w ostatnich latach do wydłużenia życia ludzkiego, co z kolei przejawia się wzrostem liczby osób w podeszłym wieku [3].

Jak podają statystyki, za Jabłoński [4], Polska należy do krajów, gdzie odsetek osób w podeszłym wieku jest znaczny, stanowi go około 15% ludzi po 60 roku życia. Szacuje się [cyt. za 3], że na NTM cierpi ponad 3 miliony osób. Nietrzymanie moczu może dotyczyć chorych w każdym wieku i chociaż występuje zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn, to jednak częstość jej występowania u obu płci jest różna - cierpi na nią dwa razy więcej kobiet niż mężczyzn. Powyższe [cyt. za 3] spowodowane jest to głównie dwoma przyczynami występowania NTM u kobiet: wpływ porodu i menopauzy. Częstotliwość występowania tej dolegliwości nasila się wraz z wiekiem i tak np. po 65 roku życia występuje u 35% populacji, ale u osób po 80 roku życia to już problem około 60 - 80%. W jeszcze większym stopniu, bo 90% - 95% NTM dotyczy osób, które przebywają w domach pomocy społecznej czy domach późnej starości. Co trzecia kobieta powyżej 18 roku życia zaobserwowała u siebie objawy wysiłkowego nietrzymania moczu w przeciągu ostatniego roku [cyt. za 3].

Przewidywany jest dalszy wzrost populacji ludzi starszych, co z pewnością wpłynie na stopniowy wzrost kosztów leczenia i opieki. Tym samym schorzenie nietrzymania moczu stanie się również problemem ekonomicznym, zarówno dla ochrony zdrowia, jak i chorego oraz jego rodziny.

Celem pracy było określenie odwracalnych i nieodwracalnych przyczyn nietrzymania moczu wśród pacjentów hospitalizowanych na oddziale psychogeriatrycznym w SP ZOZ w Jarosławiu.

Materiał i metody

Do zrealizowania celu pracy sformułowano następujące problemy badawcze:

- Z jakimi jednostkami chorobowymi hospitalizowani są pacjenci na oddziale?
- Jakie postacie nietrzymania moczu najczęściej występują?
- Czy nietrzymanie moczu jest skorelowane z wiekiem pacjentów?
- Czy zachodzi związek pomiędzy nietrzymaniem moczu a stopniem otępienia?
- Czy nietrzymanie moczu wpływa na jakość życia osób nim dotkniętych?
- Jaki jest charakter czynników usposabiających do wystąpienia nietrzymania moczu?

Do powyższych celów sformułowano następujące hipotezy, opierając się na dotychczasowych doniesieniach naukowych:

1. W oddziale psychogeriatrycznym hospitalizowani są pacjenci z powodu: depresji, otępienia, zespołów urojeniowych, zaburzeń zachowania, myślenia, nastroju.

2. Najczęstsza postać nietrzymania moczu wśród pacjentów to postać mieszana oraz z naglącego parcia.
3. Wraz z upływem lat wzrasta odsetek osób dotkniętych nietrzymaniem moczu.
4. Im wyższy stopień otępienia, tym bardziej nasilone jest nietrzymanie moczu.
5. Występowanie nietrzymania moczu powoduje pogorszenie jakości życia.
6. Czynniki usposabiające do wystąpienia nietrzymania moczu można podzielić na odwracalne i nieodwracalne.

W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego i użyto techniki wywiadu kwestionariuszowego.

Jako narzędzie badawcze zastosowano kwestionariusz IIQ (*Incontinence Impact Questionaire*)/UDI (*Urogenital Distress Inventory*), który pozwala na ilościową ocenę występowania zaburzeń pęcherza i zwieracza oraz wpływu tych zaburzeń na sferę psychospołeczną.

Dodatkowo, w celu określenia występowania czynników predysponujących wykorzystano kwestionariusz wywiadu skonstruowany przez mgr Edytę Guty, pracownika Oddziału Psychogeriatrycznego Specjalistycznego Psychiatrycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Jarosławiu (za pisemną zgodą autorki).

Do uzupełnienia kwestionariusza została wykorzystana analiza dokumentacji medycznej (postawione rozpoznania, wyniki badan laboratoryjnych, stosowane leki) oraz obserwacja bezpośrednia. Do oceny stopnia otępienia posłużono się skalą Mini-Mental.

Procedura badawcza

Badania przeprowadzono na Oddziale Psychogeriatrycznym Specjalistycznego Psychiatrycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Jarosławiu w okresie od stycznia do kwietnia 2009 roku. Podczas badań starano się zapewnić ich anonimowość. Uczestnicy badań odpowiadali na pytania ankiety z pomocą osoby zdrowej, która czytała pytania oraz wypełniała kwestionariusz wywiadu i skalę Mini-Mental. Przed rozpoczęciem badania ankietowani informowani byli o dobrowolności udziału w nim oraz o zachowaniu anonimowości udzielonych odpowiedzi.

Metody analizy statystycznej

Do przeprowadzenia analiz statystycznych posłużono się programem STATISTICA w wersji 6.0PL.

Wykorzystano jedną technikę statystyczną – test R rang Spearmana. Za poziom istotności [p] wskazujący wynik znamienny statystycznie przyjęto $p<0,05$. W przypadku braku niezbędnych danych usuwano cały przypadek.

Objaśnienie skrótów użytych w opisie badań przy użyciu testu rang Spearmana: N – liczebność, R – współczynnik korelacji rangowej Spearmana i p – poziom istotności.

Charakterystyka badanej grupy

Analizie poddano 88 pacjentów Oddziału Psychogeriatrycznego Szpitala Specjalistycznego w Jarosławiu hospitalizowanych w okresie od stycznia do kwietnia 2009 roku. Wiek badanych wahał się od 60 do 86 lat. Średnia wieku badanych wyniosła około 70 lat przy odchyleniu standardowym równym 6,70. Mediana była równa 70 lat.

Wśród badanych było 60 kobiet i 28 mężczyzn. Ponad połowa badanych – 51 osób (58%) była mieszkańcami wsi, a w miastach zamieszkiwało pozostałe 37 osób (42%).

W badanej grupie dominowały osoby z wykształceniem podstawowym – było ich 51. Badanych z wykształceniem zawodowym było 13. Średnim wykształceniem legitymowało się 20 ankietowanych, a wyższym 2. Jedna osoba nie odpowiedziała na to pytanie.

Stan zdrowia badanych

Najczęstszą jednostką chorobową będącą przyczyną hospitalizacji ankietowanych były organiczne zaburzenia nastroju, które stwierdzono u 27 badanych. Kolejne dwie częste przyczyny umieszczenia badanego w szpitalu to organiczne zaburzenia osobowości (13) oraz nawracające zaburzenia depresyjne (9). Szczegółowe dane przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Zdiagnozowana jednostka chorobowa

Jednostka chorobowa	N	%
Organiczne zaburzenia nastroju	27	30,68
Organiczne zaburzenia osobowości	13	14,77
Zaburzenia depresyjne nawracające	9	10,23
Schizofrenia rezydualna	6	6,82
Schizofrenia paranoidalna	5	5,68
Depresja	6	6,82
Epizod depresyjny	6	6,82
Epizod depresji psychotycznej ciężki	1	1,14
Organiczne zaburzenia myślenia	3	3,41
Zaburzenie afektywne dwubiegunowe	3	3,41
Ostre zaburzenia psychotyczne	1	1,14
Uporczywe zaburzenia urojeniowe	1	1,14
Zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane nadużywaniem alkoholu	1	1,14
Otępienie wielozawałowe	1	1,14

Poza schorzeniami będącymi przyczyną hospitalizacji badani cierpieli również na inne schorzenia. Najwięcej schorzeń dotyczyło układu krążenia. Najbardziej rozpowszechnione wśród nich było nadciśnienie tętnicze, na które uskarżało się 38 (43,18%) ankietowanych, w tym w trzech przypadkach było to nadciśnienie tętnicze z zajęciem serca. Miażdżyca uogólniona występowała u 16 (18,18%) osób, choroba niedokrwienna serca i dusznica bolesna u 2 (2,27%) badanych. Wśród trzech najczęstszych chorób w badanej grupie znalazła się cukrzyca z uwzględnieniem typu I i II. Łącznie cukrzycę rozpoznano u 22 ankietowanych. Cukrzycę typu I miało 12 (13,64%) badanych, a typu II 10 (11,36%).

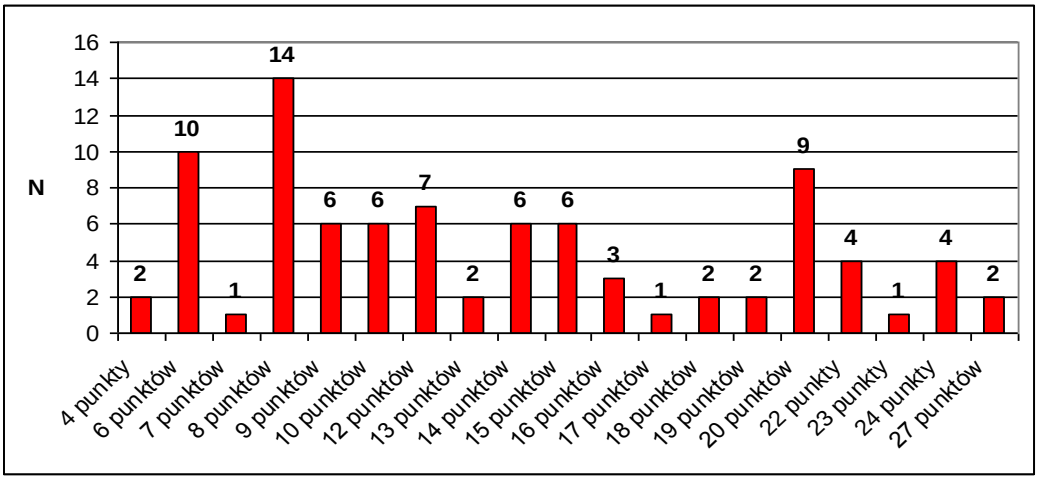
W ankietach, odpowiadając na jedno z pytań dotyczących występowania schorzeń współistniejących, dwie osoby nie podały tego rozpoznania pomimo postawionego i udokumentowanego rozpoznania w historii choroby.

Poniżej w tabeli przedstawiono szczegółowo występowanie wszystkich współwystępujących chorób u badanych.

Tabela 1. Współistniejące jednostki chorobowe

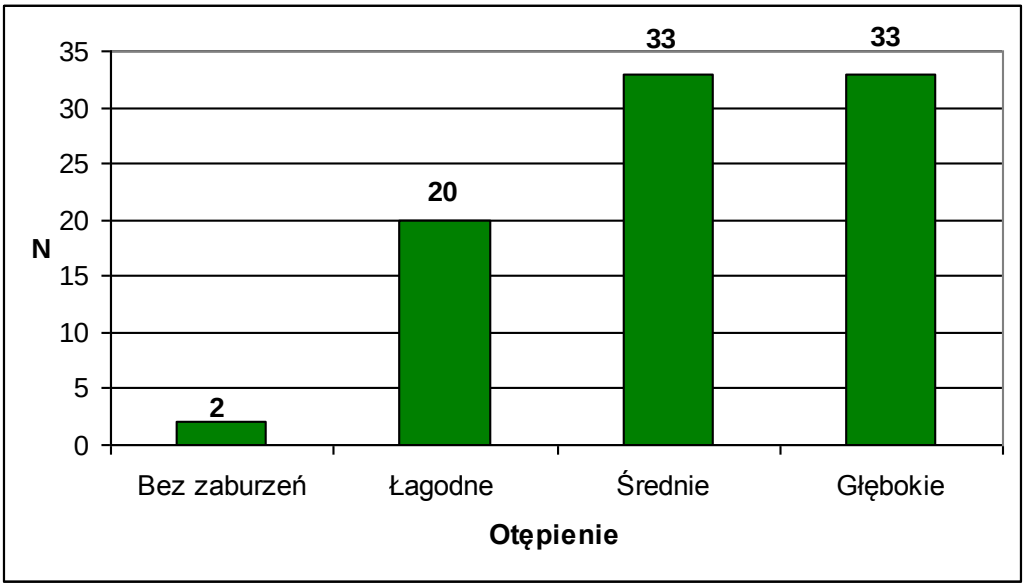
Jednostka chorobowa	N	%
Nadciśnienie tętnicze	35	39,77
Nadciśnienie tętnicze z zajęciem serca	3	3,41
Miażdżyca uogólniona	16	18,18
Cukrzyca I	12	13,64
Cukrzyca II	10	11,36
Choroba niedokrwienna serca	2	2,27
Dusznica bolesna	2	2,27
Padaczka	2	2,27
Zespół uzależnienia od alkoholu	1	1,14
Przerost gruczołu krokowego	1	1,14
Choroba Parkinsona	1	1,14
Zwyrodnienie kręgosłupa	1	1,14

Na skali Mini-Mental badani uzyskali wyniki wahające się od 4 do 27 punktów. Średnia wyników uzyskanych w całej grupie wyniosła 13,24 punktu przy odchyleniu standardowym równym 5,99. Mediana była równa 12 punktów. Najliczniejszą grupę wśród badanych stanowiły osoby, które na skali Mini-Mental uzyskały 8 punktów – było ich 14 (15,91%). Dziesięcioro ankietowanych (11,36%) uzyskało na tej skali dwa punkty, a dziewięcioro (10,23%) 20 punktów (Ryc. 1).



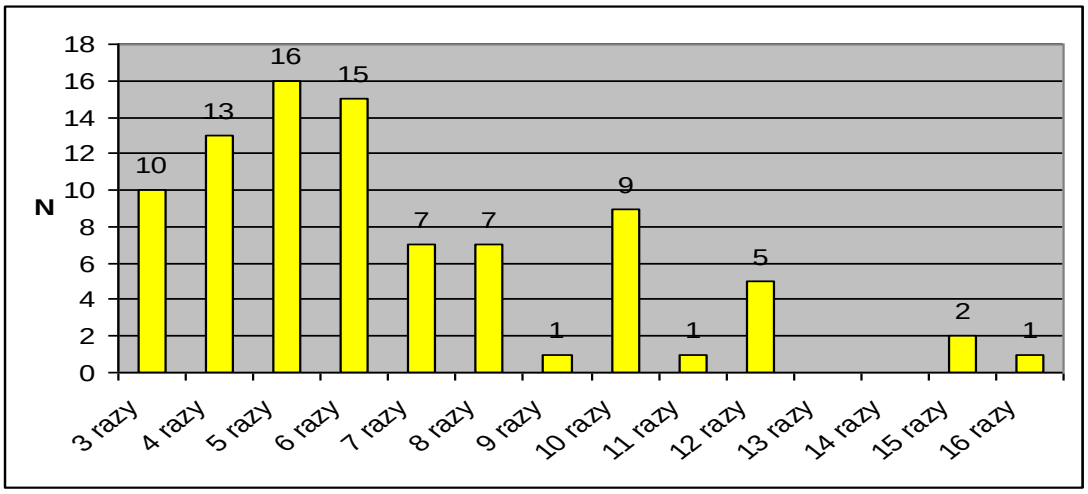
Ryc. 1. Wyniki testu sprawności umysłowej Mini-Mental

Ze względu na stopień nasilenia objawów otępienia podzielono pacjentów na cztery grupy. Do pierwszej należały osoby bez symptomów otępienia, które uzyskały 27 punktów na skali Mini-Mental. W kolejnej grupie osób z łagodnym otępieniem znalazły się osoby, które uzyskały od 19 do 26 punktów. Badani z wynikiem od 10 do 18 punktów na skali zaliczono do kategorii pacjentów ze średnim nasileniem otępienia. Za osoby o głębokim otępieniu uznano ankietowanych, którzy uzyskali poniżej 9 punktów na skali Mini-Mental. Podsumowanie wyników pozwoliło stwierdzić, że bez zaburzeń było dwoje ankietowanych (2,27%), z łagodnymi zaburzeniami było 20 uczestników badania (22,73%), średnie i głębokie otępienie zdiagnozowane miały po 33 osoby (po 37,5%). Wyniki obrazuje Ryc. 2.



Ryc. 2. Nasilenie objawów otępienia wśród badanych

Uczestnicy badań z różną częstotliwością oddawali mocz - odpowiedzi wahały się od 3 do 16 razy dziennie. Średnia arytmetyczna dla tego pytania wynosiła 6,57 (SD=3,02), a mediana 6. Najwięcej ankietowanych oddawało mocz pięć (16 osób, 18,18%), sześć (15 osób, 17,05%) i cztery (13 osób, 14,77%) razy dziennie – razem stanowili oni połowę badanej grupy (44 osoby, 50%). Jeden ankietowany miał na stale założony cewnik (1%). Wyniki obrazuje Ryc. 3.

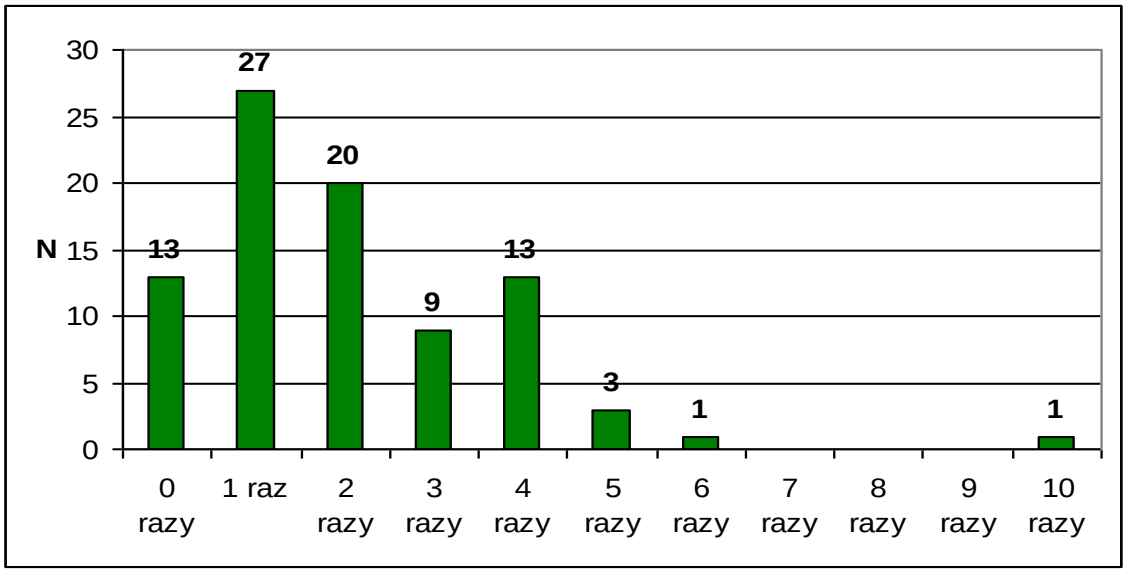


Ryc.3. Częstotliwość oddawania moczu w ciągu dnia wśród badanych (N=87)

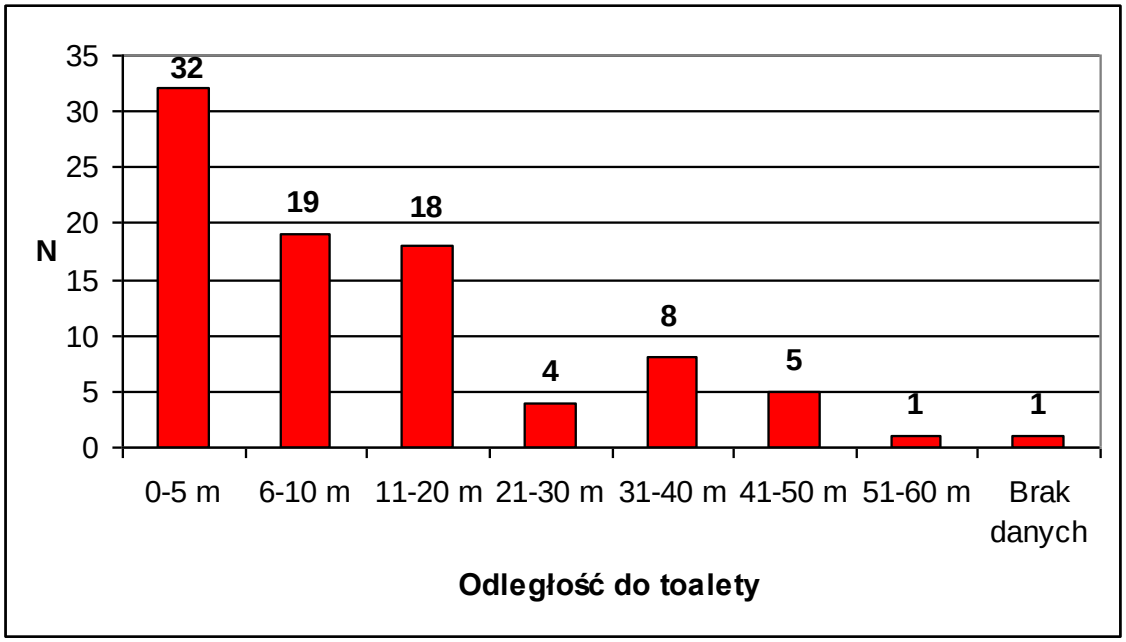
Częstotliwość nocnego opróżniania pęcherz wahała się od 0 do 10 razy na noc. W nocy mocz oddawało 74 badanych. Wśród pozostałych, 13 osób (14,77%) nie oddawało wcale moczu w ciągu nocy, a jeden ankietowany (1,14%) miał na stałe założony cewnik. Wśród osób oddających w nocy mocz, najwięcej, bo 27 ankietowanych (30,68%), robiło to jeden raz w ciągu nocy. Łącznie osób oddających mocz więcej niż dwa razy w nocy było 27 (30,68%). Pozostałe wyniki obrazuje Ryc. 4.

Zróżnicowanie odległości, jaką badani musieli pokonać w drodze do WC wahało się od 2 do 60 metrów. Średnia odległość do ubikacji wynosiła 15,75 metra (SD=14,77). Mediana dla tego wskaźnika wyniosła 10 metrów. Jedna osoba nie udzieliła odpowiedzi na to pytanie. Większość pacjentów w drodze do toalety miała do pokonania nie więcej niż 10 metrów – było ich 51 (57,95%). Od 11 do 20 metrów do WC miało 18 ankietowanych (20,45%). Kolejnych 4 pacjentów (4,55%) miało do pokonania od 21 do 30 metrów. Odległość od 31 do 40 metrów pokonywało w drodze do WC 8 badanych (9,09%). Pięcioro

pacjentów (5,68%) miało toaletę w odległości od 41 do 50 metrów, a jeden (1,14%) aż 60 metrów. Pozostałe wyniki obrazuje Ryc. 5.



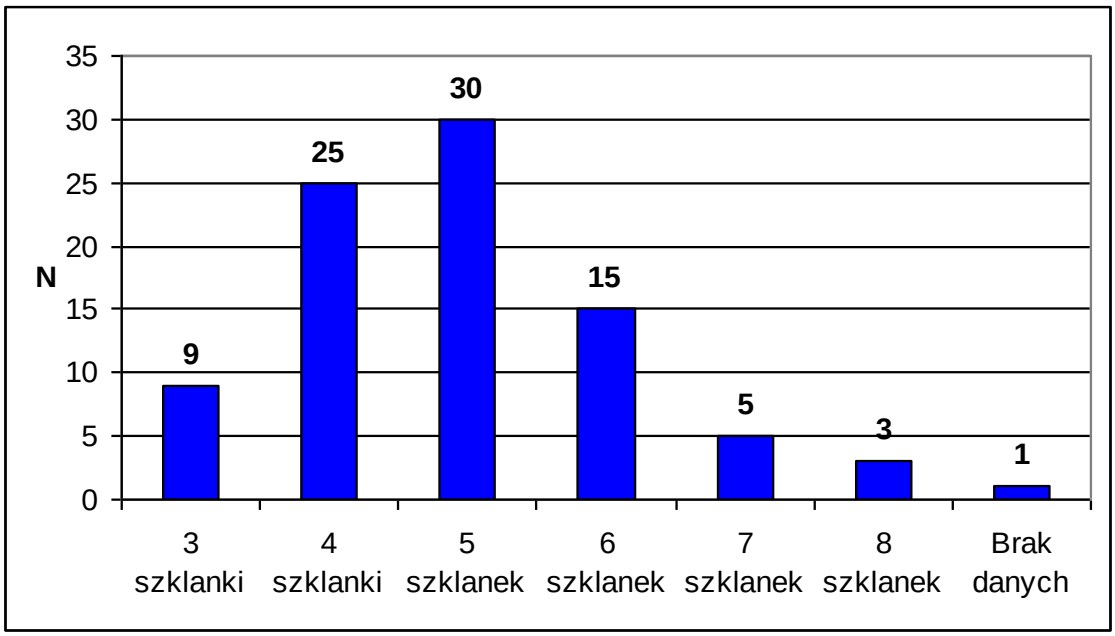
Ryc. 4. Częstotliwość oddawania moczu w ciągu nocy wśród badanych (N=87)



Ryc. 5. Odległość do toalety

Badani spożywali dziennie od 3 do 8 szklanek płynów. Średnio wypijano 4,90 szklanki płynów (SD=1,19, mediana – 5). Najwięcej badanych przyjmowało około 5 szklanek dziennie – robiło tak 30 osób (34,09%). Cztery szklanki dziennie wypijało 35 ankietowanych

(28,41%). Zaledwie 3 osoby (3,4%) spożywały codziennie zalecaną ilość płynów, czyli około 8 szklanek. Pozostałe wyniki obrazuje Ryc. 6.



Ryc. 6. Ilość spożywanych dziennie płynów (1 szklanka to około 0,25 litra)

Poniższe tabele 3 i 4, zawierają odpowiedzi badanych na pytania zawarte w skali IIQ/UDI dotyczące występowania i nasilenia objawów nietrzymania moczu oraz wpływu popuszczania moczu ich na życie.

Analiza zgłaszanych przez badanych objawów nietrzymania moczu pozwoliła stwierdzić, że u zdecydowanej większość badanych etiologia tego schorzenia była mieszana, co dotyczyło 75 pacjentów (85,23%).

Objawy wskazane przez pozostałych 13 ankietowanych (14,77%) sugerują występowanie u nich wysiłkowego nietrzymania moczu. Zgodnie z odpowiedziami badanych nie występowało w analizowanej grupie naglące oraz paradoksalne nietrzymanie moczu.

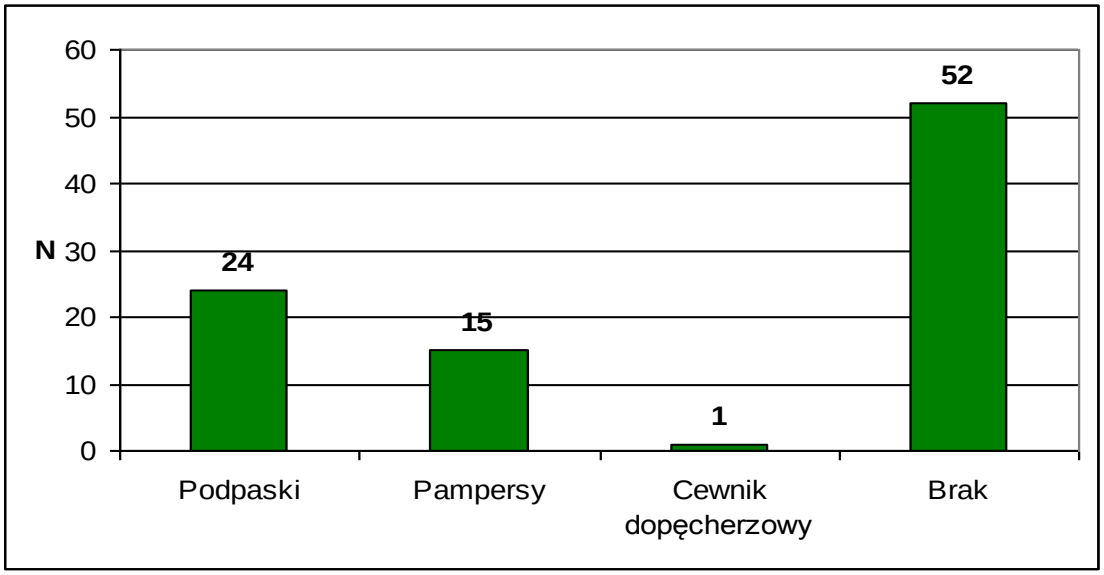
Środki pomocnicze stosowało 36 ankietowanych (40,91%), w tym dwie osoby korzystały z dwóch równocześnie – z podpasek i pampersów. Najpopularniejszym środkiem pomocniczym były podpaski - stosowane przez 24 badane osoby (27,27%). Piętnaście osób korzystało z pampersów (17,05%). Jeden ankietowany (1%) miał założony cewnik dopęcherzowy. Nie korzystało z żadnych środków pomocniczych 52 pacjentów (59,09%). Wyniki obrazuje Ryc. 7.

Tabela 3. Doświadczane objawy nietrzymania moczu

Doświadczanie	Wcale	W niewielkim stopniu	Średnio	Bardzo	Brak danych
Częstej potrzeby oddania moczu	23	19	28	18	
Wypływania moczu poprzedzonego nagłym uczuciem potrzeby oddania moczu	19	18	37	14	
Wypływania moczu w czasie wysiłku, aktywności fizycznej, kaszlu, kichania	31	32	28	12	1
Niewielkiego wypływania moczu (kroplami)	60	10	12	5	1
Trudności w opróżnianiu pęcherza moczowego	69	10	7	2	
Bólu lub uczucia dyskomfortu w okolicy miednicy czy krocza	44	24	14	6	

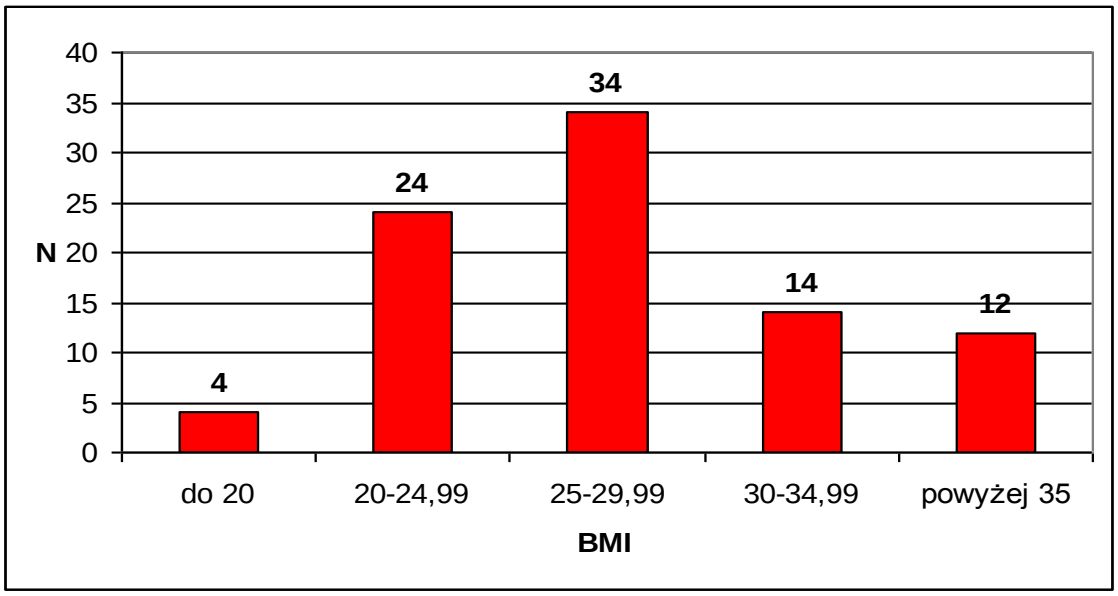
Tabela 4. Wpływ popuszczania moczu na życie badanych

Popuszczanie moczu przeszkadza	Wcale	W niewielkim stopniu	Średnio	Bardzo	Brak danych
W wykonywaniu codziennych prac domowych (gotowanie, sprzątanie, pranie)?	36	24	13	15	
W rekreacyjnych zajęciach sportowych(marsz, pływanie, inne zajęcia)?	39	20	14	15	
W spędzaniu wolnego czasu na rozrywce(kino, koncert, etc.)?	41	20	12	15	
W dojazdach samochodem lub autobusem trwającym ponad 30 minut?	57	12	6	13	
W braniu udziału w różnych zajęciach towarzyskich poza domem?	45	19	9	15	
Wpływa na stany emocjonalne nerwowość, depresję)?	34	23	15	15	1
Wywołuje stan frustracji?	34	23	15	15	1



Ryc. 7. Środki pomocnicze stosowane w grupie badanych

Wartość wskaźnika BMI wahała się od około16, 41 do 48,20. Średnia arytmetyczna wartość tego wskaźnika wyniosła 27,92 (SD=5,71), a mediana 27,21. Wskaźnik BMI poniżej 20 miało czworo badanych (22,73%). Dla kolejnych 24 (27,27%) wskaźnik ten mieścił się w przedziale od 20 do 24,99. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby ze wskaźnikiem BMI o wartościach od 25 do 29,99 – było ich 34 (8,64%). BMI czternaściorga ankietowanych (15,91%) mieścił się w przedziale od 30 do 34,99. Dwanaście osób (13,64%) miało wskaźnik BMI równy 35 lub wyższy. Niedowagę miało 4 ankietowanych (4,55%). Prawidłową wagę miało 24 badanych (27,27%). U kolejnych 34 pacjentów (38,64%) wartość wskaźnika BMI wskazuje na nadwagę. Pozostałych 26 osób (29,55%) było otyłych. Wyniki obrazuje Ryc. 8.



Ryc. 8. Wartości BMI w badanej grupie

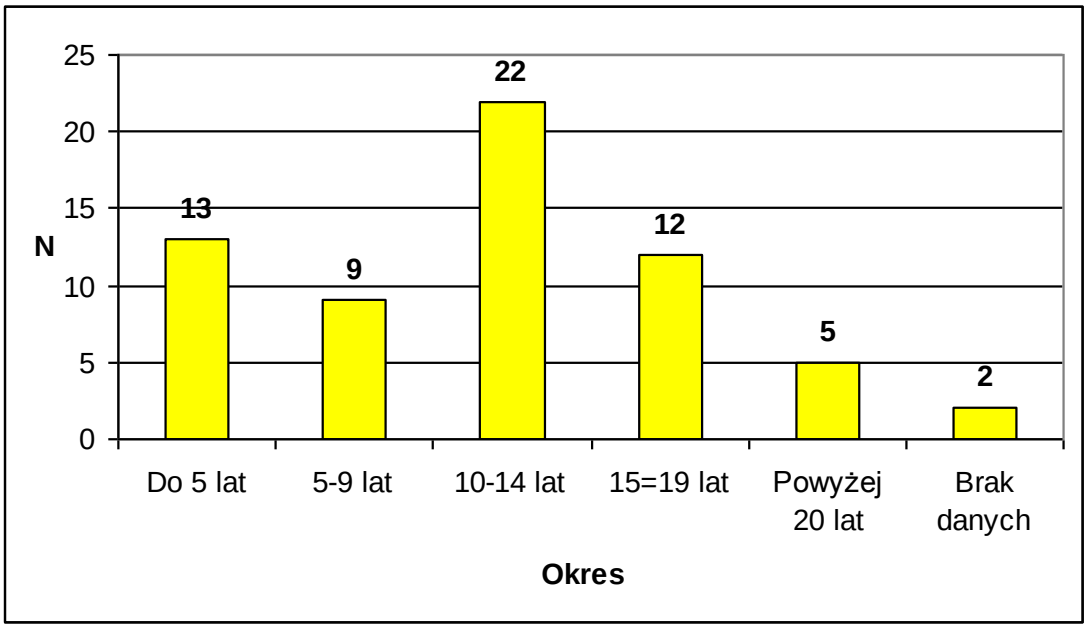
Nie odwlekało w czasie oddawania moczu 35 ankietowanych (39,77%). Bardzo rzadko czyniło to 52 osoby (59,09%). Jeden badany (1%) przyznał, że często odwleka oddawanie moczu.

Zaparcia nie występowały u 35 osób (39,77%). Okresowo występowały one u 36 ankietowanych (40,9%). Na stałe zaparcia uskarżało się 17 badanych (19,32%).

Na pytanie o leczenie schorzeń układu krążenia odpowiedziało przecząco 24 ankietowanych (27%), a twierdząco 63 (72%). Jedna osoba (1%) nie udzieliła odpowiedzi na to pytanie. Odpowiedzi udzielone na to pytanie różnią się od opisanych wcześniej danych na temat współistniejących jednostek chorobowych – zgodnie z nimi łączna liczba osób chorujących na schorzenia układu krążenia (miażdżyca, nadciśnienie tętnicze, choroba

niedokrwienna serca) była równa 52 ze zdiagnozowanymi łącznie 56 jednostkami chorobowymi.

Długość okresu, jaki upłynął od rozpoczęcia leczenia chorób układu krążenia, wahała się od 1 do 25 lat, przy średniej równej 9,98 (odchylenie standardowe równe 5,91) i medianie wynoszącej 10 lat. Poniżej 5 lat leczyło choroby układu krążenia 13 ankietowanych (14,77%). Dziewięcioro badanych (10,23%) leczyło się od 5 do 9 lat. Najwięcej, bo 22, było osób (25%) które leczyły wspomniane schorzenia od 10 do 14 lat. Kolejnych 12 pacjentów (13,64%) leczyło się od 15 do 19 lat. Dwadzieścia i więcej lat leczyło choroby układu krążenia pięcioro uczestników badania (5,68%). Dwie osoby (2,27%) nie udzieliły odpowiedzi na to pytanie. Wyniki obrazuje Ryc. 9.



Ryc. 9. Długość okresu leczenia schorzeń układu krążenia (N=63)

Spośród ankietowanych 65 (74%) nie leczyło się z powodu infekcji układu moczowego. Terapię stosowało 22 osoby (25%). Jeden badany (1%) nie odpowiedział na to pytanie.

Zabieg operacyjny w obrębie miednicy przeszło 40 ankietowanych (w tym 10 mężczyzn), a nie miało go pozostałych 48 uczestników badań (55,55%).

Trzydzieści dwie osoby (36%) miały w przeszłości założony cewnik. Nie potwierdziło takiego faktu 55 ankietowanych (3%). Jedna badana (1%) nie udzieliła żadnej odpowiedzi.

Pracę umysłową w przeszłości wykonywało 20 ankietowanych (22,73%), a fizyczną 68 (77,27%).

W grupie było 17 badanych (19,32?%), którzy palili od 4 do 30 papierosów dziennie. Średnia liczba papierosów wypalanych w tej grupie była równa 16, a mediana 15. Wśród palących (N=17) prawie połowa – 8 osób – paliło codziennie 20 i więcej papierosów.

Badani przyjmowali łącznie 326 leków, w tym najczęściej leki przeciw psychotyczne – 54 ankietowanych (61,36%). Kolejnymi dwoma rodzajami leków najbardziej rozpowszechnionymi w badanej grupie były leki normatywne (N=42, 47,73%) oraz moczopędne (N=41, 45,59%). Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela 5.

Tabela 2. Rodzaje leków przyjmowanych przez badanych

Rodzaj leku	**N**	**%**
Przeciw psychotyczne	54	61,36
Normatywne	42	47,73
Moczopędne	41	45,59
Przeciwdepresyjne	34	38,64
Przeciw lękowe	24	27,27
Nasenne	27	30,68
Przeciwcukrzycowe	17	19,32
Nasercowe	16	18,18
Uspokajające	10	11,36
Inne	25	28,41

Prawdopodobnie żadna z badanych kobiet (N=60) nie stosowała zastępczej terapii hormonalnej – negatywnej odpowiedzi udzieliło 56 ankietowanych (93,3%), a pozostałe 4 (6,7%) nie odpowiedziały w ogóle na to pytanie.

W grupie badanych kobiet (N=60) dwanaście (20%) nie miało za sobą ani jednego porodu. Po jednym porodzie było 5 ankietowanych (8,33%). Najliczniejszą grupę stanowiły kobiety, które przeszły dwa porody – było ich 16 (26,67%). Nieco mniej, 15 kobiet (25%,) rodziło trzy razy. Osiem badanych (13,33%) rodziło czterokrotnie. Po dwie ankietowane (po 3,33%) miały za sobą pięć lub sześć porodów.

Wśród kobiet, które rodziły (N=48), poród bez powikłań miało 30 z nich (62,5%). Nie wszystkie powikłania wystąpiły przy porodach u 15 ankietowanych (31,25%). Z wszystkimi powikłaniami wystąpiły porody u dwóch badanych (4,17%). Jedna badana nie odpowiedziała na to pytanie (2,08%).

Odpowiedzi uzyskane od badanych pozwalają stwierdzić tylko, że najczęściej wymienianym powikłaniem podczas porodu był poród przedłużony – wymieniło go 13

ankietowanych. Jeden raz badane wymieniły poród kleszczowy oraz indukowanie porodu. Łącznie 17 badanych, u których wystąpiły powikłania podczas porodu wymieniły 15 powikłań. Dwie badane z tej grupy nie udzieliły żadnej odpowiedzi.

Wśród badanych mężczyzn (N=28) nie zdiagnozowano przerostu gruczołu krokowego u 22 uczestników badania (78,6%). Pozostałych 6 (21,4%) ankietowanych miało zdiagnozowany przerost gruczołu krokowego. Spośród wspomnianej szóstki, pięciu leczyło się z powodu prostaty, w tym dwóch stosowało preparaty stosowane profilaktycznie w przeroście gruczołu krokowego, zalecone im przez lekarzy. Jeden z badanych ze zdiagnozowanym przerostem prostaty w ogóle nie odpowiedział na pytania dotyczące leczenia.

Wiek a nietrzymanie moczu

Podczas analizy statystycznej nie wykryto istotnych różnic w nasileniu nietrzymania moczu w poszczególnych przedziałach wiekowych badanych osób w podeszłym wieku - poszczególne dolegliwości świadczące o nietrzymaniu moczu w badanych grupach wiekowych występowały z tą sama częstotliwością. Wyniki analizy przedstawiono w poniższej Tabeli 6.

Tabela 3. Wyniki analizy związku wieku z doświadczaniem symptomów nietrzymania moczu

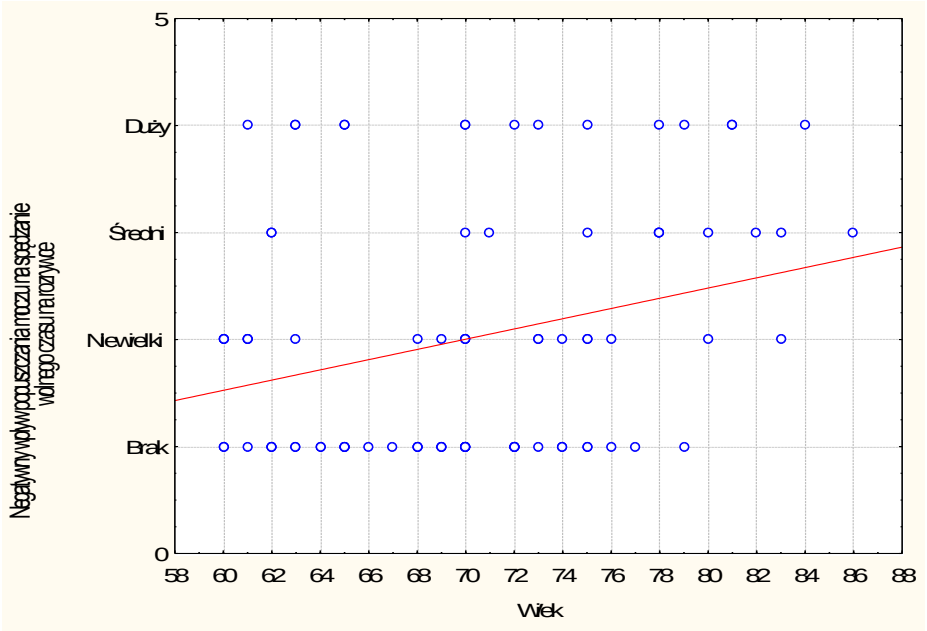
DOŚWIADCZANIE	N	R	p
Częstej potrzeby oddania moczu	88	0,012	p>0,05
Wypływania moczu poprzedzonego nagłym uczuciem potrzeby oddania moczu	88	0,032	p>0,05
Wypływania moczu w czasie wysiłku, aktywności fizycznej, kaszlu, kichania	87	0,199	p>0,05
Niewielkiego wypływania moczu (kroplami)	87	–0,103	p>0,05
Trudności w opróżnianiu pęcherza moczowego	88	0,074	p>0,05
Bólu lub uczucia dyskomfortu w okolicy miednicy czy krocza	88	–0,151	p>0,05

Analiza statystyczna związków między wiekiem a ocenami wpływu popuszczania moczu na życie badanych pozwoliła wykazać dwa istotne statystycznie związki. Pierwszy związek dotyczył ocen wpływu popuszczania moczu na spędzanie wolnego czasu na rozrywce – R Spearmana wyniosło 0,262 przy poziomie istotności p=0,013501, co oznacza, że starsi badani mocniej odczuwali negatywny wpływ popuszczania moczu na możliwość spędzania wolnego czasu na rozrywce. Drugi związek dotyczył ocen wpływu popuszczania moczu na branie udziału w zajęciach towarzyskich poza domem – R Spearmana wyniosło 0,213, przy p<0,046501. Oznacza to, że starszym osobom popuszczanie moczu bardziej

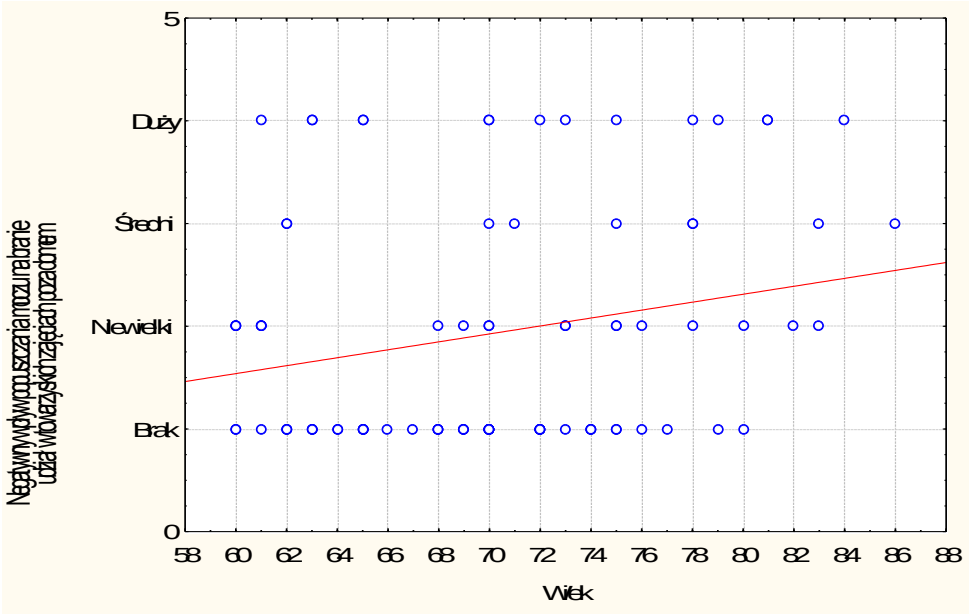
przeszkadza w podejmowaniu zajęć towarzyskich poza domem. Szczegółowe wyniki analizy (Tabela 7) oraz graficzną ilustrację istotnych statystycznie zależności przedstawiono poniżej (Ryc. 10, 11).

Tabela 4. Wyniki analizy związku wieku z ocenami wpływu popuszczania moczu na życie badanych

POPUSZCZANIE MOCZU PRZESZKADZA	N	R	p
W wykonywaniu codziennych prac domowych (gotowanie, sprzątanie, pranie)?	88	0,194	p>0,05
W rekreacyjnych zajęciach sportowych(marsz, pływanie, inne zajęcia)?	88	0,197	p>0,05
W spędzaniu wolnego czasu na rozrywce (kino, koncert, etc.)?	**88**	**0,262**	**P<0,0135**
W dojazdach samochodem lub autobusem trwającym ponad 30 minut?	88	0,162	p>0,05
W braniu udziału w różnych zajęciach towarzyskich poza domem?	**88**	**0,213**	**P<0,0465**
Wpływają na stany emocjonalne nerwowość, depresję)?	87	0,157	p>0,05
Wywołują stan frustracji?	87	0,120	p>0,05



Ryc. 10. Wpływ wieku na nasilenie negatywnego wpływu popuszczania moczu na spędzanie wolnego czasu na rozrywce (N=88)



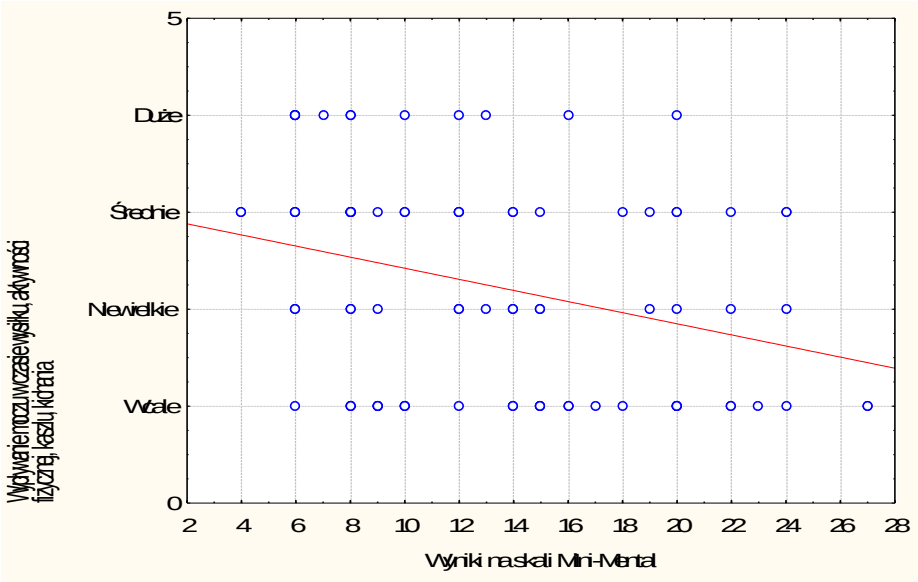
Ryc. 11. Wpływ wieku na nasilenie negatywnego wpływu popuszczania moczu na branie udziału w towarzyskich zajęciach poza domem (N=88)

Otępienie a nietrzymanie moczu

Podczas analizy związku otępienia z doświadczanymi objawami nietrzymania moczu wykryto jedną zależność istotną statystycznie. Dotyczyła ona następującego wraz ze spadkiem wyników na skali Mini-Mental większego nasilenia wypływania moczu w czasie wysiłku, aktywności fizycznej, kaszlu i kichania. R Spearmana wyniósł –0,341 przy poziomie istotności p=0,00125. Wyniki szczegółowe (Tab. 8) oraz wykres ilustrujący wykrytą zależność (Ryc.12).

Tabela 8. Wpływ otępienia na odczuwanie nasilenia objawów związanych z nietrzymaniem moczu

DOŚWIADCZANIE	**N**	**R**	**p**
Częstej potrzeby oddania moczu	88	–0,141	p>0,05
Wypływania moczu poprzedzonego nagłym uczuciem potrzeby oddania moczu	88	–0,170	p>0,05
Wypływania moczu w czasie wysiłku, aktywności fizycznej, kaszlu, kichania	**87**	**–0,341**	**p<0,00125**
Niewielkiego wypływania moczu (kroplami)	87	–0,016	p>0,05
Trudności w opróżnianiu pęcherza moczowego	88	–0,036	p>0,05
Bólu lub uczucia dyskomfortu w okolicy miednicy czy krocza	88	–0,043	p>0,05



Ryc. 12. Zależność między otępieniem a nasileniem wypływania moczu w czasie wysiłku, aktywności fizycznej, kaszlu, kichania (N=87)
(niższe wyniki na skali Mini-Mental oznaczają większe otępienie)

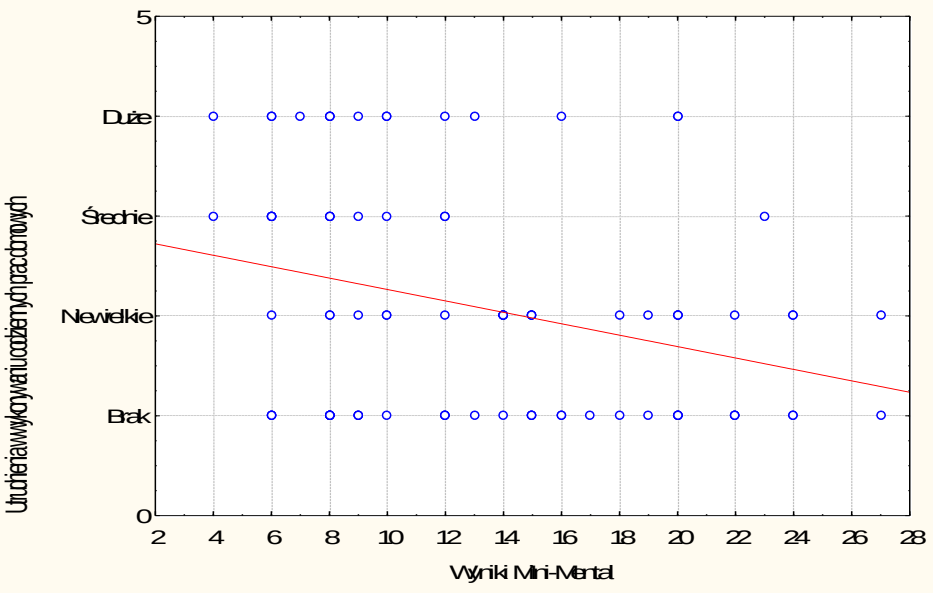
Podczas analizy statystycznej wykazano związek między nasileniem otępienia a oceną wpływu nietrzymania moczu na życie badanych (Tab. 9).

Tabela 9. Wyniki analizy związków wyników na skali Mini-Mental z ocenami wpływu popuszczania moczu na życie badanych

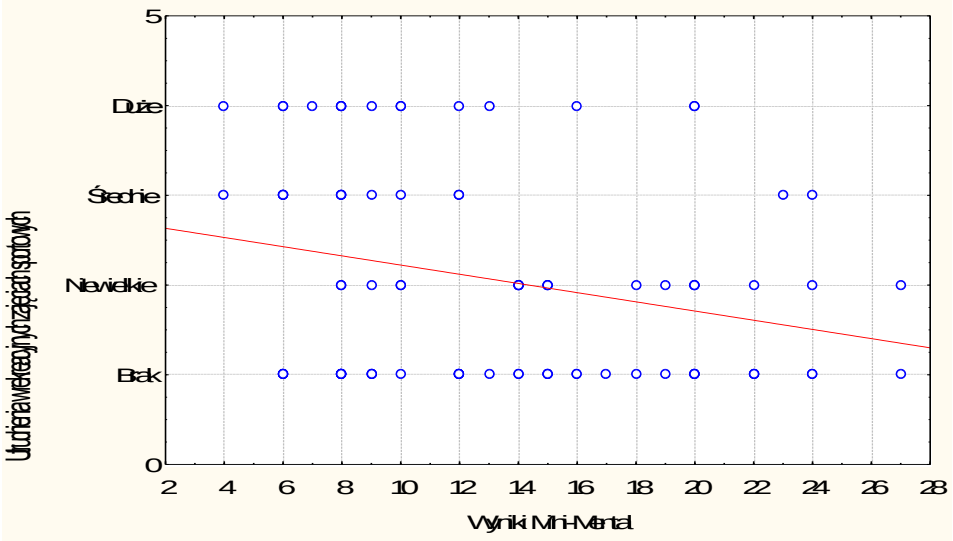
POPUSZCZANIE MOCZU PRZESZKADZA	N	R	p
W wykonywaniu codziennych prac domowych (gotowanie, sprzątanie, pranie)	**88**	**–0,292**	**p<0,00572**
W rekreacyjnych zajęciach sportowych (marsz, pływanie, inne zajęcia)	**88**	**–0,252**	**p<0,01789**
W spędzaniu wolnego czasu na rozrywce (kino, koncert, etc.)	**88**	**–0,266**	**p<0,01228**
W dojazdach samochodem lub autobusem trwającym ponad 30 minut	**88**	**–0,238**	**p<0,025598**
W braniu udziału w różnych zajęciach towarzyskich poza domem	88	–0,189	p>0,05
Wpływa na stany emocjonalne (nerwowość, depresję)	**87**	**–0,252**	**p<0,01859**
Wywołuje stan frustracji	87	–0,173	p>0,05

W pięciu aspektach na siedem badanych niższy poziom otępienia oznacza nasilenie negatywnego wpływu popuszczania moczu. Dotyczy on wykonywania codziennych prac domowych, dla którego współczynnik R Spearmana wyniósł –0,292 przy poziomie istotności p=0,00572, udziału w zajęciach sportowych R Spearmana wyniósł –0,252 przy poziomie

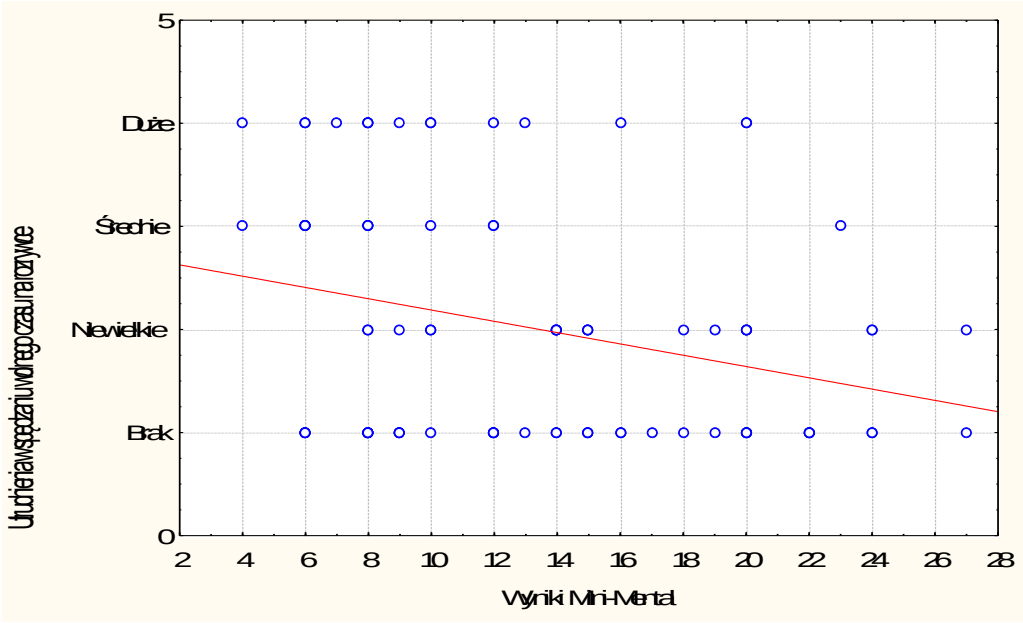
istotności p=0,01789, spędzanie wolnego czasu na rozrywce R Spearmana wyniósł –0,266 przy poziomie istotności p=0,01228, dojazdach samochodem lub autobusem R Spearmana wyniósł –0,238 przy poziomie istotności p=0,025598, jak również wpływ na stany emocjonalne R Spearmana wyniósł –0,252 przy poziomie istotności p=0,01859. Dowodzi to, że sprawne funkcjonowanie osób dementywnych zależy w dużej mierze od stopnia otępienia, sprawności czynnościowej i emocjonalnej. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela IX oraz Ryc. 13 -17.



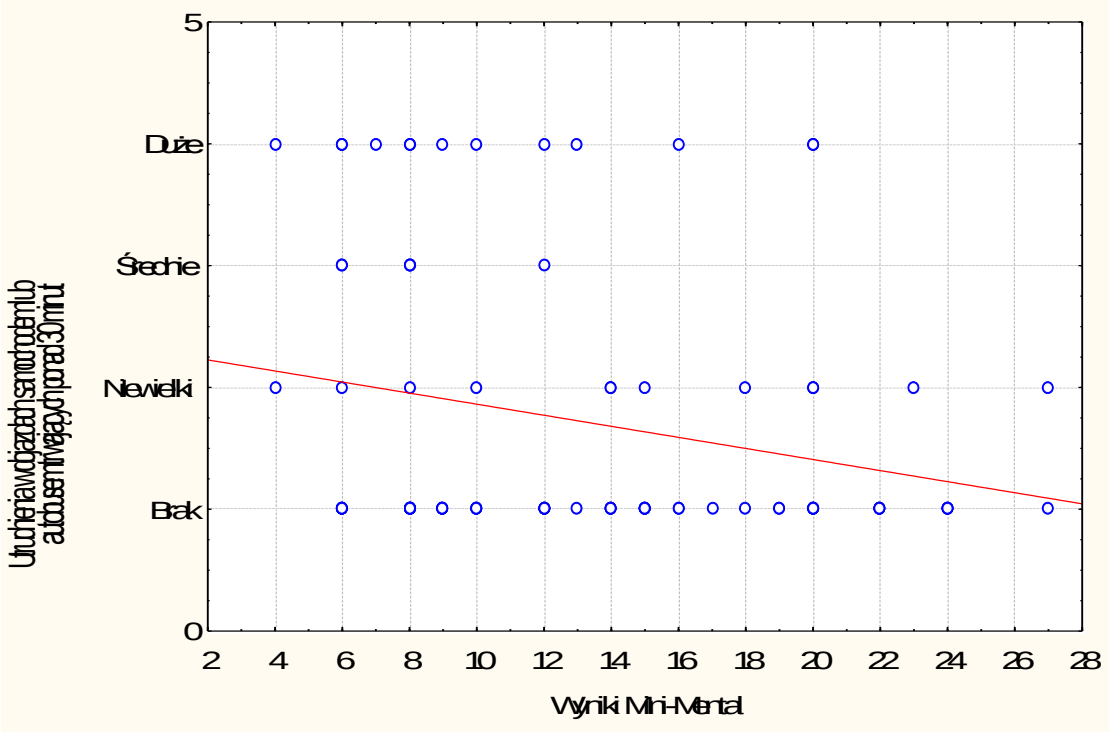
Wykres 10. Wyniki analizy zależności otępienia a nasileniem utrudnień w wykonywaniu prac domowych (niższe wyniki na skali Mini-Mental oznaczają większe otępienie)



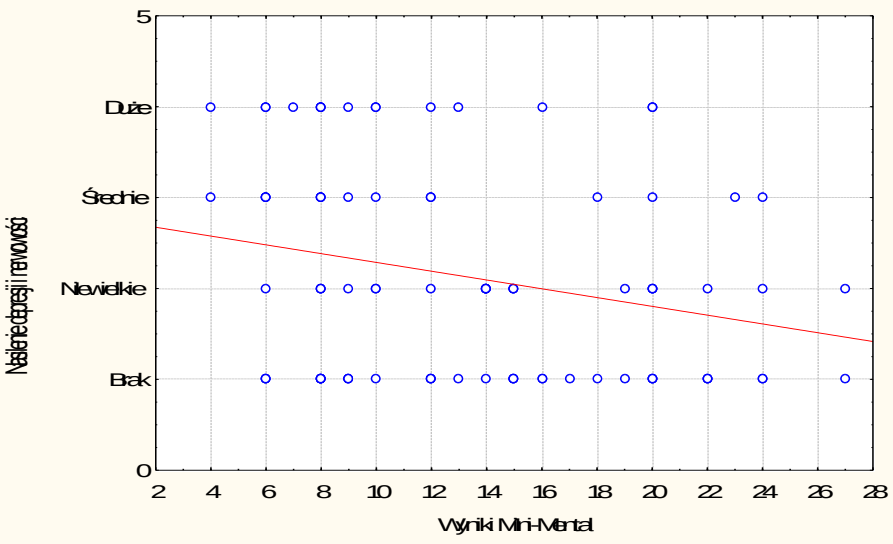
Wykres 11 Wyniki analizy zależności otępienia a nasileniem utrudnień w rekreacyjnych zajęciach sportowych (niższe wyniki na skali Mini-Mental oznaczają większe otępienie)



Wykres 12. Wyniki analizy zależności otępienia a nasileniem utrudnień w spędzaniu wolnego czasu na rozrywce (niższe wyniki na skali Mini-Mental oznaczają większe otępienie)



Wykres 13. Wyniki analizy zależności otępienia a nasileniem utrudnień w dojazdach samochodem lub autobusem trwającym ponad 30 minut (niższe wyniki na skali Mini-Mental oznaczają większe otępienie)



Wykres 14. Wyniki analizy zależności otępienia (niższe wyniki na skali Mini-Mental oznaczają większe otępienie) a nasileniem depresji i nerwowości (niższe wyniki na skali Mini-Mental oznaczają większe otępienie)

Omówienie badań i dyskusja

Nietrzymanie moczu występuje u osób w różnych przedziałach wiekowych, przy czym dotyczy zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Przyczyny, częstość dolegliwości i okres życia, w jakim zaburzenia się objawiają u obu płci jest różny. Stosunek zapadalności wśród kobiet i mężczyzn wynosi 2:1. W literaturze podawane są różne dane na temat częstości występowania tego typu zaburzeń, ale szacuje się, że problem dotyka od 17 do 46%, a nawet 60% populacji [6]. Rzeczywiste rozpowszechnienie schorzenia jest o wiele większe, ponieważ wiele osób ukrywa swoje dolegliwości, traktując je jako naturalne w procesie starzenia się organizmu.

Pacjentami oddziałów geriatrycznych są często osoby, u których zdiagnozowano więcej niż jedno schorzenie [7,8]. Granicę wiekową przyjęcia na oddział stanowi 60 rok życia. Najczęstszymi schorzeniami stanowiącymi przyczynę hospitalizacji na oddziałach geriatrycznych są choroby układu krążenia, oddechowego, narządu ruchu, metaboliczne. Szczególną grupę zaburzeń stanowią jednak tzw. wielkie zespoły geriatryczne, do których zalicza się m.in. zespoły psychopatologiczne obejmujące depresję, otępienie, zespoły splątania, nietrzymanie moczu i stolca, zaburzenia równowagi z wtórnymi upadkami, upośledzenie zmysłów [7, 8].

W analizowanej grupie najczęstszymi powodami hospitalizacji były organiczne zaburzenia nastroju (30,78%) oraz organiczne zaburzenia osobowości (14,8%), a

najczęstszymi chorobami współistniejącymi - nadciśnienie tętnicze (43,2%), cukrzyca typu I lub II (25%) oraz miażdżyca uogólniona (18,2%).

Izdebski i wsp. [9] w badaniach przeprowadzonych w oddziale psychiatrycznym III Wojewódzkiego Ośrodka Lecznictwa Psychiatrycznego w Toruniu na grupie 767 pacjentek, w tym 152 pacjentek w wieku powyżej 64 roku życia, stwierdzili, że najczęstszymi powodami hospitalizacji była depresja 42%, zaburzenia świadomości 15%, zaburzenia urojeniowe 13%, następnie schizofrenia 11% i otępienia 9%.

Z kolei badania Araszkiewicza i wsp. [10] przeprowadzone w Katedrze Kliniki Psychiatrii AM w Bydgoszczy, który poddał analizie dane 48 kobiet i 13 mężczyzn w wieku powyżej 60 lat wykazały, że zasadniczą przyczyną hospitalizacji były zaburzenia afektywne i to zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn, które stanowiły łącznie 56%, zmiany otępienne 16% i zmiany organiczne 13%. Najczęściej wśród zaburzeń psychicznych, bo aż w 75% przypadków, występowały zespoły depresyjne, rzadko natomiast spotykane były zespoły paranoidalne (7%) i otępienne (5%). U większości pacjentów stwierdzono współwystępowanie chorób somatycznych. Najczęściej było to nadciśnienie tętnicze (19%), organiczne uszkodzenia mózgu (18%), choroba wieńcowa (9%) oraz cukrzyca 5% [10].

W uzyskanych wynikach własnych dominującymi patologiami były zaburzenia nastroju, a także zaburzenia depresyjne, które przed wprowadzeniem Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10- *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*), były określane jako zaburzenia afektywne, a więc po części wyniki te pokrywają się z danymi obserwowanymi w badaniach Araszkiewicza [10] i Izdebskiego [9].

Nietrzymanie moczu to zaburzenie mające wieloczynnikową etiopatogenezę, co przekłada się z kolei na różnorodność postaci schorzenia. Różni autorzy podają sprzeczne dane na temat występowania poszczególnych typów nietrzymania moczu.

Według Rechbergera [11], najczęstszą postacią zaburzeń jest wysiłkowe nietrzymanie moczu (60-70%), a następnie pod względem częstości występowania jest opisywane naglące nietrzymanie moczu (17-25%). Postać mieszana występuje u 12-19% pacjentów. Liczne prace również sugerują, że w populacji kobiet w okresie pomenopauzalnym wzrasta częstość występowania naglącej i mieszanej postaci nietrzymania moczu, przy rzadszym pojawianiu się wysiłkowego nietrzymania moczu [11].

Według Bidzan [12], najczęstszą postacią zaburzeń jest wysiłkowe nietrzymanie moczu, które dotyczy około 50% pacjentów, a w tym około 41% stanowią kobiety. Naglące nietrzymanie moczu spotykane jest u około 12-23% pacjentów. Postać mieszana, z

występowaniem łącznie objawów typowych dla wysiłkowego nietrzymania moczu i naglącego nietrzymania moczu spotykana jest u około12-45% kobiet. Postać ta najczęściej pojawia się u pacjentek starszych, u których obok niewydolności zwieracza, występują zaburzenia w obkurczaniu się pęcherza moczowego [12].

Z kolei Rosental i McMurtry [13] uważają, że poszczególne typy nietrzymania moczu rzadko występują samodzielnie, a u chorych przeważnie współistnieją różne przyczyny nietrzymania moczu.

Życińska i Wardyn [14] w badaniach przeprowadzonych na 56 pacjentkach stwierdziły, że wysiłkowe nietrzymanie moczu wystąpiło u 66% chorych, naglące u 22%, nietrzymanie moczu z przepełnienia u 9%, a nietrzymanie poza zwieraczowe u 3% pacjentek.

Z kolei w wyniku badań Krauze-Balwińskieji wsp. [15], przeprowadzonych na grupie 85 pacjentek z poradni urologicznej w Zabrzu ustalono, że wysiłkowe nietrzymanie moczu dotyczyło 60% chorych, naglące rozpoznano u 18,2%, a postać mieszaną u 10,5% pacjentek. Rozpoznanie wyżej wymienionych postaci opierało się na analizie trzydniowych kart mikcyjnych pacjentek [15].

Wyniki badań własnych potwierdzają powyższe doniesienia, gdyż u zdecydowanej większości pacjentów etiologia omawianego schorzenia miała charakter mieszany, co odnotowano u 85,2% uczestników badania, zaś u pozostałych 14,8% ankietowanych stwierdzono występowanie wysiłkowego nietrzymania moczu. Dodatkowo na wynik badań wpłynął także fakt, że wśród badanych było 60 kobiet i tylko 28 mężczyzn.

W analizowanej grupie nie występowała postać naglącego oraz paradoksalnego nietrzymania moczu. Wyniki te najprawdopodobniej są spowodowane tym, iż postać paradoksalnego nietrzymania moczu występuje głównie u mężczyzn, którzy stanowili mniejszość badanej populacji, której z tego powodu nie można traktować jako w pełni reprezentatywnej dla obu płci. Identyfikacja naglącej postaci nietrzymania moczu, może być maskowana poprzez trudności w ocenie nasilenia dolegliwości związanych z tą postacią: oddawanie moczu w nocy częściej niż 2 razy, odczucie nagłego parcia na mocz, trudności z utrzymaniem moczu w pęcherzu.

Powyższe dane różnią się ponieważ dotyczą różnych grup wiekowych. Wraz ze zmianą przedziału wiekowego, zmienia się częstość występowania poszczególnych postaci nietrzymania moczu. W młodszej grupie wiekowej, wśród kobiet dominuje wysiłkowe nietrzymanie moczu, natomiast u osób w podeszłym wieku najczęściej występuje naglące, a w drugiej kolejności wysiłkowe nietrzymanie moczu. Należy zaznaczyć, że dużą grupę

stanowią osoby, u których występuje postać mieszana, co w istotnym stopniu utrudnia diagnostykę i terapię.

Z analizy piśmiennictwa wynika, że występowanie i nasilenie nietrzymania moczu jest skorelowane z wiekiem pacjentów.

Według Steciwko i wsp. [16] stopień nasilenia i częstość nietrzymania moczu wzrasta wraz z wiekiem, przy czym częściej dotyczy kobiet.

Badania Rechbergera i Jakowickiego [17] wskazują, że wśród osób zgłaszających się z objawami świadczącymi o nietrzymaniu moczu, kobiety z przedziału wiekowego 20-29 lat stanowiły tylko 4,4%. Odsetek chorych w wieku od 30 do 39 roku życia był wyższy i wynosił 12%, powyżej 40 lat wzrastał do 25%. Szacuje się, że powyżej 70 roku życia problem ten dotyka nawet 50% populacji. Należy zauważyć również, iż występowanie nietrzymania moczu w trzeciej i czwartej, a nawet w piątej dekadzie życia odsetkowo częściej występuje w populacji kobiet niż mężczyzn. Wynika to głównie z przyczyn występowania dolegliwości. Dopiero w szóstej, siódmej dekadzie zacierają się różnice zależne od płci w częstości występowania opisywanych zaburzeń [17].

Hannestad i wsp. [18] podają, że częstotliwość występowania nieotrzymania moczu rośnie do około 50 roku życia, następnie nieznacznie maleje lub występuje na zbliżonym poziomie, a po 70 roku życia ponownie wzrasta.

Natomiast według Skolmowskiej [19], starzenie się organizmu zwiększa ryzyko nietrzymania moczu. Częstość tego problemu wśród ludzi starszych w zakładach opieki zdrowotnej jest dwa razy wyższa niż u osób przebywających w środowisku domowym. Problem dotyczy około 40% starszych pacjentów w zakładach opieki zdrowotnej . Szacuje się, że od 10 do 30% pacjentów geriatrycznych zgłaszających się do lekarzy w przychodniach cierpi na nietrzymanie moczu [19].

Wojszel [20], z Zakładu Gerontologii AM w Białymstoku w badaniach przeprowadzonych w populacji osób starszych zamieszkujących w środowisku domowym wykazała, że na nietrzymanie moczu uskarżało się 35% z badanych ankietowanych po 75 roku życia. W badaniach przeprowadzonych w dwóch wybranych środowiskach o wysokim wskaźniku starości demograficznej, nietrzymanie moczu występowało u 31,7% populacji miejskiej i u 46,8% populacji wiejskiej. Częstość występowania nietrzymania moczu u badanych była również kojarzona z fizyczną i psychiczną niesprawnością. Zaobserwowano, że problem nietrzymania moczu jest rzadszy w środowisku domowym, natomiast znacznie częściej występuje w oddziałach szpitalnych i instytucjach opieki długoterminowej [20]. W

ostatnich latach problem nietrzymania moczu jest jedną z głównych przyczyn umieszczania pacjentów w zakładach opiekuńczych.

W obecnie badanej grupie nie stwierdzono istotnego związku pomiędzy wiekiem, a znacznym nasileniem objawów nietrzymania moczu, co może wynikać z doboru grupy badanej oraz częstości i nasilenia zespołów otępiennych. Badani znajdowali się głownie w przedziale wiekowym od 60 do 86 lat, a więc nie stwierdzano znacznej rozpiętości wiekowej pacjentów. W badaniu uczestniczyły tylko osoby, u których stwierdzono obiektywnie występowanie nietrzymania moczu lub którzy podawali swoje subiektywne odczucia odnoście dolegliwości związanych z nietrzymaniem moczu. Badania nie były wykonywane w grupie kontrolnej wśród osób bez nietrzymania moczu. Na uwagę zwraca fakt, iż u 37,5% badanych stwierdzono otępienie o stopniu głębokim oraz również u 37,5% otępienie o stopniu średnim. Jak wynika z literatury przedmiotu problem nietrzymania moczu jest jednym ze stałych objawów towarzyszących zmianom otępiennym.

W literaturze przedmiotu [12, 21] nietrzymanie moczu powoduje wiele negatywnych skutków emocjonalnych, takich jak wstyd przed otoczeniem, obniżenie poczucia wartości, bezradność, zakłopotanie, ogólne zniechęcenie, apatia czy bezsilny gniew. Nasilenie objawów jest również przyczyną ograniczenia aktywności społecznej i fizycznej. Dodatkowo, obniżenie sprawności funkcjonalnej osób starszych powoduje izolacje społeczną [12, 21].

W badaniach własnych natomiast wykazano jednak niewielki wpływ dolegliwości na aktywność życiową pacjentów. Pierwszy związek dotyczył ocen wpływu popuszczania moczu na spędzanie wolnego czasu ($p<0.0135$), drugi związek dotyczył ocen wpływu popuszczania moczu na branie udziału w zajęciach towarzyskich poza domem ($p<0,0465$).

Badani o łagodnym stopniu otępienia wykazywali, że objawy związane z nietrzymaniem moczu mają negatywny wpływ na spędzanie wolnego czasu i uczestniczenie w spotkaniach towarzyskich. Osoby o głębokim stopniu otępienia ze względu na swoją niesprawność intelektualną nie były w stanie prawidłowo ocenić wpływu nietrzymania moczu na ich życie codzienne.

Jak już wcześniej wspomniano, w przebiegu otępienia występowanie nietrzymania moczu zwiększa się wraz ze stopniem zaburzeń poznawczych. Otępienie powoduje zmniejszenie poczucia kontroli nad procesem mikcji.

W badaniach przeprowadzonych w grupie 131 osób przez Górną i wsp. [22] w grupie mieszkańców miasta i gminy Oleśnica wyodrębniono dwie grupy wiekowe: pierwsza: 65-74 lata oraz druga: powyżej 75 roku życia. W uzyskanych wynikach dominującym

rozpoznaniem w grupie pierwszej było otępienie (56% kobiet i 55,0% mężczyzn). U około 1/3 badanych stwierdzono deficyty poznawcze zarówno u kobiet 27,5%, jak i u mężczyzn (32,5%). Wyniki w normie otrzymało: kobiety 16,5% i mężczyźni 12,5% [22].

Dodatkowo, w badaniach przeprowadzonych w placówkach POZ na terenie powiatu oleśnickiego, wśród 131 pacjentów powyżej 65 roku życia, przez wyżej wymienionych autorów [23] wykazano, że u 42% badanych stwierdzono otępienie w stopniu lekkim, u 13% z umiarkowanym, a u 0,8 w stopniu ciężkim.

W prezentowanych badaniach podzielono pacjentów na cztery grupy ze względu na stopień nasilenia objawów otępienia. Do pierwszej należały osoby bez symptomów otępienia, które uzyskały 27 punkty w skali Mini-Mental. W kolejnej grupie osób z łagodnym otępieniem znalazły się osoby, które uzyskały od 19 do 26 punktów. Badani z wynikiem od 10 do 18 punktów na skali zaliczono do kategorii pacjentów ze średnim nasileniem otępienia. Za osoby o głębokim otępieniu uznano ankietowanych, którzy uzyskali poniżej 9 punktów na skali Mini-Mental.

Podsumowując wyniki stwierdzono, że bez zaburzeń było 2,3% ankietowanych, z łagodnymi zaburzeniami -22,7% uczestników badania (22,7%), natomiast średnie i głębokie otępienie zdiagnozowano u po 37,5% osób.

W wyniku analizy związku otępienia z doświadczanymi objawami nietrzymania moczu wykryto jedną zależność istotną statystycznie. Dotyczyła ona następującego wraz ze spadkiem wyników na skali Mini-Mental większego nasilenia wypływania moczu w czasie wysiłku, aktywności fizycznej, kaszlu i kichania. Zależność była znamienna statystycznie ($p=0,00125$).

W badanej grupie pacjentów stwierdzono również związek między nasileniem otępienia a oceną wpływu nietrzymania moczu na życie badanych. Wykryte zależności dotyczyły: wykonywania codziennych prac domowych ($p=0,00572$); rekreacyjnych zajęć sportowych ($p=0,001789$); spędzaniu wolnego czasu na rozrywce ($p=0,01228$); dojazdów samochodem lub autobusem trwających ponad 30 minut ($p=0,025598$) oraz stanów emocjonalne ($p=0,01859$).

Powyższe obserwacje potwierdzają tezę, że otępienie prowadzi do stopniowego upośledzenia samodzielnego funkcjonowania w życiu codziennym [8]. Dochodzi do upośledzenia funkcji poznawczych, w tym pamięci. W następstwie tego dochodzi do stopniowego wycofywania się chorego z aktywności społecznej i tym samym zależności od innych osób [8].

W badaniach skupiono się również na ocenie prawdopodobnych przyczyn nietrzymania moczu.

Uzyskane wyniki dowodzą, że wraz ze wzrostem masy ciała zwiększa się liczba kobiet cierpiących na nietrzymanie moczu. I tak niedowagę miało 4,6% ankietowanych, prawidłową wagę odnotowano u 27,3% badanych. U kolejnych 38,6% pacjentów wartość wskaźnika BMI wskazywała na nadwagę, a u pozostałych 29,6% - można było zakwalifikować jako otyłe.

Giewczyńska i wsp. [24] w badaniach przeprowadzonych w grupie 176 pacjentek w przedziale wiekowym od 48 do 85 lat w Klinice Położnictwa i Ginekologii ŚAM w Katowicach leczących się z powodu nietrzymania moczu wykazali, że najliczniejszą grupę stanowiły pacjentki otyłe (69,9%). Nadwagę stwierdzono u 28 (15,9%), a prawidłową masę ciała u 25 (14,2%) pacjentek. Nie odnotowano przypadków niedowagi [24].

Z kolei Broś-Konopielko i wsp. [25] w badaniach przeprowadzonych w Warszawie na grupie 500 kobiet w wieku od 17 do 89 lat również wykazali, że wraz ze wzrostem masy ciała zwiększa się liczba kobiet z nietrzymaniem moczu. Najliczniejszą grupę stanowiły kobiety ze wskaźnikiem BMI o wartościach od 26-28 tj. około 60% [25]. Wyniki badań własnych najbardziej są zbliżone do powyższych wyników.

Następną odwracalną przyczyną nietrzymania moczu są infekcje dróg moczowych. Największe ryzyko stanowią wśród chorych niedołężnych, z otępieniem. Spośród badanych z powodu infekcji układu moczowego nie leczyło się aż 74% osób.

Według Żakowskiej-Wachelko i Pędlicha [26] zakażenia dolnych dróg moczowych występują u 1% młodych kobiet a powyżej 65-70 roku życia u około 20% kobiet. Częstość zakażeń dróg moczowych była większa wśród mieszkańców zakładów opiekuńczych dla ludzi starszych, i wacha się w granicach 25-50% wśród kobiet i mężczyzn [26].

Z kolei z badań przeprowadzonych przez Życińską i Wardyn [14], które przebadały 157 pacjentek w wieku od 45 do 85 lat z rozpoznaniem zakażenia układu moczowego w Oddziale Klinicznym Medycyny Rodzinnej, Chorób Wewnętrznych w Warszawie wynika, iż zachodzi związek miedzy zakażeniami układu moczowego a występowaniem nietrzymania moczu. Najliczniejszą grupę pacjentek ze współwystępującym nietrzymaniem moczu i zakażeniem układu moczowego stanowiły kobiety w wieku 80 (30%) oraz 70 lat 28%). Najrzadziej stwierdzono nietrzymanie moczu i zakażenia układu moczowego w grupie pacjentek w wieku 50 lat (18%) [14]. Powyższe wyniki po części pokrywają się z danymi uzyskanymi w badaniach własnych.

Kolejnym czynnikiem wpływającym na wystąpienie nietrzymania moczu jest wykonywanie znacznego wysiłku fizycznego w przeszłości. Wśród badanych pracę umysłową wykonywało 22,7% ankietowanych, a fizyczną -77,3%.

Broś- Konopielko i wsp. [25] w badaniach przeprowadzonych na grupie 500 kobiet w wieku od 17 do 89 lat też wykryli zależność pomiędzy wystąpieniem wysiłkowego nietrzymania moczu a pracą fizyczną.

Następną przyczyną jest palenie papierosów, ponieważ powoduje ono choroby płuc, które przebiegają z chronicznym kaszlem. Kaszel zwiększa ciśnienie śródbrzusze, a więc sprzyja występowaniu wysiłkowego nietrzymania moczu. W grupie było 19,3% osób palących od 4 do 30 papierosów dziennie. Zadawalający jest fakt, że w badanej grupie tylko około 20% paliło papierosy, co może wynikać z doboru grypy, w której większość stanowiły kobiety,

Również Yimi i Peterson [26] wykazali, że ryzyko wystąpienia wysiłkowego nietrzymania moczu wzrasta o 28% u pacjentów palących.

Istotną przyczyną nietrzymania moczu u starszych pacjentów są przyjmowane leki. W obecnym badaniu najczęściej przyjmowaną kategorią farmaceutyków były leki przeciw psychotyczne (61,36%), leki normatywne (47,73%) oraz moczopędne (45,59%).

Według Wojszel [20] zwiększać objętość wydalanego moczu mogą np. takie leki jak: leki moczopędne, następnie mogą również powodować retencje moczu, sprzyjać zaparciom jak (leki antycholinergiczne, blokery kanału wapniowego), a niekiedy nawet wywoływać zespół splątania jak(leki psychotropowe, narkotyczne).

Również Rechberger i Jakowicki [11,17], podają, że najczęstszymi lekami powodującymi przejściowe nietrzymanie są: diuretyki, neuroletyki, leki przeciwdepresyjne, uspokajające, nasenne, przeciwbólowe, blokery kanału wapniowego. Wyniki prezentowanych badań potwierdzają powyższe doniesienia.

Kolejnym czynnikiem sprzyjającym pojawieniu się problemu nietrzymania moczu jest ograniczenie sprawności funkcjonalnej. Problemy z poruszaniem się nierzadko uniemożliwiają dotarcie na czas do toalety. Zróżnicowanie odległości, jaką badani musieli pokonać w drodze do WC wahało się od 2 do 60 metrów. Większość pacjentów (57,95%) w drodze do toalety miała do pokonania nie więcej niż 10 metrów, ale 5,7% chorych miało toaletę w odległości od 41 do 50 metrów, a jeden (1,14%) aż -60 metrów.

Iłżecka i wsp. [28] w swoich badaniach, które przeprowadziły w oddziale psychogeriatrii w SP ZOZ w Jarosławiu wykazały, wśród pacjentów z nietrzymaniem moczu

problemy z przemieszczaniem się do toalety miało 24% pacjentów, a 30% miało do pokonania nawet 60 metrów do toalety.

Wyniki badań własnych potwierdzają fakt, iż dłuższa droga do pokonania do WC, tym trudniej starszemu pacjentowi utrzymać mocz.

Również na opisywany problem ma wpływ podaż płynów. Badani spożywali dziennie od 3 do 8 szklanek płynów- najwięcej (34,1%) około 5 szklanek dziennie.

Powszechnie wiadomo, że przy nadmiernej podaży płynów może wystąpić nadmierne wytwarzanie i wydalanie moczu, nasilenie nocnej diurezy, szczególnie przy stosowaniu używek. Również w sytuacji kiedy pacjent ogranicza spożycie płynów do ilości poniżej 1000 ml powoduje to zmniejszenie wydzielania moczu, obkurczanie pęcherza moczowego oraz zwiększenie jego reaktywności co też jest sytuacją niekorzystną i sprzyja nasileniu nietrzymania moczu.

Kolejnym łatwym do usunięcia zaburzeniem nasilającym badany problem są zaparcia, które w obecnym badaniu dotyczyły 39,8% 35 osób (39,77%). Na stałe zaparcia uskarżało się 19,3% badanych, głównie pacjentów zażywających leki przeciw depresyjne.

Według Wieczorkowskiej-Tobis i Talarskiej [29] częstość zaparć, tak jak nietrzymanie moczu, zwiększa się wraz z wiekiem. Występują one u około 20% powyżej 65 roku życia (częściej u kobiet) i u 80% pensjonariuszy domów opieki [29]

Prezentowane badania po części pokrywają się z powyższymi badaniami.

Następną z przyczyn odwracalnych nietrzymania moczu są schorzenia układu krążenia. Choroby te upośledzają prawidłową diurezę z powodu przyjmowanych leków w celu stabilizacji układu moczowego powodują nasilenie diurezy, osłabiają czucie parcia na mocz. Wśród badanych nadciśnienie tętnicze występowało u 38 ankietowanych (43,18%), (w tym w trzech przypadkach było to nadciśnienie tętnicze z zajęciem serca). Miażdżyca uogólniona występowała u 16 (18,18%) osób, choroba niedokrwienna serca i dusznica bolesna u 2 (2,27%) badanych.

Koczaj i wsp. [30], w badaniach przeprowadzonych w Klinice Geriatrii w Bydgoszczy, po przeanalizowaniu 371 historii chorób wykazali, że wraz z zespołami otępiennymi współwystępowały choroby układu krążenia, w tym nadciśnienie tętnicze (54,0%), niewydolność serca (30,58%) i choroba niedokrwienna serca (23,52%).

Również Rechberger i Jakowicki [17] wykazali związek pomiędzy zastoinową niewydolnością krążenia, cukrzycą, a nietrzymaniem moczu.

Wśród najczęstszych chorób w obecnie badanej grupie znalazła się cukrzyca. Okazało się, że cukrzyca typu I dotyczyła 13,6%, a typu II - 11,4% osób.

Nieleczona cukrzyca może być przyczyną częstomoczu, z kolei cukromocz predysponuje do wystąpienia zakażeń dróg moczowych i w konsekwencji źle leczonej cukrzycy dochodzi do neuropatii cukrzycowej a to z kolei powoduje zaburzenie czucia parcia na pęcherz [15].

Z badań przeprowadzonych przez Życińską i Wardyn [14] wynika, że wśród badanych osób z rozpoznanym nietrzymaniem moczu współwystępowała cukrzyca, która stanowiła 24%.

Jak już wcześniej wspomniano rozpowszechnienie nietrzymania moczu wśród kobiet i mężczyzn zależne jest od wieku. Liczba osób z nietrzymaniem moczu wzrasta wraz z wiekiem i jest jednym z poważnych problemów zdrowotnych.

Według Skolmowskiej [19] starzenie się organizmu zwiększa ryzyko nietrzymania moczu, a częstotliwość tego problemu wśród ludzi starszych w zakładach opieki zdrowotnej jest dwa razy większa od osób przebywających w domu (problem dotyczy około 40% starszych pacjentów w zakładach opieki zdrowotnej)..

Natomiast Bidzan [12] wskazuje, że nietrzymanie moczu dotyka 50% kobiet po menopauzie, natomiast co trzecia osoba w wieku starszym cierpi na przejściowe, a pozostałe na utrwalone nietrzymanie moczu..

W badanej grupie przedział wiekowy wynosił od 60 do 86 roku życia, Wśród badanych było 68,18% kobiet i 31,82% mężczyzn. Niniejsze badania potwierdzają, że u osób starszych nietrzymanie moczu jest niemal powszechną dolegliwością.

Następną przyczyną nieodwracalną są zabiegi operacyjne w obrębie miednicy. W badaniach własnych taki zabieg przeszło 40 ankietowanych (w tym 10 mężczyzn).

Burnowska- Fedak i wsp. [31] w badaniach przeprowadzonych na grupie 154 kobiet w wieku od 20 -80 lat z nietrzymaniem moczu wysiłkowym i mieszanym wykazano istotny wpływ operacji w obrębie miednicy małej na wystąpienie badanej dolegliwości.

Duży wpływ na wystąpienie problemu nietrzymania moczu ma liczba przebytych porodów i ich przebieg. W grupie badanych kobiet 20% nie rodziło wcale. Najliczniejszą grupę (26,7%) stanowiły kobiety, które rodziły dwa razy. Wśród kobiet, które rodziły (N=48), poród bez powikłań miało 62,5% z nich.

Szyszko- Perłowską i wsp. [32], objęła badaniami 30 kobiet w wieku od 40 do 79 lat hospitalizowanych na różnych oddziałach szpitalnych w Ełku. Wszystkie ankietowane były wieloródkami. Największą grupę stanowiły kobiety, które rodziły troje dzieci, pięć kobiet ma za sobą 4 porody, a pozostałe jeden lub dwa. Z przeprowadzonych badań wynika, że

nietrzymanie moczu częściej występowało u kobiet rodzących siłami natury z nacięciem krocza [32].

Natomiast Rechberger i Jakowicki [33] podają, że po porodzie kleszczowym częstość nietrzymania moczu jest 10 razy większa w porównaniu do porodu drogami natury.

Uzyskane obecnie wyniki w pracy są zbliżone do wyników Szyszko-Perłowskej i wsp. [32],

Nietrzymanie moczu jest jednym z poważnych problemów zdrowotnych polskiego społeczeństwa. Chociaż nie jest to problem nowy, to jeszcze kilka lat temu w Polsce nie mówiło się o nim tak dużo jak w przypadku innych schorzeń, na przykład chorób nowotworowych.

Wnioski

1. Najczęstszymi powodami hospitalizacji badanych były organiczne zaburzenia nastroju, organiczne zaburzenia osobowości, zaburzenia depresyjne nawracające oraz schizofrenia rezydualna i paranoidalna.
2. Najczęstszą formę nietrzymania moczu stanowi postać mieszana, natomiast wysiłkowe nietrzymanie moczu obserwowano zdecydowanie rzadziej.
3. W badanej grupie nie stwierdzono istotnych różnic w nasileniu problemu nietrzymania moczu w poszczególnych grupach wiekowych wśród pacjentów w podeszłym wieku.
4. Wykazano, że wraz ze zwiększeniem stopnia otępienia rośnie nasilenie objawów związanych z nietrzymaniem moczu.
5. Wykazano, że nietrzymanie moczu ma wpływ na aktywności życiowe, co dotyczy spędzania wolnego czasu oraz brania udziału w różnych zajęciach towarzyskich poza domem.
6. Do odwracalnych przyczyn nietrzymania moczu należą nadwaga, infekcje dróg moczowych, praca fizyczna. palenie papierosów, przyjmowanie niektórych leków, ograniczenie sprawności fizycznej połączone z odległością do toalety, nieprawidłowa podaż płynów, zaparcia, choroby układu krążenia, cukrzyca. Natomiast do nieodwracalnych należą wiek, zabiegi operacyjne w obrębie miednicy oraz porody przebiegające z powikłaniami.

Piśmiennictwo

1. Bień B., Przydatek M., Wielkie problemy geriatryczne: I. Nietrzymanie moczu, Med. Rodz., 2000, 2, 45-46.

2. Knypl K., Rojek-Trebicka J.: Nietrzymanie moczu w praktyce geriatrycznej, Geriatria Polska, 2005, 1, 69-73.
3. Nietrzymanie moczu, Kwartalnik NTM, 2002, 2, http://www.pfm.pl/baza_chorob/zdrowie-seksualne/nietrzymanie-moczu-/1035, data pobrania 10.04.2014.
4. Kamińska J.: NTM choroba społeczna, Kwartalnik NTM, 2007,4, 5.
5. Jabłoński L., Wysokińska- Miszczuk J.: Podstawy gerontologii i wybrane zagadnienia z geriatrii, Wyd. Czelej, Lublin, 2000.
6. Steciwko A.: Nietrzymanie moczu – problem interdyscyplinarny choroby gruczołu krokowego [w:] Wybrane zagadnienia z praktyki lekarza rodzinnego, Steciwko A . (red.) Wyd. Continuo, Wrocław, 2002, tom 4, 9-40.
7. Biercewicz M., Szewczyk M., Ślusarz R.: Pielęgniarstwo w geriatrii, Wyd. Borgis, Warszawa, 2006.
8. Kędziora-Kornatowska K., Muszalik M.: Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku, Wyd. Czelej, Lublin, 2007.
9. Izdebski S., Łączkowski J., Martyniak- Wiśniewska M.: Zaburzenia psychiczne u osób w wieku podeszłym hospitalizowanych w oddziale psychiatrycznym III WOLP w Toruniu w latach 1994-1996, Post. Psych. Neurol., 1998, 7, suplement 1(6), 79-81.
10. Araszkiewicz A., Bierkowska-Jakóbczyk B., Jakóbczyk M.: Zaburzenia psychiczne u pacjentów w wieku podeszłym hospitalizowanych w Klinice Psychiatrii AM w Bydgoszczy w latach 1992-1996, Post. Psych. Neurol., 1998, 7, suplement 1(6), 83-88.
11. Rechberger T., Jankowicki A. J.: Nietrzymanie moczu u kobiet, Wyd. Bifolium, Lublin, 2005.
12. Bidzan M.: Jakość życia pacjentek z różnym stopniem nasilenia wysiłkowego nietrzymania moczu, Oficyna Wydawnicza „Impuls", Kraków, 2008.
13. Rosental A, McMurtry C.: Nietrzymanie moczu u ludzi w podeszłym wieku, Medycyna po dyplomie, 1995, 4, 127-141.
14. Życińska K., Wardyn K. A.: Zakażenia układu moczowego u kobiet z nietrzymaniem moczu, Family Medicine & Care review Wyd. Continuo, 2006, 8, 1234-1238.
15. Krauze – Balwińska Z., Fryczkowski M., Paradysz A. i wsp..: Problemy diagnostyczne oraz jakość życia pacjentek z wysiłkowym nietrzymaniem moczu, Probl. Med. Rodz., 2001, 11, 31-36.
16. Steciwko A.: Wybrane zagadnienia z praktyki lekarza rodzinnego, Wyd. Continuo, Wrocław, 2006, 12-55.

17. Rechberger T., Jankowicki A J.: Nietrzymanie moczu u kobiet, diagnostyka i leczenie, Wyd. Bifolium, Lublin, 2001.
18. Hannestad YS, Rotveit G., Sandvik H.: Acommunity-based epidemiolodical surney of female urinary incontinence the Norwegian EPINCONT study, J. Clin. Epidemiol., 2000, 53,1150-1157.
19. Skolmowska E.: Najczęstsze problemy zdrowotne i pielęgnacyjne w opiece długoterminowej, Mag. Piel. Poł., 2002, 5.
20. Wojszel B. Z.: Nietrzymanie moczu jako jeden z wielkich problemów geriatrycznych, Gerontol. Pol., 2003, 2, 9-13.
21. Kozłowski R., Radziszewski P.: Nietrzymanie moczu u mężczyzn, Kwartalnik NTM, 2007, 3, 8.
22. Górna R., Rymaszewska J., Kiejna A., i wsp..: Zespoły otępienne w populacji pacjentów POZ – występowanie, Adv. Clin. Exp. Med. 2004, 13, 447-455.
23. Rymaszewska J., Górna R., Kiejna A., i inni.: Zespoły otępienne w populacji pacjentów POZ – charakterystyka, Adv Clin Exp Med., 2004, 13, 457-462.
24. Giewczyńska Z., Witek A., Nawrocki M. i inni.: Epidemiologiczna ocena otyłości jako ryzyka nietrzymania moczu u kobiet, Ginekol. Pol., 2004, 4, 64-66.
25. Broś –Konopielko M., Czajkowski K., Michalska B. i wsp..: Występowanie nietrzymania moczu wśród polskich kobiet mieszkających w Warszawie, Famili Medycyne& Primery Care Review, 2007, 9, 22-25.
26. Żakowska-Wachadełko B., Pędlich W.: Pacjenci w starszym wieku, Wyd. Lekarskie PZWL, 1995.
27. Yim P., Peterson A.S.: Nietrzymanie moczu – podstawowe typy i leczenie chorych w podeszłym wieku, Medycyna po dyplomie, 1997, 6, 255-162.
28. Iłżecka J., Guty E., Cisek P.: Występowanie problemu nietrzymania moczu wśród pacjentów oddziału psychogeriatrycznego Specjalistycznego psychiatrycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Jarosławiu, Choroby przewlekłe, Wyd.o A& A OPTIMED, 2008, 87-94.
29. Wieczorkowska-Tobis K., Talarska D.: Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne, Wyd. Lek. PZWL, 2008, 237-244.
30. Koczaj A., Królikowska A., Kedziora- Kornatowska K.: Analiza częstości występowania chorób otępiennych u pacjentów hospitalizowanych w Klinice geriatrii oraz ich współwystępowania z innymi jednostkami chorobowymi, Pielęg. XXI w., 2005, 1, 59-64.

31. Burnowska-Fedak M., Pirogowicz J., Grata- Borkowska U. i wsp..: Ocena skuteczności leczenia farmakologicznego i metod fizjoterapeutycznych w leczeniu zachowawczym kobiet z nietrzymaniem moczu w praktyce lekarza rodzinnego, Family Medicine & Care Review, 2006, 8, 1270-1275.
32. Szyszko-Perłowska A., Wasilewska M., Rolka E., i wsp..: Problemy kobiet z nietrzymaniem moczu, Probl. Pielęg., 2006, 3, 54-60.
33. Rechberger T., Jakowicki J.: Nietrzymanie moczu u kobiet, Patologia-diagnostyka-leczenie, Wyd. Bifolium, Lublin, 2005.

Bazylewicz Danuta[1], Kalandyk Halina[2], Kawecki Andrzej[3]

Diagnostyka i terapia nietrzymania moczu

1. Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Jarosławiu
2. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej Nr 1 w Rzeszowie
3. Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Rzeszowski w Rzeszowie

Wprowadzenie

Częstość występowania nietrzymania moczu (NTM), za Dybowski [1] jest trudna do określenia, ponieważ nie ustalono jednorodnych kryteriów rozpoznania schorzenia. Wszyscy zgadzają się jednak co do faktu, że występuje częściej u kobiet i że wraz z wiekiem różnica między płciami zmniejsza się, a nawet zanika [1].

Zapadalność na NTM u kobiet wynosi 2−11%, całkowita remisja następuje u 0−13% [cyt. za 1]. Roczna zachorowalność na zespół pęcherza nadreaktywnego (*overactive bladder* − OAB) szacowana jest na 4−6%, remisja na 2−3%. Roczna zachorowalność na wypadanie narządu rodnego wynosi 0,16−0,2%, a skumulowane ryzyko poddania się operacji z tego powodu 7−11% [cyt. za 1].

Czynniki genetycznie uwarunkowane wpływają w 50% na wystąpienie wysiłkowego nietrzymania moczu, w 34% na nykturię i tylko w 4% na obecność suchego OAB bez nietrzymania moczu [cyt. za 1].

Diagnostyka

W ocenie stopnia nasilenia i rodzaju nietrzymania moczu należy wyróżnić następujące etapy:

Wywiad - na podstawie którego uzyskujemy informacje, czy występują objawy świadczące o nietrzymaniu moczu, czy należy podejrzewać nieprawidłową funkcję pęcherza moczowego lub trudności w oddawaniu moczu. Powinien być ukierunkowany i oparty na kwestionariuszach umożliwiających ocenę aktualnych dolegliwości. Ustalenie prawidłowej diagnozy wymaga wzięcia pod uwagę jak największej liczby zgłaszanych objawów. W wywiadzie należy uwzględnić przeszłość chorobową, położniczą, ginekologiczną, przebyte operacje przede wszystkim w obrębie miednicy małej, stosowane leki, nawyki dietetyczne, charakter pracy zawodowej.

Dzienniczek mikcji - którego zastosowanie jest bardzo pomocnym elementem wywiadu, ponieważ pozwala ustalić częstotliwość oddawanego moczu, liczbę zużytych

podkładów, nykturię i – co bardzo istotne – okoliczności towarzyszące epizodom nietrzymania moczu (kaszel, wysiłek fizyczny).

Badanie przedmiotowe - obejmujące [2]:

- badanie neurologiczne - mające na celu ocenę sprawności czynnościowej neuronów unerwiających cewkę moczowa, pęcherz moczowy oraz mięśnie dna miednicy
- badanie ginekologiczne - koncentrujące się na ocenie statyki narządów miednicy mniejszej oraz hipoestrogenizmu. Niedobór estrogenów powoduje zmiany zanikowe sromu, występowanie zrostu warg sromowych mniejszych czy atroficzne zapalenie pochwy. Szczegółowe badanie zewnętrznych narządów płciowych dostarcza informacji na temat integralności aparatu podpierającego i stabilizującego narząd płciowy i dolny odcinek dróg moczowych. Badanie ginekologiczne pozwala ocenić stan łącznotkankowego aparatu więzadłowego pochwy i cewki moczowej. Ocenia się również przegrodę odbytniczo-pochwową, ośrodek ścięgnisty krocza, ruchomość szyjki macicy podczas parcia.

Badanie per rectum [3] – w czasie którego ocenia się napięcie odbytu i siłę skurczu zwieracza, poszukuje się zmian w bańce odbytu, wypadania śluzówki odbytu, a przede wszystkim rectocele za pomocą zakrzywionego haczykowato palca wskazującego. Badanie to wykonujemy po oddaniu przez pacjenta moczu. Możemy nim wykluczyć miejscowo zaawansowanego raka gruczołu krokowego od łagodnego rozrostu gruczołu krokowego..

Zasadniczym problemem w diagnostyce nietrzymania moczu jest współwystępowanie objawów charakterystycznych dla różnych postaci tej choroby, dlatego różnicowanie tych objawów wymaga zastosowania różnych testów w celu określenia postaci choroby.

Badanie ogólne moczu oraz **posiew moczu** wykonuje się przy dolegliwościach ze strony układu moczowego, które mogą sugerować stan zapalny lub w celu wykluczenia tła zapalnego.

Test kaszlowy w pozycji leżącej wykonywany jest bezpośrednio po opróżnieniu pęcherza moczowego. Pozytywny wynik testu świadczy o ciężkim nietrzymaniu moczu i może wskazywać także na wewnętrzną niewydolność zwieracza cewki. Wykonuje się go u pacjentów z wysiłkowym nietrzymaniem moczu.

Test podpaskowy jest badaniem polegającym na pomiarze ilości wyciekającego mimowolnie moczu w trakcie aktywności fizycznej i spoczynku. Pomiaru dokonuje się przez ważenie wkładki, podpaski – ciężar większy o co najmniej 2 gramy świadczy o nietrzymaniu moczu. Według ICS (*International Continence Society*), test wykonuje się w ciągu 1 godziny,

podczas której pacjentka wykonuje czynności ruchowe. Stosowany jest do oceny stopnia wysiłkowego nietrzymania moczu.

Ocena zalegania moczu po mikcji przeprowadzona jest po mikcji naturalnej za pomocą skanera ultrasonograficznego, który ocenia objętość zalegającego moczu lub zacewnikowanie pęcherza moczowego. Pięćdziesiąt mililitrów uznawane jest za prawidłową objętość, natomiast objętość powyżej 200 mililitrów jako nieprawidłową. Ocena ilości zalegającego moczu jest niezbędna do wykluczenia nietrzymania moczu z przepełnienia.

Testem patyczkowym (Q-TIP) można ocenić stopień ruchomości cewki moczowej. Polega na umieszczeniu w cewce moczowej szpatułki. Zmiana kąta nachylenia szpatułki o więcej niż 30 podczas próby Valsalvy świadczy o utracie właściwego podparcia dla odcinka dróg moczowych. Test pomocny jest w diagnostyce wysiłkowego nietrzymania moczu.

Cystoskopia umożliwia ocenę cewki i pęcherza moczowego oraz rozpoznanie nieprawidłowości w obrębie tych struktur. Wykonuje się u pacjentów z parciami naglącymi i częstomoczem, nawrotowymi infekcjami dróg moczowych, krwiomoczem lub zaburzeniami oddawania moczu po leczeniu operacyjnym.

Badanie urodynamiczne pozwala wskazać przyczynę, ustalić z największym prawdopodobieństwem rodzaj terapii, jak również ocenić obiektywne efekty tego leczenia. W skład badania urodynamicznego wchodzą następujące badania: cystometria, profilometria cewkowa, uroflometria.

Cystometria [4,5] służy do oceny czynności i pojemności pęcherza moczowego w fazie wypełnienia płynem. Badanie polega na pomiarze ciśnienia śródpęcherzowego podczas wypełniania płynem pęcherza moczowego przez cewnik. Oprócz czynności wypieracza uzyskuje się informacje na temat objętości wprowadzonego do pęcherza płynu, przy którym występuje pierwsze uczucie parcia na mocz i całkowitej pojemności cystometrycznej. Prawidłowe wartości cystometryczne:

- uczucie pierwszej potrzeby oddania moczu – 50-150ml
- uczucie pełności pęcherza – 300-500ml
- maksymalna objętość cystometryczna – 300-1000ml.

Profilometria cewkowa [4,5] służy do pomiaru ciśnienia wzdłuż przebiegu cewki moczowej. Różnica miedzy ciśnieniem śródpecherzowym a ciśnieniem w cewce jest wartością odpowiadającą maksymalnemu ciśnieniu zamykającemu cewkę. W warunkach prawidłowych wartość ta jest dodatnia i wynosi u kobiet powyżej 40 cm H_2O. W trakcie

badania możliwe jest określenie również czynnościowej długości profilu cewkowego, tzn. odcinka cewki, w którym ciśnienie jest wyższe od ciśnienia w pęcherzu.

Uroflowmetria [4,5] jest nieinwazyjnym badaniem polegającym na określeniu przepływu cewkowego (Q max i średniego Q ave), objętości oddanego moczu –V void. Na podstawie analizy krzywej przepływu możliwe jest stwierdzenie charakterystycznych cech dla przeszkody podpęcherzowej, niewydolności wypieracza czy zaburzeń neurogennych, nie przesądza to jednak o rozpoznaniu. Przepływ cewkowy jest zależny od ciśnienia generowanego przez mięsień wypieracz, jak również od oporu w obrębie cewki. By odróżnić przeszkodę od niewydolności wypieracza, konieczny jest, obok badania przepływu, pomiar ciśnienia generowanego przez wypieracz. Aby badanie było wiarygodne, minimalna objętość wydalonego moczu powinna wynosić 150 ml..

Sposoby poprawy trzymania moczu

Odpowiednia ilość wypijanych płynów

Chorzy z nietrzymaniem moczu często starają się ograniczyć przyjmowanie płynów, licząc na to, że zmniejszy się nasilenie popuszczania moczu. Mniejsza ilość przyjmowanych płynów rzeczywiście zmniejsza diurezę, ale jednocześnie powoduje zmniejszenie pojemności pęcherza moczowego w wyniku czego może dojść do nasilenia częstomoczu lub epizodów nietrzymania moczu. Korzystne jest natomiast picie płynów w określonej ilości, w regularnych odstępach czasu, co umożliwia przewidywanie terminu oddania moczu. Należy pamiętać o tym, aby chorzy wypijali około 2 litrów płynów dziennie, ale starali się ograniczać picie płynów w godzinach wieczornych. Szczególnie dotyczy to substancji moczopędnych – kawy naturalnej, mocnej herbaty i soków owocowych.

Niwelowanie otyłości i dążenie do utrzymania prawidłowej masy ciała

Otyłość powoduje osłabienie mięśni dna miednicy. Prowadzi to do obniżenia narządów miednicy. Zmiana stosunków anatomicznych w obrębie mięśni dna miednicy otaczających cewkę moczową jest jedną z przyczyn nietrzymania moczu u kobiet. Dlatego każdy dodatkowy kilogram ponad właściwą masę ciała to dodatkowy ciężar dla struktur dna miednicy – mięsni i tkanek łącznych. Sprzyja jednocześnie występowaniu zaparć, czynnika ściśle związanego z problematyką nietrzymania moczu.

Dieta bogata w błonnik i regularne wypróżnienia

Zaparcia zawsze powodują nadmierne rozciągnięcie końcowego odcinka przewodu pokarmowego. Zalegające masy kołowe uciskają na pęcherz, zmniejszają jego pojemność i podrażniają ścianę pęcherza. Dodatkowo mogą wywierać ucisk na cewkę moczową,

utrudniając opróżnianie pęcherza moczowego. Dochodzi wtedy do nadmiernego wypełnienia pęcherza i popuszczenia moczu z przepełnienia.

Osoby cierpiące na zaparcia każdego dnia narażają swoje mięśnie dna miednicy poprzez parcie na stolec, co powoduje wydymający nacisk w dół działając na całe dno miednicy, a to powoduje większe rozciągnięcia i uszkodzenia.

W codziennym jadłospisie powinny zostać ujęte produkty z dużą zawartością błonnika:

- produkty zbożowe: kasza gryczana, jęczmienna, jaglana, chleb razowy, żytni, otręby;
- owoce i warzywa: jabłka, agrest, poziomki, ogórki, winogrona, suszone śliwki, figi, rzepa, buraki, rzodkiewka, pomidory, kapusta kiszona, rośliny strączkowe, ziemniaki;
- chłodne płyny: woda, mleko, kefir, maślanka, jogurty, woda przegotowana z miodem i sokiem z cytryny;
- tłuszcze: masło, oliwa z oliwek;
- regularne spożywanie posiłków, 4-5 razy na dobę.

Zwiększenie ilości błonnika pokarmowego, podaży płynów rozmiękcza stolec i przyśpiesza motorykę jelit.

Modyfikacja czynników środowiskowych

Starszym osobom o ograniczonej sprawności ruchowej należy zapewnić łatwy dostęp do toalety. Zainstalować uchwyty pomocnicze w ubikacjach mające na celu pomoc podczas podnoszenia się z sedesu. Toaleta powinna znajdować się w jak najbliższej odległości od pokoju osoby z nietrzymaniem moczu. Należy starać się likwidować bariery architektoniczne: wysokie progi, niepotrzebne meble, liczne dywaniki na podłogach i nie pastować na wysoki połysk podłóg, które są bardzo śliskie. Ponadto należy zmienić sposób ubierania chorego, aby przygotowanie się do oddawania moczu nie trwało zbyt długo, na przykład na łatwe w użyciu dresy.

Profilaktyka zakażeń dróg moczowych [6]:

- Unikanie zakładania cewnika na stałe;
- Stosowanie ciepłej bawełnianej bielizny na dolne części ciała;
- Picie 2-3 litrów płynów na dobę;
- Picie soku z żurawiny, czarnej porzeczki lub suplementacja witaminy C;
- Stosowanie płynów myjąco-odkażających do higieny intymnej, zawierających pałeczki kwasu mlekowego;
- Dokładne osuszanie okolicy krocza;

- Stosowanie kremów ochronnych z tlenkiem cynku, przy stosowaniu środków pomocniczych, uczenie samoobserwacji objawów zakażenia dróg moczowych;
- Systematyczne badanie moczu.

Bardzo ważne jest dbanie o higienę intymną - mycie okolicy krocza co najmniej raz dziennie specjalnym mydłem antybakteryjnym nie tylko zapobiega wytwarzaniu nieprzyjemnego zapachu, ale także przeciwdziała przedostawaniu się bakterii ze skóry do cewki moczowej, a następnie do pęcherza moczowego. Należ pamiętać o konieczności regularnego opróżniania pęcherza. Jeśli chory nie jest w stanie opróżnić pęcherza metodą naturalną musi to zrobić poprzez okresowe cewnikowanie z zachowaniem sterylności [6].

Terapia behawioralna (trening pęcherza)

Terapia behawioralna [7] ma na celu wykształcenie u pacjentów przyzwyczajeń i odruchów umożliwiających kontrolowanie oddawania moczu w określonym czasie oraz wyrobienie umiejętności hamowania skurczu mięśnia wypieracza. Trening pęcherza moczowego polega na wydłużaniu czasu między mikcjami. Rozpoczyna się od próby zachowania godzinnej przerwy, którą jeżeli jest udana, wydłuża się o 15 minut, aż osiągnie się oddawanie moczu co 3 godziny. Nie ogranicza się przy tym ilości spożywanych płynów [7].

Kinezyterapia

Ćwiczenia mięśni dna miednicy [7] są jedną z metod terapeutycznych prowadzących do poprawy funkcjonowania układu moczowo-płciowego. Celem ćwiczeń jest zwiększenie siły, wytrzymałości oraz reaktywności mięśni krocza i dna miednicy. Na przykład ćwiczenia Kegela polegają na świadomym, wielokrotnie powtarzanym rozluźnianiu i napinaniu mięśnia dźwigacza odbytu – nawet do 100 razy dziennie, przez okres co najmniej 3 miesięcy. Modyfikacją sposobu Kegela jest zastosowanie stożków dopochwowych o masie od 20 do 100 g, których utrzymanie jest możliwe wyłącznie pod warunkiem obkurczania mięśni dna miednicy [7].

Przykład instrukcji ćwiczeń Kegela dla pacjenta [7]:

- Rano po przebudzeniu z pełnym pęcherzem, staraj się oddawać mocz bardzo małymi porcjami. Kilkakrotnie, przy pomocy skurczów mięśni zatrzymaj strumień moczu, aż do całkowitego opróżnienia pęcherza.
- Ćwicz zatrzymanie strumienia moczu także w innych porach dnia. Jeżeli sprawia ci to trudność, ćwicz przy okazji każdego oddania moczu.

- Ćwicz mięśnie zwieracze również, gdy nie oddajesz moczu. Kurcz i rozkurczaj je 15 razy sześciokrotnie w ciągu dnia. Utrzymuj skurcz mięśni przez 3 sekundy.

Biofeedback

Biofeedback służy nauce ćwiczenia, napinania i rozluźniania odpowiednich grup mięśniowych, kontroli efektywności wykonywanych ćwiczeń oraz ocenie postępów lub ich braku. Można go wykonywać, używając specjalnego aparatu z sondami dopochwowymi na bazie aparatu do badań urodynamicznych, testu przerwania strumienia moczu. Dostępne urządzenia elektroniczne przetwarzają aktywność elektryczną mięśnia w formę graficzną, liczbową lub dźwiękową, umożliwiającą pacjentce samodzielną obserwację postępów leczenia.

Inną metodą leczenia nietrzymania moczu jest mechaniczna stymulacja mięśni przepony miednicznej wkładką dopochwową Kolpexin. Wkładkę zaleca się zakładać do pochwy wyłącznie na czas chodzenia, dwa razy dziennie na 15-30 min, w zależności od nasilenia objawów wysiłkowego nietrzymania moczu. Pacjentka zostaje poinstruowana, jak ma zaciskać wokół niej mięśnie przepony miednicznej. Zakładane kolejno, coraz cięższe wkładki dopochwowe sprzyjają wzmocnieniu siły mięśni. Efekty leczenia obserwuje się po 6-8 tygodniach.

Ograniczenie prowadzenia pasywnego porodu (w szczególności drugiej fazy porodu)

W trakcie drugiego okresu porodu dochodzi do uszkodzenia mięśni dna miednicy przez ich bezpośrednie zerwanie, rozciągnięcie, ucisk nerwu sromowego lub włókien mięśniowych, np. przy zbyt szybkim porodzie, zbyt długim ucisku na tkanki dna miednicy, spowodowanym przedłużającym się porodem. Zmiany powstałe w mięśniach dna miednicy bezpośrednio po porodzie powodują najczęściej objawy subkliniczne (można je ocenić w badaniu urodynamicznym, EMG). Objawy kliniczne pojawiają się w terminie odległym, np. w okresie okołomanopeuzalnym Patofizjologia nietrzymania moczu w następstwie porodu wiąże się z uszkodzeniem unerwienia mięśnia zwieracza cewki moczowej i włókien mięśni dna miednicy.

Środki pomocnicze

W Polsce dostępna jest szeroka gama materiałów chłonących, stosowanych w stanach nietrzymania moczu, np. pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne, wkładki anatomiczne, podkłady chłonne, cewniki zewnętrzne itd. Środki pomocnicze to termin zbiorczy dla różnego rodzaju produktów pochłaniających mocz, cewników, zacisków prąciowych oraz kapturków.

Przyrządy te wspierają osobę z nietrzymaniem moczu w kontrolowaniu tego problemu. Produkty te powinny umożliwić zachowanie higienicznego, psychicznego, społecznego komfortu oraz dawać szansę normalnego życia.

Do najczęściej stosowanych środków pomocniczych należą [8]:

- Pieluchomajtki – są dostępne w różnych rozmiarach (mały, średni, duży) z różnym poziomem wchłaniania, są utrzymywane wokół bioder za pomocą taśmy i przylepców;
- Pieluchy anatomiczne – zawierają materiał absorbujący i są dostępne w różnych rozmiarach. Należy je stosować razem ze specjalnymi elastycznymi majtkami, które zapewniają utrzymanie pieluchy na właściwym miejscu.
- Wkładki anatomiczne – są dostępne w różnym kształcie anatomicznym dla kobiet (wkładki) i mężczyzn (kieszonki). Należy je stosować razem ze specjalnymi elastycznymi majtkami;



Fot. 1. Wkładka anatomiczna

- Cewniki zewnętrzne (dla mężczyzn) np. System Conveen – całkowicie eliminuje wyciek moczu i nieprzyjemny zapach. Jest łagodny dla skóry i wygodny w użyciu.

Składa się z koszulki która przylega do członka za pośrednictwem somoprzylepnego paska, który przykleja się na skórę prącia. Mocz jest zbierany przez koszulkę, a następnie przepływa do worka przez miękkie, giętkie przewody. System całkowicie eliminuje wyciek moczu. Może być noszony przez 24 godziny



Fot. 2. Cewnik zewnętrzny (zdjęcie własne)

Cewnikowanie pęcherza

- Przerywane zakładanie cewnika do pęcherza co około 4 godziny i okresowe opróżnianie pęcherza z zalegającego moczu.
- Stałe umieszczenie cewnika (Foleya) w pęcherzu: wiąże się z ryzykiem zakażeń występujących układu moczowego i powstawaniem odleżyn w cewce moczowej lub szyi pęcherza. Cewnik Foleya powinien być zakładany, gdy niemożliwe jest cewnikowanie przerywane.
- Umieszczenie cewnika drogą punkcji nadłonowej (cystofix).

Leczenie farmakologiczne

Leki antycholinergiczne [4] stosowane są najczęściej u chorych z niestabilnością wypieracza i nietrzymaniem moczu z parcia, a także w postaciach mieszanych. Działają

zwiotczająco na pęcherz moczowy, hamują niekontrolowane skurcze mięśnia wypieracza, wykazują miejscowe działanie, znieczulające i zwiększające pojemność pęcherza moczowego. Leczenie jest długie co najmniej 3-miesięczne. Wymaga stałej obserwacji pacjenta i kontroli zalęgającego moczu w pęcherzu po mikcji. Użyteczność tych leków jest jednak ograniczona ze względu na objawy uboczne, takie jak: suchość w ustach i worku spojówkowym, zaburzenia widzenia, nudności, zaparcia, senność, retencja moczu, przyspieszona akcja serca. Zaliczamy tu między innymi następujące leki: Ditropan, Cystrin, Detrusitol, Cisrelax [4].

Leki alfa-adrenergiczne [4] – zwiększają napięcie cewki moczowej, a także wykazują działanie antycholinergiczne i miejscowo znieczulające. Ze względu na mechanizm działania i punkty uchwytu (duża koncentracja receptorów alfa-adrenergicznych w szyi i podstawie pęcherza oraz bliższej części cewki) wykazują dość znaczną efektywność w leczeniu łagodnej i umiarkowanej postaci wysiłkowego nietrzymania moczu i form mieszanych. Leki alfa-adrenergiczne powinny być stosowane z dużą ostrożnością u chorych z nadciśnieniem, nadczynnością tarczycy, niemiarową czynnością serca i chorobą niedokrwienną. Do działań niepożądanych zaliczamy: zwyżki ciśnienia, duszności, bezsenność, niepokój ruchowy, drżenia, poty, nudności, suchość w ustach. Zaliczamy tu leki np. Rinurel, Olmifon, Tofrani, Denoral [4].

Trójpierścieniowe leki antydepresyjne [4] – są powszechnie stosowane w przypadkach nietrzymania moczu z parcia oraz wysiłkowego nietrzymania moczu. Mechanizm ich nie jest jasny, ale prawdopodobnie wywierają zarówno działanie cholinolityczne, jak i alfa-agonistyczne. Mają również działanie miejscowo znieczulające. Wykazują szczególnie korzystne działanie w przypadku pacjentów z nadmierną diurezą. Ze względu na działania uboczne ze strony układu sercowo-naczyniowego ostrożnie stosuje się u osób starszych [4].

Estrogeny dopochwowe [4] – hormonalna terapia zastępcza jest pomocna w łagodzeniu objawów wysiłkowej i mieszanej postaci nietrzymania moczu u kobiet w okresie menopauzy lub u pacjentek ze stwierdzonymi niedoborami estrogenów. Estrogeny wpływają na mechanizm trzymania moczu przez podwyższenie oporu cewkowego, podwyższenie progu wrażliwości pęcherza, także wzrost wrażliwości alfa-receptorów mięśniówki gładkiej cewki moczowej. Estrogeny łagodzą objawy dyzuryczne i uczucie parcia na mocz wywołane zmianami zanikowymi pochwy. Przeciwwskazaniem do stasowania terapii estrogenowej są krwawienia z dróg rodnych o nieustalonej przyczynie, rak piersi w wywiadzie, niewydolność wątroby, schorzenia zakrzepowo-zatorowe naczyń, ciąża i okres

karmienia. Hormonoterapię stosuje się w postaci tabletek, plastrów lub miejscowo w postaci kremów i globulek [4].

Leki zmniejszające diurezę [4] – wpływają bezpośrednio na wytwarzanie moczu, a nie na jego gromadzenie i stąd tez mają zastosowanie w przypadku nocnej diurezy i nocnego nietrzymania moczu. Najczęściej stosowane leki to: Adiuretin, Minirin [4].

Blokery kanałów wapniowych [4] – zasadą ich działania jest blokowanie wypływu z komórki wapnia, który odgrywa istotną rolę w procesie skurczu komórki mięśniowej gładkiej. Do działań niepożądanych należą senność, bóle głowy, zespół pozapiramidowy. Zaliczamy tu leki np. Sibelium [4].

Wybór środka farmakologicznego zależy od rodzaju dysfunkcji [4]. W wysiłkowym nietrzymaniu moczu można stosować estrogeny, alfa-adrenoagonistów, w nietrzymaniu naglącego parcia leki antycholinergiczne lub trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne, przeciwwskazane z kolei w nietrzymaniu z przepełnienia, gdzie nasilać będą retencję w pęcherzu moczowym. Przy przeroście prostaty pomocne mogą być blokery receptorów alfa-drenergicznych. Zgodnie z ogólnymi zasadami farmakoterapii zaczynać należy od małych dawek leków, stopniowo je zwiększać i obserwować, czy nie pojawiają się objawy uboczne [4].

Leczenie chirurgiczne

Wyróżniamy następujące rodzaje technik operacyjnych stosowane w leczeniu kobiet [9]:

- Podwieszenie ściany pochwy (Kolposuspensja) – zabieg wykonuje się metodą Burcha. Polega ona na podszyciu przedniej ściany pochwy za spojeniem łonowym do wiązadeł pachwinowych. W wyniku tego zabiegu cewka moczowa zostaje zawieszona w hamaku tworzonym przez ścianę pochwy. Odsetek powodzeń tej operacji wynosi 80%.
- Załonowe podwieszenie szyi pęcherza – polega ono na podwieszeniu cewki na przedniej ścianie pochwy przy pomocy szwów, które są przeciągane za spojeniem łonowym przy pomocy specjalnej igły i zawiązywane pod skórą poniżej pępka. Zabiegi załonowe podwieszające cewkę i szyję pęcherza mają podobny odsetek powodzeń jak operacja Burcha. Niestety z długoletniej obserwacji wynika, że odsetek może znacznie się obniżać, według niektórych opracowań nawet do 33%.
- Zastosowanie taśm podszyjkowych lub podcewkowych – zabieg stosuje się w przypadkach zwiększonej ruchomości szyi pęcherza i cewki ma na celu odtworzenie

prawidłowych stosunków anatomicznych i podwieszenie cewki i szyi pęcherza. Najbardziej rozpowszechnionym zabiegiem jest implantacja taśmy podcewkowej. Ma ona na celu ustabilizowanie cewki i szyi pęcherza. Taśmę wprowadza się od strony przedniej ściany pochwy poprzez nacięcie długości około 2 cm, przecinając ją za spojenie łonowe prowadnicami przechodzącymi przez dwa małe nacięcia skóry. Do pęcherza wprowadza się cewnik, który jest usuwany w momencie, chora może wstać. Skuteczność tego typu leczenia jest oceniania na 75%-90%, a odsetek powikłań jest niewielki.

- Przednia plastyka pochwy – polega ona na wykonaniu nacięcia ściany przedniej pochwy i ściągnięciu obszaru pod cewką moczową i szyją pęcherza za pomocą powięzi okołocewkowej. Metody tej już się nie stosuje w leczeniu WNM, ale czasem jest stosowana jako uzupełnienie przez pochwowego wycięcia macicy z powodu jej wypadania, gdy nie m jawnych objawów nietrzymania moczu, w celu zapobieżenia wystąpienia pooperacyjnego WNM.
- Wstrzyknięcia około cewkowe – podgaja na wstrzyknięciu odpowiedniej substancji pod cewkę i wokół niej w celu zmniejszenia światła cewki, co pozwala na zwiększenie oporu cewki. Do tego rodzaju wstrzyknięć stosowano teflon, kolagen, obecnie najczęściej tłuszcz autologiczny, silikon. Metodę tą nie stosuje się w pierwszym rzucie, lecz u pacjentek starszych, wcześniej operowanych lub czyni ją postępowaniem z wyboru u pacjentek w gorszym stanie ogólnym.
- Sztuczny zwieracz cewki moczowej – jest urządzeniem kosztownym, a jego implantacja należy do skomplikowanych zabiegów. Jest on hydrauliczną protezą wykonaną z silikonu, która zbudowana jest z trzech części szczelnie ze sobą połączonych: mankietu zakładanego na cewkę lub szyję pęcherza, zaworka zawiadującego przepompowywaniem płynu z mankietu i zbiornika wyrównawczego. Metoda ta jest zarezerwowana dla przypadków wielokrotnych niepowodzeń operacji WNM u kobiet i u mężczyzn z WNM po zabiegach na gruczole krokowym.

Leczenie operacyjne nadreaktywności wypieracza [9]:

- Ilecystoplastyka- jest to powiększenie objętości pęcherza przy pomocy wstawki jelitowej. Materiałem wykorzystanym do plastyki jest esica lub dystalny odcinek jelita krętego. Wyleczenie nietrzymania moczu z parcia uzyskuje się w 90% przypadków. Często spotykane są trudności w opróżnianiu pęcherza i nawracające zakażenia. Samocewnikowania wymaga 25% pacjentek po tego typu operacji.

- Autoaugmentacja pęcherza polega na przecięciu i odwarstwieniu samej mięśniówki szczytu pęcherza. Pozostała śluzówka uwypuklając się powiększa objętość pęcherza.

W przypadku mężczyzn do leczenia operacyjnego kwalifikuje się pacjentów, u których istnieją wskazania do usunięcia przeszkody podpęcherzowej, jaką jest powiększony gruczoł krokowy. Bezwzględne wskazania do operacji to: powtarzające się epizody zatrzymania moczu, kamica pęcherza moczowego, nawroty zakażeń dróg moczowych, objawy uszkodzenia czynności nerek. Zabiegowe metody leczenia rozrostu stercza przynoszą złagodzenie objawów około 70% chorych. Najczęściej stosowane metody leczenia zabiegowego to: przezcewkowa elektoresekcja stercza i operacyjne wyłuszczenie gruczolaka stercza Odległe powikłania po leczeniu operacyjnym to: nietrzymanie moczu, (uszkodzenie zwieracza zewnętrznego), zwężenie szyi pęcherza, zaburzenia ejakulacji [68].

Wywoływanie odruchu skurczu zwieracza przy pęcherzu neurogennym

Jednym z większych problemów pacjentów po urazach rdzenia kręgowego są zaburzenia układu moczowego. Skutkiem urazu jest powstanie pęcherza neurogennego, tj. niezdolnego do utrzymania stałego ciśnienia wewnątrzpęcherzowego. Zaburzeniu ulega także czynność zwieraczy pęcherza. Jedną z technik prowokowania mikcji jest opukiwanie okolicy nadłonowej, tj. wykonuje się 3-6 krótkich silnych uderzeń nad spojeniem łonowym w celu wyzwolenia odruchowego skurczu wypieracza i rozkurczu zwieraczy. Dalsze opukiwanie jest zbyteczne, gdy rozpocznie się skurcz pęcherza wyczuwalny jako twardy twór w okolicy nadłonowej.

Piśmiennictwo

1. Dybowski B.: Urologia czynnościowa i uro-ginekologia podczas 27. Kongresu EAU w Paryżu,Przeg;. Urol., 2012, 4, 9.
2. Rechberger T.: Nowe trendy u uroginekologii, Wyd. Zarys, Lubin, 2005.
3. Wojszel B. Z.: Nietrzymanie moczu jako jeden z wielkich problemów geriatrycznych, Gerontologia Polska, 2003, 2, 9-13.
4. Steciwko A.: Wybrane zagadnienia z praktyki lekarza rodzinnego, Wyd. Continuo, Wrocław, 2006.
5. Villet R., Salet-Lizee D., Zafiropulo M.: Wysiłkowe nietrzymanie moczu u kobiet, Wyd. Lekarskie PZWL, 2003.
6. Bieńko J., Kisiel M., Konon H.: Nietrzymanie moczu u mężczyzn, Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 2004, 11, 33-34.

7. Rechberger T.: Zachowawcze metody leczenia nietrzymania moczu kobiet, Kwartanik NTM, 2007, 2,10-12.
8. Skolmowska E.: Największy problem zdrowotny i pielęgnacyjny, Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 2002, 5, 21.
9. Zozulińska-Ziółkiewicz D., Talarska D.: Pielęgniarstwo internistyczne, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2009.

Bazylewicz Danuta[1], Kalandyk Halina[2], Kawecki Andrzej[3]

Zmiany inwolucyjne w obrębie pęcherza moczowego u osób w podeszłym wieku

1. Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Jarosławiu
2. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej Nr 1 w Rzeszowie
3. Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Rzeszowski w Rzeszowie

Wprowadzenie

Wraz z wiekiem w obrębie układu moczowego dochodzi do różnych zmian zarówno strukturalnych, jak i czynnościowych, które zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn objawiają się zmniejszeniem pojemności pęcherza moczowego. Powyższe w konsekwencji prowadzi do pojawienia się uczucia konieczności niezwłocznego oddania moczu i zmniejsza szybkość jego wypływu. Często też pojawiają się nagłe, niepowstrzymane skurcze pęcherza moczowego.

Objętość moczu zalęgającego po mikcji wzrasta, choć zwykle nie przekracza 50-100 mililitrów [1]. U kobiet zmniejsza się maksymalne ciśnienie zamknięcia cewki moczowej i jej długość, co spowodowane jest zmianami anatomicznymi w obrębie mechanizmu więzadłowego cewki i szyi pęcherza oraz zmianami struktury tzw. mechanizmu zwieraczowego cewki na skutek zmian napięcia mięśni miednicy mniejszej w wyniku obniżenia się poziomu estrogenów we krwi. Obniżony poziom estrogenów sprzyja także powstawaniu zanikowego zapalenia pochwy, które może być samodzielną przyczyną dolegliwości dyzurycznych, zwiększonego parcia na mocz, a także zakażeń układu moczowego. U większości starszych mężczyzn powiększa się gruczoł krokowy, a konsekwencji prowadzi to do zwężenia drogi odpływu moczu, niestabilności wypieracza. Zmiany te prowadzą do nietrzymania moczu i jego zalegania w układzie moczowym oraz sprzyjają rozwojowi zakażeń [1].

Nerki zmniejszają stopniowo swoją masę, co wiąże się z postępującą już od czwartej dekady życia powolną utratą czynnego miąższu [1,2,3]. Poszerzeniu ulegają śródmiąższowe przestrzenie między kanalikami w rdzeniu, wzrasta ilość tkanki łącznej. Liczba i rozmiar nefronów zmniejsza się, zwłaszcza w części korowej. Proporcjonalnie zmniejsza się liczba kłębuszków nerkowych. Przepływ nerkowy spada z wiekiem o około 10% na każdą dekadę życia. Obniża się również filtracja kłębuszkowa, chociaż nie u wszystkich osób w podobnym stopniu. Dochodzi do upośledzenia mechanizmów adaptacyjnych ustroju odpowiedzialnych za utrzymanie bilansu wodno-elekrolitowego. Nerka ma zmniejszoną zdolność do

konserwacji i wydzielania sodu – po zmniejszonej podaży sodu wyrównanie jego stężenia we krwi następuje po dłuższym okresie czasu w porównaniu z młodszymi osobami, podobnie więcej czasu wymaga wydalanie nadmiaru sodu po obciążeniu tym pierwiastkiem w diecie. Osoby starsze nie są zdolne zarówno do maksymalnego zagęszczenia, jak i rozcieńczenia moczu. Postępująca z wiekiem utrata zdolności rozcieńczania moczu może się przyczynić do hiponatremii [1,2,3] .

Czynniki usposabiające do wystąpienia nietrzymania moczu

Nietrzymanie moczu to niechciana i niekontrolowana utrata moczu, w następstwie której u osoby dotkniętej tym schorzeniem powstają problemy higieniczne i społeczne [4].

Nietrzymanie moczu dotyka większej grupy osób, niż niejedna choroba przewlekła. Szacuje się, że na NTM cierpi około10-15% każdego społeczeństwa. Na tę dolegliwość są narażeni wszyscy, bez względu na wiek i płeć, a częstotliwość występowania nietrzymania moczu wzrasta wraz z wiekiem. Do grup szczególnie narażonych na zachorowanie należą przede wszystkim kobiety po porodach i w okresie menopauzalnym oraz osoby w podeszłym wieku.

Uznanymi czynnikami ryzyka są: płeć żeńska oraz zaawansowany wiek. Z powodu starzenia się organizmu zmniejsza się pojemność pęcherza, z jednoczesnym zwiększeniem objętości zalegającego moczu, pojawiają się częste mimowolne skurcze pęcherza, zmniejsza się aktywność fizyczna, a także następują zmiany zależne od płci chorego.

U kobiet następuje skrócenie drogi odpływu z pęcherza oraz zmniejszenie oporu cewki moczowej na skutek zmian napięcia mięśni miednicy mniejszej w wyniku obniżenia się poziomu estrogenów we krwi.

U mężczyzn powszechnie znane powiększenie gruczołu krokowego prowadzi do zmniejszenia niestabilności wypieracza i nietrzymania moczu. Inne czynniki to zakażenia dróg moczowych, menopauza, brak aktywności fizycznej po porodach, zabiegi operacyjne na układzie moczowo-płciowym, przewlekłe choroby i przyjmowanie różnych leków [5,6].

Za przyczyny nietrzymania moczu uważa się:

- zaburzenia świadomości i zachowania;
- zakażenia układu moczowego;
- zanikowe zapalenie cewki moczowej;
- zanikowe zapalenie cewki pochwy;
- przyjmowanie leków:
    - moczopędnych,

  - psychotropowych,
  - przeciwdepresyjnych;
- depresja, zaburzenia poznawcze;
- niewydolność krążenia,
- hypercalemia,
- hyperglikemia;
- ograniczenia w poruszaniu się, długotrwałe unieruchomienie np. stan po złamaniu szyjki kości udowej;
- zaleganie mas kałowych.

Przyczyny nietrzymania moczu można podzielić na trzy kategorie [5,7,8]:

- urologiczne i ginekologiczne
- neurologiczne
- zmiany ogólnoustrojowe.

Przyczyny urologiczne i ginekologiczne [7]:

- zakażenia układu moczowego – mające zwykle charakter wstępujący i wywołane najczęściej przez *Escherchia coli, Proteus, Pseudomonas aeruginosa*.

  Czynnikami predysponującymi ludzi w podeszłym wieku do zakażenia dróg moczowych są:
  - nietrzymanie i zaleganie moczu,
  - cewnik na stałe,
  - niesprawność,
  - znacznie ograniczona aktywność,
  - obłożna choroba,
  - cukrzyca,
  - niedostateczna higiena,
  - nietrzymanie stolca.
- złogi w pęcherzu moczowym – czemu sprzyjają zakażenia układu moczowego, zastój moczu spowodowany zaburzeniami spływu z górnych dróg moczowych, jak zaleganie w pęcherzu po mikcji.

  Dodatkowymi czynnikami sprzyjającymi są:
  - zmniejszona aktywność fizyczna,
  - pozostawienie niepełnosprawnego pacjenta w pozycji siedzącej lub leżącej
  - wtórne zmiany anatomiczne dróg moczowych.

- nowotwory pęcherza moczowego – rak pęcherza moczowego jest drugim pod względem częstości po raku stercza. Spotykany jest 2-3 razy częściej u mężczyzn niż kobiet. Objawami raka pęcherza są: krwiomocz, bolesne parcie i oddawanie moczu, częstomocz. Masywny krwiomocz może spowodować powstawanie skrzepów, które blokują odpływ moczu. Mogą wówczas wystąpić bardzo silne bóle nad spojeniem łonowym i w okolicy lędźwiowej. Ból w okolicy lędźwiowej może także świadczyć o naciekaniu nowotworu na ujścia moczowodu, wywołującym zastój w górnych drogach moczowych.
- powiększenie gruczołu krokowego – z wiekiem gruczoł krokowy powiększa się. Proces ten jest najintensywniejszy po pięćdziesiątym roku życia. Fakt powiększania się gruczołu krokowego sam w sobie nie jest problemem i kłopotliwe objawy przerostu tego narządu zależą od jego wielkości. Istotne jest, że przez prostatę przebiega przewód wyprowadzający mocz z pęcherza, czyli tak zwana cewka moczowa. Powiększający się gruczoł uciska ją i zwęża jej ujście pęcherzowe. Skutkiem jest utrudnienie i spowolnienie wypływu moczu.
- zmiany w obrębie dolnych dróg moczowych powstałe w wyniku radioterapii narządów miednicy (podczas leczenia raka szyjki, raka endometrium) – są to zmiany zanikowe w unaczynieniu dolnego odcinka układu moczowego, które mogą powodować niestabilność i arefleksję wypieracza, niewydolność cewki moczowej, przetoki i zwłóknienia. Powikłania popromienne mogą wystąpić po wielu, nawet trzydziestu, latach od zakończenia leczenia.
- obniżony poziom estrogenów u kobiet – w okresie menopauzalnym wzrasta częstość występowania wysiłkowego nietrzymania moczu. Jest to związane ze spadkiem stężenia estrogenów, warunkujących stan nabłonka wyścielającego cewkę oraz tkanki łącznej. Dochodzi wówczas do postępującej atrofii struktur mięśniowo-powięziowych, co prowadzi do zaburzeń czynnościowych oraz anatomicznych w obrębie miednicy.
- przyczyny jatrogenne – należy do nich między innymi uszkodzenie zwieracza cewki moczowej podczas usunięcia gruczołu krokowego lub zabiegów chirurgicznych w obrębie miednicy.

Przyczyny neurologiczne [8]:

- urazy głowy – najbardziej typowym obrazem zaburzeń czynności pęcherza występujących w przypadku uszkodzenia płata czołowego jest nietrzymanie moczu z nasilonym naglącym parciem i częstomoczem, niewynikające z demencji. Tylko

nieznaczna liczba pacjentów ma zatrzymanie moczu lub trudności z rozpoczęciem mikcji. Objawy pęcherzowe u osób po urazie mózgu mogą wynikać z lokalizacji uszkodzenia w obrębie płata czołowego, zaburzeń funkcji poznawczych, niedoboru hormonu adiuretycznego czy zmian miejscowych w obrębie dróg moczowych powstających w wyniku długotrwałego cewnikowania.

- guzy mózgu – w wyniku ucisku na struktury mózgowe dochodzi do wystąpienia zaburzeń funkcji układu nerwowego, w szczególności dotyczy to obszarów, gdzie zlokalizowane są ośrodek mikcji. Zaburzenie przebiega w postaci naglącego parcia na mocz lub w postaci zatrzymania moczu oraz całkowitego zniesienia działania mięśni zwieracza i wypieracza cewki moczowej.
- Choroba Parkinsona – choroba ta jest częstą postępującą chorobą zwyrodnieniową układu nerwowego o nieznanej etiologii. Pierwsze objawy z zakresu dróg moczowych pojawiają się zwykle po kilku latach od podjęcia leczenia, często w okresie, gdy występują także objawy niepożądane leczenia L-dopą. Najczęstszym zaburzeniem jest hiperrefleksja wypieracza. Z doniesień naukowych wynika, że jądra podstawy wywierają hamujący wpływ na odruch mikcji, stąd ubytek komórek istoty czarnej powodujący utratę tych funkcji. Skargi na nagłą mikcję i częstomocz oraz nietrzymanie moczu, zwłaszcza w kontekście zmniejszonej mobilności, stanowią poważny problem terapeutyczny. Trudności mikcyjne mogą wynikać także z działania niepożądanego stosowanych leków.
- neuropatia cukrzycowa i alkoholowa – neuropatia, czyli uszkodzenie wielu nerwów, głownie obwodowych, to częste powikłanie cukrzycy i choroby alkoholowej. Oprócz neuropatii obwodowej, dotyczącej głownie kończyn, wyróżnia się neuropatię autonomiczną, dotyczącą nerwów układu wegetatywnego.
- przebyte udary mózgu – w udarze mózgu w wyniku przerwania krążenia mózgowego dochodzi do nagłego wystąpienia zaburzeń funkcji układu nerwowego. W ostrym okresie choroby zatrzymanie moczu stwierdza się u 6% chorych. Po upływie trzech miesięcy znaczące zaburzenia moczowe występują u 53% ocenianych pacjentów. Najbardziej uciążliwym problemem jest częste oddawanie moczu w nocy (36% chorych) następnie nietrzymanie z parć naglących (29%) i trudności w poróżnianiu pęcherza (25%).
- stwardnienie rozsiane – powoduje ono upośledzenie różnych funkcji szlaków nerwowych. Zaburzenia czynności pęcherza moczowego mogą być pierwszym

objawem choroby, częściej jednak rozwijają się w miarę jej postępowania. Wraz z pogorszeniem się stanu neurologicznego pacjentów pogorszeniu ulega też funkcja dolnych dróg moczowych. Początkowo występuje nadreaktywność wypieracza, do której mogą dołączyć dysynergizm wypieraczowo-zwieraczowy i niedoczynność wypieracza.

Zmiany ogólnoustrojowe powodujące lub nasilające nietrzymanie moczu [5]:

- demencja – może upośledzić zdolność rozpoznawania uczucia parcia na mocz. Chorzy dementywni mogą mieć także trudności w korzystaniu z toalety.
- depresja i niepokój – mogą zaburzać także funkcje pęcherza moczowego. Chorzy mogą również nie reagować właściwie na uczucie parcia.
- zaparcia – zawsze powodują nadmierne rozciągnięcie końcowego odcinka przewodu pokarmowego. Zalegające masy kałowe uciskają na pęcherz, zmniejszają jego pojemność i podrażniają ścianę pęcherza. Dodatkowo mogą wywierać ucisk na cewkę moczową utrudniając opróżnienia pęcherza moczowego. Dochodzi wtedy do nadmiernego wypełnienia pęcherza i popuszczania moczu z przepełnienia.
- otyłość – jest to udowodniony czynnik ryzyka rozwoju nietrzymania moczu, szczególnie typu wysiłkowego. Dodatkowy ciężar powłok brzusznych zwiększa ciśnienie śródbrzuszne i wewnątrzpęcherzowe, oraz obciąża przeponę miednicy powodując rozciągnięcie i osłabnięcie mięśni i struktur łącznotkankowych dna miednicy.
- Długotrwałe unieruchomienie chorego w łóżku – powoduje konieczność stosowania cewników dopęcherzowych lub zabezpieczenia w postaci pampersów, pieluchomajtek. To z kolei przyczynia się do utraty świadomej kontroli nad odczuciem parcia na mocz. Dodatkowo unieruchomienie przyczynia się do zakażeń układu moczowego, tworzenia się złogów w pęcherzu moczowym oraz sprzyja zaparciom, a więc pośrednio przyczynia się do wystąpienia nietrzymania moczu. W tym przypadku najczęściej występuje nietrzymanie moczu o postaci mieszanej.

Utrwalone nietrzymanie moczu

Utrwalone nietrzymanie moczu rozpoznaje się po wykluczeniu przejściowych przyczyn nietrzymania moczu. Główną przyczyną tego stanu są neurologiczne i pozaneurologiczne zaburzenia w obrębie dolnego odcinka układu moczowego.

Wśród przyczyn utrwalonego nietrzymania moczu wymienia się nietrzymanie moczu [4,9,10]:

- naglące
- wysiłkowe
- paradoksalne

Naglące nietrzymanie moczu [4,9,10] to wyciek moczu pojawiający się w trakcie niepohamowanego parcia na mocz. Parcie jest niezależne od naszej woli, a skurcze pęcherza, które doprowadzają do wycieku, nie podlegają hamowaniu przez ośrodkowy układ nerwowy. Wyróżniane dawniej dwie grupy przyczyn wystąpienia tej choroby, czyli niestabilność wypieracza pęcherza moczowego i nadmierną pobudliwość wypieracza pęcherza moczowego zastąpiono określeniem „pęcherz nadreaktywny".

Pęcherz nadreaktywny nazywany jest chorobą symptomów, bowiem objawy, niezależnie od etiologii, pozwalają na postawienie rozpoznania klinicznego, oczywiście po wykluczeniu czynników lokalnych np. takich przyczyn jak infekcje czy choroby nowotworowe pęcherza. Podstawowym objawem jest uczucie parcia na mocz, czemu może towarzyszyć naglące nietrzymanie moczu, nadmierna częstość mikcji oraz nokturia [4,9,10].

Przyczyna powstania nadreaktywności nadal nie jest jasna. Obecnie według *International Continence Society* nadreaktywność pęcherza dzieli się na [4,9,10]:

- neurogenną, spowodowaną przyczynami neurologicznymi
- idiopatyczną, która zależy od przyczyn lokalnych (zakażenie dróg moczowych, zapalenia zanikowe cewki moczowej, zaparcia, zatkanie kałowe odbytnicy, wypadanie macicy, łagodny przerost stercza, kamica pęcherza moczowego, nowotwory pęcherza moczowego, ciało obce w pęcherzu moczowym).

Nadreaktywność neurogenną spotyka się przy uszkodzeniu dróg odruchowej kontroli trzymania moczu (udar, stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona, demencja, guz mózgu, choroby demielinizacyjne, uraz rdzenia kręgowego). W patogenezie w wyniku utraty korowego hamowania odruchu opróżniania pęcherza moczowego bądź stymulacji włókien aferentnych w łuku odruchowym opróżniania pęcherza następuje mimowolna relaksacja zwieracza po skurczu pęcherza [4,9,10].

Do rozpoznania pęcherza nadreaktywnego należy wykonać badanie ogólne moczu, posiew moczu, badanie obrazowe dolnych dróg moczowych np. USG, w niektórych przypadkach cystoskopię i cytologię moczu. Najbardziej precyzyjną metodą pozwalającą ustalić rozpoznanie jest jednak badanie cystometryczne. Polega ono na pomiarze ciśnienia wewnątrz pęcherza moczowego podczas wypełniania płynem tego narządu. Podstawową jego zaletą jest możliwość wykazania wzrostu ciśnienia śródpęcherzowego o amplitudzie

przekraczającej 15 centymetów słupa wody, co uznaje się za typowe dla nieprawidłowej aktywności wypieracza [4,9,10].

Wysiłkowe nietrzymanie moczu (WNM) [4,9,10] charakteryzuje się mimowolnym wyciekaniem moczu zwłaszcza w sytuacji zwiększonego ciśnienia wewnątrzbrzusznego podczas kaszlu, śmiechu lub dźwigania ciężarów. Typowe jest bezwiedne oddawanie moczu, przy czym nigdy nie towarzyszy temu zjawisku uczucie parcia. Charakterystyczne też jest brak zmiany częstości mikcji podczas dnia w porównaniu z okresem przed wystąpieniem choroby oraz to, że objawy ustępują w godzinach wypoczynku nocnego. Uważa się, że jest ono wywołane przez nadmierną ruchomość szyi i pęcherza i/lub osłabienie zwieracza lub mięsni dna miednicy [4,9,10].

Nadmierna ruchomość szyi pęcherza powoduje znaczne przemieszczenie (np. zmianę prawidłowego kąta nachylenia) cewki moczowej podczas wysiłku. Jest ona spowodowana relaksacją mięśni miednicy, która może być skutkiem starzenia się lub licznych porodów. Osłabienie lub niewydolność zwieracza może być spowodowane przez uraz lub zabieg operacyjny, może też mieć pierwotne podłoże neurogenne [4,9,10].

W zależności od stopnia zaawansowania objawów wyróżniamy trzy stopnie kliniczne wysiłkowego nietrzymania moczu [4,9,10]:

- I stopień WNM - postać lżejsza – gdy mocz wypływa tylko podczas znacznego i gwałtownego wzrostu ciśnienia śródbrzusznego
- II stopień WNM - gdy mocz wypływa bezwiednie podczas umiarkowanego wzrostu ciśnienia śródbrzusznego, związanego np. z podskakiwaniem, chodzeniem po schodach, lekką pracą fizyczną
- III stopień III obejmuje pacjentki, u których mocz wypływa podczas leżenia, stania lub chodzenia, a więc gdy bezwiedna utrata moczu jest niemal ciągła.

Z kolei Komitet Standaryzacji ICS zaleca następujący podział WNM [4,9,10]:

- Typ O – zamknięta szyja pęcherza moczowego znajduje się powyżej spojenia łonowego, jest niewydolna w czasie kaszlu, ale brak wycieku moczu;
- Typ I – szyja pęcherza jest obniżona o 2 cm, niewydolna w trakcie kaszlu, pojawia się niekontrolowany wyciek moczu podczas wysiłku;
- Typ IIA – szyja pęcherza obniżona > 2cm, niewydolna w czasie kaszlu, objawy nietrzymania moczu przy obecności obniżenia przedniej ściany pochwy (cystocoele);
- Typ II B – w spoczynku szyja pęcherza znajduje się poniżej spojenia łonowego, a w trakcie kaszlu obniża się jeszcze bardziej i towarzyszy temu nietrzymanie moczu;

- Typ III – niewydolność zwieracza zewnętrznego.

Przy charakterystyce wysiłkowego nietrzymania moczu należy też wziąć pod uwagę jego stopień nasilenia. Można je określić posługując się czterostopniową skalą [4,9,10]:

- Stopień O – stan prawidłowy;
- Stopień I – niewielkie gubienie moczu w czasie dużego wysiłku fizycznego w pozycji stojącej;
- Stopień II – gubienie moczu w czasie codziennych zajęć, kaszlu, kichania, śmiechu, przy zmianie pozycji ciała;
- Stopień III – gubienie moczu w pozycji leżącej, stale, przy bardzo małym wysiłku lub bez wysiłku.

Z badań wynika [4,9,10], że dla utrzymania moczu podstawowe znaczenie ma prawidłowe funkcjonowanie mechanizmów przenoszących wzrastające ciśnienie śródbrzusze na połączenie cewkowo-pęcherzowe oraz bliższy odcinek cewki moczowej. Zapobieganie wypływaniu moczu podczas wzrostu ciśnienia śródbrzusznego zależy od prawidłowych stosunków anatomicznych w obrębie narządów miednicy mniejszej.

Paradoksalne nietrzymanie moczu (z przepełnienia) [4,9,10], to sytuacja, gdy pęcherz moczowy jest nadmiernie wypełniony, a rozciągnięta maksymalnie mięśniówka wypieracza nie jest wstanie skurczyć się. Do wycieku moczu dochodzi co kilka, kilkadziesiąt minut, w momencie gdy ciśnienie hydrostatyczne w pęcherzu przekroczy ciśnienie panujące w cewce moczowej. Wyciek ustępuje, gdy ciśnienie śródpęcherzowe nieco się obniży, zwykle po popuszczaniu kilkudziesięciu mililitrów moczu. Pęcherz pozostaje jednak nadal pełny. Charakterystyczny w tym stanie jest brak czucia parcia na mocz. Zjawisko to może towarzyszyć ciężkiemu upośledzeniu funkcji centralnego układu nerwowego w przebiegu stwardnienia rozsianego, przepukliny jądra miażdżystego krążka międzykręgowego powikłanej uszkodzeniem dróg nerwowych, polineuropatii cukrzycowej, a także innym chorobom uszkadzającym czuciowe i ruchowe drogi nerwowe pęcherza moczowego. Zaobserwowano również, że stosowanie leków antycholinergicznych, blokerów zwojów nerwowych, trójcyklicznych leków przeciwdepresyjnych oraz agonistów receptora α-adrenergicznego może, poprzez upośledzenie kurczliwości pęcherza moczowego, wywołać efekt podobny. Do nietrzymania moczu spowodowanego przepełnieniem pęcherza moczowego może również dojść wskutek zbyt dużej elewacji cewki moczowej podczas chirurgicznej korekty wysiłkowego moczu [4,9,10].

Przemijające nietrzymanie moczu [1,10], jest częstym objawem u osób w wieku podeszłym, zdecydowanie rzadziej występuje u ludzi młodych. Pojawia się pod wpływem zadziałania dodatkowego czynnika, którego szybka eliminacja przywraca stan wyjściowy. Może ewaluować w utrwalone nietrzymanie moczu, o ile jego przyczyna pozostaje nieleczona. Nie można jednak rozpoznawać utrwalonego nietrzymania moczu tylko w oparciu o długotrwałość procesu. Najczęstsze przyczyny tej postaci to [1,10]:

- Jawne klinicznie zakażenia układu moczowego, szczególnie u młodych kobiet. Objawy dyzuryczne oraz nasilona potrzeba mikcji wywołują popuszczanie moczu. Bezobjawowe zakażenie układu moczowego u ludzi starszych nie powoduje nietrzymania moczu.
- Zanikowe zapalenie błony śluzowej cewki moczowej i pochwy. Jest to częsta przyczyna u kobiet w okresie pomenopauzalnym.
- Spożywanie alkoholu i przyjmowanie niektórych leków. Jest to jedna z najważniejszych przyczyn paradoksalnego nietrzymania moczu u osób w podeszłym wieku. Leki moczopędne, kofeina, alkohol, wywołują częstomocz, wielomocz i potrzebę częstego oddawania moczu.
- Zaburzenia psychiczne – szczególne znaczenie maja u ludzi młodych (najczęściej depresja, nerwica, delirium).
- Nadmierne wydalanie moczu. Częstą przyczyną nadmiernego wydalania moczu jest przyjmowanie płynów, również kofeiny, alkoholu, stosowanie leków moczopędnych, zaburzenia metaboliczne, hiperglikemia, hiperkalcemia. Nietrzymanie moczu może występować lub zaostrzyć się pod wpływem chorób, które przebiegają z nykturią, niewydolnością serca, obwodową niewydolnością układu żylnego.
- Ograniczenie możliwości poruszania się, trudności z dojściem do łazienki, wstaniem z łóżka, spadki ciśnienia tętniczego, zmiany zwyrodnieniowe w obrębie stawów układu kostno-stawowego kończyn dolnych, porażenia, niedowidzenia, niedołęstwo, zaparcia.

Piśmiennictwo

1. Kędziora-Kornatowska K., Muszalik M.: Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku, Wyd. Czelej, Lublin, 2007.
2. Lenartowski W.: Leczenie nietrzymania moczu u osób starszych, Terapia, 1997, 5, 48-50.

3. Waliszewski P., Lorenz J.: Nietrzymanie moczu w praktyce lekarza rodzinnego, Przewodnik lekarza, 2000, 1, 22-27.
4. Knypl K., Rojek-Trebicka J.: Nietrzymanie moczu w praktyce geriatrycznej, Geriatria Polska, 2005, 1, 4, 69-73.
5. Pawlaczyk A.: Przyczyny nietrzymania moczu, Kwartalnik NTM, 2008,1,4-5.
6. Villet R., Salet-Lizee D., Zafiropulo M.: Wysiłkowe nietrzymanie moczu u kobiet, Wyd. Lekarskie PZWL, 2003..
7. Rechberger T.: Zmiany zanikowe w układzie moczowo-płciowym, Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 2003, 4, 41.
8. Skolmowska E.: Największy problem zdrowotny i pielęgnacyjny, Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2002, 5, 21.
9. Kozłowski R., Radziszewski P.: Nietrzymanie moczu u mężczyzn, Kwartalnik NTM, 2007, 3, 8.
10. Steciwko A.: Wybrane zagadnienia z praktyki lekarza rodzinnego, Wyd. Continuo, Wrocław, 2006,12-55.

Kowalewska Beata[1,2] , Mikołajczuk Agnieszka[1,3], Rolka Hanna Joanna[1,2], Niedźwiecka Barbara[2] , Kowalczuk Krystyna [1], Krajewska - Kułak Elżbieta[1] , Ortman Elżbieta Beata[2]

Wrzodziejące zapalenie jelita grubego – podstawy teoretyczne

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej , Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.
2. Instytut Medyczny, Państwowa Wyższa Szkołą Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży
3. Oddział Obserwacyjno-Zakaźny, Uniwersytecki szpital Kliniczny w Białymstoku

Wprowadzenie

Wrzodziejące zapalenie jelita grubego (*colitis ulcerosa* - CU) to jedna z najczęściej występujących przewlekłych chorób przewodu pokarmowego o zmiennym przebiegu klinicznym [1]. Przypuszcza się, że istnienie WZJG sięga początku dziejów człowieka, a osiągnięcia nauki stanowią kontinuum, dzięki obserwacjom oraz ugruntowanej wiedzy. Pierwsze przesłanki o wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego pochodzą z czasów Hipokratesa, kiedy to po raz pierwszy opisano chorobę przewodu pokarmowego przebiegającą z przewlekłą biegunką [2].

W XVII wieku nastąpił przełom w badaniach nad CU. Wielkie zasługi w tym względzie przypisuje się Thomasowi Sydenham, który nadał nazwę „bloody flux" chorobie z objawami odpowiadającymi WZJG, tak jak: przewlekła biegunka z towarzyszącym krwawieniem i owrzodzeniem błony śluzowej jelita grubego. Ten odkrywczy moment był pierwszym, wielkim krokiem w wieloletnich badaniach nad schorzeniem [2,3]. W 1859 roku, brytyjski lekarz Samuel Wilks odróżniłod siebie 2 jednostki chorobowe: wrzodziejące zapalenie jelita grubego i zapalenie jelita grubego wywołanego przez bakterie. Zaś w 1875 roku, właśnie Samuel Wilks wraz Josephem Moxonem, przedstawili dokładne aspekty anatomiczno-kliniczne dla obrazu WZJG oraz zaproponowali nazewnictwo tego schorzenia, a mianowicie *colitis ulcerosa* [3,4]. Pomimo, że w 1895 roku, William Hale-White sklasyfikował CU jako osobną jednostkę chorobową, to do momentu odkrycia choroby Leśniowskiego-Crohna, oba schorzenia traktowane były jako jedna jednostka chorobowa. Przełomowym dla terapii CU było natomiast, przedstawienie w pierwszej połowie XX wieku przez Josepha Murray koncepcji etiologii WZJG w kontekście psychosomatycznym [3,5] oraz odkrycie *sulfasalzyny*, która była podstawowym lekiem z wyboru w leczeniu nieswoistych chorób jelit. Wraz z upływem czasu terapia nieswoistych chorób zapalnych jelit została wzbogacona o leki immunosupresyjne, biologiczne, glikokorykosteroidy [3].

Według WHO, jakość życia to spostrzeganie przez jednostkę jej pozycji w życiu w kontekście kultury i systemów wartości w jakich żyje oraz w relacji do jej celów, oczekiwań, standardów i zainteresowań. Ogromne zainteresowanie problemem jakości życia spowodowało, że powstają nowe narzędzia badawcze, najczęściej w postaci kwestionariuszy lub skal analogowych. Dotychczas jednak nie zarejestrowano w Polsce narzędzia o sprawdzonych własnościach psychometrycznych, które mogłyby w sposób szczegółowy ocenić funkcjonowanie psychospołeczne pacjentów z NZJ [6,7,8].

Charakterystyka WZJG

Etiopatogeneza

Wrzodziejące zapalenie jelita grubego należy do grupy nieswoistych zapaleń jelit o nieznanej etiologii. Wśród czynników predysponujących do wystąpienia *colitis ulcerosa* wymienia się uwarunkowania genetyczne, czynniki środowiskowe i immunologiczne [9].

Za udziałem czynników genetycznych przemawia rodzinne występowanie *colitis ulcerosa*, obserwowane w 10-30% przypadków. Choroba częściej ujawnia się wśród krewnych pierwszego stopnia oraz bliźniąt jednojajowych. U pacjentów z WZJG stwierdza się większą częstość występowania allelu DR_2 HLA II oraz związek tych alleli z obecnością przeciwciał przeciw cytoplazmie granulocytów obojętnochłonnych (ANCA). Wykazano również dodatnią korelację między pewnymi regionami chromosomów 2 i 6, jak również między regionami położonymi na chromosomie 3, 7 i 12 a predyspozycją do zachorowania na WZJG[9,10].

Drugim ważnym czynnikiem etiologicznym *colitis ulcerosa* są wpływy środowiska zarówno wewnętrznego, głównie mikroflory jelitowej, jak i zewnętrznego, np.: dieta, palenie papierosów. W świetle najnowszych badań stwierdzono, że flora bakteryjna osób z nieswoistymi zapaleniami jelit różni się pod względem jakościowym i ilościowym od bakterii występujących u osób zdrowych. U pacjentów z genetyczną predyspozycją do rozwoju nieswoistych zapaleń jelit i z uszkodzoną barierą jelitową przenikające baterie jelitowe lub ich produkty powodują ciągłe pobudzenia limfocytów T, czego efektem jest przewlekłe zapalenie bony śluzowej. Niekorzystny wpływ na mikroflorę jelitową ma również szeroko stosowana antybiotykoterapia. Szczególnie szkodliwe mogą być niektóre szczepy Bacteroides vulgatus i Escherichia coli [9,11].

Według jednej z hipotez WZJG powstaje na skutek zaburzeń metabolizmu krótkołańcuchowych kwasów tłuszczowych w kolonocytach, czego konsekwencją jest wzrost przepuszczalności błony śluzowej jelita, upośledzenie wytwarzania śluzu, przedłużanie się

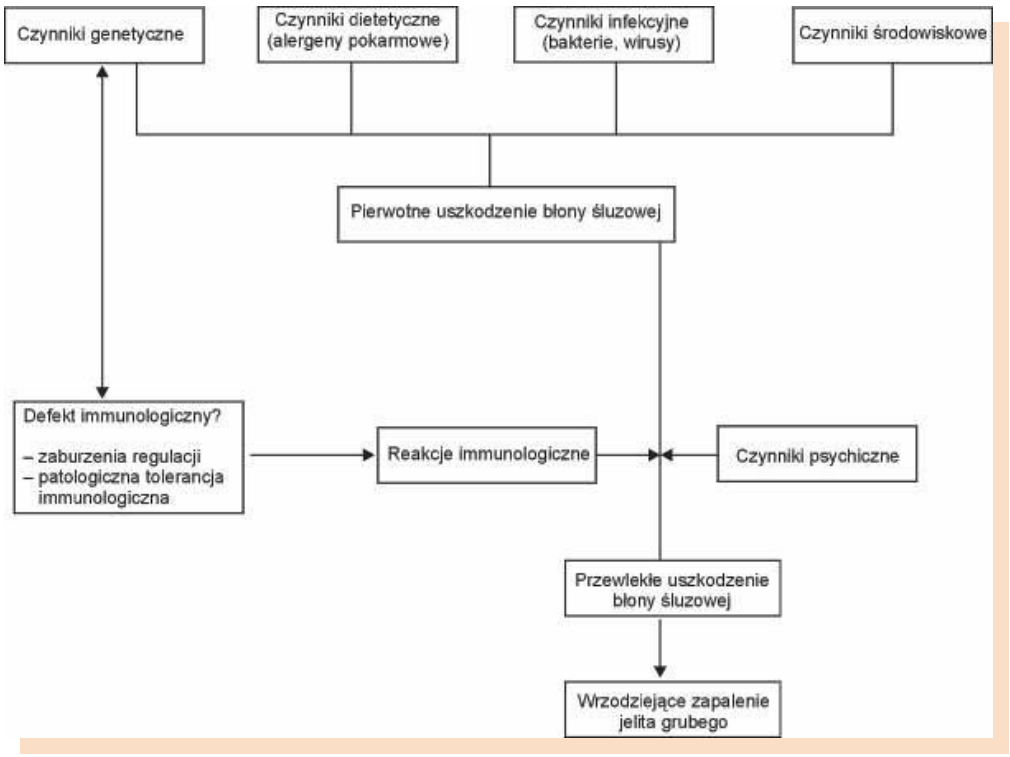
ekspozycji na antygeny środowiskowe, aktywacja śluzówkowego układu immunologicznego i przewlekanie się procesu zapalnego [11].

Budzące wiele kontrowersji wyniki badań naukowych z ostatnich lat wskazują, że zwiększone ryzyko zachorowania na *colitis ulcerosa* występuje u osób, które nie palą lub zaprzestały palenia papierosów. Do czynników ochronnych zalicza się także karmienie piersią w okresie dzieciństwa [9,11,12].

Główną rolę w patogenezie nieswoistego zapalenia jelit pełnią procesy immunologiczne, w które zaangażowane są mechanizmy odpowiedzi humoralnej i komórkowej. We WZJG ze względu na brak reakcji immunologicznej na swoisty antygen dochodzi do niekontrolowanej reakcji zapalnej powodującej zaburzenia w populacji limfocytów T, wzmożenie aktywności miejscowego systemu immunologicznego oraz zwiększenie wytwarzania prozapalnych cytokin. Do ważnych mediatorów zapalenia zalicza się interleukiny, leukotrieny, prostoglandyny, kininy osoczowe, anafilatoksyny, wazoaktywne aminy, tlenek azotu i inne. Po niespecyficznej fazie odpowiedzi immunologicznej jaką jest prezentacja antygenu przez komórki posiadające na swojej powierzchni antygeny zgodności tkankowej klasy II (limfocyty B, monocyty, makrofagi) dochodzi do uwolnienia przez nie cytokin (IL-1, IL-6, TNF – tumor necrosis factor) i aktywacji komórek T pomocniczych (CD 4) – co stanowi fazę specyficzną. Komórki T pomocnicze dzielimy na subpopulacje Th1 – produkujące cytokiny z aktywnością prozapalną, jak: IL-2, IL-6, IL-8, IFN-□ (interferon – gamma), TNF□ i □, wspomagające odpowiedź typu komórkowego, w której uczestniczą cytotoksyczne limfocyty T, makrofagi i komórki NK (natural killers) oraz Th-2 – produkujące I1-4, I1-5, I1-10, wspomagające głównie odpowiedź typu humoralnego poprzez stymulację syntezy immunoglobulin (IgG1, IgA, IgE) i aktywację eozynofili, jak również konieczne do immunoregulacji. Nadmierna proliferacja limfocytów Th, przy zmniejszonej liczbie limfocytów Ts lub ich niedostatecznej supresji, powoduje nadmierną reakcję nawet w stosunku do znanych ustrojowi antygenów. Wzrasta liczba plazmocytów produkujących immunoglobulinę M – IgM oraz immunoglobulinę G – IgG. Stwierdza sie, że IgM stanowi pierwszą linię obrony immunologicznej i zapobiega przenikaniu antygenów ze światła jelita [9,11,13].

W badaniach epidemiologicznych stwierdzono ponadto, że przebyte w okresie okołoporodowym lub w pierwszych latach życia zakażenie wirusami świnki, odry i innymi należą do czynników ryzyka rozwoju nieswoistych zapaleń jelit w późniejszym życiu [11].

Kolejnym czynnikiem usposabiającym do wystąpienia WZJG są właściwości psychosomatyczne pacjenta. Osoby z kompleksami, nadmiernie wrażliwe oraz narażone na silne bodźce psychiczne chorują częściej. Ponadto zewnętrzne sytuacje niesprzyjające, np. stres powodują zaostrzenie objawów klinicznych [9,14]. Mechanizmy etiopatogenetyczne wrzodziejącego zapalenia jelita grubego zostały przedstawione na Ryc.1.



Ryc. 1. Etiopatogeneza wrzodziejącego zapalenia jelita grubego [11].

Epidemiologia

Częstość występowania wrzodziejącego zapalenia jelita grubego w populacji ogólnej jest rosnąca, bez wyraźnej dominacji jednej z płci. Schorzenie to dotyczy głównie ludzi młodych, w przedziale wiekowym między 20 a 40 rokiem życia, zaś drugi szczyt zachorowalności obserwuje się po 60 roku życia [15].

Wrzodziejące zapalenie jelita grubego występuje na całym świecie, w szczególności na terenach skandynawskich, Wielkiej Brytanii, Ameryki Północnej i Europy, gdzie odnotowano większy współczynnik zachorowalności niż w Azji czy Afryce. Wskaźnik chorobowości w tych krajach wynosi około 10 przypadków na 100 tys. populacji ogólnej. W Polsce jeszcze do niedawna nie było precyzyjnych badań epidemiologicznych.

Dane z 2007 roku, które zgromadzono na podstawie ogólnokrajowych rejestrów szpitalnych wykazały, iż przybyło 12,8 nowych przypadków klinicznych CU na 100tys. ludności [4,15]

Na podstawie wyników badań epidemiologicznych stwierdzono, iż rasa biała w znacznym stopniu jest obarczona pod względem zapadalności na to schorzenie. Zachorowaniu sprzyja również mieszkanie na terenach zurbanizowanych oraz w krajach wysoko rozwiniętych. Innym faktem jest 10-krotnie wyższa zapadalność na WZJG u członków rodzin chorych niż w pozostałej populacji [16].

Przebieg choroby

Wrzodziejące zapalenie jelita grubego jest przewlekłym schorzeniem o nieznanej etiologii i narastającej częstości występowania. Największa zapadalność na to schorzenie dotyczy ludzi młodych, między 3 a 4 dekadą życia. Po mimo to choroba może wystąpić w każdym wieku. Na podstawie przeprowadzonych badań dowiedziono, że objawy związane z NZJ występują u około 25% nowych przypadków chorobowych do 20 roku życia. Dość często objawy kliniczne bagatelizowane są przez samych chorych, a co za tym idzie diagnostyka różnicowa jest niemożliwa [4].

Przebieg kliniczny WZJG jest trudny do przewidzenia. Często schorzenie pojawia się skrycie i powoli pod postacią rzutów choroby z występującą biegunką z domieszką krwi i śluzu, bądź nagle, gwałtownie z masywnymi biegunkami, wysoką ciepłotą ciała, kurczowymi bólami brzucha, z zaburzeniami gospodarki wodno-elektrolitowej. Wystąpienie ostrego rzutu WZJG umożliwia w większości przypadków rozpoznanie schorzenia, ale niestety nie zawsze w wyniku pierwszego epizodu ostrego zachorowania. Obraz kliniczny WZJG, charakteryzuje się okresami remisji i zaostrzeń. Faza remisji definiowana jest jako całkowite ustąpienie dolegliwości. Za cechy remisji przyjmuje się zmniejszenie liczby oddawanych stolców, czyli nie więcej niż 3 stolce na dobę bez domieszki krwi i odczucia parcia na stolec. W praktyce poza remisją kliniczną, wyróżniamy remisję endoskopową, która ma na celu uzyskanie prawidłowego obrazu błony śluzowej jelita grubego. Równie istotna jest remisja histopatologiczna, której wynik w badaniu histopatologicznym umożliwia stwierdzenie cech zapalenia błony śluzowej jelita. Postać choroby można ustalić zwykle w czasie pierwszych trzech lat po wystąpieniu objawów. Z kolei faza zaostrzenia choroby charakteryzuje się nawrotem dolegliwości, po uprzedniej remisji, niezależnie czy wystąpiła ona samoistnie czy poprzez leczenie. Objawy, które obniżają jakość życia chorych na tym etapie to zwiększona liczba stolców z jawnym krwawieniem, zaś w obrazie endoskopowym widoczne są nasilone zmiany zapalne

błony śluzowej jelita. Jak donoszą badania, przyczynami nawrotów choroby są zmiany w sposobie odżywiania, napięcie psychiczne, preparaty przeciwbólowe głównie NLPZ, zakażenia pokarmowe. Przebieg nawracający WZJG dotyczy około 40% pacjentów [4]. Warto podkreślić, iż u niektórych chorych nie występuje prawie nigdy okres prawdziwej remisji i wówczas mamy do czynienia *z przebiegiem aktywnie przewlekłym*, gdzie występuje stała obecność objawów klinicznych (Taki stan występuje u około 5-15% chorych.) lub *z przebiegiem aktywnie nawracającym*, który ujawnia się u około 10-15% pacjentów, natomiast główną cechą są krótkotrwałe remisje [4].

W ogólnym zarysie, postacie kliniczne wrzodziejącego zapalenia jelita grubego sklasyfikowano w zależności od zasięgu choroby, stopnia ciężkości i ogólnoustrojowych następstw, powikłań (Tab. 1). W przebiegu *colitis ulcerosa* nie praktykuje się klasyfikacji według wieku, w jakim pojawiła się choroba. Przyjęty podział umożliwia przewidzenie rokowania oraz wdrożenie odpowiedniego leczenia [16,17,18].

Tab. 1. Kliniczna klasyfikacja rzutów wrzodziejącego zapalenia jelita grubego Wg Truelove'a i Wittsa [16].

	Rzut lekki	**Rzut średnio ciężki (pomiędzy lekkim i ciężkim)**	**Rzut ciężki**
Liczba krwawych stolców/ 24h	<4	4 lub więcej	≥6 i
Tętno	<90/ min	≤90/ min	>90/ min lub
Ciepłota ciała	<37,5^{0}C	≤37,8^{0}C	>37,8^{0}C lub
Hemoglobina	>11,5 g/dl	≥10,5 g/dl	<10,5 g/dl lub
OB.	<20 mm/h	≤30 mm/h	>30 mm/h lub
CRP	Prawidłowe	≤30 mg/l	>30 mg/l

Jeżeli chodzi o rokowanie co do długości życia chorych, jest ono dobre, lecz jakość życia jest znacznie gorsza. Dzięki nowym możliwościom terapeutycznym w terapii CU, aż 70-80% pacjentów podanych leczeniu osiąga zadowalający efekt kliniczny, który przekłada się na ich funkcjonowanie w społeczeństwie pomimo, iż wrzodziejące zapalenie jelita grubego jest poważnym schorzeniem o trudnym do przewidzenia przebiegu i niepewnym rokowaniu [4,17].

Jak wcześniej wspomniano, WZJ dotyczy osób młodych w wieku produkcyjnym. Przeprowadzone badania ukazują, iż płodność kobiet i mężczyzn na CU jest prawidłowa. Warunkiem pomyślnego przebiegu ciąży u kobiet jest osiągnięcie remisji choroby przed poczęciem dziecka. Większość stosowanych leków nie wpływa na płodność,

z wyjątkiem *sulfasalazyny*, która obniża parametry nasienia u płci męskiej. Warto pamiętać, iż postać aktywna *colitis ulcerosa* w momencie poczęcia i w czasie ciąży może wpływać na wzrost ryzyka występowania powikłań związanych z ciążą oraz okresem okołoporodowym. Dlatego nie należy odstępować od leczenia podtrzymującego, zaś leczenie zaostrzenia procesu zapalnego odbywa się jak u pozostałych chorych [19].

Objawy kliniczne

Obraz kliniczny wrzodziejącego zapalenia jelita grubego uwarunkowany jest rozległością zmian zapalnych, aktywnością procesu chorobowego oraz obecnością ogólnoustrojowych następstw i powikłań [4,5].

Pierwszym a zarazem najczęstszym zwiastunem schorzenia jest biegunka z domieszką krwi w stolcu. W momencie kiedy stan zapalny obejmuje całą okrężnicę krwawienie jest znaczne, a liczba wypróżnień waha się miedzy 20 a 24 na dobę. Chorzy z ograniczonymi zmianami do odbytnicy (*proctitis ulcerosa*) charakteryzują się prawidłowym rytmem wypróżnień, a czasem nawet ujawnia się zaparcie stolca. Z kolei jedynym objawem choroby jest wówczas krwawienie. Do innych objawów występujących w przebiegu WZJG zaliczamy bóle brzucha, podwyższoną ciepłotę ciała, utratę masy ciała oraz uogólnione obrzęki ciała . Dolegliwości bólowe zlokalizowane są w okolicy podbrzusza lub okolicy lewego dołu biodrowego i wraz z parciem na odbytnicę ujawniają się przed wypróżnieniem. Oddanie kału często określane jest przez samych chorych jako ulga [20].

Pomimo to stan przedmiotowy większości pacjentów jest dobry. Jedynie CU o ciężkiej postaci charakteryzuje się cechami odwodnienia, bolesnością uciskową jamy brzusznej, obrzękami czy tachykardią. Ponadto, badanie przedmiotowe jest bardzo istotne, gdyż często może ujawnić objawy powikłań jelitowych lub pozajelitowych WZJG [4].

Najczęstszym miejscowym powikłaniem WZJG jest polipowatość zapalna, często określana również jako pseudopolipowatość. Stan ten występuje u około 13-15% pacjentów. Powikłanie to jest następstwem ciężkiego uszkodzenia błony śluzowej i może powstać już w czasie pierwszego rzutu choroby. Innym powikłaniem jelitowym jest ostre rozdęcie okrężnicy, które jest powikłaniem groźnym dla życia chorego, potencjalnie śmiertelnym. Odsetek zapadalności na ostre rozdęcie okrężnicy sięga około 4% chorych. Stan ten rozwija się przede wszystkim w ciężkim, często pierwszym rzucie wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. Pierwotna przyczyna wywołująca to powikłanie nie jest znana. Spośród czynników patofizjologicznych wyróżnia się głębokie uszkodzenie ściany jelita grubego w wyniku procesu zapalnego, hipoproteinemię oraz hipokaliemię.

Dodatkowym sprzymierzeńcem tego stanu mogą być preparaty przeciwbiegunkowe, które zmniejszają napięcie oraz hamują perystaltykę okrężnicy, a także doodbytniczy wlew z kontrastem. W obrazie klinicznym dominują bóle i wzdęcia brzucha, tachykardia i wysoka gorączka. U niektórych chorych występują zaburzenia psychiczne pod postacią niepokoju, objawów pobudzenia, bądź senności, apatii czy depresji. Ważnym aspektem w badaniu przedmiotowym jest wzmożone napięcie i bolesność uciskowa powłok brzusznych oraz ściszenie lub zanik ruchów perystaltycznych. Jeżeli stan chorego nie ulegnie poprawie w ciągu 24-48 godzin po zastosowaniu leczenia standardowego, wskazany jest zabieg operacyjny. Najpoważniejszym a zarazem odległym skutkiem WZJG jest nowotwór tego narządu. Głównym czynnikiem sprzyjającym do rozwoju raka jest długi okres trwania schorzenia, powyżej 8 lat. Wczesne rozpoznanie rozwijającego się raka na podłożu CU jest dość trudne, z uwagi iż klasyczne objawy nowotworu typu krwawienia z odbytnicy czy bólów brzucha są mało miarodajne w rozpoznaniu, gdyż objawy te pokrywają się z jednostką podstawową. Często czas decyduje o podjęciu odpowiednich kroków w leczeniu, ale przede wszystkim o przeżywalności samych chorych [4,5,16,20].

Do pozostałych powikłań jelitowych WZJG zaliczamy: perforację okrężnicy, która występuje u około 3% chorych (stan ten wymaga pilnej interwencji chirurgicznej), krwotok z jelita grubego, który dotyczy średnio 1% chorych, zwężenia jelita grubego, przetoki oraz ropnie i szczeliny, które występują u 2-3% pacjentów [20].

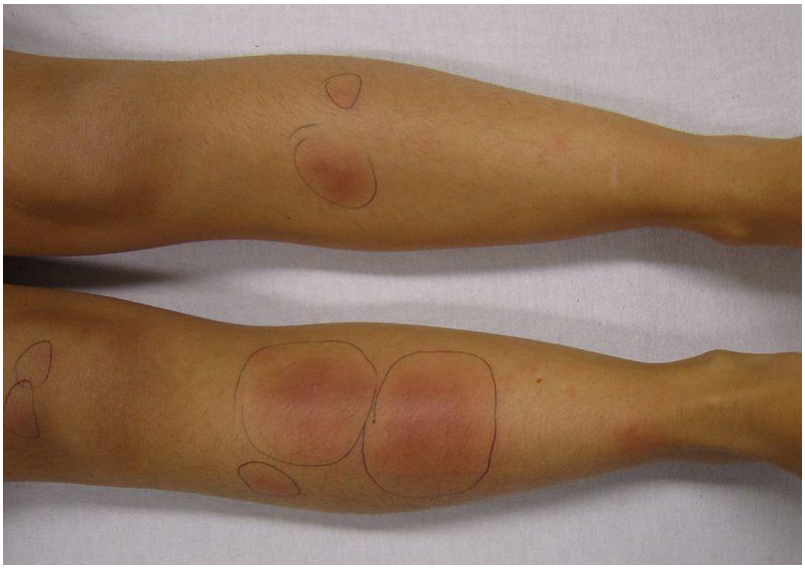
Poza powikłaniami jelitowymi, w przebiegu CU występują powikłania pozajelitowe, a mianowicie objawy ze strony innych narządów i układów. Schorzenia towarzyszące, zwane też powikłaniami układowymi, można podzielić na choroby, które ujawniają się głównie w okresach zaostrzeń wrzodziejącego zapalenia jelita grubego oraz choroby przebiegające niezależnie od zapalenia jelita grubego [20,21].

Do najczęstszych powikłań układowych zaliczamy osteopenię i osteoporozę, która występuje u w 7-70% wszystkich przypadków WZJG. U pacjentów obarczonych tym powikłaniem dość często dochodzi do złamań kości długich i trzonów kręgowych, a sprzyjającym czynnikiem jest wiek (>40 lat), niska aktywność fizyczna, niedobór witaminy D_3, leczenie glikokorykosteroidami oraz hipogonadyzm. Innym powikłaniem układowym są choroby wątroby, a zwłaszcza stłuszczenie. Za przyczynę tego stanu uważa się upośledzenie odżywiania, toksemię i niedokrwistość. W momencie ustępowania objawów zależnych od jednostki podstawowej, cofają się również zmiany w wątrobie. Bardzo rzadkim

powikłaniem WZJG jest pierwotne stwardniające zapalenie dróg żółciowych, które ujawnia się u około 2-4% chorych [20,21].

Głównym powikłaniem CU ze strony układu mięśniowo-szkieletowego jest zapalenie stawów typu 1 przypominające gorączkę reumatyczną. Zmiany w drobnych stawach typu 2 są rzadkie i mogą przypominać reumatoidalne zapalenie stawów. Objaw ten występuje w 10-20% przypadków nieswoistych zapaleń jelit i charakteryzuje się bólem oraz obrzękiem jednego lub kilku stawów kończyn. Dolegliwości stawowe pojawiają się zwykle w aktywnej fazie WZJG i po kilku tygodniach ustępują bez śladu [20,22,23].

Objawy ze strony skóry i błon śluzowych obejmują rumień guzowaty, owrzodzenia jamy ustnej oraz zgorzelinowe zapalenie skóry, Zespół Sweeta. Rumień guzowaty występuje u 2% chorych, głównie u płci żeńskiej z aktywnym zapaleniem jelita grubego. Charakterystyczne są bolesne guzy zlokalizowane na przedniej powierzchni podudzi, choć mogą być umiejscowione w innych okolicach (Ryc.2) [20,24].



Ryc. 2. Rumień guzowaty [źródło: http://en.wikipedia.org/wiki/File:ENlegs.JPG].

Zmiany ustępują stopniowo wraz z cofaniem objawów jelitowych. Natomiast zgorzelinowe zapalenie skóry jest rzadkim, ale poważnym powikłaniem WZJG. Rozwinięte zmiany mają postać głębokich ubytków skóry, otoczonych uniesionymi purpurowo-czerwonymi brzegami. Ubytki te umiejscowione są zwykle na podudziach, mogą one być pojedyncze lub mnogie, bądź czasem rozległe. Pozostawione nieleczone zmiany, prowadzą do stanu zapalnego kości, a nawet amputacji kończyny [20,21].

Natomiast Zespół Sweeta charakteryzuje się bolesnymi, zaczerwienionymi grudkami, guzkami, które rozproszone są zwykle na skórę kończyn górnych, twarzy i szyi. Jednostka ta należy do grupy schorzeń dermatologicznych co zgorzelinowe zapalenie skóry. Płeć żeńska w znacznym stopniu niż męska, obarczona jest wystąpieniem tych dolegliwości. Inną kwestią jest fakt, iż Zespół Sweeta może poprzedzać objawy jelitowe, a nawet pojawić się kilka miesięcy po proktokolektomii [17].

Z kolei typowym powikłaniem w ostrym rzucie WZJG są owrzodzenia błony śluzowej jamy ustnej w postaci drobnych i płytkich ubytków w błonie śluzowej policzków, podniebienia miękkiego i języka. Inną grupę powikłań aktywnego CU są zmiany oczne, na które składają się zapalenie spojówek i błony naczyniowej oka. Schorzenia te występują u około 7,5% chorych często wraz z objawami innych powikłań układowych, takich jak rumień guzowaty i zapalenie stawów. Dość charakterystyczną zmianą jest nawracające zapalenie tęczówki, które występuje u boku wrzodziejącego zapalenia jelita grubego [20].

Do pozostałych powikłań pozajelitowych WZJG zaliczamy zatory i zakrzepy w układzie naczyniowym, kamicę moczową a także zahamowanie wzrostu u dzieci. Powikłania zakrzepowo-zatorowe występują u 2-10% przypadków, a zarazem stanowią poważne zagrożenie dla życia chorych z uwagi na młody wiek zachorowania, znaczny odsetek zgonów oraz utrudnione leczenie [16,20].

Rozpoznanie WZJG

Pomimo postępu medycyny nadal nie przyjęto standardu w diagnostyce wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. Ostateczna diagnoza może być postawiona na podstawie oceny klinicznej, badań radiologicznych i badań endoskopowych z oceną histopatologiczną. Każde z tych badań dostarcza odmiennych, aczkolwiek istotnych informacji odnośnie charakteru i zakresu procesu zapalnego w obrębie jelita grubego. Warto pamiętać, iż podobny obraz kliniczny do WZJG imitują takie jednostki chorobowe jak: swoiste zakażenia bakteryjne i pasożytnicze, choroba Leśniowskiego-Crohna, enteropatia wywołana przez NLPZ, rak odbytnicy lub esicy oraz rzekomobłoniaste zapalenie jelit co w praktyce utrudnia postawienie diagnozy [1,25].

Badania przedmiotowe i podmiotowe

Oba badania mogą być pomocne w różnicowaniu WZJG, ale nie są miarodajnym wskaźnikiem co do ostatecznej diagnozy. Na podstawie zebranego wywiadu można zweryfikować, iż głównym objawem we wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego

jest zwiększona częstość oddawania luźnych stolców. Im większa domieszka krwi w stolcu, tym obraz jest bardziej typowy dla CU. Równie ważne jest badanie palpacyjne jamy brzusznej, które uwidacznia wzmożoną tkliwość przy dotyku lewego dolnego kwadranta. Chorzy często podkreślają, iż symptom ten nasila się przed oraz ustępuje po defekacji [14] .

Badania laboratoryjne

Badania laboratoryjne w rozpoznawaniu podgrup IBD są przydatne. Często występują odchylenia w stanie zdrowia pacjentów co przekłada się na parametry laboratoryjne. Do najczęstszych zaburzeń zaliczamy niedokrwistość, podwyższoną liczbę płytek krwi, wzrost białka C-reaktywnego oraz gamma-globulin i przyspieszone OB. Wyniki badań stanowią podstawę do przeprowadzenia pogłębionej diagnostyki, a mianowicie radiologicznej i endoskopowej. Żaden wynik wykonanego testu laboratoryjnego nie jest wykładnikiem dla WZJG [26,27]. Poza podstawowymi badaniami (morfologia krwi obwodowej, stężenie elektrolitów, CRP, OB, frakcje białkowe), pacjenci z CU wymagają okresowo oznaczenia aktywności ALP, GGTP oraz stężenia bilirubiny w surowicy w celu wczesnego wychwycenia powikłań ze strony dróg żółciowych i wątroby przebiegających z cholestazą [26,27].

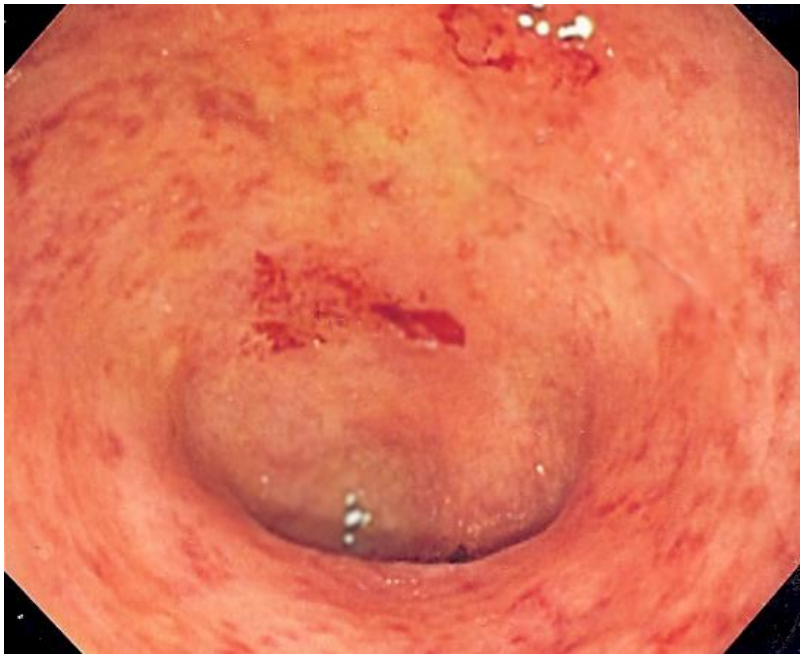
W przypadku wyodrębnienia wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, należy zawsze pamiętać, iż zasadnicze znaczenie maja posiewy i badania mikroskopowe kału w celu wykluczenia zakażeń pasożytniczych i bakteryjnych. Na podstawie badań wykazano, iż dodatkowe infekcje bakteryjne wywołane przez Clostridium difficile, Yersinie enterocolitica czy Salmonelle oraz infekcje wirusowe spowodowane przez rotawirusy nakładają się na obraz kliniczny nieswoistych zapaleń jelit, a także powodują jego zaostrzenie [26,27].

Badanie endoskopowe

Badania endoskopowe są kluczowymi badaniami diagnostycznymi w nieswoistych chorobach zapalnych jelit. Po zastosowaniu takiego badania w większości przypadków udaje się postawić rozpoznanie IBD, przy czym w okresie 3-6 miesięcy po pierwszym epizodzie choroby wymagane jest wykonie ponowne badania. Ma to na celu potwierdzenie schorzenia przewlekłego a jednocześnie wykluczenie przejściowej infekcji, która niekiedy może swym obrazem klinicznym imitować do PNChZJ. Należy pamiętać, że obraz pozyskany metodą endoskopową może być różnorodny w zależności od nasilenia procesu zapalnego. Inną kwestią zastosowania badań endoskopowych jest przygotowanie pacjenta nie tylko pod względem fizycznym, ale i psychicznym oraz z uwzględnieniem wskazań

jak i przeciwwskazań wykonania takiego zabiegu [16,28]. W procesie rozpoznania WZJG stosuje się :

- Gastroskopię czyli wziernikowanie żołądka aż do dwunastnicy. W przypadku podejrzenia CU badanie jest to wskazane tylko i wyłącznie w razie wystąpienia dolegliwości ze strony górnego odcinka przewodu pokarmowego, bądź w celu wykluczenia innego schorzenia. Jeżeli nie można jednoznacznie postawić rozpoznania, gastroskopia przyczynia się niekiedy do ostatecznego ustalenia diagnozy [29].
- Kolonoskopię. Badanie to polega na wziernikowaniu jelita przez specjalny wziernik, który zostaje wprowadzony przez odbyt, odbytnicę i całą długość jelita grubego aż do ujścia jelita cienkiego. U pacjentów z WZJG, badanie to ma kluczowe znaczenie z uwagi na ocenę rozległości zmian zapalnych w jelicie grubym, a co zarazem przekłada się na wybór leczenia. Cechą charakterystyczną dla CU obejmującego całą okrężnicę jest tak zwany objaw „ziania" zastawki Bauchina, który umożliwia swobodne przechodzenie kolonoskopu [29].



Ryc. 3. Endoskopowy obraz wrzodziejącego zapalenia jelita ukazujący utratę układu naczyniowego esicy, ziarnistości oraz miejscową kruchość śluzówki **[**źródło: http://en.wikipedia.org/wiki/File:UC_granularity.png **].**

U znacznego odsetka chorych występuje wyłącznie lewostronne zapalenie okrężnicy, które często zostaje leczone czopkami bądź wlewkami. Jeżeli proces chorobowy trwa dłużej

niż 8 lat i w obrazie endoskopowym jest zajęte całe jelito grube, wskazane jest wykonie kolonoskopii raz do roku w celu profilaktyki p/nowotworowej [29,30].

- Rektoskopię - inwazyjne badanie, które pozwala ocenić końcowy odcinek jelita, czyli odbytnicę dzięki sztywnemu wziernikowi. Chory powinien być poinformowany, iż wykonanie badania musi być poprzedzone wlewką doodbytniczą. W trakcie rektoskopii istnieje możliwość pobrania wycinków, w celu oceny histopatologicznej [17,29].
- Sigmoidoskopię – która polega na wziernikowaniu końcowego odcinka jelita grubego z esicą włącznie. Badanie jest pomocne u pacjentów z rozpoznam zajęciem dystalnego odcinka jelit grubego co do przebiegu procesu chorobowego. Zaletą tej metody diagnostycznej jest fakt, że chory nie wymaga kompleksowego przygotowania jak do kolonoskopii, a zarazem jest mniej nieprzyjemne niż rektoskopia [17,29].

Badania obrazowe

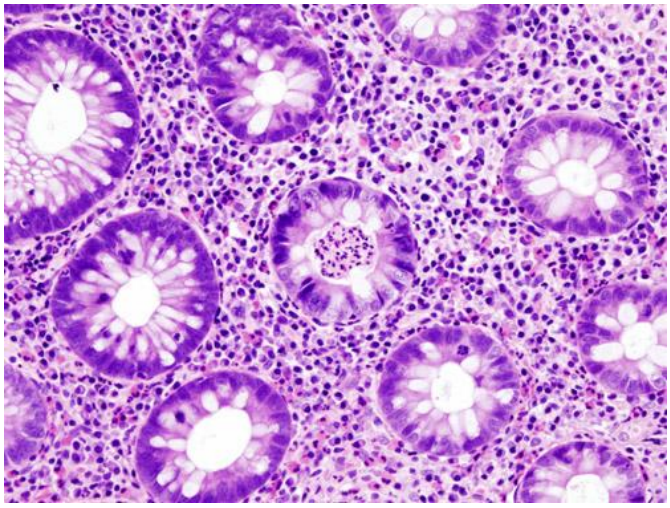
Istnieje wiele metod diagnostycznych, które umożliwiają rozpoznanie oraz monitorowanie przebiegu nieswoistych chorób zapalnych jelit. Po mimo to w dalszym ciągu w praktyce wykonywane są zdjęcia przeglądowe jamy brzusznej, wlew kontrastowy doodbytniczy, MRI czy tomografia komputerowa, ultrasonografia [17,31].

- Ultrasonografia (USG) jest nieinwazyjnym badaniem i dzięki tej metodzie można ocenić grubość ściany jelita grubego oraz jego budowę, średnicę na przekroju poprzecznym i podłużnym, a także czynność motoryczną i rozpraszający się proces zapalny na tkanki otaczające. Jedyną wadą tej metody, jest to że zmiany zlokalizowane w błonie śluzowej nie mogą zostać ultrasonograficznie rozpoznane. Można, powiedzieć że diagnostyka ultrasonograficzna jest badaniem uzupełniającym w rozpoznawaniu powikłań w trakcie choroby. Głównym atutem tej metody jest fakt, że badanie może zostać przeprowadzone bez uprzedniego przygotowania chorego oraz istnieje możliwość częstego powtarzania [14].
- Zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej ma zastosowanie głównie w ostrych dolegliwościach bólowych jamy brzusznej. Badanie to wykonywane jest w pozycji stojącej. Zdjęcie rentgenowskie często ukazuje, czy stan chorego wymaga interwencji chirurgicznej, w przypadku niedrożności jelit, czy istnieje konieczność dalszej diagnostyki. Jeżeli RTG jest wykonywane w rzucie WZJG, widoczne jest ostre rozdęcie okrężnicy. Stan ten może zagrażać życiu pacjenta [31].

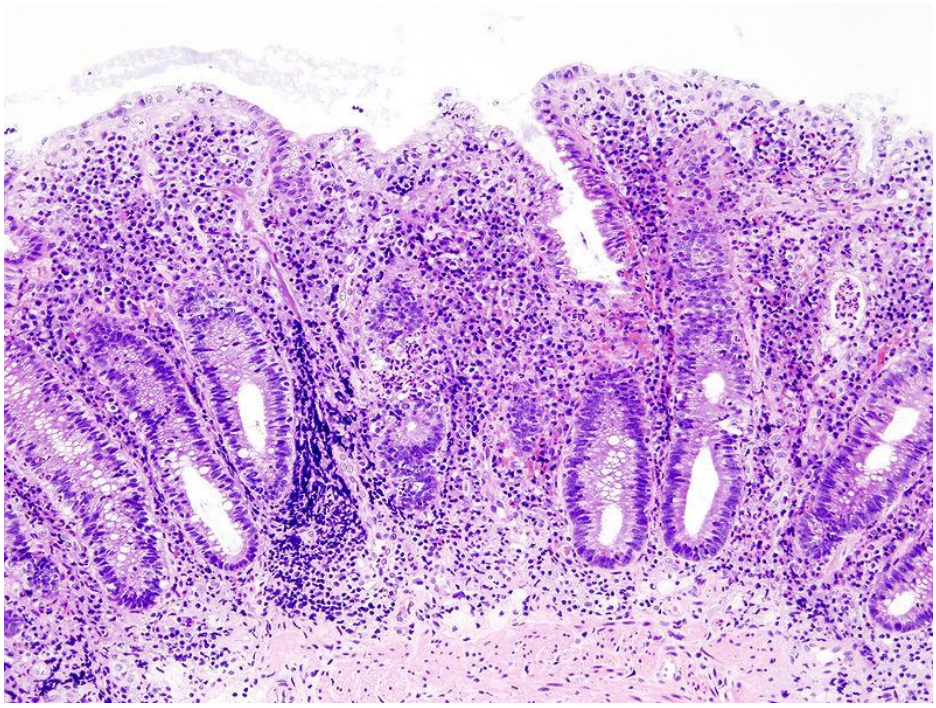
- Wlew kontrastowy doodbytniczy jelita grubego jest badaniem praktykowanym od dawien dawna i należy do standardowej diagnostyki radiologicznej. Obecnie badanie to dość rzadko jest wykonywane (Ryc.5). Wyjątek stanowi stan przed zabiegiem operacyjnym, kiedy nie ma możliwości wykorzystania endoskopii w przejściu przez zwężenie jelita. Wówczas kontrast podawany jest do jelita w postaci wlewki . Środkiem kontrastowym jest siarczan baru, bądź inny wodny kontrast. W trakcie badania wykonywane są zdjęcia RTG [30,31].
- Tomografia komputerowa oraz rezonans magnetyczny są badaniami nie tylko z wyboru. Dzięki postępowi w technice, możliwościach obrazowania, metody te pozwalają na uwidocznienie głębszych owrzodzeń i polipów rzekomych, którym może towarzyszyć pogrubienie ściany jelita grubego [31].

Badanie histopatologiczne

Badanie histopatologiczne to badanie o dużym znaczeniu w rozpoznawaniu chorób nowotworowych o różnym podłożu. W większości przypadków ocena endoskopowa i histopatologiczna umożliwia rozpoznanie IBD, jak i rozróżnienie wrzodziejącego zapalenia jelita grubego od choroby Leśniowskiego-Crohna. W obrazie histopatologicznym WZJG wyraźne są ciągłe zmiany o charakterze ostrego lub przewlekłego zapalenia. Warto pamiętać, że tego typu badanie umożliwia monitorowanie postępu leczenia choroby [16].



Ryc. 4. Barwienie hematoksyliną i eozyną bioptatu z jelita grubego ukazujące ropień krypty, typową zmianę dla wrzodziejącego zapalenia jelita [Źródło: http://en.wikipedia.org/wiki/File:Ulcerative_colitis_(2)_active.jpg]



Ryc. 5. Próbka biopsyjna (barwienie hematoksyliną i eozyną), na którym uwidoczniony jest naciek limfocytów (niebieski/fioletowy) śluzówki jelitowej oraz strukturalne zniekształcenie krypt [Źródło: http://en.wikipedia.org/wiki/File:Ulcerative_colitis_ (2)_ active.jpg]

Leczenie WZJG

Terapia wrzodziejącego zapalenia jelita grubego opiera się na pozyskaniu szybkiej indukcji remisji oraz jej podtrzymaniu, a za razem zapobieganiu powikłaniom jak i poprawę jakości życia pacjentów dotkniętych tym schorzeniem. Istotnym czynnikiem, który wpływa na wybór leczenia jest aktywność zapalna schorzenia, lokalizacja stanu zapalnego w jelicie grubym oraz obecność powikłań. Priorytetem w leczeniu *colitis ulcerosa* jest stosowanie indywidualnego leczenia dla każdego chorego oraz kontynuowanie nadzoru endoskopowego w celu wczesnego wykrycia złośliwego nowotworu [14,16].

Farmakologiczne metody leczenia

W leczeniu farmakologicznym wrzodziejącego zapalenia jelita grubego wyróżniamy: fazę leczenia rzutu choroby i fazę uzyskania i podtrzymania okresu bez aktywności schorzenia, tzw. remisja [13,32,33].

Leczenie rzutu WZJG, uzależnione jest od jego typu. Na podstawie obrazu klinicznego schorzenia, wyróżniamy rzut o przebiegu lekkim, średnio ciężkim i ciężkim. Niezależnie jaki jest przebieg CU, stosowny jest ten sam schemat leczenia przy użyciu

modyfikacji dawki leku [13,33]. W terapii wrzodziejącego zaplenia jelita grubego, wyróżnia się następujące preparaty:

- Amniosalicylany czyli kwas 5-aminosalicylanowy, mesalazyna i sulfalazyna, która stosowana jest najdłużej oraz najczęściej. Po mimo to poza działaniem leczniczym na jelito grube wpływa korzystnie na zmiany stawowe. Amniosalicylany stosuje się przede wszystkim w leczeniu łagodnych i umiarkowanych postaci WZJG, a także w zapobieganiu nawrotom choroby. Preparaty te dostępne są w formie tabletek, czopków, zawiesin i wlewek doodbytniczych. Jeżeli zmiany zapalne dotyczą ostatniego odcinka jelita grubego leki powinny być podane w postaci czopków, a kiedy zajęta jest okrężnica zstępująca w postaci wlewek, gdyż lepsza jest penetracja leku. Mesalazyna jest wdrażana, wówczas kiedy terapia z zastosowaniem sulfalazyny nie przynosi rezultatu. Jak wiadomo każdy lek ma w swoim działaniu skutki uboczne. W przypadku aminosalicylanów są to bóle głowy, alergiczne wysypki, stany skurczowe oskrzeli, gorączka polekowa, śródmiąższowe zapalenie nerek, zapalenie trzustki, biegunka [16,32,34,35,36].
- Glikokorykosteroidy swym działaniem blokują wczesny i późny etap procesu chorobowego. Droga i dawka podania GS uzależniona jest od fazy choroby. W łagodnej postaci WZJG preparaty miejscowe są stosowane w postaci wlewek doodbytniczych czy czopków. Z kolei, gdy zmiany chorobowe są ograniczone do odbytnicy preferuje się podaż czopków, zaś w ciężkim rzucie CU podaje się GS drogą dożylną. Niezależnie od długości terapii, leczenie glikokortykosteroidami obarczone jest znaczną częstością występowania działań nie pożądanych. Inny ważny fakt, dotyczy iż po roku od uzyskania remisji za pomocą GS, u większości pacjentów rozwija się steroidozależność. Działania nieporządne związane ze stosowaniem glikokorykosteroidów dotyczą: zwiększenia masy ciała w wyniku zatrzymania wody w organizmie, kołatania serca, obrzęku twarzy tak zwane „*policzki chomika*”, upośledzonej odporność na zakażenia, zaburzeń miesiączkowania oraz zaburzenia gojenia się ran, nadciśnienie tętnicze, zaostrzenia objawów psychicznych, zaburzenia gospodarki węglowodanowej i inne. Powikłania związane z przyjmowaniem GS mogą dotyczyć także odstawienia przyjmowanych leków, głównie w sposób nagły [32,34,35,36,37].
- Leki immunosupresyjne odpowiadają za hamowanie aktywności procesu zapalnego, który ma miejsce w jelicie grubym. W leczeniu immunosupresyjnym znajdują

zastosowanie pochodne tiopuryny, czyli azatiopryna (AZA), 6-merkatopuryna (6-MP) oraz cyklosporyna, metoterksat. Tiopuryny wykazują skuteczne działanie w podtrzymaniu remisji, jak i leczeniu aktywnej postaci WZJG. Terapia immunosupresyjna jest leczeniem z wyboru u chorych sterydozależnych lub sterydoopornych, dlatego nigdy nie powinna być stosowana w pierwszym etapie leczenia. Ważną kwestia, jest również to, iż preparaty te działają powoli a ich efekt terapeutyczny może ujawnić się nawet po 3 miesiącach. Dopiero brak poprawy stanu klinicznego po tym okresie jest bezwzględnym wskazaniem do przerwania terapii. Do działań niepożądanych AZA zaliczamy mielosupresję, która objawia się pod postacią niedokrwistości, leukopenii, trombocytopenii. Zwiększona jest również podatność na zakażenia, mogą wystąpić również dolegliwości dyspeptyczne lub ostre zapalenie trzustki. Natomiast do działań ubocznych cyklosporyny i metoterksatu kwalifikujemy neurotoksyczność, bóle głowy, parastezje, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, przerost dziąseł, hepatotoksyczność, napady drgawek. Na podstawie przeprowadzonych badań, udowodniono, iż cyklosporyna działa korzystnie w ciężkich zaostrzeniach WZJG i w 70% przypadków pozwala uniknąć zabiegu operacyjnego. Jednak korzenie tego leku z metotrekasatem daje dobre wyniki w leczeniu u chorych sterydoopornych, zarówno w podtrzymaniu remisji i leczeniu zaostrzeń schorzenia [14,34,35,36,37,38].

- Leki biologiczne. Obecnie w leczeniu WZJG jest zarejestrowany, a zarazem rekomendowany jeden lek biologiczny Infiximab (preparat Remicade). Według wytycznych z 2007 roku, opracowanych przez polski zespół ekspertów w dziedzinie gastroenterologii wskazaniem do użycia Infiximabu jest postać aktywna wrzodziejącego zaplenia jelita grubego, która nie jest podatna na leczenie GS i lekami immunosupresyjnymi w tym cyklosporyną podawaną dożylną. Infiximab jest alternatywą dla leczenia CU, pod warunkiem dobrej tolerancji na lek i wówczas schemat leczenia powinien być kontynuowany w regularnych 8-tygodniowych odstępach. Rozwój nowoczesnej biologii budzi wśród pacjentów wielkie nadzieje na znalezienie „złotego preparatu" na ostateczne wyleczenie WZJG [33,39].

Farmakologiczne podtrzymanie remisji jest istotnym elementem leczenia WZJG. Wystąpienie remisji w CU definiowane jest jako całkowite zniesienie początkowych objawów chorobowych, takich jak ustąpienie biegunek, brak domieszki krwi lub śluzu w stolcu. Pożądane jest również całkowite ustąpienie objawów towarzyszących w postaci napadowych

bólów brzucha. Normalizacja uprzednio podwyższonych parametrów zapalnych w badaniach laboratoryjnych przemawia za stanem pożądanej remisji[33,39].

W momencie pewnego klinicznego rozpoznania WZJG, wskazane jest szybkie rozpoczęcie leczenia podtrzymującego remisje. Terapia podtrzymująca, według Amerykańskiego Towarzystwa Gastroenterologicznego powinna być prowadzona przez okres nie dłuższy niż 2 lata, gdyż udowodniono , że dłuższy czas leczenia nie przynosi żadnych korzyści. Preparatami z wyboru na tym etapie leczenia są leki z grupy aminosalicylanów, które w zależności od stopnia zajęcia jelita grubego mogą być podane drogą doodbytniczą lub doustną. Przy czym połączenie tych dwóch postaci terapii stanowi najskuteczniejszą metodę, która zapobiega w nawrotach choroby. Jeżeli zastosowany kwas aminoaslicynowy nie przynosi efektu terapeutycznego, alternatywą są niepatogenne szczepy bakterii *Escherichia coli*. Doniesienia o liczbie badań klinicznych dotyczących zastosowania szczepu bakterii. są mniejsze niż dotyczących aminosalicylanów. Po mimo postępu medycyny, trwają badania kliniczne nad skutecznością glikokorykosteroidów, preparatów żywicy olibanowej, budesonidu oraz terapii nikotynowej stosowanej przezskórnie. Według obecnego stanu wiedzy wyżej wymienione możliwości terapeutyczne nie mają większego znaczenia dla profilaktyki nawrotów objawów chorobowych [32,33].

Leczenie chirurgiczne

Podstawową metodą leczenia Colitis ulcerosa jest leczenie zachowawcze, które u około 80% pacjentów daje dobre efekty. W pozostałej grupie chorych zachodzi konieczność leczenia operacyjnego z różnych wskazań np. perforacja okrężnicy, masywny krwotok z dolnego odcinka przewodu pokarmowego, zwężenie okrężnicy, przetoka odbytniczo-pochwowa, rak jelita grubego lub zmiana przednowotworowa w jelicie grubym [17,40,41].

Niezależnie od tego jak pilna jest operacja, podstawowym rodzajem zabiegu we WZJG jest proktokolektomia z ileostomią, istnieje również możliwość odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego. Od kiedy wdrożono nowoczesne techniki chirurgiczne, coraz częściej praktykuje się zachowanie naturalnej drogi wydalania kału, bez konieczności wyłaniania jelita na zewnątrz powłok brzusznych. Alternatywą takiego wyboru jest wytworzenie z jelita cienkiego zbiornika jelitowego zwanego *j-pouch* , bądź szczególnie u młodych chorych bezpośredniego zespolenia jelita cienkiego z odbytem. Ta ostatnia metoda przynosi dość dobre rezultaty u osób młodych, kiedy to ich jelito cienkie przejmuje z czasem rolę jelita grubego. Oba rodzaje zabiegu operacyjnego preferowane są u chorych ze

wskazaniami planowymi, a zarazem umożliwiają zachowanie przez chorych pełni komfortu życia [14,41,42].

Pomimo zalet wykonywanych zabiegów operacyjnych, są również wady w postaci powikłań, które niekiedy są nieuniknione. Do powikłań leczenia chirurgicznego, zaliczamy: upośledzenie gojenia rany pooperacyjnej i zespoleń jelitowych, na skutek uprzednio stosowanej terapii glikokorytykosteroidami oraz niedożywieniem w postaci hipoalbuminemii i hipoproteinemii [17,43], zapalenie zbiornika jelitowego wytworzonego u chorych po proktokolektomii. Częstość występowania tego powikłania rośnie wraz z czasem obserwacji. Jak dowodzą badania, zapalenie zbiornika jelitowego dotyka 50 % chorych po 10 latach zabiegu. Objaw zapalenia zbiornika to zwiększona ilość oddawanych płynnych stolców do 8 dziennie o objętości około 700 ml, a także bóle brzucha, odczuwalny dyskomfort w okolicy miednicy, gorączka, zauważalna domieszka krwi w stolcu oraz nietrzymanie stolca. Przyczyną powstania tego powikłania jest wrzodziejące zapalenie jelita grubego o znacznym zasięgu, powikłania pozajelitowe, przyjmowanie NLPZ i stwierdzona obecność przeciwciał pANCA [14,17,44].

Niefarmakologiczne metody leczenia

Mimo postępu jaki osiągnięto w terapii CU, zaburzenia stanu odżywienia stanowią istotny problem kliniczny w grupie chorych na IBD. W przebiegu wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, zaburzenia odżywiania dotyczą około 20-70% pacjentów i u tych osób wskazane jest wdrożenie uzupełniającego postępowania żywieniowego. Niedożywienie pacjentów może wynikać z niedostatecznej podaży składników odżywczych, zwiększonego zapotrzebowania organizmu na energię w przewlekłym procesie zapalnym, zwiększonej utraty składników odżywczych ze stolcem. Dlatego postępowanie żywieniowe odgrywa istotną rolę w leczeniu NChZJ, a celem tego założenia jest zapobieganie drażnienia śluzówki jelit poprzez eliminację określonych produktów, odciążenie przewodu pokarmowego pacjenta w czasie ostrych rzutów WZJG oraz osiągnięcie lub utrzymanie remisji [45,46].

W okresie remisji dieta pacjentów zbliżona jest do standardowej. Powinna pokrywać zapotrzebowanie na energię i białko, czyli powinna być wysokobiałkowa, wysokoenergetyczna, lekkostrawna, z ograniczeniem tłuszczu, błonnika nierozpuszczalnego, szczególnie w postaci surowej, cukrów rafinowanych i pokarmów źle tolerowanych przez chorych. W okresie remisji nietolerancja laktozy występuje ze zbliżoną częstością co u osób zdrowych. Kiedy brak jest reakcji na leczenie farmakologiczne i dietetyczne stosuje się żywienie pozajelitowe [45,46].

Poza szeroką gamą metod niefarmakologicznych we WZJG, coraz częściej rozpowszechnione są metody medycyny niekonwencjonalnej. Są to metody, których skuteczność i bezpieczeństwo stosowania, a także wskazania nie zostały zbadane zgodnie z zasadami medycyny. Niekonwencjonalne sposoby leczenia określane są jako medycyna alternatywna, która w połączeniu z tradycyjną medycyną stanowi medycynę kompleteralną. Do najbardziej preferowanych metod medycyny niekonwencjonalnej, przez pacjentów na *colitis ulcerosa*, należą: akupresura, biofeedback, akupunktura, joga, aromaterapia, hydroterapia, trening autogenny, terapia biorezonansu, ziołolecznictwo, jak i homeopatia. Doniesienia o ich skuteczności wynikają głównie z subiektywnej oceny chorych, po mimo to często są wdrażane w procesie leczenia [14,47].

Oprócz kompleksowego leczenia wspomagającego WZJG, istotne znaczenie wśród chorych odgrywa psychoterapia. Znaczny odsetek pacjentów już w wieku młodzieńczym boryka się z dolegliwościami WZJG. Ten stan doprowadza do obciążenia psychicznego, na skutek nieustającej obawy przed kolejnym atakiem choroby, przed izolacją społeczną, lękiem przed utratą atrakcyjności dla partnera seksualnego czy lękiem przed fizycznie i psychicznie obciążającymi badaniami diagnostycznymi lub operacjami. Wprawdzie ten sposób leczenia nie zapobiega nawrotom *colitis ulcerosa,* lecz wspomaga walkę ze schorzeniem i jej negatywnymi skutkami. Wskazania do zastosowania psychoterapii oraz jej skuteczność u osób z NChZJ są takie same, jak w innych chorobach, także nieorganicznych. Kontrolowane badania, skojarzone z psychoterapią i technikami relaksacyjnymi w pokonaniu WZJG oraz stresu wykazują ich korzystny wpływ na łagodzenie dolegliwości i jakości życia chorych. Jak potwierdzono istotne znaczenie odgrywają uwarunkowania kulturowe, które przekładają się na jakość życia pacjentów. Dlatego też wszystkie możliwości leczenia WZJG są w pewnym stopniu uwarunkowane różnicami kulturowymi [47,48,49].

Podsumowanie

Po mimo postępu medycyny, rozpoznanie WZJG jest dość trudne z uwagi, iż choroba wyróżnia się bogactwem oraz zmiennością obrazu klinicznego, począwszy od łagodnego po szybką progresję schorzenia. Dodatkowym elementem, który utrudnia postawienie diagnozy jest brak wystandaryzownych skal diagnostycznych, zaś pierwsze zwiastuny WZJG stanowią podłoże do przeprowadzenia diagnostyki[5].

Szeroka gama możliwości terapeutycznych stosowanych w procesie leczenia *colitis ulcerosa* daje dobre efekty lecznicze, a co za tym idzie poprawia jakość życia chorych.

Pacjenci wówczas nie muszą rezygnować z aktywności zawodowej, pełnienia ról społecznych oraz z aktywnego życia. Nieodłącznym elementem przy stosowanej farmakoterapii są metody medycyny konwencjonalnej, a także leczenie żywieniowe czy ostatecznie interwencja chirurgiczna. Wszystkie możliwości leczenia WZJG sukcesywnie wpływają na poprawę jakości życia samych pacjentów[17].

Piśmiennictwo

1. Błaszczuk J., Wróblewska I.: Postępowanie z chorym na wrzodziejące zapalenie jelita grubego w praktyce lekarza rodzinnego, Int. Rev. Allergol. Clin. Immunol. Family Med., 2012, 18, 50-55.
2. Kuśnierz K.A., Musiewicz M.: Wrzodziejące zapalenie jelita grubego - kiedy i jak leczymy chirurgicznie? Polski Przegląd Chirurgiczny 2003, 76, 615-622.
3. Zawadzka P.: Nieswoiste zapalenia jelit - wczoraj i dziś. Now. Lek., 2006, 75, 480-485.
4. Bischoff S.C.: Obraz kliniczny wrzodziejącego zapalenia jelita grubego (colitis ulcerosa) [w]: Przewlekłe nieswoiste choroby zapalne jelit, Małecka-Panas E., Słomka M. (red.), MedPharm, Wrocław, 2012, 29-30.
5. Bartnik W.: Choroby jelita grubego [w]: Choroby wewnętrzne, Szczelik A. (red.) Med. Prakt., Kraków 2005, 811-822.
6. Andrzejewska J., Talarska D.: Jakość życia w nieswoistych zapaleniach jelit. Analiza i walidacja nowego narzędzia badawczego. Przegl. Gastroenterol., 2009, 4, 88-92.
7. Andrzejewska J., Talarska D., Michalak M., Linke K.: Jakość życia osób z chorobą Leśniowskiego-Cohna i wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego. Analiza porównawcza. Przegl. Gastroenterol., 2009, 4, 251-255.
8. Sokołowska-Pituchowska J.: Anatomia człowieka. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2006, 53-59, 303-314.
9. Bartnik W., Wejman J.: Etiopatogeneza nieswoistych chorób zapalnych jelit [w]: Atlas kliniczno-patologiczny nieswoistych chorób zapalnych jelit, Wejman J., Bartnik W. (red.) Termedia, Poznań, 2011, 17-21.
10. Dudarewicz M., Barańska M., Skrętkowicz J.: Znaczenie wybranych polimorfizmów genu ABCB1 (MDR1) w nieswoistym zapaleniu jelit. Przegl. Gastroenterol., 2010, 5, 310-314.

11. Buchner A., Iwańczak F.: Etiopatogeneza wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, Nowa Pediatria, 2002, 3,174-178.
12. Zwolińska-Wcisło M., Ptak-Belowska A., Targosz A., Urbańczyk K., Rozpondek P., Galicka – Latała D., Mach T.: Wpływ niesteroidowych leków przeciw zapalnych na przebieg wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. Przegl. Lek., 2009, 66, 503-507.
13. Chojnacki J., Wichan P.: Tło patogenetyczne i zasady leczenia zachowawczego nieswoistych zapaleń jelit. Pediatria Współczesna. Gastroenterologia, Hepatologia i Żywienie dziecka, 2004, 6, 441-447.
14. Mossakowska M., Karolewska-Bochenek K., Ryżko J.: Poradnik dla młodzieży i rodziców dzieci chorych na wrzodziejące zapalenie jelita grubego (colitis ulcerosa) lub chorobę Leśniowskiego-Crohna. Towarzystwo J-elita, Warszawa, 2006, 7-63.
15. Bartnik W.: Epidemiologia nieswoistych chorób zapalnych jelit [w]: Atlas kliniczno-patologiczny nieswoistych chorób zapalnych jelit, Wejman J., Bartnik W. (red.), Termedia, Poznań, 2011, 15-16.
16. Sebzda T., Steciwko A., Hańczyc P. i wsp.: Nieswoiste zapalenia jelit (IBD) - etiologia, patogeneza, obraz kliniczny, diagnostyka i leczenie [w]: Wybrane zagadnienia z praktyki lekarza rodzinnego, pod red.: Steciwko A., Continuo, Wrocław, 2006, 66-75.
17. Pawlik M., Rydzewska G.: Wrzodziejące zapalenie jelita grubego [w]:Gastroenterologia pod red. Dąbrowski A. Medical Tibune Polska, Warszawa , 2011, 294-304.
18. Mulak A., Paradowski L.: Wybrane klasyfikacje, skale i wskaźniki aktywności chorób układu pokarmowego. Gastroenterol. Pol., 2003, 10, 155-165.
19. Radwan P., Radwan-Kwiatek K., Kwiatek M., Skrzydło-Radomańska B.: Wpływ nieswoistych zapaleń jelit na płodność oraz przebieg ciąży i porodu. Przegl. Gastroenterol., 2008, 3, 295-301.
20. Zagórowicz E., Bartnik W.: Obraz kliniczny wrzodziejącego zapalenia jelita grubego i choroby Leśniowskiego-Crohna [w]: Atlas kliniczno-patologiczny nieswoistych chorób zapalnych jelit, Wejman J., Bartnik W. (red.), Termedia, Poznań, 2011, 23-51.
21. Floch M.H.: Wrzodziejące zapalenie jelita grubego: objawy pozajelitowe i powikłania [w]: Gastroenterologia Nettera,, Floch M.H. (red.), Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 2010, 423-425.
22. Zubrzycka-Sienkiewicz A.: Zmiany w jelitach a zapalenie stawów. Terapia 2003, 10, 48-51.

23. Rychlewska-Hańczewska A., Puszczewicz M.J., Kołczewska A.: Współwystępowanie reumatoidalnego zapalenia stawów i zesztywniającego zapalenie stawów kręgosłupa u chorego na wrzodziejące zapalenie jelita grubego - opis przypadku. Reumatologia 2008, 46, 32-36.
24. Wołowiec J., Raszeja-Kotelba B.: Rumień guzowaty i wrzodziejące zapalenie jelita grubego - opis przypadku. Post. Dermatol., Alergol., 2003, 3, 165-167.
25. Mokrowiecka A., Wierzchniewska-Ławska A., Małecka-Panas E.: Nieokreślone zapalenie jelit -trudności diagnostyczne w różnicowaniu nieswoistych chorób zapalnych jelit. Gastroenterol. Pol., 2006, 13, 389-392.
26. Zagórowska-Zawadzka P., Grzymisławski M.: Nowoczesne metody i diagnostyki różnicowania nieswoistych zapaleń jelita grubego. Now. Lek., 2002, 71, 68-71.
27. Keim V.: Co wnoszą badania laboratoryjne do diagnostyki przewlekłych nieswoistych chorób zapalnych jelit? [w]: Przewlekłe nieswoiste choroby zapalne jelit, Małecka-Panas E., Słomka M. (red.), MedPharm, Wrocław, 2012, 53-59.
28. Pachlewski J., Bartnik W.: Badania endoskopowe w nieswoistych chorobach zapalnych jelit [w]: Atlas kliniczno-patologiczny nieswoistych chorób zapalnych jelit, Wejman J., Bartnik W. (red.), Termedia, Poznań, 2011, 53-63.
29. Schölmerich J.: Badania endoskopowe [w]: Przewlekłe nieswoiste choroby zapalne jelit,. Małecka-Panas E., Słomka M. (red.) , MedPharm, Wrocław, 2012, 77-82.
30. Wojciechowski K., Perczyńska J.: Poradnik dla pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego. Media-Press, Warszawa, 2001, 14-17.
31. Geissler A.: Diagnostyka obrazowa [w]: Przewlekłe nieswoiste choroby zapalne jelit, Małecka-Panas E., Słomka M. (red.), MedPharm, Wrocław, 2012, 69-76.
32. Herrlinger K., Fleig W.E.: Leczenie farmakologiczne wrzodziejącego zapalenia jelita grubego [w]: Przewlekłe nieswoiste choroby zapalne jelit, Małecka-Panas E., Słomka M. (red.), MedPharm. Wrocław, 2012, 99-106.
33. Bartnik W., Zagórowicz E.: Leczenie zachowawcze [w]: Atlas kliniczno-patologiczny nieswoistych chorób zapalnych jelit, Wejman J., Bartnik W. (red.), Termedia, Poznań, 2011, 97-101.
34. Śliwiński Z.K., Stobiński M.: Postępy w leczeniu nieswoistych zapaleń jelit - wrzodziejącego zapalenia jelita grubego i choroby Leśniowskiego-Crohna. Przewodnik Lekarza, 2003, 6, 62-70.

35. Mokrowiecka A. Małecka-Panas E.: Różnicowanie i leczenie nieswoistych chorób zapalnych jelit. Przew. Lek., 2007, 1, 56-65.
36. Gutkowski K., Hartleb M.: zastosowanie azatiopryny i 6-mekaptopuryny w leczeniu nieswoistych chorób zapalnych jelit. Przegl. Gastroenterol., 2009, 4, 225-230.
37. Chojancki C., Romanowski M., Wachowska-Kelly P.: Powikłania psychosomatyczne w przebiegu leczenia wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. Przegl. Gastroenterol., 2012, 7, 52-55.
38. Dziurkowska-Marek A., Marek T.: Metotreksat w leczeniu nieswoistych chorób zapalnych jelit. Przegl. Gastroenterol., 2011, 6, 225-233.
39. Dobrowolska-Zachwieja A., Jakubowska-Burek L.: Korzyści leczenia biologicznego u osób z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit. Przegl. Gastroenterol., 2010, 5, 68-76.
40. Drews M., Hermann J.: Wrzodziejące zapalenie jelita grubego - aspekty chirurgiczne. Gastroenterol. Pol., 2009, 16, 149-154.
41. Vestweber K.H.: Możliwości leczenia chirurgicznego wrzodziejącego zapalenia jelita grubego [w]: Przewlekłe nieswoiste choroby zapalne jelit, Małecka-Panas E., Słomka M. (red.) MedPharm, Wrocław, 2012, 119-126.
42. Niedojadło-Kumor A.: Chirurgiczne leczenie chorób jelita grubego. Świat Medycyny i Farmacji, 2009, 8, 14-18.
43. Szumska A., Cierzniakowska K., Cwajda J., Banaszkiewicz Z., Szewczyk M.T., Jawień A.: Charakterystyka chorych z nieswoistym zapaleniem jelit leczonych operacyjnie. Pielęg. Chir. Angiol., 2007, 2, 47-53.
44. Floch M.H.: Wrzodziejące zapalenie jelita grubego: leczenie chirurgiczne [w:] Gastroenterologia Nettera, Floch M.H. (red.), Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 2010, 429-431.
45. Baczewska-Mazurkiewicz D., Rydzewska G.: Problemy żywieniowe pacjentów z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit. Przegl. Gastroenterol., 2011, 6, 69-77.
46. Pertkiewicz M.: Żywienie enteralne w chorobach przewodu pokarmowego Wytyczne European Society for Clinical Nutrition and Metabolism. Medycyna Praktyczna, 2007, 2, 120-126.
47. Moser G.: Psychosomatyka [w]: Przewlekłe nieswoiste choroby zapalne jelit, Małecka-Panas E., Słomka M. (red.), MedPharm, Wrocław, 2012, 211-215.

48. Kamrowska A., Kasprzak K., Marciniak J., Goch A., Kamrowski C.: Lęk i depresja we wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego i chorobie Leśniowskiego-Crohna. Pol. Merk. Lek., 2010, 28, 239-241.
49. Jakubowska-Burek L., Warmuz-Stangierska I., Kaczmarek E. i wsp.: Ocena jakości życia polskich i amerykańskich pacjentów z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit. Przegl. Gastroenterol., 2011, 6, 388-400.

Sierżantowicz Regina[1], Łagoda Katarzyna[2] , Jurkowska Grażyna[3]

Przyczyny występowania Zespołu Jelita Nadwrażliwego

1. Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Medycyny Klinicznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Klinika Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

Wstęp

Zespół jelita nadwrażliwego (z.j.n.; *Irritable bowel syndrome*, IBS) należy do najczęściej rozpoznawanych zaburzeń czynnościowych przewodu pokarmowego [1,2]. Termin ,,colon irritable" pojawił się około 1930 roku, ale dopiero w 1962 roku Chaudhary i Truelove opublikowali pierwszy, uporządkowany opis choroby dzieląc jej postacie na ,,jelito spastyczne" i ,,bezbolesną biegunkę". Pierwsza klasyfikacja wszystkich zaburzeń czynnościowych dotyczących układu pokarmowego została opublikowana w 1979 roku [1].

Od 2000 roku rozpoczęły się prace nad modyfikacją Kryteriów Rzymskich. Komisja reprezentująca 18 krajów, na spotkaniu Amerykańskiego Towarzystwa Gastroenterologicznego przedstawiła kryteria diagnostyczne IBS według III Klasyfikacji Rzymskiej [1]. Kryteria Rzymskie III uznały: nawracający ból lub dyskomfort w jamie brzusznej, trwający, co najmniej 3 dni w miesiącu przez ostatnie 3 miesiące, związany z dwoma lub więcej objawami: poprawą po defekacji, początkiem dolegliwości związaną ze zmianą częstości wypróżnień oraz początek dolegliwości związany ze zmianą konsystencji stolca. Kryteria skróciły wymagany czas zgłaszanych przez pacjenta dolegliwości (z 12 do 6 miesięcy) i określiły próg częstości występowania objawów [3]. Wprowadzono nowy podział na poszczególne postacie IBS oraz zmianę nomenklatury. Zalecono użycie bristolskiej skali uformowania stolca (*Bristol Stool Form Scale*) w celu ustalenia podtypów zespołu jelita nadwrażliwego [3].

Dolegliwości w z.j.n. pojawiają się zwykle w wieku młodzieńczym i stopniowo nasilają się przez wiele lat. Początek objawów IBS po 50 roku życia jest bardzo nietypowy [4]. Bóle brzucha mają zmienną intensywność i lokalizację. Dolegliwości mogą pojawić się w dowolnym regionie brzucha, zazwyczaj dotyczą podbrzusza lub śródbrzusza. Najczęściej nasilają się w godzinach rannych i po obudzeniu, 30-90 minut po posiłkach i w okresie wzmożonego napięcia psychicznego. Charakterystyczne jest, że w IBS bóle nie występują w nocy. Jest to ważna cecha z.j.n., chociaż pacjenci z depresją mogą mieć objawy także w nocy. Typowym objawem jest zmieniony rytm wypróżnień: biegunka, zaparcie lub naprzemienne

ich występowanie. U większości chorych występują wzdęcia i dyskomfort w obrębie brzucha, które zmniejszają się po oddaniu gazów i stolca [5].

U chorych z z.j.n. często współistnieją zaburzenia z zakresu górnego odcinka przewodu pokarmowego (refluks żołądkowo-przełykowy, dyspepsja) oraz ze strony innych układów (zaburzenia w oddawaniu moczu, dysfunkcje seksualne, bóle głowy, fibromialgia, zespół przewlekłego zmęczenia). Do czynników nasilających objawy choroby należą: stosowanie niektórych leków, zmiany w diecie, stres czy też pojawienie się lęku przed poważną chorobą (np. kancerofobii). U kobiet nasilenie z.j.n. występuje podczas miesiączki. Pacjenci często skarżą się na nietolerancję różnych pokarmów. Rzeczywiste rozpoznanie nietolerancji pokarmów jest skomplikowane i zmusza do wykluczenia alergii pokarmowej, idiopatycznego zespołu złego wchłaniania kwasów żółciowych, pseudoalergicznej nietolerancji niektórych składników pokarmowych, niedoborów enzymatycznych, uwarunkowań natury psychogennej [5].

Zespół jelita nadwrażliwego odpowiedzialny jest za znaczną absencję w pracy. Liczba godzin nieobecności w pracy z powodu z.j.n. w USA jest taka sama jak z powodu przeziębień. Schorzenie dotyczy ludzi aktywnych zawodowo, a jego częstsze występowanie wśród kobiet w wieku 20-40 lat powoduje ryzyko większych kosztów ich zatrudnienia. IBS przebiega z okresami zaostrzeń i remisji, które powodują dezorganizację pracy. Udowodniono, że z.j.n. ma niekorzystny wpływ na wydajność pracy [6].

Zespół jelita nadwrażliwego tradycyjnie jest postrzegany jako choroba ludzi młodych lub w średnim wieku. Objawy najczęściej rozpoczynają się w drugiej i trzeciej dekadzie życia. Jedynie u 10% pacjentów IBS bywa rozpoznawany powyżej 60 roku życia. Niektóre badania przemawiają za tym, że objawy tego zespołu mogą być obecne w podobnym odsetku w populacji osób starszych jak też w młodszych grupach wiekowych [6].

Kobiety z IBS częściej poddawano zabiegom chirurgicznym w obrębie jamy brzusznej lub miednicy (appendektomii, cholecystektomii, histerektomii) [7]. W badaniu, finansowanym przez AGA, bezpośrednie roczne koszty związane z z.j.n. w USA oszacowano na 1,7 miliarda dolarów. Müller-Lissner i Pirk [8] analizowali koszty choroby w Niemczech i stwierdzili, że największe nakłady pieniężne przypadają na leki, następnie porady lekarskie i badania diagnostyczne. Badania Leonga i wsp. [9] określały bezpośrednie koszty leczenia zespołu jelita nadwrażliwego oraz koszty pośrednie w miejscu pracy. Średni całkowity koszt wydatków przypadający na pacjenta z IBS wyniósł ponad 4,5 tys. dolarów w 1998 roku. Równie wysoki był w Anglii w 2 roku, zaś według badań francuskich sięgał on w 2007 roku 756 euro na pacjenta.

Kluczową rolę w z.j.n. odgrywają zaburzenia procesów regulacyjnych w zakresie osi mózgowo-jelitowej (mózgowo-trzewnej, *brain-gut axis*), związana z nimi zmieniona reaktywność motoryczna przewodu pokarmowego oraz nadwrażliwość trzewna [10]. Zmieniona reaktywność na różnorodne bodźce stresowe, często występująca u pacjentów z IBS, w szczególny sposób zależy od interakcji neuroimmunologicznych, czynników psychologicznych i uwarunkowań psychospołecznych [11].

Celem pracy było przedstawienie przyczyn powstawania zespołu jelita nadwrażliwego

Postacie zespołu jelita nadwrażliwego

Obecnie wyróżnia się 4 główne postacie IBS: IBS z zaparciem, IBS z biegunką, postać mieszaną IBS oraz niesklasyfikowaną postać IBS. Kwalifikacja na poszczególne postacie IBS według III Kryteriów Rzymskich odbywa się na podstawie Brystolskiej Skali Uformowania Stolca [1].

Postać z.j.n z zaparciem

Zaparcie powstaje na skutek zbyt długiego przebywania mas kałowych w jelicie grubym. Charakteryzuje się występowaniem mniej niż 3 wypróżnień na tydzień. Defekacji może towarzyszyć ból. Często występuje dyskomfort w obrębie brzucha, wzdęcia, czasem nudności i zgaga. Pacjenci zgłaszają wydalanie śluzu podczas aktu defekacji. Postać z zaparciem częściej dotyczy kobiet. W grupie IBS z zaparciem częściej występują hemoroidy [12].

Postać z.j.n. z biegunką

W postaci z biegunką charakterystyczne jest oddawanie luźnego lub wodnistego stolca, częściej niż 3 razy na dobę. Postać ta może być spowodowana przyspieszeniem motoryki jelit. Pacjenci zgłaszają nagłą potrzebę defekacji, często natychmiast po wstaniu z łóżka lub po posiłku. Mogą występować bóle kurczowe i dyskomfort w obrębie jamy brzusznej [12].

Postać z.j.n. mieszana

Pacjenci, u których występuje naprzemiennie biegunka i zaparcie należą do mieszanej grupy IBS. Nierzadko charakter wypróżnień zmienia się w czasie tygodni lub miesięcy, co uważano według dotychczasowych kryteriów za zmienną postać IBS, w odróżnieniu od postaci mieszanej IBS [12].

Oś mózgowo-jelitowa

Głównym czynnikiem w patogenezie z.j.n. mogą być zmiany dotyczące ośrodkowego układu nerwowego (OUN, top-down model), zmiany obwodowe (bottom-up model) lub oba

mechanizmy jednocześnie. Oś mózgowo-jelitowa jest stymulowana przez różnorodne bodźce oddziałujące na OUN lub układ pokarmowy. Stres psychiczny i napięcie emocjonalne mogą zaburzać czynność przewodu pokarmowego, jak również bodźce trzewne np. związane z odpowiedzią immunologiczną na zakażenie układu pokarmowego, mogą wpływać na reakcję bólową na poziomie OUN, na nastrój i zachowanie [13].

Badania z zastosowaniem pozytronowej tomografii emisyjnej (PET) i obrazowania rezonansem magnetycznym, wykazały u tych chorych upośledzenie przepływu krwi w obszarach mózgu uczestniczących w emocjonalnej regulacji bólu, co wskazuje na udział CUN w patogenezie IBS [13].

Zaburzenia funkcji czuciowej przewodu pokarmowego

Pacjenci z zespołem jelita nadwrażliwego wykazują znaczną nadwrażliwość czuciową w zakresie unerwienia trzewnego. Może być ona wynikiem zaburzonego powstawania, przekazywania i analizy bodźców czuciowych oraz nieprawidłowej odpowiedzi na te bodźce [14].

Wyniki badań Ritchiego i wsp. [15], wskazują, że rozdęcie bańki odbytnicy, jelita grubego i innych odcinków jelita u pacjentów z z.j.n. powoduje ból przy znacznie niższych ciśnieniach niż w grupie kontrolnej. Badając 66 chorych z IBS funkcje anorektalne za pomocą manometrii stwierdzono cechy nadwrażliwości trzewnej najczęściej u młodych kobiet.

Istotna jest głównie rola 5-hydroksytryptaminy (serotoniny) w regulacji czucia bólu trzewnego, motoryki i sekrecji w przewodzie pokarmowym. Ostatnie badania dowiodły, że komórki enterochromafinowe (EC) rozsiane na całej długości przewodu pokarmowego odpowiadają za syntezę melatoniny. Liczne badania potwierdzają relaksacyjne działanie melatoniny na mięśniówkę przewodu pokarmowego.

Song i wsp., a także inni badacze wykazali, że zastosowanie pacjentom z IBS melatoniny prowadzi do znacznego zmniejszenia bólu brzucha oraz podwyższenia progu czucia trzewnego w rejonie odbytnicy; nie zaobserwowano redukcji objawów depresyjnych i zaburzeń snu [16].

Przypuszcza się, że wzmożona produkcja neuroprzekaźników (serotonina, substancja P) oraz uwalnianie mediatorów zapalnych z komórek tucznych mogą mieć wpływ na nadwrażliwość trzewną. Istotną rolę odgrywa też nadpobudliwość rdzenia kręgowego i osłabienie mechanizmu hamowania przekazywania bodźców do mózgu. Udowodniono, że powtarzająca się stymulacja mechaniczna, chemiczna i uszkodzenie zakończeń nerwowych narządów wewnętrznych mogą uczulać rdzeń kręgowy na bodźce z tych narządów i indukować zjawisko „pamięci bólu” na poziomie centralnego układu nerwowego. O

zaangażowaniu CUN świadczy większa odporność skóry na bodźce elektryczne i niskie temperatury u pacjentów z z.j.n. Chociaż wykazano współistniejące cechy nadwrażliwości skórnej. Nadwrażliwość trzewna nie jest jednak jednoznaczną przyczyną z.j.n., dlatego że u 33% pacjentów funkcje ‘anorektalne” są prawidłowe. Uważa się, że podczas oceny czucia trzewnego należy wziąć pod szereg czynników, takich jak wiek, płeć, spożycie posiłku, działanie stresu, czynniki psychiczne i sam protokół badania [17].

Geneza nadwrażliwości trzewnej nie jest jednoznaczna. Może ona zależeć od zaburzeń funkcji receptorów i dróg przewodzących bodźce, być uwarunkowana zmianami uwalniania chemicznych mediatorów czucia, dysfunkcją rdzenia kręgowego, analizatorów czuciowych mózgu oraz mechanizmów hamujących reakcje czuciowe. Sondaż tych przyczyn może tłumaczyć współistnienie z.j.n. z dyspepsją idiopatyczną i objawami IBS ze strony układu moczowego [16,17].

Zaburzenia motoryki przewodu pokarmowego

Na aktywność motoryczną jelit u osób zdrowych składają się odcinkowe skurcze o amplitudzie 5-50 mmHg. Pojawiają się bez określonej częstotliwości, w różnych odcinkach okrężnicy. Skurcze propulsywne mają taką samą amplitudę, lecz układają się w regularne serie 4-7 na minutę [12].

Aktywność motoryczna okrężnicy u pacjentów z IBS jest jakościowo zbliżona do obserwowanej u osób zdrowych. Częstsze są skurcze odcinkowe z wyraźnym wzrostem aktywności motorycznej okolicy odbytniczo-esicznej. Zasadniczą różnicą jest wzmożona odpowiedź ruchowo-czuciowa okrężnicy na różnorodne bodźce jak np. stres, rozdęcie odbytnicy, posiłek czy cholecystokininę. Nie ustalono jednolitej charakterystyki pod względem parametrów manometrycznych w postaci IBS z biegunką lub z zaparciem, potwierdzono natomiast związek gwałtownych, krótkotrwałych, nieperystaltycznych skurczów jelita cienkiego o wysokiej amplitudzie z występowaniem dolegliwości bólowych. Ustępowanie bólu po defekacji sugeruje większą zależność od czynności jelita grubego. Pomimo, że zmiany motoryki ściśle nie są ściśle związane z występowaniem objawów, to jednak u chorych z IBS obserwowano wzmożoną percepcję aktywności motorycznej jelit [12].

Uwarunkowania psychologiczne w IBS

Wpływ stresu na funkcjonowanie przewodu pokarmowego, a szczególnie błony śluzowej jelit jest szczególnie wyraźny u chorych z IBS. Osoby te charakteryzują się wzmożoną reakcją na czynniki stresowe. Sytuacje stresowe wyzwalają, nawet u zdrowych osób, silne emocje powodujące zmiany funkcjonowania różnych narządów wewnętrznych,

wśród których zaburzenia układu pokarmowego zajmują istotne miejsce. Do chorób, w których powstawaniu, przebiegu klinicznym i leczeniu funkcjonowanie psychiczne pacjenta odgrywa istotną rolę należy m. in. zespół jelita nadwrażliwego. Najistotniejszy nie jest sam fakt występowania silnych emocji, lecz sposób ich przeżywania, ich rodzaj (emocje pozytywne / negatywne), sposób radzenia sobie z bólem i chorobą oraz zdolność do prawidłowego funkcjonowania w sytuacjach stresowych [18].

Oceniano oddziaływanie stresu podczas przemówienia, o którym uczestnicy byli przekonani, że jest wygłaszane publiczne za pośrednictwem mediów. W celu pomiaru reakcji na stres użyto standaryzowane ankiety, przeprowadzono pomiary tętna i ciśnienia tętniczego krwi oraz badanie manometryczne. Analiza wykazała zwiększony poziom stresu u pacjentów z IBS, wzrost tętna podczas eksperymentu w porównaniu z grupą kontrolną. Nie zaobserwowano zmiany wrażliwości odbytniczej pomiędzy badanymi grupami. Zaburzenia lękowe lub czynniki psychospołeczne (stres w pracy, problemy rodzinne, utrata pracy, śmierć bliskich osób) mogą być bezpośrednią przyczyną poszukiwania pomocy lekarskiej. Czynniki psychospołeczne nie odgrywają zasadniczej roli w etiologii zaburzeń czynnościowych, ale mogą wpływać na sposób postrzegania choroby przez pacjenta, odczuwania dolegliwości oraz wyniki leczenia [12].

Badania Sulkowskiej i wsp. [19] za pomocą testu MMPI (*Minnesota Multiphasic Inventory*) stwierdzają, że u pacjentów z z.j.n. trzykrotnie częściej występują objawy hipochondrii, histerii i psychastenii, w porównaniu do grupy kontrolnej zdrowej danej populacji. U ponad połowy badanych z IBS stwierdzono również występowanie zjawiska somatyzacji. Ponadto u 70-90% chorych występują zaburzenia osobowości, niepokój, objawy depresji lub histerii. Folks podaje, że współistniejące zaburzenia psychiczne, zwłaszcza depresyjne i lękowe, stwierdza się od 20% aż do 60% chorych z IBS. Proces powstawania zaburzeń jest złożony i u większości osób z tą chorobą w określonym stopniu związany jest z objawami zespołu depresyjnego. Często jest wynikiem tzw. konwersji dysocjacyjnej, czyli transformacji (konwersji) utrwalonych zaburzeń lękowych w dolegliwości wtórne somatyczne [20].

Czynniki infekcyjne w IBS

Ponad 40 lat temu, Chaudhary i Truelove opisali grupę pacjentów, u których objawy IBS miały związek z wcześniejszą infekcją [1].

Następne badania potwierdziły związek zakażeń jelitowych z IBS. Według różnych badań poinfekcyjny IBS występuje u 7-31% osób po przebyciu zakażenia żołądkowo-jelitowego. Choroba częściej występuje po upływie 2-3 lat po zakażeniach o etiologii

bakteryjnej (*E. coli, Campylobacter jejuni, Salmonella, Shigella*) pasożytniczej (*Trichinella*) i wirusowej (*Rotavirus, Norovirus*). Zakaźna biegunka spowodowana przez bakterie (*Salmonella, Shigella lub Campylobacter*) poprzedza początek IBS u 7-30% pacjentów. W pracy Halvorsona i wsp. przeanalizowano osiem badań zajmujących się związkiem IBS z infekcją [21]. Wszystkie potwierdziły, że ryzyko choroby po przebytym zakażeniu zwiększa się siedmiokrotnie.

U pacjentów z IBS stwierdza się w błonie śluzowej jelita cienkiego i grubego nacieki z komórek zapalnych oraz ogólnoustrojowe pobudzenie układu immunologicznego. Szczegółowe wyniki badań wycinków błony śluzowej jelita grubego wykazały zwiększenie liczby komórek enteroendokrynnych, komórek tucznych i limfocytów T oraz wzrost ekspresji mRNA dla interleukiny 1β. Uwalniane podczas zapalenia mediatory indukują nadwrażliwość trzewną, wzmagają aktywność motoryczną i wydzielniczą przewodu pokarmowego, wywołując objawy jelitowe.

Badania O'Mahonego i wsp. wykazały, że wydzielanie IL-10, cytokiny hamującej reakcję zapalną, w stosunku do IL-12, cytokiny prozapalnej wydzielanej przez monocyty obwodowe było 2-krotnie niższe u pacjentów z IBS w stosunku do osób zdrowych [22].

Przebieg kliniczny poinfekcyjnej postaci IBS jest odmienny. Najczęściej w obrazie klinicznym dominuje przewlekła biegunka. Objawy infekcyjne zespołu jelita nadwrażliwego mogą ustąpić samoistnie. Badania przeprowadzone potwierdziły, że po sześciu latach od bakteryjnego zakażenia żołądkowo-jelitowego objawy poinfekcyjnego IBS ustąpiły w 50% przypadków.

Ji i wsp. [23] oraz w swoich badaniach zauważyli, że stopień ciężkości zakażenia i czas jego trwania są czynnikami ryzyka infekcyjnej postaci IBS. W grupie pacjentów, u których utrzymywała się biegunka przez pięć dni, częściej występował poinfekcyjny IBS, w porównaniu z grupą pacjentów z biegunką dwudniową. Obserwacje kliniczne potwierdzają ponadto, że sytuacje stresowe w okresie ostrej infekcji jelitowej, zaburzenia depresyjno-lękowe oraz młody wiek pacjenta mogą stanowić czynnik ryzyka wystąpienia poinfekcyjnej postaci IBS. Taki rodzaj IBS nie występuje u pacjentów po 60 roku życia.

Coraz więcej uwagi w diagnostyce poinfekcyjnych zaburzeń czynnościowych przypisuje się jelitowej florze bakteryjnej. Istnieje możliwość występowania ilościowych zaburzeń flory bakteryjnej jelita, tzn. przerostu bakteryjnego jelita cienkiego (*small intenstinal bacterial overgrowth* - SIBO). Wzmożona fermentacja bakteryjna prowadzi do nadmiernego zużycia przez bakterie witaminy $B_{12,}$ przewlekłego stanu zapalnego jelita, wtórnego niedoboru enzymów rąbka szczoteczkowego i zaburzeń wchłaniania cukrów,

białek, tłuszczów, witamin rozpuszczalnych w tłuszczach oraz przenikania antygenów bakteryjnych do krwioobiegu. Do czynników predysponujących do nadmiernego wzrostu bakterii w obrębie jelita cienkiego zalicza się m.in. infekcyjne choroby zapalne jelit i często im towarzyszące zaburzenia kwasowości soku żołądkowego oraz dysfunkcję zastawki krętniczo-kątniczej [24]. Badania przeprowadzone wśród 26 pacjentów z zaburzeniami czynnościowymi wykazały, że zakaźna biegunka spowodowana przez Salmonellę, Shigellę lub Campylobacter poprzedza występowanie objawów IBS u 7-30% pacjentów.

Czynniki dietetyczne, genetyczne

Zaparcie i inne objawy zaburzenia funkcji jelit nie występują u mieszkańców Afryki, którzy spożywają produkty bogatoresztkowe. Udowodniono, że duża zawartość błonnika w diecie skraca czas pasażu jelitowego. Powyższe obserwacje spowodowały poszukiwania zależności nasilenia objawów w czynnościowych chorobach układu pokarmowego od diety ubogo resztkowej lub bogatej w błonnik. Badania kliniczne pacjentów z zespołem jelita nadwrażliwego potwierdzają związek nasilania się dolegliwości po spożyciu niektórych pokarmów. Przedmiotem zainteresowania było występowanie alergii i nietolerancji pokarmowej w populacji chorych z IBS, około 25% pacjentów zgłaszających objawy nietolerancji pokarmowej wykazuje tendencję do objawów charakterystycznych dla zespołu jelita nadwrażliwego. Park i wsp. stwierdzili, że 20-65% pacjentów z IBS przypisuje symptomy alergii różnym produktom spożywczym [25].

Guzek M. i wsp. oceniali częstość występowania nietolerancji laktozy u 90 pacjentów z niespecyficznymi dolegliwościami żołądkowo-jelitowymi, wśród których znajdowali się pacjenci z IBS oraz u 20 zdrowych osób bez dolegliwości [26]. Stwierdzono, że nietolerancja laktozy często występuje wśród osób z niespecyficznymi dolegliwościami ze strony przewodu pokarmowego pod postacią biegunki, bólów brzucha, uczucia przelewania w jamie brzusznej i oddawania nadmiernej ilości gazów. Powyższa obserwacja sugeruje, że należy wykluczyć nietolerancję laktozy u chorych z IBS.

Podsumowanie

Przyczyny zespołu jelita nadwrażliwego nie zostały dotychczas w pełni wyjaśnione, a zróżnicowanie poglądów dotyczących etiopatogenezy jest bardzo duże. Poznanie i zrozumienie czynników mających wpływ na występowanie choroby oraz nawiązanie dobrych relacji pomiędzy pacjentem i lekarzem jest bardzo dobrym, pozbawionym działań ubocznych, środkiem leczniczym.

Piśmiennictwo

1. Lewandowska A., Paradowski L.: Zespół jelita nadwrażliwego-jedno schorzenie czy wiele chorób? Uwagi o ewolucji kryteriów diagnostycznych IBS. Gastroenterol. Pol., 2008, 15, 37-41.
2. Talley N.J.: Controversies in NICE guidance on irritable bowel syndrome. BMJ, 2008, 336, 558-559.
3. Mulak A., Waśko-Czopnik D., Paradowski L.: Choroby czynnościowe dolnego odcinka przewodu pokarmowego i zespół czynnościowego bólu brzucha według Kryteriów Rzymskich III. Gastroenterol. Pol., 2006, 13, 473-478.
4. Tillisch K. , Chang L.: Diagnosis and Treatment of Irritable Bowel Syndrome: State of the Art. Current Gastroenterology Reports, 2005, 7,249-256.
5. Dalrymple J., Bullock I.: Diagnosis and management of bowel syndrome in adults in primary care: Sumary of NICE guidance. BMJ, 2008, 336, 556-558.
6. Brooks D., Cash M.D., Wiliam D., et al.: Postępy w leczeniu zespołu jelita nadwrażliwego. Medycyna po Dyplomie, 2005, 8, 99-109.
7. Ching-Liang L., Chun-Chu L., Jong-Ling F., et al.: Irritable bowel syndrome and negative appendectomy: a prospective multivariable investigation. Gut, 2007, 56, 655-660.
8. Müller-Lissner S.A., Pirk O.: Irritable bowel syndrome in Germany cost of illness study. European J. Gastrol. Hepatol., 2002, 14, 1325-1329.
9. Leong S.A., Barghout V., Birnbaum H.G., et al.: The economic consequences of irritable bowel syndrome: a US employer perspective. Arch. Intern. Med., 2003, 163, 929-935.
10. Kellow J.E., Azpiroz F., Delvaux M., et al.: Applied principles of neurogastroenterology: physiology/motility sensation. Gastroenterol., 2006, 130, 1412-1420.
11. Mulak A., Bonaz B.: Irritable bowel syndrome: a model of the brain-gut interactions. Med. Sci. Monit., 2004, 10, RA55-RA62.
12. Mulak A., Waszczuk E.: Zespół jelita nadwrażliwego. W: Zaburzenia czynnościowe przewodu pokarmowego. Paradowski L.(red.). Wyd. Cornetics sp. z.o.o, Wrocław, 2007, 111-125.
13. Hart A., Kamm M.A.: Review article: mechanisms of initiation and perpetuation of gut inflammation by stress. Aliment. Pharmacol. Ther., 2002, 16, 2017-2028.

14. Bonaz B.: Visceral sensitivity perturbation integration in the brain-gut axis in functional digestive disorders. J. Physiol. Pharmacol., 2003, 54, supl. 4, 27-42.
15. Ritchie J.: Pain from distension of the pelvic colon by inflating a ballon in the irritable colon syndrome. Gut, 1973, 14, 125-132.
16. Song G.H., Leng P.H., Gwee K.A. et al.: Melatonin improves pain in irritable bowel syndrome patients who have Steep disturbances: a randomized double blind placebo controlled study. Gut, 2005, 54, 1402-1407.
17. Mulak A.: Testing of visceral sensitivity. J. Physiol. Pharmacol., 2003, 54, supl. 4, 55-72.
18. Marcinkowska-Bachlinska M., Małecka-Panas E.: Rola czynników psychologicznych w patogenezie chorób czynnościowych przewodu pokarmowego. Przew. Lek., 2007, 1, 56-75.
19. Sulkowska A., Borys B., Majkowicz M., i wsp.: Emocjonalne uwarunkowania zespołu jelita nadwrażliwego – ocena w oparciu o wyniki badania testem MMPI. Gastroenterol. Pol., 2003, 10, 331-334.
20. Folks D.G.: The interface of psychiatry and irritable bowel syndrome. Curr. Psychiatry. Rep., 2004, 6, 210-215.
21. Halvroson H.A., Schlett C.D., Riddle M.S.: Postinfectious irritable bowel syndrome-a-meta-analysis. Am. J. Gastroenterol., 2006, 101, 1894-1899.
22. O'Mahony L., McCarthy J., Kelly P., et al.: Lactobaccillus and bifidobacterium in irritable bowel syndrome: symptom responses and relationship to cytokine profiles. Gastroenterol., 2005, 128, 541-555.
23. Ji S., Park H., Lee D., et al.: Post-infections irritable bowel syndrome in patients with Shigella infection. J. Gastroentrol. Hepatol., 2005, 20, 381-386.
24. Boznańska P., Walecka-Kapica E., Chojnacki J.: Patogeneza i leczenie poinfekcyjnego zespołu jelita nadwrażliwego. Terapia, Gastroenerol., 2008, 210, 51-55.
25. Park M.I., Camilleri M.: Is there a role of food allergy in irritable bowel syndrome and functional dyspepsja? A systematic review. Neurogastroenterol. Motil. 2006, 18, 595-607.
26. Guzek M., Stojek M., Wypych J., i wsp.: Nietolerancja laktozy u osób z niespecyficznymi dolegliwościami żołądkowo jelitowymi. Gastroenterol. Pol., 2007, 14, 17-20.

Łagoda Katarzyna[1], Sierżantowicz Regina[2,] Jurkowska Grażyna[3]

Niefarmakologiczne metody terapii choroby refluksowej przełyku

1. Zakład Medycyny Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Klinika Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

Choroba refluksowa przełyku (ChRP) jest jedną z najczęściej występujących chorób przewodu pokarmowego w krajach wysoko rozwiniętych. Charakteryzuje się występowaniem typowych objawów podmiotowych lub uszkodzenia błony śluzowej przełyku spowodowanych patologicznym zarzucaniem treści żołądkowej do przełyku [1].

Objawy refluksu w społeczeństwach wysoko rozwiniętych występują codziennie u około 5-10% populacji, raz w tygodniu u około 20% populacji, a u około 44% osób raz w miesiącu [2]. Badania amerykańskie wykazały, że najbardziej typowy objaw refluksu jakim jest zgaga, występuje przynajmniej raz w tygodniu aż u 15% populacji, a raz w miesiącu odczuwa ją 44% osób [2]. Ocenia się, że ChRP występuje u 10-20 % populacji w krajach Europy Zachodniej i USA, u 10% w Ameryce Południowej. W krajach Azji i Afryki choroba jest rzadziej rozpoznawana i obejmuje około 6% populacji.

Choroba refluksowa przełyku polega na występowaniu uszkodzeń błony śluzowej przełyku i/lub zespołu typowych dolegliwości, które w istotny sposób pogarszają jakość życia chorego. Warunkiem rozpoznania choroby jest potwierdzenie nienowotworowego charakteru dolegliwości. Patogeneza ChRP jest złożona i wieloczynnikowa. Istotnymi elementami w patogenezie choroby są: bariera antyrefluksowa, mechanizmy oczyszczania przełyku, oporność nabłonka przełyku na uszkodzenie, wydzielanie kwasu solnego oraz i opróżnianie żołądkowe [3].

Istnieje wiele czynników powodujących obniżenie napięcia dolnego zwieracza przełyku. Należą do nich między innymi: zwiększona ilość tłuszczu w posiłkach, prostaglandyny E1 i E2, antagoniści receptora alfa-adrenergicznego, agoniści receptora beta-andrenergicznego, czynniki parasympatykolityczne, antagoniści kanału wapniowego, azotyny o przedłużonym działaniu, niektóre hormony (sekretyna, glukagon, neurotensyna, wazoaktywny peptyd jelitowy VIP). Do innych czynników upośledzających czynność dolnego zwieracza przełyku i oczyszczania przełyku z kwasu należy palenie tytoniu oraz

spożywanie alkoholu. Nikotyna hamuje transport sodu poprzez nabłonek przełyku, natomiast alkohol i aspiryna podwyższają jego przepuszczalność dla jonów wodorowych [4].

Zgodnie z konsensusem ustalonym w Montrealu (2005) objawy choroby refluksowej klasyfikuje się jako zespoły objawów i powikłań przełykowych i/lub zespół objawów/powikłań pozaprzełykowych [1]. Do typowych objawów ChRP zaliczane są: zgaga, zwracanie pokarmu (regurgitacja, ulewanie), odbijania, nudności, wymioty, zaburzenia połykania, bóle za mostkiem, ból w nadbrzuszu. Natomiast do objawów nietypowych należą: chrypka, kaszel, zapalenie gardła, krtani, ucha; ataki astmy oskrzelowej, zapalenie oskrzeli, zachłystowe zapalenie płuc [5].

Istnieje szereg czynników nasilających dolegliwości. Mogą one być związane ze stylem życia, aktywnością fizyczną, sposobem odżywiania, częstością spożywania posiłków ale także przyjmowanymi lekami i chorobami współistniejącymi. Do czynników nasilających dolegliwości choroby refluksowej przełyku należą: otyłość, palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, nadmierne spożycie kawy, niektóre pokarmy i leki, ciąża oraz czynniki psychologiczne [2,3].

Obraz kliniczny

Najbardziej typowym i najczęściej występującym objawem ChRP jest zgaga, definiowana jako odczucie palenia lub pieczenia rozpoczynające się w dołku podsercowym. Występuje u około 70 - 80% chorych. Zgagą określa się również ból zamostkowy związany z posiłkiem, przyjęciem pozycji leżącej, pochylaniem się do przodu, a niekiedy również z wysiłkiem fizycznym [6,7].

Do czynników nasilających zgagę należą: posiłki o dużej zawartości tłuszczu, słodycze, kofeina, czekolada, alkohol, nikotyna, soki z owoców cytrusowych. Zgaga może również pojawić się w czasie schylania się lub przyjmowania pozycji leżącej, zwłaszcza po obfitym posiłku [8].

Drugim przełykowym zespołem objawowym jest *ból w klatce piersiowej,* który występuje jako jedyny objaw i dominuje nad typowymi objawami GERD. Ból w klatce piersiowej ma pochodzenie pozasercowe (non-cardiac chest pain, NCCP), zazwyczaj nasila się przy wzroście ciśnienia wewnątrzbrzusznego np. w pozycji leżącej i przy wysiłku [8,9].

Do objawów pozaprzełykowych ChRP należą zespoły objawów o udowodnionym związku przyczynowo-skutkowym z refluksem. Wśród nich znajdują się: kaszel refluksowy, refluksowe zapalenie krtani, astma refluksowa, refluksowe nadżerki oraz te objawy, w których związek taki jest brany pod uwagę, ale nie został dotychczas dostatecznie udowodniony. Należą do nich: powikłania otolaryngologiczne i płucne, tj. zapalenie zatok

obocznych nosa, nawracające zapalenie ucha środkowego, zapalenie gardła, choroba włóknieniowa płuc [8,9].

U około 11% chorych zgłaszających się do lekarza pierwszego kontaktu występują tzw. objawy alarmujące. Są one również najczęstszą przyczyną kierowania pacjentów do specjalistycznej opieki ambulatoryjnej. Do objawów alarmujących ChRP należą: dysfagia, odynofagia, utrata masy ciała, krwawienie z przewodu pokarmowego i niedokrwistość. Ich obecność może świadczyć o wystąpieniu powikłań choroby refluksowej przełyku [10].

Metody leczenia GERD

Choroba refluksowa przełyku jest chorobą przewlekłą wymagającą długotrwałego i systematycznego leczenia, niekiedy nawet do końca życia. Głównym celem terapii jest spowodowanie ustąpienia lub zmniejszenia objawów chorobowych Ponadto dąży się do wyleczenia zapalenia przełyku oraz zapobiegania wystąpieniu powikłań choroby refluksowej takich jak: owrzodzenia przełyku, aspiracja treści żołądkowej w czasie snu, metaplazja nabłonka błony śluzowej przełyku, a także zwężenie przełyku prowadzące do dysfagii i odynofagii. Leczenie ChRP obejmuje: leczenie niefarmakologiczne, leczenie farmakologiczne oraz leczenie zabiegowe: endoskopowe i chirurgiczne.

Zasadnicze znaczenie w leczeniu farmakologicznym choroby refluksowej przełyku mają leki zmniejszające wydzielanie kwasu solnego, leki z grupy inhibitorów pompy protonowej (IPP). Dawkę leku stosowaną przewlekle należy ustalić indywidualnie. Podstawową zasadą w leczeniu przewlekłym jest stosowanie najmniejszej skutecznej dawki terapeutycznej IPP. Terapia farmakologiczna może być stosowana jako:

- terapia ciągła – pacjent przyjmuje lek codziennie niezależnie od dolegliwości;
- terapia przerywana – pacjent zaczyna ponownie przyjmować lek od momentu nawrotu dolegliwości, codziennie, najczęściej przez kilka dni lub tygodni;
- terapia na żądanie – pacjent przyjmuje lek doraźnie, w dniu nawrotu objawów [11].

Leczenie chirurgiczne stosowane jest w przypadku wystąpienia powikłań lub u chorych ze znacznie nasilonymi dolegliwościami, u których długotrwała terapia farmakologiczna jest nieskuteczna.

Niefarmakologiczne metody leczenia choroby refluksowej przełyku

Do niefarmakologicznych metod leczenia choroby refluksowej przełyku należą: eliminacja pokarmów stymulujących wydzielanie soków żołądkowych, eliminacja alkoholu, regularne spożywanie posiłków, normalizacja masy ciała, wykluczenie palenia tytoniu, przyjmowanie właściwej pozycji ciała w czasie snu, wypoczynku i aktywności fizycznej, umiejętne radzenie ze stresem i negatywnymi emocjami. Celem leczenia

niefarmakologicznego choroby refluksowej przełyku jest eliminacja czynników obniżających napięcie dolnego zwieracza przełyku oraz nasilających dolegliwości [12].

Nie istnieją obiektywne, przekonujące dane, że modyfikacja stylu życia może istotnie zmniejszyć nasilenie dolegliwości i wpłynąć na przyspieszenie gojenia się zmian zapalnych przełyku w przebiegu choroby refluksowej. Jednakże nadal zalecane są modyfikacje trybu życia i diety, gdyż przynoszą subiektywne korzyści niektórym pacjentom [12,13].

Modyfikacje dietetyczne

Chorzy z chorobą refluksową przełyku często odczuwają nasilenie zgagi po spożyciu potraw zawierających ostre przyprawy, owoców i soków z owoców cytrusowych, napojów alkoholowych lub kawy. Badania potwierdziły, że żywność może bezpośrednio stymulować receptory nerwów czuciowych w zmienionej zapalnie błonie śluzowej powodując powstanie uczucie bólu lub zgagi. W ten sposób działają potrawy kwaśne, mające silny ładunek osmotyczny lub działające ściągająco. W ten sposób tłumaczy się niekorzystny efekt przypraw i owoców cytrusowych [13].

Ponadto niektóre pokarmy silnie stymulują wydzielanie kwasu solnego w żołądku. U chorych ze zmniejszonym napięciem dolnego zwieracza przełyku kwas jest zarzucany zwrotnie do przełyku wywierając działanie drażniące na śluzówkę przełyku. Taki mechanizm działania ma kawa. U osób zdrowych kawa podwyższa napięcie podstawowe dolnego zwieracza przełyku w sposób wprost proporcjonalny do dawki. Natomiast u chorych z niewydolnym zwieraczem przełyku mechanizm ten nie jest skuteczny. Ponadto kofeina zawarta w kawie jest silnym stymulatorem wydzielania kwasu żołądkowego [13,14].

Osobną grupą produktów żywnościowych niezalecanych pacjentom z ChRP są pokarmy mogące zmniejszać napięcie dolnego zwieracza przełyku poprzez wpływ na wydzielanie hormonów żołądkowo-jelitowych lub poprzez uaktywnienie odruchów nerwowych. Właściwości takie mają pokarmy charakteryzujące się dużą zawartością tłuszczów oraz wyroby czekoladowe. Jednakże badania niemieckich badaczy nie potwierdziły tej hipotezy [15]. Uzyskane wyniki sugerują, że przyczyną epizodów refluksu występujących po obfitych posiłkach jest raczej duża objętość treści pokarmowej zalegającej w żołądku i zwiększającej ciśnienie wewnątrzżołądkowa niż obciążenie tłuszczami.

Zalecenia dietetyczne uwzględniają rodzaj spożywanych składników odżywczych, technikę sporządzania potraw, częstość i objętość spożywanych posiłków. Pacjent powinien wyeliminować produkty obniżające napięcie dolnego zwieracza przełyku. Należą do nich: gazowane napoje, ostre przyprawy, soki z owoców cytrusowych, słodycze, czekolada, kawa, alkohol [14].

Ostatni posiłek powinien być spożywany przynajmniej 3 godz. przed snem. Objętość spożywanych posiłków powinna być niewielka, aby nie rozciągać ścian żołądka i nie powodować wzrostu ciśnienia śródbrzusznego. Posiłki powinny być spożywane wolno, aby ograniczyć ilość powietrza połykanego wraz z pożywieniem. Po posiłkach należy unikać wykonywania wysiłku fizycznego, zwłaszcza z pochylaniem się, a także przyjmowania pozycji leżącej bezpośrednio po posiłku przez 2-3 godziny [14].

Regularne spożywanie posiłków

Istotne znaczenie ma także regularność spożywanych posiłków. Ostatni posiłek pacjenci powinni spożywać około 3 godzin przed położeniem się do snu. Hila A. i wsp. wykazali, że u chorych, którzy spożywali posiłki lub przekąski w ciągu 2 godzin przed położeniem się (118 chorych, 59%), liczba incydentów refluksu w pozycji leżącej była znacząco większa w porównaniu z tymi, którzy nie jedli [16].

Eliminacja alkoholu

Alkohol powoduje upośledzenie czynności dolnego zwieracza przełyku i hamuje oczyszczanie przełyku z treści żołądkowej. Alkohol jest także silnym stymulatorem wydzielania kwasu solnego. Szczególnie szkodliwy wpływ na przebieg choroby ma piwo i wino, a zwłaszcza wino białe. W 1978 roku Kaufman i Kaye [17] wysunęli hipotezę, że refluks żołądkowo-przełykowy może być wywołany przez alkohol. Stwierdzili bowiem, że spożywanie dużych ilości alkoholu w czasie posiłku ułatwia zarzucanie treści pokarmowej z żołądka do przełyku na skutek zmniejszenia ciśnienia w dolnym zwieraczu przełyku, spowolnienia motoryki przełyku i wolniejszego opróżniania żołądka. Natomiast Mincis i Mayer [18,19] wykazali, że bez względu na rodzaj alkoholu, nawet jego małe dawki powodują uszkodzenia w obu zwieraczach przełyku, prowadząc w rezultacie do spowolnienia fali perystaltycznej przełyku oraz zwiększenia ryzyka wystąpienia refluksu żołądkowo-przełykowego.

Podsumowując wyniki wielu badań dotyczących powiązania nadmiernego spożywania alkoholu z wystąpieniem refluksu żołądkowo-przełykowego, należy stwierdzić, że powoduje on większą liczbę epizodów refluksu, ale nie zostało to potwierdzone dodatnimi wynikami ph-metrii przełyku oraz badaniami manometrycznymi czynności przełyku [20].

Normalizacja masy ciała

Wiele badań potwierdza negatywny wpływ otyłości na wzrost ryzyka objawów refluksowych, a także większe nasilenie dolegliwości w ChRP [21]. Udowodniono hipotezę, że otyłość zwiększa ekspozycję przełyku na kwas żołądkowy. Sugeruje się, że wzrost wydzielania soku żołądkowego, wzrost gradientu ciśnienia żołądkowego, niewydolność

dolnego zwieracza przełyku oraz zwiększenie liczby przemijających relaksacji dolnego zwieracza przełyku mogą odgrywać pewną rolę w patofizjologii ChRP u osób otyłych [3,12,13]. Badania przeprowadzone w Wielkiej Brytanii w grupie ponad 10 tysięcy kobiet wykazały, że wzrost objawów refluksowych jest proporcjonalny do wskaźnika masy ciała (BMI) [22]. Ponadto wykazano, że obniżenie wartości BMI o ponad 3,5 kg/m^2 zmniejsza ryzyko objawów refluksowych o 40% [23]. Niektóre doniesienia wskazują również na to, że u osób otyłych wzrasta ryzyko nie tylko objawów refluksu, ale również zapalenia przełyku, metaplazji Barretta i raka gruczołowego przełyku [24].

Eliminacja palenia tytoniu

Palenie tytoniu zmniejsza napięcie LES a także zmniejsza stężenie dwuwęglanów w ślinie. Natomiast zwiększona produkcja śliny sprzyja samooczyszczaniu się przełyku z kwaśnej treści. Poza tym palenie tytoniu u pacjentów z refluksem sprzyja powstaniu nowotworu w dystalnym odcinku przełyku (adenocarcinoma) [25]. Istnieje kilka metod leczenia uzależnienia od nikotyny. Należą do nich: Nikotynowa Terapia Zastępcza (NTZ) oraz terapie wspomagające: behawioralne, grupowe, trening samokontroli, poradnictwo psychologiczne, tworzenie i podtrzymywanie motywacji do zaprzestania palenia tytoniu. Celem NTZ jest złagodzenie głodu nikotyny i zapobieganie wystąpieniu objawów odstawienia, przy stosowaniu małych nie wywołujących uzależnienia dawek nikotyny [26].

Pozycja ciała w czasie snu, wypoczynku i aktywności fizycznej

Do refluksu tj. cofania się treści pokarmowej z żołądka do przełyku dochodzi najłatwiej przy przyjmowaniu przez pacjenta pozycji leżącej. Aby zapobiec temu podczas snu pacjentom ze zgagą nocną zaleca się uniesienie wezgłowia łóżka o około 15-20 cm. Jednym ze sposobów jest podłożenie pod materac w łóżku odpowiedniego klina lub podłożenie pod nogi łóżka (od strony głowy) książek lub klocków. Nie jest wskazane spanie na kilku poduszkach w pozycji pół wysokiej, gdyż może to dodatkowo zwiększać ciśnienie w jamie brzusznej [14]. Kolejnym ważnym zaleceniem jest przyjmowanie pozycji na lewym boku w czasie snu, ponieważ pozycja ta redukuje kwaśny refluks do przełyku.

Wielu pacjentów ma zaburzenia snu pod postacią: wybudzania ze snu podczas epizodów zgagi, chrapania, napadów bezdechu sennego, rzadziej trudności w zasypianiu. Czynnikiem nasilającym dolegliwości może być aktywność fizyczna, a zwłaszcza intensywny i długotrwały wysiłek, pochylanie się w czasie wysiłku, wykonywanie codziennych czynności domowych lub praca zawodowa w pozycji ze schylonym tułowiem, a także podejmowanie aktywności fizycznej bezpośrednio po spożyciu posiłku. W zawiązku z tym zaleca się

unikania intensywnego i długotrwałego wysiłku fizycznego, wykonywania skłonów czy też prac domowych ze schylonym tułowiem, aktywności fizycznej bezpośrednio po posiłku.

Eliminacja stresu

Wiele doniesień naukowych wskazuję na istotną rolę czynników psychologicznych w rozwoju ChRP, nasileniu objawów oraz epizodów nawracania schorzenia [27,28,29]. Te psychologiczne aspekty, takie jak stres, emocje oraz cechy osobowościowe mają niezwykle ważny wpływ nie tylko na indywidualny odbiór objawów, ale także na wynik medycznej interwencji, satysfakcji z przeprowadzonej terapii, nasilenie ewentualnych powikłań leczenia oraz na subiektywną ocenę jakości życia. Z dotychczasowych badań nad fizjologią funkcjonowania przewodu pokarmowego wysunięto wniosek, że na podstawowe wydzielanie soku żołądkowego oraz na amplitudę i częstotliwość skurczu mięśniówki przełyku mają wpływ emocje, uczucie niepokoju oraz cechy osobowościowe [30,31].

Na podstawie badań stwierdzono, że blisko 50% chorych z chorobą refluksową uważa, że stres powoduje bądź nasila dolegliwości [32]. Wśród chorych zgłaszających się do lekarza z powodu objawów choroby refluksowej jest grupa osób, u których dolegliwości nie znajdują potwierdzenia w wykonanych badaniach klinicznych. Dolegliwości somatyczne są prawdopodobnie najczęstszą formą przeżywania cierpienia psychicznego, a także komunikowania i przedstawiania go innym. Istnieje grupa zaburzeń, w których dolegliwości somatyczne, skargi na nie i szukanie pomocy stanowią jedyny lub dominujący objaw chorobowy.

W związku z tym sugeruje się, aby do terapii pacjentów z chorobą refluksową włączyć diagnozę oraz terapię zaburzeń psychologicznych. Bardzo ważne jest uświadomienie choremu wpływu stresu, lęku i negatywnych emocji na przebieg choroby. Chorego należy zapoznać z metodami radzenia ze stresem do których należą: ćwiczenia oddechowe, metody wizualizacji i relaksacji, muzykoterapia, trening autogenny Schultza, trening Jakobsona.

Zalecenia dotyczące modyfikacji żywienia i stylu życia u chorych z chorobą refluksową często są pomijanym lub pobieżnie traktowanym elementem zaleceń lekarskich. W ostatnich latach wielu autorów podkreśla znaczenie edukacji zdrowotnej pacjentów z chorobami przewlekłymi i motywowanie ich do przestrzegania zaleceń terapeutycznych [33,34]. Podczas spotkania Ekspertów WHO w Grimentz (Szwajcaria) w 1997 roku powstał projekt leczenia chorób przewlekłych, który podkreślał rolę samego pacjenta w procesie leczenia jego choroby oraz znaczenie edukacji terapeutycznej [35].

Edukacja pacjentów z chorobą refluksową przełyku

Zgodnie z założeniami WHO edukacja terapeutyczna powinna umożliwiać pacjentom nabywanie umiejętności, które pozwalają im na utrzymanie możliwie jak najwyższej jakości życia pomimo ich choroby. Podmiotem działań edukacyjnych jest pacjent, a edukacja zdrowotna powinna być procesem ciągłym, stanowiącym integralną część opieki medycznej. Celem edukacji terapeutycznej jest pomoc chorym i ich rodzinom w zrozumieniu istoty choroby i jej leczenia, w utrzymaniu współpracy z pracownikami służb medycznych oraz w zachowaniu wysokiej jakości życia. Działania edukacyjne powinny obejmować informowanie o sposobie postępowania w sytuacji choroby oraz w celu zachowania zdrowia, naukę sprawowania opieki nad samym sobą, wspieranie psychospołeczne, a także informowanie o działalności szpitala i innych placówek opieki medycznej [36].

Choroba refluksowa przełyku u 70-80% pacjentów ma charakter przewlekły i nawracający. Z tego powodu istotne znaczenie ma przygotowanie chorego do aktywnej współpracy z zespołem terapeutycznym, pomoc w zrozumieniu istoty choroby, zapoznanie chorego z metodami zmniejszenia dolegliwości, a także wczesnego wykrywania i zapobiegania wystąpieniu powikłań.

Przed przystąpieniem do opracowania i realizacji programu edukacyjnego należy rozpoznać oczekiwania pacjentów w zakresie opieki zdrowotnej, określić problemy zdrowotne i zapotrzebowanie na edukację, ocenić poziom wiedzy i umiejętności w zakresie samoopieki, a także poziom akceptacji choroby i proponowanych metod leczenia. Wysoki poziom stresu i brak umiejętności radzenia ze stresem, trudności w komunikacji z pacjentem, brak wiary pacjentów w powodzenie terapii, a także nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych może przyczyniać się do niepowodzenia leczenia ChRP. Program edukacyjny powinien uwzględniać indywidulane potrzeby chorych, deficyt wiedzy i umiejętności chorego w zakresie samoopieki, cele procesu edukacyjnego i czas ich osiągnięcia, metody i środki do ich realizacji, a także metody oceny efektów realizowanych działań.

Podsumowanie

Przewlekłe, długotrwałe i trudne do kontrolowania dolegliwości choroby refluskowej przełyku w znacznym stopniu obniżają jakość życia pacjentów. Skuteczność leczenia choroby w dużym stopniu zależy od aktywnego udziału pacjenta w procesie leczenia. Obok leczenia farmakologicznego istotne znaczenie ma modyfikacja stylu życia i eliminacja czynników nasilających dolegliwości. Zastosowanie odpowiedniej diety, eliminacja alkoholu, zaprzestanie palenia tytoniu, przyjmowanie właściwej pozycji ciała w czasie snu, wypoczynku i aktywności fizycznej, zmniejszenie nadwagi, zmniejszenie napięcia i stresu,

eliminacja niektórych leków może przyczynić się w istotny sposób do zmniejszenia dolegliwości i poprawy komfortu życia.

Piśmiennictwo

1. Vakil N., van Zanten S.V., Kahrilas P. et al.: The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. Am. J Gastroenterol., 2006, 101, 1900-20
2. Katz P.O.: Gastroesophageal reflux disease-state of the art. Rev. Gastroenterol. Disord., 2001, 1, 128-138.
3. Kahrilas P.J.: GERD pathogenesis, pathophysiology and clinical manifestations. Cleve Clin. J Med. , 2003, 70 (suppl. 5), S4-19.
4. Błaszak A., Wojtuń S., Wojtkowiak M, i wsp.: Nienadżerkowa choroba refluksowa przełyku. Pol. Merk. Lek. 2009, 26, 521-523.
5. Kato M., Ono S., Nakagawa M., et al.: Endoscopic examination including magnifing endoscopy for diagnosis of GERD. Nipon. Rinsho., 2007, 65, 865-71.
6. Wallner G., Zgodziński W.: Patofizjologia choroby refluksowej przełyku. Med. Rodz., 2004, 5, 198-200.
7. Dodds W.J., Dent J., Hogan J.W., et al.: Mechanisms of gastroesophageal reflux in patients with reflux esophagitis. N. Engl. J. Med., 1982, 307, 1547-1552.
8. Rud P.M., Ciesielski A., Tarnowski W., Bielecki K.: Pozaprzełykowe objawy choroby refluksowo- przełykowej - patogeneza i leczenie. Aktualności Medyczne, 2008, 1, 141-146
9. Zieliński J.: Choroba refluksowa przełyku jako przyczyna przewlekłego kaszlu. Przew. Lek., 2005, 8, 58-62.
10. Wo J. M.: Alarm Symptoms of GERD. Current GERD Reports 2007, 1, 215-219.
11. Wojtuń S., Gil J., Jałocha Ł., Błaszak A., Wojtkowiak M.: Choroba refluksowa przełyku – rozpoznanie i leczenie. Pol. Merk. Lek., 2009, 26, 155, 512-516.
12. Gerson L.B.: The effects of lifestyle modifications on GERD. Gastroenterology & Hepatology, 2009, 5, 613-615.
13. Festi D., Scaioli E., Baldi F. et al. Body weight, lifestyle, dietary habits and gastroesophageal reflux disease. World J. Gastroenterol., 2009, 15, 1690-1701.
14. Ciok J.: Rola żywienia w chorobie refluksowej żołądkowo-przełykowej. Nowa Medycyna – Gastroenterologia i Żywienie, 1999, 10.

15. Pehl C., Waizenhoefer A, Wendl B, et al.: Effect of low and high meals on lower esophageal sphincter motility and gastroesophageal reflux in healthy subjects. Am. J. Gastroenterol. 1999, 94, 1192-1196
16. Hila A., Castell D.O.: Nighttime reflux is primarily an early event. J. Clin. Gastroenterol., 2005, 39, 579-583.
17. Kaufman S., Kaye M.: Induction of gastro-esophageal reflux by alkohol. Gut, 1987, 19, 336-338.
18. Mincis M., Chebli J., Rhouri S.: Ethanol and gastrointestinal tract . Arq. Gastroenterol., 1995, 32, 131, 139.
19. Mayer E., Grabowski C., Fisher R.: Effect of graded doses of alkohol upon esophageal motor function. Gastroenterology, 1978, 76, 1133-1136.
20. Boguradzka A., Tarnowski W., Mazurczak-Pluta T.: Występowanie refluksu żołądkowo-przełykowego u osób nadużywających alkoholu. Pol. Merk. Lek., 2006, 21, 99.
21. Kouklakis G., Moschos J., Kountouras J., et al: Relationship between obesity and gastroesophageal reflux disease as recorded by 3-our esophageal pH monitoring. Rom. J. Gastroenetrol., 2005, 2, 117-21.
22. Jacobson B.C., Somers S.C., Fuchs C.S., et al.: Body-mass index and symptoms of gastroesophageal reflux in women. N. Engl. J. Med., 2006, 354, 2340-2348.
23. Wocial T.: Leczenie choroby refluksowej przełyku-praktyczne pytania i odpowiedzi. Terapia, 2009, 6, 11-14.
24. El-Serag H. The Association Between Obesity and GERD: A Review of the Epidemiological Evidence. Dig. Dis. Sci., 2008, 53, 2307–2312.
25. Okoński P.K.: Terapia antytytoniowa w praktyce lekarza rodzinnego. Przew. Lek., 2001, 4, 48-54.
26. Kamolz T., Granderath F.A., Bammer T., et al.: Psychological Intervention Influences the Outcome of Laparoscopic Antireflux Surgery in Patient with Stress-related Symptoms of Gastroesophageal Reflux Disease. Scand. J. Gastroenterol., 2001, 8, 800-805.
27. Baker L.H., Lieberman D., Oehlke M.: Psychological Distress in Patient with Gastroesophageal Reflux Disease. Am. J. Gastroenterol., 1995, 90, 1797-1803.
28. Johnston B., Lewis S.A., Love A.H.: Stress, Personality and Social Support in Gastroesophageal Reflux Disease. J. Psychosom. Res., 1995,39, 221-226.

29. Wright C.E., Ebrecht M., Mitchell R., et al.: The Effect of Psychological Stress on Symptom Severity and Perception in Patients with Gastro-oesophageal Reflux. J. Psych. Res., 2005, 59, 415-424.
30. Latimer P.R.: Functional Gastrointestinal Disorders. Springer, New York, 1983.
31. Kamolz T., Granderath FA, Bammer T, et al.: Psychological Intervention Influences the Outcome of Laparoscopic Antireflux Surgery in Patient with Stress-related Symptoms of Gastroesophageal Reflux Disease. Scand J. Gastroenterol., 2001, 8, 800-805.
32. Szczech R., Szyndler A., Kolasińska-Malkowska K., i wsp.: Możliwości poprawy skuteczności leczenia nadciśnienia tętniczego poprzez zwiększenie przestrzegania zaleceń – korzyści stosowania leków łączonych. Nadciśnienie Tętnicze, 2007, 11, 525-535.
33. Ho M.P., Magid D.J., Shetterly S.M., et al.: Medication nonadherence is associated with a broad range of adverse outcomes in patients with coronary artery disease. Am. Heart J., 2008, 155, 772-779.
34. Report of a WHO Working Group. Therapeutic Patient Education. Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the Field of Prevention of Chronic Diseases. Switzerland, Geneve, 1998.
35. Assal J.P.: WHO report on therapeutic patient education. Medicographia, 1999, 21, 89-109.

Słowińska Joanna[1], Oleszczuk Tadeusz[2]

Najczęstsze powikłania po przetoczeniu składników krwi zarejestrowanie w regionalnym centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa w Warszawie w 2011 roku

1. Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Warszawie
2. Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i przedsiębiorczości w Łomży

Współczesna medycyna wykorzystuje leczenie krwią i preparatami będącymi składnikami krwi w coraz bardziej zaawansowany sposób. Obecnie w Polsce produkuje się wszystkie dostępne w Europie i na świecie składniki krwi [1,2] i stosuje się najnowocześniejsze procedury technologiczne wytwarzania, przy wykorzystaniu najwyższej jakości materiałów i urządzeń.

Jedną z najwcześniej opisanych przyczyn wystąpienia reakcji niepożądanych po transfuzji krwi i/lub jej preparatów są zakażenia bakteryjne. Należą one do rzadko występujących powikłań poprzetoczeniowych, lecz jeśli następują na ogół mają ciężki przebieg, który zagraża zdrowiu i życiu biorcy, gdzie śmiertelność wynosi 20% - 30% [3,4,5,6].

Składniki krwi poddawane preparatyce w systemie zamkniętym nie podlegają rutynowej kontroli bakteriologicznej, jedynie każdy KKP (Koncentrat krwinek płytkowych) przechowywany dłużej niż 7 dni podlega takiej ocenie. W doświadczeniach przeprowadzanych in vitro przedstawiono, że filtry służące do redukcji leukocytów z KKCz (Koncentrat krwinek czerwonych) eliminują także znajdujące się w ich wnętrzu bakterie. Filtracja nie może być jednak traktowana, jako jedyny sposób na eliminowanie zakażeń bakteryjnych. Ogniskiem zakażeń bakteryjnych krwi i/lub jej składników mogą być źródła:

- endogenne np. choroba dawcy o podłożu bakteryjnym, bezobjawowe nosicielstwo lub przejściowa bakteriemia u zdrowego dawcy,
- egzogenne np. niedokładne odkażenie miejsca wkłucia, przedostanie się przez igłę do pojemnika fragmentu skóry dawcy oraz zanieczyszczenia zestawu do pobierania krwi (niewłaściwa sterylizacja lub przechowywanie) [7,8,9,10].

Dużym problemem są jednak zakażenia wirusowe, szczególnie we wczesnej fazie, kiedy nie można jeszcze potwierdzić badaniami serologicznymi ich obecności u dawcy. Dostępna literatura obszernie opisuje udokumentowane przeniesienie drogą krwi czynników

zakaźnych, których translokacja przez przetoczenie krwi i/lub jej składniki może wywołać u biorcy szereg chorób i objawów klinicznych. Zalicza się do nich:

- wirusy hepatotropowe,
- zapalenia wątroby typu A (HAV),
- zapalenia wątroby typu B (HBV),
- zapalenia wątroby typu C (HCV),
- zapalenia wątroby typu D (koinfekcja z wirusem HBV),
- wirus SEN (SEN-V),
- retrowirusy,
- wirus nabytego upośledzenia odporności (HIV-1 i HIV-2),
- wirusy ludzkiej białaczki T-komórkowej (HTLV-I i HTLV-II),
- wirusy typu herpes,
- wirus cytomegalii (CMV),
- wirus Epsteina-Barr (EBV),
- ludzki wirus mięsaka Kaposiego (HHV-8),
- wirus ospy wietrznej lub półpaśca,
- erytrowirusy,
- ludzkie parwowirusy B19 i jego odmiany,
- wirus TT (TTV),
- wirus Zachodniego Nilu (WNV),
- wirus zapalenia wątroby typu G (GBV-C) [11, 12].

Największe ryzyko przeniesienia zakażenia przez krew badaną testami serologicznymi wiąże się z przetoczeniem krwi pobranej u dawcy we wczesnym okresie infekcji przed pojawieniem się przeciwciał w surowicy lub nieujawnienie się antygenu u osoby zakażonej z powodu niskiego poziomu wiremii (wykrywany testami molekularnymi) oraz zakażenie mutantem wirusa, którego nie rozpoznaje stosowany test serologiczny [13,14, 15].

Wraz z leukocytami zawartymi w przetaczanej krwi i/lub jej preparatach mogą być przenoszone niektóre wirusy np. CMV, EBV, HSV, HIV czy HBV, dlatego zaleca się przetaczanie ubogoleukocytarnych preparatów krwiopochodnych.

Zastosowanie wielu możliwości współczesnego krwiolecznictwa pozwala na przygotowanie niespełna 40 komórkowych i osoczowych preparatów zapewniających

najwyższej jakości standard leczenia krwią w Polsce. Składniki te mogą posłużyć jako podstawa do wykonania dodatkowych procedur w zależności od zapotrzebowania dla pacjenta z rozpoznaniem konkretnej jednostki chorobowej: przemywane lub zawieszone w roztworze 0,9% NaCl, filtracja pozwala na usunięcie z preparatu większości leukocytów, napromieniowywanie, które eliminuje limfocyty ze składnika krwi imrożenie/rozmrażanie.

Polska przystępując w 2004 roku do członkostwa w Unii Europejskiej wprowadziła i w dalszym ciągu realizuje program czuwania nad bezpieczeństwem krwi obejmujący analizę i opracowanie wszystkich niepożądanych zdarzeń związanych z pobieraniem i przetaczaniem składników krwi [16].

Cel pracy:

- Przedstawienie najczęściej występujących objawów klinicznych, u biorców po przetoczeniu krwi i preparatów krwiopochodnych w oparciu o zgłoszenia reakcji niepożądanych do RCKiK w Warszawie.
- Analiza częstości i udziału procentowego odczynów potransfuzyjnych w odniesieniu do wszystkich przetoczeń krwi i jej składników wydanych przez RCKiK w Warszawie w roku 2011.

Materiał i metody

Materiałem pracy były dane uzyskane z formularzy zgłoszenia powikłania poprzetoczeniowego zgromadzonych przez Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa (RCKiK) w Warszawie dotyczące wystąpienia reakcji niepożądanych po przetoczeniu krwi i/lub jej składników w zakładach opieki zdrowotnej, w których przebywają pacjenci ze wskazaniami do leczenia krwią i/lub jej składnikami na terenie województwa mazowieckiego.

Metodą była analiza statystyczna uzyskanych danych, które pochodzą z okresu od 01.01.2011 r. do 31.12.2011 r. Ogółem w 2011 roku zgłoszonych zostało 320 reakcji niepożądanych po leczeniu krwią i/lub jej preparatami. W trakcie wstępnej analizy danych odrzucono trzy przypadki, których opis, z punktu widzenia planowanej oceny, był niepełny. Tym samy ostatecznie do procedury badawczej zakwalifikowano 317 powikłań poprzetoczeniowych.

W gromadzeniu materiału i opracowaniu danych posłużono się:

- formularzem (Zgłoszenie Powikłania Poprzetoczeniowego) wypełnionym przez lekarza nadzorującego transfuzję w zakładach opieki zdrowotnej, w których przebywają pacjenci ze wskazaniami do leczenia krwią i jej składnikami,
- formularzem wypełnianym przez personel RCKiK, który analizuje na podstawie wyników przeprowadzonych badań immunologicznych ocenę związku reakcji niepożądanej z transfuzją krwi lub jej składnika,
- sprawozdaniem rocznym z działalności RCKiK przekazywanym do NCK (Narodowego Centrum Krwi).

Wyniki

Struktura badanej populacji uwzględniająca płeć biorców krwi i/lub jej składników, u których w czasie trwania przetoczenia lub po jego zakończeniu zaobserwowano wystąpienie reakcji niepożądanych wskazuje, że przeważają w niej kobiety - 195 przypadków (Tabela 1).

Tabela 1. Zgłoszone reakcje niepożądane z uwzględnieniem płci biorcy

Wyszczególnienie	Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
Kobieta	195	61,5	61,5	61,5
Mężczyzna	122	38,5	38,5	100,0
Ogółem	317	100,0	100,0	

Mężczyźni stanowili 38,5% analizowanej grupy pacjentów, u których zaobserwowano wystąpienie reakcji niepożądanych po transfuzji krwi i/lub jej preparatów.

Przechodząc do oceny zmian zaobserwowanych w trakcie pomiarów wartości temperatury ciała pacjentów podczas transfuzji lub bezpośrednio po jej zakończeniu, należy zwrócić uwagę, że w sześciu przypadkach na analizowanych 317 w formularzu zgłoszenia powikłania poprzetoczeniowego nie przekazano żadnych informacji na ten temat. Jak wskazują wyniki przeprowadzonej analizy, u ponad 61% pacjentów nie odnotowano zmian wartości temperatury ciała (Tabela 2). W 37,0% przypadków stwierdzono jej wzrost. Zaledwie u 6 osób zanotowano spadek temperatury w odniesieniu do wartości wyjściowych.

W porównaniu do wyników zaprezentowanych powyżej reakcje związane ze wzrostem lub spadkiem wartości ciśnienia tętniczego krwi u biorców kształtują się odmiennie (Tabela 3). U podobnego odsetka biorców (37,9%) stwierdzono wzrost wartości ciśnienia tętniczego krwi, jego spadek zaobserwowano w 43 przypadkach tj. 13,8%.

Brak zmian w zakresie analizowanego czynnika w odniesieniu do wartości wyjściowych sprzed przetoczenia odnotowano prawie u połowy pacjentów (48,2%).

Tabela 2. Temperatura ciała pacjenta po zakończeniu transfuzji składników krwi w odniesieniu do wartości wyjściowych sprzed przetoczenia

Wyszczególnienie	Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
Brak zmian	190	59,9	61,1	61,1
Spadek	6	1,9	1,9	63,0
Wzrost	115	36,3	37,0	100,0
Ogółem	311	98,1	100,0	
Brak danych	6	1,9		
Razem	317	100,0		

Tabela 3. Ciśnienie tętnicze krwi pacjenta po zakończeniu transfuzji składników krwi w odniesieniu do wartości wyjściowych sprzed przetoczenia

Wyszczególnienie	Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
Brak zmian	150	47,3	48,2	48,2
Spadek	43	13,6	13,8	62,1
Wzrost	118	37,2	37,9	100,0
Ogółem	311	98,1	100,0	
Brak danych	6	1,9		
Razem	317	100,0		

Kolejny z analizowanych parametrów to zmiany wartości tętna (Tabela 4). Struktura badanej grupy pod tym względem kształtuje się podobnie, jak we wcześniejszych dwóch przypadkach. Po przetoczeniu krwi lub jej składnika wzrost wartości tętna odnotowano w 37,3% przypadków tj. u 116 osób, zaś jego spadek u 26 pacjentów (8,4%). U ponad 54% badanej populacji nie stwierdzono, żadnych zmian w wartościach analizowanego czynnika w odniesieniu do danych sprzed przetoczenia.

Jak wskazują zebrane dane wśród zgłaszanych przez biorców objawów niepożądanych po przetoczeniu krwi i/lub jej składników dominują dreszcze 46,9% przypadków oraz uczucie niepokoju 44,7%. W dalszej kolejności w 81 przypadkach (26,0%) pacjenci skarżyli się na duszność a u 76 biorców (24,4%) zaobserwowano na ciele wysypkę (Tabela 5). Co piąty

pacjent (20,6%) wskazał na zaczerwienienie wokół miejsca wkłucia, nieznacznie rzadziej (19,3%) biorca zgłaszał występowanie świądu.

Biorąc pod uwagę zmiany wartości parametrów życiowych pacjentów i rodzaj przetaczanego składnika krwi należy stwierdzić, że najwyższy odsetek biorców, u których nie zaobserwowano zmian wartości temperatury ciała (78,4%) odnotowano w grupie osób, które otrzymały koncentrat krwinek płytkowych oraz osocze świeżo mrożone (Tabela 6). Tym samym, jak wskazują dane, najwyższy odsetek biorców, u których odnotowano wzrost lub spadek temperatury (44,4%) zanotowano wśród pacjentów, którym przetoczono koncentrat krwinek czerwonych. Wzrost temperatury został zaobserwowany wśród 41,9% osób. Zaledwie u 2,5% pacjentów, którym przetoczono KKCz stwierdzono spadek temperatury ciała w porównaniu do wartości sprzed transfuzji.

Analizując dane dotyczące zaobserwowanych zmian wartości ciśnienia tętniczego krwi pacjentów otrzymujących transfuzje różnych składników krwi należy stwierdzić, że najwyższy odsetek pacjentów u których nie zaobserwowano zmian w tym zakresie odnotowano w grupie osób otrzymujących FFP (*fresh frozen plasma* - świeżo mrożone osocze) - 73,3%. W dalszej kolejności znaleźli się biorcy, którym przetoczono KKP (66,7%) oraz KKCz (39,8%) (tabela 7). Tym samym, podobnie jak w przypadku temperatury, najwyższy odsetek pacjentów (43,2%), u których nastąpił wzrost ciśnienia tętniczego krwi, odnotowano w populacji otrzymującej koncentrat krwinek czerwonych. Podobnie, bo u co czwartej osoby, której przetoczono KKP i u co dziesiątego pacjenta otrzymującego FFP. Spadek ciśnienia tętniczego nastąpił u 15,3% pacjentów po przetoczeniu KKCz, u 13,3% osób po podaniu FFP oraz u 5,9% biorców, którym przetoczono koncentrat krwinek płytkowych.

Tabela 4. Tętno pacjenta po zakończeniu transfuzji składników krwi w odniesieniu do wartości wyjściowych sprzed przetoczenia

Wyszczególnienie	Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
Brak zmian	169	53,3	54,3	54,3
Spadek	26	8,2	8,4	62,7
Wzrost	116	36,6	37,3	100,0
Ogółem	311	98,1	100,0	
Brak danych	6	1,9		
Razem	317	100,0		

Tabela 5. Objawy zgłaszane przez pacjentów w trakcie transfuzji składników krwi lub po jej zakończeniu

Wyszczególnieni	Tak		Nie		Razem
	Częstość	% ważnych	Częstość	% ważnych	
Dreszcze	146	46,9	165	53,1	100,0
Niepokój	139	44,7	172	55,3	100,0
Duszność	81	26,0	230	74,0	100,0
Wysypka	76	24,4	235	75,6	100,0
Zaczerwienienie	64	20,6	247	79,4	100,0
Świąd	60	19,3	251	80,7	100,0
Mdłości i wymioty	27	8,7	284	91,3	100,0
Ból w klatce piersiowej	19	6,1	292	93,9	100,0
Wstrząs	11	3,5	300	96,5	100,0
Ból brzucha	10	3,2	301	96,8	100,0
Utrata świadomości	9	2,9	302	97,1	100,0
Uczucie gorąca	7	2,3	304	97,7	100,0
Pokrzywka	5	1,6	306	98,4	100,0
Obrzęk warg i nosa	5	1,6	306	98,4	100,0
Ból w okolicy lędźwiowej	5	1,6	306	98,4	100,0
Ból głowy	4	1,3	307	98,7	100,0
Ból żyły podczas przetaczania	4	1,3	307	98,7	100,0
Ostra niewydolność oddechowa	3	1,0	308	99,0	100,0
Uczucie zimna	3	1,0	308	99,0	100,0
Mroczki przed oczami	3	1,0	308	99,0	100,0
Drżenie rąk	2	0,6	309	99,4	100,0
Zatrzymanie oddechu	2	0,6	309	99,4	100,0
Kaszel	2	0,6	309	99,4	100,0
Żółtaczka	2	0,6	309	99,4	100,0
Napad padaczki	1	0,3	310	99,7	100,0
Czerwone plamy na ciele	1	0,3	310	99,7	100,0
Wzrost bilirubiny	1	0,3	310	99,7	100,0
Skóra marmurkowa	1	0,3	310	99,7	100,0
Ból w okolicy ud	1	0,3	310	99,7	100,0
Sinica obwodowa	1	0,3	310	99,7	100,0
Drapanie w gardle	1	0,3	310	99,7	100,0
Niewydolność nerek	1	0,3	310	99,7	100,0
Hipotonia	1	0,3	310	99,7	100,0
Osłabienie	1	0,3	310	99,7	100,0
Zaburzenia widzenia	1	0,3	310	99,7	100,0
Szum w uszach	1	0,3	310	99,7	100,0
Świąd prawego oczodołu	1	0,3	310	99,7	100,0
Drgawki	1	0,3	310	99,7	100,0
Mrowienie języka	1	0,3	310	99,7	100,0

Tabela 6. Temperatura ciała pacjenta w odniesieniu do rodzaju przetaczanego składnika krwi

Wyszczególnienie	KKCz		KKP		FFP	
	Częstość	Procent	Częstość	Procent	Częstość	Procent
Brak zmian	127	53,8	40	78,4	23	76,7
Spadek	6	2,5	0	0,0	0	0,0
Wzrost	99	41,9	10	19,6	6	20,0
Brak danych	4	1,7	1	2,0	1	3,3
Ogółem	236	100,0	51	100,0	30	100,0

Tabela 7. Ciśnienie tętnicze krwi pacjenta w odniesieniu do rodzaju przetaczanego składnika krwi

Wyszczególnienie	KKCz		KKP		FFP	
	Częstość	Procent	Częstość	Procent	Częstość	Procent
Brak zmian	94	39,8	34	66,7	22	73,3
Spadek	36	15,3	3	5,9	4	13,3
Wzrost	102	43,2	13	25,5	3	10,0
Brak danych	4	1,7	1	2,0	1	3,3
Ogółem	236	100,0	51	100,0	30	100,0

W odniesieniu do trzeciego z obserwowanych parametrów życiowych u pacjentów, u których wykonano transfuzję składników krwi należy zauważyć, że jego zmiany odnotowano u połowy biorców, którym przetoczono KKCz oraz, u 40,0% po podaniu FFP (Tabela 8).

Osoby, u których nie zauważono zmian wyjściowej wartości tętna stanowiły 72,5% w grupie, której przetoczono KKP. Wzrost tętna zaobserwowano natomiast wśród 41,1% pacjentów, którzy otrzymali KKCz oraz u 30,0% po podaniu FFP, podobnie bo u co piątego pacjenta po przetoczeniu KKP. Najwyższy odsetek przypadków obniżenia wartości tętna zaobserwowano po podaniu FFP (10,0%) oraz KKCz (8,5%). W grupie, której przetoczono KKP, taki kierunek zmian stwierdzono wśród 5,9% osób.

Tabela 8. Tętno pacjenta w odniesieniu do rodzaju przetaczanego składnika krwi

Wyszczególnienie	KKCz		KKP		FFP	
	Częstość	Procent	Częstość	Procent	Częstość	Procent
Brak zmian	115	48,7	37	72,5	17	56,7
Spadek	20	8,5	3	5,9	3	10,0
Wzrost	97	41,1	10	19,6	9	30,0
Brak danych	4	1,7	1	2,0	1	3,3
Ogółem	236	100,0	51	100,0	30	100,0

Analizując pozostałe zaobserwowane u pacjentów niepożądane reakcje poprzetoczeniowe należy stwierdzić, że największy procent pacjentów po podaniu koncentratu krwinek czerwonych wskazał na dreszcze (58,3%) oraz niepokój (53,7%). W dalszej kolejności w 30,6% przypadków odnotowano duszność, zaczerwienienie (17,1%) oraz wysypkę (16,2%). Taki sam odsetek wskazań (po 11,1%) odnotowano w przypadku wystąpienia mdłości, wymiotów i świądu (Tabela 9).

W grupie pacjentów, którzy w trakcie transfuzji otrzymywali KKP odnotowano najwięcej przypadków wysypki (49,0%). Świąd zaobserwowano u 38,8% pacjentów z tej grupy, dreszcze natomiast u 36,7%. Niepokój zgłaszał co trzeci pacjent (34,7%), a zaczerwienie stwierdzono w 32,7% biorców. Co piąty pacjent w analizowanej grupie odczuwał duszność (20,4%). Inne niepożądane reakcje np. pokrzywka, obrzęk warg i nosa, drętwienie języka odnotowano w znaczenie mniejszej liczbie przypadków.

W ostatniej z analizowanych grup pacjentów, którzy podczas transfuzji otrzymali FFP, największy odsetek osób wskazał na wystąpienie wysypki (63,0%) oraz świądu (59,3%). Zaczerwienienie stwierdzono w 40,7% przypadków. 22,2% pacjentów w tej grupie odczuwało niepokój, 18,5% duszność. Dreszcze zaobserwowano w 11,1% przypadków.

Analizując dane należy stwierdzić, że w przeważającej liczbie przypadków (62,6%) biorcy zgłaszali wystąpienie reakcji niepożądanych podczas przetoczenia. Natomiast po zakończeniu transfuzji fakt ten zgłoszono w 37,4% przypadków (Tabela 10).

Biorąc pod uwagę fakt, że niektórzy pacjenci w procesie leczenia np. schorzeń przewlekłych wymagali wcześniejszych transfuzji krwi i/lub jej składników, należy stwierdzić, że zdarzenie to miało miejsce w zdecydowanej większości przypadków (74,2%). Jedynie 25,8% chorych nie otrzymywało wcześniej krwi i/lub jej składników (Tabela 11). W

przypadku 11 biorców (ze względu na ich stan zdrowia) lekarz nadzorujący przetoczenie nie mógł zebrać wywiadu serologicznego.

Tabela 9. Objawy zgłaszane przez pacjentów w trakcie lub po zakończeniu transfuzji z uwzględnieniem rodzaju przetaczanego składnika*

Wyszczególnienie	SKLADNIK					
	KKCZ		KKP		FFP	
	Częstość	%	Częstość	%	Częstość	%
Duszność	66	30,6	10	20,4	5	18,5
Wysypka	35	16,2	24	49,0	17	63,0
Pokrzywka	1	0,5	3	6,1	1	3,7
Niepokój	116	53,7	17	34,7	6	22,2
Dreszcze	126	58,3	18	36,7	3	11,1
Świąd	25	11,6	19	38,8	16	59,3
Ból w klatce piersiowej	17	7,9	2	4,1	0	0,0
Utrata świadomości	8	3,7	1	2,0	0	0,0
Ostra niewydolność oddechowa	2	0,9	1	2,0	0	0,0
Ból brzucha	9	4,2	0	0,0	1	3,7
Drżenie rąk	2	0,9	0	0,0	0	0,0
Napad padaczki	1	0,5	0	0,0	0	0,0
Zaczerwienienie	37	17,1	16	32,7	11	40,7
Czerwone plamy na ciele	0	0,0	0	0,0	1	3,7
Mdłości i wymioty	25	11,6	1	2,0	1	3,7
Obrzęk płuc	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Wzrost bilirubiny	0	0,0	1	2,0	0	0,0
Skóra marmurkowa	1	0,5	0	0,0	0	0,0
Uczucie zimna	2	0,9	1	2,0	0	0,0
Ból w okolicy ud	1	0,5	0	0,0	0	0,0
Zatrzymanie oddechu	2	0,9	0	0,0	0	0,0
Wstrząs	9	4,2	2	4,1	0	0,0
Obrzęk warg i nosa	1	0,5	2	4,1	2	7,4
Sinica obwodowa	1	0,5	0	0,0	0	0,0
Ból głowy	3	1,4	0	0,0	1	3,7
Ból żyły podczas przetaczania	4	1,9	0	0,0	0	0,0
Drapanie w gardle	0	0,0	0	0,0	1	3,7
Ból w okolicy lędźwiowej	3	1,4	1	2,0	1	3,7
Niewydolność nerek	1	0,5	0	0,0	0	0,0
Hipotonia	1	0,5	0	0,0	0	0,0
Osłabienie	0	0,0	0	0,0	1	3,7
Mroczki przed oczami	3	1,4	0	0,0	0	0,0
Kaszel	1	0,5	0	0,0	1	3,7
Zaburzenia widzenia	0	0,0	0	0,0	1	3,7
Szum w uszach	0	0,0	0	0,0	1	3,7
Świąd prawego oczodołu	0	0,0	0	0,0	1	3,7
Drgawki	1	0,5	0	0,0	0	0,0
Mrowienie języka	1	0,5	0	0,0	0	0,0
Uczucie gorąca	6	2,8	1	2,0	0	0,0
Żółtaczka	2	0,9	0	0,0	0	0,0

Tabela 10. Czas wystąpienia reakcji niepożądanych

Wyszczególnienie	Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
W trakcie toczenia	196	61,8	62,6	62,6
Po toczeniu	117	36,9	37,4	100,0
Ogółem	313	98,7	100,0	
Brak danych	4	1,3		
Razem	317	100,0		

Źródło: opracowanie własne

Tabela 11. Pacjenci wcześniej leczeni składnikami krwi

Wyszczególnienie	Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
Brak danych	11	3,5		
Nie	79	24,9	25,8	100,0
Ogółem	306	96,5	100,0	
Razem	317	100,0		
Tak	227	71,6	74,2	74,2

Jak pokazują dane zawarte w Tabeli 12 w większości analizowanych przypadków (93,8%) podczas poprzednich transfuzji nie odnotowano niepożądanych reakcji. Jednakże u 1,3% biorców wystąpiły dreszcze, uczucie niepokoju wraz z dreszczami zaobserwowało 0,4% pacjentów. Hemolizę, świąd i wysypkę, pokrzywkę, dreszcze oraz wzrost temperatury ciała odnotowywano zdecydowanie rzadziej.

Tabela 12. Niepożądane reakcje poprzetoczeniowe podczas wcześniejszych transfuzji*

Wyszczególnienie	Częstość	Procent
Brak reakcji	213,0	93,8
Dreszcze	3,0	1,3
Dreszcze, niepokój	1,0	0,4
Dreszcze, wzrost temperatury ciała	0,0	0,0
Hemoliza	1,0	0,4
Niepokój, dreszcze	1,0	0,4
Niepokój, świąd, zaczerwienienie	0,0	0,0
Niepokój, duszność gorączka	0,0	0,0
Świąd, wysypka	1,0	0,4
Temperatura, pokrzywka, dreszcze	1,0	0,4
Wysypka	1,0	0,4
Wysypka, świąd	1,0	0,4
Brak danych	4,0	1,8
Ogółem	227	100,0

U większości pacjentów (64,0%) stwierdzono natychmiastowe nasilenie odczynu, niezagrażające życiu (Tabela 13). Niespełna u co piątego biorcy (24,3%) po przerwaniu przetoczenia składników krwi nie stwierdzono nasilenia objawów. Należy zauważyć, że w 11,4% przypadków odnotowano odczyn natychmiastowy zagrażający życiu pacjenta.

Tabela 13. Nasilenie odczynu poprzetoczeniowego

Wyszczególnienie	Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
Brak	77	24,3	24,3	24,3
Natychmiastowy niezagrażający życiu	203	64,0	64,0	88,3
Natychmiastowy zagrażający życiu	36	11,4	11,4	99,7
Długotrwała choroba	1	0,3	0,3	100,0
Ogółem	317	100,0	100,0	

Pewny, udowodniony związek wystąpienia reakcji niepożądanej z transfuzją wykazano zaledwie u dwóch pacjentów (0,6%). U prawie połowy biorców uznano go za możliwy (45,5%), prawdopodobny tylko w przypadku jednej osoby (Tabela 14). Drugą najbardziej liczną grupę (44,9%) stanowią przypadki, w których analizowany związek opisano jako wątpliwy. U 27 osób (8,6%) wykluczono istnienie zależności pomiędzy wystąpieniem reakcji niepożądanych a transfuzją składnika krwi.

Tabela 14. Związek pomiędzy wystąpieniem reakcji niepożądanych a transfuzją składników krwi

Wyszczególnienie	Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
Możliwy	143	45,1	45,5	45,5
Pewny, udowodniony	2	0,6	0,6	46,2
Prawdopodobny	1	0,3	0,3	46,5
Wątpliwy	141	44,5	44,9	91,4
Wykluczono	27	8,5	8,6	100,0
Ogółem	314	99,1	100,0	
Brak danych	3	0,9		
Razem	317	100,0		

Analizując liczbę zgłoszonych w 2011 roku do Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Warszawie reakcji niepożądanych po transfuzji krwi i/lub jej preparatów

należy stwierdzić, że zdecydowanie największy odsetek (74,4%) zanotowano po przetoczeniu KKCz (Tabela 15). W dalszej kolejności należy zwrócić uwagę na grupę pacjentów, którym przetoczono KKP (16,1%) oraz FFP (9,5%). Powyższe dane pokrywają się częściowo z liczbą przetoczonych jednostek każdego z wymienionych preparatów. O ile w transfuzji KKCz faktycznie można zauważyć powyższy związek (60,1%), to w przypadku KKP nie (7,1%). Tym samym liczba zarejestrowanych reakcji niepożądanych w tej grupie nie jest zależna od liczby przetoczonych jednostek. Dane sugerują, że mała ilość przetoczonych jednostek KKP spowodowała znacznie wyższą liczbę niepożądanych reakcji. Jeżeli chodzi o FFP, to należy stwierdzić odwrotną zależność.

Tabela 15. Liczba zgłoszonych powikłań poprzetoczeniowych w odniesieniu do rodzaju składnika krwi i ilości przetoczonych jednostek

Wyszczególnienie	Liczba reakcji niepożądanych		Liczba przetoczonych jednostek	
	Częstość	Procent	Częstość	Procent
KKCz	236	74,4	104572	60,1
KKP	51	16,1	12430	7,1
FFP	30	9,5	57019	32,8
Razem	317	100,0	174021	100,0

W zdecydowanej większości przypadków 153 (64,8%) głównym wskazaniem do przetoczenia KKCz była stwierdzona u pacjenta niedokrwistość np. w przebiegu choroby nowotworowej, przewlekłej i schyłkowej niewydolności nerek, polekowego uszkodzenia szpiku oraz anemia pokrwotoczna i anemia w trakcie diagnostyki (Tabela 16). W dalszej kolejności należy wymienić inne jednostki chorobowe np. zespoły septyczne, tętniaki, grzybice uogólnione, ostre zespoły wieńcowe (13,1%) oraz schorzenia ortopedyczne np. stan po protezoplastyce stawu biodrowego (12,3%).

Dominującą jednostką chorobową (70,6%) stanowiącą wskazanie do przetoczenia KKP stanowiły choroby układu krwiotwórczego np. ostra i przewlekła białaczka szpikowa, zespoły mielodysplastyczne, chłoniaki (Tabela 17). Jedynie co dziesiąty pacjent, któremu przetoczono KKP (11,8%) miał rozpoznaną inną jednostkę chorobową tj. guz macicy, rak kości, krwawienie z przewodu pokarmowego. W nielicznych przypadkach byli to pacjenci z rozpoznaną małopłytkowością (7,8%) oraz rakiem płuc (5,9%).

Tabela 16. Schorzenia, w których przetaczano KKCz

Wyszczególnienie	Częstość	Procent
Niedokrwistość	153	64,8
Schorzenia ortopedyczne	29	12,3
Inne	31	13,1
Brak danych	23	9,7
Razem	236	100,0

Tabela 17. Schorzenia, w których przetaczano KKP

Wyszczególnienie	Częstość	Procent
Choroby układu krwiotwórczego	36	70,6
Małopłytkowość	4	7,8
Rak płuca	3	5,9
Inne	6	11,8
Brak danych	2	3,9
Razem	51	100,0

W przypadku trzeciego z przetaczanych preparatów krwiopochodnych – FFP, przeważała grupa osób z rozpoznanym np. wodniakiem jądra, zespołem hiperstymulacji, zapaleniem otrzewnej, małopłytkowością, skazą osoczową, niewydolnością nerek (Tabela 18). Osoby z niedokrwistością w przebiegu choroby nowotworowej stanowiły ponad 23,0%. Co dziesiąty pacjent, któremu przetaczano osocze świeżo mrożone przedawkował leki (np. acenokumarol) lub obserwowano u niego krwawienie z przewodu pokarmowego.

W dalszej kolejności przeanalizowano reakcje niepożądane zgłaszane do RCKiK w Warszawie w kolejnych miesiącach 2011 roku (Tabela 19). Jak pokazują dane, powyżej 10,0% wszystkich zgłoszonych reakcji zostało zarejesrtowanych w styczniu i lipcu. W październiku odsetek ten był najwyższy i wyniósł 13,6%. Biorąc pod uwagę poszczególne kwartały roku, należy stwierdzić, że liczba rozważanych przypadków rozkłada się prawie równomiernie. Potwierdza, to również wartość procentu skumulowanego osiągniętego w czerwcu, który wyniósł 47,6%.

Tabela 18. Schorzenia, w których przetaczano FFP

Wyszczególnienie	Częstość	Procent
Anemia w przebiegu choroby nowotworowej	7	23,3
Krwawienie z przewodu pokarmowego	3	10,0
Przedawkowanie leków	3	10,0
Inne	15	50,0
Brak danych	2	6,7
Razem	30	100,0

Tabela 19. Reakcje niepożądane zarejestrowane w RCKiK w Warszawie w kolejnych miesiącach 2011 roku

Wyszczególnienie	Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
Styczeń	33	10,4	10,4	10,4
Luty	19	6,0	6,0	16,4
Marzec	25	7,9	7,9	24,3
Kwiecień	19	6,0	6,0	30,3
Maj	29	9,1	9,1	39,4
Czerwiec	26	8,2	8,2	47,6
Lipiec	38	12,0	12,0	59,6
Sierpień	26	8,2	8,2	67,8
Wrzesień	17	5,4	5,4	73,2
Październik	43	13,6	13,6	86,8
Listopad	23	7,2	7,2	94,0
Grudzień	19	6,0	6,0	100,0
Ogółem	317	100,0	100,0	

Jak wskazują dane zawarte w Tabeli 20 reakcje niepożądane po przetoczeniu każdego z trzech składników rozkładały się nierównomiernie. W przypadku KKCz zwiększenie liczby zgłoszeń nastąpiło w styczniu, lipcu oraz w październiku, gdy wartość odsetka wyniosła 12,3%. Najmniej przypadków odnotowano w grudniu, tylko 5,1%. Z kolei reakcje potransfuzyjne po przetoczeniu KKP osiągnęły swój najwyższy poziom również w październiku – 17,6%. Najniższą liczbę powikłań poprzetoczeniowych odnotowano we wrześniu (2,0%). W przypadku FFP najwyższy odsetek reakcji niepożądanych (16,7%) został odnotowany zarówno w marcu, lipcu jak i w październiku. W lutym i we wrześniu 2011 roku nie zgłoszono żadnych przypadków wystąpienia reakcji niepożądanych po przetoczeniu FFP. O ile w przypadku transfuzji KKCz i KKP można stwierdzić wyraźną zależność

statystyczną pomiędzy ilością przetoczonych jednostek terapeutycznych a liczbą zgłoszonych reakcji niepożądanych o tyle po przetoczeniu FFP nie obserwuje się takiej zależności.

Tabela 20. Liczba reakcji niepożądanych zgłoszonych w 2011 roku z uwzględnieniem przetoczonego składnika krwi

Wyszczególnienie	KKCz		KKP		FFP	
	Częstość	Procent	Częstość	Procent	Częstość	Procent
Styczeń	26	11,0	5	9,8	2	6,7
Luty	16	6,8	3	5,9	0	0,0
Marzec	18	7,6	2	3,9	5	16,7
Kwiecień	14	5,9	4	7,8	1	3,3
Maj	21	8,9	6	11,8	2	6,7
Czerwiec	21	8,9	2	3,9	3	10,0
Lipiec	25	10,6	8	15,7	5	16,7
Sierpień	21	8,9	3	5,9	2	6,7
Wrzesień	16	6,8	1	2,0	0	0,0
Październik	29	12,3	9	17,6	5	16,7
Listopad	17	7,2	4	7,8	2	6,7
Grudzień	12	5,1	4	7,8	3	10,0
Ogółem	236	100,0	51	100,0	30	100,0

Biorąc pod uwagę wszystkie przetaczane składniki krwi należy stwierdzić, że reakcje niepożądane po transfuzji KKCz – 60,1% dominowały w porównaniu z pozostałymi preparatami (Tabela 21). Może mieć to bezpośredni związek z największą ogólną liczbą przetoczonych KKCz (104572 jednostki). W 32,8% przypadków stwierdzono objawy niepożądane u pacjentów po podaniu FFP, który jest drugim składnikiem pod względem ogólnej liczby przetoczonych jednostek (57019). Co siódme powikłanie (7,1%) zostało odnotowane po transfuzji KKP (12430 jednostek).

Tabela 21. Procentowy udział poszczególnych składników krwi w zgłoszonych reakcjach potransfuzyjnych

Wyszczególnienie	Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
KKCz	236	74,4	74,4	74,4
KKP	51	16,1	16,1	90,5
FFP	30	9,5	9,5	100,0
Ogółem	317	100,0	100,0	

Uszczegóławiając analizę reakcji niepożądanych po przetoczeniu KKCz należy stwierdzić, że główną grupę (92,4%) stanowią przypadki kwalifikowane jako inne

niepożądane reakcje poprzetoczeniowe tj. niepokój, dreszcze, gorączka, przyśpieszone tętno, wzrost ciśnienia tętniczego krwi, kołatanie serca, duszność (Tabela 22). Istotny odsetek (4,2%) stanowią pacjenci z innymi zaburzeniami w układzie oddechowym z poziomem przyczynowości 2 (w skali przyczynowości od 0 do 3). Dokładnie o połowę mniej odnotowano wtórnych zakażeń bakteryjnych. W analizowanej grupie znalazły się po jednym przypadku potwierdzonego TRALI - *Transfusion-Related Acute Lung Injury* (poziom przyczynowości 2) oraz prawdopodobnie TRALI (poziom przyczynowości 3).

Tabela 22. Reakcje niepożądane po przetoczeniu KKCz

Wyszczególnienie	Częstość	Procent
Przypadek prawdopodobnie TRALI (poziom przyczynowości 3)	1	0,4
Przypadek potwierdzonego TRALI (poziom przyczynowości 2)	1	0,4
Przypadki innych niepożądanych reakcji	218	92,4
Przypadki wtórnych zakażeń bakteryjnych	5	2,1
Inne zaburzenia w układzie oddechowym (w tym 3 przypadki z gorączką) poziom przyczynowości 2.	10	4,2
Przypadek TACO - poziom przyczynowości 2	1	0,4
Ogółem	236	100,0

W kolejnej grupie powikłań potransfuzyjnych związanych z przetoczeniem KKP również dominuje (94,1%) grupa objawów definiowanych jako inne reakcje niepożądane tj. wysypka, świąd, obrzęk powiek, niepokój, dreszcze, przyśpieszone tętno (Tabela 23). W 3,9% przypadków odnotowano odczyny alergiczne z poziomem przyczynowości 2 oraz 2,0% innych zaburzeń w układzie oddechowym o poziomie przyczynowości 2.

Tabela XXIII. Reakcje niepożądane po przetoczeniu KKP

Wyszczególnienie	Częstość	Procent
Przypadki innych reakcji niepożądanych	48	94,1
Odczyny alergiczne – (poziom przyczynowości 2)	2	3,9
Inne zaburzenia w układzie oddechowym – poziom przyczynowości 2	1	2,0
Ogółem	51	100,0

W grupie powikłań poprzetoczeniowych po transfuzji FFP dominowały podobnie jak wcześniej (90,0%) przypadki kwalifikowane jako inne reakcje niepożądane tj. świąd, wysypka, zaczerwienienie, przyśpieszone tętno (Tabela 24). Należy zwrócić uwagę, że u 6,7% pacjentów stwierdzono niedokrwistość immunohematologiczną przy poziomie przyczynowości 3. Pozostałe 3,3% reakcji niepożądanych stanowiły inne zaburzenia w układzie oddechowym o poziomie przyczynowości 2.

Tabela 24. Reakcje niepożądane po przetoczeniu FFP

Wyszczególnienie	Częstość	Procent
Przypadki niedokrwistości immunohematologicznej (w tym 2 przypadki z powodu niezgodności AB0) – poziom przyczynowości 3)	2	6,7
Przypadek innych zaburzeń w układzie oddechowym – poziom przyczynowości 2	1	3,3
Przypadki innych niepożądanych reakcji	27	90,0
Ogółem	30	100,0

Dyskusja

Pomimo, że rozwój transfuzjologii stwarza coraz większe możliwości leczenia krwią powikłania poprzetoczeniowe pozostają problemem nadal nierozwiązanym i stanowią grupę różnorodnych, niekorzystnych reakcji na przetoczenie krwi i jej składników, które pojawiają się na ogół w trakcie transfuzji lub w krótkim czasie po jej zakończeniu. Niektóre reakcje niepożądane o charakterze przewlekłym mogą pojawić się po kilku miesiącach, a nawet po wielu latach. Należy przyjąć, że wszystkie niepożądane symptomy występujące w czasie transfuzji lub po jej zakończeniu, jeżeli nie ma dowodów na inne ich pochodzenie, powinny budzić podejrzenie wystąpienia reakcji potransfuzyjnej.

Nasilenie odczynu poprzetoczeniowego uzależnione jest m.in. od rodzaju i objętości przetaczanego składnika krwi, immunogenności antygenu, rodzaju niezgodności, stanu ogólnego pacjenta oraz czasu jaki upłynął od rozpoczęcia transfuzji [11,17].

W grupie 317 analizowanych reakcji niepożądanych tylko u 36 pacjentów zaobserwowano natychmiastowe nasilenie odczynu poprzetoczeniowego, który bezpośrednio zagrażał życiu biorcy. U pozostałych 88,3% pacjentów nie odnotowano wzmocnienia

występujących objawów lub ich eskalacja nie zagrażała życiu biorców. Przeprowadzona analiza danych zawartych w protokołach zgłoszenia powikłania poprzetoczeniowego pozwala stwierdzić, że przeważająca liczba zgłaszanych reakcji niepożądanych wystąpiła w trakcie przetaczania składników krwi – 61,8% i miała charakter wczesnych powikłań potransfuzyjnych. Podobne badania przeprowadziła w 2007 roku Dorota Król wskazując jednoznacznie, że 99,6% zgłoszonych do RCKiK w Katowicach powikłań poprzetoczeniowych stanowiły wczesne reakcje potransfuzyjne [18].

Kolejnym ważnym zagadnieniem pojawiającym się w związku z analizowanymi powikłaniami poprzetoczeniowymi jest zależność pomiędzy częstością reakcji niepożądanych a rodzajem przetaczanego składnika krwi.

W 2011 roku w zakładach opieki zdrowotnej, w których przebywają pacjenci ze wskazaniami do leczenia krwią i jej składnikami na terenie województwa mazowieckiego najczęściej przetaczano KKCz – 104572 jednostki terapeutyczne, czyli 60,1% wszystkich przetoczeń. Drugim, co do częstości stosowanym preparatem było FFP – 57019 jednostek, to 32,8% wszystkich przetoczonych składników krwi, następnie KKP – 12430, co stanowi 7,1% wszystkich zrealizowanych transfuzji krwi i jej preparatów.

Wnioski

1. Najczęściej zgłaszane do RCKiK w Warszawie w 2011 roku reakcje niepożądane zaobserwowano w trakcie przetaczania KKCz i KKP.
2. Konieczność transfuzji KKCz jest wyraźnie uzależniona od wartości hemoglobiny pacjenta.
3. Konieczność transfuzji składników krwi ma związek z wiekiem pacjentów i wzrasta, u chorych po 47 roku życia.
4. Dreszcze i niepokój to najczęściej zgłaszane przez pacjentów objawy reakcji niepożądanych występujących w trakcie lub po zakończeniu transfuzji składników krwi.
1. Dotychczasowa immunizacja biorcy zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań poprzetoczeniowych.

Piśmiennictwo

1. Antoniewicz-Papis J.: Preparatyka krwi i jej składników [w:] Medyczne zasady pobierania krwi, oddzielania jej składników i wydawania, obowiązujące w

jednostkach organizacyjnych publicznej służby krwi, pod red. Łętowska M. Instytut Hematologii i Transfuzjologii, Warszawa 2011, 147-263.

2. Cichocka E.: Perły na Saskiej. Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Warszawie, Red Cross Magazyn MZO PCK 2010, 1, 4-12.
3. Brojer E.: Czynniki zakaźne przenoszone przez krew i jej składniki [w:] Transfuzjologia kliniczna, pod red. Korsak J., Łętowska M. Wydawnictwo Alfa Medica Press, Bielsko-Biała 2009, 223-253.
4. Klausa E., Muzała-Bogdan B., Korsak J.: Profilaktyka potransfuzyjnych zakażeń bakteryjnych. Acta Haematologica Polonica, 2007, 2, 139-140.
5. Dzieciątkowska A.: Zakażenia bakteryjne preparatów krwiopochodnych. Przegląd Epidemiologiczny 2000, 3, 322-326.
6. Lachert E.: Zapewnienie jakości krwi i jej składników we współczesnym krwiodawstwie. Laboratorium, 2005, 4, 44-48.
7. Brojer E.: Czynniki zakaźne przenoszone przez krew. Wyd. Oinpharma, Warszawa 2008.
8. Brojer E.: Czynniki zakaźne przenoszone przez krew i jej składniki [w:] Transfuzjologia kliniczna, pod red. Korsak J., Łętowska M. Wydawnictwo Alfa Medica Press, Bielsko-Biała 2009, 223-253.
9. Korsak J.: Zakażenia przewodu pokarmowego – ryzyko przeniesienia przez krew i jej składniki. Polski Merkuriusz Lekarski, 2007, 22, 502-504.
10. Lachert E.: Zapewnienie jakości krwi i jej składników we współczesnym krwiodawstwie. Laboratorium, 2005, 4, 44-48.
11. Łętowska M., Żupańska B.: Współczesne poglądy na niektóre powikłania poprzetoczeniowe. Acta Haematologica Polonica, 2009, 2, 407-423.
12. Nébié K., Ouattara S., Sanou M. and all,: Poor procedures and quality control among non-affiliated blood centers in Burkina Faso: an argument for expanding the reach of the national blood transfusion center. Transfusion. 2011, 51, 1613–1618.
13. Brojer E.: Ukryte zakażenia wirusem HBV w hematologii i transfuzjologii. Acta Haematologica Polonica, 2009, 2, 435-449.
14. Beck B., Malarska A.: Medycyna laboratoryjna w służbie krwi. Czynniki zakaźne przenoszone przez krew – cz. III. Laboratorium, 2008, 3, 46-48.

15. Sulkowska E., Mikulska M., Grabarczyk P. i wsp.: Podniesienie bezpieczeństwa przetoczeń krwi i usprawnienie procesu potwierdzania zakażenia wirusem HIV jako efekt wprowadzenia badań molekularnych. Acta Haematologica Polonica, 2009, 2, 64.
16. Fiolek J.: Wdrożenie systemów zarządzania zgodnych z normami ISO w placówkach polskiej służby krwi – stan obecny i perspektywy na przyszłość. Acta Haematologica Polonica, 2009, 2, 247.
17. Król D., Drybańska B., Dyląg S.: Rodzaj najczęściej występujących powikłań po przetoczeniu składników krwi na podstawie sześcioletniej analizy. Acta Haematologica Polonica, 2007, 2, 141.
18. Król D.: Analiza powikłań poprzetoczeniowych zgłoszonych w Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Katowicach w latach 2000-2005. Biblioteka Główna Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Rozprawa Doktorska 2007.

Dziedzic Małgorzata, Janiszewska Mariola, Żołnierczuk-Kieliszek Dorota, Barańska Agnieszka, Zabłocka Kamila

Wykorzystanie procesu pielęgnowania w postępowaniu diagnostyczno – terapeutycznym u pacjentki poddanej zabiegowi chirurgicznej konizacji szyjki macicy

Katedra Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Wstęp

Rak szyjki macicy jest nowotworem, który zdiagnozowany odpowiednio wcześnie łatwo poddaje się leczeniu. Dzięki wprowadzeniu metod profilaktyki można całkowicie zapobiegać temu nowotworowi poprzez wykrywanie i leczenie stanów przedrakowych, takich jak śródnabłonkowa neoplazja szyjki macicy ***(****cervical intraepithelial neoplasia)* CIN. Powyższy termin obejmuje nieprawidłowe zmiany, dotyczące nabłonka wielowarstwowego płaskiego pokrywającego szyjkę macicy. Starsza terminologia medyczna określa te nieprawidłowości jako dysplazję [1, 2, 3].

Rak szyjki macicy rozwija się prawie bezobjawowo przez około 5 do 10 lat, w związku z tym wiele kobiet zbyt późno zgłasza się do lekarza, a choroba zbiera tragiczne żniwo. Każdego roku blisko 4 tysiące Polek słyszy tę straszną diagnozę, a co za tym następuje 2 tysiące Polek umiera z powodu tej choroby [1, 2].

Rak szyjki macicy nie musi oznaczać wyroku. Długi rozwój choroby daje wystarczająco dużo czasu, aby ją wykryć. Regularne wykonywanie badań cytologicznych oraz od 2006 roku możliwość szczepienia przeciwko onkogennym typom wirusa brodawczaka ludzkiego, daje każdej kobiecie ogromną szansę uniknięcia zachorowania na raka szyjki macicy [3].

Wraz z postępem wiedzy medycznej wymaga się od pracowników ochrony zdrowia, w tym również od położnej, ciągłego podnoszenia swoich kwalifikacji i umiejętności zawodowych [2, 4].

Celem pracy jest ukazanie roli położnej w procesie diagnostyczno-terapeutycznym u pacjentki ze zmianą dysplastyczną szyjki macicy przy wykorzystaniu procesu pielęgnowania. Niezwykle ważnym jest fakt, że rola zawodowa położnej podlega licznym przemianom zgodnie z tendencją dążenia do uzyskania większej samodzielności zawodowej oraz do zapewnienia pacjentce ciągłej, profesjonalnej opieki, uwzględniającej model holistycznego podejścia do człowieka. Działania położnej o charakterze diagnostyczno-leczniczym, profilaktycznym i w obszarze promocji zdrowia stanowią bardzo ważne ogniwo

w zapobieganiu, wczesnym wykrywaniu i leczeniu zmian przedrakowych szyjki macicy. Realizowanie przez położną zadań w zakresie edukacji, profilaktyki i promocji zdrowia oraz prowadzenie nieustannych działań na rzecz skryningu cytologicznego, daje szansę na podniesienie świadomości społecznej kobiet i ich rodzin, a zatem na zmianę zatrważających statystyk w naszym kraju, dotyczących raka szyjki macicy [2, 5].

Zadania położnej w procesie diagnozowania i leczenia pacjentki z dysplazją szyjki macicy

We współczesnym położnictwie, tak jak i w pielęgniarstwie istotne jest, aby pacjentka, jako odbiorca usług położnej, była postrzegana podmiotowo i stała się współpartnerem w procesie opieki. W obecnym czasie światowe standardy opieki położniczej opierają się na metodzie indywidualnego pielęgnowania kobiety zdrowej i chorej, która uwzględnia jej świadomy udział w planowanych i realizowanych działaniach na rzecz utrzymania i poprawy zdrowia. Podmiotowe traktowanie oznacza konieczność indywidualnego podejścia położnej do każdej pacjentki i potraktowania jej w sposób, jak najbardziej holistyczny, uwzględniając w opiece nie tylko stan biologiczny, ale również potrzeby psycho - społeczne i duchowe kobiety. Od położnej, jako pełnoprawnego członka zespołu terapeutycznego wymaga się nie tylko profesjonalnych działań medycznych i pielęgnacyjnych, ale także życzliwości, opiekuńczości oraz współdziałania z pacjentką w zakresie samo opieki i samo pielęgnacji [6, 7, 8].

Zadania położnej w procesie diagnozowania i leczenia pacjentki ze zmianą dysplastyczną na szyjce macicy powinny być zatem definiowane nie tylko w aspekcie realizowania procedur medycznych, ale również obejmować swym zakresem działania pielęgnacyjne, opiekuńcze, wychowawcze, profilaktyczne i promowania zdrowia. Celem zadań zawodowych położnej realizowanych na rzecz chorej kobiety jest umacnianie i potęgowanie zdrowia, zapobieganie chorobom, uzyskanie optymalnych efektów w procesie diagnozowania, leczenia i usprawniania pacjentki po zabiegu operacyjnym oraz motywowanie jej do samopielęgnacji [6].

Duże znaczenie dla procesu diagnozowania, przygotowania do zabiegu operacyjnego, pielęgnowania po nim i wreszcie uzyskania wyników leczenia ma stworzenie przez cały zespół terapeutyczny, a zwłaszcza przez położną, będącą najbliżej pacjentki, odpowiednich warunków i atmosfery, umożliwiających odzyskanie równowagi fizycznej i psychicznej przez pacjentkę [9].

Na oddziale ginekologicznym kobieta w szczególny sposób przeżywa swój stan i odczuwa zagrożenie w obliczu wykonywanych zabiegów. Obawia się, czy podjęła słuszną

decyzję o poddaniu się operacji, odczuwa lęk o dalsze swoje losy, związane z diagnozą stanu przedrakowego, czy wreszcie zwyczajnie boi się operacji i jej konsekwencji, znieczulenia do zabiegu i bólu pooperacyjnego. Dlatego właśnie w tej sytuacji, tak istotna jest rola położnej, jako doradcy i nauczyciela pacjentki w procesie pozyskania zaufania kobiety i uzyskania przez nią poczucia bezpieczeństwa i komfortu psychicznego. Tylko w takich warunkach możliwy jest pełny powrót do zdrowia hospitalizowanej kobiety [9].

Głównym celem działań położnej w stosunku do pacjentki dotkniętej dysplazją szyjki macicy jest przywrócenie zdrowia kobiecie, a także potęgowanie jego potencjału, poprzez wypełnianie procedur medycznych oraz naukę zachowań prozdrowotnych i zdrowego stylu życia. Położna powinna uczestniczyć aktywnie w procesie diagnozowania kobiety w kierunku zmian dysplastycznych na szyjce macicy, a więc zachęcać ją do poddawania się koniecznym badaniom, przygotować ją do nich oraz asystować. Zadaniem położnej jest uświadomienie pacjentce celowości procedur diagnostycznych, wyjaśnienie ich przebiegu, ewentualnych powikłań oraz rozwianie wszelkich wątpliwości. Po przyjęciu pacjentki w oddział ginekologiczny, położna ma za zadanie zebrać wywiad dotyczący stanu zdrowia, dolegliwości, przeszłości ginekologiczno - położniczej kobiety i współistniejących chorób oraz przeprowadzić badanie przedmiotowe, a także dokonać pomiarów parametrów życiowych. Po wypełnieniu dokumentacji położna powinna pomóc pacjentce w zaklimatyzowaniu się w nowym otoczeniu. Położna czynnie uczestniczy we wszystkich procedurach diagnostycznych zleconych przez lekarza oraz pobiera materiał do badań laboratoryjnych, asystuje przy badaniu ginekologicznym i ultrasonograficznym oraz wymaganych konsultacjach [9, 10].

Podczas pobytu pacjentki na oddziale, położna ma za zadanie przygotowanie jej do zabiegu chirurgicznej konizacji szyjki macicy, uwzględniając podział na przygotowanie dalsze i bliższe. Położna powinna przygotować kobietę do operacji w oparciu o stan biologiczny jej poszczególnych układów, sprawność fizyczną oraz stan psychiki. Powinna znać preferencje pacjentki, sytuację rodzinną, środowisko domowe oraz wyznanie. To właśnie od położnej wymaga się bezpośredniego kontaktu z pacjentką i jej rodziną, a zatem powinna ona dołożyć wszelkich starań, aby ułatwić kobiecie akceptację zaistniałej sytuacji oraz włączyć ją do procesu leczenia [11].

Przygotowanie bliższe dotyczy dnia poprzedzającego zabieg i kończy się w chwili przekazania pacjentki na blok operacyjny. Do zadań położnej należy przygotowanie pacjentki pod względem fizycznym, tzn. przygotowanie przewodu pokarmowego, pola operacyjnego, układu moczowo - płciowego, higienicznie skóry, podanie premedykacji oraz pod względem

emocjonalnym poprzez kontynuację działań mających na celu przeciwdziałanie lękom i niepokojom. Położna powinna także starać się w razie potrzeby, zapewnić pacjentce kontakt z psychologiem, czy osobą duchowną [9, 11].

Do zadań położnej należy również pielęgnacja pacjentki po zabiegu operacyjnym, która obejmuje wczesny okres pooperacyjny oraz dalsze doby hospitalizacji. Wczesny okres pooperacyjny dotyczy pierwszych trzech dni po zabiegu i jest to czas szczególnej troski i intensywnej opieki całego zespołu terapeutycznego, aż do momentu ustabilizowania się podstawowych parametrów życiowych pacjentki. Od zasobu wiedzy i umiejętności położnej w zakresie prawidłowej oceny stanu ogólnego, zależy często możliwość szybkiej interwencji lekarskiej w przypadkach zagrożenia życia. Jest to okres wielostronnej pielęgnacji, obejmującej obserwację stanu ogólnego, pracy poszczególnych układów pacjentki, sytuacji ginekologicznej, kontroli przewodu pokarmowego i diurezy oraz uśmierzania dolegliwości bólowych. Wymaga on od położnej szeroko pojętych działań pielęgnacyjno - opiekuńczych i leczniczych, w skład których wchodzi, także wykonywanie indywidualnych zleceń lekarskich oraz pobieranie materiału do niezbędnych badań. Opieka bezpośrednio po zabiegu operacyjnym polega nie tylko na prowadzeniu przez położną ścisłego nadzoru medycznego nad pacjentką, lecz także wymaga okazania cierpliwości, wyrozumiałości i troski o drugiego człowieka [9, 12].

Dalsze doby po operacji położna powinna wykorzystać na wdrażanie w życie procesu usprawniania kobiety, a także na edukację w zakresie samoopieki i samopielęgnacji, odpowiedniej diety, aktywności fizycznej oraz zachowań prozdrowotnych. Udzielając zaleceń do domu, położna zawsze powinna brać pod uwagę indywidualne problemy i potrzeby pacjentki oraz realne możliwości ich rozwiązania i spełnienia. Niezwykle ważne jest zaangażowanie rodziny w proces leczenia. Pomimo faktu, że praca wszystkich członków zespołu terapeutycznego jest niezwykle ważna w procesie powrotu do zdrowia pacjentki, to właśnie położna spełnia wyjątkową rolę w opiece nad chorą kobietą, ponieważ często staje się powiernikiem, nauczycielem oraz życzliwym doradcą w rozwiązywaniu istotnych problemów [12].

Rola położnej w realizowaniu założeń profilaktyki raka szyjki macicy i stanów przedrakowych

Obecnie przypisuje się duże znaczenie przygotowaniu społeczeństwa przez środowiska ochrony zdrowia do aktywnego udziału w działaniach na rzecz zdrowia oraz do ponoszenia odpowiedzialności za stan zdrowia własnego, jak i całej rodziny. Dlatego też w programach profilaktycznych i promocji zdrowia określa się zadania, których celem jest

podnoszenie świadomości ludzi w zakresie zainteresowania sprawami zdrowia, oraz jego utrzymania i potęgowania. Położna z racji posiadanych kwalifikacji oraz charakteru pracy, umożliwiającego bliski kontakt z pacjentką, posiada szczególne możliwości w zakresie realizacji założeń profilaktyki stanów przedrakowych i raka szyjki macicy [5].

Położna realizuje założenia edukacji zdrowotnej poprzez sprawowanie funkcji profilaktycznej, wychowawczej oraz promującej zdrowie. Zadania położnej w tym zakresie polegają na:

- realizowaniu działań, które wynikają z założeń Populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy.
- przekazywaniu kobiecie wiedzy z zakresu profilaktyki raka szyjki macicy, a także na pomaganiu w kształtowaniu umiejętności podejmowania działań prozdrowotnych w stosunku do siebie oraz do swojej rodziny.
- pomocy w organizowaniu warunków sprzyjających prowadzenia zdrowego stylu życia.
- współpracy z pacjentką w zakresie realizacji założeń profilaktyki raka szyjki i stanów przedrakowych.
- rozpoznawaniu czynników ryzyka powodujących wystąpienie raka szyjki macicy.
- planowaniu i realizowaniu działań zapobiegających lub redukujących ryzyko zachorowania na raka szyjki macicy oraz ocenianiu wyników tych działań.
- przygotowaniu kobiety do zwiększenia kontroli nad swoim zdrowiem poprzez edukację i zachęcanie do badań profilaktycznych.
- współdziałaniu z instytucjami działającymi na rzecz umacniania zdrowia.
- przygotowaniu programów autorskich promocji zdrowia dotyczących zapobieganiu chorobom nowotworowym szyjki macicy [5, 6].

Zadaniem położnej jest zapoznanie pacjentki z założeniami profilaktyki pierwotnej i wtórnej w odniesieniu do stanów przedrakowych i raka szyjki macicy. To właśnie położna powinna stać się doradcą kobiety, wyjaśnić jej założenia i cele programu profilaktycznego, zachęcić do wykonywania badań cytologicznych, testów HR HPV, a w razie potrzeby do przystąpienia do etapu diagnostyki pogłębionej. Powinna ona także przybliżyć kobietom, rodzicom oraz ich dorastającym córkom temat szczepień profilaktycznych przeciwko onkogennym typom wirusa HPV oraz przedstawić im korzyści wynikające ze szczepienia. Rolą położnej jest również motywowanie pacjentki do przeobrażenia stylu życia w kierunku

prozdrowotnym, celem eliminacji bądź ograniczenia czynników ryzyka raka szyjki macicy [9, 2, 4].

Wiedza społeczeństwa na temat znaczenia badań przesiewowych jest niewystarczająca. W związku z tym, położna powinna być głównym propagatorem zdrowego stylu życia i realizować założenia polityki prozdrowotnej niezależnie od miejsca pracy, czyli w szpitalu, w zakładach Podstawowej Opieki Zdrowotnej, czy też w środowisku domowym. Priorytetem jest bowiem zintensyfikowanie działań edukacyjnych w kierunku profilaktyki raka szyjki macicy celem poprawy sytuacji epidemiologicznej dotyczącej tego nowotworu w Polsce. Należy zatem pamiętać, że mimo opracowania i wprowadzenia programu badań przesiewowych, nie będzie można osiągnąć optymalnych rezultatów bez zmiany świadomości zdrowotnej u kobiet i ich rodzin [4, 13].

Opis studium przypadku

Metoda studium indywidualnych przypadków to sposób badań polegający na analizowaniu jednostkowych losów ludzkich uwikłanych w określone sytuacje wychowawcze lub na analizowaniu konkretnych zjawisk przez pryzmat jednostkowych biografii ludzkich z nastawieniem na opracowanie diagnozy przypadku lub zjawiska celem podjęcia działań terapeutycznych. Celem metody studium indywidualnych przypadków jest dokładny opis badanego przypadku z możliwie różnych stron i z uwzględnieniem jego rozmaitych aspektów. Przedmiotem badań jest pojedyncza osoba, grupa osób, bądź zjawisko [14].

Na podstawie obserwacji, a także w oparciu o wywiad, pomiary, analizę dokumentacji i ankietę zebrano niezbędne informacje, służące do zgromadzenia danych dotyczących stanu biologicznego, psychicznego i społecznego pacjentki z rozpoznaną śródnabłonkową neoplazją szyjki macicy CIN 2.

Iwona P. została przyjęta na Oddział Ginekologii Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Chełmie dnia 17. 03. 2010 roku o godz. 8.00 ze skierowaniem do zabiegu chirurgicznej konizacji szyjki macicy z powodu dysplazji średniego stopnia szyjki macicy II (*moderate cervical intraepithelial*) CIN 2, uzyskanym od lekarza ginekologa prowadzącego prywatną praktykę ginekologiczną.

Pacjentka była hospitalizowana w styczniu bieżącego roku na Oddziale Ginekologii wyżej wymienionego szpitala, celem pobrania wycinków z tarczy części pochwowej szyjki macicy oraz abrazji diagnostycznej kanału szyjki i jamy macicy z powodu nieprawidłowego wyniku badania cytologicznego i kolposkopowego. Wynik badania cytologicznego według systemu Bethesda: ASCUS (*atypical squamous cells of undetermined significance*) - komórki nieprawidłowe o nieokreślonym znaczeniu, zaś według klasyfikacji Papanikolaou: Grupa III.

Wynik badania kolposkopowego przemawiał za obecnością cech śródnabłonkowej neoplazji szyjki macicy CIN 2 oraz infekcją wirusem HPV. Ocena histopatologiczna wycinków z tarczy części pochwowej szyjki macicy i wyskrobin z kanału szyjki wskazywała na dysplazję średniego stopnia oraz obecną infekcję HPV. W związku z powyższą sytuacją pacjentka zgłosiła się do szpitala celem wykonania zabiegu operacyjnego, polegającego na chirurgicznym, stożkowym wycięciu zmiany na szyjce macicy.

Po przeprowadzeniu wywiadu i badania ginekologicznego oraz po weryfikacji wyników badań posiadanych przez pacjentkę, postawiono rozpoznanie: *Śródnabłonkowa neoplazja szyjki macicy CIN 2. Infekcja wirusem HPV.* Pacjentkę zakwalifikowano do zabiegu operacyjnego na dzień następny.

Informacje o pacjentce w aspekcie społecznym

- Wiek- 36 lat
- Stan cywilny- zamężna
- Wykształcenie- średnie, bez zawodu
- Charakter wykonywanej pracy- nie pracuje
- Źródło utrzymania- rodzina utrzymuje się z dochodów męża, warunki materialne dobre(własna działalność gospodarcza- warsztat samochodowy).

Informacje o pacjentce w aspekcie rodzinnym

- Struktura rodziny- małżeństwo posiada córkę w wieku 8 lat
- Więzi w rodzinie- funkcjonowanie emocjonalne prawidłowe, dobry kontakt z rodzicami obojga małżonków.
- Sytuacja bytowa, warunki mieszkaniowe- dobre; własny dom parterowy czteropokojowy z ogrodem na obrzeżach miasta, ogrzewanie gazowe, skanalizowany, wszelkie wygody.
- Wyznanie- rzymsko- katolickie.

Informacje o pacjentce w aspekcie stylu życia oraz edukacyjnym

- Wiedza o zdrowym stylu życia i profilaktyce chorób występujących rodzinnie- niepełna (niewłaściwy styl odżywiania- posiłki nieregularne, dieta zbyt obfita w tłuszcze pochodzenia zwierzęcego, uboga w warzywa i owoce, niedocenianie roli aktywności fizycznej w profilaktyce chorób przewlekłych)
- Wiedza o własnej chorobie i profilaktyce zmian przedrakowych i raka szyjki macicy- niewystarczająca (pacjentka nie posiada dostatecznych informacji, dotyczących badań

profilaktycznych, czynników ryzyka dysplazji szyjki macicy oraz zasad postępowania po zabiegu chirurgicznej konizacji szyjki macicy)

- Nałogi- pacjentka pali około dziesięciu papierosów dziennie.
- Sen- prawidłowy, około 7 godzin w ciągu nocy

Informacje o pacjentce w aspekcie psychicznym

- Stan świadomości- przytomny
- Orientacja- prawidłowa
- Kontakt słowny- logiczny, rzeczowy
- Forma wypowiedzi- poprawna
- Nastrój- lekko podenerwowana, lęk przed zabiegiem operacyjnym oraz jego konsekwencjami
- Reakcja na hospitalizację- pacjentka nie podważa celowości pobytu w szpitalu, jest świadoma konieczności wykonania badań diagnostycznych oraz zabiegu operacyjnego

Informacje o reakcji najbliższej rodziny na fakt hospitalizacji pacjentki

Mąż świadomy konieczności pobytu żony w szpitalu celem leczenia. Rodzice pacjentki zaofiarowali pomoc w opiece nad dzieckiem podczas jej nieobecności w domu. Istnieje nieograniczona możliwość kontaktu rodziny z pacjentką na oddziale.

Informacje o pacjentce w aspekcie biologicznym

<u>Dane dotyczące funkcjonowania poszczególnych układów</u>

- Masa ciała- 75kg (nadwaga, skłonność do otyłości typu brzusznego)
- Wzrost- 160 cm
- Układ oddechowy- oddech prawidłowy, zaleganie nieobecne
- Układ krążenia- tętno 70 u/ min, ciśnienie tętnicze krwi 130/80 mmHg, ciepłota ciała $36,7^0$C, obrzęki nie występują, niewielkie żylaki podudzi
- Układ pokarmowy- prawidłowy, czasami zaparcia
- Stan jamy ustnej bez zmian. Stan uzębienia- pojedyncze ubytki, w trakcie leczenia u stomatologa
- Układ moczowo- płciowy- niezmieniony, diureza prawidłowa
- Układ kostno-stawowy- postawa ciała prawidłowa, ruchomość w stawach pełna
- Układ nerwowy- prawidłowy, świadomość pełna, równowaga ciała zachowana, mimika i gestykulacja prawidłowa
- Narządy zmysłów- wzrok prawidłowy, słuch prawidłowy

- Skóra- bez zmian patologicznych, tkanka podskórna dobrze rozwinięta, stan higieniczny skóry, włosów i paznokci dobry
- Ból- nie występuje
- Alergia- reakcje alergiczne na niektóre leki przeciwbólowe: Pyralgin.

Wywiad dotyczący przebytych i obecnie występujących chorób, oraz przebytych operacji

Przebyty zabieg operacyjny z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego 12 lat temu.

Nie choruje na choroby przewlekłe

Wywiad dotyczący chorób przewlekłych w rodzinie

Matka pacjentki leczona z powodu cukrzycy typu II, ojciec zaś choruje na nadciśnienie tętnicze oraz chorobę wieńcową.

Wywiad ginekologiczny

- Pierwsza miesiączka w 13 roku życia, miesiączki regularne co 30 dni, trwające 5 dni, mierne, bolesne na początku
- Ostatnia miesiączka 12. 03. 2010 r.
- Przebyte porody- rodziła jeden raz w 2002 r. Poród siłami natury, bez powikłań
- Przebyte poronienia- nie roniła
- Leczona z powodu nawracających stanów zapalnych pochwy.
- Obecnie bez dolegliwości

Badanie ginekologiczne

- Krocze- wysokie, srom zamknięty
- Gruczoł Bartholina- niezmieniony
- Cewka moczowa i zwieracz odbytu bez zmian
- Pochwa- miernie szeroka
- Ujście zewnętrzne szyjki macicy- zamknięte
- Sklepienie- wolne, niebolesne, Zatoka Douglasa- wolna
- Trzon macicy- bez zmian, wielkości prawidłowej
- Przydatki niezmienione, niebolesne
- Przymacicze i omacicze wolne
- Badanie we wziernikach- nadżerka na tarczy części pochwowej szyjki macicy
- Badanie piersi- bez zmian.

Wyniki badań posiadane przez pacjentkę w chwili przyjęcia do szpitala

Wynik badanie kolposkopowego

Wynik badania kolposkopowego podejrzany o występowanie śródnabłonkowej neoplazji szyjki macicy oraz o infekcję wirusem HPV. Występowanie rysunku patologicznych naczyń. Zbielenia po zastosowaniu próby z kwasem octowym, świadczące o podejrzeniu infekcją HPV. Jodonegatywne pola, wskazujące na obecność patologicznego nabłonka. Zalecane wykonanie biopsji celowanej.

Wynik badania cytologicznego

Wynik badania cytologicznego wg Skali Bethesda

Jakość rozmazu - odpowiedni do oceny

Ocena rozmazu - rozmaz cytologicznie nieprawidłowy

Interpretacja wyniku - zmiany odczynowe związane z zapaleniem

Zmiany w komórkach nabłonkowych – ASCUS nieprawidłowe komórki nabłonka wielowarstwowego płaskiego o nieokreślonym znaczeniu

Wynik badania histopatologicznego biopsji celowanej z tarczy części pochwowej szyjki macicy oraz wyskrobin z kanału szyjki macicy

Rozpoznanie kliniczne - rozmaz cytologiczny III

Opis makroskopowy materiału - I wycinki z tarczy części pochwowej szyjki macicy

II wyskrobiny z kanału szyjki macicy

Wynik badania

I *Cervicitis chronica cum dysplasia planoepithelli focale gradus mediocris cum signis koilocytosis planoepithelli.*

II *Endocervicitis chronica.*

Przygotowanie do zabiegu operacyjnego

Przygotowanie fizyczne

Przygotowanie fizyczne pacjentki do zabiegu chirurgicznej konizacji polega na przeprowadzeniu wszystkich koniecznych badań, konsultacji i zabiegów.

Zalicza się do nich:

- Wywiad
- Badanie przedmiotowe
- Badanie ginekologiczne
- Obserwację pacjentki
- Badania laboratoryjne
- Badania konsultacyjne [9].

Po przeprowadzeniu wywiadu z pacjentką, wykonaniu badania przedmiotowego oraz przygotowaniu kobiety do badania ginekologicznego, zadaniem położnej jest zapoznanie pacjentki z topografią oddziału, a także przydzielenie jej do odpowiedniej sali. Położna zapoznaje kobietę z członkami zespołu terapeutycznego oraz z innymi pacjentkami przebywającymi aktualnie na sali. Ponadto istotne jest udostępnienie Karty Praw Pacjenta, regulaminu oddziału, czy informacji dotyczących godzin odwiedzin [11].

Przez cały pobyt w szpitalu położna prowadzi bieżącą obserwację pacjentki, dotyczącą jej stanu ogólnego (parametry objawów kardynalnych) i ginekologicznego, oraz wszelkich dolegliwości i samopoczucia [11].

W ramach przygotowania pacjentki do zabiegu chirurgicznej konizacji położna uczestniczy w procesie diagnostycznym poprzez:

- Pobieranie krwi do badań laboratoryjnych, takich jak: morfologia, poziom stężenia elektrolitów w surowicy krwi, poziom glukozy na czczo w surowicy krwi, układ krzepnięcia, grupa krwi i czynnik Rh (w sytuacji, gdy pacjentka nie posiada wyniku grupy krwi i czynnika Rh)
- Pobranie moczu do badania ogólnego
- Wykonanie EKG
- Kontrola szczepień przeciwko WZW- B
- Asystowanie podczas konsultacji specjalistycznych (konsultacja internistyczna i anestezjologiczna) oraz wykonanie zleconych badań i zabiegów terapeutycznych [11].

Zadaniem położnej jest przygotowanie przewodu pokarmowego pacjentki do zabiegu operacyjnego. W przypadku chirurgicznej konizacji nie jest wymagane podawanie środków przeczyszczających. Pacjentka otrzymuje w przeddzień operacji łatwostrawne śniadanie oraz zupę na obiad, pozostając zaś bez kolacji i na czczo w dniu zabiegu.

Na zlecenie lekarza należy rozpocząć profilaktykę przeciwzakrzepową, polegającą na podawaniu preparatu zawierającego heparynę oraz zaleceniu noszenia pończoch elastycznych. Pacjentka powinna być pouczona o sposobach wykonywania ćwiczeń po zabiegu operacyjnym, zwłaszcza kończyn dolnych, zapobiegających wystąpieniu choroby zatorowo-zakrzepowej [11].

Okres przedoperacyjny należy wykorzystać także do profilaktyki powikłań oddechowych, polegającej na nauce wykonywania ćwiczeń oddechowych, przydatnych po zabiegu operacyjnym [11].

W ramach przygotowania do zabiegu operacyjnego położna uczestniczy w procesie terapeutycznym poprzez wykonywanie wszystkich niezbędnych zleceń lekarskich [9, 11].

W dniu zabiegu chirurgicznej konizacji należy:

- Skompletować dokumentację pacjentki
- Uzyskać pisemną zgodę na zabieg operacyjny
- Przygotować skórę pacjentki pod względem higienicznym (kąpiel całego ciała, zalecenie usunięcia makijażu oraz lakieru z paznokci)
- Przygotować pole operacyjne (golenie okolic krocza)
- Zalecić usunięcie ruchomych protez zębowych
- Zalecić zdjęcie biżuterii oraz zabezpieczyć ją
- Zalecić założenie czystej bielizny operacyjnej
- Zalecić opróżnienie pęcherza moczowego
- Pobrać krew na próbę krzyżową i zabezpieczyć ją na wypadek konieczności wykonania transfuzji krwi
- Podać profilaktyczną antybiotykoterapię
- Podać premedykację przedoperacyjną zaleconą przez anestezjologa
- Kontrolować parametry objawów kardynalnych
- Zapewnić transport pacjentki na salę operacyjną [9, 11].

Przygotowanie psychiczne

Przygotowanie pacjentki do planowego zabiegu operacyjnego powinno obejmować także niezwykle istotne działania w sferze psychicznej. Cały zespół terapeutyczny musi zdawać sobie sprawę, jak ważne jest właściwe emocjonalne przygotowanie pacjentki do operacji dla powodzenia całokształtu procesu leczenia. Pacjentka myśli o czekającym ją zabiegu w kontekście bólu, uzależnienia od personelu i rodziny oraz bezradności. Dlatego też niezbędna jest rozmowa kobiety z lekarzem, który będzie ją operował, jak również z anestezjologiem w celu ustalenia rodzaju nieczulenia. Należy pamiętać, że informowanie o rozpoznaniu i rokowaniu wchodzi w zakres kompetencji lekarza, położna zaś powinna w miarę możliwości wyjaśnić nurtujące pacjentkę problemy i wątpliwości, swoją postawą uspokoić ja i wesprzeć w podjęciu trudnej decyzji związanej z wyrażeniem zgody na przeprowadzenie operacji. Niekiedy potrzebna może okazać się rozmowa z psychologiem, który pomaga odpowiednio przygotować się do zabiegu, jak również funkcjonować po nim. Położna powinna również w każdej sytuacji zapewnić pacjentce kontakt z rodziną, a jeśli kobieta wyrazi życzenie, to także z duchownym [9, 11].

Przygotowując pacjentkę do operacji, nie wolno zapominać o podmiotowym traktowaniu chorej oraz o indywidualnym podejściu do jej problemów, co możliwe jest dzięki nawiązaniu z nią kontaktu emocjonalnego. W przygotowaniu psychicznym pacjentki do zabiegu chirurgicznej konizacji działania położnej powinny zmierzać do pomocy w rozwiązywaniu problemów dotyczących akceptacji zabiegu przez kobietę i jej rodzinę [11].

Dnia 18. 03. 2010 r. o godz. 9.00 wykonano u pacjentki zabieg operacyjny polegający na chirurgicznej konizacji szyjki macicy (*Conisatio chirurgica*). Po ściągnięciu szyjki macicy ku dołowi w sposób typowy wycięto stożek. Miejsce rany skoagulowano. Zabieg wykonano w znieczuleniu ogólnym dożylnym. Przebieg operacji bez powikłań. Stan pacjentki w trakcie zabiegu prawidłowy. Materiał operacyjny zabezpieczono do badania histopatologicznego. Pacjentka w stanie ogólnym dobrym została przewieziona na salę intensywnego nadzoru pooperacyjnego, mieszczącą się na oddziale ginekologicznym.

Stan pacjentki bezpośrednio po zabiegu operacyjnym

- Kontakt słowny zachowany
- RR 110/70 mmHg
- Tętno 68 u/min
- Oddech spokojny, miarowy
- Ciepłota ciała $36,0^0$C
- Krwawienia z dróg rodnych nie obserwuje się.

Zalecenia pooperacyjne

- Monitorowanie parametrów objawów życiowych (stan świadomości, tętno ciśnienie tętnicze krwi, temperatura, oddech, zabarwienie skóry)
- Obserwacja odchodów z dróg rodnych
- Obserwacja diurezy
- Ocena dolegliwości bólowych i przeciwdziałanie im
- Udział w leczeniu farmakologicznym
- Wykonywanie zleconych badań diagnostycznych
- Założenie i pielęgnacja wkłucia dożylnego
- Pomoc przy zmianie pozycji i uruchamianie pacjentki
- Rehabilitacja oddechowa
- Pomoc w czynnościach higienicznych
- Zapewnienie właściwej diety

- Ocena ryzyka wystąpienia powikłań pooperacyjnych i zapobieganie im oraz podejmowanie właściwych działań w przypadku ich wystąpienia
- Rehabilitacja psychiczna
- Edukacja pacjentki w zakresie zachowań prozdrowotnych, profilaktyki zmian przedrakowych szyjki macicy oraz samo opieki i samopielęgnacji
- Przygotowanie do wypisu do domu.

Planowanie opieki

Pielęgnowanie zindywidualizowane, zwane inaczej procesem pielęgnowania jest świadomym, systematycznym rozpoznawaniem stanu biologicznego, psychicznego i społecznego podmiotu opieki, a także podejmowaniem planowych i celowych działań, mających przyczynić się do utrzymania lub zmiany dotychczasowego stanu oraz ocenianiem uzyskanych wyników. Według Międzynarodowej Rady Pielęgniarek, proces pielęgnowania określamy jako:

- Systematyczny proces rozpoznawania indywidualnych problemów pacjenta
- Ustanowienie planu rozwiązywania tych problemów
- Wdrażanie w życie realizacji ustalonego planu
- Ocena stopnia efektywności w rozwiązywaniu zidentyfikowanych problemów zdrowotnych [15]

Plan opieki pielęgniarskiej stanowi pisemny przewodnik, pozwalający określić położnej rodzaj działań pielęgnacyjno - opiekuńczych niezbędnych dla efektywnego procesu powrotu do zdrowia pacjentki po zabiegu chirurgicznej konizacji szyjki macicy. Opracowano go według schematu:

- Problem (stan rozpoznany)
- Cel opieki (stan pożądany)
- Realizacja ukierunkowana na osiągnięcie problemu
- Ocena efektywności działań położnej na rzecz pacjentki.

Na podstawie studium przypadku pacjentki ze zmianą dysplastyczną na szyjce macicy wyłoniono następujące problemy, określono cel działań, zaplanowano i zrealizowano działania a także dokonano oceny ich efektywności.

Problem 1

Niepokój związany z przyjęciem do szpitala.

Cel:

Uspokojenie pacjentki oraz zapewnienie jej poczucia bezpieczeństwa.

Zaplanowane działania:

- zapoznanie pacjentki z całym zespołem terapeutycznym oraz położną opiekującą się nią bezpośrednio,
- zapoznanie z innymi pacjentkami na sali,
- zapoznanie z topografią oddziału ginekologicznego,
- zapoznanie z Kartą Praw Pacjenta oraz harmonogramem pracy oddziału,
- przedstawienie możliwości kontaktu z rodziną pacjentki,
- zapoznanie z planem opieki pielęgniarskiej,
- nawiązanie przez położną kontaktu emocjonalnego z pacjentką oraz jej rodziną,
- stworzenie przyjaznej, sympatycznej atmosfery, wykazanie szczerego zainteresowania problemami pacjentki,

Ocena:

Pacjentka spokojna, opanowała niepokój związany z hospitalizacją, a także wzrosło jej poczucie bezpieczeństwa.

Problem 2

Obniżony nastrój pacjentki związany z rozpoznaniem stanu przednowotworowego oraz lęk przed wystąpieniem choroby nowotworowej.

Cel:

Poprawa nastroju pacjentki poprzez ukazanie jej faktycznej sytuacji zdrowotnej.

Zaplanowane działania:

- pomoc w kształtowaniu realistycznego, adekwatnego obrazu choroby poprzez rozmowy i wyjaśnienia,
- umożliwienie kontaktu z lekarzem operującym, czy prowadzącym,
- wspólnie z lekarzem przedstawienie istoty choroby,
- ukazanie pacjentce możliwości całkowitego i definitywnego wyleczenia śródnabłonkowej neoplazji szyjki macicy,
- omówienie zasad profilaktyki zmian dysplastycznych i raka szyjki macicy,
- wskazanie odpowiedniej lektury oraz broszur, wyjaśniających problem dysplazji szyjki macicy,
- rozmowa z pacjentką,

Ocena:

Zniwelowanie lęku pacjentki przed chorobą nowotworową. Pacjentka uwierzyła w możliwości definitywnego wyleczenia dysplazji szyjki macicy.

Problem 3

Lęk przed zabiegiem operacyjnym, znieczuleniem oraz ograniczeniem samodzielności w okresie pooperacyjnym.

Cel:

Uspokojenie pacjentki, wyeliminowanie lęku przed operacją.

Zaplanowane działania:

- edukacja pacjentki w zakresie specyfiki przygotowania do zabiegu operacyjnego oraz celowości tych działań,
- przedstawienie pacjentce planu opieki pielęgniarskiej, dotyczącego przygotowań do zabiegu,
- umożliwienie kontaktu z lekarzem operatorem celem wyjaśnienia istoty i zakresu zabiegu,
- umożliwienie rozmowy z anestezjologiem w celu omówienia rodzaju znieczulenia do operacji,
- ukazanie sposobów zapewnienia komfortu i bezpieczeństwa w okresie pooperacyjnym,
- ukazanie perspektyw szybkiego uruchomienia i powrotu do zdrowia po zabiegu chirurgicznej konizacji szyjki macicy,
- pomoc w rozwiązaniu wszystkich wątpliwości i problemów pacjentki poprzez rozmowę oraz profesjonalne działania, leżące w kompetencjach położnej,
- nawiązanie kontaktu z rodziną pacjentki i wyjaśnienie im celowości zabiegu operacyjnego,
- w razie potrzeby zapewnienie rozmowy z psychologiem,
- podanie premedykacji w bezpośrednim okresie przedoperacyjnym,

Ocena:

Pacjentka zapoznana z planem opieki przedoperacyjnej i pooperacyjnej oraz celowością zabiegu chirurgicznej konizacji. Poczucie bezpieczeństwa i komfort psychiczny zostały wzmocnione.

Problem 4

Pacjentka wymaga założenia i utrzymania wkłucia dożylnego.

Cel:

Podawanie leków i płynów infuzyjnych drogą dożylną.

Zaplanowane działania:

- założenie kaniuli dożylnej,
- utrzymanie drożności wkłucia,
- zabezpieczenie kaniuli przed usunięciem,
- zapobieganie odczynom zapalnym w miejscu wkłucia,

Ocena:

Pacjentka otrzymuje leki drogą dożylną poprzez prawidłowo założoną i zabezpieczoną kaniulę.

Problem 5

Niebezpieczeństwo wystąpienia powikłań ze strony układu oddechowego po zabiegu operacyjnym.

Cel:

Utrzymanie drożności dróg oddechowych i prawidłowej wentylacji płuc.

Zaplanowane działania:

- obserwacja stanu świadomości,
- ułożenie pacjentki w bezpiecznej pozycji z głową odwróconą na bok, lub odchyloną do tyłu, co pozwala na oddychanie całą powierzchnią płuc i zapobiega zachłyśnięciu się treścią żołądkową czy wydzieliną śluzową z dróg oddechowych,
- zwrócenie uwagi na umiejętność odkrztuszania zalegającej w drogach oddechowych wydzieliny,
- stosowanie tlenoterapii,
- zapewnienie prawidłowego mikroklimatu na sali nadzoru pooperacyjnego (dostateczna wilgotność i temperatura pomiędzy 21 a 25^0C),
- kontrola saturacji,
- obserwacja i pomiar oddechów co 15 minut przez dwie godziny, następnie co 30minut i co godzinę, jeśli stan chorej jest zadawalający,
- w późniejszym okresie zastosowanie gimnastyki oddechowej,

Ocena:

Oddech pacjentki prawidłowy, organizm odpowiednio dotleniony. Intensywna obserwacja pozwala na szybką interwencję w razie wystąpienia powikłań.

Problem 6

Niebezpieczeństwo wystąpienia powikłań ze strony układu krążenia po zabiegu operacyjnym.

Cel:

Zapobieganie wystąpieniu powikłań poprzez prowadzenie ścisłej obserwacji pacjentki oraz właściwą pielęgnację.

Zaplanowane działania:

- pomiar parametrów objawów kardynalnych (ciśnienie tętnicze krwi oraz częstość, wypełnienie i miarowość tętna) co 15 minut, następnie co 30 minut i co godzinę, jeśli stan pacjentki nie budzi zastrzeżeń. Należy zwrócić uwagę na nadmierny spadek i wzrost ciśnienia tętniczego krwi, tachykardię, szybki płytki oddech, które to objawy mogą świadczyć o wystąpieniu wstrząsu,
- kontrola temperatury ciała, ocieplenia kończyn,
- ocena zabarwienia skóry (zwrócenie uwagi na bladość powłok, sinicę warg i palców), w tym dystalnych odcinków ciała,
- monitorowanie pacjentki we wczesnym okresie pooperacyjnym - ciągły zapis elektrokardiograficzny,

Ocena:

Pacjentka jest wydolna krążeniowo, parametry objawów kardynalnych w normie. Zastosowanie intensywnej obserwacji pozwala na podjęcie natychmiastowych działań w sytuacji wystąpienia powikłań, takich jak wstrząs, czy krwotok.

Problem 7

Dreszcze i oziębienie ciała bezpośrednio po zabiegu operacyjnym.

Cel:

Zlikwidowanie nieprzyjemnych odczuć związanych z wystąpieniem dreszczy i ochłodzenia.

Zaplanowane działania:

- transport pacjentki z sali operacyjnej przy pomocy łóżka, na którym będzie leżała po zabiegu operacyjnym. Ważne jest odpowiednie przygotowanie łóżka, czyli ogrzanie, wyposażenie w udogodnienia, wygodny materac i ciepłe okrycie,

- okrycie pacjentki dodatkowym kocem,
- ogrzanie pacjentki za pomocą termofora,
- zwiększenie temperatury otoczenia poprzez włączenie grzejnika na sali,

Ocena:

Nieprzyjemne odczucia związane z dreszczami oraz ochłodzeniem ciała ustąpiły.

Problem 8

Lęk pacjentki związany z niebezpieczeństwem wystąpienia niepokojących objawów pooperacyjnych, np. krwawienia z dróg rodnych.

Cel:

Zlikwidowanie lęku pacjentki, związanego z tym problemem.

Zaplanowane działania:

- prowadzenie przez położną obserwacji w kierunku wystąpienia patologicznego krwawienia z dróg rodnych po zabiegu chirurgicznej konizacji (założenie jałowej wkładki),
- kontrola parametrów życiowych pacjentki,
- poinformowanie pacjentki, że zabieg koagulacji po chirurgicznym wycięciu stożka szyjki macicy stanowi skuteczną ochronę przed wystąpieniem krwawienia podczas małego wysiłku fizycznego, np. wstawania lub kaszlu,

Ocena:

Lęk pacjentki dotyczący krwawienia z dróg rodnych został zredukowany. Obserwacja w kierunku wystąpienia krwawienia z dróg rodnych pozwala na szybką interwencję w przypadku wystąpienia powikłania.

Problem 9

Wystąpienie dolegliwości bólowych po operacji.

Cel:

Uśmierzenie dolegliwości bólowych.

Zaplanowane działania:

- zredukowanie czynników nasilających dolegliwości bólowe,
- zapewnienie wygodnej pozycji w łóżku,
- zapewnienie ciszy i spokoju na sali, zmniejszenie oświetlenia,

- podanie środków przeciwbólowych zleconych przez lekarza, najczęściej w stałych odstępach przez całą dobę,

Ocena:

Dolegliwości bólowe zostały w dużym stopniu zredukowane. Pacjentka uspokojona zasnęła.

Problem 10

Dyskomfort spowodowany wystąpieniem wymiotów treścią żołądkową.

Cel:

Zahamowanie odruchów wymiotnych.

- zastosowanie bezpiecznej pozycji w łóżku celem zapobiegania zachłyśnięciu się wymiotami,
- zapewnienie przez położną pomocy w czasie wymiotów,
- przygotowanie miski nerkowatej i płatów ligniny,
- zapewnienie możliwości wypłukania i toalety jamy ustnej,
- w razie potrzeby zmiana bielizny osobistej i pościelowej,
- w sytuacji uporczywych wymiotów podanie środków przeciwwymiotnych zleconych przez lekarza,

Ocena:

Zlikwidowanie odruchów wymiotnych oraz dyskomfortu z nimi związanego.

Problem 11

Wystąpienie kaszlu, nasilającego dolegliwości bólowe po zabiegu operacyjnym.

Cel:

Zlikwidowanie odruchu kaszlowego, prawidłowe odkrztuszanie wydzieliny

Zaplanowane działania:

- obserwacja stanu ogólnego pacjentki w celu wykluczenia zachłyśnięcia wydzieliną zalegającą w drogach oddechowych, czy zapalenia płuc,
- częsta zmiana pozycji w łóżku oraz zastosowanie gimnastyki oddechowej w ramach profilaktyki powikłań oddechowych,
- oklepywanie klatki piersiowej i drenaż ułożeniowy,
- zapewnienie właściwej temperatury i wilgotności w pomieszczeniu,
- nauka prawidłowego odkrztuszania,

- podanie leków przeciwbólowych w razie nasilenia dolegliwości bólowych na skutek kaszlu,
- zachęcanie pacjentki do zaprzestania palenia papierosów,

Ocena:

Pacjentka prawidłowo odkrztusza zalegającą wydzielinę, zaś po wyjściu ze szpitala obiecuje rozważyć możliwość zaprzestania palenia papierosów.

Problem 12

Nieprzyjmowanie płynów i pożywienia droga doustną w dobie zabiegu operacyjnego.

Cel:

Zapobieganie odwodnieniu, wyrównanie gospodarki wodno- elektrolitowej.

Zaplanowane działania:

- podawanie płynów drogą dożylną na zlecenie lekarza,
- prowadzenie bilansu płynów w razie konieczności,
- zmniejszenie uczucia suchości w jamie ustnej poprzez nawilżanie wodą przegotowaną,
- posmarowanie ust wazeliną,
- pomoc przy toalecie jamy ustnej,

Ocena:

Pacjentka jest odpowiednio nawodniona, nie występuje ryzyko zaburzeń wodno-elektrolitowych, dyskomfort związany z suchością w jamie ustnej został zlikwidowany.

Problem 13

Trudności w oddaniu moczu po zabiegu operacyjnym.

Cel:

Oddanie moczu przed upływem 6- 8 godzin po zabiegu.

Zaplanowane działania:

- nakłanianie pacjentki do oddania moczu we właściwym czasie,
- zapewnienie warunków intymności,
- w razie potrzeby zastosowanie prowokacji, polegającej na odkręceniu kranu z wodą, podaniu miski z ciepła wodą w celu zanurzenia rąk,
- podjęcie próby oddania moczu na basenie w pozycji siedzącej,
- w razie konieczności cewnikowanie pęcherza moczowego,

Ocena:

W wyniku zastosowanej prowokacji, pacjentka sama oddała mocz.

Problem 14

Dyskomfort spowodowany unieruchomieniem pacjentki w łóżku w dobie zabiegu operacyjnego.

Cel:

Zapewnienie pacjentce pomocy w zakresie czynności higienicznych w łóżku.

Zaplanowane działania:

- zapewnienie wygodnej pozycji w łóżku,
- zaproponowanie pomocy przy zmianie pozycji,
- pomoc przy wykonywaniu czynności higienicznych oraz zmianie bielizny osobistej,
- pomoc przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych oraz zapewnienie intymności,
- umożliwienie kontaktu z rodziną,
- zapewnienie o możliwości uruchomienia pacjentki w następnej dobie po operacji, a nawet jeśli stan pacjentki na to pozwoli, w dniu zabiegu w godzinach wieczornych,

Ocena:

Pacjentka zadowolona, nie odczuwa dyskomfortu z powodu konieczności leżenia w łóżku.

Problem 15

Lek przed wystąpieniem objawów choroby zatorowo- zakrzepowej po zabiegu operacyjnym.

Cel:

Eliminacja czynników ryzyka oraz edukacja pacjentki w zakresie profilaktyki choroby zatorowo- zakrzepowej.

Zaplanowane działania:

- obserwacja kończyn dolnych,
- wykonywanie umiarkowanej gimnastyki, zwłaszcza kończyn dolnych w łóżku,
- zalecanie częstej zmiany pozycji w łóżku,
- wczesne uruchamianie pacjentki po zabiegu,
- stosowanie farmakologicznej profilaktyki poprzez podawanie heparyny drobnocząsteczkowej na zlecenie lekarza,

- edukacja pacjentki w zakresie profilaktyki przeciwzakrzepowej po powrocie do domu (aktywność fizyczna, zaprzestanie palenia papierosów, walka z nadwagą, stosowanie pończoch przeciwżylakowych, kontrola u specjalisty chorób naczyń),

Ocena:

Czynniki ryzyka choroby zatorowo- zakrzepowej zostały zminimalizowane. Dzięki działaniom edukacyjnym prowadzonym przez położną, pacjentka obiecała wdrożyć w życie zasady profilaktyki przeciwzakrzepowej.

Problem 16

Lęk przed wstaniem z łóżka, zawroty głowy.

Cel:

Uruchomienie pacjentki**.**

Zaplanowane działania:

- wdrożenie umiarkowanych ćwiczeń w łóżku,
- pomoc przy próbie pionizacji,
- podanie płynów do picia,
- na zlecenie lekarza nawodnienie dożylne, wykonanie morfologii krwi, ewentualnie podanie leków krwiotwórczych,

Ocena:

Pacjentka wstała w asyście położnej, samodzielnie przeszła do łazienki.

Problem 17

Trudności w oddaniu stolca, nawykowe zaparcia.

Cel:

Zlikwidowanie zaparć, wywołanie wypróżnienia po zabiegu operacyjnym.

Zaplanowane działania:

- zalecenie spożywania pokarmów bogatych w błonnik (świeże owoce, warzywa, produkty pełnoziarniste),
- wykluczenie pokarmów ciężkostrawnych,
- nauczenie domowych sposobów likwidowania zaparć (woda na czczo, suszone śliwki, kefiry),
- zachęcanie do aktywności fizycznej,

- zastosowanie doraźnie czopka przeczyszczającego w III dobie po zabiegu operacyjnym lub ewentualnie wykonanie wlewu doodbytniczego,

Ocena:

Pacjentka zobowiązała się do przestrzegania zaleceń. W czasie pobytu na oddziale problem został zlikwidowany poprzez podanie czopka przeczyszczającego.

Problem 18

Brak wiedzy pacjentki na temat zalecanej diety po zabiegu chirurgicznej konizacji.

Cel:

Omówienie zaleceń dietetycznych obowiązujących po zabiegu chirurgicznej konizacji.

Zaplanowane działania:

- wyjaśnienie pacjentce celowości zastosowania ścisłej diety w dobie zabiegu operacyjnego,
- zalecenie stosowania diety łatwostrawnej w pierwszych dniach po zabiegu, oraz diety podstawowej po powrocie do domu,
- omówienie zasad zdrowego odżywiania,

Ocena:

Pacjentka otrzymała wiedzę na temat sposobu odżywiania po przebytym zabiegu operacyjnym.

Problem 19

Złe samopoczucie pacjentki z powodu nadwagi.

Cel:

Edukacja pacjentki w zakresie zdrowej diety i zachowań prozdrowotnych.

Zaplanowane działania:

- zaprezentowanie pacjentce zasad zdrowego odżywiania oraz diety niskokalorycznej,
- zachęcanie do aktywności fizycznej i uprawiania sportu,
- zachęcanie do walki z nałogiem palenia tytoniu, ukazanie możliwości działań w tym zakresie,
- zaangażowanie rodziny pacjentki w proces tworzenia modelu zdrowego stylu życia,

Ocena:

Pacjentka zadeklarowała chęć wdrożenia w życie swojej rodziny zachowań prozdrowotnych oraz wyraziła potrzebę wyjścia z nałogu nikotynowego.

Problem 20

Obawa pacjentki przed brakiem możliwości urodzenia kolejnego dziecka z powodu poddania się zabiegowi.

Cel:

Zredukowanie lęku pacjentki poprzez przekonanie jej o braku przeciwwskazań do zajścia w ciążę i urodzenia zdrowego dziecka w zaistniałej sytuacji.

Zaplanowane działania:

- zapoznanie pacjentki z istotą i zakresem zabiegu chirurgicznej konizacji,
- przekonanie pacjentki, że w żaden sposób nie została okaleczona i nadal może zostać matką,
- umożliwienie pacjentce kontaktu z ginekologiem, a w razie konieczności z psychologiem,
- nawiązanie kontaktu emocjonalnego z kobietą i jej mężem oraz życzliwe podejście do ich problemu,
- zachęcanie kobiety do zapoznania się z literaturą dotyczącą jej schorzenia,

Ocena:

Pacjentka poczuła się dowartościowana w swojej kobiecości, nie mając już wątpliwości, co do szansy na przyszłe macierzyństwo.

Problem 21

Brak wiedzy kobiety na temat zasad profilaktyki zmian przedrakowych i raka szyjki macicy.

Cel:

Przekonanie pacjentki o celowości poddawania się badaniom profilaktycznym w kierunku wykrywania patologii szyjki macicy.

Zaplanowane działania:

- zapoznanie pacjentki z zasadami skryningu cytologicznego,
- wyjaśnienie celowości regularnego poddawania się badaniom cytologicznym,
- zachęcanie do wykonania testu HR HPV,
- wyjaśnienie znaczenia szczepień przeciwko onkogennym typom wirusa HPV,
- zalecenie regularnej kontroli u ginekologa oraz stosowania się do jego wskazówek,
- udostępnienie odpowiednich broszur dotyczących profilaktyki raka szyjki macicy,

Ocena:

Pacjentka została zapoznana z zasadami skryningu cytologicznego i jest świadoma celowości wykonywania badań profilaktycznych.

Problem 22

Brak wiedzy pacjentki w zakresie samoopieki i samopielęgnacji po zabiegu chirurgicznej konizacji po powrocie do domu.

Cel:

Edukacja pacjentki w zakresie samoopieki i samopielęgnacji po zabiegu, udzielenie wskazówek do domu

Zaplanowane działania:

- omówienie zasad postępowania po zabiegu operacyjnym w zakresie samo pielęgnacji,
- zalecenie prowadzenia oszczędzającego trybu życia przez okres kilku tygodni,
- zalecenie prowadzenia obserwacji funkcjonowania narządu rodnego po operacji,
- przekazanie informacji o możliwości wystąpienia wydzieliny krwawej lub krwisto podbarwionych upławów do10 dni po zabiegu, związanej z odklejeniem się strupa po chirurgicznej konizacji,
- poinformowanie o możliwości wystąpienia miesiączki w okresie od 4 do 6 tygodni po zabiegu,
- zalecenie abstynencji seksualnej przez okres 8 tygodni po zabiegu,
- zalecenie zgłoszenia się po wynik histopatologiczny za okres 3 tygodni, a następnie udania się do kontroli ginekologicznej,
- zalecenie kontroli kolposkopowej lub cytologicznej, co 6 miesięcy oraz wykonanie testu HR HPV,
- włączenie rodziny pacjentki w proces jej powrotu do zdrowia,
- umożliwienie kontaktu z położną środowiskowo - rodzinną POZ,

Ocena:

Pacjentka uzyskała niezbędne informacje i umiejętności, warunkujące prowadzenie właściwej samo opieki i samo pielęgnacji po zabiegu chirurgicznej konizacji.

Podsumowanie

Rolę zawodową w opiece nad pacjentką ze zmianą dysplastyczną na szyjce macicy, położna realizuje poprzez pielęgnowanie zindywidualizowane. Świadcząc opiekę na rzecz podmiotu, położna spełnia funkcję diagnostyczną, terapeutyczną, opiekuńczą, wychowawczą, profilaktyczną i z zakresu promocji zdrowia. Położna, jako profesjonalny członek zespołu

terapeutycznego uczestniczy w rozwiązywaniu wszystkich problemów medycznych pacjentki, wynikających z przygotowania do interwencji chirurgicznej oraz opieki po niej.

Położna świadczy kompleksową, holistyczną opiekę na rzecz pacjentki ze zmianą dysplastyczną na szyjce macicy w zakresie pielęgnacji chorego leżącego w dobie operacji oraz usprawniania w kolejnych dobach pooperacyjnych poprzez konstruowanie diagnozy pielęgniarskiej, planowanie i realizowanie zaplanowanych działań oraz dokonywanie oceny ich efektywności. Położna zaspakaja potrzeby pacjentki nie tylko w wymiarze wyłącznie fizycznym, ale również biorąc pod uwagę jej sferę duchową .

Poprzez pełnienie funkcji zawodowych położna wywiera duży wpływ na kształtowanie wiedzy i umiejętności pacjentki w zakresie samoopieki i samopielęgnacji po zabiegu chirurgicznej konizacji szyjki macicy. Nawiązując kontakt emocjonalny z pacjentką i jej rodziną, położna staje się doradcą i powiernikiem kobiety w rozwiązywaniu jej najistotniejszych problemów.

Wypełnianie funkcji wychowawczej, profilaktycznej i w zakresie promowania zdrowia pozwala położnej na prowadzenie działalności edukacyjnej w stosunku do pacjentki po zabiegu chirurgicznej konizacji szyjki macicy, wywierającej duży wpływ na kształtowanie zachowań prozdrowotnych u kobiety i jej rodziny. Pacjentka dostrzega celowość poddawania się badaniom profilaktycznym, a także uczy się wprowadzać zasady zdrowego stylu życia do swojego środowiska rodzinnego. Ma to niezwykle istotne znaczenie w tworzeniu świadomości zdrowotnej społeczeństwa.

Piśmiennictwo

1. Unger E. Ruffin IV M. Diaz Arrastia C. : Wirus brodawczaka ludzkiego- HPV. Dębski R.: Ginekologia kliniczna. Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 2009.
2. Walka z rakiem szyjki macicy w Polsce. Ostrowska A. Gujski M. (red.): Materiały i raport z sesji naukowej zorganizowanej przez Szkołę Społecznych IFS PAN i dziennik „Służba zdrowia", Warszawa 9 października 2007 roku
3. http://www.rak szyjki macicy-profilaktyka.pl. data pobrania 10.03.2010.
4. Nowicki A. Borowa I. Maruszak M.: Zachowania zdrowotne kobiet w zakresie zapobiegania, wczesnego wykrywania stanów przedrakowych i raka szyjki macicy. Ginekol. Pol., 2008, 79, 840-849.
5. Ciechanowicz W.: Działalność pedagogiczna pielęgniarki.: Ślusarska B. Zarzycka D.Zahradniczek K.: Podstawy pielęgniarstwa. Wyd. Czelej, Lublin, 2004, 228-261.

6. Ciechanowicz W.: Dawca i biorca pielęgnowania [w:]. Podstawy pielęgniarstwa, Ślusarska B. Zarzycka D. Zahradniczek K.(red.). Wyd. Czelej, Lublin 2004, 293-326.
7. Florczak K. Sikorski M.: Vademecum kolposkopii. Med. Prakt. Ginekol. Położ., 2009, 61, 89-100.
8. Poznańska S.: Pielęgniarstwo, jego naukowość oraz istota. Zahradniczek K.: Pielęgniarstwo. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2004.
9. Woźniak J. Opala T. Skrzypczak B. Myćka I.: Przygotowanie do operacji ginekologicznych. Opala T.: Ginekologia. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2003.
10. Majda A. Zahradniczek K.: Udział pielęgniarki w procesie diagnozowania i leczenia. Zahradniczek K.: Pielęgniarstwo. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2004.
11. Redźko E.: Przygotowanie kobiety do operacji ginekologicznej. Łepecka- Klusek C.: Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii. Wyd. Czelej, Lublin, 2003.
12. Redźko E.: Pielęgnowanie kobiety po operacji ginekologicznej. Łepecka- Klusek C.: Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii. Wyd. Czelej, Lublin, 2003.
13. Basta A., Jach R.: Kolposkopia w diagnostyce CIN i raka szyjki macicy [w:] Profilaktyka pierwotna i wtórna raka szyjki macicy, diagnostyka i leczenie, Spaczyński M. Kędzia W. Markowitz-Nowak E. (red.). Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, Wielkopolskie Towarzystwo Onkologii Ginekologicznej, Poznań, 2008, 58-68.
14. Pilch T. Bauman T.: Zasady badań pedagogicznych. Wyd. Akademickie „Żak", Warszawa, 2001.
15. Górajek- Jóźwik J. Zarzycka D.: Pielęgnowanie [w:] Podstawy pielęgniarstwa, Ślusarska B. Zarzycka D. Zahradniczek K. (red.). Wyd. Czelej, Lublin 2004, 163-292

Gniazdowska Katarzyna[1], Rolka Hanna[1,2], Kowalewska Beata[1,2], Klimaszewska Krystyna[1,2], Jankowiak Barbara[1,2], Krajewska-Kułak Elżbieta[2], Kondzior Dorota[1,2]

Wpływ choroby i leczenia pacjentów z POChP na aktywność życiową

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

Wstęp

Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc (POChP) jest jedną z głównych przyczyn przewlekłej chorobowości i umieralności na świecie. Według danych WHO na świecie choruje około 80 milionów ludzi. W Polsce liczbę chorych na POChP szacuje się na 20 % populacji powyżej 40 roku życia [1].

POChP, wg raportu GOLD (Światowej Inicjatywy Zwalczania Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc), definiuje się jako „*schorzenie przebiegające z niecałkowicie odwracalnym ograniczeniem przepływu powietrza w drogach oddechowych, z równoczesnym występowaniem zmian pozapłucnych, które są następstwem choroby i mają ważny wpływ na jej przebieg*" [2].

Światowa Inicjatywa dla POChP (GOLD), działająca przy współpracy z Amerykańskim Narodowym Instytutem Chorób Serca, Płuc i Krwi (NHLBI), Narodowym Instytutem Zdrowia (NIH) i Światową Organizacją Zdrowia (WHO), Amerykańskim Stowarzyszeniem Chorób Klatki Piersiowej (ATS) i Europejskim Stowarzyszeniem Oddechowym (ERS) jako główne kryterium diagnostyczne dla obturacji podaje zmniejszenie wskaźnika Tiffenau (FEV_1) poniżej dolnej granicy normy czyli 30% wartości należnej [3].
Wyróżnia się cztery stopnie ciężkości choroby:

- „stadium I (lekka POChP) badanie spirometryczne FEV_1 80%, przewlekły kaszel + odkrztuszanie,
- stadium II (umiarkowana POChP) FEV_1 50%, narastająca duszność wysiłkowa,
- stadium III (ciężka POChP) FEV_1 30%, znaczne nasilenie duszności, nawracające zaostrzenia, ograniczenie jakości życia,
- stadium IV (bardzo ciężka POChP) FEV < 30%, przewlekła niewydolność oddechowa, częste zaostrzenia zagrażające życiu" [3].

POChP rozwija się w wyniku działania czynników środowiskowych i osobniczych. Palenie tytoniu jest najlepiej poznanym czynnikiem ryzyka rozwoju POChP, ale nie jedynym. Wyniki badań epidemiologicznych wskazują, że u osób niepalących przewlekła obturacja

może postępować nawet przez 20 lat i w żadnym z nich nie śledzono postępu choroby przez cały jej przebieg. Dlatego obecny stan wiedzy na temat czynników ryzyka POChP jest nadal niepełny [3].

Wyróżniamy następujące czynniki rozwoju POChP:

- „palenie tytoniu,
- zanieczyszczenie środowiska pracy i powietrza atmosferycznego,
- infekcje układu oddechowego we wczesnym dzieciństwie i palenie bierne,
- nawracające infekcje oskrzelowo-płucne,
- uwarunkowania genetyczne,
- płeć,
- czynniki klimatyczne i środowiskowe" [4].

Celem leczenia POChP jest:

- poprawa stanu ogólnego chorego,
- poprawa wydolności oddechowej,
- poprawa tolerancji wysiłku,
- zmniejszenie nasilenia objawów,
- ograniczenie występowania zaostrzeń choroby,
- złagodzenie przebiegu choroby [5].

Najczęściej w terapii stosowane są:

- leki rozszerzające oskrzela: β-2 mimetyki, cholinolityki, metyloksantyny,
- glikokortykosteroidy (GKS) systemowe i wziewne,
- inhibitory fosfodiesterazy typu 4 (roflumilast),
- mukolityki,
- antybiotyki- stosowane w zaostrzeniach bakteryjnych [6].

POChP ogranicza funkcjonowanie pacjentów w aspekcie fizycznym, emocjonalnym i społecznym, znacznie obniżając jakość ich życia. Choroba prowadzi do częstych hospitalizacji i inwalidztwa. Jest schorzeniem postępującym i nawet intensywne leczenie daje poprawę jedynie niewielu chorym. W fazie zaostrzenia choroby pogarsza się wydolność płuc, narasta duszność, zwiększa się częstość hospitalizacji i powstaje groźba przedwczesnego zgonu pacjenta [1,2].

W POChP pojawiają się zaburzenia depresyjne i lękowe oraz słabną funkcje poznawcze co powoduje gorszą kontrolę choroby podstawowej, a co za tym idzie nasila jej objawy. Depresja i lęk wpływają niekorzystnie na stan zdrowia pacjentów zwiększając liczbę

i czas hospitalizacji. Nasilone objawy depresji i lęku współuczestniczą w złym rokowaniu i obniżeniu jakości życia. Można uważać je za istotne czynniki ryzyka zaostrzeń choroby [1]. Depresja wiąże się z zaburzeniem funkcjonowania układu odpornościowego, co podnosi ryzyko podatności pacjentów na infekcje bakteryjne i wirusowe. Chorzy z depresją nie przyjmują regularnie leków i nie stosują się do zaleceń lekarskich. Prowadzi to do zaostrzeń choroby podstawowej. Trudniej adaptują się do tak trudnej sytuacji życiowej, jaką jest choroba przewlekła. Często miewają myśli samobójcze, dlatego stosowane są w terapii leki przeciwdepresyjnymi. Stan ten dotyczy w większości kobiet i ludzi w podeszłym wieku. Istnieje znaczna zależność między nasileniem objawów depresyjnych a wyższym poziomem wykształcenia i statusem społeczno - ekonomicznym chorych [1,7]. Można to tłumaczyć większą świadomością zagrożeń we wspomnianej grupie pacjentów jaki niesie ze sobą POChP. W przebiegu choroby szczególnie w okresie zaostrzeń występują ataki paniki oraz zaburzenia lękowe gdyż pacjenci mają większą tendencję do katastrofizowania, spostrzegają świat jako bardziej zagrażający, wyolbrzymiają ryzyko śmierci w czasie doświadczanych objawów fizycznych np. duszności. Nastawienie do przyszłości jest pesymistyczne, zdarza się poczucie bezradności i beznadziejności [7].

Na intensywność objawów depresyjnych wpływa spostrzegany oczami pacjenta stopień zagrożenia życia niż faktyczne objawy nasilenia choroby.

Duszność, podstawowy objaw POChP, nasila się stopniowo i prowadzi do obniżenia aktywności i izolacji społecznej chorego w krańcowych stadiach choroby [8].

Zaburzenia lękowe nasilają objawy POChP takie jak duszność czy kaszel. Pociąga to za sobą stosowanie większej ilości dawek leków rozkurczowych, glikokortykosteroidów wziewnych i antybiotyków ze wszystkimi działaniami ubocznymi tej terapii [8].

Właściwe leczenie chorych z POChP z towarzyszącymi objawami zaburzeń lękowych i depresyjnych powinno zawierać stosowanie leków przeciwdepresyjnych, pulmonologicznych i rehabilitację.

Cel Pracy

Celem prowadzonych badań była:

- próba oceny wpływu choroby na życie zawodowe pacjentów,
- ocena aktywności życiowej chorych,
- ocena poziomu akceptacji choroby i leczenia.

Materiał I Metody

Badania zostały przeprowadzone wśród pacjentów Oddziału Chorób Płuc w Wysokiem Mazowieckiem. Grupę badaną stanowiło 105 pacjentów chorujących na POChP,

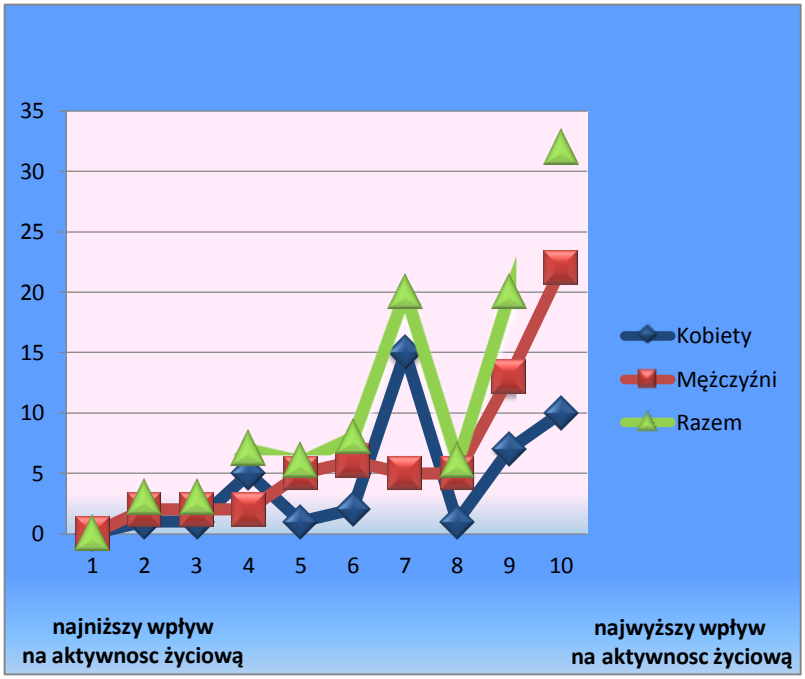
w tym 43 osoby to kobiety, a 62 badanych stanowili mężczyźni. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy.

W pracy została wykorzystana metoda sondażu diagnostycznego, a narzędziem badawczym była ankieta skonstruowana dla potrzeb badań, która składała się z 32 pytań. Pytania zawarte w ankiecie dotyczyły istotnych czynników nasilających objawy POChP, sytuacji związanych z aktywnością fizyczną, społeczną, emocjonalną oraz wpływem leczenie na jakość życia.

Wyniki

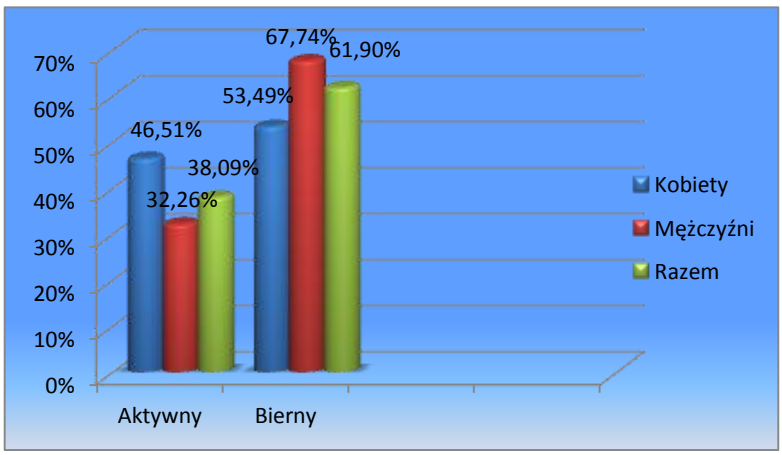
Grupę badawczą stanowiło 105 osób hospitalizowanych w Oddziale Chorób Płuc w okresie zaostrzenia POChP. W badaniu wzięło udział 59% mężczyzn i 41% kobiet. Najwięcej osób badanych znajdowało się w przedziale wieku powyżej 60 lat. Były to 34 kobiety i 58 mężczyzn. Kolejny przedział wiekowy 56-60 lat mieścił 4 kobiety i 2 mężczyzn. Między 51 a 55 rokiem życia były 4 kobiety i 2 mężczyzn. Wśród ankietowanych nie było osób w wieku 46-50 lat, natomiast w przedziale wiekowym 40-45 lat znajdowała się jedna kobieta. Stan cywilny ankietowanych przedstawiał się następująco: żonatych mężczyzn było 67,74%, zamężnych kobiet 37,21%, wdowców 19,35%, wdów 55,81%. Rozwiedzionych było 3,22% mężczyzn, 2,32% kobiet. Samotnych 9,68% mężczyzn i 4,65% kobiet. Miejsce zamieszkania pacjentów biorących udział w badaniu: kobiet mieszkających na wsi było 93,02%, mężczyzn 88,71%, kobiet mieszkających w mieście było 6,98%, mężczyzn 11,29%. Wśród biorących udział w badaniu kobiet – 48,84% było z wykształceniem podstawowym, 34,88% zawodowym, 11,63% średnim i 4,65% magisterskim. Mężczyźni z wykształceniem podstawowym to 61,29%, zawodowym, 24,19%, średnim 16,13%. Według ankietowanych sytuacja materialna jest zróżnicowana. Określa ją jako bardzo złą – 9,30% kobiet i 6,45% mężczyzn, jako trudną – 34,88% kobiet i 51,61% mężczyzn, dobrą – 41,86% kobiet i 33,87% mężczyzn a bardzo dobrą – 13,95% kobiet i 8,06% mężczyzn. Ankietowani pacjenci w większości przypadków nie pracują zawodowo i jest to 93,02% kobiet i 98,34% mężczyzn. W badanej grupie pracujący to 6,98% kobiet i 1,61% mężczyzna.

W celu oceny wpływu choroby na aktualną aktywność życiową posłużono się skalą Likerta. Zastosowano przedział od 1 do 10, gdzie 1 oznaczał najniższy wpływ sytuacji zdrowotnej na aktywność życiową a 10 odpowiednio najwyższy wpływ. Wyniki kształtowały się różnie w zależności od płci: kobiety określały, że choroba wpływa na aktywność wybierając w skali najwięcej 7 pkt. (15 kobiet), mężczyźni natomiast najwięcej 10 pkt. (22 mężczyzn), czyli POChP miało najwyższy wpływ na życie. Uzyskane wyniki przedstawia Rycina 1.



Ryc. 1 Wpływ POChP na aktywność życiową

Spytano osoby uczestniczące w badaniu o tryb życia jaki zazwyczaj prowadzą. Ankietowani odpowiadali następująco: aktywnie spędzało czas 20 kobiet (46,51%), biernie 23 kobiety (53,49%), mężczyźni w większości prowadzili bierny tryb życia (42 mężczyzn - 67,74%), w mniejszym odsetku aktywnie (20 - 32,26%). Wyniki przedstawia Rycina 2.

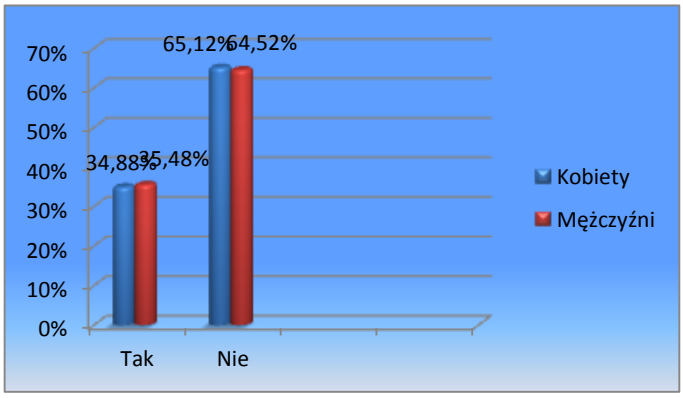


Ryc. 2 Struktura trybu życia

Na pytanie zawarte w kwestionariuszu ankiety „***Czy odczuwa Pan(i) osamotnienie w chorobie?"*** badani odpowiedzieli następująco:

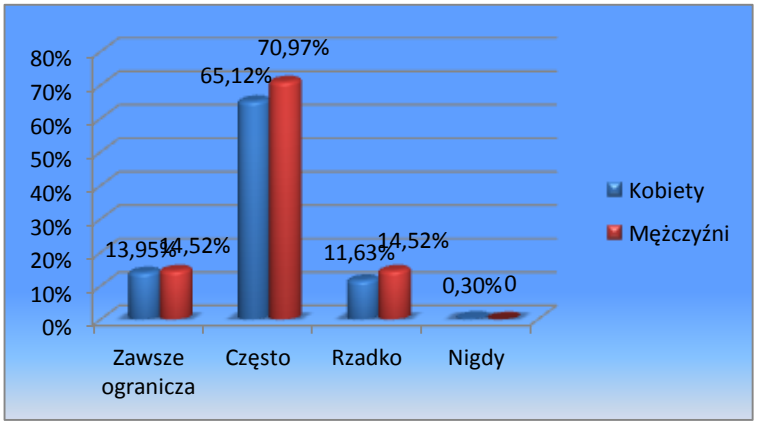
- samotność w chorobie odczuwało 15 kobiet (34,88%) oraz 22 mężczyzn (35,48%),
- 28 kobiet (65,12%) i 40 mężczyzn (64,52%) może liczyć na wsparcie ze strony bliskich, które zdecydowanie pomaga w walce z chorobą.

Analizę pytania przedstawia Rycina 3.



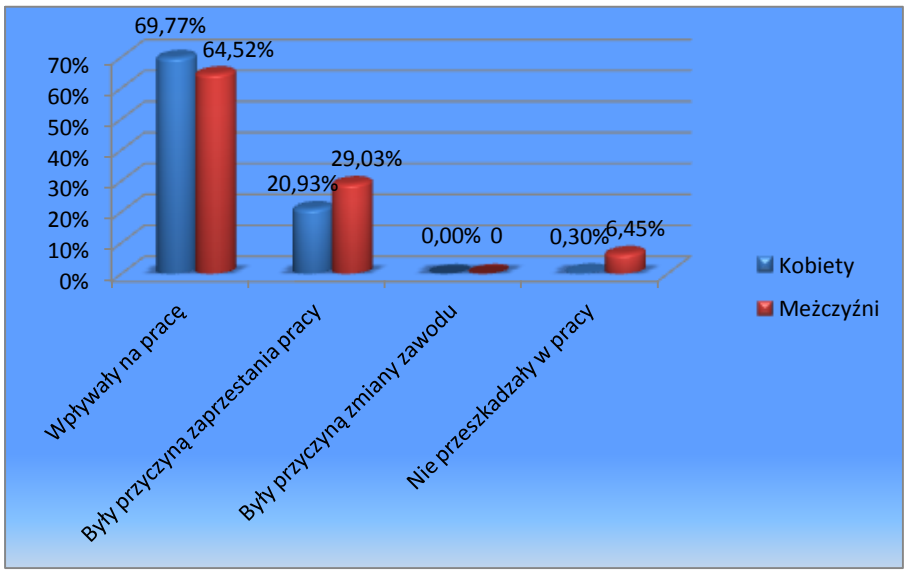
Ryc. 3 Odczucie osamotnienia w chorobie

Badani poproszeni zostali również o dokonanie oceny w jakim stopniu stan zdrowia ogranicza wykonywanie czynności dnia codziennego. POChP według ankietowanych dosyć często wpływa na wykonywanie codziennych zajęć. Choroba zawsze ogranicza w czynnościach 6 kobiet (13,95%) i 9 mężczyzn (14,52%), często ogranicza 28 kobiet (65,12%) oraz 44 mężczyzn (70, 97%), natomiast rzadko wpływa na aktywność codzienną u 5 kobiet (11,63%) i 9 mężczyzn (14,52%). Cztery kobiety (9,3%) odpowiedziało, że choroba nie przeszkadza w domowych czynnościach. Dane przedstawia Rycina 4.



Ryc. 4 Wpływ POChP na czynności dnia codziennego

Respondenci musieli także odpowiedzieć na pytanie „***Czy dolegliwości związane z oddychaniem miały/mają wpływ na wykonywaną pracę?"*** Ankietowani stwierdzili, że dolegliwości związane z oddychaniem były powodem zaprzestania pracy, u 9 kobiet (20,93%) i 18 mężczyzn (29,03%), nie wpływały na prace u 4 kobiet (9,3%) i 4 mężczyzn (6,45%), znacząco wpływały na pracę, u 30 kobiet (69,77%), oraz 40 mężczyzn (64,52%). Żaden z respondentów nie uznał, że dolegliwości oddechowe były przyczyną zmiany zawodu. Przedstawia te wyniki Rycina 5.

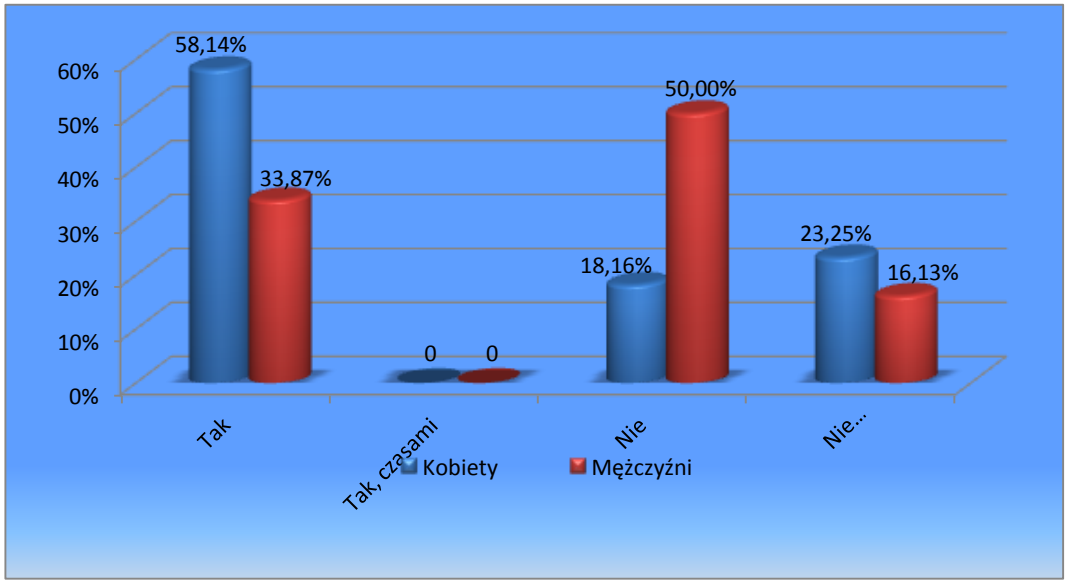


Ryc. 5 Wpływ objawów choroby na wykonywaną pracę

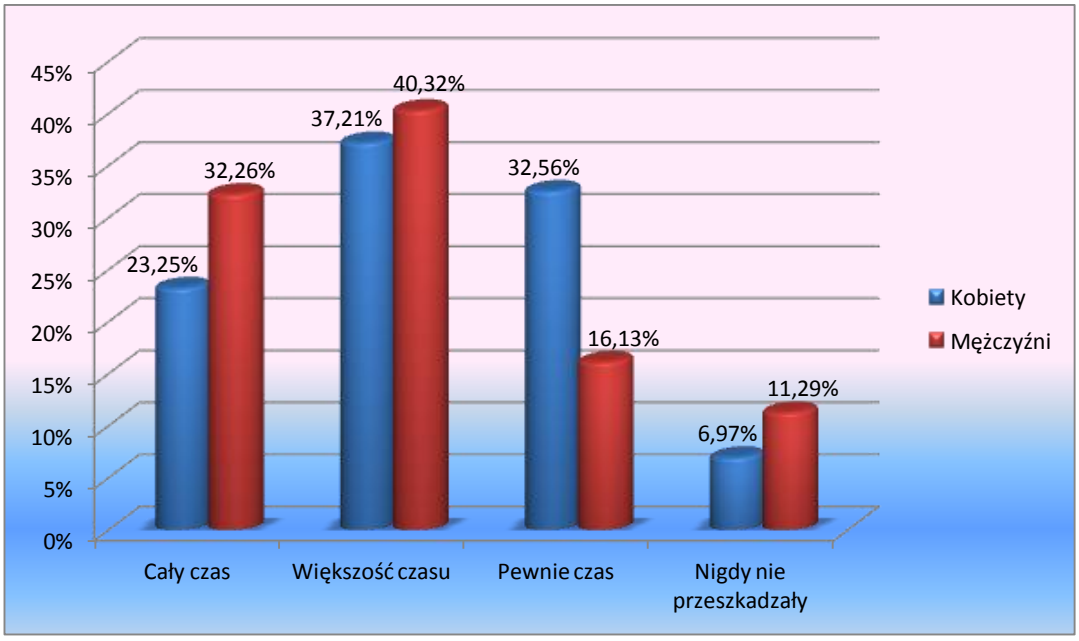
Osoby badane zapytane „***Czy w związku z chorobą potrafią cieszyć się z życia?"*** udzieliły następujących odpowiedzi. Ponad połowa ankietowanych kobiet (58,14%) odpowiedziała, iż potrafi czerpać radość z życia, natomiast 31 mężczyzn (50%) życie z chorobą nie cieszy. Nie zastanawiało się nad tym 10 kobiet (23,25%) i 10 mężczyzn (16,13%). Analizowany aspekt badań prezentuje Rycina 6.

Zapytano ankietowanych o aktywność społeczną: według 10 kobiet (23,25%) i 20 mężczyzn (32,26%) zdrowie fizyczne i problemy emocjonalne cały czas przeszkadzały w ich aktywności społecznej, przez większość czasu były przeszkodą dla 16 kobiet (37,21%) i 25 mężczyzn (40,32%), przez pewien czas u 14 kobiet (32,56%) i 10 mężczyzn (16,13%). Podczas wizyt przyjaciół i krewnych stan ich zdrowia fizycznego i odczucia emocjonalne nie przeszkadzały 3 kobietom (6,97%) i 7 mężczyznom (11,29%). Analizę pytania: ***„Czy Pana(i)***

zdrowie fizyczne lub problemy emocjonalne przeszkadzały w Pan(i) aktywności społecznej” obrazuje Rycina 7.

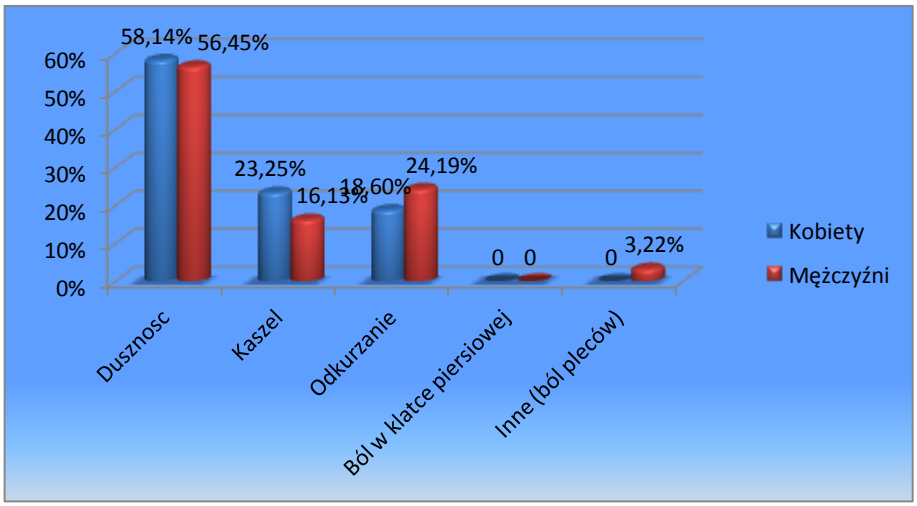


Ryc. 6 Wpływ choroby na odczucia respondentów



Ryc. 7 Aktywność społeczna respondentów

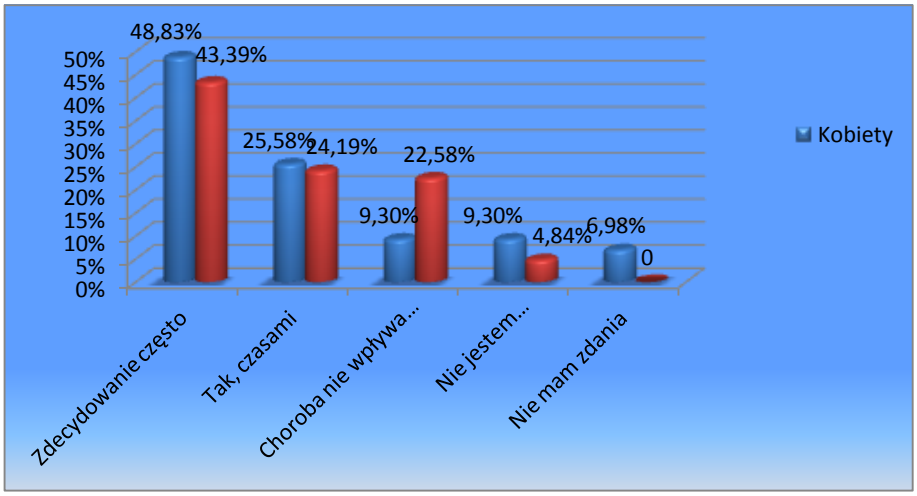
Badani chorzy zapytani zostali jakie objawy choroby sprawiają im największe cierpienie/dyskomfort. Zdecydowanie duszność jako najbardziej dokuczliwy objaw kliniczny powtarzała się w odpowiedziach, u 25 kobiet (58,14%) i 35 mężczyzn (56,45%), natomiast na kaszel uskarżało się 10 kobiet (23,25%) i 10 mężczyzn (16,13%). Bólu w klatce piersiowej nikt z ankietowanych nie odczuwał, natomiast 2 mężczyzn uskarżało się na ból pleców (3,22%). Dane obrazuje Rycina 8.



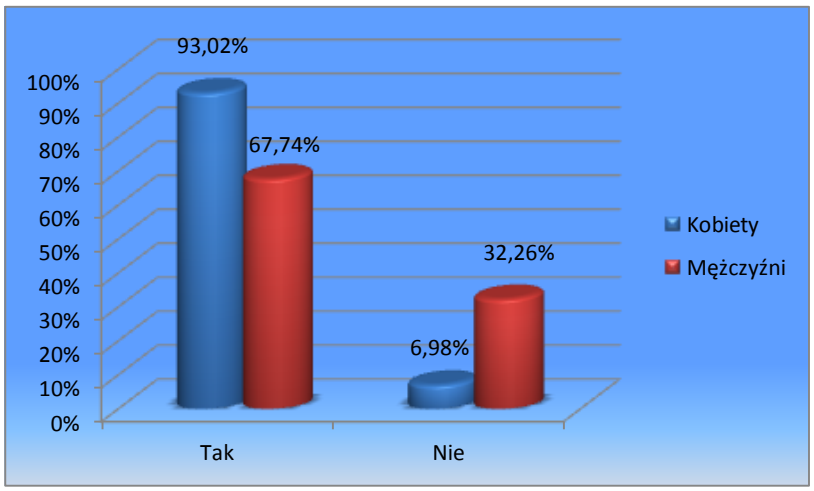
Ryc. 8 Objawy choroby wpływające na odczucie dyskomfortu

Na zadane pytanie ***„Czy jest Pan(i) często przygnębiony(a) z powodu choroby?”*** ankietowani odpowiadali w większości twierdząco, a wyniki przedstawiały się następująco: wśród kobiet zdecydowanie często przygnębionych było 21 (48,83%), mężczyzn 30 (43,39%), czasami odczuwało przygnębienie 11 kobiet (25,58%) i 15 mężczyzn (24,19%). Choroba nie wpływa znacząco na moje samopoczucie – zaznaczyły tą odpowiedź 4 kobiety (9,3 %), i 14 mężczyzn (22,58%). Nie odczuwają przygnębienia z powodu choroby 4 kobiety (9,3%) i 3 mężczyzn (4,84%). Nie mają zdania na ten temat 4 kobiety (6, 98%). Uzyskane odpowiedzi przedstawia Rycina 9.

Większość osób uczestniczących w badaniu odczuwa znaczne ograniczenie w aktywności fizycznej. Wśród kobiet 40 (93,02%) oznaczyło tę odpowiedź, wśród mężczyzn na tak odpowiedziało 42 (67,74%). Brak ograniczeń w aktywności fizycznej stwierdziło 20 mężczyzn (32,26%) i 3 kobiety (6,98%). Dane przestawia Rycina 10.



Ryc. 9 Stopień odczucia przygnębienia w chorobie



Ryc. 10 Ograniczenie aktywności fizycznej respondentów

Dyskusja

Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc jest obecnie najbardziej dominującą wśród chorób układu oddechowego. Czas trwania choroby wg respondentów jest dłuższy niż pięć lat u około 60,47% kobiet i 41,93% mężczyzn, krócej niż 5 lat choruje 39,53% kobiet oraz 58,07% mężczyzn. Według Mejza przebieg naturalny POChP jest zmienny, zależny od wieku w którym czynność płuc została upośledzona [9].

Trwająca dłużej niż 5 lat choroba wpłynęła znacząco na aktywność życiową, podobnie jak w badaniach Józefowskiej i Majdy, funkcjonowanie człowieka z przewlekłą chorobą i powrót do pełnej sprawności był utrudniony, a nieraz także niemożliwy [10]. Większość

pacjentów z POChP w tym 15 kobiet (34,88%) i 22 mężczyzn (35,48%) oznaczała najwyższy wpływ choroby na aktywność życiową.

Analizie podano tryb życia jaki respondenci reprezentują. Zdecydowanie więcej kobiet niż mężczyzn prowadzi aktywny tryb życia – 46,51%, mężczyźni 32,26%. Biernie odpoczywa 53,49% kobiet i 67,74% mężczyzn. Według badań przeprowadzonych przez Józefowską i Majdę większość kobiet była bardziej aktywna od mężczyzn – wartość aktywności utrzymywała się na poziomie przeciętnym, u mężczyzn na poziomie niskim [10].

Z badań własnych wynika, że pacjenci chorujący na POChP nie odczuwają osamotnienia w chorobie, korzystając z życia rodzinnego – kobiety stanowią 65,12%, mężczyźni 64,52%. Wśród osób samotnych dominują rozwodnicy, rozwódki, wdowcy i wdowy – ogółem 48% badanych.

Dokonano oceny wpływu choroby na czynności dnia codziennego, gdzie choroba zawsze lub często ograniczała aktywność codzienną u 79,07% kobiet oraz 85,49% mężczyzn. Podobne badania przeprowadził Kozielski stwierdzając u pacjentów powyżej 65 lat ograniczenie dziennej aktywności, przy niewielkim wysiłku lub wykonywaniu drobnych, codziennych czynności w domu [11].

Aktywnie z czasu wolnego korzystało niewielu respondentów. Według przeprowadzonych badań 62,79% kobiet i 43,55% mężczyzn rzadko aktywnie spędzało czas, 10,48% osób czuło się na tyle dobrze aby aktywnie uczestniczyć z rekreacji. Od czasu do czasu aktywnie wypoczywało 30,48% ankietowanych. Zieliński w swoich badaniach podjął próbę pokazania zależności pomiędzy treningiem siłowym, wytrzymałościowym a ćwiczeniami oddechowymi, pomagają choremu zwalczyć uczucia bezradności w chorobie [11].

Z badań własnych wynika, że dolegliwości związane z oddychaniem miały znaczący wpływ na wykonywaną pracę, wpływały na pracę u 66,6% respondentów, natomiast były przyczyną rezygnacji z pracy u 25,71% osób. Kozielski twierdzi iż ponad 36% chorych na POChP nie była zdolna do pracy, a 45% osób w wieku produkcyjnym straciło pracę [11].

Większość chorych mimo choroby potrafi cieszyć się z życia, dominują kobiety 51,16%, mężczyźni natomiast znacznie rzadziej - 33,87%. Wśród mężczyzn 50% stanowią pesymiści. Zdaniem Jaracza depresja i lęk wśród pacjentów staje się przyczyną niesprawności w sferze fizycznej, emocjonalnej i psychospołecznej. Im silniejsze objawy choroby tym gorszy stan funkcjonalny organizmu [12].

Wsparcie uzyskiwane od rodziny według ankietowanych jest ważne w życiu z chorobą. Na pomoc ze strony najbliższych zawsze może liczyć 63,79% kobiet i 48,39%

mężczyzn. Według Sawickiej i Marcinkowskiej – Suchowierskiej u chorych cierpiących na POChP wraz z upośledzeniem czynności płuc, zachodzą zmiany w obrębie układu kostno – stawowego, spadek masy i siły mięśniowej a co za tym idzie większa niesprawność i konieczność korzystania z pomocy bliskich [13].

Nasilona duszność, kaszel i uczucie osłabienia które są źródłem lęku i niesprawności szczególnie u ludzi starszych, przeszkadza w aktywności społecznej, wizytach krewnych i przyjaciół [13]. Z przeprowadzonych badań wynika, że stan fizyczny i emocjonalny 23,25% kobiet i 32,26% mężczyzn cały czas przeszkadza w aktywności społecznej, nigdy nie był przeszkodą u 10% ankietowanych. Podobnie twierdzi Bąk – Drabik i Ziora według których proces starzenia wpływa na przystosowanie się osób starszych do ograniczeń wynikających z choroby, i jest naturalną konsekwencją procesu starzenia [14].

Dolegliwości związane z chorobą powodowały zaburzenia snu trzy razy w tygodniu lub częściej u 54,28% ankietowanych, spokojnie spało 19,05% osób. Badania przeprowadzone przez Mejza dowodzą, że u chorych na POChP występują często zaburzenia snu w postaci obturacyjnego bezdechu sennego [15].

Największe cierpienie i dyskomfort sprawiają chorym duszność i kaszel 76,19%, u 21,9% dołącza odkrztuszanie, 2 osoby zgłaszają ból pleców. Mejza twierdzi, iż kaszel jako pierwszy objaw jest bagatelizowany przez chorych. Pacjenci uznają ten objaw jako naturalne oczyszczanie dróg oddechowych po odpoczynku nocnym. Gdy dołącza do tego duszność najpierw wysiłkowa, później spoczynkowa chorzy zaczynają szukać pomocy lekarskiej [15].

Chory otrzymuje leki zmniejszające objawy i poprawiające jakość życia. Przeprowadzone badania dowodzą, że 80,65% chorych przyjmuje leki regularnie, natomiast 19,35% tylko podczas zaostrzeń choroby. W badaniach przeprowadzonych przez Rożyńską można wnioskować, że leczenie lekami rozszerzającymi oskrzela wpływa na przebieg choroby, poprawia jakość życia chorych, łagodzi objawy i wydłuża czas pomiędzy zaostrzeniami choroby [5].

Ankietowani przebywający na oddziale chorób płuc to przede wszystkim mieszkańcy wsi – 95 osób, o trudnej sytuacji materialnej – 55 osób, większość z wykształceniem podstawowym – 59 osób lub zawodowym – 30 osób. Wśród nich stosowana terapia i leczenie były powodem rezygnacji z większości planów finansowych – 63,57%. Natomiast złą sytuację materialną wskazywało 15 respondentów jako czynnik najbardziej utrudniający odczuwanie pełnej satysfakcji ze stanu swego zdrowia.

Według Bąk – Drabik i Ziory niski status socjoekonomiczny jest istotnym czynnikiem ryzyka rozwoju POChP. Obserwacje wymienionych autorów wskazują wpływ wykształcenia

w domenie funkcjonowania fizycznego. Wystarczające zasoby materialne pozwalają zapewnić podstawowe potrzeby życiowe jak również umożliwiają aktywne spędzanie wolnego czasu [14].

Choroba u respondentów wywołuje często przygnębienie i smutek – 48,57%. Według Pierzchały zaostrzenia objawów szczególnie zwiększone były jesienią i zimą, podczas przeziębień , jak również pod wpływem stresu i wyczerpania fizycznego. Im wyższy poziom poczucia własnej skuteczności i akceptacji choroby, tym mniej zaostrzeń choroby [16].

Badana grupa, aby pomóc zmniejszyć wpływ choroby na życie codzienne stosuje aktywny tryb życia 44,76% osób, zdrowy sposób odżywiania 36,19%, natomiast na dalszych miejscach znalazły się ćwiczenia oddechowe i tlenoterapia. Śliwiński twierdzi, że aktywny tryb życia w tym ćwiczenia powinny być dobierane indywidualnie, wspólnie z lekarzem i rehabilitantem, obejmując trening wydolnościowy np. spacery, ćwiczenia siły mięśni rąk i nóg. Wiek i występowanie duszności nie jest przeciwwskazaniami do ćwiczeń [17].

Głównymi źródłami wiedzy dla pacjentów są lekarze i pielęgniarki 85,7%, następnie książki 5,7% oraz media 5,7%.

Górecka i Zieliński twierdzą, że lekarze i pielęgniarki powinny uczestniczyć w szkoleniach na temat działań antynikotynowych, wykrywaniu wczesnych okresów choroby, aby możliwa była wczesna profilaktyka choroby, co znacznie ograniczy społeczne i medyczne koszty POChP [18].

Wnioski

Z przeprowadzonego badania wśród pacjentów leczonych w oddziale Chorób Płuc Szpitala Ogólnego w Wysokiem Mazowieckiem z powodu POChP wynikają następujące wnioski:

- POChP ma znaczący wpływ na życie zawodowe pacjentów. Była przyczyną rezygnacji z planów zawodowych i zaprzestania pracy.
- Stan zdrowia, ograniczenie aktywności fizycznej i problemy emocjonalne rzutowały na życie ankietowanych.
- Choroba, jej częste zaostrzenia powodowały cierpienie i dyskomfort, natomiast leczenie znacząco obciążało budżet rodzinny.
- W badanej grupie pacjentów większość akceptuje chorobę, stara się cieszyc z życia mimo codziennych ograniczeń, w walce z chorobą wsparcie znajdują u rodziny i przyjaciół.

Piśmiennictwo

1 Jasik A., Marcinkowska – Suchowierska E.: Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc. Post. Nauk Med., 2009, 5, 89-96.

2 Szczeklik A.: Choroby wewnętrzne. Wyd. Medycyna Praktyczna, Kraków, 2011.

3 Gajewski P.: Światowa strategia rozpoznawania, leczenia i prewencji przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Aktualizacja 2011. Wydanie specjalne. Medycyna Praktyczna -Pneumonologia, 2012, 1, 3-12.

4 Zieliński J.: Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc. Górnicki Wyd. Medyczne, Wrocław 2004.

5 Różyńska R.: Długo działający lek przeciwcholinergiczny czy długo działający β-2 agonista- który z leków w większym stopniu zapobiega ustępowaniu zaostrzeń w przebiegu przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc? Świat Medycyny i Farmacji 2012, 1, 23 – 24.

6 Mróz R.: Jak leczyć przewlekłą obturacyjną chorobę płuc w stadium łagodnym i umiarkowanym? Przew. Lek., 2010, 6, 27 – 31.

7 Talarowska M., Florkowski. A., Gałecki P., Zboralski K., Szemraj J., Pietras T., Górski P.: Współwystępowanie zaburzeń depresyjnych, lękowych oraz zaburzeń funkcji poznawczych wśród pacjentów cierpiących na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. Post. Dermatol. Alergol., 2009, 4, 201 - 204.

8 Modlińska A., Buss T., Lichodziejewska – Niemierko M.: Opieka paliatywna w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc. Pneum. Alerg. Pol., 2007,75, 383 - 388.

9 Mejza F.: Choroby układu oddechowego – postępy 2011. Med. Prakt., 2012, 2, 52-62.

10 Józefowska H., Majda A.: Zasoby osobiste i wskaźniki kliniczne u pacjentów z POChP. Onkologia, 2010, 7, 11-18.

11 Kozielski J.: Przewlekła obturacyjna choroba płuc w oczach chorych i lekarzy. Alergia, Astma, Immunologia, 2004, 9, 175 – 177.

12 Jaracz J.: Depresja i lęk w przewlekłych chorobach płuc. Przewodnik Lekarski 2007, 1, 139 – 141.

13 Sawicka A., Marcinkowska - Suchowierska E.: Przewlekła Obturacyjna choroba płuc w wieku podeszłym. Postęp Nauk Medycznych 2011, 5, 435 – 437.

14 Bąk – Drabik K., Ziora D.: Wpływ statusu socjoekonomicznego na jakość życia chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. Pneum. Alerg. Pol., 2010, 78, 1 – 2.

15 Mejza F.: Postępowanie u osób z chorobami układu oddechowego w stanie stabilnym i u osób z chorobami układy krążenia planujących lot samolotem. Med. Prakt., 2012, 9, 45 – 57.

16 Pierzchała W., Niżankowska – Mogilnicka E., Mejza F.: Przewlekła Obturacyjna choroba płuc [w:] Choroby wewnętrzne. (red.). Szczeklik A. Med. Prakt., Kraków 2012.

17 Śliwiński P.: Rehabilitacja – najskuteczniejsza metoda leczenia chorych na POChP. Terapia 2012, 8, 55 - 60.

18 Górecka D., Zieliński J.: Wczesne rozpoznawanie i profilaktyka POChP w Polsce; stan obecny i perspektywy. Pneum. Alerg. Pol., 2005, 73, 112 – 115.

Kowalewska Beata[1,2] , Mikołajczuk Agnieszka[1,3], Rolka Hanna Joanna[1,2], Jankowiak Barbara[1,2], Klimaszewska Krystyna[1,2], Krajewska – Kułak Elżbieta[1] , Kondzior Dorota[1]

Jakość życia pacjentów z colitis ulcerosa

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej , Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.
2. Instytut Medyczny, Państwowa Wyższa Szkołą Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży
3. Oddział Obserwacyjno-Zakaźny, Uniwersytecki szpital Kliniczny w Białymstoku

Wprowadzenie

Wrzodziejące zapalenie jelita grubego[WZJG] obok choroby Lesniowskiego-Crohna, to jedna z najczęściej występujących przewlekłych chorób przewodu pokarmowego, charakteryzująca się zmiennym przebiegiem klinicznym. *Colitis ulcerosa* należy do grupy nieswoistych zapaleń jelit o nieznanej etiologii, przy czym gama uwarunkowań predysponujących do wystąpienia WZJG jest dość szeroka gdyż obejmuje czynniki genetyczne, środowiskowe i autoimmunologiczne. Szczególne zainteresowanie budzi grupa czynników immunologicznych z uwagi na ich rozległość oraz złożoność mechanizmów prowadzących do rozwoju WZJG. We wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego obserwuje się aktywację układu immunologicznego z naciekiem błony śluzowej przewodu pokarmowego przez liczne komórki odpowiedzi immunologicznej, ale antygen wyzwalający te zjawiska pozostaje nieznany. Czynnikami wywołującymi nieprawidłową odpowiedź immunologiczną mogą być antygeny pokarmowe i zwykle niepatogenne drobnoustroje [1,2,3,4,5].

Częstość występowania wrzodziejącego zapalenia jelita grubego w populacji ogólnej jest rosnąca, bez wyraźnej dominacji jednej z płci, zaś przy wzmożonym występowaniu u ludzi rasy białej. WZJG to schorzenie głównie ludzi młodych, a szczyt zachorowań przypada na przedział wiekowy między 20 a 40 rokiem życia z naciskiem na osoby w wieku 30-40 lat. Kolejny szczyt zachorowalności obserwuje się po 60 roku życia. W krajach Europy zachorowalność na wrzodziejące zapalenie jelita grubego wynosi ok. 10 przypadków na 100 000 ludności rocznie. Zachorowalność w Polsce szacuje się na około 700 przypadków rocznie. 15% krewnych pierwszego stopnia osób chorujących na nieswoiste choroby zapalne jelit również cierpi na te choroby; ryzyko zachorowania wynosi 8,9% u potomstwa, 8,8% u rodzeństwa i 3,5% u rodziców. Częstość występowania wrzodziejącego zapalenia jelita grubego u krewnych osób cierpiących na chorobę Leśniowskiego i Crohna również jest zwiększona [1,4,6].

Współcześnie odnotowuje się duże zainteresowanie zarówno jakością życia w kontekście ogólnym jak i uwarunkowaną stanem zdrowia. Jakość może być określana w oparciu o obiektywne cechy/czynniki wg których jest oceniania lub w kontekście indywidualnych wymagań, osobistych przeżyć i opinii pozwalających na użycie sformułowania „poczucie jakości życia". i mówi o różnicy między stanem istniejącym a pożądanym przez jednostkę w kontekście której lub przez którą jest rozpatrywane [7,8,9].

Pojęcie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia health related quality of life – HRQL) zostało wprowadzone do współczesnej medycyny klinicznej przez Schippera w 1990 r. Pozostaje ono w powiązaniu z definicją zdrowia WHO uznająca zdrowie za „dobrostan bio-psycho-społeczny, a nie tylko brak choroby". Shipper zdefiniował HRQL jako „*czynnościowy efekt choroby i jej leczenia, subiektywnie lub obiektywnie odbierany przez chorego*" [10].

Zagadnienie jakości życia jest przedmiotem intensywnych badań, czego dowodzi duża liczba doniesień na ten temat. Większość z nich dotyczy onkologii, jednak coraz powszechniej analizie poddawana jest HRQL w innych jednostkach chorobowych czy w całych gałęziach medycyny. Standaryzacja kwestionariuszy oceniających HRQL jest zadaniem trudnym, wymagającym współpracy międzynarodowej w celu uwzględnienia różnic językowych, kulturowych, religijnych, demograficznych, specyfiki patofizjologicznej oraz klinicznej danej jednostki, ocenianych w kontekście przyjętych na danym terenie algorytmów leczenia [11].

Ogromne zainteresowanie problemem jakości życia spowodowało, że powstają nowe narzędzia badawcze, najczęściej w postaci kwestionariuszy lub skal walidowanych do warunków polskich.

Dotychczas jednak nie zarejestrowano w Polsce narzędzia o sprawdzonych własnościach psychometrycznych, które mogłyby w sposób szczegółowy ocenić funkcjonowanie psychospołeczne pacjentów z NZJ [12,13,14], natomiast dokonano walidacji do warunków polskich skali *The Ra ting Form of IBD Pa tients Con cerns* (RFIPC) autorstwa Drossman i wsp. w Polskiej wersji językowej przez zespół Andrzejewska i Talarska [12]. „*Kwestionariusz ocenia obawy i lęki pacjentów wynikające z przebiegu i leczenia NZJ. Uwzględnia obawy często nie zauważane przez klinicystę, a niezwykle ważne nie tylko dla samego pacjenta, ale i jego rodziny czy opiekunów*".

Cel pracy

- Ocena wpływu choroby na poczucie jakości życia u osób z WZJG.
- Ocena poziomu wiedzy respondentów chorych na WZJG na temat własnej choroby.

Materiał i metody

Badania dotyczące jakości życia osób chorych na wrzodziejące zapalenie jelita grubego przeprowadzono wśród losowo wybranych 104 pacjentów cierpiących na to schorzenie.

Badanie przeprowadzono w okresie od września 2012 do lutego 2013 roku w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. K. Dłuskiego w Białymstoku, w czasie hospitalizacji ankietowanych, po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej UMB o nr R-I-002/333/2012.

Udział respondentów w badaniu był w pełni dobrowolny i anonimowy. Wszystkie uzyskane przez zespół badawczy informacje dotyczące osób badanych wykorzystano wyłącznie do celów naukowych.

W badaniu przeprowadzonym metodą sondażu diagnostycznego posłużono się ankietą własnej konstrukcji. Kwestionariusz składał się z 25 pytań w tym pytań służących do oceny jakości życia chorych na WZJG oraz 5 pytań dotyczących charakterystyki grupy chorych (metryczka). Ankieta zawierała wyłącznie pytania zamknięte.

Uzyskane dane z ankiety zostały poddane analizie statystycznej i opisowej. Wykonano test chi-kwadrat dla zbadania czy istnieje zależność pomiędzy badanymi cechami. Analizę wykonano w programie PQStat v.1.4.2.

Przyjęty poziom istotności $\alpha=0,05$.

Hipoteza zerowa (H_0) – nie istnieje zależność pomiędzy badanymi cechami.

Hipoteza alternatywna (H_1) – istnieje zależność pomiędzy badanymi cechami.

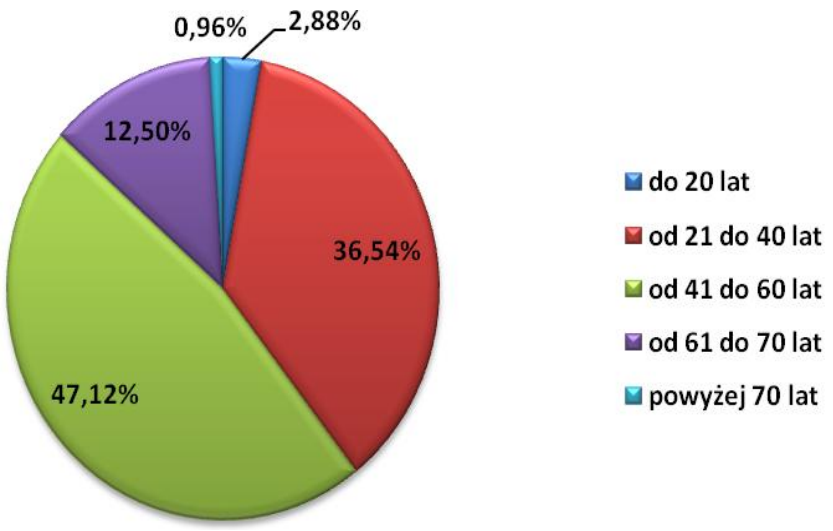
Wyniki

Charakterystyka badanej grupy

Badania dotyczące jakości życia osób chorych na wrzodziejące zapalenie jelita grubego przeprowadzono wśród losowo wybranych 104 pacjentów cierpiących na to schorzenie. Badania zrealizowano w zamkniętej placówce szpitalnej w Białymstoku, w czasie hospitalizacji ankietowanych.

Najliczniejszą grupę badanych stanowili mężczyźni (54,81%) oraz osoby w przedziale wiekowym 41-60 lat (47,12%). Kobiety stanowiły natomiast 45,19%, a badani w wieku 20 lat odnotowano jedynie 2,88% osób. Szczegółowe dane przedstawiono na Ryc. 1.

Zdecydowana większość ankietowanych określiła swoje wykształcenie jako średnie. Jedynie 3,85% osób podało wykształcenie podstawowe. Szczegółowe dane przedstawiono w Tab. 1.



Ryc. 1. Wiek ankietowanych.

Tab. 1. Wykształcenie badanych.

Rodzaj wykształcenia	N	%
Podstawowe	4	3,85
Zawodowe	26	25,00%
Średnie	50	48,08%
Wyższe	24	23,07
SUMA	**104**	**100,00%**

Znaczny odsetek badanych mieszkał w mieście powyżej 100 tys. mieszkańców (52,88%), kolejno, 24,04% osób pochodziło z terenów wiejskich, 17,31% z miast poniżej 100tyś. mieszkańców, a tylko 5,77% ankietowanych z małego miasta (poniżej 10 tyś. Mieszkańców). 51,96% ankietowanych wykazała aktywność zawodową. Natomiast 31,73% badanych było emerytami lub rencistami. Osoby bezrobotne stanowiły 5,77% wszystkich respondentów. Pozostała grupa (11,54%) to uczniowie lub studenci. Po 36,54% respondentów podało, że ich choroba trwała przez okres od 6 miesięcy do 5 lat oraz 10 lat do momentu przeprowadzenia badania. Dane przedstawia Tabela 2.

Tab. I. Czas występowania objawów choroby do czasu postawienia diagnozy

Czas trwania choroby	N	%
od 1m-ca do 6 miesięcy	8	7,69
od 6-mcy do 5 lat	38	36,54
od 5 lat do 10	20	19,23
powyżej 10	38	36,54
SUMA	**104**	**100,00%**

Ocena jakości życia pacjentów z WZJG

W chwili przeprowadzanego badania, 49,04% osób określiło stan swojego zdrowia jako dobry, 23,08% jako zadowalający a 0,96% określiło go jako doskonały. 22,15% respondentów podkreśliło, że ich samopoczucie z racji choroby jest niezadowalające.

Pomimo procesu chorobowego, 41,35% osób badanych określiła swoje samopoczucie psychiczne jako dobre. Nieliczny odsetek ankietowanych (5,77%) stwierdził, że czuje się doskonale, zaś 5,77% respondentów wskazało, że ich samopoczucie jest nie zadawalające. Wyniki przedstawiono za pomocą Tabeli 3.

Tab. 3. Wpływ WZJG na samopoczucie psychiczne osób badanych.

Wpływ choroby na samopoczucie psychiczne	N	%
Doskonałe	6	5,77
Bardzo dobre	23	22,11
Dobre	43	41,35
Zadawalające	26	25,00
Nie zadawalające	6	5,77
SUMA	**104**	**100,00**

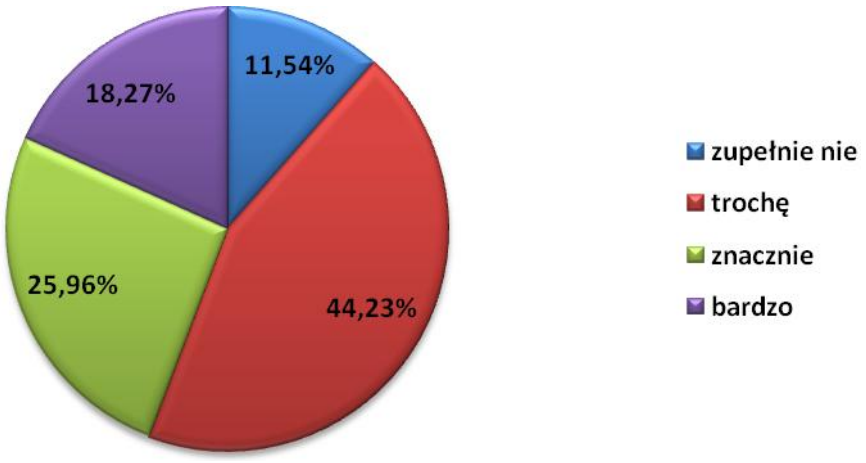
34,62% respondentów uściśliło, iż WZJG w średnim stopniu wpływa na ich samopoczucie emocjonalne. 8,65% ankietowanych wskazało, że choroba podstawowa istotnie wpływa na ich stan emocjonalny. Jedynie 4,81% osób nie odczuwa żadnych zaburzeń emocjonalnych. Dane przedstawia Tab. 4.

Tab. 4. Wpływ WZJG na samopoczucie emocjonalne chorych.

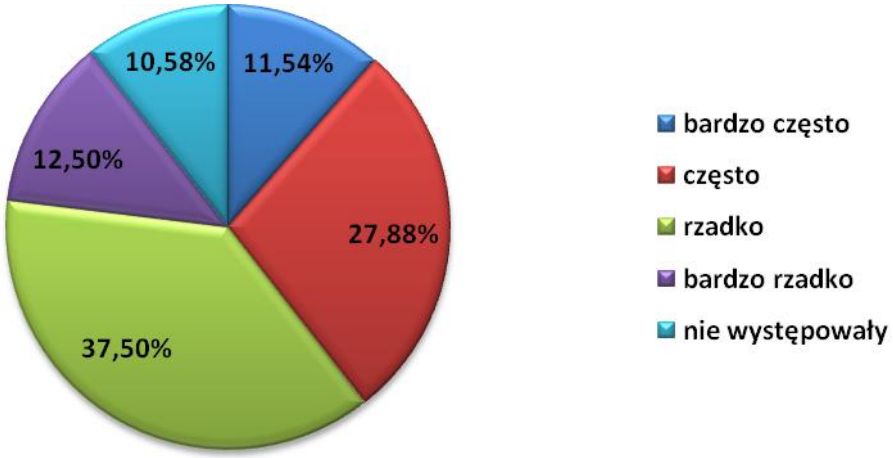
Wpływ WZJG na samopoczucie emocjonalne	N	%
Wcale	5	4,81
Trochę	33	31,73
Średnio	36	34,62
Znacznie	21	20,19
Bardzo	9	8,65
SUMA	**104**	**100,00**

44,23% badanych podało, że dolegliwości związane z przebiegiem WZJG względnie wpłynęły na wykonywanie pracy zawodowej. Natomiast 11,54% osób spośród ankietowanych, w zupełności nie odczuło zakłóceń w pracy w wyniku choroby (Ryc. 2).

37,50% respondentów podało, że od momentu postawienia ostatetecznego rozpoznania WZJG, rzadko odczuwali trudności z wykonywaniem czynności dnia codziennego. Jedynie 10,58% osób nie było dotknietych tym problemem (Ryc. 3).



Ryc.2. Wpływ dolegliwości chorobowych na pracę zawodową.



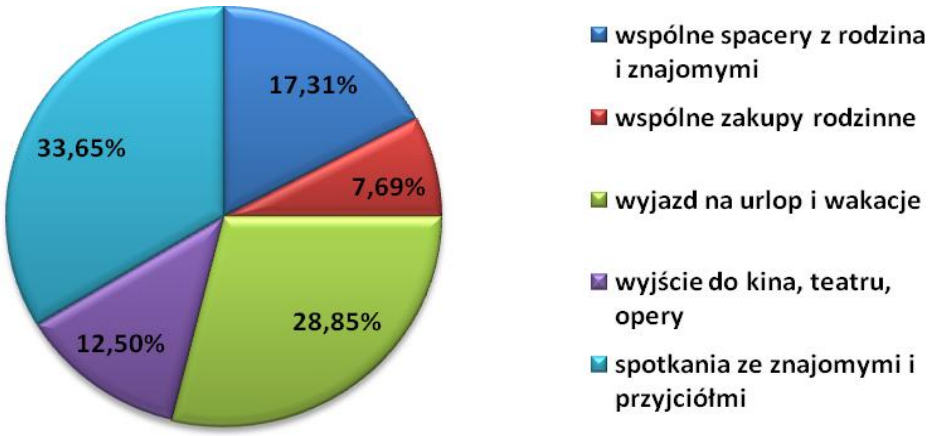
Ryc.3. Częstość występowania trudności z wykonywaniem czynności dnia codziennego od momentu rozpoznania choroby.

Znaczna część respondentów podała, iż dolegliwości związane z chorobą podstawową nie miały istotnego wpływu na relacje z najbliższym otoczeniem. Spośród 104 ankietowanych, 26,92% podkreśliło, że nieco uległy pogorszeniu stosunki z bliskimi. 6,73% badanych w dużym stopniu odczuło wpływ schorzenia na ich kontakty interpersonalne (Tab.5).

Tab. 5. Wpływ dolegliwości WZJG a relacje z bliskimi.

Wpływ dolegliwości WZJG a relacje z bliskimi	N	%
Bardzo duże	7	6,73
Duże	18	17,31
Małe	28	26,92
Bardzo małe	17	16,35
Nieistotne	34	32,69
SUMA	**104**	**100,00**

Zdecydowana część badanych wskazała, iż w wyniku choroby uległy pogorszeniu ich kontakty ze znajomymi i przyjaciółmi. Odpowiedzi takiej udzieliło 33,65% osób. Z kolei 28,85% ankietowanych, podkreśliło iż choroba utrudniła im wyjazd urlopowy na wakacje (Ryc.4).



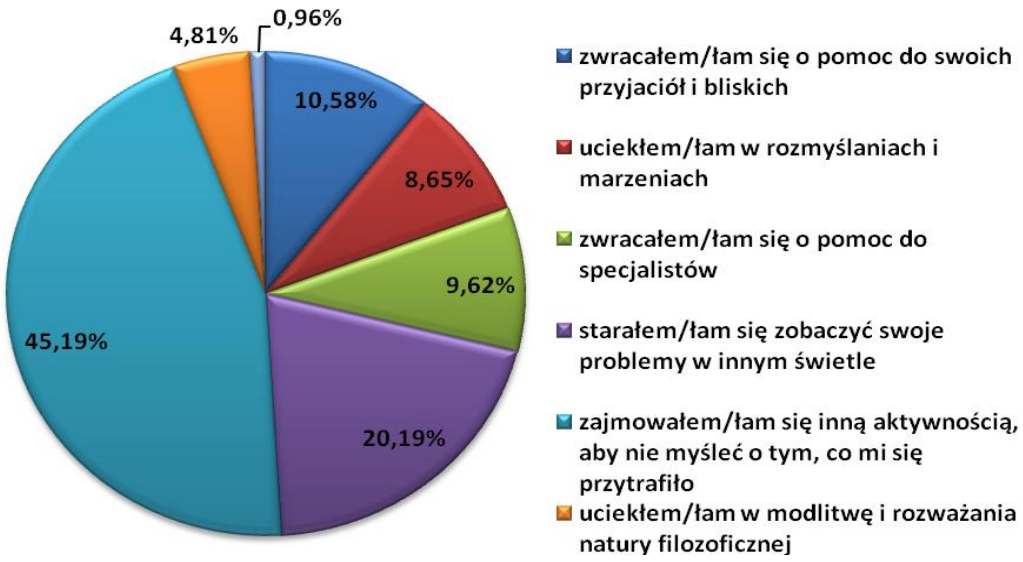
Ryc. 1. Problemy w relacjach z najbliższym otoczeniem spowodowane dolegliwościami schorzenia.

Na pytanie dotyczące funkcjonowania respondentów w społeczeństwie w trakcie trwania choroby, zdecydowana większość osób podkreśliła, że ta sfera życia nie uległa pogorszeniu. 19,41 % ankietowanych wskazało, że ich życie w społeczeństwie/towarzyskie zdecydowanie uległo pogorszeniu (Tab. 6).

Dla ponad 40% respondentów głównym sposobem rozwiązywania problemów emocjonalno-psychicznych była aktywność różnego typu w celu uniknięcia natrętnych myśli. 9,62% badanych korzystało ze specjalistycznej pomocy. Natomiast 4,81% osób skupiało się na modlitwie, rozważaniach natury filozoficznej (Ryc. 5).

Tab. 6. Ocena funkcjonowania w społeczeństwie/towarzystwie w trakcie procesu chorobowego.

Ocena	N	%
Zdecydowanie się pogorszyło	21	19,41
Trochę się pogorszyło	29	28,16
Pozostało bez zmian	52	50,49
Trochę się poprawiło	2	1,94
Uległo zdecydowanej poprawie	0	0,00
SUMA	**104**	**100,00**



Ryc.5. Możliwości radzenia sobie z problemami emocjonalno-psychicznymi spowodowanymi schorzeniem.

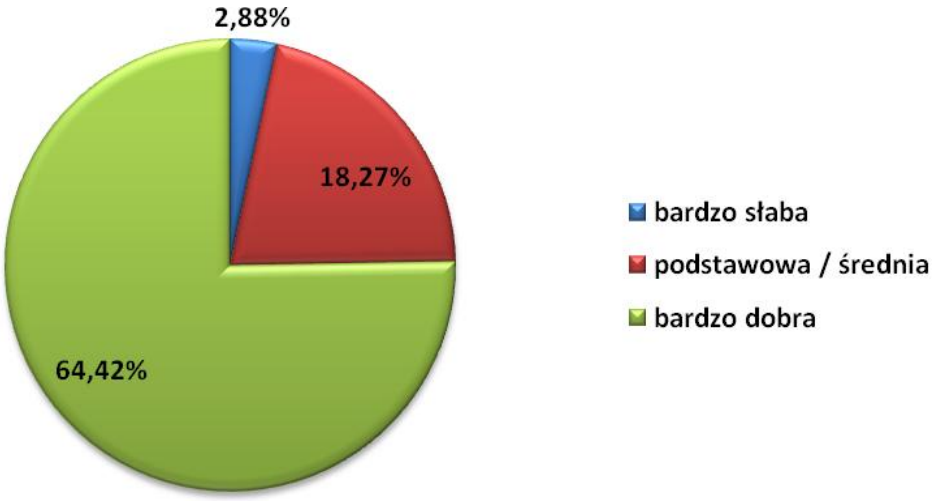
Zdecydowana większość respondentów uznała biegunkę za najbardziej dokuczliwy objaw związany z chorobą. Do symptomów równie dotkliwych ankietowani zaliczyli ból oraz skurcze i wzdęcia (54,81%). Dane szczegółowe przedstawia Tab. 7.

Zdecydowana większość badanych posiadała wiedzę dotyczącą WZJG na poziomie bardzo dobrym. Tylko 2,88% ankietowanych dysponowało bardzo słabą wiedzą. Zasób wiadomości na poziomie podstawowym dotyczył ogólnych zasad leczenia schorzenia, znajomości wystąpienia możliwych objawów niepożądanych zwianych z farmakoterapią, znajomości pojęcia remisji oraz informacji o leczeniu dietetycznym. Dane przedstawia Ryc.6.

Tab. 7II. Symptomy WZJG u respondentów.

Objawy choroby	N	%
Ból	**57**	**54,81**
Zaburzenia gastryczne	33	31,73
Skurcze i wzdęcia	**57**	**54,81**
Krwawienie	**55**	**52,88**
Nudności	18	17,31
Biegunka	**90**	**86,54**
Napięcie mięsni	10	9,62
Bezsenność	17	12,50
Inne: objawy pozajelitowe (bóle stawowe, zmiany skórne)	13	12,50

*****wyniki nie sumują się do 100,00% , ponieważ ankietowani udzielili więcej niż jednej odpowiedzi



Ryc. 6. Wiedza ogólna ankietowanych na temat WZJG.

Spacery (57,69%) i pływanie (19,24%) były najczęstszymi formą aktywności wybieranymi przez respondentów (Tab. 8).

Tab. 8III. Forma aktywności ankietowanych.

Forma aktywności	N	%
Pływanie	**20**	**19,24%**
Spacery	**60**	**57,69%**
nordic walking	3	2,88%
gry zespołowe	3	2,88%
Inne	18	17,31%
SUMA	**104**	**100,00%**

Na pytanie dotyczące, z jaką częstością respondenci zgłaszają się do poradni specjalistycznej, zdecydowana większość badanych stwierdziła, że jedynie w przypadku wystąpienia niepokojących objawów. 25,96% badanych korzystało z usług specjalisty raz w roku. Dokładne dane obrazuje Tabela 9.

Tab. 9. Częstość wizyt w poradni specjalistycznej wśród badanych.

Wizyty w poradni specjalistycznej	N	%
Raz w roku	27	25,96
Rzadziej	11	10,58
W przypadku wystąpienia niepokojących objawów	66	63,46
SUMA	**104**	**100,00**

Znaczna część badanych wskazała, że badanie endoskopowe wykonane w ostatnim czasie miało miejsce 1 rok temu. Odpowiedzi takiej udzieliło 25,96%, 17,31% ankietowanych wskazało na ostatni miesiąc. Natomiast w odpowiedzi inne, respondenci uwzględnili okres kilku dni/tygodni (1-3 tyg.), 3 lat i okres 11 lat. Szczegółowe dane przedstawia Tabela 10.

Tab. 10. Badanie endoskopowe.

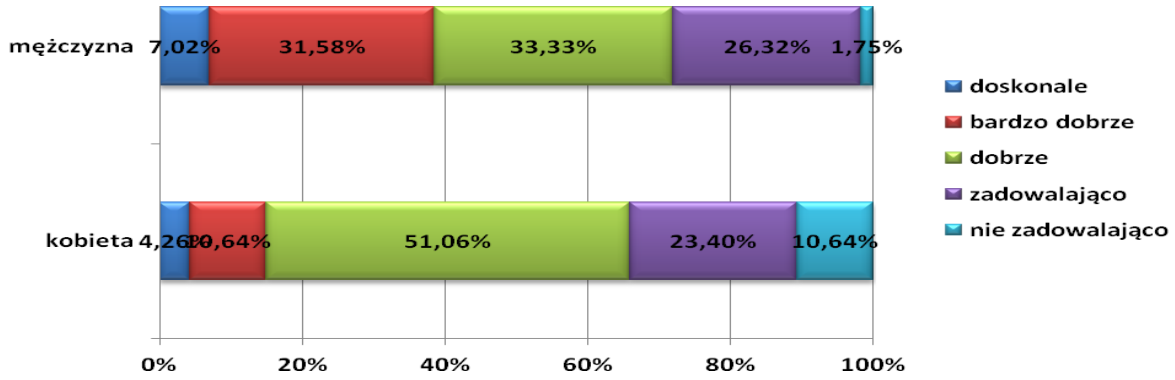
Przeprowadzenie badanie endoskopowego wśród ankietowanych	N	%
miesiąc temu	18	17,31
Pół roku temu	14	13,46
Rok temu	27	25,96
Dwa lata temu	23	22,11
Pięć lat temu i powyżej	11	10,58
Inne	11	10,58
SUMA	**104**	**100,00**

Zdecydowana większość ankietowanych, czyli 85,58% opowiedziało się, że w ich najbliższym otoczeniu nikt nie był obarczony zachorowaniem na WZJG. Pozostała cześć badanych potwierdziła zachorowania wśród rodziny.

Zależności statystyczne pomiędzy płcią a badanymi cechami

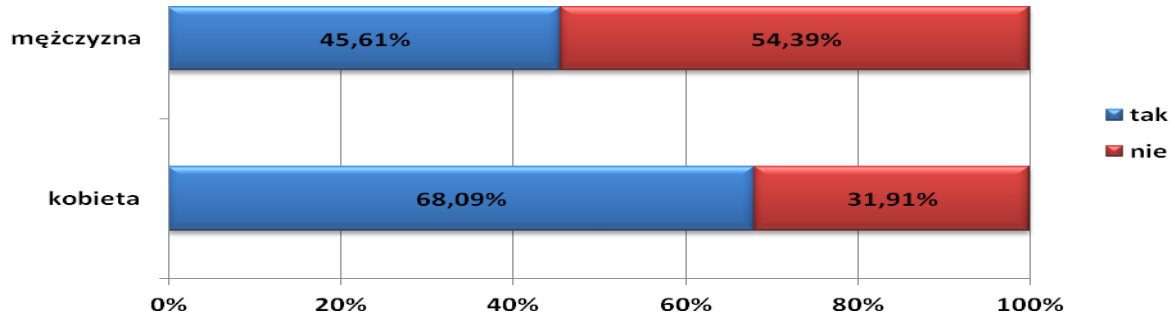
Na podstawie przeprowadzonej analizy statystycznej wykazano zależność statystyczną pomiędzy płcią respondentów a oceną swojego samopoczucia psychicznego. Wartość p=**0,026359** jest mniejsza od przyjętego poziomu ufności α=0,05, więc przyjmujemy hipotezę alternatywną H_1 (*istnieje zależność pomiędzy płcią a odpowiedzią udzielną na*

pytanie 2). Istotnie częściej to płeć żeńska, ocenia własne samopoczucie psychiczne jako niezadowalające – 10,64%, wśród mężczyzn odsetek ten wynosi – 1,75%. Z kolei częściej to mężczyźni, oceniają swoje samopoczucie psychiczne jako doskonałe – 7,02%, w porównaniu z kobietami – 4,26%. Swoje samopoczucie psychiczne jako dobre oceniło 51,06% kobiet oraz 33,33% mężczyzn. Dane przedstawia Ryc.7.



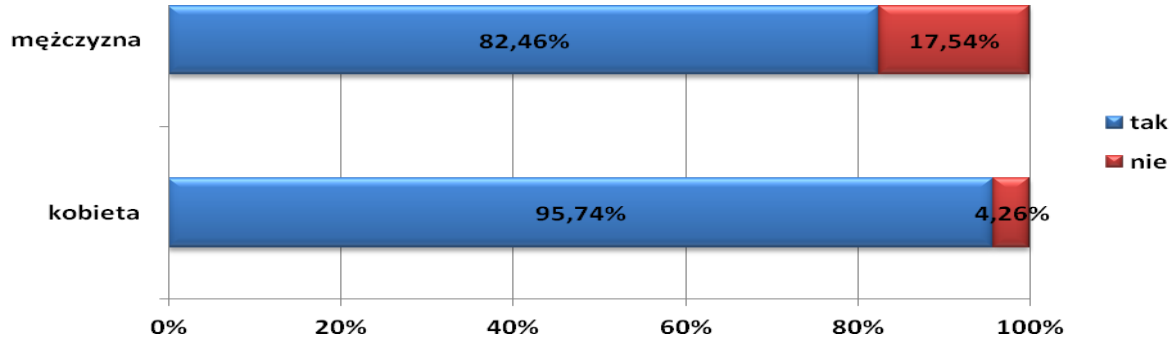
Ryc.7. Zależność statystyczna pomiędzy płcią a samopoczuciem psychicznym badanych.

Wykazano zależność pomiędzy płcią a wiedzą ankietowanych na temat stosowanych przez siebie leków, gdyż wartość p=**0,021657** jest mniejsza od przyjętego poziomu ufności α=0,05, a więc przyjmujemy hipotezę alternatywną H_1 (*istnieje zależność pomiędzy płcią a odpowiedzią udzieloną na pytanie 13*). Istotnie częściej to mężczyźni deklarują brak takiej wiedzy w 54,49%, niż kobiety – 31,91%. Natomiast 68,09% kobiet i 45,61% mężczyzn deklaruje, że posiada wiedzę na ten temat . Szczegółowe dane przedstawia Ryc.8.



Ryc.8. Zależność statystyczna pomiędzy płcią a stosowaną farmakoterapią przez badanych.

Istnieje zależność pomiędzy płcią a wiedzą chorych na temat zaleceń dietetycznych dotyczących własnej choroby. Wartość p=**0,034769** jest mniejsza od przyjętego poziomu ufności α=0,05, więc przyjmujemy hipotezę alternatywną H_1 (*istnieje zależność pomiędzy płcią a odpowiedzią udzielną na pytanie 17*). Istotnie częściej to mężczyźni deklarują brak takiej wiedzy (17,54%), niż kobiety (4,26%). Natomiast 82,46% mężczyzn oraz 95,74% kobiet deklaruje, że posiada wiedzę odnośnie własnej jednostki chorobowej. Dane przedstawia Ryc. 9.



Ryc.9. Zależności statystyczne pomiędzy płcią a zaleceniami dietetycznymi.

Na podstawie analizy wykazano zależność statystyczną pomiędzy płcią a ogólną wiedzą na temat własnej choroby przez ankietowanych. Wartość p=**0, 013833** jest mniejsza od przyjętego poziomu ufności α=0,05, więc przyjmujemy hipotezę alternatywną H_1 (*istnieje zależność pomiędzy płcią a odpowiedzią udzielną na pytanie suma 12,13,14 i 17*). Istotnie częściej, to kobiety w 74,47% deklarują wiedzę na poziomie bardzo dobrym niż mężczyźni – 56,14%. 3,51% mężczyzn oraz 2,13% kobiet deklaruje, że posiada wiedzę na poziomie bardzo słabym. Dokładne dane obrazuje Tabela 11.

Tab. 11. Zależność statystyczna pomiędzy płcią a wiedzą ogólną na temat WZJG.

Poziom wiedzy	**N**	**%**	**N**	**%**
	kobieta		*Mężczyzna*	
bardzo słaba	**1**	**2,13%**	**2**	**3,51%**
podstawowa / średnia	11	23,40%	23	40,35%
bardzo dobra	**35**	**74,47%**	**32**	**56,14%**
SUMA	47	**100,00%**	57	**100,00%**

Wykazano zależność pomiędzy płcią a subiektywną oceną jakości życia chorych. Wartość p=**0,0,036755** **j**est mniejsza od przyjętego poziomu ufności α=0,05,

więc przyjmujemy hipotezę alternatywną H_1 (*istnieje zależność pomiędzy płcią a odpowiedzią udzielną na pytanie suma 1,2,3,4,5,8,11*). Istotnie częściej, to płeć żeńska ocenia swoją jakość życia z WZJG jako złą w 8,51%, zaś mężczyźni w 1,75%. 31,58% mężczyzn ocenia swoją jakość życia jako bardzo dobrą, wśród kobiet odsetek ten wynosi 10,64% (Tab. 12).

Tab. IV. Zależność statystyczna pomiędzy płcią a jakością życia badanych.

Jakość życia	**N**	**%**	**N**	**%**
	kobieta		*Mężczyzna*	
Zła	**4**	**8,51**	**1**	**1,75%**
Zadowalająca	12	25,53%	14	24,56%
Dobra	**26**	**55,32%**	**24**	**42,11%**
Bardzo dobra	**5**	**10,64%**	**18**	**31,58%**
SUMA	47	**100,00%**	57	**100,00%**

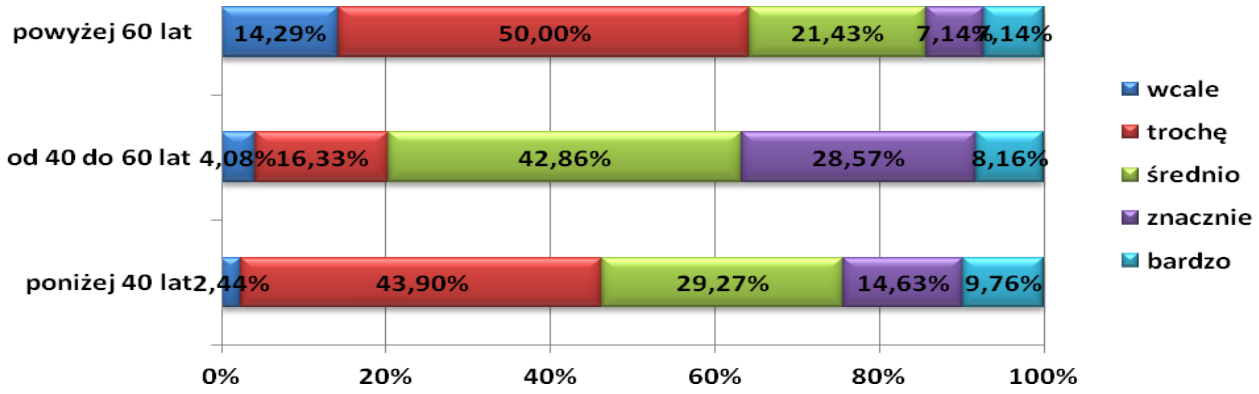
Zależności statystyczne pomiędzy wiekiem a badanymi cechami

Istnieje zależność pomiędzy wiekiem a oceną wpływu choroby na samopoczucie emocjonalne, ponieważ wartość p=**0,04499** jest mniejsza od przyjętego poziomu ufności α=0,05, więc przyjmujemy hipotezę alternatywną H_1 (*istnieje zależność pomiędzy wiekiem a odpowiedzią udzielną na pytanie 3*). Istotnie częściej brak wpływu deklarują osoby w wieku powyżej 60 lat - 14,29%, niż osoby w przedziale wiekowym 40-60 lat – 4,08% i osoby w wieku poniżej 40 lat – 2,44%. Bardzo duży wpływ choroby na samopoczucie emocjonalne deklaruje 7,14% osób w wieku powyżej 60 lat, 8,16% osób w przedziale wiekowym 40-60 lat oraz 9,76% osób w wieku poniżej 40 lat (Ryc. 10).

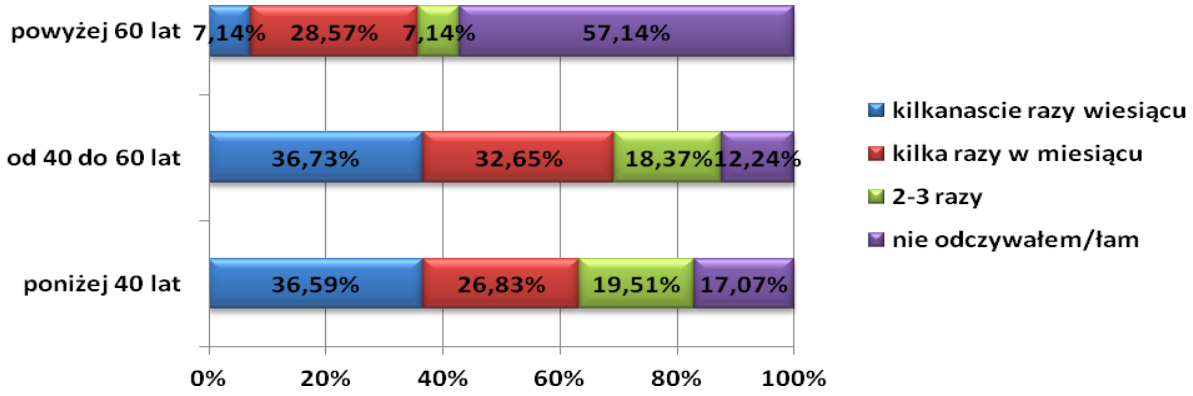
Wykazano zależność pomiędzy wiekiem a częstością odczuwanego bólu przez chorych w ostatnim miesiącu. Wartość p=**0, 015627** jest mniejsza od przyjętego poziomu ufności α=0,05, więc przyjmujemy hipotezę alternatywną H_1(*istnieje zależność pomiędzy wiekiem a odpowiedzią udzielną na pytanie 11).* Istotnie częściej ból odczuwają osoby w wieku poniżej 40 lat oraz w przedziale wiekowym 40-60 lat. Występowanie bólu kilkanaście razy w miesiącu deklaruje 36,73% osób w przedziale wiekowym 40-60 lat, 36,59% osób w wieku poniżej 40 lat oraz 7,14% osób w wieku powyżej 60 lat. Szczegółowe dane przedstawiono za pomocą (Ryc.. 11).

Istnieje zależność pomiędzy wiekiem a wiedzą na temat zaleceń dietetycznych dotyczących własnej choroby. Wartość p=**0,002372** jest mniejsza od przyjętego poziomu ufności α=0,05, więc przyjmujemy hipotezę alternatywną H_1 (*istnieje zależność pomiędzy wiekiem a odpowiedzią udzielną na pytanie 17*). Istotnie częściej wiedzę na ten temat

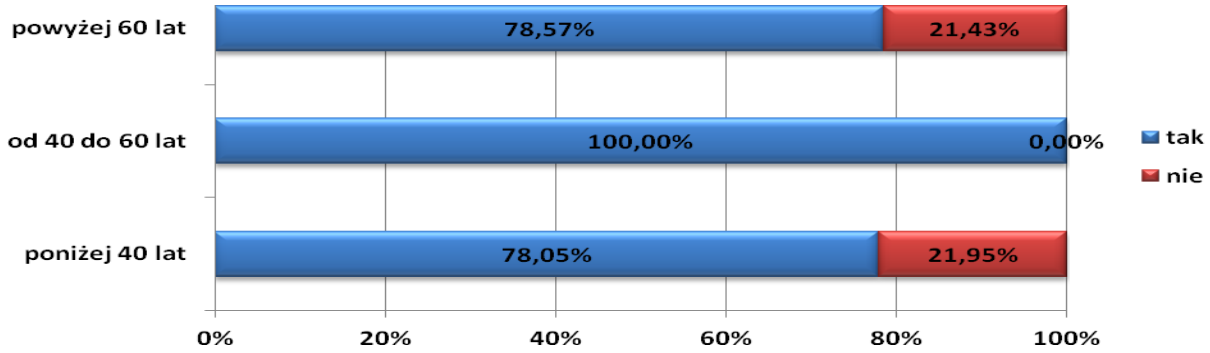
zadeklarowały osoby w przedziale wiekowym 40-60 lat – 100,00% niż osoby w wieku powyżej 60 lat – 78,57% oraz w wieku poniżej 40 lat – 78,05% (Ryc.12).



Ryc. 10. Zależność statystyczna pomiędzy wiekiem a samopoczuciem emocjonalnym ankietowanych.

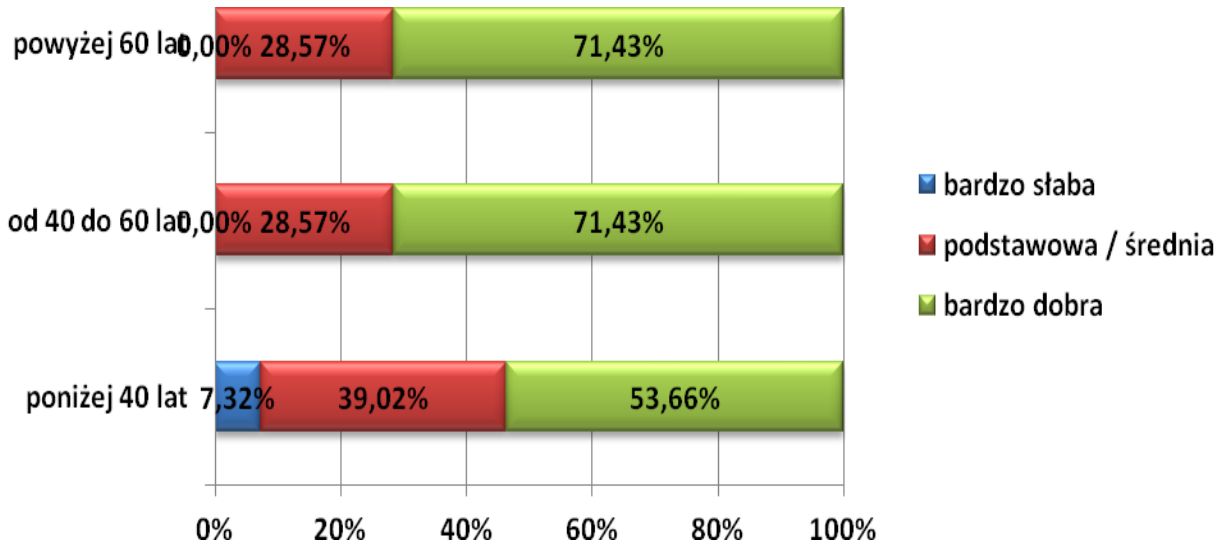


Ryc.11. Zależność statystyczna pomiędzy wiekiem a dolegliwościami bólowymi.



Ryc. 12. Zależność statystyczna pomiędzy wiekiem a wiedzą na temat zaleceń dietetycznych dotyczących własnej choroby.

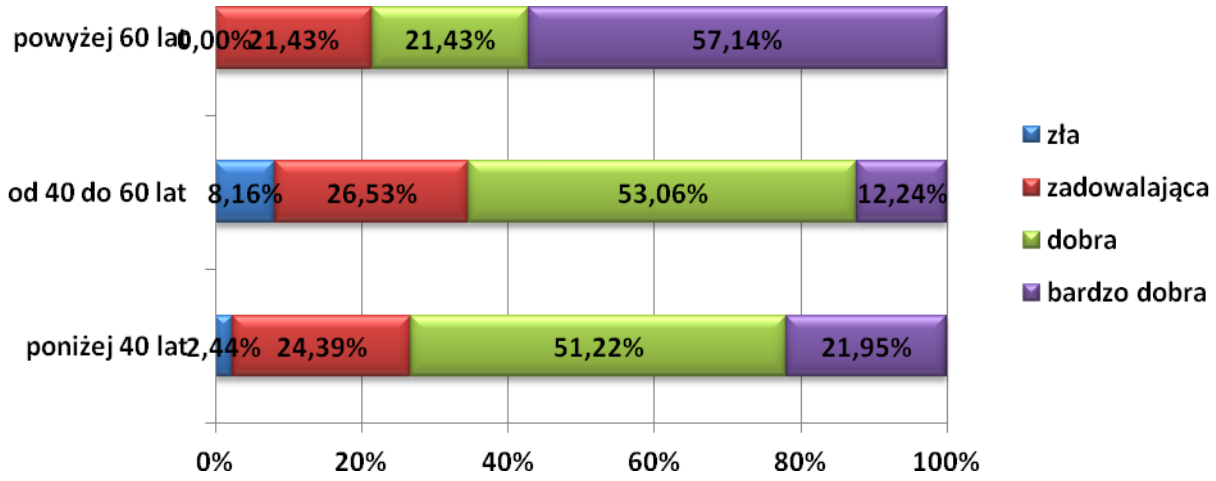
Istnieje zależność pomiędzy wiekiem a ogólną wiedzą na temat własnej choroby. Wartość p=**0, 032918** jest mniejsza od przyjętego poziomu ufności α=0,05, więc przyjmujemy hipotezę alternatywną H_1 (*istnieje zależność pomiędzy wiekiem a odpowiedzią udzielną na pytanie suma12,13,14,17*). Istotnie częściej, wiedzę jako bardzo dobrą deklaruję osoby w przedziale wiekowych 40-60 lat oraz powyżej 60 lat – po 71,43% niż osoby w wieku poniżej 40 lat – 53,66%. Brak takiej wiedzy deklaruje 7,32% osób w wieku poniżej 40 lat (Ryc.13).



Ryc. 13. Zależność statystyczna pomiędzy wiekiem a wiedzą ogólną na temat WZJG.

Istnieje zależność pomiędzy wiekiem a subiektywną oceną jakości życia chorych. Wartość p=**0, 022259** jest mniejsza od przyjętego poziomu ufności α=0,05, więc przyjmujemy hipotezę alternatywną H_1 (*istnieje zależność pomiędzy wiekiem a odpowiedzią udzielną na pytanie suma1,2,3,4,5,8,11*).

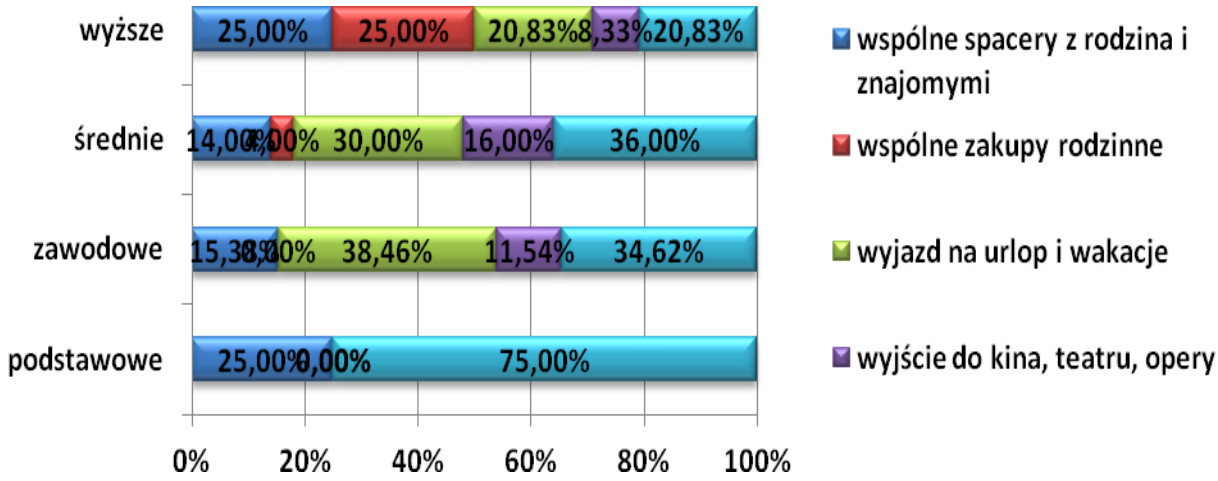
Istotnie częściej, osoby w przedziale wiekowym 40-60 lat oraz poniżej 40 lat oceniają swoją jakość życia jako złą – odpowiednio 8,16% i 2,44%, wówczas gdy żadna z osób powyżej 60 lat nie oceniła swojej jakości życia jako złej i aż 57,14% oceniło jakość swojego życia bardzo dobrą. Natomiast osoby z przedziału wiekowego 40-60 lat jedynie w 12,24% oceniły jakość swojego życia jako bardzo dobrą i 21,95% osób w wieku poniżej 40 lat (Ryc.14).



Ryc.14. Zależność statystyczna pomiędzy wiekiem a subiektywną oceną jakości życia badanych.

Zależności statystyczne pomiędzy wykształceniem a badanymi cechami

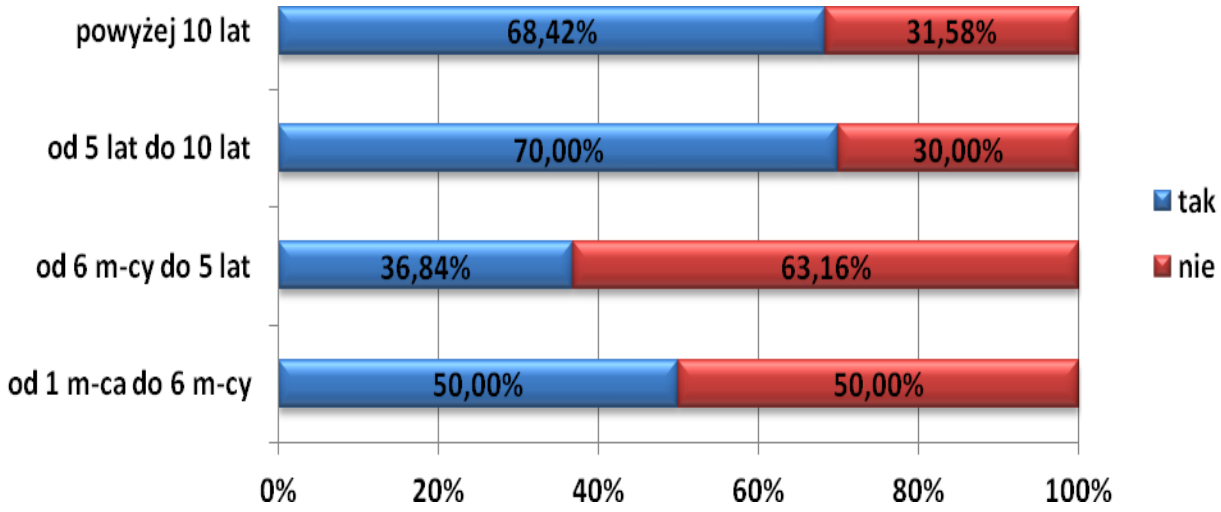
Istnieje zależność pomiędzy wykształceniem a zakłóceniem relacji z najbliższymi z powodu dolegliwości chorobowych. Wartość p=**0,04967** jest mniejsza od przyjętego poziomu ufności α=0,05, więc przyjmujemy hipotezę alternatywną H_1 (*istnieje zależność pomiędzy wykształceniem a odpowiedzią udzielną na pytanie 7*). 75,00% respondentów z wykształceniem podstawowym wskazywało na zakłócenie relacji z przyjaciółmi (spotkania ze znajomymi i przyjaciółmi), zaś osoby z wykształceniem wyższym w 20,83%. Szczegółowe dane obrazuje Ryc.15.



Ryc. 15. Zależności statystyczne pomiędzy wykształceniem a relacjami z otoczeniem.

Zależności statystyczne pomiędzy czasem trwania choroby a badanymi cechami

Na podstawie analizy potwierdzono zależność pomiędzy czasem trwania choroby a wiedzą na temat stosowanych przez siebie leków. Wartość p=**0,020964** jest mniejsza od przyjętego poziomu ufności α=0,05, więc przyjmujemy hipotezę alternatywną H_1 (*istnieje zależność pomiędzy czasem trwania choroby a odpowiedzią udzielną na pytanie 13*). Istotnie częściej to osoby chorujące od 1 do 6 m-cy oraz osoby chorujące od 6 m-cy do 5 lat deklarują brak takiej wiedzy – odpowiednio 50,00% i 63,16%. Natomiast 70,00% osób obarczonych WZJG w okresie od 5 do 10 lat oraz 68,42% osób chorujących powyżej 10 lat deklaruje, że posiada wiedzę na ten temat (Ryc. 16).



Ryc. 16. Zależności statystyczne pomiędzy czasem trwania choroby a stosowaną farmakoterapią.

Zależności statystyczne pomiędzy miejscem zamieszkania a badanymi cechami

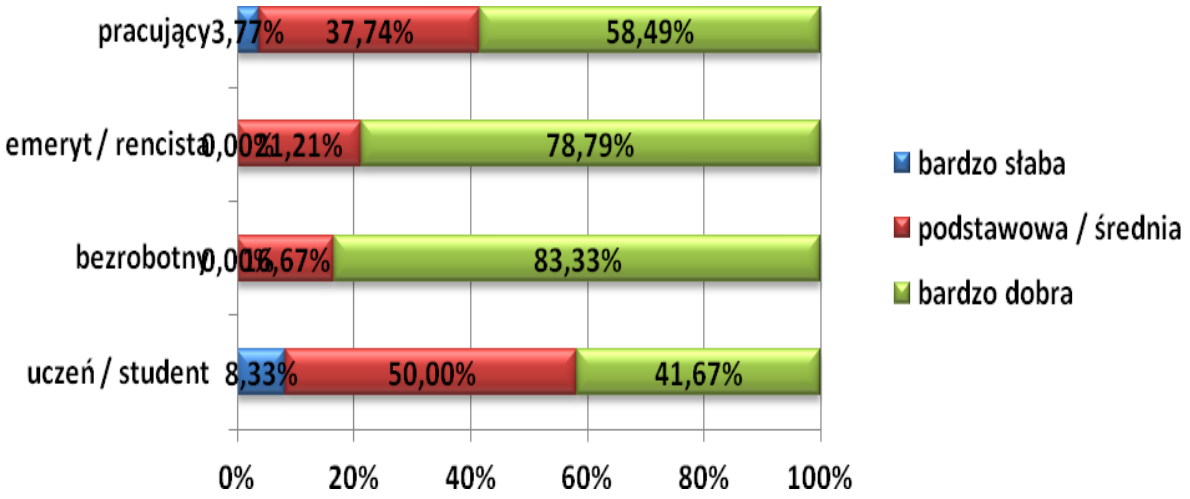
Istnieje zależność pomiędzy miejscem zamieszkania a ogólną wiedzą na temat własnej choroby. Wartość p=**0,025821**jest mniejsza od przyjętego poziomu ufności α=0,05, więc przyjmujemy hipotezę alternatywną H_1 (*istnieje zależność pomiędzy miejscem zamieszkania a odpowiedzią udzielną na pytanie suma12,13,14,17*). Istotnie częściej wiedzę jako bardzo słabą deklarują osoby zamieszkujące tereny miejskie do 10 tys. ludzi oraz osoby zamieszkałe na wsi – odpowiednio 16,67% i 8,00%. Natomiast 74,55% osób zamieszkałych w miastach powyżej 100 tys. ludzi oraz 66,67% osób zamieszkałych w miastach poniżej 100 tys. ludzi deklaruje, że posiada wiedzę na ten temat na poziomie bardzo dobrym (Tab. 13).

Tab. 13. Zależność statystyczna pomiędzy miejscem zamieszkania a wiedzą ogólną na temat WZJG.

Ogólna wiedza	N				%			
	Wieś	miasto poniżej 10 tyś	miasto poniżej 100 tyś	miasto powyżej 100 tyś	Wieś	miasto poniżej 10 tyś	miasto poniżej 100 tyś	miasto powyżej 100 tyś
Bardzo słaba	2	1	0	0	8,00%	**16,67%**	0,00%	0,00%
Podstawowa/ średnia	12	2	6	14	48,00%	33,33%	33,33%	25,45%
Bardzo dobra	11	3	12	41	**44,00%**	50,00%	66,67%	74,55%
SUMA	**25**	**6**	**18**	**55**	**100,00 %**	**100,00 %**	**100,00 %**	**100,00 %**

Zależności statystyczne pomiędzy warunkami socjalno-bytową a badanymi cechami

Na podstawie analizy wykazano zależność statystyczną pomiędzy warunkami socjalno-bytowymi a wiedzą ogólną ankietowanych na temat WZJG. Wartość p=**0,002269** jest mniejsza od przyjętego poziomu ufności α=0,05,więc przyjmujemy hipotezę alternatywną H_1 (*istnieje zależność pomiędzy warunkami socjalno-bytowymi a odpowiedzią udzielną na pytanie suma12,13,14,17*). Istotnie częściej wiedzę jako bardzo słabą deklarują pracujące – 3,77% oraz uczniowie/studenci – 8,33%. Natomiast 83,33% osób bezrobotnych oraz 78,79% emerytów/rencistów deklaruje że posiada wiedzę na ten temat na poziomie bardzo dobrym (Ryc. 17).



Ryc.17. Zależność statystyczna pomiędzy warunkami socjalno-bytowymi badanych a ich wiedzą ogólną na temat WZJG.

Dyskusja

Wrzodziejące zapalenie jelita grubego to jedna z najczęściej występujących przewlekłych chorób przewodu pokarmowego, cechująca się naprzemiennym występowaniem okresów zaostrzeń i remisji [12,15].

WZJG należy do grupy nieswoistych zapaleń jelit o nieznanej etiologii. Wśród czynników, które predysponują do wystąpienia *colitis ulcerosa* zalicza się uwarunkowania genetyczne, czynniki środowiskowe i autoimmunologiczne [16,17]. Dudarewicz., Barańska. i Skrętkowicz [17] uwzględniają również w złożonej patogenezie WZJG udział czynników biologicznych i psychologicznych. Zdaniem Bartnika i Wejmana. [16] o udziale czynników genetycznych świadczy rodzinne występowanie *colitis ulcerosa,* stanowiące 10-30% wszystkich przypadków oraz u bliźniąt jedno- i dwujajowych. Badania własne pokazały, że w 85,58% ankietowanych objętych badaniem, WZJG nie występowało w najbliższej rodzinie badanych. Natomiast 14,42% respondentów wskazał, iż w ich najbliższym otoczeniu funkcjonują osoby obarczone *colitis ulcerosa*.

Ponadto, obserwuje się większe ryzyko zajęcia jelita cienkiego i powstawania zwężeń u osób z mutacją genu ChLC, zlokalizowanego na chromosomie 16 tj. NOD2/CARD15. Według Dudarewicz, Barańskiej i Skrętkowicz [17] nosicielstwo allelu ryzyka nie świadczy, że choroba rozwinie się, co potwierdzają badania przeprowadzone wśród osób różnego pochodzenia etnicznego. Z kolei Pawlik M. oraz Rydzewska G. [3] podkreślają, iż odsetek rodzinnych zachorowań dotyczy 6-7% chorych, zaś ryzyko wystąpienia WZJG u krewnego pierwszego stopnia wynosi około 5%.

Innymi istotnymi czynnikami, które korelują z wystąpieniem schorzenia są czynniki środowiskowe, potocznie określane czynnikami nabytymi [4,16]. Według Błaszczuk i Wróblewskiej [15], czynniki środowiskowe związane są z industrializacją, czyli uprzemysłowieniem, tj. zaopatrzeniem w wodę, stosowaną dietę, zmianami stylu życia, narażaniem na skażenie środowiska co sukcesywnie zwiększa ryzyko wystąpienia WZJG. Badania własne ukazały, że znaczny odsetek badanych (52,88%), mieszkał w mieście powyżej 100 tys. mieszkańców, zaś 24,04% osób pochodziło z terenów wiejskich, a tylko 5,77% ankietowanych z małego miasta.

Pawlik. oraz Rydzewska [cyt. za 3], twierdzą, iż patofizjologia w przypadku WZJG może być wypadkową nieprawidłowej interakcji pomiędzy florą bakteryjną okrężnicy, szczególnie bakteriami SBR a układem gospodarza, mianowicie aktywacja populacji Th2, co w efekcie prowadzi do powstania obrazu klinicznego colitis ulcerosa.

Na podstawie badań Mossakowskiej, Karolewskiej-Bochenek, Ryżko [18] stwierdzono, że osoby nadmiernie wrażliwe, zakompleksione i narażone na silne bodźce psychiczne znacznie częściej chorują na WZJG.

Większość autorów zgodnie twierdzi, że w patogenezie schorzenia główną rolę odgrywają czynniki immunologiczne, w które zaangażowane są mechanizmy odpowiedzi humoralnej i komórkowej, powodujące zwiększone wytwarzanie prozapalnych cytokin [4,16,19].

W świetle najnowszych doniesień podkreśla się znaczącą rolę antyangiogenezy i angiogenezy w patogenezie NCHZJ. Proces tworzenia nowych naczyń włosowatych z wykształconej dotychczas siatki naczyń krwionośnych jest podstawą zjawisk biologicznych, takich jak procesy naprawcze i wzrost. Funkcjonalną konsekwencją tego procesu jest zaostrzenie zapalenia poprzez różnorodne mechanizmy, tj. rozwój metabolicznie aktywnych procesów immunologicznych, zwiększenie wytarzania komórek zapalnych, także cytokin i chemokin [20].

Obraz kliniczny WZJG jest zróżnicowany, w zależności od lokalizacji, stopnia zaawansowania i rozległości zmian zapalnych [12]. Najczęściej pierwszym zwiastunem schorzenia jest biegunka z domieszką krwi w kale. Wśród innych objawów WZJG wymienia się utratę masy ciała, uogólnione obrzęki ciała, gorączkę, bóle brzucha. Dolegliwości bólowe dotyczą lewego dołu biodrowego lub podbrzusza i wraz z parciem na odbytnicę ujawniają się przed wypróżnieniem. Oddanie stolca w subiektywnym odczuciu chorych przynosi ulgę [21]. Jakubowska Burek., Warmuz-Stangierską i wsp. [14], potwierdzają iż objawy chorobowe znacznie upośledzają codzienne funkcjonowanie polskich pacjentów z NChZJ niż amerykańskich. Ponadto istotną rolę odgrywają uwarunkowania kulturowe w zróżnicowaniu subiektywnej oceny przebiegu schorzenia przez chorych polskich jak i amerykańskich.

W badaniach własnych zdecydowana większość respondentów (86,54%) wymieniła biegunkę jako najbardziej dokuczliwy objaw związany z chorobą. Do innych często wskazywanych symptomów ankietowani zaliczyli ból, krwawienie oraz skurcze i wzdęcia.

Według danych epidemiologicznych szczyt zachorowania na WZJG przypada na wiek 20-40 lat, bez względu na płeć [21]. Najliczniejszą grupę respondentów w przeprowadzonym badaniu stanowiły osoby w przedziale wiekowym 41-60 lat, aż 47,12%. Z kolei w wieku 20 lat odnotowano jedynie 2,88% osób. Warto podkreślić, że 36,54% respondentów podało,

że od momentu rozpoznania WZJG choruje przez okres 5 lat. 38 badanych – 36,54%, wskazało, iż czas trwania choroby wynosi powyżej 10 lat.

Czas zachorowania przypadający na okres pełnej aktywności społecznej i zawodowej Według Andrzejewskiej i Talarskiej [12] znacznie pogarsza funkcjonowanie biopsychospołeczne, negatywnie wpływając na jakość życia pacjentów z WZJG. U niektórych pacjentów choroba może prowadzić do przewlekłej niepełnosprawności [13]. Większość osób podkreśliła, że aktywność społeczna nie uległa pogorszeniu pomimo trwania choroby. 19,41% ankietowanych wskazało, że ich życie towarzyskie zdecydowanie uległo pogorszeniu. Jedynie 1,94% badanych uwzględniło, że proces chorobowy nieco pozytywnie wpłynął na poprawę ich funkcjonowania. Badanie pokazało, że kobiety częściej oceniały swoje samopoczucie psychiczne jako niezadowalające – 10,64%, wśród mężczyzn odsetek ten wyniósł – 1,75%. Swoje samopoczucie psychiczne jako dobre oceniło 51,06% kobiet oraz 33,33% mężczyzn.

Rozpoznanie WZJG ustala się na podstawie objawów klinicznych, wyników badań laboratoryjnych, radiologicznych i endoskopowych z oceną histologiczną wycinków błony śluzowej [6,15]. Chorzy powinni być pod stałą opieką specjalistyczną obejmującą leczenie farmakologiczne, dietetyczne oraz współpracę z psychologiem klinicznym. Na pytanie dotyczące, z jaką częstością respondenci zgłaszają się do poradni specjalistycznej, zdecydowana większość badanych stwierdziła, że jedynie w przypadku wystąpienia niepokojących objawów. 25,96% badanych korzystało z usług specjalisty raz w roku.

Zdaniem Bartnika i Zagórowicza [22] sposób leczenia powinien uwzględniać zasięg choroby i ciężkość jej przebiegu. Leczenie chorych z lekkim rzutem WZJG prowadzi się w warunkach ambulatoryjnych, bez wprowadzenia ograniczeń w trybie życia czy diecie, lekami z wyboru są aminosalicylany. Rzut średnio ciężki charakteryzuje się wystąpieniem gorączki i objawów niedoborowych, dlatego należy dostarczyć odpowiednią ilość kalorii i białka, z wyeliminowaniem mleka. W przypadku braku poprawy po przyjmowaniu aminosalicylanów powinno się wdrożyć glikokortykosteroidy. W momencie wystąpienia ciężkiego rzutu choroby wymagana jest hospitalizacja, uwzględniająca uzupełnianie niedoborów, stosowanie antybiotyków i glikokortykosteroidów, zaś wystąpienie toksycznego rozdęcia lub perforacji okrężnicy jest wskazaniem do zabiegu operacyjnego [2, 22].

Zdaniem Gutkowskiego i Hartleb [23] najistotniejszym elementem terapii WZJG jest leczenie immunosupresyjne, obejmujące glikokortykosteroidoterapię oraz analogi puryn (azatiopryna i 6-merkaptopuryna). Ze względu na działania niepożądane leki te nie powinny

być stosowane przewlekle. Alternatywą staje się leczenie biologiczne, które w Polsce stosunkowo rzadko jest prowadzone ze względu na wysokie koszty lub leczenie chirurgiczne, tak trudno akceptowane przez pacjentów [23,24].

Dziurkowska-Marek i Marek [24] wskazują terapię metotreksatem jako kolejną opcję terapeutyczną w leczeniu NChZJ. Wdrożenie leczenia metoreksatem wymaga odpowiedniego doboru chorych, z uwzględnieniem wskazań i przeciwwskazań, ścisłego monitorowania leczenia jak i zapewnienia stałego kontaktu z lekarzem. Do zalet stosowania MTX zalicza się działanie immunomodulujące, przeciwzapalne oraz skuteczność, która nie prowadzi do większej ilości powikłań od powszechnie stosowanych analogów puryn. Stosowanie MTX na szerszą skalę wymaga jednak przeprowadzenia dalszych badań, co jest obecnie podmiotem zainteresowań wielu badaczy [24]. Badania własne wykazały, że mężczyźni deklarują brak wiedzy na temat przyjmowanych leków w 54,49%, niż kobiety – 31,91%. 68,09% kobiet i 45,61% stwierdziło, że posiada wiedzę na ten temat.

Matthes [25] podkreśla rosnącą popularność metod medycyny niekonwencjonalnej w leczeniu przewlekłych nieswoistych chorób zapalnych jelit. Są to metody powszechnie uznawane za naturalne, lecz bez udowodnionej skuteczności stosowania. Wśród pacjentów z colitis ulcerosa najczęściej stosowane metody to: akupunktura, akupresura, biofeedback, aromaterapia, hydroterapia, trening autogenny, joga, ziołolecznictwo, homeopatia, terapia biorezonansu. Na podstawie badań własnych stwierdzono, że dla ponad 40% respondentów głównym sposobem rozwiązywania problemów emocjonalno-psychicznych była aktywność fizyczna i czynności manualne. 9,62% badanych korzystało ze specjalistycznej pomocy. Natomiast 4,81% osób wybierało modlitwę i rozważania natury filozoficznej.

Istotnym elementem skojarzonego leczenia chorych na NChZJ jest wdrożenie odpowiedniej terapii żywieniowej [5,18]. Baczewska- Mazurkiewicz, Rydzewska [26] podkreśliły znaczącą rolę suplementacji składników odżywczych w NChZJ, co dałoby lepszą odpowiedź na stosowane leczenie i pozwoliłoby na utrzymanie remisji choroby.

Jakość życia stanowi istotny element oceny wyników leczenia chorych na NZJ. Na podstawie wyników badań Andrzejewskiej, Talarskiej, Michalaka, Linke [13] stwierdzono, że najniższy poziom jakości życia wystąpił wśród kobiet, mieszkańców wsi, osób z niskim wykształceniem, osób w aktywnym stadium choroby, z chorobą trwającą krócej niż 2 lata. Funkcjonowanie biopsychospołeczne badanej grupy było bardzo zaburzone i wymagało szczególnej uwagi w procesie opieki. W badaniach własnych osoby w przedziale wiekowym 40-60 lat oraz poniżej 40 lat oceniły swoją jakość życia jako złą – odpowiednio

8,16% i 2,44%, wówczas gdy żadna z osób powyżej 60 lat nie oceniła swojej jakości życia jako złej i aż 57,14% oceniło jakość swojego życia jako bardzo dobrą. Natomiast osoby z przedziału wiekowego 40-60 lat jedynie w 12,24% oceniło jakość swojego życia jako bardzo dobrą i 21,95% osób w wieku poniżej 40 lat.

W codziennym funkcjonowaniu niezbedna wydaje się być nauka interpretowania sygnałów płynących z własnego organizmu oraz zdobywanie wiedzy na temat spospobów najlepszego funkcjonowania pomimo choroby [27]. Badania własne wykazały, że osoby w przedziale wiekowym 40-60 lat oraz powyżej 60 lat – po 71,43% oceniły wiedzę na temat własnej choroby jako bardzo dobrą niż osoby w wieku poniżej 40 lat – 53,66%. Brak takiej wiedzy zadeklarowało 7,32% osób w wieku poniżej 40 lat.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań uzyskano następujące wnioski:

1. Wykazano istotną zależność pomiędzy płcią respondentów a wiedzą ogólną dotyczącą przyjmowania preparatów farmakologicznych. Otóż kobiety dysponowały większym zasobem wiedzy na ten temat w porównaniu z mężczyznami. Ten fakt uzależniony był również od czasu trwania schorzenia. Im krótszy okres trwania choroby, mianowicie od 1 do 6 miesięcy oraz od 6 miesięcy do 5 lat tym, poziom wiadomości na ten temat był niższy a wręcz ankietowani podkreślali brak wiedzy.
2. Respondenci płci męskiej w znacznym stopniu nie posiadali wiedzy na temat zaleceń dietetycznych dotyczących własnej choroby w przeciwieństwie do kobiet. Poza tym istotnie częściej wiedzę na ten temat deklarowały osoby w przedziale wiekowym 40-60 lat niż osoby w wieku powyżej 60 lat oraz w wieku poniżej 40 lat.
3. Blisko 75% ankietowanych kobiet posiadało wiedzę na temat własnej jednostki chorobowej na poziomie bardzo dobrym niż mężczyźni. Oprócz tego znacznie częściej, wiedzę jako bardzo dobrą posiadały osoby w przedziale wiekowym 40-60 lat oraz powyżej 60 roku życia.
4. Wykazano zależność pomiędzy płcią a subiektywną oceną jakości życia chorych. Kobiety znacznie częściej oceniały swoją jakość życia jako złą i były to osoby w przedziale wiekowym 40-60 lat oraz poniżej 40 roku życia.
5. Płeć żeńska w znacznym stopniu odczuwała niezadowolenie ze zdrowia psychicznego w związku z przebiegiem WZJG niż mężczyźni.

6. Wiek respondentów zdecydowanie przekładał się na samopoczucie emocjonalne chorych. Częściej brak wpływu choroby na własne samopoczucie, deklarowały osoby w wieku powyżej 60 roku życia niż ankietowani w przedziale wiekowym 40-60 lat i osoby w wieku poniżej 40 lat.
7. Zdecydowanie częściej dolegliwości bólowe związane z przebiegiem schorzenia odczuwały osoby w wieku poniżej 40 lat oraz osoby przedziale wiekowym 40-60 lat.
8. Ankietowani z wykształceniem podstawowym znacznie częściej odczuwali zakłócenia w relacjach z najbliższymi w wyniku dolegliwości chorobowych, a były to spotkania ze znajomymi i przyjaciółmi.
9. Osoby zamieszkujące duże aglomeracje miejskie wyróżniały się poziomem wiedzy na temat choroby w przeciwieństwie do osób pochodzących z miast poniżej 10 tys. ludności oraz osób z terenów wiejskich.
10. Wiedza ogólna ankietowanych uwarunkowana była sytuacją socjalno-bytową. Emeryci/renciści i osoby bezrobotne w porównaniu z pozostałymi osobami, posiadały wiedzę ogólną odnośnie WZJG na poziomie bardzo dobrym.

Piśmiennictwo

1. Bischoff S.C.: Obraz kliniczny wrzodziejącego zapalenia jelita grubego (colitis ulcerosa) [w:] Przewlekłe nieswoiste choroby zapalne jelit, pod red. Małecka-Panas E., Słomka M. MedPharm, Wrocław, 2012, 29-30.
2. Bartnik W.: Choroby jelita grubego [w:] Choroby wewnętrzne, pod red. Szczeklik A. Medycyna Praktyczna, Kraków, 2005.
3. Pawlik M., Rydzewska G.: Wrzodziejące zapalenie jelita grubego [w:] Gastroenterologia pod red. Dąbrowski A. Medical Tibune Polska, Warszawa, 2011, 294-304.
4. Buchner A., Iwańczak F.: Etiopatogeneza wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, Nowa Pediatria 2002, 3,174-178.
5. Śliwiński Z.K., Stobiński M.: Postępy w leczeniu nieswoistych zapaleń jelit - wrzodziejącego zapalenia jelita grubego i choroby Leśniowskiego-Crohna. Przew. Lek., 2003, 6, 62-70.
6. Sebzda T., Steciwko A., Hańczyc P. i wsp.: Nieswoiste zapalenia jelit (IBD) - etiologia, patogeneza, obraz kliniczny, diagnostyka i leczenie [w:] Wybrane

zagadnienia z praktyki lekarza rodzinnego, Steciwko A. (red.), Continuo, Wrocław, 2006, 66-75.

7. Bańka A.: Jakość życia w psychologicznych koncepcjach człowieka i pracy [w:] Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia, Bańka A., Derbis R. (red.) Wyd. Gemini . Poznań - Częstochowa, 1994, 19-40.
8. Brzezińska, A., Stolarska, M., Zielińska, J.: Poczucie jakości życia w okresie wczesnej, średniej i późnej dorosłości [w:] Zadania i role społeczne w okresie dorosłości, Appelt K., Wojciechowska J. (red.) Wyd. Funkcji Humaniora, Poznań, 2001, 103-126.
9. Kalfos, M., Jaracz, K.: Radzenie sobie ze stresem i zachowania zdrowotne w kontekście pielęgnowania [w:] Jakość życia w naukach medycznych. Quality of life in medical sciences, Wołowicka L. (red.), Dział Wydawnictw Uczelnianych Akademii Medycznej, Poznań, 2001, 42-53.
10. Shipper H.: Quality of life: principles of the clinical paradigm. J. Psychosoc. Oncol. 1990, 8, 171–185.
11. de Walden Gałuszko K. Ocena jakości życia uwarunkowana stanem zdrowia. [w:] Jakość życia w chorobie nowotworowej, pod red. Meyza J. .Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie. Warszawa, 1997, 77-82.
12. Andrzejewska J., Talarska D.: Jakość życia w nieswoistych zapaleniach jelit. Analiza i walidacja nowego narzędzia badawczego. Przegl. Gastroenterol., 2009, 4, 88-92.
13. Andrzejewska J., Talarska D., Michalak M., Linke K.: Jakość życia osób z chorobą Leśniowskiego-Cohna i wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego. Analiza porównawcza. Przegl. Gastroenterol., 2009, 4, 251-255.
14. Jakubowska-Burek L., Warmuz-Stangierska I., Kaczmarek E. i wsp.: Ocena jakości życia polskich i amerykańskich pacjentów z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit. Przegl. Gastroenterol., 2011, 6, 388-400.
15. Błaszczuk J., Wróblewska I.: Postępowanie z chorym na wrzodziejące zapalenie jelita grubego w praktyce lekarza rodzinnego, Int. Rev. Allergol. Clin. Immunol. Family Med., 2012, 18, 50-55.
16. Bartnik W., Wejman J.: Etiopatogeneza nieswoistych chorób zapalnych jelit [w:] Atlas kliniczno-patologiczny nieswoistych chorób zapalnych jelit, Wejman J., Bartnik W (red.),. Termedia, Poznań, 2011, 17-21.

17. Dudarewicz M., Barańska M., Skrętkowicz J.: Znaczenie wybranych polimorfizmów genu ABCB1 (MDR1) w nieswoistym zapaleniu jelit. Przegl. Gastroenterol., 2010, 5, 310-314.
18. Mossakowska M., Karolewska-Bochenek K., Ryżko J.: Poradnik dla młodzieży i rodziców dzieci chorych na wrzodziejące zapalenie jelita grubego (colitis ulcerosa) lub chorobę Leśniowskiego-Crohna. Towarzystwo J-elita, Warszawa, 2006, 7-63.
19. Chojnacki J., Wichan P.: Tło patogenetyczne i zasady leczenia zachowawczego nieswoistych zapaleń jelit. Pediatria Współczesna. Gastroenterologia, Hepatologia i Żywienie Dziecka 2004, 6, 441-447.
20. Bartnik W.: Epidemiologia nieswoistych chorób zapalnych jelit [w:] Atlas kliniczno-patologiczny nieswoistych chorób zapalnych jelit, Wejman J., Bartnik W. (red.), Termedia, Poznań, 2011, 15-16.
21. Zagórowicz E., Bartnik W.: Obraz kliniczny wrzodziejącego zapalenia jelita grubego i choroby Leśniowskiego - Crohna [w:] Atlas kliniczno-patologiczny nieswoistych chorób zapalnych jelit, Wejman J., Bartnik W. (red.), Termedia, Poznań, 2011, 23-51.
22. Bartnik W., Zagórowicz E.: Leczenie zachowawcze [w:] Atlas kliniczno-patologiczny nieswoistych chorób zapalnych jelit, Wejman J., Bartnik W. (red.), Termedia, Poznań, 2011, 97-101.
23. Gutkowski K., Hartleb M.: Zastosowanie azatiopryny i 6-mekaptopuryny w leczeniu nieswoistych chorób zapalnych jelit. Przegl. Gastroenterol., 2009, 4, 225-230.
24. Dziurkowska - Marek A., Marek T.: Metotreksat w leczeniu nieswoistych chorób zapalnych jelit. Przegl. Gastroenterol., 2011, 6, 225-233.
25. Matthes H.: Niekonwencjonalne metody terapii: komplementarne i alternatywne procesy leczenia [w:] Przewlekłe nieswoiste choroby zapalne jelit, Małecka-Panas E., Słomka M. (red.), MedPharm, Wrocław, 2012, 199-210.
26. Baczewska-Mazurkiewicz D., Rydzewska G.: Problemy żywieniowe pacjentów z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit. Przegl. Gastroenterol., 2011, 6, 69-77.
27. Wojciechowski K., Perczyńska J.: Poradnik dla pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego. Media-Press, Warszawa, 2001.

Tokajuk Adrian, Kisiel Magdalena, Tokajuk Joanna, Dąbrowska Zofia, Cwalina Izabela, Dąbrowska Barbara

Zespół pieczenia jamy ustnej jako problem interdyscyplinarny - przegląd piśmiennictwa

Koło Naukowe przy Zakładzie Stomatologii Społecznej i Profilaktyki Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Wstęp

Proces starzenia w sposób wyraźny dotyczy również błony śluzowej jamy ustnej, gdzie dolegliwości są nie tylko odzwierciedleniem tego procesu, ale również innych czynników miejscowych i chorób ogólnych. Schorzenie dotyczy najczęściej kobiet w średnim i starszym wieku, zwykle w okresie około – i postmenopauzalnym, kiedy stwierdza się zmiany poziomu estrogenów i zaburzenia psychologiczne [1,4,8,9,10,11,12]. Zespół pieczenia jamy ustnej (BMS-*burning mouth syndrome*) jest przewlekłym stanem różnych „sensacji" i dyskomfortu w jamie ustnej bez uchwytnych zmian stwierdzanych na błonie śluzowej .

Rozwinięcie

BMS charakteryzuje się dwiema cechami klinicznymi

Pierwsza to triada objawów:

1. nieustępujący ból lub pieczenie błony śluzowej jamy ustnej
2. zaburzenia smaku
3. kserostomia.

Druga cecha to: brak uchwytnych zmian klinicznych na błonie śluzowej jamy ustnej w okolicy bolesnej [1,4,8]. Brak komfortu odczuwany jest najczęściej jako uczucie palenia jamy ustnej i/lub pieczenia , głównie języka, następnie warg, policzków, podniebienia, gardła, rzadziej dna jamy ustnej. Pieczeniu towarzyszą często inne dolegliwości miejscowe m.in. parestezje (mrowienie, drętwienie, kłucie, metaliczny posmak, odczucie obrzęku), dysgeusia - zaburzenia różnicowania i odczuwania smaku, wrażliwość na słone, kwaśne i gorzkie pokarmy; kserostomia - uczucie suchości błony śluzowej jamy ustnej. Dolegliwości zwykle są obustronne, nie nasilają się podczas spożywania pokarmów. W wywiadzie pacjenci podają pojawianie się na błonie śluzowej jamy ustnej pęcherzyków lub grudek (podniebienie, tylna ściana gardła, przedsionek jamy ustnej, język),uczucia ciała obcego w ustach(pasty ,piasku , włosów), których istnienia nie potwierdza badanie przedmiotowe [1-7]. W pozostałych przypadkach występuje oligosymptomatyczna postać BMS (ból i kserostomia lub ból i

niesmak) albo monosynaptyczna w której jest tylko ból. Scala i wsp. podają kryteria diagnostyczne główne i dodatkowe ,które muszą zaistnieć by móc rozpoznać BMS. Głównymi objawami są : charakterystyczny ból i pieczenie występujące obustronnie ,odczuwane głęboko pod błoną śluzową jamy ustnej ,trwające przynajmniej od 4-6 miesięcy codziennie lub prawie codziennie ,nie występujące podczas snu , nie nasilające a nawet zmniejszające się się podczas jedzenia i picia ale odczuwalne .Dodatkowo mogą wystąpić dysgeusia i/lub xerostomia ,parestezje zaburzenia osobowości i /lub częste wahania nastroju [1].

Ze względu na porę dnia w pojawianiu się dolegliwości, ich zmienności nasilenia wyróżnia się trzy typy kliniczne BMS tzw. podział wg Lameya i Lewisa [13]:

- Typ I BMS –dolegliwości nie występują po przebudzeniu ,nasilają się w miarę upływu dnia i wieczorem osiągają maksymalne natężenie [14,15]. Typ ten kojarzony jest z ogólnoustrojową przyczyną m.in. niedobory pokarmowe [11].
- TYP II BMS – dolegliwości są obecne zaraz po przebudzeniu i ich nasilenie jest stałe w ciągu dnia, często utrudniają zaśnięcie. U tych pacjentów stwierdzano częste wahania nastroju, zaburzenia psychiczne i trudności w spożywaniu pokarmów [14,16].
- Typ III BMS – przerwy w dolegliwościach, pieczenie o różnym stopniu nasilenia, obecne dni bez pieczenia. Występowanie typu III BMS związane jest najprawdopodobniej z reakcjami alergicznymi na konserwanty w pożywieniu i z zaburzeniami lękowymi [17,18, 19].

W piśmiennictwie anglojęzycznym występuje podział na BMS pierwotny i wtórny [1,18]:

- Wtórny BMS (*secondary burning mouth syndrome* –SBMS) - gdy stwierdza się obecność zaburzeń czucia ,smaku i jedną lub więcej czynników miejscowych i /lub ogólnych
- Pierwotny (idiopatyczny) typ BMS (*primary burning mouth syndrome* –PBMS) rozpoznaje się po wykluczeniu czynników etiologicznych (nie ma przyczyny pierwotnej) i stwierdza się uwarunkowania psychologiczne.

Scala i wsp. [1] podaje algorytm różnicowania obu typów BMS.

Wśród przyczyn BMS wyróżnia się ogólnoustrojowe, psychogenne, neuropatie i miejscowe.

Do przyczyn ogólnych należą: niedobory: witaminowe z grupy B (B1 ,B2 ,B 6 ,PP), czynników krwiotwórczych (B1, żelaza, kwasu foliowego, ferytyny), cynku; zaburzenia

hormonalne: menopauza, cukrzyca, nadczynność i niedoczynność tarczycy, sialozy hormonalne, zaburzenia czynności gonad; choroby układu pokarmowego: *Helicobacter pylori*, refluksowa żołądka, Crohna; zaburzenia dermatologiczne i neurologiczne, kserostomia, zaburzenia wydzielania śliny m.in. polekowe: hipotensyjne, moczopędne, przeciwhistaminowe, przeciwdepresyjne, po radioterapii ,chemioterapii; zmiany zanikowo – zwyrodnieniowe w wyniku procesu starzenia; nieswoiste zaburzenia immunologiczne, toksyczne oddziaływanie środowiska pracy (promienie jonizujące, związki nitrowe, suchy mikroklimat) [1,5,11,17,19-25].

Mendak i wsp. [31] odnotowała wśród swoich pacjentek choroby: przewodu pokarmowego: refluks(23 osoby), nadciśnienie (20) , tarczycy (9), osteoporozę (4), astmę oskrzelową (3) i niedobór żelaza (2). Cukrzyca szczególnie typu 2 to jedna z częstszych chorób metabolicznych dających objaw pieczenia. Spowodowane jest to polineuropatią cukrzycową i mikroangiopatią (ból neuropatyczny dotyczy głównie cienkich włókien obwodowych). Oprócz tego pacjenci ci są podatni na infekcje bakteryjne i grzybicze w jamie ustnej ,dlatego też leczenie powinno dotyczyć w tym wypadku choroby podstawowej [11,19,21]. Prawie wszyscy pacjenci z BMS chorują na jedną lub kilka schorzeń ogólnych, przewlekle zażywają leki , które w działaniach ubocznych mogą dawać objaw pieczenia [1,5,11,16,17,19-30].

Najczęściej dolegliwości wywołują leki obniżające ciśnienie takie jak: Captopril, Lisinopril, Enalapril. W takich przypadkach lekarz prowadzący powinien lek zmienić na inny. Udowodniono już związek z BMS przewlekle stosowanych leków doustnych: hipotensyjnych, przeciwhistaminowych, przeciwdepresyjnych, nasennych, antybiotyków, inhibitorów angiotensyny, moczopędnych, L -tyroksyny, stosowanych w nieżycie żołądka, w chemioterapii, radioterapii [1,2,15,22,29]. Wielce prawdopodobne jest, że powodują one uszkodzenia polekowe w postaci zaburzeń przewodnictwa nerwowego, wydzielania śliny dając kserostomię [11,14,29,31]. *Helicobacter Pylori* może również powodować spadek wydzielania śliny [23]. Wydzielanie śliny regulowane jest przez receptory w śliniankach, które są pobudzane przez autonomiczny układ nerwowy, na który mają wpływ m .in. hormony płciowe i aldosteron. Podczas menopauzy dochodzi do zaburzeń hormonalnych wpływających w znacznym stopniu na funkcje ślinianek [32]. Badacze krajowi i zagraniczni podają, że 18-66% pacjentów z BMS skarży się na suchość [2,14,15]. Zwykle odczucie to jest objawem subiektywnym a nie rzeczywistą oznaką dysfunkcji ślinianek [2], za wyjątkiem II typu BMS. Bergdahl i wsp. stwierdzili spadek wydzielania śliny u osób prowadzących stresujący tryb życia oraz ze zwiększonym poziomem lęku i depresją [33]. Wiek, płeć, stres i

lęk w dużym stopniu są czynnikami ryzyka zespołu pieczenia jamy ustnej. Areyeh i wsp. [32] wykazali że u kobiet w okresie menopauzy występuje zwiększona aktywność układu współczulnego, która objawia się stresem psychologicznym. Scala i wsp. podali związek zmian poziomu estrogenów zaburzeniami psychologicznymi [1]. W okresie menopauzy u kobiet dochodzi do ustania ochronnego działania estrogenów na ścianę naczyń krwionośnych, zmian zanikowych w błonie śluzowej układu płciowego i jamy ustnej, zaburzeń emocjonalnych jak drażliwość, depresja, niepokój [39]. Obecnie za ważne czynniki etiologiczne uważa się zaburzenia psychiczne : zaburzenia osobowości, depresyjne, obsesyjne, somatyzacyjne i lękowe (w tym także karcenofobię, hipochondrię), chwiejnośc emocjonalną, podwyższony poziom lęku [5,11,16,29,30]. Wysoki odsetek pacjentów cierpi na zaburzenia lękowo -depresyjne i jest to zgodne z licznymi obserwacjami innych autorów, gdzie odsetek ten waha się w granicach 44-71,6 %, a 2/3 pacjentów ma trudności w zasypianiu i częstym budzeniu się nocą [2,9,10,17,29,31,34,35]. Zwraca uwagę, że przykre doświadczenia życiowe (permanentny stres, rozwód, ciężka choroba, śmierć bliskiej osoby, kłopoty finansowe) wpływają na stan psychofizyczny, dlatego też w wywiadzie należy o nie pytać. Jednakże jednoznacznie nie stwierdzono czy są one somatyczną postacią np.: lęku, czy też czynnikiem wyzwalającym BMS. Chroniczny lęk w „nerwicy konwersyjnej" może być przekształcony w objawy fizyczne, które dotyczą organu najbardziej podatnego na chorobę [29,30]. Pacjenci mogą mieć wyraźne objawy karcenofobii, ich niepokój budzi język pofałdowany, geograficzny, żylaki lub uwydatnione brodawki języka, przemieszczone gruczoły łojowe, uwydatnione gruczoły śluzowe na podniebieniu. Coraz częściej mówi się o obwodowych zaburzeniach układu nerwowego wywołanych stresem, lękiem, klimakterium, płcią żeńską oraz o zaburzeniach sensorycznych wywołanych w centralnym i obwodowym układzie nerwowym, gdzie osłabiona jest pobudliwość nerwu trójdzielneg [6]. Stosowanie Klomazepanu miejscowo lub ogólnie potwierdza wyżej wymienione teorie. Jedną z możliwych przyczyn BMS mogą być mikrourazy zakończeń czuciowych nerwów obwodowych czego następstwem są występujące spontaniczne wyładowania bez stymulacji ich zakończeń. U osób z BMS obserwuje się zaburzenia w odbieraniu i analizowaniu informacji czuciowych na różnych poziomach ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego. Zaburzenia te dotyczą nadmiernej lub osłabionej pobudliwości nerwu trójdzielnego Ta ostatnia spowodowana jest uszkodzeniem lub neuropatią czuciową jego grubych włókien [6,7,29,36]. Zgodnie ze współczesną wiedzą za najważniejsze czynniki etiologiczne BMS uważa się zaburzenia psychiczne, neuropatię czuciową cienkich włókien nerwowych, dysfunkcję struny bębenkowej i układu nigrostrialnego podobną do

występującej w chorobach zwyrodnieniowych i przebiegającą z zaburzeniami czynności układu dopaminergicznego (np.choroba Parkinsona) [6,29,36]. Doniesienia podają, że niedobór hormonów tarczycy jest czynnikiem predysponującym do pieczenia jamy ustnej i zaburzeń smaku w BMS. Związek hormonów tarczycy i dysgeusji wynika z ich wpływu na dojrzewanie i specjalizowanie się kubków smakowych [25].

Femiano i wsp.[25] proponują włączenie do diagnostyki pacjentów z BMS badania poziomu hormonów tarczycy jako standardu. Zaburzenia smaku w ok. 70 % obserwuje się u tych pacjentek [1,11,14,16,26].

Grushka [14] podaje, że zaburzenia smaku pojawiają się już po 3 - 12 latach od menopauzy, a różnicowanie go może być skutkiem neuropatii czuciowej cienkich włókien nerwu trójdzielnego (pierwotna anksjopatia nerwu językowego). Podkreśla, że podczas aktu żucia dochodzi do stymulacji zakończeń czuciowych nerwów obwodowych co hamuje spontaniczne wyładowania na drodze przewodzenia bólu, dlatego pacjenci z BMS podają, że jedzenie i picie łagodzi uczucie pieczenia jamy ustnej.

Powyższe stwierdzenia dowodzą, że w diagnostyce BMS wskazane jest uwzględnienie badań neurologicznych, elektrofizjologicznych, obrazowych i histopatologicznych, konsultacji psychiatrycznych i psychologicznych [14,36]. Wycinek błony śluzowej języka umożliwi ocenę morfologii zmian we włóknach nerwu trójdzielnego w tym językowego [36].

Nie bez znaczenia są czynniki miejscowe, które mogą prowadzić do ujawnienia BMS. Wśród przyczyn miejscowych uwzględnia się: podrażnienia mechaniczne, alergię kontaktową i/lub pokarmową, parafunkcje i dysfunkcje, czynniki protetyczne, prądy elektrogalwaniczne, złą higienę jamy ustnej, język geograficzny, liszaj płaski, zakażenia grzybicze - *Candida*, bakteryjne - *Klebsiella* ,*Enterobacter*, wirusowe - *herpes simplex-HSV, zoster-VZV*. Infekcje wirusowe mogą prowadzić do neuropatii [1,3,17,19,26,27,28]. W badaniu klinicznym stwierdza się obecność uzupełnień protetycznych (najczęściej ruchome protezy akrylowe) w zdecydowanej większości są to uzupełnienia protetyczne nieprawidłowe: nadmiernie zużyte obniżające wysokość zwarcia, uszkodzone lub wykonane z różnoimiennych metali. W piśmiennictwie opisywane są objawy przypominające BMS wywołane alergią kontaktową na monomer metakrylanu metylu, chlorku kobaltu, siarczanu niklu, rtęci, alergią na konserwanty stosowane w przemyśle spożywczym m.in. aldehyd cynamonowy i kosmetycznym m.in. kwas sorbowy, glikol propylenowy czy kwas nikotynowy zawarty w niektórych pastach do zębów, kwas jarzębinowy, kasztany, orzechy ziemne [1,26,27,28,36].

Często pacjenci uczuleni na nikiel, nawet po jego usunięciu z jamy ustnej odczuwają dolegliwości, ponieważ spożywają duże jego ilości z pokarmem [27].

Jak wykazały badania Svenssona i wsp. [26] u pacjentów użytkujących protezy zębowe obecność czynnika psychologicznego prowadzi do parafunkcji polegających na przyciskaniu języka do protez lub zębów głównie siecznych. Wydaje się więc wielce prawdopodobne, że pieczenie koniuszka języka jest spowodowane wciskaniem go między zęby sieczne. Należy podkreślić, że u ludzi starych zwiększa się ruchomość i wielkość języka, co jest związane z koniecznością częściowego przejęcia funkcji zębów w akcie żucia [37]. W licznych badaniach kliniczno – epidemiologicznych zdecydowanie dominuje język (74,4%) jako miejsce najczęstsze uporczywych dolegliwości bólowych, co może wynikać z jego anomalii w postaci języka geograficznego(20,9%) lub pofałdowanego(16,3%) [2,38]. Następnie klinicznym umiejscowieniem dolegliwości są podniebienie (30,2%), dziąsło (23,2%), wargi (16,2%), błona śluzowa policzków (11,6%) ,cała jama ustna (4,6%) [2,3,31].

Algorytm postępowania w BMS podał Scala i wsp. [1], jednakowoż schematu leczenia, nie udało się opracować. Ważne jest zróżnicowanie BMS z innymi chorobami jamy ustnej przebiegającymi z bólem i pieczeniem m.in.: *stomatitis* o podłożu alergicznym, urazowym, infekcyjnym, alergicznym, neuralgie nerwu trójdzielnego, ból zębopochodny, nietypowy twarzy, pemfigoid, pęcherzyca . Następnie stomatolog powinien ustalić czy jest to pierwotny czy wtórny BMS. Terapia wtórnego zespołu pieczenia jamy ustnej polega na leczeniu choroby podstawowej (eliminacja czynnika sprawczego usuwa objawy). Najtrudniejsze postępowanie terapeutyczne dotyczy idiopatycznego BMS, gdzie jako leczenie objawowe ogólnie dotychczas stosowano jedynie leki antydepresyjne takie jak citalopran, paroksetyna, trazodon ; leki przeciwpadaczkowe- klonazepam ,topiramat i stosowane w chorobie Parkinsona –pramipeksol ; analgetyki –kapsaicyna, kwas alfa liponowy [14,24,29,30,36,40] Wysoką skutecznością wśród preparatów stosowanych miejscowo odznaczają się kapsaicyna w kremie, klonazepam do ssania, surkalfat (zawiesina) i chlorowodorek benzydaminy (płukanka) do płukania jamy ustnej [25,39]. Obwodowe zaburzenia układu nerwowego zależne są od gęstości błonowych receptorów GABA-A obecnych w błonie śluzowej jamy ustnej lub od ich reaktywności na które w znacznym stopniu wpływają inne czynniki ryzyka BMS jak : poziom stres lęk, płeć żeńska wiek i klimakterium. Klonazepam ułatwia przekaźnictwo GABA-ergiczne receptorów znajdujących się w błonie śluzowej jamy ustnej , miejscowo wykazuje natychmiastowe działanie terapeutyczne znieczulające , które trwa krótko 4-5 godzin.Nie działa w rejonach niedostępnych dla śliny z rozpuszczonym lekiem jak gardło i wargi. Klonazepam stosuje się

po 1mg (pół tabletki) do ssania przez 3 minuty trzy razy dziennie po jedzeniu tak aby był kontakt śliny z piekącym miejscem przez okres 2 tygodni do trzech miesięcy [29,36,39]. Niezależnie od postaci BMS stomatolog zleca pacjentom łagodną dietę bez kwaśnych i ostrych przypraw, poprawę higieny i pełną sanację jamy ustnej. Terapię wtórnego BMS powinien prowadzić lekarz specjalista leczący chorobę podstawową (hematolog, internista, kardiolog, diabetolog, endokrynolog, neurolog, psychiatra ,psycholog, geriatra, ginekolog, alergolog, gastrolog, onkolog, dermatolog, nefrolog, urolog lekarz rodzinny) w ścisłym kontakcie ze stomatologiem. Uważa się , że typ II BMS związany jest z zaburzeniami psychicznymi, kancerofobią i niedoczynnością tarczycy, zaś w I typie BMS ważną rolę odgrywają choroby układowe oraz użytkowanie uzupełnień protetycznych. W III typie BMS dominującą rolę odgrywają alergie [11,14,15,16,17,19,42,43]. Bardzo istotnym elementem w diagnostyce schorzenia jest przeprowadzony przez dentystę wywiad ogólnolekarski ze zwróceniem uwagi na występujące choroby ogólnoustrojowe, zażywane leki i opisywane przez chorych rodzaj i czas trwania dolegliwośći. W badaniu klinicznym należy ocenić stan błony śluzowej jamy ustnej jakość , rodzaj i nieprawidłowości uzupełnień protetycznych. Profil psychologiczny większości badanych pacjentów wymaga od lekarza delikatnego ich traktowania i cierpliwego podejścia, nawiązania pozytywnej więzi i poważne traktowanie odczuwanych przez nich objawów. Wskazane jest aby na początku terapii uświadomić pacjenta, że leczenie będzie długotrwałe , nie wszystkie objawy uda się usunąć a dolegliwości nie mają związku z chorobą nowotworową. Istotną informacją pacjentowi może być fakt, że u około połowy osób po 6-7 latach trwania choroby dochodzi do częściowej, spontanicznej remisji - objawy przechodzą ze stałych w intermitujące, co prawdopodobnie współistnieje z procesem adaptacyjnym [16,13]).

Zakończenie

Uważa się, że jama ustna jest zwierciadłem zdrowia organizmu. Potwierdzeniem tej tezy jest zespół pieczenia jamy ustnej o wieloczynnikowej i skomplikowanej etiopatogenezie, gdzie przyczyny miejscowe, ogólnoustrojowe i psychogenne dają przewlekłe dolegliwości w jamie ustnej. Podkreślano już wielokrotnie związek BMS z okresem klimakterium pacjentek [2,32].

Zespół pieczenia jamy ustnej stanowi poważny i trudny problem diagnostyczno - leczniczy wymagający interdyscyplinarnego postępowania na każdym jego etapie. Wskazana współpraca z geriatrą znającym specyfikę ludzi starych.

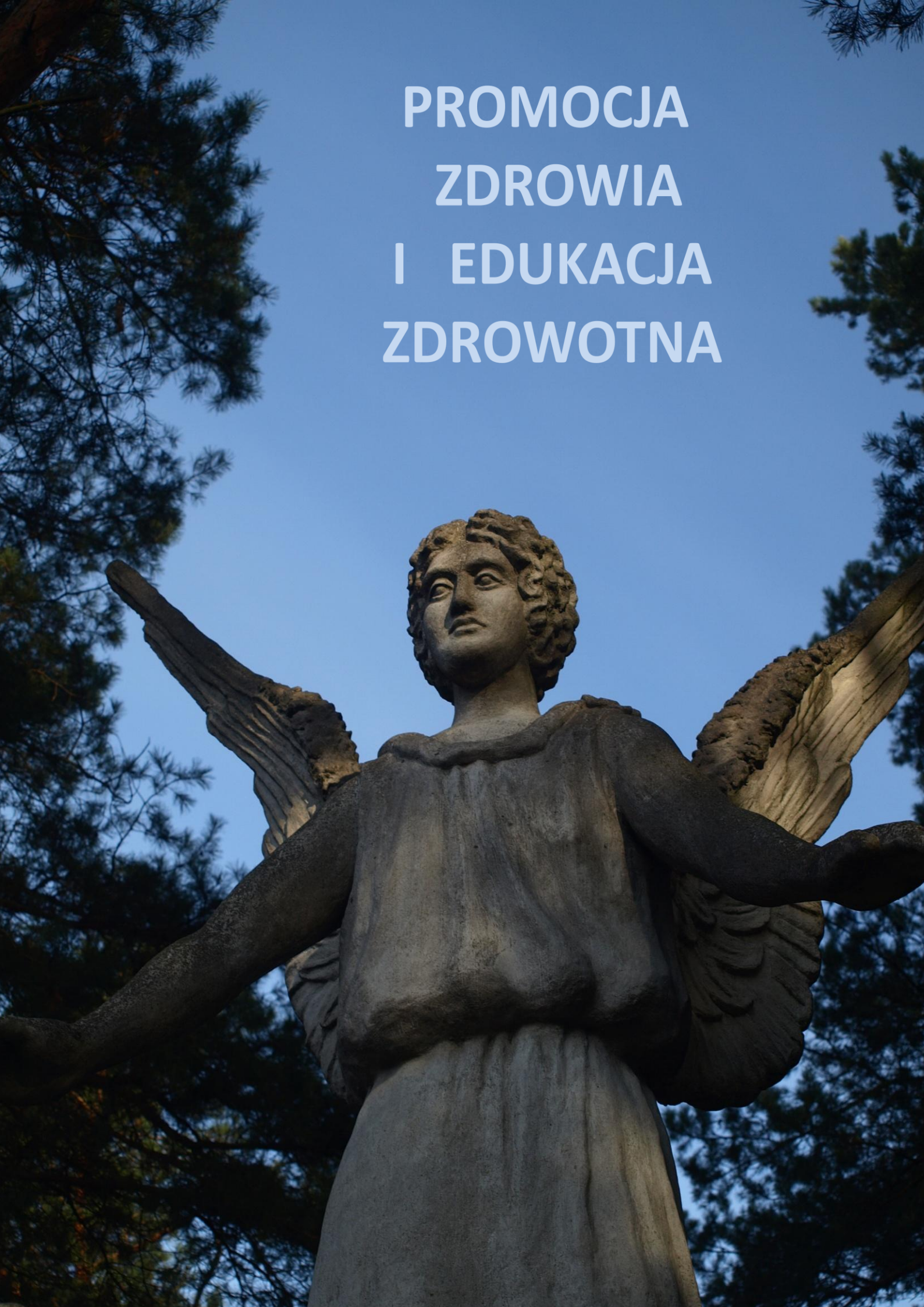
Piśmiennictwo

1. Scala A., Checchi L., Montevecchi M., Marini I.: Update on burning mouth syndrome: overview and patient management. Crit. Rev. Oral Biol. Med. 2003, 14, 275-291.
2. Bergdahl M., Bergdahl J.: Burning mouth syndrome: prevalence and associated factors. J. Oral Pathol. Med., 1999, 28, 350-354.
3. Perno M.: Burning mouth syndrome. J.. Dent. Hyg., 2001, 75, 245-252.
4. Miller L., Kurnatowska A,. Miller A,. Rabe-Jabłońska J.: Stomatodynia w świetle piśmiennictwa. Czas. Stom., 2003, 56, 30-35.
5. Huang W., Rothe M., Grant-Kels J.: The burning mouth syndrome. J. Am. Acad. Dermatol., 1996, 34, 91-98.
6. Forssell H., Jaaskelainen S., Tenovuo O., Hinkka S.,: Sensory dysfunction in burning mouth syndrome. Pain, 2002, 91, 41-42.
7. Ship J., Grushka M., Lipton J., , et. al.: Burning mouth syndrome: an update. J. Am. Dent. Assoc., 1995, 126, 842-853.
8. Radwan-Oczko M., Ziętek M.,: Zespół pieczenia jamy ustnej BMS – frekwencja , etiologia i objawy – na podstawie piśmiennictwa. Stomat. Współ., 2001, 8, 25-28.
9. Witt E., Palla S.: Mundbrennen. Schmerz., 2002, 5, 389-394.
10. Carlson C., Miller C., Reid K.,: Psychosocial profiles of patients with burning mouth syndrome. J. Orofac. Pain, 2000, 14, 59-64.
11. Lamey P. J., Lamb A. B.: Prospective study of etiological factors in burning mouth syndrome. Br. Med. J., 1988, 296, 1243-1246.
12. Thorstensson B., Hugoson A.: Prevalence of sore oral complaints and their relation to oral health variables in an adult Swedish population. Acta Odontol. Scand., 1996, 54, 257-262.
13. Lamey P.J., Lewis M.A.: Oral medicine in practice: burning mouth syndrome. Br. Dent., 1989, 167, 197-200.
14. Grushka M.,: Clinical features of burning mouth syndrome. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol., 1987, 63, 30-36.
15. Grinspan D., Blanco G., Allevato M., et al.: Burning mouth syndrome . Intern. J. Dermat., 1995, 34, 483-487.
16. Eli I., Kleinhautz M., Baht R., Littner M.: Antecedents of burning mouth syndrome (glossodynia) –recent life events vs. psychopathologic aspects. J. Dent. Res., 1994, 73, 567-572.

17. Lamey P.J., Lamb A.B., Hughes A., Milligan K.A., Forsyth A.,: Type 3 burning mouth syndrome: psychological and allergic aspects. J. Oral Pathol. Med., 1994, 23, 216-219.
18. Danhauser S., Miller C., Rhodus N., Carlson C.; Impact of criteria –based diagnosis of burning mouth syndrome on treatment outcome. J. Orofac. Pain, 2002, 16, 305-311.
19. Tourne L.P., Fricton J.R.: Burning mouth syndrome. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol., 1992, 74, 158-167.
20. Lamey P.J., Hammond A., Mcintosh W.B., et al.: Vitamin status of patients with burning mouth syndrome and the response to replacement therapy. Br. Dent. J., 1986, 160, 81-83.
21. Carrington J., Getter L., Brown R.S.: Diabetic neuropathy masquerading as glossodynia. J. Am. Dent. Assoc., 2001, 132, 1549-1551.
22. Garcia-Bravatti M.: Burning mouth syndrome. Am J. Gastroenterol., 1996, 91, 1281-1282.
23. Gall-Troselj K.,Mravak-Stipetic M., Jurak I., et al: Helictobacter pylori colonization of tongue mucosa- Increased incidence in atrophic glossitis and burning mouth syndrome (BMS). J. Oral Pathol. Med., 2001, 30, 560-563.
24. Frutos R., Rodriguez S., Miralles-Jorda L., et al.: Oral manifestations and dental treatment in menopause. Med. Oral, 2002, 7, 26-35.
25. Femiano F., Lanzo A.,Buonaiuto C., et al.: Burning mouth syndrome and burning mouth in hypothyroidism: proposal for diagnostics and therapeutic protocol. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol., 2008, 105, 22-27.
26. Svensson A., Kaaber S.: General health factors and denture function in patients with burning mouth syndrome and matched control subjects. J. Oral Rehab., 1995, 22, 887-895.
27. Skoglund A., Torbjorn E.: Hypersensitivity reactions to dental materials in patients with lichenoid oral mucosal lesions and in patients with burning mouth syndrome. Scan. J. Dent. Res., 1991, 99, 320-328.
28. Ali A., Reynolds A., Walker D.: The burning mouth sensation related to the wearing of acrylic dentures : an investigation. Br. Dent. J., 1986, 161, 444-447.
29. Grushka M., Sessle B., Miller R.: Pain and personality profiles in burning mouth syndrome. Pain, 1987, 28, 155-167.
30. Miller A., Miller I., Kurnatowska A., et al.: Zaburzenia psychiczne u osób z zespołem piekących ust: badania własne. Postępy Psych. Neurol. 12, 425-433, 2003.

31. Mendak M., Konopka T., Bogucki A., et al .: Uwarunkowania psychologiczne i kliniczne zespołu pieczenia jamy ustnej. Dent. Med. Probl., 2005, 42, 594-603.
32. Aryeh H., Gottlieb I., Ish-Shalom S., et al.: Oral complaints related to menopause. J. Climacter. Postmenopause, 1996, 24, 185-189.
33. Bergdahl M., Bergdahl J.: Low instimulated salivary flow and subjective oral dryness association with medication , anxiety, depression and stress. J. Dent. Res., 2000, 79, 1652-1658.
34. Rojo L., Silvestre J., Bagan J., et al.: Psychiatric morbidity in burning mouth syndrome. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol., 1993, 75, 308-311.
35. Van Der Ploeg H.M., Van Der Wal N., Eijkman M., et al.: Psychological aspects of patients with burning mouth syndrome . Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol., 1987, 63, 664-668.
36. Budrewicz S., Koziorkowska-Gawron E., Koszewicz M.: Etiopatogeneza, diagnostyka i leczenie zespołu pieczenia jamy ustnej w ujęciu neurologicznym. Dent. Med. Probl., 2006, 43, 109-113.
37. Knychalska –Karwan Z.: Gerostomatologia Wydanie I, Kraków, 1992 .
38. Lamb A.B., Lamey P.J., Reeve P.E.: Burning mouth syndrome psychological aspects. Br. Dent. J., 1988, 256, 256-260.
39. Petkowicz B., Piotrkowicz J., Szeszko Ł. i wsp.: Wybrane aspekty zmian chorobowych jamy ustnej kobiet w wieku menopauzalnym. Przegl. Menopauzal., 2013, 4, 252-357.
40. Mendak-Ziółko M., Radwan-Oczko M.: Zastosowanie miejscowe klonazepamu w leczeniu zespołu pieczenia jamy ustnej(BMS)-doniesienie wstępne. J. Stoma, 2012, 65, 170-183.
41. Serra M., Llorca C., Donat C.: Pharmacological treatment of burning mouth syndrome : a review and update. Med. Oral. Patol. Oral Cir .Bucal., 2007, 12, 299-304.
42. Lary Charleston IV: Burning Mouth Syndrome: A Review of Recent Literature, Curr. Pain. Headache Rep., 2013, 17, 336-344.
43. Gurvits G.E., AmyTan: Burning mouth syndrome. World J. Gastroenterol., 2013, 7, 19, 665-672.

PROMOCJA ZDROWIA I EDUKACJA ZDROWOTNA



Barańska Agnieszka[1,2], Firlej Ewelina[1,2], Dziedzic Małgorzata[1,2], Zabłocka Kamila[1,2], Mińko Maciej[1,2]

Promocja zdrowia w koncepcji nowego zdrowia publicznego

1. Uniwersytet Medyczny w Lublinie
2. Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

Wstęp

,,Skuteczność polityk powinna być mierzona jej wpływem na zdrowie",

(Zdrowie 21, Światowa Organizacja Zdrowia)

Zdrowie jest powszechnym dążeniem społecznym i najważniejszą wśród deklarowanych i praktykowanych wartości społecznych. Wymieniane jest najczęściej jako najbardziej cenione i z reguły plasuje się na pierwszym miejscu w hierarchii ważności. Punktem wyjścia dla promocji zdrowia jest zdrowie a jej cel stanowi pomnażanie jego rezerw i potencjału. Postęp medycyny ma mniejszy wpływ na przeciętną długość życia i zdrowie, niż czynniki środowiskowe, a przede wszystkim styl życia i zachowania zdrowotne. Mimo to, to właśnie na leczeniu a nie na profilaktyce koncentrują się działania instytucji składających się na system opieki zdrowotnej. Dlatego właśnie problematyka promocji zdrowia i obszarów jej działalności na rzecz zdrowia: profilaktyki, edukacji zdrowotnej i polityki zdrowotnej jest zagadnieniem niezwykle ważnym. Z koncepcji ,,nowego zdrowia publicznego" wynika, że do obszarów działalności na rzecz zdrowia wchodzących w zakres promocji zdrowia należą: profilaktyka zdrowotna (chorób), edukacja zdrowotna i polityka zdrowotna. Tworzenie i realizacja programów profilaktycznych w makroregionie lubelskim odnieść można do każdego z obszarów. Właściwie pojmowana i realizowana promocja zdrowia jest zawsze interwencją w system społeczny. Polityka zdrowotna, aby doprowadzić do oczekiwanych wyników zdrowotnych musi obejmować najbardziej istotne z punktu widzenia promocji zdrowia – uwarunkowania zdrowia, które zawarte są w większości sektorów społeczno- gospodarczych. Dołączając pozostałe składowe promocji zdrowia tj. edukację zdrowotną i profilaktykę, utworzyć można szansę pełnej realizacji celów i zadań tej dziedziny aktywności na rzecz zdrowia co pozwoli na zwiększenie kontroli i poprawę stanu zdrowia społeczeństwa, kształtowanie potrzeb w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych i zwiększanie potencjału zdrowia w społeczeństwie.

Geneza i rozwój promocji zdrowia.

W roku 1920 C. E. A. Winslow, profesor zdrowia publicznego na Uniwersytecie Yale w New Haven sformułował następującą definicję dziedziny, którą się zajmował: *„Zdrowie publiczne jest nauką i sztuką zapobiegania chorobom, przedłużania życia i promocji zdrowia przez zorganizowane wysiłki społeczeństwa wyrażające się w działaniach na rzecz higieny środowiska, zwalczania chorób zakaźnych, nauczania zasad higieny indywidualnej, organizację służb medycznych i pielęgniarskich ukierunkowanych na wczesne rozpoznawanie chorób i skuteczne zapobieganie ich rozwojowi, oraz utrwalanie mechanizmów społecznych zapewniających każdemu poziom bytowania umożliwiający utrzymanie zdrowia i długotrwałe życie"*[1].

Definicja Winslow'a podsumowuje podstawowe cele zdrowia publicznego, podkreśla również wpływ mechanizmów społecznych na kształtowanie się sytuacji zdrowotnej społeczeństwa. Fundamentalne znaczenie dla powstania i ewolucji pojęcia Zdrowia Publicznego miała koncepcja obszarów zdrowia autorstwa Marca Lalonde'a - Ministra Zdrowia Kanady opublikowana w roku 1974 w raporcie „*New Perspectives on the Health of Canadians"* [2]. Raport ten zainicjował nową erę postrzegania zdrowia publicznego proponując szersze rozumienie zdrowia jako stanu, który nie może być osiągalny dla większości populacji tylko przez koncentrację funduszy dla poszerzania infrastruktury i świadczeń medycyny naprawczej. Punktem wyjścia dla koncepcji obszarów zdrowia Marca Lalonde'a była następująca definicja zdrowia*: „Zdrowie jest wynikiem działania czynników związanych z dziedziczeniem genetycznym, środowiskiem, stylem życia i opieką medyczną. Promocja zdrowego stylu życia może wpłynąć na poprawę stanu zdrowia i ograniczyć zapotrzebowanie na opiekę medyczną"* [3].

Lalonde wyróżnił grupy czynników mających wpływ na stan zdrowia ludności, czyli obszary zdrowia: obszar biologii i genetyki, zachowań i stylu życia, środowiskowy(czynniki ekonomiczne, społeczne, kulturowe i fizyczne) oraz obszar organizacji systemu ochrony zdrowia [2]. Koncepcja Lalonde'a podsumowująca wcześniejsze poglądy wielu polityków i badaczy powstała jako idea specyficzna dla polityki zdrowotnej. Lalonde traktował ją jako narzędzie służące analizie problemów zdrowotnych i określaniu potrzeb zdrowotnych oraz sposobom ich zaspokajania [1].

Wielokrotnie pojawiały się myśli konkurencyjne do koncepcji Lalonde'a, podkreślające rolę nieco odmiennych czynników [4]. Francuscy teoretycy zdrowia publicznego za czynniki warunkujące zdrowie populacji uznawali:

- środowisko naturalne
- czynniki demograficzne
- czynniki społeczno- ekonomiczne
- czynniki psychologiczno- kulturowe
- czynniki polityczno- administracyjne [4].

Koncepcja zaproponowana przez Bank Światowy uzależnia zdrowie społeczeństw od ich stanu zamożności oraz wykształcenia [4,5].

Kolejne wydarzenia z zakresu polityki zdrowotnej, które przyczyniły się do kształtowania pojęcia zdrowia publicznego i promocji zdrowia to:

- sformułowana przez Światową Organizację Zdrowia w latach 1977 – 1979 strategia *„Zdrowie dla wszystkich do roku 2000”*, u podstaw której zawarta została koncepcja zdrowia jako zasobu, bogactwa, którego posiadanie gwarantuje rozwój społeczny i ekonomiczny. Tylko zdrowe społeczeństwo może tworzyć dobra materialne, kulturowe, rozwijać się, osiągać odpowiednią jakość życia.
- Promocja zdrowia według Karty Ottawskiej będąca wynikiem Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia w 1986 roku obejmuje pięć obszarów działań:
- budowanie zdrowotnej polityki publicznej,
- tworzenie środowiska życia i pracy sprzyjającego zdrowiu,
- zachęcanie społeczeństwa do działań na rzecz zdrowia,
- rozwijanie indywidualnych umiejętności służących zdrowiu,
- reorientację ochrony zdrowia.

Karta Ottawska to dokument aktualny, określanie tylko warunki uzyskiwania zdrowia, do których zalicza się pokój, schronienie, wykształcenie, żywność, dochody, stabilny ekosystem, zrównoważone zasoby, sprawiedliwość społeczną i równość ale także przedstawia strategie umożliwiające osiągnięcie odpowiednich rozwiązań [6]. Reorientacja świadczeń zdrowotnych stanowi trudny problem psychologiczno- społeczny. Niełatwo jest zmienić ustalone od lat zasady, przyjęte i utrwalone wśród niektórych pracowników ochrony zdrowia jak i wśród społeczeństwa korzystającego ze świadczeń [1].

Wprowadzone wraz pojawieniem się Karty Ottawskiej nowe poglądy otworzyły inną perspektywę na zdrowie, na chorobę oraz funkcjonowanie opieki zdrowotnej. W nowym podejściu patrzy się na *„cały system i warunki z całym zbiorem przyczyn i efektów w kontekście rzeczywistego*

życia" [6].

Istotne jest także zdefiniowanie przez WHO w latach dziewięćdziesiątych XX wieku tzw. podstawowych funkcji zdrowia publicznego - uważano, że funkcje powinny zostać utrzymane w programach rządowych jako działania na rzecz zdrowia ludności, za którego finansowanie i zapewnienie niezbędnych sił i środków odpowiada państwo [8] oraz opracowanie strategii „Zdrowie dla wszystkich w 21 wieku", przeprowadzono metodą delficką badanie, które objęło 145 ekspertów i menadżerów zdrowia publicznego z 67 krajów i którego celem było opracowanie listy podstawowych działań w tym zakresie.

Lista działań, powstała na podstawie wyników badania zawiera m.in.: zapobieganie, aktywne monitorowanie i zwalczanie chorób zakaźnych oraz ważnych społecznie chorób niezakaźnych; Monitorowanie sytuacji zdrowotnej (zbieranie i wykorzystywanie podstawowych informacji o stanie zdrowia ludności); promocja zdrowia i edukacja zdrowotna; medycyna pracy; Ochrona środowiska; legislacja dotycząca obszaru zdrowia publicznego; zarządzanie zdrowiem publicznym i badania naukowe w zakresie zdrowia publicznego; funkcjonowanie niezbędnych służb zdrowia publicznego; opieka zdrowotna dla grup wysokiego ryzyka i osób specjalnej troski [8].

Promocję zdrowia określić można jako sztukę interwencji w systemy społeczne i naprowadzenia ich w kierunku zdrowych środowisk [9]. Promocja zdrowia jest procesem umożliwiającym społeczeństwu zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem oraz jego poprawę. Zdrowie określa się jako stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności [10]. Zdrowie to także zdolność do pełnienia ról społecznych, adaptacja do zmian środowiska i umiejętność radzenia sobie ze zmianami. Światowa Organizacja Zdrowia w 2000 roku określiła zdrowie jako *wartość pozwalającą realizować swoje aspiracje, zmieniać środowisko i radzić sobie z nim; bogactwo jednostkowe i społeczne umożliwiające rozwój społeczny i ekonomiczny, a także jako środek do osiągnięcia lepszej jakości życia* (sprawne funkcjonowanie do późnej starości, większą wydajność pracy, lepsze zarobki itp.) [11]. W takim kontekście promocję zdrowia można zdefiniować jako szereg działań umożliwiający społeczeństwu: zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem, poprawę stanu zdrowia, kształtowanie potrzeb w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych i zwiększanie potencjału zdrowia w społeczeństwie [9].

W wielu dokumentach promocji zdrowia znaleźć można propozycje rozwiązywania

problemów zdrowotnych poprzez: tzw. podejście siedliskowe, od ludzi do problemu zamiast „od problemu do ludzi oraz zmodyfikowane uczestnictwo społeczności [2]. Siedlisko rozumiane jest, jako miejsce, w którym ludzie spędzają swoje życie. W każdej populacji jest wiele siedlisk. Każde z nich ma określone normy i prawa, są ze sobą również powiązane, każde z nich ma swoje problemy, które ostatecznie wpływają na samopoczucie i zdrowie żyjących w nich osób. Proces promowania zdrowia rozpoczyna się od identyfikacji tych właśnie problemów. W podejściu siedliskowych chodzi o to, aby działania na rzecz promocji zdrowia podejmowane w jednym siedlisku były wspierane w innych [2].

Tab. 1. Charakterystyka podejść do promocji zdrowia

Kryterium różnicujące	**Rodzaj podejścia**		
	Biomedyczne (tradycyjne)	**Behawioralne**	**społeczno-środowiskowe (strukturalne)**
Percepcja zdrowia	Brak choroby i/lub Kalectwa	Dobrostan, zasób, Zdolność funkcjonowania styl życia	Relacje z bliskimi, społecznością, radzenie sobie, posiadanie kontroli
Problematyka działań	Choroby, czynniki ryzyka, fizjologiczne odstępstwo od normy (Ch.U.K., nadciśnienie)	Ryzyko behawioralne (np. palenie, złe zwyczaje żywieniowe, poddanie się stresowi)	Ryzyko psychospołeczne wynikające z warunków społecznych, środowiskowych
Strategie działania	Chirurgia, screening, farmakoterapia, opieka zdrowotna, zmiana zachowań indukowana przez specjalistów, edukacja pacjenta	Edukacja zdrowotna, marketing społeczny, orędownictwo na rzecz polityk wspierających	Rozwój małych grup, Rozwój społeczności, budowanie koalicji, akcja polityczna, orędownictwo, zmiana społeczna
Adresat/ Obiekt	Jednostki obciążone chorobą lub wysokim ryzykiem	Grupy przejawiające zachowania ryzykowne albo podatne na nie, dzieci, młodzież	Społeczności, społeczeństwo, warunki społeczne wysokiego ryzyka
Charakter działania	Zindywidualizowany	Zindywidualizowany, elementy społeczne	Strukturalny, ukierunkowany na organizację i rozwój społeczności, sektorowe polityki prozdrowotne
Twórcy działań	Lekarze, pielęgniarki, specjaliści ds. zdrowia	Pracownicy zdrowia publicznego, grupy rzeczników (np. towarzystwa naukowe)	Obywatele, organizacje społeczne, ruchy polityczne, partie polityczne

Źródło: Raphael D. Introduction to health studies. Health promotion [on-line]. Supercourse – Epidemiology, the Internet and Global Health. [dostęp: 04.06.2013]. http://www.cmkp.edu.pl

Koncepcja promocji zdrowia rozwija się ponad 30 lat. Katalizatorem rozwoju stał się postęp, jaki dokonał się w niektórych obszarach medycyny takich jak biochemia, chirurgia,

farmacja czy radiologia. Medycy i specjaliści ds. zdrowia publicznego oraz społeczeństwo musiało się zmierzyć z nowym zjawiskiem. Na pierwsze miejsce wśród przyczyn zgonów zaczęły się wysuwać choroby przewlekłe, choroby układu krążenia i nowotwory, zastępując w tym zakresie choroby zakaźne [12, 54]. Zmieniająca się sytuacja zdrowotna społeczeństwa mająca swe odzwierciedlenie w zmieniających się drastycznie na przestrzeni czasu wskaźnikach epidemiologicznych wymusiła wypracowanie nowych rozwiązań, odmiennych od strategii, które dotychczas stosowano. Badacze dostrzegli, że zdrowie jest funkcją wielu zmiennych o zróżnicowanej genezie, często pozabiologicznej [12]. Ważna w tym zakresie koncepcja pól zdrowia zaprezentowana w kanadyjskim raporcie Lalonde'a stała się przykładem nowego sposobu interpretowania zdrowia.

Tadeusz Szewczyk definiuje promocję zdrowia jako *„kodyfikację zasad działania ludzi na poziomie lokalnym, ukierunkowaną na tworzenie warunków mających wpływ na zdrowie. Określa się ją też jako społeczną debatę o definiowaniu problemów społeczności globalnej, a zarazem proces decyzyjny i wykonawczy w stosunku do wszelkich warunków mających wpływ na zdrowie. Jako istotę promocji zdrowia akcentuje się również działania mające determinujący wpływ na relacje między zdrowiem a szerokim spektrum zachowań jednostkowych i społecznych oraz warunkami życia"* [13].

Promocję zdrowia można zdefiniować też jako systemowo skoordynowany zespół działań praktycznych obliczonych na utrzymanie, umocnienie i rozwijanie potencjału zdrowotnego jednostki i społeczeństwa [11].

Punktem wyjścia dla promocji zdrowia jak pisze Z. Słońska jest zdrowie a jej cel stanowi pomnażanie jego rezerw i potencjału. Autorka wiąże promocję zdrowia z jakością życia oddając odpowiedzialność za jej realizację wszystkim ludziom tworzącym życie społeczne. Potrzeba zatem nowych umiejętności, aby można było ten cel osiągnąć, są nimi np.: zdolność komunikowania się z ludźmi bez narzucania im własnych poglądów czy umiejętność demokratycznego kierowania pracą grup ludzi (nie w sposób autorytarny i dyrektywny) [14].

Z koncepcji „nowego zdrowia publicznego" wynika, że do obszarów działalności na rzecz zdrowia wchodzących w zakres promocji zdrowia należą:

- profilaktyka zdrowotna (chorób),
- edukacja zdrowotna,
- polityka zdrowotna.

Profilaktyka zdrowotna

Profilaktyka zdrowotna według Światowej Organizacji Zdrowia stanowi jeden z trzech działów nauk medycznych [15]. Współczesna medycyna przesuwa swoje działania z form głównie leczniczych na działania profilaktyczne, co jest efektem postępu naukowo-technicznego oraz zwróceniem szczególnej uwagi na efektywność działań. Profilaktyka to działania zapobiegawcze, głównie medyczne, skierowane przeciwko chorobom [16]. Profilaktyka jest szeregiem działań mających na celu zapobieganie chorobie bądź innemu niekorzystnemu zjawisku zdrowotnemu przed jej rozwinięciem, poprzez kontrolowanie przyczyn i czynników ryzyka. Polega ona na zapobieganiu poważniejszym konsekwencjom choroby poprzez jej wczesne wykrycie i leczenie [17].

Celem profilaktyki jest podjęcie szybkich i skutecznych działań przywracających zdrowie, ma ona również na celu zahamowanie postępu lub powikłań już istniejącej choroby. Dzięki temu prowadzi do ograniczenia niesprawności i inwalidztwa. Istotnym elementem profilaktyki jest także zapobieganie powstawaniu niekorzystnych wzorów zachowań społecznych, które przyczyniają się do podwyższania ryzyka choroby. Za istotne w promocji zdrowia uznaje się podnoszenie poziomu świadomości zdrowotnej, a także uzyskiwanie wiedzy na temat czynników, które oddziałują na zdrowie. Działaniami z zakresu promocji zdrowia powinni być objęci wszyscy członkowie danej społeczności, a nie tylko osoby zaliczane do grup ryzyka [18].

Działania profilaktyczne według Kleczowskiego mogą być różnorodne, ale są stosowane również w momencie zaistnienia choroby, aby zapobiec jej rozwojowi lub niepomyślnym skutkom, wynikającym z choroby. Przyjęty według autora podział- wskazuje na pewną schematyczność działań współczesnej medycyny i określa jej zapobiegawczo- leczniczy charakter [14].

W warunkach życia codziennego czynności zapobiegawcze dotyczące jednostek, populacji i środowiska przenikają się nawzajem i są ze sobą ściśle powiązane. Zależnie od stopnia zagrożenia, według Światowej Organizacji Zdrowia, wyróżniamy trzy fazy profilaktyki [5].

Pierwsza faza profilaktyki to profilaktyka wczesna, która ma na celu utrwalenie prawidłowych wzorców zdrowego stylu życia i zapobieganie szerzeniu się niekorzystnych wzorców zachowań, w odniesieniu do osób zdrowych[24]. Stan pełnego zdrowia wyznacza tzw. zapobieganie nieswoiste a stan zagrożenia chorobą zapobieganie swoiste. Działania nieswoiste dotyczą osób zupełnie zdrowych, a dotyczą stworzenia właściwych warunków życia, nauki,

pracy, właściwego odżywiania, odpoczynku, aktywności fizycznej, nauki właściwej reakcji na stres. Strategie zapobiegania zagrożeniom zdrowotnym powinny być ukierunkowane na higienę osobistą, higienę środowiska i zmianę zachowań [19]. Działania nieswoiste obejmują kształtowanie postaw prozdrowotnych, edukację zdrowotną i wychowanie zdrowotne. Metody swoiste dotyczą osób zagrożonych konkretną chorobą, polegają na niszczeniu źródeł i przenosicieli zakażenia lub uodpornieniu swoistym ustroju. Działania tego typu mają wielkie znaczenie ponieważ są najbardziej skuteczne i ekonomiczne [20]. Przykładem swoistych działań profilaktycznych są: szczepienia ochronne, zapobieganie zanieczyszczeniom środowiska, nadzór epidemiczny nad produkcją żywości i jej dystrybucją i wiele innych działań, które można nazwać zapobiegawczo- kontrolnymi [14].

Profilaktyka pierwszej fazy obejmuje całokształt postępowania higienicznego i przeciwepidemicznego. Postępowanie takie zmierza do zapewnienia warunków, które umożliwiają wytwarzanie i gromadzenie maksymalnego zasobu energii biologicznej ustroju. Cel stanowi również obniżenie częstości zachorowań przez zmniejszenie ryzyka powstawania choroby [16,21]. Profilaktyka pierwszego stopnia to oddalanie niebezpieczeństwa wystąpienia choroby lub dolegliwości, na przykład przez szczepienie w celu uchronienia dzieci przed wieloma chorobami, takimi jak: świnka, gruźlica, odra, tężec, różyczka. Pierwotna edukacja zdrowotna obejmuje również doradztwo genetyczne dla małżeństw u których potomstwa występuje ryzyko wystąpienia chorób genetycznych. W dziedzinie zdrowia psychicznego osoby uważane za podatne mogą oczekiwać na wsparcie odpowiednich regionalnych grup pomocy [22].

Przykładem działań profilaktyki pierwszego stopnia mogą być również:

- kontrola wagi ciała,
- edukacja w zakresie prawidłowych zachowań żywieniowych,
- edukacja związana ze zbyt długim narażeniem na promieniowanie UV,
- ustawodawstwo w zakresie zapewnienia cienia poprzez sadzenie drzew w okolicy basenów,
- obniżanie dopuszczalnej prędkości podczas jazdy samochodem [6,23].

Druga faza profilaktyki zwana także profilaktyką wtórną ma zapobiegać konsekwencjom choroby poprzez jej wczesne wykrycie i leczenie. W tej fazie ważne jest wczesne wykrycie osób chorych w początkowym okresie choroby gdy dolegliwości jeszcze nie ma lub są tak słabo wyrażone, że pacjent nie zgłasza się do lekarza. W drugiej fazie dużego znaczenia nabiera poziom

kultury zdrowotnej społeczeństwa dla którego realizuje się opiekę medyczną. Im wyższy poziom kultury zdrowotnej tym szansena wczesne wykrycie schorzeń jest większy [24]. Zapobieganiu chorobom służy wczesne wykrywanie zagrożeń. Duże znaczenie we wspomnianym procesie ma lekarz Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Poprzez badania indywidualne, gdy pacjent zgłasza siępo poradę z różnych przyczyn i poddawany jest serii testów celowanych takich jak: pomiar ciśnienia tętniczego krwi, masy ciała czy lipid ogram [5]. Ważne w tej fazie profilaktyki są tzw. przesiewowe badania skriningowe mające na celu wykrycie osób chorych w jak najwcześniejszym okresie orazich szybkie i skuteczne leczenie, aby szkody zdrowotne i ekonomiczne dla samego chorego i dla całego społeczeństwa były jak najmniejsze [24]. W profilaktyce drugiego stopnia nacisk kładzie się na powstrzymywanie lub odwracanie rozwoju choroby lub dolegliwości. Działania obejmują zidentyfikowanie problemu u osób z grup ryzyka. Programy obserwacji, takie jak regularna ocena rozwoju dziecka lub badania w celu wykrycia raka jąder, raka piersi to przykłady profilaktyki drugiego stopnia. Promocja zdrowia na drugim etapie profilaktyki w przypadku chorób metabolicznych może dać doskonałe skutki – dieta narzucona od niemowlęcia dla dzieci chorych na fenuloketonurię może w przyszłości dać możliwość normalnego rozwoju [22]. Szczególnie ta faza ma znaczenie w chorobach najczęściej występujących w społeczności, dla której realizowana jest opieka zdrowotna. Badania skriningowe prowadzone są w odniesieniu do chorób stanowiących znaczny problem zdrowotny danej populacji, charakteryzujących się częstym występowaniem stadiów przedklinicznych, dość długim okresem między pierwszymi oznakami choroby a jej pełnym obrazem i możliwością wyleczenia. Prowadzenie szeroko zakrojonych działań profilaktycznych przynosi w krótszej lub dłuższej perspektywie czasowej wymierne korzyści dla społeczeństwa [5]. Korzyści tych działań to poprawa stanu zdrowia ludności, zmniejszenia ilości osób z powikłaniami chorób i niepełnosprawnością, zmniejszenia liczby zachorowań i zgonów, zwiększenia wykrywalności chorób we wczesnym stadium rozwoju, zwiększenia odsetka wyleczeń, krótszego leczenia, zmniejszenia absencji chorobowej, obniżenia kosztów leczenia, krótszych hospitalizacji, mniejszych strat finansowych (zasiłki chorobowe, straty produkcyjne) [17].

Profilaktyka III fazy zwana także metaprofilaktyką, której działania polegają na zapobieganiu i utrwalaniu niepomyślnych skutków choroby. Ta faza dotyczy osób, u których choroba już się rozwinęła i doprowadziła do ograniczenia funkcji ustroju na pewien czas lub do trwałej niepełnosprawności. Określana jest też jako zespół przedsięwzięć mających na celu

zmniejszenie liczby osób o przewlekłej niezdolności do pracy wśród ludności, drogą obniżania zaburzeń funkcjonalnych organizmu jako następstwa określonej choroby [25]. Zasadą profilaktyki trzeciego stopnia jest zapobieganie komplikacjom w momencie wystąpienia choroby, promowanie rehabilitacji i nie dopuszczenie do nawrotu choroby, aby doprowadzić do jak najlepszego stanu zdrowia [22]. Działania w tej fazie polegają na systematycznym leczeniu oraz zapobieganiu utrwalaniu się niepomyślnych skutków choroby i przywrócenia w jak najkrótszym czasie utraconych funkcji poprzez wczesną i właściwą rehabilitację. Rehabilitacja powinna być wielokierunkowa. Oprócz rehabilitacji medycznej powinna być równocześnie prowadzona rehabilitacja społeczna i zawodowa, aby pacjent mógł wrócić do życia rodzinnego, społecznego i zawodowego [25]. Rozwój podstawowych funkcji pielęgniarskich zarówno w szpitalu jak i w społeczności lokalnej będzie sprzyjał celom profilaktyki trzeciego stopnia. Na każdym etapie działań profilaktycznych znaczącą rolę odgrywa edukacja zdrowotna, która jest procesem, w trakcie którego ludzie uczą się dbać o zdrowie własne i innych osób [20]. Edukacja zdrowotna i doradztwo na omawianym etapie może pomóc pacjentom, ich opiekunom, krewnym oraz znajomym w przystosowaniu się do życia z osobą śmiertelnie chorą [22]. Opieka paliatywno-hospicyjna dąży do zachowania u pacjenta zdolności działania, maksymalizowania jakości życia i obejmuje:

- zapewnienie ciągłej opieki i wsparcia, kontrolę symptomów,
- rehabilitację, pomoc psychologiczną dla krewnych i opiekunów, zachęcanie do rozmów o lękach
- zapewnianie szczerych odpowiedzi na pytania i prośby o informację, np. w odniesieniu do sposobu leczenia [22].

Aby profilaktyka mogła być realizowana w pełni – muszą w jej realizacji brać udział wszyscy, którzy ją programują ale także ci, którzy ją odbierają czyli kształtujący i kształceni. Istotnym warunkiem, którego spełnienie może mieć duży wpływ na realizację zadań profilaktycznych – jest doskonalenie organizacji pracy w podstawowej opiece zdrowotnej i w całej ochronie zdrowia – czyli tworzenie jakości usług medycznych w zakresie profilaktyki [14].

Edukacja zdrowotna

Edukacja zdrowotna jest pojęciem, które zostało przeniesione z języka angielskiego (*healtheducation", ,,education for health")* i zastąpiło dotychczasowe pojęcia, takie jak oświata zdrowotna i wychowanie zdrowotne. Pojęcie edukacji zdrowotnej ulega rozwojowi. Uwzględnia

coraz szersze odniesienie przedmiotowe, zróżnicowane perspektywy ujmowania zasadniczych problemów, związanych ze zdrowiem a nawet odmienne punkty widzenia w obrębie tożsamych problemów zdrowotnych [26].

Jedną z definicji edukacji zdrowotnej trafnie i w pełni odzwierciedlającą podejście promocyjne sprecyzowała Charońska, której zdaniem jest to *„całokształt działań zmierzających do kształtowania zachowań zdrowotnych ludzi, by mogli prowadzić zdrowy styl życia i przyczyniać się do umacniania zdrowia oraz rozwijać kompetencje skutecznego wpływania na zdrowie własne i społeczności, w której żyją”* [27].

Według Smitha, edukacja zdrowotna to głównie wiedza ale także przekonania, zachowania oraz sposoby i style życia, które mają na celu utrzymanie zdrowia na określonym poziomie poprzez: zmianę sposobu myślenia o zdrowiu w sensie jego promowania oraz zwiększenie skuteczności oddziaływania i kontroli nad własnym zdrowiem [14]. Koncepcja edukacji zdrowotnej według Smitha jest oparta na szerokim rozumieniu zdrowia jako procesu nieustannego odtwarzania dobrego samopoczucia (dobrostanu) o wymiarze społecznym, psychicznym i fizycznym jako wieloaspektowego zjawiska interakcji pomiędzy ludźmi oraz ich społecznym i fizycznym środowiskiem w rozumieniu integracyjnym tj. równowagi między człowiekiem a otoczeniem. Bazą dla koncepcji edukacji zdrowotnej stał się model ekologiczny zdrowia, wykorzystujący filozofię holistyczną podejścia do zdrowia [14].

Poszukując oparcia współczesnej koncepcji edukacji zdrowotnej na wartościowej podstawie antropologicznej należy zwrócić się w kierunku pedagogiki personalistycznej. Szczególnie wskazany w holistycznej koncepcji zdrowia jest personalizm chrześcijański, który Maritain nazwał *„humanizmem integralnym”.* Według autora dostrzega i dowartościowuje on wszystkie istotne elementy (aspekty) ludzkiej osoby: ciało i ducha, życie biologiczne i umysłowo-duchowe, cechy indywidualne i nakierowane na życie społeczne, pragnienie poznania prawdy i potrzebę aktywności społecznej oraz dążeniowo - emocjonalne prawo do wolności i potrzebę odpowiedzialności, autonomię człowieka i jego związek z Bogiem [28].

Edukacja zdrowotna w ujęciu promocji zdrowia powinna być rozumiana jako działania świadome i dobrowolne, prowadzące do stworzenia sposobności uczenia się zachowań sprzyjających zdrowiu lub do modyfikowania dotychczasowych zachowań, które nie w pełni przyczyniały do wzmacniania dobrostanu jednostki lub grupy ludzi. Proces ten ma charakter twórczy i rozwojowy, a punktem wyjścia jest zdrowie – rozumiane pozytywnie [20]. .

Podstawowymi technikami w procesie zmian zachowań dotyczących zdrowia są:

- dostarczanie adekwatnych informacji,
- perswazja używana w celu motywowania,
- uczenie umiejętności praktycznych,
- interakcja ze środowiskiem w celu uzyskania wsparcia społecznego i tworzenia warunków dla zmiany [14].

Działalność edukacyjno- zdrowotna przestała być obecnie domeną systemu ochrony zdrowia i systemu edukacji zdrowotnej, a wraz z rozwojem koncepcji promocji zdrowia, realizowana jest również przez organizacje społeczne, jednostki organizacyjne o charakterze kulturalnym, politycznym i administracyjnym [6]. Zadania z zakresu edukacji zdrowotnej w polskim systemie ochrony zdrowia realizowane są przez Ministerstwo Edukacji Narodowej, Centra Zdrowia Publicznego, Wydziały Zdrowia jako jednostki wojewódzkie, Podmioty lecznicze, Stacje Sanitarno- Epidemiologiczne, Towarzystwa, konsorcja, organizacje,

Do celów bezpośrednich edukacji zdrowotnej możemy zaliczyć [29, 30]:

- kształtowanie pozytywnych postaw wobec zdrowia i zachowań zdrowotnych, między innymi poprzez:
- dostarczanie informacji o zasobach i źródłach zdrowia, sposobach ich tworzenia i korzystania z nich, o czynnikach ryzyka powstawania stanów patologicznych, o zachowaniu w chorobie, przeciwdziałaniu chorobie i jej skutkom.
- dostarczanie pozytywnych wzorów zachowań zdrowotnych i programów działania.
- ukazywanie wzorcowych relacji między jednostką a jej środowiskiem przyrodniczym, kulturowym i społecznym.
- pobudzanie,organizowanie jednostkowych/grupowych doświadczeń zdrowotnych.
- rozwój emocjonalny jednostki, integrujący program rozwoju umiejętności personalnych, interpersonalnych, ekstrapersonalnych i zdrowotnych.
- tworzenie i organizowanie innych zasobów zdrowia (środowisk wspierających).

Jakość działań edukacyjno-zdrowotnych może być oceniana na podstawie standardów zdrowotnych, jako pochodnych standardów kulturowych (np. standardu prozdrowotnego stylu życia), standardów zdrowia (np. rozwojowych, biochemicznych) oraz szczegółowych standardów edukacyjnych [20]. Miarę efektywności stanowić będzie różnica między diagnozą efektów a diagnozą stanu lub między prognozą określonego zjawiska a stanem osiągniętym w drodze

celowej interwencji [28]. W tym ujęciu edukacja zdrowotna jest inwestowaniem w rozwój człowieka poprzez oddziaływanie na świadomość, kształtowanie umiejętności dokonywania trafnych wyborów, rozbudzanie odpowiedzialności za podjęte decyzje zdrowotne. Z tego powodu stwierdzić można, iż nie jest tożsama z promocją zdrowia ale jest jej komplementarnym i nieodzownym elementem strukturalnym [20].

Tones klasyfikując modele edukacji zdrowotnej, posługuje się dwoma kryteriami, tj. podejściem do rozwiązywania problemów zdrowotnych i wyjaśnieniem podstaw teoretycznych podjętego działania. Podstawą modelu zapobiegawczego jest założenie, że przyswojona wiedza wpływa na kształtowanie i zmianę postaw, a te z kolei współwyznaczają zachowanie, dzięki któremu można uniknąć choroby lub świadomie ją kontrolować. Wnioskując z wiedzy psychologicznej zależność: wiedza – postawa- zachowanie nie jest prawidłowością bezwzględną. Relację na poziomie wiedza – postawa, mogą zaburzać czynniki wyodrębnione w procesie komunikowania się, związane z nadawcą, odbiorcą, rodzajem komunikatu itp. [31].

Edukacja zdrowotna jako istotny element promowania zdrowia wymaga:

- planowania działalności w oparciu o dokładną diagnozę indywidualną i społeczną (środowiskową);
- doboru rzetelnej informacji zdrowotnej, potwierdzonej w sposób naukowy,
- konstruowania instruktażu zdrowotnego poprzez dobór argumentów racjonalnych i emocjonalnych w rozsądnych/rozważnych proporcjach,
- odnoszenia przekazywanych treści (informacji zdrowotnych) do przyjętych standardów zdrowotnych oraz indywidualnych potrzeb i zainteresowań,
- dbania o zrozumiałość i atrakcyjność przekazu i śledzenia skuteczności oddziaływań,
- koncentrowania wysiłków na wzbogaceniu świadomości, wyzwalaniu aktywności i pomnażaniu doświadczeń świadczeniobiorców usług zdrowotnych,
- tworzenia optymalnych warunków do prowadzenia działalności w oparciu o założenia procesu kształcenia i wychowania [29,31,32].

Edukacja zdrowotna może być rozpatrywana jako istotny element wsparcia społecznego. Podobnie jak wsparcie, może być przejawiana w trzech podstawowych relacjach, tj. wobec grupy społecznej, instytucji lub jednostki, oprócz przekazu informacji zawiera komunikaty emocjonalne, wartościujące, zakłada wspomaganie rozwoju jednostki i łączenie przekazu informacji z konkretną ofertą świadczeń zdrowotnych [33].

Zgodnie z nową podstawą programową kształcenia ogólnego we wszystkich typach szkół edukacja zdrowotna jest obowiązkowa i odbywa się w ramach przedmiotu – wychowania fizycznego. Dodatkowe treści dotyczące zdrowia włączone są do wielu innych przedmiotów, z których najważniejsze to: przyroda, biologia, wychowanie do życia w rodzinie, edukacja dla bezpieczeństwa oraz język obcy nowożytny [34].

Edukacja zdrowotna obok profilaktyki i lokalnej polityki zdrowotnej stanowi istotny obszar działań na rzecz zdrowia, który do własnego rozwoju potrzebuje korzystania z osiągnięć nauk medycznych, o zdrowiu, humanistycznych, społecznych i przyrodniczych –a to czyni ją dziedziną interdyscyplinarną. Interdyscyplinarny charakter edukacji zdrowotnej jest konsekwencją holistycznego podejścia do człowieka, wspomagania jego rozwoju, do udzielania wsparcia w rozwiązywaniu problemów związanych ze zdrowiem, chorobą czy niepełnosprawnością [32]. Wśród wielu dylematów przed którymi stoi edukacja zdrowotna, aktualne nadal są te, które dotyczą: zakresu i granic indywidualnych i społecznych interwencji, przy względnym zachowania prawa jednostki do samostanowienia. Decyzje zdrowotne podejmowane na zasadach świadomego wyboru (a nie przymusu społecznego czy administracyjnego) wymagają przede wszystkim przewartościowań w sferze świadomości [32,35]. Podstawą w procesie projektowania edukacji zdrowotnej są zarówno wyniki badań empirycznych, reprezentacyjnych dla całej populacji, ale również dotyczące określonych grup społecznych, do których będą skierowane programy edukacyjno- zdrowotne [29,36].

Polityka zdrowotna

Polityka to celowa działalność dotycząca regulacji i kształtowania wzajemnych stosunków między różnymi grupami społecznymi, a w wymiarze międzynarodowym między państwami i narodami, której celem jest zdobycie lub zachowanie władzy państwowej. Polityka to także nauka o celowym oddziaływaniu na układ stosunków społecznych i przekształcaniu warunków życia ludności. Polityka, niezależnie od barwy ma dwa wymiary [37]:

- *Aspiracyjny* – formułowane są w nim wyznawane systemy wartości oraz proponowane do realizacji cele strategiczne;
- *Operacyjny* - formułowane są w nim możliwe do zastosowania w obecnej sytuacji społeczno- gospodarczej, z uwzględnieniem bieżących interesów politycznych, sposoby realizacji głoszonych celów i wartości.

Polityka zdrowotna jest ważnym elementem polityki społecznej (socjalnej) państwa

regulującej zatrudnienie, kształcenie, kulturę, strukturę dochodów i wydatków, zabezpieczenie społeczne (emerytury i renty). Poczucie bezpieczeństwa socjalnego i zdrowotnego stanowi, w każdym społeczeństwie, istotny czynnik decydujący o poziomie zaufania, lub jego braku, do władzy [37].

Zarówno w piśmiennictwie polskim, jak i światowym pojęcie polityki społecznej w kontekście polityki zdrowotnej wiąże się z celową i zorganizowaną działalnością państwa, jego organów i współpracujących instytucji na rzecz poprawy warunków życia obywateli czy pełniejszego zaspokojenia ich potrzeb w zakresie ochrony zdrowia. Rozpatrując definicję polityki zdrowotnej można wyodrębnić podstawowe elementy oddziałujące na zdrowie, a tym samym uiścić pewien zakres pojęcia polityka zdrowotna rozumianego jako wszelka aktywność państwa oraz innych podmiotów polityki społecznej w celu poprawienia stanu zdrowia ludności albo niedopuszczenie do jego pogorszenia [3]. Powyższe działania są formułowaniem lub realizacją polityki zdrowotnej, która opiera się na określaniu potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, obserwacji przekształceń demograficznych i epidemiologicznych oraz na monitorowaniu zagrożeń środowiskowych. Według Światowej Organizacji Zdrowia, polityka zdrowotna *"odnosi się do decyzji, planów i działań, które podejmowane są w celu osiągnięcia konkretnych celów opieki zdrowotnej w społeczeństwie. (...) Określa wizję przyszłości, która z kolei pomaga ustalić cele i punkty odniesienia w perspektywie krótko i średnioterminowej. To wyznacza priorytety oraz oczekiwane role poszczególnych grup. Buduje konsensus i informuje społeczeństwo"* [38].

W procesie tworzenia polityki zdrowotnej istnieją trzy główne kierunki działań:

- organizacja i funkcjonowania systemu ochrony zdrowia
- styl życia
- ochrona środowiska, w którym żyje człowiek.

U progu lat 90 wskaźniki stanu zdrowia ludności w Polsce były niekorzystne w porównaniu do krajów Europy Zachodniej. W 1990 roku, w odpowiedzi na strategię Światowej Organizacji Zdrowia Zdrowie dla wszystkich w roku 2000, opracowano Narodowy Program Zdrowia (NPZ). Była to pierwsza próba zjednoczenia wysiłków różnych organów administracji rządowej, organizacji pozarządowych oraz społeczności lokalnych w celu ochrony, utrzymania i poprawy zdrowia społeczeństwa polskiego. Dokonujące się w ostatniej dekadzie zmiany polityczne, ekonomiczne i społeczne niosły ze sobą nie tylko nowe wyzwania i możliwości, ale także zagrożenia dla zdrowia wielu grup ludności. Sytuacja ta spowodowała konieczność dalszej

modyfikacji Narodowego Programu Zdrowia, której dokonano kolejno w 1993 i 1996 roku. Systematyczne monitorowanie efektów Narodowego Programu Zdrowia przez 9 lat pozwala stwierdzić, jakie skutki populacyjne w zakresie stanu zdrowia społeczeństwa osiągnięto między innymi dzięki realizacji zadań wymienionych w celach operacyjnych [39].

Narodowy Program Zdrowia jest próbą zjednoczenia wysiłków różnych organów administracji rządowej, organizacji pozarządowych oraz społeczności lokalnych w celu ochrony, utrzymania i poprawy stanu zdrowia polskiego społeczeństwa. Narodowy Program Zdrowia 2007-2013 jest załącznikiem do Uchwały Rady Ministrów Nr 90/2007 a dnia 15/05/2007 r., pozostaje również integralną częścią Strategii Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007-2013 [39]. Jako cel główny w Narodowym Programie Zdrowia przyjęto poprawę zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszanie nierówności w zdrowiu, osiągany poprzez [40]:

- kształtowanie prozdrowotnego stylu życia społeczeństwa,
- tworzenie środowiska życia, pracy i nauki sprzyjającego zdrowiu,
- aktywizowanie jednostek samorządu terytorialnego i organizacji
- pozarządowych do działań na rzecz zdrowia.

Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015 formułuje kierunki działań jakie należy podjąć w skali kraju na rzecz zdrowia społeczeństwa. Jego powodzenie w znacznym stopniu zależy od działań podjętych na najniższych szczeblach realizacji jak i koordynacji współpracy poszczególnych sektorów [39].

Podsumowanie

Zdrowie publiczne jest aktywnością polityczną, ponieważ dotyczy zmian i dystrybucji dóbr w sytuacji obiektywnego niedoboru. Tak więc wiele decyzji odnoszących się do zdrowia społeczeństwa musi być podejmowane w normalnym procesie politycznym demokratycznego państwa prawnego. Celem tego procesu jest osiągnięcie stanu akceptowalnego przez większość, ale nienarzucającego mniejszości warunków, które przekraczają jej tolerancję [41].

Właściwie pojmowana i realizowana promocja zdrowia jest zawsze interwencją w system społeczny. Polityka zdrowotna, aby doprowadzić do oczekiwanych wyników zdrowotnych musi obejmować najbardziej istotne z punktu widzenia promocji zdrowia – uwarunkowania zdrowia, które zawarte są w większości sektorów społeczno- gospodarczych. Uwzględniając fakt, iż polityka zdrowotna jest jednym z trzech głównych kierunków działania promocji zdrowia to dołączając pozostałe składowe tj. edukację zdrowotną i profilaktykę, utworzyć można szansę

pełnej realizacji celów i zadań tej dziedziny aktywności na rzecz zdrowia [6].

Piśmiennictwo

1. Tulchinsky T.H., Varavikova E.A.: The new public health, Acadamic Press. New York, 2000.
2. Lalonde M.: A New Perspective on the Health of Canadians, A Working Document, Information Canada, Ottawa, 1974.
3. Włodarczyk C.W.: Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym.Vesalius, Kraków, 1996.
4. Barwicka A.: O zdrowiu publicznym. Prewencja i Rehabilitacja, 2004, 2, 1-4.
5. Wojtczak A., Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów opieki zdrowia XXI wieku. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2009.
6. Karski J.B.: Promocja zdrowia. Wyd. Ignis, Warszawa, 1999.
7. Augustynowicz A., Budziszewska – Makulska A.: Nowe zasady przekazywania środków publicznych na realizację programów zdrowotnych w świetle przepisów ustawy o działalności publicznej, Prawo i Medycyna, 2012, 3-4.
8. Wysocki M. J., Miller M., Paradygmat Lalonde'a, Światowa Organizacja Zdrowia i nowe zdrowie publiczne, Przegl. Epidemiol. 2003, 57, 505-512.
9. Patryn R., Marczewski K.: Awareness of the idea of health promotion among students of Academy of Medical Sciences in Lublin. Pielęg. Pol., 2006, 1, 21.
10. Konstytucja Światowej Organizacja Zdrowia, www.who.int., data pobrania 29.04.2014.
11. Komisja Rządowa do opracowania Raportu ZDW 2000. Cele i zadania polskiego programu Zdrowie dla wszystkich w roku 2000. PZWL, Warszawa, 1987.
12. Peterson B.: The role of health promotion in improving population health – experience from Swedish public health policy. Eur. Jo. Olic Health 2005, 159 (suppl..). EUPHA Conference Promoting the public health reorienting health policies, linking health promotion and health care, Graz, 10-12 Novemer 2005.
13. The Bankok Charter of Health Promotion in a Globalized World, 6th Global Conference on Health Promotin, Bankok, Thailand, August 2005. www.who.int, data pobrania 29.04.2014.

14. Lantalski M.: Zdrowie Publiczne, Akademia Medyczna, Lublin, 1999.
15. Jabłoński L.: Sanologia. Nauka o zdrowiu społeczeństwa. Wyższa Szkoła Rozwoju Lokalnego w Żyrardowie, Warszawa, 1998.
16. Baran C.: Organizacja ochrony zdrowia. Zagadnienia ogólne. Akademia Medyczna w Gdańsku, Gdańsk, 1988.
17. Kędzierska I., Kędzirski W.: Ekologiczna profilaktyka chorób uwarunkowanych przez czynniki środowiskowe. Med. Tour Press International Wyd.Medyczne. Warszawa, 1997.
18. Słońska Z., Misiuna M.: Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów. Zakład promocji zdrowia Instytutu Kardiologii, Warszawa, 2000.
19. Mazur J., Tabak I., Małkowska-Szkutnik A. i wsp.: Czynniki chroniące młodzież 15-letnią przed podejmowaniem zachowań ryzykownych. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, 2008.
20. Cylkowska-Nowak M.: Edukacja zdrowotna. Możliwości, problemy, ograniczenia. Wyd. Naukowe Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Poznań, 2008.
21. Książek P., Herda J., Pawka B. i wsp.: Edukacja zdrowotna jako istotny standard w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami w środowisku nauczania i wychowania w województwie lubelskim. Zdrowie Publiczne 2008, 118, 403-405.
22. Pike S., Forester D.: Promocja zdrowia dla wszystkich. Wyd. Czelej, Lublin, 1998.
23. Krajewski-Siuda K., Kaczmarek K.: Promocja Zdrowia w zadaniach samorządów terytorialnych – analiza obowiązującego ustawodawstwa, Ann. Acad. Med. Siles 2006, 60, 231-240.
24. Paździoch S., Ryś A.: Zdrowie Publiczne. Wybrane zagadnienia Uniwersyteckie. Wyd. Medyczne Vesalius, Kraków, 1996.
25. Jabłoński L.: Epidemiologia. Wyd. FOLIUM, Lublin, 1996.
26. Szewczyk T.: Czym jest zdrowie i jego promocja? Edukacja i Dialog, 1997, 2.
27. Charońska E.: Zarys wybranych problemów edukacji zdrowotnej. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa, 1997.
28. Kulik T.B., Wolny B., Pacian A.: Edukacja zdrowotna w naukach medycznych i społecznych cz. II, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Stalowa Wola – Lublin, 2010.
29. Gozdek N.: Autorskie programy edukacyjno- zdrowotne- podstawowe założenia

metodyczne. Werset, Lublin, 2003.

30. Swisher J.D.: Mental Health – the care of preventive health education. Jurlan of School Health, 1976, 46, 386-391.
31. Mika S.: Psychologia społeczna dla nauczycieli. WSiP, Warszawa, 1987.
32. Gozdek N.: Wprowadzenie. Zdrowie Publiczne, 2003, 113, 1/2.
33. Gordon T.: Pacjent jako partner. IW PAX, Warszawa, 1999.
34. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2008 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół. (DzU Nr 7 z 2009 r., poz.17), Internetowy System Aktów Prawnych, www.isap.sejm.gov.pl, data pobrania 24.04.2014.
35. Simons S. K.: Health Education Today, Issues and Challenges, Journal of School Health, 1997, 47,10.
36. Miller M.: Związki epidemiologii, zdrowia publicznego, oświaty zdrowotnej z promocją zdrowia. Oświata Zdrowotna, 1998.
37. Leowski J.: Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne, CeDeWu, Warszawa, 2004.
38. Health policy [w:] Health topics . World Health Organization, www.who.int, data pobrania 24.04.2014.
39. Miller M., Opolski J.: Zdrowie Publiczne w Polsce a polityka zdrowotna w świetle dokumentów Światowej Organizacji Zdrowia. Post. Nauk Med., 2009, 4, 282-289.
40. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015, Załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007r., http://www.mz.gov.pl, data pobrania 24.04.2014.
41. Opolski J.: zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia, Tom I, Szkoła Zdrowia Publicznego CMKP w Warszawie, Warszawa 2011.

Bytner Emilia[1], Lewko Jolanta[1], Łukaszuk Cecylia[1], Krajewska-Kułak Elżbieta[1], Dziekońska Mirosława[2]

Zachowania zdrowotne a stan wiedzy w zakresie profilaktyki raka piersi wśród kobiet

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

Wstęp

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym i zarazem najgroźniejszym z nowotworów ze względu na zbyt późne wykrywanie, często w zaawansowanym już stadium oraz wysoki stopień umieralności kobiet na całym świecie. Stanowi blisko 23% wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe u Polek [1,2]. Polska należy do krajów o średniej zachorowalności na raka piersi. Rosnąca liczba zachorowań na całym świecie, szczególnie w krajach rozwiniętych, to problem wciąż żywy i będący przedmiotem wielu analiz naukowych. Wzrost zachorowań wynika m. in. ze stylu życia, starzenia się populacji, coraz lepszych metod wykrywania nowotworów i poprawy rejestracji [3,4]. Szacuje się, że każdego roku raka piersi rozpoznaje się u 1,5 mln kobiet na świecie. Najwięcej, bo ponad połowa (55%) zachorowań występuje w krajach uprzemysłowionych (Stany Zjednoczone, Belgia, Francja, Dania). Zdecydowanie mniejsza zachorowalność dotyczy krajów Afryki i południowej Azji. Polska jest krajem o przeciętnej zachorowalności na raka piersi [5,6,7].

Uzasadnioną strategią walki z rakiem piersi jest: zapobieganie, wczesne wykrywanie i prawidłowe leczenie. Równie istotna jest edukacja kobiet w zakresie działań prewencyjnych zmierzających do zapobiegania i wczesnego wykrywania nowotworów piersi. W tym celu niezbędne jest poznanie w populacji kobiet najbardziej zaniedbanych obszarów wiedzy na ten temat. Jak pokazują szacunki Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), właściwe działania profilaktyczne mogą zmniejszyć ryzyko zachorowania na raka piersi nawet o 40% [3,8,9].

Celem przeprowadzonych badań była analiza porównawcza stanu wiedzy i zachowań zdrowotnych na temat raka piersi kobiet mieszkających w Polsce i w Stanach Zjednoczonych Ameryki (USA).

Materiał i metoda

Badania przeprowadzono wśród 100 kobiet w wieku od 30 do 59 roku życia, z czego

50 osób w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnym w Łapach zgłaszających się na wizytę do lekarza rodzinnego oraz 50 osób wśród przechodniów w mieście Brooklyn, USA. Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny z użyciem techniki ankiety. Za narzędzie badawcze posłużył kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. W badaniu przeprowadzonym w USA posłużono się ankietą przetłumaczoną na język angielski.

Ankiety były wypełniane przez kobiety, które wyraziły zgodę na badanie oraz zostały poinformowane o jego celu i prawie do odmowy wzięcia w nim udziału na każdym etapie bez podania przyczyny. Na przeprowadzenie badań otrzymano zgodę Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku nr R-I-002/252/2011.

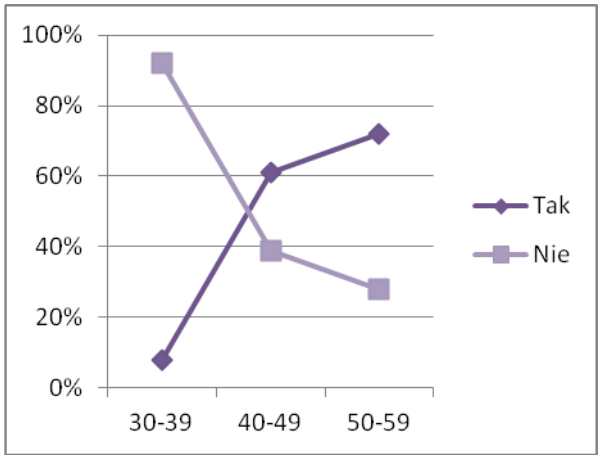
Analiza statystyczna

Otrzymane wyniki badań zostały poddane analizie statystycznej z użyciem testu chi^2 Pearsona oraz przyjęto poziom istotności $p<0,05$. W celu zbadania związku między zmiennymi zastosowano korelację porządku rang Spearmana. Obliczenia statystyczne wykonano przy użyciu programu STATISTICA 10.

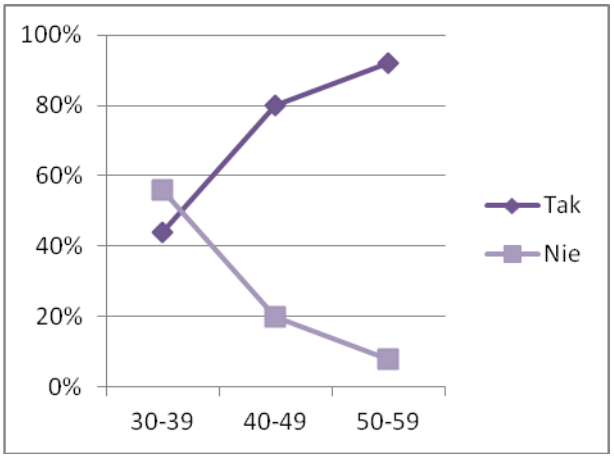
Wyniki

Badaniem została objęta grupa 100 kobiet, w wieku od 30 do 59 lat (50 kobiet z Polski i 50 z USA). Badania wykazały, że najliczniejszą grupę stanowiły respondentki z USA w wieku 40-49 lat (40%). Wśród kobiet biorących udział w badaniach najliczniejszą grupę zarówno w Polsce – 72%, jak i w USA – 42% stanowiły mężatki. Co piąta ankietowana z USA była rozwiedziona, a co trzecia była stanu wolnego. Blisko połowa ankietowanych Polek (44%) to kobiety z wykształceniem średnim. Najliczniejszą grupę wśród Amerykanek (42%) stanowiły panie z wykształceniem wyższym. Mieszkanki Łap, które wzięły udział w badaniu były słabiej wykształcone w porównaniu z respondentkami z USA ($p=0,19$). U zdecydowanej większości mieszkanek Łap – 74% nie występują bądź nie występowały w rodzinie zachorowania na raka piersi, podobnie deklarowały respondentki z USA - 76%.

Ponad jedna trzecia kobiet- 40% do momentu udziału w badaniu nie miała nigdy wykonywanej mammografii. Wykonywanie mammografii częściej zgłaszały kobiety w starszej grupie wiekowej 50-59 lat (Polska- 72,2%, Stany Zjednoczone- 91,7%). Analizując związek pomiędzy wiekiem, a wykonywaniem mammografii dane wykazują, że wykonywanie mammografii rośnie statystycznie wraz z wiekiem ($p<0,05$). Brak istotnej statystycznie zależności pomiędzy wykształceniem w wykonywaniem mammografii wśród badanych kobiet ($p=0,09$), wyniki prezentuje rycina 1 i 2.



Rycina 1. Wykonywanie mammografii w Polsce a wiek respondentek

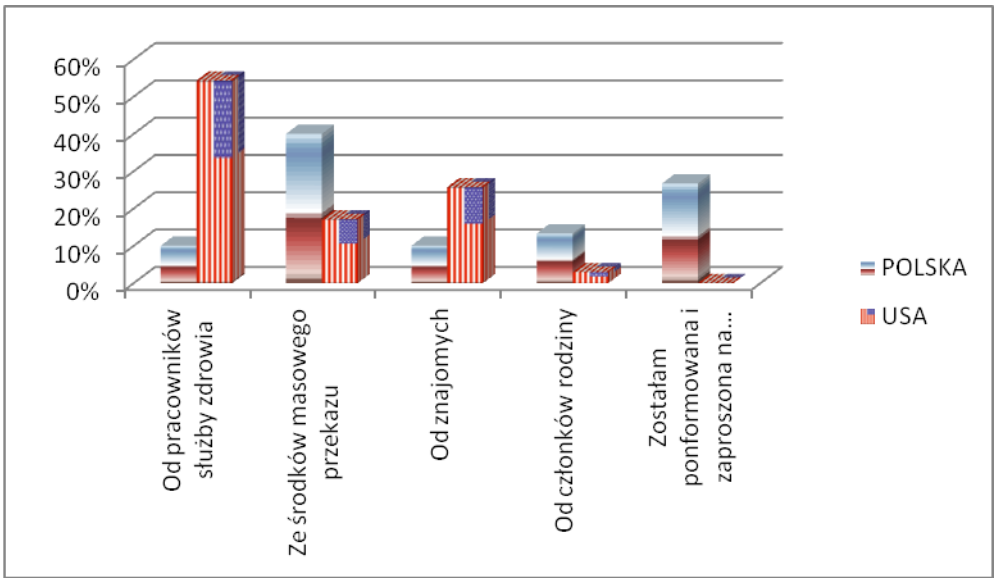


Rycina 2. Wykonywanie mammografii w USA a wiek respondentek

Kobiety, u których w rodzinie wystąpiły, bądź występują, zachorowania na raka piersi znacznie statystycznie częściej (p=0,001) wykonywały mammografię. Blisko jedna trzecia ankietowanych badanie mammograficzne miała wykonane w przedziale czasowym od roku do dwóch lat temu – 32%. Wśród Polek 18% miało wykonywaną mammografię przeszło dwa lata temu.

Ponad połowa respondentek z Polski poproszonych o wskazanie powodu, dla którego miała wykonane badanie mammograficzne deklaruje, że skorzystała z zaproszenia w ramach profilaktycznego badania przesiewowego. Amerykanki w dużej mierze – 45,7% zgłaszały się z własnej inicjatywy w celach profilaktycznych, co może przekładać się na dużą liczbę mammografii u kobiet młodszych, nieobjętych skriningiem. Co czwarta ankietowana z USA została skierowana na badanie przez lekarza.

Na pytanie: „*Z jakich źródeł dowiedziała się Pani o konieczności wykonywania badań mamograficznych?*”, 40% Polek udzieliło odpowiedzi – ze środków masowego przekazu, respondentki z USA (54,3%) za główne źródło wiedzy w zakresie konieczności wykonywania mammografii podała pracowników służby zdrowia (Ryc. 3).



Rycina 3. Źródło informacji o konieczności wykonywania badań mammograficznych

Dużym zaskoczeniem okazało się pytanie o to jak często powinno się wykonywać samodzielne badanie piersi. Dużym o tyle, iż odpowiedzi znacznie się różniły. Pomimo, iż tyle samo Polek, co Amerykanek deklarowało znajomość metody samodzielnego badania piersi, właściwą odpowiedź zaznaczyła co druga mieszkanka USA. Ku zdziwieniu, dane dowiodły, że częściej prawidłową odpowiedź wskazywały Polki. Spośród respondentek, które deklarowały znajomość metody samokontroli piersi- 71,4% Polek poprawnie zaznaczyła, że należy je wykonywać raz w miesiącu.

Choć większość badanych kobiet zadeklarowała, że znany jest im zalecany sposób samodzielnego badania piersi, jedynie 34% Polek i 40 % Amerykanek, regularnie – raz w miesiącu – wykonuje samobadanie piersi. Dwa razy w miesiącu- taką odpowiedź zaznaczyło 20% kobiet z USA. Wśród ankietowanych jest blisko dwa razy więcej Polek niż Amerykanek, które nie przywiązują do tego wagi i nie wykonują w ogóle samobadania piersi. Stwierdzono istotną statystycznie (p=0,01) korelację dodatnią o sile R= 0,27 pomiędzy tym jak często powinno się wykonywać samobadanie piersi, a tym jak często w rzeczywistości respondentki wykonują samodzielne badanie piersi.

Ponad 54,8% badanych Polek za źródło wiedzy w zakresie sposobu samodzielnego badania piersi uznaje środki masowego przekazu. Podczas gdy 57,1% Amerykanek deklaruje, że wiedzę nabyły od pracowników służby zdrowia. Tyle samo Polek, co Amerykanek – 84% deklaruje znajomość zalecanego przez lekarzy sposobu samodzielnego badania piersi. W tym przypadku widoczna jest zależność istotna statystycznie (p=0,02) pomiędzy wykształceniem a znajomością techniki samobadania piersi.

Wśród kobiet w Polsce odbywających wizyty kontrolnej u ginekologa, tylko 40% miało badane piersi. W USA prawie wszystkie kobiety- 94% miały badane piersi podczas wizyty u ginekologa. Najwięcej badanych kobiet (72%) w obu porównywanych grupach nigdy nie miały wykonanego badanie ultrasonograficznego piersi.

Wśród kobiet mieszkających w Polsce, jedynie 6% miało badane piersi w czasie wizyty u lekarza innej specjalności. Dwie z pań miały badane gruczoły sutkowe przez onkologa, jedna- endokrynologa. Żadna z Amerykanek nie miała badanych piersi w czasie wizyty u lekarza innej specjalności.

Na pytanie: „*Kiedy miało miejsce ostatnio wykonywane przez Panią badanie ultrasonograficzne piersi?*" – najwięcej badanych kobiet zaznaczyło, że nigdy - 72%. Brak zależności biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania. Badania wykazały, że podobna liczba kobiet w Polsce i w USA zadeklarowała, że nigdy nie miała wykonywanego badania ultrasonograficznego sutka. Jedna Amerykanka nie wie co to za badanie

W tabeli I przedstawiono najczęściej wymieniane przez respondentki objawy raka sutka. Najczęściej wymienianym był guz lub stwardnienie piersi w drugiej kolejności były wymieniane powiększone węzły chłonne pod pachą. Kolejne objawy budzące niepokój były różnie uszeregowane w zależności od miejsca zamieszkania. Najrzadziej wymienianym przez Polki objawem raka sutka był obrzęk piersi, powiększenie piersi - 46%, zaś wśród Amerykanek - wciągnięta brodawka sutkowa – 62%. Na ból piersi wśród niepokojących objawów wskazało 92% mieszkanek USA i niewiele ponad połowa – 56% kobiet z Polski.

Na zachorowanie na raka sutka może mieć wpływ wiele czynników. Ankietowane za najczęstszą przyczynę tego nowotworu uznały rak piersi wśród członków rodziny. Wie o tym każda respondentka z USA i 90% Polek. Czynnikami o nieco mniejszym znaczeniu w opinii badanych kobiet okazały się: mutacja w genach, leczenie z powodu innych schorzeń piersi oraz bezdzietność. W następnej kolejności wymieniały: późną menopauzę, wczesną pierwszą miesiączkę oraz urodzenie dziecka po 35. roku życia.

Zdecydowana większość respondentek – 78% chciałaby uzyskać więcej informacji z zakresu chorób nowotworowych, tyle samo Polek i tyle samo Amerykanek zaznaczyło, że nie są zainteresowane pogłębieniem wiedzy w tym zakresie. Co dziesiąta ankietowana uważa, że nie ma potrzeby i konieczności mówienia o raku, o jego objawach, sposobach wczesnego wykrywania i sposobów leczenia. Pocieszający jest fakt, że respondentki, które zadeklarowały niewystarczający poziom wiedzy na temat raka piersi, jest w większości zainteresowana jej pogłębieniem. Różnica ta jest istotna statystycznie (p=0,02). Wskazane jest zatem dalsze popularyzowanie profilaktyki chorób piersi wśród kobiet, a nawet powinno być bardziej intensywne i bardziej oddziaływać na społeczeństwo.

Tabela 1. Znajomość objawów mogących świadczyć o wystąpieniu raka piersi

Objawy	Miejsce zamieszkania				Wartość *p*
	POLSKA		USA		
	N	%	N	%	
Guzek lub stwardnienie piersi	49	98,0	49	98,0	0,98
Krwawienie lub wydzielina z brodawki	34	64,0	31	62,0	0,53
Ból piersi	28	56,0	37	74,0	0,00004
Powiększone węzły chłonne pod pachą	39	78,0	46	92,0	0,02
Zmiana koloru i wyglądu skóry gruczołu piersiowego	27	54,0	37	74,0	0,37
Obrzęk piersi, powiększenie piersi	23	46,0	33	66,0	0,04
Zmiany w kształcie piersi lub ich ułożeniu	27	54,0	37	74,0	0,37
Wciągnięta brodawka sutkowa	24	48,0	31	62,0	0,16

Dyskusja

Rak piersi jest najczęstszym nowotworem złośliwym wśród kobiet i stanowi istotny problem medyczny, społeczny i ekonomiczny. Rosnąca liczba zachorowań na raka piersi skłania do podejmowania działań o charakterze profilaktycznym, mających na celu nie tylko uświadomienie czynników zwiększających ryzyko zachorowania, ale przede wszystkim zmiany nastawienia do świadomego i systematycznego korzystania z badań przesiewowych. Wprowadzenie masowych badań przesiewowych u kobiet w wieku od 50 do 69. roku życia jest bez wątpienia właściwą inicjatywą. Według Międzynarodowej Agencji Badań nad

Rakiem (International Agency for Research on Cancer- IARC) skrining mammograficzny zmniejsza umieralność na raka piersi w grupie nim objętej o 30-35% [2].

Wytyczne Polskiej Unii Onkologii zalecają wykonywanie mammografii co 24 miesiące w populacji kobiet w wieku 50-69 lat. U kobiet młodszych i starszych wskazania są indywidualizowane [10]. Badania własne wykazały, że fakt wykonywania mammografii częściej zgłaszały kobiety starsze. W USA duży odsetek kobiet w wieku 40- 59 poddaje się mammografii. Zaobserwowano pewne pozytywne zmiany zwiększenia kontroli nad własnym zdrowiem, zwłaszcza dotyczące zgłaszalności na mammografię w najbardziej narażonej na zachorowanie grupie wiekowej [3]. Potwierdziły to badania własne. Można to uzasadnić włączeniem kobiet z tych przedziałów wiekowych do bezpłatnych, profilaktycznych badań mammograficznych [11,12].

Samodzielne badanie piersi, które zaleca się w prewencji wtórnej raka, jest tanią i prostą metodą, akceptowaną zarówno przez pacjentki, jak i lekarzy [13]. Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej zaleca wykonywanie samobadania piersi począwszy od 20. roku życia, raz w miesiącu [13, 14]. American Cancer Society (ACS) nie zaleca kobietom systematycznego samodzielnego badania piersi. Pomimo to, według ACS kobieta może sama zdecydować i wybrać regularne badanie, sporadyczne lub zaniechanie, poinformowana wcześniej o potencjalnych korzyściach, ograniczeniach i szkodliwości takiego postępowania [15]. Pomimo iż większość badanych- 84% zna metody samodzielnego badania piersi, jedynie co trzecia Polka i 40% Amerykanek – regularnie - raz w miesiącu - stosuje metodę samobadania piersi.

Osoby lepiej wykształcone i o wyższym statusie ekonomicznym regularnie kontroluje swój stan zdrowia [16]. Badania własne tylko w pewnym stopniu potwierdzają uzyskane wyniki, ponieważ nie wykazały istotnej zależności w wykonywaniu mammografii z wykształceniem badanych kobiet. Kobiety lepiej wykształcone znały natomiast zalecany sposób regularnego samobadania piersi.

W wytycznych Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczących profilaktyki raka piersi istnieje zalecenie badania palpacyjnego piersi przez lekarza podczas badania położniczo-ginekologicznego. Niepokojący jest fakt, że 60% Polek biorących udział w badaniu nie miała badanych piersi podczas wizyty. Zbliżone dane otrzymał Nowicki i wsp. [13]. Może to mieć związek ze zbyt krótkim czasem trwania wizyty

i w związku z tym zaniechaniem badania. W codziennej praktyce lekarze nie mają czasu na działania wykraczające poza leczenie [4,13,16,17].

Kobiety obciążone genetycznie częściej kontrolują stan swoich piersi [18]. W badań własnych potwierdzono, że kobiety, u których w rodzinie wystąpiły bądź występują zachorowania na raka piersi znacznie częściej wykonują mammografię.

Wiele kobiet nie bierze udziału w badaniach profilaktycznych, gdyż nie widzi takiej potrzeby, czują się zdrowe, a brak takich dolegliwości uważają za potwierdzenie swoich poglądów. Dla wielu kobiet niewiedza wiąże się z większym poczuciem bezpieczeństwa niż przystąpienie do badań, które mogą wykazać niepokojące zmiany [16,19].

Badania własne w pewnym stopniu to potwierdzają. Wydaje się, że jest to głównie wynik niedostatecznego uświadomienia kobiet dotyczącego ryzyka zachorowania związanego z wiekiem i znaczenia badań profilaktycznych [20, 21, 22].

Przeprowadzone badania wykazały, że kobiety posiadają niepełną wiedzę w zakresie raka piersi. Zaledwie 12% Polek wskazało prawidłowo wszystkie objawy raka piersi. Co trzecia Amerykanka (36%) wykazała się pełną znajomością objawów, które mogą świadczyć o wystąpieniu nowotworu piersi. Jedynie 8% Polek i 22% Amerykanek zapytanych o czynniki zwiększające ryzyko zachorowania na raka piersi potrafiło dobrze wskazać. Poziom wiedzy teoretycznej w większości analizowanych aspektów wśród Polek jest nieznacznie niższy od wiedzy kobiet z USA. Pomimo prowadzonych licznych akcji edukacyjnych na temat raka piersi wśród polskich kobiet, znajomość tego zagadnienia okazuje się być w dalszym ciągu niezadowalająca [23]. Znajomość objawów raka piersi, sposobów leczenia i przyczyn choroby jest niewielka [23]. Głównym źródłem informacji na temat chorób nowotworowych są massmedia, zdecydowanie rzadziej fachowa porada lekarska [4]. Badania własne w pełni to potwierdziły.

Badania przeprowadzone wykazały, że 22% Polek i 38% Amerykanek uważa swoją wiedzę w zakresie raka piersi za wystarczającą. Odpowiednia edukacja kobiet może mieć wpływ na redukcję ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe gruczołu piersiowego [24].

Należy kształcić społeczeństwo w zakresie działań prewencyjnych zmierzających do zapobiegania i wczesnego wykrywania nowotworów, ze szczególnym uwzględnieniem edukacji i profilaktyki zdrowotnej, z uwagi na deklaracje ankietowanych odnośnie chęci pozyskania wiedzy [19,25, 26].

Wnioski

1. Mieszkanki USA częściej wykonują mammografię i regularnie badają piersi aniżeli mieszkanki Polski.
2. Dominującym źródłem wiedzy na temat konieczności wykonywania badań mammograficznych oraz samokontroli piersi w przypadku badanych Polek są środki masowego przekazu, Amerykanek – pracownicy służby zdrowia.
3. Zarówno kobiety mieszkające w Polsce, jak i w USA, u których w rodzinie wystąpiły bądź występują zachorowania na raka piersi znacznie częściej wykonują mammografię.
4. Kobiety w Polsce zdecydowanie rzadziej aniżeli w USA poddają się badaniu piersi podczas wizyty u ginekologa.

Piśmiennictwo

1. Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W.: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2009 roku. Warszawa, 2011, 13-19, 38-39.
2. Sawaryn D., Krukar D.: Wiedza młodych kobiet na temat czynników ryzyka i profilaktyki raka piersi. Nowa Med., 2010, 4, 119-124.
3. Florek M.: Samobadanie piersi przez mieszkanki wsi i ich udział w badaniach mammograficznych i USG. Med. Ogólna, 2008, 14, 246-255.
4. Jokiel M.: Społeczne aspekty wczesnego wykrywania raka piersi po wprowadzeniu w Polsce skryningów populacyjnych. Przegl. Epidemiol., 2009, 63, 443-447.
5. Florek-Łuszczki M.: Poziom wiedzy mieszkanek wsi na temat czynników ryzyka zachorowania na nowotwór piersi oraz zasad profilaktyki. Med. Ogólna, 2010, 16, 406-415.
6. Lewandowska A., Mess E., Laufer J.: Profilaktyka raka piersi wśród kobiet. Onkol. Pol., 2011, 14, 131-134.
7. Szewczyk K.: Epidemiologia i profilaktyka raka piersi [w:] Rak piersi Kornafel J. (red.), Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa, 2011, 5-13.
8. Gazdecka-Szpecht K., Wawrzyniak A., Horst-Sikorska W.: Czy istnieje przepaść między wiedzą teoretyczną a praktyką w zakresie raka piersi. Fam. Med. Primary Care Rev., 2009, 11, 312-313.
9. Zych B., Kusek E., Pasternak K., Sztanke M.: Znajomość profilaktyki raka sutka wśród kobiet. Pielęg. XXI w., 2006, 3, 115-119.

10. Dyzmann-Sroka A., Marcinkowski J., Kubiak A., Trojanowski M.: Kto powinien zajmować się promocją skriningowego Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi? Probl. Hig. Epidemiol., 2009, 90, 621-626.
11. Muszyńska A., Mastelarz-Migas A., Brona A., Jakimów-Kostrzewa A., i wsp.: Stan wiedzy polskich kobiet na temat profilaktyki raka piersi. Fam. Med. Primary Care Rev., 2006, 8, 708-710.
12. Majek O., Danes J., Skovajsova M., et. al: Breast cancer screening in the Czech Republic: time trends in performance indicators during the first seven years of the organised programme. BMC Public Health., 2011, 11, 288.
13. Nowicki A., Olszewska A., Humańska M.: Wykrywania raka piersi poprzez samobadanie. Badanie retrospektywne u kobiet po operacji. Ginekol. Pol., 2007, 78, 293-298.
14. Jeziorski A., Piekarski J., Towpik E., Mazur S. Rak piersi [w:] Chirurgia onkologiczna. Jeziorski A. (red.), Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2009, Tom III, 811-838.
15. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2012. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2012, http://www.acco.org/LinkClick.aspx?fileticket=EcECXIU ZyeA %3D&tabid=670, data pobrania 24.04.2014.
16. Marcinkowska M., Mazurkiewicz P., Kozaka J., Stencel A.: Przyczyny niskiej frekwencji kobiet w profilaktycznych badaniach mammograficznych. Psychoonkologia, 2006, 10, 57-63.
17. Nowicki A., Stogowska I.: Wczesne wyniki badania profilaktycznego wykrywania raka piersi. Ginekol. Pol. 2007, 78, 464-470.
18. Sawaryn D., Krukar D.: Wiedza młodych kobiet na temat czynników ryzyka i profilaktyki raka piersi. Nowa Med., 2010, 4, 119-124.
19. Wojcierowska A., Renn-Żurek A, Dziedziczak-Buczyńska M, Stempień M.: Programy profilaktyczne dla kobiet realizowane na terenie województwa łódzkiego. Probl. Hig. Epidemiol., 2010, 9, 511-516.
20. Kuźma- Richert A., Saczko J., Kulbacka J.: Breast Carcinoma- Diagnostics, Therapy and Resistance. Adv. Clin. Exp. Med., 2011, 20, 93-101.
21. Hoser K., Patrick J., Beral V.: Do women know that the risk of breast cancer increases with age? Br. J. Gen. Pract., 2007, 57, 404-406.

22. Barton MB.: Breast cancer screening. Benefits, risks, and current controversies. Postgrad. Med., 2005, 118, 27-46.
23. Nęcki Z., Górski L. Przekonania i postawy społeczne wobec chorób nowotworowych. [w:] Zmagając się z chorobą nowotworową. Kubacka – Jasiecka D., Łosiak W. (red.), Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 1999, 101- 122.
24. Rogulski L., Oszukowski P.: Epidemiological models for breast cancer risk estimation. Ginekol. Pol., 2011, 82, 451-454.
25. Pięta B., Grodecka-Gazdecka S., Chmaj-Wierzchowska K. i wsp..: Analysis of the odds ratio for developing breast cancer in women. Ginekol. Pol., 2011, 82, 755-760.
26. Townsend J.S., Steele C.B., Richardson L.C., Stewart S.L.: Health behaviors and cancer screening among Californians with a family history of cancer. Genet Med. 2012, 27, 212-221.

Kowalewska Beata [1,2] , Fal Małgorzata[1,3], Rolka Hanna Joanna [1,2], Ortman Elżbieta Beata[2], Guzowski Andrzej [1], Krajewska – Kułak Elżbieta [1] , Kowalczuk Krystyna[1]

Wirusowe zapalenie wątroby typu B – podstawy teoretyczne

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.
2. Instytut Medyczny, Państwowa Wyższa Szkołą Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży
3. Oddział Obserwacyjno- Zakaźny, Szpital Ogólny w Hajnówce

Wprowadzenie

Na świecie około 2 miliardy ludzi mają serologiczne dowody immunogennego kontaktu z HBV (ang. Hepatitis B virus) (Lavanchy, 2004). Liczba osób przewlekle zakażonych HBV w skali globalnej wynosi 350-400 mln. Częstość występowania zakażeń wirusem HBV podzielono na niską, średnią oraz wysoką (Lavanchy, 2004). Najniższe wartości (0,1-2%) zarejestrowano w USA oraz w Europie Zachodniej. Średnie (2-8%) w krajach basenu Morza Śródziemnego i w Japonii. Bardzo wysokie w Azji Południowo –Wschodniej i w Afryce Subsaharyjskiej. HBV jest przyczyną postępującej choroby wątroby prowadzącej do marskości tego narządu, jak również raka wątrobokomórkowego. Każdego roku z powodu tego zakażenia umiera na świecie od pół do dwóch milionów ludzi [1].

W Polsce sytuacja epidemiologiczna zmieniła się wraz z wprowadzeniem szczepień ochronnych w 1994 r., które początkowo były zalecane, następnie obowiązkowe. Wpływ na spadek nowych zachorowań miało również wprowadzenie badań przesiewowych dawców krwi oraz środków wzmożonej ochrony na terenie szpitali i innych placówek służby zdrowia.

W latach 1986-1990 zarejestrowano 14-15 tys. nowych zachorowań na WZW B (zapadalność 37-40 /100 tys. mieszkańców), w roku 1997 -4,5 tys. (12,5/100 tys.), w roku 1999- 3,8 tys. (ponad 10/100 tys.) a w 2002 roku wskaźnik zapadalności wynosił tylko 5,02/100 tys. mieszkańców [2].

Według PZH w Polsce obecnie 1-1,5% populacji wykazuje obecność antygenu HBs, dzięki czemu Polskę zalicza się do krajów o niskiej częstotliwości występowania zakażenia HBV [2].

Poniższa Tabela I, przedstawia dane z Zakładu Epidemiologii NIZP- PZH odnośnie zachorowań na WZW typu B w Polsce w okresie od 1 stycznia do 15 października 2012 roku oraz w porównywalnym okresie w 2011 roku.

Tabela I. Zachorowania na wybrane choroby zakaźne w Polsce od 1 stycznia do 15 października 2012 roku oraz w porównywalnym okresie 2011; Liczba zachorowań i zapadalność na 100 tys. ludności [3]

	1.01- 15.10.2012		1.01-15.10.2011	
typ WZW B	**liczba**	**zapadalność**	**liczba**	**zapadalność**
typ B ostre	68	0,18	86	0,23
typ B przewlekłe	1158	3,03	1104	2,89

Liczba nowych zachorowań na WZW typu B systematycznie spada. Według danych z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego w 2010 roku odnotowano 1633 zachorowania na WZW typu B, natomiast w 2011 roku- 1584. W 2011 roku największy wskaźnik zapadalności zarejestrowano w województwie wielkopolskim- 263 przypadki, najmniejszy w województwie warmińsko- mazurskim- 12. W województwie podlaskim w 2011 roku na wirusowe zapalenie wątroby typu B zachorowało 76 osób [4].

Z danych zebranych przez z Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego wynika, iż na ostre WZW typu B w Polsce w 2010 roku zachorowało 128 osób (z tego 127 hospitalizowano), w 2011 roku odnotowano 111 chorych (109 pacjentów hospitalizowano). Najwięcej ostrych przypadków WZW typu b w 2011 roku zarejestrowano w województwie mazowieckim- 26, najmniej bo tylko po 1 przypadku w województwie podkarpackim i świętokrzyskim. W województwie podlaskim w 2011 roku na ostrą postać WZW typu B zachorowało 13 osób [4].

Z danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego wynika, że w 2010 roku w Polsce odnotowano 1505 przypadków przewlekłego WZW typu B (z tego 821 osób hospitalizowano), natomiast w 2011 roku- 1473 (831 osób hospitalizowano). Najwięcej zachorowań na przewlekłą postać WZW typu B zarejestrowano w województwie wielkopolskim- 259, najmniejszą w województwie małopolskim i warmińsko- mazurskim- 9. W województwie podlaskim w 2011 roku u 63 osób rozpoznano przewlekłą postać WZW typu B [4]. Przewlekłe zakażenia HBV są poważnym problemem epidemiologicznym, gdyż wszystkie te osoby są potencjalnie zakaźne dla otoczenia [5].

Drogi zakażenia HBV

Czynnikiem wywołującym zapalenie wątroby typu B jest wirus, tzw. cząsteczka Dane`a, o średnicy 42 nm. Wirus należy do rodziny Hepadnaviridae. Wirus WZW typu B jest zbudowany z dwóch podstawowych części antygenowych tj. antygenu rdzeniowego hepatitis B (HBcAg), antygenu powierzchniowego hepatitis B (HBsAg).Trzeci antygenowy składnik to

tzw. Antygen e (HBeAg). Wirus HBV cechuje się znacznie większą odpornością na działanie czynników fizyko fizycznych w porównaniu z wirusem HAV. W temperaturze 100 °C przeżywa przez 20 minut. Niszczy go sterylizacja w autoklawie w temperaturze 121 °C przez 15 minut. Wirus HBV jest oporny na małe dawki chloru, dlatego rutynowe chlorowanie wody nie zapobiega rozprzestrzenianiu się HBV drogą wodną [6,7,8].

Wirus zapalenia wątroby typu B przenosi się do organizmu przez krew oraz płyny ustrojowe. Może nim się zarazić każdy, kto nie został zaszczepiony przeciw WZW B. Transmisja wirusa może nastąpić poprzez naruszenie ciągłości skóry przyrządem medycznym skażonym HBV lub niemedycznym, np. niejałowe igły, strzykawki, sprzęt do akupunktury, tatuażu, przekłuwania uszu. Wirusem można zakazić się poprzez niezabezpieczone kontakty seksualne z zakażonym partnerem jak również używanie jego szczoteczki do zębów, żyletki a także innych przedmiotów potencjalnie mogących naruszyć ciągłość skóry lub błon śluzowych. Wirus HBV może być również przekazany przez matkę na noworodka podczas ciąży [9,10].

U osób w wieku dojrzałym i podeszłym WZW B stwierdzane jest najczęściej (90%) po kontaktach ze służbą zdrowia, najczęściej po pobytach w szpitalu. Zasadnicze znaczenie ma w tych przypadkach niedostateczna sterylizacja narzędzi medycznych (np. sprzętu do endoskopii). Naganne jest również nie mycie rąk i nie zmienianie rękawiczek nawet przy małych zabiegach medycznych (opatrunki, pobieranie krwi) [11, 12].

W grupie osób do 40 roku życia najczęściej dochodzi do zakażeń w drodze kontaktów płciowych (często z wieloma partnerami). Ryzyko jest znacznie większe w trakcie stosunków homoseksualnych. Na szczególne ryzyko zakażenia narażone są osoby zamieszkujące bądź utrzymujące kontakty seksualne z zakażonymi HBV, a także klienci i personel ośrodków dla upośledzonych umysłowo, więźniowie, imigranci z terenów o wysokiej endemiczności zakażenia HBV, osoby podróżujące do krajów o dużej częstości występowania zakażeń HBV- zwłaszcza pracownicy służby zdrowia przy pobycie powyżej 6 miesięcy [11,13].

Do zakażeń wśród ludzi w wieku 18-25 lat dochodzi najczęściej poprzez kontakty płciowe, dożylne przyjmowanie środków odurzających (w Polsce 40% narkomanów jest zakażonych wirusem typu B) oraz sprzęt niemedyczny. Zakażenie może być wynikiem nie tylko kontaktu ze służbą zdrowia lecz również korzystania z usług gabinetów kosmetycznych i fryzjerskich [11,13].

Kobieta w ciąży zakażona wirusem typu B stanowi poważne ryzyko dla noworodka. Zakażenie wirusem HBV przenosi się z zakażonej matki na płód. Ryzyko infekcji noworodka wynosi około 70-90% wówczas gdy matka jest HBsAg- dodatnia i HBeAg- dodatnia. W

przypadku stwierdzenia tego wirusa (HBsAg) noworodek powinien otrzymać poza szczepionką anty-HBs preparat zawierający przeciwciała neutralizujące wirusa (immunoglobulina anty HBs, HBIg) [14,15, 16].

Diagnostyka zakażenia HBV

Warunkiem rozpoznania i określenia etapu zakażenia HBV jest ocena profilu serologicznego antygenów i przeciwciał badanych w surowicy krwi. Diagnostyka laboratoryjna zakażeń HBV oparta jest na metodach enzymoimmunologicznych (EIA) lub radioimmunologicznych (RIA) [17].

Podstawą rozpoznania zakażenia HBV jest oznaczenie w surowicy:

- antygenu powierzchniowego HBs (HBsAg) oraz przeciwciał anty- HBs
- antygenu HBe i przeciwciał anty- HBe
- przeciwciał przeciwko antygenowi rdzeniowemu wirusa (anty- HBc)
- HBV DNA- materiału genetycznego wirusa- nieoznaczenie tego antygenu w surowicy nie wyklucza zakażenia HBV [18].

Wykrycie HBsAg jest dowodem na aktualne zakażenie HBV. Nieokreślenie tego antygenu w surowicy nie wyklucza przetrwałego zakażenia HBV. Niezwykle rzadko u osób, u których nie wykrywa się HBsAg, można wykazać w surowicy obecność materiału genetycznego wirusa (DNA HBV) [5].

Podstawowym wskaźnikiem przebytego WZW B jest obecność przeciwciał anty- HBc w surowicy. Przy niepowikłanym przebiegu zakażenia przeciwciała anty -HBc w klasie JgM pojawiają się po około dwóch tygodniach od wystąpienia antygenu HBs i zanikają kilka miesięcy później, zaś przeciwciała anty-HBc w klasie IgG mogą przetrwać do końca życia pacjenta. Osoby, u których wykrywa się anty- HBc nie muszą być szczepione przeciwko wzw typu B. Przeciwciała anty- HBs zanikają najczęściej po kilkunastu latach po WZW B [19,20].

Fazy zakażenia, przebieg kliniczny

Proces zakażenia zależy od reakcji immunologicznej chorego. W trakcie zakażenia wyróżniamy trzy fazy:

1. ***Faza immunotolerancji***- cechuje się wysoką wiremią, bez wzrostu aktywności transaminaz, trwa krótko u osób dorosłych, poprzedza rozwój objawowego ostrego WZW B, prowadzącego do eliminacji zakażenia, u zakażonych dzieci okres ten może trwać nawet przez dziesięciolecia.
2. ***Faza eliminacji zakażenia lub faza reakcji immunologicznej***- spada poziom wiremii, wzrasta aktywność transaminaz, w wątrobie nasilają się procesy zapalno-

martwicze, w ostrym WZW B okres ten trwa krótko, w przewlekłym okres ten może trwać do kilku lat, przy nieskutecznej fazie eliminacji zakażenia często rozwija się marskość wątroby.

3. ***Okres nosicielstwa wirusa***- wiremia jest bardzo niska, prawie nieoznaczalna, aktywność transaminaz pozostaje w granicach normy, może dochodzić do zaostrzeń choroby [18].

Komórkami docelowymi dla wirusa HBV są hepatocyty. Po okresie inkubacji (trwającym od 28 do 160 dni) pojawia się zapalenie wątroby, które może mieć przebieg bezobjawowy lub skąpoobjawowy. Objawy narastają powoli. W okresie, w którym dochodzi do uszkodzenia czynności wątroby pojawia się podwyższenie temperatury ciała, utrata łaknienia, nudności, ogólne niedomaganie i osłabienie jak również zwiększenie aktywności enzymów wątrobowych. Tylko w około 20% przypadków dochodzi do pojawienia się charakterystycznego objawu – żółtaczki z bólem w nadbrzuszu. Jeśli po 6 miesiącach od zachorowania nie dojdzie do wyeliminowania wirusa zakażenie przechodzi w fazę przewlekłą, która jest zazwyczaj prawie całkowicie bezobjawowa [11,18,21].

<u>Ostre wirusowe zapalenie wątroby typu B</u>

Okres wylęgania choroby wynosi od 6 tygodni do 6 miesięcy średnio 8-12 tygodni. W okresie poprzedzającym zażółcenie powłok skórnych pojawia się zmęczenie, nudności, wymioty, wstręt do papierosów, bóle w prawym podżebrzu, bóle głowy, biegunka. Wystąpienie żółtaczki poprzedza ciemne zabarwienie moczu oraz odbarwienie stolca. W 70% przypadków ostre WZW B przebiega z żółtaczką, objawami rzekomogrypowymi, rzadziej z dolegliwościami ze strony przewodu pokarmowego. Powiększanie się wątroby może powodować tępy ból jamy brzusznej w okolicy prawego nadbrzusza, który jednak nigdy nie jest silny i nie ma charakteru kolki. Aktywność AlAT i AspAT jest zazwyczaj wyraźnie podwyższona (500-1200 UL), z przewagą AlAT. W 20-30% przypadków ostre WZW B przebiega bezobjawowo. Wówczas diagnozę udaje się ustalić przypadkowo lub po latach na drodze wykrycia markerów przebytego zakażenia HBV- przede wszystkim przeciwciał anty-HBc [19,22].

Ostra faza choroby charakteryzuje się zażółceniem skóry i białkówek, powiększeniem i bolesnością wątroby, czasem splenomegalią. U chorych występuje brak apetytu, odbijania, nudności, wymioty, biegunka. Okres zdrowienia ostrego WZW B najczęściej rozpoczyna się nagłym wzrostem diurezy w następstwie powrotu zdolności metabolizmu hormonu antydiuretycznego [23].

U osób chorujących objawowo na WZW B, z żółtaczką i znacznym wzrostem aktywności transaminaz, może dojść do samoistnego wyleczenia. U 90% dorosłych osób chorujących na objawowe WZW B dochodzi do wyeliminowania HBs i HBV- DNA w surowicy w ciągu 3- 6 miesięcy. U osób zakażonych HBV nigdy nie dochodzi do całkowitej eradykacji wirusa HBV- DNA, pozostaje w stanie utajonym w komórkach gospodarza nie wywołując choroby. Ostre WZW typu B może przejść w formę przewlekłą u 1- 5% osób dorosłych i > 90% noworodków urodzonych przez matki- nosicielki HBV, u których nie zastosowano profilaktyki przy porodzie [18,24].

Nadostre i podostre zapalenie wątroby

Nadostre zapalenie wątroby jest najcięższą postacią ostrego WZW B. Występuje u niespełna 1% przypadków. Obecnie tę formę zapalenia wątroby obserwuje się coraz rzadziej, ze względu na wzrastającą liczbę osób uodpornionych dzięki szczepieniom. Histologicznie cechuje się masywną martwicą hepatocytów. W ciągu 14 dni dochodzi do objawów niewydolności wątroby, encefalopatii i śpiączki [15].

Podostre zapalenie wątroby występuje wówczas gdy niewydolność wątroby trwa dłużej niż 3 miesiące od wystąpienia pierwszych objawów. W większości przypadków jedyną skuteczną formą terapii jest przeszczep wątroby. Choroba przebiega z rzutami zaostrzeń i wyciszeń prowadząc w ciągu kilku bądź kilkunastu miesięcy do rozwoju marskości wątroby. Jest to postać choroby z dużym odsetkiem śmiertelności [15].

Przewlekłe zapalenie wątroby typu B

Przewlekłe zapalenie wątroby jest procesem chorobowym, który definiuje się jako trwający dłużej niż 6 miesięcy zespół zaburzeń czynności wątroby w następstwie zmian martwiczo- zapalnych. Jest to infekcja, w której nie ma dotychczas możliwości całkowitej eradykacji wirusa [25,26].

Przedłużająca się eliminacja HBsAg powyżej 3 miesięcy pozwala na zdiagnozowanie przewlekającego się zapalenia wątroby. Większość przypadków przewlekłego zapalenia wątroby typu B przebiega bezobjawowo. Zwykle chorzy nie odczuwają żadnych dolegliwości. Najczęstszym objawem jest uczucie zmęczenia, dość często obniżony nastrój. W badaniu przedmiotowym częste jest nieznaczne powiększenie wątroby, a w cięższych przypadkach miernie nasilona żółtaczka, obecna stale lub pojawiająca się okresowo. Aktywność aminotransferaz jest często nieznacznie podwyższona, jak również może być prawidłowa lub okresowo podwyższona [27,28,29].

Innymi częstymi dolegliwościami są bóle stawów, brak apetytu, pobolewania w obrębie prawego podżebrza. Żółtaczka, skłonność do siniaczenia, przedłużone krwawienie z drobnych

skaleczeń skóry, na przykład w czasie golenia, zazwyczaj występuje w końcowym etapie choroby i wskazuje na marskość wątroby z nieodwracalnym upośledzeniem jej funkcji [30].

Zasadnicze znaczenie w rozpoznaniu przewlekłego zapalenia wątroby ma biopsja wątroby. Klasyfikacja zmian w histopatologicznym badaniu biopsyjnego wycinka wątroby obejmuje: etiologię, stopień nasilenia zmian zapalno- martwiczych oraz zaawansowanie włóknienia. Zastosowana skala nasilenia zmian pozwala wskazać przybliżony czas trwania choroby, skuteczność zastosowanej terapii oraz stopień zaawansowania włóknienia [5].

Marskość wątroby i pierwotny rak wątrobokomórkowy

U chorych z aktywną postacią przewlekłego WZW typu B w ciągu 10-15 lat może się rozwinąć marskość pozapalna wątroby. Odnosi się to głównie do pacjentów nieleczonych preparatami przeciwwirusowymi, u których obserwuje się epizody zaostrzeń choroby. Do czynników predykcyjnych wystąpienia marskości u chorych na przewlekłe WZW typu B należą: wiek.> 30 r.ż., występowanie anastomozujących zmian martwiczo-zapalnych i obecność DNA HBV w surowicy. U chorych z marskością wątroby stwierdzenie HBeAg wskazuje na złe rokowanie, zaś serokonwersja w zakresie HBeAg świadczy o zmniejszeniem ryzyka zgonu [31,32].

Przebieg kliniczny jest różnorodny. Objawy chorobowe występują zazwyczaj powoli. Pierwsze objawy są nietypowe: utrata łaknienia, uczucie dyskomfortu w jamie brzusznej, zmniejszenie masy ciała, nietolerancja tłuszczów i alkoholu, puste odbijania, nudności, wymioty, zaparcia stolca lub biegunki, wzdęcia brzucha. W miarę zmniejszania się wydolności wątroby pojawia się postępujące znużenie, osłabienie, zaburzenia miesiączkowania u kobiet. Mogą występować stany podgorączkowe, skłonność do krwawień z błon śluzowych. Żółtaczka nie jest objawem stałym, nasila się po wysiłku lub np. po spożyciu alkoholu. Na skórze twarzy, klatki piersiowej, kończyn górnych występują gwiazdkowate rozszerzenia tętniczek, zaczerwienienia wewnętrznych powierzchni dłoni i stóp. Pojawiają się obrzęki wokół kostek. Chorzy z zaawansowaną marskością cierpią z powodu męczliwości, świądu skóry, wodobrzusza, encefalopatii i intensywnych krwawień z żylaków przełyku i żołądka. Często występuje jadłowstręt i niedożywienie [31,32].

Nagły przyrost masy ciała oraz szybkie powiększanie się obwodu brzucha u chorego z marskością wątroby świadczą o wodobrzuszu, które znacząco pogarsza rokowania. Chorzy z wodobrzuszem są szczególnie zagrożeni bakteryjnym zakażeniem płynu puchlinowego, spontanicznym bakteryjnym zapaleniem otrzewnej, niewydolnością nerek i zespołem wątrobowo- nerkowym, który charakteryzuje się dramatycznie złym rokowaniem [33].

Zakażenie HBV ma związek z występowaniem raka wątrobokomórkowego. Nowotwór rozwija się najczęściej u chorych z pozapalną marskością wątroby. U około 20% może się rozwinąć rak wątrobokomórkowy w ciągu 5 lat. Współistnienie takich czynników jak zaawansowany wiek, obecność anty- HCV, palenie papierosów i picie alkoholu niezależnie podnosi ryzyko pierwotnego raka wątroby. W jego rozwoju dużą rolę odgrywają lokalne, środowiskowe hepatoksyny, takie jak alfatoksyny i wielkość wskaźnika spożywania alkoholu. Pierwotny rak wątrobokomórkowy występuje częściej u mężczyzn niż u kobiet. Rokowanie jest złe, wiąże się z wydolnością wątroby, rozmiarem guza oraz obecnością zmian pozawątrobowych. U chorych nie leczonych czas przeżycia to kilka miesięcy od momentu rozpoznania [34].

Nosicielstwo HBsAg

Nosiciel HBsAg to osoba zakażona HBV, zakaźna dla otoczenia, ale bez uszkodzenia wątroby. Bezobjawowy przebieg zakażenia HBV (antygenemia HBs) i prawidłowa aktywność aminotransferaz nie są wyznacznikiem do stwierdzenia tzw. nosicielstwa. W około 5% takich przypadków badania histopatologiczne biopsyjnego wycinka wątroby wykazują zaawansowane włóknienie, do marskości włącznie. Najczęściej do nosicielstwa dochodzi w wyniku zakażenia nabytego od matki w okresie okołoporodowym, przez zakażenie bezobjawowe lub po ostrej fazie jawnie klinicznego WZW B (5-10% chorych). Mężczyźni są 6- krotnie częściej nosicielami niż kobiety. [5, 8].

Choroby pozawątrobowe związane z zakażeniem HBV

Zarówno w przebiegu ostrego i przewlekłego zapalenia wątroby typu B stwierdza się krążące kompleksy immunologiczne złożone z antygenów i swoistych przeciwciał. Odkładanie się kompleksów immunologicznych pozawątrobowo w węzłach chłonnych, śledzionie, błonie wewnętrznej naczyń tętniczych oraz we włośniczkach kłębuszków nerkowych może powodować szereg schorzeń i uszkodzeń narządowych [5,35].

Do schorzeń, których etiopatogenezę w latach 70. ubiegłego wieku powiązano z zakażeniem HBV należy zaliczyć guzkowe zapalenie tętnic oraz kłębuszkowe zapalenie nerek. Później wykazano taką zależność w odniesieniu do polymyalgii reumatycznej, mieszanej krioglobulinemii (odsetek kształtuje się na poziomie ok. 15% u chorych na przewlekłe zapalenie wątroby typu B), zapalenia mięśnia sercowego, zespołu Guillaina-Barre'go, zmian skórnych o typie acrodermatitis [5,35].

Leczenie WZW typu B

Celem leczenia jest zahamowanie replikacji wirusa HBV oraz stymulacja odpowiedzi immunologicznej co umożliwia opanowanie zakażenia oraz uzyskanie poprawy klinicznej.

Poprzez monitorowanie wyników leczenia można oceniać aktywność transaminaz, markery replikacji wirusa, poziom wiremii, nasilenie zapalenia oraz zaawansowanie włóknienia w biopsji wątroby [18].

Leczenie ostrego wirusowego zapalenia wątroby

Ostre WZW B nie wymaga leczenia przeciwwirusowego, w większości przypadków dochodzi do samoistnego wyleczenia. Stosowane jest postępowanie dietetyczno-spoczynkowo- witaminowe. Dieta powinna być urozmaicona, pokrywać pełne zapotrzebowanie na białko, węglowodany, sole mineralne i witaminy. Ilość tłuszczu zredukowana do około 0,3 g/kg m. c. Bezwzględnie należy przestrzegać zakazu spożywania alkoholu [5, 23].

Z diety należy wykluczyć:

- pokarmy wzdymające tj.: suche nasiona roślin strączkowych (groch, fasola), warzywa kapustne, cebulowe (cebula, czosnek, por), szparagi, ogórki, gruszki, śliwki, czereśnie, ograniczyć brukiew, buraki, seler;
- ostre przyprawy (pieprz, ocet, musztardę, chili, paprykę, ziele angielskie);
- używki: alkohol, kawa naturalna;
- potrawy ciężkostrawne: tłuste mięsa, wędliny, tłuste ryby, konserwy, sery podpuszczkowe;
- pokarmy nieświeże (podgrzewane);
- żywność z dodatkiem środków konserwujących [36,37,38].

Wskazany jest umiarkowany wysiłek fizyczny. Pacjentom z ostrym WZW podajemy tylko niezbędne leki. Kortykoterapia (poza chorymi z bardzo ciężkim przebiegiem zapalenia) nie jest uzasadniona, może nawet być szkodliwa bowiem kortykosteroidy mogą nasilać replikację wirusa i zwiększać odsetek zakażeń przewlekłych. Problemem terapeutycznym są nadostre zachorowania. Rokowanie w nich jest często niepomyślne i tylko przeszczep wątroby może ratować życie [23, 36].

Leczenie przewlekłego zapalenia wątroby typu B

Istotą leczenia przewlekłego WZW B jest niezależnie od stosowanego leku doprowadzenie do zahamowania lub powstrzymania rozwoju zmian zapalnych oraz procesu włóknienia wątroby. Ma to na celu zapobieganie rozwojowi marskości wątroby i raka wątrobokomórkowego, poprawę jakości życia a także jego przedłużenie oraz ograniczenie szerzenia się zakażeń HBV [39, 40].

Obecnie zarejestrowanymi lekami są: interferon pegylowany (PegIFN) alfa2a, analogi nukleozydowe lub nukleotydowe (AN): adefowir, entekawir i lamiwudyna. W leczeniu, poza zastosowaniem PegIFN-alfa2a, nie należy ograniczać się do 1 roku, ponieważ istnieje duże ryzyko wznowy replikacji po odstawieniu leku. Przeszkodą w leczeniu analogami jest lekooporność (najwyższa dla lamiwudyny, a następnie w zmniejszającej się kolejności: adefowir, adefowir skojarzony z lamiwudyną, entekawir) [39, 40].

U dotychczas nieleczonych osób z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby typu B w monoterapii stosuje się PegIFN-alfa2a, a z grupy AN entekawir i tenofowir. Wymienione AN charakteryzują się największym potencjałem hamowania replikacji HBV oraz wysoką barierą oporności [39, 40].

Korzyścią terapii interferonem jest krótki okres leczenia i brak oporności na leczenie. Stosowanie tego leku wiąże się jednak z występowaniem wielu działań niepożądanych, takich jak objawy rzekomogrypowe czy supresja szpiku kostnego. W czasie terapii interferonem często dochodzi do zaostrzenia zapalenia wątroby, co może być źle tolerowane przez pacjentów z marskością. Dlatego też interferonu nie powinno się stosować u pacjentów z marskością [41].

Pacjenci z wyrównaną marskością wątroby zaliczeni do kategorii A wg Child- Pugh niezależnie od wartości wiremii powinni być leczeni entekawirem lub tenofowirem w monoterapii. Leczenie Peg IFN- alfa 2a powinno przebiegać pod warunkiem ścisłego monitorowania przebiegu leczenia. Pacjenci zaliczani do klasy B i C wg Child- Pugh bądź z wywiadem niewyrównania funkcji wątroby, pacjenci przed i po przeszczepie wątroby powinni być bezterminowo leczeni entekawirem lub tenofowirem pod ścisłą kontolą biochemiczną w celu wczesnego wykrycia ewentualnych powikłań metabolicznych [39].

Lamiwudyna jest lekiem bezpiecznym, stosowanie jej skutecznie zmniejsza poziom wiremii HBV oraz wpływa korzystnie na obraz histologiczny wątroby. Jednak w trakcie leczenia obserwuje się rozwój oporności na ten lek. Im dłużej trwa leczenie , tym ryzyko wystąpienia oporności jest większe. Istota działania przeciwwirusowego lamiwudyny polega na hamowaniu replikacji HBV. Leczenie jest bardzo dobrze tolerowane i może być stosowane również w okresie niewydolności wątroby. Adefovir równie skutecznie co lamiwudyna hamuje replikację DNA HBV, jego stosowanie wiąże się ze znacznie mniejszym ryzykiem rozwoju oporności (ok.2% po dwóch latach) [5,31, 42].

Zapobieganie WZW typu B

Wirus WZW typu B jest szczególnie oporny na zwykłe procedury dezynfekcyjne, dlatego o ile to możliwe należy stosować sprzęt jednorazowy. Sterylizację przedmiotów wielorazowego użytku należy przeprowadzać w autoklawie. Szczegółowe przepisy dotyczące zapobiegania zakażeniom szpitalnym, w tym HBV, posiadają wszystkie placówki służby zdrowia i są zobowiązane do rygorystycznego ich przestrzegania. Obowiązkowym badaniom mającym na celu wykrycie osób zakażonych HBV podlegają dawcy krwi, tkanek i narządów oraz kobiety w ciąży. Z grupy krwiodawców eliminowane są osoby o wysokim prawdopodobieństwie zakażenia HBV, w tym pacjenci po przebyciu WZW B, narkomani, osoby, które poddały się zabiegowi tatuażu, osoby u których stwierdza się ślady po wielokrotnych wkłuciach oraz, które opuściły zakład karny [5].

W Polsce główną drogą transmisji HBV są zakażenia szpitalne. Przestrzeganie zasad postępowania z materiałem biologicznym potencjalnie zakaźnym pozwala zmniejszyć ryzyko transmisji w aspekcie zakażeń wewnątrzszpitalnych. Najważniejszą metodą zapobiegania zakażeniom HBV w szpitalach jest oświata zdrowotna, edukacja personelu, jak również stosowanie oraz zabezpieczenie sprzętu jednorazowego użytku, ochrona ciała (rękawice jednorazowe, fartuchy), przestrzeganie ustalonych procedur odkażania chemicznego. Sterylizację sprzętu medycznego przeprowadza się według standardowych metod, ściśle kontrolując proces sterylizacji za pomocą systemów wskaźnikowych [5].

Najskuteczniejszym sposobem zapobiegania zachorowaniom na WZW typu B są powszechne szczepienia ochronne. Zastosowanie 3-dawkowego schematu szczepienia w 95% zapewnia skuteczność. Niższa skuteczność szczepionki (60-70%) zaobserwowano u osób starszych, szczególnie z zakażeniem HIV, przewlekłym zapaleniem wątroby, przewlekłą niewydolnością nerek, cukrzycą a także u osób otyłych i palących papierosy[12,43,44,45,46].

Uodpornienie bierne przeciwko HBV

Uodpornienie bierne polega na zastosowaniu swoistej immunoglobuliny anty-HBs (Hepatitis B Immune Globulin- HBIG) u osób po ekspozycji na materiał zakaźny (przypadkowe zakłucie igłą od pacjenta zakażonego, zranienie, przedostanie się zakażonego materiału biologicznego na błonę śluzową) lub bliskiego kontaktu z osobą zakażoną (kontakt seksualny z nosicielem HBV, noworodki urodzone przez matki z antygemią HBs). Immunoglobulinę anty-HBs w dawce 0,06 ml/kg mc. należy podać najszybciej, jak jest możliwe (w ciągu kilku godzin, nie później niż w ciągu 24 h od ekspozycji) łącznie z pierwszą dawką szczepionki przeciwko HBV. U noworodków urodzonych z matek zakażonych HBV profilaktyka powinna być zarówno bierna, jak i czynna [36,47].

Uodpornienie czynne przeciwko HBV

Polega ono na podawaniu w określonych odstępach czasu szczepionek zawierających antygeny białka powierzchniowego HBsAg. W rezultacie dochodzi do postawania przeciwciał anty- HBs (neutralizujących). Rekombinowaną szczepionkę podaje się w 3 dawkach w odstępach 0;1 i 6 miesięcy. Pierwsza dawka podawana jest w ciągu 24 godzin po urodzeniu (najlepiej w ciągu 12 godzin). Drugą dawkę szczepienia pierwotnego aplikuje się po 4-6 tygodniach od poprzedniej. Trzecia dawka, uzupełniająca szczepienia podstawowego podawana jest po 6 miesiącach od pierwszej dawki [48,49,51].

Szczepienia osób z bliskiego otoczenia chorych na WZW typu B i nosicieli HBV narażonych w sposób szczególny na zakażenie (domownicy oraz osoby przebywające w zakładach opiekuńczych, wychowawczych i zakładach zamkniętych) wykonywane są trzema dawkami szczepionki w cyklu: 0; 1; 6 miesięcy. Według Programu Szczepień Ochronnych na rok 2012 nie podaje się dawek przypominających [48,49,51]..

W wyjątkowych przypadkach , np. w podróży do kraju gdzie WZW typu B występuje endemicznie można zastosować schemat „szybkiego uodpornienia" w odstępach 0, 7, 21 dni. Wyniki badań dotyczących immunogenności dowodzą, że podanie szczepionki w przyspieszonym schemacie: 0., 7. i 21. dzień gwarantują szybką i długotrwałą ochronę przed zakażeniem HBV [48,49,51]..

Niedopuszczalne jest jednak odmówienie wykonania zabiegu medycznego związanego z naruszeniem ciągłości tkanek w przypadku braku szczepienia przeciw WZW typu B [48, 50, 51] .

W Polsce obowiązkowym szczepieniom przeciw WZW typu B zgodnie z kalendarzem szczepień podlegają:

- wszystkie noworodki w pierwszych 12 godzinach po urodzeniu,
- dzieci w 14 roku życia wcześniej nie szczepione przeciw WZW B,
- pracownicy służby zdrowia, studenci akademii medycznych, uczniowie szkół medycznych,
- osoby ze ścisłego kontaktu z zakażonymi HBV,
- osoby z przewlekłą patologią wątroby,
- pacjenci stacji dializ oraz z niedoborami odporności (podwójną dawką szczepionki) [49].

Zaleca się szczepienie przeciw WZW B wszystkim osobom wcześniej nie szczepionym [5].

Zakończenie

Jeszcze w latach 80. panowała w Polsce plaga zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu B. Dzięki wprowadzeniu szczepień oraz poprawie warunków sanitarno-epidemiologicznych przy udzielaniu świadczeń medycznych, liczba nowo wykrywanych zakażeń WZW B spadała co roku o 30 procent. Przez ostatnie lata zmieniła się nie tylko statystyka epidemiologiczna zapadalności na wirusa, ale także wytyczne jak leczyć i wykorzystywać nowo pojawiające się produkty lecznicze [52].

Piśmiennictwo

1. Juszczyk J.: Hepatitis B: patogeneza i terapia. Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań, 2010, 7-8.
2. Polański J.A.: Hepatologia. Kompendium. Wyd. Medical Tribune Group, Warszawa 2009, 11- 73.
3. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny, Zakład Epidemiologii; Zachorowania na wybrane choroby zakaźne w Polsce od 1 stycznia do 15 października 2012 roku oraz w porównywalnym okresie 2011. Liczba zachorowań i zapadalność na 100 tys. ludności. www.pzh.gov.pl, data pobrania 23.10.2013.
4. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny, Zakład Epidemiologii; Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2011 roku. www.pzh.gov.pl, data pobrania 24.10.2013.
5. Daniluk J., Jurkowska G.: Zarys chorób wewnętrznych dla studentów pielęgniarstwa. Wyd. Czelej, Lublin, 2005.
6. Anusz Z.: Podstawy epidemiologii i kliniki chorób zakaźnych. Podręcznik dla szkół medycznych. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 1998.
7. Hughes- Jones N.C., Wickramasinghe S.N.: Hematologia. Wyd. Medyczne Urban& Partner, Wrocław, 2000.
8. Dziubek Z.: Choroby zakaźne i pasożytnicze. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2010.
9. Levanchy D. Hepatitis B epidemiology, disease burden, treatment, and current and emerging prevention and control measures. Viral Hepatitis. 2004, 11, 97-107.
10. Nickerson E.: Choroby Zakaźne. Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 2008.
11. Cianciara J., Grabowski M.L.: Sytuacja epidemiologiczna zakażeń HBV i HCV w Polsce. Medycyna po Dyplomie, 2006, 2, 18-22.
12. Kłos M.: Zakażenia przenoszone drogą krwi. Przegl. Epidemiol., 2001, 55 (supl. 3), 4-9.

13. Bartlett J.G.: Leczenie chorób infekcyjnych. Wyd. Czelej, Lublin, 2006.
14. Sułek K., Wasilewski P.: Kapryśna wątroba. Agencja Wydawniczo-Usługowa Emilia, Kraków, 1996.
15. Gładysz A., Juszczyk J.: Leczenie chorób wątroby. Wyd. Wolumed, Wrocław, 1996.
16. Małecka I., Wysocki J.: Wirusowe zapalenie wątroby typu B- profilaktyka. Przew. Lek., 2001, 4, 108-111.
17. Bannister B.A., Begg N.T., Gillespie S.H.: Choroby zakaźne. Wyd. Urban & Partner, Wrocław, 1998.
18. Jabłońska J., Grabowski M.L.: Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B – diagnostyka, obraz kliniczny i leczenie. Medycyna po Dyplomie, 2006, 15, 23-27.
19. Cianciara J., Juszczyk J.: Choroby zakaźne i pasożytnicze. Wyd. Czelej, Lublin, 2012.
20. Yamada T.: Postępy w gastroenterologii. Tom II. Wyd. Czelej, Lublin, 2010.
21. Magdzik W., Naruszewicz- Lesiuk D., Zieliński A.: Choroby zakaźne i pasożytnicze. epidemiologia i profilaktyka α- medica Press, Bielsko- Biała, 2007.
22. Porro G.B., Cremer M., Krejs G. i wsp. Gastroenterologia i hepatologia. Wyd. Czelej, Lublin, 2003.
23. Prokopowicz D.: Zakażenia. Obraz kliniczny, rozpoznanie, leczenie. Ekonomia i Środowisko, Białystok, 2004.
24. Bayless T.M., Mae Diehl A.: Gastroenterologia i choroby wątroby. Postępy w terapii. Wyd. Czelej, Lublin, 2006.
25. Walewska- Zielecka B.: Współczesne zasady klasyfikacji przewlekłych zapaleń wątroby i elementy diagnostyki etiopatogenetycznej w badaniach morfologicznych. Post. Nauk Med., 2000, 1, 24- 26.
26. Juszczyk J.: Postępowanie w wirusowym zapaleniu wątroby typu B. Stanowisko z Konferencji Uzgodnieniowej National Institutes of Health. Komentarz. Med. Prakt., 2009, 10, 25- 27.
27. Brzozowski R.: Choroby wątroby i dróg żółciowych. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 1998, 203- 210.
28. Gordon S.C.: Leczenie przeciwwirusowe przewlekłego zapalenia wątroby typu B i C. Medycyna po Dyplomie, 2001, 4, 107-108.
29. Szczeklik A.: Choroby wewnętrzne. Stan wiedzy na rok 2010. Kraków, 2010, 975.
30. McNelly P.R., DO, FACP, FACG: Tajemnice hepatologii. Wyd. Medical Press, Gdańsk, 1999, 9-11.

31. Habib A., Bond W.M., Heuman D.M.: Postępowanie w marskości wątroby. Medycyna po Dyplomie, 2001, 9, 95-96.
32. Sallah S., Bobzien W.: Zaburzenia krzepnięcia w przebiegu chorób wątroby. Medycyna po Dyplomie, 2000, 6, 99-103.
33. Mazur W.: Wodobrzusze. Komentarz. Medycyna po Dyplomie, 2004, 11, 30-32.
34. Dziubek Z.: Choroby zakaźne i pasożytnicze. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2006, 657.
35. Szleszkowski Ł., Świątek B.: Ustalanie procentowego uszczerbku na zdrowiu w przypadkach wirusowych zapaleń wątroby. Archiwum Medycyny Sądowej Kryminalistyki, 2005, 4, 319-323.
36. Konturek S. J.: Gastroenterologia i hepatologia kliniczna. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2006, 568- 659.
37. Polson J., Lee W.M.: Postępowanie w ostrej niewydolności wątroby. Stanowisko American Assocition for the Study of Liver Diseases. Med. Prakt., 2006, 5, 98-99.
38. Rożnowska K.: Sygnały z brzucha. Wyd. Skrzat, Kraków, 2000, 34-36.
39. Juszczyk J., Boroń- Kaczmarska A., Cianciara J. i wsp.: Polska Grupa Ekspertów HBV. Zalecenia terapeutyczne na rok 2010: Leczenie przeciwwirusowe przewlekłego zapalenia wątroby typu B. Zakażenia, 2010, 1, 4-6.
40. Travis S., Stevens R., Dalton H.: Gastroenterologia. Med. Prakt., Kraków, 2000, 87.
41. Floch M.H., Floch N.R., Kowdley K.V., et al: Gastroenterologia Nettera. Tom 2. Wyd. Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 2010.
42. Goncarz Z., Mazur W., Mazurek U.: Lamiwudyna w leczeniu przewlekłych chorób wątroby spowodowanych wirusem zapalenia wątroby typu B. Post. Nauk Med., 2000, 1, 3- 6.
43. Dancewicz M., Szymankiewicz M., Kowalewski J. i wsp.: Postępowanie w przypadku ekspozycji pracowników szpitala na HBV, HCV i HIV. Przegl. Epidemiol., 2005, 59, 671- 677.
44. Maier K.P.: Zapalenie wątroby. Diagnostyka, terapia i zapobieganie u chorych z ostrymi i przewlekłymi chorobami wątroby w praktyce. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 1998, 30-43.
45. Thomas V.: Prewencja i kontrola zakażeń. Elsevier Urban& Partner, Wrocław, 2011.
46. Czajka H.: Szczepionka przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B. www.szczepienia.pzh.gov.pl, data pobrania 26.02.2013.

47. Keyston J.S.: Wirusowe zapalenie wątroby u turystów. Med. Prakt., suplement: Szczepienia, 2006, 5, 10.
48. Magdzik W.: Wirusowe zapalenie wątroby typu B w Polsce do 2002 roku. Zasady zapobiegania i zwalczania w szczególności drogą uodpornienia czynnego. PZH. Warszawa 2003, 34- 47.
49. Załącznik do Komunikatu Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 26 października 2011 r. (poz. 71) Program Szczepień Ochronnych na rok 2012. www.pis.gov.pl, 24.10.2012.
50. Wysocki J., Czaka H.: Szczepienia w pytaniach i odpowiedziach. Help Med., Kraków 2010, 44.
51. Czajka H., Wysocki J.: Szczepienia w profilaktyce chorób zakaźnych. Vademecum. Help Med., Kraków 2010, 91.
52. Katoła- Świątek D.: Epidemiologia przewlekłych wirusowych zapaleń wątroby typu B i C raz nowo wykrytych zakażeń HBV i HCV w powiecie lubińskim w latach 2008-2012. Probl. Hig. Epidemiol., 2013, 94, 551-554.

Kowalewska Beata[1,2] , Fal Małgorzata[1,3], Rolka Hanna Joanna[1,2], Ortman Elżbieta Beata[2], Jankowiak Barbara[1,2], Klimaszewska Krystyna[1,2], Krajewska – Kułak Elżbieta[1]

Wiedza społeczeństwa na temat wirusowego zapalenia wątroby typu B

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej , Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.
2. Instytut Medyczny, Państwowa Wyższa Szkołą Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży
3. Oddział Obserwacyjno- Zakaźny, Szpital Ogólny w Hajnówce

Wstęp

Wirusowe zapalenie wątroby typu B to najczęstsza i najpoważniejsza forma infekcji wątroby na świecie. Stanowi poważny problem globalny- ponad 2 miliardy ludzi są zainfekowane wirusem HBV. Pomimo szczepionki , aż ok. 350-400 mln osób cierpi na przewlekłą postać choroby, która jest przyczyną 80% przypadków raka wątroby. WZW B to 10- ta na liście chorób wywołujących najwięcej zgonów na całym świecie [1,2].

W Polsce problem WZW typu B dotyczy ok.1- 1,5% społeczeństwa, czyli ok. 450 tys. osób. Dzięki wprowadzeniu programu szczepień ochronnych, wczesnej diagnostyki oraz dostępie do nowoczesnego leczenia udało się znacznie ograniczyć liczbę nowych zakażeń. Liczba przypadków ostrego WZW B zmniejszyła się z około 15 000 w 1979 r. do 2000 w 2003 r. Według meldunków PZH w 2007 odnotowano 364 przypadki ostrego WZW B, zaś w roku 2008- 262 .W 2010 roku liczba zachorowań na ostre WZW typu B wynosiła 128 przypadków chorobowych. Rok 2011 to 111 osób ze zdiagnozowaną ostrą formą wirusowego zapalenia wątroby typu B [3].

Celem pracy była ocena wiedzy społeczeństwa na temat wirusowego zapalenia wątroby typu B.

Materiał i metodyka badań

Badaniem, przeprowadzonym po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej UMB nr R- I-002/333/2012 objęto 100 dorosłych, losowo wybranych osób, niezwiązanych ze służbą zdrowia. Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny w oparciu o autorski kwestionariusz ankiety. Badanie przeprowadzono w okresie od 01.05.2012 do 01.02.2013. Respondenci zostali poinformowani o dobrowolności oraz anonimowości badań.

Autorski kwestionariusz za pomocą którego przeprowadzono badanie składał się z dwóch części:

- Część I ogólna- zawierała 5 pytań dotyczących danych osoby badanej, tj. wiek, płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania oraz stan cywilny.

- Część II szczegółowa- zawierała 11 zagadnień merytorycznych dotyczących bezpośrednio jednostki chorobowej jaką jest wirusowe zapalenie wątroby typu B oraz 6 pytań uzupełniających dotyczących osobistych doświadczeń ankietowanego, zaszczepienia przeciw WZW B, wykonywanych badań, źródła czerpania informacji o chorobie.

Uzyskane wyniki przedstawiono w formie opisowej i graficznej. Dokonano analizy statystycznej otrzymanych wyników z zastosowaniem testu t-Studenta. Wnioskowanie statystyczne przeprowadzono przy standaryzowanym poziomie istotności $p<0,05$.

Do opisu i interpretacji wyniku testu statystycznego, prawdopodobieństwa testowego (p), przyjęto ogólnie stosowane reguły:

gdy $p < 0,05$ mówimy o statystycznie istotnej zależności;

$p < 0,01$ to wysoce istotna zależności;

$p < 0,001$ to bardzo wysoko istotna statystycznie zależność.

Wyniki

Przedstawienie grupy badawczej

Badaniem ankietowym objęto 100 osób, w tym 52 kobiety i 48 mężczyzn. Średnia wieku badanej grupy wynosiła 41 lat. Najmłodszy respondent miał 18 lat, a najstarszy 72 lat. Wiek ankietowanych kobiet był wyższy niż mężczyzn. 75% kobiet przekroczyło 35 rok życia, a co czwarta była wieku co najmniej 49 lat. Natomiast wśród mężczyzn: 75% badanych przekroczyło 25 rok życia, a co czwarty był w wieku co najmniej 52 lata (Tabela 1).

Tab. 1. Wybrane charakterystyki dla zmiennej: wiek respondenta

Grupa	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Dolny Kwartyl	Górny Kwartyl
Kobiety	52	42,27	11,45	18,00	68,00	35,00	49,00
Mężczyźni	48	39,63	15,33	18,00	72,00	25,50	52,00
Populacja	**100**	**41,00**	**13,45**	**18,00**	**72,00**	**32,00**	**52,00**

Wśród respondentów 25,00% było mieszkańcami wsi, a 75,00% - mieszkańcami miast. W przypadku kobiet stosunek ten był bardziej ostry, odpowiednio: 19,23% i 80,77%, gdzie wśród mężczyzn: 31,25% i 68,75% (Tabela 2).

Poziom wykształcenia w badanej populacji był średni – tylko 17,00% osób miało wykształcenie wyższe. Wśród pozostałych respondentów 52,00% miało ukończoną szkołę średnią, 24,00% - zawodową, a 7,00% - podstawową (Tabela 3).

Tab. 2. Miejsce zamieszkania respondentów

Miejsce zamieszkania	Razem	Kobiety	Mężczyźni
Wieś	25	10	15
	25,00%	19,23%	31,25%
Miasto	75	42	33
	75,00%	80,77%	68,75%
Razem	**102**	**52**	**48**

Tab. 3. Poziom wykształcenia respondentów

Poziom wykształcenia	Razem	Kobiety	Mężczyźni
Podstawowe	7	2	5
	7,00%	3,85%	10,42%
Zawodowe	24	13	11
	24,00%	25,00%	22,92%
Średnie	52	27	25
	52,00%	51,92%	52,08%
Wyższe	17	10	7
	17,00%	19,23%	14,58%
Razem	**100**	**52**	**48**

Ankietowani w 67,00% funkcjonowali w stałych związkach małżeńskich. Zamężna była co czwarta badana kobieta, a w przypadku mężczyzn, co drugi respondent. Wśród mężczyzn prawie 40% miało status kawaler (Tabela 4).

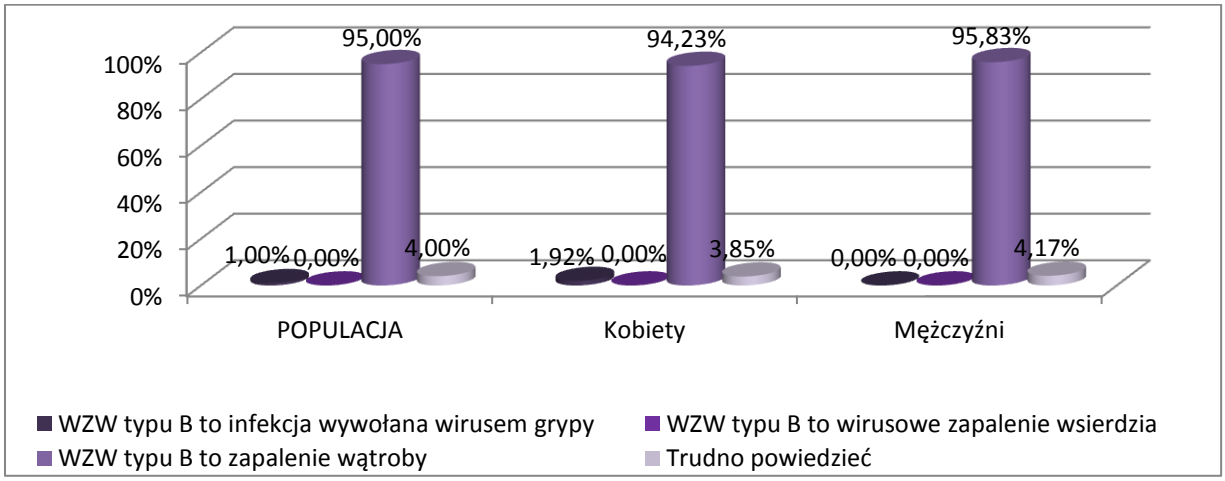
Tabela II. Stan cywilny respondentów

Stan cywilny	Razem	Kobiety	Mężczyźni
Kawaler/Panna	24	5	19
	24,00%	9,62%	39,58%
Żonaty/Mężatka	67	40	27
	67,00%	76,92%	56,26%
Rozwiedziony/Rozwiedziona	4	3	1
	4,00%	5,77%	2,08%
Wdowiec/Wdowa	5	4	1
	5,00%	7,69%	2,08%
Razem	**100**	**52**	**48**

Poziom wiedzy respondentów na temat wirusowego zapalenia wątroby typu B

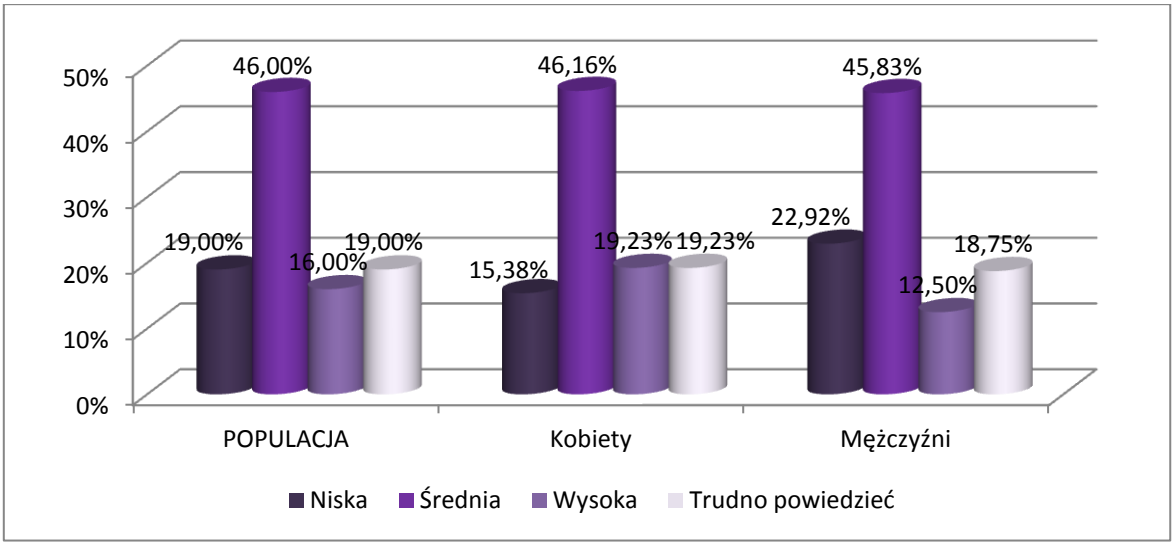
Badanie poziomu wiedzy respondentów w zakresie wirusowego zapalenia wątroby typu B rozpoczęto od określenia prawidłowej definicji tej jednostki chorobowej. Wśród

ankietowanych 95%, zarówno kobiet jak i mężczyzn wskazało określenie: „*WZW typu B to zapalenie wirusowe wątroby*" (Rycina 1).



Ryc. 1. Poziom znajomości definicji wirusowego zapalenia wątroby typu B wśród respondentów

Według PZH w Polsce obecnie 1-1,5% populacji wykazuje obecność antygenu HBs, dzięki czemu Polskę zalicza się do krajów o niskiej częstotliwości występowania zakażenia HBV. Wiedzę w tym zakresie miało tylko 19,00% badanych. W opinii połowy respondentów Polska należy do krajów o średniej częstotliwości występowania zakażenia HBV wywołującego wirusowe zapalenie wątroby typu B. Co piąta ankietowana osoba nie umiała określić jednoznacznie poziomu występowania tego problemu w Polsce (Rycina 2).



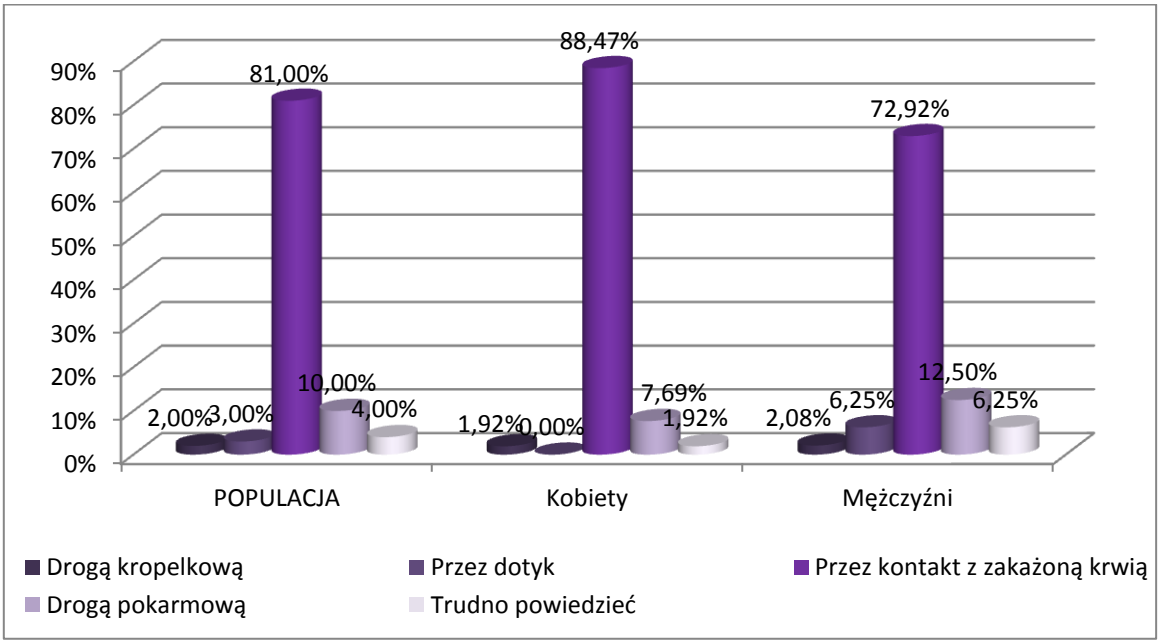
Rycina 2. Częstotliwość występowania zakażenia HBV w Polsce w opinii respondentów

Nie stwierdzono statystycznie zależności pomiędzy poziomem wiedzy w zakresie częstotliwości występowania zakażenia HBV a poziomem wykształcenia respondenta (Tabela 5).

Tab. 5. Częstotliwość występowania zakażenia HBV w Polsce w opinii respondentów a poziom wykształcenia

Udzielona odpowiedź	WYKSZTAŁCENIE (p=0,410)			
	Podstawowe	Zawodowe	Średnie	Magisterskie
Niska	1	8	8	2
	14,29%	33,33%	15,38%	11,76%
Średnia	2	7	28	9
	28,57%	29,17%	53,85%	52,94%
Wysoka	1	3	7	5
	14,29%	12,50%	13,46%	29,41%
Trudno powiedzieć	3	6	9	1
	42,86%	25,00%	17,31%	5,88%
Ogółem	7	24	52	17

Do zakażenia wirusem HBV dochodzi poprzez kontakt z zakażoną krwią. Wiedzę tą posiadało 81,00% ankietowanych, w tym prawie 89% kobiet i tylko 73% mężczyzn (Rycina 3).



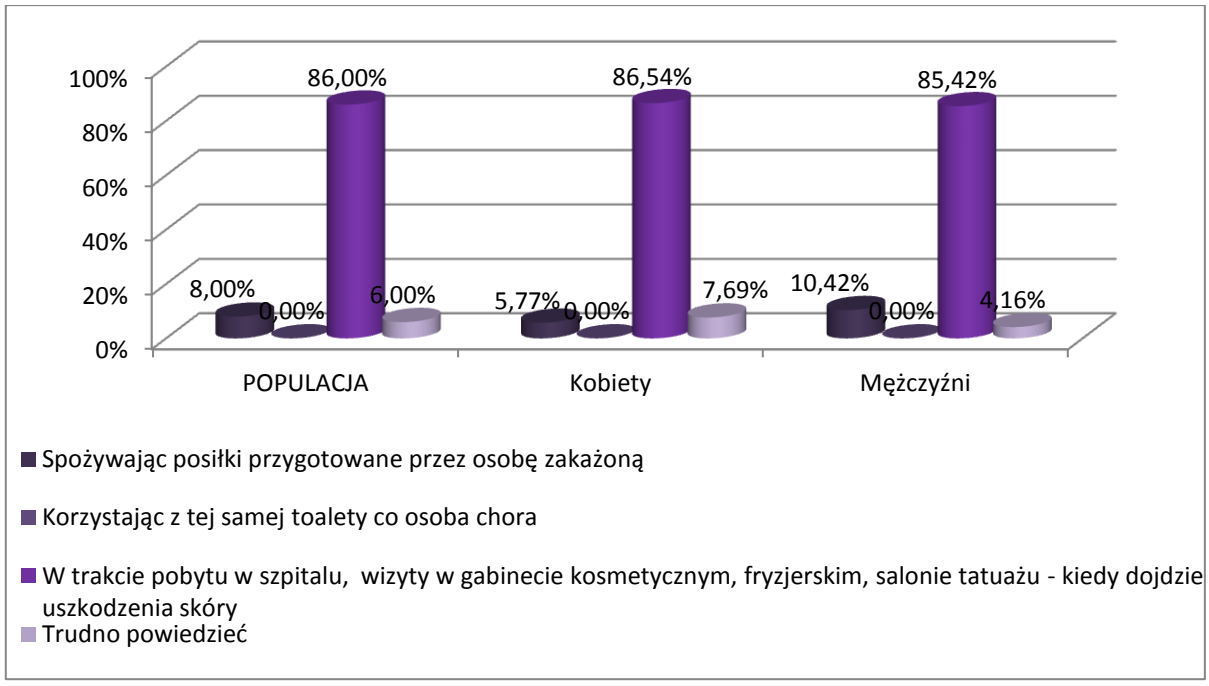
Ryc. 3. Drogi szerzenia się wirusa HBV w opinii respondentów

Nie stwierdzono statystycznie zależności pomiędzy poziomem wiedzy w zakresie dróg szerzenia się wirusa HBV a poziomem wykształcenia respondenta (Tabela 6).

Tab. 6. Drogi szerzenia wirusa HBV w opinii respondentów a poziom wykształcenia

Udzielona odpowiedź	WYKSZTAŁCENIE (p=0,167)			
	Podstawowe	Zawodowe	Średnie	Magisterskie
Droga kropelkowa	0	1	1	0
	0,00%	4,17%	1,92%	0,00%
Przez dotyk	1	0	2	0
	14,29%	0,00%	3,85%	0,00%
Przez kontakt z zakażoną krwią	2	20	42	17
	28,57%	83,33%	80,77%	100,00%
Drogą pokarmową	4	1	5	0
	57,14%	4,17%	9,62%	0,00%
Trudno powiedzieć	0	2	2	0
	0,00%	8,33%	3,85%	0,00%
Ogółem	7	24	52	17

Za sytuację zagrażającą zarażeniem wirusem HBV respondenci uznali zdarzenie uszkodzenia skóry, np. podczas pobytu w szpitalu, wizyty w gabinecie kosmetycznym, fryzjerskim czy tatuażu (Ryc. 4).



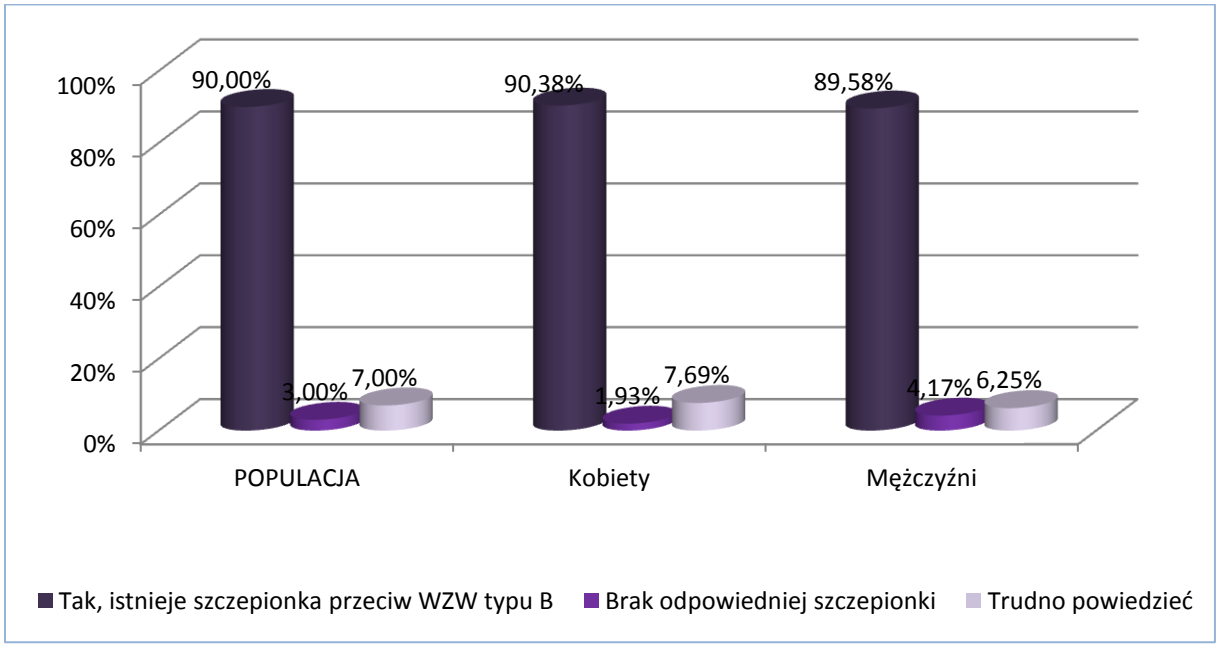
Ryc. 4. Sytuacje zagrożenia zarażeniem się wirusem HBV w opinii respondentów

Nie stwierdzono statystycznie zależności pomiędzy poziomem wiedzy w zakresie sytuacji zagrożenia zarażeniem się wirusem HBV a poziomem wykształcenia respondenta (Tabela 7).

Tabela 7. Sytuacje zagrożenia zarażeniem się wirusem HBV w opinii respondentów a poziom wykształcenia

Udzielona odpowiedź	WYKSZTAŁCENIE (p=0,558)			
	Podstawowe	Zawodowe	Średnie	Magisterskie
Spożywając posiłki przygotowane przez osobę zakażoną	1	3	4	0
	14,29%	12,50%	7,69%	0,00%
Korzystając z tej samej toalety co osoba chora	0	0	0	0
	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
W trakcie pobytu w szpitalu, wizyty w gabinecie kosmetycznym, fryzjerskim, salonie tatuażu – kiedy dojdzie uszkodzenia skóry	5	18	46	17
	71,43%	75,00%	88,46%	100,00%
Trudno powiedzieć	1	3	2	0
	14,29%	12,50%	3,85%	0,00%
Ogółem	7	24	52	17

Najskuteczniejszym sposobem zapobiegania zachorowaniom na WZW typu B są powszechne szczepienia ochronne. W badanej grupie 90,00% osób było świadomych, że istnieje szczepionka przeciw WZW typu B. Zdania przeciwnego było 3,00% ankietowanych osób, a 7,00% nie miało jednoznacznej wiedzy w tym zakresie (Rycina 5).



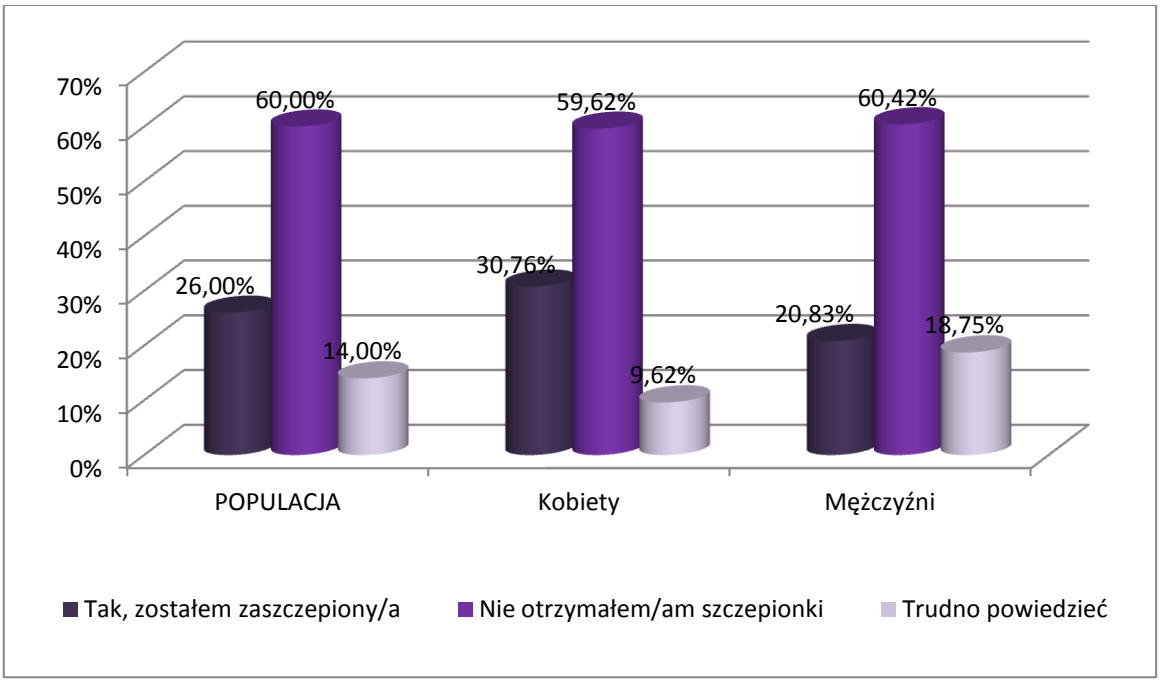
Ryc. 5. Istnienie szczepionki przeciw WZW typu B w opinii respondentów

Nie stwierdzono statystycznie zależności pomiędzy poziomem wiedzy w zakresie istnienia szczepionki przeciw WZW typu B a poziomem wykształcenia respondenta (Tabela 8).

Tab. 8. Istnienie szczepionki przeciw WZW typu B w opinii respondentów a poziom wykształcenia

Udzielona odpowiedź	WYKSZTAŁCENIE (p=0,303)			
	Podstawowe	Zawodowe	Średnie	Magisterskie
Tak, istnieje szczepionka przeciw WZW typu B	5	22	47	16
	71,43%	91,67%	90,38%	94,12%
Nie, brak odpowiedniej szczepionki	1	0	2	0
	14,29%	0,00%	3,85%	0,00%
Trudno powiedzieć	1	2	3	1
	14,29%	8,33%	5,77%	5,88%
Ogółem	7	24	52	17

Zastosowanie 3-dawkowego schematu szczepienia w 95% zapewnia skuteczność. Niższą skuteczność szczepionki (60-70%) odnotowano u osób starszych, zakażonych HIV, przewlekłym zapaleniem wątroby, przewlekłą niewydolnością nerek, cukrzycą a także u osób otyłych i palących papierosy. Szczepienia przeciw WZW typu B otrzymało 26,00% respondentów. Brak tych szczepień dotyczył 60,00% badanych. Natomiast 14,00% nie miało wiedzy w tym zakresie (Rycina 6).



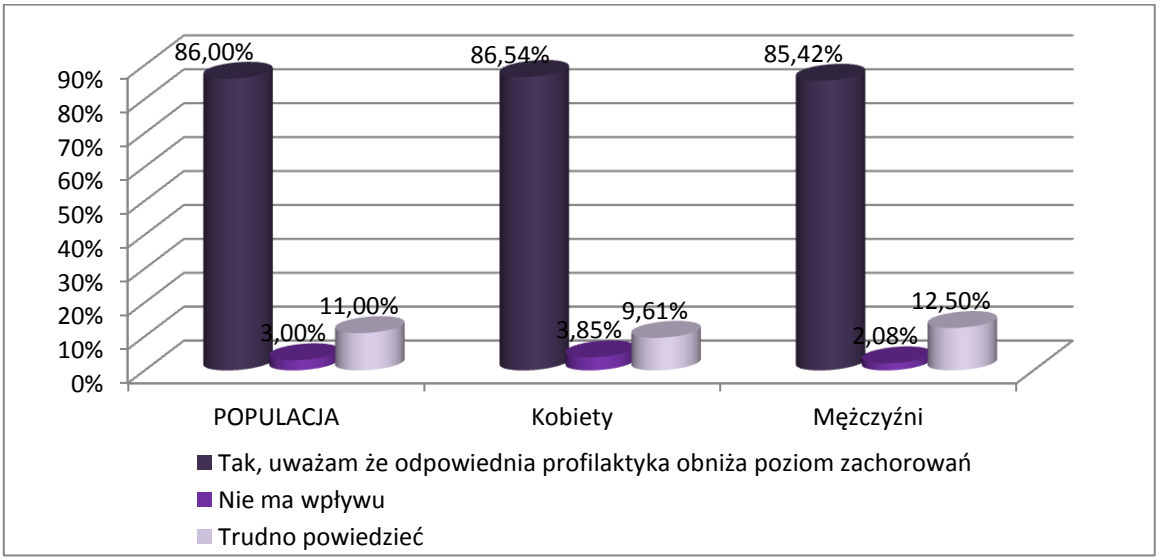
Rycina 6. Poziom wykonania szczepień przeciw WZW typu B wśród respondentów

Nie stwierdzono statystycznie zależności pomiędzy przeprowadzonym szczepieniem przeciw WZW typu B a poziomem wykształcenia respondenta (Tabela 9).

Tabela 9. Poziom wykonania szczepień przeciw WZW typu B wśród respondentów a poziom wykształcenia

Udzielona odpowiedź	WYKSZTAŁCENIE (p=0,370)			
	Podstawowe	Zawodowe	Średnie	Magisterskie
Tak, zostałem zaszczepiony/a	1	6	14	5
	14,29%	25,00%	26,92%	29,41%
Nie otrzymałem/am szczepionki	5	14	30	11
	71,43%	58,33%	57,69%	64,71%
Trudno powiedzieć	1	4	8	1
	14,29%	16,67%	15,38%	5,88%
Ogółem	7	24	52	17

Liczba nowych zachorowań na WZW typu B systematycznie spada dzięki wprowadzeniu szczepień ochronnych, badań przesiewowych dawców krwi, tkanek i narządów oraz kobiet w ciąży, wdrożeniu i rygorystycznym przestrzeganiu szczegółowych przepisów dotyczących zapobiegania zakażeniom szpitalnym we wszystkich placówkach służby zdrowia. Z opinią tą zgadzało się 86,00% ankietowanych osób (Rycina 7).



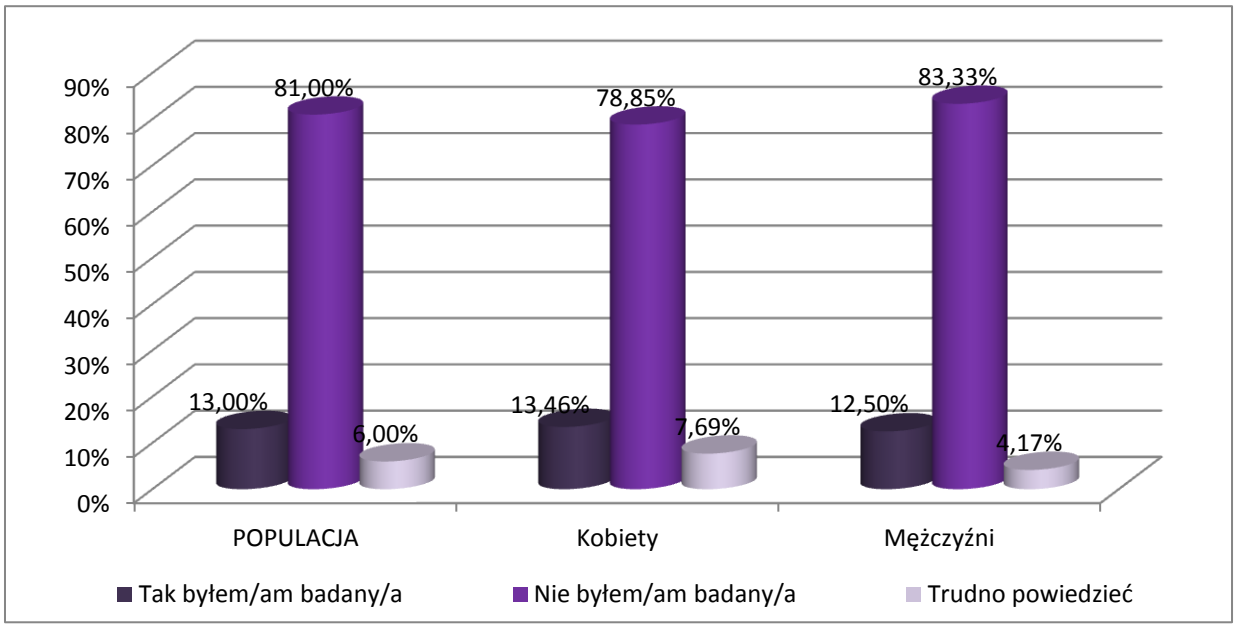
Rycina 7. Wpływ profilaktyki przeciw zakaźeniowej na liczbę nowych zachorowań w opinii respondentów

Nie stwierdzono statystycznie zależności pomiędzy poziomem wiedzy w zakresie istnienia szczepionki przeciw WZW typu B a poziomem wykształcenia respondenta (Tabela 10).

Badania w celu wykrycia wirusa HBV, wywołującego wirusowe zapalenie wątroby typu B, miało wykonywane 13,00% respondentów. Nigdy takiej diagnostyki nie miało przeprowadzonej 81,00% badanych (Rycina 8).

Tab. 10. Wpływ profilaktyki przeciw zakaźeniowej na liczbę nowych zachorowań a poziom wykształcenia

Udzielona odpowiedź	WYKSZTAŁCENIE (p=0,089)			
	Podstawowe	Zawodowe	Średnie	Magisterskie
Tak, uważam że odpowiednia profilaktyka obniża poziom zachorowań	5	20	44	17
	71,43%	83,33%	84,62%	100,00%
Nie ma wpływu	0	2	1	0
	0,00%	8,33%	1,92%	0,00%
Trudno powiedzieć	2	2	7	0
	28,57%	8,33%	13,46%	0,00%
Ogółem	7	24	52	17



Ryc. 8. Liczba przeprowadzonych badań respondentów w celu wykrycia wirusa HBV

Poziom wykonanych badań diagnostycznych wzrastał wraz z poziomem wykształcenia respondenta. Stwierdzono statystycznie zależność bardzo wysoce istotną pomiędzy przeprowadzonym badaniem w kierunku WZW typu B a poziomem wykształcenia respondenta (Tabela 11).

Badań w kierunku WZW typu B nie miał wykonanych żaden z ankietowanych mieszkańców wsi. Stwierdzono statystycznie zależność wysoce istotną pomiędzy przeprowadzonym badaniem w kierunku WZW typu B a miejscem zamieszkania respondenta (Tabela 12).

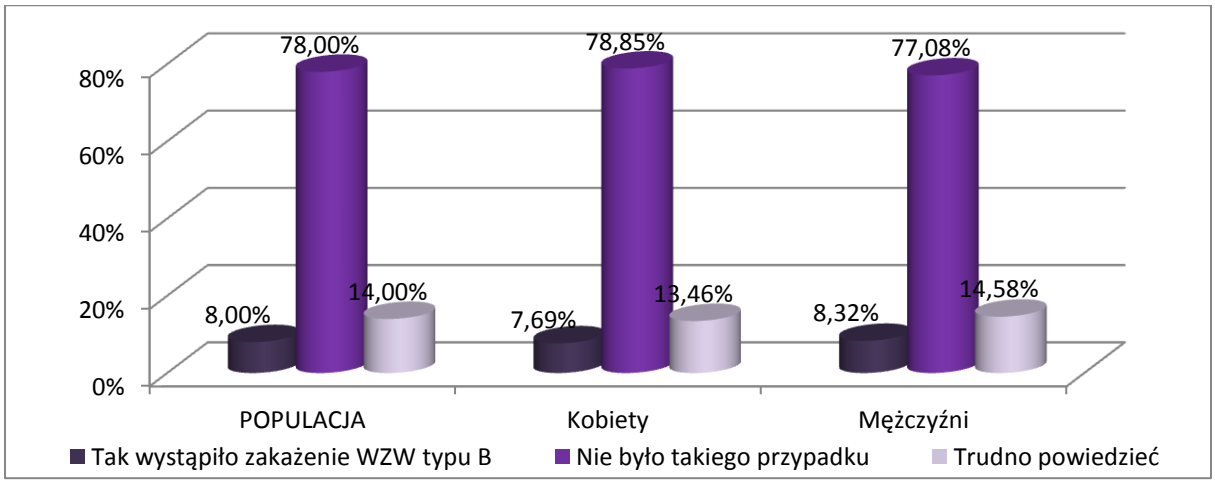
Tabela 11. Liczba przeprowadzonych badań respondentów w celu wykrycia wirusa HBV a poziom wykształcenia

Udzielona odpowiedź	WYKSZTAŁCENIE (p<0,001)			
	Podstawowe	Zawodowe	Średnie	Magisterskie
Tak byłem/am badany/a	0	3	3	7
	0,00%	12,50%	5,77%	41,18%
Nie byłem/am badany/a	6	17	48	10
	85,71%	70,83%	92,31%	58,82%
Trudno powiedzieć	1	4	1	0
	14,29%	16,67%	1,92%	0,00%
Ogółem	7	24	52	17

Tabela 12. Liczba przeprowadzonych badań respondentów w celu wykrycia wirusa HBV a miejscem zamieszkania

Udzielona odpowiedź	MIEJSCE ZAMIESZKANIA (p=0,002)	
	Wieś	Miasto
Tak byłem/am badany/a	0	13
	0,00%	17,33%
Nie byłem/am badany/a	21	60
	84,00%	80,00%
Trudno powiedzieć	4	2
	16,00%	2,67%
Ogółem	25	75

Zbadano poziom występowania zakażenia WZW typu B w rodzinie respondenta. Przypadki zachorowań dotyczyły 8,00% ankietowanych osób. Brak takich zdarzeń stwierdziło 78,00% badanych, a 14,00% nie miała wiedzy w tym zakresie (Rycina 9).



Ryc. 9. Występowanie zakażeń wirusem HBV w rodzinie respondenta

Stwierdzono statystycznie zależność bardzo wysoce istotną pomiędzy wiedzą w zakresie wystąpienia w rodzinie zakażenia WZW typu B a poziomem wykształcenia respondenta (Tabela 13).

Tabela 13. Występowanie zakażeń wirusem HBV w rodzinie respondenta a poziom wykształcenia

Udzielona odpowiedź	WYKSZTAŁCENIE (p=0,001)			
	Podstawowe	Zawodowe	Średnie	Magisterskie
Tak wystąpiło zakażenie WZW typu B	0	0	4	4
	0,00%	0,00%	7,69%	23,53%
Nie było takiego przypadku	5	19	41	13
	71,43%	79,17%	78,85%	76,47%
Trudno powiedzieć	2	5	7	0
	28,57%	20,83%	13,46%	0,00%
Ogółem	7	24	52	17

Stwierdzono statystycznie zależność bardzo wysoce istotną pomiędzy wiedzą w zakresie wystąpienia w rodzinie zakażenia WZW typu B a miejscem zamieszkania respondenta (Tabela 14).

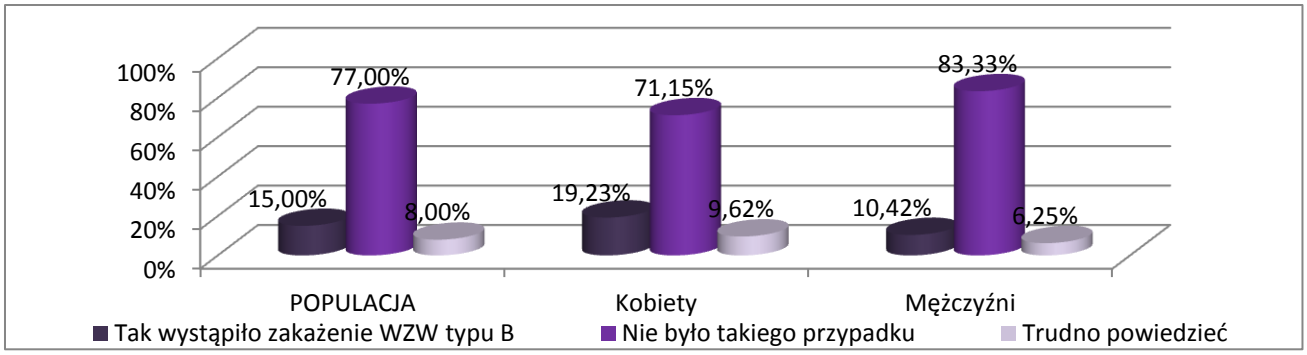
Tabela 14. Występowanie zakażeń wirusem HBV w rodzinie respondenta a miejsce zamieszkania

Udzielona odpowiedź	MIEJSCE ZAMIESZKANIA (p=0,006)	
	Wieś	Miasto
Tak wystąpiło zakażenie WZW typu B	1	7
	4,00%	9,33%
Nie było takiego przypadku	16	62
	64,00%	82,67%
Trudno powiedzieć	8	6
	32,00%	8,00%
Ogółem	25	75

Wśród respondentów 15,00% badanych znało osobiście osobę mającą kontakt z WZW typu B. Brak występowania zakażenia wirusem HBV w najbliższym otoczeniu dotyczył 77,00% ankietowanych (Rycina 10).

Stwierdzono statystycznie zależność bardzo wysoce istotną pomiędzy wiedzą w zakresie wystąpienia w środowisku życia WZW typu B a poziomem wykształcenia respondenta (Tabela 15).

Stwierdzono statystycznie zależność bardzo wysoce istotną pomiędzy wiedzą w zakresie wystąpienia w środowisku życia WZW typu B a miejscem zamieszkania respondenta (Tabela 16).



Ryc. 10. Występowanie zakażeń wirusem HBV w środowisku życia respondenta

Tab. 15. Występowanie zakażeń wirusem HBV w środowisku życia respondenta a poziom wykształcenia

Udzielona odpowiedź	WYKSZTAŁCENIE (p<0,001)			
	Podstawowe	Zawodowe	Średnie	Magisterskie
Tak wystąpiło zakażenie WZW typu B	0	1	7	7
	0,00%	4,17%	13,46%	41,18%
Nie było takiego przypadku	5	21	41	10
	71,43%	87,50%	78,85%	58,82%
Trudno powiedzieć	2	2	4	0
	28,57%	8,33%	7,69%	0,00%
Ogółem	7	24	52	17

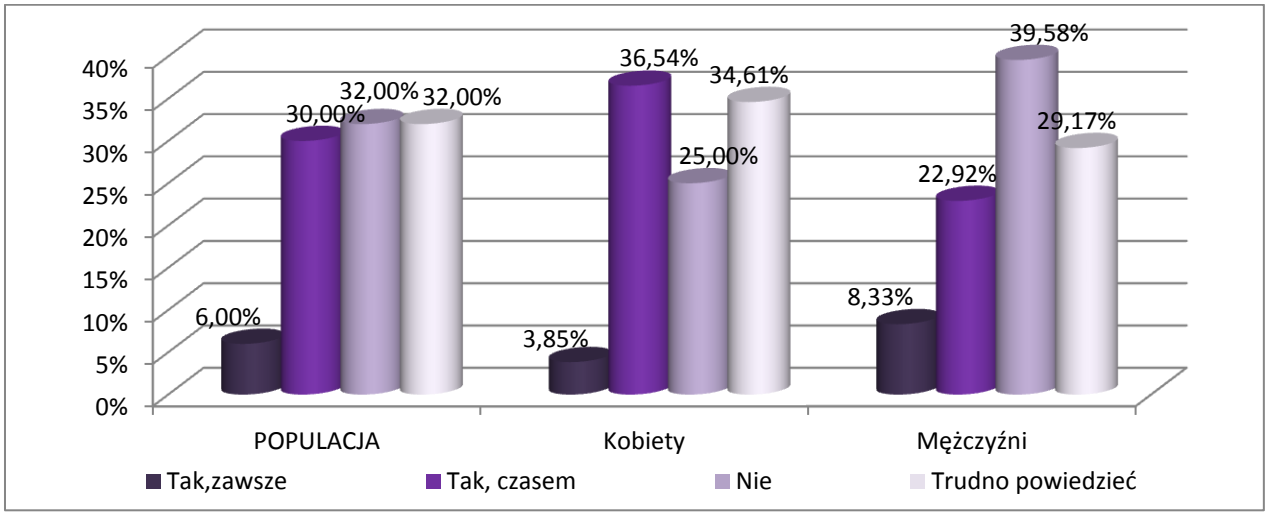
Tabela 16. Występowanie zakażeń wirusem HBV w środowisku życia respondenta a miejsce zamieszkania

Udzielona odpowiedź	MIEJSCE ZAMIESZKANIA (p<0,001)	
	Wieś	Miasto
Tak wystąpiło zakażenie WZW typu B	1	14
	4,00%	18,67%
Nie było takiego przypadku	18	59
	72,00%	78,67%
Trudno powiedzieć	6	2
	24,00%	2,67%
Ogółem	25	75

W przypadku ostrej postaci WZW typu B dochodzi do samoistnego wyleczenia, jednak kliniczne wyzdrowienie nie jest równoznaczne z całkowitą eradykacją wirusa z ustroju. Jeśli choroba przejdzie w fazę przewlekłą stosowane jest leczenie, które ma na celu doprowadzenie do zahamowania lub powstrzymania rozwoju zmian zapalnych oraz procesu włóknienia wątroby. Istotą leczenia jest wówczas zapobieganie rozwojowi marskości wątroby i raka wątrobokomórkowego, poprawę jakości życia a także jego przedłużenie oraz

ograniczenie szerzenia się zakażeń HBV. W tych przypadkach niemożliwe jest całkowite wyleczenie WZW typu B [4,5,6].

Opinię o możliwości całkowitego wyleczenia wyraziło 6,00% badanych. Pewne wątpliwości miało 30,00% respondentów, a 32,00% zdecydowanie zaprzeczyło tej możliwości. Co trzeci respondent nie miał wiedzy w tym zakresie. Większym optymizmem w tej kwestii wykazały się kobiety wśród których około 40% twierdziło, że można wyleczyć całkowicie WZW typu B, gdzie mężczyźni – około 30% (Rycina 11).



Ryc. 11. Możliwość całkowitego wyleczenia się z WZW typu B w opinii respondentów

Stwierdzono statystycznie zależność wysoce istotną pomiędzy wiedzą w zakresie możliwości całkowitego wyleczenia WZW typu B a poziomem wykształcenia respondenta (Tabela 17).

Tab. II. Możliwość całkowitego wyleczenia się z WZW typu B w opinii respondentów a poziom wykształcenia

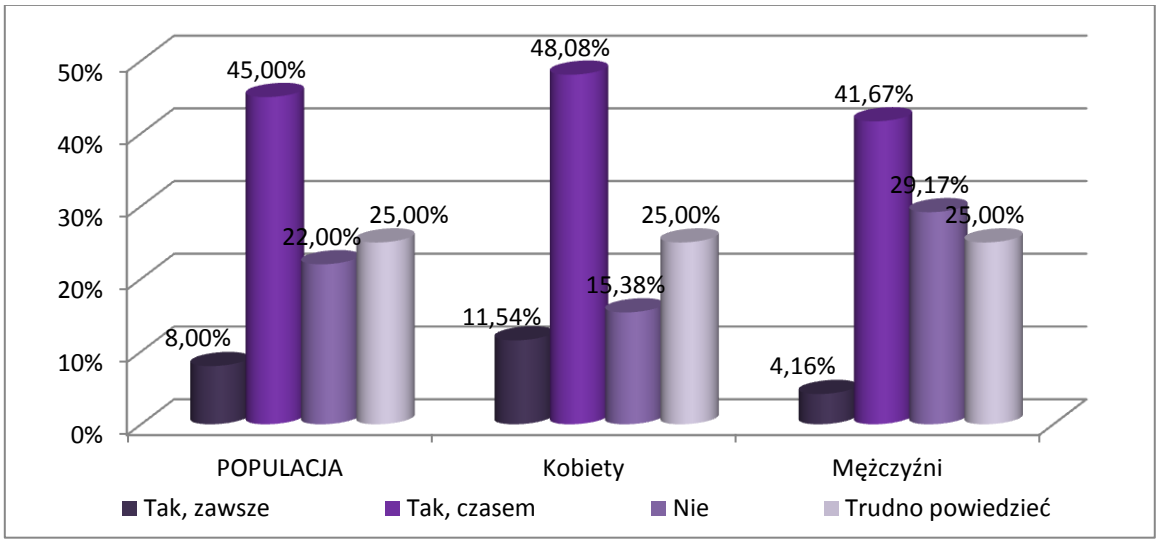
Udzielona odpowiedź	WYKSZTAŁCENIE (p=0,003)			
	Podstawowe	Zawodowe	Średnie	Magisterskie
Tak, zawsze	0	1	4	1
	0,00%	4,17%	7,69%	5,88%
Tak, czasami	2	3	17	8
	28,57%	12,50%	32,69%	47,06%
Nie	1	9	14	8
	14,29%	37,50%	26,92%	47,06%
Trudno powiedzieć	4	11	17	0
	57,14%	45,83%	32,69%	0,00%
Ogółem	7	24	52	17

Nie stwierdzono statystycznie zależności pomiędzy wiedzą w zakresie możliwości całkowitego wyleczenia WZW typu B a miejscem zamieszkania respondenta (Tabela 18).

Tab. 18. Możliwość całkowitego wyleczenia się z WZW typu B w opinii respondentów a miejsce zamieszkania

Udzielona odpowiedź	MIEJSCE ZAMIESZKANIA (p=0,536)	
	Wieś	Miasto
Tak, zawsze	3	3
	12,00%	4,00%
Tak, czasami	5	25
	20,00%	33,33%
Nie	6	26
	24,00%	34,67%
Trudno powiedzieć	11	21
	44,00%	28,00%
Ogółem	25	75

W przypadku ostrego WZW typu B u 20-30% osób choroba przebiega bezobjawowo. Wówczas diagnozę udaje się ustalić przypadkowo lub po latach na drodze wykrycia markerów przebytego zakażenia HBV - przede wszystkim przeciwciał anty-HBc [4,7]. Natomiast w przypadku przewlekłego zapalenia wątroby typu B większość chorych nie odczuwa żadnych dolegliwości. Prawidłowej odpowiedzi udzieliło 53% badanych, gdzie wśród kobiet – około 60%, a mężczyzn – około 45% (Rycina 12).



Rycina 12. Bezobjawowy przebieg zakażenia WZW typu B w opinii respondentów

Stwierdzono statystycznie zależność istotną pomiędzy wiedzą w zakresie możliwości bezobjawowego przebiegu WZW typu B a poziomem wykształcenia respondenta (Tabela 19).

Tab. 19. Bezobjawowy przebieg zakażenia WZW typu B w opinii respondentów a poziom wykształcenia

Udzielona odpowiedź	WYKSZTAŁCENIE (p=0,040)			
	Podstawowe	Zawodowe	Średnie	Magisterskie
Tak, zawsze	0	1	7	0
	0,00%	4,17%	13,46%	0,00%
Tak, czasami	1	9	25	10
	14,29%	37,50%	48,08%	58,82%
Nie	3	7	7	5
	42,86%	29,17%	13,46%	29,41%
Trudno powiedzieć	3	7	13	2
	42,86%	29,17%	25,00%	11,76%
Ogółem	7	24	52	17

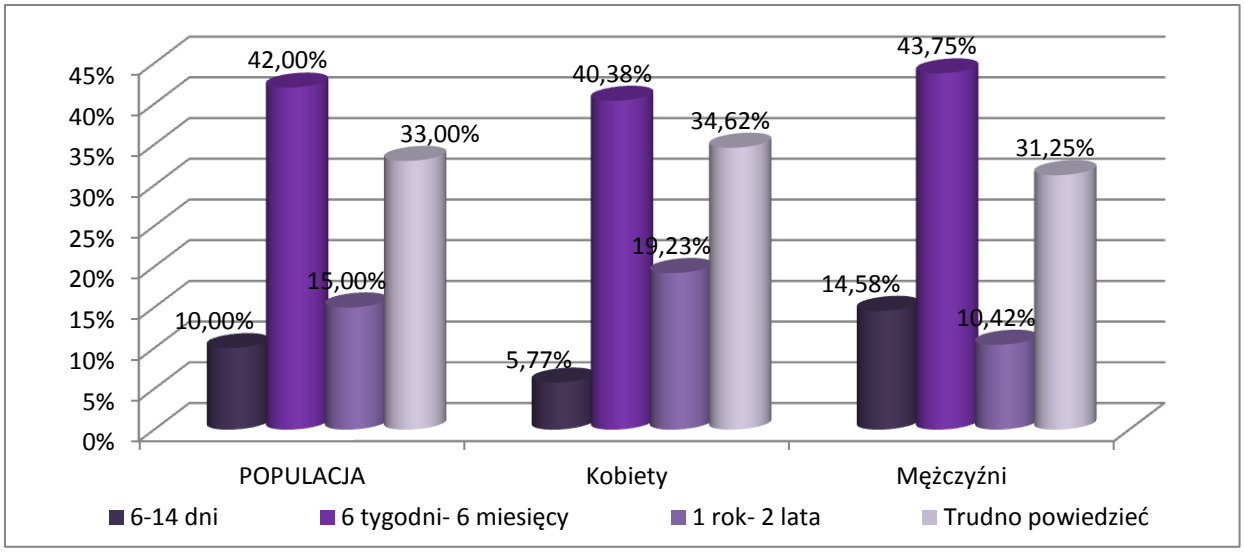
Stwierdzono statystycznie zależność wysoce istotną pomiędzy wiedzą w zakresie możliwości bezobjawowego przebiegu WZW typu B a miejscem zamieszkania respondenta (Tabela 20).

Tabela20. Bezobjawowy przebieg zakażenia WZW typu B w opinii respondentów a miejsce zamieszkania

Udzielona odpowiedź	MIEJSCE ZAMIESZKANIA (p=0,003)	
	Wieś	Miasto
Tak, zawsze	1	7
	4,00%	9,33%
Tak, czasami	7	38
	28,00%	50,67%
Nie	5	17
	20,00%	22,67%
Trudno powiedzieć	12	13
	48,00%	17,33%
Ogółem	25	75

Komórkami docelowymi dla wirusa HBV są hepatocyty. Okres wylęgania choroby wynosi od 6 tygodni do 6 miesięcy, średnio 8-12 tygodni, następnie pojawia się zapalenie wątroby. Niespełna połowa ankietowanych, tj. 42% wiedziała ile wynosi okres inkubacji wirusa HBV (Rycina 13).

Nie stwierdzono statystycznie zależności pomiędzy wiedzą w zakresie okresu wylęgania WZW typu B a poziomem wykształcenia respondenta (Tabela 21).



Ryc. 13. Okres wylęgania WZW typu B w opinii respondentów

Tab. 21. Okres wylęgania WZW typu B w opinii respondentów a poziom wykształcenia

Udzielona odpowiedź	WYKSZTAŁCENIE (p=0,117)			
	Podstawowe	Zawodowe	Średnie	Magisterskie
6-14 dni	1	2	6	1
	14,29%	8,33%	11,54%	5,88%
6 tygodni – 6 miesięcy	3	7	21	11
	42,86%	29,17%	40,38%	64,71%
1-2 lata	0	3	10	2
	0,00%	12,50%	19,23%	11,76%
Trudno powiedzieć	3	12	15	3
	42,86%	50,00%	28,85%	17,65%
Ogółem	7	24	52	17

Nie stwierdzono statystycznie zależności pomiędzy wiedzą w zakresie okresu wylęgania WZW typu B a miejscem zamieszkania respondenta (Tabela 22).

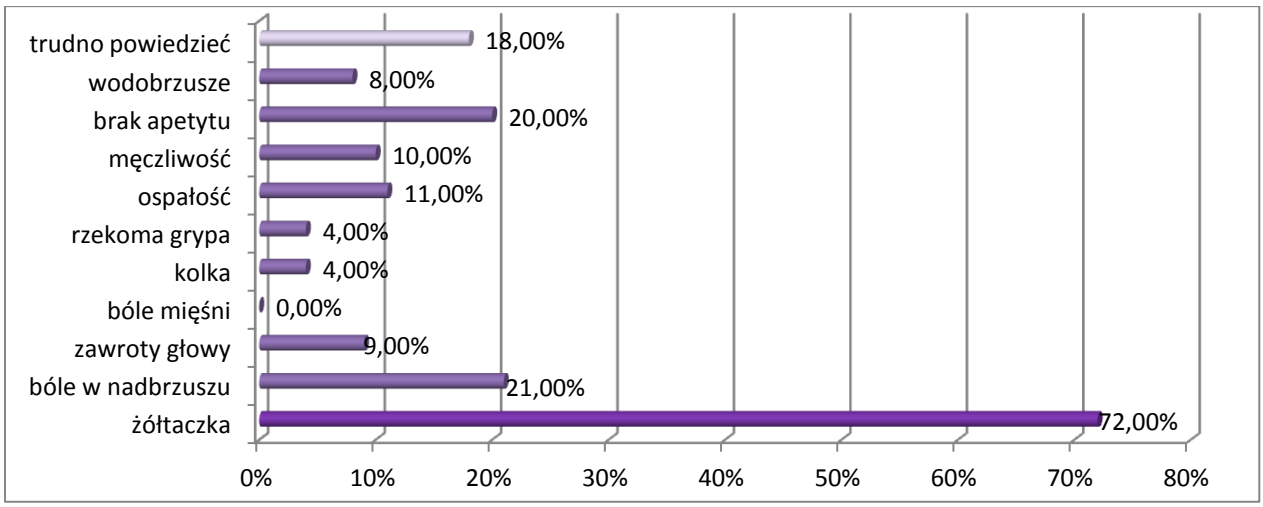
W ostrej postaci wirusowego zapalenia wątroby typu B w okresie poprzedzającym zażółcenie powłok skórnych (co występuje w 70% przypadków) pojawia się zmęczenie, nudności, wymioty, tępy ból w prawym podżebrzu (który jednak nigdy nie jest silny i nie ma charakteru kolki), bóle głowy, biegunka, objawy rzekomogrypowe. Ostra faza choroby charakteryzuje się zażółceniem skóry i białkówek, powiększeniem i bolesnością wątroby, czasem splenomegalią. U chorych występuje brak apetytu, odbijania, nudności, wymioty, biegunka. W przewlekłym zapaleniu wątroby typu B chorzy najczęściej nie odczuwają żadnych dolegliwości. Najczęściej skarżą się na uczucie zmęczenia, obniżony nastrój, bóle stawów, brak apetytu, pobolewania w obrębie prawego podżebrza. W cięższych przypadkach pojawia się miernie nasilona żółtaczka. W zaawansowanym stadium choroby oprócz żółtaczki występuje skłonność do siniaczenia, przedłużone krwawienie z drobnych skaleczeń skóry,

powiększony obwód brzucha (co wskazuje na marskość wątroby z nieodwracalnym upośledzeniem jej funkcji) [5,6,8].

Tabela 22. Okres wylęgania WZW typu B w opinii respondentów a miejsce zamieszkania

Udzielona odpowiedź	MIEJSCE ZAMIESZKANIA (p=0,452)	
	Wieś	Miasto
6-14 dni	3	7
	12,00%	9,33%
6 tygodni – 6 miesięcy	7	35
	28,00%	46,67%
1-2 lata	4	11
	16,00%	14,67%
Trudno powiedzieć	11	22
	44,00%	29,33%
Ogółem	25	75

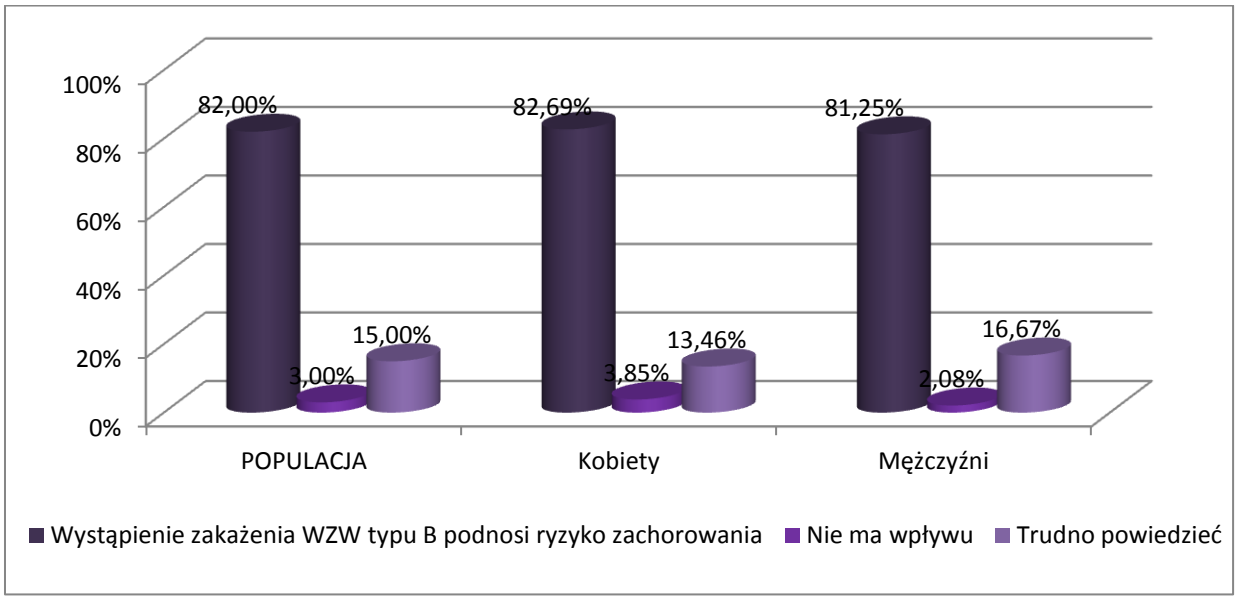
Dla respondentów podstawowym objawem zakażenia WZW typu B było wystąpienie żółtaczki (72,00%). Co piąty ankietowany wskazał bóle w nadbrzuszu oraz brak apetytu. Około 10% badanych osób za oznaki zakażenia uznało również zawroty głowy, ospałość, męczliwość, wodobrzusze. Wśród respondentów 18,00% nie potrafiło powiązać żadnego ze wskazanych objawów z zakażeniem WZW typu B (Rycina 14). Nie stwierdzono statystycznie zależności pomiędzy wiedzą w zakresie objawów wskazujących zakażenie WZW typu B a poziomem wykształcenia czy miejscem zamieszkania respondenta.



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

Ryc. 14. Objawy wskazujące zakażenie WZW typu B w opinii respondentów

U chorych z aktywną postacią przewlekłego WZW typu B w ciągu 10-15 lat może się rozwinąć marskość pozapalna wątroby. Zakażenie HBV ma związek z występowaniem raka wątrobokomórkowego. Nowotwór rozwija się najczęściej u chorych z pozapalną marskością wątroby. U około 20% może się rozwinąć w ciągu 5 lat. W opinii 82,00% respondentów wystąpienie zakażenia WZW typu B podnosi ryzyko rozwoju marskości wątroby oraz choroby nowotworowej (Rycina 15).



Ryc. 15. Ryzyko rozwoju marskości wątroby i raka wątroby po przebytym zakażeniu WZW typu B w opinii respondentów

Nie stwierdzono statystycznie zależności pomiędzy wiedzą w zakresie ryzyka rozwoju marskości wątroby o raka wątroby po zakażeniu WZW typu B a poziomem wykształcenia respondenta (Tabela 23).

Nie stwierdzono statystycznie zależności pomiędzy wiedzą w zakresie ryzyka rozwoju marskości wątroby o raka wątroby po zakażeniu WZW typu B a miejscem zamieszkania respondenta (Tabela 24).

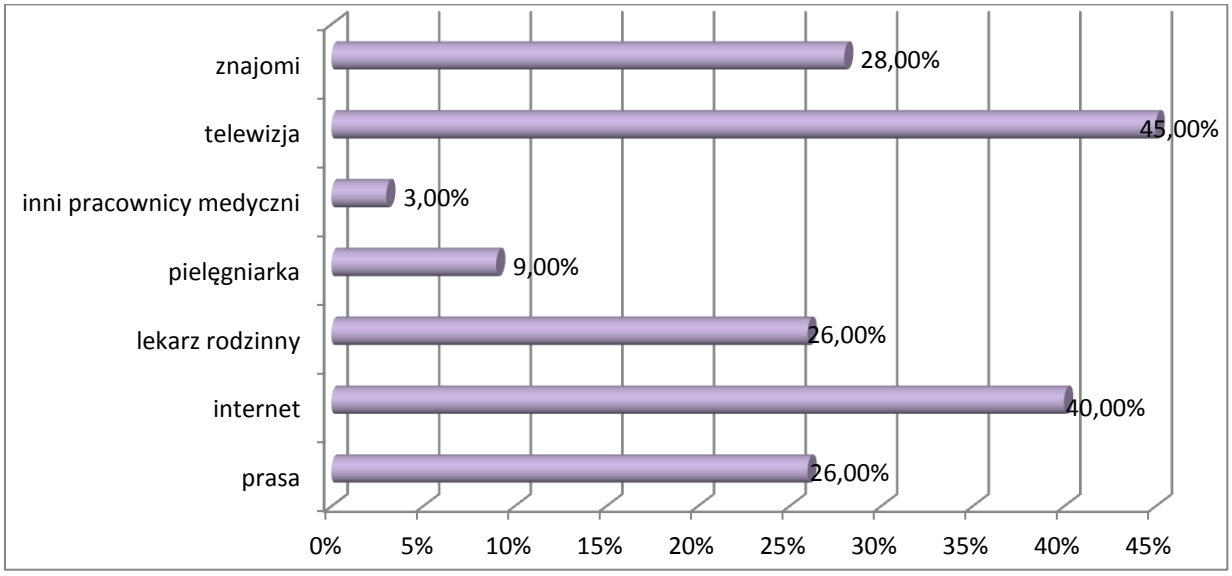
Zdobyta wiedza respondentów o WZW typu B pochodziła najczęściej z mediów: telewizja (45,00%), internet (40,00%), prasa (26,00%). Informacje od znajomych zdobywało 28,00% badanych. Najrzadziej udział w edukacji ankietowanego w tym zakresie brał personel medyczny: lekarz rodzinny (26,00%), pielęgniarka (9,00%), inny (3,00%) – Rycina 16. Nie stwierdzono statystycznie zależności pomiędzy źródłem zdobywanej wiedzy o WZW typu B a poziomem wykształcenia czy miejscem zamieszkania respondenta.

Tab. 23. Ryzyko rozwoju marskości wątroby i raka wątroby po przebytym zakażeniu WZW typu B w opinii respondentów a poziom wykształcenia

Udzielona odpowiedź	WYKSZTAŁCENIE (p=0,169)			
	Podstawowe	Zawodowe	Średnie	Magisterskie
Wystąpienie zakażenia WZW typu B podnosi ryzyko zachorowania	5	20	41	16
	71,43%	83,33%	78,85%	94,12%
Nie ma wpływu	0	0	2	1
	0,00%	0,00%	3,85%	5,88%
Trudno powiedzieć	2	4	9	0
	28,57%	16,67%	17,31%	0,00%
Ogółem	7	24	52	17

Tab. 24. Ryzyko rozwoju marskości wątroby i raka wątroby po przebytym zakażeniu WZW typu B w opinii respondentów a miejsce zamieszkania

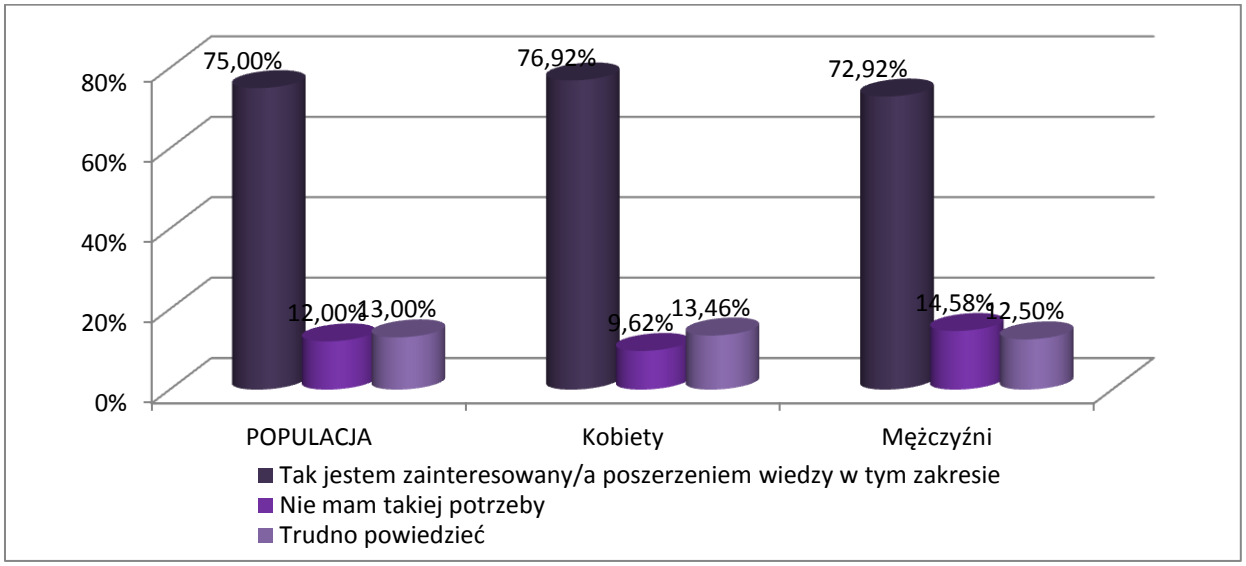
Udzielona odpowiedź	MIEJSCE ZAMIESZKANIA (p=0,698)	
	Wieś	Miasto
Wystąpienie zakażenia WZW typu B podnosi ryzyko zachorowania	17	65
	68,00%	86,67%
Nie ma wpływu	1	2
	4,00%	2,66%
Trudno powiedzieć	7	8
	28,00%	10,67%
Ogółem	25	75



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

Ryc. 16. Źródła wiedzy o WZW typu B wśród respondentów

Gotowość dalszej edukacji w zakresie zakażenia WZW typu B wyraziło 3/4 ankietowanych osób. Brak takiej potrzeby dotyczył 12,00% respondentów (Rycina 17).



Ryc. 17. Potrzeba edukacji w zakresie WZW typu B wśród respondentów

Nie stwierdzono statystycznie zależności pomiędzy potrzebą poszerzenia wiedzy o WZW typu B a poziomem wykształcenia respondenta (Tabela 25).

Tab. 25. Potrzeba edukacji w zakresie WZW typu B a poziom wykształcenia

Udzielona odpowiedź	WYKSZTAŁCENIE (p=0,159)			
	Podstawowe	Zawodowe	Średnie	Magisterskie
Tak jestem zainteresowany/a poszerzeniem wiedzy w tym zakresie	3	19	38	15
	42,86%	79,17%	73,08%	88,24%
Nie mam takiej potrzeby	2	2	8	0
	28,57%	8,33%	15,38%	0,00%
Trudno powiedzieć	2	3	6	2
	28,57%	12,50%	11,54%	11,76%
Ogółem	7	24	52	17

Nie stwierdzono statystycznie zależności pomiędzy potrzebą poszerzenia wiedzy o WZW typu B a miejscem zamieszkania respondenta (Tabela 26).

Analiza poprawnych odpowiedzi udzielonych przez respondentów

Pod względem płci nieznacznie więcej poprawnych odpowiedzi, bo 8,85 na pytania dotyczące wiedzy na temat wirusowego zapalenia wątroby typu B udzieliły kobiety w średniej wieku 42,27 lat, mężczyźni poprawnie odpowiedzieli na 8,56 pytań - średnia wieku 39,63 lat (Tabela 27). Różnice te nie były istotne statystycznie.

Tab. 26. Potrzeba edukacji w zakresie WZW typu B a miejsce zamieszkania

Udzielona odpowiedź	MIEJSCE ZAMIESZKANIA (p=0,811)	
	Wieś	Miasto
Tak jestem zainteresowany/a poszerzeniem wiedzy w tym zakresie	18	57
	72,00%	76,00%
Nie mam takiej potrzeby	2	10
	8,00%	13,33%
Trudno powiedzieć	5	8
	20,00%	10,67%
Ogółem	25	75

Tab. 27. Średnia wieku oraz suma poprawnie udzielonych odpowiedzi

PŁEĆ		N	Średnia	SD	p
Wiek (lat)	K	52	42,27	11,45	ns
	M	48	39,63	15,33	
Suma punktów	K	52	8,85	2,93	ns
	M	48	8,56	2,92	

Rozpatrując liczbę poprawnych odpowiedzi pod względem wykształcenia nie jest zaskoczeniem, iż najwięcej poprawnych odpowiedzi, bo 10,06 udzieliły osoby z dyplomem uczelni wyższej, w średniej wieku 42,18 lat. Osoby z wykształceniem średnim udzieliły średnio 8,54 poprawnych odpowiedzi, średnia wieku w tej grupie to 39,44 lat. Respondenci z wykształceniem podstawowym - 8,29 poprawnych odpowiedzi, średnia wieku 35,29 lat- uzyskali nieco więcej prawidłowych rozwiązań niż osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym - 8,25 poprawnych odpowiedzi, średnia wieku - 45,21 lat. Najwyższą liczbę poprawnych odpowiedzi uzyskały osoby z wyższym wykształceniem -10,06 (Tabela 28).

Tab. 28. Średnia wieku badanych w stosunku do wykształcenia oraz suma punktów za poprawne odpowiedzi względem wykształcenia

WYKSZTAŁCENIE		N	Średnia	SD	p
Wiek (lat)	Podstawowe	7	35,29	21,74	ns
	Zawodowe	24	45,21	11,32	
	Średnie	52	39,44	13,59	
	Wyższe	17	42,18	10,87	
	Ogółem	100	41,00	13,45	
Suma punktów	Podstawowe	7	8,29	2,69	ns
	Zawodowe	24	8,25	3,31	
	Średnie	52	8,54	3,00	
	Wyższe	17	10,06	1,71	
	Ogółem	100	8,71	2,91	

Podsumowując liczbę poprawnych odpowiedzi w względem miejsca zamieszkania, statystycznie istotnie (p=0,003) więcej poprawnych odpowiedzi – 9,20 udzieliły osoby mieszkające w miastach (średnia wieku osób w tej grupie to 40,85 lat) niż osoby zamieszkujące na wsi - 7,24 pytania (średnia wieku w tej grupie to 41,44 lat) – Tabela 29.

Tab. 29. Średnia wieku względem miejsca zamieszkania oraz suma punktów za udzielenie poprawnych odpowiedzi względem miejsca zamieszkania

MIEJSCE ZAMIESZKANIA		N	Średnia	SD	p
Wiek (lat)	Wieś	25	41,44	14,64	ns
	Miasto	75	40,85	13,13	
Suma punktów	Wieś	25	7,24	2,91	0,003
	Miasto	75	9,20	2,76	

Dyskusja

WZW typu B stanowi poważny problem globalny. Ponad 2 miliardy ludzi na świecie (1 na 3 osoby) są zainfekowane wirusem HBV. Mimo obecności szczepionki, aż ok. 300-400 mln osób choruje na przewlekłe WZW typu B, ponieważ przebiega ono praktycznie bezobjawowo a wykrywane jest tylko na podstawie testu krwi. WZW typu B zajmuje 10-te miejsce na liście chorób wywołujących najwięcej zgonów na całym świecie [1].

W literaturze przedmiotu odnajdujemy potwierdzenie, iż skutkiem zakażenia wirusem HBV jest czasowe lub trwałe uszkodzenie funkcji wątroby. Wiele osób choruje na WZW typu B latami, nie mając pojęcia o zakażeniu, ponieważ nie odczuwają żadnych niepokojących dolegliwości [5,6,8]. Z badań własnych wynika, iż większość osób posiada podstawową wiedzę na temat schorzenia. Na 11 pytań merytorycznych zawartych w sondażu diagnostycznym średnio udzielono prawie 9 poprawnych odpowiedzi.

W literaturze odnajdujemy rozbieżne stanowiska jeśli chodzi o poziom częstotliwość występowania WZW B. Juszczyk [1], Polański [9] oraz Magdzik [10] dowodzą, iż w Polsce obecnie 1-1,5% populacji wykazuje obecność antygenu HBs, dzięki czemu Polskę zalicza się do krajów o niskiej częstotliwości występowania zakażenia HBV. Natomiast Konturek[5], Dziubek [11], Brzozowski [12] Polskę zaliczają do krajów o średniej częstotliwości występowania zakażenia HBV (częstość występowania HBsAg na poziomie 2- 7%). W badaniu przyjęto częstotliwość występowania zakażenia HBV na poziomie niskim. Niską częstotliwość wskazało 19% ankietowanych, średnią 46% respondentów.

Do zakażenia najczęściej dochodzi podczas kontaktu z zakażoną krwią, kontaktów seksualnych, kontaktu z zakażonym, niejałowym sprzętem medycznym i niemedycznym (igły

do tatuażu, akupunktury, strzykawki, itp.) oraz podczas porodu dzieci przez zakażone wcześniej matki. Na podstawie badań Prokopowicz 13] zauważamy, że najczęściej do zakażenia dochodzi na wskutek naruszenia ciągłości tkanek. Na drugim miejscu wskazuje drogę kontaktów seksualnych i wertykalną. Pomimo dociekliwych ustaleń epidemiologicznych Prokopowicz twierdzi, iż u około 40% nie udaje się ustalić drogi zakażenia. Wielu badaczy zwraca uwagę na przypadkowe, sporadyczne zakażenia WZW typu B w placówkach służby zdrowia, spowodowane niedostatecznym stanem sanitarnym, brakiem nawyków higienicznego i aseptycznego postępowania personelu, a także niedostateczną ilością sprzętu do naruszania ciągłości tkanek [11,14,15]. W badaniach własnych wykazano, że 81% ankietowanych jest świadoma w jakimi drogami szerzy się HBV, zaś 86% respondentów poprawnie zidentyfikowało sytuacje w jakich można się zarazić wirusowym zapaleniem wątroby typu B .

W literaturze przedmiotu jako najskuteczniejsza forma zapobiegania WZW typu B wskazane są szczepienia ochronne. Dzięki wprowadzeniu zarówno w Polsce, jak i na świecie w 1993 roku szeroko zakrojonych programów szczepień przeciwko tej chorobie oraz intensywnych programów zapobiegania i zwalczania wirusowego zapalenia wątroby typu B odnotowano zmniejszenie zapadalności i zachorowalności na tę chorobę. Zastosowanie 3-dawkowego schematu szczepienia w 95% zapewnia skuteczność [16, 17]. Z badań własnych wynika, iż o istnieniu szczepionki przeciw WZW B wie 90% ankietowanych, zaś zaszczepieniu poddało się jedynie 26% badanej grupy, 14% badanych nie pamięta czy otrzymało szczepionkę. Natomiast 86% respondentów potwierdza fakt, że wprowadzenie szczepień ochronnych oraz badań przesiewowych dawców krwi ma wpływ na liczbę nowych zachorowań na WZW typu B, która systematyczne spada.

Według danych z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego[3], w 2010 roku odnotowano 1633 zachorowania na WZW typu B, natomiast w 2011 roku- 1584. Tylko 13% ankietowanych wykonywało badania w celu wykrycia HBV. Przeprowadzone badania własne dowodzą, że społeczeństwo polskie jest zorientowane o pozytywnym wpływie profilaktyki na spadek nowych zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu B, jednak pomimo to nadal szczepi się zbyt mało osób. Konieczne jest więc prowadzenie szeroko zakrojonych akcji informacyjnych zmierzających do zwiększenia odsetka zaszczepionych osób, co w dużym stopniu zapobiegłoby groźnym powikłaniom choroby, tj. marskość wątroby, niewydolność tego narządu oraz raka wątrobokomórkowego [18,19].

WZW B jest jedną z chorób zakaźnych, na którą nie istnieje w pełni skuteczne leczenie. Polska Grupa Ekspertów HBV [20] twierdzi, iż ,,eradykacja HBV jest

prawdopodobnie nieosiągalna z powodu episomalnej postaci HBV DNA, tj.cccDNA". W badaniach własnych wykazano, że 32% ankietowanych uważa WZW B za chorobę, z której nie można się całkowicie wyleczyć. Daniluk, Jurkowska [21] dowodzą, iż w ostrym WZW B w większości przypadków dochodzi do samoistnego wyleczenia. Zbliżone stanowisko zajmuje Prokopowicz [13]. Dziubek [11] stwierdza, iż ,,odsetek pełnego wyleczenia sięga 90-95%", jednak kliniczne wyzdrowienie nie jest równoznaczne z całkowitą eradykacją wirusa z ustroju. Podobne wyniki uzyskał Brzozowski [12], który w swoich badaniach dowodzi, iż wyleczenie z ostrego wirusowego zapalenia wątroby ,,nie jest jednoznaczne z całkowitym klirensem wirusa", zaś w krwi nawet wiele lat po przebyciu zakażenia można wykryć małe ilości HBV DNA. Ten stan określa jako ,,immunitas non sterilisans''.

Zarówno postać ostra WZW B jak i przewlekła mogą przebiegać bezobjawowo. Cianciara oraz Juszczyk [7] dowodzą, że 20-30% ostrego WZW B przebiega bezobjawowo. Na podstawie badań Magdzika [10] objawy ostrego WZW B występują tylko u 40-45% zakażonych. W badaniu własnym prawie połowa respondentów (45%) uczestniczących w sondażu wskazuje na możliwość bezobjawowego przebiegu choroby.

W publikacjach Anusza [22] oraz Cianciary, Juszczyka [7] a także wielu innych autorytetów w dziedzinie hepatologii , odnajdujemy potwierdzenie, iż okres wylęgania choroby wynosi od 6 tygodni do 6 miesięcy, średnio jest to 8-12 tygodni.. Wśród ankietowanych 42% osób wykazało się prawidłową wiedzą jeśli chodzi o okres inkubacji wirusa.

Większość przypadków ostrego WZW B przebiega z żółtaczką, osłabieniem, dolegliwościami dyspeptycznymi, rzekomogrypowymi, rzekomoreumatycznymi. W końcowym etapie choroby występują objawy marskości wątroby, wodobrzusza [12,13,21,23]. Z badań własnych nad wiedzą osób niezwiązanych ze służbą zdrowia na temat WZW B wynika, że charakterystycznym symptomem choroby jest żółtaczka -72% ankietowanych, kolejnym objawem wskazanym przez respondentów -21% respondentów są bóle w nadbrzuszu. Brak apetytu, nudności wskazał co piąty badany. Ospałość, męczliwość, bóle i zawroty głowy, wodobrzusze zaznaczyło około 10 % badanych, objawy rzekomogrypowe wskazało 4% ankietowanych.

Jabłońska oraz Grabowski [24] dowodzą na podstawie własnych badań, że osoby chorujące objawowo, z żółtaczką oraz ze znacznym wzrostem aktywności transaminaz mają większą szansę na samoistne wyleczenie. Zbliżone stanowisko zajmują Cianciara oraz Juszczyk [7]. W swoich badaniach wykazali, że 70 % przypadków ostrego WZW B przebiega z żółtaczką, objawami rzekomogrypowymi, rzadziej z dolegliwościami ze strony układu

pokarmowego. Podobne wyniki uzyskał Konturek [5] dowiódł, że problem ten dotyczy 70-80% chorych. Stwierdził również, iż z wystąpieniem żółtaczki ustępują objawy prodromalne, zaś żółtaczka narasta w ciągu 10 dni, następnie poziom bilirubiny ulega stopniowej redukcji. Wskazuje, że około 85-90% chorych w ciągu 1-3 miesięcy (rzadziej do 6 miesięcy) wraca do zdrowia, natomiast u pozostałych choroba może przejść w postać przewlekłą lub nadostrą.

Badania naukowe potwierdzają, że u chorych z aktywną postacią przewlekłego WZW typu B w ciągu 10-15 lat może się rozwinąć marskość pozapalna wątroby. Zakażenie HBV ma związek z występowaniem raka wątrobokomórkowego. Nowotwór rozwija się najczęściej u chorych z pozapalną marskością wątroby. U około 20% może się rozwinąć w ciągu 5 lat [25,26]. W badaniach własnych wykazano, iż 82% osób wiąże przewlekłą postać WZW B z ryzykiem rozwoju marskości wątroby i raka wątroby.

Wiele osób przez wiele lat choruje na WZW typu B, nie podejrzewając zakażenia, nie odczuwając żadnych dolegliwości. Zasadniczym problemem nie jest brak podstawowej wiedzy na temat schorzenia oraz sposobów przenoszenia się wirusa. Jak wynika z badań własnych osoby nie związane ze służbą zdrowia posiadają w znacznej części wiedzę na temat WZW B, nie obce są im informacje na temat skutecznej profilaktyki, która jest jedyną skuteczną formą walki człowieka z HBV. Szczepieniom poddaje się jednak zbyt mało osób. W Polsce nie wykonuje się badań okresowych w celu wykrycia HBV, zaś podstępny przebieg choroby często sprawia, że WZW B rzadko jest brane pod uwagę przy postawieniu diagnozy przez lekarza. Dlatego istnieje potrzeba edukacji społeczeństwa, prowadzenia zakrojonych na szeroką skalę akcji informacyjnych, powstawanie fundacji i szkoleń personelu medycznego [3,4,5].

Wnioski

Analiza zebranego materiału badawczego pozwoliła na sformułowanie następujących wniosków:

1. Poziom wiedzy osób niezwiązanych ze służbą zdrowia na temat WZW typu B jest zadawalający.
2. Znaczna większość ankietowanych posiada informacje jakimi drogami szerzy się wirus HBV oraz w jakich sytuacjach można się zarazić wirusowym zapaleniem wątroby typu B, zna sposoby skutecznego zapobiegania HBV oraz wpływu prewencji na spadek nowych zachorowań, potrafi wskazać symptomy choroby.
3. Przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby nadal szczepi się zbyt mało osób, jak wynika z badania ,tylko 26% ankietowanych poddała się zaszczepieniu, jedynie 13% miało wykonane badania w celu wykrycia wirusa HBV. Konieczne jest więc prowadzenie

szeroko zakrojonych akcji informacyjnych mających na celu zwiększenie odsetka osób zaszczepionych.

4. W opinii ankietowanych głównym źródłem wiedzy o chorobie jest telewizja.
5. Zdecydowana większość ankietowanych chciałaby pogłębić swoją wiedzę na temat wirusowego zapalenia wątroby typu B.

Piśmiennictwo

1. Juszczyk J.: Hepatitis B: patogeneza i terapia. Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań, 2010.
2. Cianciara J., Grabowski M.L.: Sytuacja epidemiologiczna zakażeń HBV i HCV w Polsce. Medycyna po Dyplomie, 2006, 2, 18-22.
3. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny, Zakład Epidemiologii; Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2011 roku. www.pzh.gov.pl, data pobrania 24.10.2012.
4. Porro G.B., Cremer M., Krejs G., et al.: Gastroenterologia i hepatologia. Wyd. Czelej, Lublin, 2003, 551.
5. Konturek S. J.: Gastroenterologia i hepatologia kliniczna. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2006.
6. Floch M.H., Floch N.R., Kowdley K.V., et al: Gastroenterologia Nettera. Tom II. Wyd. Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 2010.
7. Cianciara J., Juszczyk J.: Choroby zakaźne i pasożytnicze. Wyd. Czelej, Lublin, 2012, 595.
8. Yamada T.: Postępy w gastroenterologii. Tom II. Wyd. Czelej, Lublin, 2010.
9. Polański J.A.: Hepatologia. Kompendium. Wyd. Medical Tribune Group, Warszawa 2009.
10. Magdzik W., Naruszewicz- Lesiuk D., Zieliński A.: Choroby zakaźne i pasożytnicze. epidemiologia i profilaktyka α- medica Press, Bielsko- Biała, 2007.
11. Dziubek Z.: Choroby zakaźne i pasożytnicze. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2010.
12. Brzozowski R.: Choroby wątroby i dróg żółciowych. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 1998.
13. Prokopowicz D.: Zakażenia. Obraz kliniczny, rozpoznanie, leczenie. Ekonomia i Środowisko, Białystok, 2004.

14. Levanchy D.: Hepatitis B epidemiology, disease burden, treatment, and current and emerging prevention and control measures. Viral Hepatitis. 2004, 11, 97-107.
15. Nickerson E.: Choroby Zakaźne. Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 2008.
16. Kłos M.: Zakażenia przenoszone drogą krwi. Przegl. Epidemiol., 2001, 55 (supl. 3), 4-9.
17. Czajka H.: Szczepionka przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B. www.szczepienia.pzh.gov.pl, data pobrania 26.02.2013.
18. Dancewicz M., Szymankiewicz M., Kowalewski J. i wsp.: Postępowanie w przypadku ekspozycji pracowników szpitala na HBV, HCV i HIV. Przegl. Epidemiol., 2005, 59, 671- 677.
19. Maier K.P.: Zapalenie wątroby. Diagnostyka, terapia i zapobieganie u chorych z ostrymi i przewlekłymi chorobami wątroby w praktyce. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 1998, 30-43.
20. Juszczyk J., Boroń- Kaczmarska A., Cianciara J. i wsp.: Polska Grupa Ekspertów HBV. Zalecenia terapeutyczne na rok 2010: Leczenie przeciwwirusowe przewlekłego zapalenia wątroby typu B. Zakażenia, 2010, 1, 4-6.
21. Daniluk J., Jurkowska G.: Zarys chorób wewnętrznych dla studentów pielęgniarstwa. Wyd. Czelej, Lublin, 2005.
22. Anusz Z.: Podstawy epidemiologii i kliniki chorób zakaźnych. Podręcznik dla szkół medycznych. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 1998.
23. McNelly P.R., DO, FACP, FACG: Tajemnice hepatologii. Wyd. Medical Press, Gdańsk, 1999, 9-11.
24. Jabłońska J., Grabowski M.L.: Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B – diagnostyka, obraz kliniczny i leczenie. Medycyna po Dyplomie, 2006, 15, 23-27.
25. Habib A., Bond W.M., Heuman D.M.: Postępowanie w marskości wątroby. Medycyna po Dyplomie, 2001, 9, 95-96.
26. Dziubek Z.: Choroby zakaźne i pasożytnicze. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2006.
27. Magdzik W.: Wirusowe zapalenie wątroby typu B w Polsce do 2002 roku. Zasady zapobiegania i zwalczania w szczególności drogą uodpornienia czynnego. PZH. Warszawa, 2003, 34- 47.

Kalinowski Paweł[1], Bojakowska Urszula[2,3], Kowalska Marta Estera[1]

Wiedza i postawy młodych kobiet wobec samobadania piersi

1. Samodzielna Pracownia Epidemiologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
2. Studium Doktoranckie przy Samodzielnej Pracowni Epidemiologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
3. Studenckie Koło Naukowe przy Samodzielnej Pracowni Epidemiologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wstęp

W Polsce rak piersi jest najczęstszym nowotworem złośliwym u kobiet, który odpowiada za 22,8% zachorowań [1,2]. Analizując strukturę zgonów niepokoi fakt, że nowotwór ten w dalszym ciągu zajmuje drugie miejsce pod względem liczby zgonów z przyczyn nowotworowych. Tylko w 2011 roku był on przyczyną 5437 zgonów. Dane z Krajowego Rejestru Nowotworów pokazują, że choroba ta dotyczy coraz młodszych kobiet, a pierwsze przypadki choroby potwierdzono już u kobiet 20 letnich [1,2]. Skuteczna profilaktyka choroby nowotworowej piersi mogłoby w zdecydowany sposób rozwiązać jeden z najważniejszych problemów, z którymi boryka się ochrona zdrowia [3]. Jednak profilaktyka pierwotna ze względu na wieloczynnikową etiologię tego nowotworu jest w dalszym ciągu bardzo ograniczona, z tego powodu należy położyć większy nacisk na profilaktykę wtórną. Wczesne wykrywanie nowotworów piersi realizowane jest między innymi poprzez prozdrowotne zachowania, do których zalicza się samokontrolę piersi, zgłaszanie się na profilaktyczne badania kontrolne, badania wykonywane przez lekarzy w codziennej praktyce, a także realizację specjalnych programów badań przesiewowych [4].

Okazuje się, że wśród młodych kobiet głównym badaniem pozwalającym wcześnie wykryć zmiany w piersiach jest regularnie prowadzone samobadanie [4,5]. Dzięki niemu można wykryć guz wielkości około 1 cm. Guz wielkości do 2 cm, który okazałby się zmianą złośliwą, jest zwykle nowotworem w I stopniu zaawansowania i jest prawie w 100% wyleczalny. Najlepszym momentem do przeprowadzenia badania piersi jest 2-3 dzień po miesiączce. Jeżeli kobieta już nie miesiączkuje, powinna wybrać na badanie jeden, zawsze ten sam dzień w miesiącu. Począwszy od 20 roku życia,

systematyczne samobadanie piersi powinno stać się nawykiem kontynuowanym przez całe życie [4,5].

Profilaktyka to nie tylko tworzenie programów, wyznaczanie standardów zachowań prozdrowotnych, ale przede wszystkim kształtowanie indywidualnego poczucia odpowiedzialności jednostki za realizację wytycznych przeciwdziałania i minimalizowania skutków choroby. W dużej mierze wykonywanie tych badań zależy od inicjatywy samej kobiety, która z pełną świadomością powinna do nich przystępować, a także systematycznie się im poddawać. Obserwacja jest jednym z najważniejszych elementów badania w medycynie. Samoobserwacja pozwala kobiecie nie tylko poznać funkcjonowanie jej organizmu, ale przede wszystkim szybko zidentyfikować zjawiska niepokojące, mogące inicjować min. chorobę nowotworową. [6].

Rozpoznanie nowotworu we wczesnej fazie zmniejsza śmiertelność, poprawia rokowanie, a także eliminuje konieczność wprowadzenia radykalnego postępowania leczniczego. Każda kobieta powinna posiadać niezbędną wiedzę o raku piersi, aby mieć możliwość wykrycia nowotworu jak najwcześniej, a tym samym mieć szansę na pokonanie choroby i całkowite wyleczenie. Punktem wyjścia w programie zwalczania raka piersi staje się połączenie edukacji prozdrowotnej z podejmowaniem odpowiednich działań profilaktycznych zmierzających do wczesnej diagnostyki nowotworu sutka [7].

Kobiety powinny zdać sobie sprawę, że wczesne wykrycie choroby nowotworowej i podjęcia leczenia może uratować życie. Należy pamiętać, że rak piersi zaliczany jest do nielicznych chorób, które można rozpoznać samemu w odpowiednim momencie [8]. Z tego powodu powinno się prowadzić szerokie akcje profilaktyczne, a także należy zadbać o podniesienie poziomu edukacji onkologicznej kobiet wchodzących w okres pełnej dojrzałości, pozwoli to na wykształcenie w nich nawyku systematycznego badania piersi [9].

Nie budzi wątpliwości fakt, że w obecnych czasach najsilniejszą bronią kobiet w walce z rakiem piersi jest wiedza. Wiedza na temat raka piersi jest niezbędna poczynając od szansy wczesnego wykrycia, a kończąc na świadomym udziale w procesie leczenia [5].

Cel pracy

Celem głównym badań była analiza wiedzy i postaw młodych kobiet wobec samobadania piersi.

Materiał i metoda

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Wywiad przeprowadzono przy użyciu autorskiej anonimowej ankiety składającej się z 32 pytań dotyczących posiadania umiejętności samobadania piersi, właściwego w stosunku do cyklu czasu przeprowadzania badania oraz wieku w jakim powinno rozpocząć się systematyczne samobadanie. Badanie przeprowadzono wśród studentek Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Objęto nim 148 kobiet, średnia wieku w badanej grupie wynosiła 21,9 lat. W badanej grupie połowa ankietowanych mieszkała na wsi, 28% w dużym mieście, a 22% w małym mieście. Większość stanowiły osoby, które studiowały na poziomie studiów licencjackich, a 66 osób kontynuowało naukę na poziomie studiów magisterskich.

Badania prowadzono w okresie od listopada do grudnia 2013 roku. Udział w badaniu był dobrowolny, wszystkim ankietowanym zapewniono anonimowość. Uzyskane wyniki badań poddano analizie, w której wykorzystano elementy statystyki opisowej.

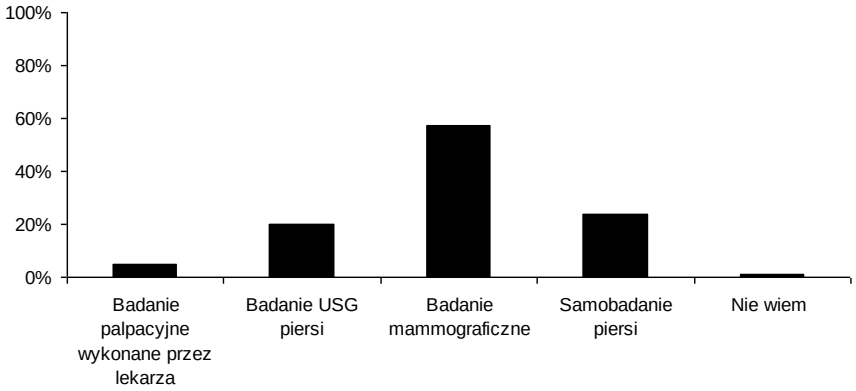
Wyniki

Wiedza i wykształcenie zachowań prozdrowotnych związanych z profilaktyką raka piersi są jednym z głównych czynników wpływających na sukces w walce z chorobą nowotworową.

Ankietowane zapytano o źródło wiedzy na temat raka piersi. W badanej grupie większość kobiet (59%) wiadomości na temat nowotworu piersi czerpała z Internetu, kolejne 39% wskazało telewizje/radio/prasę, tylko 17% lekarza, 10% rodzinę i znajomych, a ponad 20% ankietowanych inne źródło. W badanej grupie nikt nie wybrał odpowiedzi, z której wynikało, że temat raka piersi nie pozostaje w obszarze ich zainteresowań.

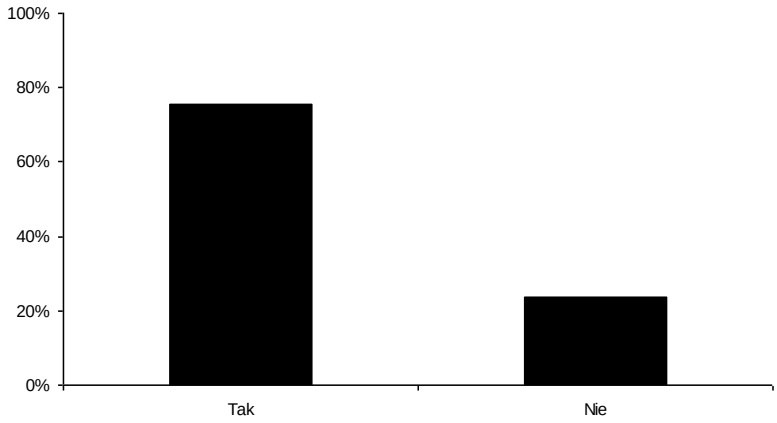
W dalszej kolejności poproszono ankietowane o określenie stanu swojej wiedzy z zakresu profilaktyki raka piersi. W badanej grupie prawie połowa (47%) określiła stan wiedzy jako dobry, a 44% uznało, że jest on przeciętny, przy czym 6% oceniło stan wiedzy jako bardzo dobry, a 3% uznały go za zły.

Badania uwzględniały określenie najlepszej metody wykrywania raka piersi. W badanej grupie 57% wybrało badanie mammograficzne, 24% samobadanie piersi, 20% badanych uważała, że będzie to badanie USG, a 2% nie znało odpowiedzi na to pytanie (Ryc.1).



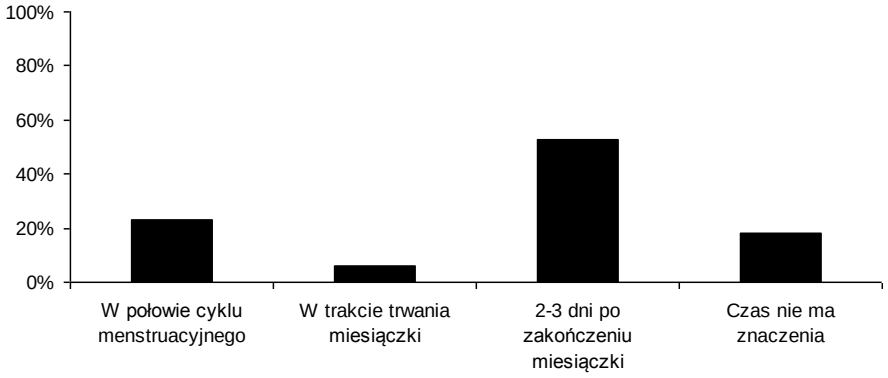
Rycina 1. Najlepsza metoda wykrywania raka piersi w opinii badanych

Kolejne analizowane zagadnienie dotyczyło umiejętności przeprowadzania samobadania piersi. W badanej grupie 76% odpowiedziało, że potrafi przeprowadzać samobadanie piersi, a 24% badanych nie (Ryc.2). Na uwagę zasługuje jednak fakt, że w badanej grupie 80% kobiet mieszkających na wsi potwierdziło posiadanie umiejętności samobadania piersi, a wśród mieszkanek dużego miasta taką umiejętność miało tylko 67% badanych.



Rycina 2. Umiejętność przeprowadzania samobadania piersi wśród ankietowanych kobiet

Ankietowane zapytano także, kiedy ich zdaniem powinno przeprowadzać się samobadanie piersi. Uzyskane wyniki nie były satysfakcjonujące, 53% wskazało odpowiedź prawidłową, czyli 2-3 dni po zakończeniu miesiączki. Zdaniem 23% badanie powinno przeprowadzać się w połowie cyklu, a aż 18% uważało, że czas nie ma znaczenia przy przeprowadzaniu wymienionego badania (Ryc.3).

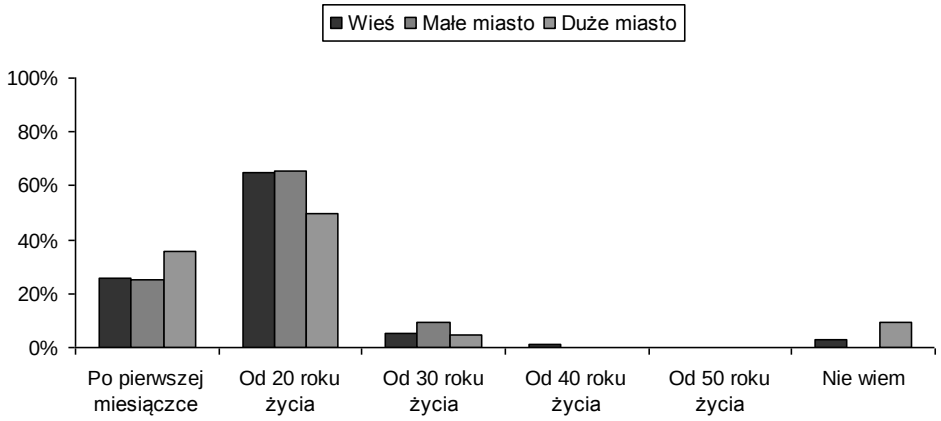


Rycina 3. Czas przeprowadzania samobadania piersi w opinii ankietowanych

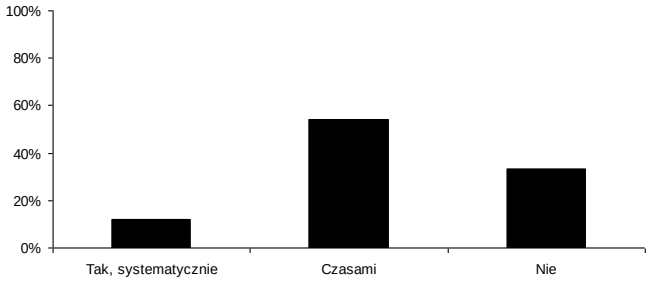
Samobadanie piersi powinno być przeprowadzane systematyczne już przez kobiety 20–letnie, taką odpowiedź wybrała większość kobiet mieszkających w małym mieście (66%) i na wsi (65%) oraz połowa kobiet mieszkających w dużym mieście. Zdaniem 28% respondentek badanie należy rozpocząć po pierwszej miesiączce, a nieliczne osoby uważały, że powinno się je rozpocząć od 30 r.ż. Niepokoi fakt, że prawie 10% kobiet mieszkających w dużym mieście, nie potrafiła wskazać wieku w którym powinno rozpocząć się samobadanie piersi (Ryc.4).

Następnie zapytano kobiety o to, czy wykonują samobadanie piersi. W badanej grupie zaledwie 12% przeprowadzało badanie systematycznie, czasami 54%, a ponad 33% badanych nie przeprowadzało badania w ogóle (Ryc.5).

Badane zapytano także o opinie na temat tego, czy systematyczne badanie piersi może przyczynić się do obniżenia ryzyka zgonu z powodu raka piersi. Świadomość kobiet w tym zakresie jest duża, aż 99% kobiet uważało że samobadanie piersi może przyczynić się do obniżenia ryzyka zgonu, ponieważ pozwala wcześnie wykryć nowotwór i wcześniej rozpocząć leczenie, tylko jedna ankietowana była przeciwnego zdania.



Rycina 4. Opinia na temat wieku, w którym powinno rozpocząć się regularne samobadanie piersi



Rycina 5. Regularność przeprowadzania samobadania piersi w badanej grupie

Dyskusja

Problemem wiedzy i postaw kobiet wobec profilaktyki raka piersi zajmowało się wielu autorów. Liczne publikacje z zakresu tego tematu podkreślają rangę problemu, jakim jest nowotwór piersi na całym świecie. Odpowiednio wysoki poziom wiedzy z zakresu profilaktyki wtórnej jest konieczny do właściwego sprawowania samokontroli i może wpłynąć na zmniejszenie zagrożenia tym nowotworem w przyszłości.

W badaniach własnych poproszono ankietowane o określenie poziomu swojej wiedzy na temat profilaktyki raka piersi. Większość uważa ją za dobrą lub przeciętną. Badania przeprowadzono wśród studentek kierunków medycznych, jednak udzielone odpowiedzi pokazują znaczne braki w tym zakresie. Same uczestniczki badania są świadome niedostatecznej wiedzy z zakresu profilaktyki raka piersi.

Jedno z analizowanych w badaniach zagadnień dotyczyło wyboru ich zdaniem najlepszej metody wykrywania raka piersi. Pomimo faktu, że w badanej grupie większość (57%) wskazało badanie mammograficzne, uzyskane wyniki są niesatysfakcjonujące. Poza tym znaczna liczba kobiet wybrała także samobadanie piersi. Jeszcze gorsze wyniki uzyskano w badaniach prowadzonych przez Cichońską i wsp. [8], gdzie najskuteczniejszą metodą wykrywania nowotworu piersi było badanie mammograficzne i samobadanie, które wskazało po 40% respondentów. Niepokojący jest fakt, że w grupie tej jedno i drugie badanie stawiane jest na równi, a kobiety nie zdają sobie sprawy, że samobadanie piersi szczególnie wśród starszych kobiet nie jest najskuteczniejszym badaniem profilaktycznym [8]. Uzyskane wyniki wskazują, że kobietom brakuje wiedzy z zakresu metod wczesnego wykrywania raka piersi.

Posiadanie umiejętności przeprowadzania samokontroli jest bardzo ważne w profilaktyce nowotworowej. W prowadzonych badaniach 76% kobiet stwierdziło, że potrafi przeprowadzać samobadanie piersi. Na uwagę zasługuje fakt, że mieszkanki wsi częściej potwierdzały, że potrafią wykonać samobadanie, niż osoby mieszkające w dużym mieście. Uzyskane wyniki są zgodne z wynikami badań Grodzkiej i wsp. [10], gdzie zbliżona liczba ankietowanych potwierdziła znajomość zalecanego przez lekarzy sposobu samodzielnego badania piersi.

Badania prowadzone przez większość autorów pokazują, że w dalszym ciągu kobiety nie wykonują samodzielnie samobadania piersi [8, 11–14]. Ciekawe badania z tego zakresu prowadzono w Teheranie wśród krewnych pierwszego stopnia pacjentów z rozpoznanym rakiem piersi. Uzyskane wyniki były bardzo niezadowalające, większość pomimo zagrożenia chorobą nowotworową w dalszym ciągu nie przeprowadzała regularnie samobadania piersi [15]. Lepiej prezentowały się wyniki badań przeprowadzonych wśród kobiet zatrudnionych w szpitalach w prowincji Samsun, gdzie 78% personelu medycznego wykonywało badanie [16]. Analizowane badania prowadzono wśród kobiet dojrzałych, które w mniejszym lub większym stopniu czują się zagrożone choroba nowotworową. Dużo gorzej przedstawiają się wyniki badań prowadzonych wśród kobiet bardzo młodych. Podobne badania z zakresu zachowań zdrowotnych kobiet przeprowadzono wśród studentek z Ajmanu, gdzie stwierdzono, że tylko 23% przeprowadzało samobadanie piersi [17]. Wyniki te są zbliżone do wyników badań własnych, gdzie najczęściej wybieraną odpowiedzią było wykonywanie

samobadania czasami, a tylko 12% respondentek zadeklarowało, że badanie to przeprowadza systematycznie.

Aby poznać dokładnie wiedzę z zakresu samobadania piersi poproszono o określenie jak często kobiety przeprowadzają to badanie. Uzyskane wyniki potwierdzają, że systematyczność stanowi duży problem. Spostrzeżenia te są zgodne z wynikami badań innych autorów [6,10,13,14,18–21]. Jednak najgorsze wyniki uzyskano przez Al – Sharbattiego i wsp., gdzie tylko 3% młodych kobiet praktykowało co miesiąc samobadanie piersi [17].

Ze względu na zmiany zachodzące w piersiach, zależnie od fazy cyklu miesięcznego, duże znaczenia szczególnie wśród młodych kobiet ma czas przeprowadzania tego badania. W badanej grupie ponad połowa respondentek wiedziała, że najlepiej wykonywać to badanie 2–3 dni po miesiączce. Wyniki uzyskane przez innych autorów są zgodne z wynikami badań własnych [11,13,17,19,22]. Interesujące badania z zakresu tego tematu przeprowadziła Gaworek i wsp. [23] wśród kobiet z Polski i Nowej Zelandii. Uzyskane wyniki pokazują, że dwa razy więcej kobiet z Polski ma świadomość, że badanie przeprowadza się tydzień po menstruacji [23]. Znacznie gorsze wyniki uzyskała Przestarzalska [6], w badaniach której tylko 11% kobiet bada piersi we właściwym czasie. Również wyniki badań prowadzonych wśród kobiet z grupy wysokiego ryzyka pokazują, że aż 61% nie wie kiedy należy przeprowadzać samobadanie piersi [15].

Regularne samobadanie piersi powinno być przeprowadzane już przez bardzo młode kobiety i praktykowane przez całe życie. W badaniach prowadzonych przez Zych [24] ponad połowa ankietowanych po 35 roku życia przekonana była o konieczności wykonywania samobadania piersi systematycznie już od 20 roku życia. Jedynie 30% personelu służby zdrowia znało właściwą odpowiedź [16]. Wyniki uzyskane przez innych autorów są zbliżone do wyników badań własnych, gdzie 29% wybrało odpowiedź prawidłową, a zdaniem 37% badanie to należy przeprowadzać od 30 roku życia.

Większość kobiet jest świadoma faktu, że samobadanie piersi może uratować ich życie, ponieważ rak piersi może być wykryty wcześniej, a to zwiększa ich szanse na przeżycie [14].

Wnioski

1. W badanej grupie ponad połowa wskazała badanie mammograficzne jako najskuteczniejszą metodę wykrywania raka piersi.
2. Znaczna część respondentek nie potrafi przeprowadzać samobadania piersi, przy czym więcej kobiet mieszkających na wsi zadeklarowało tą umiejętność.
3. Badane kobiety nawet jeśli przeprowadzają samobadanie piersi to wykonują je bardzo nieregularnie.
4. Większość ankietowanych ma świadomość, że regularne przeprowadzanie samobadania piersi pozwala wykryć nowotwór i wcześniej rozpocząć leczenie, a tym samym może przyczynić się do obniżenia ryzyka zgonu.

Piśmiennictwo

1. Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W.: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 roku. Centrum Onkologii Instytut im. M Skłodowskiej – Curie, Warszawa 2013. http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/COI_Nowotwory 2013_ web.pdf, data pobrania 19. 01. 2014.
2. Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W.: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2009 roku. Centrum Onkologii Instytut im. M Skłodowskiej – Curie, Warszawa 2011. http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/ Nowotwory_2009. pdf, data pobrania 22.03.2014.
3. Zbucka M., Leśniewska M., Knapp P., Wołczyński S.: Czy można wpłynąć na ryzyko wystąpienia raka piersi? Prz. Menopauz., 2005, 6, 70–75.
4. Hoffman B., Koper K.: Profilaktyka chorób nowotworowych [w:] Pielęgniarstwo onkologiczne. Podręcznik dla studiów medycznych, Koper A. (red.), PZWL, Warszawa, 2011, 64–70.
5. Murawa D., Dyzmann – Sroka A., Kycler W.: ABC Raka Piersi. Wielkopolskie Centrum Onkologii 2010, http//www.wco.pl/wok/pliki/pobierz/15/, data pobrania 19. 01. 2014.
6. Przestrzelska M., Knihinicka – Mercik Z., Kazimierczak I., Mess E.: Zachowania zdrowotne kobiet w profilaktyce nowotworu szyjki macicy i sutka. Onkol. Pol., 2006, 9, 172–175.

7. Lorenc A., Pop T., Boychuk T.: Wiedza kobiet po 40 roku życia o czynnikach ryzyka i profilaktyce raka piersi. Young Sport Sci. Ukr., 2012, 4, 59–65.
8. Cichońska M., Borek M., Krawczyk W., Maciąg D.: Wiedza kobiet w zakresie zapobiegania nowotworom piersi i raka szyjki macicy. Acta Sci. Acad. Ostrov., 2012, 1, 5–25.
9. Prażmowska B., Puto G., Huras H.: Czynniki wpływające na częstość wykonywania badania mammograficznego. Mad. Og. 2010, 16, 474–484.
10. Grodzka E., Owłasiuk A., Litwiejko A.: Evaluation of knowledge on breast cancer prevention and health related behaviors connected with it among women living in Łapy. Prob. Med. Rodz., 2011, 35, 25–34.
11. Najdyhor E., Krajewska – Kułak E., Krajewska – Ferishah K.: Wiedza kobiet i mężczyzn na temat profilaktyki raka piersi. Ginekol. Pol., 2013, 84, 116–125.
12. Woźniak I.: Wiedza o schorzeniach nowotworowych narządów kobiecych i postawy kobiet wobec badań profilaktycznych. Prob. Piel. 2008, 16, 136–143.
13. Lewandowska A., Mess E., Laufer J.: Profilaktyka raka piersi wśród kobiet. Onkol. Pol., 2011, 14, 131–134.
14. Al-Naggar R.A., Bobryshev Y.V.: Practice and barriers of mammography among malaysian women in the general population. Asian Pac. J. Cancer Prev., 2012, 13, 3595-3600.
15. Hajian S. Vakilian K., Najabadi K.M., Hosseini J., Mirzami H.R.: Effects of education based on the health belief model on screening behavior in high risk women for Breast Cancer, Tehran, Iran. Asian Pac. J. Cancer Prev., 2011, 12, 49-54.
16. Yurdakos K. Gulhan Y.B., Unalan D., Ozturk A.: Knowledge, attitudes and behaviour of women working in Government Hospitals regarding breast self examination. Asian Pac. J. Cancer Prev., 2013, 14, 4829–4834.
17. Al-Sharbatti S.S., Shaikh R.B., Mathew E., Salman Al – Biate M.A.: Breast self examination practice and breast cancer risk perception among female university students in Ajman. Asian Pac. J. Cancer Prev. 2013, 14, 4919–4923.
18. Adamowicz K., Zaucha J.M., Majkowicz M.: Ocena wiedzy pacjentek Poradni Profilaktyki Chorób Piersi w zakresie profilaktyki chorób nowotworowych. Nowotwory, 2011, 61, 449–456.

19. Paździor A., Stachowska M., Zielińska A.: Wiedza kobiet na temat profilaktyki raka piersi. Nowiny Lek., 2011, 80, 419–422.
20. Nita R., Leśniczak B.: Wiedza i zachowania zdrowotne kobiet z województwa łódzkiego w zakresie profilaktyki raka piersi. Pielęg. XXI w., 2010, 30–31, 5–8.
21. Wołowski T., Wróblewska P.: Ocena wiedzy gdańskich studentek na temat profilaktyki raka piersi. Prob. Hig. Epidemiol., 2012, 93, 347–349.
22. Sambanje M.N., Mafavadze B.: Breast cancer knowledge and awareness among university students in Angola. PAMJ 2012. http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/11/70/full. data pobrania 13. 01. 2014.
23. Gaworek P., Durka M., Borowiak E., Cieślak H.: Wiedza na temat samobadania piersi wśród kobiet zamieszkujących w Polsce i Nowej Zelandii. Probl. Pielę., 2008, 16, 144-150.
24. Zych B., Marć M., Binkowska–Bury M.: Stan wiedzy kobiet po 35 roku życia w zakresie profilaktyki raka piersi. Prz. Med. Uniw. Rzesz., 2006, 1, 27–33.

Harasim Emilia[1], Zalewska Magdalena[2], Genowska Agnieszka[2], Żemierowska Joanna[3]

Wiedza na temat prawidłowego żywienia a wybrane zachowania żywieniowe pielęgniarek

1. Studenckie Koło Naukowe Zdrowia Publicznego przy Zakładzie Zdrowia Publicznego UMB
2. Zakład Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
3. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

Wstęp

Prawidłowe funkcjonowanie organizmu człowieka w dużej mierze zależy od sposobu żywienia. Dobrze skomponowana dieta powinna zaspokajać potrzeby organizmu, pokrywać zapotrzebowanie energetyczne, dostarczać odpowiedniej ilości podstawowych składników pokarmowych, takich jak: białka, cukry, tłuszcze, a także witamin, mikro- i makroelementów. Ich nadmiar, niedobór lub nieprawidłowe dobieranie może doprowadzić do zachwiania równowagi homeostatycznej lub w większym stopniu do rozwoju stanu chorobowego [1,2,3].

Zachowania żywieniowe w dużym stopniu są uwarunkowane poprzez czynniki środowiskowe, kulturowe, demograficzne oraz wiedzę na temat zasad prawidłowego żywienia. Wiedza i zachowania żywieniowe są kształtowane także przez pryzmat pełnionych ról nie tylko społecznych, ale także zawodowych. Praca zawodowa, wiążąca się z wydłużonym czasem oraz zmiennymi godzinami pracy wpływa niekorzystnie na tryb żywienia. Nieregularny tryb życia, ciągły pośpiech, niedosypianie przyczyniają się często do błędów żywieniowych. Nieprawidłowy sposób żywienia w połączeniu z innymi zachowaniami antyzdrowotnymi zwiększa ryzyko zachorowania na choroby cywilizacyjne w populacji osób pracujących [4,5]. Pielęgniarki z racji wykonywanego zawodu i kompetencji powinien cechować szczególnie wysoki poziom świadomości i motywacji prozdrowotnej [6].

Cel

Celem pracy było przedstawienie wiedzy pielęgniarek na temat zasad prawidłowego żywienia pielęgniarek oraz ocena ich realizacji.

Materiał i metodyka

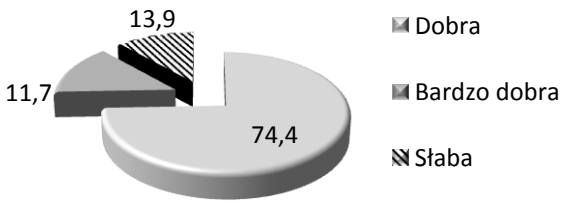
Badania zostały przeprowadzone wśród pielęgniarek zatrudnionych w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku. Badaniem objęto 180 osób w roku 2012. Narzędziem badawczym był anonimowy kwestionariusz ankiety złożony z dwóch

części: w części pierwszej pytania dotyczyły znajomości zasad prawidłowego żywienia: wskaźnika masy ciała, zaleceń spożycia produktów, częstości spożywania posiłków oraz aktywności fizycznej, zaś w części drugiej pytania dotyczyły zachowań żywieniowych badanych: liczby oraz regularności spożywanych posiłków, rodzaju produktów spożywanych między posiłkami, produktów oraz napojów spożywanych w ciągu dnia, pory zjadanych posiłków oraz aktywności fizycznej. Na przeprowadzenie badań zgodę wyraziła komisja bioetyczne Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

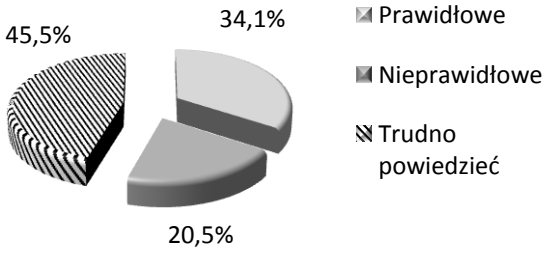
Uzyskane dane zostały zakodowane i wprowadzone do komputerowej bazy danych. Analizę danych przeprowadzono wykorzystując standardowe procedury statystyczne dostępne w pakiecie Excel.

Wyniki

Pielęgniarki określiły poziom swojej wiedzy na temat prawidłowego żywienia, jako dobrą (74,4%), a pozostałe - jako bardzo dobrą lub złą. W samoocenie sposobu żywienia 34,4% pielęgniarek stwierdziło, że odżywia się prawidłowo, zaś 20,5% oceniło swoje żywienie jako nieprawidłowe. Pozostałe ankietowane nie wyraziły zdania na temat swojego sposobu odżywiania (45,1%).



Ryc. 1. Wiedza pielęgniarek w zakresie zdrowego żywienia



Ryc. 2. Ocena żywienia pielęgniarek

Produkty zbożowe, jako główne źródło energii diecie wskazało 51,1%. Znaczna część ankietowanych uważała, że są to produkty mięsne (18,9%), a 10,0% wskazało na warzywa i owoce. Natomiast 14,4% ankietowanych stwierdziło, iż nie wie co stanowi główne źródło energii w diecie.

Analizie poddano częstość spożycia wybranych grup produktów. Podstawę żywienia powinny stanowić produkty zbożowe, które były spożywane w najwyższym odsetku – 48,9% kilka razy dziennie, przy czym produkty zbożowe z pełnego ziarna były spożywane kilka razy dziennie przez 17,7% pielęgniarek. Prawie 35% badanych nie spożywało w ogóle produktów

zbożowych z pełnego ziarna. Mleko oraz jego przetwory były najczęściej spożywane w badanej grupie kilka razy w tygodniu, odsetek wyniósł 39,4%. Warzywa i owoce były w najwyższych odsetkach spożywane raz dziennie, odsetek wyniósł około 40,0%. Kilka razy dziennie warzywa spożywało 26,6% pielęgniarek, natomiast owoce niecałe 6,0%. Produkty białkowe pochodzenia zwierzęcego oraz roślinnego były spożywane kilka razy dziennie przez 47,2% pielęgniarek.

Tab. 1. Spożywanie grup produktów zgodnie z zaleceniami żywieniowymi

Grupa produktów	W ogóle		Raz w tygodniu		Kilka razy w tygodniu		Raz dziennie		Kilka razy dziennie	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Zbożowe	7	3,9	2	1,1	18	10,1	65	36,1	88	48,9
Zbożowe z pełnego ziarna	62	34,4	19	11,1	29	16,1	37	20,5	31	17,7
Mleko i produkty mleczne	25	13,9	47	26,1	71	39,4	25	13,9	12	6,7
Warzywa	12	6,6	8	4,4	42	23,3	70	38,9	48	26,6
Owoce	8	4,4	20	11,7	69	38,3	72	40,0	10	5,5
Mięso, ryby, jaja, orzechy, nasiona roślin strączkowych	2	1,1	3	1,7	3	11,7	69	38,3	85	47,2

Ponad połowa pielęgniarek stwierdziła, że posiłki należy spożywać w odstępach 3-4 godzin (58,9%), odstępy 1-2 godzinne wskazało 10,0% ankietowanych, natomiast 13,3% zaznaczyło odpowiedź 5-6 godzin, 17,8% nie znało odpowiedzi na to pytanie. Pielęgniarki zostały zapytane o liczbę posiłków spożywanych w ciągu dnia. Najwyższy odsetek badanych osób spożywał 3 posiłki w ciągu dnia (35,0%). Prawidłową liczbę posiłków spożywała 1/3 pielęgniarek. Regularność spożywania posiłków spełnia istotną rolę w diecie, zapobiega powstawaniu chorób metabolicznych, w tym otyłości. Posiłki o stałych porach sporadycznie spożywało 31,1% pielęgniarek, 20,5% zawsze zjadało posiłki o różnych porach, 18,3% ankietowanych o stałych porach jadło tylko w dni wolne od pracy, zaś 30,1% przestrzegało stałych godzin spożywania posiłków.

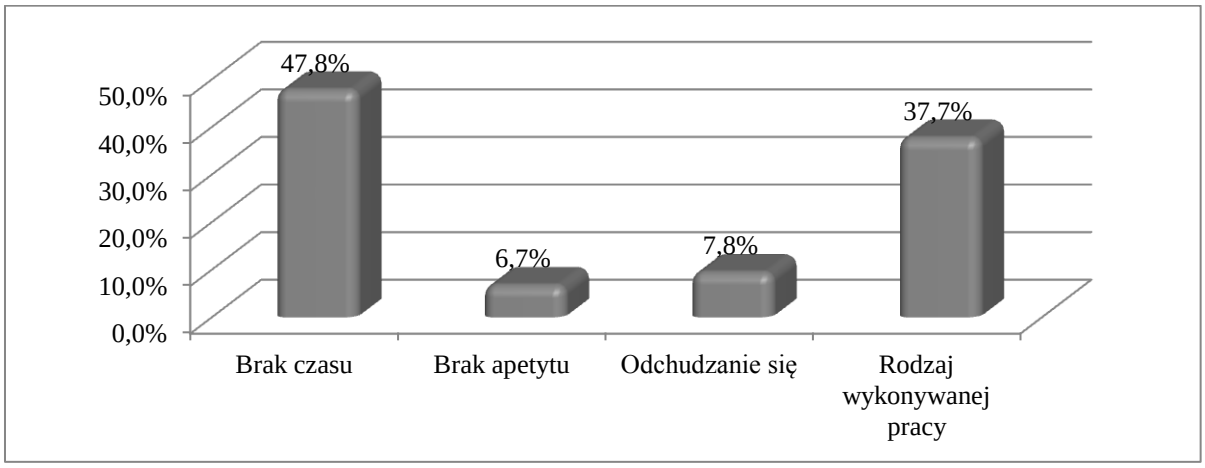
Dojadanie między posiłkami deklarowało 72,8% badanych pielęgniarek. Najczęściej między posiłkami spożywane były: pieczywo cukiernicze (26,4%), słodycze (18,9%) chipsy, paluszki, orzeszki (13,4%), w dalszej kolejności wskazywane były owoce (19,6%) i kanapki (18,5%), produkty mleczne (2,1%) oraz dania typu fast food (1,1%).

Tab. 2. Wiedza dotycząca przerw między posiłkami oraz spożywanie posiłków przez pielęgniarki.

Spożywanie posiłków w ciągu dnia								
Zalecane odstępy między posiłkami w opinii pielęgniarek	**n**	**%**	**Liczba spożywanych posiłków**	**n**	**%**	**Regularność spożywania posiłków**	**n**	**%**
3-4 godziny	106	58,9	**1-2**	47	26,1	**Regularnie**	54	30,1
1-2 godziny	18	10,0	**3**	63	35,0	**Sporadycznie**	56	31,1
5-6 godzin	24	13,3	**4-5**	54	30,0	**Tylko w dni wolne od pracy**	33	18,3
Nie zna odpowiedzi	32	17,8	**Więcej niż 5**	16	8,9	**Nieregularnie**	37	20,5

Ostatni posiłek przed snem był zazwyczaj spożywany przez badane pielęgniarki w godzinach 18-19 (37,2% ankietowanych) lub przed godziną 18-tą (28,3%). Znacznie mniej osób ostatni posiłek spożywało w godzinach 19-21 (7,8%) oraz po 21-szej (3,3%). Prawie ¼ badanych przyznała, że posiłek ten spożywa nieregularnie, w różnych godzinach (23,3%).

Jako powód rezygnacji z posiłków ankietowane wskazywały najczęściej brak czasu (47,8%), a następnie - rodzaj wykonywanej pracy zaznaczony przez 37,7% pielęgniarek. Odchudzanie się i brak apetytu był powodem niedojadania przez 16,1% pielęgniarek. Brak pieniędzy nie został uwzględniony przez żadną z badanych.



Ryc. 3. Powody rezygnacji z podstawowych posiłków.

Utrzymanie zrównoważonego bilansu energetycznego (ilość energii dostarczanej z pożywieniem równoważy ilość energii wydatkowanej na czynności podejmowane w ciągu doby) jest istotną zasadą racjonalnego żywienia. Ma wpływ nie tylko na utrzymanie prawidłowej masy ciała, ale także na zachowanie zdrowia i optymalnej sprawności fizycznej.

Znajomość zaleceń dotyczących aktowości fizycznej zdeklarowało 76,1% badanych pielęgniarek (Tabela 3).

Tab. 3. Wiedza pielęgniarek dotycząca zaleceń dotyczących aktywności fizycznej i jej realizacja.

Znajomość zaleceń dotyczących aktywności fizycznej				Czas przeznaczany na aktywność fizyczną w ciągu dnia							
Zna zalecenia		Nie zna zaleceń		Brak aktywności fizycznej		Do 30 minut dziennie		Godzinę dziennie		Dwie godziny i więcej dziennie	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
137	76,1	43	23,9	128	71,1	34	18,9	11	6,1	7	3,9

Badane pielęgniarki, które w ogóle nie podejmowały aktywności fizycznej stanowiły 71,1%, zaś 18,9% przeznaczało na ten cel 30 minut dziennie. 6,1% ankietowanych deklarowało aktywność fizyczną trwającą godzinę dziennie, a 3,9% osób - dwie godziny i więcej dziennie.

Dyskusja

Prawidłowe żywienie polega na spożyciu odpowiednio dobranych określonych ilości produktów spożywczych, które odpowiadają w optymalnym stopniu zapotrzebowaniu człowieka na energię i składniki odżywcze [3]. Wiedza stanowi podstawę prawidłowych zachowań zdrowotnych oraz ważne kryterium niezbędne aktywnego uczestnictwa w postępowaniu terapeutycznym. Ważną rolą pracowników ochrony zdrowia, w tym pielęgniarek, jest nie tylko realizowanie zaleceń zdrowotnych, ale wspieranie podopiecznych w działaniach na rzecz umacniania zdrowia. Kształtowanie wiedzy i umiejętności dotyczących żywności i żywienia wpisuje się w te działania [7].

W badaniach własnych 74,4% pielęgniarek oceniło poziom swojej wiedzy na temat żywienia jako dobry, a już tylko 34,1% pielęgniarek oceniło swój sposób żywienia jako dobry. W badaniach Wojciechowskiej i Sudy wykazano, że 63,9% ankietowanych pielęgniarek uznało, że nie prowadzi zdrowego stylu życia, głównie w wyniku pracy w systemie zmianowym [6].

Poważnym błędem żywieniowym są nieregularne posiłki, wynikające z długich godzin pracy i jedzenia w pospiechu, najczęściej w godzinach wieczornych. Badania własne potwierdzają nieregularność spożywania posiłków przez pielęgniarki, pomimo posiadanej wiedzy na ten temat. Większość pielęgniarek z USK w Białymstoku słusznie stwierdziło, że posiłki należy spożywać w odstępach co 3-4 godziny (58,9%). Regularność spożywania

posiłków deklarowało jedynie 30,1% badanych. 1/3 ankietowanych pielęgniarek spożywała posiłki o stałych porach tylko sporadycznie, 18,3% tylko w dni wolne od pracy, a 20,5% zawsze jadło posiłki o różnych porach. Jako powód rezygnacji z posiłków ankietowane przez nas wskazywały najczęściej na brak czasu (47,8%) lub rodzaj wykonywanej pracy (37,8%). Nieregularność spożywania posiłków znalazła potwierdzenie w badaniach Sokołowskiej i wsp., gdzie wśród badanych pielęgniarek 76,3% nie przestrzegało stałych pór spożywania posiłków. Jako powód braku regularności spożywania posiłków podało 50% pielęgniarek wskazała system pracy, kolejnym był brak czasu wynikający z obowiązków wskazany przez 29,2% pielęgniarek, niskie zarobki (12,3%), brak apetytu (6,2%) oraz brak chęci do regularnego odżywiania (2,3%) [8]. W badaniach Zacharewicz i wsp. ponad połowa pielęgniarek również wskazała na system pracy pielęgniarek jako powód nieregularnego żywienia [9]. Z badań Przeor i wsp. wynika, że liczba spożywanych posiłków w ciągu dnia przez pielęgniarki była zależna od grafiku dyżurów, przy czym najczęściej pielęgniarki rezygnowały z II śniadań i podwieczorków [10]. Bilski wykazał, że 7,6% pielęgniarek dyżurujących w nocy nie spożywało jakiegokolwiek posiłku, a 9,9% piło wyłącznie kawę. Posiłki spożywane przez pielęgniarki podczas dyżuru były najczęściej posiłkami zimnymi, zaledwie 9,9% badanych spożywało ciepły posiłek w godzinach nocnych. Zazwyczaj były to dania typu „fast-food", wyjątkowo potrawy przygotowywane w tradycyjny sposób [11].

Duże natężenie pracy nierzadko jest powodem braku czasu na przygotowywanie odpowiednich posiłków oraz sięgania po niezdrowe przekąski. Często też stres powoduje wzmożenie spożywania żywności bądź rezygnację z posiłków. 23,7% pracowników medycznych w badaniach Sochockiej i wsp. jako metodę walki ze stresem wskazali dojadanie pomiędzy głównymi posiłkami w ciągu dnia [7]. W badaniach własnych wykazano, iż 72,8% pielęgniarek dojadało pomiędzy posiłkami, najczęściej były to produkty cukiernicze.

Odpowiednio skomponowana dieta jest ważna dla zachowania równowagi w organizmie. Połowa pielęgniarek USK (51,1%) uznała produkty zbożowe jako główne źródło energii z diety. Spośród produktów z tej grupy ankietowane mniej chętnie spożywały produkty pełnoziarniste, po które codziennie sięgało 38,2% badanych, a aż 34,4% nie spożywało tych produktów w ogóle. W badaniach Pióreckiej i wsp. wykazali, iż pielęgniarki spożywały 4-5 razy w tygodniu razowe pieczywo [12].

Mleko oraz jego przetwory w badanej przez nas grupie były spożywane przez 39,4% kilka razy w tygodniu, 26,1% raz w tygodniu, a 13,9% nie spożywało ich w ogóle. Na zbyt niskie spożycie mleka w diecie pielęgniarek wskazali Bielak i wsp.[13]. Gacek wykazała, że

ponad 40% kobiet spożywa przetwory mleczne codziennie i zbliżony odsetek kilka razy w tygodniu [14].

Znaczna większość pielęgniarek spożywała niedostateczną ilość warzyw i owoców jednak, kilka razy dziennie warzywa spożywało tylko 26,7% pielęgniarek, natomiast owoce 5,6%.

W badaniach Gacek medycy uwzględniali owoce w swojej diecie zazwyczaj raz dziennie lub częściej. Podobnie kształtuje się konsumpcja warzyw, które najczęściej spożywane są raz dziennie (przez blisko 3/4 kobiet i przez ponad połowę mężczyzn) [14].

Prawie połowa pielęgniarek USK w Białymstoku (47,2%) przyznała, że spożywa mięso, ryby, jaja, orzechy i nasiona strączkowe kilka razy dziennie, 38,3% - raz dziennie, w tym częściej mięso czerwone niż drobiowe.

W badaniach Stefańskiej i wsp. wykazano, że 18,0% kobiet spożywało wszystkie posiłki zawierające białko zwierzęce [15], przy czym Warchoł i wsp. wykazali, iż odpowiednią ilość nabiału, tłuszczu roślinnego, ciemnego pieczywa oraz chudego mięsa spożywały prawie wszystkie pielęgniarki [16].

W badaniach Sokołowskiej 32,6% pielęgniarek najczęściej spożywało potrawy mięsne [8].

Badania przeprowadzone przez Gacek w środowisku medycznym wykazały, że połowa kobiet i 2/3 mężczyzn spożywa mięso kilka razy w tygodniu, a średnio co piąta osoba z częstością raz w tygodniu. Ponad połowa kobiet i blisko 2/3 mężczyzn spożywało ryby przynajmniej raz w tygodniu, a średnio co dziesiąta osoba 2-3 razy w tygodniu. Zarazem 30% kobiet i 1/4 mężczyzn produkty te spożywa rzadziej [14].

Aktywność fizyczna odgrywa ważną rolę dla ogólnej kondycji psychofizycznej człowieka, pozwala na odreagowanie negatywnych stanów emocjonalnych i napięć psychicznych związanych z pracą zawodową i codziennym życiem [3,15]. W badaniach własnych pielęgniarki wykazały się znajomością zaleceń aktywności fizycznej (46,7%) lecz podobna część (53,3%) ich nie stosowała, minimum godzinę dziennie aktywności fizycznej odnotowano u 6,1%. W badaniach Andruszkiewicz i Nowik zbadano zachowania zdrowotne kobiet pracujących, uwzględniając grupę zawodową pielęgniarek. Wykazano, że badane nie uprawiały regularnie aktywności fizycznej, niechętnie uczęszczały na zorganizowane zajęcia ruchowe, a w czasie wolnym od pracy wybierały bierne formy wypoczynku, najczęściej oglądanie telewizji [18]. W badaniach Muszalik 22,7% pielęgniarek uprawiało aktywność fizyczną, a 57,8% uznało ruch za najdogodniejszą formę wypoczynku [19]. Inne wyniki opublikował Bergier i wsp., gdzie wykazano wysoką aktywność fizyczna pielęgniarek u

73,2% badanych, natomiast niska aktywność fizyczna nie została stwierdzona u żadnej ankietowanej, jednocześnie stwierdzono małą aktywność fizyczną w czasie wolnym [20].

W badaniach Zagroby i wsp. stwierdzono, że aż 87% pielęgniarek była świadoma pozytywnego wpływu aktywności ruchowej na zdrowie. Ponad połowa respondentek (53%) stwierdziła, że największą korzyścią, wynikającą z własnej aktywności fizycznej, była poprawa kondycji, że poziom aktywności fizycznej pielęgniarek był średni, a w większości przypadków odnotowywano brak systematyczności w zajęciach rekreacyjnych. Swoją bierność w uprawianiu ćwiczeń pielęgniarki tłumaczyły głównie nadmiarem obowiązków domowych (56%). Wraz z wiekiem malała liczba pielęgniarek uprawiających ćwiczenia fizyczne, a wzrastała grupa przyznająca się do nieregularnego uprawiania ćwiczeń sportowo-rekreacyjnych (60,5%). Wśród pielęgniarek, które nie uprawiały żadnych ćwiczeń fizycznych, aż 32% tłumaczyło się brakiem wolnego czasu, a 20% brakiem środków finansowych [21]. W badaniu aktywności fizycznej pielęgniarek prowadzonym przez Filipczuk i wsp. dominowały bierne formy spędzania czasu wolnego, a codziennie ćwiczyła tylko, co trzynasta osoba. Zmęczenie po pracy stanowiło główny powód rezygnacji z aktywnych form spędzania czasu wolnego [22].

Rolą pielęgniarki jest udział w przekazywaniu wiedzy pacjentom i ich rodzinom w zakresie poprawy i utrzymania zdrowia, również dzięki prawidłowemu odżywianiu. Wiele artykułów potwierdza dużą znajomość zasad prawidłowego odżywiania wśród pielęgniarek, jednak brak stosowania się do nich. Badane przez nas pielęgniarki posiadały znaczną wiedzę, jakie produkty należy spożywać, w jakich ilościach i odstępach czasowych, jednak nie praktykowały tych zaleceń w życiu codziennym. Prezentowane badania wykazały błędy w zachowaniach żywieniowych pielęgniarek oraz niewystarczający poziom aktywności fizycznej.

Wnioski

1. Badane pielęgniarki wykazały się dobrą znajomością zaleceń żywieniowych, jednak nie realizowały ich.
2. Błędy żywieniowe badanych pielęgniarek polegały głównie na braku stałych pór spożywania posiłków oraz dojadaniu między posiłkami pieczywa cukierniczego i słodyczy, błędy te wynikały z charakteru wykonywanej pracy.
3. Wskazane jest położenie większego nacisku na promowanie zachowań prozdrowotnych wśród personelu pielęgniarskiego, w tym regularnego odżywiania i aktywnego spędzania wolnego czasu.

Piśmiennictwo

1. Ciborowska H., Rudnicka A.: Dietetyka: żywienie zdrowego i chorego człowieka. Wyd. 3 uzup. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2007.
2. Gawęcki J., Mossor-Pietraszewska T.: Kompendium wiedzy o żywności, żywieniu i zdrowiu. PWN, Warszawa, 2004.
3. Jarosz M., Respondek W., Wolnicka K. i wsp.: Zalecenia dotyczące żywienia i aktywności fizycznej [w:] Normy żywienia dla populacji polskiej – nowelizacja, Jarosz M. (red.), IŻŻ, Warszawa 2012, 154-171.
4. Ślusarska B., Nowicki G., Piasecka H.: Zmiany sposobu żywienia, poziomu aktywności fizycznej oraz wskaźników BMI, WHR zależne od wieku wśród osób pracujących. Pielęg. XXI w., 2009, 3, 5–10.
5. Goryńska-Goldmann E., Ratajczak P.: Nutritional awareness and nutritional behaviours of consumers. J. Agribus. Rural Dev. 2010, 4, 41-48.
6. Wojciechowska M., Suda K.: Promocja zdrowego stylu życia nie tylko zadaniem zawodowym pielęgniarki, ale także odpowiedzią na współczesne zagrożenia. Probl. Piel., 2008, 16, 60–65.
7. Sochocka L., Wojtyłko A., Grad I., Kiliś-Pstrusińska K.: Sposób odżywiania pracowników ochrony zdrowia na przykładzie studentów studiów niestacjonarnych PMWSZ w Opolu. Piel. Zdr. Publ., 2012, 2, 109–112.
8. Sokołowska B., Samoszuk T., Piaszczyk D.: Styl życia a odżywianie pielęgniarek jako jeden z wyznaczników programu promocji zdrowia. Ann. UMCS, D 2003, 2, suppl. 13, 231, 152-156.
9. Zacharewicz K., Kucharska A., Sisińska B.: Ocena sposobu żywienia osób pracujących w systemie zmianowym. Zdr. Publ., 2012, 122, 24-28.
10. Przeor M., Goluch-Koniuszy Z.: Ocena stanu odżywienia oraz sposobu żywienia pielęgniarek będących w okresie około menopauzalnym pracujących w systemie zmianowym. Probl. Hig. Epidemiol., 2013, 94, 797-801.
11. Bilski B.: Wpływ pracy zmianowej na sposób odżywiania się i patologię przewodu pokarmowego wśród pielęgniarek – wyniki badania pilotowego. Med. Pr., 2006, 57, 15-19.
12. Piórecka B., Markielowska A., Schlegel-Zawadzka M.: Sposób żywienia pielęgniarek, a ich przygotowanie do udzielania informacji w zakresie żywności i żywienia [w:] Pacjent podmiotem Troski Zespołu Terapeutycznego, Krajewska-Kułak E,

Sierakowska M, Lewko J, Łukaszuk C. (red.), Wydział Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia, Akademia Medyczna w Białymstoku, Białystok, 2005, 2, 20-27.

13. Bielak J., Krzyszycha R., Szponar B.: Sposób odżywiania się pielęgniarek i położnych Lublina i okolic. Ann. UMCS, Sect. D, 2006, 61, 868-873.
14. Gacek M.: Zachowania żywieniowe i aktywność fizyczna w grupie lekarzy. Probl. Hig. Epidemiol., 2011, 92, 254-259.
15. Stefańska E., Ostrowska L., Czapska D., Karczewski J., Gołdowskka E.: Ocena jakościowa jadłospisów studentów Akademii Medycznej w Białymstoku z należną masą ciała i nadwagą, Przegl. Lek. 2003, 60 (Supl 6), 31-35.
16. Warchoł-Sławińska E., Włoch K.: Zachowania zdrowotne pielęgniarek, Zdr. Publ., 2013, 113, 1–2, 156–159.
17. Walentukiewicz A., Łysak A., Wilk B.: Zachowania zdrowotne studentek pielęgniarstwa; Probl. Piel., 2013, 21, 484–488.
18. Andruszkiewicz A., Nowik M.: Zachowania zdrowotne kobiet czynnych zawodowo. Probl Piel., 2011, 19, 148–152.
19. Muszalik M., Kędziora-Kornatowska K., Marzec A., Klawe J.: Analiza zachowań zdrowotnych, samooceny oraz zagrożeń zdrowia pielęgniarek studiujących zaocznie. Probl. Hig. Epidemiol., 2007, 88, 354-359.
20. Bergier J., Bergier B., Soroka A., Kubińska Z.: Aktywność fizyczna pielęgniarek z uwzględnieniem ich wieku, Med. Ogólna, 2010, 16, 4.
21. Zagroba M., Kulikowska A., Marcysiak M., Wiśniewska E., Ostrowska B., Skotnicka-Klonowicz G.: Aktywność fizyczna pielęgniarek. Probl. Piel., 2010, 18, 329–336.
22. Filipczuk A., Wrońska I.: Zachowania żywieniowe i formy aktywności fizycznej wśród pielęgniarek jako elementy stylu życia. Med. Rodz. , 2004, 6, 536-541.

Kryk Aneta, Janiszewska Mariola, Barańska Agnieszka, Pawlikowska Katarzyna, Religioni Urszula

Wiedza o zdrowiu i zachowania zdrowotne młodzieży wiejskiej i miejskiej

Katedra Zdrowia Publicznego Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wstęp

Do lat 70 XX wieku uważano, że zdrowie w największym stopniu zależy od opieki medycznej. Dopiero w 1974 roku były kanadyjski minister zdrowia Lalonde, w raporcie na temat zdrowia Kanadyjczyków opublikował czynniki warunkujące zdrowie. Pogrupował je w cztery tzw. „pola zdrowia". Największy udział w zdrowiu przypisano stylowi życia – 53%, mniejszy – środowisku fizycznemu – 21%, dziedziczeniu – 16% zaś najmniejszy opiece medycznej - 10%. Odpowiedzialność za własne zdrowie należy więc przypisać przede wszystkim człowiekowi, jego aktywności i przejawianym zachowaniom zdrowotnym [1].

Zachowania zdrowotne mogą być definiowane w różnorodny sposób, mianowicie jako: nawyki zdrowotne, praktyki zawodowe, działania zdrowotne, zachowania prozdrowotne, pozytywne działania prozdrowotne, zachowania sprzyjające zdrowiu, zachowania promocyjne, zachowania w zdrowiu, prozdrowotny styl życia. Brak jednolitego sformułowania jest m.in. wynikiem zainteresowań różnych dyscyplin naukowych, tak medycznych, jak i społecznych, z których każda posiada i stosuje swój własny warsztat pojęciowy [2]. Zachowania zdrowotne definiowane są przez Heszen- Klemens [3], jako *„wszelkie formy aktywności celowej, ukierunkowanej na ochronę lub osiągnięcie poprawy własnego stanu zdrowia"*. Sęk [cyt. za 2] określa je jako „*reaktywne, nawykowe i/lub celowe formy aktywności człowieka, które pozostają – na gruncie wiedzy obiektywnej o zdrowiu i subiektywnego przekonania – w istotnym, wzajemnym związku ze zdrowiem"*. Zachowania zdrowotne obejmują szeroki wachlarz zachowań, od prostych i nawykowych, często utrwalonych w dzieciństwie (np. związanych z higieną osobistą) po bardzo złożone, wymagające długiego uczenia się, korzystania z pomocy innych, zależne od kosztów, infrastruktury, instytucji społecznych i ekonomii (np. żywienie). Pewne zachowania stosujemy przez całe życie, inne wchodzą do repertuaru naszej aktywności wraz z przemianami kulturowymi, rozwojem techniki i medycyny (np. zapinanie pasów bezpieczeństwa, samobadanie piersi, szczepienie przeciw grypie) [4].

Styl życia człowieka, w tym jego zachowania zdrowotne, zmieniają się w okresie całego życia. Zmiany te są zależne od wielu różnorodnych czynników, w tym: właściwości jednostki (wiek, płeć, cechy osobowości, stan zdrowia, pełnione role społeczne) oraz różnorodnych czynników środowiskowych. Można przyjąć, że wszystkie czynniki, które uznaje się za determinanty zdrowia mają także pośredni lub bezpośredni wpływ na zachowania zdrowotne i styl życia społeczeństwa [5].

Green i Kreuter [cyt. za 6] wyróżnili trzy główne grupy czynników wpływających na kształtowanie zachowań zdrowotnych:

- czynniki predysponujące (wiedza, przekonania, wartości, postawy)
- czynniki umożliwiające (umiejętności ważne dla zdrowia, przepisy prawne, priorytety i polityka zdrowotna na poziomie lokalnym/krajowym, dostępność i jakość opieki zdrowotnej)
- czynniki wzmacniające (normy obyczajowe – społeczna akceptacja lub jej brak w stosunku do danego zachowania w rodzinie, w grupie rówieśniczej, w szkole/miejscu pracy, ze strony pracowników służby zdrowia itd.; ta grupa czynników powiązana jest z warunkami, w jakich żyje jednostka).

Najważniejszym okresem dla kształtowania zachowań zdrowotnych jest dzieciństwo i młodość. Kształtują się one to w procesie socjalizacji, pod wpływem różnorodnych czynników i wzorców osobowych w domu, przedszkolu, szkole, grupie rówieśniczej, społeczności lokalnej, mediach, reklamach itd.. Szczególne znaczenie ma tu modelowanie zachowań przez osoby znaczące dla dziecka i młodego człowieka. Okresem „krytycznym" dla kształtowania zachowań zdrowotnych jest okres dorastania, w którym utrwalają się nabyte wcześnie zachowania prozdrowotne, a równocześnie pojawia się wiele zachowań ryzykownych, często kumulujących się. Niektóre z nich po fazie eksperymentowania zanikają. Zmiany, jakie dokonują się w okresie dojrzewania decydują o tym czy młodzi ludzie wnoszą w swe dorosłe życie zasoby czy czynniki ryzyka dla zdrowia własnego i innych [4].

Do zachowań prozdrowotnych należy między innymi: przestrzeganie zasad zdrowej diety, higieny, regularne uprawianie ćwiczeń fizycznych, stosowanie szczepień czy badania profilaktyczne. Do zachowań antyzdrowotnych możemy zaliczyć: dietę wysokotłuszczową, nadużywanie alkoholu czy narkotyków, palenie tytoniu, czy prowadzenie pojazdu z nadmierną prędkością [4, 5]. Młodzież często mimo wiedzy o skutkach nieprawidłowego stylu życia w większym stopniu wykazuje się zachowaniami ryzykownymi. Dlaczego? Otóż uważają, że w taki sposób mogą być bardziej zauważeni. Kto ryzykuje często staje się bohaterem w danej grupie, wyróżnia się. Młody człowiek jest gotów poświęcić własne

zdrowie by nie zostać odtrąconym przez daną grupę. Strach i obawa przed staniem się „odmieńcem" powodują, iż wśród młodych ludzi zanikają wszelkie normy i prawa, które zostały im wpojone przez rodziców.

Postęp cywilizacyjny powoduje zmianę zachowań zdrowotnych wśród młodzieży. Powszechniejszy dostęp do Internetu, komputera czy telewizji przyczynia się do wzrostu uzależnienia od mediów. Dzieje się tak, gdyż w tej wyimaginowanej rzeczywistości nie liczy się płeć, wiek, waga czy status społeczny. Wszyscy są tu sobie równi, nie ma dyskryminacji, a jedynym kryterium wartości jednostki jest sprawność poruszania się w sieci. Szczególnie jest to ważne dla osób młodych, które są szczególnie wrażliwe na odrzucenie. Internet, który niesie szybki i tani kontakt z całym światem oraz zapewnia wszechstronny przepływ informacji, dla niektórych użytkowników staje się nałogiem i prowadzi do zaburzeń w kontaktach z otoczeniem [7].

Innymi, także popularnymi używkami są alkohol, tytoń czy narkotyki. Spożywanie alkoholu przez młodzież staje się coraz bardziej tolerowane przez rodziców. Obniża się wiek pierwszego kontaktu z daną używką, a wiadomo, że skłonność do uzależnienia jest zależna od dojrzałości organizmu. Im człowiek młodszy tym większe prawdopodobieństwo uzależnienia. Ta zasada dotyczy także tytoniu czy narkotyków [4].

Alkohol jest substancją, która jest spożywana przez młodzież z różnych powodów: uzyskanie akceptacji danej grupy, pokonanie nieśmiałości, pragnienie dorosłości. Ale czy warto? Osoby młode nie patrzą na skutki odległe, ale widzą korzyści, które przynosi im używka w danym momencie. Nadmierne spożywanie alkoholu (powyżej 40 ml dziennie) może przyczynić się do rozwoju schorzeń wątroby, chorób układu krążenia i nowotworowych, zwłaszcza przełyku i jelita grubego. Długotrwałe picie może prowadzić do uzależnienia, co pociąga ze sobą kolejne konsekwencje, jak np. zmiany w osobowości, procesach poznawczych, funkcjonowaniu emocjonalnym, a także społecznym [8].

Alkoholizm (uzależnienie alkoholowe) jest chorobą powodującą bardzo dużą zależność psychiczną i fizyczną, obniżenie możliwości pracy umysłowej i fizycznej, ostre objawy abstynencji przy nagłym odstawieniu alkoholu, obniżenie tolerancji alkoholu. Charakteryzuje się również utratą kontroli nad piciem, potrzebą stałego używania alkoholu, traktowanego jako uniwersalne lekarstwo na wszelkie dolegliwości [9].

Niepokojący jest fakt, iż częstotliwość zażywania narkotyków jest coraz większa. Główną przyczyną jest przede wszystkim łatwiejszy dostęp do używki. Młodzież usiłuje uciec od rozmaitych problemów, a narkotyk sprawia, że są przyjaźnie nastawieni do towarzystwa, rozmowni i odprężeni. Daje chwile wytchnienia, okresową ucieczkę od zmartwień i

kłopotów. Jednak należy pamiętać, że oprócz nałogu (psychicznego lub fizycznego) znacznie przyczynia się do pogorszenia stanu zdrowia [10].

Negatywne skutki palenia tytoniu stają się ogólnie znane poprzez informacje docierające z telewizji, reklam, radia, gazet czy opakowań papierosów. Mimo to, ilość palaczy nie zmniejsza się. Według WHO $^{1}/_{3}$ ludności świata to palacze [11]. W Polsce jest ich około 9 milionów. Dym tytoniowy wywiera wielokierunkowe i złożone działania biologiczne na organizm człowieka. W skład dymu tytoniowego wchodzi około 4 tysięcy związków chemicznych, spośród których wiele posiada właściwości teratogenne, mutagenne, toksyczne, a około 60 z nich bierze aktywny udział w kancerogenezie [12]. Palenie tytoniu jest przyczynowe związane z co najmniej trzema licznymi grupami chorób przewlekłych, odpowiedzialnych za umieralność w średnim wieku: choroby układu krążenia, nowotwory złośliwe (zwłaszcza płuc) oraz przewlekłe obturacyjne zapalenie oskrzeli [13].

Do grupy zachowań antyzdrowotnych należy także częstotliwość stresowania się. Rozwój cywilizacji, szybsze tempo życia i pogoń za pieniędzmi, sprawia, iż ludzie w coraz młodszym wieku są narażeni na czynniki stresogenne. Stres doprowadza do różnych zaburzeń tj. wrzody żołądka, bóle głowy czy zaburzenia czynnościowe serca [14].

Jednym z najważniejszych czynników wpływającym na zdrowie jest sposób odżywania oraz ściśle z nim związane nawyki żywieniowe. Podstawową rolę w kształtowaniu nawyków żywieniowych pełni rodzina mając wpływ na pory, wielkość i liczbę posiłków, kontrolowanie uczucia sytości, preferencje rodzaju żywności, unikanie lub pożądanie pewnych pokarmów, motywacje związane z jedzeniem, takie jak zaspokojenie głodu, ciekawość, przyjemność, obowiązek [2].

Czynniki ryzyka związane z dietą w krajach rozwiniętych to przede wszystkim: niski poziom błonnika w diecie, cukier, czerwone mięso, tłuszcze (zwłaszcza nasycone) i sól. Wśród czynników ryzyka związanych z kulturą i warunkami społeczno – ekonomicznymi wymienia się: przetwarzanie i konserwowanie żywności (np. w Stanach Zjednoczonych i Wielkiej Brytanii 75% spożywanej soli pochodzi z przetworzonej żywności), jedzenie typu fast food, agresywny marketing (zwłaszcza wobec dzieci), modę na odchudzanie [15]. Negatywne skutki zdrowotne nieprawidłowych nawyków żywieniowych to: otyłość, cukrzyca, choroby krążenia, choroby nowotworowe, osteoporoza, anoreksja, bulimia i inne [16].

Wyniki wielu badań prowadzonych w krajach rozwiniętych, jak i rozwijających się, wskazują na bardzo szybki wzrost wskaźników dotyczących otyłości, zwłaszcza wśród adolescentów. W Stanach Zjednoczonych otyłość wśród dzieci i młodzieży od 6 do 19 lat w

ciągu 40 lat do 2006 roku wzrosła trzykrotnie. Szacuje się, że w 2006 roku problem ten dotyczył będzie aż 33% amerykańskich dzieci i młodzieży [15]. Badania przeprowadzone przez Instytut Żywności i Żywienia w Warszawie w 2006 roku wskazały, że 73% polskich dzieci odżywia się nieprawidłowo. Dotyczy to zarówno niedożywienia, jak i niewłaściwego żywienia [10]. Dane z października 2012 roku przygotowane przez Agencję Informacyjną Newseria wykazują, iż niemal co piąte dziecko w Polsce ma problem z otyłością [17].

Sposób odżywiania to również ilość posiłków oraz czas ich spożywania. Śniadanie jest najważniejszym posiłkiem w ciągu dnia. U osób odchudzających się pomijanie pierwszych śniadań może powodować zwiększone odczucie głodu w ciągu dnia oraz skutkować zmniejszeniem efektywności odchudzania [18]. Niepokojącym faktem jest to, iż coraz mniejszy odsetek młodzieży deklaruje spożywanie śniadań. Młodzi ludzie nie zdają sobie sprawy z konsekwencji pominięcia pierwszego posiłku w ciągu dnia.

Kolejnym ważnym aspektem warunkującym zdrowie człowieka jest aktywność fizyczna. Niestety młodzież coraz rzadziej spędza czas na świeżym powietrzu oraz niechętnie uczestniczy z zajęć wychowania fizycznego. Aktywność fizyczna to jeden z podstawowych elementów zdrowego stylu życia uznawany za czynnik chroniący w profilaktyce, np. nadwagi i otyłości, nadciśnienia tętniczego, chorób serca, osteoporozy, cukrzycy (typu II) [4]. Zabezpiecza także przed spadkiem wydolności organizmu, stymuluje układ nerwowy do uwalniania endorfin wpływających pozytywnie na odporność organizmy [2].

Poruszając problematykę zachowań zdrowotnych warto zwrócić uwagę na zjawisko dbania o higienę osobistą. Są to czynności najczęściej kojarzone z regularnym myciem ciała oraz regularną zmianą i praniem odzieży. Celem higieny osobistej jest utrzymanie i wzmocnienie zdrowia oraz rozwijanie pełnej sprawności i aktywności fizycznej, psychicznej i umysłowej organizmu człowieka w każdym wieku. Zadaniem higieny osobistej jest również tworzenie racjonalnych norm higienicznych w różnych dziedzinach życia osobniczego oraz zapewnienie prawidłowego rozwoju organizmu w okresie dojrzewania, uzyskania optymalnej sprawności fizycznej, a także ochrona organizmu przed chorobami np. grzybicami, wszawicą, próchnicą zębów, żółtaczką zakaźną typu A, ropnymi zakażeniami skórnymi i inne. Ręce są najbardziej narażone na biologiczne czynniki chorobotwórcze. Kontakt z wieloma ludźmi, krwią czy innymi wydzielinami (podczas podawania dłoni bądź dotykania poręczy w autobusach) może doprowadzić do rozwoju się choroby zakaźnej. Według raportu dotyczącego epidemicznego występowania zakażeń przewodu pokarmowego Światowej Organizacji Zdrowia, wynika, iż 69% z nich było skutkiem przenoszenia zarazków poprzez zanieczyszczone ręce [19].

Kolejnym ważnym zagadnieniem związanym ze zdrowiem jest sen - okres wytchnienia organizmu, który pozwala na odtworzenie zasobów energii, wyhamowanie czynności systemu nerwowego i mózgu, wydalenie produktów rozpadu w procesie przemiany materii i oczyszczenie w miarę możliwości z toksyn oraz przywrócenie równowagi w narządach, zachwianej pod wpływem jednostronnego ich obciążenia i doprowadzenie do stanu wyjściowego. Aby sen spełnił wymienione funkcje, musi być odpowiednio długi w danym wieku rozwojowym. Młodzież 18-letnia powinna spać około 8 godzin na dobę. Brak snu może prowadzić do utraty dobrego samopoczucia, zmęczenia, zdenerwowania, do dezorientacji fizycznej i umysłowej [20].

Cel pracy

Celem przeprowadzonego badania było znalezienie odpowiedzi na następujące pytania:

1. Jaki jest zasób wiedzy badanej młodzieży na temat zachowań prozdrowotnych oraz antyzdrowotnych?
2. Jaki jest stosunek ankietowanych do zjawiska spożywania alkoholu, palenia tytoniu, przyjmowania narkotyków?
3. Jaka jest ocena zachowań żywieniowych u osób badanych?
4. Czy respondenci kontrolują stan swojej wagi? Czy ankietowani posiadają nadwagę?
5. Jaki jest poziom aktywności fizycznej osób biorących udział w badaniu?
6. Jakie są ustalenia przestrzegania czasu snu oraz zasad higieny respondentów?
7. Jaka jest częstotliwość narażenia osób badanych na stres?
8. Czy respondenci są zadowoleni z własnego stylu życia?

Materiał i metody

W celu uzyskania materiału badawczego zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, którego narzędzie stanowił kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. Badania przeprowadzono w okresie od grudnia 2012 do marca 2013 roku wśród uczniów szkół licealnych w Bychawie, Lublinie i okolicach.

W badaniach uczestniczyło 187 osób, zwrócono wszystkie wypełnione zestawy kwestionariuszy, z których po opracowaniu i odrzuceniu błędnie lub niekompletnie wypełnionych, analizie poddano 181 zestawów kwestionariuszy.

Wyniki poddano analizie statystycznej z wykorzystaniem programu STATISTICA v.10. Różnice pomiędzy dwiema grupami respondentów zweryfikowano w oparciu o test χ^2 Pearsona.

Wyniki istotne statystycznie przyjęto dla współczynnika istotności statystycznej $p < 0,05$.

Wyniki

Do analizy statystycznej włączono 181 prawidłowo wypełnionych kwestionariuszy. Wiek badanych zawierał się w przedziale od 16 do 18 roku życia. Wśród 181 ankietowanych 101 osób pochodziło z miasta (63 kobiet i 38 mężczyzn) oraz 80 ze wsi (44 kobiet oraz 36 mężczyzn).

Tabela 1. Rozumienie pojęcia „zachowań zdrowotnych"

	Miasto	**Wieś**
Ogółem	46%	78%
Chłopcy	50%	72%
Dziewczyny	43%	82%

Rozumienie pojęcia „zachowań zdrowotnych" zadeklarowała znaczna większość (78%) ankietowanych ze wsi oraz niemal połowa (46%) respondentów pochodzących z miast (χ^2 = 20,036, p > 0,001). Nie znaleziono jednak istotnych różnic pomiędzy płcią respondenta a rozumieniem pojęcia „zachowań zdrowotnych" (p > 0,05).

Samoocena zdrowia wśród badanej młodzieży wykazała, iż 8% ankietowanych ze wsi określało swój stan zdrowia jako zły, bądź bardzo zły, gdzie 100% ankietowanych z miast jako dobry bądź bardzo dobry (χ^2 = 9,476, p = 0,024). Najmniej zadowolone z własnego stanu zdrowia okazały się być kobiety zamieszkujące wieś – 86%, choć różnice pomiędzy oceną stanu zdrowia, a płcią respondenta są nieznaczne (p > 0,05).

Tabela 2. Posiadanie nadwagi oraz kontrolowanie wagi

	Osoby	**Posiadanie nadwagi**	**Kontrolowanie wagi**
MIASTO	Ogółem	29,0%	56,0%
	Dziewczyny	36,5%	50,8%
	Chłopcy	15,8%	65,8%
WIEŚ	Ogółem	16,0%	70,0%
	Dziewczyny	11,0%	77,0%
	Chłopcy	22,2%	61,0%

Pytania dotyczące kontroli masy ciała oraz posiadanej nadwagi skorelowano z miejscem zamieszkania respondenta oraz płcią, jednak w żadnym z przypadków nie

stwierdzono statystycznie istotnych różnic pomiędzy zmiennymi (p > 0,05). Co trzecia młoda osoba mieszkająca w mieście przyznała się do posiadanej nadwagi (29%). Ponad połowa respondentów z miast (56%) zadeklarowała kontrolowanie stanu swojej wagi. Do nadwagi przyznało się więcej kobiet z miast (36,5%). Nieco lepsza sytuacja przedstawiała się na wsi. Z badań wynika, iż tylko 16% ankietowanych uważało, że posiada wagę powyżej normy, a znaczna większość (70%) zadeklarowała kontrolowanie własnej masy ciała. Warto zwrócić uwagę, iż co druga osoba potwierdziła, że nie kontroluje swojej masy ciała.

Tabela 3. Produkty dominujące w diecie

PRODUKTY	Miasto		Wieś	
	Wędliny	72%	Pieczywo	68%
	Mleko	65%	Owoce i warzywa	60%
	Płatki owsiane	50%	Wędliny	58%
	Słodycze	40%	Mleko	41%

Czterema dominującym produktami w diecie respondentów z miasta były przede wszystkim: wędliny (72%), mleko (65%), płatki owsiane (50%) oraz słodycze (40%). Natomiast u respondentów ze wsi było to: pieczywo (68%), owoce i warzywa (60%), wędliny (58%) oraz mleko (41%). Do spożywania pięciu posiłków lub więcej ankietowani ze wsi przyznawali się dwa razy częściej niż respondenci z miast (χ^2 = 23,073, p > 0,001).

Tabela 4. Spożywanie śniadań przez respondentów

	Miasto	Wieś
Ogółem	52%	60%
Dziewczyny	52%	68%
Chłopcy	53%	50%

Z badań wynika, że jedynie co druga młoda osoba codziennie spożywała śniadanie. Nie stwierdzono jednak istotne statystycznie różnic pomiędzy deklaracją spożywania śniadań, a płcią respondenta, czy miejscem zamieszkania (w obu przypadkach p > 0,05).

Analiza przeprowadzonego badania wskazuje, że aż 4% ankietowanych ze wsi codziennie spożywało dania typu fast-food, gdzie wśród respondentów z miast było to jedynie

1% (χ^2 = 11,283, p = 0,010). Zgodnie z otrzymanymi wynikami 11% respondentów z miasta oraz 28% ankietowanych ze wsi potwierdziło, że nigdy nie spożywało tego typu żywności.

Tabela 5. Częstotliwość spożywania fast foodów

Częstotliwość	Miasto	Wieś
Codziennie	1%	4%
raz w tygodniu	30%	24%
raz w miesiącu	58%	44%
w ogóle	11%	28%

Tabela 6. Ilość godzin przeznaczona na sen w ciągu doby

Ilość godzin	Miasto	Wieś
Mniej niż 6 godzin	41%	20%
Od 6 do 8 godzin	57%	63%
Od 8 do 10 godzin	2%	13%
Więcej niż 10 godzin	0%	5%

Wyniki wskazują, iż znaczna większość ankietowanych przeznaczała na sen od 6 do 8 godzin dziennie, z czego 57% to osoby z miast a 63% - młodzież ze wsi (χ^2 = 21,307, p > 0,001). Wykazano różnice istotne statystycznie pomiędzy długością snu, a płcią respondenta (χ^2 = 14,979, p = 0,020). Znacznie mniej godzin przeznaczanych na sen wskazały kobiety (poniżej 6 h na dobę - ok. 40% kobiet i 16% mężczyzn). Najmniej czasu przeznaczały na sen kobiety z miast i jest to 49,2% grupy badanej.

Analiza tab. 7 i tab. 8 wskazuje, że więcej ankietowanych ze wsi w stosunku do respondentów z miast częściej myje ręce przed posiłkiem (70%) (χ^2 = 22,741, p > 0,001) oraz codziennie bierze prysznic (młodzież wiejska 76%, natomiast miejska 50%) (χ^2 = 11,265, p = 0,010).

Przeprowadzona analiza wykazała, że częstotliwość sięgania po alkohol jest zbliżona w mieście i na wsi (p > 0,05). Około 70% badanych przyznało się do sięgania po tę używkę. Pozostałe środki uzależniające są bardziej popularne wśród respondentów z miast: tytoń (51%), narkotyki (39%), kawa (60%), napoje energetyczne (37%).

Okazało się, że aż 80% ankietowanych z miast spędzało mniej niż 3 godziny dziennie na świeżym powietrzu, gdzie 42% respondentów ze wsi przebywało więcej niż 3 godziny.

Tabela 7. Częstotliwość brania prysznica

CZĘSTOTLIWOŚĆ BRANIA PRYSZNICA		
	Miasto	**Wieś**
Raz lub dwa razy w tygodniu	50%	76%
Około trzy razy w tygodniu	40%	21%
Raz w tygodniu	6%	2%
Rzadziej	4%	1%

Tabela 8. Częstotliwość mycia rąk przed posiłkiem

	Miasto	**Wieś**
Ogółem	36%	70%
Dziewczyny	27%	77%
Chłopcy	23,7%	61%

Tabela 9. Wykaz zażywania używek / środków uzależniających

UŻYWKI	**Miasto**	**Wieś**
Tytoń	51%	21%
Alkohol	69%	71%
Kawa	60%	50%
Narkotyki	39%	18%
Napoje energetyczne	37%	30%

Tabela 10. Ilość godzin spędzanych na świeżym powietrzu w ciągu doby

Ilość godzin spędzanych na świeżym powietrzu	**Miasto**	**Wieś**
mniej niż 3	80%	56%
od 3 do 5	19%	29%
Powyżej 5	1%	13%

Większą częstotliwość uprawiania sportu przez badanych zauważyć można u ankietowanych ze wsi (raz lub dwa razy w tygodniu - 41%) w porównaniu z badanymi z miast. ($\chi^2 = 24{,}591$, $p > 0{,}001$).

Tabela 11. Ocena aktywności fizycznej

Częstotliwość uprawiania sportu	Miasto	Wieś
Nigdy	0%	3%
1-2 razy w miesiącu	54%	25%
1-2 razy w tygodniu	14%	41%
więcej niż 3 razy w tygodniu	32%	30%

Tabela 12. Częstotliwość stresowania się

Częstotliwość	Miasto	Wieś
Bardzo często	4%	15%
Często	44%	31%
Czasami	47%	30%
Rzadko	6%	15%
W ogóle	1%	5%

Przeprowadzona analiza wykazała, iż respondenci pochodzący ze wsi bardziej narażeni byli na czynniki stresogenne ($\chi^2 = 16{,}355$, $p = 0{,}005$). Około 15% ankietowanych ze wsi deklarowało, iż stresuje się bardzo często, natomiast często - 31%. Nieco inaczej było wśród badanych z miast: jedynie 4% bardzo często ulegało czynnikom stresogennym, natomiast często, aż 44%.

Tabela 13 przedstawia zadowolenie badanych z własnego stylu życia ($\chi^2 = 5{,}197$, $p = 0{,}023$). Znaczna większość (77%) ankietowanych z miast była zadowolona z własnego stylu życia. Było to o 12% więcej w porównaniu z respondentami ze wsi. Badania wykazały, że najbardziej zadowoleni z własnego stylu życia okazali się być mężczyźni z miast (86,8%), natomiast najmniej kobiety mieszkające na wsi (56,8%).

Tabela 13. Zadowolenie z własnego stylu życia

	Miasto	Wieś
Ogółem	77,0%	65,0%
Dziewczyny	71,4%	56,8%
Chłopcy	86,8%	75,0%

Dyskusja

Badania Zawadzkiej [21], którymi objęci zostali uczniowie w wieku 14-18 lat z województwa świętokrzyskiego wykazały, że samoocena zdrowia młodzieży w wieku 17-18 lat jest bardziej niekorzystna u młodzieży wiejskiej, która w kategorii *„nie bardzo zdrowy”* wyniosła 32% i przewyższyła respondentów z miasta o 16,6%.

Analiza badań własnych wykazała, że 11% ankietowanych ze wsi ocenia swoje zdrowie jako złe bądź bardzo złe, gdzie 100% badanych z miast oceniła je jako dobre lub bardzo dobre. Zauważyć można, że znacznie więcej badanych z miast jest zadowolona z własnego stylu życia (77%) w porównaniu z ankietowanymi ze wsi (65%). Większa ilość mężczyzn przyznaje się do usatysfakcjonowania ze swojego zdrowia (80,9%), natomiast wskaźnik ten u kobiet jest mniejszy aż o 16,75%.

Badania Ogińskiej – Burlik [2] ukazują nieco inne wyniki, według których zadowolenie z własnego stanu zdrowia u mężczyzn w wieku 16-18 lat sięga 78%, natomiast u kobiet wyniosło 82%.

Jednym z problemów codzienności jest stres. Z roku na rok życie staje się coraz bardziej intensywne, jego tempo systematycznie wzrasta. Młodzież i dzieci są szczególnie narażone na destrukcyjne działanie stresu. Przemęczenie, pośpiech, hałas, współzawodnictwo to czynniki najczęściej powodujące stres w życiu młodego człowieka [14].

Według badań własnych liczba respondentów odczuwających silny stres wyniosła 45%, natomiast ankietowani, którzy nie doświadczyli/doświadczają czynników stresogennych to zaledwie 3%.

Badania przeprowadzone przez Wojtyłę – Buciora [22], w 2009 roku w Poznaniu, wskazują, że stres odczuwany jest przez 30% respondentów, jednak, jak wynika z badań, tylko 4%, ankietowanych wskazało na brak stresu w codziennym życiu.

Sposób odżywiania niewątpliwie ściśle wiąże się ze zdrowiem. Odpowiednia dieta może służyć zdrowiu, jednak błędy żywieniowe mogą być czynnikiem ryzyka wielu chorób. Z danych WHO wynika, że nieprawidłowy sposób odżywiania wiąże się z 11 chorobami związanymi przede wszystkim z układem krążenia. Wskazuje się na związek diety

wysokotłuszczowej ze zwiększonym ryzykiem zachorowania na nowotwory, a także na choroby sercowo – naczyniowe, cukrzycę, występowanie udarów [16].

Według badań Samiec i Sudoł –Jednorowicz [23, 24] przeprowadzonych w ramach programu *„Zdrowo żyć – zdrowym być”* około 25% młodzieży nie spożywa śniadań. Przeprowadzone analizy wskazują na rosnącą liczbę osób, które nie spożywają śniadań. Ogólny wskaźnik codziennego spożywania śniadań przez respondentów z miast i wsi wyniósł około 55%.

Analiza wyników badań własnych pozwala zauważyć, że czterema głównymi składnikami spożywanymi przez ankietowanych z miast są: wędliny (72%), mleko (65%), płatki owsiane (50%) i słodycze (40%). Natomiast wśród respondentów ze wsi są to: pieczywo (68%), owoce i warzywa (60%), wędliny (58%) i mleko (41%). Warto zwrócić uwagę, iż młodzież wiejska zastąpiła słodycze – owocami i warzywami.

Podobne wyniki zawarte zostały w artykule Kopowskiej [25] *„Zachowania zdrowotne w reformującej się szkole”*, gdzie aż 40% młodzieży miejskiej biorącej udział w badaniu zadeklarowało regularne spożywanie słodyczy oraz słodkich napoi.

Obecnie popularne jest korzystanie z barów szybkiej obsługi. Według badań przeprowadzonych przez Wykę [26] w roku 2011 wśród młodzieży płci męskiej spożycie produktów typu fast food deklarowało 88% badanych, z czego 49,5% ankietowanych żywność tą spożywało sporadycznie, 34,5% kilka razy w miesiącu, 13% kilka razy w tygodniu oraz 2,8% codziennie [26]. Analiza badań własnych wykazała, iż 68,7% ankietowanych płci męskiej wywodzącej się z miast i wsi zadeklarowało spożywanie dań typu fast food. Około 2,7% codziennie korzysta z barów szybkiej obsługi, 16,2% raz w tygodniu, a 50% raz w miesiącu.

Kopowska [7] w artykule *„Zachowania zdrowotne młodzieży w reformującej się szkole”* podkreśla, że wraz z wiekiem wzrasta odsetek młodzieży ćwiczącej sporadycznie, tj. rzadziej niż jeden raz w tygodniu - w mieście około 26,4%, na wsi 36,9%.

Analiza badań własnych wykazała, że 54% ankietowanych z miasta i 28% ze wsi uprawia rzadziej niż 2 razy w tygodniu sport. Niepokojący jest fakt, że 80% młodzieży z miast spędza mniej niż 3 godziny dziennie na świeżym powietrzu; na wsi wskaźnik ten wynosi 56%.

Problem uzależnień występujących wśród młodego pokolenia nie jest nowym, jednak niepokojącym i zatrważającym jest fakt, że dotyka on co raz młodszych osób. Spożywanie napojów alkoholowych, eksperymentowanie z narkotykami i substancjami psychoaktywnymi, palenie papierosów to realne zagrożenia dla prawidłowego rozwoju fizycznego i

psychicznego współczesnej młodzieży i dzieci [27]. Szacuje się, że tytoń jest odpowiedzialny za 400 tys. zgonów rocznie, tj. 19% wszystkich przypadków śmierci [28]. Palenie tytoniu może być przyczyną 20 chorób nowotworowych. Udokumentowane są związki palenia z rakiem płuc, chorobą niedokrwienną serca, przewlekłą chorobą płuc, zespołem płucno-sercowym czy tętniakiem aorty [2]. W ostatnich latach liczba młodych osób sięgających po papierosa rośnie, a wiek pierwszego kontaktu z tą używką maleje. Wyniki badań z 2004 roku Samiec Sudoł – Jednorowicz [23] przeprowadzonych wśród uczniów wykazały, że codziennie papierosy paliło ponad 38% kobiet i 35% mężczyzn. Podobny odsetek obojga płci (ok. 29%) zakończył eksperymentowanie z papierosami na kilku próbach. Co czwarty badany nigdy nie palił. Średni wiek sięgnięcia po pierwszego papierosa wynosił 12,4 dla mężczyzn i 13,4 dla kobiet [23]. Istotne wydają się wyniki badań M. Świderskiej przeprowadzonych wśród młodzieży szkół licealnych w 2011 roku w Drzewicy i Opocznie. Co czwarta osoba przyznała się do częstego palenia papierosów, 19% do palenia okazyjnego a 6% kilka razy w tygodniu [6].

Analiza badań własnych wykazała, iż co drugi respondent z miasta w wieku 16-18 lat pali papierosy natomiast na wsi - co czwarty. Wśród respondentów więcej kobiet przyznało się do stosowania używki – aż 65,1% kobiet z miast i 22,7% ze wsi. Pierwszy kontakt z papierosem wśród młodzieży miejskiej szacuje się na 12-14 lat, a na wsi powyżej 16 roku życia. Warto zwrócić także uwagę na ilość wypalanych przez ankietowanych papierosów. Z badań własnych wynika, iż okazyjnie pali ponad 56% respondentów natomiast po kilka dziennie aż 17 %.

Według badań przeprowadzonych przez Świderską [6] w 2011 roku aż 83% badanych licealistów przyznało się do spożywania alkoholu. Zaledwie 17% respondentów nigdy nie sięgnęło po alkohol. Uczniowie szkół średnich w większości przyznali, że pili alkohol często (40%), sporadycznie (28%,), rzadko (14%).

Problemem współczesnej młodzieży jest także zażywanie narkotyków. W Polsce od lat 90. XX wieku obserwuje się wzrost odsetka młodzieży sięgającej po te środki. Zwiększyła się podaż narkotyków, a co za tym idzie ich dostępność. Pojawiają się nowe substancje i formy ich zażywania [2]. Wyniki badań A. Minkiewicz z Centrum Kształcenia Ustawicznego wykonane w latach 2003-2004 w Częstochowie wykazały, iż 90% młodzieży nie zażywa narkotyków, 8% paliło marihuanę a 2% zażywało twarde narkotyki [29].

Podsumowanie

Uzyskane wyniki badań pozwoliły na sformułowanie następujących wniosków:

1. Młodzież wiejska wykazuje większą wiedzę na temat pojęcia „zachowań zdrowotnych".
2. 89% badanych z miast oraz 72% ankietowanych ze wsi, przynajmniej raz w miesiącu żywi się w lokalach typu FAST –FOOD.
3. Z zebranych badań wynika, że jedynie 6% młodzieży nie doświadcza czynników stresogennych.
4. Młodzież mieszkająca na wsi odżywia się zdrowiej niż młodzież miejska. Dominują w ich diecie m.in. owoce i warzywa, gdzie w większych aglomeracjach są zastąpione słodyczami. Młodzież miejska ok. 2 razy częściej jada w pośpiechu czy rzadziej spożywa śniadania.
5. Młodzież wiejska częściej sprawdza ilość konserwantów w kupowanym produkcie.
6. 41% młodzieży miejskiej przeznacza na sen poniżej 6 godzin na dobę.
7. Zdecydowana większość młodzieży wiejskiej (70%) kontroluje stan swojej wagi, nieco mniej – bo tylko 56% - młodzież miejska.
8. Warto zwrócić uwagę, iż na osiedlach miejskich ¾ młodych uprawia sport maksymalnie 3 razy w tygodniu i aż 80% spędza niecałe 3 godziny czasu na świeżym powietrzu w ciągu dnia. Taki styl życia prowadzi do nadwagi u młodzieży w miastach (29%), gdzie na wsi wynosi ona zaledwie 16%.
9. Młodzież wiejska bardziej dba o higienę - częściej myją ręce przed posiłkiem, biorą prysznic czy szczotkują zęby.
10. Wskaźnik spożywania alkoholu wśród młodzieży miejskiej i wiejskiej jest bardzo zbliżony (wynosi około 70%), przy czym palenie tytoniu bądź przyjmowanie narkotyków jest domeną młodzieży miejskiej.
11. Pomimo gorszych nawyków zdrowotnych, młodzież miejska wyraża większe zadowolenie z własnego stylu życia w porównaniu do młodzieży wiejskiej.

Piśmiennictwo

1. Lalonde M.: A New Perspective on the Health of Canadians, A Working Document, Information Canada, Ottawa, 1974.
2. Ogińska –Burlik N., Juczyński Z.: Osobowość, stres a zdrowie, Wyd. Engram, Warszawa, 2010.
3. Heszen-Klemens I.: Psychologia medyczna. Główne kierunki badań, Wyd. Uniwersytet Śląski, Katowice, 1983.

4. Jacennik B.: Strategie dla zdrowia. Kształtowanie zachowań zdrowotnych poprzez środowisko, Wyd. Vizja, Warszawa, 2008.
5. Cieślik E., Filipiak-Florkiewicz A., Tlałka A.: Poziom wiedzy młodzieży na temat chorób powstających na tle wadliwego żywienia. Bromatol. Chem. Toksykol., 2004, 37, 23-29.
6. Świderska M.: Styl życia i zachowania prozdrowotne – wybrane konteksty, Wyd. Akademia Humanistyczno –Ekonomiczna, Łódź 2011, s.213
7. Adrich S.: Uzależnienie od Internetu, http://www.katolik.pl/uzaleznienie-od-internetu,2028,416,cz.html?s=1, data pobrania 03.02.2014
8. Sheridan C.L., Radmacher S.A.: Psychologia zdrowia, Wyd. Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa, 1998.
9. Marcinkowski T. J.: Podstawy higieny, Wyd. Volumed, Wrocław, 1997.
10. Wojtczak A.: Zdrowie Publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2009.
11. Fichna P. Skowrońska B.: Otyłość oraz zespół metaboliczny u dzieci i młodzieży, Wyd. Continuo, Poznań, 2008.
12. Seńczuk W.: Toksykologia współczesna, Wyd. PZWL, Warszawa, 2005.
13. Zatoński W.: Prof. Witold Zatoński radzi, jak rzucić palenie, Fundacja Promocji Zdrowia, Warszawa, 2003
14. Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Białymstoku. Obserwatorium Integracji Społecznej., Stres wśród dzieci i młodzieży - skala zjawiska w województwie podlaskim, Białystok, 2011.
15. WHO., Wysokie ciśnienie krwi – doświadczenia krajów członkowskich i skuteczne interwencje podejmowane w Europejskim Regionie WHO, http://www.wsse. webserwer.pl/UserFiles/otwock/File/who_serce.pdf, data pobrania 5.01.2014.
16. Ogińska –Burlik N.: Psychologia nadmiernego jedzenia. Przyczyny –Konsekwencje – Sposoby zmiany, Wyd. Uniwersytet Łódzki, Łódź 2004
17. WHO, Lawinowo rośnie liczba wśród otyłych, http://fakty.interia.pl/polska/news-lawinowo-rosnie-otylosc-wsrod-dzieci,nId,924434, data pobrania 18.01.2014.
18. Ostrowska L.: Czy śniadanie jest ważne? http://dieta.mp.pl/ zasady/ show.html?id=63963, data pobrania 18.02.2014.
19. Pilonis H.: Dokładne mycie rąk chroni przed chorobą, http://www. medonet.pl/ zdrowie-na-co-dzien,artykul,1631452,1,dokladne-mycie-rak-chroni-przed-choro bami,index.html, data pobrania 18.02.2014.

20. Korczak C.: Higiena – Ochrona zdrowia, Wyd. PZWL, Warszawa, 1990.
21. Zawadzka B.: Samoocena zdrowia i sytuacji życiowej przez młodzież zdrową i chorą w aspekcie wybranych zmiennych. Ann. UMCS Sect. D, 2005, supl. 16, 40, 404-408
22. Wojtyła – Bucior P.: Badania nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży licealnej http://www.wbc.poznan.pl/Content/237628/index.pdf, data pobrania 18.02.2014.
23. Samiec W., Sudoł – Jednorowicz E., Rozpowszechnienie palenia tytoniu wśród uczniów szkół zasadniczych i liceów profilowanych, Warszawa, 2004.
24. Samiec W., Sudoł – Jednorowicz E.: Zachowania zdrowotne młodzieży. Badania w ramach programu „Zdrowo żyć – zdrowym być", 2006.
25. Kopowska A., Zachowania zdrowotne młodzieży w reformującej się szkole, Olsztyn, 2002.
26. Wyka J., Grochowska-Niedworok E., Malczyk E., Misiarz M., Szczęsna N.: Częstotliwość spożycia produktów typu fast food przez młodzież męską" Wyd. Instytut Dietetyki, Nysa, 2012.
27. Jaworski R., Palenie tytoniu, aspekty medyczne, psychiczne i duchowe, Płocki Instytut Wydawniczy, Płock, 2006.
28. Sanderson C. Z., Health psychology, New York, 2004.
29. Minkiewicz A., Młodzież w USA i młodzież w Polsce, http://www.publikacje.edu.pl/publikacje.php?nr=443, data pobrania 8.01.2014.

Harasimowicz Karina[1], Grynczel Patrycja[1], Jachimowska Marita[1], Juchniewicz Isabela[1], Klik Paula[1], Sochoń Karolina[2], Wojtkowski Janusz[2,3], Zalewska Anna[2]

Zachowania żywieniowe w grupie studentów fizjoterapii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

1. Studenckie Koło Naukowe przy Rehabilitacji Dziecięcej z Ośrodkiem Wczesnej Pomocy Dzieciom Upośledzonym „Dać Szansę", Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Klinika Rehabilitacji Dziecięcej z Ośrodkiem Wczesnej Pomocy Dzieciom Upośledzonym „ Dać szansę", Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Stypendysta w ramach projektu „Studiuję, badam, komercjalizuję – program wsparcia doktorantów UMB", Poddziałanie 8.2.1 Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Wstęp

Dbałość o prawidłowe nawyki żywieniowe, odpowiednio zbilansowana dieta są podstawą dobrego samopoczucia i właściwego funkcjonowania organizmu. Już Hipokrates stwierdził, że „pożywienie jest lekarstwem, a lekarstwo pożywieniem".

Prawidłowe zachowania żywieniowe stanowią jeden z ważniejszych czynników środowiska zewnętrznego oddziaływujących na rozwój i funkcjonowanie organizmu [1]. Nawyki żywieniowe to nic innego jak sposób odżywiania się, który może być zgodny z normami żywieniowymi lub nieprawidłowy [2,3]. Normy żywienia człowieka definiowane są jako ilość energii i składników odżywczych wystarczających do zaspokojenia potrzeb przeciętnej, zdrowej osoby. Odpowiednie nawyki żywieniowe zgodne z przyjętymi normami przez Instytut Żywności i Żywienia w 2012r. zapobiegają chorobom zarówno z niedoboru energii i składników odżywczych, jak i z nadmiernej ich podaży. Opracowywanie norm oparte jest o grupę osób podzielonych ze względu na płeć, wiek i aktywność fizyczną. W wyznaczaniu określonych wartości zapotrzebowania na poszczególne składniki odżywcze bierze się pod uwagę BMI oraz poziom aktywności fizycznej przeciętnej osoby [4].

BMI, czyli wskaźnik masy ciała jest to współczynnik relacji pomiędzy masą ciała, a wzrostem. Powstaje przez podzielenie masy ciała podanej w kilogramach przez wzrost wyrażany w metrach do kwadratu: $BMI = \frac{waga}{wzrost^2}$. Prawidłowy wskaźnik BMI mieści się w zakresie 18,5-24,9, poniżej wartości równej 18,4 mamy do czynienia z niedowagą. Natomiast wartości powyżej 25 świadczą o lekkiej nadwadze (25-29,9), powyżej 30 o otyłości I° (30-34,9), powyżej 35 o otyłości II° (35-39,9), zaś powyżej 40 o otyłości klinicznej [5].

Do utrzymania na prawidłowym poziomie wskaźnika masy ciała, procesów biochemicznych i wszelakiej aktywności fizycznej niezbędna jest energia pochodząca z pożywienia. Ilość dostarczanej człowiekowi energii w postaci pokarmu jest równa energii kumulowanej w organizmie i energii wydatkowanej mierzonej w kJ lub kcal. Jednym z czynników wpływających na całkowity dobowy wydatek energii jest podstawowa przemiana materii (PPM). Zachowanie tego miernika na należytym poziomie umożliwia prawidłowe funkcjonowanie organizmu i procesów takich jak termoregulacja, metabolizm komórkowy oraz praca poszczególnych układów czynnościowych. Według Światowej Organizacji Zdrowia, PPM wyznacza 45%-75% dziennego, całkowitego wydatku energetycznego. Z kolei, na umiarkowaną aktywność ruchową wykorzystywane jest ok. 30% wspomnianego wcześniej wydatku energii [6].

Podstawowymi jednostkami zasilania organizmu są węglowodany, tłuszcze oraz białka. Przyjęte jest, że 1g węglowodanów i 1g białka dostarczają 16,7kJ (4 kcal), zaś 1g tłuszczu 37,7kJ (9kcal). Głównym źródłem energii w diecie powinny być węglowodany zawarte przede wszystkim w warzywach, owocach, produktach zbożowych. Zalecone dzienne spożycie cukrowców mieści się w granicach 50-70% całkowitego zapotrzebowania kalorycznego [7]. Każda prawidłowo zbilansowana dieta powinna zawierać także określoną ilość odpowiedniego tłuszczu, który występuje głównie w tłustych rybach, nasionach, orzechach, olejach roślinnych. Jego dzienna konsumpcja powinna wynosić 20%-35% [8]. Białko, główny składnik budulcowy naszych tkanek znajduje się w mięsie czerwonym, białym, nabiale, nasionach roślin strączkowych. Dobowe zapotrzebowanie na proteiny wynosi 5%-15% [9].

Podstawową zasadą zdrowego odżywiania się jest właściwa liczba spożywanych w ciągu dnia posiłków oraz częstotliwość ich przyjmowania. Prawidłowo powinniśmy spożywać 4-5 niewielkich posiłków, w odstępach czasu nie większych niż 4 godziny. Przy pięciu posiłkach dziennie I śniadanie powinno dostarczać 25-30% kalorii, drugie śniadanie 5-10% kalorii, obiad 35-40% kalorii, podwieczorek 5-10% kalorii, a kolacja 15-20% kalorii [6].

Bardzo istotne w codziennej diecie jest nawadnianie organizmu. Woda stanowi przeciętnie 60% masy ciała człowieka. Niedostateczna podaż płynów może szybko doprowadzić do odwodnienia organizmu i poważnych konsekwencji zdrowotnych. W przypadku gdy niedobór wody sięga 20% masy ciała występuje zagrożenie życia. Zapotrzebowanie na wodę jest zmienne w zależności do aktywności fizycznej, składu diety czy miejsca i klimatu w jakim dana osoba się znajduje. Ważnym elementem wpływającym na zapotrzebowanie wody jest rodzaj spożywanych produktów. Dieta o zwiększonej zawartości

białka powoduje zwiększeniu diurezy. Większe spożycie sodu powoduje straty wody wraz z moczem. Spożywanie produktów zawierających duże ilości błonnika również sprzyja większym stratom wody wraz z kałem. Ogólnie przyjęte normy spożycia wody dla zdrowej kobiety to 2000ml dziennie, a dla mężczyzn 2500ml dziennie. Źródłem wody w diecie są napoje i produkty spożywcze. Najwięcej wody zwierają warzywa, do 95%, następnie owoce do 87%, natomiast mleko i napoje mleczne 87-89% [4,7].

Fundamentem codziennej diety powinny być produkty zbożowe. Trzeba je spożywać w ilości pięciu porcji dziennie, najlepiej pod postacią produktów pełnoziarnistych. Owoce jak i warzywa są źródłem witamin, składników mineralnych i antyoksydantów. Warzywa powinny być konsumowane cztery razy dziennie. Owoce powinny być spożywane w mniejszej ilości, trzy razy dziennie, ze względu na zawarte w nich cukry proste. Produkty mleczne dostarczają wysokowartościowe białko, witaminy z grupy B i dobrze przyswajalny wapń. Osoby dorosłe powinny spożywać mleko i jego produkty w ilości trzech porcji dziennie. Mięso, ryby, drób, jaja i rośliny strączkowe są źródłem żelaza, witamin i pełnowartościowego białka. Powinny być spożywane raz dziennie. W racjonalnym żywieniu należy ograniczać spożywanie nasyconych kwasów tłuszczowych. Z produktów pochodzenia zwierzęcego należy wybierać te o najmniejszej ich zawartości. Lepiej więc spożywać drób i chude mięso czerwone. Ryby pochodzenia morskiego powinny być używane co najmniej dwa razy w tygodniu. W obróbce termicznej należy wybierać pieczenie lub gotowanie, zamiast smażenia. Rośliny strączkowe zaleca się spożywać 1-2 razy w tygodniu ze względu na wysoką zawartość w nich białka [4,7,9].

Zalecenia żywieniowe zmieniają się wraz z wiekiem i stanem zdrowia danej osoby. Inne zapotrzebowanie energetyczne i udział poszczególnych składników odżywczych w diecie mają osoby w wieku starszym, a inne dzieci i młodzież. Wszyscy bez względy na wiek czy płeć powinni ograniczać spożycie cukru, słodyczy, słodkich napojów, unikać słonych przekąsek, gotowych dań i produktów typu fast food [7].

Cel pracy

Celem pracy była ocena wskaźnika masy ciała i zachowań żywieniowych wśród studentów fizjoterapii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Materiały i metody

Badaniem objęto grupę 100, studentów fizjoterapii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, w tym 74 kobiet w wieku od 19 do 23 (21±1) lat i 26 mężczyzn w wieku od 19 do 25 (21±2) lat.

Materiał do pracy został zebrany za pomocą anonimowego kwestionariusza ankiety składającego się z 37 pytań, skonstruowanego na potrzeby niniejszej pracy. Cześć ogólna zawierała pytania dotyczące wieku, płci, masy, wzrostu badanych. Pytania w części szczegółowej miały formę zamkniętą lub półotwartą i dotyczyły m.in. regularności spożywanych posiłków, ilości wypijanych płynów, uwzględniania owoców, warzyw czy żywności wysoko przetworzonej w codziennej diecie.

Wyniki

W badaniu wzięło udział 100 studentów fizjoterapii Uniwersytety Medycznego w Białymstoku. Poniższa tabela przedstawia charakterystykę badanej grupy ze względu na wskaźnik masy ciała (BMI) wśród kobiet i mężczyzn (Tab. 1.).

Tab. 1. BMI respondentów

	KOBIETY	MĘŹCZYŹNI
BMI	$21,1 \pm 2,1 \frac{kg}{m^2}$	$23,1 \pm 3,1 \frac{kg}{m^2}$

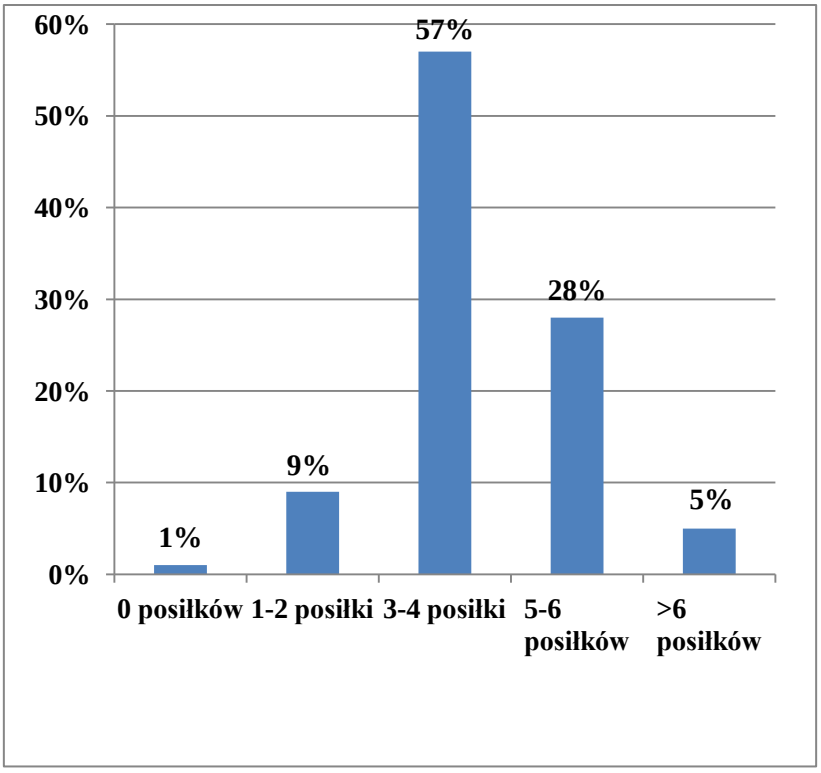
Wskaźnik masy ciała badanych kobiet wynosił *21,1± 2,1*, natomiast mężczyzn - *23,1 ± 3,1*.

Respondentów zapytano, czy kontrolują wagę i czy stosują diety odchudzające. Masę ciała kontrolowało większość studentek (68%), a studenci sprawdzali ja w 42%. Tylko 9% kobiet i 12% mężczyzn zadeklarowało, że stosuje dietę .

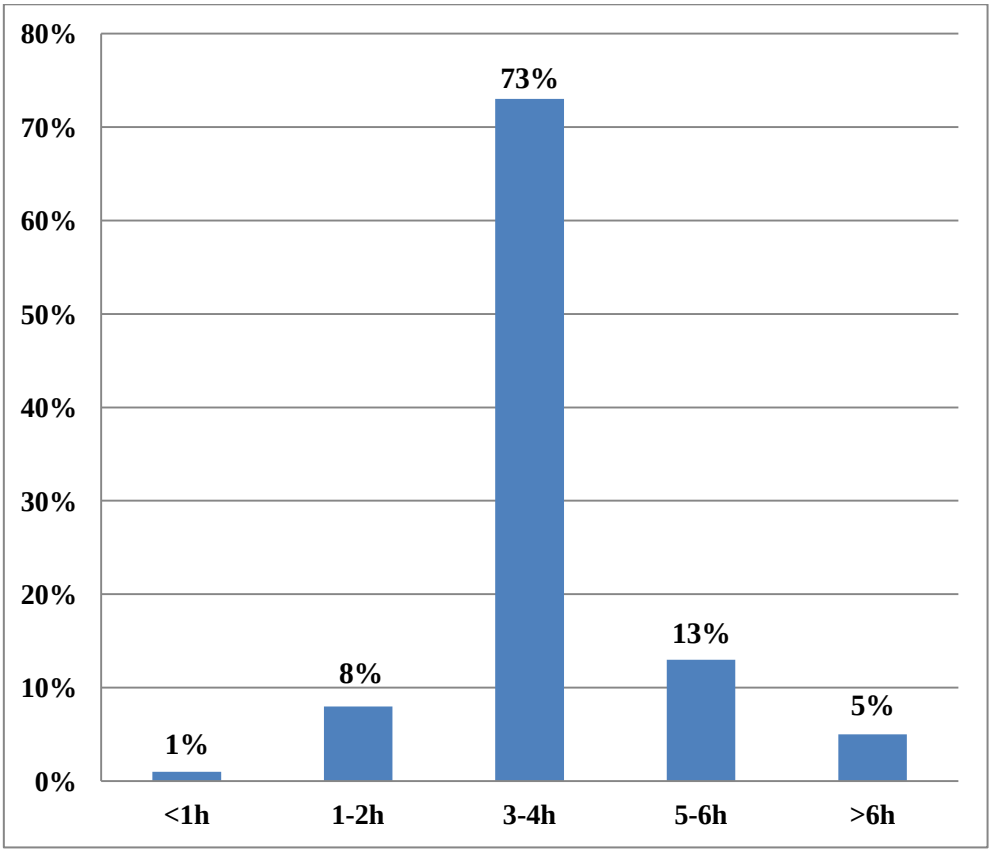
Kolejne pytanie dotyczyło ilości spożywanych posiłków w ciągu dnia. Wśród badanych studentów dominował model spożywania 3-4 posiłków dziennie (57%). Posiłki 5-6 razy dziennie spożywało 28% studentów, natomiast częściej niż 6 razy dziennie - 5% respondentów. Mniej niż 3 posiłki dziennie spożywało 10% badanych (Ryc.1.).

Następnie badani zostali zapytani o odstępy czasowe pomiędzy kolejnymi posiłkami. Większość studentów (73%) jadło co 3-4godziny. W odstępach mniejszych niż 3 godziny posiłki spożywało 9% badanych, natomiast przerwy pomiędzy posiłkami dłuższe niż 4godziny robiło 18% studentów (Ryc.2.).

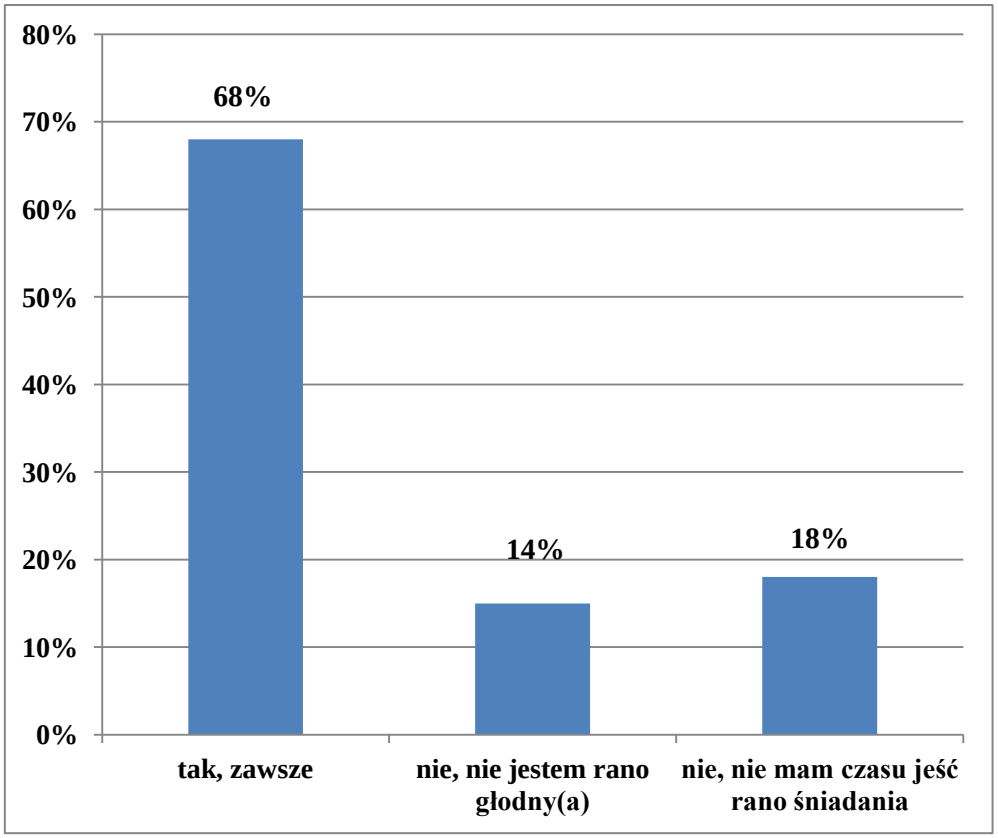
Studenci zostali zapytani, czy spożywają śniadanie. Ponad połowa ankietowanych (68%) codziennie przed wyjściem z domu spożywała śniadanie. 18% studentów przyznało się do niejedzenia śniadań ze względu na brak czasu, natomiast 14% studentów nie jadło w domu śniadań, deklarując, że nie są głodni (Ryc. 3.).



Rycina 1. Ilość spożywanych dziennie posiłków



Rycina 2. Odstępy czasowe pomiędzy posiłków kolejnymi posiłkami

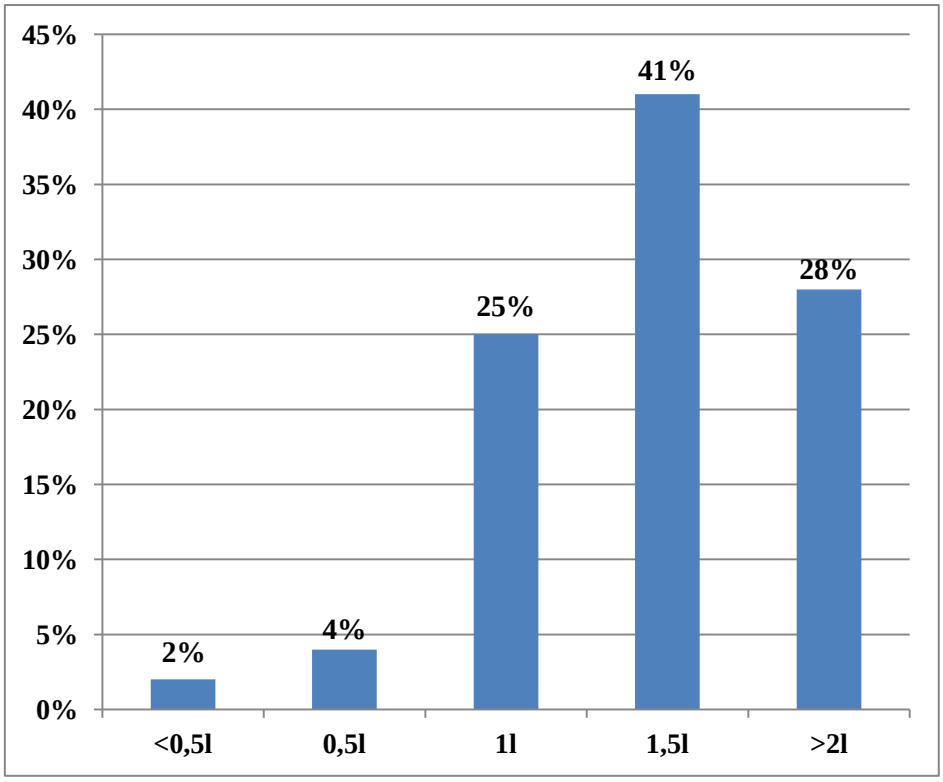


Rycina 3. Spożywanie śniadania.

Ankietowanych zapytano o ilość wypijanych dziennie płynów. Powyżej 2l płynów wypijało 28% studentów, 1,5l dziennie wypijało 41% badanych, 1l dziennie - 25% badanych, natomiast 0,5l i mniej płynów - 6% badanych (Ryc.4.).

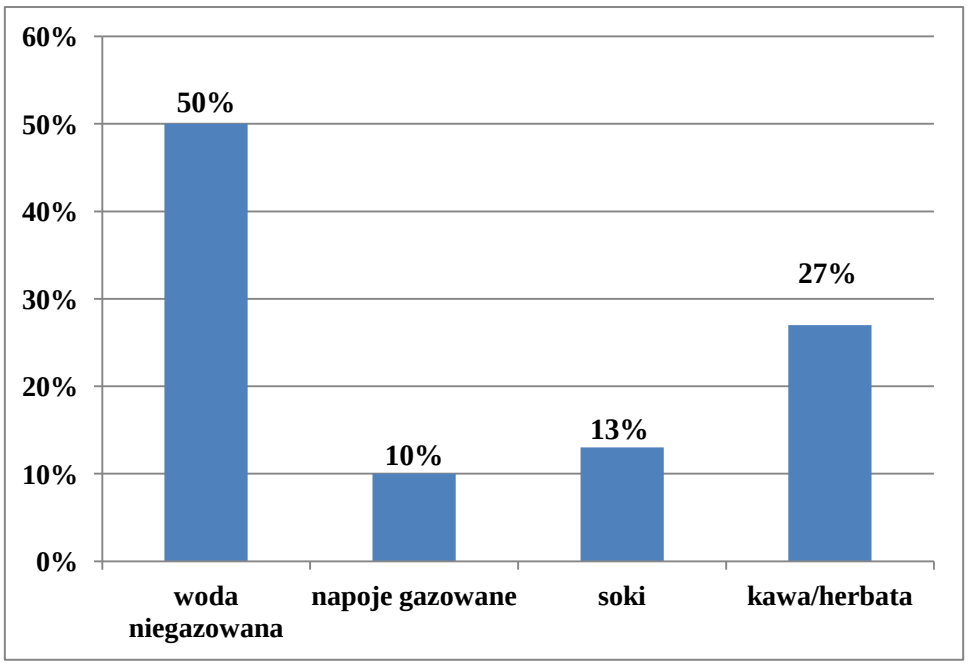
Kolejne pytanie dotyczyło rodzaju spożywanych płynów. Połowa studentów piła najczęściej wodę (50%). Studenci w 27% deklarowali picie kawy lub herbaty, w 13% soki, a w 10% napoje gazowane (Ryc.5.).

Ankietowani zostali zapytani o częstość spożycia produktów mlecznych, mięsa i ryb. Mleko i produkty mleczne codziennie spożywało 42% badanych, 4-5 razy w tygodniu 28% badanych, 2-3 razy w tygodniu 23% badanych, natomiast 7% badanych w ogóle nie spożywało produktów mlecznych. 32% studentów spożywało mięso codziennie, 38% studentów 4-5 razy w tygodniu, 24% studentów 2-3 razy w tygodniu, natomiast w ogóle nie spożywało mięsa 6% badanych. Ryby najwięcej osób spożywało 2-3razy w tygodniu (68%), codziennie spożywało zaledwie 6% badanych, 4-5razy w tygodniu 7% badanych, a aż 19% badanych w ogóle nie spożywa ryb (Tab. 2.).



Rycina 4. Ilość wypijanych dziennie płynów

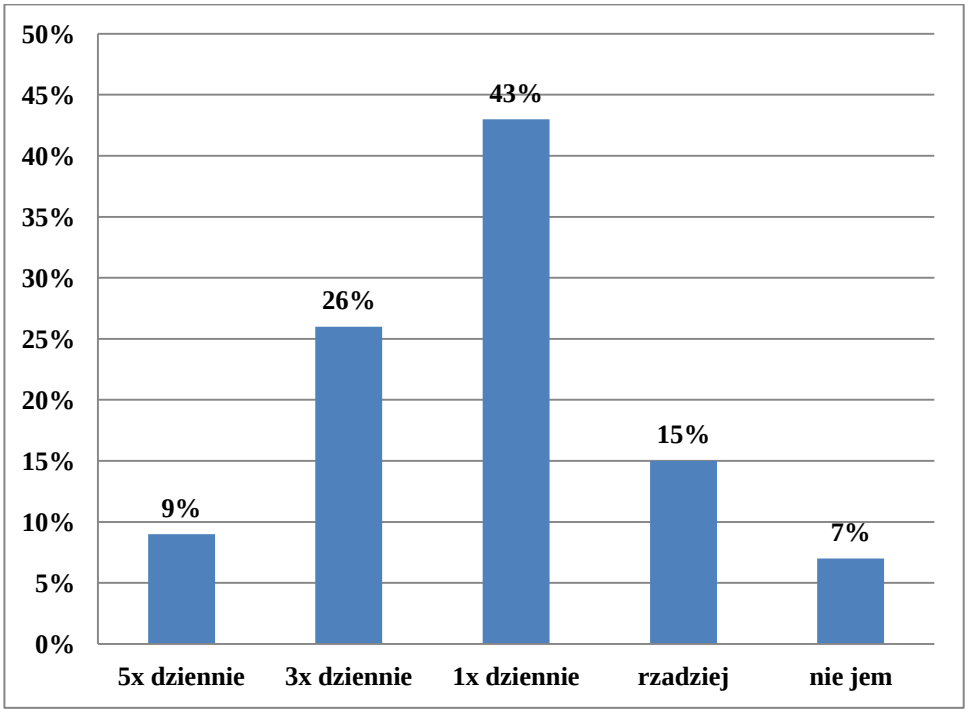
Następnie zapytano badanych o częstość spożywania owoców. Raz dziennie owoce jadło 43% respondentów. Trzy razy dziennie owoce spożywało 26%, a pięć razy dziennie owoce - 9% badanych. Rzadziej niż raz dziennie owoce - 15%, a w ogóle owoców nie jadło 7% badanych (Ryc.5.).



Rycina 5. Rodzaje spożywanych napojów

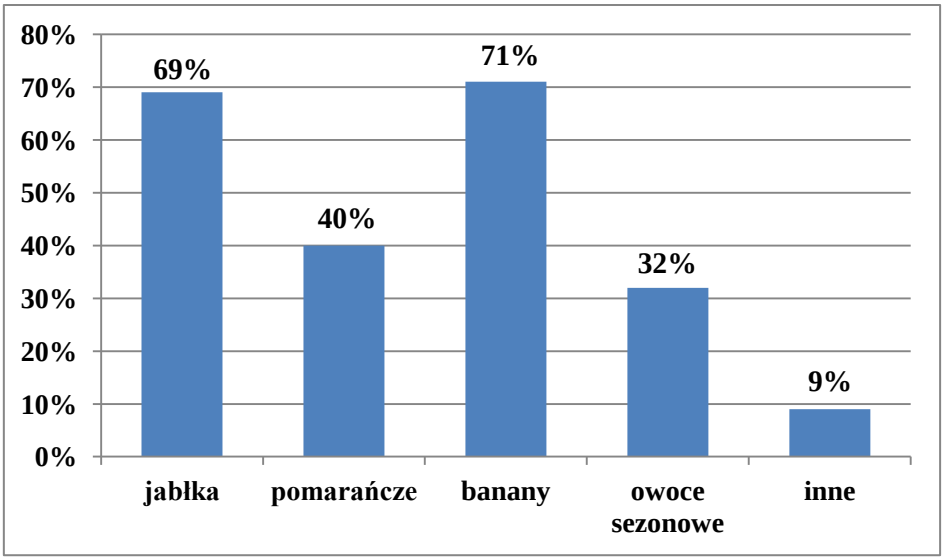
Tabela 2. Rodzaj i częstotliwość spożywanych produktów

	Codziennie(%)	4-5 razy w tygodniu (%)	2-3 razy w tygodniu (%)	w ogóle(%)
mleko i produkty mleczne	42	28	23	7
Mięso	32	38	24	6
Ryby	6	7	68	19



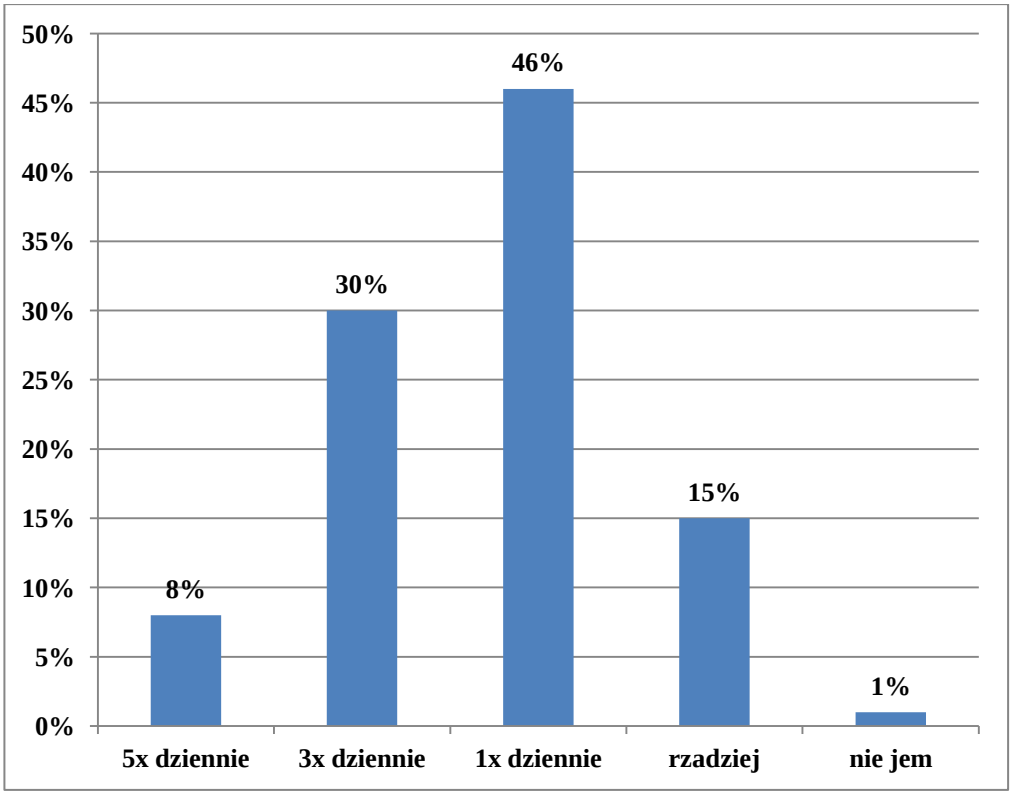
Rycina 5. Dzienne spożycie owoców

Kolejne pytanie dotyczyło rodzaju spożywanych owoców. Do najchętniej wybieranych owoców należały banany (71% badanych), w następnej kolejności jabłka (69% badanych), pomarańcze (40% badanych). Dużym zainteresowaniem cieszyły się również owoce sezonowe (32% badanych). 9% ankietowanych wybrało owoce inne takie jak: kiwi, winogrona, ananasy, brzoskwinie, jagody (Ryc. 6.).



Rycina 6. Rodzaje spożywanych owoców

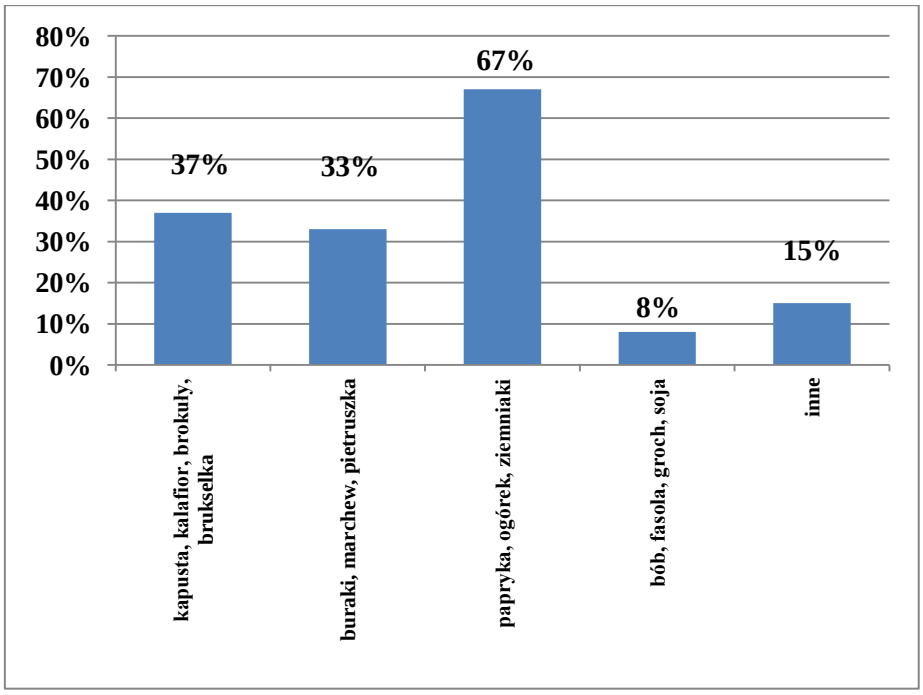
W następnym pytaniu zapytano studentów o częstość spożycia warzyw. .Raz dziennie warzywa jadło 46% badanych. Trzy razy dziennie - 26%, a pięć razy dziennie - 8% badanych. Rzadziej niż raz dziennie warzywa jadło 15%, a w ogóle warzyw ich nie spożywało - 1% badanych (Ryc.7.).



Rycina 7. Dzienne spożycie warzyw

Kolejne pytanie dotyczyło najczęściej spożywanych warzyw. Ziemniaki, paprykę i ogórek jadło 67% studentów. Kapustę, brokuły, kalafior, brukselkę - 37% studentów. Buraki, marchew, pietruszkę - 33% studentów. Inne warzywa takie jak: pomidory, soczewicę, sałatę, kukurydzę spożywało 15% badanych. Rzadko konsumowane były: bób, fasola, groch, soja - 8% studentów (Ryc. 8.).

Kolejne pytanie dotyczyło spożywania słodyczy, produktów typu instant i fast foodów. Codziennie słodycze spożywało 25% badanych, 3-4 razy w tygodniu - 23%, raz w tygodniu - 23%, rzadziej niż raz w tygodniu - 16%, natomiast 13% badanych nie jadło ich wcale.



Rycina 8. Rodzaje spożywanych warzyw

Do częstego (codziennie lub 3-4 razy w tygodniu) jedzenia gotowych produktów typu przyznało się 13% badanych, 20% respondentów jadło te produkty raz w tygodniu. Rzadziej niż raz w tygodniu produkty typu instant spożywało 30% badanych, natomiast 37% studentów w ogóle nie spożywało tego rodzaju pożywienia.

Posiłki typu fast food codziennie jadło tylko 1% badanych. 3-4 razy w tygodniu spożywało 6% studentów. Raz w tygodniu jadło 10% studentów. Rzadziej niż raz w tygodniu fast food spożywał co drugi student (50%), natomiast co trzeci nie konsumował ich wcale (33%) (Tab. IV.).

Tab. IV. Rodzaj i częstotliwość spożywanych produktów przez ankietowanych

	codziennie (%)	3-4 razy w tygodniu (%)	raz w tygodniu (%)	rzadziej (%)	nie jem (%)
słodycze	25	23	23	16	13
jedzenie gotowe typu instant	5	8	20	30	37
fast food	1	6	10	50	33

Dyskusja

Wskaźnik masy ciała (BMI) wśród studentów fizjoterapii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku o średniej wieku 21 lat mieści się w granicach normy. Większy współczynnik BMI u mężczyzn pokazuje, że płeć ma wpływ na jego wartość, co jest sprzeczne z wynikami badań przedstawionymi przez Bawa i współpracowników [10]. Autorzy donoszą brak zależności między płcią a współczynnikiem masy ciała.

Zrozumiały wydaje się fakt, że kobiety, które mają na uwadze sposób postrzegania swojej sylwetki i presję środowiska kontrolują swoją wagę. Przyznało się do tego aż 68% uczestniczek ankiety. Niewiele mniej mężczyzn (42%), dbając o swój wizerunek, dokonuje pomiarów masy ciała.

Ankietowani są studentami uczelni medycznej na której w ramach codziennej edukacji wpaja się model zdrowego stylu odżywiania, większość z nich stosuje się do niego. Ponad połowa studentów fizjoterapii spożywa 3 – 4 posiłki dziennie (57%). Porównując nawyki żywieniowe studentów Politechniki Wrocławskiej zauważa się, że co czwarty ze studentów je tylko 2 posiłki dziennie [11].

Materiał badawczy zgromadzony przez Agnieszkę Szczodrowską i Wiesława Krysia jest zgodny z naszymi wynikami i potwierdza, że większość studentów kierunków o profilach medycznych wskazuje pozytywne zachowania regularności spożywanych posiłków [1].

Bardzo ważnym elementem codziennej diety jest śniadanie, które dostarcza organizmowi niezbędnych składników pokarmowych. Blisko 2/3 przyszłych białostockich fizjoterapeutów nie wyjdzie z domu bez śniadania. Niestety, reszta nie ma czasu bądź apetytu na skonsumowanie tego posiłku. Podobne przyczyny wykazuje Tomasz Lisicki badając studentów I roku szkół wyższych w Trójmieście [12].

Większość białostockich studentów wypija 1,5l napojów dziennie. Mając do wyboru wodę niegazowaną, soki, kawę i herbatę oraz napoje gazowane białe, najchętniej sięgają po wodę niegazowaną. Badania przeprowadzone wśród młodzieży akademickiej Uniwersytetu Przyrodniczego w Poznaniu są odmienne. Studenci najczęściej piją herbatę [13].

Codzienne spożycie produktów mlecznych, będących m.in. źródłem wapnia, jest częstsze wśród studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej we Wrocławiu niż wśród studentów tego samego wydziału w Białymstoku. Stosunek w przybliżeniu wynosi 7:4. Inne badania tych samych autorów są sprzeczne z naszymi wynikami, ponieważ wskazują na małą zawartość ryb w zwyczajowej diecie studentów Akademii Medycznej, Uniwersytetu Przyrodniczego i Politechniki we Wrocławiu. Kilka razy w tygodniu jada je zaledwie 28% badanych Akademii Medycznej, 18% Politechniki we Wrocławiu i 10% Uniwersytetu Przyrodniczego [10]. 81% studentów fizjoterapii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku zadeklarowało jedzenie ryb dwa, trzy i więcej razy w tygodniu.

W codziennej diecie niezbędne jest dostarczenie odpowiedniej dawki witamin, której źródłem są owoce i warzywa. Autorzy badający studentów wrocławskich uczelni porównując spożycie warzyw i owoców otrzymali wyniki podobne do naszych. Wśród badanych z Akademii Medycznej we Wrocławiu aż 62% spożywało owoce, a 63% warzywa 1-3 razy w ciągu dnia.

W przypadku studentów fizjoterapii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku owoce 1-3 razy w ciągu dnia spożywa 69% badanych, natomiast warzywa 1-3 razy w ciągu dnia spożywa 76% badanych. Studenci Politechniki Warszawskiej owoce i warzywa spożywają połowę rzadziej niż studenci kierunków medycznych w Białymstoku lub we Wrocławiu [10].

Do negatywnych nawyków żywieniowych należy spożywanie produktów typu fast food oraz instant. W badaniach Szczerbińskiego i współautorów 2,5% studentów wychowania fizycznego spożywa produkty typu fast food codziennie. Podobny wynik odnotowano u studentów fizjoterapii w Białymstoku. Produktów tego typu nie je 33% ankietowanych z Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, natomiast wśród młodzieży akademickiej z Wyższej Szkoły Wychowania Fizycznego i Turystyki tylko 10% deklaruje, że nie spożywa tych produktów. Słodycze codziennie spożywa co czwarty student fizjoterapii. Podobne badania przedstawia Szczerbiński i współautorzy, 20% studentów wychowania fizycznego codziennie spożywało słodycze. W swojej diecie słodyczy nie uwzględnia 13% przyszłych fizjoterapeutów, natomiast tylko 5% studentów wychowania fizycznego nie je słodyczy [14].

Wnioski

1. Wskaźnik BMI białostockich studentów i studentek fizjoterapii mieści się w granicach normy.
2. Ankietowani studenci Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku odżywiają się zgodnie z przyjętymi normami żywieniowymi.
3. Respondenci dbają o jakość i regularność spożywanych posiłków, odpowiednią ilość płynów, kontrolę wagi.
4. Do negatywnych zachowań żywieniowych zaliczmy częste spożywanie słodyczy. Aż jedna czwarta studentów uwzględnia je w codziennej diecie.
5. Studenci fizjoterapii powinni stanowić przykład i propagować zdrowy styl życia, którego nieodłączną częścią jest racjonalne odżywianie.

Piśmiennictwo

1. Szczodrowska A., Krysiak W.: Analiza wybranych zwyczajów żywieniowych oraz aktywności fizycznej studentów łódzkich szkół wyższych. Prob. Hig. Epidemiol., 2013, 94, 518-552.
2. Sochocka L., Wojtyłko A.: Aktywność fizyczna studentów studiów stacjonarnych kierunków medycznych i niemedycznych. Med. Srod., 2013, 16, 53-58.
3. Sygit K., Kołłątaj W., Goździewska M., et al.: Lifestyle as an important factor in control of overweight and obesity among schoolchildren from the rural environment. Ann. Agric. Environ. Med., 2012, 19, 3, 557-561.
4. Jarosz M., Rychlik E.: Wprowadzenie [w:] Normy żywienia dla populacji polskiej - nowelizacje, Jarosz M., Gajowiak R., Molska K. (red.), Instytut Żywienia i Żywności, Warszawa, 2012, 9-17.
5. Supranowicz P.: Względna trafność samooceny sylwetki i wskaźnika BMI (Body Mass Index). Roczn. PZH., 2003, 54, 301-309.
6. Jarosz M., Traczyk I., Rychlik E.: Energia [w:] Normy żywienia dla populacji polskiej - nowelizacje., Jarosz M., Gajowiak R., Molska K.. (red.), Instytut Żywienia i Żywności, Warszawa, 2012, 18-31.
7. Czarnowska-Misztal E.: Normy żywienia – dzienne normy na energię i składniki odżywcze [w:] Zasady żywienia człowieka, Kompanowska M., Mokranowska D., Walczak E. (red.), WSiP, Warszawa, 2000, 94-115.

8. Szponar L., Mojska H., Ołtarzewski M.: Tłuszcze [w:] Normy żywienia dla populacji polskiej - nowelizacje, Jarosz M., Gajowiak R., Molska K.. (red.), Instytut Żywienia i Żywności, Warszawa, 2012, 44-58.
9. Jarosz M., Charzewska J.: Białka [w:] Normy żywienia dla populacji polskiej - nowelizacje, Jarosz M., Gajowiak R., Molska K. (red.), Instytut Żywienia i Żywności, Warszawa, 2012, 32-43.
10. Bawa S., Tołubińska M., Myszkowska-Ryciak J. i wsp. Ocena sposobu żywienia i stanu odżywiania oraz ryzyka wystąpienia zaburzeń odżywiania u młodzieży licealnej w wieku 16-20 lat. Bromat. Hem. Toksykol., 2012, 45, 845-851.
11. Seń M., Zacharczuk A., Lintowska A.: Zachowania żywieniowe studentów wybranych uczelni wrocławskich a wiedza na temat skutków zdrowotnych nieprawidłowego żywienia. Piel. Zdr. Publ., 2012, 2, 113-123.
12. Lisicki T.: Higiena żywienia studentów I roku szkół wyższych w Trójmieście. Zdr. Publ., 2004, 114, 71-74.
13. Gawęcki J., Twardowska M., Łoboda D.: Zwyczaje młodzieży akademickiej dotyczące spożywania napojów – badania wstępne. ŻNTJ, 2009, 4, 204-210.
14. Szczerbiński R., Karczewski J., Maksymowicz – Jaroszuk J.: Wybrane zachowania zdrowotne studentów Wyższej Szkoły Turystyki i Wychowania Fizycznego – zachowania żywieniowe. Bromat. Chem. Toksykol., 2011, 44, 409-414.

Kulik Halina[1], Zdrzałek Rafał[2]

Zdrowie w hierarchii preferowanych wartości osadzonych w Zakładzie Karnym w Raciborzu

1. Śląski Uniwersytet Medyczny Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Pielęgniarstwa, Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa
2. Więzienna Służba Zdrowia. Zakład Karny w Raciborzu

Najpiękniejszy dar to przebaczenie. Tam, gdzie nie chce się przebaczyć, od razu powstaje mur. Od muru zaś zaczyna się więzienie.
Phil Bosmans (1922 -2012)
belgijski pisarz i kapłan katolicki.

Zakład karny (więzienie), jest specjalnie strzeżonym i wyposażonym w system zabezpieczeń miejscem przymusowego odosobnienia, przeznaczonym do wykonywania kary pozbawienia wolności. Z instytucjami tego typu, wiąże się pojęcie przemocy organizacyjnej. Przynależność do tych instytucji opiera się na posłuszeństwie, a sam model organizacyjny więzienia – na elementach przymusu, takich jak: bariery fizyczne utrudniające kontakty ze światem zewnętrznym, podział na funkcjonariuszy i więźniów, bezwzględna konieczność podporządkowania się wymaganiom regulaminu i porządkowi wewnętrznemu obowiązującemu w zakładzie, jak i również konieczność przebywania w określonej grupie ludzi [1].

Cechą charakterystyczną tego typu instytucji jest fakt, że wszystkie aspekty życiowej aktywności człowieka odbywają się w tym samym miejscu i pod nadzorem władzy zwierzchniej. We wszystkich sferach codziennego życia, jednostki przebywają ciągle w obecności innych osób; brak jest rozdzielenia miejsca pracy, snu i wypoczynku, obserwowany w tzw. normalnym życiu. Codzienna aktywność przebiega według ściśle zaplanowanego rozkładu zajęć; wymuszane lub narzucane są różne formy działań mające uzasadniać oficjalne cele instytucji [2].

Goodman [3] wśród funkcji więzienia, wskazuje na: odosobnienie, ukaranie, odstraszanie, resocjalizacja. O*dosobnienie* ma na celu zarówno ukaranie przestępcy jak i ochronę społeczeństwa. Dalszą jego funkcją jest *ukaranie,* traktowane jako zadośćuczynienie za popełnione zło, oraz szkody poniesione przez ofiary. Z przekonaniem, że kara zapobiega przestępczości związana jest funkcja o*dstraszania.* Brak jednak dowodów na skuteczność tej funkcji. Badania wykazują, że dwie trzecie do trzech czwartych wypuszczonych z więzień

przestępców, staje się recydywistami w ciągu kolejnych czterech lat. Warto też zwrócić uwagę na fakt, że więzienie jest miejscem kontaktów z subkulturą więzienną. Ostatnią funkcją jest *resocjalizacja,* definiowana jako próba dokonania przemiany w przestępcach i spowodowanie pozytywnych zmian odpowiadających normom społecznym [3].

Elementem życia więziennego jest podkultura więzienna, zwana również subkulturą więzienną, grypserką, lub drugim nurtem życia więziennego [4-7]. Jest to sfera życia więzienia, powstała w oparciu o tworzenie się więzi i stosunków niesformalizowanych.

W polskich więzieniach karę pozbawienia wolności odbywają skazani, którzy biorąc pod uwagę pozaformalne zależności, są podzieleni generalnie na trzy „zwalczające się ”obozy (grupy). Każda z tych grup ma inną pozycję w „drugim życiu ” więzienia. Są to:

- „grypsujący ”(„git-ludzie ”, „ludzie”),
- „niegrypsujący” („frajerzy”, „nieludzie”),
- „poszkodowani”(„cwele”),

Więźniowie „grypsujący ”(„git-ludzie ”, „ludzie”) - to grupa do której należy się z wyboru, dlatego też nie każdemu jest dane być jej członkiem i „grypsować”.

„Grypsujący” uważają się za najważniejszą grupę i tylko nielicznych uznają za „swoich”.

Inni więźniowie to „frajerzy”, „cwaniaki” i „cwele”, funkcjonariusze zaś to to „gady”. Całą społeczność więzienną dzielą na : „lepszych” – „gorszych”, „my”- „oni”, „ludzi”- „nieludzi”.

„Grypsujący” czują się uprzywilejowani, stworzeni do rządzenia i decydujący o całym światku więziennym, dlatego inni osadzeni nie należący do „ludzi” uważani są za grupę niższą, a co za tym idzie muszą ulegać i podporządkowywać się „grypsującym”.

„Grypsera” jest grupą działającą w każdym większym skupisku skazanych. Jest ona dynamiczna, elastycznie się rozwija i łatwo dostosowuje do określonych warunków. Posiada własne obrzędy samoagresji, specyficzną hierarchię władzy, przywódców, nieformalny kodeks postępowania, własne specyficzne słownictwo grupowe i wiele innych cech charakteryzujących „grypsujących”. Do grona „grypsujących” nie mają wstępu skazani mający wspólne więzi z organami ścigania, sądownictwem, policją, służbą więzienną oraz osoby odbywające karę za przestępstwa na tle seksualnym (np.: gwałciciele i pedofile) [4,5,7].

Więźniowie „niegrypsujący” („frajerzy”, „nieludzie”) są niezaangażowani w sprawy podkulturowe. W związku z tym dla „grypsujących” to populacja gorsza, gdyż nie bierze czynnego udziału w kształtowaniu zjawiska „drugiego życia”. „Niegrypsujący” w grupie są

zróżnicowani, nie mają celu, który by ich łączył, może z wyjątkiem odbywania kary w pokojowej atmosferze. Przez elitę więzienną „grypsujących" są postrzegani jako jednostki bez własnego zdania, bez honoru, zdolni do donosów i kompromisów. Są wykorzystywani przez silnych „ludzi" do prac porządkowych, do posług osobistych i często zmuszani do brania na siebie winy za przewinienia „grypsujących". Warto w tym miejscu dodać, że grupa „nieludzi" nie jest wrogo nastawiona do więziennej administracji.

Trzecia grupa więźniów funkcjonująca w zakładzie karnym to „poszkodowani", czyli „cwele". Są raczej bardziej „zbiorem ludzi poszkodowanych" niż faktyczną grupą. Osadzony o pozycji „cwela" według zasad więziennych nie może utrzymywać żadnych kontaktów o podłożu koleżeńskim z „nie-cwelem". Poszkodowani znajdują się na samym dole hierarchii wśród wszystkich osadzonych i traktowani z jednakową pogardą przez pozostałych osadzonych. Osobników tych określa się różnymi obraźliwymi przydomkami. Oprócz słowa „cwel", funkcjonuje szereg innych, np.: „parówa", „ciota", „padalec", „rura", „druciara", „Kaśka" [4,5,7].

„Poszkodowani" to osoby które zostają skazane za czyny lubieżne na osobie nieletniej lub gwałt. Do tej grupy trafiają osoby o nietypowych preferencjach seksualnych oraz jakkolwiek powiązaniach z personelem więziennym, policją i wymiarem sprawiedliwości. Więźniowie o wyglądzie, lub żeńskich rysach twarzy muszą odpierać ataki współosadzonych, bo inaczej otrzymują etykietę „cwela".

Wśród „grypsujących" panuje przekonanie że z „poszkodowanymi" mogą wszystko, np.: przypalać go papierosem, kazać mu spożywać niejadalne substancje, oblewać go wrzącą wodą, razić prądem, nacinać ciało żyletką, pluć na niego, oddawać na niego mocz i kał, oraz wiele innych poniżających czynności, z przymuszaniem do posług seksualnych, z brutalnym, zbiorowym gwałtem włącznie.

Z podkulturą więzienną nierozerwalnie związane jest zjawisko samoagresji, które jest zarazem jednym z najważniejszych jej przejawów. M. Szaszkiewicz podkreśla, że samoagresja jest świadectwem świadomego przełamywania instynktu samozachowawczego celem osiągnięcia jakiejś wartości [8]. Czyn samoagresji może więc być środkiem do realizacji konkretnego celu, bądź sposobem komunikacji ważnych potrzeb (czasem może to być „wołanie o pomoc" więźnia który nie może poradzić sobie w otaczającym go środowisku), ale również przejawem zaburzeń psychicznych lub tendencji masochistycznych, oraz wynikiem stanu depresyjnego a nawet tendencji samobójczych [8]. Wśród osób przebywających w zakładach karnych jest nie tylko często spotykanym zachowaniem osadzonych, ale również jednym z najpoważniejszych problemów diagnostycznych i

terapeutycznych więziennej służby zdrowia.

Problem samoagresji dotyczy wszystkich grup więźniów. Należy podkreślić, że samoagresja stała się bronią dla członków podkultury więziennej w walce z administracją zakładu karnego. Jedna z "norm samoagresji" zakazuje proszenia o cokolwiek przedstawiciela administracji. Gdy więc więzień chce osiągnąć jakiś cel, to zgodnie z grypserską etyką powinien go wymusić na personelu szantażem, którego formą może być groźba popełnienia samoagresji. W warunkach ściśle uregulowanego życia codziennego, akt samoagresji jest gwałtownym przejawem zakłócenia porządku, które angażuje szereg osób zarówno personelu więziennego, jak i spoza więzienia. Z punktu widzenia interesów "podkultury" akt samoagresji ma taką zaletę, że pozwala więźniom uniknąć represji regulaminowych, gdyż trudno karać dyscyplinarnie osobę niesprawną fizycznie.

W przeszłości podczas konfliktów pomiędzy przywódcą podkultury a personelem więziennym, na jego polecenie większość więźniów ze wszystkich cel na oddziale dokonywała samouszkodzeń w tym samym czasie. Ich liczba obejmowała nawet 100-200 osób. Od kilkunastu lat obserwuje się znaczny spadek liczby zbiorowych aktów samoagresji na rzecz samoagresji indywidualnej. Prostym sposobem, aby uniknąć wyjścia na rozprawę lub do transportu jest poparzenie sobie dłoni lub stopy wrzątkiem. Osadzony oświadcza wówczas, iż oparzenie jest wynikiem nieszczęśliwego wypadku [6,8].

Cel badań

Celem podjętych badań jest próba ukazania zdrowia w hierarchii preferowanych wartości, oraz wybranych problemów zdrowotnych więźniów osadzonych w Zakładzie Karnym w Raciborzu. Wśród celów szczegółowych założono próbę określenia wartości „zdrowia” w hierarchii preferowanych przez więźniów wartości życiowych; oceny wybranych zachowań zdrowotnych, oraz diagnozy podstawowych problemów zdrowotnych.

Metoda badań

Realizując założony cel posłużono się metodą badań sondażowych. W ramach tej metody zastosowano technikę badań ankietowych, a narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety. W skonstruowanym kwestionariuszu ankiety pytania miały charakter zarówno zamknięty jak i otwarty. Udział w badaniach był całkowicie dobrowolny. Warto zwrócić uwagę na fakt, że większość osadzonych raczej niechętnie podchodziła do badań, obawiając się negatywnych konsekwencji. Przewiduje się kontynuowanie badań w innych zakładach karnych.

Teren i organizacja badań

Badania przeprowadzono wśród osadzonych w Zakładzie Karnym w Raciborzu,

którego zespół budynków w 1992 roku decyzją wojewódzkiego konserwatora zabytków w Katowicach, został wpisany do rejestru zabytków województwa katowickiego.

Powstanie Zakładu Karnego w Raciborzu sięga połowy XIX wieku. Konieczność jego utworzenia wynikała z faktu przepełnienia Zakładu Karnego w Brzegu oraz wzrost ilości przestępców na terenie Górnego Śląska. Zgoda na budowę Zakładu Karnego została udzielona 13 sierpnia 1841 roku, a w 1851 roku przyjęto pierwszą 200-osobową grupę więźniów, przewiezionych z Zakładu Karnego w Brzegu.

Więzienie było jak na owe czasy bardzo nowoczesnym zakładem, wzorowanym na więzieniach w Berlinie i we Wrocławiu, od początku jednak istnienia traktowane było jako "ciężkie więzienie dla mężczyzn".

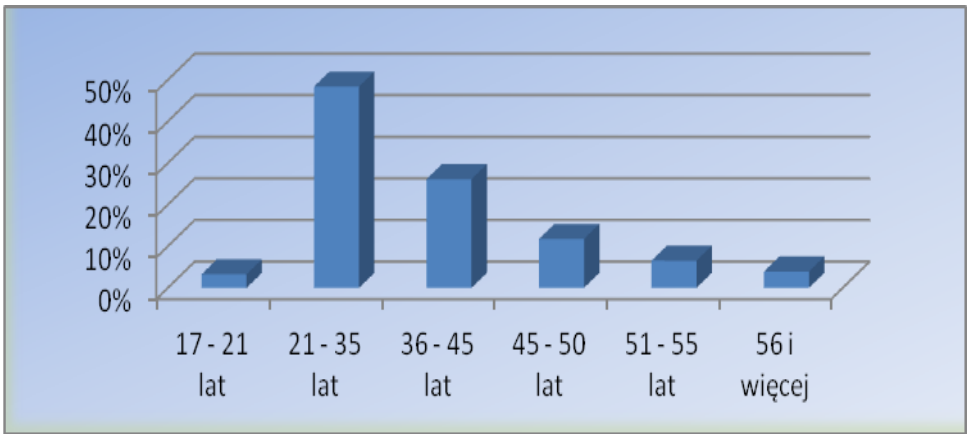
Zakład ma kształt równoramiennego krzyża z podstawą. Na środku znajduje się 35 – metrowa wieża, która pełniła niegdyś funkcję wieży ciśnień, z której czerpano wodę przeznaczoną na potrzeby własne obiektu. Główny blok więzienia przystosowany był do ścisłej izolacji skazanych według systemu pensylwańskiego, dwa odrębne skrzydła zaś według systemu augsburskiego, które były przystosowane do izolacji więźniów tylko w nocy. W wyznaczonych miejscach przebywali więźniowie z wyrokami długoterminowymi, krótkoterminowymi i aresztowani.

Obecnie Zakład może pomieścić 812 więźniów. Od 2002 roku posiada najlepiej strzeżony na Śląsku oddział więzienny dla najbardziej niebezpiecznych więźniów. W 2008 roku otwarto XII oddział mieszkalny przeznaczony dla osób pierwszy raz skazanych pracujących na zewnątrz zakładu na rzecz prywatnych przedsiębiorców i społeczności lokalnej z miejscami dla 64 więźniów [9].

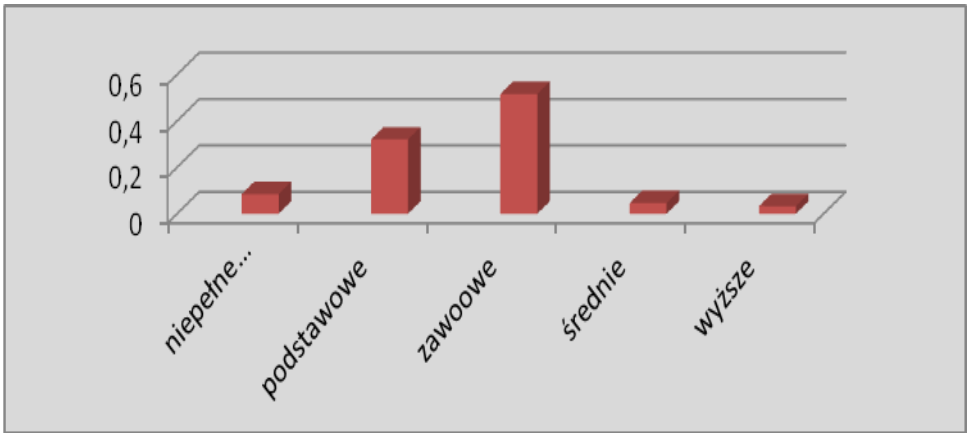
Charakterystyka badanych

Badaniem objęto 153 osobową grupę osadzonych mężczyzn. W grupie tej znalazło się 51 osób odbywających kary pozbawienia wolności po raz pierwszy, 51 osób - to recydywiści penitencjarni, i pozostałe 51- skazani z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeni intelektualnie z oddziału terapeutycznego (Ryc. 1).

Najliczniejszą grupę badanych - 48,4% stanowiły osoby między 21 a 35 rokiem życia. Następnie w kolejności - 26,14% - osoby między 36 a 45 rokiem życia, 11,76% mężczyźni w przedziale wiekowym 45 - 50 lat, i 6,54% w wieku 51 - 55 lat. Najmniej liczną grupę stanowiły osoby w wieku 56 i powyżej - 3,92%, oraz w wieku 17 - 21 lat - zaledwie 3,27% (Ryc. 2).



Ryc. 1. Wiek badanych osadzonych



Ryc. 2. Wykształcenie badanych osadzonych

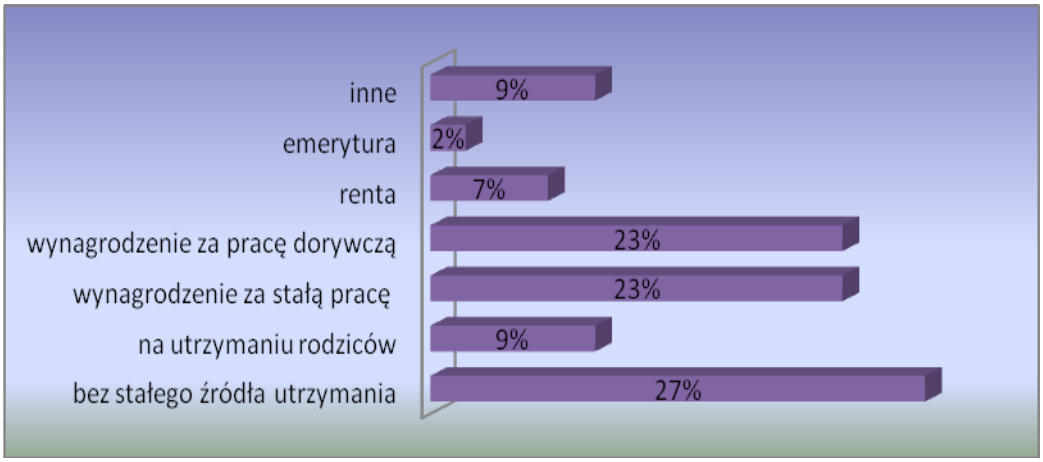
Połowa badanych więźniów - 51,63% zadeklarowała posiadanie wykształcenia zawodowego, kolejne 32,02% wykształcenia podstawowego, a 8,49% niepełnego podstawowego. Tylko 4,58% osadzonych wskazała na posiadanie wykształcenia średniego a zaledwie 3,27% wykształcenia wyższego..

Ponad połowa ankietowanych 58,8% to kawalerowie, 20,91% ankietowanych pozostawało w związku małżeńskim, 18,3% to rozwodnicy, a 1,96% to wdowcy. Warto w tym miejscu podkreślić, że ponad połowa osadzonych - 52% posiadała co najmniej jedno dziecko.

Przed osadzeniem w zakładzie karnym, aż 45,09% badanych pozostawało bez pracy, 27,45% było zatrudnionych w pełnym wymiarze czasu pracy, a 15,03% w niepełnym wymiarze czasu pracy. Działalność gospodarczą prowadziło 9,8% badanych, a 2,61% było w trakcie nauki.

Większość badanych - 75,81%, przed osadzeniem w Zakładzie Karnym mieszkało w mieście, kolejne 16,99% na wsi, a 7,81% wskazało na brak miejsca zamieszkania.

Jedna czwarta badanych więźniów - 27,45% przed osadzeniem pozostawała bez stałego źródła utrzymania, 9,15% była na utrzymaniu rodziców, a po 22,87% wskazała na wynagrodzeniem za stałą pracę i na wynagrodzeniem za pracę dorywczą. Warto też zwrócić uwagę na fakt, że 6,53% posiada uprawnienia rentowe, 9,15% emerytalne, pozostałe 1,96% wskazało na "inne" źródło utrzymania (Ryc. 3).



Ryc. 3. Źródło utrzymania więźniów przed osadzeniem

Większość badanych - 41,83% to osadzeni z wyrokami do 5 lat, 29,41% to skazani na karę pozbawienia wolności od 5 do 10 lat, 17,64% - to skazani z wyrokiem od 10 do 15 lat, a 4,57% - od 15 do 20 lat. Po 3,26% badanych osadzonych odsiaduje wyroki od 20 – 25 lat oraz powyżej 25 lat.

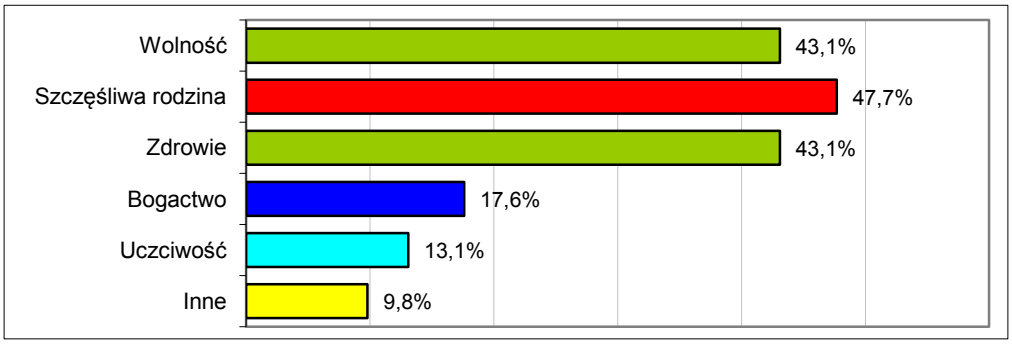
Połowa badanych osadzonych - 50,32% to osoby nie zatrudnione w zakładzie karnym, kolejne 45,75% ma zatrudnienie, a 3,92% ankietowanych nie udzieliło odpowiedzi w tym zakresie. Spośród osób zatrudnionych 45,75% (70 osób) zdecydowana większość 75,71% to osoby pracujące w zakładzie karnym do 5 lat. Następnie 11,43% to osoby pracujące od 5 do 10 lat i osoby pracujące w zakładzie karnym od 10 do 20 lat to 12,86% więźniów zatrudnionych.

Wyniki badań

Zdrowie w hierarchii preferowanych wartości.

Prawie połowa badanych - 47,7% wskazała na „szczęśliwą rodzinę” jako najważniejszą wartością w życiu. Następnie w kolejności osadzeni wskazywali na: „wolność”

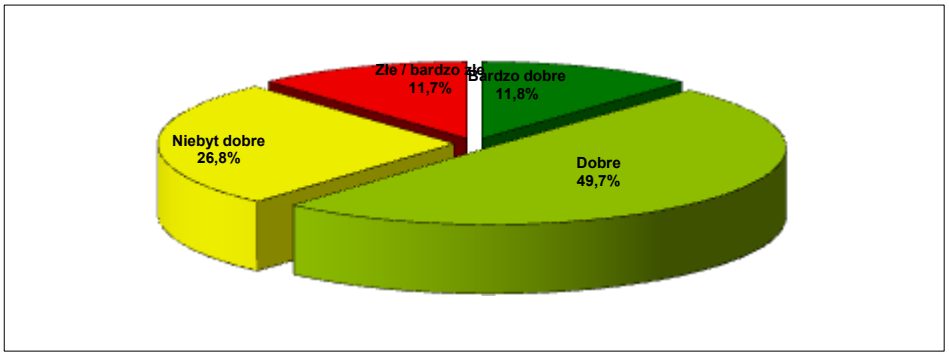
oraz „zdrowie” - po 43,1%. Graficzny rozkład danych ukazano na Ryc. 4.



Ryc. 4. Rozkład odpowiedzi na pytanie: „Co jest dla Pana najważniejszą wartością w życiu ?”

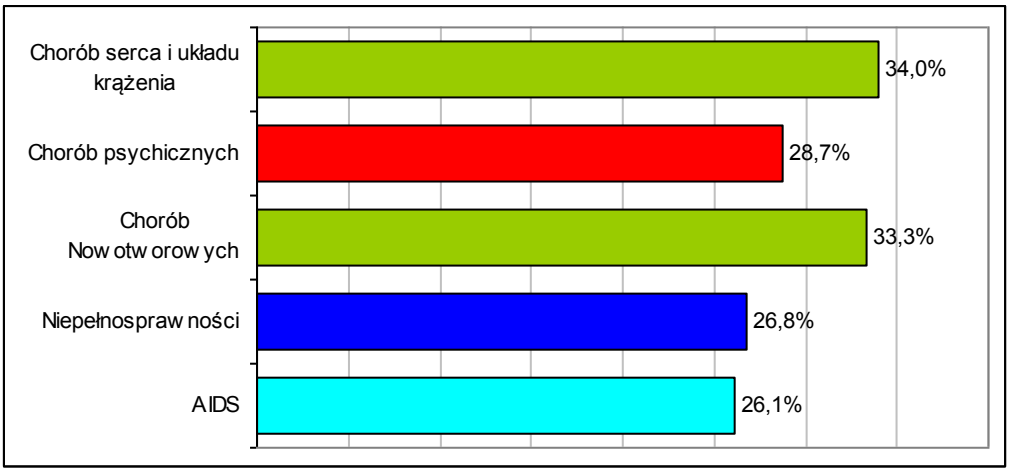
Zdrowie najczęściej definiowane było przez skazanych jako: „najważniejsza rzecz” – 16,3%; „dobre samopoczucie” – 14,4%; „brak dolegliwości” – 7,8%; bezcenny dar, dar od Boga, podstawa życia, pełne szczęście, rzecz święta, skarb. Prawie jedna piąta więźniów - 24,2% nie udzieliła odpowiedzi na to pytanie.

Zdecydowana większość badanych oceniała swoje zdrowie w kategoriach pozytywnych, w tym: 49,7% badanych jako „dobre”, kolejne 11,8% - jako "bardzo dobre", 26,8% zaznaczyło kategorię „niezbyt dobre” i 11,7% - „złe / bardzo złe” (Ryc. 5).



Ryc. 5. Samoocena stanu zdrowia.

Wśród najczęściej wskazywanych chorób, których osadzeni obawiają się najbardziej znalazły się: choroby serca i naczyń - 34,0%, choroby nowotworowe - 33,3%, choroby psychiczne - 28,7%, oraz niepełnsprawność i AIDS - po 26%. Jednocześnie ponad jedna piata badanych - 27,5% badanych wskazała, że ma zdiagnozowaną chorobę przewlekłą, w tym nadciśnienie tętnicze, padaczka, choroby neurologiczne, depresja, choroba wrzodowa, kamica nerkowa, cukrzyca (Ryc. 5).



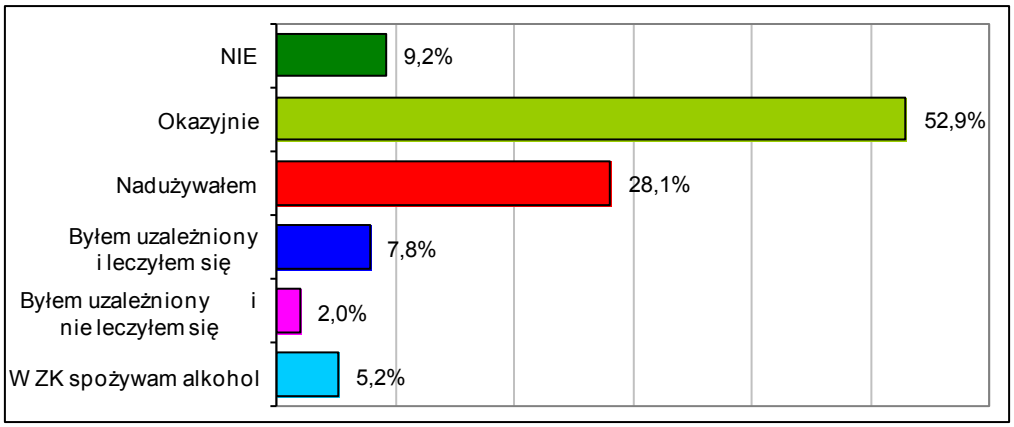
Ryc. 5. Rozkład odpowiedzi na pytanie: Jakich chorób obawia się Pan najbardziej?

Wybrane zachowania zdrowotne

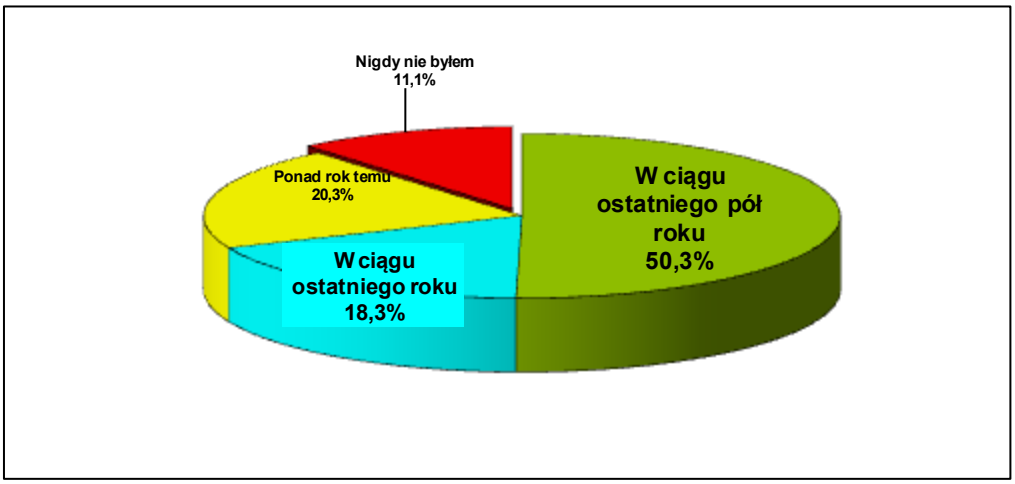
Z analizy uzyskanych danych wynika, że aż 67,3% badanych osadzonych paliło papierosy. Dziennie wypalali od 4 do 40 papierosów, średnio 16 ± 8 papierosów. Większość więźniów - 67,3% nie uprawiała żadnego sportu, a spośród aktywnych fizycznie - aż 31,3% odczuwało duszność podczas wysiłku fizycznego. Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na fakt, że u ponad połowy badanych – 51%, występowały różne dolegliwości ze strony układu oddechowego, najczęściej poranny męczący kaszel, bądź chrypka. Faktem jest, że spożywanie posiłów, a przede wszystkim ich ilość i jakość związane były z systemem więziennym, zwracał jednak uwagę fakt, że prawie 1/3 osadzonych zaznaczyła, że nie spożywa śniadania. Zdecydowana większość badanych przyznała się do spożywania alkoholu przed osadzeniem w zakładzie karnym, w tym „okazyjnie" - 52,9%, a „nadużywało" go - 28,1%. Prawie 10% zadeklarowało abstynencję. Warto podkreślić, że 5,2% przyznało się do spożywania alkoholu w trakcie pobytu w zakładzie karnym (Ryc. 6).

Większość badanych - 80,4% wskazała, że nie zażywała substancji psychoaktywnych przed osadzeniem w zakładzie karnym, pozostali najczęściej zazywali: leki psychotropowe, oraz różne narkotyki i substancje. Aż 1/5 badanych (20,1%) przyznało się do zażywania substancji psychaktywnych w trakcie pobytu zakładzie karnym.

Uwagę zwraca korzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej przez osadzonych w zakładzie karnym. Połowa badanych - 50,3% zaznaczyła, że u stomatologa były „w ciągu ostatniego pół roku", kolejne 18,3% „w ciągu ostatniego roku", oraz „ponad rok temu" – 20,3%. Najmniej liczną grupę – 11,1% stanowili więźniowie, którzy nigdy nie byli u stomatologa (Ryc. 7).



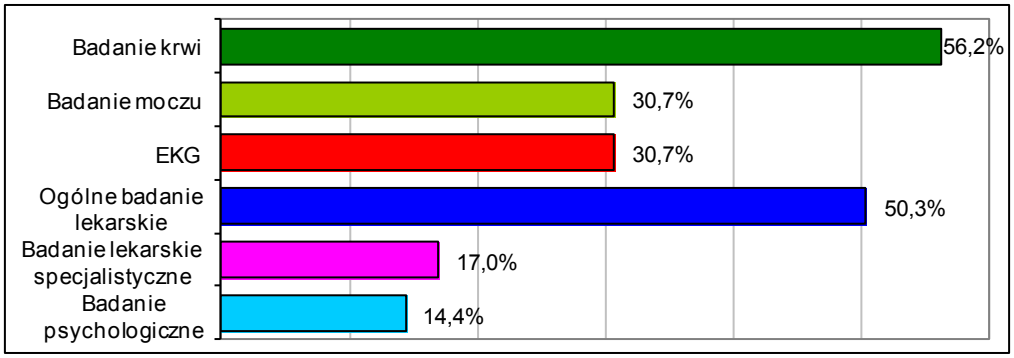
Ryc. 6. Rozkład danych dotyczących spożywania alkoholu przez osadzonych.



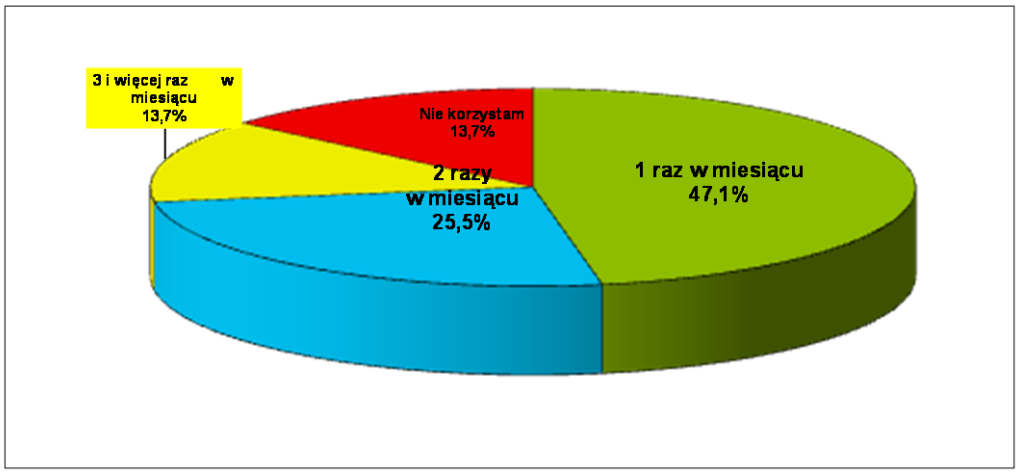
Ryc. 7. Rozkład odpowiedzi na pytanie: Kiedy ostatnio był Pan u stomatologa?

Spośród badań diagnostycznych wykonywanych u osadzonych w ciągu ostatniego roku znalazły się następujące: badanie krwi, ogólne badanie lekarskie, oraz badanie moczu i badanie EKG (Ryc. 8).

Prawie połowa więźniów (47,1%) średnio 1 raz w miesiącu korzystała z porady lekarza, natomiast ¼ badanych – 2 razy w miesiącu. Po 13,7% badanych wskazało na korzystanie z porady lekarskiej 3 i więcej razy w miesiącu, bądź „w ogóle nie korzystało" (Ryc. 9).



Ryc. 8. Rozkład danych dotyczących badań diagnostycznych wykonanych u osadzonych w ciągu ostatniego roku.



Ryc. 9. Rozkład danych dotyczących korzystania przez osadzonych w ciągu miesiąca z porady lekarskiej.

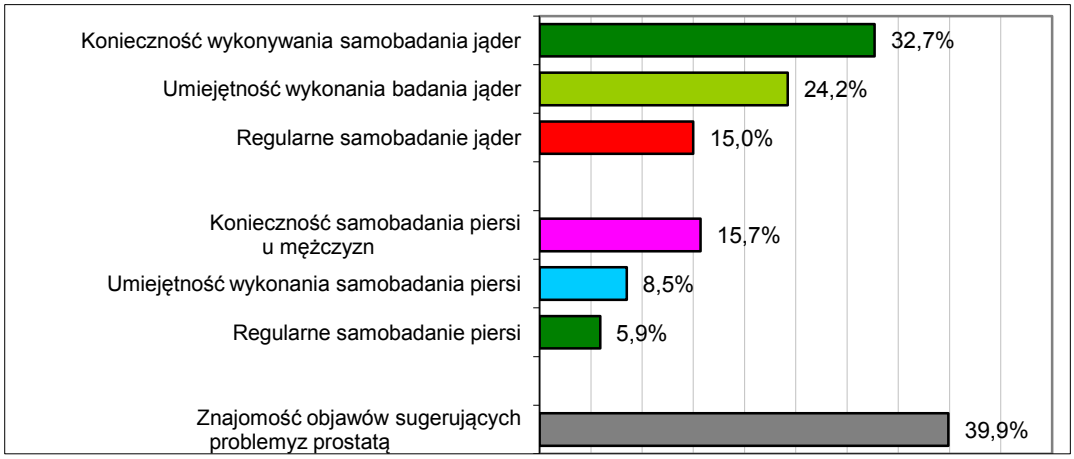
Ponad 60% badanych posiada tatuaż, w tym 45,1% wskazało, że wykonywał go kolega lub znajomy; 5,9% wykonywało samodzielnie, a zaledwie u 11,1% wykonany został przez profesjonalistę w studio tatuażu. Większość respondentów - 80,4% nie posiada kolczyków. Z pośród gupy więźniów, która posiadała kolczyki, jako najczęstsze miejsce ich założenia wskazywano: język, wargi, brwi, oraz nos i pępek.

Ponad 1/5 badanych - 26,1% nie posiadało blizn. Z grupy osób posiadających blizny najczęstszą przyczyną ich powstania był: wypadek lub uraz, blizny po samookaleczeniu, oraz blizny po próbie usunięcia tatuażu.

Większość badanych (73,8%) nie dokonywała samookaleczeń w trakcie pobytu w zakładzie karnym. W grupie skazanych, którzy dokonywali samookaleczeń, jako najczęściej

stosowane metody samookaleczenia wymieniane były: rany cięte „chlasty", oraz połyki. Jednoczesnie 14,4% podejmowała próby samobójcze przed osadzeniem w zakładzie karnym a 12,4% w trakcie odbywania kary. Wśród badanych dokonujących prób samobójczych przed osadzeniem, wykazano od 1 do 5 podejmowanych prób, a u więźniów dokonujących prób samobójczych w trakcie pobytu w ZK po jednej próbie.

Interesujące wydają się dane dotyczące zachowań osadzonych, związanych z profilaktyką chorób nowotworowych u mężczyzn (Ryc. 10).



Ryc. 10. Rozkład danych dotyczących zachowań związanych z profilaktyką chorób nowotworowych.

Ponad 1/3 badanych - 39,9% znała objawy sugerujące problemy z prostatą. O konieczności samobadania jąder wiedziało 32,7% osadzonych, wykonać badanie potrafiło 24,2%, a natomiast regularne samobadanie wykonywało 15% ankietowanych.

Warto też zwrócić uwagę na znajomość wartości podstawowych parametrów życiowych. Zdecydowana większość, czyli 75,8% respondentów, znało swój wzrost, ponad połowa - 68,0% osadzonych potrafiła określić swoją masę ciała, wartość ciśnienia tętniczego znało 37,9%, a 15% - swój poziom glukozy we krwi.

Prawie 70% badanych deklarowało chęć pogłębienia swojej wiedzy na temat zdrowia.

Najczęściej osadzeni chcieliby się dowiedzieć czegoś na temat profilaktyki różnych chorób, w szczególności chorób układu krążenia, jak radzić sobie ze stresem, oraz na temat zdrowego stylu życia.

Dyskusja

Izolacja więzienna stawia człowieka przed koniecznością obcowania z narzuconą mu

grupą osób, najczęściej o różnych zachowaniach i zainteresowaniach, oraz wywodzących się z różnych środowisk. Często brak możliwości zaspokojenia różnych potrzeb powoduje powstanie frustracji, która z czasem narasta. Taki stan stwarza u osadzonych wiele sytuacji konfliktowych oraz powoduje występowanie autoagresji, która wśród więźniów objawia się aktami samouszkodzeń. Samouszkodzenie to akt polegający na celowym zadawaniu bólu i/lub ran własnemu ciału, pozbawiony jednak intencji samobójczej [1,10].

Autoagresja może być rozpatrywana z perspektywy skutków jakie ze sobą niesie z pominięciem możliwych intencji osoby jej dokonującej i funkcji jakie spełnia takie właśnie zachowanie. Jednakże podejście skoncentrowane wyłącznie na szkodliwych konsekwencjach samouszkodzeń nie pozwala na pełne zrozumienie tego problemu. Okazuje się bowiem, że samouszkodzenia poza oczywistymi negatywnymi skutkami w postaci ran, blizn czy innych zniszczeń organizmu mogą pełnić swoiście pozytywne funkcje. Niejednokrotnie bowiem autoagresja staje się sposobem na redukcję napięcia, walkę z trudnymi sytuacjami, radzeniem sobie z rozmaitymi stresorami czy komunikowaniem innym przeżywanych przez osobę problemów i cierpienia psychicznego [11].

Kopciuch [12] twierdzi, że wiele osób w chwili przyjęcia do zakładu penitencjarnego znajduje się w bardzo złym stanie zdrowotnym. Są to niejednokrotnie osoby będące od wielu miesięcy w ciągu alkoholowym, zdarzają się osoby z świerzbem i wszawicą. Często dopiero w zakładzie karnym zostają zdiagnozowane niektóre ich choroby somatyczne [12].

Jak Tobiasz - Adamczyk [13], zdrowie stanowi dla większości ludzi wartość, z tym, że dla różnych osób i w różnych sytuacjach może ono mieć wymiar zarówno autoteliczny, jak i instrumentalny. Wartość ta jest bardzo trudno wymierna, a dla poszczególnych osób jej znaczenie może być różne, podobnie jak odmienne może być miejsce, jakie zajmuje ona w hierarchii innych wartości [13]. Jak wynika z przeprowadzonych badań, dla prawie połowy więźniów (47,7%) „szczęśliwa rodzina" jest najważniejszą wartością w życiu. Następnie w kolejności wymieniana jest „wolność" oraz „zdrowie" (po 43,1%) . Zdrowie najczęściej definiowane jest jako: „najważniejsza rzecz" – 16,3%; „dobre samopoczucie" – 14,4%; „brak dolegliwości" – 7,8%. Jednocześnie prawie połowa więźniów – 49,7% ocenia stan swojego zdrowia jako dobry a 11,8% jako bardzo dobry.

Warto podkreślić, że stan zdrowia osadzonych jest wypadkową oddziaływania dwóch podstawowych czynników: wpływu warunków więziennych, oraz trybu życia jaki prowadzili oni przed uwięzieniem [12]. Z warunkami więziennymi wiąże się niewątpliwie negatywnie wpływający na zdrowie stres spowodowany izolacją. Z przeprowadzonych badań wynika, że 19,6% wszystkich badanych przed osadzeniem nadużywało substancji psychoaktywnych, a

20,9% zaznaczyło, że zażywają będąc w zakładzie karnym.. Ponad połowa - 52,9% badanych przyznała, że spożywali alkohol okazyjnie, a 28,1% nadużywało.

Przybyliński [4] zwraca uwagę, że substancje odurzające zażywało 49 % skazanych odbywających karę pozbawienia wolności w polskich zakładach penitencjarnych [4].

Częstym zachowaniem podejmowanym przez więźniów są próby samobójcze i samouszkodzenia. Orzechowska [1] podkreśla, że osoby dokonujące samouszkodzeń jako metodę wybierały najczęściej pocięcia (84%) oraz wstrzyki (44%), najrzadziej stwierdzono wbitki, samozakażenia, urazy głowy i głodówki (8%) [1].

Z analizy uzyskanych danych empirycznych wynika, że spośród badanych więźniów 73,8% nie dokonywało w ogóle samouszkodzeń. Wśród metod jakie najczęściej wybierali osadzeni, którzy dokonywali aktów autoagresji, znalazły się kolejno: pocięcia - 21,5%, połyki - 11,1%, oraz najrzadziej stosowane wbitki - 1,3%. Samouszkodzenia to najczęstszy problem więziennej służby zdrowia, który wymaga wnikliwej oceny interdyscyplinarnej [14,15]. U osadzonych dokonujących samouszkodzeń stwierdzono wysokie wskaźniki dysfunkcji psychicznych, w szczególności zaburzenia osobowości i uzależnienia od alkoholu i substancji psychoaktywnych. Z kolei wśród osób które dokonały skutecznego zamachu samobójczego stwierdzono wysoki wskaźnik zaburzeń osobowości i zaburzeń depresyjnych [15]. W grupie przebadanych osadzonych ponad 14% podejmowało próbę samobójczą przed osadzeniem w Zakładzie karnym, a ponad 12% w trakcie odbywania kary. Autorzy badań nad zachowaniami autoagresywnymi w zakładach penitencjarnych podkreślają, że przyczyny i uwarunkowania tych zachowań są w wielu aspektach podobne. Osadzeni wykazujący zaburzenia psychiczne stwarzają duże ryzyko autoagresji i w związku z tym wymagają szczególnego nadzoru i indywidualnej opieki psychiatryczno-psychologicznej [12,15].

Zachowaniem charakterystycznym dla subkultury więziennej jest tatuowanie ciała. Szaszkiewicz [8] opisuje zachowania osadzonych prowadzące do świadomego okaleczania swojego ciała tj. pocięcia, połyki i tatuaże, które są często związane z przynależnością do podkultury więziennej. Wykonywanie i sposoby usuwania tatuaży w warunkach więziennych odbywają się przy użyciu prymitywnych narzędzi. Aby usunąć tatuaż więźniowie stosują różne metody od pocierania skóry, wypalania czy polewania wrzątkiem aż do wycinania żyletką. Brak sterylnych narzędzi oraz ogólne warunki panujące w więzieniu często prowadzą do różnych powikłań łącznie z zakażeniem [8].

Z grupy 153 osadzonych w Zakładzie Karnym w Raciborzu, objętych badaniem, aż u 29,4% stwierdzono blizny po samookaleczeniu, a u 9,2% blizny po usunięciu tatuażu. W badaniu wykazano również, że tatuaż posiadło 62,1% badanych z czego tylko 11,1% było

wykonach w studio tatuażu.

Zgodnie z art. 68 Konstytucji Rzeczpospolitej Polskiej, każdy obywatel (niezależnie od sytuacji) ma prawo do ochrony zdrowia [16]. W stosunku do osób pozbawionych wolności prawo to podkreśla Kodeks Karny Wykonawczy. Artykuł 102 tego dokumentu w katalogu praw skazanego na pierwszym miejscu wymienia odpowiednie ze względu na zachowanie zdrowia wyżywienie, odzież, warunki bytowe, pomieszczenia, świadczenia zdrowotne i odpowiednie warunki higieny. Zgodnie z art. 115 skazany ma prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych, leków oraz artykułów sanitarnych [17].

Świadczenia zdrowotne dla osadzonych są realizowane w ramach więziennej służby zdrowia. Osadzonym zapewnia się opiekę ambulatoryjną, szpitalną oraz specjalistyczną.

Z przeprowadzonego badania wynika, że osadzeni są świadomi swoich praw do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych i korzystają z nich. Prawie połowa więźniów - 47,1% średnio 1 raz w miesiącu korzysta z porady lekarza, ¼ badanych – 2 razy w miesiącu, a ponad 13% trzy i więcej razy w miesiącu. Dostęp do świadczeń zdrowotnych w okresie pozbawienia wolności, może być silnym bodźcem pobudzającym do korzystania z usług więziennej służby zdrowia. Dużej liczbie świadczeń zdrowotnych przypadających na jednego skazanego może również sprzyjać fakt, że odmowa świadczenia może spotkać się z zarzutem pogwałcenia prawa do bezpłatnych świadczeń [18].

Wnioski

1. Zdrowie, obok rodziny, jest wysoko cenioną wartością, jednak więźniowie często podejmują zachowania zmierzające do sprowokowania problemów zdrowotnych.
2. Stan zdrowia badanych więźniów jest wypadkową trybu życia jaki prowadzili przed uwięzieniem, oraz wpływu warunków więziennych.
3. Problemy zdrowotne towarzyszące osobom przebywającym w zakładzie karnym można podzielić na dwie kategorie. Pierwsza to dolegliwości zaistniałe w sposób naturalny bądź w wyniku nieszczęśliwego wypadku. Do drugiej kategorii możemy zaliczyć wszystkie te dolegliwości, które powstały w wyniku celowych działań więźniów tj. samouszkodzenia, pobicia lub zachowania niebezpieczne dla zdrowia (tatuowanie się, współżycie z wieloma partnerami, podcięcia).
4. Osadzeni często korzystają z przysługującego im prawa do świadczeń zdrowotnych.

Pismiennictwo

1. Orzechowska A. Wysokiński A. Bałecka A. i wsp.: Samouszkodzenia wśród więźniów

a czynniki psychospołeczne. Suicydologia, 2008, 4, 42 – 48.

2. Goffman E.: Charakterystyka instytucji totalnych. [w:] Elementy Teorii Socjologicznych. PWN, Warszawa 1975, 151-155.
3. Goodman N.: Wstęp do socjologii. Wyd. Zysk i S-ka. Poznań, 1997.
4. Przybyliński S.: Podkultura więzienna. Oficyna Wydawnicza „Impuls", Kraków, 2005.
5. Szaszkiewicz M.: Tajemnice grypserki. Wyd. Instytutu Ekspertyz Sądowych, Kraków, 1997.
6. Chojnacka M. Karczewski T.: Samouszkodzenia Centralny Ośrodek Szkolenia Służby Więziennej, Kalisz, 2003.
7. Przybyliński S.: Dziara, cynkówka, kolka – zjawisko tatuażu więziennego, Oficyna Wydawnicza „Impuls" , Kraków, 2007.
8. Szaszkiewicz M.: Samoagresja wśród więźniów [w:] Problemy współczesnej patologii społecznej. Urban B. (red.). Wyd. UJ, Kraków, 1998, 145-163.
9. Zakład karny w Raciborzu. http://www.sw.gov.pl/pl/okregowy-inspektorat-sluzby-wieziennej-katowice/zaklad-karny-raciborz; http://pl.wikipedia.org/wiki/, data pobrania 10.03.2014
10. Babiker G., Arnold L.: Autoagresja, mowa zranionego ciała. GWP, Gdańsk, 2002.
11. Chodak M., Barwiński Ł.: Autoagresja jako forma radzenia sobie ze stresem – przegląd zagadnień. Psych. i Psychoter. 2010, 6, 19-30.
12. Kopciuch M., Polewka A.: Zaburzenia psychiczne i somatyczne osób, które dokonały samobójstw w zakładach penitencjarnych w Polsce w latach 1995-1997. Arch. Med. Sąd. Krym., 2006, 56, 86-90.
13. Tobiasz-Adamczyk B.: Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby. Wyd. UJ. Kraków, 2000, 74.
14. Rozmysłowicz H., Kochan J., Boroń Z.: samouszkodzenia – problem diagnostyczny i terapeutyczny więziennej służby zdrowia. Pol. Przegl. Radiol., 1997, .62, 311-313.
15. Tokarski Z., Florkowski A., Talarowska M. i wsp.: Zachowania autoagresywne w zakładach penitencjarnych. Pol. Merk. Lek., 2011, 31, 357-359.
16. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Tekst uchwalony w dniu 2 kwietnia 1997 r. przez Zgromadzenie Narodowe. Dz.U. 1997, NR 78 poz. 483
17. Kodeks karny wykonawczy 2014. Dz.U. 1997 nr 90, poz. 557, z późn. Zm.)
18. Walków M.: Korzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej przez osadzonych w zakładach penitencjarnych w latach 2001-2009. Piel. Zdr. Publ. 2011, 1, 43-46.

Czubaczyński Marcin, Sewastianik Michał, Kamińska Milena, Zielińska Natalia, Kisiel Magdalena, Żyłkiewicz Michalina

Higiena jamy ustnej wśród chorych niepełnosprawnych ruchowo

Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Stomatologii Społecznej i Profilaktyki, Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Rozwój opieki medycznej oraz wzrost zachowa prozdrowotnych charakterystyczny dla społeczeństwa krajów wysokorozwiniętych spowodował wydłużenie się średniej długości życia człowieka. W z związku z tym profil, piramidy długości życia, gdzie ponad połowa to osoby po 40. roku życia. Wiek ten jest graniczny dla wzrostu i występowania chorób reumatologicznych i neurologicznych wywołujących niepełnosprawność ruchową. Starzejące się społeczeństwo kreuje zatem problem szczególnej opieki nad zdrowiem tej grupy pacjentów, wzrasta ilość pacjentów borykających się z chorobami przewlekłymi, o podłożu reumatoidalnym i neurologicznym. Dodatkowo wraz z rozwojem cywilizacji, zanieczyszczeniem środowiska, zmianą stylu życia, zwiększa się częstość występowania różnych nowotworów. Przyczynia się to do upośledzenia zdolności i koordynacji ruchu. Na glony stan zdrowia znaczący wpływ ma zdrowie jamy ustnej [1], związane jest to z ogólnym osłabianiem organizmu, jak i specyfiką leczenia, zwieszona częstość występowania takich chorób jak cukrzyca, które predysponują do zapaleń dziąsła i przyzębia [2,3], częstszym brakiem zębów, a co za tym idzie leczeniem protetycznym, które wpływa na zmian flory bakteryjnej jamy ustnej [4]. Utrzymanie w zdrowiu narządu żucia jest problemem, zwłaszcza wśród osób z upośledzoną zdolnością ruchu, utrudniając a czasami uniemożliwiając samodzielne przeprowadzanie podstawowych zabiegów higienicznych.

Wiele chorób przewlekłych wpływa na zdolności motoryczne pacjentów gerostomatologicznych. Ich upośledzenie może powodować trudności w życiu codziennym, a szczególnie wpływa na ich samodzielność. Powoduje to uzależnienie od bliskich. Najbardziej rzutuje to, na czynności dnia codziennego, stopie odżywienia, higienę osobistą i najbliższego otoczenia. Do najczęstszych schorzeń tego typu należą: choroby reumatoidalne, osteoporoza, choroba zwyrodnieniowa stawów, choroby neurodegeneracyjne, udar mózgu, polineuropatie, zespoły otępienne i depresje wieku podeszłego, upadki.

Osteoporoza jest najbardziej rozpowszechnionym schorzeniem układu kostnego, które doprowadza do zwiększonej łamliwości kości [5]. To taki stan organizmu, w którym resorpcja przeprowadzana przez osteoklasty przeważa nad odkładaniem nowej tkanki kostnej przez

osteoblasty. Nowo odłożona tkanka jest sprawniejsza i bardziej wydolna, jednak ograniczone jej odkładanie powoduje zmniejszenie gęstości kości. Sprawia to, że mogą one ulec złamaniu dużo łatwiej niż u osoby zdrowej. Osteoporoza pozostaje długo bezobjawowa, nie daje zwiastunowych symptomów mimo postępującej destrukcji masy kostnej [6]. Za procesy remodelingu odpowiedzialne są parathormon zwiększający resorpcję kości i czynny metabolit witaminy d (1,25-dihydroksycholekalcyferol) pobudzający odkładanie się nowej tkanki kostnej. Jest to uzależnione od poziomu wapnia we krwi, którego stały poziom starają się te hormony utrzymać. Kość zbudowana jest z substancji organicznej i nieorganicznej. Cześć mineralna to właśnie głównie sole wapnia i fosforanów. Wapń jest pierwiastkiem niezbędnym do prawidłowego funkcjonowania wszystkich Komorek, narządów i systemów organizmu żywego. Jest on także najważniejszym pierwiastkiem "kostnym" (ponad 90% jego całkowitej ilości w organizmie). Od zawartości wapnia w tkance kostnej zależy m.in. Podatność kości na złamania. Przy niedoborach, stężenia wapnia we krwi jest wyrównywane przez pobieranie go z zasobów kostnych. Powoduje to zmniejszoną ilość tego pierwiastka w kościach, a to obniża ich wytrzymałość. Za stopień postępu osteoporozy odpowiedzialna jest też masa szczytowa kości, którą osiągamy w wieku około 35 lat. Od tego czasu procesy resorpcji przeważają nad procesami odkładania. Tak więc im większa gęstość kości po okresie jej wzrostu, tym szansa na jej osłabienie i w konsekwencji uraz spada. Za wielkość szczytowej masy kostnej w dominującym stopniu - 80% odpowiadają czynniki genetyczne. Wpływ na tę wartość mają też czynniki które możemy sami modyfikować. Są to miedzy innymi dieta bogata w wapń, witaminę D i jej pochodne, oraz w białka. Uznaje się, że suplementacja diety 1000 mg wapnia dziennie, 800 IU witaminy D i dostarczanie białka w ilości 1 g/kg masy ciała może być szeroko rekomendowana jako postępowanie wspomagające leczenie u osób z osteoporozą [7]. Istotna też jest aktywny fizycznie tryb życia. Stałe obciążenie kości w fizjologiczny sposób doprowadza do odkładania tkanki kostnej, co ogranicza skutki osteoporozy. Dlatego siedzący tryb życia i długotrwałe unieruchomienie mają wpływ na metabolizm kości. Ograniczenia spożywania alkoholu i niepalenie tytoniu, również przyczynia się do zwiększenia masy kostnej. Alkohol wpływając na metabolizm wapnia doprowadza do zwiększonego jego uwalniania z koci. Do innych bezpośrednich determinantów osteoporozy należy płeć. Kobiety z racji zmniejszonego poziomu estrogenów odpowiedzialnych za procesy tworzenia koci, po menopauzie i we wszelkich stanach ich niedoboru, są narażone na jej zwiększona utratę. Rasa też wpływa na odkładanie tkanki kostnej. Przedstawiciele rasy czarnej osiągają większą szczytową masę kostną niż białej czy żółtej. Pacjenci z objawami osteoporozy narażeni są na złamania kości oraz związane z nimi bóle. Pojedynczy upadek może zapoczątkować kaskadę

kolejnych podobnych zdarzeń doprowadzających do ograniczenia lokomocji pacjenta i jego samodzielności.

Pacjenci z dużym ryzykiem upadku to chorzy z chorobami narządu ruchu, neurologicznymi, psychicznymi, układu sercowo-naczyniowego, narządu wzroku i słuchu, metabolicznymi i przyjmujący leki wpływające na motorykę. Na częstość upadków ma też wpływ środowisko w którym przebywa osoba starsza. Najczęściej dochodzi do nich w pomieszczeniach niedostatecznie oświetlonych. Wszędzie tam gdzie podłogi są śliskie, ułożone dywany i nierówności podłogi, bałagan utrudniają poruszanie się. Strome wysokie schody też mogą zwiększają zagrożenie upadkami. Brak lub nieodpowiednio dobrane okulary czy aparat słuchowy, niewygodne obuwie ze śliską podeszwą, nieodpowiednio dobrane meble, na przykład z niskimi poręczami, zbyt miękkie, na kółkach, niestabilne stołu i krzesła, zbyt wysoko zawieszone póki i szafki są przyczynami urazów. Konsekwencjami tych zdarzeń są najczęściej złamania i stłuczenia, będące bardzo częstą przyczyna hospitalizacji. Główną konsekwencją upadków jest hipotermia. Osoby starsze, często mieszkające samotnie, gdy upadną mogą długo oczekiwać pomocy, a organizm starszej osoby szybko ulega wychłodzeniu. Upadkom i potem rekonwalescencji towarzyszy unieruchomienie którego konsekwencje to odleżyny, przykurcze, infekcje, czy zakrzepica żył głębokich. Towarzyszy temu pogłębienie ograniczenia sprawności fizycznej. Występowanie tak zwanego zespołu poupadkowego rzutuje na aktywność i samodzielność osoby starszej. Jest to lęk przed kolejnym upadkiem, który powoduje bierność postaw pacjenta. Może to doprowadzi do pozostawania pacjenta w łóżku, a w konsekwencji postępującego osłabienia. Osoba taka wymaga zwiększonej opieki.

Choroba zwyrodnieniowa stawów jest kolejną jednostką której rozwój doprowadza do ograniczenia zdolności motorycznych i jakości życia pacjentów w starszym wieku. Choroba ma przebieg powolny, lecz postępujący. Początek to drobne zmiany w chrząstce stawowej w postaci pęknięć i włókienkowatości. Powoduje to powolny remodeling stawów doprowadzający do przebudowy warstwy podchrzęstnej. Skutkuje to zanikiem chrząstki stawowej, odsłonięciem powierzchni stawowej i zniesieniem szpary stawowej. Jednoczenie powstają wyrośla kostne. Zmiany te obejmują jeden lub wiele stawów. Do czynników ryzyka choroby zwyrodnieniowej stawów należ wiek, lokalizacja zmian, otyłość, predyspozycje genetyczne, przeciążenie stawów oraz urazy, zaburzenia rozwojowe i płciowe. Wraz z wiekiem szansa na patologiczne zmiany w stawach rośnie. Najczęściej zajmowane są stawy biodrowe, kolanowe, dolne odcinki kręgosłupa szyjnego i lędźwiowo-krzyżowego, stawy międzypaliczkowe dalsze i bliższe, pierwsze stawy śródstopno-paliczkowe i nadgarstkowo-

śródręczne. Nadwaga, z racji nadmiernego obciążenia w szczególności stawów biodrowych i kolanowych przyspiesza proces ich degeneracji. Powiązano występowanie mutacji genetycznych z występowaniem choroby zwyrodnieniowej typu guzkowego, oraz zwyrodnienia stawów kolanowych. Wykazano też korelacje pomiędzy objawami choroby zwyrodnieniowej stawów i mutacji genów odpowiedzialnych za syntez kolagenu. U kobiet ponownie występują powiązanie pomiędzy menopauzą a występowaniem zwyrodnienia stawów. Za zmiany odpowiedzialny jest także proces zapalny. Interleukina-1 (IL-1) wraz z czynnikiem nekrotyzującym (TNF-α) aktywując syntez metaloproteinaz degradują składniki chrząstki stawowej. Chorzy na chorobę zwyrodnieniową stawów to pacjenci starsi, zgłaszający narastający ból umiejscowiony głęboko. Jest on tępy, ulegający progresji przy zmianach pogody i aktywności fizycznej. Może się utrzymywać krótko lub przedłuża się. Dodatkowo męcząca jest sztywność stawów, w szczególności rano i po okresie bezruchu trwającym do 30 minut. Pacjenci często wspominają że co rano muszą się "rozruszać" zanim poczują się lepiej i mogą normalnie funkcjonować. Wraz z postępowaniem choroby możliwości ruchowe ulegają osłabieniu, pojawiają się trzeszczenia w stawach i blokowania z tarciem przy ruchu. Postępują też zaniki mięśni, przykurcze i wysiłki stawowe. Zmiany w kręgosłupie doprowadzają do objawów neurologicznych takich jak uczucie drętwienia kończyn i palców, ból promieniujący do palców kończyn górnych i dolnych, przeczulica skóry. Utrudnia to znacząco codzienne funkcjonowanie i zmusza chorych do szukania pomocy. Ważnym jest aby jak najdłużej utrzymać ruchomość stawów. Często podczas stawiania diagnozy, pacjent i jego otoczenie nie zdają sobie sprawy z daleko idących konsekwencji zwyrodnieni stawów. Nasilone zmiany w stawach utrudniające lokomocje mogą być przyczyną nietrzymania moczu, kiedy czas dotarcia do toalety znacząco się wydłuża. Ograniczenia ruchomości w stawie barkowym silnie utrudniają higien osobista. Prowadzi to do izolacji z życia społecznego.

Reumatoidalne zapalenie stawów to postępująca choroba zapalna, podobna w swych objawach do choroby zwyrodnieniowej stawów, jest kolejnym problemem wśród pacjentów geriatrycznych. Jest to postępujący proces zapalny doprowadzający do przebudowy stawów, co skutkuje utratą ich funkcji. Choroba przebiega z zaostrzeniami, podczas których zmiany pogłębiają się. Choroba postępuje powoli, pierwsze jej objawy pojawiają się jednak niepostrzeżenie już w wieku 30 lat. Jej konsekwencje widoczne są w wieku późnym. Częściej występuje u kobiet z racji spadku poziomu estrogenów po menopauzie. W początkowym stadium zmienione zapalnie stawy dają odczucie porannej sztywności, są obrzęknięte. Rozkład zmian jest symetryczny, początkowo obejmuje stawy śródręczno-paliczkowe,

międzypaliczkowe bliższe i nadgarstek. Duże stawy zajmowane są w późniejszej fazie choroby. Towarzyszy temu ogólny odczyn zapalny z objawami takimi jak: utrata apetytu, zmęczenie, złe samopoczucie, spadek masy ciąża, stan podgorączkowy. Zajmowane są też mięśnie w wyniku nacieków zapalnych i reakcji na przewlekły ból. Dochodzi do obniżenia siły mięśniowej rąk i zaniku ich mięśni. Postępujące zmiany w stawach dłoni w postaci ręki reumatoidalnej powodują spadek poziomu zdolności manualnych. Pacjent ma problemy z wykonywaniem podstawowych czynności codziennego życia. Do objawów towarzyszących reumatoidalnemu zapaleniu stawów (RZS) należą między innymi zapalenie osierdzia, zapalenie mięśnia sercowego oraz zmiany w obrąbie zastawek. W układzie oddechowym dochodzi do częstych zapaleń opłucnej i miąższu płucnego.

Otępienie jest to choroba ośrodkowego układu nerwowego, objawiająca się trudnościami w zapamiętywaniu, rozumowaniu, komunikowaniu się, uczeniu się i zanikiem zdolności do porównywania, oceniania i dokonywania wyborów. Jest to choroba przewlekła i postępująca. Czynniki przyczyniające się do powstania choroby to wiek, obciążenie genetyczne, płeć męska i przedwczesna menopauza, urazy głowy i udary mózgu, prawdopodobnie niski poziom wykształcenia, brak aktywności fizycznej i intelektualnej. Najczystszą formą otępienia jest choroba Alzheimera. Przebiega w trzech etapach: w pierwszej fazie następuje obniżenie sprawności pamięci i dezorientacja w przestrzeni i czasie. Występuje trudność w adaptowaniu się do nowych sytuacji, lecz stare nawyki wykształcone wiele lat wcześniej przychodzą choremu z łatwością. Często trudno jest zauważy pierwsze syndromy. Pogarszająca się sprawność umysłowa sprzyja depresji. W drugim etapie choroby nasilają się objawy pierwszej fazy, w pełni wykształcają się zaburzenia pamięci, mowy, zdolności poznawczych i zdolności do wykonywania czynności złożonych. Pojawiają się zaburzenia w pamięci trwałej. Nasilają się trudności z ubieraniem się i prostymi czynnościami dnia codziennego. W trzecim etapie, w którym chory wymaga stałej opieki następuje całkowita dezorientacja pamięci i intelektu. Funkcje poznawcze zanikają, zostają tylko funkcje wegetatywne. Ten etap zwykle trwa około roku, w tym czasie chory wymaga całkowitej opieki ze strony rodziny ze względu na brak kontroli oddawania stolca i moczu.

Ważnym elementem zespołów psychopatologicznych są objawy splątania. Czynniki predysponujące do tych objawów to zmiany inwolucyjne w ośrodkowym układzie nerwowym, choroby przewlekłe i skojarzona z nimi farmakoterapia, zwiększona skłonność do zachorowań ostrych, oraz zmian w zakresie farmakokinetyki i farmakodynamiki leków co prowadzi do geriatrycznych zespołów jatrogennych. Każda zmiana w homeostazie organizmu, czy nawet w jego otoczeniu może doprowadzi do deregulacji ośrodkowego

układu nerwowego doprowadzając do zespołów splątania. Najczęściej są to jednak infekcje i podawane leki. W przeciwieństwie do demencji starczej początek jest nagły. Objawia się to dezorientacją, omamami, zaburzeniami świadomości, pobudzeniem, lub ospałością. Siła objawów waha się od okresów dobrego funkcjonowania do nasileń, kiedy pacjent potrzebuje pomocy. Stany majaczenia ustępują po zniesieniu bodźca je wywołującego. Mogą mieć one poważne konsekwencje dla zdrowia. Są to urazy, sedacja polekowa, zachłyśniecie i zachłystowe zapalanie płuc, odleżyny, odwodnienie i zaburzenia odżywiania, zakażenia i posocznice. Depresje wieku podeszłego są jednym z najczęstszych zespołów psychopatogennych starości. Czynnikami ryzyka tego zaburzenia są przewlekłe choroby utrudniające samodzielną egzystencję, przewlekłe bóle zwyrodnieniowe, schorzenia neurologiczne, przewlekłe stosowanie leków, strata bliskich osób, w szczególności współmałżonka, przejście na emeryturę, wyjście dzieci z domu rodzinnego, zmiana miejsca zamieszkania, izolacja społeczna, niewystarczające środki finansowe do życia. Doprowadza to do obniżenia nastroju objawiającego się smutkiem, przygnębieniem, zobojętnieniem. Występuje też spowolnienie myśli, poczucie obniżonej sprawności, utrata energii, ciągłe zmęczenie fizyczne, zaburzenia rytmu dziennego, popędu samozachowawczego i płciowego, zaburzenia wydzielania hormonów podwzgórza, kortyzolu oraz nieuzasadniony lęk. Problemem w diagnostyce stanowi fakt, że te objawy często traktowane są za normę podczas procesu starzenia się i są bagatelizowane przez najbliższych członków rodziny i samego zainteresowanego. Terapia takiego pacjenta jest utrudniona i może przeciągać się nawet do końca jego życia. Chorzy wymagają zwiększonej uwagi i stałej kontroli. Konieczny jest nadzór, gdyż pacjent nawet w pełni sprawny z racji braku chęci do działania nie będzie skupiał się na sprawach codziennych. Udar jest trzecim najczęstszym czynnikiem po zawale serca i nowotworach prowadzącym do śmierci. W wyniku udaru 15-25% osób umiera, a pozostali pacjenci borykają się z większą lub mniejszą niepełnosprawnością ruchową. Jest to z punktu widzenia klinicysty nagłe ogniskowe, lub uogólnione zaburzenia czynności mózgu jako efekt zaburzeń krążenia mózgowego spowodowane wyłącznie z przyczyn naczyniowych. Udary dzielimy na niedokrwienne spowodowane zawałem naczyń krwionośnych mózgu, jest to najczęstsza przyczyna i wylewy spowodowane krwawieniem do mózgu, które są znacznie rzadsze. Czynniki ryzyka częstsze wraz z wiekiem pacjenta, predysponujące do zachorowania to nadciśnienie tętnicze, migotanie przedsionków, cukrzyca, zaburzenia lipidowe prowadzące do miażdżycy, nadużywanie alkoholu, palenie tytoniu, brak aktywności fizycznej oraz otyłość. W udarze niedokrwiennym spada zaopatrzenie tkanki mózgowej poprzez krew w tlen i substancje odżywcze. Choroba Parkinsona polega na postępującym zaniku istoty czarnej,

która jest jedną ze struktur mózgu. Etiologia postępującego zaniku jest najczęściej nieznana. Na skutek tej zmiany spada poziom neurogennego przekaźnika-dopaminy. Istota czarna jest odpowiedzialna za szybkość i płynność ruchu oraz napicie mięśniowe. Doprowadza to więc do spowolnienia ruchowego, wzmożonego napicia mięśniowego, sztywności i drżenia spoczynkowego. Na początku choroby objawy są najczęściej jednostronne, w szczególności drżenia. Chory ma problemy z rozpoczęciem i zakończeniem ruchu. Często występuje ślinotok, zaburzenia połykania, depresja i otępienie. Drżenie kończyn utrudnia codzienne czynności, utrudnia utrzymanie higieny jamy ustnej. Spadek nastroju potęguje niezdolność pacjentów do samodzielności. Kontakt werbalny jest utrudniony z racji problemów z mową pacjenta. Inną przyczyną odpowiedzialną za utrudnienie bądź uniemożliwienie przeprowadzania samodzielnie zabiegów higienicznych są choroby nowotworowe. Nowotwory są drugą przyczyną zgonów w Polsce [8]. Rozwój tej choroby a także sposób leczenia doprowadza do znacznego osłabienia i wyniszczenia organizmu. Przystępując do leczenia lekarze zalecają całkowitą sanację jamy ustnej, ze względu ryzyka transmisji drobnoustrojów. Istnieje możliwość pozostawienia tylko zębów całkowicie zdrowych bez ognisk próchnicy, z ewentualnymi wypełnieniami oraz zębów prawidłowo przeleczonych endodontycznie. W przypadku występowania stanów zapalnych w obrębie jamy ustnej, należy unikać płukanek zawierających w swym składzie substancje drażniące jak np. alkohol i gliceryna. Ślina pełni funkcję bufora, ułatwiającego formowanie pokarmów i wstępnie trawi i rozmiękcza pokarm, odpowiada za procesy remineralizacji i odporności dzięki zawartych w niej związkom i enzymom. Radioterapia, zwłaszcza naświetlanie okolic ślinianek, powoduje ich nieodwracalne zniszczenie [9]. Problem ten dotyczy 29-77% chorych na nowotwór głowy i szyi, zdecydowanie częściej u kobiet [10, 11]. Poprzez obmywanie przestrzeni jamy ustnej lina zapobiega rozwojowi próchnicy i innych chorób jamy ustnej. Dochodzi do tego w wyniku zapalenia ślinianek przyusznych, w przypadku wystąpienia suchości należy korzysta z substytutów śliny, mogą to być kostki lodu, nebulizacja wodna lub 0.9% roztworu NaCl, roztwory sztucznej liny oraz bezcukrowe gumy i cukierki te ostatnie będą stymulowały wydzielanie śliny [11]. Farmakologicznie można zastosować 2% chlorowodorek pilokarpiny w dawce trzy razy dziennie, jedna tabletka [12]. Suchość w jamie ustnej może się rozwinąć w przebiegu infekcji, aplazji i zniszczenia ślinianek przez rozrost guza nowotworowego guzami mózgu i operacjami, powodującymi uszkodzenie układu współczulnego i przywspółczulnego. Wywoływana jest też takimi lekami jak: leki antymuskarynowe np. atropina, antyhistaminowe np. hydroksyzyna, hipotensyjne np. metyldopa, moczopędne np. furosemid, neuroleptyki np. haloperidol, beta-blokery np. bisoprolol i opioidy np. morfina. W trakcie rozwoju choroby

nowotworowej, następuje ubytek masy ciała, co skutkuje poluzowaniem, utrudnieniem a nawet uniemożliwieniem spożywania pokarmów i mówienia przez chorego. Wówczas niezbędna jest pomoc lekarza stomatologa który podścieli lub zleci wykonanie nowej protezy. Użytkowanie protez zmienia mikroflor jamy ustnej, zwiększając ilość szczepów Cancida albicans który może w chwili obniżonej odporności, a to często jest spotykane w trakcie leczenia, doprowadzi do rozwoju grzybicy układowej. Czasami niezbędne są preparaty do czyszczenia uzupełnień protetycznych zwierające nystatynę, która prowadzi do zniszczenia tego drobnoustroju z powierzchni protez. W celu zapewnienia jak najdłuższej przydatności uzupełnień protetycznych, niezbędne jest stosowanie odpowiednich zabiegów, których chory niepełnosprawny ruchowo nie jest w stanie wykonać. Protezy powinny by szczotkowane przy pomocy szczotek o twardym włosiu jak szczotka do protez lub szczotka do mycia rąk. W celu optymalnego stanu uzupełnienia powierzchnia protezy powinna by szorowana na wszystkich jej częściach, szczególnie uwzględniając te, które mają bezpośredni kontakt z błoną śluzową jamy ustnej. Do mycia protez należy używać preparatów specjalnie w tym celu produkowanym. Środki te mają właściwości przeciwbakteryjne, polerujące i odwaniające silniejsze niż pasty do zębów. Osoby uczulone na środki zapachowe mogą używa zwykłego nieperfumowanego mydła do rąk. Czyszczenie protez powinno odbywa się po każdym posiłku. Każdorazowo w czasie 2-5 min. Bezzębną jamę ustna należy przepłukać stosując płukanki ziołowe lub specjalne płyny z chlorheksydyną. Błonę śluzową można masować miękkimi szczotkami lub opuszkami palców w celu polepszenia ukrwienia. Protezę po wyjęciu z ust , po każdym umyciu należy przechowywać w suchym, przewiewnym pojemniku. Innym istotnym elementem higieny jamy ustnej jest stosowanie płukanek jamy ustnej. Idealny płyn do płukania powinien odznaczać się szybkim działaniem i bezpieczeństwem użycia, zdolnością do niszczenia bakterii w płytce nazębnej w miejscach trudno dostępnych, przyjemnym smakiem i zapachem, łatwością zastosowania i przystępną ceną. Środki do higieny jamy ustnej mogą zawierać substancje czynne. Ze względu na związek chemiczny dzielimy je na trzy generacje [13]. W pierwszej generacji mamy preparaty zawierające czwartorzędowe związki amonowe (np. chlorek cetylpirydyny zwiększający przepuszczalność ściany komórkowej bakterii , hamujący metabolizm i zmniejszający adhezję bakterii do zębów i błony śluzowej), sangwinarynę (hamującą ATP-azę, wpływającą na metabolizm kwasów nukleinowych i zobojętniającą związki siarki odpowiadające za przykry zapach z jamy ustnej), nadtlenki (nadtlenek wodoru rozkłada się na wodę i tlen atomowy, który jest toksyczny dla bakterii) oraz związki fenolowe (np. triklosan o działaniu przeciwbakteryjnym, przeciwzapalnym i przeciwbólowym). Do drugiej generacji zaliczamy

bisguanidyny (np. chlorheksydyna działająca na bakterie G+, G-, drożdże i grzyby, przeciwdziała ona również tworzeniu płytki nazębnej absorbując się do glikoprotein śliny i błonki nabytej zębów) i związki nieorganiczne i organiczne fluoru (fluor podawany w niewielkich ilościach w wyniku reakcji chemicznej zostaje wbudowany w apatyty szkliwa co sprawia, że jest ono mniej podatne na rozpuszczające działanie kwasów, fluor hamuje transport cukrów przez błonę komórkową bakterii, zmienia tolerancję kwasową bakterii Gram+ i hamuje aktywność enzymów glikolitycznych). Związki trzeciej generacji to delmopinol i oktapinol zapobiegające przyleganiu i gromadzeniu płytki nazębnej, mają niewielkie działanie przeciwbakteryjne.

Istotnym czynnikiem wpływającym na zdrowie jamy ustnej jest stosowanie odpowiedniej diety, zaleca się dietę ubogą w cukry proste, szybko obniżających pH w jamie ustnej zwłaszcza słodzone napoje gazowane. Osoby u których podaż kaloryczna przekracza ich dzienne zapotrzebowanie prowadzi do rozwoju otyłości. Wzrost masy ciała prowadzi do degeneracji stawów i stopniowo rozwoju chorób układu ruchu. Sprzyjają jej także cukrzyca typu 2. oraz zaburzenia gospodarki hormonalnej. Wraz ze wzrostem masy ciała maleje sekrecja adiponektyny odpowiedzialnej za regulacje przemian kwasów tłuszczowych, których zwiększone stężenie aktywuje receptory TLR2, które indukują powstawanie miejscowych stanów zapalnych, a w konsekwencji wpływają na rozwój *gingivitis* i periodontitis [14]. Ważna jest zmiana zachowań w celu wyeliminowania nawyku podjadania. Odpowiedni sposób odżywiania i stosowanie zabiegów higienicznych np. płukanek zwłaszcza z dodatkiem chlorheksydyny przyczynia się do utrzymania narządu żucia w jego optymalnym stanie, szczególnie wśród ludzi niedomagających ruchowo, dla których nie są możliwe zabiegi wykonywane przez osoby pełnosprawne. Należy pamiętać, że obecnie dostępne są środki a także przybory jak szczoteczki elektryczne, i specjalnie projektowane szczoteczki, nici i paski do przestrzeni międzyzębowych mogące skutecznie pomagać utrzymać higienę jamy ustnej w optymalnym stanie.

Piśmiennictwo

1. Przybyłowska D., Elżbieta Mierzwiska-Nastalska E.: Wpływ higieny jamy ustnej i uzupełnień protetycznych na zdrowie oglne/The influence of oral and denture hygiene on the general health. Nowa. Stomatol., 2013, 2, 83-87.
2. Banach J., Mechanizmy wpływu cukrzycy na choroby przyzębia i gojenie się ran przegląd piśmiennictwa. Czas. Stomatol., 2009, 62, 578-587.

3. Drodzik A., Grnik W., Kurzawski M., Dembowska E., Trąbska-wistelnicka M., Banach J.: Wpływ polimorfizmu genu interleukiny 18 (IL-18) na ryzyko wystąpienia zapalenia przyzębia. Czas. Stomatol., 2008, 61, 473-479.
4. Daniluk T., Fiedoruk K., Ciepuk M., I wsp..: Aerobic bacteria in the oral cavity of patients with removable dentures. Adv. Med. Sci., 2006, 51, 86-90.
5. NAMS contiuing medical educationactivity. Menagment od osteoporosis in postmenopausal woman: 2010 position statement of The North American Menopause Society. Menopause 2010, 17, 23-56.
6. Tkaczuk-Włach J., Sobstyl M., Jakiel M.: Osteoporoza obraz kliniczny, czynniki ryzyka i diagnostyka Przegl. Menopauz., 2010, 2, 113-117.
7. Tang B, Eslick GD, Nowson C, et al.: Use of calcium or calcium in combination with vitamin D supplementation to prevent fractures and bone loss in older people: a meta-analysis, Lancet, 2007, 370, 657-660.
8. Wojciechowska U., Didkowska J.: Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworw, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie. Dostępne na stronie http://onkologia.org.pl/raporty/ data pobrania 14.04.2014.
9. Osuch-Wójcikiewicz E, Bruzgielewicz A.: Powikłania po radioterapii głowy i szyi, Otolaryngologia, 2010, 9, 1, 1-6.
10. Cooke C., Ahmedzal S., Mayberry J.: Xerostomia a review, Palliat. Med., 1996, 10, 284-292.
11. Andrew N Davies A.N.:A comparison of artificial saliva and chewing gum in the management of xerostomia in patients with advanced cancer, Palliat. Med., 2000, 14, 197-203.
12. Andrew N Davies A.N., Daniels C., Pugh R., Sharma K.: A comparison of artificial saliva and pilocarpine in the management of xerostomia in patients with advanced cancer, Palliat. Med., 1998, 12, 105-111.
13. Galiska B.: Miejscowe zastosowanie preparatów chemicznych wspomagających walkę z płytką nazębną, Forum Stomatologiczne, 2004, 2, 43-52.
14. Ryba B., Pytko-Poloczyk J.: Molecular aspects of periodontitis in obese patients review of literature, J. Stoma., 2013, 66, 246-255.

Kondzior Dorota Joanna[1], Gidaszewska Teresa[2], Rolka Hanna Joanna[1,3], Jankowiak Barbara[1,3], Klimaszewska Krystyna[1,3], Kowalczuk Krystyna[1], Krajewska-Kułak Elżbieta[1]

Ocena wiedzy pielęgniarek na temat postępowania w wybranych stanach zagrożenia życia u dzieci

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Białymstoku
3. Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

Wstęp

Próby ratowania życia człowieka podejmowane były od najdawniejszych czasów, a pierwsze próby ratowania dziecka można odnotować w Starym Testamencie, gdzie Eliasz pochyla się nad dzieckiem które powraca do zdrowia [1,2].

Postępowanie w wybranych stanach zagrożenia życia

Ciało obce w drogach oddechowych (zadławienie)

Zadławienie należy podejrzewać kiedy początek jest nagły, brak innych chorób, w wywiadzie występują wskazówki takie jak: posiłek, zabawa małymi zabawkami.

W momencie dostania się ciała obcego do dróg oddechowych dziecko reaguje kaszlem próbując je wykrztusić. Spontaniczny kaszel jest bardziej skuteczny i bezpieczniejszy od każdego rękoczynu wykonywanego przez ratownika [3,4,5].

Całkowite zatkanie dróg oddechowych czyli niedrożność ciężka – objawia się tym, że dziecko nie jest w stanie mówić, kaszleć i bardzo szybko dochodzi do utraty przytomności [3,4,5].

Jeżeli dziecko jest przytomne ale przestaje kaszleć lub kaszel staje się nieefektywny należy wykonywać 5 uderzeń w okolicę międzyłopatkową. Aby uderzenia były efektywne należy trzymać dziecko nachylone do przodu.

Jeżeli uderzenia w okolicę międzyłopatkową nie przynoszą efektu a dziecko nadal jest przytomne należy wykonać 5 uciśnięć nadbrzusza (manewr Heimlicha). Wykonując manewr Heimlicha należy stanąć lub uklęknąć za dzieckiem i objąć tułów dziecka, zacisnąć rękę w pięść i ułożyć ją pomiędzy pępkiem a wyrostkiem mieczykowatym. Drugą ręką objąć pięść i mocno pociągnąć ręce do siebie i ku górze. Przy tym manewrze należy upewnić się, że nie uciska się wyrostka mieczykowatego i dolnych żeber, ponieważ może doprowadzić to do urazu jamy brzusznej[3,4,5,6,7,8].

Po każdej sekwencji uderzeń w okolicę między łopatkową i 5 uciśnięć nadbrzusza należy sprawdzać czy nie jest widoczne ciało obce w jamie ustnej. Usunąć można tylko widoczne ciało obce w jamie ustnej, nie wolno usuwać ciała obcego „na ślepo".

Do chwili gdy dziecko jest przytomne, a przedmiot nie został usunięty wykonywać należy naprzemiennie sekwencję 5 uderzeń w okolicę między łopatkową i 5 uciśnięć nadbrzusza.

Jeżeli przedmiot został usunięty należy zasięgnąć porady lekarskiej, ponieważ mogły pozostać fragmenty ciała obcego w drogach oddechowych które spowodują powikłania. Uciśnięcia nadbrzusza mogą spowodować obrażenia jamy brzusznej dlatego też konieczna jest kontrola lekarska.

Jeżeli dziecko z niedrożnością dróg oddechowych traci przytomność lub jest nieprzytomne należy ułożyć je na twardej, płaskiej powierzchni, wysłać kogoś po pomoc – na tym etapie nie wolno zostawiać dziecko samego. Po położeniu należy otworzyć usta, poszukać widocznych ciał obcych, podjąć jednorazową próbę usunięcia przez wygarnięcie palcem. Następnie udrożnić drogi oddechowe i podjąć próbę 5 oddechów ratowniczych, oceniając efektywność każdego wdechu. Jeśli wdech nie powoduje unoszenia się klatki piersiowej należy poprawić pozycję głowy przed każdym, kolejnym oddechem ratowniczym. Jeżeli 5 prób wykonania oddechów ratowniczych nie spowoduje żadnej reakcji: kaszlu, poruszania się, spontanicznego oddechu należy przejść do uciśnięć klatki piersiowej bez uprzedniej oceny krążenia. Dalsze postępowanie należy wykonać zgodnie z algorytmem BLS dla dzieci [3,4,5,6,7,8].

Tonięcie

Tonięcie według nowej definicji ustalonej przez ILCOR (*International Liaison Committee on Resuscitation*) to proces w wyniku którego pierwotnie dochodzi do zaburzeń oddechowych, które są spowodowane podtopieniem lub zanurzeniem w cieczy. W wyniku obecności ciekłej przeszkody która zamyka drogi oddechowe i uniemożliwia poszkodowanemu wykonanie oddechu [4].

Tonięcie objawia się pogorszeniem funkcji układu oddechowego. Konsekwencją tonięcia która determinuje dalsze postępowanie jest hipoksja a czas jej trwania jest czynnikiem wpływającym na rokowanie [4].

W trakcie akcji ratunkowej należy zawsze zadbać o własne bezpieczeństwo. Jeśli to możliwe należy uratować dziecko bez wchodzenia do wody. Można rzucić linę, dosięgnąć za pomocą kija lub elementu ubrania, używając łodzi. Wchodząc do wody zawsze należy wziąć

ze sobą przedmiot unoszący się na wodzie. Poszkodowane dziecko należy jak najszybciej wydobyć z wody i rozpocząć resuscytację tak szybko jak jest to możliwe [4].

Najważniejszym celem w resuscytacji tonącego dziecka jest zlikwidowanie niedotlenienia. Rozpoczęcie prawidłowych oddechów ratowniczych należy rozpocząć od udrożnienia dróg oddechowych, cały czas pamiętając o bezpieczeństwie własnym. Nie należy oczyszczać dróg oddechowych z zaaspirowanej wody, ponieważ większość tonących aspiruje niewielką ilość wody która szybko wchłania się do krążenia.

W niektórych przypadkach możliwe jest rozpoczęcie wentylacji w płytkiej wodzie. W głębokiej wodzie osoba udzielająca pomocy może rozpocząć wentylację jeśli posiada przedmiot unoszący się na wodzie oraz została przeszkolona w ratownictwie wodnym.

Po wydobyciu z wody u poszkodowanego dziecka należy ocenić oddychanie. Personel medyczny może zbadać tętno ale będzie to niezwykle trudne ze względu na wychłodzenie. Jeśli dziecko nie oddycha należy rozpocząć uciskanie klatki piersiowej. Uciskanie klatki piersiowej w wodzie jest nieskuteczne.

Jeżeli AED (*Automated External Defibrillator*) jest dostępne a dziecko nadal jest nieprzytomne i nie oddycha należy osuszyć klatkę piersiową i przykleić elektrody. Defibrylację należy wykonać zgodnie z zaleceniami AED. Jeśli temperatura głęboka dziecka jest równa bądź też niższa od 30°C wówczas należy wykonać tylko 3 próby defibrylacji. Następne defibrylacje można wykonać jeśli u dziecka występuje zatrzymanie krążenia w rytmie defibrylacyjnym po podniesieniu temperatury powyżej 30°C.

W czasie prowadzenia resuscytacji tonących często dochodzi do regurgitacji która utrudnia utrzymanie drożności dróg oddechowych. Jeżeli dojdzie do regurgitacji należy obrócić poszkodowanego na bok i usunąć treść pokarmową. Przy podejrzenu urazu kręgosłupa należy obrócić dziecko na bok utrzymując głowę, szyję i tułów w jednej linii. Do wykonania takiego manewru konieczna jest obecność kilku osób [2,4,8,9].

Napady drgawkowe

Napady drgawkowe są wynikiem napadowych, nieprawidłowych wyładowań neuronów w obrębie mózgu, które powodują nagłe zmiany funkcji ruchowych, czuciowych lub psychicznych. Drgawki może wywołać wiele przyczyn, do najczęstszych należą: przewlekłe schorzenie neurologiczne jakim jest padaczka, wysoka gorączka, zatrucia, hipoglikemia, zaburzenia elektrolitowe, urazy i guzy mózgu [2,10].

W postępowaniu z dzieckiem podczas napadu drgawkowego należy zachować spokój, usunąć niebezpieczne przedmioty które mogły by być przyczyną dodatkowego urazu, chronić

głowę przed urazem, zapewnić drożność dróg oddechowych. Nie wolno wkładać przedmiotów do jamy ustnej, ponieważ może spowodować to wymioty i złamanie zębów. Jeśli dziecko nie odzyskuje przytomności należy ułożyć je w pozycji bocznej ustalonej. Po napadzie nie wykonywać przy dziecku niepotrzebnych czynności, zapewnić spokój. Jeżeli przyczyną drgawek jest wysoka temperatura ciała należy ją obniżyć przez podanie leków przeciwgorączkowych, robienie letnich okładów. Nie wolno podawać nic do picia do chwili odzyskania pełnej przytomności, dlatego też leki przeciwgorączkowe powinny być podawane w formie czopka doodbytniczego. Gdy doszło do urazu głowy, dziecko nie odzyskuje świadomości, wystąpił kolejny napad, nie wolno pozostawić dziecka bez opieki do chwili przybycia pogotowia ratunkowego. W trakcie drgawek może dojść do uszkodzenia kręgosłupa, dlatego też należy pamiętać aby w chwili zwiększonego napięcia mięśniowego nie krępować dziecka, nie przywracać na siłę fizjologicznego ułożenia [2,10-14].

Zatrucie tlenkiem węgla

Tlenek węgla wchłania się przez drogi oddechowe, toksyczność wynika z dużego powinowactwa do hemoglobiny w erytrocytach. Z hemoglobiną tworząc karboksyhemoglobinę (hemoglobina tlenkowęglowa), która nie ma zdolności transportowania tlenu w organizmie. Dochodzi do niedotlenienia organizmu na poziomie komórkowym. Większą wrażliwość na toksyczne działanie gazu mają dzieci. Wysoka temperatura i duża wilgotność powietrza zwiększają toksyczne działanie gazu na młody organizm [5,10,11].

Objawy mogą być różnorodne i zależą od stężenia CO, często opóźniają rozpoznanie. Mogą to być: bóle głowy, nudności, wymioty, splątanie. Objawy lekkiego i przewlekłego zatrucia przypominają grypę, jednak nie występuje wtedy gorączka i powiększenia węzłów chłonnych. Zatrucie CO mogą sugerować objawy niespecyficzne, jeśli występują w zbliżonym czasie w grupie ludzi zamieszkujących jedno pomieszczenie. Do objawów w ciężkich przypadkach należą drgawki, zaburzenia świadomości, śpiączka. Dochodzi do zaburzeń rytmu serca, rozszerzenia źrenic, występuje bladość skóry lub sinica. Może wystąpić wiśniowe zabarwienie śluzówek lub skóry [2,5,10,11,15,16].

Pierwsza pomoc polega na jak najszybszej ewakuacji poszkodowanego dziecka z miejsca niebezpiecznego, zapewnienie dostępu świeżego powietrza, wezwania służb ratowniczych. Podstawą leczenia zatrucia CO jest dostarczenia do organizmu jak największej ilości tlenu i wyparcie cząstek CO z połączenia z hemoglobiną [2,5,10,11,16,17].

Oparzenia

Oparzenia to uraz termiczny, elektryczny lub chemiczny, który dotyczy powłok skóry, przewodu pokarmowego lub dróg oddechowych. Oparzenie może mieć skutek miejscowy lub

ogólnoustrojowy. Oparzenia u dzieci przebiegają znacznie ciężej ze względu na różnicę w powierzchni i grubości skóry.

Przed udzieleniem pierwszej pomocy należy ustalić czynnik który wywołał oparzenie, zapewnić bezpieczeństwo własne, dziecka i osób znajdujących się na miejscu zdarzenia. Do określenia oceny stanu dziecka ważne jest określenie głębokości, powierzchni i umiejscowienia oparzenia. Ważnym elementem wpływającym na postępowanie są również towarzyszące urazy [15,17-20].

Bezwzględne wskazania do hospitalizacji dziecka

- dziecko poniżej 2 roku życia;
- z oparzeniem ciężkim lub średnim;
- z oparzeniem lekkim ale okrężnie obejmujący obwód kończyny;
- z oparzeniem szczególnych tzw. wstrząsorodnych okolic ciała czyli np.: twarzy, szyi, dołów pachowych i podkolanowych, krocza, stóp i rąk;
- z oparzeniami elektrycznymi, chemicznymi, nieznanymi;
- z podejrzeniami o umyślnym oparzeniu dziecka lub przy braku właściwej opieki.

Postępowanie w przypadku oparzeń

- zapewnić bezpieczeństwo własne, dziecka i osób postronnych;
- ewakuować poszkodowane dziecko z miejsca zdarzenia jeśli jest niebezpieczne i jest taka możliwość;
- ugasić odzież, nie odrywać na siłę ubrania które przyległo do skóry, zdjąć biżuterię;
- schłodzić letnią wodą oparzone miejsce przez około 15 min., w przypadku małych dzieci nie dopuścić do wychłodzenia;
- na rany oparzeniowe nie nakładać maści, zasypek, itp.;
- nie wolno przekłuwać pęcherzy;
- oparzone miejsce zabezpieczyć jałowym opatrunkiem [9,12,15,17,21,22,23].

Cel pracy

1. Ocena poziomu wiedzy pielęgniarek na temat podstawowych czynności ratunkowych u dzieci.
2. Określenie zapotrzebowania na kształcenie w zakresie udzielenia pierwszej pomocy ze zwróceniem uwagi na zagadnienia którymi szczególnie są zainteresowani respondenci.

Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone wśród 100 pielęgniarek zatrudnionych w szpitalach, Pogotowiu Ratunkowym, Podstawowej Opiece Zdrowotnej, Hospicjum na terenie województwa podlaskiego.

Metodą badań był anonimowy wywiad przeprowadzony przy pomocy kwestionariusza ankiety własnego autorstwa. Pytania dotyczyły oceny wiedzy na temat udzielenia pierwszej pomocy oraz metryczki dotyczącej charakterystyki badanej grupy pod względem płci, wieku, wykształcenia, specjalizacji, stażu i miejsca pracy. Pytania z części zasadniczej dotyczyły uzyskania informacji na temat udzielenia pierwszej pomocy w sytuacji zadławienia, tonięcia, napadów drgawkowych, zatrucia tlenkiem węgla, oparzeń, zabezpieczenia złamań oraz opatrywania ran. Uwzględniono pytania związane z zagrożeniami które są ściśle związane z wykonywaniem podstawowych czynności ratunkowych.

Wyniki

Charakterystyka badanej grupy

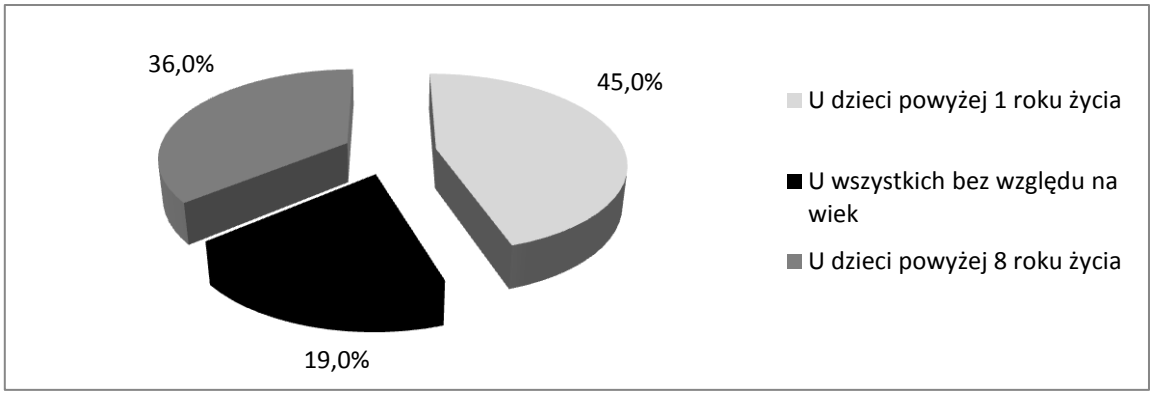
Badaniem ankietowym została objęta grupa 100 osób w tym 96 kobiet (96%) i 4 mężczyzn. Najliczniejszą grupę wśród osób badanych stanowią osoby w wieku 40-50 lat – 50 osób (50%), następnie w przedziale 30-40 lat 29 osób (29%), w przedziale 50-60 lat 14 osób (14%) i najmniej liczna grupa to osoby w wieku 20-30 lat – 7 osób (7%). Największa grupa badana – 67 osób (67%) posiada wykształcenie średnie, 22 osoby (22%) posiada wykształcenie wyższe licencjackie a najmniejszą grupa – 11 osób (11%) to osoby z wyższym wykształceniem magisterskim.

Większość ankietowanych pielęgniarek 66 osób (66%) posiada specjalizację: 24 osoby (24%) posiada specjalizację pediatryczną, 16 osób (16%) specjalizację chirurgiczną, 9 osób (9%) specjalizację anestezjologiczną, 5 osób (5%) specjalizację ratunkową, 12 osób (12%) specjalizację zachowawczą, 34 osoby (34%) nie posiada specjalizacji.

Respondenci ze względu na długość stażu pracy zostali zakwalifikowani do czterech grup, pierwsza grupa 0-9 lat – 13 osób (13%), druga grupa 10-19 lat – 27 osób (27%), trzecia grupa 20-29 lat – 49 osób (49%), czwarta grupa 30-40 lat – 11 osób (11%).

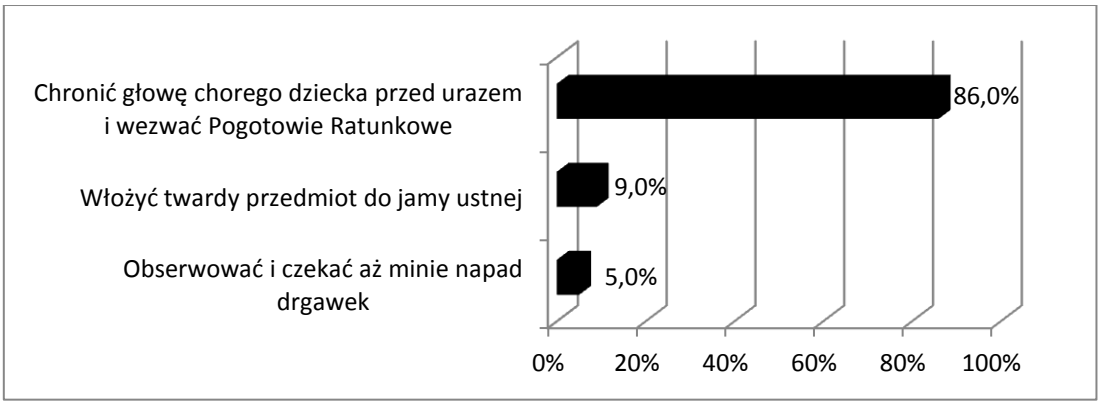
Analiza wybranych stanów zagrożenia życia

Z uwagi na możliwość uszkodzenia narządów jamy brzusznej nie wolno wykonywać uciśnięć nadbrzusza (manewru Heimlicha) u dzieci poniżej 1 roku życia. Prawidłowej odpowiedzi udzieliło 45 osób (45%). 19 osób (19%) uważa, że uciśnięcie nadbrzusza można wykonywać u wszystkich dzieci bez względu na wiek. 36 osób (36%) wykonałoby manewr Heimlicha dopiero u dzieci powyżej 8 roku (Rycina 1).



Rycina 1. Dozwolony wiek wykonania manewru uciśnięcia nadbrzusza podczas zadławienia

Będąc świadkiem napadu drgawek u dziecka należy chronić głowę przed urazem, odsunąć niebezpieczne przedmioty i wezwać Pogotowie Ratunkowe. Zdecydowana większość czyli 86 osób (86%) udzieliła poprawnej odpowiedzi na to pytanie, 9 osób (9%) uważa, że należy włożyć twardy przedmiot do jamy ustnej. Nie wolno nic wkładać do jamy ustnej, ponieważ może to spowodować wymioty, niedrożność dróg oddechowych i złamanie zębów. 5 osób (5%) pozostałoby obserwatorami do chwili aż minie napad drgawek (Rycina 2).

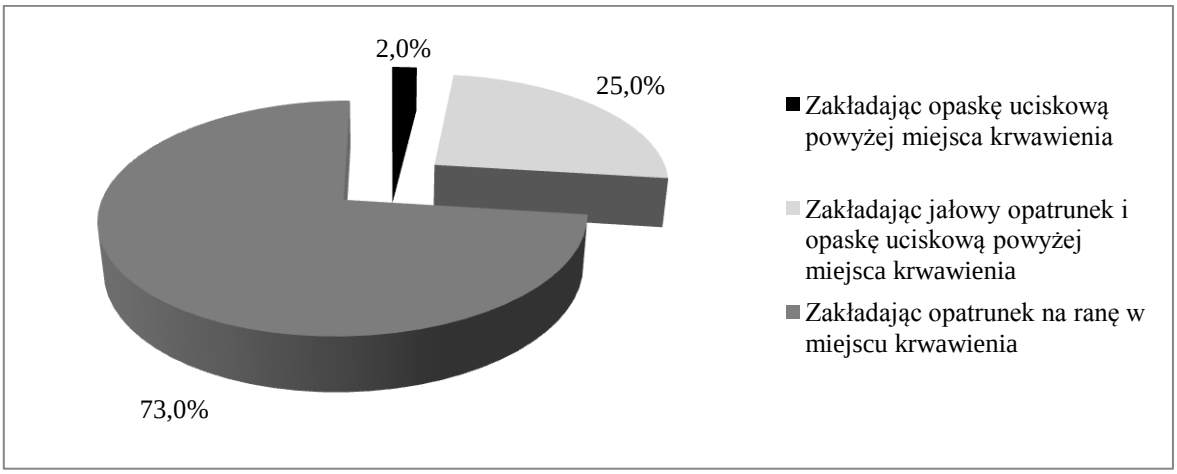


Rycina 2. Postępowanie w przypadku napadu drgawek

Złamaną kończynę należy zabezpieczyć unieruchamiając ją w zastanej pozycji, tylko 27 osób (27%) udzieliło prawidłowej odpowiedzi, 73 osoby (73%) unieruchomiłoby kończynę wraz z jednym sąsiadującym stawem, co jest odpowiedzią niepoprawną, gdyż unieruchamia się z dwoma sąsiadującymi stawami.

Najlepszą metodą zabezpieczenia krwawiącej rany jest założenie opatrunku w miejscu krwawienia – takiej odpowiedzi udzieliły 73 osoby (73%). 25 osób (25%) uważa, że należy założyć jałowy opatrunek i opaskę uciskową powyżej miejsca krwawienia, 2 osoby (2%) założyłoby opaskę uciskową powyżej miejsca krwawienia. Zakładanie opaski uciskowej

wskazane jest tylko w wyjątkowych sytuacjach, gdyż może doprowadzić do nieodwracalnych uszkodzeń naczyń i nerwów. Sytuacje dozwolone to: rana o rozległej powierzchni, otwarte silne krwawiące złamanie kości, urazowa amputacja kończyn (Rycina 3).



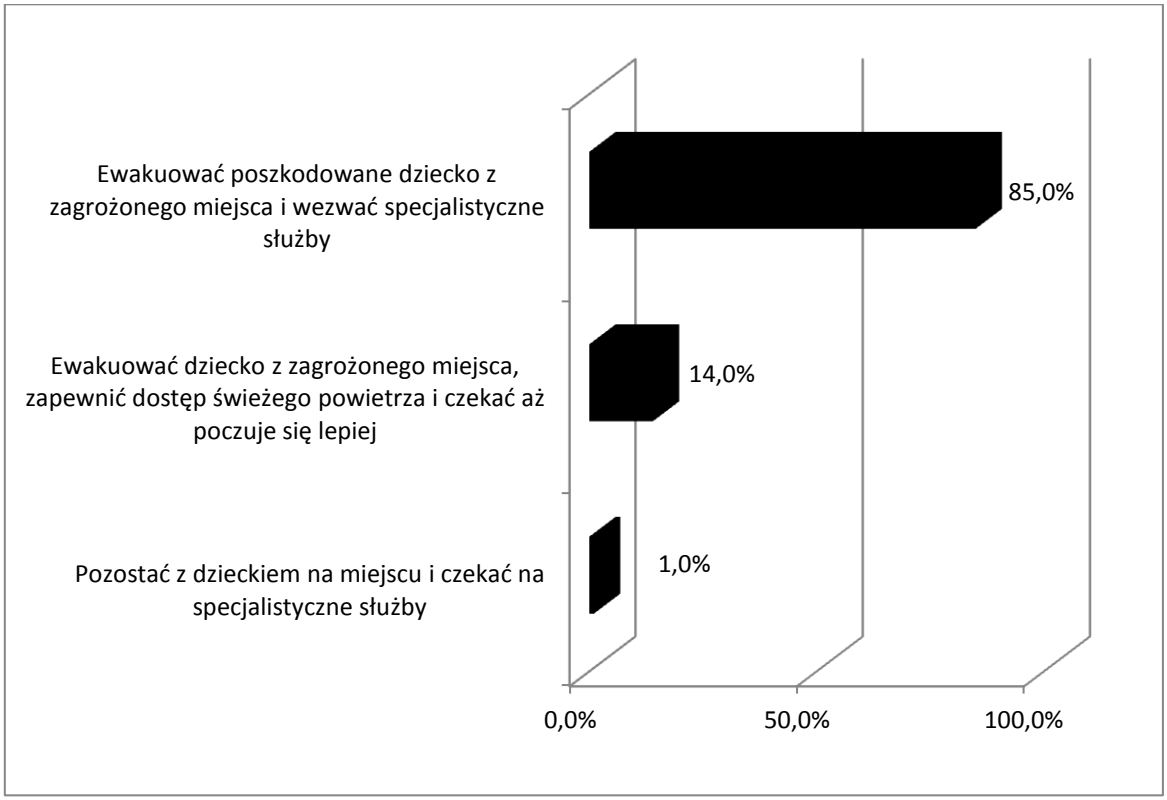
Rycina 3. Sposoby zabezpieczenia krwawiącej rany.

Prawidłowym postępowaniem w przypadku oparzenia gorącą wodą jest schłodzenie oparzonego miejsca letnią wodą przez około 15 minut a następnie należy zabezpieczyć oparzone miejsce jałowym opatrunkiem. 98 osób (98%) wie jak prawidłowo udzielić pierwszej pomocy. Tylko 2 osoby (2%) posmarowałoby oparzone miejsce maścią. Nie wolno niczym smarować oparzonego miejsca, gdyż jest to przyczyną zakażeń i wydłuża czas gojenia się.

Zdecydowana większość – 85 osób (85%) postąpiłoby prawidłowo udzielając pierwszej pomocy dziecku z podejrzeniem zatrucia tlenkiem węgla. Ważną czynnością jest ewakuacja z miejsca zagrożonego aby dziecko i osoba ratująca nie była narażona na dalsze działanie czynnika szkodliwego, jak również zapewnienie dostępu świeżego powietrza. Zawsze należy wezwać służby ratownicze pamiętając, że tlenek węgla daje często nietypowe i różnorodne objawy zatrucia, które mogą opóźnić rozpoznanie i leczenie. 14 osób (14%) przeprowadziłoby ewakuację z miejsca zdarzenia, zapewniłoby dostęp świeżego powietrza, czekając aż poczuje się lepiej. Pozostanie z dzieckiem na miejscu i czekanie na specjalistyczne służby naraża dziecko i ratownika na niebezpieczne działanie tlenku węgla, tak postąpiłaby 1 osoba (1%) (Rycina 4).

Prawidłowej odpowiedzi udzieliły tylko 23 osoby (23%), po wyciągnięciu z wody udrażniamy drogi oddechowe i wykonujemy 5 oddechów ratowniczych, aż 47 osób (47%) prawie ½ badanych uważa, że należy oczyścić drogi oddechowe z zaaspirowanej wody. Nie

należy tego robić gdyż większość tonących aspiruje niewielką ilość wody która szybko wchłania się do krążenia. 30 osób (30%) po wyciągnięciu z wody wezwałoby pogotowie ratunkowe a potem wykonałoby 5 oddechów ratowniczych. Należy pamiętać, że w przypadku dzieci i osób które mają NZK z powodu tonięcia wzywamy pogotowie ratunkowe zawsze po 1 minucie BLS.



Rycina 4. Tryb postępowania w przypadku zatrucia dziecka tlenkiem węgla

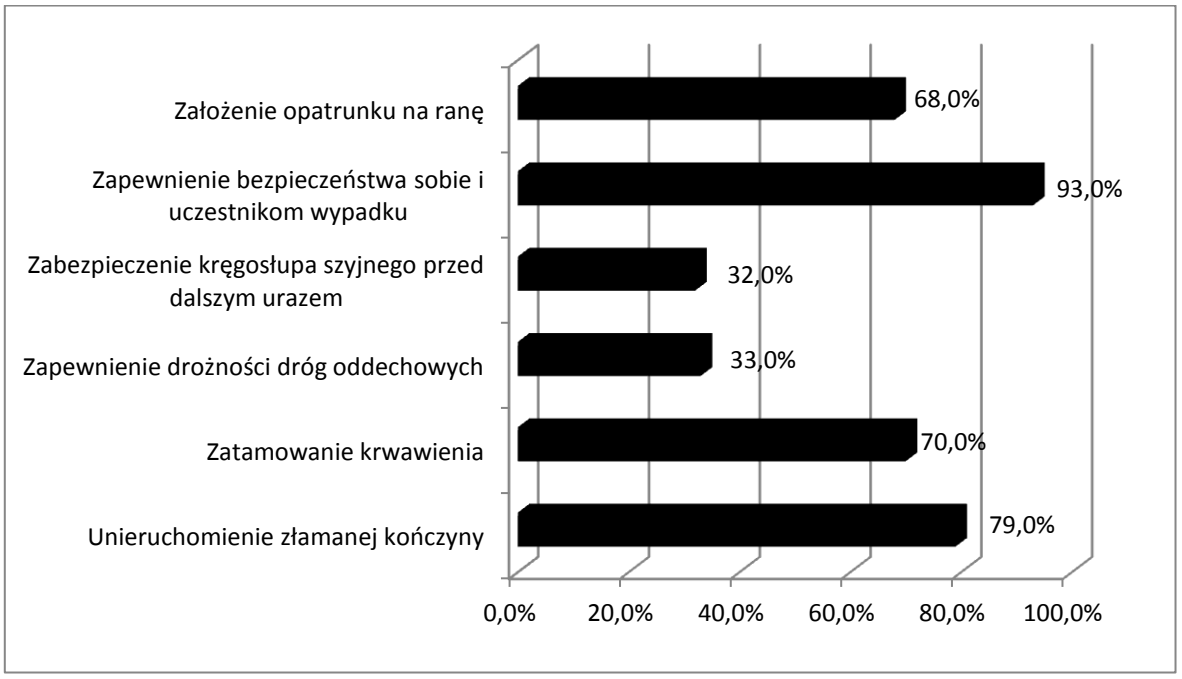
Analiza postępowania na miejscu wypadku

Czynności należało uszeregować w sposób następujący:

1. Zapewnienie bezpieczeństwa sobie i uczestnikom wypadku – prawidłowo wybrało tą odpowiedź jako 1 czynność 93 osoby (93%),
2. Zabezpieczenie kręgosłupa szyjnego przed dalszym urazem – prawidłowo wybrało tą odpowiedź jako 2 czynność 32 osoby (32%),
3. Zapewnienie drożności dróg oddechowych – prawidłowo wybrało tą odpowiedź jako 3 czynność 33 osoby (33%),
4. Zatamowanie krwawienia – prawidłowo wybrało tą odpowiedź jako 4 czynność 70 osób (70%),

5. Założenie opatrunku na ranę – prawidłowo wybrało tą odpowiedź jako 5 czynność 68 osób (68%),
6. Unieruchomienie złamanej kończyny – prawidłowo wybrało tą odpowiedź jako 6 czynność 79 osób (79%),

Tylko 20 respondentów (20%) potrafiło bezbłędnie uszeregować wykonywane czynności według hierarchii ważności (Rycina 5).



Rycina 5. Uszeregowanie czynności w przypadku nieprzytomnego dziecka z ciężkim urazem doznanym w trakcie wypadku samochodowego

Skuteczność pierwszej pomocy w miejscu wypadku komunikacyjnego zależy od postępowania świadków zdarzenia. W pierwszej kolejności należy zabezpieczyć miejsce zdarzenia. Podstawowe czynności to rozstawienie trójkąta ostrzegawczego, włączenie świateł awaryjnych i wyłączenia silnika w samochodzie który uczestniczył w zdarzeniu. 61 osób (61%) uważa, że należy ustawić trójkąt ostrzegawczy, 12 osób (12%) uważa, że należy wezwać służby ratownicze, 23 osoby (23%) uważa, że należy wyłączyć silnik, 4 osoby uważają, że należy włączyć światła awaryjne.

Najważniejszym sposobem zapobiegającym zakażeniom podczas udzielania pierwszej pomocy jest unikanie kontaktów z materiałem zakaźnym poprzez stosowanie rękawiczek ochronnych, maseczek do wykonywania wentylacji oraz okularów ochronnych. Największa liczba respondentów 65 osób (65%) użyje rękawiczek ochronnych, 17 osób (17%) użyje

maseczek do sztucznego oddychania, 5 osób (5%) użyje okulary ochronne, 13 osób (13%) użyje chusteczek higienicznych, które w żaden sposób nie zabezpieczą przed krwią i wydzielinami jak również nie zapewnią prawidłowej wentylacji (Rycina 5).

Analiza samooceny dotyczącej wiedzy respondenta na temat udzielania pierwszej pomocy

82 osoby (82%) uczestniczyło w kursach i szkoleniach z zakresu pierwszej pomocy. 18 osób (18%) nigdy nie uczestniczyło w żadnych szkoleniach. Standardy postępowania zmieniają się co 5 lat. Osoby z wykształceniem medycznym mają obowiązek uaktualniania swojej wiedzy.

Wszystkie osoby badane wyrażają chęć poszerzenia swoich wiadomości na temat udzielania pierwszej pomocy. Większość ankietowanych 60 osób (60%) wyrażą chęć uczestnictwa w ćwiczeniach praktycznych, 28 osób (28%) jest zainteresowana szkoleniem z zakresu resuscytacji krążeniowo – oddechowej, 12 osób (12%) chciałaby odbyć szkolenia z zasad postępowania w wypadkach komunikacyjnych.

Poziom wiedzy z zakresu pierwszej pomocy respondenci najczęściej oceniają jako średni lub dobry. Średni poziom wiedzy deklaruje 51 osób (51%) a dobry 37 osób (37%). Poziom wiedzy wysoki i niski deklaruje najmniejsza grupa badanych. Poziom wiedzy wysokiej to tylko 5 osób (5%) a niski 7 osób (7%).

Dyskusja

Manewr Heimlicha można bezpiecznie wykonywać u dzieci powyżej 1-go roku życia, u niemowląt jest duże ryzyko uszkodzenia narządów jamy brzusznej. Prawidłową odpowiedź znało tylko 45 osób. Pozostałe 55 osób czyli ponad połowa respondentów nie wykazało wiedzy na temat tego manewru, 19 osób uważa, że uciśnięcie nadbrzusza można wykonywać u wszystkich dzieci bez względu na wiek. 36 osób wykonałoby manewr Heimlicha dopiero u dzieci powyżej 8 roku życia.

Będąc świadkiem napadu drgawek należy ochronić głowę dziecka przed urazem – 86 osób (86%) postąpiłoby prawidłowo będąc świadkiem zdarzenia co daje wynik zadowalający. Natomiast w badaniach przeprowadzonych przez Paciorka wykazano gorsze wyniki, ponieważ 23% żołnierzy, 39% policjantów, 40% strażaków postąpiłoby prawidłowo z poszkodowanym w trakcie napadu drgawek [24].

Złamaną kończynę należy zabezpieczyć unieruchamiając ją w zastanej pozycji, niestety tylko 27 osób (27%) z badanej grupy udzieliło prawidłowej odpowiedzi, 73 osoby (73%) unieruchomiłoby kończynę wraz z jednym sąsiadującym stawem, co jest odpowiedzią niepoprawną, gdyż unieruchamia się z dwoma sąsiadującymi stawami.

Zakładanie opaski uciskowej wskazane jest tylko w wyjątkowych sytuacjach, gdyż może doprowadzić do nieodwracalnych uszkodzeń naczyń i nerwów. Sytuacje dozwolone to: rana o rozległej powierzchni, otwarte silne krwawiące złamanie kości, urazowa amputacja kończyn W przeprowadzonym badaniu 25 osób uważało, że należy założyć jałowy opatrunek i opaskę uciskową powyżej miejsca krwawienia, tylko 2 osoby (2%) założyłoby opaskę uciskową poniżej miejsca krwawienia. Według ankietowanych najlepszą metodą zabezpieczenia krwawiącej rany jest założenie opatrunku w miejscu krwawienia – takiej odpowiedzi udzieliło najwięcej osób (73 osoby).

Najlepszy wynik bo aż 75,3% respondentów wiedziało jak prawidłowo zabezpieczyć krwawiącą ranę w badaniach przeprowadzonych przez Pawła Malika [25]. Mniejszy wynik bo 62 % prawidłowych odpowiedzi uzyskała w swych badaniach Katarzyna Baszeń [26]. Natomiast w badaniach Ewy Chemperek tylko 15,2% potrafi prawidłowo zabezpieczyć krwawiącą ranę [27].

Zadawalający jest wynik znajomości sposobu postępowania w przypadku zatrucia tlenkiem węgla, prawidłowo odpowiedziało 85 osób (85%) ankietowanych w badaniach własnych.

Znaczna część ankietowanych będąc świadkiem wypadku komunikacyjnego uważa ze najważniejsze zapewnienie bezpieczeństwa sobie i uczestnikom wypadku – prawidłowo wybrało tą odpowiedź jako 1 czynność 93 osoby (93%), ale tylko 20 respondentów (20%) potrafiło bezbłędnie uszeregować wykonywane czynności według hierarchii ważności.

Większość respondentów 76 osób (76%) udzielało pierwszej pomocy poza miejscem pracy.

Środki ochrony osobistej należy stosować podczas udzielania pierwszej pomocy. Zdecydowana większość ankietowanych potrafi prawidłowo wymienić środki ochrony osobistej. Najczęściej wymieniane środki ochrony osobistej to: maska, rękawice.

Standardy postępowania zmieniają się co 5 lat. Osoby z wykształceniem medycznym mają obowiązek stałego uaktualniania swojej wiedzy. Szkolenia z zakresu pierwszej pomocy powinny być systematycznie powtarzane [28]. 82 osoby (82%) uczestniczyło w kursach i szkoleniach z zakresu pierwszej pomocy. 18 osób (18%) nigdy nie uczestniczyło w żadnych szkoleniach.

Wnioski

Po dokonaniu analizy badań wysunięto następujące wnioski:

1. Znajomość postępowania w wybranych stanach zagrożenia życia jest zróżnicowana. Dobry poziom wiedzy wykazano na temat postępowania w przypadku napadu

drgawek, krwawiącej rany, oparzenia, zatrucia tlenkiem węgla, zabezpieczenia miejsca wypadku samochodowego.

2. Niezadawalający jest poziom wiedzy na temat na temat zabezpieczenia złamanej kończyny, tonięcia.
3. Tylko co piąty respondent potrafi uszeregować czynności według hierarchii ważności podczas udzielania pierwszej pomocy nieprzytomnemu dziecku, które doznało ciężkiego urazu podczas wypadku samochodowego.
4. Respondenci wykazują szerokie zainteresowanie uczestnictwem w kursach pierwszej pomocy. Zagadnienia na które szczególnie chcą zwrócić uwagę to: postępowanie podczas wypadku komunikacyjnego, RKO dorosłych i dzieci, ćwiczenia praktyczne.

Piśmiennictwo

1. Jankowski A.: Biblia. Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu. Palladium Warszawa, 1980.
2. Jurczyk W., Łakomy A..: Pierwsza pomoc w stanach zagrożenia życia Postępowanie przed medyczne z wykorzystaniem zewnętrznego defibrylatora automatycznego. FHU Grzegorz Słomczyński, Kraków, 2010.
3. Andres J.: Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne u dzieci. Polska Rada Resuscytacji, Kraków, 2005.
4. Andres J.: Wytyczne 2005 resuscytacji krążeniowo oddechowej. Polska Rada Resuscytacji, Kraków, 2005.
5. Jakubaszko J.: Ratownik Medyczny, Górnicki, Wrocław, 2003.
6. Andres J.: Pierwsza pomoc i resuscytacja krążeniowo- oddechowa, Polska Rada Resuscytacji, Kraków, 2006.
7. Jakubaszko J.: Resuscytacja krążeniowo - oddechowa w świetle zaleceń międzynarodowych. Biblioteka Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej, Wrocław, 2006.
8. Jakubaszko J.: ABC Resuscytacji, wydanie drugie, Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław, 2004.
9. Compebella J.E.: Basic Trauma Life Support dla para medyków i ratowników medycznych, Med. Prakt., Kraków, 2006.
10. Jakubaszko J.: Medycyna ratunkowa wieku dziecięcego, Wydanie I polskie. Wyd. Medyczne Urban & Partner, Wrocław, 2003.

11. Zawadzki A.: Medycyna ratunkowa i katastrof. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2008.
12. Gaszyński W.: Intensywna terapia i wybrane zagadnienia medycyny ratunkowej, Repetytorium. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2010.
13. Jóźwiak S., Gołębiewska M.: Wybrane zagadnienia neurologii dziecięcej [w:] Pediatria, Dobrzańska A., Ryżko J. (red.), Wyd. Medyczne Urban & Partner, Wrocław, 2006.
14. Kozubski W., Łukasik M., Michalak S.: Stany nagłe w neurologii. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2007.
15. Peter S, Rainer S.: Postępowanie w nagłych wypadkach, Wyd. Medyczne Urban & Partner, Wrocław, 2002.
16. Ball Ch., Philips R.: Medycyna stanów nagłych, Wyd. Wig Press, Warszawa, 2002.
17. Brongela L., Dudy K.: Mnogie i wielonarządowe obrażenia ciała, Wyd. Lekarskie PZWL, 2001.
18. Ciećkiewicz J.: Oparzenia termiczne. Medycyna Praktyczna, 2008, 136.
19. Strużyna J.: Oparzenia w katastrofach i masowych zdarzeniach. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2004.
20. Walewska E.: Podstawy Pielęgniarstwa Chirurgicznego. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2006.
21. Jakubaszko J. Nagłe zagrożenie zdrowotne u dzieci. Postępowanie Ratunkowe, Wydanie I Polskie, MedPharm Polska, 2010.
22. Jakubaszko J.: Podręczny atlas zabiegów ratunkowych u dzieci. Wydanie I Polskie. Wyd. Medyczne Urban & Partner, Wrocław, 2003.
23. Campbell J. E.: International Trauma Life Support, Ratownictwo przedszpitalne w urazach. Wydanie polskie, Wyd. Medycyna Praktyczna, Kraków 2009.
24. Paciorek P.: Analiza poziomu wiedzy z zakresu udzielania pierwszej pomocy wśród służb mundurowych. Na Ratunek, 2007, 1, 59-61.
25. Malik P., Krawczyk W., Dziduszko M.: Ocena porównawcza efektywności nauczania studentów różnych kierunków medycznych w zakresie udzielania pierwszej pomocy. Zdr. Publ., 2006, 116, 435-459.
26. Baszeń K., Jankowiak B., Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C.: Poziom wiedzy i umiejętności pielęgniarek z zakresu udzielania pierwszej pomocy. Pielęg. XXI w., , 2004, 3, 83-87.

27. Chemperek E., Goniewicz M., Włoszczak-Szubzda A. i wsp.: Poziom wiedzy uczniów szkół ponadgimnazjalnych i studentów w zakresie pierwszej pomocy, MONZ, 2011, 17, 174-179.
28. Soar J., Monsieurs K. G., Ballance J.H.W.: Zasady nauczania resuscytacji [w:] Wytyczne resuscytacji 2010. Andres J. (red.)., Polska Rada Resuscytacji, Kraków 2010, 266-280.

Kondzior Dorota Joanna[1], Gidaszewska Teresa[2], Rolka Hanna Joanna[1,3], Jankowiak Barbara[1,3], Klimaszewska Krystyna[1,3], Kowalewska Beata[1,3], Krajewska-Kułak Elżbieta[1]

Wiedza uczestników kursów z zakresu pierwszej pomocy na temat czynności resuscytacyjnych u dzieci

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej UMB
2. Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Białymstoku
3. Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

Wstęp

Postępowanie z dzieckiem w stanach zagrożenia zdrowia i życia wymaga od osób bez wykształcenia medycznego szczególnych umiejętności i podstawowej wiedzy z zakresu udzielania pierwszej pomocy. Zachowanie spokoju, nawiązanie i utrzymanie kontaktu z dzieckiem wymaga od świadka zdarzenia niezwykłego wyczucia i delikatności [1,2,3].

U dzieci zatrzymanie oddychania i krążenia jest odbiciem wyczerpania się możliwości organizmu na wskutek ciężkiego urazu lub choroby. U dorosłych nagłe zatrzymanie krążenia jest w większości przypadków następstwem zaburzeń rytmu serca [2,3].

Rozpoczęcie resuscytacji u dziecka z zatrzymanym oddechem i zachowanym krążeniem daje szanse przeżycia w granicach 50-70%. Natomiast rozpoczęcie czynności resuscytacyjnych z zatrzymaniem układu krążenia i oddychania w mechanizmie asystolii daje poniżej 5% szans na przeżycie bez ubytków neurologicznych [2,3,4,5].

Wytyczne Europejskiej Rady Resuscytacji z 2010 roku oparte są na najnowszych badaniach dotyczących zabiegów resuscytacyjnych u dzieci. Wytyczne dotyczące postępowania z dziećmi w stanach zagrożenia życia cechują się prostotą i łatwością zastosowania praktycznego aby ułatwić wykorzystanie ich przez osoby które są świadkami stanów nagłych u dzieci.

Znajomość teoretyczna i praktyczna umiejętności prowadzenia resuscytacji przez wszystkich obywateli jest niezwykle ważna, ponieważ gdy są świadkami nagłego zatrzymania krążenia są obowiązani do udzielenia pierwszej pomocy ze względu na odpowiedzialność prawną i etyczną [2,3,4].

Definicja wieku dziecka

Wiek dziecka jest często trudny do określenia dlatego też w stanach zagrożenia życia rozpoznawanie dokładnego wieku dziecka nie może opóźnić rozpoczęcia czynności ratujących życie.

Europejska Rada Resuscytacji po raz pierwszy w 2005 roku przedstawiła uproszczony podział wiekowy. Z wytycznych z 2010 roku wynika, że wcześniejszy podział wiekowy nadal jest obowiązujący.

Przedstawia się następująco:

- świeżorodek – to dziecko zaraz po urodzeniu,
- noworodek – to dziecko do czwartego tygodnia życia,
- niemowlę – to dziecko do pierwszego roku życia,
- dziecko – od pierwszego roku życia do początku okresu pokwitania,
- nastolatki – od okresu pokwitania (używany algorytm dla dorosłych).

Fizjologicznym końcem dzieciństwa jest początek pokwitania, jest górną granicą wieku poniżej której stosuje się wytyczne pediatryczne. Jeżeli osoba podejmująca czynności ratunkowe błędnie rozpozna wiek i poszkodowany będzie młodym dorosłym, ryzyko szkody będzie niewielkie, ponieważ pediatryczne przyczyny zatrzymania krążenia utrzymują się do okresu dojrzałości [2,6,7,8].

Podstawowe zabiegi resuscytacyjne u dzieci (PBLS)

PBLS (*Paediatric Basic Life Support*) – podstawowe zabiegi resuscytacyjne u dzieci to czynności, które pozwalają na szybkie rozpoznanie stanu zagrożenia życia, przywrócenie i utrzymanie drożności dróg oddechowych, przywrócenie i utrzymanie funkcji układu krążenia i układu oddechowego [2-6].

Schemat postępowania:

- ocena sytuacji,
- ocena reakcji poszkodowanego dziecka,
- drożność dróg oddechowych,
- ocena obecności prawidłowego oddechu,
- oddechy ratownicze,
- ocena obecności krążenia,
- pośredni masaż serca.

Pośredni masaż serca to seryjne rytmiczne uciskanie w odpowiednim miejscu przedniej ściany klatki piersiowej, które przyczynia się do przepływu krwi do narządów

bardzo ważnych życiowo, aby zachować ich funkcję do momentu powrotu spontanicznego krążenia.

Przed rozpoczęciem uciskania klatki piersiowej dziecko należy ułożyć na plecach na płaskiej, twardej powierzchni [2,8,9,10].

Technika wykonania pośredniego masażu serca:

- wyznaczenie miejsca ucisku klatki piersiowej – należy wyznaczyć miejsce ucisku w dolnej połowie mostka. U dzieci należy unikać uciśnięć nadbrzusza, dlatego też należy zlokalizować wyrostek mieczykowaty. Wyrostek mieczykowaty jest to miejsce gdzie schodzą się ze sobą łuki żebrowe. Powyżej tego punktu o szerokość jednego palca należy przyłożyć dłoń.
- ułożenie rąk do pośredniego masażu – wybór techniki do pośredniego masażu serca zależy od preferencji ratownika. Jeżeli poszkodowane dziecko jest dość duże a ratownik drobnej budowy ciała, jakość uciśnięć klatki piersiowej będzie bardziej efektowna przy użyciu techniki dwóch rąk:

  - Technika jednej ręki – nasadę ręki prawej należy umieścić w wyznaczonym wcześniej miejscu. Palce nie mogą dotykać żeber aby zapewnić ucisk mostka tylko przez nasadę ręki [2,4,9,10,11].
  - Technika dwóch rąk – nadgarstek ręki prawej należy umieścić w wyznaczonym wcześniej miejscu a następnie ułożyć na nim nadgarstek ręki lewej (Rycina 8).

- wykonanie pośredniego masażu serca – ramiona ratownika powinny się znaleźć nad klatką piersiową, ręce lub ręka wyprostowana w stawach łokciowych, siła ucisku powinna spowodować obniżenie mostka na 1/3 wymiaru przednio – tylnego klatki piersiowej. Należy zwrócić uwagę aby czas poświęcony na uciski i dekompresje klatki piersiowej był taki sam. Częstość ucisku klatki piersiowej powinna wynosić co najmniej 100 na minutę ale nie należy przekraczać 120.
- stosunek ucisku do wentylacji – osoba działająca w pojedynkę lub osoba bez wykształcenia medycznego wykonuje sekwencję - 30 uciśnięć mostka a następnie 2 oddechy ratownicze (30:2). Dwie osoby z obowiązkiem udzielenia pomocy powinni stosować sekwencję 15 uciśnięć mostka a następnie 2 oddechy ratownicze (15:2). W przypadku gdy osoba z wykształceniem medycznym pozostaje sama dopuszcza się wykonywanie w sekwencji - 30 uciśnięć mostka a następnie 2 oddechy ratownicze (30:2) [2,4,9,10].

Aktywacja systemu ratownictwa medycznego

W przypadku gdy na miejscu zdarzenia jest jedna osoba, należy prowadzić RKO (*Resuscytacja krążeniowo-oddechowa*) przez 1 minutę. Sprawdzić oznaki życia i jeżeli nikt nie wezwał zespołu ratownictwa medycznego należy zadzwonić pod numer 112 lub 999 lub udać się po pomoc.

Jeżeli osoba udzielająca pomocy jest sama i możliwe jest przeniesienie dziecka do miejsca wezwania pomocy, należy to zrobić aby zminimalizować przerwy w prowadzeniu RKO. Jeżeli dziecko jest duże lub są przeciwwskazania aby je przenosić należy prowadzić RKO przez 1 minutę, następnie udać się po pomoc a po powrocie ponownie podjąć RKO.

Gdy na miejscu zdarzenia znajduje się dwóch lub więcej ratowników, jedna osoba rozpoczyna RKO a druga idzie po pomoc lub dzwoni na numery alarmowe.

Wyjątkiem kiedy nie należy prowadzić RKO przez 1 minutę przed udaniem się po pomoc jest gdy dziecko straci nagle przytomność w obecności ratownika. Świadczy to, że przyczyną są zaburzenia rytmu, które wymagają szybkiej defibrylacji [2,4,9,10,11,12].

Pozycja bezpieczna

Dziecko nieprzytomne z drożnymi drogami oddechowymi z zachowanym prawidłowym, spontanicznym oddechem i z zachowaną prawidłową funkcją układu krążenia należy ułożyć na boku w pozycji bezpiecznej. Przeciwwskazanie do ułożenia w pozycji bezpiecznej to nie spełnione powyższe kryteria lub podejrzenie urazu kręgosłupa. Ułożenie w pozycji bezpiecznej zapobiega niedrożności dróg oddechowych wywołanych przez cofanie się języka do gardła, zmniejsza ryzyko aspiracji płynów takich jak wymiociny, ślina, wydzieliny do górnych dróg oddechowych [2,4,5,12,13].

Europejska Rada Resuscytacji zaleca wykonanie pozycji bezpiecznej w następujący sposób:

- uklęknąć przy dziecku, wyprostować nogi dziecka,
- zdjąć ozdoby do włosów, okulary, przedmioty z kieszeni, poluźnić ubranie dziecka,
- bliższą rękę dziecka zgiąć w stawie łokciowym i barkowym, dłoń powinna być skierowana do góry,
- dalszą rękę położyć w poprzek ciała dziecka, przedramię przy bliższym policzku,
- drugą ręką zgiąć nogę dalszą dziecka w stawie kolanowym i biodrowym,
- przytrzymując rączkę dziecka przy jego policzku, delikatnie pociągnąć za zgięte kolano nogi dalszej a następnie należy obrócić dziecko w swoim kierunku,
- w celu zapewnienia drożności dróg oddechowych należy delikatnie odgiąć głowę dziecka do tyłu,

- należy sprawdzić czy rączka ułożona naprzeciw policzka nie powoduje ucisku na twarz [2,4,5,12,13].

AED (Automatyczny Defibrylator Zewnętrzny - Automated External Defibrillator)

Automatyczny defibrylator zewnętrzny AED. AED – to urządzenie specjalistyczne, skomputeryzowane, które wyzwala impuls elektryczny. Impuls elektryczny powoduje przerwanie migotania komór i częstoskurczu bez tętna i w ten sposób przywraca prawidłową pracę mięśnia sercowego. Defibrylacja stała się znaną metodą przywracania prawidłowej pracy serca w 1947 roku. Pojęcie AED wprowadziła Europejska Rada Resuscytacji w 1998 roku. W 2005 roku zostały opublikowane wytyczne ERC (*European Resuscitation Council*) z uwzględnieniem wczesnej defibrylacji jako jednego z czterech najważniejszych ogniw łańcucha przeżycia. Gdy przyczyną NZK (nagłe zatrzymanie krążenia) jest VF (Migotanie lub trzepotanie komór) każda minuta bez defibrylacji zmniejsza przeżycie o około 10-12% co minutę [14-19].

Standardowe AED – jest bezpieczne w użyciu dla dzieci które ukończyły 8 rok życia. U dzieci między pierwszym a ósmym rokiem życia jeżeli są dostępne należy użyć elektrod dziecięcych razem z przystawką która zmniejsza energię podczas wyładowania.

Jeśli urządzenie pediatryczne nie jest dostępne, należy użyć AED standardowego. ERC nie zaleca użycia standardowego AED u dzieci poniżej 1 roku życia, jednak w przypadku niemowląt gdy dojdzie do NZK w rytmach do defibrylacji należy rozważyć jego użycie [4,12,16,17].

Zostały wprowadzone programy powszechnego dostępu do defibrylacji (PAD - Programu Powszechnego Dostępu do Defibrylacji). Umieszczone są automatyczne defibrylatory w miejscach w których doszło do NZK. W przeciągu dwóch lat AED dostępne jest w dużych skupiskach takich jak: centra sportowe i handlowe, kina, lotniska, itp. [18].

Przed użyciem AED należy:

- osuszyć klatkę piersiową, ponieważ stwarza to wystąpienie ryzyka porażenia prądem,
- usunąć plastry z lekami,
- zdjąć biżuterię,
- elektrody należy umieścić na odsłoniętej klatce piersiowej w pozycji przednio-bocznej, jedną elektrodę należy przykleić poniżej prawego obojczyka a drugą pod pachą lewą. Jeżeli elektrody są zbyt duże należy jedną umieścić na plecach pod łopatką a drugą z przodu klatki piersiowej po stronie lewej – ten sposób przyklejenia

elektrod określa się jako pozycję przednio-tylną, która to zapobiega powstanie między elektrodami łuku elektrycznego.

Kolejność postępowania przy użyciu AED:

1) Zapewnienie bezpieczeństwa sobie i poszkodowanemu i świadkom zdarzenia,
2) Ocean stanu dziecka – rozpoczęcie RKO:

- pojedynczy ratownik głośno wzywa pomoc, wykonuje 1 minutę RKO, a następnie dostarcza AED,
- dwóch ratowników – jeden pozostaje na miejscu i wykonuje RKO, drugi dostarcza RKO.

3) Gdy AED jest dostarczone:

- należy włączyć AED, przykleić elektrody,
- gdy jest dwóch ratowników RKO należy kontynuować do chwili podłączenia elektrod,
- polecenia wykonywać zgodnie z zaleceniami wizualnymi lub głosowymi,
- w czasie analizy rytmu serca przez AED nikt nie powinien dotykać dziecka.

4) Gdy wyładowanie jest wskazane:

- sprawdzić czy nikt nie dotyka dziecka,
- nacisnąć przycisk w AED zgodnie z zaleceniami,
- po wyładowaniu – dalsza kontynuacja RKO.

5) Gdy wyładowanie nie jest wskazane:

- natychmiast rozpocząć RKO – kontynuować dalsze postępowanie zgodnie z zaleceniami AED do chwili gdy:
- przybędą służby ratownicze,
- poszkodowane dziecko zacznie reagować i prawidłowo oddychać,
- ulegną wyczerpaniu siły ratownika [2,4,12,14,15,17,18,20].

Cel pracy

1. Ocena wiedzy uczestników kursów z zakresu pierwszej pomocy na temat podstawowych czynności ratunkowych u dzieci.
2. Określenie oczekiwań w zakresie wiedzy i umiejętności wynikające z udziału w kursie z zakresu pierwszej pomocy.
3. Motywy do wzięcia udziału w kursie z zakresu pierwszej pomocy.

Materiał i metody badawcze

Badania zostały przeprowadzono na grupie 112 uczestników kursów w zakresie pierwszej pomocy w Podlaskim Centrum Edukacji Medycyny Ratunkowej.

Metodą badań był anonimowy wywiad przeprowadzony przy pomocy kwestionariusza ankiety własnego autorstwa.

Po zebraniu materiału badawczego dokonano analizy, ilościowej i jakościowej a otrzymane wyniki przedstawiono za pomocą rycin i tabel.

Wyniki

Charakterystyka grupy badawczej

Grupę badaną stanowiło 112 osób, w tym 49 kobiet (43, 75%) i 63 mężczyzn (56,25%). Najwięcej ankietowanych osób było w wieku pomiędzy 21 a 40 rokiem życia (56, 25%), a następnie pomiędzy 41 a 60 rokiem życia (31,25%). Wśród przebadanych respondentów najliczniejsza grupę stanowiły osoby ze średnim wykształceniem, bo aż 55 osób, co stanowi 49,11%. Następną grupą, co do wielkości były osoby z wyższym wykształceniem – 38 osób (33,93%). Z wykształceniem zawodowym było 19 ankietowanych i stanowili oni 16,96%.

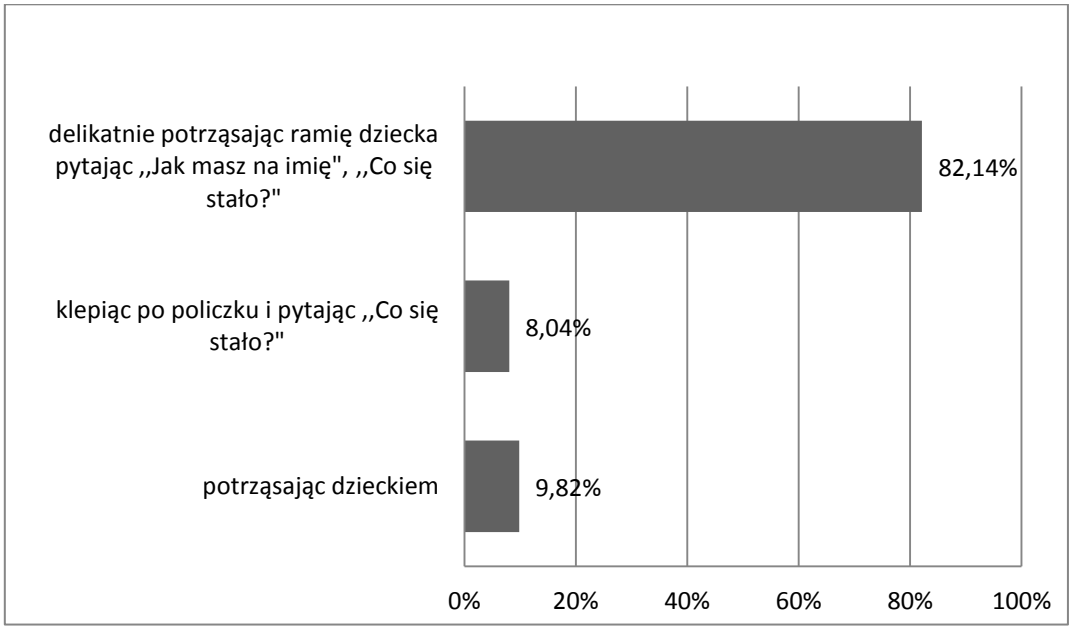
W przeważającej większości (92, 86%) były to osoby czynne zawodowo. Najliczniejszą grupę zawodową stanowili mechanicy samochodowi – 35 osób (31,25%), następnie urzędnicy państwowi – 30 osób (26,79%), ekonomiści – 22 osoby (19,64%) oraz ratownicy WOPR – 17 osób (15,18%). W ankiecie wzięli udział również studenci. Byli oni najmniej liczą grupą – 8 osób, co stanowi 7,14% wszystkich ankietowanych.

Analiza wiedzy z podstawowych czynności ratunkowych

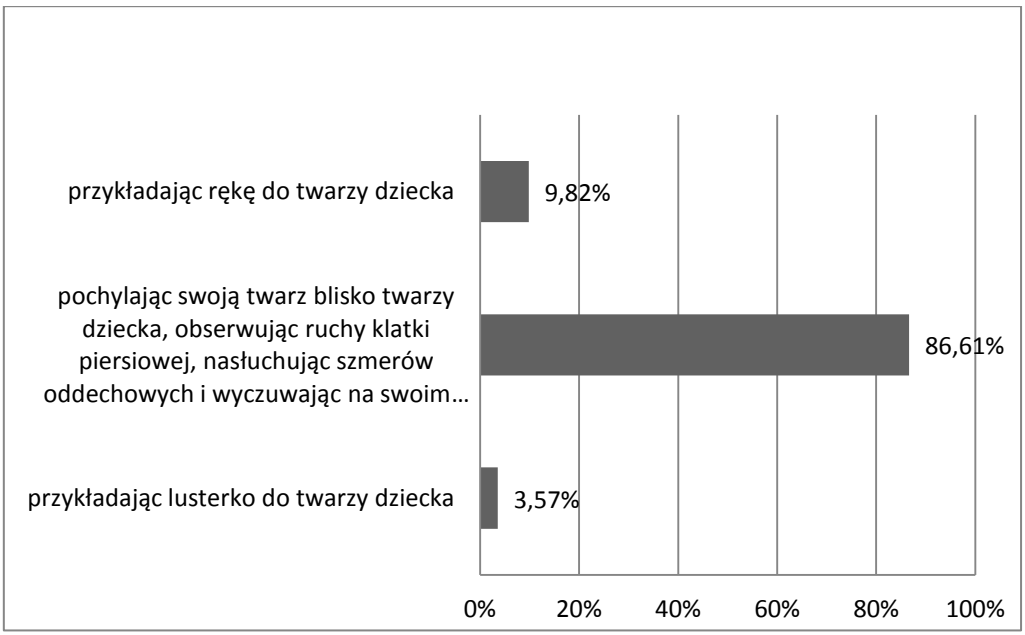
Spośród metod sprawdzenia reakcji dziecka poszkodowanego najwięcej osób - 92 (82,14%) wybrało prawidłową odpowiedź poprzez delikatne potrząsanie ramieniem dziecka oraz pytając: „Jak masz na imię?”, „Co się stało?”. Niewiele wskazało na inne metody. 11 osób (9,82%) potrząsałoby dzieckiem, a 9 osób (8,04%) wskazało na ,,klepanie po policzku i pytanie: Co się stało?” (Rycina 1).

Ocenę prawidłowego oddechu przeprowadza się następująco: pochylając swoją twarz blisko twarzy dziecka, obserwując ruchy klatki piersiowej, nasłuchując szmerów oddechowych i wyczuwając na swoim policzku ruch powietrza (patrz, słuchaj, czuj). Poprawnej odpowiedzi udzieliło 97 osób co stanowi 86,61%, 11 osób (9,82%) uważa że należy przyłożyć rękę do twarzy dziecka a 4 osoby (3,57%) przyłożyłoby lusterko do twarzy dziecka (Rycina 2).

Przed rozpoczęciem resuscytacji należy ułożyć poszkodowane dziecko płasko na plecach na twardym podłożu – taką pozycję prawidłowo wskazała znaczna część ankietowanych, bo aż 88 osób, co stanowi 78,57%. 14 osób (12,5%) ułożyłoby w pozycji na plecach ze zgiętymi pod kątem 90° nogami w stawach kolanowych, a 10 osób (8,93%) na prawym lub lewym boku.

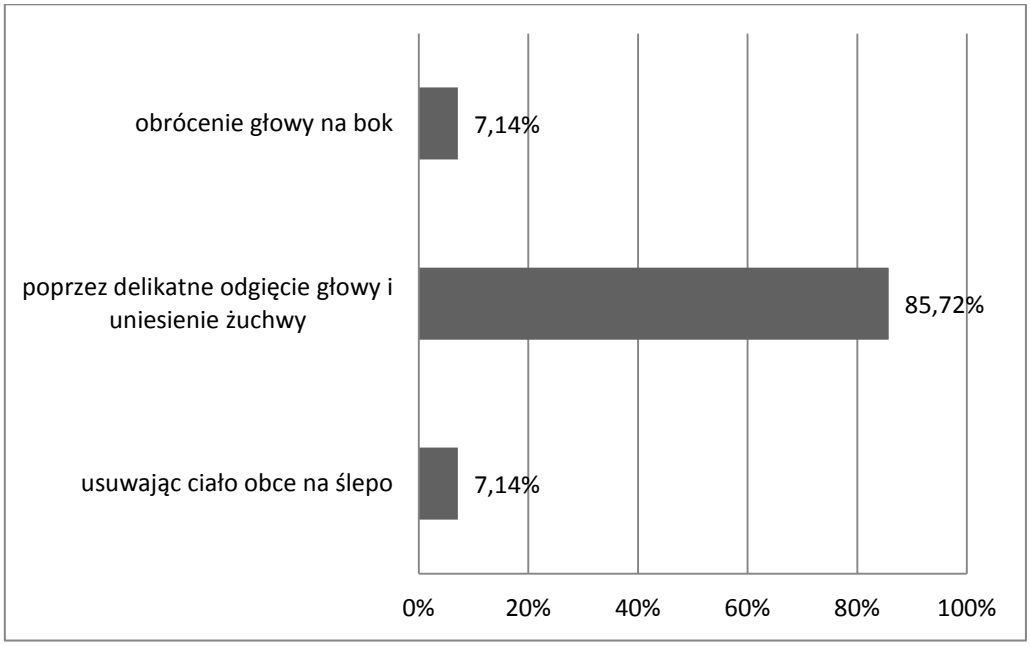


Ryc. 1. Sposób sprawdzenia prawidłowej reakcji dziecka



Ryc. 2. Sposób sprawdzenia prawidłowego oddechu u dziecka

U nieprzytomnych dzieci język przynajmniej częściowo zamyka drogi oddechowe, aby je udrożnić należy delikatnie odgiąć głowę i unieść żuchwę. Prawidłowo udrożni drogi oddechowe 96 osób, czyli 85,72% ankietowanych. Pozostali usunęliby ciało obce na ślepo - 7,14% lub obróciliby głowę na bok - 7,14% (Rycina 3).



Ryc. 3. Sposób udrożnienia dróg oddechowych

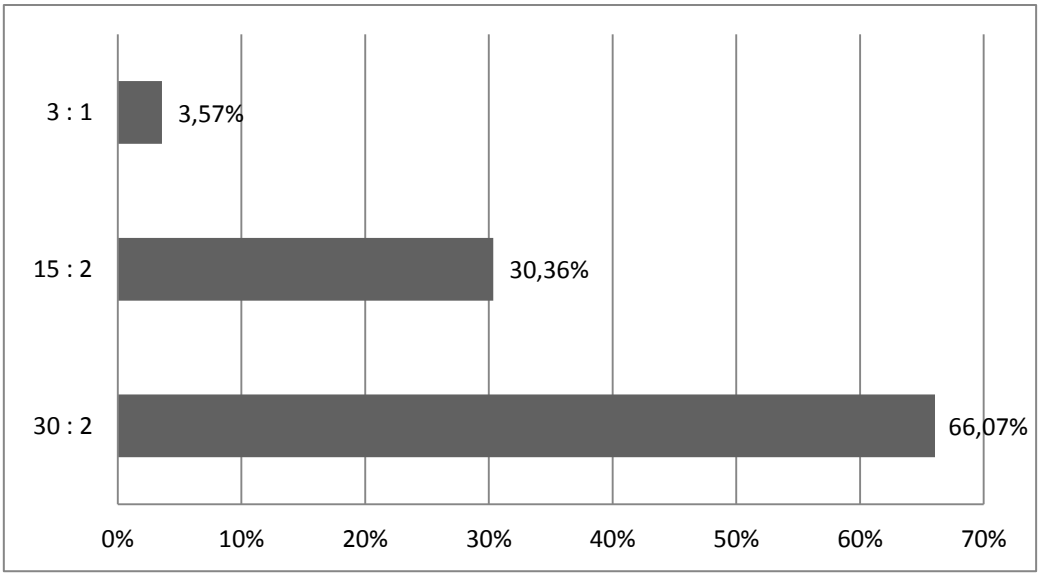
Prawie połowa ankietowanych – 54 osoby (48,21%) prawidłowo zareagowałaby przy stwierdzeniu, że dziecko nie oddycha lub oddycha nie prawidłowo i nie reaguje. Wśród nich przeważały osoby w przedziale wiekowym 41 – 60 lat z wyższym wykształceniem pracujący jako ekonomiści. Znaczna część ankietowanych 42 osoby – 37,5% chciałaby dzwonić pod numer 999 lub 112, a 16 osób – 14,29% wykonałaby 2 oddechy ratownicze – 30 uciśnięć klatki piersiowej (1 min.). Najwięcej osób -58 (51,79%), które wykazały się niewiedzą na ten temat byli mężczyźni, osoby z przedziału wiekowego 21-40 lat oraz ankietowani w zawodzie mechanika i studenci (Tabela 1).

Ponad połowa respondentów – 74 osoby (66,07%) prawidłowo wskazała 30:2 jako stosunek uciśnięć klatki piersiowej do wentylacji w czasie resuscytacji dzieci prowadzonej przez jednego ratownika przed medycznego. Wiedzę na ten temat mieli w równym stopniu kobiety jak i mężczyźni, osoby z przedziału wiekowego 41-60 lat i powyżej oraz pracujący w

zawodzie ratownika WOPR. Niewłaściwą odpowiedź wskazało 38 osób (33,93%), głównie studenci (Rycina 4) .

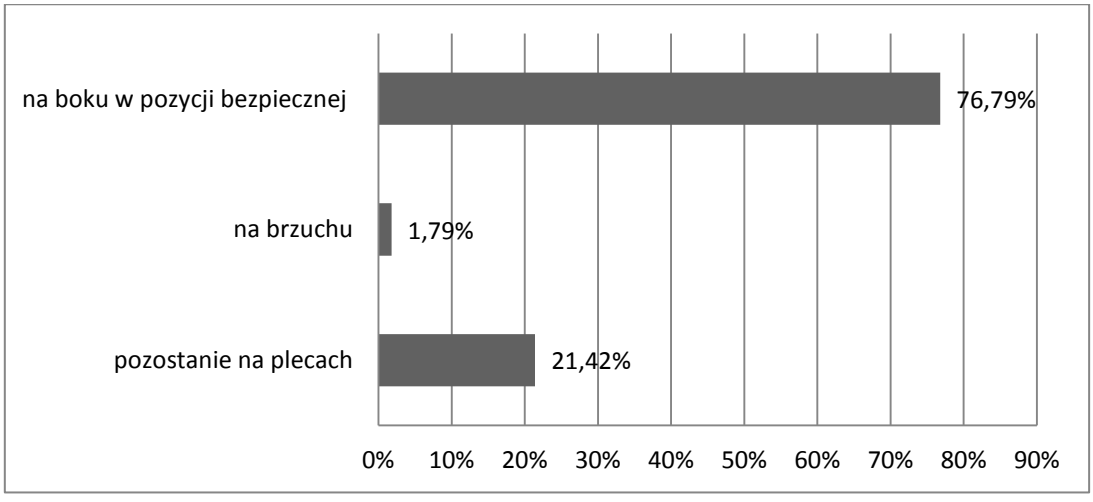
Tab. 1. Postępowanie po stwierdzeniu, że dziecko nie oddycha lub oddycha nieprawidłowo i nie reaguje

Lp.	Zmienna		zadzwonić pod numer 999 lub 112	wykonać 5 oddechów ratowniczych	wykonać 2 oddechy ratownicze – 30 uciśnięć klatki piersiowej (1 min.)
Płeć					
1	kobieta	n	19	25	5
		p	38,78%	51,02%	10,2%
2	mężczyzna	n	23	29	11
		p	36,51%	46,03%	17,46%
Wiek					
1	poniżej 20 lat	n	4	3	3
		p	40%	30%	30%
2	21 – 40 lat	n	23	31	9
		p	36,51%	49,21%	14,28%
3	41 – 60 lat	n	14	18	3
		p	40%	51,43%	8,57%
4	powyżej 60 lat	n	1	2	1
		p	25%	50%	25%
Wykształcenie					
1	zawodowe	n	8	9	2
		p	42,11%	47,37%	10,53%
2	średnie	n	22	22	11
		p	40%	40%	20%
3	wyższe	n	12	23	3
		p	31,58%	60,53%	7,89%
Zawód					
1	student	n	3	3	2
		p	37,5%	37,5%	25%
2	ratownik WOPR	n	6	8	3
		p	35,29%	47,06%	17,65%
3	ekonomista	n	9	12	1
		p	40,91%	54,55%	4,55%
4	urzędnik państwowy	n	10	15	5
		p	33,33%	50%	16,67%
5	mechanik samochodowy	n	14	16	5
		p	40%	45,71%	14,29%



Ryc. 4. Obowiązujący stosunek uciśnięć klatki piersiowej do wentylacji w czasie resuscytacji

Znaczna część ankietowanych- 86 osób (76,79%) prawidłowo wskazała ułożenie na boku w pozycji bezpiecznej w przypadku, gdy zostanie przywrócone prawidłowe krążenie i spontaniczy oddech. Porównywalnie odpowiadały kobiety i mężczyźni, osoby we wszystkich grupach wiekowych, wykonujących różne zawody (Rycina 5).



Rycina 5. Pozycja ułożenia dziecka po powrocie spontanicznego krążenia i oddechu

Właściwą częstotliwość, czyli co najmniej 100 uciśnięć na minutę, ale nie więcej niż 120 uciśnięć w czasie ucisku klatki piersiowej w czasie pośredniego masażu u dziecka

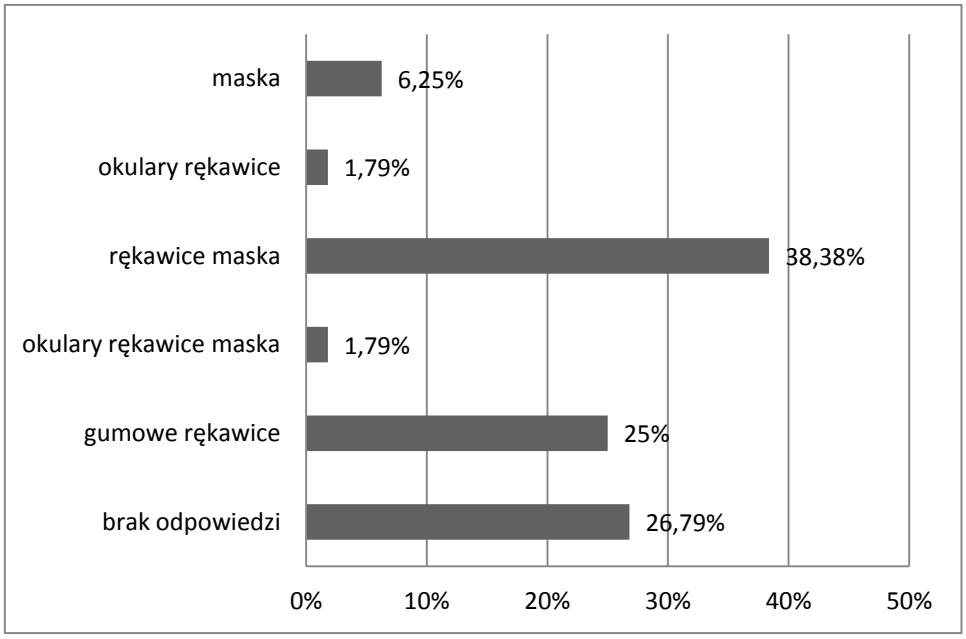
wskazała mniej niż połowa ankietowanych - 41 osób, czyli 36,61%. Największą wiedzę na ten temat miały osoby poniżej 20 lat oraz osoby pracujące w zawodzie ratownika WOPR i studenci. 71 osób (63,39%), czyli ponad połowa nie miała wiedzy na ten temat. Źle odpowiadały zarówno kobiety, jak i mężczyźni oraz osoby pracujące jako mechanicy, urzędnicy państwowi i ekonomiści (Tabela 2).

Tab. 2. Częstość ucisku klatki piersiowej podczas masażu serca u dziecka

Lp.	**Zmienna**		**60 uciśnięć na minutę**	**poniżej 100 uciśnięć na minutę**	**co najmniej 100 uciśnięć na minutę ale nie więcej niż 120 uciśnięć**
Płeć					
1	kobieta	n	23	7	19
		p	46,94%	14,28%	38,78%
2	mężczyzna	p	24	17	22
		n	38,1%	26,98%	34,92%
Wiek					
1	poniżej 20 lat	n	2	2	6
		p	20%	20%	60%
2	21 – 40 lat	n	24	15	24
		p	38,1%	23,8%	38,1%
3	41 – 60 lat	n	20	5	10
		p	57,14%	14,29%	28,57%
4	powyżej 60 lat	n	1	2	1
		p	25%	50%	25%
Wykształcenie					
1	zawodowe	n	10	6	3
		p	52,63%	31,58%	15,79%
2	średnie	n	22	11	22
		p	40%	20%	40%
3	wyższe	n	15	7	16
		p	39,47%	18,42%	42,11%
Zawód					
1	student	n	1	2	5
		p	12,5%	25%	62,5%
2	ratownik WOPR	n	5	1	11
		p	29,41%	5,88%	64,71%
3	ekonomista	n	10	5	7
		p	45,45%	22,73%	31,82%
4	urzędnik państwowy	n	14	5	11
		p	46,66%	16,67%	36,67%
5	mechanik samochodowy	n	17	11	7
		p	48,57%	31,43%	20%

Więcej niż połowa ankietowanych – 61osób (54,46%) przeznaczyłaby nie dłużej niż 10 sekund na ocenę oddechu u dziecka. Wśród respondentów, którzy podali prawidłową odpowiedź były w przewadze: kobiety, osoby z przedziału wiekowego 21-40 lat i powyżej 60lat, mające wyższe wykształcenie oraz wykonujący zawody ratownika WOPR, ekonomisty i urzędnika państwowego. Złej odpowiedzi udzieliło 51 respondentów, co stanowi 45,54%. Najmniejszą wiedzę na ten temat miały osoby z wykształceniem zawodowym oraz pracujący w zawodzie mechanika i studenci.

Wśród stosowanych środków w celu ochrony przed zakażeniem podczas udzielania pierwszej pomocy były rękawice i maska. Takiej odpowiedzi udzieliło 38,38% ankietowanych. Następnie tylko gumowe rękawice wskazało 25% badanych, maskę wymieniło 6,25% badanej grupy, a okulary i rękawice wskazało 1,79% osób i tyle samo wskazało okulary, rękawice i maskę. Nie umiało wymienić środków ochrony 26,79% ankietowanych (Rycina 6).



Rycina 6. Środki zabezpieczające przed zakażeniami podczas udzielania pierwszej pomocy.

Połowa badanych (50%) wie, że około 1-1,5 sekundy należy przeznaczyć na jeden oddech ratowniczy. Większą wiedzą wykazały się kobiety, osoby poniżej 20 lat i w przedziale wiekowym 21 – 40 lat oraz studenci i ratownicy WOPR. Złej odpowiedzi udzieliła także

dokładnie połowa ankietowanych (50%). Najwięcej takich osób było w przedziale 41-60 lat i powyżej, z wykształceniem zawodowym oraz wykonujących zawód mechanika.

Ponad połowa ankietowanych wie, co to jest AED. 88 osób, czyli 78,57% wie, że jest to automatyczny defibrylator zewnętrzny. Złą odpwiedz wskazało 24 osoby, czyli 21,43%, w tym 17,86% wskazało monitor do obserwacji pracy serca, a 3,57%, że jest to manualny lub automatyczny defibrylator zewnętrzny. Również znacznie ponad połowie – 97 osób (86,61%) nie zdarzyło się udzielać pierwszej pomocy. Pozostałe 15 osób (13,39%) udzieliło pierwszej pomocy w przypadku złamania kości podudzia, zadławienia, krwawienia, rany, tonięcia, urazu głowy, zasłabnięcia, NZK, powieszenia, padaczki oraz urazu nogi.

Motywy do wzięcia udziału w kursie z zakresu pierwszej pomocy oraz określenie oczekiwań w zakresie wiedzy i umiejętności

Ponad połowa ankietowanych – 72 osoby (64,29%) wyrażała chęć uczestnictwa w przypominających kursach z zakresu pierwszej pomocy w przedziale czasowym 1 roku, co 5 lat chciałoby przejść takie szkolenie 25 osób (22,32%). Kursy takie przeprowadzane powinny być co 3-6 miesięcy a tylko 10 osób (8,93%) wyraziło taką chęć. Co 10 lat wybrałoby się na takie szkolenie 5 osób (4,46%). Najczęściej korzystałyby z takiego szkolenia osoby powyżej 60 roku życia.

Prawie połowa ankietowanych (42,32%) chciałaby poszerzyć swoją wiedzę na temat udzielania pierwszej pomocy. Zainteresowaniem grupy badanej byłaby tematyka dotycząca AED, oparzeń, NZK (nagłego zatrzymania krążenia), tonięcia, tlenoterapii, złamań, RKO (resuscytacji krążeniowo – oddechowej) dorosłych, wypadku komunikacyjnego, zadławień, RKO dzieci, padaczki.

Najlepszą formą przekazywania wiedzy są zajęcia teoretyczno – praktyczne, tak uważa 81,25% respondentów, na zajęcia praktyczne wskazało 17,86% badanych, a tylko 0,89% na zajęcia teoretyczne.

Znaczna część ankietowanych – 91,96% uważa, że szkolenia z zakresu pierwszej pomocy może być przydatne w wykonywanej przay zawodowej, tylko nieznaczna część badanej grupy (8,04%) uważa, że nie.

Do uczestnictwa w kursie ponad połowę badanych (52,68%) skłoniła chęć poszerzenia swojej wiedzy, a prawie połowa (47,32%) została skierowana na kurs przez zaklad pracy. Motywację chęci poszerzenia swojej wiedzy w większym stopniu wykazały osoby poniżej 20 lat i z przedziału wiekowego 21 – 40 lat, z wykształceniem średnim i wyższym oraz osoby pracujące w zawodzie ratownika WOPR, ekonomiści oraz studenci. W znacznej części

skierowani na kurs przez zakład pracy zostały osoby powyżej 41 lat, mający wykształcenie zawodowe i pracujący w zawodzie mechanika samochodowego. Urzędnicy państwowi mieli taką samą motywację w obu przypadkach (Tabela 3) .

Tab. 3. Motywy do wzięcia udziału w kursie z zakresu pierwszej pomocy.

Lp.	Zmienna		chęć poszerzenia swojej wiedzy	na kurs skierował mnie zakład pracy	na kurs skierowała mnie moja uczelnia/szkoła	inne
Płeć						
1	kobieta	n	28	21	0	0
		p	57,14%	42,86%	0%	0%
2	mężczyzna	n	30	33	0	0
		p	47,62%	52,38%	0%	0%
Wiek						
1	poniżej 20 lat	n	8	2	0	0
		p	80%	20%	0%	0%
2	21 – 40 lat	n	34	29	0	0
		p	53,97%	46,03%	0%	0%
3	41 – 60 lat	n	15	20	0	0
		p	42,86%	57,14%	0%	0%
4	powyżej 60 lat	n	1	3	0	0
		p	25%	75%	0%	0%
Wykształcenie						
1	zawodowe	n	5	14	0	0
		p	26,32%	73,68%	0%	0%
2	średnie	n	33	22	0	0
		p	60%	40%	0%	0%
3	wyższe	n	20	18	0	0
		p	52,63%	47,37%	0%	0%
Zawód						
1	student	n	8	0	0	0
		p	100%	0%	0%	0%
2	ratownik WOPR	n	9	8	0	0
		p	52,94%	47,06%	0%	0%
3	ekonomista	n	15	7	0	0
		p	68,18%	31,82%	0%	0%
4	urzędnik państwowy	n	15	15	0	0
		p	50%	50%	0%	0%
5	mechanik samochodowy	n	12	23	0	0

Dyskusja

Udzielanie pierwszej pomocy przez świadków zdarzenia w dużej mierze decyduje o przeżyciu poszkodowanego. Ważnym aspektem jest nauczenie społeczeństwa podstawowych czynności ratunkowych. Według założeń Polskiej Rady Resuscytacji sytuacją idealną byłoby możliwość przeszkolenia wszystkich obywateli z zakresu udzielania pierwszej pomocy [21].

Oceniając wiedzę respondentów z zakresu udzielania pierwszej pomocy wzięto pod uwagę znajomość prawidłowego sposobu sprawdzenia czy poszkodowane dziecko reaguje. Prawidłowej odpowiedzi udzieliło 92 osoby (82,14%) co jest bardzo zadawalające. Sprawdzenie czy poszkodowane dziecko prawidłowo oddycha daje również bardzo zadawalające wyniki, 97 osób (86,61%) wie jak najskuteczniej sprawdzić oddech u dziecka. W badaniach Filipa Stoma respondenci również udzielili 85% prawidłowych odpowiedzi [22].

Prawidłową pozycję ułożenia dziecka przed rozpoczęciem resuscytacji zna 88 osób (78,57%) badanych. Prawidłowy sposób udrożnienia dróg oddechowych zna 96 osób (85,72%), natomiast w badaniach Katarzyny Baszeń tylko 35% badanych wiedziało jak należy udrożnić drogi oddechowe [23].

Prawie połowa ankietowanych 54 osoby (48,21%) prawidłowo rozpocznie działanie od wykonania 5 oddechów ratowniczych gdy stwierdzi, że dziecko nie oddycha lub oddycha nieprawidłowo i nie reaguje. Podobne wyniki uzyskała Czarnota Joanna – zaledwie 46% badanych wiedziało, że czynności RKO u dzieci należy rozpocząć od 5 oddechów ratowniczych [24].

Obowiązujący stosunek uciśnięć do klatki piersiowej w czasie resuscytacji zna 74 osoby (66,07%). Niewłaściwą odpowiedź wybrało 38 osób (33,91%), głównie studenci. Nieco wyższą poprawną odpowiedź wybrało 70% ankietowanych w pracy badawczej Czarnoty Joanny [24]. W badaniach Strzyżewskiej Katarzyny 2/3 ankietowanych nie zna prawidłowego stosunku uciśnięć klatki piersiowej do oddechu [25]. Natomiast prawidłowej odpowiedzi udzieliło 85% respondentów w pracy Filipa Stomy co jest wynikiem zadawalającym [22].

W badaniach przeprowadzonych w Bydgoszczy wśród służb mundurowych przez Przemysława Paciorka odpowiedzi były bardzo zróżnicowane: 86% strażaków, 56% policjantów i 38% żołnierzy udzieliło poprawnej odpowiedzi [26]. Natomiast w badaniach Pawła Malika przeprowadzonych wśród studentów różnych kierunków medycznych tylko 44% zna prawidłowy stosunek uciśnięć klatki piersiowej do oddechów ratowniczych.

Właściwą częstość ucisku klatki piersiowej podczas masażu serca u dziecka zna mniej niż połowa ankietowanych, tylko 41 osób (36,61%). Największą wiedzę posiadały osoby powyżej 20 roku życia oraz osoby pracujące w zawodzie ratownika WOPR i studenci. Nieco wyższe wyniki uzyskał w swej pracy Stoma, bo 53% ankietowanych znało prawidłową odpowiedź [22]. W badaniach Chemperek uzyskano bardzo złe wyniki bo tylko 24,4% badanych znało właściwą częstość uciśnięć klatki piersiowej [27].

Czas jaki można przeznaczyć na ocenę oddechu u dziecka nie powinien trwać dłużej niż 10 sekund. Prawidłową odpowiedź znało 61 osób (54,46%). Nieprawidłowej odpowiedzi udzieliło 51 osób (45,54%) głównie osoby z wykształceniem zawodowym, studenci i mechanicy samochodowi.

Tylko połowa ankietowanych posiada wiedzę ile powinien trwać jeden oddech ratowniczy. Największą wiedzą wykazały się kobiety oraz osoby poniżej 20 roku życia – studenci oraz ratownicy WOPR. Nieprawidłowej odpowiedzi udzieliło 50% ankietowanych. W tej grupie przeważały osoby z przedziału wiekowego 41-60 lat i powyżej z wykształceniem zawodowym oraz wykonującym zawód mechanika samochodowego.

Zadowalająca jest odpowiedź w ilości 86 osób (76,79%) na pytanie jak należy ułożyć dziecko po resuscytacji gdy zostanie przywrócone prawidłowe krążenie i spontaniczny oddech. Osoby nie posiadające wiedzy o pozycji bezpiecznej stanowią 23,21% w większości są to osoby z wykształceniem zawodowym. Natomiast bardzo zadowalające wyniki uzyskała w swojej pracy Joanna Czarnota bo aż 91% badanych wskazało jak należy ułożyć poszkodowane nieprzytomne dziecko z zachowanym krążeniem i oddechem [24]. Podobnie bardzo zadowalające odpowiedzi udzieliło 92% badanych w pracy Baszeń [23].

Znacznie ponad połowa ankietowanych zna skrót AED – jest to 88 osób (78,57%) co daje wynik zadowalający. W badaniach Nowickiej Alicji przeprowadzonych wśród uczniów Zespołu Szkół Ekonomicznych w Brzegu znaczenie pojęcia AED znało tylko 5,9% ankietowanych [28].

Tylko 15 osób (13,39%) spośród badanych udzielało pierwszej pomocy. Najczęstsze okoliczności wymieniane przez respondentów udzielania pierwszej pomocy to: złamania, zadławienia, krwawienia, rany, tonięcia, urazy głowy, zasłabnięcia, NZK, powieszenia, padaczka i uraz głowy.

Środki ochrony osobistej należy stosować podczas udzielania pierwszej pomocy. Aż 26,79% ankietowanych nie potrafi wymienić środków ochrony osobistej. Najczęściej wymieniane środki ochrony osobistej to: maska, rękawice.

Szkolenia z zakresu pierwszej pomocy powinny być powtarzane co 3-6 miesięcy wtedy tylko wiedza pozostaje utrwalana i wykorzystywana w pełni [21]. Tylko 8,93% respondentów wykazało chęć uczestnictwa w kursach organizowanych co 3-6 miesięcy, znaczna część bo aż 64,29% wyraża chęć uczestnictwa w kursach co 1 rok, co 5 lat 22,32% uczestniczyłoby w kursach a co 10 lat tylko 4,64%. Najczęściej ze szkoleń korzystałyby osoby powyżej 60 roku życia.

Prawie połowa ankietowanych 42,32% chce poszerzyć swoją wiedzę na temat pierwszej pomocy. Najczęściej pojawiające się zagadnienia którymi są zainteresowani respondenci to: wypadek komunikacyjny, RKO dzieci i RKO dorosłych. Natomiast w badaniach Pawła Malika 61% ankietowanych było zainteresowanych podnoszeniem swojej wiedzy z zakresu udzielania pierwszej pomocy [29].

Najlepszą formą przekazywania wiedzy są zajęcia teoretyczno – praktyczne z zakresu pierwszej pomocy – tak wybrało 81,25% ankietowanych. Zajęcia praktyczne wybrało 17,86% badanych w badaniach własnych, natomiast w badaniach Pawła Malika 72,4% studentów wybrało zajęcia praktyczne.

91% badanych uważa, że szkolenia mogą być przydatne w ich pracy zawodowej a uczestnicy szkoleń wymieniali, że do uczestnictwa w kursie skierował ich zakład pracy – 47,32% badanych, a 52,68% badanych do uczestnictwa w kursie skłoniła chęć poszerzenia swojej wiedzy.

Wnioski

Po dokonaniu analizy przeprowadzonych badań wysunięto następujące wnioski:

1. Poziom wiedzy respondentów jest zadawalający z zakresu pytań sprawdzających: reakcję dziecka, prawidłowy oddech, pozycję ułożenia przed rozpoczęciem resuscytacji, udrożnienie dróg oddechowych, ułożenie dziecka po przywróceniu prawidłowego krążenia i oddechu, znajomości AED.
2. Niewystarczający poziom wiedzy respondenci wykazują w zakresie pytań: co należy zrobić po stwierdzeniu gdy dziecko nie oddycha lub oddycha nieprawidłowo i nie reaguje, z jaką częstotliwością należy uciskać klatkę piersiową prowadząc pośredni masaż serca, ile należy przeznaczyć czasu na ocenę oddechu, ile powinien trwać 1 oddech ratowniczy.
3. Prawie co 4 respondent nie potrafi wymienić środków ochrony osobistej przed zakażeniami podczas udzielania pierwszej pomocy.

4. Połowa respondentów chce poszerzyć swoją wiedzę z zakresu pierwszej pomocy. Większość uważa, że najlepszą formą przekazywania wiedzy są zajęcia teoretyczno – praktyczne. Zainteresowanie respondentów dotyczy następujących tematów: wypadek komunikacyjny, RKO dzieci i dorosłych.
5. Do uczestnictwa w kursie z zakresu pierwszej pomocy skłoniły respondentów dwa główne motywy: chęć poszerzenia swojej wiedzy lub skierowanie przez zakład pracy.

Na podstawie powyższych wniosków określono postulaty, że konieczne jest organizowanie szkoleń i kursów przypominających z zakresu pierwszej pomocy dla osób bez wykształcenia medycznego ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w czasie wypadku komunikacyjnego, RKO dzieci, RKO dorosłych, jak również zapoznanie społeczeństwa ze środkami ochrony osobistej.

Piśmiennictwo

1. Lipska E.: Ratownictwo medyczne dzieci - inne czy takie samo? Ogólnopol. Prz. Med. 2004, 9-10, 20-21.
2. Andres J..: Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne u dzieci. Polska Rada Resuscytacji, Kraków, 2005.
3. Scott S. M., Wiebe R. A.: Resuscytacja, Wstęp [w:] Medycyna Ratunkowa Wieku Dziecięcego. Jakubaszko J. (red.).: Wyd. Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2003.
4. Biarent D., Bingham R., Eich Ch. et al.: Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne u dzieci. Wytyczne resuscytacji 2010. Andres J. (red.).: Polska Rada Resuscytacji, Kraków, 2010.
5. Buchfelder M., Buchfelder A.: Podręcznik pierwszej pomocy. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
6. Jurczyk W., Łakomy A..: Pierwsza pomoc w stanach zagrożenia życia. Postępowanie przedmedyczne z zastosowaniem automatycznego defibrylatora. Wyd. FHU Grzegorz Słomczyński, Kraków, 2008.
7. Biarent D., Bingham R., Eich Ch. i wsp.: Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne u dzieci. Wytyczne resuscytacji 2005. Andres J. (red.).: Polska Rada Resuscytacji, Kraków, 2005.
8. Styka L., Zybura J.: Zasady prowadzenia podstawowych zabiegów resuscytacyjnych u dzieci [w:] Resuscytacja oddechowo-krążeniowa w świetle zaleceń

międzynarodowych. Jakubaszko J. (red.).: Wydawnictwo Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej, Wrocław, 2006.

9. Jakubaszko J.: Ratownik Medyczny. Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław, 2003.
10. Jakubaszko J. „ABC Resuscytacji". Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław, 2004.
11. Jankowski A.: Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu. Wyd. Pallottinum, Poznań-Warszawa, 1987.
12. Nolan J. P., Soar J., Zideman D. A. i wsp.: Podsumowanie Komitetu Wykonawczego ERC [w:] Wytyczne resuscytacji 2010. Andres J. (red.).: Polska Rada Resuscytacji, Kraków, 2010.
13. Sokołowska-Kobuz T.: Pierwsza pomoc i resuscytacja krążeniowo-oddechowa: Podręcznik dla studentów. Polska Rada Resuscytacji, Kraków, 2006.
14. Andres J.: Podstawowe zabiegi resuscytacyjne i automatyczna defibrylacja zewnętrzna. Europejska Rada Resuscytacji, Kraków, 2006.
15. Leszczyński P.: Automatyczna defibrylacja zewnętrzna. Mag. Pielęg. Poł., 2012, 7/8, 14-15.
16. Deakin Ch. D., Nolan J.P., Sunde K., Koster R.W.: Elektroterapia: automatyczne defibrylatory zewnętrzne, defibrylacja, kardiowersja i stymulacja. Andres J. (red.).: Polska Rada Resuscytacji, Kraków, 2010.
17. Koster R.W., Baubin M.A, Bossaert B.L.: Podstawowe zabiegi resuscytacyjne u osób dorosłych oraz zastosowanie automatycznych defibrylatorów zewnętrznych (AED). Andres J. (red.).: Polska Rada Resuscytacji, Kraków, 2010.
18. Frączek B.: Bezpieczeństwo a przepływ. Defibrylacja według Wytycznych Resuscytacji Krążeniowo – Oddechowej 2010. Na Ratunek, 2001.
19. Nowicka A., Skrok M., Jurkowski P., Ślęzak D.: Wiedza z zakresu AED wśród uczniów. Na Ratunek, 2008.
20. Trybus-Gałuszko H., Sokołowska-Kobus T.: Defibrylacja [w:] Ratownik Medyczny. Andres J. (red.).: Polska Rada Resuscytacji, Kraków, 2006.
21. Soar J., Monsieurs K. G., Ballance J. H. W.: Zasady nauczania resuscytacji [w:] Wytyczne resuscytacji 2010. Andres J. (red.).: Polska Rada Resuscytacji, Kraków, 2010.
22. Stebelski M.: Na ratunek pierwszej pomocy. Na Ratunek, 2009.

23. Baszeń K., Jankowiak B., Krajeńska-Kułak E., Łukaszuk C.: Poziom wiedzy i umiejętności pielęgniarek z zakresu udzielania pierwszej pomocy. Pielęg. XXI w., 2004, 3, 83-87.
24. Czarnota J., Morzyk M.: Ocena wiedzy pielęgniarek w zakresie stosowania resuscytacji i reanimacji w nagłych stanach zagrożenia życia. Pielęg. XXI w., 2009, 1-2, 23-29..
25. Strzyżewska K., Mędrzycka-Dąbrowska W., Dąbrowski S., Basiński A.: Ocena poziomu wiedzy studentów aglomeracji trójmiejskiej z zakresu udzielania pierwszej pomocy. Anestezjologia i Ratownictwo, 2012, 6, 41-52.
26. Paciorek P.:, Analiza poziomu wiedzy z zakresu udzielania pierwszej pomocy wśród służb mundurowych. Na Ratunek, 2007.
27. Chemperek E., Goniewicz M., Włoszczak-Szubzda A. i wsp.: Poziom wiedzy uczniów szkół ponadgimnazjalnych i studentów w zakresie pierwszej pomocy, MONZ, 2011, 17, 174-179.
28. Nowicka A., Skrok M., Jurkowski P., Ślęzak D.: Wiedza z zakresu AED wśród uczniów. Na Ratunek, 2008.
29. Malik P., Krawczyk W., Dziduszko M.: Ocena porównawcza efektywności nauczania studentów różnych kierunków medycznych w zakresie udzielania pierwszej pomocy. Zdr. Publ., 2006, 116, 435-459.

Dąbrowska Barbara, Onopiuk Paweł, Dąbrowska Zofia, Tokajuk Joanna, Kisiel Magdalena, Falkowski Mateusz, Tokajuk Adrian

Pierwsza pomoc u pacjentów gerostomatologicznych w gabinecie stomatologicznym

Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Stomatologii Społecznej i Profilaktyki Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Stomatologia geriatryczna jest działem stomatologii, która kładzie nacisk na opiekę stomatologiczną starszych pacjentów oraz skupia się na patologicznych procesach i jednostkach chorobowych występujących częściej w tej grupie wiekowej. Populacja ludzi starszych będzie systematycznie rosnąć z 10% w 2000 roku, poprzez 15% w 2025 roku do 21,1% w roku 2050 [1]. Wraz ze wzrostem ilości pacjentów geriatrycznych w gabinecie stomatologicznym stany wymagające natychmiastowej pomocy w praktyce stomatologicznej pojawiają się częściej [2]. Nagłe przypadki w praktyce stomatologicznej, jeśli występują, to zazwyczaj zagrażają życiu [3]. Najczęstsze problemy to: omdlenia, epizody hipoglikemii, dławica piersiowa, napad drgawkowy, zadławienie, atak astmy, anafilaksja [4]. Wykluczając omdlenia, wymienione przypadki, występują raz na 3-4 lata w praktyce każdego stomatologa [4]. Częstość jak i wsytępowanie jest zbieżne zarówno w przychodni przyszpitalnej jak i w gabinecie prywantym [5].

Pierwsza pomoc, w myśl ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym to zespół czynności podejmowanych w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego wykonywanych przez osobę znajdującą się w miejscu zdarzenia, w tym również z wykorzystaniem udostępnionych do powszechnego obrotu wyrobów medycznych oraz produktów leczniczych. Nie udzielenie pierwszej pomocy osobie poszkodowanej w Polsce na podstawie art. 162 Kodeks Karnego jest karane pozbawieniem wolności do lat trzech.

Skuteczne udzielenie pomocy pacjentowi bądź osobie poszkodowanej zależy od umiejętności i wiedzy lekarza oraz dostępnego sprzętu.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 marca 2000 r. gabinet stomatologiczny powinien zawierać podstawowy sprzęt do udzielania pierwszej pomocy obejmujący w szczególności:

- zestaw przeciwwstrząsowy,
- zestaw rurek ustno-gardłowych,

- zestaw masek twarzowych,
- worek samorozprężalny,
- sprzęt niezbędny do kaniulacji żyły,
- płyny infuzyjne (roztwór 0.9% NaCl, skrobia hydroksyetylowana, dekstran) oraz niezbędne leki (adrenalina, atropina, lignokaina, amiodaron, nitrogriceryna, salbutamol) i środki opatrunkowe,
- aparat do pomiaru ciśnienia krwi i stetoskop.

Istotne znaczenie mają wiedza i umiejętności lekarza udzielającego pomocy w tym szybka ocena kliniczna pacjenta (stanu świadomości, drożności dróg oddechowych, wydolności oddychania i krążenia), która nie powinna zająć więcej niż 10 sekund [6].

Wiele gabinetów posiada sprzęt do udrażniania dróg oddechowych, niewymagający umiejętności intubacji tchawicy w postaci maski krtaniowej i rurki combitube [7], a także AED (automatyczny defibrylator zewnętrzny) stosowany u pacjentów z nagłym zatrzymaniem krążenia.

Na przeżycie pacjenta wg wytycznych z 2010 roku Polskiej Rady Resuscytacji ma wpływ tzw. łańcuch przeżycia, na którego ogniwa składają się:

- wczesne rozpoznanie stanu nagłego i wezwanie pomocy
- wczesne rozpoczęcie resuscytacji krążeniowo oddechowej.
- wczesna defibrylacja
- opieka poresuscytacyjna.

Aby prawidłowo wykonać resuscytację, niezbędne jest przyswojenie kolejno wykonywanych czynności ratowniczych (BLS – *basic life suport*). Przed podjęciem jakichkolwiek działań należy upewnić się, że pacjent i wszyscy członkowie zespołu są bezpieczni. W gabinecie stomatologicznym największe niebezpieczeństwo mogą spowodować narzędzia znajdujące się w jamie ustnej pacjenta używane w codziennej praktyce. Może dojść do urazu w przypadku utraty przytomności czy omdlenia.

Następnie należy sprawdzić reakcje poszkodowanego poprzez potrząśnięcie barku i zapytanie „Czy coś się stało?”. Jeśli pacjent reaguje należy pozostawić go w aktualnej pozycji poziomej (właściwa opcja fotela zabiegowego) i kontrolować jego stan. W przypadku braku reakcji należy zawołać pomoc, ułożyć pacjenta na plecach, na twardym podłożu i udrożnić drogi oddechowe. Aby wykonać to prawidłowo należy umieścić jedną rękę na czole poszkodowanego i delikatnie odgiąć jego głowę do tyłu. Opuszki palców drugiej ręki

umieścić na żuchwie i unieść ją udrażniając w ten sposób drogi oddechowe. Utrzymując drożność dróg oddechowych dalej oceniamy i oddech poprzez:

- wzrokową ocenę ruchomości oddechowej klatki piersiowej
- nasłuchiwanie przy ustach poszkodowanego szmerów oddechowych
- wyczucie ruchu powietrza na swoim policzku

Należy podjąć decyzję czy poszkodowany oddycha prawidłowo. Jeśli tak należy ułożyć pacjenta w pozycji bezpiecznej, wezwać pomoc i regularnie oceniać jego stan. Jeśli poszkodowany nie oddycha prawidłowo lub oddech nie jest obecny należy rozpocząć wykonywanie resuscytacji krążeniowo oddechowej w schemacie: 30 uciśnięć na zmianę z 2 oddechami ratowniczymi. Wytyczne z 2010 roku Polskiej Rady Resuscytacji bardzo szczegółowo opisują wykonanie podstawowych czynności ratowniczych.

Celem pracy jest omówienie najczęstszych stanów nagłych występujących u starszych pacjentów w pracy lekarza stomatologa.

Omdlenie

Omdlenie to przejściowa utrata przytomności spowodowana zmniejszeniem perfuzji mózgu. Zwykle ma gwałtowny początek i równie szybko ustępuje. Najczęstszą postacią omdlenia u osób starszych jest omdlenie ortostatyczne, którego częstość rośnie wraz z wiekiem osiągając 30% powyżej 75 roku życia [8]. Poprzedzać omdlenie mogą zawroty głowy, zaburzenia widzenia, osłabienie, szum w uszach.

Jeśli u pacjenta wystąpią wyżej wymienione objawy prodromalne lub dojdzie do omdlenia należy natychmiast przerwać zabieg i usunąć ciała obce z jamy ustnej. Następnie sprawdzić reakcje poszkodowanego i wezwać pomoc. Należy zastosować standardowy algorytm BLS (*basic life support*) przedstawiony na początku artykułu. Poszkodowany powinien po chwili odzyskać przytomność, jeśli tak się nie stanie należy wezwać karetkę pogotowia.

Atak padaczki

Padaczka jest chorobą przewlekłą charakteryzującą się nawracającymi epizodami drgawkowymi. W krajach rozwiniętych 5-6 osób na 1000 cierpi na padaczkę [9]. Typowy atak drgawek występuje, gdy osoba traci przytomność, nieoczekiwanie sztywnieje, upada na ziemię i wpada w konwulsje, czyli - mimowolne silne skurcze [10]. Należy wtedy natychmiast przerwać zabieg, a następnie usunąć z otoczenia poszkodowanego wszystkie niebezpieczne przedmioty i ułożyć go na podłodze. Jeśli jest to możliwe należy usunąć z jamy ustnej ciała obce (gaziki i protezy) i dalszą pomoc poszkodowanemu ograniczyć do

przytrzymywania głowy, aby zapobiec urazom. Po napadzie ułożyć pacjenta w pozycji bocznej i wezwać pogotowie po ustąpieniu ataku.

Warto wspomnieć też o najczęściej popełnianych błędach takich jak: wkładanie do ust różnych przedmiotów, wkładanie przedmiotów pod głowę (grozi to zapadnięciem się języka), stosowania wentylacji mechanicznej (chory może mieć bezdech nawet przez 20-30 sekund), powstrzymywanie na siłę drgawek i krępowanie ruchów.

Atak astmy

Astma jest przewlekła chorobą zapalną dróg oddechowych, w której przewlekłe stany zapalne powodują nadreaktywność oskrzeli. Jest to jedna z najczęstszych chorób układu oddechowego. W populacji polskiej występuje u 5,4% społeczeństwa [11]. Najczęstszymi objawami u pacjentów są zwykle duszność, niepokój, świst podczas wydechu i kaszel [12].

W przypadku wystąpienia ataku astmy należy przerwać zabieg i ocenić stan pacjenta wg algorytmu BLS (*basic life suport*). Większość ataków ustępuje po podaniu β-mimetyku wziewnego, leku rozszerzającego oskrzela, poczynając od 2-4 wdechów, co 20 minut przez pierwszą godzinę [13]. Pacjenci chorzy na astmę powinni posiadać inhalator z krótko działającym β-mimetykiem. W cięższych napadach bądź w przypadku braku poprawy pacjent wymaga dodatkowych leków i ewentualnej tlenoterapii, dlatego wskazane jest wezwanie pomocy.

Hipoglikemia

Hipoglikemię rozpoznaje się przy obniżeniu stężenia glukozy we krwi poniżej 55 mg/dl (3,0 mmol/l), niezależnie od występowania objawów klinicznych [14]. U osób w podeszłym wieku niedotlenienie zwykle występuje pod postacią splątania, urojeń, agresji, nagłej utraty przytomności. Należy zmierzyć poziom cukry za pomocą glukometru i w przypadku hipoglikemii przytomnemu choremu należy podać 10-20 gramów glukozy lub napoju słodzonego [14]. Aby uniknąć ponownego incydentu hipoglikemii należy przyjąć węglowodany złożone np. kanapkę. Jeśli pacjent jest nieprzytomny wymaga wlewu dożylnego glukozy i hospitalizacji. Przed zabiegiem stomatologicznym pacjent powinien zgłosić się po posiłku w celu zminimalizowania ryzyka niedocukrzenia pacjenta na fotelu dentystycznym.

Ostry zespół wieńcowy

Termin „ostry zespół wieńcowy" zawiera w swojej definicji zarówno zawał jak i niestabilną dusznicę bolesną. Typowymi objawami są promieniujący ból w klatce piersiowej, duszność, wzmożona potliwość [15]. Należy niezwłocznie przerwać zabieg, wezwać zespół

ratownictwa medycznego i kontrolować stan pacjenta do czasu jego przybycia. W przypadku utraty przytomności bądź zatrzymania krążenia należy zastosować algorytm BLS.

Wsztrząs anafilaktyczny

Wstrząs anafilaktyczny jest ciężką, szybko rozwijającą się reakcją nadwrażliwości, w której występuje obniżenie ciśnienia zagrażające życiu. Najczęstsze objawy występują ze strony skóry i układu oddechowego w postaci: pokrzywki, zaczerwienienia skóry, obrzęku górnych dróg oddechowych (stridor), kaszlu, chrypki. Do rzadszych objawów należą nudności, wymioty, zawroty głowy, hipotensja [16].

W przypadku podejrzenia anafilaksji należy przerwać zabieg i możliwie usunąć czynnik wyzwalający (przestać podawać lek). Ułożyć pacjenta w wygodnej pozycji (pacjenci z zaburzoną drożnością dróg oddechowy preferują pozycję siedzącą). Jeśli wystąpi obrzęk dróg oddechowy należy podać domięśniowo 500 μg adrenaliny (dawka dla dorosłych) i powtarzać ją, co 5 minut w przypadku braku poprawy [17].

W przypadku wątpliwości czy objawy prezentowane przez pacjenta zagrażają życiu należy podać adrenalinę, gdyż niekorzystne jej działanie w odpowiedniej dawce występuje niezmiernie rzadko.

Zawsze należy wezwać pogotowie nawet, jeśli objawy ustąpiły, ze względu na reakcje późne, które mogą się pojawić nawet 8-12 godzin po ekspozycji.

W praktyce stomatologicznej znieczulenia mogą wywołać reakcję anafilaktyczną. Aby uniknąć niebezpiecznych sytuacji, należy zminimalizować ryzyko wstrząsu poprzez szczegółowo zebrany wywiad alergologiczny. Jeśli u pacjenta wystąpiła reakcja anafilaktyczna w przeszłości, która nie została potwierdzona, bądź brak jest dokumentacji, wskazana jest weryfikacja w poradni alergologicznej. W przypadku wysokiego prawdopodobieństwa wystąpienia objawów – w przeszłości wystąpił obrzęk krtani lub języka, znieczulenie miejscowe należy zastosować po wykluczeniu alergii na stosowany lek do znieczulenia miejscowego. Jeśli reakcja anafilaktyczna występująca w przeszłości została potwierdzona testami skórnymi i występuje na wszystkie leki stosowane do leczenia w znieczuleniu miejscowym należy zastosować leczenie z znieczuleniu ogólnym. Jeśli testy skórne wykazały reakcje anafilaktyczną tylko na niektóre leki stosowane do znieczulenia miejscowego należy zastosować inny lek.

Obrzęk naczynioruchowy

Obrzęk naczynioruchowy to obrzęk tkanki podskórnej lub podśluzowej powstający w wyniku rozszerzenia i zwiększenia przepuszczalności naczyń krwionośnych. Występuje miejscowo, jest najczęściej dobrze odgraniczony i niesymetryczny [18]. Niebezpieczny jest

tylko w sytuacji, jeśli istnieje zagrożenie ostrą niewydolnością oddechową np. znaczy obrzęk języka, błony śluzowej jamy ustnej i gardła, któremu może towarzyszyć chrypka i świsty oddechowe. W takim przypadku wymagane jest rozważenie wykonania intubacji dotchawiczej, dlatego należy niezwłocznie wezwać pomoc medyczną.

W pozostałych sytuacjach z łagodnym obrzękiem wskazane jest zastosowanie leku przeciwhistaminowego np. cetyryzynę w tabletce w dawce 10mg raz dziennie i poinformować pacjenta, że objawy ustąpią w ciągu kilku dni [18].

W stomatologii obrzęk ten najczęściej powstaje w okolicy podania znieczulenia na skutek przekłucia naczynia i wynaczynienia krwii, dlatego tak ważna jest aspiracja strzykawki podczas iniekcji.

Zadławienie

Niedrożność dróg oddechowych spowodowana ciałem obcym jest rzadką przyczyną przypadkowej śmierci [19]. Aby pomóc pacjentowi konieczna jest ocena stopnia niedrożności dróg oddechowych. Najłatwiej dokonać oceny poprzez pytanie „czy się zadławiłeś?”. Jeśli pacjent może oddychać, mówić czy kaszleć zachęcamy go do kaszlu aż do momentu usunięcia ciała obcego. Jeśli jego stan się pogarsza lub od samego początku może tylko kiwać głową, ma problemy z oddychaniem i kaszlem należy wykonać (jeśli pacjent jest przytomny) 5 uderzeń w okolicę międzyłopatkową, a w razie utrzymywania się objawów 5 uciśnięć nadbrzusza. Jeśli pacjent stracił przytomność zawiadamiamy służby medyczne i rozpoczynamy resuscytację krążeniowo-oddechową.

Pacjenci w podeszłym wieku mogą zgłosić się do stomatologa z powodu połkniętej części protezy. Nie należy lekceważyć takiego stanu, gdyż części protezy mogą prowadzić do powstania owrzodzenia, perforacji bądź krwotoku z przełyku jak i dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Powikłaniami wyżej wymienionych stanów może być zapalenie otrzewnej bądź powstanie ropnia [20].

Dławica piersiowa

Dławica piersiowa jest zespołem klinicznym charakteryzującym się uczuciem bólu w klatce piersiowej z powodu niedokrwienia mięśnia sercowego [21]. Głównymi czynnikami mogącymi wywołać ból w klatce piersiowej są: wysiłek fizyczny, spożywanie posiłku, ekspozycja na zimno i stres [3]. Głównym i najczęstszym objawem dławicy jest ból w klatce piersiowej. Ból ma charakter ucisku, dławienia, duszenia. Od bólu zawałowego odróżnia go brak ostrego, klującego charakteru. Jednakże znajduje się w tym samym miejscu, co ból zawałowy – zamostkowo i promieniuje w ten sam sposób – do szyi, żuchwy, lewego ramienia i pleców. W przypadku wystąpienia bólu należy natychmiast przerwać zabieg i ocenić stan

pacjenta. W celu złagodzenia objawów stosuje się związki z grupy nitratów np. nitroglicerynę. Pacjent świadomy swojej choroby może posiadać nitroglicerynę ze sobą w postaci tabletek podjęzykowych bądź spray,'u, które powinien zażyć. Jeśli objawy nie ustępują w całości należy powtórzyć dawkę, a gdy objawy utrzymują się powyżej 10 minut i nie ustępują po podaniu nitrogliceryny należy podejrzewać zawał serca i natychmiast wezwać pomoc.

Hiperwentylacja

O hiperwentylacji mówimy, kiedy osoba oddycha częściej niż normalnie. Fizjologicznie częstość oddechów zawiera się w przedziale 11-18 wdechów na minutę. Stan ten może powodować nadmierny stres. Zwiększona częstość oddychania powoduje szybsze usuwanie dwutlenku węgla z organizmu. Spada ciśnienie parcjalne dwutlenku węgla we krwi, którego następstwem jest skurcz naczyń. Pacjent odczuwa takie objawy jak mrowienie palców i ust, zawroty głowy czy w cięższych przypadkach utratę przytomności [3].

Aby pomóc pacjentowi należy przerwać zabieg i ocenić jego stan. Należy uspokoić pacjenta i zalecić mu wykonywanie ćwiczeń oddechowych (zalecić wdychanie powietrza przez nos, policzenie do ośmiu i powolne wypuszczenie przez usta). Można też zalecić pacjentowi oddychanie przez papierową torbę, powoduje to ponowne zwiększenie ciśnienia parcialnego dwutlenku węgla i ustąpienie dolegliwości.

Jeśli pacjent stracił przytomność należy postępować tak jak w omdleniu, czyli utrzymać drożność dróg oddechowych i kontrolować jego stan do czasu odzyskania świadomości.

Udar mózgu

Udar mózgu może powstać z niedotlenienia części tkanki mózgowej, bądź w wyniku wynaczynienia się krwi. Ryzyko udaru mózgu zwiększają nadciśnienie, palenie papierosów, cukrzyca, choroby naczyń, migotanie przedsionków, otyłość, hipelipidemia i nadmierne spożywanie alkoholu. Objawy mogą być bardzo zróżnicowane w zależności od uszkodzonej okolicy mózgu. U pacjenta może wystąpić utrata przytomności, osłabienie kończyn jednej części ciała, osłabienie ruchomości połowy twarzy [22]. W przypadku zgłaszania przez pacjenta tak niespecyficznych objawów w czasie zabiegu stomatologicznego należy go natychmiast przerwać, ocenić stan pacjenta, wezwać karetkę pogotowia i kontrolować stan pacjenta do czasu przybycia pomocy.

Starzejące się społeczeństwo, jest zjawiskiem demograficznym występującym nie tylko w krajach zachodnioeuropejskich, ale też w Polsce. Pacjenci w podeszłym wieku są specjalną grupą pacjentów obciążoną wieloma schorzeniami ogólnymi: cukrzycą,

nadciśnieniem, miażdżycą, niewydolnością serca. Przez nie i przez stosowane leki zwiększa się ryzyko powikłań w trakcie zabiegu stomatologicznego oraz wystąpienie stanów nagłych. Dokładnie przeprowadzony wywiad (podmiotowy i przedmiotowy) umożliwi prawidłowe zaplanowanie oraz wykonanie zabiegu stomatologicznego i zminimalizuje możliwość powikłań zdrowotnych.

Dlatego ważne jest wczesne rozpoznanie stanów nagłych zagrażających życiu lub zdrowiu. Prawidłowa diagnoza i szybkie podjęcie odpowiednich czynności ratowniczych jest bardzo ważne i pozwala pomóc pacjentowi gerostomatologicznemu.

Według wytycznych Polskiego Towarzystwa Resuscytacji nabyte umiejętności i wiedza z zakresu udzielania pierwszej pomocy pogarszają się po upływie 3-6 miesięcy, dlatego tak ważne jest częste przypominanie tych informacji lekarzom i członkom zespołu zabiegowego.

Piśmiennictwo

1. Johnson C.S..: Ageing and healthy life expectancy: Will the extended years be spent in good or poor health?. J. Indian. Acad. Geriatr., 2008, 4, 64-67.
2. Greenwood M., Corbett I.: Introduction, Infection Control and Prescribing.: Dental Emergencies. Wiley-Blackwell, UK, 2012, 1-12.
3. Wilson M.H., McArdle N.S., Fitzpatrick J.J., Stassen L.F.A.: Medical emergencies in dental practice. J. Ir. Dent. Assoc, 2009, 55, 134-143.
4. Atherton G.J., McCaul J.A., Williams S.A.: Medical emergencies in general dental practice in Great Britain. Part 1: Their prevalence over a 10- year period. Br. Dent. J., 1999, 186, 72-79.
5. Marenco J., Wang P., Link M.: Homoud.: Improving survival from sudden cardiac arrest: The role of the automated external defibrillator. J.A.M.A., 2001, 285, 1193-1200.
6. Plantz S.H., Adler J.N.: Resuscytacja [w:] Medycyna Ratunkowa, Jakubaszki J. (red.) Urban&Partner, Wrocław, 2000, 3-44.
7. Jedynak R., Jedynak B., Kierklo A.: Zastosowanie aktualnych wytycznych Europejskiej Rady Resuscytacji w praktyce stomatologicznej. M.S., 2010, 5, 36-41
8. Kułakowski P.: Omdlenia [w:] Choroby wewnętrzne. Stan wiedzy na rok 2011. Szczeklik A. (red.), Wyd. Med. Prakt., Kraków, 2011, 520-526
9. Tellez-Zenteno J.F., Pondal-Sordo M., Matijevic S., Wiebe S.: National and regional prevalence of self-reported epilepsy in Canada. Epilep., 2004, 45, 1623-1629.

10. Fisher R.S., van Emde Boas W., Blume W., et al.: Epileptic Seizures and Epilepsy: Definitions Proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). Epi., 2005, 46, 470-472.
11. Bochenek G., Gajewski P.: Astma [w:] Choroby wewnętrzne. Stan wiedzy na rok 2011, Szczeklik A. (red.), Wyd. Med. Prakt., Kraków, 2011, 611-624
12. Starzycki P.: Postępowanie w przypadkach nagłych. M.S., 2001, 6, 64-65
13. GINA Report, Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Updated December 2011.
14. Polskie Towarzystwo Diabetologiczne.: Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2012. Diabetol. Prakt., 2012, 1 (supl. A)
15. Wytyczne resuscytacji 2010. Andres J.(red.), Polska Rada Resuscytacji, Kraków, 2011, 5-74.
16. Kruszewski J.: Anafilaksja i wstrząs anafilaktyczny [w:] Choroby wewnętrzne. Stan wiedzy na rok 2011, Szczeklik A. (red.), Wyd. Med. Prakt., Kraków, 2011, 1891-1896
17. Wytyczne resuscytacji 2010. Andres J.(red.), Polska Rada Resuscytacji, Kraków, 2011, 223-265.
18. Nowicki R.: Obrzęk naczynioruchowy. [w:] Choroby wewnętrzne. Stan wiedzy na rok 2011, Szczeklik A. (red.), Wyd. Med. Prakt., Kraków, 2011, 1934-1938
19. Fingerhut L.A., Cox C.S., Warner M.: International comparative analysis of injury mortality. Findings from the ICE on injury statistics. International Collaborative Effort on Injury Statistics. Adv Data, 1998, 1–20.
20. Greenwood M., Corbett I.: Restorative Dental Emergencies.: Dental Emergencies. Wiley-Blackwell, UK, 2012, 57-84
21. Beręsewicz A.: Choroba niedokrwienna serca. [w:] Choroby wewnętrzne. Stan wiedzy na rok 2011, Szczeklik A. (red.), Wyd. Med. Prakt., Kraków, 2011, 165-168
22. Greenwood M.: Medical emergencies in detal practice. Periodontology 2000, 2008, 46, 27-41.

KULTUROTWÓRCZA ROLA FIZJOTERAPII



Kabsch Aleksander

Polska Szkoła Rehabilitacji Wiktora Degi i jej wkład w Kulturę

Wyższa Szkoła Fizjoterapii we Wrocławiu, Komisja Rehabilitacji i Integracji Społecznej O/PAN Poznań

Wprowadzenie

Uczestnicząc od lat 50. XX wieku w kształtowaniu się pojęcia rehabilitacji, jako procesu ukierunkowanego na człowieka – podmiot oraz we wdrażaniu rehabilitacji, jako systemu, coraz bardziej uświadamiam sobie wpływ rehabilitacji na świadomość ludzi i ich zachowania, zwłaszcza wpływ na świadomość społeczną. Szczególnie ten ostatni jest niezmiernie pozytywny gdyż wnika w dziedzinę społeczną oraz antropologiczną kultury człowieka.

Rozwinięcie tematu wymaga ustalenia pewnych podstawowych pojęć, takich jak:

- rehabilitacja
- potrzeby rehabilitacyjne
- bariery rehabilitacyjne
- kultura.

Rehabilitacja - kształtowanie się podstawowych pojęć rehabilitacji, porównania…

Termin ***rehabilitacja*** został wprowadzony po I Wojnie Światowej (1918?) przez Douglasa C. McMurtrie [1]. Zdefiniowano wtedy rehabilitację jako: *„…przywracanie potrzebującym najpełniejszej, jak można, fizycznej, psychicznej, społecznej, zawodowej i ekonomicznej przydatności”* .

Po II. Wojnie Światowej (1946) Uniwersytet Medyczny N.Y. powołał - pierwszy samodzielny ośrodek rehabilitacyjny dla inwalidów: *Department of Rehabilitation and Physical Medicine,* z dyrektorem prof. dr Howardem, Archibald Rusk (1901 – 1989).

W 1947 roku Howard A. Rusk założył w New York *Bellevue Institute of Rehabilitation Medicine*, w 1955 – World Rehabilitation Funddation, przekształcony w 1984 roku w *The Rusk Institute of Rehabilitaion Medicine*.

Filozofia Rehabilitacji H.A. Ruska

„ …rehabilitacja rozciąga się na okres zawarty ***między łóżkiem chorego, a jego warsztatem pracy.*** *Opieramy się raczej na pozostałych* ***zdolnościach chorego, a nie jego***

niezdolnościach i uczymy jak żyć i pracować przy tym co mu pozostało*" – całościowo, z jego problemami emocjonalnym, psychologicznymi i potrzebami socjalnymi"* (podkr. AK).

Czyli: Rehabilitacja pojmowana jako III faza leczenia (zob. dalej)

Polska/Poznań – korzenie poznańskiej / polskiej szkoły rehabilitacji (syntetycznie):

- 1913 – Poznański Zakład Ortopedyczny CARITAS dla dzieci kalekich, jako Fundacja Gąsiorowskich (na tej bazie Uniwersytet Poznański powierzył profesorowi Ireneuszowi Wierzejewskiemu zorganizowanie pierwszej w Polsce Kliniki Ortopedycznej, w której w latach 20. XX wieku, specjalizował się Wiktor Dega)
- 1945 – utworzono Katedrę i Klinikę Ortopedii w Uniwersytecie Poznańskim – z własnym programem kompleksowego leczenia (rehabilitacji) w chorobach narządów ruchu.
- 1956 – Wiktor Dega zostaje konsultantem krajowym ds. Rehabilitacji
- 1957 – 1967 Wiktor Dega jest ekspertem WHO w zakresie readaptacji
- 1960 – powołanie pierwszej w Polsce Katedry Medycyny Rehabilitacyjnej
- 1957/58 – powołano pierwszych konsultantów wojewódzkich ds. rehabilitacji
- 1959 - zatwierdzenie rehabilitacji jako specjalność II stopnia
- 1960 - powstała w Poznaniu I. polska Katedra Medycyny Rehabilitacyjnej
- 1970 – WHO i zaleca do upowszechnienia koncepcję kompleksowego usprawniania – rehabilitacji modo Dega

Porównanie koncepcji rehabilitacji Dega vs. Rusk

Filozofia Rehabilitacji H.A. Ruska:

„ ...rehabilitacja rozciąga się na okres zawarty między łóżkiem chorego a jego warsztatem pracy. ***Opieramy się raczej na pozostałych zdolnościach chorego, a nie jego niezdolnościach i uczymy jak żyć i pracować przy tym co mu pozostało"*** *– całościowo, z jego problemami emocjonalnym, psychologicznymi i potrzebami socjalnymi" (*podkr. AK).

Czyli: rehabilitacja pojmowana jako III faza leczenia (zob. dalej)

Dega pojmuje rehabilitację znacznie szerzej:

Rehabilitacja jest ***procesem medyczno – społecznym****, który dąży do zapewnienia osobom niepełnosprawnym godziwego* ***życia w poczuciu pożyteczności społecznej i bezpieczeństwa społecznego oraz zadowolenia"*** /podkreśl. AK/ . Proces rehabilitacji pojmowany jest prze Degę szeroko - od momentu wykrycia jakichkolwiek dysfunkcji, oraz rozszerzany o - profilaktykę rehabilitacyjną, tym samym umiejscawia rehabilitację w II Fazie leczenia! Rehabilitacja rozumiana jest tu jako **proces:**

- ciągły, kompleksowy dotyczący Osoby - Podmiotu, z atrybutami:
- wczesności zapoczątkowania,
- ciągłości,
- powszechności,
- z psychoterapeutycznym treningiem pacjenta i jego środowiska w dążeniu do *akceptacji niepełnosprawności!*

Modele leczenia Rusk vs Dega

- **Faza I – rozpoznanie R. i D.,**
- **Faza II – leczenie zintegrowane z rehabilitacją - wg Degi,**
- **Faza III – rehabilitacja - wg Ruska,**

Powstał i funkcjonował **polski SYSTEM REHABILITACJI w oparciu o:**

- Krajowy Zespół Konsultacyjny: konsultant krajowy + konsultanci wojewódzcy,
- Krajową Sieć Wojewódzkich Przychodni Rehabilitacyjnych,
- Poradni Zaopatrzanie Ortopedycznego,
- Kliniki i Katedry Rehabilitacji, ze specjalistycznymi Instytutami Resortowymi.

Osoba niepełnosprawna (Obecnie, od 2005 : „osoba z niepełnosprawnością" - WHO, 2005).

Na tym tle – ukształtowało się pojęcie osoby niepełnosprawnej: ***osoba z naruszoną sprawnością funkcjonalną lub aktywnością życiową w stopniu utrudniającym pełnienie właściwych ról społecznych.***

W definicji tej wyróżnić trzeba trzy elementy:

- naruszenie sprawności funkcjonalnej, co mieści się głównie w sferze psychofizycznej,
- naruszenia aktywności życiowej - obszar psychospołeczny,
- rola społeczna jednostki.

Uwagę zwraca podmiotowy charakter tej definicji, co od razu ukierunkowuje istotę działania na rzecz osób niepełnosprawnych - czyli rehabilitację.

Potrzeby rehabilitacyjne (PR) – formalne pojęcie WHO definiowane jako:

„…stan człowieka, w którym bez pomocy z zewnątrz dochodzi do ograniczeń w jego funkcjonowaniu."

Potrzeby rehabilitacyjne są różnorodne, niepełnosprawność bowiem, jest cechą tak indywidualną jaką tylko człowiek może być podmiotową indywidualnością. Zatem, w procesie rehabilitacji obowiązuje **zasada Indywidualizacji.**

Bariery rehabilitacyjne (BR) – także pojęcie formalne WHO

„…czynniki zewnętrzne powodujące utrudnienia lub ograniczenia życiowe jednostki **[podmiotu], np. czynniki: - społeczne, zawodowe, kulturowe, architektoniczne, urbanistyczne i komunikacyjne, techniczne, legislacyjne itp."**

Kultura

Termin wieloznaczeniowy, interpretowany w różny sposób przez przedstawicieli różnych nauk. Najczęściej rozumiana jest jako***: „… całokształt duchowego i materialnego dorobku społeczeństwa. Obejmuje całość ludzkich zachowań, działań i ich efektów. Obejmuje charakterystyczne dla danego społeczeństwa wzory postępowania, także to, co w zachowaniu ludzkim jest wyuczone, w odróżnieniu od tego, co jest biologicznie odziedziczone.*"** Bywa utożsamiana z cywilizacją [2].

Godne uwagi jest to, że kultura ma charakter społeczny, tak jak społeczne jest ludzkie działanie. Twórcą kultury jest człowiek, ale zarazem kultura kształtuje człowieka, gdyż żyje on w środowisku społecznym o kreślonej kulturze. Godne uwagi jest odniesienie się Jana Pawła II do tego faktu w przemówieniu w siedzibie UNESCO - United Nations Education and Cultural Organization (02.06.1980):

"Kultura jest właściwym sposobem bytowania człowieka. Człowiek bytuje zawsze na sposób jakiejś kultury sobie właściwej, która z kolei stwarza pomiędzy ludźmi właściwą dla nich więź, stanowiąc o międzyludzkim i społecznym charakterze ludzkiego bytowania".

Tym wymiarem zasadniczym jest człowiek, człowiek w swojej integralności, człowiek, który żyje jednocześnie w sferze wartości materialnych i duchowych

Genus humanum arte ratione viviti [3] - *rodzaj ludzki żyje sztuką i rozumem* - słowa te mają sens ogólnoludzki, w którym spotykają się ze sobą różne tradycje, stanowiące duchowe dziedzictwo ludzkości i różne epoki jej kultury. Znaczenie istotne kultury, wedle powyższych słów, polega na tym, że jest ona właściwym kształtem życia człowieka jako takiego. Człowiek żyje prawdziwie ludzkim życiem dzięki kulturze. Jego życie jest kulturą również i w tym znaczeniu, że poprzez nią człowiek odznacza się i odróżnia od całej reszty istnień wchodzących w skład widzialnego świata: człowiek nie może obejść się bez kultury. Kultura jest właściwym sposobem istnienia i bytowania człowieka.

Polski model rehabilitacji Degi w odniesieniu do kultury człowieka

U podstaw tego modelu jest:

- proces rehabilitacji ukierunkowany na daną jednostkę osoby jako podmiot,
- podmiotowe traktowanie człowieka jako pełnoprawnej jednostki społecznej,
- w znaczeniu dwukierunkowym: osoba z niepełnosprawnością ⇄ środowisko,

- wdrażanie w świadomość społeczną – sensu i konieczności społecznego udziału w procesie rehabilitacji.

Rozwój tak pojętej rehabilitacji ma znaczący wpływ na zmiany i modyfikacje kulturowych „*wzorców myślenia i zachowania",* ukierunkowane na*: godność człowieka, na akceptowanie go takim jaki jest, na niesienie mu pomocy.*

Zarazem, poprzez rehabilitację wzrosła samoświadomość osób rehabilitowanych i ich środowisk, a za tym społeczna świadomość, owocująca coraz liczniejszymi, nowymi inicjatywami na rzecz osób z niepełnosprawnościami! Co już samo w sobie jest wkładem w kulturę - środowisk, grup, narodów, państw.

W tym zakresie idea Degi ma znaczący wkład w kulturowy obszar „*wzorców myślenia i zachowań".* Tym samym, idea Degi wnosi istotne wartości do ogólnej kultury człowieka, zwłaszcza w sferze kultury społecznej!

Poza tym, s**wym programem Dega wpisuje się w:** *„Standardowe Zasady Wyrównywania Szans dla Osób z Niepełnosprawnościami"* [3]. Punktem wyjścia jest tu pojęcie *Rehabilitacji* jako procesu ad *personam, individuum / subiectum.*

Podobnie, z wyprzedzeniem wpisuje się w System ICF.

Piśmiennictwo

1. McMurtrie, Douglas, Crawford [1888-1944]. Dyr. American Red Cross Institute for Crippled and Disabled Men, New York [1918…?]
2. http://pl.wikipedia.org/wiki/Kultura, data pobrania 1.05.2014,
3. św. Tomasz z Akwinu: *Genus humanum arte ratione viviti*
4. United Nations Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities. General Assembly 48th. Session 20, December 1993, Resolusion 48/96, NY, UN Department of Public Info. 1994

oraz

J.P.II: Przyszłość człowieka zależy od kultury – przemówienie Papieża Jana Pawła II wygłoszone 2 czerwca w UNESCO, Więź, 1980, 7-8, 5-18.

Kułak Agnieszka[1], Bejda Grzegorz[2], Kułak Piotr[3,4], Kulak Joanna[5]

Postawy zawodowo czynnych pielęgniarek wobec osób niepełnosprawnych

1. Studenckie Koło Naukowe Kliniki Rehabilitacji Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Radiologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Papieski Wydział Teologiczny w Warszawie, Sekcja św. Jana Chrzciciela, Studium Teologii w Białymstoku
4. Stypendysta w ramach projektu „Studiuję, badam, komercjalizuję – program wsparcia doktorantów UMB", Poddziałanie 8.2.1 Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego
5. Zakład Anatomii Prawidłowej Człowieka, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp

Problem odniesienia do osób niepełnosprawnych ruchowo i intelektualnie, jak podkreśla Kossewska [1], zmieniał się na przestrzeni wieków, w zależności od dominujących poglądów społecznych i filozoficznych. Początkowo obejmował dyskryminację, izolację lub segregację, a nawet eutanazję (w faszystowskim ustroju narodowosocjalistycznym), aby współcześnie dojść do integracji niepełnosprawnych z resztą społeczeństwa.

Za Larkową [2], wobec osób z niepełnosprawnościami, można wyróżnić postawy:

- uczuciową pozytywną - okazywanie życzliwości i sympatii
- uczuciowa pośrednia - współczucie, litość, obojętność
- uczuciowa negatywna - niechęć do widoku inwalidztwa
- wolicjonalna pozytywna - akceptacja i chęć utrzymania kontaktów
- wolicjonalna pośrednia - przyglądanie się
- wolicjonalna negatywna - unikanie kontaktu z osobami niepełnosprawnymi
- intelektualna pozytywna - uznanie, szacunek dla osób niepełnosprawnych
- intelektualna pośrednia - ciekawość, zainteresowanie
- intelektualna negatywna - ujemna ocena niepelnosprawnych [2].

Witkowski [3] pod pojęciem „osoby niepełnosprawne" rozumienie ich trudności i osiągnięć.

W literaturze przedmiotu [cyt. za 4] podaje się, iż osoby pochodzące z różnych krajów różnią się pomiędzy sobą pod względem postaw wobec osób niepełnosprawnych. Najbardziej pozytywne postawy ujawnili Niemcy, Anglicy i Włosi, mniej pozytywne – Chińczycy, Grecy oraz Arabowie. W każdej z tych narodowości najbardziej akceptowano osoby chore na astmę, cukrzycę, mające problem z układem krążenia i choroby stawów, a najmniej – osoby chore na AIDS, niepełnosprawne umysłowo oraz chore psychicznie [cyt. za

4]. Podkreśla się [cyt. za 4], że negatywne postawy wobec osób niepełnosprawnych mogą wystąpić szczególnie wtedy, gdy charakteryzują się one takimi cechami, jak np.: manifestowanie kalectwa, zbytnie żądanie przywilejów, unikanie innych osób, zamykanie się w sobie, uskarżanie się na inwalidztwo, bierność i poddanie się z rezygnacją losowi, kpiące z kalectwa zachowanie się, a także złośliwość, agresywność, czy nieliczenie się z innymi.

Witkowska [5] wykazała, że osoby o bardziej pozytywnych postawach wobec osób niepełnosprawnych charakteryzowały się wyższym poziomem inteligencji ogólnej, myślenia dywergencyjnego i samooceny (ogólnej oraz oceny stosunku do siebie i do innych ludzi). Osoby te, w porównaniu z innymi o bardziej negatywnych postawach, były bardziej niezależne od pola percepcyjnego, bardziej refleksyjne oraz bardziej preferowały wartości moralne, religijne, społeczne, a także artystyczno-estetyczne, mniej zaś – wartości prestiżowe [5].

Maksimowicz [cyt. za 4] stwierdziła dodatnie, istotne statystycznie współczynniki korelacji między postawami wobec osób niepełnosprawnych, a ogólnym poczuciem sensu życia, jak też jego składnikami, tj. celami życia, afirmacją życia, oceną siebie, oceną własnego życia, poczuciem wolności i odpowiedzialności. Z bardziej pozytywnymi postawami wobec osób niepełnosprawnych współwystępowało większe poczucie, iż życie ma sens i jest celowe. [cyt. za 4].

Cel pracy - ocena postaw grupy zawodowo czynnych pielęgniarek wobec osób niepełnosprawnych.

Materiał i metody badawcze

Badania przeprowadzono w grupie 104 zawodowo czynnych pielęgniarek, w oparciu o autorski kwestionariusz ankietowy opracowany w Zakładzie Zintegrowanej Opieki Medycznej na podstawie literatury [6,7,8] oraz przemyśleń własnych.

Kwestionariusz składał się z dwóch części, pierwszej - metryczkowej zawierającej 7 pytań (wiek, płeć, miejsce zamieszkania, staż pracy, wykształcenie, specjalizacje, miejsce pracy, zajmowane stanowisko) 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 do osób niepełnosprawnych społeczeństwa, 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

Badaniu poddano 104 zawodowo czynne pielęgniarki, z reguły w wieku 41-50 lat (60,6%) i 31-40 lat (32,7%). Pozostałe respondentki zakwalifikowano do grup wiekowych od 20 do 30 lat - 2,9% oraz od 51 do 60 lat - 6,7%. Większość pielęgniarek mieszkała w mieście - 80,8% i legitymowała się dyplomem liceum medycznego (83,7%). Wyższe wykształcenie posiadało jedynie 6,7% badanych i były to absolwentki pedagogiki (3,8%) lub politologii, teologii i administracji (po 0,96%). Specjalizacji nie posiadało 51,9% ankietowanych. Pozostałe były specjalistkami w zakresie pielęgniarstw: zachowawczego (13,5%), chirurgicznego (9,6%), pediatrycznego (8,7%), anestezjologicznego i intensywnej opieki (3,8%), epidemiologicznego lub rodzinnego (po 2,9%), operacyjnego lub ratunkowego (po 1,9%) oraz opieki długoterminowej, onkologicznego lub środowiska nauczania i wychowania (po 0,96%). Najczęściej badane pracowały w zawodzie od 21 do 30 lat (47,1%), od 16 do 20 lat (17,3%) i od 11 do 15 lat (15,4%). Reszta powyżej 30 lat (7,7%), od 1do 5 lat (6,7%) oraz od 6 do 10 lat (5,8%). Ich miejscem pracy był z reguły szpital (83,7%) lub przychodnia (11,5%), a najrzadziej pogotowie ratunkowe (2,9%) lub dom pomocy i szkoła (po 0,96%). Pielęgniarki realizowały się zawodowo, jako pielęgniarka: odcinkowa (62,5%), zabiegowa (16,3%), koordynująca (9,6%), zespołu wyjazdowego (2,9%) lub środowiskowa, oddziałowa anestezjologiczna, starsza specjalistka (po 1,9%) i szczepienna (0,96%).

Respondentki deklarowały, iż w swoim otoczeniu mają lub miały osoby niepełnosprawnymi wśród znajomych, przyjaciół (41,3%), mają lub miały takie osoby w rodzinie (23,1%), znają takie osoby, ale niezbyt dobrze lub tylko z widzenia (20,2%) lub miały kontakt z takimi osobami tylko w trakcie zajęć w szkole, na uczelni (4,8%). Osób niepełnosprawnych nie znało 1,9% badanych, a żadnego kontaktu z nimi nie miało - 7,7% z nich.

Pielęgniarki pod pojęciem „niepełnosprawność" rozumiały najczęściej trudności w funkcjonowaniu w społeczeństwie (47,1%), potrzebę funkcjonowania z pomocą innych (45,2%) i brak całkowitej sprawności ruchowej (21,2%). Pozostałe wiązały ją z widocznymi zniekształceniami ciała (10,6%), zaburzonym funkcjonowaniem zmysłów (9,6%) lub chorobą psychiczną (8,7%).

Ankietowane zapytane o słowo (cechę), jakie pierwsze przychodzi im do głowy na określenie osoby niepełnosprawnej, najczęściej wskazywały: „potrzebujący pomocy/opieki" (19,2%), „kaleka" (12,5%) i „niesprawny ruchowo/fizycznie" (11,5%). Rzadziej podawały: „inwalida" (7,7%), „niesamodzielny" (4,8%), „sprawny inaczej" (3,8%), „ułomny" (2,9%), „chory", „pokrzywdzony", „mający trudności w adaptacji", „poruszający się na wózku

inwalidzkim" (po 1,9%) lub „odważny", „bezradny", „nieszczęśliwy", „spowolniały", "mający trudności w znalezieniu pracy" (po 0,96%).

Osoba niepełnosprawna wzbudzała w badanych pielęgniarkach różne uczucia, od chęci pomocy (65,4%), empatii (23,1%), zainteresowania się jej problemami (17,3%), po chęć poznania takiej osoby lub litość (po 4,8%). Żadnych uczuć nie wzbudzała taka osoba u 3,8% badanych.

W opinii większości ankietowanych (81,7%), osoba niepełnosprawna powinna zawierać małżeństwo (zdecydowanie tak - 35,6% , raczej tak - 46,2%). Odmiennego zdania było 1,9% respondentów, a 16,3% z nich nie złożyło konkretnej deklaracji w powyższej kwestii.

Zdecydowana większość pielęgniarek (62,5%), było także przekonanych, iż osoba niepełnosprawna powinna mieć dzieci (zdecydowanie tak - 18,3% , raczej tak - 44,2%). „Raczej nie" twierdziło 3,8% respondentów, a aż 33,7% wskazało odpowiedź „trudno powiedzieć".

Respondentki w 40,4% twierdziły, iż stosunek większości ludzi w naszym kraju do osób niepełnosprawnych jest dość dobry. Za „raczej niedobry" uważało go 35,6% badanych, za „zły" (niewłaściwy) - 10,6% , a jako „bardzo dobry" - 0,96% osób. Zdecydowanej opinii w powyższej kwestii nie miało 12,5% ankietowanych.

Najwięcej (98,1%) pielęgniarek było przekonanych, iż osoby niepełnosprawne powinny pracować. Odmiennego zdania było 0,96% badanych i tyleż samo było niezdecydowanych. W 88,5% uważały także, iż może pracować wszędzie, razem ze zdrowymi, ale pod warunkiem, iż będzie miała przystosowane stanowisko pracy. W zorganizowanych specjalnie dla inwalidów i osób niepełnosprawnych zakładach pracy widziałoby ich 7,7% badanych, a 3,8% pielęgniarek nie wypowiedziało się zdecydowanie w powyższej kwestii.

Zdecydowana większość ankietowanych (91,3%, w tym 62,5% - zdecydowanie nie, 28,8% - raczej nie) wyraziła opinie, iż osoby niepełnosprawne nie powinny mieszkać w oddzielnych domach. Przeciwnego zdania było 4,8% badanych, a 3,8% nie miało w powyższej kwestii zdania.

Za klasami integracyjnymi, w których uczyłyby się osoby niepełnosprawne z pełnosprawnymi rówieśnikami opowiedziało się 91,3% pielęgniarek (w tym 66,3% zdecydowanie tak i 25% raczej tak). Odmienne zdanie miało 6,7% (w tym 4,8% raczej nie i 1,9% zdecydowanie nie) badanych. Niedecydowanych było 1,9% osób.

W opinii respondentów opiekować się ludźmi niepełnosprawnymi, wspomagać ich w codziennych sprawach, powinni przede wszystkim: rodzina (79,8%), pracownicy pomocy/opieki społecznej (30,8%), przyjaciele/znajomi (24,0%), grupy samopomocy (22,1%), pracownicy (0,96%). Zdania w powyższej kwestii nie miało 3,8% osób.

O tym, iż społeczeństwo nie jest gotowe do udzielania pomocy niepełnosprawnym, przekonanych było 54,8% pielęgniarek (w tym 48,1% raczej nie i 6,7% zdecydowanie nie). Reszta - 35,6% (w tym 31,7% raczej tak i 3,8% zdecydowanie tak) badanych, twierdziła przeciwnie lub nie była pewna, jaką odpowiedź wybrać (po 9,6%).

W opinii 77,9% badanych niepełnosprawni nie mają pełnego dostępu do wszystkich dziedzin życia społecznego, a o tym, iż tylko w wybranych dziedzinach, bez wymienienia jakich - 5,8% osób. Odmiennego zdania było 3,8% ankietowanych, a 12,5% nie miało zdecydowanego zdania w powyższej kwestii.

Podobne wyniki uzyskano w kwestii oceny pełnego dostępu niepełnosprawnych do wszystkich dziedzin życia zawodowego. Odpowiedź „tak" wybrało 1,9% badanych, „nie" - 78,8%, „tylko w wybranych dziedzinach", bez podania w jakich - 6,7% i „trudno powiedzieć" - 12,5%.

Respondentów zapytano, czy gdyby powstała na przykład 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 czy mieliby czas i chęci na udział w takiej opiece, czy też nie? Większość z nich (73,1%, w tym 32,7% tak i 40,4% raczej tak) zadeklarowała swoją pomoc w powyższym, a 7,7% podało, iż już uczestniczy w takiej pomocy. Nie chciało by służyć pomocą niepełnosprawnym 10,6% pielęgniarek (w tym 8,7% raczej nie i 1,9% absolutnie nie), a 8,7% nie wiedziało, jakby postąpiło.

Większość badanych pielęgniarek raczej podjęłaby się opieki nad przewlekle chorymi (38,5%), niedowidzącymi (42,3%), niewidomymi (39,4%), słabosłyszącymi (42,3%) głuchymi (38,5%), z widocznymi zniekształceniami, oszpeceniami ciała (27,9%), niepełnosprawnymi ruchowo (41,3%) oraz z wadami wymowy (43,3%). Najchętniej badane opiekowałyby się niepełnosprawną młodzieżą (w tym 30,7% zdecydowanie tak i 37,5% raczej tak), niepełnosprawnymi dziećmi (w tym 35,6% zdecydowanie tak i 31,7% raczej tak), niepełnosprawnymi dorosłymi (w tym 28,8% zdecydowanie tak i 38,5% raczej tak), a rzadziej niepełnosprawnymi osobami starszymi (w tym 26,9% zdecydowanie tak i 32,7% raczej tak). Najwięcej (42,3%) oporów rodziła jednak opieka nad osobami z niedorozwojem umysłowym, bez względu an wiek podopiecznych. W tym przypadku, aż

33,2% badanych wskazało odpowiedź „raczej nie" i 8,7% „zdecydowanie nie". Pozostałe wyniki zawiera Tabela 1.

Tab. 1. Preferowane przez pielęgniarki grupy niepełnosprawnych , nad którymi mogłyby podjąć opiekę

Rodzaj niepełnosprawności	Decyzja					razem
	Zdecydowanie tak	Raczej tak	Zdecydowanie nie	Raczej nie	Trudno powiedzieć	
Część A (odsetek badanych)						
niedorozwój umysłowy	19,2%	15,4%	8,7%	**33,7%**	23,1%	100%
przewlekle chorzy (np. choroba nowotworowa, stwardnienie rozsiane)	29,8%	**38,5%**	7,7%	8,7%	15,4%	100%
niedowidzący	27,9%	**42,3%**	4,8%	12,5%	12,5%	100%
niewidomi	25,0%	**39,4%**	7,7%	12,5%	15,4%	100%
słabosłyszący	23,1%	**42,3%**	8,7%	9,6%	16,3%	100%
głusi	25,0%	**38,5%**	7,7%	12,5%	16,3%	100%
widoczne zniekształcenie, oszpecenie ciała	26,9%	**27,9%**	11,5%	13,5%	20,2%	100%
niepełnosprawni ruchowo	29,8%	**41,3%**	3,8%	7,7%	17,3%	100%
z wadami wymowy	27,9%	**43,3%**	3,8%	10,6%	14,4%	100%
Część B (odsetek badanych)						
Niepełnosprawne dzieci	**35,6%**	31,7%	6,7%	13,5%	12,5%	100%
Niepełnosprawna młodzież	30,7%	**37,5%**	2,9%	16,3%	12,5%	100%
Niepełnosprawni dorośli	28,8%	**38,5%**	6,7%	11,5%	14,4%	100%
Niepełnosprawne osoby starsze	26,9%	**32,7%**	9,6%	11,5%	19,2%	100%

Zdaniem większości (90,4%) respondentek najodpowiedniejszy do funkcjonowania osoby niepełnosprawnej jest model integracyjny (osoby niepełnosprawne wśród zdrowych, te same szkoły, miejsca pracy, domy). Za modelem separacyjnym opowiedziała się jedynie jedna (0,96%) osoba, a niezdecydowanych w powyższej kwestii było 8,7% badanych.

Najważniejszymi, w opinii pielęgniarek, trudnościami na jakie w życiu codziennym napotykają niepełnosprawni, są trudności w: znalezieniu pracy (66,3%), prowadzeniu gospodarstwa domowego (45,2%) oraz odrzucenie przez przyjaciół (36,4%), nie realizowanie marzeń rodzicielskich (27,9%) i odrzucenie przez rodzinę (26,9%). Opinii swojej nie wyraziło 6,7% ankietowanych.

Za jazdą przez osoby niepełnosprawne samochodem opowiedziało się 49,0% badanych (w tym 14,4% wskazało - zdecydowanie tak i 34,6% - raczej tak). Przeciwne powyższemu było 26,9% osób, w tym - 16,3% stwierdziło „raczej nie" i 10,6% „zdecydowanie nie"). Spory odsetek (24,0%) nie miał w tej kwestii wyrobionej opinii.

Za karaniem parkowania w miejscach przeznaczonych dla osoby niepełnosprawnej opowiedziało się 81,7% pielęgniarek (w tym 49,0% - zdecydowanie tak i 32,7% - raczej tak). Przeciwnikami stosowania kar było 5,8% badanych (3,8% - raczej nie, 1,9% - zdecydowanie nie). Niezdecydowanych było 12,5% osób.

W opinii 84,6% respondentów (w tym 57,7% zdecydowanie tak i 26,9% raczej tak) w miastach powinny kursować wszystkie autobusy miejskie dostosowane do potrzeb osoby niepełnosprawnej. Odmienne zdanie wyraziło 8,7% ankietowanych (raczej nie - 7,7%, zdecydowanie nie - 0,96%) , a pozostali - 6,7% wskazało wariant „trudno powiedzieć".

O tym, iż sklepy powinny mieć podjazdy przeznaczone dla osoby niepełnosprawnej przekonanych było 93,3% pielęgniarek (zdecydowanie tak - 78,8%, raczej tak - 14,4%). Pozostali respondenci wskazali: „raczej nie" - 0,96%, zdecydowanie nie - 1,9% lub „trudno powiedzieć" - 3,8%.

Pielęgniarki za grupy niepełnosprawnych, którym najtrudniej jest funkcjonować, i uznały osoby z: uszkodzonym narządem ruchu (31,7%), niedostosowanych społecznie (25,0%), z głębszymi zaburzeniami mowy (10,6%) lub osoby niewidome (15,4%) i głuche (3,8%). Opinii swojej nie potrafiło przedstawić 13,5% badanych.

Zdaniem ankietowanych osoby niepełnosprawne są średnio aktywne zarówno w życiu zawodowym (46,2%), jak i w życiu społecznym (53,8%). Pozostałe respondentki uważały, iż są oni bardzo aktywni (25,0% w życiu zawodowym i 12,5% w życiu społecznym) lub bierni (4,8% wżyciu zawodowym i 9,6% w życiu społecznym). Wyrobionego zdania w powyższej kwestii nie miało aż po 24,0% badanych i to zarówno w kwestii życia zawodowego, jak i życia społecznego.

Badane pielęgniarki z reguły uważały, iż wszelkie kampanie społeczne dotyczące osób niepełnosprawnych, są potrzebne - 70,2%. Jako niepotrzebne oceniło je 1,9% osób, a za drażniące - 0,96%. O tym, iż pokazują prawdziwy obraz niepełnosprawności, było przekonanych 9,6% ankietowanych, a że ukazany w nich obraz niepełnosprawności nie jest prawdziwy - 1,9% z nich. W grupie 5,8% wzbudzały chęć niesienia pomocy, a 9,6% osób miało problem w wybraniu preferowanej odpowiedzi.

W opinii 53,8% respondentów kontakt z osobą niepełnosprawną stwarza możliwość poznania ich problemów, uczy niesienia pomocy - 42,3% i daje satysfakcję moralną

wyniesioną ze spotkań z nimi - 25,96%. Trudności w sprecyzowaniu własnej opinii miało 3,8% pielęgniarek.

Większość (66,3%) badanych nie potrafiła wymienić żadnej kampanii społecznej dotyczącej osób niepełnosprawnych. Pozostali najczęściej wymieniali akcje: Fundacji Anny Dymnej (5,8%), likwidacji barier architektonicznych, Pomagam.pl lub marsz o godności osób niepełnosprawnych (po 3,8% wskazań), a następnie - Nie jestem sam lub paraolimpiady (po- 2,9% wskazań) oraz akcje Eleos, Mam niepełnosprawnych lub Niepełnosprawni-pełnosprawni w pracy (po 1,9%). Pojedyncze osoby (po 0,96%) wskazały na: akcje Fundacji AMTIO, Maraton Bez Granic, Chciałbyś Być Na Naszym Miejscu, POLSAT dzieciom, akcje Fundacji Sprawni Inaczej, Razem Łatwiej, Bądźmy razem lub Hospicjum to też życie.

Podobnie zdecydowana większość (62,5%) pielęgniarek nie potrafiła wymienić żadnej organizacji działającej na rzecz osób niepełnosprawnych. Pozostali wymieniali: PEFRON (9,6%), Polski Związek Niewidomych i Fundację Anny Dymnej MIMO WSZYSTKO (po 8,7%), Fundację Ewy Blaszczyk AKOGO i Stowarzyszenie Osób Niesłyszących, Ich Rodzin i Przyjaciół (po 7,7%), Fundację Synapsis (6,7%) oraz Szansę, Stowarzyszenie Jeden Świat, Stowarzyszenie Pomocy Osobom Niewidomym i Niedowidzącym, Fundację Aktywnej Rehabilitacji FAR , Fundację Pomocy dzieciom i młodzieży chorym na cukrzycę Beta, Stowarzyszenie Polsat i Stowarzyszenie Debra Polska Kruchy Dotyk (po 0-,96%).

Dyskusja

W literaturze przedmiotu [1-11] była wielokrotnie podkreślana wielowymiarowość postaw otoczenia wobec osób niepełnosprawnych.

Rubach [cyt. za 4] analizowała problem zależności między różnymi wymiarami obrazu siebie młodzieży licealnej a jej postawami wobec osób niepełnosprawnych, oddzielnie w grupie chłopców i dziewcząt. Stwierdziła ona, że chłopcy wykazujący większą potrzebę opiekowania się innymi, bardziej lubiący ludzi, bardziej taktowni w stosunku do innych, chętniej udzielający im pomocy i wsparcia, charakteryzują się bardziej pozytywnymi postawami wobec osób niepełnosprawnych. Większą akceptacją osób niepełnosprawnych charakteryzowali się także chłopcy bardziej pozytywnie nastawieni do życia i do innych ludzi, bardziej konsekwentni w swym działaniu, a także bardziej obowiązkowi oraz ceniący dobrą organizację [cyt. za 4]. Wyniki w grupie dziewcząt wskazały, że większa akceptacja osób niepełnosprawnych, łączyła się istotnie z większym optymizmem w przewidywaniu przyszłości, większą pracowitością, energią w działaniu, uporem w dążeniu do celu, solidnością, większym poczuciem obowiązku. Dziewczęta, które przejawiały bardziej

pozytywne postawy wobec osób niepełnosprawnych, charakteryzowały się również większą potrzebą rozumienia siebie i innych. Wykazywały także większą potrzebę opiekowania się innymi i większe nasilenie potrzeby afiliacji. Były również bardziej świadome rzeczywistości ora tolerancyjne. [cyt. za 4].

Wyniki badania CBOS z 2007 [6] roku dotyczące postaw wobec osób niepełnosprawnych wykazały, iż prawie połowa ankietowanych (45%) pozytywnie oceniała stosunek Polaków do osób niepełnosprawnych. Niemal tyle samo badanych (48%) było jednak przeciwnego zdania [6].

W opinii ankietowanych przez Stankiewicza [7], niepełnosprawni spotykają się na ulicy raczej z nieprzyjemnymi reakcjami, takimi jak: niezdrowa ciekawość (47,83%), obojętność (30,43%), wrogość (8,7%).

Jasińska -Kania i Staszyńska [12] badając młodzież podlaską wykazały, iż jest ona wyraźnie otwarta na osoby niepełnosprawne. Autorki wykazały jednocześnie, iż najwyższy odsetek osób deklarował negatywny stosunek do osób niepełnosprawnych w sferze biologicznej i intymnej (po 9%).

Biegańska [13] w grupie 57 siedemnastolatów z Lublina stwierdziła, iż tylko jedna z badanych osób uznała stosunek Polaków do osób niepełnosprawnych jako bardzo dobry. Jako „dość dobry" określało go 17 osób, jako raczej „niedobry" -18, a „zły" - 7 osób. Blisko połowa badanych (49,1%) znała osoby niepełosprawne tylko z widzenia, a 15,79% twierdziło, że w ogóle nie zna osób niepełnosprawnych [13]. Trzynaście osób (22,8%) miało osoby niepełnosprawne wśród swoich znajomych , a 6 miało takie osoby w rodzinie. Tylko jedna z badanych osób (1,8%) przyznała, że sama siebie uważa za osobę niepełnosprawną [13].

Krajewska-Kułak i wsp. [14] objęli 101 studentów kierunku pielęgniarstwo. Studenci w swoim otoczeniu mają/miały osoby niepełnosprawne (24,8%). Pojęcie "niepełnosprawność" kojarzyło się im z reguły z trudnościami w funkcjonowaniu w społeczeństwie (39,6%). Stosunek ludzi do osób niepełnosprawnych jest w opinii (39,6%) badanych dość dobry. Największą postrzeganą trudnością osób niepełnosprawnych było znalezienie pracy (65,3%). Za grupę o największych problemach uważano osoby z uszkodzonym narządem ruchu (31,7%) [14].

Żebrowska i wsp. [15] badaniem objęła 228 studentów. Pojęcie „niepełnosprawność" kojarzyło się im z reguły z brakiem całkowitej sprawności ruchowej (21,5%). Badani preferowali model separacyjny funkcjonowania osoby niepełnosprawnej (32%). Największą ich zdaniem trudnością w funkcjonowaniu osób niepełnosprawnych było znalezienie pracy

(21%), a grupą o największych problemach — osoby z głębszymi zaburzeniami mowy i osoby niesłyszące (po 21%) [15].

W obecnym badaniu 40,4% pielęgniarek twierdziło, iż stosunek większości ludzi w naszym kraju do osób niepełnosprawnych jest dość dobry, ale jednocześnie 54,8% z nich uważało, że społeczeństwo nie jest gotowe do udzielania pomocy niepełnosprawnym. Większość badanych (64,4%) miała osoby niepełnosprawnymi wśród znajomych, przyjaciół lub w rodzinie, 20,2% znała takie osoby, ale niezbyt dobrze lub tylko z widzenia, a 4,8% miało kontakt z nimi tylko w trakcie nauki. Osób niepełnosprawnych nie znało 1,9% badanych, a żadnego kontaktu z nimi nie miało - 7,7% z nich.

W badaniach Pankiewicz i wsp. [8] stwierdzono, iż niepełnosprawni fizycznie, w przeważającej większości (49,3%) uważali sytuację życiową osób psychicznie chorych za zdecydowanie gorszą (26,44%) i raczej gorszą (22,98%) w porównaniu do sytuacji życiowej innych niepełnosprawnych. Wyniki badania CBOS z 2007 roku [6] wykazały, iż przeważająca większość ankietowanych (79%) uważała, że ludzie niepełnosprawni, jeśli chcą i mogą, powinni pracować, nawet gdy renta wystarcza im na utrzymanie. Przeciwny pogląd wyrażało 16% respondentów. Ponadto 61% badanych przyznało, że oprócz wynagrodzenia za pracę powinni oni pobierać również rentę. Co szósty respondent (17%) był przeciwny łączeniu pensji i renty, a 12% uważało, że w poszczególnych przypadkach powinno to zależeć od okoliczności. Zdecydowana większość Polaków (76%) opowiadała się za zatrudnianiem osób niepełnosprawnych razem ze zdrowymi pracownikami, natomiast 17% popierało segregacyjny model zatrudnienia [6]. O tym, iż niepełnosprawni powinni pracować, przekonanych było ponad 95% respondentów badanych przez Stankiewicza [7], ale jednocześnie ponad 82% było zdania, że ta praca nie powinna się odbywać w specjalnych zakładach zatrudniających samych inwalidów.

W opinii 77,9% obecnie badanych pielęgniarek niepełnosprawni nie mają pełnego dostępu do wszystkich dziedzin życia społecznego, a w 78,8% do wszystkich dziedzin życia zawodowego. O tym, iż niepełnosprawni powinni pracować, było przekonanych 98,1% pielęgniarek, a zdaniem 88,5% z nich mogą pracować wszędzie, razem ze zdrowymi, ale pod warunkiem, iż będzie miała przystosowane stanowisko pracy.

Według respondentów z badania CBOS z 2007 roku [6], opieka nad ludźmi niepełnosprawnymi i wspomaganie ich w codziennych sprawach powinny należeć przede wszystkim do obowiązków rodziny (94%), służby zdrowia (75%) i pracowników opieki społecznej (67%). Znacznie rzadziej byli wskazywani w tym kontekście przyjaciele, znajomi (23%), organizacje religijne (9%), inni niepełnosprawni, grupy samopomocy (6%) [6].

W opinii 79,3% studentów z badania Krajewskiej -Kułak i wsp. [14] oraz 81% z badania Żebrowskiej i wsp., opiekować się niepełnosprawnymi powinna z reguły rodzina.

Podobne stanowisko zaprezentowały także oceniane pielęgniarki, bowiem zdaniem 79,8% z nich opiekować się ludźmi niepełnosprawnymi, wspomagać ich w codziennych sprawach, powinna przede wszystkim rodzina.

W badaniu CBOS z 2007 roku [6], dwie trzecie ankietowanych (65%) deklarowało gotowość udzielania bezinteresownej pomocy sąsiedzkiej osobie niepełnosprawnej. Zaledwie 6% z nich twierdziło, że już uczestniczy w takiej pomocy, a co piąty (20%) nie chciałby wziąć udziału w tego rodzaju inicjatywie [6]. Deklarowana przez respondentów gotowość niesienia pomocy była uzależniona od rodzaju niepełnosprawności, w tym najrzadziej chcieliby pomagać osobom z chorobami psychicznymi [6]. W raporcie Stankiewicza [7], można stwierdzić, iż w większości badani włączyliby się w akcję wolontarystycznej pomocy niepełnosprawnemu sąsiadowi (ponad 78%), nie mieliby nic przeciwko powstaniu w sąsiedztwie ośrodka dla niepełnosprawnych umysłowo (prawie 74%), ale jednocześnie znaczna część (prawie 22%) nie zabrała głosu w tej sprawie [7].

Studenci z badania Krajewskiej i wsp. [14] w 60,4% deklarowały gotowość niesienia im pomocy i najchętniej (81,1%) opiekowali by się osobami słabo słyszącymi, a najrzadziej (55,4%) osobami i z widocznym zniekształceniem, oszpeceniem ciała.

Podobnie studenci z badania Żebrowskiej i wsp. [15] preferowali opiekę nad słabo słyszącymi (67,5%), a najrzadziej (30,3%) z widocznym zniekształceniem, oszpeceniem ciała.

Obecne respondentki deklarowały także, iż osoby niepełnosprawne z reguły (65,4%) wzbudzały w nich chęć udzielenia im pomocy i że podjęłyby się nad nimi opieki (73,1%) , gdyby taka konieczność zaistniała. W takiej pomocy brało już udział 7.7% badanych pielęgniarek. Podobnie jak w badaniach CBOS z 2007 roku, wśród ankietowanych najwięcej (42,3%) oporów rodziła opieka nad osobami z niedorozwojem umysłowym, bez względu an wiek podopiecznych.

Ponad 82% badanych przez Stankiewicza [7], uważało, że osoby niepełnosprawne nie powinny mieszkać w specjalnych przeznaczonych dla nich domach i 91% osób twierdziło, że w każdej szkole powinny być klasy integracyjne.

W opinii badanych przez Krajewską-Kułak i wsp. [14] 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). Powyższe popierali badani Zebrowskiej i wsp. [15], których zdaniem

powinni oni zawierać małżeństwo (95%), mieć dzieci (81%), pracować (95%), jeździć samochodem (96%), uczyć się w klasach integracyjnych (81%).

Wszystkie przebadane osoby z badania Stankiewicza [7] były przekonane, iż parkowanie na miejscach dla osób niepełnosprawnych powinno być bezwzględnie karane mandatami. 65% było zdania, że osoby niepełnosprawne, jako kierowcy, nie stanowią zagrożenia dla ruchu. Spora grupa (ponad 17%) nie miała w tej kwestii zdania i mniej niż połowa sądziła, że prezydentem mogłaby zostać osoba niepełnosprawna [7].

Zdecydowana większość obecnie ankietowanych (po 91,3%) wyraziła opinię, iż osoby niepełnosprawne nie powinny mieszkać w oddzielnych domach i powinny uczyć się w klasach integracyjnych. Za jazdą samochodem przez osoby niepełnosprawne opowiedziało się 49,0% badanych, a za karaniem parkowania w miejscach przeznaczonych dla nich opowiedziało się 81,7% pielęgniarek.

W ostatnich latach w Polsce, organizowanych jest wiele akcji i powstało wiele fundacji, stowarzyszeń, których celem jest: ukazanie społeczeństwu problemów osób niepełnosprawnych, integracja z nimi oraz przełamanie stereotypów i uprzedzeń do nich.

W badaniu Krajewskiej-Kułak i wsp. [14] studenci uważali wszelkie kampanie społeczne ich dotyczące niepełnosprawnych za potrzebne - 73,3%, ale aż 82,2% nie potrafiło wymienić żadnej organizacji działającej na rzecz osób niepełnosprawnych.

Osobom niepełnosprawnym wskazują one, że nie powinny się izolować, zamykać na kontakty z innymi. Przypominają im, że są pełnoprawnymi członkami społeczeństwa i powinny z tego korzystać. Uświadamiają także zdrowym, jak mogą pomóc osobom niepełnosprawnym. Tym bardziej niepokojący wydaje się fakt, iż większość zawodowo czynnych pielęgniarek, nie potrafiła wymienić żadnej kampanii społecznej dotyczącej osób niepełnosprawnych (66,3%) i żadnej organizacji działającej na rzecz osób niepełnosprawnych (62,5%).

Wnioski

1. Opinie pielęgniarek na temat stosunku do osób niepełnosprawnych w naszym społeczeństwie są podzielone.
2. Pielęgniarki preferują model integracyjny funkcjonowania osoby niepełnosprawnej i uważają, iż powinny one realizować się życiu zawodowym i społecznym.
3. Deklarowana gotowość niesienia pomocy niepełnosprawnym przez pielęgniarki była uzależniona od rodzaju niepełnosprawności.
4. Wiedza na temat społecznych kampanii i organizacji działających na rzecz osób niepełnosprawnych jest bardzo nikła.

Piśmiennictwo

1. Kossewska J.: Społeczeństwo wobec osób niepełnosprawnych - postawy i ich determinanty. Studia Psychologica I., 2003, 14, 1-11.
2. Larkowa H.: Postawy społeczne wobec osób z odchyleniami od normy [w:] Pedagogika rewalidacyjna, A. Hulek (red.), PWN, Warszawa, 1988, 479.
3. Witkowski T. (1993), Rozumieć problemy osób niepełnosprawnych (13 rodzajów niepełnosprawności). Wydawnictwo MDBO, Warszawa,1996, 1-255.
4. Zasępa E., Czabała Cz., Starzomska M.: Postawy wobec niepełnosprawności i osób niepełnosprawnych, Człowiek-niepełnosprawność-społeczeństwo, 2005, 1, 23-36
5. Witkowska, B.: Osobowościowe uwarunkowania postaw wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Przegl. Psychol., 2001, 44, 239–254.
6. Badanie CBOS: Postawy wobec osób niepełnosprawnych. Komunikat z badań. BS/169/2007, Warszawa, 2007,11, 1-25.
7. Stankiewicz P.: Raport Z Badania Postaw Wobec Osób Niepełnosprawnych. Stowarzyszenie Pomocy Osobom Z Problemami Emocjonalnymi „SPOZA", Warszawa, 2008, 1-16.
8. Pankiewicz P., Erenc J., Lemska M.: Sytuacja społeczna niepełnosprawnych psychicznie postrzegana przez niepełnosprawnych fizycznie. Wyniki badań. Ann. Acad. Med. Gedan., 2002, 32, 185-191.
9. Kowalik St.: Bariery utrudniające włączanie osób niepełnosprawnych w życie społeczne.Próba sformułowania nowego podejścia teoretycznego. Nauka, 2007, 3,43-69.
10. Sękowski T.: Analiza ilościowa i jakościowa zmian w nasileniu cech osobowościowych uczestników projektu. Raport z badań rezultatów miękkich przeprowadzonych w ramach projektu. „Per linguas mundi ad laborem (przez języki świata do pracy)" Iw equal, www.kul.pl/files/292/files/Tomasz_Sekowski_raport.doc, data pobrania 24.04.2014.
11. Kirenko J., Korczyński M.: Niepełnosprawni wobec niepełnosprawności, Ann. UMCS Sect. D., 2000, 18, 78- 87.
12. Jasińska-Kania A., Staszyńska K.M.: Diagnoza postaw młodzieży województwa podlaskiego wobec odmienności kulturowej, Biały Kruk, Białystok, 2008, 1-196
13. Biegańska A.: Model niepełnosprawności w mediach a postawy wobec osób niepełnosprawnych, Szkoła specjalna, 2005, 42-78.

14. 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.
15. Żebrowska JM, Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C.: Postawy studentów wydziału nauk o zdrowiu wobec osób niepełnosprawnych, Problemy Pielęgniarstwa, 2012, 20, 487-496.

Dębska Martyna

Fizjoterapia w opiece paliatywnej

Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Fizjoterapii, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Wstęp

W wyniku zwiększonej liczby zachorowań na choroby nowotworowe, jak również inne schorzenia przewlekłe niepoddające się leczeniu przyczynowemu oraz w następstwie starzenia się społeczeństwa w Polsce, zwiększa się liczba osób, które wymagają opieki paliatywnej [1]. Opierając się na liczbie zgonów w następstwie chorób przewlekłych, sięgającej ponad trzysta tysięcy rocznie, można wstępnie założyć, że opieki takiej wymaga w Polsce rocznie przynajmniej dwieście tysięcy pacjentów [1]. Ważną rolę odgrywa tu fizjoterapia, która stanowi element integralnych oddziaływań medycznych nad nieuleczalnie chorymi pacjentami i może przyczynić się do uzyskania czynnościowej samodzielności, odpowiedniej jakości życia oraz satysfakcji pacjenta, który jest pod opieką paliatywną.

Celem niniejszej pracy było przedstawienie głównych założeń, znaczenia i celów fizjoterapii w opiece paliatywnej. Ponadto starano się ukazać miejsce fizjoterapii, w opiece paliatywnej, która w dużej mierze pomaga pacjentowi pod takim sposobem leczenia. Obecnie bardzo ważna jest stała edukacja w obszarze opieki paliatywnej, ponieważ należy umożliwić odpowiedni rozwój tej szczególnej dziedziny medycyny [1].

Do napisanie niniejszego artykułu wykorzystano aktualne publikacje naukowe oraz odpowiednią literaturę przedmiotową. Tekst ten zawiera teoretyczne ukazanie założeń, znaczenia, miejsca, elementów fizjoterapii stosowanych w opiece paliatywnej.

Rozwinięcie

Istnieje stereotyp, że prowadzenie opieki paliatywnej/hospicyjnej wiąże się z faktem rezygnacji z racjonalnego leczenia. Jednak leczenie paliatywne (*łac. pallium* – płaszcz obszerny, *palliatus*, czyli otulanie płaszczem człowieka cierpiącego, chorego) można nazwać jako zamierzenie, zakładające zmniejszenie, zmodyfikowanie oznak choroby przewlekłej, która nie poddaje się leczeniu przyczynowemu, ma złe rokowanie [2]. Jest rodzajem leczenia objawowego [3]. Leczenie paliatywne ma za zadanie przynosić ulgę w cierpieniu i jest częścią leczenia objawowego [2]. Pisząc o opiece paliatywnej warto podkreślić, że określeniem jednoznacznym jest opieka hospicyjna [2].

Hospicjum *(łac. hospes*) oznacza opiekę zapewniającą gościnność ludziom cierpiącym z powodu choroby [2]. Opieka paliatywna/hospicyjna ma wszechstronne działania [2]. W opiece holistycznej pracują między innymi: lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta, psycholog, pracownika socjalny, duszpasterz, wolontariusze, którzy wspólnie starają się zaspokoić potrzeby: somatyczne (zmniejszenie bólu, terapia kreatywna, fizjoterapia), psychosocjalne, duchowne [2].

Jednym ze składowych leczenia objawowego w opiece paliatywnej jest fizjoterapia, której celem jest poprawa jakości życia, jaką można uzyskać przez zmniejszenie męczących objawów oraz zapewnienie choremu funkcjonowanie na optymalnym poziomie [4]. Rehabilitacja oznacza postępowanie lecznicze, w którym w dużym stopniu wykorzystuje się potencjał fizyczny, psychiczny oraz społeczny pacjenta, żeby zmniejszyć poziom jego niepełnosprawności a w konsekwencji żeby poprawić jakość życia i utworzyć możliwości większej integracji społecznej [5]. Fizjoterapia obejmująca „*wczesną interwencję i nadzór w śledzeniu choroby, może przyczynić się do uzyskania czynnościowej niezależności, satysfakcji pacjenta i odpowiednie jakości życia u pacjentów znajdujących się pod opieką paliatywną*" [6].

Charakterystyczna sytuacja pacjenta paliatywnego stwarza problemy tworzenia, realnych do wykonania, protokołów badawczych prób klinicznych podejmujących tematykę celowości, efektywności oraz zakresu rehabilitacji w tej specjalności medycznej [5]. Jednakże ukazują się doniesienia naukowe odnoszące się do rehabilitacji w opiece paliatywnej, wśród których są badania opracowane zgodnie z założeniami opartymi na dowodach naukowych (EBM, *Evidence Based Medicine*) [5]. W opiece paliatywnej wykorzystuje się zabiegi z zakresu: fizykoterapii, kinezyterapii, masażu leczniczego, kompleksowej terapii obrzęku limfatycznego, jak również składowe zaopatrzenia ortopedycznego [5]. Prawdopodobnie 40% pacjentów paliatywnych korzysta z fizjoterapii, z czego ponad 50% opiniuje tę formę jako leczenie pozytywne [7]. Bardzo ważne jest, żeby procedury postępowania fizjoterapeutycznego uregulować do każdej z faz choroby oraz określić bliższe i dalsze cele działania [5]. „*Konstruując program usprawniania, należy przewidywać powikłania lub progresje choroby i działać w kierunku minimalizacji ich skutków*" [5]. Warto zauważyć, że zabiegi fizjoterapeutyczne wykonywane w ośrodkach opieki paliatywnej nie zawsze realizują fizjoterapeuci, a niekiedy te działania wykonują pielęgniarki (funkcjonowanie zespołów paliatywnej opieki domowej) [5].

Fizjoterapia w opiece paliatywnej, jak również w onkologii, obejmuje: zapobieganie przez stosowanie ćwiczeń ze szczególnym ukierunkowaniem i programami edukacyjnymi,

przewlekłą i ostrą opiekę oraz biopsychosocjalne sposoby opanowania bólu [6]. Warto podkreślić, że głównymi celami fizjoterapii w opiece paliatywnej są:

- zapobieganie zanikom mięśniowym,
- osiąganie jak najlepszej funkcji oddechowej,
- wpływ na kontrolę bólu,
- osiąganie optymalnej funkcji krążenia,
- zapobieganie przykurczom mięśniowym,
- zapewnienie optymalnej niezależności w czynnościach codziennych,
- zapobieganie unieruchomieniom stawowym,
- edukacja i angażowanie opiekunów [6].

Częstymi objawami pacjentów paliatywnych są trudności w oddychaniu, zwiększona ilość wydzieliny w drogach oddechowych, kaszel, objawy ze strony ośrodkowego lub obwodowego uszkodzenia układu nerwowego, obrzęk limfatyczny lub obrzęki z innych przyczyn [6]. Wymienione objawy wymagają wyszkolonego fizjoterapeuty. Pacjent wymaga przenośnych nawilżaczy, bądź instrukcji właściwego korzystania ze sprzętu inhalującego. Potrzebuje również leczenia poprawiającego stan ogólny, utrzymania oraz radzenia sobie w przypadku pogorszenia tego stanu i tolerancji ćwiczeń. Powyższe ma na celu wzmocnienie siły mięśniowej i leczenia, które utrzymuje, bądź zwiększa zakres ruchomości w stawach, zachowanie elastyczności tkanek miękkich, czy reedukację chodu. Chory wymaga także wyposażenia w sprzęt ortopedyczny oraz nie farmakologicznych sposobów walki z bólem (np. TENS- *transcutaneous electrical nerve stimulation* – przezskórna elektryczna stymulacja nerwu) [6]. Niekiedy chory również potrzebuje terapii relaksacyjnej, bądź masażu, żeby opanować stres i lęk. Fizjoterapeuta powinien również udzielać rad i pokazywać dozwolone ruchy w stawach i techniki manualne [6]. Rehabilitacja jest procesem terapeutycznym, w którym bardzo ważna jest współpraca specjalistów i rodziny chorego [8]. Bardzo dobrze by było, żeby z powodów technicznych, jak również psychspołecznych, rodzina pacjenta aktywnie brała udział w ćwiczeniach [8]. Metody postępowania w stosunku do pacjentów paliatywnych można zróżnicować w zależności od zamierzonych celów na:

- *„prewencje zadania, w których przywiduje się możliwość pojawienia się niepełnosprawności, a leczenie ma zmierzać do ograniczenia jej do minimum,*
- *przywracające zamierzenia, kiedy spodziewany jest powrót do pełnego zdrowia,*
- *podtrzymujące działania, kiedy choroba jest pod kontrolą, ale stałe podtrzymywanie utrzymującego się stanu jest potrzebne,*

- *paliatywne działania, kiedy pacjent ma zaawansowaną chorobę nowotworową*" [6].

Jedną z części fizjoterapii stosowanej w opiece paliatywnej jest kinezyterapia, którą można zdefiniować, jako działanie rehabilitacyjne, w którym środkiem leczniczym jest ruch [9]. Stosowanie ćwiczeń leczniczych jest bardzo ważne u pacjentów całkowicie, bądź częściowo unieruchomionych, ponieważ zmniejsza następstwa akinezji, które objawiają się przez zmniejszanie masy mięśniowej, zaburzenia ruchomości w stawach, podwyższone ryzyko wystąpienia zakrzepicy żylnej, zmniejszenie wydolności układu krążeniowo - oddechowego, zwiększone ryzyko powstawania odleżyn, wpływ na układ nerwowy [5]. Usprawnianie ruchem wpływa pozytywnie na zmniejszenie uczucia zmęczenia związanego na przykład z chorobą nowotworową [10]. Do najbardziej efektywnych działań związanych z fizjoterapią należą: ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia czynne, trening na cykloergometrze [5]. Ustalając program usprawniania należy brać pod uwagę wiek pacjenta, płeć, postęp choroby, sposób leczenia oraz samopoczucie chorego. Kinezyterapia jest bardzo ważna u pacjentów z chorobami układu nerwowego. Należy przed zapoczątkowaniem terapii określić problemy chorych i stworzyć do ich możliwości program usprawniania [5]. Warto podkreślić, że wprowadzanie specjalnych metod kinezyterapeutycznych do leczenia pacjenta paliatywnego jest korzystne [5]. Na przykład proprioceptywne torowanie nerwowo - mięśniowe zmniejsza ból poprzez wpływ na elastyczność części łącznotkankowych [8]. Stosowanie ćwiczeń ruchowych jest składową działania objawowego w duszności oraz przewlekłej niewydolności oddechowej [11]. American Thoracic Society zdefiniowało „*rehabilitację oddechową jako wielodyscyplinarny program opieki, który indywidualnie dostosowuje się i planuje po to, aby uzyskać możliwie najlepszą sprawność fizyczną oraz aktywność i niezależność społeczną*" [5]. Usprawnienie ruchem leczy również zaburzenia bólowe mięśniowo - powięziowe, które występują u chorych paliatywnych [5], ponieważ obniża zwiększone napięcie mięśniowe oraz poprawia ruchomość poszczególnych części ciała, poprzez ćwiczenia izometryczne i składowe relaksacji poizometrycznej [12].

W fizykoterapii wśród pacjentów objętych opieką paliatywną, w celu obniżenia dolegliwości bólowych, stosuje się TENS – przezskórną elektryczną stymulację nerwów, żeby obniżyć dolegliwości bólowe [5]. „*Polega ona na selektywnym stymulowaniu włókien nerwowych w celu pobudzenia mechanizmów hamujących proces nocycepcji*" [5]. Częstymi stosowanymi zabiegami są także działania z światłolecznictwa, na przykład z wykorzystaniem promienii podczerwonych (sollux), promieni UV, promieni laserowych, światła widzialnego (Bioptron) [6]. Wymieniowe zabiegi wpływają na zmniejszenie bólu oraz pomagają w gojeniu się ran przewlekłych i odleżyn [13].

Duszność jest schorzeniem, które często występuje u pacjenta paliatywnego. Zastosowanie działań fizjoterapeutycznych może być ważnym składnikiem postępowania objawowego w duszności, która występuje w następstwie zaawansowanej choroby nowotworowej oraz przewlekłej niewydolności oddechowej, w wyniku np. przewlekłej obturacyjnej choroby płuc [14]. Usprawnianie oddechowe korzysta z ćwiczeń czynnych mięśni oddechowych, nauki efektywnego kaszlu, nauki prawidłowego toru oddychania oraz techniki relaksacji oddechowej [4]. Wykorzystuje się również terapię funkcjonalną PNF (*Prorioceptive Neuromuscular Facilitation*, czyli torowanie nerwowo – mięśniowe) [4]. „*Torowanie oddychania przeponowego, żebrowego i żebrowo-brzusznego skutecznie zwiększa udział klatki piersiowej w oddychaniu, zaś ekscentryczna aktywacja mięśni pochyłych, mięśnia mostkowo – sutkowo - obojczykowego czy mięśnia piersiowego mniejszego zwiększa elastyczność wymienionych mięśni, przez co wpływa na poprawę mechaniki klatki piersiowej oraz zwiększenie objętości wdechowej*" [4].

Kolejnym schorzeniem jest dysfagia, polegająca na ograniczeniu przechodzenia pokarmu przez przełyk do żołądka [4]. Ograniczone połykania występuje u osób wyniszczonych, osłabionych, bądź z zaawansowaną chorobą nowotworową [4]. Fizjoterapię zaczyna się zazwyczaj od traktu ustno-twarzowego [4]. Wykonuje się to przy m.in. zachłystywaniu się podczas jedzenia, zaleganiu jedzenia w jamie ustnej oraz w gardle, problemach rozpoczęcia połykania [4, 5]. „*Szybkie włączenie wybranych manualnych i powięziowych technik dla tkanek miękkich w obszarze głowy i szyi pozwala na zwiększenie kontroli w zakresie zwierania się warg, utrzymywania odpowiedniego napięcia mięśni policzków, aktywację ruchomości języka i żuchwy oraz reedukację właściwej koordynacji ruchów języka, ruchomości podniebienia miękkiego czy też zaburzeń czucia w jamie ustnej i gardle*" [4].

Fizjoterapeuci, jako osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje oraz uprawnienia, mogą pomagać ludziom cierpiącym objętych opieką paliatywną/hospicyjną w formie wolontariatu. „*Wolontariat jest zjawiskiem społecznym polegającym na dobrowolnym i nieodpłatnym wykonywaniu przez wolontariuszy świadczeń na rzecz uprawnionych organizacji. Organizacje te angażują wolontariuszy do różnych działań, wśród których można wyróżnić działania na rzecz placówek ochrony zdrowia oraz osób chorych i cierpiących*" [15].

Działania na regułach wolontariatu w opiece paliatywnej odnajdują zasady w przepisach prawnych, szczególnie w ustawie z dnia 24.04.2003 roku o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie [15].

Podsumowanie

Fizjoterapia powinna być częścią opieki paliatywnej. Działania terapeutyczne wpływają na leczenie męczących objawów współistniejących chorobie zasadniczej oraz polepszają jakość życia pacjenta paliatywnego [16]. Oddziaływanie fizjoterapeutyczne poprzez kinezyterapię bądź fizykoterapię może w znacznej mierze pomóc osobie objętej opieką paliatywną. Należy jednak pamiętać, że „nieraz onieśmiela nas to, że nie możemy uzdrawiać, nie możemy pomóc. Ważne jest jednak żeby przyjść, żeby być przy człowieku cierpiącym" [17]. Na koniec warto podkreślić, że osoba objęta opieką paliatywną cierpi nie tylko z powodu choroby i bólu, ale też z powodu rozpaczy rodziny, bezradności, lęku [18]. Należy, więc z taką osobą pracować w sposób szczególny, żeby zapewnić mu i jego rodzinie poczucie bezpieczeństwa, „*natychmiastowej interwencji w razie potrzeby i uczenia rodziny i chorego jak należy sobie radzić z sytuacjami naglącymi do czasu przybycia lekarza lub pielęgniarki*" [18].

Piśmiennictwo

1. Leppert W., Łuczak J., Góralski P.: Wybrane problemy opieki paliatywnej i eutanazji w opiniach lekarzy i studentów medycyny. Polska Medycyna Paliatywna, 2005, 4, 2, 67-76
2. Łuczak J., Kotlińska – Lemieszek A.: Opieka paliatywna/hospicyjna/medycyna paliatywna. Nowiny Lekarskie, 2011, 80, 1, 3-15.
3. Kurczewska U., Jasińska M., Orszulak – Michalak D.: Opieka paliatywna w Polsce – wybrane zagadnienia. Część I. Założenia, organizacja i funkcjonowanie opieki paliatywnej. Opieka farmaceutyczna, 2010, 66, 1, 93-100.
4. Pyszora A., Wójcik A.: Fizjoterapia w opiece paliatywnej. Medycyna Paliatywna w Praktyce, 2010, 4, 4, 150-167.
5. Pyszora A., Graczyk M.: Rehabilitacja w opiece paliatywnej. Polska Medycyna Paliatywna, 2006, 5, 2, 82-86.
6. Morawiec – Sztandera M.: Fizjoterapia w onkologii i medycynie paliatywnej. Olszewski J.: Fizjoterapia w wybranych dziedzinach medycyny. Kompendium. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2011, 129-159.
7. Montagnini M., Lodhi M., Born W.: The utilization of physical therapy in palliative care unit. J. Palliat. Med, 2003, 1, 11–17.

8. Grzybek M., Krajnik M., Mularczyk A.: Rehabilitacja ruchowa w zaawansowanej chorobie nowotworowej. Opis przypadku. Polska Medycyna Paliatywna, 2005, 4, 1, 21-23.
9. Zembaty A.: Kinezyterapia. Tom 1. Wydawnictwo Kasper, Kraków, 2002, 27–28.
10. Buss T., Modlińska A., Chełmińska M., Niedoszytko M.: Zmęczenie w chorobie nowotworowej. I. Częstość występowania i próba zdefiniowania problemu. Polski Merkuriusz Lekarski, 2004, 91, 70–72.
11. Śliwiński P.: Rehabilitacja oddechowa. Jassem E.: Duszność w zaawansowanych stanach chorobowych — przyczyny i postępowanie. Via Medica, Gdańsk 2003, 217–223.
12. Nyka W.: Elementy rehabilitacji w opiece paliatywnej. de Walden – Gałuszko K.: Podstawy opieki paliatywnej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2004, 195-212.
13. Pyszora A., Adamczyk A.: Zastosowanie niskoenergetycznego promieniowania laserowego w leczeniu bólu. PMP 2005, 4, 127–132.
14. Polubiński J.P., West L.: Implementation of a massage therapy program in the home hospice setting. J. Pain Symptom Manage, 2005, 1, 104–106.
15. Łuczak J., Kotlińska – Lemieszek A., Bączyk E.: Cierpienie chorych u kresu życia. Opieka paliatywna/hospicyjna. Rozwój opieki paliatywnej/hospicyjnej w Polsce. Borgis – Nowa Medycyna, 1999, 8, http://www.czytelniamedyczna.pl/1298,cierpienia-chorych-u-kresu-zycia-opieka-paliatywnahospicyjna-rozwoj-opieki-palia.html, data pobrania 23.03.2014.
16. Popko Ł., Sapuła R., Milanowski J.: Rehabilitacja jako integralna część leczenia paliatywnego – studium przypadków. Zamojskie Studia i Materiały, 2012, 1, 35, 75-83.
17. Pawłowski L., Lichodziejewska – Niemierko M.: Wolontariat w opiece paliatywnej i hospicyjnej w Polsce – aspekty prawne. Medycyna Paliatywna w Praktyce, 2010, 4, 3, 125-132.
18. Cierpienie chorych u kresu życia, http://www.hospicjum-pulawy.pl/?page_id=56, data pobrania, 23.03.2014.

Gasińska Karolina[1], Michalski Tomasz[1], Szajerska Anna[2], Binko Paweł[3], Pencuła Marcin[4]

Rola muzykoterapii w chorobach neurodegeneracyjnych u pacjentów w podeszłym wieku

1. Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Rehabilitacji i Ortopedii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
2. Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Kardiochirurgii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
3. Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Kardiologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
4. Katedra i Klinika Rehabilitacji i Ortopedii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Wprowadzenie

Młody organizm ma duże zdolności regeneracyjne i może poradzić sobie ze szkodliwymi efektami środowiska. o możliwościach przystosowawczych do zmiennych warunków życia oraz o szybkości przebiegu fizjologicznego starzenia się człowieka decyduje odziedziczony genotyp. Pomimo tego, że w ciągu całego życia człowieka posiadany genotyp odgrywa ważną rolę w kontekście związanych ze starzeniem się ubytków fenotypu, to jednak po osiągnięciu wieku 70 lat rola czynników środowiskowych jest przynajmniej tak samo ważna bądź przewyższa czynniki genetyczne. z drugiej jednak strony, sumowanie się wpływów środowiskowych podczas procesu starzenia zależy w dużej mierze od genotypu. Zasadniczą cechą starzenia się organizmu człowieka jest stopniowe, postępujące i nieodwracalne zmniejszanie się plastyczności, czyli zdolności organizmu do utrzymania homeostazy w odpowiedzi na różne czynniki środowiskowe. Chociaż sam proces starzenia się nie jest chorobą, to jednak sprzyja jej rozwojowi [1].

Choroby neurodegeneracyjne, a wśród nich choroby Alzheimer'a i Parkinson'a, są obecnie coraz częściej występującym problemem współczesnego społeczeństwa. Obserwowany wzrost wydaje się być w dużej mierze związany z ogólnym starzeniem się ludzkiej populacji. Tradycyjnie wyróżnia się wiele odrębnych kliniczno-patologicznych jednostek chorób neurodegenracyjnych. Chociaż taka klasyfikacja jest uzasadniona koniecznością dokonania wyboru spośród dostępnych terapii, to z góry zakłada, że każda z tych chorób ma zdefiniowaną i odmienną etiologię oraz odmienne objawy chorobowe, którym towarzyszy ściśle określony typ zmian patologicznych. Jednakże dotychczasowe obserwacje przebiegu chorób neurodegeneracyjnych i towarzyszących im zmian w morfologii komórek nerwowych wskazują, że ich patogeniczne mechanizmy nakładają się [1]. Z uwagi na wspólne podłoże wyodrębnionych klinicznie jednostek chorobowych można przypuszczać, że zastosowanie takiej samej formy

terapii w przypadku różnych chorób będzie przynosić podobne korzyści. Jedną z metod, coraz powszechniej stosowaną u pacjentów z chorobami neurodegeneracyjnymi jest muzykoterapia.

Definicja muzykoterapii

Muzykoterapia jest jedną z form terapii zajęciowej, w której głównym środkiem oddziaływania terapeutycznego jest muzyka. Jej elementy, takie jak dźwięk, rytm, melodia i harmonia, dobierane są w odpowiedni sposób, aby wywierać korzystny wpływ na zdrowie człowieka, a w konsekwencji na jakość jego życia. Podstawowym celem muzykoterapii jest rozładowanie wewnętrznych napięć, regulacja emocji, poprawa koncentracji uwagi oraz uwrażliwienie estetyczne i integracja społeczna. Zajęcia polegają na wspólnym śpiewaniu, słuchaniu muzyki, graniu na prostych instrumentach perkusyjnych, klaskaniu do rytmu lub jego wystukiwaniu. Sesje terapeutyczne powinny być dostosowane do stopnia zaburzeń funkcji poznawczych. Mogą być prowadzone indywidualnie bądź grupowo przez muzykoterapeutę. Muzykoterapeuta jest odpowiedzialny za opracowanie i wykonanie terapii oraz ocenę jej skuteczności poprzez monitorowanie pacjentów. Zobowiązany jest również do modyfikowania przebiegu terapii zgodnie z aktualnymi wynikami chorych oraz najnowszymi zaleceniami. Możliwe jest również wykorzystywanie muzykoterapii samodzielnie przez opiekuna rodzinnego [2].

Historia muzykoterapii

Dobroczynny wpływ muzyki na człowieka był zauważany już od czasów starożytnych. w licznych przekazach źródłowych, jakie przetrwały z tamtych czasów, odnajduje się wzmianki o stosowaniu muzyki w ceremoniach uzdrawiających. Zainteresowanie wykorzystaniem muzyki w dyscyplinach medycznych wzrosło pod koniec XVIII wieku w Stanach Zjednoczonych. Naukowcy zaczęli wtedy zauważać i badać wpływ muzyki na organizm ludzki, w tym na przewodnictwo elektryczne w tkankach, tętno, ciśnienie krwi i zmęczenie. Sto lat później tego typu badania miały już charakter systematyczny. Naukowcy w toku badań laboratoryjnych rozpoczęli poszukiwania związków między muzyką a fizjologiczną i psychologiczną reakcją organizmu [3].

Wykorzystywanie muzyki w praktyce klinicznej rozpoczęło się na gruncie psychiatrii. Paradoksalnie do rozwoju muzykoterapii przyczyniły się wojny – poszukiwano bowiem metod, które mogły pomóc weteranom wojennym, cierpiącym fizycznie i psychicznie. Podczas i Wojny Światowej muzyka była stosowana jako element terapii zajęciowej. w szpitalach dla weteranów

zatrudnianio muzyków, którzy śpiewali z pacjentami i uczyli ich gry na instrumentach. Śpiew umożliwiał ćwiczenie płuc i krtani. Gra miała natomiast wzmocnić mięśnie, poprawić ruchomość stawów i koordynację ruchów. Zauważono, że pacjenci biorący udział w terapii zajęciowej szybciej odzyskiwali sprawność fizyczną. w czasie i Wojny Światowej po raz pierwszy zastosowano również fonograf na sali operacyjnej. Okazało się bowiem, że muzyka pomaga zrelaksować się pacjentom, dzięki czemu można zmniejszyć dawkę leków. Rozwój muzykoterapii jako dyscypliny medycznej, stosowanej w praktyce klinicznej, rozpoczął się w trakcie II Wojny Światowej. Wtedy to oficjalnie uznano muzykę jako środek terapeutyczny oraz na stałe wprowadzono do szpitali wojskowych muzyków, którzy mieli pracować z pacjentami. Zauważono też konieczność szkolenia muzyków pracujących w szpitalach w zakresie zagadnień medycznych i psychologicznych, co w konsekwencji doprowadziło do powstania zawodu muzykoterapeuty. Pierwsze na świecie studia muzykoterapii, szkolące do stopnia licencjata, zostały utworzone w 1944 r. na Uniwersytecie w Stanie Michigan w Stanach Zjednoczonych. w Europie niemalże równolegle wzrastało zainteresowanie zastosowaniem muzyki w medycynie [3]. Po drugiej Wojnie Światowej rozwój muzykoterapii zaczął przebiegać dwoma niezależnymi od siebie kierunkami – szkoły amerykańskiej i szkoły szwedzkiej. Szkoła amerykańska, zwana inaczej "farmakologią muzyczną", reprezentowała podejście empiryczno-kliniczne, bazując na opisie reakcji, wywoływanych przy stosowaniu różnych stylów muzycznych. Szkoła szwedzka natomiast opierała swoje założenia na psychologii głębi ze względu na właściwości muzyki, która wnika do najgłębszych warstw osobowości [4]. w drugiej połowie XX wieku nastąpił silny rozwój muzykoterapii, powstawały kierunki studiów w kolejnych miastach, tworzono różnego rodzaju stowarzyszenia i organizacje zrzeszające muzykoterapeutów i wspierające rozwój muzykoterapii, np. American Music Therapy Association (Maryland), Australia Music Therapy Association (Melbourne), British Society for Music Therapy (Londyn), Gesellschaft fur Musiktherapie (Berlin) [3].

W Polsce muzyka zaczęła być wykorzystywana w medycynie w latach 50. XX wieku. w 1958 roku Demianowski opisał zastosowanie muzyki w schorzeniach kręgu nerwicowego, zwracając uwagę na wpływ odpowiednio dobranej muzyki na nastrój chorych, rozładowanie napięcia emocjonalnego i wywoływanie odprężenia. Aleksandrowicz i Cywnar wzorowali się na eksperymencie Gaertner'a, który opisał próby wprowadzenia muzyki jako bodźca warunkującego. Stosował on muzykę jednocześnie z zabiegiem lub lekiem obniżającym ciśnienie

krwi. Jego badanie wykazało, że po utrwaleniu odruchu warunkowego sama muzyka działała hipotensyjnie [5]. Dwaj polscy naukowcy połączyli muzykę z lekiem nasennym. w 1966 roku wydali płytę pt. "Relaks" zawierającą nagranie treningu autogennego Schultz'a z podkładem muzycznym [6]. za prekursororów muzykoterapii w Polsce uważa się profesora Tadeusza Natansona oraz doktora Andrzeja Janickiego. z ich inicjatywy w 1972 roku na Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu powstał pierwszy w Polsce Zakład Muzykoterapii. od 1996 roku na terenie naszego kraju działa Stowarzyszenie Muzykoterapeutów Polskich, wchodzące w skład Europejskiej Federacji Muzykoterapii [3].

Zastosowanie muzykoterapii

Muzykoterapia wykorzystywana jest w różnych formach w placówkach leczniczych, rehabilitacyjno-readaptacyjnych, oświatowych oraz zakładach karnych i resocjalizacyjnych, a także w świetlicach środowiskowych. Znajduje zastosowanie w przypadku licznych schorzeń, między innymi w leczeniu psychiatrycznym, u pacjentów z chorobami serca, w opiece paliatywnej, rehabilitacji, relaksacji, u dzieci niewidomych i niedowidzących oraz w neonatologii [3]. Badania prowadzone w ostatnich latach ujawniły, że muzykoterapia może być stosowana alternatywnie do znieczulenia w niektórych przypadkach, a także wywiera korzystny wpływ na osoby starsze, cierpiące na choroby neurodegeneracyjne.

Podłoże chorób neurodegeneracyjnych

Neurodegeneracyjne choroby ośrodkowego układu nerwowego (OUN), wśród których za najczęstsze uważa się chorobę Alzheimer'a, chorobę Parkinson'a i stwardnienie rozsiane, wynikają ze stopniowej utraty komórek nerwowych na skutek postępującego procesu zwyrodnieniowego [7]. Jest to zjawisko nieodwracalne, ponieważ neurony, z nielicznymi wyjątkami, nie rozmnażają się. Neurodegeneracja jest wynikiem wytworzenia się zdegenerowanych form białka. Takie formy mogą się tworzyć w wyniku agregacji cząsteczek białek, posiadających charakterystyczną konformację tak zwanej ß-harmonijki. Są one oporne na działanie enzymów proteolitycznych i tworzą nierozpuszczalne złogi. Agregaty białkowe mogą mieć różny skład i lokalizację w neuronie. Patologiczne zmiany w morfologii neuronów, jakie są obserwowane w chorobach neurodegeneracyjnych, to obecność: blaszek starczych, zbudowanych z białka ß-amyloidu; zwyrodnień czyli splątków neurofibrylarnych, złożonych głównie z białek tau; tworów zwanych ciałkami Picka i ciałkami Lewy’ego oraz innych wtrętów, zawierających α-synukleinę; wreszcie agregatów białek, mających w swym składzie liczne

cząsteczki aminokwasu – glutaminy [1].

Uznanymi czynnikami ryzyka większości chorób neurodegeneracyjnych są polimorfizmy genetyczne i starszy wiek [7]. Zwykle etiologia pozostaje wieloczynnikowa. w przypadku choroby Parkinson'a zaobserwowano zwiększone ryzyko zachorowania u osób narażonych na działanie pestycydów, manganu, dwusiarczku węgla oraz tlenku węgla. Także urazy, nowotwory mózgu czy niewydolność przytarczyc mogą powodować rozwój objawów parkinsonowskich. Badania sugerują, że czynniki środowiskowe odgrywają większą rolę w rozwoju choroby u pacjentów powyżej 50 roku życia, zaś czynniki genetyczne u młodszych pacjentów. z kolei parkinsonizm wtórny może być indukowany przez stosowanie leków blokujących przekaźnictwo dopaminergiczne, takich jak neuroleptyki, czy metoklopramid [8]. Najnowsze koncepcje zakładają udział infekcji jako czynnika inicjującego procesy neurodegeneracyjne OUN. Potwierdzono, że rozwojowi choroby Alzheimer'a sprzyjają zakażenia takimi patogenami jak: *Chlamydophila pneumoniae,* wirus opryszczki pospolitej typu 1, *Helicobacter pylori* i *Borrelia spp*. Ryzyko wystąpienia choroby Parkinson'a rośnie z kolei u osób z zespołem nabytego niedoboru odpornosci (AIDS) i infekcją *Toxoplasma gondii*. Wzrost częstości zachorowania na stwardnienie rozsiane obserwuje się natomiast w przypadku wirusa Epsteina-Barr, wirusa *Torque teno,* ludzkiego Herpeswirusa typu 6 oraz *Chlamydophila pneumoniae*. Celem modyfikacji profilaktyki i terapii chorób neurodegeneracyjnych poszukuje się kolejnych środowiskowych czynników ryzyka [7].

Muzyka a procesy mózgowe

O istnieniu interakcji pomiędzy muzyką a organizmem człowieka wiadomo było już od dawna. Potwierdzono, że wywołuje ona liczne zmiany fizjologiczne, w tym obniża poziom kortyzolu, będącego hormonem stresu, spowalnia częstość akcji serca oraz poprawia jakość snu. Jednak dopiero najnowsze badania dostarczyły informacji, które pozwoliły zrozumieć, w jaki sposób ludzki mózg przetwarza muzykę i skąd bierze się jej działanie terapeutyczne w wielu różnych chorobach, w tym neurodegeneracyjnych. Badania te były prowadzone między innymi przez Dr Charles'a Limb'a i jego współpracowników na Johns Hopkins University w Baltimore. Przed rozpoczęciem ich działalności literatura naukowa, poświęcona tej tematyce, była bardzo nieliczna [9]

Dr Limb jest chirurgiem i jednocześnie muzykiem, który specjalizuje się we wszczepianiu implantów ślimakowych. Zajmuje się również procesami neurologicznymi, zachodzącymi pod

wpływem różnych typów muzyki, w tym jazzu i hip-hopu. Jednym z celów jego badań było poznanie, w jaki sposób mózg umożliwia improwizację muzykom. Używając rezonansu magnetycznego (MR) zbadał, które obszary mózgu są pobudzane w czasie improwizacji u muzyków jazzowych i raperów. Okazało się, że dochodzi do aktywacji ośrodków mowy, zlokalizowanych w zakręcie czołowym dolnym i zakręcie skroniowym górnym tylnym. z kolei okolice mózgu, związane z interpretowaniem muzyki – zakręt kątowy i zakręt nadbrzeżny – są dezaktywowane. Badania ujawniły również, że podczas słuchania muzyki dochodzi do wytwarzania indywidualnych dla każdego człowieka skojarzeń, np. kolorów, kształtów, scen, które odpowiadają poszczególnym dźwiękom [9].

Muzyka a "lustrzane neurony"

Dwoje neurologów – Dr Istvan Molnar-Szakacs z University of California w Los Angeles oraz Dr Katie Overy z Edinburgh College of Art w Wielkiej Brytanii – przeprowadziło badania, mające wytłumaczyć w jaki sposób muzyka wpływa na emocje człowieka. Według nich, a także innych naukowców, psychologiczna i fizjologiczna odpowiedź organizmu na muzykę jest związana z tak zwanym układem lustrzanych neuronów (ang. MNS - *Mirror Neuron System*). w swoich badaniach posłużyli się skanowaniem mózgów ludzkich i małpich. na tej podstawie odkryli, że kiedy dany osobnik obserwował drugiego, wykonującego wybraną czynność, np. odbijanie piłki, pobudzane były u niego te same neurony, które kontrolują mięśnie potrzebne do wykonania tej czynności. u obserwatora mięśnie nie poruszały się jednak fizycznie. Dr Molnar-Szakacs i dr Overy wykazali, że podobne zjawisko "lustrzanych neuronów" występuje w przypadku mięśni twarzy, które pobudzane są pod wpływem obserwowania innej osoby. Dzięki temu obserwator może odczuwać podobne emocje jak osoba, na którą patrzy, np. radość czy smutek. Jest to mechanizm wyjaśniający istnienie empatii u ludzi [9].

Opisuje się dysfunkcję MNS u chorych na autyzm. Fakt ten tłumaczy, dlaczego mają oni trudności z adekwatnym odczytywaniem stanów emocjonalnych innych osób. Dr Molnar-Szakacs i dr Overy przeprowadzili eksperyment, polegający na zastosowaniu muzykoterapii u dzieci z zaburzeniami autystycznymi. Muzyka okazała się wywierać pozytywny wpływ na badanych, co dowodzi, że niesprawny MNS może być efektywnie stymulowany pod jej wpływem. z tego powodu muzykoterapia wydaje się być dobrą metodą, pozwalającą na poprawę funkcjonowania chorych w społeczeństwie [9].

Muzyka a choroby neurodegeneracyjne

Muzyka od czasów powstania ulega ciągłemu rozwojowi. Postęp ten obserwuje się również w muzyce stosowanej w celach terapeutycznych u osób w podeszłym wieku. Muzykoterapia przynosi znaczącą poprawę stanu emocjonalnego pacjentów, jednocześnie nie wywołując żadnych działań niepożądanych [10]. Coraz więcej badań medycznych w tej dziedzinie potwierdza korzystny wpływ muzykoterapii w przypadku przewlekłych schorzeń neurologicznych, w tym afazji, demencji, choroby Alzheimer'a i choroby Parkinsona.

Profesor Ging-Yuek Hsiung, pracujący w Division of Neurology na University of British Columbia w Kanadzie, zajął się badaniem wpływu muzykoterapii na pamięć osób cierpiących na demencję i chorobę Alzheimer'a. w swoich poszukiwaniach użył rezonansu magnetyczmego fMRI (ang. functional Magnetic Resonance Imaging), aby sprawdzić, które obszary mózgu wykazują zwiększoną aktywność podczas przetwarzania muzyki. Wyniki ujawniły, że tych obszarów jest wiele. Pozwoliło to wyciągnąć wniosek, że informacje dotyczące muzyki konsolidują się w kilku różnych obszarach mózgu, a nie w jednej lokalizacji. Fakt ten sprawia, że potrzeba dużo rozleglejszych urazów lub zmian neurodegeneracyjnych w mózgu, aby wymazać pamięć związaną z muzyką [9].

Skuteczność muzykoterapii w łagodzeniu objawów demencji udowodnili w swojej pracy Koger i Brotons [2000] [11].

Guetin i współpracownicy [2009] zbadali natomiast znaczenie muzykoterapii w chorobie Alzheimer'a. Do badania włączono pięciu pacjentów ambulatoryjnych z wczesną postacią choroby. Uczestniczyli oni w co tygodniowych sesjach przez okres 10 tygodni, łącznie otrzymując 44 sesje. Utwory muzyczne wybrano spośród różnych stylów muzycznych, między innymi muzyki klasycznej, światowej i jazzu. Każdy pacjent poddany był indywidualnie dobranym sesjom, po których muzykoterapeuta przeprowadzał wywiad, dotyczący emocji, jakie pacjent czuł w trakcie danej sesji. Tego rodzaju postępowanie stymulowało zdolności kognitywne pacjenta poprzez przywoływanie wspomnień i obrazów z doświadczeń z przeszłości. Głównym kryterium oceny było regularne uczęszczanie na sesje. Kolejnymi kryteriami były: poziom niepokoju według skali Hamilton'a, poziom depresji według skali Cornell'a oraz obciążenie fizyczne i psychiczne głównego opiekuna chorego według skali Zarit'a. Oceny dokonano w pierwszym, czwartym i dziesiątym tygodniu badania. Poziom niepokoju według skali Hamilton'a spadł znacząco z 9.4 (+/-2.2) do 3.4 (+/-2.6) między pierwszym a czwartym tygodniem. Poziom depresji według skali Cornell'a zmniejszył się istotnie z 10.8 (+/-5.3) do 2.2

(+/-1.9) w tym samym okresie. Natomiast natężenie fizycznego i psychicznego obciążenia głównego opiekuna chorego według skali Zarit'a spadło z 30.2 (+/-11.7) do 15.6 (+/-10.4), również w ciągu tego samego czasu. Muzykoterapia była bardzo dobrze tolerowana zarówno przez pacjentów jak i opiekunów. Po sesjach wszyscy pacjenci doświadczali pozytywnych wrażeń, poprawy samopoczucia oraz zrelaksowania. Powyższe wyniki dowodzą, że muzykoterapia jest łatwą do zastosowania i skuteczną formą terapii u pacjentów z chorobą Alzheimer'a. Odpowiednio dobrane protokoły terapeutyczne znacząco redukują niepokój, depresję i agresywność pacjenta. Ponadto ułatwiają opiekunowi pielęgnację chorego [12]. Naukowcy z University of Maryland Medical Center wykazali, że muzykoterapia pomaga również zmniejszyć skłonność osób starszych do nieuzasadnionego wędrowania, poprawia jakość snu i nastrój oraz spowalnia postęp choroby [13].

Podsumowanie

Przeprowadzone badania wykazują, że stosowanie muzykoterapii u osób starszych, cierpiących na przewlekłe choroby neurologiczne, w tym afazję, demencję, chorobę Parkinsona i Alzheimera, przynosi pozytywne skutki. u tych pacjentów muzyka redukuje behawioralne i psychologiczne objawy choroby, takie jak zaburzenia lękowe i depresyjne. Mechanizm tych zmian związany jest z pojawianiem się specyficznej aktywności nerwowej w mózgu, odpowiadającej między innymi za regulację emocjonalną. Muzykoterapia zapewnia ponadto rozwój wewnętrznego potencjału człowieka, pozwala osiągnąć lepszą integrację intra- i interpersonalną, a w konsekwencji lepszą jakość życia. Brak niekorzystnych skutków ubocznych tej formy terapii sprawia, że sprawdza się ona dobrze u osób w podeszłym wieku, obciążonych licznymi schorzeniami.

Konieczne są dalsze badania, dzięki którym będzie moża wprowadzić muzykoterapię w leczeniu kolejnych grup chorób.

Piśmiennictwo

1. Nalepa I.: o wspólnych korzeniach chorób neurodegeneracyjnych. Pracownia Sygnału Wewnątrzkomórkowego, Zakład Biochemii Instytutu Farmakologii Polskiej Akademii Nauk w Krakowie. http://www.if-pan.krakow.pl/ptp/4.html, data pobrania 22.02.2014.
2. Terapia zajęciowa. Akademickie Centrum Medyczne. https://akcemed.pl/opieka/opieka-

calodobowa/wsparcie-psychologiczne.html, data pobrania 22.02.2014.

3. Studenckie Koło Naukowe Muzykoterapii przy Akademii Muzycznej im. K. Lipińskiego we Wrocławiu. http://www.amuz.wroc.pl/muzykoterapia/Muzykoterapia,6,0,0.html, data pobrania 22.02.2014.
4. Schwabe C.: Leczenie muzyką chorych z nerwicami i zaburzeniami czynnościowymi. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 1972.
5. Natanson T.: Wstęp do nauki o muzykoterapii. Ossolineum, 1979.
6. Galińska E.: Z zagadnień muzykoterapii [w:] Wybrane zagadnienia z psychologii muzyki, Manturzewska M., Kotarska H. (red.), Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa, 1990, 229.
7. Wiciński M., Sopońska P., Brzoszczyk B. i wsp.: Rola czynników zakaźnych w chorobach neurodegeneracyjnych. Post. Mikrobiol., 2013, 52, 93–103.
8. Budzyńska B.: Współczesne choroby neurodegeneracyjne. Choroba Parkinsona. Aptekarz Polski. Pismo Naczelnej Izby Aptekarskiej, 2013, 84, 62.
9. McNamee D.: Could understanding how the brain processes music help treat illness? MNT, 2014, http://www.medicalnewstoday.com/articles/274336.php, data pobrania 22.02.2014.
10. Leners J.: Music and elderly. Bull. So.c Sci. Med. Grand. Duche Luxemb., 2013, 2, 33-50.
11. Koger S., Brotons M.: Music therapy for dementia symptoms. Cochrane Database Syst. Rev., 2000, 3, CD001121.
12. Guetin S., Portet F., Picot M., et al.: Impact of music therapy on anxiety and depression for patients with Alzheimer's disease and on the burden felt by the main caregiver (feasibility study). Encephale., 2009, 35, 57-65.
13. Muzykoterapia pomocna przy chorobie Alzheimera. Dobry Lekarz. http://www. dobrylekarz.info/artykul/muzykoterapia-pomocna-przy-chorobie-alzheimera.htm, data pobrania 22.02.2014.

.

Harasim Emilia[1], Zalewska Magdalena[2], Dziemian Katarzyna[1]

Aktywność fizyczna dzieci w wieku wczesnoszkolnym

1. Studenckie Koło Naukowe Zdrowia Publicznego przy Zakładzie Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Zakład Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wprowadzenie

Aktywność fizyczna jest podstawowym stymulatorem rozwoju psychosomatycznego człowieka. Ze względu na procesy wzrostu i dojrzewania, aktywność ruchowa odgrywa szczególnie istotną rolę w procesie prawidłowego rozwoju dzieci i młodzieży. Wpływ ten, uwidacznia się w całokształcie toku rozwojowego, zarówno w sferze fizycznej, psychicznej jak i społecznej. Ruch, zaspokaja także indywidualnie potrzeby natury estetycznej oraz wspomaga proces kształtowania trwałych nawyków rekreacyjnych [1,2,3].

Dzieciom i młodzieży proponuje się 60 minut lub więcej umiarkowanej do intensywnej aktywności ruchowej dziennie, niezbędnej dla rozwoju, uwzględniającej różnorodne formy [4]. Utrzymanie aktywności fizycznej na poziomie zalecanym w okresie wieku rozwojowego szkolną sprzyja utrzymaniu należnej masy ciała oraz stanowi szansę na kontynuowanie w kolejnych latach życia prawidłowych nawyków w aspekcie pożądanej aktywności fizycznej [5].

Jednym z najważniejszych czynników powodujących choroby cywilizacyjne jest zmniejszona aktywność ruchowa, siedzący tryb życia oraz niekorzystne zachowania żywieniowe. W populacji wieku rozwojowego rosnącym problemem zdrowotnym będącym między innymi konsekwencją małej aktywności fizycznej są nadwaga i otyłość, które dotyczą 2,5–12% populacji w Polsce [6]. 70-80% młodzieży z otyłością stwierdzoną w fazie dojrzewania stanie się otyłymi dorosłymi, z dużym ryzykiem wystąpienia wielu powikłań: choroby niedokrwiennej serca, nadciśnienia tętniczego, cukrzycy typu 2, czy zespołu metabolicznego, a także niektórych postaci nowotworów: raka piersi, jelita grubego, prostaty, nerki, pęcherzyka żółciowego[7]. U osób bardzo aktywnych ryzyko powstania cukrzycy jest zredukowane o 33 do 50% [8]. Utrzymywanie prawidłowej masy ciała oraz prawidłowego poziomu aktywności fizycznej jest najbardziej efektywnym sposobem zapobiegania chorobom układu sercowo-naczyniowego [9]. Pod wpływem aktywności fizycznej kształtowana jest postawa dziecka, rozwijają się takie cechy motoryczne jak zwinność, gibkość, szybkość oraz wytrzymałość. Udział dzieci w różnych formach ruchu, szczególnie

na świeżym powietrzu, ma wpływ na zwiększenie odporności organizmu [3,10,11]. Aktywność fizyczna odgrywa ważną rolę w sferze psychicznej i społecznej dziecka. Udowodniono pozytywny wpływ ruchu na wyniki szkolne. Obserwacje dotyczyły umiejętności percepcji, wskaźników inteligencji, osiągnięć szkolnych, testów werbalnych i matematycznych oraz poziomu gotowości szkolnej [12]. Uprawianie sportu rozwija odwagę, siłę woli, zdecydowanie, spostrzegawczość, zdolność do koncentracji i skupienia, zdyscyplinowanie, sumienność, wrażliwość i przyczynia się do wykształcenia wielu innych pozytywnych cech charakteru [13]. Wśród osób unikających aktywności fizycznej obserwuje się więcej nerwic i zaburzeń zachowania [14]. Sport uczy zasad obowiązujących w grupie oraz poczucia własnej wartości [3].

Cel pracy

Celem pracy była ocena aktywności fizycznej dzieci w wieku wczesnoszkolnym.

Materiał i metodyka badań

Badanie przeprowadzono na w roku szkolnym 2013/2014 w siedmiu losowo wybranych szkołach podstawowych z województwa podlaskiego oraz warmińsko-mazurskiego. W badaniach uczestniczyła 564-osobowa grupa dzieci (275 chłopców oraz 289 dziewczynek). Kryterium włączenia do badanej grupy był wiek dzieci od 6 do 9 lat. Dzieci pochodziły z różnych środowisk – miasta średniego, miasta małego oraz wsi. Z miasta średniego oraz wsi pochodziło po 200 badanych, natomiast z miasta małego pochodziło 164 badanych.

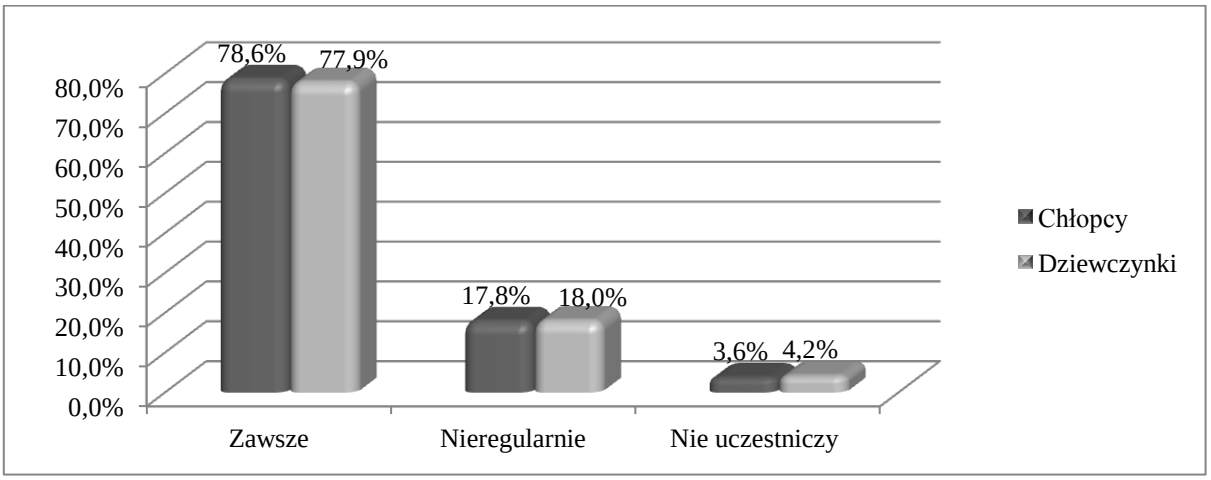
Ocenę poziomu aktywności fizycznej przeprowadzono przy użyciu kwestionariusza ankiety. Badanie właściwe zostało poprzedzone badaniem pilotażowym. Przed przystąpieniem do badań rodzice/opiekunowie badanych dzieci zostali poinformowani o celach i metodach badania. Rodzice/opiekunowie wyrazili zgodę na udział w badaniu pisemnie na specjalnie przygotowanym formularzu. Badanie zostało przeprowadzone po uzyskaniu zgody dyrekcji placówki. Na prowadzenie badań wyraziła zgodę Komisja Bioetyczna Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Ankiety były anonimowe, adresowane do rodziców/opiekunów badanych dzieci.

Do oceny poziomu aktywności fizycznej posłużono się wskaźnikiem UIAF (Umiarkowana do Intensywnej Aktywność Fizyczna), gdzie za wysoki poziom aktywności przyjęto co najmniej 60 minut aktywności fizycznej przez co najmniej 5 dni w tygodniu, za poziom umiarkowany przyjęto co najmniej 60 minut aktywności fizycznej przez 3-4,5 dni oraz za poziom niski przyjęto 60 minut aktywności fizycznej do 2,5 dnia w tygodniu [15].

Analizę statystyczną uzyskanych wyników przeprowadzono z wykorzystaniem pakietu statystycznego „Statistica PL 8.0”. Do analizy zastosowano test niezależności $\chi 2$. Występowanie różnic statystycznie istotnych badano przy poziomie istotności $p<0,05$.

Wyniki

Uczestnictwo badanych dzieci w lekcjach wychowania fizycznego wyglądało podobnie w przypadku chłopców i dziewczynek. Zawsze w tych lekcjach uczestniczyło 78,5% badanych dzieci. Pozostała część badanych dzieci uczestniczyła w lekcjach wychowania fizycznego nieregularnie, po około 18% chłopców oraz dziewczynek. W lekcjach wychowania fizycznego nie uczestniczyło około 4% dzieci. Dzieci uczestniczące w zajęciach wychowania fizycznego nieregularnie oraz nieuczestniczące w zajęciach korzystały ze zwolnień z tych lekcji wypisanych przez rodziców bądź przez lekarzy.



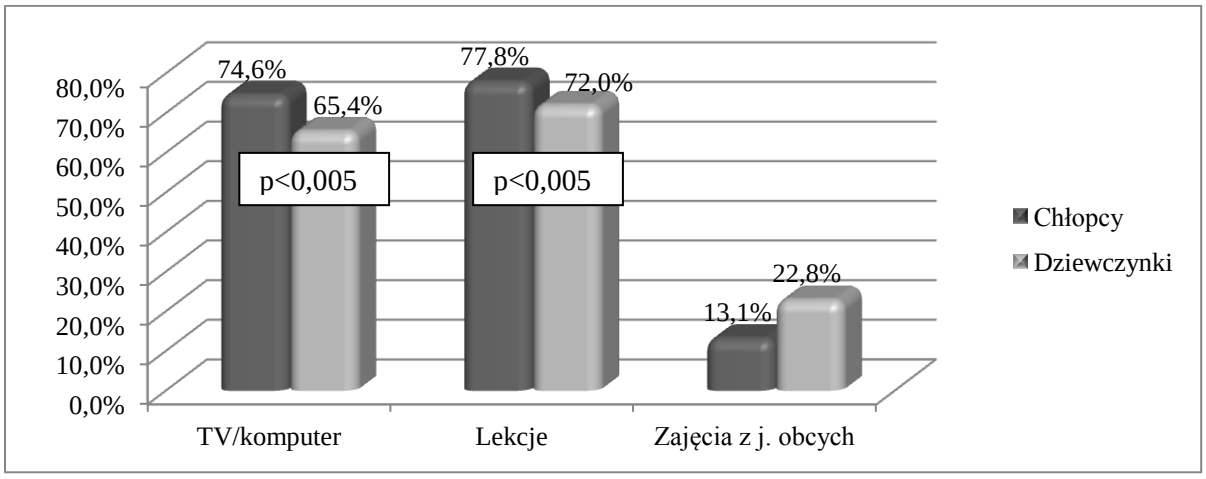
Ryc 1. Uczestniczenie w lekcjach wychowania fizycznego z podziałem na płeć.

Stwierdzono statystycznie istotne różnice między badaną grupą dziewczynek i chłopców w realizacji zalecanego poziomu aktywności fizycznej. Prawidłowy poziom aktywności fizycznej odnotowano u 55,3% badanych chłopców i u 43,6% badanych dziewczynek ($p=0,006$). Średni poziom aktywności fizycznej częściej występował u badanych dziewczynek (40,5%) niż u chłopców (28,4%), ($p=0,002$). Niepokojący jest fakt, iż niską aktywność fizyczną odnotowano u około 16% badanych chłopców i dziewczynek. Zarówno u chłopców, jak i u dziewczynek odnotowano wysokie odsetki braku realizacji zalecanego poziomu aktywności fizycznej. Wśród badanych dziewczynek 56,4% nie realizowało odpowiedniego poziomu aktywności fizycznej, natomiast u chłopców odsetek ten wynosił 44,7%, ($p=0,006$).

Tab 1. Poziom aktywności fizycznej dzieci z uwzględnieniem płci

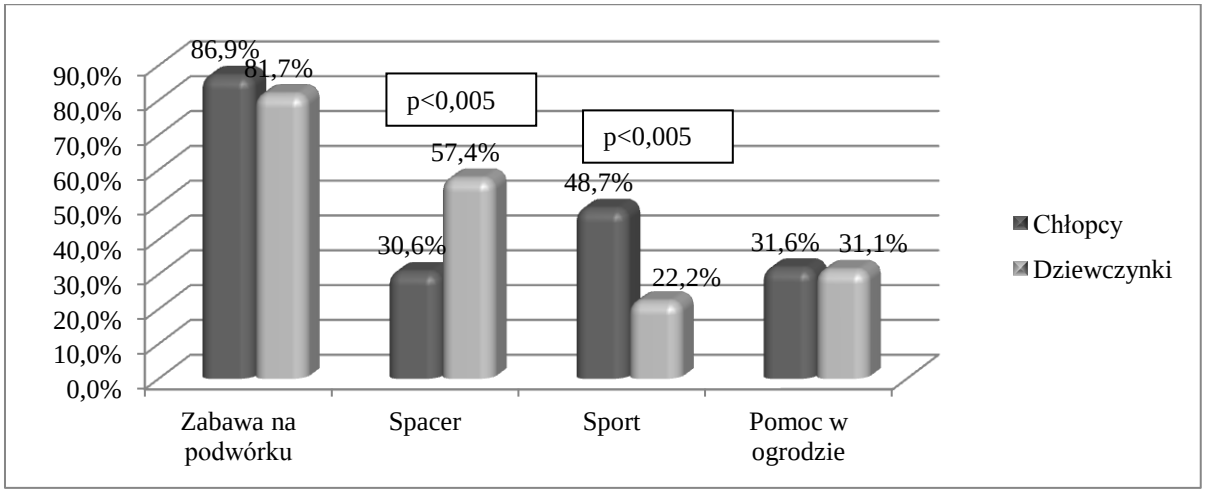
Poziom aktywności fizycznej	Chłopcy		Dziewczynki		Wartość *p*
	n	%	n	%	
Wysoka	152	55,3	126	43,6	0,006
Średnia	78	28,4	117	40,5	0,002
Niska	45	16,4	46	15,9	0,885

Najczęstszą formą spędzania czasu wolnego w przypadku ¾ badanych chłopców było oglądanie telewizji, czy też korzystanie z komputera. Tę formę spędzania wolnego czasu preferowało 65,4% badanych dziewczynek (p=0,018). Uczniowie, czas wolny przeznaczali na odrabianie lekcji i naukę. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami, ponieważ ten rodzaj spędzania czasu wolnego wynika niejako z obowiązku szkolnego. Kolejną formą było uczestniczenie w zajęciach dodatkowych z języków obcych. W zajęciach tych uczestniczyło 13,1% chłopców oraz 22,8% dziewczynek, (p=0,003).



Ryc. 2. Bierne formy spędzania czasu wolnego z podziałem na płeć.*
pytanie wielokrotnego wyboru

Spośród czynnych form spędzania czasu wolnego najczęściej występowała zabawa na podwórku (86,9% chłopców i 81,7% dziewczynek). Podobny odsetek chłopców i dziewczynek spędzał czas na pracach w domu i ogrodzie – około 31% badanych dzieci. Spędzanie czasu wolnego podczas spaceru odnotowano u 57,4% dziewczynek i 30,6% chłopców (p=0,001). W zajęciach sportowych częściej uczestniczyli chłopcy (48,7%) niż dziewczynki (22,2%), p=0,001.



Ryc. 3. Czynne formy spędzania czasu wolnego z podziałem na płeć.*
pytanie wielokrotnego wyboru

Dyskusja

Aktywność fizyczna w dzieciństwie stanowi podstawę optymalnego funkcjonowania, prawidłowego rozwoju oraz zachowania zdrowia fizycznego, jak i psychicznego. Postęp cywilizacyjny sprawił, że poziom aktywności fizycznej jest aktualnie zbyt niski w stosunku do potrzeb biologicznych dzieci. Tradycyjne miejsca zabaw (boiska, podwórka, parki) zastępują oni mieszkaniem, w którym spędzają czas wolny w bezruchu, oglądając telewizję, dvd czy korzystając z komputera.

Badania Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) z lat 2009/10 wskazują, że w krajach Unii Europejskiej, w tym też w Polsce, młodzież nie osiąga zalecanego poziomu aktywności fizycznej [16].

W badaniu własnym chłopcy wykazywali większą aktywność fizyczną niż dziewczynki. Zalecany poziom aktywności fizycznej odnotowano u 55,3% chłopców i u 43,6% dziewczynek. Średnio 49,5% badanych dzieci była aktywna ruchowo przez co najmniej godzinę dziennie co najmniej 5 razy w tygodniu. Wśród badanych dziewczynek 56,4% nie realizowało odpowiedniego poziomu aktywności fizycznej, natomiast wśród chłopców odsetek ten wynosił 44,7%. Ćwirlej i wsp. oceniając aktywność fizyczną dziesięciolatków wykazali, iż tylko 33,7% badanych jest aktywna ruchowo przynajmniej 1 godzinę dziennie, często (4–5 razy w tygodniu) – 39,6%, czasami (2–3 razy w tygodniu) – 23,3%, zaś 1 raz w tygodniu lub rzadziej – 3,4% [17]. W innych badaniach dowiedziono, iż aktywność ruchową podejmowało ogółem 45,5% młodzieży, w tym 33,7% dziewcząt oraz 48,4% chłopców. Odsetek dziewcząt zainteresowanych aktywnością ruchową zmniejszał się

wraz z wiekiem (13 lat – 47,27 %, 15 lat – 25,00 %). Chłopcy wraz z wiekiem również rzadziej podejmowali aktywność ruchową (13 lat – 62,22 % 15 lat – 38,78 %, p=0,021). Istotnie częściej chłopcy byli aktywni ruchowo niż dziewczynki.

Rozmiar aktywności fizycznej w życiu dzieci i młodzieży w znacznym stopniu determinowany jest przez szkołę. Uczestnictwo badanych dzieci w lekcjach wychowania fizycznego wyglądała podobnie w przypadku chłopców i dziewczynek. Zawsze w tych lekcjach uczestniczyło około 78% badanych dzieci. Pozostała część badanych dzieci uczestniczyła w lekcjach wychowania fizycznego prawie zawsze (18%), w więcej niż połowie zajęć (1%), bądź w ogóle nie uczestniczyła w lekcjach wychowania fizycznego (3%). W badaniach Plewy 86,6% badanych dzieci uczestniczyło we wszystkich zajęciach wychowania fizycznego, 10,0% w połowie oraz 2,00% uczestniczyło mniej niż w połowie zajęć, pozostali uczniowie nie uczestniczyli wcale w lekcjach wychowania fizycznego. Ponadto w badaniach tych zbadano preferencje dotyczące lekcji wychowania fizycznego. Większość badanych uczniów (61%) twierdziła, że bardzo lubi lekcje wychowania fizycznego. Według danych GUS aktywność fizyczną w szkole realizowało 97% dzieci w wieku 6-14 lat, zaś poza lekcjami wychowania fizycznego podejmowało ją 85%. Spośród badanych uczniów 43% uprawiało aktywność fizyczną regularnie, prawie 36% dość często, a blisko 22% rzadko [18].

Bierne sposoby spędzania wolnego czasu obserwowane są wśród dzieci i młodzieży we wszystkich grupach wiekowych, począwszy od uczniów szkół podstawowych. Najpopularniejszymi formami spędzania czasu wolnego jest oglądanie telewizji i korzystanie z komputera [19]. Najczęściej występującą bierną formą spędzania czasu wolnego występującą wśród badanych przez nas chłopców było oglądanie telewizji, czy też korzystanie z komputera (74,5%). Tą formę preferowało obserwowano wśród 65,4% badanych dziewczynek. Podobne wyniki uzyskał Plewa stwierdzając, że 52% dzieci codziennie lub prawie codziennie spędzało czas przy komputerze, a 70% z nich codziennie lub prawie codziennie oglądało telewizję [18]. W badaniach Marcysiak wolny czas przed telewizorem lub przed komputerem wolało spędzać aż 30% uczniów. Podobne wyniki uzyskano w odpowiedzi na pytania dotyczące spędzania wolnego czasu w weekend. Wśród badanych 35% najchętniej spędzałoby czas wolny przed telewizorem lub komputerem (41% chłopców i 29% dziewcząt) [19]. Ćwirlej i wsp. wykazali, że większość badanych dzieci korzysta systematycznie z komputera (gry, Internet). Z tego 11,9% robiło to przez co najmniej 2 godziny dziennie, 17,3% – często (4–5 razy w tygodniu) poświęcało taką ilość czasu, a 44,0% – czasami (2–3 razy w tygodniu). Tylko 26,7% nigdy nie korzystało z komputera lub robiło to krócej niż 2 godziny dziennie. Tymczasem według zaleceń czas spędzany przez

dzieci i młodzież na oglądaniu telewizji lub korzystaniu z komputera nie powinien być dłuższy niż 2 godziny dziennie [22]. Długotrwałe przebywanie w pozycji siedzącej może negatywnie wpływać na rozwój fizyczny dziecka, zwłaszcza, jeśli odbywa się kosztem zajęć ruchowych.

Spośród czynnych form spędzania czasu wolnego, najczęściej występującą formą w przypadku badanych chłopców i dziewczynek była zabawa na podwórku. Odnotowano ją u 86,91% chłopców i 81,66% dziewczynek. Podobny odsetek chłopców i dziewczynek spędzał czas na pracach w ogrodzie – około 31% badanych dzieci. W zajęciach sportowych częściej uczestniczyli chłopcy (48,73%) niż dziewczynki (22,15%). W badaniach dzieci z powiatu ciechanowskiego wykazano, że 35% ankietowanych spędzało czas wolny z kolegami i koleżankami na boisku, a 24% jeżdżąc na rowerze. Aktywne spędzanie wolnego czasu (pływanie, jazda na rowerze, gry zespołowe) deklarowało 1/3 badanych uczniów [19]. W badaniach Ćwirlej i wsp. badani uprawiali rekreacyjnie następujące rodzaje sportów: zespołowe gry sportowe – 47,5%, biegi – 35,6%, jazdę na rowerze, rolkach – 35,6%, gimnastykę – 15,3%, pływanie – 27,2%, sporty zimowe – 19,3% [17].

Aktywny styl życia winien być kształtowany poprzez wyrabianie nawyków racjonalnego spędzania wolnego czasu przez całe życie, poczynając od najmłodszych lat, gdyż nieprawidłowości w okresie dzieciństwa mogą mieć konsekwencje nie tylko aktualnie, ale i w przyszłości.

Wnioski

1. Aktywność fizyczna badanych dzieci nie była wystarczająca. Zalecany poziom aktywności fizycznej występował częściej u chłopców, przy czym u dziewczynek aktywność fizyczna była na poziomie umiarkowanym.
2. Wśród biernych form spędzania czasu wolnego większość dzieci preferowało oglądanie telewizji i/lub korzystanie z komputera, co wiąże się to z narastającym sedentarnym trybem życia.
3. Należy propagować aktywność fizyczną i sport poprzez przygotowywanie ciekawych ofert zajęć sportowo-rekreacyjnych skierowanych do uczniów i ich rodziców

Piśmiennictwo

1. Osiński W. : Teoria wychowania fizycznego, AWF, Poznań, 2011.
2. Sobolewski P.: Aktywność fizyczna młodzieży i jej zadowolenie z uczestnictwa w zajęciach wychowania fizycznego, Wychow. Fiz. i Zdr. 2003, 1, 36.

3. Bodys-Cupak I., Grochowska A., Prochowska M.: Aktywność fizyczna gimnazjalistów a wybrane wyznaczniki ich stanu zdrowia, Probl. Hig. Epidemiol ., 2012, 93, 752-758.
4. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. WHO Geneva, Switzerland , 2010.
5. Goldfield G.S., Mallory R., Parker T., et al.: Effects of modifying physical activity and sedentary behavior on psychosocial adjustment in overweight/obese children. J. Pediatr. Psychol., 2007, 32, 783-793.
6. Maszczak T.: Wychowanie fizyczne w nowym systemie edukacji – szanse i zagrożenia Wychow. Fiz. i Zdr. , 2000, 5, 196-199.
7. Bryl W., Hoffman K., Miczke A., Pupek- Musialik D.: Otyłość w młodym wieku — epidemiologia, konsekwencje zdrowotne, konieczność prewencji. Przew. Lek., 2006, 9, 91–95.
8. Jodkowska M., Tabak I., Oblacińska A., Aktywność fizyczna i zachowania sedenteryjne gimnazjalistów z nadwaga i otyłością w Polsce w 2005 r., Probl. Hig. Epidemiol., 2007, 88 , 149-156.
9. Wojtyła A., Bliński P., Bojar I., Wojtyła K.: Aktywność fizyczna młodzieży gimnazjalnej w Polsce, Probl. Hig. Epidemiol., 2011, 92, 335-342.
10. Czaprowski D., Stoliński Ł., Szczygieł A., Kędra A.: Zachowania sedenteryjne dziewcząt i chłopców w wieku 7- 15 lat, Zdr. Pub., 2011, 121, 248-252.
11. Ponczek D., Olszowy I.: Styl życia młodzieży i jego wpływ na zdrowie. Probl. Hig. Epidemiol., 2012, 93, 260-268.
12. Osiński W.: Aktywność fizyczna – czy może zmieniać mózg, Wychow. Fiz. i Zdr. 2011, 4, 5-6.
13. Charzewska J., Chabros E.: Rola aktywności fizycznej i jej wpływ na prawidłowy rozwój fizyczny i stan zdrowia. Ile powinna wynosić optymalna aktywność ruchowa ucznia dziennie i dlaczego? [w:] Zasady prawidłowego żywienia dzieci i młodzieży oraz wskazówki dotyczące zdrowego stylu życia, Jarosz M., (red.), IŻŻ, Warszawa 2008, 189-201.
14. Bojar I., Wojtyła K., Owoc A.: Aktywność fizyczna uczniów szkół podstawowych powiatu miasta Kalisz i powiatu kaliskiego, Med. Ogólna, 2010, 16, 33-43.
15. Prochaska J.J., Sails J.F., Long B.: A physical activity screening measure for use with adolescents in primary care. Arch. Pediatr. Adolesc. Med, 2001, 155, 554-559.

16. Social determinants of health and well-being among young people, Health Behaviour in school-aged children (HBSC) Study, International Report From the 2009/2010 Surve, World Health Organization 2012.
17. Ćwirlej A., Walicka-Cupryś K., Gregorowicz-Cieślik H.: Aktywność ruchowa dzieci 10-letnich w czasie wolnym Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego Rzeszów, 2005, 3, 262–266.
18. Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009 r. , GUS, Kraków, 2011.
19. WHO Report on the Consultation: Development of a WHO global strategy on diet, physical activity and health: European regional consultation. Copenhagen, 2003.
20. Plewa M., Markiewicz A.: Aktywność fizyczna w profilaktyce i leczeniu otyłości. Endokrynol. Otyłość, 2006, 2, 30–37.
21. Marcysiak M., Zagroba M., Ostrowska B., i wsp.: Aktywność fizyczna a zachowania żywieniowe dzieci i młodzieży powiatu ciechanowskiego. Probl. Piel., 2010, 18, 176–183.
22. American Academy of Pediatrics. Policy Statement. Children, adolescents, and television. Pediatrics , 2001, 107, 423–426.

Tyszko Anna Maria[1], Magnuszewski Łukasz[1], Mystkowska Monika[1], Piaścik Rafał[1], Zalewska Anna[2], Sochoń Karolina[2], Wojtkowski Janusz[2.3]

Kinesiotaping jako uniwersalna metoda wykorzystywana w różnych dziedzinach medycyny

1. Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Rehabilitacji Dziecięcej z Ośrodkiem Wczesnej Pomocy Dzieciom Upośledzonym „Dać szansę", Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Klinika Rehabilitacji Dziecięcej z Ośrodkiem Wczesnej Pomocy Dzieciom Upośledzonym „Dać szansę", Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Stypendysta w ramach projektu „Studiuję, badam, komercjalizuję – program wsparcia doktorantów UMB", Poddziałanie 8.2.1 Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Wstęp

Twórcą metody kinesiotaping (KT) jest pochodzący z Japonii chiropraktyk dr Kenzo Case. W latach 70. opracował on oryginalną metodę opartą na stosowaniu specjalnych plastrów znanych jako *Kinesio Tape*, aplikowanych bezpośrednio na skórę [1]. Założeniem jego koncepcji była myśl, aby zastosowana terapia mogła wywierać lecznicze działanie na pacjenta nie tylko w trakcie wizyty, ale też po jej zakończeniu, w trakcie procesu samoleczenia, ponieważ pozytywne działania fizjoterapeutyczne zanikają często z upływającym czasem [2]. W Polsce pierwszy kurs kinesiotapingu odbył się w 2004 roku [3].

Podstawowymi celami kinesiotapingu są: stabilizacja, normalizacja napięcia powięzi i mięśni, zwiększenie lub ograniczenie zakresu ruchomości w stawach, redukcja bólu oraz zmniejszenie obrzęku. Kinesiotaping wspomaga też pracę mięśni. Metoda japońskiego chiropraktyka stwarza nowe możliwości terapii w przypadkach, w których zastosowanie innych metod fizjoterapii napotyka na przeciwskazania np. leczenie dolegliwości bólowych u pacjentów z: raną pooperacyjna, chorobą nowotworową, implantami elektronicznymi lub metalowymi. Jest to nieinwazyjna, dobrze tolerowana metoda, która oddziałuje na pacjenta przez 24 godziny na dobę. Każda aplikacja powinna być zaplanowana i uwarunkowana wskazaniami klinicznymi. Terapeuta, indywidualnie do potrzeb pacjenta, musi wybrać technikę cięcia i oklejania oraz ustalić procent naciągnięcia. Zabiegi można powtarzać wielokrotnie, aż do momentu ustąpienia dolegliwości bólowych, obrzęków lub uzyskania wyznaczonych wcześniej celów [4].

Kinesiotaping początkowo stosowany był tylko w medycynie sportowej. Obecnie znajduje coraz szersze zastosowanie i jest wykorzystywany w inny dziedzinach medycyny, szczególnie w: ortopedii, traumatologii, chirurgii, neurologii, onkologii, ginekologii i

pediatrii. Rozwój metody w różnych dziedzinach medycyny jest dynamiczny, ponieważ przynosi pozytywne efekty lecznicze [4].

Celem pracy jest podsumowanie wiedzy i przedstawienie najnowszych doniesień na temat zastosowania kinesiotapingu w różnych dziedzinach medycyny.

Rozwinięcie

Taśmy Kinesio Tape

W metodzie kinesiotaping wykorzystuje się taśmy, zwane *Kinesio Tape*. Są one wykonane z bawełny, kleją się, mają odpowiedną strukturę splotu i rozciągliwość. Zakres rozciągliwości, to 140% długości początkowej. Plastry mają ciężar i grubość o parametrach zbliżonych do skóry ludzkiej. Dzięki temu, pacjent nie odczuwa obecności plastra na swoim ciele. Taśma jest wodoodporna. Po aplikacji, pacjent może mieć wykonywane zabiegi hydroterapii a nawet jonoforezy okolicy ciała poddanej aplikacji. Taśmy przepuszczają powietrze, dzięki czemu nie zaburzają wymiany cieplnej. Bardzo dobrze przylegają do skóry, nie ograniczają ruchów w stawach. Warstwę klejącą stanowi akryl minimalizujący wystąpienie podrażnień skóry. Produkowane są również plastry hipoalergiczne dla dzieci.

Przed aplikacją taśmy, skóra powinna być odpowiednio przygotowana. Należy ją oczyścić środkiem, najlepiej na bazie alkoholu oraz ogolić. Zabiegi te umożliwią dłuższy czas utrzymywania się plastra na ciele. *Kinesio Tape* zachowuje właściwości lecznicze do 5 dni.
Aby aplikacja przyniosła korzyść dla, powinien wykonywać ją wyspecjalizowany terapeuta. Musi on określić cel, jaki ma być osiągnięty przy pomocy naklejonego plastra, a następnie wybrać rodzaj aplikacji, odpowiedni kształt oraz rozciągnięcie. Bardzo ważna jest tu diagnostyka pacjenta, bez której nie osiągnie się wcześniej wyznaczonego celu. Osoba wykonująca aplikację musi powiadomić pacjenta o: możliwych odczynach alergicznych, czynnościach, jakich nie wolno wykonywać bezpośrednio na taśmę np. zabiegów cieplnych oraz sposobie zdejmowania aplikacji [1,2,4,5].

Techniki oklejania

Kinesiotaping jako metoda wspomagająca proces rehabilitacji opiera się na stosowaniu różnych technik aplikacji plastra:

- Aplikacja mechaniczna - polecana jest w celu zwiększania elastyczności tkanek. Plaster rozcina się w kształcie litery Y. Przy naklejaniu, taśmę rozciąga się od 50 do 75% pierwotnej długości.
- Aplikacja powięziowa – stosowana jest przy wzmożonym napięciu powięzi. Aplikacja plastra w maksymalnym rozciągnięciu ciała i naciągnięciu taśmy 25-50%.

- Aplikacja funkcjonalna - stosowana jest w ograniczeniach ruchomości i w nieprawidłowym usytuowaniu poszczególnych części ciała. Napięcie taśmy 50-75%.
- Aplikacja miejscowa- stosowana jest tylko na zmienione procesem zapalnym okolice, punkty bolesne oraz punkty motoryczne. Napięcie taśmy wynosi 25-50%.
- Aplikacja więzadłowo- ścięgnowa- pobudza mechanoreceptory oraz proprioreceptory, które normalizują napięcie więzadeł i ścięgien, stosuje się rozciągliwość plastra w zakresie 25-50%.
- Aplikacja przestrzenna – wykorzystywana do tworzenia miejsca nad miejscem bólu lub nad obrzękiem, zmniejsza ucisk na tę zmianę. Napięcie wynosi około 50%.
- Aplikacja limfatyczna- stosowana jest w profilaktyce i redukcji obrzęków limfatycznych. Jako metoda wspierająca zabiegi drenażu limfatycznego. Plaster tnie się na długie, wąskie paski (ogony), a bazę przykleja się w okolicach węzłów chłonnych. Naciąg taśmy wynosi 0-15%.
- Aplikacja mięśniowa – najbardziej fizjologiczna, naklejana bez rozciągania taśmy na rozciągnięty mięsień. Wspomagająca pracę przeciążonego mięśnia [6,7].

W kinesiotapingu stosuje się różne techniki rozcinania plastrów, najczęściej stosowane to:

- Y - aplikacja na mięśnie i więzadła.
- I – technika zalecana po zabiegach chirurgicznych, w punktach spustowych oraz w technice funkcjonalnej.
- X – stosowana na mięśnie wielobrzuśćcowe, wielostawowe.
- Wachlarz (*Fan*) – technika rozcinania zbliżona do Y, ale ze zwiększoną liczbą rozcięć, „ogonów” (4–5). Stosowana w aplikacji limfatycznej.
- Sieć (*Web*) – rozcięcie plastra posiadające dwie bazy, między którymi tworzona jest siatka wąskich pasków w liczbie 4,5 lub 6. Stosowana miejscowo na obrzęki i stłuczenia [3].

Ortopedia i traumatologia

W ortopedii i traumatologii jednym z najczęstszych miejsc bólowych wskazywanych przez pacjentów jest odcinek lędźwiowo-krzyżowy kręgosłupa. Dysfunkcja wiąże się często z nadmiernie rozciągniętym lub przykurczonym mięśniem prostym brzucha. W tym przypadku skutecznie zastosować można aplikację mięśniową wspomagającą pracę mięśni brzucha, która ma za zadnie odciążyć bolący odcinek kręgosłupa [8,9].

Kinesiotaping, jako metoda wykorzystująca wiele form i technik terapeutycznych jest pomocna w rehabilitacji osób z wadami postawy i ze schorzeniami kręgosłupa. Jednym z

celów kinesiotapingu jest normalizacja napięcia mięśni i powięzi oraz działanie przeciwbólowe przyczyniające się do stosowania aplikacji w chorobach takich jak: skolioza jednołukowa, skolioza dwułukowa, plecy płaskie, okrągłe i wklęsło-wypukłe. Badania dowiodły, że techniki mięśniowe i powięziowe kinesiotapingu stosowane w skoliozach powodują zmianę kąta talii zbliżoną do prawidłowej. Jest to dowód na leczniczy wpływ aplikacji plastrów. W ZZSK głównym celem stosowania aplikacji funkcjonalnej jest utrzymanie kręgosłupa w wyproście z wyeliminowaniem patologicznego pogłębienia kifozy piersiowej [8,10].

Nieprawidłowa postawa ciała jest jednym z głównych powodów dolegliwości bólowych u pacjentów na całym świecie. Zmęczenia mięśni spowodowane długotrwałym przebywaniem w pozycji siedzącej, brak ruchu czy wielogodzinna praca przy komputerze przyczyniają się do przeciążeń, osłabienia mięśni grzbietu i obręczy barkowej. KT odcinka szyjnego kręgosłupa działa wspomagająco na normalizację wzmożonego napięcia mięśniowego, zmniejszenie bólu, poprawę gry powięziowej, a co za tym idzie poprawia zakresu ruchu. W urazach typu „smagnięciem biczem", które powodują uszkodzenia więzadeł lub krążków międzykręgowych, głównym problemem są zawroty głowy, sztywność szyi, ból i drętwienia kończyn górnych. W takich przypadkach, oprócz powszechnie stosowanych kołnierzy ortopedycznych, coraz częściej stosuje się aplikacje mające na celu wsparcie stabilizacji zewnętrznej odcinka szyjnego kręgosłupa, zastępując tym samym kołnierze ortopedyczne. Chorzy zgłaszający się z bólem odcinka piersiowego zwykle mają problem ze znikomą ruchomością skóry, co wskazuje na zwiększone napięcie powięzi i mięśni. W takich przypadkach stosuje się aplikacje powięziową, która powoduje zmniejszenie dolegliwości i obniżenie napięcia mięśni przykręgosłupowych [8,10].

W zapaleniu nadkłykcia bocznego kości ramiennej, potocznie zwanego łokciem tenisisty, zastosowanie KT odciąża powięź, przyspiesza proces regeneracji, zmniejsza obrzęk i ból. Identyczne zastosowanie aplikacji stosuje się w łokciu golfisty [9,10].

Obserwuje się także dużą skuteczność zastosowania kinesiotapingu w niestabilności barku. W przypadku podwichnięć głowy kości ramiennej, skutecznie stabilizuje się ją odpowiednią aplikacją funkcjonalną. Potwierdzono to w badaniach, w których uzyskano poprawę w stabilizacji struktur stawu wpływających na centralizację głowy kości ramiennej w panewce oraz zmniejszenie dolegliwości bólowych [10,11].

Ważną metodą wykorzystywaną w kinesiotapingu jest metoda funkcjonalna, stosowana w niewłaściwym ustawieniu części ciała. Stosuje się ją min. w przypadku stopy

opadającej Aplikacja ma na celu wzmocnieniu mięśni odpowiadających za wyprost stopy w stawie skokowym. Często spotykanym przypadkiem traumatologicznym jest przesunięcie boczne lub wysokie ustawienie rzepki, które wymaga specjalistycznej aplikacji funkcjonalnej. Dzięki niej istnieje możliwość ustabilizowania rzepki w jej fizjologicznym ustawieniu [12,13]. Aplikację funkcjonalną wykorzystujemy również w koślawości palucha. Patologiczne ustawienie kątowe palucha w stawie powoduje ból i uczucie dyskomfortu. Korygowanie niewłaściwej pozycji i utrzymanie fizjologicznego położenia elementów palucha i stopy za pomocą aplikacji przyczynia się do poprawy komfortu życia pacjentów cierpiących na to schorzenie [10,13].

Złamania żeber należą do najczęstszych uszkodzeń klatki piersiowej i charakteryzujących się silnymi dolegliwościami bólowymi. W tym przypadku zastosować można technikę więzadłową, która odciąża daną okolicę ciała oraz zwiększa wchłanianie krwiaków pourazowych. Przeprowadzone badania dowiodły, iż po zastosowaniu aplikacji, wzrosła pojemności oddechowa płuc oraz zmniejszyło się odczucie bólu - aż o 3 stopnie w skali VAS [14].

Złamania kręgów zarówno w wyniku procesu degeneracyjnego jak i w wyniku urazów można leczyć zachowawczo kinesiotapingiem. Celem takiej aplikacji jest zmniejszenie bólu i obrzęku oraz stabilizacja ograniczająca ruchy w złamanym odcinku kręgosłupa [8,15].

Przy złamaniach, skręceniach bądź stłuczeniach bardzo dobre efekty terapeutyczne przynosi stosowanie aplikacji limfatycznych. Pobudzają one angiomotorykę cienkich naczyń włosowatych, powodując naturalny drenaż limfatyczny. Widoczna resorbcja obrzęków występuje już po kilku godzinach od zastosowania aplikacji [10,13,15].

Chirurgia

Kinesiotaping znalazł zastosowanie w chirurgii, kiedy aplikacja taśmy nie jest przeciwwskazana, a inne zabiegi fizjoterapeutyczne zostały wykluczone, np.: ze względu na świeżą ranę pooperacyjną, znaczne dolegliwości bólowe, czy choroby współistniejące. U pacjentów po zabiegach takich jak *Ulcus ventriculi ruptum, Peritonitis difussa purulenta czy Appendicitis acuta gangraenosa pervorativa,* występuje zwiększenie obwodów brzucha spowodowane zaburzoną motoryką układu pokarmowego. Towarzyszy temu znaczny ból. Aplikacja plastrów metodą mięśniową i powięziową pozwala na pobudzenie perystaltyki jelit, szybszą redukcję obwodu brzucha - zmniejszenie wzdęć, tym samym powoduje znaczne ograniczenie dolegliwości przejawiające się w polepszeniu samopoczucia pacjenta oraz w ograniczeniu podawania leków przeciwbólowych [16].

W przypadkach zespołów bólowych odcinka piersiowego w stanach po usunięciu płuca czy też raka płaskonabłonkowego, po aplikacji plastra metodą mięśniową oraz powięziową na okolicę wątroby uzyskuje się znaczną poprawę samopoczucia chorego [17].

U pacjentów z zespołem bólowym okolicy klatki piersiowej w przebiegu choroby Recklinghausena skarżących się na promieniujący ból w przestrzeniach międzyżebrowych i uczucie ucisku związane z obrzękiem, zastosowanie odpowiedniego klejenia (typu Y na *musculus sacrospinalis* w odcinku piersiowym, drenaż limfatyczny) już po 12 godzinach przynosi ulgę. Innym przykładem jest przypadek pacjentki z bolesnością uciskową i objawiającym się bólem przy odwodzeniu kończyny górnej w wyniku guza III żebra, u której po zastosowaniu plastrów na mięśnie: naramienny, dwugłowy ramienia, zmniejszył się ból podczas wykonywania ruchu w stawie, a przy aplikacji drenażu limfatycznego nastąpiło zmniejszenie obrzęku III żebra już po 48 godzinach [17].

Zastosowanie kinesiotapingu po mastektomii pozwala na przyspieszenie mikrokrążenia limfatycznego i żylnego, redukuje zastój chłonki a tym samym obrzęk limfatyczny. Po ustąpieniu obrzęku następuje poprawa ruchomości we wszystkich stawach kończyny a tym samym wzrost siły mięśniowej [18].

Stosowanie plastrów eliminuje często potrzebę chirurgicznych ingerencji w przypadku procesu nieprawidłowego bliznowacenia. Powoduje zmianę koloru blizny z czerwonego na neutralny, zwiększa jej elastyczność, zmniejsza wysokość i redukuje ograniczenia ruchomości, jakie stawia [19,20].

Neurologia

Neurologia jest dziedziną medycyny, która zajmuje się diagnostyką oraz leczeniem uszkodzeń ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego. Kinesiotaping stosuje się tu min. przy uszkodzeniu nerwu twarzowego (VII). Może ono wystąpić np. jako powikłanie w przypadku krwotocznego udaru mózgu, zazwyczaj jednostronnie. Nerw twarzowy posiada włókna czuciowe i ruchowe. Objawami porażenia są: osłabienie mięśni mimicznych twarzy, powodujące niemożność szczerzenia zębów czy gwizdania, spłycenie fałdu nosowo – gardłowego, obniżenie kącika ust i niekontrolowany wyciek śliny z ust, poszerzenie szpary powiekowej. Naklejenie plastrów powoduje uniesienie warstwy skóry właściwej, co powoduje lepszy dopływ krwi, odżywienie tkanek, zapobieganie obrzękom, unormowanie napięcia mięśniowego, zmniejszenie odczucia bólu oraz polepszenie warunków do regeneracji nerwu. W zależności od potrzeb pacjenta, taśmy można nakleić w różnorodny sposób: by zwiększyć napięcie mięśniowe, przyklejamy taśmę od przyczepu proksymalnego

do dystalnego, zaś by zmniejszyć napięcie mięśniowe taśmę przyklejamy w kierunku odwrotnym. Taśmę wyciętą kształcie „Y" lub „fan" dostosowujemy do kształtu twarzy; miejsce aplikacji uzależnione jest od stopnia niedowładu. Stosowanie kinesiotapingu poprawia funkcje mięśni mimicznych, pozwala na uzyskanie symetrii twarzy oraz podciągnięcia kącika ust do prawidłowej pozycji. Zdaniem badaczy, taśmy powodują odciążenie mięśni podczas terapii, co zmniejsza ich zmęczenie oraz wspomagają ich pracę. Korekcja symetrii twarzy poprawia samoocenę pacjenta, zwiększa chęć do ćwiczeń, ułatwiają pracę mięśni i stale stymulują tkanki, co przyspiesza powrót pacjenta do zdrowia [21].

Kinesiotaping stosuje się również w usprawnianiu po rekonstrukcji nerwu twarzowego. Miało to miejsce u 56 letniej pacjentki po przebytej operacji guza kąta mostowo – móżdżkowego. Po zabiegu stan pacjentki kształtował się następująco: stwierdzono uszkodzenie lewego nerwu V (zaburzone czucie powierzchowne lewej strony twarzy), uszkodzenie lewego nerwu VII (zanik ruchów mięśni lewej strony twarzy), uszkodzenie lewego nerwu VIII oraz dodatni wynik w próbie Romberga. Po przeprowadzeniu operacji połączenia nerwu VII lewego z nerwem XII lewym, mające na celu poprawę funkcji ruchowych w zakresie żucia i połykania. Plastry przyklejano wykorzystując technikę powięziową, korekcyjną oraz limfatyczną. Zastosowana terapia została oceniona po upływie sześciu miesięcy. Najbardziej skuteczną terapią, w porównaniu z innymi zabiegami fizjoterapeutycznymi okazało się użycie kinesiotapingu. Uzyskane wyniki:

- poprawa funkcji ruchowych w zakresie powieki oka lewego (zwiększenie ruchomości mięśnia okrężnego oka) i dolnej części twarzy, powrót funkcji powieki oka lewego i wystąpienie łzawienia;
- poprawa ruchomości i czucia języka;
- poprawa symetrii ruchu twarzy;
- redukcja obrzęku lewej strony twarzy;
- poprawa jakości życia chorej [22].

Uraz kręgosłupa jest poważnym schorzeniem i problemem leczniczym, ze względu na uszkodzenie części kostnej i nerwowej mieszczącej się w kanale kręgowym. W konsekwencji urazu może dojść do porażenia czterokończynowego, porażenia kończyn dolnych oraz innych powikłań. Jednymi z najczęstszych powodów urazów rdzenia są skok do wody i wypadki komunikacyjne. Usprawnianie pacjenta jest kompleksowe, jest zależne od stanu pacjenta. Do standardowych świadczeń można włączyć kinesiotaping. Ma on na celu zniwelowanie bólu, skorygowanie niewłaściwej pozycji w stawach, usprawnienie i umożliwienie ruchu,

uruchomienie mięśni objętych uszkodzeniem, przywrócenie prawidłowego napięcia mięśniowego i powięzi. Pozytywny efekt leczniczy za pomocą taśm uzyskano u nastoletniego chłopca po urazie szyjnego odcinka kręgosłupa na poziomie C5, u którego zdiagnozowano pełnoobjawowy zespół rdzeniowy z niedowładem kończyn górnych, obniżonym napięciem mięśniowym wraz z nasilonymi dolegliwościami bólowymi w obrębie barków z ich hipermobilnością i niedostateczną stabilizacją. Rehabilitacja złożona była z kinezyterapii standardowej, fragmentów metody PNF (*Prorioceptive Neuromuscular Facilitation*), NDT – Bobath i kinesiotapingu. W ciągu terapii dwa razy aplikowano plastry kinesiotaping, na mięśnie prostowniki grzbietu i mięśnie obręczy barkowej. Po upływie trzech tygodni zaobserwowano istotną poprawę funkcji mobilności w obręczy barkowej, kończyn górnych i w obrębie tułowia. Umożliwiło to uniesienie kończyn górnych, utrzymanie ich oraz przeniesienie poza oś ciała, w pozycji leżącej i siedzącej, stopniową czynną korekcję postawy, poprawę stabilizacji mięśniowej, zwiększenie siły mięśniowej w kończynach górnych, przedłużenie czasu stabilizacji tułowia w siadzie, poprawy czynności dnia codziennego jak np. utrzymanie kubka. Kinesiotaping okazał się skuteczną metodą. Znacząco wpłynął na poprawę funkcjonalności kończyn górnych i tułowia, przyczyniając się do podwyższenia sprawności fizycznej chorego [23].

Ginekologia

Ciąża jest szczególnym okresem w życiu kobiety, to także duże wyzwanie dla jej organizmu. Powiększający się brzuch, rozluźnienie aparatu więzadłowo- torebkowego wpływają na powstanie dolegliwości bólowych. Troska o zdrowie dziecka i matki sprawia ze tradycyjne metody fizjoterapeutyczne, zwłaszcza z zakresu fizykoterapii są wykluczone.

Stosując kinesiotaping można zwiększyć lub zmniejszyć napięcie mięśni w zależności od potrzeb. Taśmę aplikuje się na mięsień prosty brzucha i skośny zewnętrzny, co wspomaga ich funkcję jako mięśni posturalnych. Naklejanie taśmy w sposób spiralny na kończynę dolną usprawnia odpływ chłonki, który jest znacznie ograniczony z powodu zwężenia dróg odprowadzających limfę z rejonu miednicy i prowadzi do powstawania obrzęków nóg ciężarnych [24].

W przypadku dolegliwości bólowych odcinka lędźwiowego kręgosłupa możemy zastosować technikę wspomagania i stabilizacji więzadeł tego rejonu. Metoda dwóch skrzyżowanych wachlarzy prowadzi do poprawy przepływu limfy, stabilizacji więzadeł oraz stawów, powoduje zmniejszenie bólu stawów krzyżowo-biodrowych poprzez ograniczenie ruchów powodujących ból. KT wpływa również na skórę brzucha, przeciwdziałając jej

nadmiernemu rozciągnięciu i tym samym powstawaniu rozstępów. Oklejenia piersi kobiet karmiących stosuje się w celu ułatwienia produkcji mleka, zmniejszenia bólu oraz dla uzyskania efektu kosmetycznego. Naklejenia znalazły dodatkowo zastosowanie w problemach z oddychaniem (zastosowania techniki powięziowej) czy też po porodzie w celu uzyskania szybszej regeneracji tkanek i poprawy krążenia w tym obszarze (technika spiralna) [24].

Podsumowanie

Kinesiotaping to terapia pozbawiona ryzyka, wykorzystywana w przypadkach, gdy inne metody fizjoterapeutyczne są przeciwwskazane. Metoda z zastosowaniem taśm *Kinesio Tape* zawdzięcza swój sukces niewielkiemu kosztowi, dostępności, łatwości aplikacji oraz pozytywnym skutkami oddziaływania. Dzięki temu nie już kojarzona wyłącznie ze sportem, ale z sukcesem stosowana jest w różnych dziadzinach medycyny.

Piśmiennictwo

1. Słoniak R. Tittinger T.: Taping rehabilitacyjny. Taping w rehabilitacji i sporcie. Fizjoterapia Rafał Słoniak, Rzeszów,2011, 6-18.
2. Hałas I.: Kinesiology Taping - metoda wspomagająca terapię tkanek miękkich. Prak. Fizjoter. Reh., 2010, 9, 22-25.
3. Szczegielniak J., Krajczy M., Bogacz K. i wsp.: Kinesiotaping in physiotherapy after abdominal surgery. Fizjo. Pol., 2007, 3, 299-307.
4. Kiebzak W., Kowalski I.M., Pawłowski M. i wsp.: Wykorzystanie metody Kinesiology Taping w praktyce fizjoterapeutycznej: przegląd literatury. Fizjo. Pol., 2012, 12, 1-11.
5. Bicici S., Karatas N., Baltaci G..: Effect of athletic taping and Kinesiotaping on measurements of functional performance in basketball players with chronic inversion ankle sprains. Int. J. Sports. Phys. Ther., 2012, 7, 154–166.
6. Zajt-Kwiatkowska J., Rajkowska-Laboń E., Skrobot W., Bakula St..: Kinesiotaping metoda wspomagająca proces usprawniania fizjoterapeutycznego – wybrane aplikacje kliniczne. Nowiny Lek., 2005, 74, 190-194.
7. Weber- Rajek M., Pawlak J., Zalewski P. i wsp..: Ocena skuteczności Kinesiotapingu w terapii dolegliwości bólowych lędźwiowo – krzyżowego odcinka kręgosłupa. Med. Biol. Sciences, 2011, 25, 59-64.
8. Kołodziej E., Kołodziej D., Kotuła L. i wsp..: Kinesiotaping w kompleksowej

fizjoterapii. Post Nauk Med., 2013, 26-37.

9. Garczyński W., Lubkowska A., Dobek A.: Zastosowanie metody kinesiology tapingu w sporcie. J Health. Sci, 2013, 3, 233-246.
10. Mikołajewska E.: Kinesiotaping, rozwiązania wybranych problemów funkcjonalnych, 2011, Warszawa, 45-74.
11. Cubała A., Śniegocki M., Hoffman J., i wsp..: Use of the kinesio taping method in painful shoulder syndrome. Med. Biol. Sci, 2012, 26, 4, 71-76.
12. Halseth T., McChesney J.W., DeBeliso M., et al: The effects of kinesio taping on proprioception at the ankle. J. Sports Sci & Med, 2004, 3, 1-7.
13. Śliwiński Z., Senderek T.: Kinezjotaping– nowa metoda leczenia?. Rehabilitacja w praktyce, 2007, 3, 18-21.
14. Czyżewski P., Hałas I., Kopytiuk R. i wsp.: Zastosowanie metody Kinesiology Taping w zmniejszeniu bólu po złamaniach żeber – doniesienia wstępne. Post. Reh., 2012, 4, 29-35.
15. Kiebzak W., Kowalski I., Pawłowski M. i wsp..: Wykorzystanie metody Kinesiology Taping w praktyce fizjoterapeutycznej: Przegląd literatury. Fizjo. Pol., 2012, 1, 1-11.
16. Szczegielniak J., Krajczy M., Bogacz K., i wsp.: Kinesiotaping w fizjoterapii po zabiegach chirurgicznych w obrębie jamy brzusznej. Fizjo. Pol., 2007, 3, 299-307.
17. Szczegielniak J., Krajczy M., Bogacz K. i wsp..: Kinesiotaping po zabiegach torakochirurgicznych. Fizjo. Pol., 2007, 3, 4, 7, 344-350.
18. Lipińska A., Śliwiński Z., Kiebzak W. i wsp.: Wpływ aplikacji kinesiotapingu na obrzęk limfatyczny kończyny górnej u kobiet po mastektomii. Fizjo. Pol., 2007, 3, 7, 258-269.
19. Ogawa R.: The most current algorithms for the treatment and prevention of hyper thropic scars and keloids. Plast. Reconstr. Surg., 2010, 125, 557-568.
20. Pogorzelska J., Kiebzak W., Starczyńska M., Zięba M.: Obserwacja skuteczności stosowania Kinesiology Taping na blizny z tendencją do przerastania. Stud. Med, 2012, 26, 73-77.
21. Szefler J., Głowacka P., Patalong-Ogiewa M.: Kinesiology taping jako metoda wspierająca terapię ośrodkowego uszkodzenia nerwu VII. Ann. Acad. Med. Siles. 2012, 66, 73-76.
22. Hałas I., Senderek T., Krupa L.: Wykorzystanie Kinesio Tapingu w usprawnianiu pacjentki po rekonstrukcji nerwu twarzowego. Fizjo. Pol., 2005, 5, 272-276.

23. Świerczyńska A., Kłusek R., Czachor T., Gajda B.: Kinezjotaping jako jedna z metod leczenia urazów rdzenia kręgowego. Przeg. Lek., 2011, 68, 1144-1148.
24. Senderek T., Breitenbach S., Hałas I.: Kinesiotaping – nowe możliwości fizjoterapii kobiet w czasie ciąży", Fizjoter. Pol., 2005, 5, 266-271.

Szajerska Anna[1,2], Kurasiewicz Łukasz[1,2], Gasińska Karolina[1,2], Michalski Tomasz[1,2], Mazur-Stążka Elżbieta[1,2]

Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna pacjentów po implantacji wszczepialnego kardiowertera-defibrylatora

1. Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Kardiologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
2. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4, Lublin

Wstęp

Główną przyczyną zgonów w krajach uprzemysłowionych są choroby określane mianem cywilizacyjnych, do których należą do nich między innymi: nowotwory, wypadki, cukrzyca oraz choroby układu krążenia [1]. Wśród nich największy odsetek stanowią choroby układu krążenia takie jak: nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca i nagły zgon sercowy. W 2010 roku były one przyczyną 46% wszystkich zgonów w Polsce, w tym 52% zgonów u kobiet i 41% u mężczyzn. Aktualnie prawie co drugi zgon jest powodowany chorobami układu krążenia [1,2].

W ostatnich latach unowocześniono diagnostykę i terapię chorób układu sercowo-naczyniowego, a także rozwinięto kardiologię interwencyjną, co stworzyło to podstawy do utworzenia nowych zasad rehabilitacji odpowiednich do specyficznych sytuacji klinicznych. Grupą pacjentów, którzy wymagają odmiennej rehabilitacji kardiologicznej są chorzy ze wszczepionym kardiowerterem- defibrylatorem [3].

Wszczepialny kardiowerter-defibrylator

Jednym z elementów leczenia kardiologicznego jest zapobieganie nagłej śmierci sercowej. Obok farmakoterapii, kardiologii interwencyjnej i kardiochirurgii podstawowe znaczenie w zapobieganiu skutkom migotania komór (*Ventricular Fibrillation* - VF) i częstoskurczu komorowego (*Ventricular Tachycardia* - VT) ma wszczepienie kardiowertera – defibrylatora **(***Implantable Cardioverter Defibrillator* - ICD) [4].

Wszczepialny kardiowerter-defibrylator to urządzenie o możliwościach zarówno terapeutycznych jak i diagnostycznych. Do jego podstawowych funkcji terapeutycznych można zaliczyć: kardiowersję i defibrylację VT i VF, stymulację antyarytmiczną przerywającą napady monomorficznych VT, stymulację serca zapobiegającą patologicznej bradykardii i terapię resynchronizującą (*Cardiac Resychronization Therapy* - CRT*).* Do funkcji diagnostycznych należą natomiast: możliwość rejestracji elektrokardiogramów wewnątrzsercowych z okresów interwencji terapeutycznej urządzenia, ilości pobudzeń

wystymulowanych, kardiotopowych i dodatkowych oraz monitorowanie parametrów elektrod i baterii [4].

ICD można implantować w ramach profilaktyki pierwotnej lub wtórnej. Profilaktyką pierwotną obejmowani są pacjenci, którzy nie doświadczyli incydentu nagłego zatrzymania krążenia, ale obciążeni są wysokim ryzykiem jego wystąpienia. Przykładem tej grupy chorych są osoby cierpiące na zespół Brugadów, zespół długiego QT, chorzy z kardiomiopatią przerostową bądź niewydolnością serca z niską frakcją wyrzutową. Natomiast profilaktyka wtórna dotyczy chorych, u których doszło do zatrzymania krążenia w mechanizmie migotania komór czy częstoskurczu komorowego bądź wystąpił częstoskurcz istotny hemodynamicznie. Pacjenci ci mając świadomość zagrożenia nagłą śmiercią sercową chętnie godzą się na zabieg wszczepienia ICD [5,6].

Przed zabiegiem konieczne jest wdrożenie profilaktyki antybiotykowej, a także przygotowanie skóry w obszarze pola operacyjnego. W celu zapewnienia optymalnej hemostazy powinno się odstawić leki przeciwkrzepliwe i przeciwpłytkowe. Zabieg wszczepienia ICD prowadzony jest w znieczuleniu miejscowym i sedacji. Elektrodę (elektrody) wprowadza się przez żyłę podobojczykową, a następnie pod kontrolą radiologiczną do prawej komory serca lub prawej komory i prawego przedsionka [4].

ICD może być jednojamowy i obejmować jedną elektrodę odbiorczą, stymulacyjną i defibrylującą w prawej komorze bądź dwujamowy posiadający dodatkową elektrodę w prawym przedsionku. Zwykle w trakcie implantacji urządzenia w celu potwierdzenia prawidłowego rozpoznawania i przerywania arytmii wywołuje się VT.

Przeciwwskazaniem do wszczepienia ICD są VT lub VF wywołane odwracalną bądź przemijającą przyczyną, do których można zaliczyć między innymi: pierwsze 24 godziny świeżego zawału serca oraz ostre zapalenie mięśnia sercowego. Także ustawiczne VT oraz VF powstały na skutek preekscytacji są przeciwwskazaniem do zabiegu. Wszczepienia ICD nie wykonuje się także w wypadku miejscowego lub uogólnionego zakażenia oraz jeśli przewiduje się, że chory nie przeżyje w dobrym stanie dłużej niż rok [7].

Jakość życia pacjentów z wszczepialnym kardiowerterem-defibrylatorem

Większość pacjentów (50-70%) doświadcza wyładowań ICD w ciągu pierwszych dwóch lat po jego implantacji. U części chorych (10-30%) występuje zjawisko burzy elektrycznej, czyli złośliwej formy arytmii komorowej występującej ponad trzy razy na dobę i wymagającej interwencji ICD [8]. Pojedynczym wyładowaniom towarzyszą przykre doznania w postaci bólu w klatce piersiowej, natomiast burze elektryczne mogą prowadzić

do poważnych zaburzeń lękowo depresyjnych przypominających w skrajnych przypadkach zespół stresu pourazowego. Szacuje się, że 24–87% chorych po implantacji ICD doświadcza lęku, u 13–38% chorych występują zaburzenia lękowe wymagające leczenia psychiatrycznego, a u 20-30% chorych pojawiają się objawy depresji takie jak: obniżony nastrój, pogorszenie sprawności myślenia czy poczucie braku własnej wartości [9]. Z powodu strachu przed nasileniem się arytmii lub w obawie przed wyładowaniem ICD pacjenci unikają aktywności fizycznej, zawodowej i seksualnej. Z tego względu z upływem czasu chorzy popadają w powiększającą się stopniowo zależność od rodziny. Wszystkie te elementy doprowadzają do znacznego pogorszenia jakości życia pacjentów (*quality of life*, QOL) [5,10].

Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna

WHO (World Health Organization) definiuje rehabilitację kardiologiczną, jako „*kompleksowe i skoordynowane stosowanie środków medycznych, socjalnych, wychowawczych i zawodowych w celu przystosowania chorego do nowego życia i umożliwienia mu uzyskania jak największej sprawności*". Jej celem jest szybki powrót chorego do pełnej aktywności fizycznej, psychicznej, społecznej i zawodowej, ułatwienie zaakceptowania przez niego nowej sytuacji życiowej, a także utrzymanie przez chorego pełnej samodzielności przez jak najdłuższy okres czasu. Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna (KRK) powinna zostać podjęta jak najwcześniej i trwać w sposób ciągły [2,3].

KRK prowadzona jest na oddziałach chorób wewnętrznych, kardiologii, kardiochirurgii oraz w ośrodkach rehabilitacji kardiologicznej. Zaangażowani są w nią technicy rehabilitacji, lekarze, pielęgniarki, dietetycy oraz psycholodzy. Niezmiennymi elementami, które składają się na KRK są: ocena stanu klinicznego chorego, kontynuacja leczenia farmakologicznego, rehabilitacja fizyczna i psychospołeczna, diagnostyka i zwalczanie czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca, modyfikacja stylu życia, edukacja pacjentów i ich rodzin oraz monitorowanie efektów rehabilitacji [11].

Etapy rehabilitacji kardiologicznej

KRK prowadzi się w trzech etapach, wśród których wyróżnia się okres wczesnej rehabilitacji (etap I i II) oraz okres późnej rehabilitacji (etap III).

Etap pierwszy rozpoczyna się tuż po zabiegu w trakcie pobytu pacjenta w szpitalu i ma na celu jak najszybszy powrót pacjenta do samodzielności w aspekcie wykonywania codziennych czynności oraz zapobieganie skutkom unieruchomienia [12].

Drugi etap KRK przeprowadzany jest w szpitalu, ambulatorium lub w domu i trwa od 4 do 12 tygodni [12]. Pacjenci obciążeni chorobami współistniejącymi, posiadający wysokie

ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych lub posiadający złe warunki mieszkaniowe poddawani są rehabilitacji szpitalnej. Rehabilitacja ambulatoryjna prowadzona jest przez poradnie i zakłady rehabilitacji kardiologicznej i polecana jest pacjentom, u których okres wczesnej rehabilitacji stacjonarnej okazał się niewystarczający. Rehabilitacja w warunkach domowych prowadzona jest pod kontrolą poradni rehabilitacyjnej, kardiologicznej lub lekarza rodzinnego posiadającego wiedzę z zakresu KRK [12].

Późna rehabilitacja powinna być kontynuowana do końca życia chorego i ma na celu podtrzymanie dotychczasowych efektów leczenia i dalszą poprawę tolerancji wysiłku. Trzeci etap KRK może być organizowany przez poradnie rehabilitacji kardiologicznej, poradnie kardiologiczne lub lekarzy rodzinnych przeszkolonych w zakresie rehabilitacji kardiologicznej **[**12].

Rehabilitacja kardiologiczna pacjentów z wszczepionym ICD

Rehabilitacja kardiologiczna pacjentów z wszczepionym ICD jest działaniem kompleksowym obejmującym naukę zachowania pacjenta i jego rodziny podczas arytmii, trening fizyczny oraz psychologiczną adaptację do życia. Istotnym elementem rehabilitacji jest przekonanie chorego o pozytywnych skutkach implantacji kardiowertera-defibrylatora [3].

Nauka zachowania w czasie arytmii

Już przed zabiegiem chory powinien zostać poinformowany o mechanizmie działania ICD, postępowaniu w przypadku pojawienia się wyładowań oraz miejscach, w których może uzyskać specjalistyczną pomoc lekarską. Edukacja powinna dotyczyć nie tylko pacjenta, ale także jego bliskich, których zadaniem w razie utraty przytomności lub powtarzających się często interwencji będzie wezwanie pogotowia ratunkowego, a w przypadku zatrzymania krążenia podjęcie resuscytacji. Po każdym wystąpieniu wyładowania ICD lekarz powinien przeanalizować z pacjentem okoliczności, w których doszło do interwencji, oraz czynności wykonywane przez pacjenta przed interwencją i w jej czasie. Ma to na celu zminimalizowanie skutków kojarzenia obojętnych bodźców z wyładowaniem ICD, które rodzą ograniczenia w różnych obszarach aktywności życiowej i prowadzą do przewlekłego lęku [13].

Chorzy z wszczepionym ICD powinni mieć świadomość, że kontynuacja leczenia farmakologicznego choroby zasadniczej i schorzeń współwystępujących jest niezbędna.

Trening fizyczny

Z powodu lęku przed nasilaniem się arytmii lub w obawie przed wyładowaniem urządzenia pacjenci z wszczepionym ICD unikają wszelkiego rodzaju aktywności fizycznej. Tymczasem większość z nich może bezpiecznie uczestniczyć w programie kontrolowanych

treningów fizycznych lub ćwiczyć w warunkach domowych poprawiając tym samym wydolność fizyczną, zmniejszając poczucie lęku i zwalczając stres. Wykazano także, że regularne ćwiczenia fizyczne mają korzystny wpływ na QOL, a także poprawiają przepływ przez naczynia wieńcowe hamując tym samym rozwój choroby niedokrwiennej serca będącej często przyczyną zaburzeń rytmu a tym samym wyładowań ICD [10].

Przed planowym treningiem u każdego chorego należy wykonać próbę wysiłkową, którą prowadzi się do wartości tętna 20 uderzeń/min poniżej progu detekcji częstoskurczu przez ICD. Jej celem jest ocena reakcji organizmu na wysiłek fizyczny oraz wyznaczenie tętna treningowego, które będzie stosowane podczas rehabilitacji. Każdy chory powinien mieć dopasowaną indywidualnie intensywność wysiłku, ze zwróceniem szczególnej uwagi na pacjentów z grupy podwyższonego ryzyka chorób układu krążenia. Najpopularniejszą metodą umożliwiająca wyznaczenie tętna treningowego jest metoda oparta na wzorze Karvonena:

$$tHRmin. = HRspocz. + 60\% \times (HRspocz. – HRwysiłk.)$$

$$tHRmaks. = HRspocz. + 80\% \times (HRspocz. – HRwysiłk.)$$

gdzie:

tHRmin. — minimalna wartość rytmu serca (HR, *heartrhythm*), przy której prowadzi się trening, poniżej tej wartości jest on nieefektywny;

HRspocz. — spoczynkowy rytm serca;

HRwysiłk. — maksymalna wartość rytmu serca uzyskana podczas początkowej próby wysiłkowej;

tHRmaks. — maksymalna wartość rytmu serca, której nie powinno się przekraczać podczas wysiłku

Wysiłku fizycznego powinni unikać chorzy, u których farmakologiczne leczenie arytmii jest nieustalone, osoby, u których planuje się ablację oraz pacjenci, u których zwiększyła się częstotliwość wyładowań ICD.

Ze względu na możliwość dyslokacji elektrody trening fizyczny powinno się rozpocząć po okresie 6 tygodni od wszczepienia ICD. Pacjentom zaleca się prowadzenie aktywności fizycznej trzy razy w tygodniu. Każdy z treningów powinien być poprzedzony odpowiednio długą rozgrzewką (30 min) i zakończony wyciszeniem. Osoby początkujące powinny zacząć od treningów interwałowych, natomiast pozostałym chorym zaleca się ćwiczenia ciągłe. Najbardziej korzystne dla tej grupy pacjentów wydają się być ćwiczenia wytrzymałościowe, do których należą trening na cykloergometrze i marsze. Trening marszowy może być przeprowadzony na stepperach, na bieżni ruchomej lub jako marsze

w warunkach kontrolowanych ze stopniowo zwiększanym dystansem. Polecane są także: aerobik, aqua aerobik, jogging, gimnastyka, a także trening siłowy [14].

W czasie prowadzenia rehabilitacji należy bezwzględnie przestrzegać zasady, że limit tętna treningowego powinien być o 20/min razy mniejszy od progu detekcji częstoskurczu. W tym celu w trakcie wysiłku fizycznego pacjenci mogą skorzystać z pulsometrów z opcją alarmowania dźwiękiem o przekroczeniu maksymalnego tętna [14].

Psychologiczna adaptacja do życia

Istotnym elementem rehabilitacji kardiologicznej jest psychologiczna adaptacja do życia, której celem jest powrót pacjenta do zawodu wykonywanego przed implantacją oraz podjęcie pozazawodowej roli społecznej. Adaptacja zawodowa pacjenta z wszczepionym ICD powinna rozpocząć się już w momencie planowania implantacji. Przy współpracy z lekarzem pacjent powinien ocenić stopień obciążenia fizycznego i psychicznego w środowisku zawodowym i rozważyć ewentualną zmianę stanowiska pracy. Ze względu na wysokie ryzyko zagrożenia zdrowia i życia pacjenta i osób z jego otoczenia w wyniku utraty przez niego przytomności niemożliwa jest praca w zawodzie pilota, kierowcy, a także praca na wysokości, w pobliżu dużych generatorów, w elektrowniach, czy w otoczeniu pieców indukcyjnych. Powrót do zawodu i podjęcie roli społecznej sprzyja poprawie samooceny, usprawnia funkcjonowanie pacjentów w środowisku rodzinnym i ulepsza jakość ich życia [13].

Zmiana trybu życia

Istotny dla pacjentów z ICD jest szybki powrót do codziennego życia domowego i podjęcie się wykonywania podstawowych czynności. Chorzy bez obaw mogą korzystać ze sprawnego sprzętu AGD i RTV. Niezbyt uciążliwym ograniczeniem jest zachowanie odległość co najmniej 10–15 cm pomiędzy telefonem a kardiowerterem-defibrylatorem, z tego względu nie należy przechowywać telefonu komórkowego na piersi po stronie ICD.

Pacjenci mogą także powrócić do swoich wcześniejszych zainteresowań pamiętając jedynie o unikaniu czynności, które mogłyby spowodować uraz klatki piersiowej doprowadzający do uszkodzenia ICD. Także podróże nie stanowią ograniczenia dla chorych z ICD. Powszechnie stosowane w portach lotniczych wykrywacze metalu mogą zasygnalizować obecność urządzenia, ale prawdopodobieństwo zakłócenia jego pracy jest minimalne. Nie jest jednak wskazana kontrola z użyciem ręcznego wykrywacza metalu. Jeżeli personel odpowiedzialny za bezpieczeństwo nalega na kontrolę w obszarze ciała znajdującym się blisko ICD, czas jego ekspozycji na pole elektromagnetyczne nie może być dłuższy niż 1-2 sekundy, z częstotliwością raz na 10 sekund [15].

Ograniczenie w zakresie prowadzenia samochodu znacznie pogarsza jakość życia pacjentów, dlatego powinni oni zostać poinformowani, iż prywatne używanie samochodu jest dopuszczalne. Do prowadzenia pojazdami można powrócić po 4 tygodniach od implantacji jeśli miała charakter prewencji pierwotnej, oraz po 3 miesiącach od prewencji wtórnej. Zaleca się także, aby wstrzymać się od prowadzenia pojazdów na okres trzech miesięcy po każdej interwencji defibrylatora. W przypadku interwencji nieadekwatnej okres ten trwa aż do wyjaśnienia i usunięcia jej przyczyny. Po reimplantacji ICD z powodu wyczerpania baterii należy powstrzymać się od kierowania pojazdami przez tydzień, natomiast po wymianie elektrody przez miesiąc [16].

Przed pacjentami z wszczepionym ICD stoi perspektywa regularnego kontrolowania urządzenia i jego częstej wymiany. Pierwsza kontrola ICD powinna się odbyć po 2-12 tygodniach od wypisu ze szpitala. Kolejne kontrole urządzenia przeprowadzane są zwykle raz na 3-6 miesięcy. Wraz ze zwiększającym się zużyciem baterii terminy kontroli wyznaczane są nieco częściej (raz na 2-3 miesiące). Po interwencji ICD pacjent powinien zgłosić się na dodatkową wizytę kontrolną w ciągu dwóch dni [16]. Jeśli mają miejsce wielokrotne wyładowania, konieczne jest wezwanie Pogotowia Ratunkowego i skierowanie się do ośrodka przeprowadzającego kontrole urządzenia. Wymiana urządzenia następuje co około 4-5 lat.

Pacjenci z wszczepionym ICD powinni nosić przy sobie kartę informującą o posiadaniu implantu. Przed każdym planowanym badaniem należy zgłaszać fakt wszczepienia urządzenia. Poważnym ograniczeniem nowoczesnej diagnostyki schorzeń współistniejących u chorych z ICD jest niemożność wykonania u nich rezonansu magnetycznego, bowiem może on spowodować rozgrzanie końcówki elektrody i jej uszkodzenie, awarię oprogramowania lub uszkodzenie samego urządzenia [17]. Przeciwwskazana jest także diatermia. W sposób bezpieczny może być prowadzona radioterapia, jeżeli pole naświetlań nie obejmuje elementów układu ICD. Dodatkowo urządzenie powinno być chronione specjalnymi osłonami. Badania radiologiczne, tomografia komputerowa, mammografia czy ultrasonografia są w pełni bezpieczne u pacjentów z ICD i nie ma potrzeby podejmowania szczególnych środków ostrożności. Ze względu na możliwość wyzwolenia nieadekwatnych interwencji urządzenia lub indukcji arytmii do procedur wymagających specjalnych ostrożności zalicza się ablację substratu arytmii prądem o częstotliwości radiowej i elektrokoagulację chirurgiczną [15].

Wszczepienie ICD nie jest przeciwwskazaniem do zajścia w ciążę. Ciąża u pacjentek z ICD przebiega prawidłowo, jednak planowaną ciążę należy omówić z lekarzem prowadzącym.

Podsumowanie

W ostatnim 20-leciu wszczepialne kardiowertery-defibrylatory serca umożliwiły przedłużenie życia wielu chorym zagrożonym nagłą śmiercią sercową z przyczyn arytmicznych. W licznych badaniach klinicznych potwierdzono zdecydowaną przewagę tej metody postępowania w porównaniu z farmakoterapią.

Rehabilitacja kardiologiczna pacjentów po wszczepieniu ICD przynosi wiele korzyści, zarówno dla samego chorego jak i jego rodziny. Kształtuje pozytywne nastawienie do wyładowań ICD, poprawia samoocenę i funkcjonowanie chorego w środowisku rodzinnym. Pod wpływem rehabilitacji kardiologicznej poprawia się wydolność wysiłkowa chorych, a ryzyko nawrotu zdarzeń sercowych znacznie się zmniejsza.

Piśmiennictwo

1. Rutkowska L.: Trwanie życia w 2011 roku. GUS, Departament Badań Demograficznych, 2011, 29-31.
2. Piotrowicz R., Wolszakiewicz J.: Rehabilitacja kardiologiczna pacjentów po zawale serca. Fol. Card. Exc., 2008, 3, 12, 559–565.
3. Jaxa-Chamiec T.: Cardiac rehabilitation – definition, history, aims, magnitude and benefits. Post. Nauk Med., 2008, 10, 634-642.
4. Szczeklik A.: Wszczepialny kardiowerter-defibrylator. Gajewski P., Budaj A.: Podręcznik chorób wewnętrznych. Interna Szczeklika. Medycyna Praktyczna, Kraków, 2012, 277-279.
5. Trusz-Gluza M.: Młody pacjent z ICD – czy można poprawić jego jakość życia? Kardiologia Polska, 2008, 66, 10.
6. Raczak G., Sominka D.: Wskazania do wszczepienia kardiowertera-defibrylatora. Forum Medycyny Rodzinnej, 2009, 3, 165–172.
7. Przybylski A.: Kwalifikacja i przygotowanie chorych do wszczepienia kardiowertera-defibrylatora (ICD). W Dobrym Rytmie, 2008, 4, 6-11.
8. Mitręga K., Średniawa B., Kowalski O., Leonarczyk R., Musialik-Łydka A., Kalarus Z.: Electrical storm in patients with implantable cardioverter-defibrillator. Probl. Pielęg. 2013, 71, 198–201.
9. Kochańska A., Lewicka-Nowak E., Zarzycka: Actors modyfying quality of life in patients treated with implantable cardioverter-defibrillator. Fol. Cardiol., 2006, 13, 171–177.

10. Kochańska A., Zarzycka B.: The patient with an implantable Cardioverter-defibrillator (ICD). Can you get used to the ICD shocks? Forum Medycyny Rodzinnej, 2010, 4, , 10–16.
11. Smarż K.: Cardiac rehabilitation in various clinical situation – phases, indications, contraindications, risks and safety issues. Post. Nauk Med., 2008, 10, 643-652.
12. Folia Cardiol.: Definicja, zadania, etapy i efekty rehabilitacji kardiologicznej. Via Medica, 2004, 11, A, A1–A3.
13. Pająk J., Jarosiński G., Nowak-Majda P., Walusiak M., Plewa M., Durniała J., Kargul Wł.**:** Odrębność rehabilitacji kardiologicznej u pacjentów po implantacji kardiowertera-defibrylatora. Wiad. Lek., 2009, 62, 26-29.
14. Niedoszytko P., Zielińska D., Bakuła S.: Rehabilitacja pacjentów po implantacji wszczepialnego kardiowertera-defibrylatora. Choroby Serca i Naczyń, 2007, 4, 2, 99–102.
15. Krymska B.: Adaptation of the patient with an implantable cardioverter-defibrillator to return to work. Probl. Pielęg., 2009, 19, 401–404.
16. Kempa M., Raczak G.: Medical care of patients post cardioverter–defibrillator implantation. Forum Medycyny Rodzinnej, 2010, 4, 167–173.
17. Pruszyński B.: Diagnostyka Obrazowa RTG, TK, USG, MR i medycyna nuklearna, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2008.

.

Kozińska Monika[1], Kulik Halina[2]

Efekty rehabilitacji psychicznej z zastosowaniem metody arteterapii pacjenta z wrodzoną siniczą wadą serca

1. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, Sławków
2. Śląski Uniwersytet Medyczny Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Pielęgniarstwa Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa

Arteterapia to najogólniej wykorzystanie twórczości w celach leczniczych [1]. Termin ten pojawił się w pierwszej połowie ubiegłego wieku i najczęściej oznaczał terapię polegającą na używaniu sztuk plastycznych. Obecnie w zależności od stosowanych narzędzi i technik wyróżnia się wiele rodzajów terapii obejmujących pozostałe dziedziny sztuki: muzykę, literaturę, teatr, film. Arteterapią nazywa się także spontaniczną twórczość osób chorych lub niepełnosprawnych [2].

Szczególna wartość terapeutyczna i diagnostyczna arteterapii zawiera się w tym, że jest to sfera komunikacji pozawerbalnej. Poprzez twórczość następuje proces samourzeczywistniania się twórcy. Wzmocnieniu ulega poczucie własnej akceptacji i wartości, zwiększa się stan wiedzy o samym sobie, ekspresja samego siebie, wyzwoleniu ulegają nagromadzone emocje, zmniejszając tym samym stan napięcia emocjonalnego. Nie bez znaczenia jest również relaks, wypoczynek i przyjemność, które związane są z twórczością [2,3,4].

Arteterapia ma za zadanie wspierać człowieka w procesie zdrowienia. Zdrowienie jest tutaj raczej powrotem do społeczeństwa w znaczeniu społecznej roli oraz obowiązków, które każdy człowiek posiada, bo tylko w społeczeństwie można naprawdę być człowiekiem. Otaczający nas świat cechuje się pięknem form i barw. Przetwarzając te obserwowane przez siebie obiekty wyrażamy swój stosunek do nich, oraz całego otoczenia. Człowiek jest istotą aktywną, która stara się przekształcać swoje środowisko i mało jest spraw równie frustrujących jak bezczynność, zaś najgorsza jest przymusowa bezczynność, polegająca na niemożności wykonywania dotychczasowych działań.

Twórczość jest również związana z pozytywnymi emocjami takimi jak: radość, nadzieja i zmysłowe przyjemności. Warunkuje ją ludzka potrzeba samorealizacji, której istotę stanowi rozwiązywanie problemów i do której konieczny jest pewien zakres ogólnej inteligencji twórcy [2]. Najważniejszym jednak celem arteterapii jest podnoszenie jakości życia dzięki przezwyciężaniu przeszkód jakie pojawiają się na drodze do samorealizacji.

Wiąże się to z aktywowaniem zachowań twórczych człowieka, rozwojem spontaniczności i postrzegania rzeczywistości w sferze emocji i ducha. Arteterapia umożliwia – poprzez retrospekcję zdarzeń z przeszłości - zmiany w postawie i zachowaniu z uwzględnieniem indywidualnych warunków otaczających daną osobę [3].

Edukacyjna rola arteterapii polega na przekazaniu dodatkowych informacji potrzebnych do nowego zorientowania trybu życia, oraz nowej interpretacji jego sensu i jakości. Arteterapia pełni również funkcję korekcyjną, ponieważ zmienia szkodliwe mechanizmy na korzystne. Umożliwia także diagnozowanie i rokowanie. Wytwory osoby poddawanej terapii obrazują jej stan psychofizyczny. Arteterapia oddziałuje więc na człowieka tak jak lek, przy czym jest ona bezpieczna i naturalna [4]. Ponieważ możliwości twórcze posiada każdy człowiek, wydaje się, że twórczość należy do potrzeb człowieka, zatem terapia sztuką otwiera wielkie możliwości dla terapeutów oraz ich podopiecznych.

Cel pracy

W pracy ukazano efekty rehabilitacji psychicznej z zastosowaniem metody arteterapii, pacjenta z wrodzoną siniczą wadą serca pod postacią wspólnego pnia tętniczego typ I.

Metoda

Realizując założony cel posłużono się metodą case study [5]. W ramach tej metody wykorzystano technikę wywiadu swobodnego z pacjentem oraz członkami najbliższej rodziny pacjenta - matką i siostrą, analizę dokumentacji medycznej pacjenta, obserwację uczestniczącą, oraz analizę twórczości artystycznej pacjenta.

Jednostka analizy

Mężczyzna w wieku 27 lat, urodzony z ciąży bliźniaczej (siostra bliźniaczka jest zdrowa) – który od urodzenia pozostaje pod opieką Poradni Wad Wrodzonych Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu.

Badany cierpi na wrodzoną siniczą wadę serca pod postacią wspólnego pnia tętniczego typ I z umiarkowaną niedomykalnością, oraz przerostem mięśnia obu komór serca. Ma utrwalone nadciśnienie płucne.

Wśród objawów dominują: sinica, trudności w przyjmowaniu pokarmu, brak przyrostu masy ciała, duszność, zaburzenia rytmu serca, nadmierna potliwość, senność, mała ogólna aktywność życiowa.

Z rozmów z członkami rodziny badanego wynika, że choroba uniemożliwiała mu harmonijny rozwój. W okresie dzieciństwa bardzo przeżywał pogarszającą się atmosferą domową spowodowana nadużywaniem alkoholu przez ojca, co nasilało objawy choroby i powodowało ogólną nadpobudliwość na zmianę z okresami całkowitej apatii, kiedy to

odmawiał przyjmowania pokarmów i wykonywania zabiegów higienicznych, oraz przyjmowania lekarstw.

Rodzina starała się zapewnić mu najbardziej optymalne warunki rozwoju. Początkowo uczęszczał, wraz z siostrą do zwykłej szkoły. Fakt ten miał bardzo pozytywny wpływ na jego rozwój fizyczny (chociaż już w tym okresie był słabszy w porównaniu do rówieśników) i intelektualny. Problemy zdrowotne nasiliły się wraz z okresem dojrzewania, kiedy to zaczął wyraźnie odstawać od rówieśników, a nauka szkolna zaczęła sprawiać mu kłopoty. W porozumieniu z lekarzem prowadzącym, oraz dyrekcją szkoły i kuratorium oświaty otrzymał możliwość indywidualnego nauczania w domu. Po ukończeniu szkoły podstawowej rozpoczął naukę w liceum ogólnokształcącym. W tym okresie, z uwagi na niekorzystną sytuację domową nasiliły się jego problemy zdrowotne. Okresowe utraty przytomność i związany z tym lęk przed śmiercią, bardzo niekorzystnie wpływały na jego samopoczucie psychiczne i zachowanie. Buntując się, odmawiał przyjmowania leków i podejmował zajęcia wymagające znacznego wysiłku i odporności.

Nadzieję na poprawę swojego stanu zdrowia wiązał z zabiegiem operacyjnym. Kiedy jednak okazało się, że przeprowadzenie zabiegu operacyjnego nie jest możliwe, pacjent stał się apatyczny, wycofał się z życia rodzinnego i społecznego, izolował od otoczenia. Życie rodzinne w tym czasie dodatkowo komplikował rozwód rodziców, który jednak przyczynił się do odzyskania spokoju i równowagi w rodzinie.

Sytuacja opiekuńcza rodziny stała się jeszcze bardziej skomplikowana po uzyskaniu pełnoletności przez pacjenta. Powołując się na swoją niezależność prawną i finansową (otrzymał rentę socjalną) był przekonany, że nie musi się z nikim liczyć, nikogo słuchać i może podejmować destrukcyjne dla swojego zdrowia działania. Uważał, że ma wyłączne prawo do decydowania o swoim zdrowiu i życiu. Czuł się zbędny i miał poczucie, że jest dla rodziny ciężarem. W tym czasie lekarz prowadzący zadecydował, że pacjent wymaga terapii psychologicznej. Problemy psychiczne, uwarunkowane stanem zdrowia zostały spotęgowane niepowodzeniami natury emocjonalnej związanymi z nieodwzajemnionym uczuciem do dziewczyny. Brak wzajemności pacjent upatrywał w swojej niepełnosprawności [6].

Metoda wprowadzenia arteterapii w życie badanej osoby i rodzaje zastosowanych arteterapii.

Kiedy lekarz prowadzący zaproponował terapię sztuką, pacjent odmówił, uzasadniając to tym, że "*nie posiada żadnych uzdolnień artystycznych i nie będzie się ośmieszał*". Zainteresowania literackie członków rodziny, traktował jako "*niepoważne*", a sam nie lubił literatury.

Pod wpływem opinii znajomego pacjenta, który twierdził, że słuchanie muzyki i gra na pianinie bardzo mu pomaga, zainteresował się muzyką. Z uwagi na fakt, że rodziny nie stać było na kupno pianina, zaczął uczęszczać do Miejskiego Ośrodka Kultury w swojej miejscowości, aby tam ćwiczyć grę na pianinie pod kierunkiem osoby prowadzącej lokalny chór.

Niestety udział w zajęciach w Miejskim Ośrodku Kultury wiązał się z dojazdami, które były dla niego zbyt męczące. Wówczas jego nauczycielka muzyki zaproponowała mu grę na gitarze, jako ekwiwalent gry na pianinie. Podarowała mu gitarę i pokazała w ciągu kilku zajęć jak może na niej grać. Odtąd gitara stała się nieodłącznym towarzyszem jego codziennego funkcjonowania. Ponieważ jego rodzeństwo ułożyło sobie życie i opuściło dom, miał już pokój tylko dla siebie i nikt z pozostałych członków rodziny mu nie przeszkadzał. Zaczął nawet uczęszczać na zajęcia z muzykoterapii. Szybko okazało się, że pacjent posiada dobry słuch muzyczny i można oddziaływać na jego samopoczucie muzyką, jednak możliwości wokalne, są poniżej standardów.

Pacjent niestety, nie był zainteresowany muzyką klasyczną, która bardzo pozytywnie oddziaływała na jego samopoczucie. Skłaniał się ku muzyce rockowej lub haevy metalowej, która niestety negatywnie wpływała na jego zdrowie. Podczas słuchania tego typu muzyki u pacjenta występował częstoskurcz napadowy i duszność. Siostra badanego zainteresowała go twórczością zespołu cieszącego się uznaniem w środowisku młodzieży „White Snake" (Biały Wąż). Wokalista tego zespołu David Coverdale śpiewa jednak różne utwory, niektóre bardzo nastrojowe i nostalgiczne, a jego sława wokalisty rockowego spowodowała, że pacjent chętnie słuchał również tych utworów.

Z uprawianiem muzyki rockowej był jednak poważny kłopot, pomimo niewątpliwego talentu pacjenta. Granie tej muzyki wymaga od artysty znacznego wysiłku fizycznego, zaś jej rytm zakłóca rytm pracy serca.

Muzyka zespołów „Slayer", oraz „Iron Maiden" chętnie słuchana i grana przez kolegów badanego wywoływała stany napięcia nerwowego, które kończyły się nocnymi dusznościami. Cechy muzyki rockowej takie jak: parzyste metrum, natężenie dźwięku, oraz postawienie na pierwszym planie obok wokalisty instrumentów perkusyjnych, wprawia całe ciało w rytm drgań zgodnie z rytmem utworu, co powodowało negatywne reakcje ciała pacjenta.

Ta ciężka, buntownicza muzyka wyraźnie mu szkodziła. Bardzo lubi utwory zespołu „Metallica", wciąż jednak poszukiwał nowych form muzycznych. Zafascynowała go instrumentalna wersja utworu „Unforgiven" wykonaną przez znakomity zespół smyczkowy

"Apocaliptyca". Wykonanie to określił jako „niewyobrażalnie piękne". Niestety zaczął znowu odczuwać duszności, a w nocy nawiedzały go myśli o zbliżającej się nieuchronnej śmierci. Rodzina była niechętna jego udziałom w zajęciach muzycznych oraz kontaktom z kolegami muzykami.

Z zajęciami muzykoterapii był jeszcze jeden problem, którego nie można było przezwyciężyć. Większość uczestników tych zajęć to były dzieci, zaś badany był już dorosły (20-22 lata) i techniki stosowane w tych zajęciach nie były dla niego odpowiednie, głównie z powodu używanego materiału muzycznego.

Ponieważ nie mógł uczestniczyć w zajęciach muzyczno-tanecznych wraz z dziećmi, zdecydował się na przerwanie terapii muzyką.

Za poradą terapeutki prowadzącej zajęcia w Pałacu Kultury Zagłębia skontaktował się z osobą prowadzącą zajęcia muzyczne w Pałacu Młodzieży w Katowicach, gdzie zajęcia z muzykoterapii prowadzi wykwalifikowana nauczycielka muzyki – pedagog z wieloletnim doświadczeniem, sama będąca osobą niepełnosprawną. Niestety problemy komunikacyjne uniemożliwiły w konsekwencji kontynuowanie muzykoterapii.

Pacjent jednak nigdy nie zrezygnował całkowicie z aktywnego uprawiania muzyki. Nauczycielka muzyki z Pałacu Młodzieży zauważyła jednak zainteresowanie badanego szkicami miasta Lwowa (sama jest lwowianką), które były prezentowane na wystawie. Zasugerowała rysowanie. Dla pacjenta było to coś nowego, pomimo tego, że od dawna lubił rysować ołówkiem. Na terenie MOK w rodzinnej miejscowości nie ma zajęć z plastykoterapii, więc badany znów wrócił do Pałacu Kultury Zagłębia.

Dodatkowym czynnikiem warunkującym zainteresowanie plastyką był fakt, że wśród członków rodziny znajdował się człowiek, który malował rodzinne miasto takim jak je pamiętał z wcześniejszych lat, a które w takim kształcie już nie istnieje.

Osoba ta za swoje prace otrzymała szereg wyróżnień międzynarodowych dla twórców nieprofesjonalnych, m.in. w Brukseli, gdzie zaproszono go, aby prezentował swoje prace. Badany dokładnie obejrzał każdy z obrazów znajdujących się w posiadaniu ciotki i przejawił wielkie zainteresowanie tym tematem.

Zajęcia z plastykoterapii zainteresowały go bardzo, ponieważ jak stwierdził –„to jest coś co może po nim pozostać". Warto dodać, że na zajęcia te uczęszczają osoby w różnym wieku, w tym również niepełnosprawne. Zajęcia prowadzone były różnymi metodami, również metodą psychorysunku. Metoda ta ma istotne znaczenie jako technika diagnostyczna i projekcyjna, oraz jako wskaźnik dojrzałości poznawczej pacjenta, ponieważ umożliwia stymulowanie stanów emocjonalnych w czasie ćwiczeń relaksacyjno-koncentrujących

wykonywanych w celu rozładowania nadmiernego pobudzenia emocjonalnego. Żadna jednak z prac z tego okresu nie została zachowana, ponieważ jak stwierdził badany "nazbyt go rozpraszały". Brał również udział w malowaniu spontanicznym, którego celem jest przyzwolenie na dowolny sposób kreatywności. Malował według metody Creative Mind Orderin, polegającej na malowaniu obrazu bez jakiegokolwiek wzoru, której głównym celem było wspomaganie spontanicznego artykułowania nieuświadomionych obszarów duchowo – umysłowych. Spróbował też metody Malowania Dziesięcioma Palcami – Finger-Painting, (której twórczynią jest R.F. Show) Metoda ta okazała się bardzo przydatna, z uwagi na zmiany w układzie kostno-stawowym rąk, spowodowane prawdopodobnie grą na gitarze.

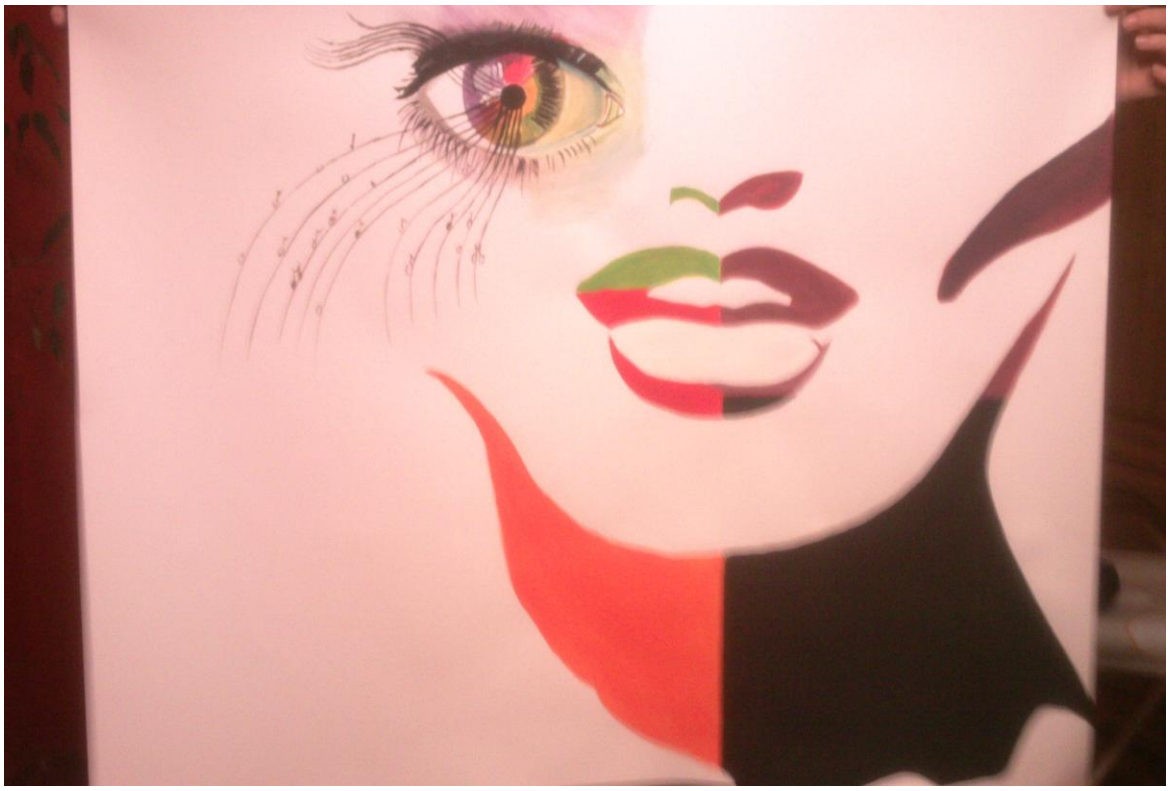
Pomogło mu to w pokonaniu jego lęku przed malowaniem, uwolniło od zahamowań w tej kwestii i pobudziło jego ekspresję plastyczną. Lubi collage, lecz nie znosi rzeźbienia, gdyż uważa, że materia stawia mu zbyt duży opór. Uczył się równocześnie technik malowania i rysunku, z zapałem studiował anatomię człowieka ze szczególnym uwzględnieniem męskiej muskulatury. Skupia się raczej na linii i kształcie, mało eksperymentuje z barwą, natomiast interesują go efekty światłocienia. Do inspiracji malarskich używa muzyki, która wciąż jest żywa w jego umyśle. Czasami przerywa malowanie, żeby ubrudzonymi farbą lub węglem palcami grać na gitarze jakieś własne kompozycje, mrucząc po cichu wymyślone na poczekaniu melodie mające – w opinii członków rodziny - charakter dziwnych dysonansów [6].

Efekty arteterapii

Terapie sztuką pozwoliły badanej osobie na wyrażenie siebie. Używa on do tego na zmianę muzyki i malarstwa. Uczestnictwo w zajęciach arteterapii spowodowało, że wyciszył się i uspokoił. Jedyne co obecnie go trawi, to już nie lęk przed śmiercią czy cierpieniem, ale niepokój twórczy. Czasem przyjdzie mu do głowy jakiś pomysł i stara się go zapamiętać, tak aby móc go potem rozwinąć i utrwalić. Bywa wtedy trudny w kontakcie, ponieważ skupia się na swojej pracy i nie chce, aby mu ktoś przeszkadzał. Obecnie pracuje nad obrazem do piosenki Marii Peszek „Ludzie psy". Obrazy wyrażają różne stany emocjonalne artysty – nadzieję, podziw i miłość [6].

Do przedstawienia twórczych pomysłów wybrano kilka obrazów namalowanych syntetycznymi farbami na kawałkach sklejki, akwarel i szkiców ołówkowych.

Na obrazie młody artysta przedstawił twarz swojej matki w swobodnej kompozycji [7]. Matka kojarzy się ze spokojem i tym co najbardziej kocha, czyli muzyką. W czasie rozmowy na temat tego obrazu stwierdził, że jest jednym z bliźniaków i matka ma dla niego tylko część swojej uwagi, za to najlepszą.



Ryc. 1. „Moja matka" – akwarela, źródło: archiwum rodzinne pacjenta

Obraz promieniuje spokojem i pięknem. Nie da się ukryć, że matka badanego pacjenta odznacza się nieprzeciętną urodą. Jednak głównym elementem tego obrazu wydaje się czułość. Obraz ten został namalowany w prezencie dla matki po tym gdy zakończyły się ciągłe konflikty między nimi i rozpoczęła się współpraca w prowadzeniu domu, finansach, oraz we wzajemnym ustępowaniu sobie w drobnych domowych sprawach. Jedynym elementem, który mógłby prowadzić do zadrażnień między członkami rodziny, to kwestia porządku. Młody artysta namalował zabawny obrazek przedstawiający nieporządek, jako demona ze skandynawskich sag - nixa. Nixy są demonami destrukcji i rozpadu, a zdaniem badanego pacjenta nieporządek pojawia się nie wiadomo skąd jak błyskawica i „przewraca nawet groby przodków".

Po rozśmieszeniu rodzicielki tym obrazkiem doszli do porozumienia i w tej kwestii, gdyż do tej pory w pokoju badanego znajdował się zawsze tzw. „artystyczny nieład", w którym jednak on sam doskonale się odnajdował. Matka zrozumiała, że syn zwyczajnie nie bałagani, tylko myśli o czymś innym, niż o porządku w pokoju. Nie jest to złośliwe, lecz bezwiedne. Matka badanego powiada, że gdy chce wiedzieć jak się czuje jej syn, to najprędzej dowie się o tym gdy sprawdzi jakiej muzyki on słucha, lub co rysuje. Cała rodzina wraz z siostrą bliźniaczką interesuje się tematami prac plastycznych badanego.



Ryc. 2. „Nieporządek” - olej, źródło: archiwum rodzinne pacjenta

Warto dodać, że jest to jeden z pierwszych obrazów pacjenta, który ocalał, gdyż wytwory wcześniejsze jako zbyt posępne i przywodzące na myśl cierpienie i lęk, lub uznane za nieudolne, osobiście zniszczył.



Ryc. 3. „Moja choroba”, źródło: archiwum rodzinne pacjenta

Na powyższym obrazie udało mu się wyrazić swój nowy stosunek do własnej choroby i związanej z nią niepełnosprawności. Przedstawił ją jako wyniszczoną, rozpustą, prostytutkę. Taki wizerunek kojarzy mu się z „brudnym poczęciem", z grzechem, na który on sam nie ma żadnego wpływu.

W treści obrazu zawarł swoją pogardę dla choroby. Uważa, że ona już nie rządzi jego myślami. Jest na obrazie naga w całej swojej brzydocie i dla niego jest ona bezbronna, bo nagość jest bezbronna. W ten sposób – jak powiedział – odebrał jej władzę nad sobą.

Wyrażając własny obraz świata badany odzwierciedla również swoje opinie na różne tematy, nawet polityczne. Powyższy obraz ukazuje człowieka zakutego w dyby. Ten dziwny człowiek ma wszystkie atrybuty czarodzieja, którego można skojarzyć z Gandalfem z powieści J. R. Tolkiena „Władca pierścieni". Nie jest to jednak według objaśnień autora obrazu żaden czarodziej, choć postać Gandalfa a raczej muzyka z tego filmu, rzeczywiście była inspiracją do tego obrazu. Obraz pokazuje człowieka, który wszystko ma a jednak jest zakuty w dyby, nie pomoże mu ani światło oświecenia, ani mądrości zapisane w starożytnych zwojach, ani nawet Bóg. Tak został przedstawiony uciemiężony naród. Nie jest jasne jaki naród malarz miał na myśli, ponieważ nie chciał się wypowiedzieć na ten temat.



Ryc. 4. „Zniewolony naród", źródło: archiwum rodzinne pacjenta

Kolejnym tematem do którego autor zgodził się pokazać tylko jeden obraz jest miłość.

Ukazana na obrazie twarz kobiety jest odwrócona od widza. Kobieta jest piękna, emanuje zmysłowością, lecz nie patrzy, odwraca głowę ostentacyjnie paląc papierosa.



Ryc. 5 „Nie kocham” , źródło: archiwum rodzinne pacjenta



Ryc. 6. „Studium siły” - szkic ołówkiem, źródło: archiwum rodzinne pacjenta

Obraz powyższy ukazuje fascynację badanego siłą fizyczną mężczyzny. Rysunek nie jest dokończony, lecz siedzący na taborecie model jest uosobieniem mocy. Najwyraźniej jest zmęczony. Autor obrazu powiedział, że dopiero wtedy, gdy narysował ten obrazek zrozumiał, że siła nie jest najważniejsza, przed niczym nie chroni, bo nawet najsilniejszy człowiek może się zmęczyć. On sam nie jest zbyt silnej postury ani nie odznacza się wysokim wzrostem. Zmęczenie stanowi dla niego chleb powszedni i dopada w najmniej spodziewanym momencie. Nie próbuje już – tak jak dawniej swojej odporności fizycznej, nie podejmuje niebezpiecznych wysiłków w celu dorównania zdrowym znajomym. Gdy dopadają go dolegliwości choroby – odczuwa senność lub duszności – nie wpada jak wcześniej w czarną rozpacz. Mówi, że spogląda na obraz, który powiesił sobie naprzeciwko łóżka i uspokaja się.

Obraz ten zamieszczono poniżej i nosi on zadziwiający tytuł „Nadzieja”.



Ryc. 7. „Nadzieja”, źródło: archiwum rodzinne pacjenta

Obraz ukazuje ogromnego muskularnego mężczyznę szykującego się do walki. Nie jest to jednak Conan Barbarzyńca, ani żaden współczesny heros z popularnych komiksów. Co ciekawe, jego oręż jest ozdobiony przy głowicy czaszką. Mężczyzna jest zraniony, bo na wysokości serca ma otwartą ranę z której płynie krew. Lecz gotowość do walki bije z każdego fragmentu ciała naprężonego w wojennym wysiłku. Ma w sobie tą męską siłę, której w

wymiarze fizycznym brakuje autorowi obrazu. Posiada ją jednak na płaszczyźnie mentalnej. Jest gotów walczyć z chorobą w nadziei, że postęp medyczny zdoła go kiedyś przywrócić do zdrowia. Czaszka będąca symbolem śmierci jest już narzędziem w rękach herosa, nie zaś jego panią. Najwyraźniej młody artysta odnalazł sam siebie.

W rozmowie z matką badanego padło stwierdzenie, że odkąd maluje, to uspokoił się i wyciszył. Nie jest konfliktowy, ani nie próbuje drażnić się z członkami rodziny. Zazwyczaj jest uprzejmy i grzeczny, chętnie jeździ na badania i okresowe kontrole stanu zdrowia, co wcześniej był problemem. Od roku 2010 nie uczestniczy już w zajęciach plastykoterapii choć utrzymuje towarzyskie kontakty z osobami poznanymi na tych warsztatach. Jest samodzielnym młodym artystą, któremu zorganizowano już kilka wystaw jego prac w Pałacu Kultury Zagłębia. Miejsce to uważa go za swoja dumę i rokuje mu artystyczna przyszłość. W wynikach z badań w szpitalu można wnioskować, że jego stan zdrowia znacznie się poprawił, ma o wiele lepsze wartości badań laboratoryjnych, stan jego serca jest ustabilizowany i nie zakłóciło go nawet ostre zapalenie oskrzeli. Został bardzo szybko wypisany do domu w stanie dobrym i z deklarowanym dobrym samopoczuciem.

Kiedy zaczynał muzykoterapię był już dorosły i sporo przeżył. Nie można było stosować wobec niego metod działania takich jakie stosuje się wobec niepełnosprawnych dzieci z fizyczną lub intelektualną niepełnosprawnością.

W jego opinii, podjęcie zajęć plastycznych pozwoliło mu wyzwolić się z nawracających myśli o nieuchronnej śmierci, od lęku przed cierpieniem, od poczucia bezużyteczności i odstawania od rówieśników.

Niepełnosprawność nie okazała się przeszkodą w działalności twórczej i pozwoliła mu odnaleźć sens życia.

Podsumowanie

Z przeprowadzonych analiz stanu zdrowia, sposobów zachowania się pacjenta oraz oddziaływań terapii sztuką wynika, że arteterapia bardzo pozytywnie wpłynęła na sposób życia osoby badanej. W przypadku tego pacjenta muzykoterapia nie dała spodziewanych rezultatów być może ze względu na fakt, że pacjent poddawany tej terapii był już dorosły, a nie cierpiał na żadne upośledzenia motoryki, ani inne zaburzenia, które muzykoterapia zdołałaby skorygować.

Dopiero połączenie muzykoterapii z plastykoterapią pozwoliło pacjentowi na zmiany w sposobie postrzegania świata i oderwało jego myśli od własnej niepełnosprawności. Dzięki malowaniu swoich lęków, oraz tego co uważał w życiu za wartościowe zdołał odnaleźć własną opinię na nurtujące go problemy. Nie oznacza to, że przestał myśleć o swojej

niepełnosprawności. Wciąż o niej pamięta, zresztą ona mu wciąż o sobie przypomina. Zmienił się jednak jego stosunek do niej i spowodował ustanie związanych z nią lęków, które manifestowały się w sferze fizycznej jako duszności, przyspieszone bicie serca czy nagły wzrost lub spadek ciśnienia tętniczego. Problemy swojej niepełnosprawności badany wyraża w malowanych przez siebie obrazach i nadawaniu im tytułów. Czasami tytuły obrazów na pierwszy rzut oka nie przystają do treści, jednak po uważnym wpatrzeniu się w elementy tych obrazów można dostrzec walkę jaką ze swoją niepełnosprawnością badany prowadzi na tym polu.

Członkowie rodziny zgodnie twierdzą, że zachowanie badanego straciło elementy samodestrukcji i cechuje je obecnie spokój i wyciszenie wraz z refleksjami nad okolicznościami w jakich badanemu przyszło żyć. Poprawa zachowania jest tak uderzająca, że została zauważona przez sąsiadów, krewnych i znajomych badanego.

W procesie uzdrawiania sztuką badany miał wciąż wsparcie od rodziny i stwierdził, że jego jedynym opiekunem zawsze była matka. Jednak po rozmowie na temat wpływu innych osób – szczególnie terapeutki, która prowadziła z nim terapie sztukami plastycznymi przyznał, że bez jej pomocy i inspiracji nigdy nie osiągnąłby obecnego stanu. Tak wyraźna zmiana w zachowaniu i samopoczuciu osoby dorosłej poddanej arteterapii wskazuje, jakie możliwości drzemią w tej dziedzinie rehabilitowania osób niepełnosprawnych.

Poprzez arteterapię pacjent zdołał wyrazić swoje emocje, siebie samego, odreagował napięcie emocjonalne, a sztuka nadała nowy sens jego życiu. Dała mu zadowolenie, poczucie „bycia potrzebnym i użytecznym", a nawet w jakiś sposób ważnym.

Arteterapia spowodowała, że poddany jej pacjent odzyskał poczucie sensu życia, uspokoił się i wyzbył lęków związanych ze swoją chorobą. Utrata lęków spowodowała spadek agresji w zachowaniu i wyciszenie. Pacjent obecnie zachowuje się w sposób rozsądny, jest grzeczny i uprzejmy, bywa dowcipny i wesoły.

Piśmiennictwo

1. Szulc W.: Sztuka w służbie medycyny. Wyd. AM w Poznaniu, Poznań, 2001, 125.
2. Konieczna E.J.: Arteterapia w teorii i w praktyce, Oficyna Wydawnicza Impuls", Kraków, 2007.
3. Masgutowa S.: Psychoterapia przez sztukę, Forum psychologiczne, 1997 t. II, 1.
4. Kulczycki M.: Arteterapia i psychologia kliniczna, Zeszyt Naukowy Akademii Muzycznej we Wrocławiu, 1990, 57.

5. Lewinska- Sawicka M.: Metoda Case Study w Pielęgniarstwie. Wyd. BORGIS, Warszawa, 2009.
6. Wywiad z pacjentem, oraz matką i siostrą przeprowadzony dnia 20.01.2013 roku.

Tyszko Anna Maria [1], Magnuszewski Łukasz[1], Mystkowska Monika[1], Piaścik Rafał[1], Zalewska Anna[2], Sochoń Karolina[2], Wojtkowski Janusz[2,3]

Wykorzystanie wybranych metod zooterapii w rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym

1. Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Rehabilitacji Dziecięcej z Ośrodkiem Wczesnej Pomocy Dzieciom Upośledzonym „Dać szansę", Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Klinika Rehabilitacji Dziecięcej z Ośrodkiem Wczesnej Pomocy Dzieciom Upośledzonym „Dać szansę", Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Stypendysta w ramach projektu „Studiuję, badam, komercjalizuję – program wsparcia doktorantów UMB", Poddziałanie 8.2.1 Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Wstęp

Zooterapia (animaloterapia) to jedna z metod leczenia, która polega na oddziaływaniu na pacjenta bezpośrednią obecnością zwierzęcia. Nazywana jest terapią kontaktową z udziałem zwierząt. Jedna z pierwszych udokumentowanych informacji na jej temat pochodzi z IX wieku. Zooterapia ma na celu poprawę funkcjonowania pacjenta w sferze fizycznej, emocjonalnej, poznawczej i społecznej. Jej zadaniem jest także umożliwienie nawiązania choremu kontaktu ze zwierzęciem, co wspomaga proces leczenia. Terapia ze zwierzętami może być wykorzystywana u osób z różnymi schorzeniami. Adresowana jest do dzieci i do osób dorosłych. Zooterapia, to metoda wspomagająca leczenie mózgowego porażenia dziecięcego, dająca wszechstronne efekty. Powoduje przełamanie barier psychicznych u dziecka, zapewnia poczucie bezpieczeństwa, stymuluje wytwarzanie endorfin, uczy odpowiedzialności, relaksuje, bawi, a przez to też rehabilituje i przyspiesza zachodzenie procesów terapeutycznych [1,2,3]. Celem pracy jest podsumowanie wiedzy i przedstawienie najnowszych doniesień na temat zastosowania wybranych metod zooterapii w rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym.

Rozwinięcie

Mózgowe porażenie dziecięce

Mózgowe porażenie dziecięce (MPD) (z łac. *paralysis cerebralis infantium,* ang. *cerebral palsy*) jest zespołem objawów chorobowych. Związane jest z niepostępującymi zaburzeniami czynności ośrodkowego układu nerwowego, a zwłaszcza ośrodkowego neuronu ruchowego. Powstałe uszkodzenie nie pogłębia się z biegiem lat, jednak wraz z rozwojem dziecka objawy kliniczne mogą się nasilać. Określenie dokładnego przedziału wiekowego, w którym można diagnozować mózgowe porażenie dziecięce jest różne. Częstość występowania

MPD szacuje się na około 2/1000 żywych urodzeń. Rocznie w Polsce rodzi się około 1200-1300 dzieci, u których z początkowych niepokojących objawów diagnozuje się mózgowe porażenie dziecięce. W naszym kraju jest około 25 000 dzieci chorych na MPD, co stanowi ponad połowę dzieci niepełnosprawnych ruchowo [4-8].

Ze względu na wpływ różnorodnych składowych, przyczyny występowania MPD można podzielić na trzy grupy:

- czynniki działające na płód w czasie ciąży (infekcje wewnątrzmaciczne, konflikt serologiczny, niedobór witamin i mikroelementów, substancje toksyczne, wady rozwojowe mózgu, czynniki genetyczne, choroby matki – np. cukrzyca),
- czynniki działające podczas porodu (urazy mechaniczne, niedotlenienie),
- czynniki poporodowe (urazy mechaniczne głowy, infekcje bakteryjne, zapalenie mózgu i opon mózgowych, niska masa urodzeniowa, wylewy śródczaszkowe).

Ze względu na występującą postać kliniczną MPD możemy podzielić na:

- postać spastyczną: obustronne porażenie kurczowe – *diplegia* (niedowład kończyn dolnych; niedowład trzech kończyn lub czterech kończyn); porażenie połowicze – *hemiplegia* (prawo lub lewostronne); obustronne porażenie połowicze - *hemiplegia bilateralis;*
- postać pozapiramidową: atetotyczną, dystoniczną, pląsawiczą, z drżeniem, ze zmianami napięcia mięśniowego (może obejmować jedną, trzy lub cztery kończyny oraz występować, jako postać połowicza);
- postać móżdżkową: *ataxia* (z przewagą zmian jednostronną lub obustronną);
- postać mieszaną: z różnym obrazem klinicznym.

Dzieciom z mózgowym porażeniem dziecięcym towarzyszą: zaburzenia motoryczne, zdrowotne, emocjonalne i socjalne. Objawami spowodowanymi uszkodzeniem górnego neuronu ruchowego są: wzmożone napięcie mięśni, niedowłady kończyn, zaburzenia równowagi i zborności oraz ruchy mimowolne. Poza tym, dziecko z boryka się z: opóźnieniem rozwoju psychoruchowego, rozwoju umysłowego, padaczką, zaburzeniami zachowania, wzroku, słuchu i mowy [5,8,9].

Rehabilitacja dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym

Rehabilitacja dzieci z rozpoznanym MPD powinna być rozpoczęta jak najwcześniej. Postępowanie lecznicze w MPD opiera się na zasadzie kompleksowej konieczności wszechstronnego oddziaływania na dziecko z MPD. Leczenie dziecka nie powinno bazować tylko na ćwiczeniach ruchowych, ale też zabiegach pielęgnacyjnych, leczeniu

farmakologicznym i działaniu wychowawczym. Trzeba pamiętać, że głównym celem jest aktywne leczenie, usprawniające funkcjonowanie ruchowe, którego rozwój jest zaburzony. Rehabilitacja powinna więc być kompleksowa, czyli związana z oddziaływaniem o charakterze społecznym, edukacyjnym oraz duchowym, zarówno w otoczeniu domowym jak i rówieśniczym (wyjazdy na turnusy rehabilitacyjne, terapia zajęciowa) [10].

Terapia dzieci z MPD na pierwszym miejscu stawia poprawę sprawności ruchowej oraz jej rozwój. Często obserwowanym zaburzeniem jest spastyczność, która zaburza funkcje ruchowe, a co za tym idzie utrudnia prowadzenie rehabilitacji oraz funkcjonowanie pacjenta w życiu codziennym. Wzmożone napięcie mięśni zaburza ich trofikę rozwój i wzrost, prowadzi do powstania przykurczy oraz utrwala już obecne. Obniżenie patologicznego napięcia zwiększa szanse na lepszą i efektywniejszą rehabilitację, i na ile jest to możliwe odzyskanie prawidłowej funkcji mięśni. Zapobiega też powstawaniu nowych przykurczy [11].

Rehabilitacja dziecka uzależniona jest od jego indywidualnych potrzeb oraz od występującej postaci MPD. Postępowanie rehabilitacyjne wykorzystuje podstawowe procedury fizjoterapii takie jak: zabiegi fizykoterapeutyczne, masaż, leczenie ruchem – kinezyterapię, metody specyficzne m.in.: metodę usprawniania rozwojowego NDT- Bobath, metodę odruchowej lokomocji według Vaclava Vojty, pedagogikę ruchu – metodę kierowanego nauczania według Andreasa Petö, metody alternatywne: niestandardową metodę według Glena Domana czy metodę z wykorzystaniem zwierząt – zooterapię [12].

Zooterapia jest naturalną metodą leczenia, której specyfiką jest wpływ zwierzęcia na samopoczucie i zdrowie pacjenta. Wytworzenie więzi pomiędzy dzieckiem a zwierzęciem powoduje zwiększenie poczucie bezpieczeństwa, wzrost motywacji do pracy, zrelaksowanie się, poprawę interakcji werbalnych, poprawę motoryki małej i dużej [2].

Głównymi celami metody są:

- rozwijanie funkcji psychomotorycznych oraz kompensacja funkcji zaburzonych: rozwijanie bądź usprawnienie koordynacji wzrokowo – ruchowej oraz słuchowo – wzrokowo – ruchowej, wzbogacenie słownictwa, ogólne stymulowanie rozwoju dziecka, ćwiczenia koncentracji uwagi, kompensacja braków w rozwoju psychicznym i fizycznym, maksymalne usprawnianie niezaburzonych funkcji psychomotorycznych,
- doskonalenie wcześniej nabytych umiejętności oraz utrwalenie nowych poprzez kontakt ze zwierzęciem, który działa motywująco,
- nauka dziecka: wyrażania emocji, rozpoznawania emocji swoich i zwierzęcia, odpowiedniego zachowania podczas ćwiczeń i zabaw ze zwierzęciem, zachowania w

stosunku do zwierząt oraz prawidłowej postawy wobec nich, zachowania w momencie zagrożenia,

- wzbogacenie wiedzy na temat potrzeb i możliwości zwierząt, sposobów opiekowania się i komunikacji ze zwierzętami,
- rozwijanie potrzeby kontaktu zarówno ze zwierzętami jak i innymi ludźmi oraz wrażliwości i empatii na innych,
- budowanie poczucie własnej wartości i pewności siebie [1,2,3,13,14].

Zwierzętami wykorzystywanymi w terapii mogą być min.: konie, psy, koty, osły, delfiny. Najbardziej rozpowszechnionymi metodami są: hipoterapia – szeroko pojęta terapia z wykorzystaniem obecności konia oraz dogoterapia – terapia z pomocą psa. Nową metodą, stosowaną w nielicznych zakątkach świata jest delifnoterapia – swoiste połączenie aqua- i animaloterapii, polegające na bliskim kontakcie osoby chorej z delfinem [1,2,3,13,14].

Hipoterapia

O hipoterapii mówiono już w 5 r. p.n.e, kiedy to Hipokrates z Kos napisał obszerny traktat na temat wykorzystania konia w lecznictwie. Pisał on też o znakomitym wpływie jazdy konnej na rozwój ciała i ducha. Wzrost zainteresowania terapią nastąpił w 1952 r, kiedy to dzięki hipoterapii, ciężko porażona Dunka Liz Hartel zdobyła srebrny medal w igrzyskach olimpijskich. Hipoterapia jest to metoda mająca na celu oddziaływanie konia na różne obszary życia pacjenta. Wpływa na sferę ruchową, społeczną, emocjonalną, sensoryczną i intelektualną. Koń (z gr. hippos), służy jako niezastąpione „narzędzie" terapeuty. W trakcie przemieszczania się stępem, koń przenosi na pacjenta ruch zbliżony do wzorca chodu ludzkiego [15,16,17].

Wyróżnia się następujące formy hipoterapii:

- Terapia ruchem konia – w tej metodzie pacjent tylko jeździ na koniu prowadzonym przez hipoterapeutę, nie wykonuje żadnych ćwiczeń.
- Fizjoterapia na koniu – oprócz terapeutycznego oddziaływania ruchu konia wykorzystuje się ćwiczenia lecznicze prowadzone w dwóch formach. Istnieje model neurofizjologiczny, gdzie kluczowa jest prawidłowa pozycja siedząca. Jest to najczęściej wykorzystywana forma terapii dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym. W drugim modelu - funkcjonalnym, funkcja jest ważniejsza niż prawidłowe usadowienie dziecka.

- Terapia kontaktem z koniem - jej najistotniejszym elementem jest emocjonalny kontakt dziecka z koniem, który następnie rozszerza się na poprawienie komunikacji małego pacjenta ze światem zewnętrznym [16].

U pacjentów z mózgowym porażeniem dziecięcym w większości występują zaburzenia w sferze: motorycznej, sensorycznej, emocjonalnej, poznawczej, komunikacji z rodziną i rówieśnikami. Zasadniczy cel hipoterapii polega na odbieraniu i stopniowej nauce prawidłowych wzorców chodu poprzez jazdę konną. W początkowej fazie terapii szczególny nacisk kładzie się na pasywne i aktywne dopasowanie się do ruchów grzbietu końskiego. U dzieci z uszkodzeniami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego może występować wzmożone napięcie mięśni. Hipoterapia wpływa na obniżenie spastyczności. Jest to kluczowe, ponieważ bez tego nie można zaczynać nauki chodu. Rozluźnienie następuje dzięki rozgrzaniu mięśni dziecka poprzez oddziaływanie wyższej temperatury ciała konia na ciało pacjenta. Rytmiczne ruchy podczas stępu oraz ułożenie kończyn dolnych w trójzgięciu i odwiedzeniu podczas dosiadania konia również zmniejszają podwyższone napięcie mięśni. Podczas jazdy konnej, stopniowo zostaje przywrócone prawidłowe działanie mięśni posturalnych prawej i lewej strony ciała. Mięśnie napięte i przykurczone ulegają stopniowemu rozciągnięciu i rozluźnieniu. Ciągłe zmiany położenia dziecka zmuszają je do odnajdywania traconej co chwilę równowagi. Zachowane jej jest możliwe tylko wtedy, gdy środek ciężkości dziecka jest w tym samym miejscu, co środek ciężkości konia. W celu zmiany położenia środka ciężkości i nauczenia dziecka utrzymywania równowagi w różnych warunkach, stosuje się wiele pozycji jazdy na koniu takich jak: jazda przodem, tyłem, bokiem do kierunku jazdy [15,16,18,20].

Wypracowane przez terapeutę w trakcie zabiegów hipoterapeutycznych prawidłowe pozycje korekcyjne można wykorzystać w celu stymulacji odpowiednich wzorców ruchowych. Mechanizm działania odpowiedzi ruchowej na kołyszące impulsy ruchowe pochodzące od konia, działają centralnie, za pośrednictwem tułowia, a nie poprzez określone odruchy, jak w metodzie terapeutycznej Vojty. Stale powtarzana stymulacja ruchowa wspomaga proces opanowywania tych wzorców. Hipoterapia zawiera wszystkie terapeutyczne właściwości metody Bobath, mianowicie normalizuje napięcie mięśni odpowiadających za prawidłową postawę i prawidłowy wzorzec ruchowy hamując jednocześnie reakcje nieprawidłowe. Dzięki połączeniu tych terapii możliwa jest właściwa stymulacja skorygowanych reakcji nerwowo-mięśniowych [17,20].

Kolejnym aspektem jest wzrost poczucia przez pacjenta pewności siebie. Jest to proces powolny, ale dający znakomite efekty. Udowodniono, że u wszystkich dzieci

poddanych hipoterapii, poprawiła się łatwość nawiązywania kontaktów bądź stały się one bardziej pewne siebie. Wraz z regularnym uczęszczaniem na terapię, dzieci stają się spokojniejsze, bardziej rozmowne i opiekuńcze [16,19].

W hipoterapii nie ma jednej określonej rasy konia najlepiej przystosowanej do pracy z dziećmi z mózgowym porażeniem dziecięcym. Najczęściej jednak spotyka się koniki polskie, konie rasy huculskiej oraz kuce felińskie. Koń pracujący z dziećmi musi mieć co najmniej 5 lat, być dobrze przygotowany do pracy w hipoterapii, powinien być odpowiedniej wysokości, by zapewnić stałą asekurację dziecka. Zwierzę musi wyróżniać się inteligencją, pracowitością i cierpliwością. Koń hipoterapeutyczny, z racji tego, że prawie zawsze jest używany w stępie, winien wykonywać regularny, elastyczny krok o częstotliwości zbliżonej do długości kroku człowieka. Powinien być przygotowany do znoszenia niespodziewanych bodźców wzrokowych, słuchowych i dotykowych [21,22].

Zajęcia trwają zwykle 30 minut, a najlepsze efekty terapeutyczne uzyskuje się przy uczestnictwie w nich co najmniej dwa razy w tygodniu. W celu prowadzenia bezpiecznej terapii z jednym pacjentem powinien pracować jeden hipoterapeuta. Cała terapia nie ogranicza się tylko do jazdy konnej i wykonywanych podczas niej ćwiczeń. Podczas zajęć dziecko uczestniczy w całym procesie przygotowania konia do terapii, pomaga terapeucie pielęgnować i karmić zwierzę. Zwiększa to zadowolenie dziecka oraz poczucie odpowiedzialności [22].

Hipoterapia korzystnie wpływa na strefę fizyczną i psychiczną dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym. Kodowanie w mózgu pacjenta prawidłowego wzorca ruchu miednicy podczas chodu jest wskazane przy rozpoczynaniu nauki chodzenia. Warunkuje też utrzymanie prawidłowej postawy ciała oraz poprawę jego funkcji ruchowych. U dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym kluczowym aspektem jest zmniejszenie napięcia mięśni [15,20].

Dogoterapia

Dogoterapia inaczej nazywana kynoterapią czy też canisoterapią jest formą terapii kontaktowej z udziałem psów. Metoda ta jest wykorzystywana w celu usprawniania procesu rehabilitacyjnego, a także uzupełnienia leczenia terapeutycznego i edukacyjnego. Skierowana jest do osób w wieku dziecięcym, ale także dla dorosłych cierpiących na dysfunkcje ruchowe, intelektualnie, emocjonalne czy społeczne.

Towarzystwo *Delta Society* proponuje podział dogoterapii na:

- AAA (*Animal Assisted Activity*), czyli zabawa z udziałem psów, charakteryzująca się spontanicznością oraz pozytywnym wpływem na sferę emocjonalną osób

uczestniczących, przebieg zajęć nie jest dokumentowany, czy też przypisany do konkretnej osoby i trwa w zależności od potrzeb;

- AAT (*Animal Assisted Therapy*), czyli terapia z udziałem zwierzęcia, której przyświecają jasno określone cele. Osoba prowadząca posiada wykształcenie z dziedziny zdrowia ludzkiego (fizjoterapeuta, lekarz) i dąży do poprawy funkcjonowania pacjenta w aspekcie fizycznym, społecznym, poznawczym oraz emocjonalnym. Zajęcia są dokumentowane i mierzony jest postęp w rehabilitacji [23].

Przed rozpoczęciem terapii kontaktowej należy uzyskać skierowanie zawierające informacje na temat braku przeciwwskazań do zajęć ze zwierzęciem, pełnej diagnozy schorzenia oraz zaleceń rehabilitacyjnych. Ważnym aspektem jest także zbadanie nastawienia dziecka do zwierzęcia. Jeżeli naszym głównym celem jest rozwój motoryczny, a dziecko w obecności psa nie jest zdolne do współpracy, to należy rozważyć inne sposoby terapii. Często też dzieci reagują lękiem na widok dużych zwierząt, może to wynikać z wcześniejszych przykrych doświadczeń lub obawą przed nową, nieznaną sytuacją [24,25].

Aby pies mógł uczestniczyć w terapii musi spełniać określone kryteria. Ważne są zarówno cechy osobnicze jak i przebyte szkolenia oraz egzaminy. Rasy takie jak: Golden Retriever, Labrador Retriever, Seter Irlandzki, Owczarek Szkocki, Border Collie, Bernardyn, Mops, Pudel są preferowane do zajęć terapeutycznych, jednak nie wykluczamy także mieszańców, jeżeli posiadają cechy niezbędne dla dogoterapii. Zwierzę terapeutyczne powinno mieć dużą motywację do współpracy z człowiekiem, odznaczać się cierpliwością, tolerancją na dotyk i dyskomfort. Praca w roli terapeuty wymaga także łagodności, zrównoważenia, odwagi i ufności [26].

Pozytywny wpływ dogoterapii obserwujemy między innymi w czasie pracy z osobami cierpiącymi na mózgowe porażenie dziecięce. Obecność czworonoga na zajęciach zwiększa motywację do działania. Sprawia, że dziecko chętniej wykonuje ćwiczenia, co wiąże się z rozwijaniem sfery ruchowej. Stymuluje pracę mięśni, która w tej chorobie jest znacznie ograniczona.

Poprzez dogoterapię, dzieci nawiązują więź z terapeutą i psem oraz przejawiają większą otwartość na nowe sytuacje. Dzieci niepełnosprawne charakteryzują się labilnością emocjonalną, a obecność psa na zajęciach często spotyka się z ogromną radością, uśmiechem i entuzjazmem. Rozwija to stronę emocjonalną chorej osoby, co ułatwia późniejsze nawiązywanie kontaktu nie tylko z terapeutą, ale i z otoczeniem. Nauka wydawania podstawowych komend prowadzi do rozwoju mowy u dziecka oraz sprzyja budowaniu

pewności siebie. Ważnym elementem terapii jest nauka zajmowania się podopiecznym, co daje efekty w późniejszym dążeniu do samodzielności i zaradności [25,27].

Doświadczenia zmysłowe, jakie przynosi dotyk i ciepło ciała psa wpływają kojąco na pacjenta, odprężają i redukują stres, a sama obecność zwierzaka sprawia, że dziecko nie czuje się samotne. Pozytywny wpływ obecności zwierząt zaobserwowano u dzieci przebywających w szpitalach. Pomogły one zaadaptować im się do warunków w jakich przebywają oraz oddziaływały na ich dobre samopoczucie podczas hospitalizacji [28].

Dogoterapia może przynieść wiele pozytywnych efektów terapeutycznych pod warunkiem, że zajęcia są prowadzone regularnie (minimum raz w tygodniu przez okres miesiąca), a osoba prowadząca zajęcia odpowiednio dobiera rodzaje ćwiczeń do możliwości osoby z porażeniem. Terapeuta dbać powinien o pełne zaangażowanie pacjenta oraz motywację do aktywnego uczestnictwa w zajęciach. W pracy z dzieckiem niepełnosprawnym ważne jest wielokrotne wykonywanie powtórzeń w celu utrwalenia zdobytych umiejętności [27]

Delfinoterapia

Delfinoterapia (*Dolphin-Assisted Therapy* – DAT) to forma połączonej terapii – hydro- i animaloterapii – podczas której pacjent znajduje się w środowisku wodnym wraz z przyjaznym mu terapeutą - delfinem. Nad wszystkim czuwa kompetentny specjalista. Musi on wiedzieć jakie ćwiczenia wykonywać, na jakiej metodzie terapeutycznej oprzeć całość usprawniania, na co zwrócić uwagę w danym schorzeniu dziecka, posiadać wiedzę na temat ćwiczeń w wodzie, jak i wykazywać się umiejętnościami pracy z delfinem, które pozwolą na bezpieczną i efektywną współpracę. Wszystkie te składowe oraz obecność zwierzęcia wpływają na to, iż metoda, która z punktu widzenia dziecka może być określona jako zabawa, przynosi dobre wyniki terapeutyczne [29].

Delfinoterapia ma zastosowanie w terapii różnych chorób dzieci, zarówno sfery psychicznej jak i fizycznej. Jej efekty obserwuje się u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, z autyzmem, z zespołem Downa i z innymi schorzeniami fizycznymi i psychicznymi. Mózgowe porażenie dziecięce to jedna z głównych jednostek chorobowych, w których delfinoterapia znajduje swoje zastosowanie. Delfiny mają wiele cech sprzyjających usprawnianiu dzieci. Wśród ssaków wodnych, są one najbardziej zaawansowane pod względem ewolucyjnym, posiadają rozwinięty intelekt, rozszerzone cechy społeczne oraz przyjazny wygląd. Badania nad wykorzystaniem tych zwierząt do terapii dzieci cierpiących na choroby psychiczne i fizyczne rozpoczęli w latach 70. amerykańscy naukowcy z Uniwersytetu w Miami.

Za twórcę delfinoterapii jako metody terapeutycznej, uznano amerykańskiego psychologa klinicznego Dawida Nathansona (1978). DAT nie jest formą rehabilitacji dostępną w Polsce. Omawiana forma usprawniania dostępna jest za granicą w nielicznych ośrodkach m.in. w USA i na Ukrainie [30,31].

Delfinoterapia zawiera w sobie: wspólne pływanie, zabawę oraz kinezyterapię. W jej trakcie, dzieci z zaburzeniami wykonują ciąg ćwiczeń z udziałem delfinów przystosowanych do indywidualnych potrzeb i możliwości. Dla dzieci jest to głównie zabawa, w rzeczywistości stająca się efektywną gimnastyką ruchową. Pacjent zastępuje gabinet lekarski czy rehabilitacyjny, które kojarzą mu się ze żmudnymi, wciąż powtarzanymi ćwiczeniami na basen. Znika też obraz lekarzy, fizjoterapeutów i całego zespołu w fartuchach. Pojawia się terapeuta w wodzie oraz zwierzę, którego sam wygląd, „uśmiech" i chęć współpracy z ludźmi sprawia, że dzieci są bardziej skłonne do wspólnego działania i rehabilitacji [32,33].

Delfin działa jako wspaniała motywacja do współpracy. Dziecko znajduje się w wodzie, wpływa to na rozluźnienie mięśni i ich odprężenie. Interakcja z delfinami może obejmować: dotykanie, całowanie, krótką przejażdżkę z przytrzymaniem się płetwy grzbietowej, taniec w ruchu kołowym z delfinem. Dzieci mogą dawać sygnały ruchowe, aby wywołać określone zachowanie delfina [32,33].

Nie ma jednoznacznie udokumentowanych badań stwierdzających zmienność zachowań delfinów wobec osób niepełnosprawnych a osób zdrowych. Cześć naukowców uważa, iż w czasie zabaw, wiązki ultradźwięków emitowane przez delfiny na zasadzie echolokacji, przenikają przez ludzkie tkanki, powodując drobne, korzystne zmiany w zniszczonych komórkach. Badacze twierdzą również, że delfiny ciekawi u człowieka wszystko, co odbiega od normy i tam właśnie wysyłają swoje ultradźwięki regenerując zniszczone komórki. Podczas delfinoterapii zwiększa się też u człowieka wydzielanie endorfin, czyli naturalnych opioidów wytwarzanych przez przysadkę mózgową. Endorfiny, wywołują doskonałe samopoczucie i zadowolenie z siebie, niwelują odczucie bólu, głodu, wpływają pozytywnie na oddychanie, termoregulację oraz gospodarkę hormonalną [34].

Wyżej opisana terapia, przeprowadzana jest w specjalistycznych ośrodkach, w których spełnione są wysokie standardy do pracy z dziećmi niepełnosprawnymi. Zapewnione są też odpowiednie warunki dla delfinów, które są zbliżone do naturalnych. Jednym z takich ośrodków jest *Island Dolphin Care* z Key Largo na Florydzie. Prowadzony jest tam tygodniowy turnus, w którym w dwóch sesjach, dzieckiem, indywidualnie zajmuje się terapeuta. Pierwsza z nich, to zabawa w wodzie przez około 45 minut. Zawiera cały zestaw przystosowanych do pacjenta ćwiczeń. Następnie odbywają się zajęcia w salach, gdzie kilku

terapeutów pracuje z jednym dzieckiem. W formie zabaw pobudzana jest strefa sensoryczna, wykorzystuje się tutaj zajęcia plastyczne, muzyczne oraz różnorodne formy terapii zajęciowej. Terapeuci po zakończonym dniu omawiają przebieg usprawniania z rodziną i wyznaczają cele na następne dni. Pod koniec turnusu jest możliwość dołączenia do zespołu terapeutycznego w wodzie rodziców i rodzeństwa dziecka. Cały cykl usprawnień jest dokumentowany [13].

Delfinoterapia w mózgowym porażeniu dziecięcym przynosi korzyści w kilku sferach: fizjologicznej, emocjonalnej, społecznej oraz rodzinnej. Poprzez kontakt z delfinami i pobyt w wodzie realizowane są następujące cele fizjologiczne: rozluźnienie mięśni, mobilizacja stawów, zahamowanie patologicznych odruchów, poprawa koordynacji, zwiększenie propriocepcji, polepszanie funkcji podporowych, poprawa reakcji na zmianę postawy ciała, podwyższenie zdolności do ukierunkowanego działania, poprawa postrzegania słuchowego, ruchowego i wizualnego.

Delfiny to cierpliwi i wyrozumiali terapeuci. Przy nich rozluźniają się kończyny dzieci z porażeniem mózgowym. W sferze emocjonalnej dziecko zostaje pozbawione lęku, odczuwa radość, szczęście, zaufanie, a także wzmacnia poczucie własnej wartości, otrzymuję pełną akceptację od zwierzęcia, rozwija swoje zmysły poprzez zabawę w wodzie i zajęcia praktyczne. Nawiązuje kontakt cielesny i emocjonalny ze zwierzęciem, który później może być przełożony na kontakt z terapeutą i ludźmi z najbliższego otoczenia.

Aspekt socjalno-rodzinny, przejawia się tym, że w terapii obecna jest najbliższa rodzina, która uczestniczy we wszystkich ćwiczeniach, wspólnie przeżywa chwile, w których dziecko rozwija się. Skutkuje to tym, iż wzmacnia się więź rodzinna, a także zaufanie i wzajemna akceptacja jej członków. Nie da się jednoznacznie kreślić, która część terapii odgrywa najważniejszą rolę oraz jakie cechy delfina są bardziej korzystne. Jedno jest pewne, że chore dziecko poprzez zabawę rozwija się i pokonuje własne bariery [27,28].

Podsumowanie

Zastosowanie metod z zakresu zooterapii zwiększa pożądane efekty terapii i wpływa korzystnie na pacjenta z mózgowym porażeniem dziecięcym. Dziecko podczas zabawy ze zwierzęciem „uczy się siebie", położenia swojego ciała i emocji, pokonuje własne słabości, staje się spokojniejsze, rozluźnia się, jest w pozytywnym nastroju, co ułatwia z nim kontakt, zacieśnia więzi rodzinne i społeczne. Jest to przydatnym aspektem w dalszym jego rozwoju i rehabilitacji. Dzieci z MPD, w miarę możliwości, powinny jak najczęściej korzystać z terapii z udziałem zwierząt.

Piśmiennictwo

1. Kolan – Zwolińska A.: Co to jest zooterapia. 2006, http://terapiadzieci.org/2006/06/co-to-jest-zooterapia/, data pobrania 23.04.3014
2. Broszkiewicz P.: Kynoterapia jako uzupełnienie procesu rehabilitacji osób z deficytami rozwojowymi. Fizjoterapia, 2010, 18, 81 -91.
3. Boguszewski D., Świderska B., Adamczyk J.G., Białoszewski D.: Ocena skuteczności dogoterapii w rehabilitacji dzieci z zespołem Downa. Doniesienie wstępne. Prz. Med. Uniw. Rzesz. Inst. Leków, Rzeszów 2013, 2, 194-202.
4. Gajewska E.: Nowe definicje i skale funkcjonalne stosowane w mózgowym porażeniu dziecięcym. Neurol. Dziec., 2009, 18, 67-72.
5. Sienkiewicz D., Kułak W., Buzalska A.. i wsp.: Skale funkcjonalne stosowane u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym. Neurol. Dziec., 2009, 18, 73-78.
6. Manikowska F., Jóźwiak M., Idzior M.: Wpływ nasilenia spastyczności na możliwości funkcjonalne dziecka z mózgowym porażeniem. Neurol. Dziec., 2009, 18, 31-36.
7. Marszał E.: Występowanie, diagnostyka i leczenie padaczki u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym. Neurol. Dziec., 2006, 15, 65-68.
8. Kułak W., Topór E.: Jakość życia dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym.. Neurol. Dziec., 2010, 19, 61-66.
9. Kurpiel D.: Psychospołeczne uwarunkowania funkcjonowania osób dorosłych z mózgowym porażeniem dziecięcym o różnym zakresie niepełnosprawności. Impuls, 2011, 13-16.
10. Makuła W.: Kompleksowa rehabilitacja ruchowa osób z mózgowym porażeniem dziecięcym w perspektywie własnych doświadczeń. Stud. Med., 2009, 15, 55-60.
11. Gugała B., Snela S.: Skuteczność terapii toksyną botulinową w leczeniu przykurczów czynnościowych stawów w oparciu o spostrzeżenia rodziców dzieci z mózgowym porażeniem. Prz. Med. Uniw. Rzesz. Inst. Leków, 2008, 1, 60-63.
12. Domagalska M., Czupryna K., Szopa A., Nowotny J.: Specyficzne i alternatywne metody terapii dzieci z porażeniem mózgowym. Neurol. Dziec., 2005, 14, 7-15.
13. Buchnat M. Rzepka M.: Delfinoterapia w usprawnianiu dzieci z zaburzeniami w rozwoju – dylematy i kontrowersje. Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej, 2013, 1, 78-89.
14. Franczyk A., Krajewska K., Skorupa J.: Baw się poprzez animaloterapię. Impuls, Kraków, 2012.

15. Snider L., Korner-Bitensky N., Kammann C., et al.: Horseback Riding as Therapy for Children with Cerebral Palsy: Is There Evidence of Its Effectiveness?. Physical & Occupational Therapy in Pediatrics Phys. Occup. Ther. Pediatr., 2007, 2, 5-15.
16. Rozmarynowicz A., Szark-Eckardt M., Mrozkowiak M., Zukow W.: Rola hipoterapii w poprawie stanu fizycznego i psychicznego osób niepełnosprawnych. J. Health. Sci., 2013, 3, 203-214.
17. Strumińska A.: Psychopedagogiczne aspekty hipoterapii dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie. ABC hipoterapii. Wyd. PWRiL, Warszawa, 2003.
18. Zurek G., Dudek K., Pirogowicz I., et al.: Influence of mechanical hippotherapy on skin temperature responses in lower limbs in children with cerebral palsy. J. Physiol. Pharmacol., 2008, 59, 6, 819–824.
19. Szymczak M.: Wpływ zajęć hipoterapeutycznych na rozwój dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym. Pielęg. Pol., 2009, 4, 282-286.
20. Polańska E.: Zastosowanie hipoterapii w kształtowaniu i korygowaniu postawy ciała. Przegląd hipoterapeutyczny, 2007, 1, 20-25.
21. Łojek J.: Pokrojowe uwarunkowania wyboru konia do hipoterapii. Przegląd hipoterapeutyczny, 2006, 2, 28-34.
22. www.pthip.org.pl, data pobrania 15.03.2014.
23. Filozof J.: Dogoterapia- co to jest?, PSOUU Koło w Jarosławiu, Jarosław, 2004, 17-19.
24. Jalongo M., Astorino T., Bomboy N.: Cann visitors: The influence of therapy dogs on Young Childrens Learning and Well-Being in Classrooms and Hospitals. E.C.E.J., 2004, 32, 23-34.
25. Bekasiewicz N., Bartkiewicz W., Zawadka M.: Pies terapeuta i przyjaciel rodziny – Rola psa w procesie rehabilitacji niepełnosprawnego dziecka. Fundacja Pomocy Osobom Niepełnosprawnym PRZYJACIEL, Warszawa, 2008, 68-78.
26. www.dogfield.pl , data pobrania 16.03.2014.
27. Nawrocka - Rohnka J.: Dogoterapia jako metoda wspomagania rehabilitacji dziecka z zaburzeniami rozwoju. Now. Lek., 2010, 79, 4, 304-310.
28. Gagon J., Bouchard F., Landry M.: Implementing a Hospital-Based Animal Therapy Program for Children with Cancer: A Descriptive Study. Can. Oncol. Nurs. J.,C.J.O.N, 2004,14, 217-224.
29. Fiksdal B. Houlihan D. Barnes A.: Dolphin-Assisted Therapy: Claims versus Evidence. Autism Res. Treat., 2012, 1, 7-8.

30. Humphries T. L.: Effectiveness of Dolphin-Assisted Therapy as a Behavioral Intervention for Young Children with Disabilities. Bridges, 2003, 1, 1-9.
31. Antonioli C., Reveley M. A.: Randomised controlled trial of animal facilitated therapy with dolphins in the treatment of depression. BMJ, 2005, 331, 1231-1234.
32. Marino L. Lilienfeld S.: Dolphin-assisted therapy: flawed data, flawed conclusions. Anthrozoos, 2007, 1, 239–249.
33. McKinney A. Dustin D. Wolff R.:The promise of dolphin-assisted therapy. Parks and Recreation, 2001, 36, 46–50.
34. Brensing K. Linke K. Todt D.: Can dolphins heal by ultrasound? J. Theor. Biol., 2003, 1, 99-106.

Harasimowicz Karina[1], Grynczel Patrycja[1], Jachimowska Marita[1], Juchniewicz Isabela[1], Klik Paula[1], Sochoń Karolina[2], Wojtkowski Janusz[2,3], Zalewska Anna[2]

Aktywność fizyczna studentów fizjoterapii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

1. Studenckie Koło Naukowe przy Rehabilitacji Dziecięcej z Ośrodkiem Wczesnej Pomocy Dzieciom Upośledzonym „Dać Szansę", Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Klinika Rehabilitacji Dziecięcej z Ośrodkiem Wczesnej Pomocy Dzieciom Upośledzonym „ Dać szansę", Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Stypendysta w ramach projektu „Studiuję, badam, komercjalizuję – program wsparcia doktorantów UMB", Poddziałanie 8.2.1 Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

WSTĘP

Aktywność fizyczna odgrywa ogromną rolę jako czynnik protekcyjny w profilaktyce wielu chorób. Obecnie propagowany konsumpcyjny styl życia przyczynia się do zaniedbywania własnego zdrowia. Skutkiem jest zwiększona zachorowalność na globalnie szerzące się choroby cywilizacyjne takie jak cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa oraz otyłość [1]. Zminimalizowanie tego niekorzystnego zjawiska można osiągnąć poprzez systematycznie podejmowaną aktywność ruchową, która stanowi postępowanie pierwszego rzutu, które zapobiega gwałtownie narastającym chorobom przewlekłym. Warto wspomnieć, ze aktywność fizyczna to nie tylko ruch, ale również wzbogacanie wiadomości, umiejętności i nawyków. Pozwala doskonalić zjawiskiem takie jak spostrzeganie, uczucia, wrażenia, procesy działalności twórczej i samodzielnego myślenia, rozwija również koncentrację, pamięć i uwagę. Poprawia zdrowie psychiczne i jest niezbędna dla optymalnego funkcjonowania narządu ruchu [2]. Wysiłek fizyczny powoduje korzystne zmiany w obrębie układu krążenia, układu oddechowego, zwiększenie poziomu podstawowej materii, obniżenie poziomu cholesterolu i trójglicerydów we krwi [3]. Zgodnie z myślą dr. Wojciecha Oczki „*ruch jest w stanie zastąpić prawie każdy lek, ale żaden lek nie zastąpi ruchu*" [2].

Systematyczny wysiłek fizyczny i podtrzymywanie wydolności fizycznej pomagają młodym ludziom w akceptacji nowych ról społecznych, w wyborze odpowiednich form spędzania wolnego czasu. Regularna aktywność fizyczna pomaga utrzymać dobrą kondycję w późniejszych latach życia. Wypracowane w młodym wieku przyzwyczajenie do uczestniczenia w różnorodnych formach aktywności rekreacyjnej czy sportowej w dużym stopniu pomaga zachować niezależność i samodzielność pod względem somatycznym, psychologicznym i społecznym przez długie lata życia. Uznanie wielu pozytywnych efektów

aktywności fizycznej potwierdza jej wpływ na zdrowie człowieka definiowane jako dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny [3,4].

Obecnie funkcjonuje wiele definicji aktywności fizycznej określanej także jako aktywność ruchowa. Definiujemy ją jako pracę mięśni szkieletowych, której towarzyszą zmiany czynnościowe w organizmie [4]. *Dictionary of the Sport and ExerciseSciences* aktywność fizyczną definiuje jako ruch ciała człowieka, którego odbiciem jest wydatek energii na poziomie powyżej tempa metabolizmu spoczynkowego [4]. Natomiast Wielka Encyklopedia Świata podaje, że aktywność fizyczna to taka ilość ruchu, która jest niezbędna do rozwoju i zachowania zdrowia człowieka [4]. Sprawność fizyczna to umiejętność podejmowania rozmaitych czynności ruchowych, a także kształtowanie i rozwijanie cech motorycznych np. zręczności, szybkości i siły [5]. W przypadku studentów fizjoterapii ruch powinien być wyznacznikiem gwarantującym utrzymanie i kształtowanie swojego zdrowia, który jest podstawą długoletniej pracy zawodowej i kondycji psychicznej, warunkującej dobry kontakt z pacjentem [6]. Młodzież akademicka powinna znać rolę jaką odgrywa właściwy styl życia w utrzymaniu zdrowia oraz być świadoma wpływu konkretnych zachowań na zdrowie. Niekiedy przeszkodą w utrzymywaniu sprawności przeciętnego studenta na odpowiednim poziomie są napięty rozkład zajęć, przemęczenie, nawyki wyniesione z domu [3].

Istnieje wiele klasyfikacji aktywności fizycznej, ale najczęściej spotykaną jest podział na aktywność codzienną i planowaną. Aktywność fizyczną codzienna jest to każda forma ruchu związana z pracą zawodową, czynnościami dnia codziennego, aktywnością fizyczną podejmowaną w czasie wolnym oraz aktywnością związaną z przemieszczaniem się. Aktywność planowana jest to systematyczne uprawianie danej dyscypliny sportu lub ćwiczeń fizycznych [4].

Istnieje wiele kwestionariuszy oceniających aktywność fizyczną. Powszechnie używanym kwestionariuszem na całym świecie jest Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej (*International Physical Activity Questionnaire* – IPAQ). Występuje w dwóch wersjach – krótkiej i długiej. Wersja długa kwestionariusza składa się z pięciu niezależnych części oceniających aktywność fizyczną w różnych domenach życia codziennego. Dokładne pytania pozwalają ocenić wydatek energetyczny badanych, który wyrażany jest w jednostkach wydatku energetycznego MET min./tydzień. MET to równoważnik metaboliczny odpowiadający zużyciu tlenu w trakcie przemiany spoczynkowej. 1 MET odpowiada zużyciu tlenu w spoczynku i wynosi 3,5ml O_2/kg masy ciała na minutę. Aby obliczyć całkowity wydatek energetyczny czyli określić poziom aktywności fizycznej należy pomnożyć współczynnik przypisany tej aktywności przez liczbę dni jej wykonywania

w tygodniu oraz czas trwania w minutach na dzień. Współczynnik aktywności związany z chodzeniem wynosi 3,3. Dla umiarkowanych wysiłków współczynnik wynosi 4,0. Wysiłkom umiarkowanym związanym z pracą w domu przypisany jest współczynnik aktywności 3,0. Dla wysiłków intensywnych współczynnik wynosi 8,0, natomiast dla wysiłków intensywnych związanych z pracą wokół domu współczynnik ten wynosi 5,5 [7].

Międzynarodowe wytyczne mówią o konieczności podejmowania co najmniej 30 min umiarkowanego wysiłku przez większość dni tygodnia lub alternatywnie co najmniej 20 min intensywnego wysiłku 3 razy w tygodniu [5].

Cel pracy

Celem pracy była ocena aktywności fizycznej wśród studentów fizjoterapii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Materiały i metody

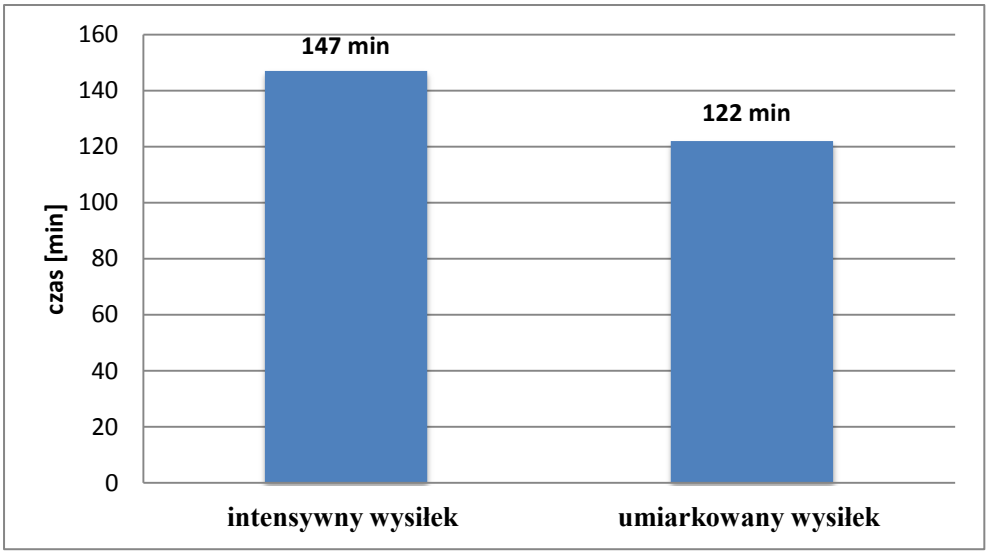
Badaniem objęto grupę 100 studentów fizjoterapii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, w tym 74 kobiet w wieku od 19 do 23 (21±1) lat i 26 mężczyzn w wieku od 19 do 25 (21±2) lat.

Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej (IPAQ) – wersja długa złożony z pięciu niezależnych części, zawierających 27 pytań. Pytania dotyczą wszystkich czynności wykonywanych w ciągu ostatnich 7 dni. Cztery pierwsze części oceniają aktywność fizyczną związaną z pracą zawodową, podczas przemieszczania się, prac domowych, rekreacji i sportu. Piąta część dotyczy czasu spędzonego siedząc.

W metodyce oceny stopnia tygodniowej aktywności fizycznej przy pomocy wyżej wymienionego kwestionariusza wyodrębniono trzy kategorie. Pierwsza– niewystarczająca aktywność fizyczna (całkowity wydatek energetyczny poniżej 600 MET min./tydzień), druga– wystarczająca aktywność fizyczna (całkowity wydatek energetyczny w zakresie 600-1500 MET min./tydzień), trzecia– wysoka aktywność fizyczna (całkowity wydatek energetyczny powyżej 1500 MET min./tydzień).

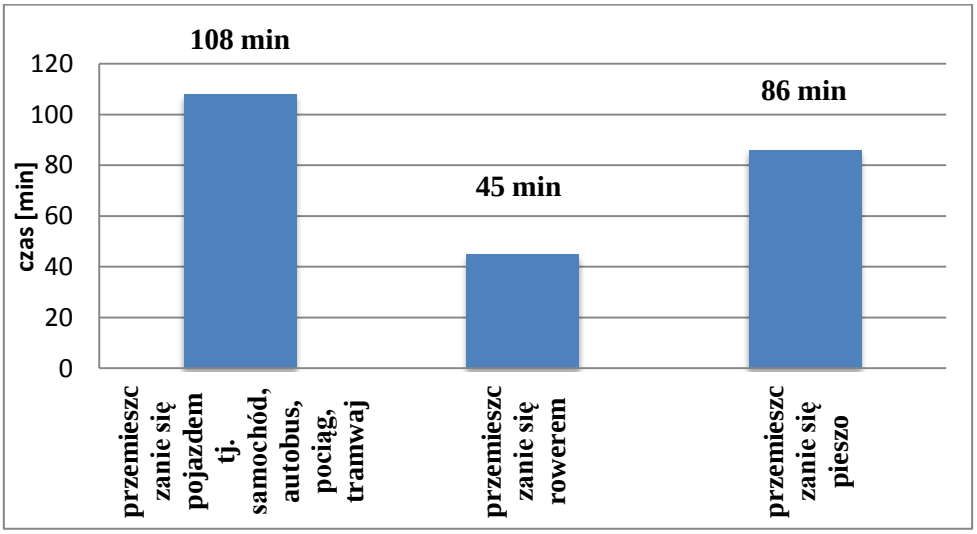
Wyniki

Studenci (50%) na intensywny wysiłek fizyczny wykonywany 3 razy w tygodniu poza domem w ramach pracy zawodowej, społecznej, pracy w rolnictwie i nauki poświęcali średnio 147 minut dziennie. 30% badanych deklarowało wykonywanie umiarkowanego wysiłku fizycznego, 3 razy w tygodniu, poza domem, w ramach pracy zawodowej, społecznej, pracy w rolnictwie i nauki - przez 122 minuty dziennie (Ryc. 1.)



Rycina1. Wysiłek fizyczny związany z pracą zawodową

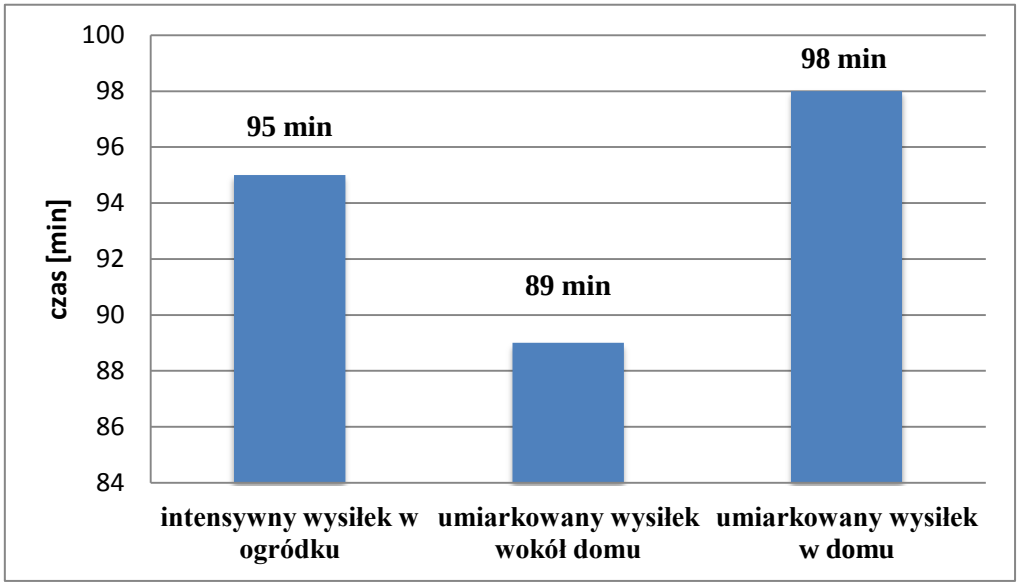
Następne pytanie dotyczyło wysiłku fizycznego związanego z przemieszczaniem się z miejsca na miejsce, wliczając w to pracę, rozrywki i zakupy. Badana grupa studentów najczęściej pokonywała pieszo drogę (6 dni w tygodniu) przez średnio 1h 26min dziennie. Pięć dni w tygodniu ankietowani przemieszczali się za pomocą pojazdu przez średnio 1h 48min. Najrzadziej studenci dojeżdżali do obranego celu rowerem, mianowicie 3 dni w tygodniu przez średnio 45min dziennie (Ryc. 2.)



Ryc. 2.Przemieszczanie się określonym sposobem

Według Międzynarodowego Kwestionariusza Aktywności Fizycznej, wysiłek wykonywany w domu i wokół domu można podzielić na intensywną lub umiarkowaną pracę porządkową w ogródku (przenoszenie ciężkich/lekkich rzeczy, kopanie, zamiatanie, grabienie

itp.) oraz umiarkowany wysiłek fizyczny w domu tj. przenoszenie lekkich rzeczy, mycie okien, sprzątanie itp. Badani deklarowali, że spędzają na wyżej wymienionych pracach 2 dni w tygodniu. Intensywny wysiłek fizyczny związany z pracami w ogródku zajmował im 1h 3min dziennie. Umiarkowany wysiłek związany z czynnościami wykonywanymi wokół domu - 1h 29min dziennie. Natomiast umiarkowany wysiłek fizyczny dotyczący prac w domu - 1h 38min dziennie (Ryc. 3.)



Ryc. 3. Czas spędzony na pracach domowych, porządkowych i wokół domu

Kolejne pytanie dotyczyło średniej dziennej miary czasu spędzanego aktywnie w czasie wolnym przez studentki i studentów fizjoterapii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Ponad połowa kobiet (69%) oznajmiła, że uprawia intensywną aktywność fizyczną, np. aerobik, biegi, szybką jazdę rowerem średnio 4 razy w tygodniu przez ok 1h 19min dziennie.

Z kolei 65% mężczyzn deklarowało uprawianie regularnego intensywnego wysiłku fizycznego przez 4 dni w tygodniu po 1h 31min dziennie.

Do umiarkowanej aktywności zalicza się jazdę rowerem w stałym tempie, pływanie, gry zespołowe. Studentki (57%) deklarowały uprawianie umiarkowanego wysiłku fizycznego 3 dni w tygodniu przez 1h 18 min dziennie. Studenci (38%) na umiarkowanym wysiłek fizyczny w czasie wolnym przeznaczały 3 dni w tygodniu. Każdego dnia poświęcały 58 minut (Tab. 1.).

Tabela 1. Wysiłek fizyczny w czasie wolnym

	Kobiety (n	Mężczyźni
intensywna aktywność fizyczna	*1h 19min/dziennie*	*1h 31min/dziennie*
umiarkowana aktywność fizyczna	*1h 18min/ dziennie*	*58min/ dziennie*

Następnie została określona aktywność fizyczna wśród studentów. Całkowita aktywność fizyczna była na wysokim poziomie. 85% badanych kobiet cechowała wysoka (>1500 MET min/tydzień) aktywność fizyczna. 12% studentek - aktywność fizyczna wystarczająca (600-1500 MET min/tydzień), 3% studentek - aktywność niewystarczająca (<600 MET min/tydzień), a większość studentów (96%) - wysoka (>1500 MET min/tydzień) aktywność fizyczna. Wystarczającą aktywność fizyczną (600-1500 MET min/tydzień) przejawiało 4% studentów (Tab. 2.).

Tabela 2. Całkowita aktywność fizyczna

	Kobiety	Mężczyźni
Niewystarczająca(<600 MET min/tydzień)	*3%*	*0%*
Wystarczająca(600-1500 MET min/tydzień)	*12%*	*4%*
Wysoka(>1500 MET min/tydzień)	*85%*	*96%*

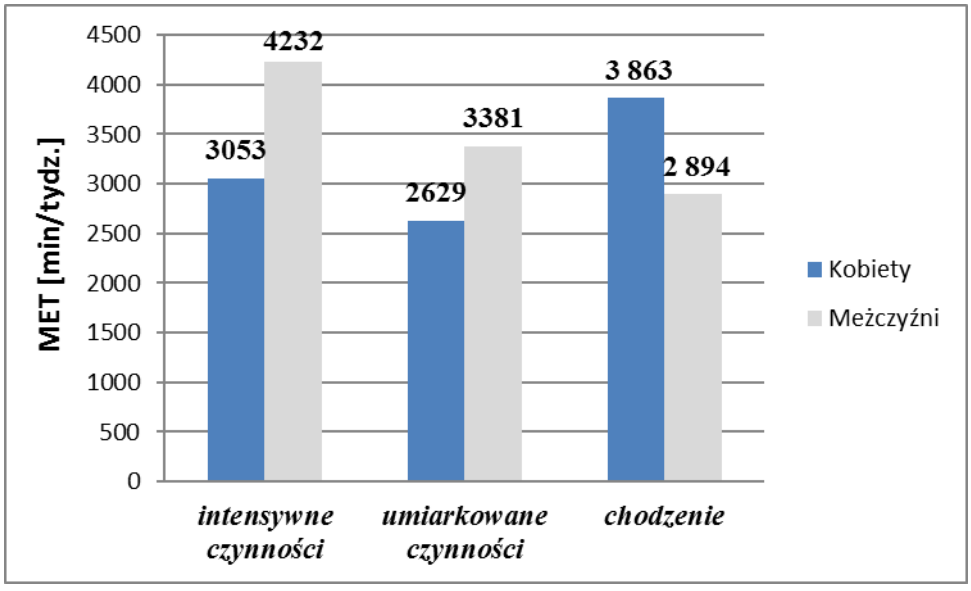
49% kobiet i 54% mężczyzn, podczas czynności związanych z: intensywnym wysiłkiem fizycznym - wykazywała wysiłek fizyczny wysoki (na poziomie równym lub większym 1500 MET min/tydzień). Umiarkowany wysiłek fizycznym wykonywało 64% kobiet i 62% mężczyzn, podczas czynności związanych z chodzeniem - 73% kobiet i 62% mężczyzn. Wysiłek fizyczny wystarczający (na poziomie 600-1500 MET min/tydzień) podczas czynności związanych z intensywnym wysiłkiem fizycznym wykonywało 20% kobiet i 44% mężczyzn; umiarkowanym wysiłkiem fizycznym - 27% kobiet i 23% mężczyzn, a podczas czynności związanych z chodzeniem - 20% kobiet i 27% mężczyzn. Wysiłek fizyczny niewystarczający (na poziomie niższym niż 600 METmin/tydzień) podczas czynności związanych z: intensywnym wysiłkiem fizycznym wykonywało 31% kobiet i 42% mężczyzn, umiarkowanym wysiłkiem fizycznym - 9% kobiet i 15% mężczyzn; podczas czynności związanych z chodzeniem - 8% kobiet i 12% mężczyzn. W przypadku umiarkowanego wysiłku fizycznego wystarczający i wysoki wskaźnik metaboliczny

zaobserwowano u 91% kobiet i 85% mężczyzn. Natomiast u 9% studentek i 15% studentów wartość wskaźnika metabolicznego jest niewystarczająca. (Tab. 3.)

Tabela 3. Indywidualny całkowity wysiłek fizyczny z uwzględnieniem intensywności

	Intensywny		Umiarkowany		Chodzenie	
	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni
niewystarczający (<600 MET min/tydzień)	*31%*	*42%*	*9%*	*15%*	*8%*	*12%*
wystarczający (600-1500 MET min/tydzień)	*20%*	*4%*	*27%*	*23%*	*20%*	*27%*
wysoki (>1500 MET min/tydzień)	*49%*	*54%*	*64%*	*62%*	*73%*	*62%*

Średnia aktywność fizyczna określona w MET min/tydzień podczas intensywnych czynności wykonywanych przez studentów i studentki Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku przedstawia się na wysokim poziomie. W przypadku studentek jest to 3053 MET min/tydzień, natomiast dla studentów 4232 MET min/tydzień. Podczas wykonywania czynności o umiarkowanym natężeniu wartości osiągnięte wśród studentek wynosiły 2629 MET min/tydzień, natomiast wartości osiągnięte wśród studentów wynosiły 3381 MET min/tydzień. W trakcie chodzenia studentki osiągały wyniki na poziomie 3863 MET min/tydzień, natomiast studenci 2894 MET min/tydzień (Ryc. 4.)



Rycina. 4. Średnia aktywność fizyczna określona w MET min/tydzień

Obliczono współczynnik metaboliczny dla siedzenia wśród przebadanych studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku i okazało się, że był on dwukrotnie większy u kobiet niż u mężczyzn. U przebadanych studentek wynosi 393, natomiast wśród przebadanych studentów wynosi 151 (Tab. 4.).

Tabela 4. Współczynnik metaboliczny dla siedzenia

Czynność	Kobiety	Mężczyźni
Siedzenie	*393*	*151*

Dyskusja

Studenci fizjoterapii ze względu na wykonywany w przyszłości zawód powinni wykorzystywać czas wolny jak najefektywniej. Z przeprowadzonych badań wśród studentów fizjoterapii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku wynika, że siedząc spędzają średnio 4 godziny i 32 minuty dziennie. W Międzynarodowym Kwestionariuszu Aktywności Fizycznej siedzenie jest określone jako czas spędzony przy biurku, z wizytą u przyjaciół, podczas czytania, oglądania telewizji [7]. Podobnie wyniki uzyskał Przysada i współpracownicy, którzy oceniali studentów fizjoterapii Uniwersytetu Rzeszowskiego. Rzeszowscy studenci siedząc spędzali 4 godziny dziennie [5]. Badania przeprowadzone na młodzieży z południowo-wschodniego regionu Polski wykazują, że wysoka aktywność fizyczna wśród kobiet i mężczyzn jest trzykrotnie niższa niż w przypadku studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Wysoką aktywnością fizyczną charakteryzuje się 27% studentek i 29% studentów z Rzeszowa, natomiast wśród młodzieży akademickiej w Białymstoku aż 85% studentek fizjoterapii i 96% studentów fizjoterapii cechuje wysoka aktywność fizyczna [5]. Warto podkreślić, że odsetek procentowy mężczyzn na kierunku fizjoterapii utrzymujących całkowitą aktywność fizyczną na wysokim poziomie jest bliski 100%.

Niewystarczająca całkowita aktywność fizyczną (poniżej 600 MET min/tydzień) występuje zaledwie wśród 3% studentek z Białegostoku. Odmienne wyniki prezentują badacze z Rzeszowa, gdzie niewystarczająca całkowita aktywność fizyczna występuje aż wśród 39% badanych [8]. Walentukiewicz i współautorzy zbadali aktywność fizyczną wśród 18 letnich Gdańszczanek. Wyniki są o wiele gorsze w porównaniu do białostockich studentek. Aż 62% kobiet pochodzących z Gdańska uprawiają wysiłek fizyczny na niewystarczającym poziomie (w Białymstoku tylko 3% badanych) [9].

Wartość równoważnika metabolicznego w przypadku chodzenia badanych licealistów z Białej Podlaskiej jest porównywalna z wartościami otrzymanymi przez mężczyzn studiujących fizjoterapię Białymstoku [10]. Natomiast średni wysiłek fizyczny podczas chodzenia przez studentki fizjoterapii z Białegostoku (3863 MET min/tydzień)jest wyższy w porównaniu z licealistkami z Białej Podlaskiej (2118 MET min/tydzień) [10].

Biernat i współautorzy ocenili intensywny wysiłek fizyczny wykonywany przez personel medyczny (lekarzy i pielęgniarki) wybranych warszawskich szpitali. Kobiety wykonują intensywny wysiłek fizyczny na poziomie 757 MET min/tydzień, natomiast mężczyźni wykonują intensywny wysiłek fizyczny na poziomie 1242 MET min/tydzień [11]. Studenci fizjoterapii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku uzyskali jeszcze wyższe wyniki dotyczące intensywnego wysiłku fizycznego. Całkowita intensywna aktywność fizyczna kobiet wynosi 3053 MET min/tydzień dla kobiet, natomiast mężczyzn 4232 MET min/tydzień dla mężczyzn. Rozbieżności między podanymi liczbami mogą wynikać z faktu, że personel medyczny pochłonięty pracą zawodową ma mniej czasu na wysiłek fizyczny,rekreację i sport w czasie wolnym.

Walentukiewicz i współautorzy ocenili poziom całkowitej aktywności fizycznej (suma intensywnych, umiarkowanych czynności i chodzenia) wśród studentów Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu w Gdańsku oraz studentów Olsztyńskiej Szkoły Wyższej. Całkowita aktywność fizyczna studentów Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu w Gdańsku wynosi 4176, natomiast całkowita aktywność fizyczna studentek tej samej uczelni wynosi 2772 MET min/tydzień. Studenci Olsztyńskiej Szkoły Wyższej całkowitą aktywność fizyczną mają na poziomie 3964MET min/tydzień. Całkowita aktywność fizyczna studentek tej samej uczelni wynosi 2970 MET min/tydzień [12]. Ankietowani z Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku uzyskali kilkakrotnie wyższe wartości.Całkowita aktywność fizyczna przyszłych fizjoterapeutów z Białegostoku wynosi 10507 MET min/tydzień, a całkowita aktywność fizyczna przyszłych Białostockich fizjoterapeutek wynosi 9545 MET min/tydzień.

Krzepota i współautorzy ocenili całkowitą aktywność fizyczną wśród słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku. Mężczyźni uzyskali wynik 1390,4 MET min/tydzień, natomiast kobiety uzyskały wynik na poziomie 1712 MET min/tydzień. W porównaniu do badań przeprowadzonych wśród młodzieży akademickiej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku całkowita aktywność fizyczna studentów wynosi10507 MET min/tydzień, natomiast wśród studentek wynosi 9545 MET min/tydzień. Niskie wartości badanych przez

Krzepotę i współautorów można uzasadnić wiekiem grupy badawczej bowiem byli to studenci Uniwersytetu Trzeciego Wieku [13].

Wnioski

1. Studenci fizjoterapii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku prezentują zdrowy styl życia.Związane jest to z utrzymywaniem przez badanych wysokiego równoważnika metabolicznego MET.
2. Czynnikiem różnicującym poziom aktywności fizycznej jest płeć. Mężczyźni na ogół osiągają lepsze rezultaty dotyczące wysiłku. Wyjątkiem jest chodzenie, gdzie to kobiety uzyskują większe wartości MET.
3. Studenci fizjoterapii powinni stanowić przykład i propagować zdrowy styl życia, na który składa sięchętnie podejmowana aktywność fizyczna.

Piśmiennictwo

1. Mikołajczak J., Piotrowska E., Biernat J., et al.: Self-Perceived Assessment of Nutritional Status as a Determinant of Health-Promoting and Anti-Health-Promoting Behaviors of Adolescent Boys. Adv. Clin. Exp. Med., 2012, 21, 225-233.
2. Pasek T., Pasek T. J., Witiuk-Mitarska A., Sieroń A.: Leczenie ruchem (kinezyterapia) pacjenta w podeszłym wieku. Gerontol. Pol., 2011, 19, 68-76.
3. Sochocka L., Wojtyłko A.: Aktywność fizyczna studentów studiów stacjonarnych kierunków medycznych i niemedycznych. Med. Srod., 2013, 16, 53-58.
4. Grzegorczyk J., Mazur E., Domka E.: Ocena aktywności fizycznej gimnazjalistów dwóch wybranych szkół na Podkarpaciu. Prz. Med. Uniw. Rzesz. Inst. Leków, Rzeszów 2008, 3, 226-234.
5. Przysada G., Kozicki R., Maślanka M.: Aktywność fizyczna i sprawność fizyczna studentów fizjoterapia Uniwersytetu Rzeszowskiego. Med. Sport., 2012, 28, 277-284.
6. Kochanowicz B.: Poziom sprawności fizycznej studentów kierunku fizjoterapii Akademii Medycznej w Gdańsku a ich opinia wobec różnych form aktywności fizycznej. Ann. Acad. Med. Gedan., 2007, 37, 53-62.
7. Biernat E.: Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej- polska długa wersja. Med. Sport., 2013, 29, 1-15.
8. Pańczyk W.: Aktywność Fizyczna mieszkańców południowo-wschodnich regionów Polski u progu XXI wieku [w:] Społeczno-edukacyjne oblicza współczesnego sportu i olimpizmu. Aktywność fizyczna dzieci, młodzieży i dorosłych na przełomie XX i XXI

wieku. Nowocień J., Chełmecki J. (red.), Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego, Warszawa, 130-143.

9. Walentukiewicz A., Łysak A., Wilk B.: Uwarunkowania zdrowia gdańskich 18-latek - zachowania zdrowotne. Probl. Hig. Epidemiol., 2011, 92, 482-485.
10. Korpak F.: Aktywność fizyczna młodzieży I Liceum Ogólnokształcącego w Białej Podlaskie. Lider, 2011, 7-8, 19-22.
11. Biernat E., Poznańska A., Gajewski A. K.: Is physical activity of medical personnel a role model for their patients.Ann. Agric. Environ. Med., 2012, 19, 707-710.
12. Walentukiewicz A., Łysak A., Wilk B.: Poziom aktywności fizycznej studentów wychowania fizycznego i zdrowotnego a zalecenia aktywności fizycznej w profilaktyce chorób cywilizacyjnych. Med. Sport., 2012, 28, 129-137.
13. Krzepota J., Biernat E., Florkiewicz B.: Poziom aktywności fizycznej słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku o zróżnicowanym indeksie masy ciała. MONZ, 2013, 19, 200 – 205.

Zych Marta[1], Zabłocka Joanna[1], Cichocka Emilia[1], Sochoń Magdalena[1], Zalewska Anna[2], Sochoń Karolina[2], Wojtkowski Janusz[2,3]

Wykorzystanie terapii integracji sensorycznej w rehabilitacji dzieci urodzonych przedwcześnie

1. Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Rehabilitacji Dziecięcej z Ośrodkiem Wczesnej Pomocy Dzieciom Upośledzonym „ Dać Szansę", Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Klinika Rehabilitacji Dziecięcej z Ośrodkiem Wczesnej Pomocy Dzieciom Upośledzonym „Dać Szansę", Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Stypendysta w ramach projektu „Studiuję, badam, komercjalizuję – program wsparcia doktorantów UMB", Poddziałanie 8.2.1 Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Wstęp

Noworodka urodzonego przed 37 tygodniem ciąży określa się mianem wcześniaka. W Polsce w 2012 roku dzieci urodzone przedwcześnie stanowiły 5,56% wszystkich urodzeń. U noworodków przedwcześnie urodzonych stwierdza się wiele problemów będących wynikiem niedostatecznej dojrzałości wszystkich życiowo ważnych układów i narządów. Wcześniaki narażone są na szereg komplikacji:

- Powikłania neurologiczne; będące następstwem niedojrzałej budowy mózgu, zaburzeń krążenia mózgowego oraz niedotlenienia, prowadzą do wylewów do- lub okołokomorowych oraz martwicy, zwanej leukomalacją okołokomorową. U dzieci przedwcześnie urodzonych obserwuje się większą częstotliwość występowania mózgowego porażenia dziecięcego oraz padaczki [1- 6].
- Powikłania krążeniowo-oddechowe; niedojrzałość płuc i układu krążenia skutkuje groźnymi patologiami, tj. zespół zaburzeń oddychania oraz dysplazja oskrzelowo-płucną. Schorzenia te uszkadzają delikatne płuca dziecka prowadząc do nadreaktywności oskrzeli, a także ciężkich i nawracających zakażeń układu oddechowego [7,8].
- Powikłania żywieniowe; w postaci opóźnienia opróżniania żołądka oraz zaburzenia motoryki jelit, powodujących późniejszą kolonizację przewodu pokarmowego korzystnymi bakteriami (*Lactobacillus* oraz *Bifidobacterium*). Niedojrzałość przewodu pokarmowego wcześniaków predysponuje również do refluksu żołądkowo-przełykowego, a także do występowania martwiczego zapalania jelit [1,9,10].
- Zaburzenia wzroku i słuchu; u większości dzieci urodzonych przed fizjologicznym terminem porodu występuje retinopatia wcześniacza. Jest jedną z głównych przyczyn

ślepoty i znacznego pogorszenia widzenia. U wcześniaków diagnozuje się również znacznie częściej wady wzroku w postaci krótkowzroczności, zeza i oczopląsu. Równie istotnym zaburzeniem występującym w tej grupie noworodków są uszkodzenia słuchu, które mogą prowadzić do niedosłuchu [1,11].

- Powikłania immunologiczne; niewystarczająca sprawność mechanizmów odporności komórkowej i humoralnej, wrodzonej i nabytej, przyczynia się do częstszych zakażeń, czego efektem może być wystąpienie procesu zapalnego na obszarze całego organizmu. Ważnym czynnikiem stymulacji i kształtowania odporności u dzieci przedwcześnie urodzonych jest realizacja szczepień, które niekiedy mogą prowadzić do powikłań neurologicznych [12,13,14].
- Rozwój poznawczy i motoryczny; u wcześniaków obserwuje się większą częstość występowania zmniejszonego napięcia mięśniowego, nieprawidłowości koordynacji wzrokowo-ruchowej, zaburzeń artykulacji i koncentracji uwagi, trudności w rozwoju poznawczym, nadruchliwości, impulsywności, męczliwości, problemów adaptacyjnych i emocjonalno-społecznych. Istnieje także istotna zależność pomiędzy wcześniactwem, a zwiększonym ryzykiem występowania zespołu nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD) [1,15]. Występujące zaburzenia w odbiorze i integrowaniu bodźców zmysłowych powodują pojawienie się dysfunkcji w rozwoju poznawczym, motorycznym oraz zachowaniu dziecka. Podkreśla się konieczność długotrwałego monitorowania dziecka, w przypadku wystąpienia nieprawidłowości, aby stymulować jego właściwy rozwój. Niedojrzałość wieloukładowa skutkuje występowaniem wielu powikłań rzutujących na całe ich życie [16,17].

Kluczową rolę w zapewnieniu prawidłowego rozwoju psychoruchowego dziecka urodzonego przedwcześnie odgrywa właściwa diagnoza i jak najwcześniej podjęta terapia. Wczesna interwencja terapeutyczna zmniejsza ryzyko opóźnień rozwojowych dziecka, umożliwia osiągnięcie względnie normalnego przebiegu rozwoju i przeciwdziała powstawaniu wad, jest skuteczną metodą pomocy rodzicom w postępowaniu z dzieckiem z tzw. grupy ryzyka, jaką niewątpliwie są wcześniaki. Usprawnianie rozpoczęte zbyt późno może skutkować powstaniem i utrwaleniem nieprawidłowych reakcji, które są później trudne do wyeliminowania, a w konsekwencji opóźniają procesy terapii i edukacji [18]. Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka może dotyczyć: stymulacji rozwoju motorycznego i intelektualnego, stymulacji polisensorycznej, rozwoju mowy i języka, usprawniania zmysłów wzroku i słuchu, umiejętności samoobsługi, orientacji w przestrzeni, funkcjonowania wśród

rówieśników. Metody pracy z dzieckiem powinny być dobrane w zależności od jego potrzeb rozwojowych. Terapia zaś powinna być opracowana dla każdego dziecka indywidualnie i uwzględniać stymulację jego rozwoju psychoruchowego.

W ramach wczesnego wspierania rozwoju dziecka zastosowanie znajdują m.in.:

- Stymulacja dotykowa (już od pierwszych dni życia),
- Stymulacja metodą muzykoterapii,
- Behawioralne metody edukacji,
- Metoda Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne,
- Metoda Dobrego Startu,
- Metoda Ch. I M. Knillów,
- Metoda NDT-Bobath i Vojty,
- EEG Biofeedback,
- Metoda Integracji Sensorycznej [19].

Celem niniejszej pracy jest przybliżenie metody Integracji Sensorycznej i możliwości jej wykorzystania w zaburzeniach rozwoju psychoruchowego u dzieci urodzonych przedwcześnie.

Integracja sensoryczna

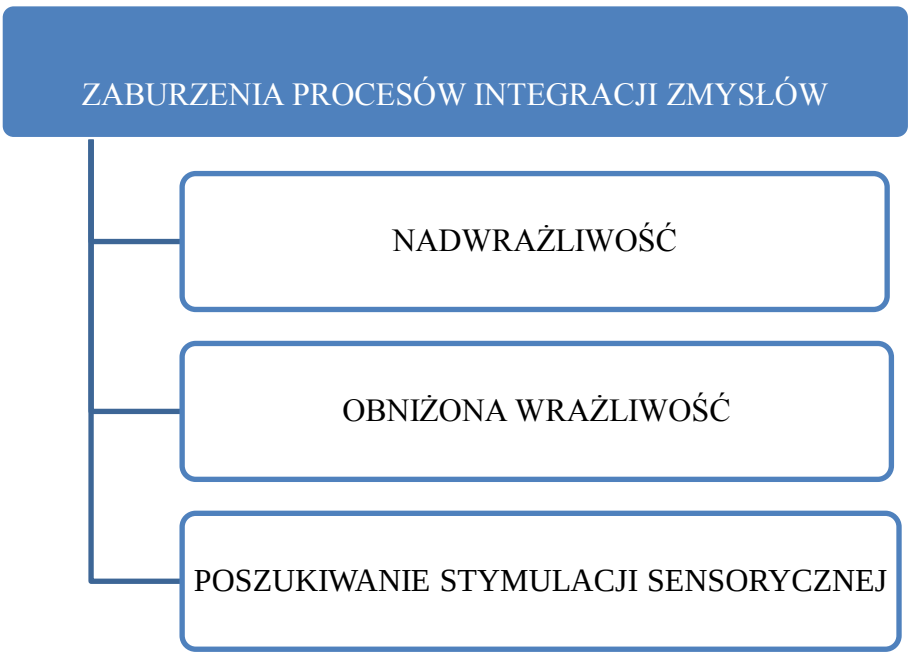
Terapia Integracji Sensorycznej (SI) powstała w latach 70. XX wieku w USA. Jej autorką jest Jean Ayres, według której SI to proces, w którym mózg otrzymuje informacje ze strony wszystkich zmysłów, rozpoznaje je**,** interpretuje i integruje ze sobą wraz z wcześniejszymi doświadczeniami, aby wykorzystać je w celowym działaniu, czyli w reakcji adaptacyjnej [20,21].

Integracja sensoryczna zmysłów: dotykowego, przedsionkowego i proprioceptywnego, zaczyna się w pierwszych miesiącach życia płodowego [22]. Najintensywniej przebiega do zakończenia wieku przedszkolnego i stanowi bazę, która nadaje kształt rozwojowi dziecka. Czynnikami warunkującymi prawidłowy rozwój sensoryczny są m.in.: brak powikłań w przebiegu ciąży, w okresie okołoporodowym i na dalszych etapach rozwojuoraz środowisko bogate w różnorodne bodźce. Twórczyni metody opracowała koncepcję rozwoju integracji zmysłów złożoną z czterech stadiów. Pierwsze stadium obejmuje życie płodowe oraz okres noworodkowy, podczas którego zachodzi integracja bodźców błędnikowych i proprioceptywnych. Drugie stadium trwa do końca pierwszego roku życia, odbywa się w nim łączenie bodźców przedsionkowych, czucia głębokiego oraz zmysłu dotyku. Trzecie stadium obserwujemy od pierwszego do trzeciego roku życia, gdzie dochodzi do integracji bodźców

układu przedsionkowego, proprioceptywnego, dotykowego oraz słuchowego i dotykowego. Czwarte stadium, czyli okres przedszkolny i wczesnoszkolny to etap końcowy, w którym zachodzi rozwój komunikacji międzypółkulowej oraz specjalizacji półkul. Według koncepcji każdy poziom rozwoju zależy od stopnia i dojrzałości poprzedniego, zaś dysharmonie pociągają za sobą problemy w dalszym rozwoju dziecka [22,23].

Najczęstszymi zaburzeniami procesów integracji zmysłów są: obniżone napięcie mięśniowe, zaburzenia poczucia linii środkowej ciała, obecność współruchów, problemy w utrzymaniu równowagi – zwłaszcza w pozycji statycznej, zaburzenia poczucia schematu ciała i koordynacji wzrokowo-ruchowej, dyspraksja, nieprawidłowości w zakresie motoryki małej i dużej, hipoaktywność i hiperaktywność, problemy w funkcjonowaniu psychicznym i społecznym oraz deficyt słuchu i funkcji języka [13,24].

Celem terapii jest poprawa jakości przesyłania, organizacji informacji sensorycznej, jak również wytworzenie odpowiedniej reakcji adaptacyjnej (właściwe reagowanie, odpowiednie do wymogów otoczenia). Podstawowym założeniem metody Integracji Sensorycznej jest aktywizacja „wewnętrznego napędu'', który powoduje poszukiwanie doznań mających pozytywny wpływ na funkcjonowanie systemu nerwowego. Procesowi temu służy odpowiednia organizacja otoczenia oraz pomoc ze strony terapeuty [25]. U dziecka, u którego objawiają się problemy w rozwoju psychofizycznym bądź społecznym, obserwuje się także występowanie zaburzeń przetwarzania sensorycznego (Ryc. 1).



Rycina 1. Typy zaburzeń samoregulacji

Należy wyróżnić następujące grupy nieprawidłowości dotyczących procesów integracji zmysłów:

1. Typ pierwszy - nadwrażliwość (Stanowią dzieci unikające wrażeń sensorycznych. Ich układ nerwowy odczuwa owe bodźce jako silniejsze niż są w rzeczywistości, dlatego wywołują one u nich negatywne emocje. Dzieci nadwrażliwe z łatwością ulegają przeciążeniu, mogą u nich występować zaburzenia lękowe).
2. Typ drugi - obniżona wrażliwość (Stanowią dzieci poszukujące wrażeń sensorycznych. Charakteryzują się nadmierną aktywnością ruchową, mogą nie reagować na bodźce dotykowe i bólowe. Potrzebują silnej stymulacji).
3. Typ trzeci - poszukiwanie stymulacji sensorycznej (Stanowią dzieci mające trudności z zaplanowaniem oraz wykonaniem czynności ruchowych. Charakteryzuje je również brak koordynacji, niezdarność oraz problemy z mową. Wymagają ciągłej aktywności ruchowej o wysokiej intensywności częstości i czasu trwania stymulacji) [20, 25].

Terapia Integracji Sensorycznej

Zajęcia z wykorzystaniem terapii integracji sensorycznej (SI) mają charakter nauki połączonej z zabawą, która poprzedzona jest dokładną diagnozą [20]. Stosuje się zasadę: ,,dziecko własnym terapeutą i naszym przewodnikiem", co oznacza, że mały pacjent wybiera formę aktywności jaką w danej chwili preferuje. Nie jest zmuszane do wykonywania zbyt trudnych dla niego aktywności, przez co nabiera zaufania do swojego ciała, siebie oraz fizjoterapeuty. Wykorzystując postępy w jego rehabilitacji stopniowo wprowadza się coraz trudniejsze zadania, które aktywizują nowe możliwości [26].

W czasie terapii dziecko otrzymuje odpowiednie doświadczenia zmysłowe, tak by mogło w konsekwencji wytworzyć zachowania odpowiednie do zmieniających się warunków środowiska, tzw. zachowania adaptacyjne. W pracy terapeuty zalecane jest naprzemienne stymulowanie przedsionkowo – proprioceptywne w połączeniu ze stymulacją dotykową, węchową oraz słuchową [25,20].

Optymalnie, terapia SI powinna trwać 45min i być prowadzona dwa razy w tygodniu. Należy jednak podkreślić, iż spotkania z terapeutą nie przyniosą oczekiwanych efektówbez codziennej pracy rodzica z dzieckiem w domu. Charakter zajęć zależy od typu zaburzeń procesów integracji zmysłów (Ryc.1).

Do przykładowych zabaw należą:

- wyszukiwanie małych przedmiotów w pojemnikach wypełnionych np. kaszą, grochem bądź piaskiem,

- stymulowanie materiałami o różnej fakturze poszczególnych części ciała,
- rozpoznawanie zróżnicowanych zabawek, kształtów zakrytych kocykiem,
- chodzenie po zmiennej fakturze podłoża,
- malowanie palcami pokrytymi różnymi substancjami np. farbą, kremem.

Istotne znaczenie ma także wyposażenie sali, w której przeprowadzana jest terapia, w odpowiedni sprzęt. Stanowią go m.in.: huśtawka, deskorolka, podwieszany wałek, materace, piłki, batut, deska rotacyjna oraz pomoce do stymulacji dotykowej, wzrokowej i węchowej, który ma na celu uruchomienie „wewnętrznego napędu", tak by mały pacjent sam podejmował aktywność fizyczną [20,25,26]. W terapii SI bardzo ważna jest: ciągła motywacja dziecka, którą można uzyskać dzięki zmianie poziomu trudności zadań przez niego wykonywanych, atrakcyjne wykorzystanie sprzętu oraz odpowiednia relacja pomiędzy małym pacjentem a terapeutą.

Skuteczność metody integracji sensorycznej

Kluczową rolę w skuteczności pracy metodą integracji sensorycznej odgrywa prawidłowo przeprowadzona diagnoza, której głównym elementem jest obserwacja dziecka i szczegółowy wywiad z rodzicami. Kolejnym krokiem ku efektywnej terapii jest odpowiedni dobór indywidualnego programu terapii do zdiagnozowanych zaburzeń oraz systematyczność prowadzonych działań [27].

Metoda integracji sensorycznej wykorzystuje zjawisko plastyczności układu nerwowego. Największą zdolność do plastycznej reorganizacji połączeń wykazuje mózg młodociany, w okresie rozwoju. Przyswaja wówczas największą ilość informacji, uczy się najszybciej, opanowuje szeroki wachlarz sterowania ruchami [28]. W związku z tym tak ważne jest wczesne rozpoczęcie terapii SI.

Integracja Sensoryczna usprawnia pracę systemów sensorycznych i procesów układu nerwowego, które są bazą do rozwoju konkretnych umiejętności (np. czytanie, pisanie) [29]. Podczas ćwiczeń, terapeuta pobudzając w ukierunkowany sposób różne układy zmysłów, pomaga dziecku uzyskać prawidłową odpowiedź adaptacyjną. Terapia polega na stymulacji wielu zmysłów jednocześnie, co skutkuje większą wrażliwością neuronów na pobudzenie. Dzięki temu dziecko zaczyna w sposób bardziej efektywny przetwarzać i wykorzystywać skomplikowane informacje sensoryczne [27, 30].

Wykorzystywany w terapii różnorodny sprzęt, taki jak: platformy, trapezy do huśtania, koła do wskakiwania, liny do wspinania, zjeżdżalnie, jak również sam sposób prowadzenia terapii jest zwykle dla dziecka przyjemnością. W atmosferze zabawy dziecko jest bardziej

zaangażowane w proponowane aktywności, w skutek czego robi większe postępy niż dziecko niezaangażowane [30].

Dzieci urodzone przedwcześnie wykazują szereg zaburzeń integracji sensomotorycznej w wielu obszarach. W pracy badawczej pt. „Wpływ rehabilitacji opartej o metodę Integracji Sensorycznej na rozwój dzieci z zaburzeniami sensomotorycznymi."

Magdalena Odżygóźdź i Mirosława Cylkowska-Nowak dowodzą skuteczności metody. Badania objęły grupę 54 rodziców, których dzieci wykazywały zaburzenia sensomotoryczne oraz korzystały z terapii bazującej na metodzie Integracji Sensorycznej. Wśród najczęstszych przyczyn zgłaszania się na terapię rodzice wskazywali:

- problemy z koncentracją i zachowaniem dziecka,
- problemy z koordynacją ruchów,
- zaburzenia napięcia mięśniowego, zaburzenia czucia,
- zaburzenia słuchu i wzroku.

Należy podkreślić, że terapia przyniosła pozytywne skutki w każdym badanym przypadku. W wyniku prowadzonej rehabilitacji opartej na metodzie Integracji Sensorycznej, w opinii badanych rodziców, obszarem, który w największym stopniu uległ poprawie okazała się strefa zachowania i koncentracji uwagi (57% poprawy), następnie koordynacja ruchowa (54%), słuch (47%), napięcie mięśniowe (43%), dotyk(41%) i wzrok oraz równowaga (37%) [31].

Podsumowanie

Metodaintegracji sensorycznej jest skuteczna, dlatego że jej podstawą jest diagnoza pozwalająca na precyzyjne określenie rodzaju i stopnia deficytów u dziecka oraz zaprogramowanie odpowiednich oddziaływań terapeutycznych. Bazuje ona na doniesieniach naukowych z zakresu neurofizjologii, co pozwala zrozumieć przyczyny nieprawidłowości w funkcjonowaniu układu nerwowego i mózgu. Oddziałuje na przyczynę zaburzeń, a nie jedynie ich objawy [32]. Wśród efektów, jakie niesie za sobą terapia należy wymienić: zmianę zachowania dziecka, lepszy kontakt z maluszkiem, rozwój mowy, integrację wzrokowo-słuchowo- ruchową, poprawę funkcjonowania dziecka we wszystkich strefach. Dziecko nie wyrasta z zaburzeń scalania wrażeń zmysłowych, dlatego też odpowiednio wczesna pomoc pozwala rozwijać jego potencjalne możliwości.

Należy jednak pamiętać, że integracja sensoryczna jest metodą terapeutyczną wspomagającą rozwój dziecka i ułatwiającą jego funkcjonowanie w środowisku, a nie „złotym środkiem" na wszystkie nieprawidłowości.

Piśmiennictwo

1. Bielecka-Cymerman J., Helwich E., Kmita G. i wsp.: Noworodek Przedwcześnie urodzony- pierwsze lata życia. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2003.
2. Cabaj A., Bekiesińska-Figatowska M., Mądzik J.: MRI patterns of hypoxic- ischemic brain injury in full term and preterm infants- classical and less common MR findings. Pol. J. Radiol. , 2012, 77, 77-83.
3. Helwich E., Rutkowska M., Szamotulska K., Adamska E., Sidor B.: Czy spektrum krwawień około-dokomorowych u noworodków urodzonych przedwcześnie ulega zmianie z upływem lat? Porównanie dwóch kohort leczonych w latach 1998-2002 i 2005-2009. Med. Wieku Rozw., 2011, 15, 368-375.
4. Kornacka M. K.: Czynniki predykcyjne mózgowego porażenia dziecięcego (MPD) w okresie noworodkowym. Stand. Med. Pediatr., 2010, 7, 894-898.
5. Linden D. W., Paroli E. T., Doron M. W.: Wcześniak. Pierwsze 6 lat życia. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2007.
6. Mandera M.: Wodogłowie pokrwotoczne u noworodków i niemowląt. Aktual. Neurol., 2009, 9, 37-44.
7. Pietrzyk J. J., Kwinta P., Bik-Multanowski M., Madetko-Talowska A.: Zastosowanie mikromacierzy do oceny ekspresji genów u wcześniaków- nowa strategia poszukiwania genetycznego podłoża odległych powikłań wcześniactwa- badania wstępne. Przew. Lek. , 2011, 68, 44-46.
8. Kornacka M.K.: Noworodek przedwcześnie urodzony- pierwsze lata życia. Wyd. PZWL, Warszawa, 2003.
9. Libudzisz Z., Lewandowska M., Gajek A.: Mikroorganizmy jelitowe noworodków i dzieci. Stand. Med. Pediatr., 2012, 9, 459-468.
10. Łyszkowska M.: Żywienie pozajelitowe w okresie noworodkowym. Post. Żyw. Klin., 2012, 7, 23-28.
11. Jarosławska E., Jasielska M., Mackiewicz J.: Patogeneza retinopatii wcześniaków. Okulistyka, 2012, 15, 38-40.
12. Bojdo A.: Sepsa i bakteryjne zapalenie opon mózgowo- rdzeniowych u noworodka. Klin. Pediatr., 2008, 16, 219-224.
13. Borkowska M., Wagh K.: Integracja Sensoryczna na co dzień. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2010.

14. Paszko-Patej G., Terlikowski R., Kułak W., Sienkiewicz D., Okurowska- Zawada B.: Czynniki wpływające na proces kształtowania równowagi dziecka oraz możliwości jej obiektywnej oceny. Neurol. Dziec. , 2011, 20, 121- 127.
15. Kwinta P., Klimek M., Grudzień A. i wsp.: Rozwój poznawczy i motoryczny w 7 roku życia dzieci urodzonych z ekstremalnie małą masą ciała (≤1000G)-wieloośrodkowe badanie przekrojowe dzieci urodzonych w latach 2002-2004 w województwie małopolskim. Med. Wieku Rozw. , 2012, 16, 222-231.
16. Chrzan-Dętkoś M.: Wcześniaki. Rozwój psychoruchowy w pierwszych latach życia. Harmonia Universalis, 2011, 11-18.
17. Stoińska B.: Rozwój somatyczny i psychoruchowy dzieci z urodzeniową masą ciała 500-1500g w pierwszych dwóch latach życia. Seminaria z Medycyny Perinalnej, Poznań, 2009, 12, 9-26.
18. Hadders-Algra M.: General movements: a window for early identification of children at high risk for developmental disorders. J. Pediatr. , 2004, 145, 12–8.
19. Serafin T.: Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka od chwili wykrycia niepełnosprawności do podjęcia nauki w szkole: poradnik dla organizatorów działań, dla terapeutów oraz rodziców. Warszawa, 2005.
20. Wiśniewska M.: Diagnostyka zaburzeń procesów integracji sensorycznej u małych dzieci. Pediatr. Pol. 2012, 87, 278-285.
21. Matyja M., Osińska A., Rejdak K., Zawisza E.: Ocena rozwoju integracji sensorycznej u niemowląt w przebiegu usprawniania neurorozwojowego. Neurol. Dziec.2006, 15, 27-34.
22. Drabarek D., Koloze A., Szydłowska- Grajcar M.: Zaburzenia integracji sensorycznej jako problem zbyt rzadko zauważany przez specjalistów- na przykładzie 4,5- letniego dziecka. Pediatr. Med. Rodz.2010, 6, 236-239.
23. Wilczyński J.: Integracja sensoryczna w reedukacji posturalnej. Wychow. Fiz. Zdr. 2005, 3, 8-12.
24. Kranowitz C.S.: Nie-zgrane dziecko w świecie gier i zabaw. Harmonia Universalis, Gdańsk, 2012.
25. Radziyevska M., Dziągwa E., Radziyevsky P.: Zaburzenia integracji sensorycznej wśród dzieci i młodzieży. ПедагогикаПсихология, 2012, 04, 135-140.
26. Banaszek G.: Rozwój niemowląt i jego zaburzenia a rehabilitacja metodą Vojty. α-medicapress, wyd. 2, Bielsko- Biała, 2004.

27. Milczarek H.: Skuteczność terapii Integracji Sensorycznej na podstawie doświadczeń terapeuty. www.poradniawarka.pl, http://www.poradniawarka.pl/artykuly/skutecznosc_terapii_integracji_sensorycznej.html, data pobrania 21.03.2014.
28. Kossut M.: Synapsy i plastyczność mózgu. http://fundacjarozwojunauki.pl/res/Tom1/Nauka%20swiatowa%20i%20polska.Rozdzial%2009.pdf, data pobrania 21.03.2014
29. Majchrzycki M., Gajewska E., Łańczak-Trzaskowska M.: Dysfunkcje narządów ruchu. Interdyscyplinarne rozumienie problemów związanych z diagnostyką i terapią dziecka. Wyd. Naukowe Uniwersytetu Medycznegoim. Karola Marcinkowskiego. Poznań, 2012.
30. Miller, L. J., Coll, J. R.., Schoen, S. A.: A randomized controlled pilot study of the effectiveness of occupational therapy for children with sensory modulation disorder. Am. J. Occup. Ther.2007, 61, 228–238.
31. Fazlioglu, Y., Baran, G.: A sensory integration therapy program on sensory problems for children with autism. Percept Mot Skills 2008, 106, 415–422.
32. May-Benson TA, Koomar JA.:Systematic review of the research evidence examining the effectiveness of interventions using a sensory integrative approach for children. Am. J. OccupTher. , 2010, 64, 403-14.

Olender Ewa[1], Gołaszewska Arleta[1], Łukjańczuk Klaudia[1], Zalewska Anna[2], Sochoń Karolina[2], Wojtkowski Janusz[2,3]

Trening stabilizacyjny jako forma aktywności fizycznej w przewlekłych bólach odcinka lędźwiowego kręgosłupa

1. Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Rehabilitacji Dziecięcej z Ośrodkiem Wczesnej Pomocy Dzieciom Upośledzonym „Dać szansę", Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Klinika Rehabilitacji Dziecięcej z Ośrodkiem Wczesnej Pomocy Dzieciom Upośledzonym „Dać szansę", Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Stypendysta w ramach projektu „Studiuję, badam, komercjalizuję – program wsparcia doktorantów UMB", Poddziałanie 8.2.1 Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Wstęp

Bóle odcinka lędźwiowego kręgosłupa to bez wątpienia „plaga" naszych czasów [1]. Chociaż częstość występowania tego schorzenia nie została dokładnie określona, to jednak szacuje się, że w Polsce na przewlekłe bóle krzyża uskarża się aż 72% społeczeństwa przed 40 rokiem życia, a po 40 roku życia przypadłość ta dotyka 66% mężczyzn i 30% kobiet [2,3]. Bóle pochodzenia kręgosłupowego są jednym z najczęstszych schorzeń wśród ludzi żyjących w krajach wysokorozwiniętych [2]. Wynika to ze zmiany trybu życia, a co za tym idzie z ograniczenia do minimum aktywności fizycznej, osłabienia mięśni, nieprawidłowych nawyków żywieniowych prowadzących do otyłości, niewłaściwej postawy ciała, nieergonomicznej pracy oraz nagminnej powtarzalności tych samych ruchów [3,4]. Jak się okazuje, w etiopatogenezie specyficznych „bólów krzyża" największe znaczenie ma choroba dyskowa kręgosłupa [4]. Dalszy odsetek dolegliwości bólowych tej grupy spowodowany jest dysfunkcją stawów międzykręgowych oraz zmianami toczącymi się w obrębie więzadeł kręgosłupa. Wśród dominującej części społeczeństwa coraz częściej diagnozuje się bóle niespecyficzne, związane z rozchwianą kontrolą sensomotoryczną odcinka lędźwiowego kręgosłupa, czyli zaburzeniem równowagi pomiędzy ruchomością a stabilnością [4,5].

Wystąpienie bólu, który jest następstwem trwałego lub czynnościowego zniszczenia tkanek w określonym odcinku narządu ruchu skutkuje odruchowym ograniczeniem jego ruchomości. W miarę narastania patologii, zaburzenia mogą obejmować struktury sąsiednie i odległe, skutkując postępującymi dysfunkcjami ze strony narządu ruchu [5]. U pacjentów z bólem przewlekłym występują mechanizmy obniżające ich jakość życia w sferze: fizycznej, psychicznej i społecznej. Duża część pacjentów zostaje „przykuta do łóżka", co sprzyja

koncentracji na bólu i ciągłemu poszukiwaniu jego etiologii, zapominając lub unikając tym samym kompleksowej terapii, w skład której wchodzi także fizjoterapia [6,7,8].

Analizując literaturę naukową, coraz częściej kwestionuje się w niej skuteczność niektórych metod fizjoterapeutycznych, w tym powszechnych w naszym kraju zabiegów z zakresu fizykoterapii [8]. Co należy zatem robić? W rehabilitacji bólów kręgosłupa kluczowe znaczenie odgrywa kinezyterapia, w głównej mierze rozumiana pod hasłem treningu stabilizacyjnego [9-12].

Budowa i funkcja kompleksu lędźwiowo-miedniczno-biodrowego (Lumbo-Pelvic-Hip Complex– LPHC)

Tak jak drzewo rozbudowuje system korzeni utwierdzający go w gruncie, tak również nasze ciało posiada swoisty fundament z zakotwiczoną na nim kolumną kręgosłupa. Miednica, bo o tym mowa, to kompleks lędźwiowo-miedniczno-biodrowy, na który zgodnie z koncepcją Panjabiego składają się trzy, wzajemnie dopełniające się systemy: układ kostno-stawowo-więzadłowy, będący systemem pasywnym, układ mięśniowy pełniący rolę aktywną oraz układ nerwowy, jako system kontroli [13,14]. Richardson i wsp. podzielili mięśnie kompleksu pod względem funkcjonalnym na stabilizatory i mobilizatory. Za bezpośrednie zapoczątkowanie i wykonanie ruchu, szczególnie w czasie pracy koncentrycznej odpowiadają mobilizatory, do których zalicza się mięsień prosty brzucha, prostownik grzbietu, tylną grupę mięśni uda, głowę prostą mięśnia czworogłowego uda. Za statyczne utrzymanie danego odcinka ciała odpowiedzialne są stabilizatory, które zostały podzielone na dwie grupy. Pierwszą z nich są stabilizatory lokalne, które mają wpływ tylko na jeden staw. Zaliczamy do nich mięsień wielodzielny odcinka lędźwiowego, mięśnie dna miednicy, mięsień poprzeczny brzucha, mięsień najdłuższy-cz. lędźwiowa, mięsień czworoboczny - cz. przyśrodkowa oraz mięsień lędźwiowy - włókna tylne [14,15].

Dzięki bezpośrednim połączeniom mięśnia poprzecznego brzucha zarówno z blaszką powierzchowną jak i warstwą środkową powięzi piersiowo-lędźwiowej oraz z wyrostkami poprzecznymi wszystkich kręgów lędźwiowych, jest to mięsień, który posiada korzystne warunki dla uzyskania napięcia ograniczającego ścinanie, rotacje i translacje kręgów lędźwiowych [16]. Drugą grupę stanowią stabilizatory globalne, które działają przynajmniej na dwa stawy. W omawianym przypadku są to mięśnie skośne brzucha zewnętrzne i wewnętrzne, mięsień czworoboczny-cz. boczna. Mięśnie te aktywowane są pod wpływem ruchów rotacyjnych jak i pracy koncentrycznej [14,15]. Zaburzenie pracy globalnych stabilizatorów przejawia się ich wydłużeniem i osłabieniem, natomiast w wyniku dysfunkcji

mięśni lokalnych następuje hamowanie ich funkcji. W wyniku nieprawidłowości funkcjonowania mobilizatorów obserwuje się ich skrócenie i wzmożone napięcie [15].

Stabilizacja kręgosłupa

W celu zachowania stabilizacji kompleksu na prawidłowym poziomie, wszystkie mięśnie muszą być ze sobą czynnościowo zintegrowane (teoria tensegracji). Należy pamiętać, że do niezachwianej pracy mięśnia niezbędne są jego prawidłowa długość, siła i koordynacja. Mięsień nie pracuje w sposób wyizolowany, dlatego na jego funkcjonowanie mają wpływ mięśnie antagonistyczne i inne, dalej znajdujące się grupy mięśniowe [14,15].

Dobrym wytłumaczeniem prawidłowo skoordynowanej pracy mięśni wydaje się być zjawisko sprzężenia wyprzedzającego (feedforward). Na zjawisko to składają się kolejno trzy jednostki. Pierwsza, globalne mobilizatory, jako elementy zapoczątkowujące bezpieczny ruch i kolejno globalne stabilizatory, jako jednostki kontrolujące wykonany ruch. Dopełnieniem zjawiska są lokalne stabilizatory odpowiadające za stabilizację stawu (likwidują siły ścinające, kontrolują pozycję kręgów, zmniejszają kompresję krążka międzykręgowego) i dlatego odruchowo aktywowane są najszybciej, tuż przed wykonaniem zadania ruchowego [14].

Hodges i Richardson wykazali, że mięsień poprzeczny brzucha jest pierwszym mięśniem inicjującym stabilizację tułowia, a jego praca może być zapoczątkowana nawet przez ruch kończyny górnej. Co więcej, zbadano również, że u pacjentów z przewlekłym „bólem krzyża" kontrola motoryczna tego mięśnia jest głównie zaburzona, a mięsień wielodzielny jest atroficzny z licznymi procesami włóknienia i bliznowacenia [17].

Inni badacze odkryli natomiast, że „dla każdego obciążenia, dla minimalnego, skompensowanego napięcia jest uprzywilejowana strefa stabilna w odniesieniu do sytuacji, w której moment siły będzie zrównoważony w trzech równych częściach przez układ mięśniowy, pośrodkowy układ więzadłowy i mięśnie brzucha za pośrednictwem powięzi piersiowo-lędźwiowej" [16]. Strefa ta jest inaczej nazywana strefą neutralną, w której to lokalne mięśnie stabilizujące, przyczepiające się do trzonów kręgów, mają największą szansę wpływania na stabilność jednostki ruchowej kręgosłupa. Badania Wilke'ego i wsp. (1995r.) wykazały, że mięsień wielodzielny odpowiada za więcej niż 2/3 stabilizacji „strefy neutralnej" na poziomie L4-L5, stąd tak ważny jest trening jego prawidłowej aktywacji [18]. Zaburzone działanie czynnych układów stabilizujących pogarsza kontrolę strefy neutralnej predysponując do rozwoju dysfunkcji i bólów kręgosłupa.

Diagnostyka kompleksu lędźwiowo-miedniczno-biodrowego

W przypadku pacjentów z chronicznymi bólami odcinka lędźwiowego kręgosłupa niezwykle istotną rolę odgrywa diagnostyka, albowiem poprawnie przeprowadzona pozwala na postawienie prawidłowego rozpoznania jak i zaplanowanie indywidualnego planu usprawniania. Błędy popełnione w procesie diagnostycznym mogą skutkować złym ukierunkowaniem procesu leczniczego jak i gorszym rokowaniem [20].

Pierwszym etapem rozpoznania jest przeprowadzenie szczegółowego wywiadu oraz badania przedmiotowego. Badanie przedmiotowe składa się z następujących części: statycznej oceny postawy ciała oraz oceny dynamicznej [20,21].

Analiza statyczna dostarcza informacji na temat wpływu mięśni na układ ruchu, będący w stanie spoczynku. Ocenę statyczną przeprowadzamy w płaszczyźnie strzałkowej, co pozwala nam na analizę ustawienia odcinka lędźwiowego, miednicy i bioder w przestrzeni. Analiza sylwetki w tej płaszczyźnie w kontekście kompleksu LMB (lędźwiowo-miedniczno-biodrowego) pozwala zaobserwować takie zmiany jak: nadmierny kąt nachylenia odcinka lędźwiowo-krzyżowego (hiperlordozy lędźwiowej) oraz przodo- lub tyło-pochylenie miednicy [21,22]. U pacjentów, którzy doświadczają problemów ze stabilizacją kompleksu LBM, często zauważa się przodopochylenie miednicy i pogłębienie lordozy lędźwiowej. To z kolei daje nam informacje o tym, że mięśnie skośne brzucha są rozciągnięte i nie kontrolują wyprostu. Mięsień najszerszy grzbietu i biodrowo-lędźwiowy są natomiast nadmiernie aktywne i przykurczone, ograniczając w ten sposób ruch zgięcia i ustawiając badanego w wyproście. Mięsień prosty uda i naprężacz powięzi szerokiej mają zwiększoną aktywność, co zwiększa przodopochylenie miednicy. Ponadto można pokusić się o stwierdzenie, że wydolność mięśnia pośladkowego wielkiego jest zmniejszona poprzez brak odpowiedniego napięcia i koaktywację z mięśniami skośnymi brzucha, co z kolei prowadzi do tego, że zginacze i prostowniki ustawiają kompleks LMB w wyproście i ewentualnej rotacji [23].

Analiza dynamiczna, w przeciwieństwie do statycznej, dostarcza nam informacji na temat wpływu mięśni na układ ruchu w trakcie wykonywania czynności ruchowej w łańcuchu zamkniętym bądź otwartym. Podczas oceny dynamicznej możemy zastosować testy funkcjonalne w koncepcji Kinetic Control. W wyżej wymienionej metodzie zadaniem testów nie jest tylko ocena mięśni, ale też integracji nerwowo-mięśniowej [21].

Ocena funkcjonalna za pomocą testów Kinetic Control.

Test dysocjacji wyprostu w odcinku lędźwiowym: test przeprowadza się w pozycji leżenia tyłem z kończynami dolnymi zgiętymi w stawach biodrowych i kolanowych. Kończyny górne skrzyżowane na klatce piersiowej. Zadaniem pacjenta jest uniesienie złączonych kończyn dolnych do momentu ustawienia stawów biodrowych i kolanowych pod

kątem 90^0 z jednoczesną stabilizacją odcinka lędźwiowo-krzyżowego i miednicy. Jeżeli pacjent nie jest w stanie utrzymać odcinka lędźwiowego w pozycji neutralnej mamy do czynienia z brakiem kontroli wyprostu w tym odcinku [21].



a)



b)

Rys. 1. Test dysocjacji wyprostu w odcinku lędźwiowym
a) pozycja wyjściowa, b) po wykonaniu wyprostu [21]. Źródło: materiał własny

Test dysocjacji zgięcia w stawie biodrowym: Test przeprowadza się w pozycji stania jednonóż ze skrzyżowaniem kończyn górnych na klatce piersiowej. Test polega na wykonaniu ¼ przysiadu. Podczas poprawnie wykonanego zadania staw biodrowy, kolanowy oraz II kość śródstopia osoby badanej znajdują się w linii pionowej ustawionej w rotacji zewnętrznej pod kątem $8\text{-}10^0$. W przypadku wystąpienia innego ustawienia kończyny dolnej niż wyżej opisany lub z wystąpieniem opadania miednicy po stronie przeciwnej mamy do czynienia z brakiem kontroli wewnętrznej rotacji w stawie biodrowym [21].

Kolejnym etapem diagnostyki bólów „krzyża" jest ocena napięcia mięśni: poprzecznego brzucha oraz mięśnia wielodzielnego, mięśni dna miednicy, włókien tylnych mięśnia lędźwiowego większego.



Rys. 2. Test dysocjacji zgięcia w stawie biodrowym [21]. Źródło: materiał własny

1. Mięsień poprzeczny brzucha, mięsień wielodzielny.

Badanie przeprowadzane jest w pozycji leżenia przodem. Pacjentowi polecamy aby wciągnął brzuch, czego skutkiem powinno być przemieszczenie się pępka w kierunku do środka i do góry. Terapeuta sprawdza napięcie mięśnia poprzecznego brzucha w miejscu 2 cm przyśrodkowo i w dół od kolca biodrowego przedniego górnego, natomiast napięcie mięśnia wielodzielnego na bokach wyrostków kolczystych kręgów lędźwiowych [24].



Rys. 3. Badanie napięcia mięśnia poprzecznego brzucha oraz wielodzielnego [24]. Źródło: materiał własny

2. Mięśnie dna miednicy.

Osoba badana znajduje się w pozycji leżenia tyłem, z ugiętymi stawami biodrowymi i kolanowymi. Badający przykłada palce nad mięśniem poprzecznym brzucha i szczytem kości

krzyżowej. W tym momencie poleca się badanemu aktywizację mięśni dna miednicy, czyli przybliżenie kości krzyżowej do spojenia łonowego (przodopochylenie miednicy). O poprawnym wykonaniu badania świadczy odsunięcie się kości krzyżowej od ręki terapeuty i jednoczesne napięcie mięśnia poprzecznego brzucha, który aktywizuje się w tym samym momencie [24].

3. Mięsień lędźwiowy większy- włókna tylne.

Osoba badana leży na brzuchu na brzegu kozetki. Pacjentowi poleca się, aby zgiął nogę znajdującą się poza płaszczyzną podparcia tułowia w stawie biodrowym i oparł ją o podłoże. W tej pozycji sprawdza się palpacyjnie translację kręgów o odpowiedniej płaszczyźnie ślizgu. Następnie badany aktywnie skraca nogę znajdującą się poza kozetką, a w tym samym momencie terapeuta bada napięcie mięśni – poprzez zwiększenie sztywności na kręgach. Od badanego wymaga się, aby utrzymywał napięcie bez aktywacji stabilizatorów globalnych 2 x po 15s. Jeśli osoba badana nie potrafi wykonać zadania, jest to wskazaniem do terapii [25].

Właściwy trening stabilizacyjny

Trening stabilizacyjny jest to forma kształtowania poprawnej aktywności mięśni, które odpowiedzialne są za stabilizację łańcuchów kinematycznych. Biorąc pod uwagę aspekt funkcjonalny najistotniejszą rolę odgrywają tu mięśnie kompleksu lędźwiowo-miedniczno-biodrowego (LMB) [8,9,19].

Trening stabilizacyjny, zwany jest coraz częściej treningiem funkcjonalnym. Wykorzystywany był dotychczas głównie w pracy ze sportowcami wyczynowymi dyscyplin indywidualnych i zespołowych. Aktualnie znajduje szerokie zastosowanie w profilaktyce i leczeniu pacjentów dotkniętych bólem odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa [14].

Program usprawniania pacjenta można podzielić na kilka faz: 1. kontrola postawy, 2. kontrola ruchu oraz 3. kontrola długości mięśni.

Opanowanie ćwiczeń jednego etapu warunkuje przejście do etapu kolejnego, a warunkiem rozpoczęcia treningu jest brak bólu w proponowanych pozycjach wyjściowych [26].

Zasady treningu stabilizacyjnego: 1. Ćwiczenia powinny być prowadzone w najdogodniejszej dla pacjenta pozycji wyjściowej z zachowaniem neutralnej pozycji kompleksu LMB. 2. Skurcz mięśni głębokich powinien być powolny, świadomy, jednoczesny i symetryczny z zachowaniem prawidłowego oddechu. 3. Aktywacja mięśni powinna się odbywać przy sile 10-15% napięcia maksymalnego. 4. Odruchowe napięcie mięśni

powierzchownych powinno być maksymalnie niwelowane. 5. Aktywacja mięśni głębokich nie pociąga za sobą dodatkowych ruchów miednicy i kręgosłupa [27].

Algorytm treningu stabilizacyjnego kompleksu LMB

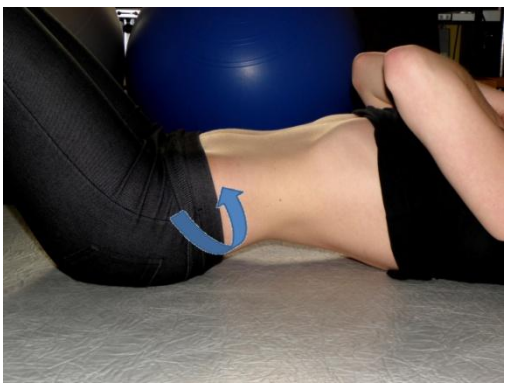
Etap I – Nauka prawidłowego ustawienia kręgosłupa w różnych pozycjach ciała [14,19].

Pierwszym etapem stabilizacji kręgosłupa jest odnalezienie, a następnie kontrola neutralnej pozycji kompleksu LMB. Poprzez naukę prawidłowych ruchów miednicy, tzn. przodo- i tyłopochylenia pacjent powinien odnaleźć strefę pośrednią, tzn. najbezpieczniejszą dla lędźwiowego odcinka kręgosłupa, znajdującą się pomiędzy wyuczonymi skrajnymi ruchami miednicy [21].

Pozycja ta powinna być kontrolowana w różnym ułożeniu ciała, począwszy od leżenia tyłem, poprzez siad, klęk obunóż podparty i pozycję zasadniczą. Ważnym czynnikiem determinującym sukces tej części treningu jest mała aktywność mięśniowa podczas kontroli pozycji. Nadmierna kokontrakcja mięśniowa mobilizatorów, świadcząca o kompensacji w nauce prawidłowego ustawienia kręgosłupa, powinna być dostrzegana przez terapeutę i w miarę możliwości niwelowana przez pacjenta. Warto bowiem jeszcze raz zaznaczyć, że pozycja neutralna kompleksu LMB to strefa, w której dochodzi do prawidłowej aktywacji mięśni głębokich przy minimalnym obciążeniu aparatu biernego [21].

Naukę rozpoczynamy od ułożenia na plecach z kończynami dolnymi ugiętymi w stawach biodrowych i kolanowych, kończyny górne ułożone są na klatce piersiowej. Gdy ćwiczenie w pozycji leżącej zostanie opanowane, powoli stopniujemy trudność, przechodząc do pozycji kolejnej, ale nieprzysparzającej dolegliwości bólowych [19]. Optymalna kontrola pozycji neutralnej kompleksu LMB oznacza utrzymanie jej bez wysiłku i zaangażowania mobilizatorów przez okres minimum 30s., co warunkuje przejście do kolejnej fazy postępowania usprawniającego [21].

a)

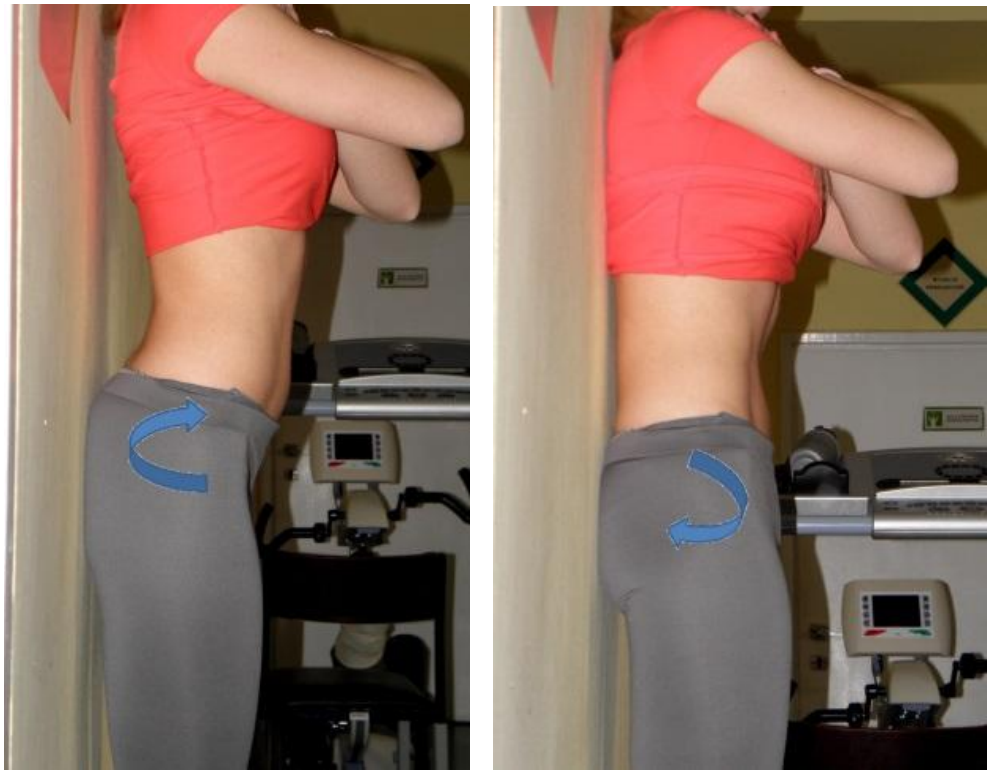




b)

Rys. 4. Nauka wykonywania ruchów przodo- (a) i tyłopochylenia (b) miednicy w pozycji leżenia tyłem [19]. Źródło: materiał własny

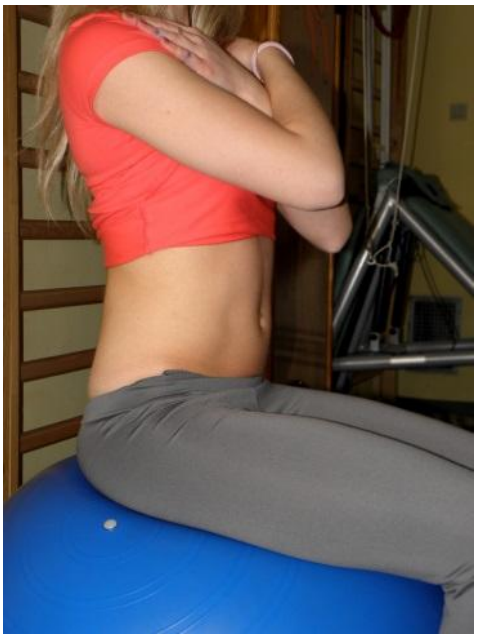
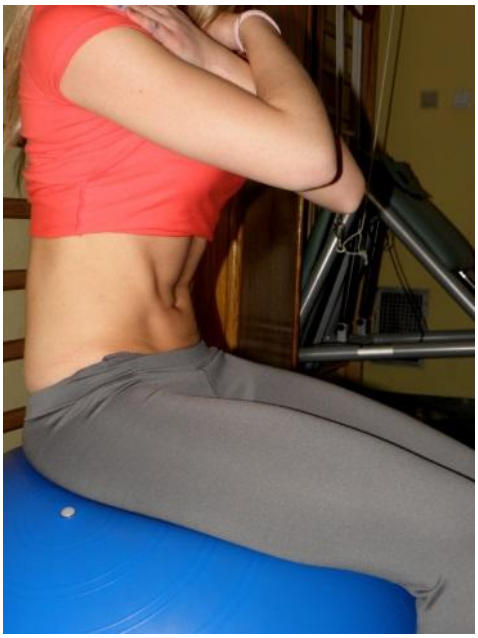
a) b)



Rys. 5. Nauka wykonywania ruchów przodo- (a) i tyłopochylenia (b) miednicy w pozycji stojącej z wykorzystaniem ściany. Źródło: materiał własny



Rys. 6. Nauka prawidłowego ustawienia kręgosłupa i miednicy w klęku podpartym [14]. Źródło: materiał własny

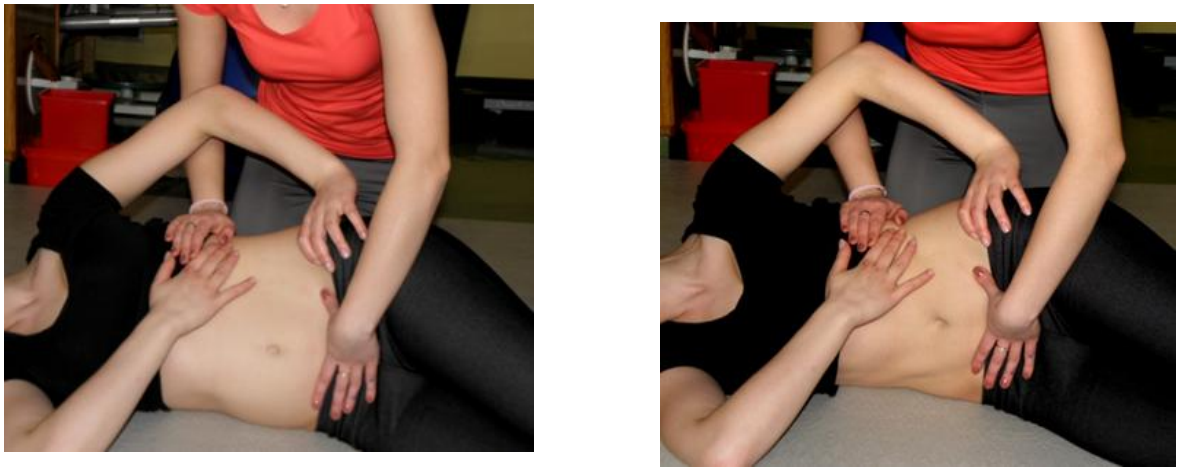
a) **b)**

Rys. 7. Nauka wykonywania ruchów przodo- (a) i tyłopochylenia (b) miednicy w siadzie na piłce. Źródło: materiał własny

Etap II – Nauka efektywnego wykorzystania napięcia mięśnia poprzecznego brzucha w stabilizacji kompleksu LMB.

Po wyuczeniu globalnej kontroli pozycji neutralnej przechodzimy do kontroli segmentarnej. Pierwszym krokiem jest nauka świadomego napięcia lokalnych stabilizatorów odcinka lędźwiowego kręgosłupa bez równoczesnego napięcia mięśni mobilizujących [21]. W celu wykonania przez pacjenta określonego zadania, warto posłużyć się kilkoma komendami, obrazującymi określony ruch. Terapeuta może zatem polecić: „ Wyobraź sobie, że zaciskasz pasek", „Powoli i delikatnie oddal dolną część brzucha od moich dłoni", „Wyobraź sobie linię pomiędzy tymi dwoma punktami (kolce biodrowe tylne górne), a teraz powoli i delikatnie przyciągnij ją do siebie", „Twoja miednica jest jak otwarta książka, a kości biodrowe jak jej okładki. Postaraj się delikatnie zamknąć książkę z obu stron", „Postaraj sie powoli i delikatnie przybliżyć dolną część brzucha do kręgosłupa", „Przyciągnij guzy kulszowe ku sobie", „Zatrzymaj strumień moczu" [21,26]. Sformułowania te świadczyć będą o zaleconym napięciu mięśnia poprzecznego brzucha, odgrywającego obok mięśnia wielodzielnego najważniejszą rolę w stabilizacji kompleksu LMB, a także mięśni dna miednicy. Naukę efektywnej aktywacji wymienionych mięśni rozpoczynamy w pozycji leżenia na boku. Terapeuta stoi za pacjentem. Pacjent prawą ręka kontroluje boczne przemieszczenie żeber, natomiast lewą sprawdza obecność skurczu mięśnia poprzecznego brzucha. Efektywna aktywacja mięśnia poprzecznego brzucha będzie skutkować obniżeniem pępka. Wysklepienie

powłok brzusznych świadczyć będzie o napięciu mięśnia prostego brzucha, co w treningu stabilizacji jest efektem niepożądanym [9,19].



a) b)

Rys. 8. Nauka prawidłowego napięcia mięśnia poprzecznego brzucha pod kontrolą palpacji: pozycja wyjściowa, b) napięcie mięśnia poprzecznego [19]. Źródło: materiał własny



Rys. 9. Nauka palpacyjnego wyszukiwania napięcia mięśnia poprzecznego brzucha w pozycji leżenia tyłem. Źródło: materiał własny

Etap III - Doskonalenie kontroli nad prawidłowym ustawieniem kręgosłupa oraz miednicy podczas ćwiczeń w łańcuchu zamkniętym [14].

Po opanowaniu kontroli postawy, rozpoczyna się etap nauki kontroli ruchu. Faza ta zakłada doskonalenie zdobytych we wcześniejszych etapach umiejętności ustawienia kompleksu LMB w pozycji neutralnej oraz efektywnego napięcia mięśni głębokich w pozycjach ustabilizowanych za pomocą kończyn. Etap ten jest już znacznie trudniejszy, wymagający od pacjenta jeszcze większego zaangażowania, koncentracji, precyzji i

wytrzymałości mięśni. Utrzymanie skurczu lokalnych stabilizatorów, ze stopniowo zwiększającym się obciążeniem ciała poprzez zastosowanie ćwiczeń antygrawitacyjnych to nie lada wyzwanie, zwłaszcza dla osób borykających się z przewlekłym bólem pleców. Stopień zaawansowania ćwiczeń powinien być dostosowywany w sposób rozważny i odpowiedzialny, co oznacza, że obciążenie ciała siłą grawitacji powinno być zwiększane bardzo powoli, z jednoczesną kontrolą aktywacji wszystkich mięśni antygrawitacyjnych, zwłaszcza w obrębie odcinka lędźwiowego i miednicy [9].

a)



b)



c)



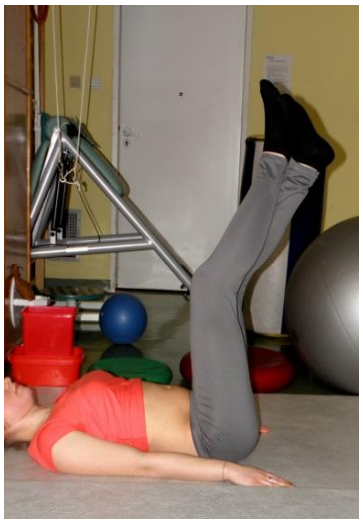
Rys. 10. Kontrola utrzymywania prawidłowej pozycji kręgosłupa i miednicy. a) pozycja „deski”, b) most bokiem na przedramieniu, c) most tyłem [14]. Źródło: materiał własny

Etap IV - Doskonalenie kontroli nad prawidłowym ustawieniem kręgosłupa oraz miednicy podczas ćwiczeń w łańcuchu otwartym na stabilnym podłożu [9,14].

Celem etapu IV jest zdobycie przez pacjenta umiejętności utrzymania kręgosłupa oraz miednicy w pozycjach skorygowanych, w których usunięta zostaje możliwość stabilizacji ciała, za sprawą uwolnienia dystalnego odcinka kończyny. Dzięki temu, w dobrze kontrolowanym ruchu funkcjonalnym, uzyskujemy optymalną współpracę wszystkich mięśni, zarówno głębokich jak i powierzchownych. Ćwiczenia w łańcuchu otwartym, o ile nie są wykonywane z użyciem mechanizmów kompensacyjnych, stanowią jeszcze większe utrudnienie danego zadania ruchowego [9,14].



Rys. 11. Utrzymywanie prawidłowego ustawienia kompleksu LMB w pozycji mostu tyłem z uniesieniem kończyny dolnej w górę. Źródło: materiał własny



a)

b)



Rys. 12. Nauka napięcia mięśnia poprzecznego brzucha w pozycji leżenia tyłem. a) pozycja wyjściowa, b) napięcie mięśnia poprzecznego brzucha z jednoczesnym uniesieniem bioder w górę. Źródło: materiał własny

Etap V - Doskonalenie panowania nad prawidłowym ustawieniem kręgosłupa oraz miednicy podczas ćwiczeń w łańcuchu zamkniętym na niestabilnym podłożu.

Ćwiczenia z elementem niestabilnego podłoża to zdecydowanie wyższy poziom gradacji trudności, zarezerwowany dla pacjentów zaawansowanych. Dzięki zastosowaniu odpowiednich przyborów i sprzętu w postaci piłki gimnastycznej, dysków sensomotorycznych i podwieszenia w systemie Redcord, pacjent otrzymuje sygnały dodatkowo wytrącające go z równowagi. W efekcie tego typu ćwiczeń uzyskujemy jeszcze większą intensyfikację pracy mięśni i poprawę odruchowej aktywności nerwowo-mięśniowej.



a) pozycja „deski” z wykorzystaniem dysków sensomotorycznych.



b) most tyłem na piłce



c) most tyłem z wykorzystaniem dysków

Rys. 13. Utrzymywanie prawidłowego ustawienia kompleksu LMB na niestabilnym podłożu. Źródło: materiał własny

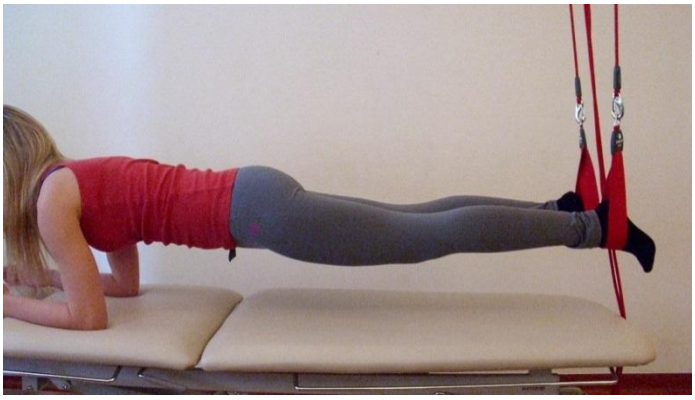


a)



b)

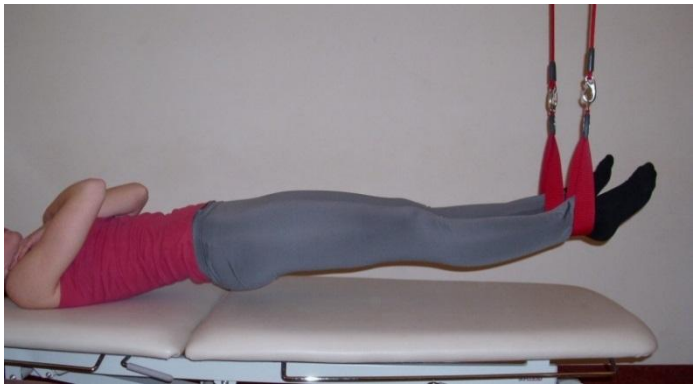
Rys.14. Most przodem na piłce a) pozycja wyjściowa b) pozycja końcowa.
Źródło: materiał własny



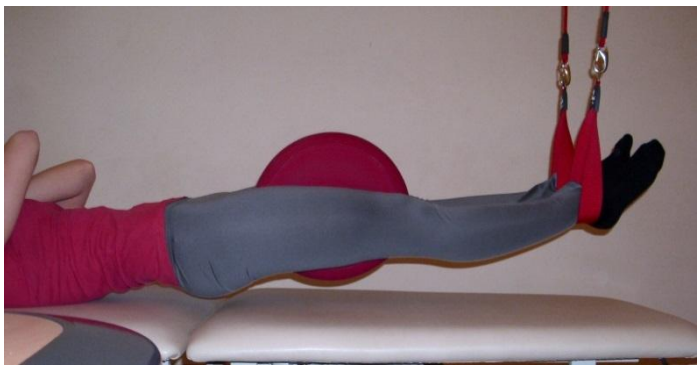
a)



b)

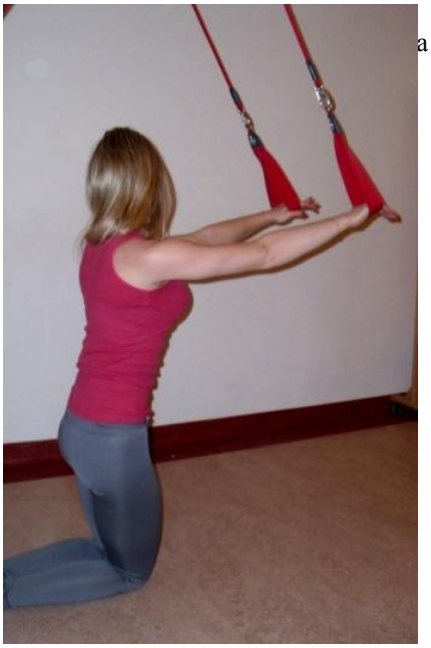


c)



d)

Rys. 15. Stabilizacja kompleksu LMB w wykorzystaniem konstrukcji Redcord: a) pozycja „deski", b) most bokiem na przedramieniu, c) most tyłem, d) most tyłem z jednoczesną aktywacja mięśni dna miednicy przy pomocą dysku sensomotorycznego.
Źródło: materiał własny



a)



b)

Rys. 16. Opad tułowia w przód z wykorzystaniem konstrukcji Redcord. Źródło: materiał własny

Etap VI - Doskonalenie panowania nad prawidłowym ustawieniem kręgosłupa oraz miednicy podczas ćwiczeń w łańcuchu otwartym na niestabilnym podłożu [14].

Etap jest uwieńczeniem usprawniania w formie treningu stabilizacyjnego i jednocześnie najwyższym szczeblem w drabinie stopniowania trudności. Pacjenci znajdujący się w tej fazie wykształcili już prawidłowy system aktywacji mięśni stabilizujących odcinek lędźwiowy kręgosłupa, poprawną koordynację mięśniową oraz nabyli świadomość poszczególnych segmentów ciała. Ćwiczenia na tym etapie usprawniania stanowią dla nich dodatkowe wyzwanie i motywację do dalszej rozważnej aktywności ruchowej.



a) b)



c)



Rys. 14. Ćwiczenia stabilizacji kompleksu LMB w łańcuchu otwartym na niestabilnym podłożu: a) siad na piłce z oderwaniem jednej stopy od podłoża b) most tyłem z uniesieniem kończyny dolnej, c) most tyłem na piłce z uniesieniem kończyny dolnej. Źródło: materiał własny



Rys. 15. Ćwiczenie stabilizacji kompleksu LMB z wykorzystaniem systemu Redcord: pozycja „deski" z wykorzystaniem jednej podwieszki na jedną kończynę dolną. Źródło: materiał własny

Etap VII- kontrola długości mięśni

Etap ten ma na celu przywrócenie równowagi mięśniowej, tzn. zmniejszenie napięcia i rozciągnięcie nadmiernie aktywnych mięśni powierzchownych - mobilizatorów, przy zachowaniu napięcia mięśni lokalnie stabilizujących [26]. Rozluźnienie nadmiernie napiętych mięśni powierzchownych wykonywane jest dopiero po odpowiednim wzmocnieniu lokalnych stabilizatorów, albowiem zniwelowanie napięcia przed wzmocnieniem struktur, które funkcjonalnie odpowiadają za stabilizację odcinka lędźwiowego kręgosłupa, mogłoby co

prawda przyspieszyć proces wzmacniania, ale nie wykluczone że przyczyniłoby się także do przeciążeń w obrębie i i tak już słabo asekurowanych połączeń stawowych kręgosłupa. Jednym ze sposobów rozluźnienia mobilizatorów przy zachowanej aktywności mięśni stabilizujących jest masaż funkcyjny. Zabieg ten stanowi połączenie masażu klasycznego z kinezyterapią, ponieważ wykonywany jest przy jednoczesnym ruchu w stawie, w obszarze mięśni stabilizujących i mobilizujących [28]. W efekcie prowadzonej procedury leczniczej pacjent uzyskuje rozluźnienie mięśni nadaktywnych, przy zachowanej pracy- napięciu mięśni pierwotnie osłabionych.

Podsumowanie

W przypadku dysfunkcji kręgosłupa dochodzi do zaburzenia równowagi między różnymi grupami mięśniowymi kompleksu LMB. Osoby cierpiące na chroniczne „bóle krzyża" utraciły zdolność aktywacji mięśnia poprzecznego brzucha przed każdym szybkim ruchem danego segmentu ciała. Oznacza to, że zjawisko sprzężenia wyprzedzającego w ich przypadku, na daną chwilę nie funkcjonuje. Konsekwencją takiego stanu rzeczy jest wtórnie nieprawidłowy rozkład sił w obrębie kręgosłupa, utrata stabilizacji stawów międzykręgowych i tym samym postępujące zwiększone przeciążenie aparatu biernego. Ćwiczenia mięśni głębokich odpowiedzialnych za stabilizację odcinka lędźwiowego kręgosłupa zmniejszają dolegliwości bólowe, wpływają na poprawę funkcji oraz zmniejszają ryzyko wystąpienia kolejnego incydentu bólowego.

Piśmiennictwo

1. Freeman M. D., Woodham M. A., Woodham A. W.: The Role of the Lumbar Multifidus in Chronic Low Back Pain. A Review. PM&R, 2010, 2, 142-146.
2. Paprocka J., Jamroz E., Głuszkiewicz E., Klimczak A., Kluczewska E., Marszał E.: Zespoły bólowe kręgosłupa u dzieci. Wiad. Lek., 2008, 61, 183-189.
3. Depa A., Drużbicki M.: Ocena częstości występowania zespołów bólowych lędźwiowego odcinka kręgosłupa w zależności od charakteru wykonywanej pracy. Prz. Med. Uniw. Rzesz., 2008, 1, 34-41.
4. Mikołajczyk E., Jankowicz-Szymańska A., Janusz M., Bakalarz J.: Wpływ tradycyjnej fizjoterapii oraz metody Medical Taping na dolegliwości bólowe i stopień dysfunkcji pacjentów z zespołem bólowym odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. Prz. Med. Uniw. Rzesz. Inst. Leków w Warszawie, 2012, 2, 223–237.

5. Waliszewska R., Zieliński P., Harat M.: Wpływ wybranych czynników psychologicznych i socjalnych na chęć powrotu do aktywności zawodowej pacjentów po zabiegach dyskopatii lędźwiowej i szyjnej. PNN, 2012, 1, 65-69.
6. Dobrogowski J., Wordliczek J.: Ból ostry, ból przewlekły. Prz. Urol., 2003, 5, 48-55.
7. Domżał T.: Ból przewlekły – problemy kliniczne i terapeutyczne. Pol. Prz. Neurol., 2008, 4, 1-8.
8. Bojczuk T., Przysada G., Strzępek Ł.: Wpływ ćwiczeń leczniczych na wskaźniki jakości życia u pacjentów z bólem dolnego odcinka kręgosłupa. Prz. Med. Uniw. Rzesz., 2010, 1, 66-72
9. Richardson C., Hodges P. W., Hides J.: Zasady ćwiczeń w modelu stabilizacji segmentalnej. Saulicz E.: Kinezyterapia w stabilizacji kompleksu lędźwiowo-miednicznego. Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 2009.
10. Kumar A., Gupta M., and Katyal T.: Effect of Trunk Muscles Stabilization Exercises and General Exercises on Pain in Recurrent Non Specific Low Back Ache. Int. J. Med. Sci., 2013, 1, 23-26.
11. O'Sullivan P. B., Phyty D. M. G., Twomey L. T., Allison G. T.:Evaluation of Specific Stabilizing Exercise in the Treatment of Chronic Low Back Pain With Radiologic Diagnosis of Spondylolysis or Spondylolisthesis. Lippincott-Raven Publishers, 1997, 22, 2959-2967.
12. Carpes F. P., Reinehr F. B., Mota C. B.: Effects of a program for trunk strength and stability on pain, low back and pelvis kinematics, and body balance: A pilot study. J. Bodywork Mov. Ther., 2008, 12, 22-30
13. Hodges P. W.: Core stability exercise in chronic low back pain. Orthop. Clin. N. Am., 2003, 34, 245– 254
14. Białobrzewska K., Afeltowicz-Mich A., Sitarski D., Czaprowski D.: Możliwości wykorzystania treningu stabilizacyjnego kompleksu lędźwiowo-miedniczno-biodrowego w terapii zaburzeń postawy ciała u dzieci. Szkice Humanistyczne 2012, 12, 191-203
15. Pośpiech M.: Stabilizacja- część teoretyczna. www:http://koxteam.pl/2013/10/18/stabilizacja-czesc-teoretyczna, data pobrania 12.03.2014.
16. Kmita B.: Miednica w warunkach statycznych i dynamicznych. P.&M. www:fizjoterapeutom.pl/files/5/kinematyka_i_kinetyka_okolicy%20L-M-B.pdf, data pobrania 12.03.2014

17. Hodges P.: Abdominal mechanism and support of the lumbar spine and pelvis. . Richardson C., Hodges P. Hides J.: Therapeutic Exercise for Lumbopelvic Stabilization. A Motor Control Approach for the Treatment and Prevention of Low Back Pain. Churchill Livingstone, 2004, 31-57.
18. Wilke H. J, Wolf S., Claes L. E., et al.: Stability Increase of the Lumbar Spine With Different Muscle Groups: A Biomechanical In Vitro Study. Lippincott-Raven Publishers, 1995, 20,2.
19. Leo Rathinaraj A.S., Sreeja M.T., Arun B.,et al.: A surface electromyographic study to assess the effect of spinal segmental stabilization [multifidus] exercise program in chronic mechanical low back pain patients. EOT, 2012, 3, 3, 161-168.
20. Zdunek, P.: Testy kliniczne w korzeniowych bólach dolnego odcinka kręgosłupa.. Rehabil. Prakt., 2009, 3, 12-16.
21. Czajkowska, A., Gustyn, E., Grycewicz, S., Hadała, M.: Integracja dysfunkcji ruchowej na poziomie obręczy biodrowej i odcinka lędźwiowego kręgosłupa według koncepcji Kinetic Controlstudium przypadku. Prakt. Fizjoter. Rehabil., 2014, 46, 28-38.
22. Anwajler, J., Barczyk K., Wojna D., Ostrowska, B., Skolimowski, T.: Charakterystyka postawy ciała w płaszczyźnie strzałkowej osób starszych — pensjonariuszy domów opieki społecznej. Gerontol. Pol., 2010, 18, 134–139.
23. Gniewek T., Gryckiewicz Sz., Hadała M.: Rola mięśnia poprzecznego brzucha w treningu stabilizacji na podstawie aktualnej ewidencji naukowej. Priorytet czy uzupełnienie terapii w oparciu o koncepcję Kinetic control?. Prakt. Fizjoter. Rehabil., 2013, 3, 6-7.
24. Kmita B.: Miednica w warunkach statycznych i dynamicznych. P.&M. http://www. fizjoterapeutom.pl/files/20/badanie_okolicy_L-M-B.pdf, data pobrania 12.03.2014.
25. Góra T., Hadała M.: Funkcjonalna diagnostyka i terapia pacjenta z zaburzeniami kontroli ruchu wyprostu i rotacji odcinka lędźwiowego kręgosłupa w oparciu o metodę kinetic control. Prakt. Fizjoter. Rehabil., 2013, 7, 5.
26. Olech M., Kuczkowska A.: Trening stabilizacyjny w systemie Gravity u pacjentów po operacji fenestracji w odcinku lędźwiowym. Rehabil Prakt., 2012, 1, 16-21.
27. Iwańczyk I., Lemiesz G., Czarprowski D.: Trening stabilizacji kompleksu lędźwiowo-miedniczno-biodrowego. Prakt. Fizjoter. Rehabil., 2013, 9, 5-10.

28. Adamczewski T., Grabowska A., Kujawa J.: Zaburzenia czynnościowe regionu lędźwiowo-miedniczno-biodrowego. Diagnostyka i terapia. Prz.. Med. Uniw. Rzesz., 2010, 4, 463–472.



HIGIENA PRACY

Harasim Emilia[1], Genowska Agnieszka[2], Zalewska Magdalena[2]

Ryzyko psychospołeczne w pracy zawodowej pielęgniarki

1. Studenckie Koło Naukowe Zdrowia Publicznego przy Zakładzie Zdrowia Publicznego UMB
2. Zakład Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Specyfika pracy pielęgniarki charakteryzuje się złożonością w wykonywaniu funkcji zawodowych. Zawód ten wymaga posiadania określonych predyspozycji manualnych niezbędnych przy czynnościach zabiegowych i pielęgnacyjnych. Ponadto pielęgniarka posiada szereg obowiązków związanych z prowadzeniem dokumentacji, obsługą sprzętu medycznego, zbieraniem informacji o stanie zdrowia pacjenta, edukacją zdrowotną i promocją zdrowia. Obecne standardy zawodowe wymagają od pielęgniarek określonej wiedzy, umiejętności i doświadczenia, a uczestnictwo pielęgniarki w procesie leczenia oraz precyzyjne planowanie zadań zawodowych na poszczególnych etapach procesu leczenia decyduje o wynikach leczenia. Czynniki mające wpływ na proces leczenia pacjentów mają swoje podłoże w osobowości pielęgniarki. Wyraża się to nie tylko w zakresie podejmowanych czynności medycznych, ale również w sposobie ich realizacji [1,2,3,4]. Zaangażowanie emocjonalne w relacjach z pacjentami i ich rodzinami, a także całodobowy rytm pracy powodują ciągłe napięcie i zmęczenie [5,6]. W relacjach pielęgniarka-pacjent mają miejsce sytuacje, w których dochodzi do utraty kontroli, np. podczas opieki nad pacjentem nieprzytomnym. W zaistniałej sytuacji kontakt z pacjentem jest niemożliwy w związku, z czym nie jest możliwe uzyskanie informacji zwrotnej od pacjenta. Poczucie braku kontroli staje się wówczas determinantą wyczerpania emocjonalnego [7]. Nierzadko realizacji zadań zawodowych towarzyszą nieracjonalne bariery dotyczące przestarzałej infrastruktury oraz ograniczeń po stronie technologicznej. W obecnych realiach finansowych funkcjonowania polskiego systemu opieki zdrowotnej wykonywanie zawodu pielęgniarki jest dodatkowo trudne, gdyż związane jest z niskim prestiżem społecznym zawodu, małą możliwością rozwoju i awansu oraz niską satysfakcją materialną [8,9].

Warunki środowiska pracy, w jakich funkcjonują pielęgniarki sprawiają, że są one jedną z najbardziej narażonych na stres grup zawodowych [10,11]. Stres zawodowy definiowany jest, jako „doświadczaną przez jednostkę niezgodność między wymaganiami środowiskowymi (związanymi z wykonywaną pracą) a osobowymi/sytuacyjnymi zasobami

jednostki, której towarzyszą rozmaite symptomy psychiczne, fizyczne i behawioralne"[12]. Stres roli pojawia się, gdy pielęgniarka staje wobec sytuacji, kiedy jej dotychczasowe wzory zachowań stają się nieskuteczne, a konsekwencje nieumiejętności zaadoptowania się do tej sytuacji stają się poważne. Stres roli pielęgniarki występuje, gdy pielęgniarka ocenia spostrzegane przez siebie zakłócenia procesu przekazywania roli, jako zagrażające lub też ocenia, że z powodu tych zakłóceń doznała szkody/straty.

Wśród źródeł stresu dla tej grupy pracowników wymienia się między innymi: pracę, jako zespół określonych czynności wykonywanych w określonych warunkach; konstrukcję roli pracowniczej, jako pewnej spójnej całości składającej się z określonych czynności, wymagań, w tym zakres odpowiedzialności związanej z zajmowaną pozycją w organizacji. Największą siłę stresotwórczą w pracy pielęgniarki ma odpowiedzialność za zdrowie i życie pacjenta. Uważa się, że czynnik ludzki jest najmniej przewidywalnym czynnikiem. Niski poziom kontroli, który można sprawować w tym zakresie, w znacznym stopniu decyduje o dużym potencjale stresogenności tego czynnika. W badaniach przeprowadzonych przez Wzorek stwierdzono, że 70% pielęgniarek pracujących na oddziałach intensywnej terapii za największe źródło stresu uznało śmierć pacjenta, natomiast 71% pielęgniarek z oddziału neurologicznego oraz 66% pielęgniarek pracujących w przychodniach, jako największe źródło stresu w pracy wskazało nerwową atmosferę i złą organizację [13]. Ważnym czynnikiem powodującym stres są relacje interpersonalne występujące w grupie pracowniczej. Dla 71% badanych z oddziału neurologicznego oraz dla 66% pielęgniarek pracujących w przychodniach źródłem stresu była nerwowa atmosfera w pracy i zła organizacja [13]. Przekraczanie barier organizacyjnych stanowi kolejny czynnik stresogenny i dotyczy to sytuacji, gdy współpracownicy przekraczają swoje kompetencje, podejmując działania przypisane do innych osób. W badaniach Tatras i wsp. na powstawanie sytuacji stresowych bardzo duży wpływ miały konflikty z przełożonymi, co potwierdziło 33% pielęgniarek pracujących w hospicjum oraz 17% pielęgniarek chirurgicznych [14]. Wzorek również zbadała zagadnienie konfliktów w miejscu pracy jako źródło stresu. Badania te potwierdziły, że prawie połowa (47%) pielęgniarek pracujących w przychodniach uznała konflikty w przełożonymi oraz z lekarzami za źródło stresu [13]. Z kolei w badaniach Kowalczuk i wsp. 29% pielęgniarek jako źródło stresu wskazało zachowania agresywne ze strony innych pielęgniarek, zaś 28% wskazało na agresję ze strony lekarzy oraz przełożonych [15]. Najczęstszymi formami agresji ze strony pacjentów (75-80%) była agresja werbalna i pogróżki wobec pielęgniarek [16]. Ważne jest więc przyjęcie odpowiednich strategii radzenia sobie w trudnych, stresowych sytuacjach. W badaniach prowadzonych przez Wojciechowską

i Sudę znaczny odsetek personelu pielęgniarskiego (66,7%) potwierdził, że często miewa sytuacje nerwowe w pracy. Zdecydowana większość pielęgniarek bo 83,3% nie stosowała żadnych metod radzenia ze stresem. [17].

Ze stresem w organizacji wiąże się rozwój kariery, jednak obecnie często zdarza się, że niepewność kariery przeradza się w niepewność zatrudnienia, co pogarsza efektywność i dynamikę pracy zawodowej [11,18].

Praca zawodowa pielęgniarki zawiera wiele elementów powodujących stres, który może przybierać różnorodne reakcje w kilku płaszczyznach [19,20]:

- reakcje subiektywne (niepokoje, depresje, słabe poczucie własnej godności, itp.)
- reakcje behawioralne (nadmierna konsumpcja, większe spożycie alkoholu oraz palenie tytoniu, gwałtowne reakcje, nadużywanie leków, itp.)
- reakcje percepcyjne (niezdolność do koncentracji lub podejmowania decyzji, zapominalstwo, nadmierna wrażliwość na krytykę, itp.)
- reakcje fizjologiczne (wzrost ciśnienia krwi, zwiększenie poziomu glukozy we krwi, przyspieszenie rytmu serca, pocenie się, suchość w ustach, bóle, głowy, choroby serca)
- reakcje organizacyjne (zmiany w wydajności pracy, absencja, fluktuacja zatrudnienia, niski poziom motywacji do pracy, wzrost liczby wypadków przy pracy).

Stres zawodowy u pielęgniarek łączy się z częstym działaniem w warunkach deficytu czasu, pracą kosztem życia rodzinnego i czasu przeznaczonego na odpoczynek, co prowadzi do kumulacji zmęczenia w dłuższym okresie wskutek braku bezpośrednio odczuwalnych następstw i wrażeniu niewyczerpywalności zasobów własnych sił fizycznych i psychicznych. Konsekwencjami działania w warunkach stresu może być obniżenie efektywności i skuteczności procesu leczniczego. Permanentny stres powoduje zmęczenie, spadek aktywności i koncentracji uwagi, sztywność myślenia, nadmierną nerwowość i w konsekwencji spadek wydajności pracy. Warto podkreślić, że zły stan zdrowia psychicznego kosztuje Unię Europejską 3-4% PKB [21], 50%-60% nieprzepracowanych dniówek w krajach UE ma związek ze stresem. W Wielkiej Brytanii liczbę roboczodni w roku nieprzepracowanych z powodu stresu oceniono się na 40 mln. W USA oszacowano, że każdego roku straty z tytułu absencji wynoszą ok. 550 mln dni pracy, z czego ponad połowę stanowią nieobecności związane ze stresem pracowników [22]. W ramach europejskiego projektu NEXT, w 10 krajach przeprowadzono badania na temat stresu w pracy pielęgniarek. Wykorzystano model J. Siegriesta, oparty na kwestionariuszu wielkości wysiłku wkładanego

w pracę mierzonego w 6 obszarach, tj. doświadczana presja czasowa, przerywanie i zakłócenia w pracy, duża odpowiedzialność, konieczność pracy w nadgodzinach, wysiłek fizyczny, wzrost obciążenia pracą w ostatnim okresie. Najbardziej niekorzystny współczynnik charakteryzował pielęgniarki z Niemiec (0,80) i Polski (0,78), z kolei najmniej narażone na stres były pielęgniarki z Belgii (0,57) i Holandii (0,42). Wyniki pokazały, więc że sytuacja polskich pielęgniarek jest szczególnie niekorzystna [13].

Praca w systemie zmianowym, w warunkach wysokiej odpowiedzialności i konieczności wykazywania dyspozycyjności wymagają od pielęgniarki dobrej odporności na stres i zmęczenie. W tej sytuacji najbardziej pożądana wydaje się aktywna reakcja na stres, pobudzająca do działania i przełamująca trudności i przeszkody. Dużą rolę w tym obszarze mają do spełnienia pracodawcy, którzy powinni dążyć do zmniejszenia negatywnych skutków stresu wśród pielęgniarek poprzez tworzenie grup wsparcia w środowisku zawodowym, udostępnianie poradnictwa psychologicznego w miejscu pracy [13]. Istotne jest także poświęcanie czasu na aktywny wypoczynek, a także wsparcie społeczne oraz dobre relacje z rodziną i przyjaciółmi.

Niepokojącym elementem w obrazie współczesnego pielęgniarstwa związanym z wysokimi kosztami osobistymi jest wypalenie zawodowe. Termin ten oznacza psychologiczne koszty pracy, jako zgeneralizowane i utrwalone konsekwencje psychicznego obciążenia pracą po określonym (zwykle długim) czasie pracy w nieodpowiednich warunkach, a prowadzących do wystąpienia zjawiska stresu. Wypalenie zawodowe jest efektem chronicznego zmęczenia, skutkiem niepowodzeń w zmaganiu się z różnego rodzaju obciążeniami. Prawdopodobieństwo jego pojawienia się jest wyższe u osób silnie identyfikujących się z przyjmowaną rolą zawodową i/lub mocno angażujących się w swoją pracę [23]. Pojęcie wypalenia zawodowego pojawiło się za sprawą amerykańskiego psychiatry H.J. Freudenberga. Jako pierwszy opisał on syndrom wypalenia charakteryzujący się poczuciem psychicznego i fizycznego wyczerpania, niecierpliwością, nadmierną skłonnością do irytacji, połączoną z cynizmem i poczuciem chronicznego znudzenia, skłonnością do izolowania się i tłumienia emocji [24]. W takim znaczeniu wypalenie zostało włączone do 10 Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD 10), jako niedookreślony dodatkowy termin diagnostyczny, w części dotyczącej czynników wpływających na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia. Według nomenklatury ICD 10 kod Z73.0 określa je, jako „wypalenie się” [25].

Psycholodzy z American Psychology Association zaproponowali skrócony opis zjawiska wypalenia w postaci pięciu charakterystycznych dla tego procesu etapów [26]:

- *miesiąc miodowy* – okres nacechowany zadowoleniem z pracy i odczuwaniem pełnej satysfakcji ze swoich osiągnięć zawodowych; charakterystyczne stany to entuzjazm i niespożyta energia;
- *przebudzenie* – następuje uświadomienie sobie, że idealistyczna ocena pracy jest nierealistyczna; człowiek zaczyna pracować coraz więcej i ponad swoje siły, aby ten obraz nie uległ zaburzeniu;
- *szorstkość* – na tym etapie pojawiają się problemy w sferze kontaktów społecznych, zarówno z kolegami z pracy jak i z klientami; wypełnianie zadań zawodowych wymaga w tym okresie większego wysiłku;
- *wypalenie pełnoobjawowe* – pełne wyczerpanie psychiczne i fizyczne; pojawiać mogą się stany depresyjne, poczucie pustki oraz chęć ucieczki z pracy;
- *odradzanie się* – okres regeneracji, „leczenia ran" powstałych w wyniku wypalenia zawodowego [27].

Syndrom wypalenia zawodowego jest zespołem objawów powstających w wyniku przeciążenia emocjonalnego oraz fizycznego, które powodowane jest bezpośrednio przez stres występujący w miejscu pracy. Na ten specyficzny stres emocjonalny narażone są osoby pracujące w zawodach wymagających intensywnych kontaktów interpersonalnych. Wypalenie zawodowe to zjawisko, którego skutków doświadcza coraz większa liczba osób będących w przełomowych momentach swojej kariery zawodowej [28]. Zespół wypalenia zawodowego jest związany przede wszystkim z charakterem wykonywanej pracy (…). Proces wypalania zależy także od wieku i stażu pracy pracownika, przy czym częściej jest on obserwowany wśród młodszych, zarówno wiekiem, jak i stażem pracy. Zespół wypalenia jest także uwarunkowany płcią, chociaż związek między tymi zmiennymi nie jest jednoznaczny [29].

Większą skłonność do „wypalania" przypisuje się kobietom, przede wszystkim ze względu na ich większą wrażliwość i labilność emocjonalną, wyższy poziom empatii przejawiający się m.in. w większej skłonności do identyfikowania się z problemami pacjentów czy klientów. Wyraża się ona w tym, że kobiety są bardziej skłonne do emocjonalnego wyczerpania, zaś mężczyźni do depersonalizacji [29]. Orzechowska i wsp. wykazała, iż prawie połowa (49%) pielęgniarek odczuwała wysoki poziom wyczerpania emocjonalnego [30]. Wypalenie zawodowe najczęściej nie jest konsekwencją sporadycznych traumatycznych zdarzeń, lecz następującym powoli wyniszczaniem psychicznym [31]. Zespół ten stwierdza się przede wszystkim w zawodach związanych z opieką i niesieniem pomocy

innym [25]. Współczesne opracowania i analizy wyraźnie pokazują, że zjawisko wypalenia zawodowego dotyczy różnych grup zawodowych i specjalności. Kadry opieki zdrowotnej są jedną z grup zawodowych najbardziej narażonych na wystąpienie tego niekorzystnego zjawiska. W swojej pracy nieustanie stykają się z sytuacjami wymuszającymi u nich przeżywanie stresu zawodowego, którego głównym powodem jest ciągły kontakt z drugim człowiekiem oczekującym od nich opieki i pomocy. Z uwagi na swoiste uwarunkowania, cechy i wymogi zawodu, personel pielęgniarski jest tym, który w szczególny sposób jest narażony na wypalenie zawodowe [32].

Teoria Ch. Maslach określa model wypalenia, na który składają się powiązane ze sobą trzy wymiary. W każdym z nich pielęgniarka przyjmuje pewne zachowania:

- emocjonalne i psychofizyczne wyczerpanie: objawia się to bezsilności, brakiem energii, osłabieniem, zmęczeniem, drażliwością, konfliktowością;
- depersonalizacja: przedmiotowe traktowanie drugiego człowieka, cynizm, obojętność rutyna, traktowanie pacjenta, jako kolejnego przypadku, zmiana opieki na nadzór, unikanie kontaktu;
- obniżona satysfakcja zawodowa: prowadzi do postrzegania siebie, jako osoby nieefektywnej, niekompetentnej, z poczuciem braku osiągnięć i sukcesów, utraty sensu tego, co się robi [33].

W związku z powyższym, skutki wypalenia zawodowego dotykają nie tylko pielęgniarkę, ale również pacjentów, co w konsekwencji prowadzi do obniżenia jakości świadczonych usług pielęgnacyjno-opiekuńczych. Problem jest tym większy, że wypalenie zawodowe pojawia się w sposób niewidoczny, nie jest rozpoznawane przez osobę, której dotyczy, ma charakter chroniczny oraz, że istnieje różna tolerancja społeczna na tego typu zachowania – wyraźnie jednak odbiorcy usług nie akceptują tego [33].

Syndrom wypalenia zawodowego oraz blisko związany z nim stres zawodowy stanowią stale narastający problem społeczny. Negatywne konsekwencje tych zjawisk mają charakter zdrowotny i ekonomiczny, a skala ich występowania rośnie w szybkim tempie. Analiza przeprowadzona w krajach Unii Europejskiej wśród 16.000 pracowników wykazała, że 29% badanych oznajmiło, iż ich praca źle wpływa na ich zdrowie oraz samopoczucie. Z kolei badania prowadzone w Stanach Zjednoczonych dowiodły, że ponad 75 %pracowników oświadczyło, iż praca powoduje u nich stale wzrastający poziom stresu oraz napięcia emocjonalnego [26]. W badaniach pielęgniarek Kędry i Sanak wykazano, iż wśród elementów, które determinują poczucie braku satysfakcji i zadowolenia z pracy wskazano czynniki płacowe, 26,6% respondentów wskazało poczucie nieadekwatności wynagrodzenia

do wkładu własnej pracy oraz 26,3% osób wskazało relacja zarobków w stosunku do innych grup zawodowych . Innymi wskazanymi czynnikami był nadmiar dokumentacji, który wskazało 21,4% respondentów oraz pretensje pacjentów i ich rodzin, które wskazało 19,9% pielęgniarek [32]. Ponadto ważnym elementem wpływającym na powstawanie sytuacji stresowych jest organizacja pracy. W badaniach Perek pielęgniarki spośród uciążliwych sytuacji związanych z organizacją pracy wskazały nieproporcjonalną w stosunku do obsady pielęgniarskiej liczbę obowiązków - 79,6% respondentek oraz braki kadrowe - 55,6% [5].

Problem wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek ma szczególne znaczenie w tym czasie, gdy zawód ten przechodzi transformację związaną ze zmianą roli pacjenta oraz pielęgniarki. Pielęgniarka liczy się na rynku usług medycznych, a pacjent staje się podmiotem wdrażanym do samo pielęgnacji [33]. W przypadku grupy zawodowej pielęgniarek identyfikowanie, kształtowanie i doskonalenie kompetencji społecznych może przyczynić się do polepszenia jakości życia ich samych i ich bliskich, całego środowiska zawodowego, ale jednocześnie pacjentów, z którymi pracują [23]. Istotne jest również umiejętne przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu. Kwestię tę poruszyła w swoich badaniach Kędra. Pielęgniarki w celu uniknięcia wypalenia zawodowego podejmowały takie działania jak utrzymywanie kontaktów towarzyskich (61 wskazań), uczestniczenie w specjalistycznych szkoleniach oraz kursach (45 wskazań). Ponadto pielęgniarki wskazały oceniając subiektywnie działania, które w ich opinii mogą być najskuteczniejsze w profilaktyce wypalenia zawodowego. Duży i bardzo duży stopień oddziaływania wspomagającego przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu przypisały płace (83 wskazania) oraz poprawę warunków pracy (85 wskazań) [32].

Praca zawodowa pielęgniarki jest wykonywana w zróżnicowanych warunkach cechujących się podatnością na sytuacje stresotwórcze. W podmiotach leczniczych, gdzie praca wyczerpuje cechy sytuacji społecznej, pielęgniarki stykają się z bardzo złożoną grupą problemów medycznych, psychologicznych czy etycznych. Pielęgniarki działają w warunkach wysokiej presji czasu, wysokiej bariery informacyjnej, większego marginesu ryzyka, większych ograniczeń związanych niedoskonałościami organizacji opieki zdrowotnej. Zjawiska zachodzące w pracy zawodowej pielęgniarki mogą szkodliwie oddziaływać na stan zdrowia poprzez silne i długotrwałe pobudzenie emocjonalne. Utrzymywanie się napięcia wywołanego czynnikami psychospołecznymi w środowisku pracy pielęgniarki powoduje szereg zmian w fizjologicznych i psychologicznych. Przyczynia się to do powstawania stresu, który prowadzi do obniżenia wydolności zawodowej, absencji chorobowej, wypadków przy pracy czy chorób psychosomatycznych, a także wpływa na powstanie zespołu wypalenia

zawodowego. Zespół wypalenia zawodowego związany jest zarówno z wykonywaniem zawodu obciążającego psychicznie oraz fizycznie, ale również na jego powstanie wpływają czynniki pozazawodowe. Ciągły stres, zmęczenie oraz przeciążanie obowiązkami pielęgniarek powodują, iż zjawisko to jest, co raz częściej stwierdzane wśród grupy pracujących w sektorze usług medycznych. W związku z powyższym problematyka psychospołeczna powinna być uwzględniania priorytetowo w trakcie kształcenia oraz doskonalenia zawodowego pielęgniarek. Niezbędna jest również intensyfikacja działań w kierunku promowania zdrowszych środowisk pracy poprzez lepszą legislację, standardy i mechanizmy wymuszające lepsze warunki pracy.

Piśmiennictwo

1. Ustawa z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. Dz.U. 2011, nr 174, poz.1039, z pózn.zm.
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki, położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Dz.U.2005, nr 214, poz. 1816.
3. Stachowska M., Grabowska H.: Krajowy standard kwalifikacji zawodowych. Pielęgniarka specjalista pielęgniarstwa rodzinnego (224118). MPiPS, Warszawa, 2007.
4. Grabowska H., Grabowski W., Grzegorczyk M., Gaworska-Krzemińska A., Narkiewicz K.: Zastosowanie minimalnej interwencji w prewencji pierwotnej nadciśnienia tętniczego. Probl. Piel., 2010, 18, 243-247.
5. Perek M., Kózka M., Twarduś K.: Trudne sytuacje w pracy pielęgniarek pediatrycznych i sposoby radzenia sobie z nimi. Probl. Piel., 2007, 15, 223-228.
6. Mickiewicz I, Krajewska-Kułak E, Kędziora-Kornatowska K, Muszyńska-Rosłan K.: Wybrane problemy związane z pracą na oddziałach onkologicznych i w hospicjach. Pieleg. Zdr. Publ., 2011, 1, 343–352.
7. Marcinkowski J.: Zróżnicowanie źródeł stresów w zawodzie lekarskim [w]: Higiena, profilaktyka i organizacja w zawodach medycznych. Marcinkowski J. (red.), PZWL, Poznań, 2003.
8. Sagan A., Panteli D., Borkowski W., et.al.: Poland: Health system review. Health Systems in Transition. WHO, 2011, 13, 1-193.

9. Golinowska S., Sowada C., Tambor M., et.al.: Równowaga finansowa oraz efektywność w polskim systemie ochrony zdrowia. Problemy i wyzwania. Kraków, Vesalius , 2012.
10. Heszen–Niejodek I.: Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie [w]: Psychologia. Sterlau J. (red.). t 3. GWP, Gdańsk, 2000, 467.
11. Widerszal-Bazyl M.: Pojęcie ryzyka psychospołecznego w pracy. Bezpiecz. Pr, 2009, 6, 6–8.
12. Chmiel N.: Psychologia pracy i organizacji. GWP, Gdańsk, 2003.
13. Wzorek A.: Porównanie przyczyn stresu wśród pielęgniarek pracujących na oddziałam o różnej specyfice. Stud. Med., 2008, 11, 33-37.
14. Tartas M., Derewicz G., Walkiewicz M., Budziński W.: Źródła stresu zawodowego w pracy pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach o dużym obciążeniu fizycznym i psychicznym – hospicjum oraz chirurgii ogólnej. Ann. Acad. Med. Gedan., 2009, 39, 145–153.
15. Kowalczuk K., Krajewska-Kułak E., Kułak W., et.al. Influence of aggression on stress development in the population of nurses and midwives in the Podlaskie Province. Probl. Hig. Epidemiol., 2010, 91, 444-450.
16. Kowalczuk K., Krajewska-Kułak E., Kułak W., et.al. Zagrożenia zawodowe pielęgniarek, położnych i lekarzy w środowisku pracy. Probl. Hig. Epidemiol, 2008, 89, 211-215.
17. Wojciechowska M., Suda K.: Promocja zdrowego stylu życia nie tylko zadaniem zawodowym pielęgniarki, ale także odpowiedzią na współczesne zagrożenia zdrowotne. Probl. Piel., 2008, 16, 60–65.
18. Płotka A., Radwan M., Makara-Studzińska M.: Psychospołeczne konsekwencje stresu zawodowego. Ann UMCS, sect. D, 2000, 43, 213-219.
19. Tobiasz-Adamczyk B.: Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby. WUJ, Kraków, 2000.
20. Łuczak A., Żołnierzyk-Zreda D. : Praca a stres. Bezpiecz. Pr., 2002, 10, 2–5.
21. Investing in Mental Health. WHO, Geneva, 2003.
22. Świderski A.: Źródła stresu zawodowego, jego objawy i skutki ekonomiczne dla przedsiębiorstwa. Seminarium Okręgowego Inspektoratu Pracy w Łodzi „Stres w pracy", Łódź ,2006.
23. Rutkowska K.: Kompetencje społeczne – bufor wypalenia zawodowego pielęgniarek. MONZ, 2012, 18, 319-323.

24. Kuc B., Moczydłowska J.: Zachowania organizacyjne. Difin, Warszawa, 2009.
25. Health Impact of Psychosocial Hazards at Work: An Overview. WHO, 2010.
26. Erenkfeit K., Dudzińska L, Indyk A.: Wpływ środowiska pracy na powstanie wypalenia zawodowego. Med. Srod. 2012, 15, 121-128.
27. Bilska B.: Jak feniks z popiołów, czyli syndrom wypalenia zawodowego. Niebieska Linia, 2004, 4.
28. Zbiegień-Maciąg L.: Nowe tendencje i wyzwania w zarządzaniu personelem, Wolter Kluwer, Kraków, 2006.
29. Ogińska-Bulik N.: Stres zawodowy w zawodach usług społecznych. Źródła – konsekwencje –zapobieganie. Difin, Warszawa, 2006.
30. Orzechowska A., Talarowska M., Drozda R., i wsp..: Zespół wypalenia zawodowego u lekarzy i pielęgniarek. Pol Merkuriusz Lek, 2008, 157-159.
31. Litzke S., Schuh H.: Stres, mobbing i wypalenie zawodowe. GWT, Gdańsk, 2007.
32. Kędra E., Sanak K.: Stres i wypalenie zawodowe w pracy pielęgniarek. Pieleg. Zdr. Publ. , 2013, 3, 119–132.
33. Dębska G., Cepuch G.: Wypalenie zawodowe u pielęgniarek pracujących w zakładach podstawowej opieki zdrowotnej. Probl. Pielęg., 2008, 16, 273-279.

Jurczyk Zofia Małgorzata[1], Abramczyk Anna[2]

Odczuwanie stresu a warunki pracy personelu pielęgniarskiego- wybrane aspekty

1. Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk Medycznych, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, ul. Żołnierska 14 C Olsztyn
2. Katedra Zdrowia Publicznego, Epidemiologii i Mikrobiologii, Wydział Nauk Medycznych, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, Ul. Warszawska 30, Olsztyn

Wprowadzenie

Stres stanowi poważne zagrożenie dla zdrowia i życia człowieka [1]. Wszechobecność stresu sprawia, że stanowi przedmiot wielu badań naukowych, a problematyka stresu łączy przedstawicieli różnych dyscyplin (lekarzy, socjologów, psychologów) [2]. Pierwsze próby definiowania zjawiska stresu w psychologii ujmowały stres w kategoriach niespecyficznej reakcji będącej odpowiedzią na bodziec (szkodliwy) [3], sytuację lub zewnętrzne wydarzenie, któremu przypisywano obiektywną wartość stresora [4]. Stresem psychologicznym była zatem zmiana otoczenia, która u przeciętnej jednostki wywołała wysoki stopień pobudzenia emocjonalnego i zakłóciła jej normalne funkcjonowanie [5]. Odmienne podejście do stresu wywodzi się z nauk medycznych [2] i polega na utożsamianiu stresu z reakcją wewnętrzną podmiotu, zwłaszcza z reakcjami emocjonalnymi. Silny akcent na podmiotowość człowieka w sytuacji stresu odnaleźć można w wielu koncepcjach teoretycznych [6]. Stres choć stanowi zjawisko typowe dla obecnego stulecia [7], towarzyszy każdemu żywemu organizmowi począwszy od narodzin życia na Ziemi [8]. Używając terminu „stres" opisujemy reakcję na napięcie i przeciwności [9]. Wielu autorów zwraca uwagę na środowisko zawodowe jako źródło stresu, którego negatywne skutki dotyczą przede wszystkim zdrowia, samopoczucia, wykonywania pracy [10]. W aktualnych warunkach funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej osoby wykonujące zawód pielęgniarki stanowią jedną z najbardziej narażonych na stres grup zawodowych [11]. Trudna, złożona, wielozadaniowa praca pielęgniarki w istotny sposób ingeruje w jej zdrowie [12], funkcjonowanie społeczne, w rodzinie [13]. Celem pracy jest przedstawienie wybranych aspektów dotyczących odczuwania stresu wśród aktywnych zawodowo osób z prawem wykonywania zawodu pielęgniarki (pielęgniarek). W pracy starano się ustalić: Jaki jest poziom odczuwania stresu wśród pielęgniarek i jakie czynniki go różnicują?.

Materiał i metody

Materiał badawczy pochodzi od 575 osób (pielęgniarek) z prawem wykonywania zawodu pielęgniarki w kraju. Badania dla celów pracy przeprowadzono za pomocą anonimowego kwestionariusza ankiety udostępnionego drogą regularnej poczty oraz drogą elektroniczną, wśród pielęgniarek korzystających z ośrodków kształcenia podyplomowego pielęgniarek w kraju. Udział w badaniach był dobrowolny.

Anonimowy kwestionariusz ankiety uwzględniał oryginalną wersję skali odczuwania stresu (PSS-14) [14], kwestionariusz WHOQOL-BREF, wersję zawierającą 26 pytań [15]. Skala PSS-14 zawiera 7 tematów pozwalających na ocenę bezradności oraz 7 tematów wskazujących na skuteczność, zdolność jednostki do poradzenia sobie ze stresem [16].

Każde pytanie oceniane jest w skali Likerta (od 0=nigdy do 4=bardzo często). Całkowity wynik odczuwania stresu, obliczony zgodnie z zasadami ustalonymi dla tej skali [17], zawiera się w granicach od 0 do 56. Wyższej liczbie punktów odpowiada większy stres [14].

Wyniki

Wśród badanej populacji najliczniejszą grupę stanowiły kobiety (98%), osoby w wieku 41 – 60 lat (61%). Co trzeci badany miał nie więcej niż 40 lat (38%). Większość respondentów mieszkała w mieście (74%), a co czwarty w środowisku wiejskim (26%). Badane osoby najczęściej funkcjonowały w związku małżeńskim (66%). Większość ankietowanych charakteryzowała się wyższym wykształceniem kierunkowym (56%), w tym najliczniejszą grupę stanowili absolwenci studiów I stopnia (licencjackich) (40%). Wykształcenie uzyskane w wyniku ukończenia liceum lub studium medycznego deklarowało 44% badanych. Wśród badanej populacji najliczniejszą grupę stanowiły osoby zatrudnione na stanowisku starszej pielęgniarki (46%), a co trzeci respondent (34%) deklarował zatrudnienie na stanowisku pielęgniarki. Specjalizację posiadało 23%, a kurs kwalifikacyjny ukończyło 49% ankietowanych. Większość badanych pracowała w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej (73%), szpitalu (72%), a ich staż zawodowy wynosił ponad 10 lat. Szczegółowe dane przedstawia Tabela 1.

Analiza materiału badawczego wykazała, że wśród respondentów średni poziom stresu wyniósł 27,31; w populacji kobiet 27,31, a wśród mężczyzn 27,24. Niski poziom odczuwania stresu ustalono częściej u: mężczyzn (11%), osób w wieku do 40 roku życia (61%), mieszkających na wsi (39%), funkcjonujących w związku małżeńskim (72%), absolwentów liceum medycznego (39%) i studiów magisterskich na innym kierunku niż pielęgniarstwo (22%), oraz ze stażem pracy od 6 do 20 lat (50%). Dane przedstawia Tabela 2.

Tabela 1. Charakterystyka badanej populacji

Parametry	N	[%]
Płeć		
kobieta	564	98,0%
mężczyzna	11	2,0%
Wiek		
liczba lat 22-40	218	38,0%
liczba lat 41-60	350	61,0%
liczba lat 61 i więcej	7	1,0%
Miejsce zamieszkania		
wieś	148	26,0%
miasto do 5 tys. mieszkańców	29	5,0%
miasto od 5 tys. do 10 tys. mieszkańców	32	6,0%
miasto od 10 tys. do 20 tys. mieszkańców	64	11,0%
miasto od 20 tys. do 100 tys. mieszkańców	121	21,0%
miasto powyżej 100 tys. mieszkańców	181	31,0%
Stan cywilny		
panna / kawaler	129	22,0%
mężatka / żonaty	377	66,0%
wdowa / wdowiec	10	2,0%
rozwiedziona / rozwiedziony	48	8,0%
w separacji	11	2,0%
Wykształcenie		
liceum medyczne	144	25,0%
studium medyczne	108	19,0%
studia licencjackie I stopnia na kierunku pielęgniarstwo	232	40,0%
studia licencjackie (I stopnia) na kierunku	6	1,0%
ekonomia	2	0,4%
położnictwo	1	0,2%
pedagogika	1	0,2%
pedagogika i promocja zdrowia	1	0,2%
studia magisterskie (II stopnia lub jednolite), na kierunku pielęgniarstwo	87	15,0%
studia magisterskie (II stopnia) na innym kierunku	37	6,0%
studia doktoranckie (III stopnia)	1	0,2%
Tytuł zawodowy. naukowy		
pielęgniarka dyplomowana	252	44,0%
licencjat pielęgniarstwa	232	40,0%
mgr pielęgniarstwa	87	15,0%
mgr innego kierunku	31	5,0%
stopień doktora nauk med.	2	0,4%
Stanowisko		
pielęgniarka	194	34,0%
starsza pielęgniarka / starszy pielęgniarz	264	46,0%
pielęgniarka oddziałowa	62	11,0%
pielęgniarka rodzinna	11	2,0%
instruktor	4	1,0%
asystent	5	1,0%
wykładowca	6	1,0%

adiunkt	1	0,2%
dyrektor ds. pielęgniarstwa/ piel naczelna	1	0,2%
specjalista	12	2,0%
kierownik	4	1,0%
Inne: księgowa, rejestratorka w gabinecie lekarskim, dyspozytor	3	1,0%
z-ca pielęgniarki oddziałowej	3	1,0%
Specjalizacja		
Posiada	135	23,0%
Nie posiada	440	77,0%
Ukończony kurs kwalifikacyjny		
Posiada	279	49,0%
Nie posiada	296	51,0%
Teren pracy		
publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	422	73,0%
niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej	84	15,0%
pracuje w szpitalu	414	72,0%
pracuje w innej instytucji niż szpital	161	28,0%
Staż pracy w zawodzie		
1-5 lat	104	18,0%
6-10 lat	33	6,0%
11-20 lat	136	24,0%
21-30 lat	219	38,0%
ponad 30 lat	61	10,0%
brak danych	22	4,0%

Tabela 2. Poziom odczuwania stresu a płeć, wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny, wykształcenie badanych osób

Badana cecha	Poziom odczuwania stresu:					
	Niski (do 14 pkt.).		Umiarkowany (15-29 pkt.)		Wysoki i bardzo wysoki (30-56 pkt.).	
Razem N=575	N=18	3,1%	N=401	69,8%	N=156	27,1%
Płeć:						
kobieta	16	89,0%	394	98,0%	154	99,0%
mężczyzna	2	11,0%	7	2,0%	2	1,0%
Wiek:						
22-40 lat	11	61,0%	143	36,0%	64	41,0%
41-60 lat	7	39,0%	251	62,0%	92	59,0%
61 i więcej lat	0	0,0%	7	2,0%	0	0,0%
Miejsce zamieszkania						
wieś	7	39,0%	91	23,0%	50	32,5%
miasto do 5 tys. mieszkańców	0	0,0%	22	5,0%	7	4,0%
miasto od 5 tys. do 10 tys. mieszkańców	0	0,0%	22	5,0%	10	6,0%
miasto od 10 tys. do 20 tys. mieszkańców	2	11,0%	42	10,0%	20	13,0%
miasto od 20 tys. do 100 tys.	4	22,0%	92	22,5,0%	25	16,0%

mieszkańców						
miasto powyżej 100 tys. mieszkańców	5	28,0%	132	32,5,0%	44	28,5%
Stan cywilny						
panna / kawaler	4	22,0%	87	21,5%	38	24,0%
mężatka / żonaty	13	72,0%	262	65,0%	102	65,0%
rozwiedziona / rozwiedziony, w separacji, wdowa/wdowiec	1	6,0%	52	13,0%	16	10,0%
brak danych	0	0,0%	2	0,5%	0	0,0%
Wykształcenie						
liceum medyczne	7	39,0%	102	25,0%	35	22,0%
studium medyczne	2	11,0%	79	20,0%	27	17,0%
studia licencjackie I stopnia na kierunku pielęgniarstwo	7	39,0%	150	37,0%	75	48,0%
studia magisterskie (II stopnia lub jednolite), na kierunku pielęgniarstwo	2	11,0%	66	16,0%	19	12,0%
studia magisterskie (II stopnia) na innym kierunku	4	22,0%	23	6,0%	10	6,0%
studia doktoranckie (III stopnia)	0	0,0%	1	0,2%	0	0,0%
Stanowisko						
pielęgniarka	3	17,0%	132	33,0%	59	38,0%
starsza pielęgniarka / starszy pielęgniarz	8	44,0%	181	45,0%	75	48,0%
pielęgniarka oddziałowa	3	17,0%	51	13,0%	8	5,0%
pielęgniarka rodzinna	2	11,0%	5	1,0%	4	3,0%
instruktor	0	0,0%	4	1,0%	0	0,0%
asystent	1	6,0%	3	1,0%	1	0,6%
wykładowca	0	0,0%	4	1,0%	2	1,4%
adiunkt	0	0,0%	1	0,2%	0	0,0%
dyrektor ds. pielęgniarstwa/ piel naczelna	0	0,0%	1	0,2%	0	0,0%
specjalista	1	6,0%	8	2,0%	3	2,0%
kierownik	0	0,0%	4	1,0%	0	0,0%
Inne: księgowa, rejestratorka w gabinecie lekarskim, dyspozytor	0	0,0%	1	0,2%	0	0,0%
z-ca pielęgniarki oddziałowej	0	0,0%	2	0,4%	1	0,6%
Staż pracy						
1-5 lat	3	16,5,0%	69	17,5%	32	21,0%
6-10 lat	3	16,5,0%	25	6,5%	5	3,0%
11-20 lat	6	33,0%	92	23,0%	38	24,0%
21-30 lat	4	22,0%	154	38,0%	61	39,0%
ponad 30 lat	1	6,0%	48	12,0%	12	8,0%
brak danych	1	6,0%	13	3,0%	8	5,0%
Ukończona specjalizacja						
tak	4	22,0%	99	25,0%	32	21,0%
nie	14	78,0%	302	75,0%	124	79,0%
Ukończony kurs kwalifikacyjny						
Tak	8	44,0%	207	52,0%	64	41,0%
Nie	10	56,0%	194	48,0%	92	59,0%

Niskim poziomem stresu częściej charakteryzowały się osoby, które nie doświadczyły dyskryminacji lub przemocy w pracy (78%), nie odczuwały żadnych dolegliwości (50%), wśród których ustalono wysoką skuteczność (83%), jakość ich życia była dobra i bardzo dobra (83%), praca nie miała wpływu na ich sytuację rodzinną (39%), a sytuacja materialna była bardzo dobra (11%). Dane przedstawia Tabela 2.

Częściej niski poziom stresu ustalono wśród respondentów, którzy ze swojego zdrowia najczęściej byli bardzo zadowoleni (22%), a warunki pracy nie miały wpływu na ich: sytuację domową (67%), wzajemne relacje w rodzinie (67%), udział w życiu zawodowym (39%). Szczegółowe dane przedstawiają Tabele 2 i 3.

Tabela 3. Poziom odczuwania stresu a sytuacja materialna, poczucie skuteczności, bezsilności, jakość życia, zadowolenie ze zdrowia i warunki pracy wśród badanych osób

Badana cecha	Poziom odczuwania stresu:					
	Niski (do 14 pkt.).		Umiarkowany (15-29 pkt.)		Wysoki i bardzo wysoki (30-56 pkt.).	
Razem N=575	N=18	3,1%	N=401	69,8%	N=156	27,1%
Sytuacja materialna						
bardzo dobra	2	11,0%	17	4,0%	2	1,0%
dobra	11	61,0%	288	72,0%	108	69,0%
zła	4	22,0%	85	21,0%	42	27,0%
bardzo zła	0	0,0%	4	1,0%	4	3,0%
brak danych	1	6,0%	7	2,0%	0	0,0%
To, że pracuje zawodowo, przynosi sytuacji rodzinnej:						
więcej korzyści niż strat	7	39,0%	181	45,0%	48	31,0%
tyle samo korzyści co strat	3	17,0%	102	25,0%	59	38,0%
mniej korzyści a więcej strat	1	6,0%	29	7,0%	21	13,0%
praca nie ma wpływu na sytuację rodzinną	7	39,0%	78	19,0%	25	16,0%
brak danych	0	0,0%	11	3,0%	3	2,0%
Dyskryminacja lub przemoc w pracy:						
nie doświadczył	14	78,0%	286	71,0%	86	55,0%
doświadczył	4	22,0%	115	29,0%	70	45,0%
Warunki pracy mają wpływ na:						
Sytuację domową						
pozytywny	4	22,0%	138	34,0%	31	20,0%
negatywny	0	0,0%	70	17,0%	72	46,0%
brak wpływu	12	67,0%	165	41,0%	48	31,0%
brak danych	2	11,0%	28	7,0%	5	3,0%
Wzajemne relacje w rodzinie i konflikty						
pozytywny	4	22,0%	94	23,0%	19	12,0%

negatywny	0	0,0%	73	18,0%	69	44,0%
brak wpływu	12	67,0%	94	23,0%	62	40,0%
brak danych	2	11,0%	31	8,0%	6	4,0%
Udział w życiu rodziny						
pozytywny	5	28,0%	94	23,0%	28	18,0%
negatywny	1	6,0%	88	22,0%	64	41,0%
brak wpływu	10	56,0%	184	46,0%	54	35,0%
brak danych	2	11,0%	35	9,0%	10	6,0%
Udział w życiu zawodowym						
pozytywny	7	39,0%	190	47,0%	58	37,0%
negatywny	2	11,0%	63	16,0%	46	29,0%
brak wpływu	7	39,0%	107	27,0%	43	28,0%
brak danych	2	11,0%	41	10,0%	9	6,0%
Udział w życiu towarzyskim						
pozytywny	7	39,0%	190	47,0%	58	37,0%
negatywny	2	11,0%	63	16,0%	46	29,0%
brak wpływu	7	39,0%	107	27,0%	43	28,0%
brak danych	2	11,0%	41	10,0%	8	5,0%
Relacje ze współpracownikami						
pozytywny	8	44,0%	232	58,0%	75	48,0%
negatywny	1	6,0%	47	12,0%	41	26,0%
brak wpływu	7	39,0%	80	20,0%	32	21,0%
brak danych	2	11,0%	42	10,0%	8	5,0%
Zadowolenie z pracy						
pozytywny	9	50,0%	222	55,0%	55	35,0%
negatywny	1	6,0%	74	18,0%	63	40,0%
brak wpływu	6	33,0%	65	16,0%	29	19,0%
brak danych	2	11,0%	40	10,0%	9	6,0%
Zdolność do wykonywania pracy						
pozytywny	7	39,0%	200	50,0%	55	35,0%
negatywny	1	6,0%	64	16,0%	43	28,0%
brak wpływu	8	44,0%	93	23,0%	47	30,0%
brak danych	2	11,0%	44	11,0%	11	7,0%
Zdolność do pełnienia ról w rodzinie						
pozytywny	4	22,0%	134	33,0%	35	22,0%
negatywny	1	6,0%	37	9,0%	39	25,0%
brak wpływu	11	61,0%	188	47,0%	72	46,0%
brak danych	2	11,0%	42	10,0%	10	6,0%
Stan emocjonalny						
pozytywny	7	39,0%	181	45,0%	39	25,0%
negatywny	3	17,0%	88	22,0%	80	51,0%
brak wpływu	6	33,0%	93	23,0%	30	19,0%
brak danych	2	11,0%	39	10,0%	7	4,0%
Stan psychiczny						
pozytywny	6	33,0%	160	40,0%	36	23,0%
negatywny	2	11,0%	101	25,0%	85	54,0%
brak wpływu	8	44,0%	96	24,0%	26	17,0%
brak danych	2	11,0%	44	11,0%	9	6,0%

Stan somatyczny						
pozytywny	5	28,0%	141	35,0%	37	24,0%
negatywny	4	22,0%	107	27,0%	73	47,0%
brak wpływu	7	39,0%	110	27,0%	37	24,0%
brak danych	2	11,0%	43	11,0%	9	6,0%
Poczucie skuteczności						
wysokie 1-9	15	83,0%	82	20,0%	2	1,0%
umiarkowane 10-19	3	17,0%	315	79,0%	139	89,0%
niskie 20-28	0	0,0%	4	1,0%	15	10,0%
Poczucie bezsilności						
Niskie (1-9pkt.)	16	89,0%	41	10,0%	1	1,0%
umiarkowane (10-19pkt.)	2	11,0%	357	89,0%	93	59,0%
wysokie (20-28pkt)	0	0,0%	2	1,0%	62	40,0%
Zadowolenie ze swojego zdrowia						
bardzo niezadowolony	0	0,0%	6	1,0%	8	5,0%
niezadowolony	1	6,0%	26	6,0%	20	13,0%
ani zadowolony, ani niezadowolony	5	28,0%	144	36,0%	72	46,0%
zadowolony	8	44,0%	200	50,0%	50	32,0%
bardzo zadowolony	4	22,0%	25	6,0%	6	4,0%
Dolegliwości						
odczuwa	9	50,0%	271	68,0%	142	91,0%
nie odczuwa	9	50,0%	130	32,0%	14	9,0%
Jakość życia						
bardzo zła	0	0,0%	2	0,0%	5	3,0%
zła	0	0,0%	11	3,0%	11	7,0%
ani dobra, ani zła	3	17,0%	132	33,0%	69	44,0%
dobra	11	61,0%	235	59,0%	70	45,0%
bardzo dobra	4	22,0%	21	5,0%	1	1,0%

Wysoki poziom odczuwania stresu ustalono częściej wśród kobiet (99%), panien/kawalerów (24%), absolwentów studiów licencjackich na kierunku pielęgniarstwo (48%), zatrudnionych na stanowisku pielęgniarki i starszej pielęgniarki (86%), nie posiadających specjalizacji (79%) i kursu kwalifikacyjnego (59%), ze stażem pracy do 5 lat (21%). Dane przedstawia Tabela 2. Wysokim poziomem odczuwania stresu częściej charakteryzowali się respondenci, których sytuacja materialna była zła i bardzo zła (30%), dla których praca przynosiła tyle samo lub mniej korzyści niż strat (51%), którzy doświadczyli dyskryminacji lub przemocy w pracy (45%), odczuwali dolegliwości (91%), wśród których ustalono umiarkowane poczucie skuteczności (89%) oraz wysokie poczucie bezsilności (40%), a jakość ich życia była ani dobra, ani zła oraz zła i bardzo zła (54%). Wysoki poziom odczuwania stresu najczęściej ustalono wśród osób, które ze swojego zdrowia były: bardzo niezadowolone, niezadowolone i ani zadowolone ani niezadowolone (64%). W opinii respondentów charakteryzujących się wysokim poziomem stresu częściej warunki pracy

miały negatywny wpływ na: sytuację domową (46%), wzajemne relacje w rodzinie (44%), udział w życiu rodziny (41%), w życiu zawodowym (29%) i towarzyskim (29%), relacje ze współpracownikami (26%), zadowolenie z pracy (40%), oraz na zdolność do wykonywania pracy (28%), pełnienia ról w rodzinie (25%), stan emocjonalny (51%), somatyczny (47%) i psychiczny (54%). Szczegółowe dane przedstawia Tabela 3 i 4.

Tabela 4. Poczucie bezsilności a odczuwanie stresu i poczucie skuteczności wśród badanych osób

Badana cecha	Poziom poczucia bezsilności					
	Brak lub niskie (1-9 pkt.)		Umiarkowane (10-19 pkt.)		Wysokie (20-28 pkt.)	
Razem N= 575	N= 59	10,3%	N= 452	78,6%	N= 64	11,1%
Poziom odczuwania stresu						
Niski (do 14 pkt.)	16	27,0%	2	0,0%	0	0,0%
Umiarkowany (15-29pkt)	42	71,0%	357	79,0%	2	3,0%
Wysoki (30-44 pkt.)	1	2,0%	93	21,0%	61	95,0%
Bardzo wysoki (45-56 pkt.)	0	0,0%	0	0,0%	1	2,0%
Poziom poczucia skuteczności						
Wysoki (1-9pkt.)	30	51,0%	65	14,0%	4	6,0%
Umiarkowany(10-19 pkt.)	24	41,0%	381	85,0%	52	81,0%
niski (20-28pkt.)	5	8,0%	6	1,0%	8	13,0%

Dyskusja

Różne metody, narzędzia i skale stosowane w ocenie odczuwania stresu utrudniają pełne ustosunkowanie się do wyników uzyskanych w badaniach własnych [14,18].

Uzyskane wyniki potwierdziły opinie wskazujące na negatywny wpływ pracy na zdrowie i funkcjonowanie osób wykonujących zawód pielęgniarki [19]. Wyższy poziom stresu ustalony zarówno wśród kobiet jak i mężczyzn, w porównaniu do wyników uzyskanych przez innych autorów [14,18,20], wskazuje na większe obciążenie stresem osób pracujących w zawodzie pielęgniarki. Niewiele większe odczuwanie stresu wśród kobiet niż mężczyzn, choć zgodne z wynikami uzyskanymi przez innych autorów [20], ze względu na niewielki udział mężczyzn w badaniach własnych stanowi ograniczenie dla uzyskanych wyników. Może też być wyrazem tego, że w obecnych warunkach funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce, wykonywanie zawodu pielęgniarki wiąże się z odczuwaniem większego stresu przy mniejszym znaczeniu roli płci.

Większy poziom odczuwania stresu częściej wśród osób ze stażem pracy do 5 lat, zatrudnionych na niższych stanowiskach (pielęgniarki, starszej pielęgniarki), w trudnej sytuacji materialnej, nie posiadających specjalizacji i kursu kwalifikacyjnego, absolwentów

studiów licencjackich (z niższym wykształceniem) [21] potwierdza opinie o większym narażeniu na stres osób, z mniejszym, niższym poziomem wykształcenia, może być też wyrazem mniejszego doświadczenia zawodowego i jest zgodny z uzyskanym przez innych autorów [22]. Wysokie poczucie własnej skuteczności uważa się za czynnik determinujący sprawne funkcjonowanie pielęgniarek [23]. W badaniach własnych osoby, u których ustalono wysoki i bardzo wysoki poziom odczuwania stresu najczęściej charakteryzowały się umiarkowaną skutecznością, ale wysokim poczuciem bezsilności. Uzyskane wyniki pozwalają twierdzić, że wysoki poziom odczuwania stresu nie tylko zmniejsza zdolność pracownika do radzenia sobie ze stresem, trudnymi dla niego zadaniami w środowisku pracy, a tym samym negatywnie wpływa na efektywność pracy [24], a poczucie skuteczności, odczuwania stresu i bezsilności wzajemnie się warunkują [17].

Większe odczuwanie stresu częściej wśród osób, które deklarowały negatywny wpływ pracy na stan psychiczny, somatyczny, emocjonalny, udział w życiu społecznym i zdolność do pełnienia ról w rodzinie, potwierdza związek istniejący między warunkami pracy a funkcjonowaniem pracownika [13,25] i świadczy o powadze zagrożenia jakim jest stres dla osób pracujących [26]. Mniejsze odczuwanie stresu wśród osób funkcjonujących w związku małżeńskim jest zgodne z wynikami uzyskanymi przez innych autorów [14]. Doświadczanie przemocy lub dyskryminacji częściej przez osoby z większym poziomem odczuwania stresu świadczy o niskiej jakości psychospołecznego środowiska pracy i jego negatywnym wpływie [27]. Większy, wysoki i bardzo wysoki poziom odczuwania stresu częściej wśród osób odczuwających dolegliwości, krytycznie oceniających stan swojego zdrowia i jakość życia potwierdza przydatność narzędzia w ocenie nie tylko opieki zdrowotnej [14], ale także wpływu warunków pracy na zdrowie i funkcjonowanie osób pracujących [10,27]. Uzyskane w badaniach własnych wyniki pozwalają twierdzić, że negatywny wpływ warunków pracy przy współistniejącej trudnej sytuacji materialnej ograniczają wykorzystanie potencjału tkwiącego w tej grupie pracowników medycznych [28]. Wysokie koszty leczenia następstw stresu determinowanego środowiskiem pracy [29] potwierdzają konieczność kształtowania warunków pracy respektujących podmiotowość pracownika oraz troski o zdrowie osób wykonujących zawód pielęgniarki.

Wnioski

1. Osoby pracujące w zawodzie pielęgniarki najczęściej charakteryzują się umiarkowanym poziomem odczuwania stresu.

2. Wysoki poziom odczuwania stresu występuje najczęściej wśród osób doświadczających negatywnego wpływu warunków pracy, przemocy i dyskryminacji w pracy oraz trudnej sytuacji materialnej.
3. Zmniejszenie poziomu odczuwania stresu wśród osób wykonujących zawód pielęgniarki wymaga poprawy warunków pracy i wynagrodzenia za pracę.

Piśmiennictwo:

1. Chrousos G.P.: Stressors, stress, and neuroendocrine integration of the adaptive response. The 1997 Hans Selye memorial lecture. Ann. N. Y. Acad. Sci. 1998, 851, 311-335.
2. Bargiel-Matusiewicz K, Podbielski Z, Klasik A.: Współczesne rozumienie stresu. Wiadomości Lekarskie 2004, LVII, 3-4, 188-192.
3. Seyle H.: Stres życia. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 1963.
4. Reykowski J.: Funkcjonowanie osobowości w warunkach stresu psychologicznego. PWN, Warszawa 1966.
5. Janis IL.: Psychological stress: psychoanalytic and behavioral studies of surgical patients. Wiley, New York 1958
6. Bandura A.: Self efficasy Mechanism in Human Agency. Am Psychologist, 1982, 37, 122-147
7. Nowak-Starz G, Kozak B, Zdziebło K.: Wpływ stresu związanego z pracą zawodową na występowanie zespołu wypalenia zawodowego u pielęgniarek pracujących w oddziałach zabiegowych i zachowawczych. Studia Medyczne 2013, 29, 1 15-21.
8. Oniszczenko W.: Stres to brzmi groźnie. WSiP, Warszawa, 1993.
9. Hartley M.: Stres w pracy. Jedność, Kielce, 2005.
10. Kivimäki M, Virtanen M, Elovainio M, et al.: Work stress in the aetiology of coronary heart disease – a meta-analysis. Scandinavian Journal of Work Environment & Health 2006, 32, 431-442,
11. Tartas M, Derewicz G, Walkiewicz M, Budziński W.: Źródła stresu zawodowego w pracy pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach o dużym obciążeniu fizycznym i psychicznym – hospicjum oraz chirurgii ogólnej. Ann. Acad. Med. Gedan. 2009, 39, 145-133.

12. Kliszcz J, Nowicka-Sauer K, Trzeciak B, Sadowska A.: Poziom lęku, depresji i agresji u pielęgniarek, a ich satysfakcja z życia i z pracy zawodowej. Medycyna Pracy 2004, 55(6), 461-468.
13. Plopa M.: Stres w kontekście życia rodzinnego. Żebrowski J. (red.): Rodzina polska na przełomie wieku. Przeobrażenia, zagrożenia, patologie. Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk, 2002
14. Andreou E, Alexopoulos EC, Lionis Ch, Varvogli L, et al.: Perceived Stress Scale: Reliability and Validity Study in Greece. Int. J. Environ. Res. Public Health 2011, 8, 3287-3298.
15. Wołowicka L, Jaracz K.: Polska wersja WHOQOL – WHOQOL 100 i WHOQOL-BREF. Wołowicka L. (red.): Jakość życia w naukach medycznych. Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego, Poznań 2001, 276-280.
16. Leung DYP, Lam T, Chan SC.: Three versions of Perceived Stress Scale: validation in a sample of Chinese cardiac patients who smoke BMC Public Health. 2010, 10, 513.
17. Cohen S, Kamarc T. :A global measure of preceived stress. J of Health and Social Behavior 1983,24,4, 385-396.
18. Lesage FX, Berjot S, Deschamps F.: Psychometric properties of the french versions of the perceived stress scale. International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health 2012, 25,178-184.
19. Cox T, Griffiths A, Rial-Gonzales E.: Research on work-related stress. Report - 2000.European Agency for Safety and Health at Work. Luxembourg, 2009.
20. Remor E.: Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). The Spanish Journal of Psychology. 2006, 9, 86-93
21. Wieclaw J, Agerbo E, Mortenesen PB, et al.: Psychosocial working conditions and the risk of depression and anxiety disorders in the Danish workforce. BMC, 2008.
22. Muncer S, Taylor S, Green D, McManus I.: Nurses' representations of the perceived causes of work-related stress: A network drawing approach, Work & Stress 2001, 15, 40-52.
23. Andruszkiewicz A, Banaszkiewicz M, Felsmann M, Marzec A i wsp.: Poczucie własnej skuteczności a wybrane zmienne związane z funkcjonowaniem zawodowym w grupie pielęgniarek. Probl. Pielęg., 2011, 19, 143-147.
24. Cox T, Griffiths A, Rial-Gonzalez E.: Research on work related stress. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 2000.

25. BondeJP.: Psychosocial factors at work and risk of depression: A systematic review of the epidemiological evidence. Occupational & Environmental Medicine 2008, 65, 438-445.
26. Leka S, Cox T.: The European Framework for Psychosocial Risk Management. Nottingham 2008.I-WHO publications.
27. EuroFound.: The Fourth Working Conditions Survey. Dublin 2007: Office for Official Publications of the European Communities.
28. Büscher A, Sivertsen B, White J.: Nurses and Midwives. A force for health. WHO 2009.
29. Leka S, Cox T.:The European Framework for Psychosocial Risc Management PRIMA –EF. Institute of Work, Health and Organizations, University of Nottingham, Nottingham, 2008,ss. I-II.

Baranowska Anna[1], Wasilewska Iwona[2], Jankowiak Barbara[1,3], Klimaszewska Krystyna[1,3], Krajewska-Kułak Elżbieta[1], Kondzior Dorota[1], Lankau Agnieszka[1]

Porównanie wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek oddziałów zabiegowych i zachowawczych

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, UMB
2. Wojewódzki Szpital Zespolony im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku Oddział Intensywnej Terapii
3. Instytut Medyczny PWSIiP w Łomży

Pojęcie wypalenia zawodowego

Zjawisko wypalenia zawodowego stało się w ostatnich kilkunastu latach przedmiotem zainteresowania takich dyscyplin naukowych jak: medycyna, psychologia czy też socjologia. Rozpowszechnienie tego zjawiska, zwłaszcza w zawodach związanych z niesieniem pomocy innym ludziom od dawna cieszyło się szczególnym zainteresowaniem. Osoby wykonujące zawody, których celem jest pomaganie drugiemu człowiekowi są wyjątkowo narażone na występowanie stresu zawodowego oraz syndromu wypalenia zawodowego. Dotyka ono przede wszystkim osób zatrudnionych w zawodach wymagających emocjonalnego i fizycznego kontaktu z drugim człowiekiem.

Mimo prowadzonych różnorodnych badań względem wypalenia zawodowego nie ma jednoznacznej i powszechnie stosowanej definicji. Pojęciem najczęściej używanym w badaniach nad wypaleniem zawodowym oraz narzędziem do jego pomiaru jest trójwymiarowy model stworzony przez Christinę Maslach i Susan E. Jackson.

Autorzy prac naukowych traktowali wypalenie zawodowe jako następstwo stresu i przeciążenia pracą zawodową. Wynikało to przede wszystkim z badań, które przeprowadzano wśród managerów i dyrektorów dużych przedsiębiorstw. Zakreślenie granic definicji wypalenia zawodowego można potraktować więc, jako pojedyncze obciążenia organizmu, bądź podstawowe obciążenia psychiki człowieka przez sytuacje stresujące i codzienne niepowodzenia.

Wypalenie zawodowe (burnout) jest „psychologicznym zespołem wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji oraz obniżonego poczucia dokonań osobistych, który może wystąpić u osób pracujących z innymi ludźmi" [1].

Wyczerpanie emocjonalne, jako podstawowy komponent wypalenia zawodowego, manifestuje się między innymi uczuciem przemęczenia, drażliwością i obniżeniem nastroju,

ale także bólem głowy czy bezsennością. *Depersonalizacja* w tym przypadku, to przede wszystkim negatywne, obojętne i bezduszne reagowanie na otoczenie oraz ludzi [1-4].

Natomiast *obniżone poczucie dokonań osobistych* dotyczy spadku poczucia własnej wartości, umiejętności i sukcesów zawodowych. Terminem wypalenia w tym przypadku określa się, zjawisko, koncepcję, konstrukcję teoretyczną [1-4].

W Polsce problemem wypalenia zawodowego zajęła się Hanna Sęk. Według niej wypalenie zawodowe jest „nie tyle bezpośrednim skutkiem przewlekłego stresu, ile stresu niezmodyfikowanego własną aktywnością zaradczą, a podstawę dla rozwoju wypalenia stanowi zgeneralizowane doświadczenie niepowodzenia w zmaganiu ze stresem". Według tej samej autorki innym podejściem do terminu wypalenia jest zróżnicowanie ludzi pracujących na wypalonych lub niewypalonych. Taki podział dość istotnie upraszcza zakres pojęcia. Wypalenie zawodowe jako proces nie powstaje w jednej chwili. Jest ono procesem psychicznym rozwijającym się dynamicznie, w którym kumuluje się wiele symptomów, mogących świadczyć o pogłębiających się problemach. Jest to proces wieloetapowy [1,5].

Pojęcie zespołu wypalenia zawodowego rozumiane jest jako stan fizycznego i psychicznego wyczerpania, którego przyczyną jest praca zawodowa. Powstaje on jako wynik negatywnych działań związanych z obciążeniem zawodowym.

Wśród przyczyn wypalenia ważne są:

- cechy charakteru osoby,
- sposób przeżywania swojej pracy,
- uświadomione lub nieuświadomione oczekiwania.

Wypalenie nie jest tylko zmęczeniem czy skutkiem ciągłego obciążenia pracą, ale przede wszystkim sumą frustracji, do których powstania przyczyniają się czynniki osobiste i osobowościowe. Dochodzi do rozminięcia się oczekiwań danej osoby oraz sensu wykonywanej przez nią pracy. Objawia się to jako problem psychologiczny, zawodowy lub psychopatologiczny. Dramat tych osób związany jest także z ich ambicjami – wykonywany zawód miał być spełnieniem marzeń, a stał się zawodową porażką.

Wypalenie zawodowe pojawia się wśród różnych zawodów. Szczególnie narażone są osoby wykonujące pracę, w której niezbędny jest bliski kontakt z innymi ludźmi. Osoby te służą pomocą, zwłaszcza chorym i słabym, bądź dzieciom. Wypalenie zawodowe najczęściej opisywane i badane było u pielęgniarek, lekarzy, terapeutów, pracowników ratownictwa i hospicjów, księży, policjantów, nauczycieli, wychowawców, a także u pracowników socjalnych [6].

W powstawaniu zespołu wypalenia zawodowego bardzo istotne są osobowe cechy pracującego. Do nich można zaliczyć przede wszystkim:

- brak asertywności,
- poczucie bycia niezastąpionym,
- stawianie sobie wymagań niewspółmiernych do zaistniałych sytuacji,
- samodzielność w wykonywaniu wszystkich prac, bez pomocy podwładnych czy współpracowników,
- wyolbrzymianie porażek,
- nadmierne racjonalizowanie,
- perfekcjonizm,
- niechęć do rozwoju zawodowego,

Źródła wypalenia zawodowego

Według Maslach istnieje sześć źródeł niedopasowania, które mają bezpośredni wpływ na powstanie, rozwój i tworzenie się wypalenia zawodowego. Jednym z nich jest ***„nadmierne obciążenie pracą”***. W obecnym czasie można spotkać się z dużymi zmianami w pracy, a pracodawca nastawiony jest na redukcję i reorganizację. Pracownik ma ciągłe poczucie, że praca go przytłacza, że nie ma czasu i zasobów, aby dobrze wykonać powierzone obowiązki. Zachwianie równowagi pomiędzy stawianymi wymaganiami a wydolnością pracownika, wypycha go poza granice wytrzymałości psychicznej i fizycznej, co szybko może doprowadzić do powstania wypalenia zawodowego.

Obecnie sytuacje kryzysowe obciążają prace na trzy sposoby:

- praca jest bardziej intensywna,
- wymaga więcej czasu,
- jest bardziej złożona [7].

Drugim źródłem wypalenia zawodowego może być ***„brak kontroli”***. Na profesjonalizm składają się umiejętności określania priorytetów w codziennej pracy. Niedostateczna kontrola i brak możliwości wpływania na wykonywaną pracę daje ograniczoną możliwość dokonywania wyborów i samodzielnego rozwiązywania problemów. W ten sposób w pracowniku utwierdza się przekonanie, że nie ma żadnego wpływu na decyzje dotyczące pracy i osłabia więzi z instytucją. Odgórne decyzje bez udziału pracownika mają wpływ na dalsze działania, obniżają autonomię jednostki, co prowadzi do zmniejszenia zaangażowania w pracę. Problemem nie jest czy pracownik potrafi lub chce podjąć określone

działanie, ale czy zakład pracy dopuszcza rozwiązania pracowników poza ich struktury kontrolne [7].

Kolejnym źródłem przysposabiającym do wypalenia zawodowego jest ***„niewystarczające wynagrodzenie”***. Praca nie dostarcza przyjemnych odczuć związanych z dobrze wykonanym zadaniem. Pomimo coraz większego wkładu fizycznego i psychicznego, praca dostarcza coraz mniej satysfakcji w trzech składowych:

- nagrody materialnej,
- prestiżu,
- bezpieczeństwa.

Wszystkie te składowe obniżają potencjał zaangażowania w pracę [7].

Czwartym źródłem wypalenia zawodowego jest ***„załamanie wspólnoty”***, o którym najczęściej mówimy, gdy ludzie przestają utrzymywać relacji interpersonalnych na terenie zakładu pracy. Dochodzi do tego kiedy pracownik jest obciążony ciągłym brakiem bezpieczeństwa zatrudnienia, a praca jest nadmiernie koncentrowana na krótkotrwałych zyskach. Brak troski o człowieka psuje współpracę, prowadzi do konfliktów, zmniejsza poczucie wzajemnego wsparcia i szacunku. Najczęściej całkowicie zanika poczucie przynależności. Ludzie pracują oddzielnie, w małych grupkach lub pojedynczo zamiast wspólnie.

„Brak sprawiedliwości” jest również źródłem wypalenia zawodowego według Maslach. Pojęcie sprawiedliwości prawdziwe jest wtedy, gdy czuje się zaufanie, otwartość i szacunek do własnej osoby. Każdy pracodawca, który postępuje uczciwie, docenia człowieka i daje odczuć, że jest on ważny, przyczynia się do zaangażowania w pracę swoich pracowników. Brak sprawiedliwości może przyczyniać się do oszukiwania pracownika lub stronniczości w jego ocenie.

Kolejnym źródłem wypalenia jest ***„konflikt wartości”***, do którego dochodzi, gdy rozbieżne są wymogi stawiane w pracy i osobiste standardy jednostki. Wartość jest podstawą relacji z pracą. Kiedy firma podkreśla znaczenie jakości świadczonych usług, a zarazem podejmuje niszczące decyzje w sprawie jakości pracy prowadzi, do irytacji pracownika. Ludzie lubią wyzwania i należy to wykorzystać, a nie blokować ich potencjał. Pracownicy chcą się rozwijać, podejmować wyzwania i udowodnić, że są twórczy oraz pełni energii do zaoferowania wszystkiego co sobą reprezentują [7].

Źródła te znacząco wpływają na rozwój wypalenia zawodowego, nawet u najbardziej pracowitych i sumiennych osób. Przeważnie czynniki te nie występują pojedynczo, co więcej

łączą się ze sobą lub wynikają jedne z drugich, przez co potęgują stres, napięcie i wyczerpanie emocjonalne pracowników.

Objawy wypalenia zawodowego

Objawy wypalenia zawodowego narastają przez dłuższy czas i pojawiają się powoli. Mają wpływ na sferę fizyczną, psychiczną, a przede wszystkim przenoszą się na grunt rodzinny oraz często mogą wpływać na zachowanie w miejscu pracy.

Do objawów fizycznych, które mogą świadczyć o wypaleniu zawodowym należą, między innymi:

- ciągłe zmęczenie bez wyraźnej przyczyny,
- utrata apetytu, niedojadanie, a co za tym idzie utrata wagi,
- nadmierne przejadanie się, przez co szybki wzrost masy ciała,
- niechęć do aktywności fizycznej i aktywnego wypoczynku,
- problemy ze snem,
- uzależnienie się od alkoholu, nikotyny, środków uspokajających, kawy,
- obniżone libido,
- opieszałość,
- częste migrenowe bóle głowy,
- częste bóle mięśniowe i napięcie mięśniowe,
- zaniedbywanie zdrowia,
- występowanie różnych dolegliwość,
- zaniedbywanie własnego wyglądu,
- zwiększone napięcie przedmiesiączkowe lub zatrzymanie cyklu miesiączkowego [6,8,9,10,11].

Wypaleniu zawodowemu często oprócz objawów fizycznych, towarzyszą również objawy emocjonalnego wyczerpania, przede wszystkim:

- niemożność i niechęć do podejmowania decyzji,
- depresja,
- naśmiewanie się z innych (spaczone poczucie humoru),
- niecierpliwość i rosnące poczucie winy wobec pacjentów,
- cynizm,
- wybuchy agresji,
- izolowanie się od otoczenia,
- poczucie beznadziejności,

- brak cierpliwości i wybuchy irytacji,
- pesymizm,
- długotrwałe urazy wobec innych ludzi,
- utrata radości z drobnych sukcesów,
- poczucie osamotnienia, pustki,
- brak celów i utrata kontroli,
- powracające lęki, narzekanie,
- nieumiejętność w relaksowaniu się,
- próby samobójcze [6,8,9,10,11].

Na pewnym etapie pojawiają się również problemy w życiu rodzinnym i społecznym, do których najczęściej należą:

- obniżenie poczucia wsparcia,
- zmniejszenie zainteresowania członkami rodziny,
- „przenoszenie" pracy do domu i domu do pracy,
- obwinianie wszystkich za niepowodzenia,
- niechęć do przebywania z bliskimi,
- nadmierne oglądanie telewizji, korzystanie z Internetu,
- izolowanie się od wspólnych rozrywek,
- przejmowanie dużej ilości obowiązków domowych,
- zerwanie długotrwałych kontaktów,
- utrata autentyczności,
- wybuchy gniewu i nieufność względem innych osób [8].

W wypaleniu zawodowym występują przede wszystkim problemy związane z pracą zawodową, które najbardziej obciążają psychofizycznie pracownika. Do nich najczęściej można zaliczyć:

- brak entuzjazmu w wykonywanych czynnościach,
- branie całej odpowiedzialności za stresujący charakter pracy,
- uczucie ciągłego przepracowania i niemożność poradzenia sobie z ilością i jakością pracy,
- utrata zainteresowania i depersonalizacja pacjentów będących pod opieką,
- chroniczny brak czasu i utrata zapału,
- narastające niezadowolenie z pracy i brak pomysłów na zmianę tej sytuacji,
- niechęć do wyrażania własnych opinii i własnego zdania,

- lęk przed pracą,
- poczucie winy względem pacjentów i współpracowników,
- duża dyrektywność wobec podopiecznych,
- unikanie tematów, które są trudne dla pacjenta,
- dłuższe poczucie urazy po sytuacjach konfliktowych, wobec kolegów i przełożonych [6,12,11].

Założenia i cel pracy

Wypalenie zawodowe to problem, który został opisany przez Freudenbergera w 70-tych latach naszego wieku. Charakteryzuje się on wyczerpaniem z towarzyszącym dyskomfortem psychicznym i fizycznym. Obecne jest poczucie zmniejszonej skuteczności, a także obniżonej motywacji i dysfunkcyjna postawa wobec pracy.

Problem dotyczy głównie ludzi pełniących funkcje kierownicze i pracujących w tych zawodach, które wymagają bezpośredniego kontaktu z ludźmi i ich problemami. Narażeni są przede wszystkim nauczyciele, pielęgniarki, policjanci, lekarze, duchowni, psycholodzy czy handlowcy.

Celem pracy było:

1. Ocena wiedzy personelu na temat wypalenia zawodowego.
2. Ocena występowania wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek oddziałów zabiegowych zachowawczych.
3. Wyznaczenie czynników mających wpływ na powstanie wypalenia zawodowego wśród badanych pielęgniarek.

Materał i metodyka badań

Badania przeprowadzono wśród pielęgniarek Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku. Wzięto pod uwagę Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, Oddział Chorób Oczu, Oddział Otolaryngologii, Oddział Neurologii z Pododdziałem Udarowym, a także wśród pielęgniarek pracujących w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku (Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Blokiem Operacyjnym, Klinika Neurologii, II Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologii, Klinika Okulistyki i Klinika Otolaryngologii).

Grupę badawczą stanowiły pielęgniarki - 156 osób pracujących w odpowiednich oddziałach i klinikach.

Materiał badawczy zebrano metodą sondażu diagnostycznego, przy użyciu autorskiego kwestionariusza, który został skonstruowany dla potrzeb niniejszych badań oraz

standaryzowanej skali - Maslach Burnout Inventory (MBI). Inwentarz zawierał 22 pozycje przeznaczone do oszacowania wypalenia zawodowego. Na każde pytanie należało udzielić odpowiedzi w skali od 0 (nigdy) do 6 (codziennie).

W celu zbadania wypalenie zawodowe posłużono się w pracy definicją, wg Maslach Określono poziom wysoki, średni bądź niski dla każdej z komponent

Analizę statystyczną wyników przeprowadzono przy wykorzystaniu metod statystyki opisowej, wykorzystującej charakterystykę rozkładu zmiennych za pomocą miar położenia, zmienności oraz asymetrii i koncentracji. Uzyskane wyniki przedstawiono w postaci tabel i wykresów oraz poddano analizie statystycznej z zastosowaniem testu t-Studenta. Wnioskowanie statystyczne przeprowadzono przy standaryzowanym poziomie istotności $p<0,05$. Opis i interpretację zależności zmiennych określono na podstawie współczynnika korelacji Pearsona.

Wyniki

Tabela 1. Występowanie problemu wypalenia zawodowego wśród respondentów

Poziom wypalenia zawodowego	Pielęgniarki oddziałów zachowawczych		Pielęgniarki oddziałów zabiegowych		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%
Bardzo niski	4	6,5	8	8,5	12	7,7
Niski	11	17,7	23	24,5	34	21,8
Średni	29	46,8	42	44,7	71	45,5
Wysoki	16	25,8	18	19,1	34	21,8
Bardzo wysoki	2	3,2	3	3,2	5	3,2
Razem	62	100,0	94	100,0	156	100,0

Tabela II. Wyczerpanie emocjonalne wśród ankietowanych

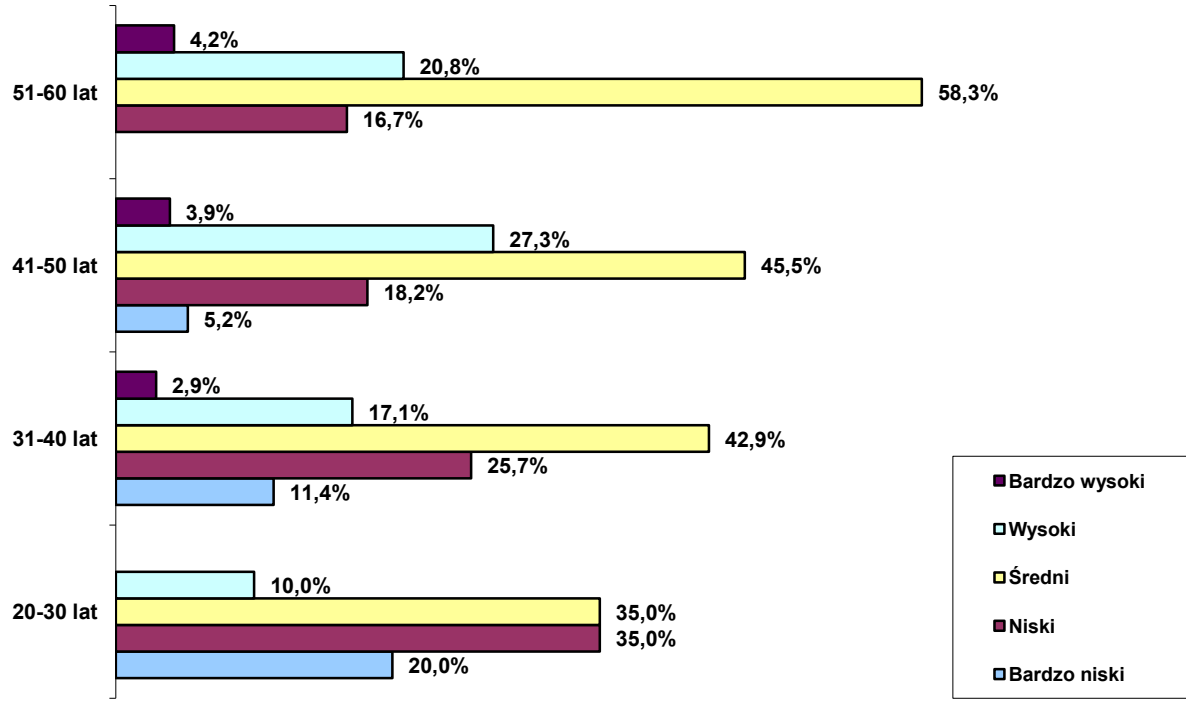
Poziom wyczerpania emocjonalnego	Pielęgniarki oddziałów zachowawczych		Pielęgniarki oddziałów zabiegowych		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%
Wysoki (27 i więcej)	18	29,0	37	39,4	55	35,2
Umiarkowany (17 – 26)	15	24,2	23	24,5	38	24,4
Niski (0 – 16)	29	46,8	34	36,1	63	40,4
Razem	62	100,0	94	100,0	156	100,0

Tabela III. Depersonalizacja wśród ankietowanych

Poziom depersonalizacji	Pielęgniarki oddziałów zachowawczych		Pielęgniarki oddziałów zabiegowych		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%
Wysoki (13 i więcej)	10	16,1	20	21,3	30	19,2
Umiarkowany (7 – 12)	23	37,1	38	40,4	61	39,1
Niski (0 – 6)	29	46,8	36	38,3	65	41,7
Razem	62	100,0	94	100,0	156	100,0

Tabela IV. Poczucie braku osobistych osiągnięć wśród ankietowanych

Poziom poczucia braku osobistych osiągnięć	Pielęgniarki oddziałów zachowawczych		Pielęgniarki oddziałów zabiegowych		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%
Wysoki (0 – 31)	8	12,9	8	8,5	16	10,3
Umiarkowany (32 – 38)	14	22,6	21	22,3	35	22,4
Niski (39 i więcej)	40	64,5	65	69,2	105	67,3
Razem	62	100,0	94	100,0	156	100,0



Rycina 1. Procentowy udział wyników testu MBI wśród respondentów z uwzględnieniem wieku

Dyskusja i omówienie wyników

Wypalenie zawodowe jest zespołem, w którym dochodzi do wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji i obniżenia lub całkowitego braku poczucia własnych osiągnięć. Jest ono nieodzownym skutkiem pracy wymagającej bliskich kontaktów z ludźmi, przede wszystkim lekarzy, pielęgniarek, pedagogów czy psychologów [2,13].

Zawody medyczne wiążą się ze specyficzną organizacją pracy, a przede wszystkim towarzyszy im ogromny stres, związany z bliskimi kontaktami z chorymi i ich problemami. Dodatkowo zderzenie z niskimi zarobkami, które nie dają niezależności finansowej, brak poczucia bezpieczeństwa i satysfakcji z pracy, niewielka możliwość rozwoju i awansu sprawiają, że pracownicy medyczni szybko się rozczarowują i tracą wiarę w ideę swojego zawodu [13].

Wczesne rozpoznanie objawów wypalenia zawodowego u personelu medycznego pozwala na wdrożenie działań, zapobiegających dalszemu rozwojowi wypalenia, a jednocześnie umożliwia poznanie przyczyn tego zjawiska.

Przeprowadzone badania pozwoliły ocenić wiedzę pielęgniarek na temat wypalenia zawodowego. Badania te umożliwiły także ocenę i porównanie poziomu wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach zabiegowych i zachowawczych dwóch Białostockich Szpitali.

W badaniach prowadzonych w 2001 roku przez Bartkowiak oceniono poziom wiedzy i świadomości pielęgniarek na temat wypalenia zawodowego. Wysoki poziom stwierdzono u 87,67% ankietowanych, natomiast poziom niski jedynie u 4,11% respondentów [14].

Z analizy badań własnych wynika, że ¾ ankietowanych w obu grupach pielęgniarek zna definicję wypalenia zawodowego. W grupie pielęgniarek oddziałów zabiegowych było to 83,9%, a w grupie z oddziałów zachowawczych 69,1% badanych.

W badaniu przeprowadzonym przez Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie wśród pielęgniarek uczestniczących w kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowego 46,67% ankietowanych uznało, że nie dotyczy ich zespół wypalenia zawodowego. Jednak ponad połowa badanych dostrzegła u siebie objawy wypalenia [15].

W badaniach własnych pielęgniarki dokonując samooceny pod kątem wypalenia zawodowego uznały, że problem ten dotyczył 43,6% ankietowanych. Brak problemu stwierdzono u 44,2%, a 12,2% pielęgniarek nie umiało określić swojego stanu.

Według badań przeprowadzonych przez Lewandowską i Litwin najliczniejszą grupą wypaloną zawodowo były pielęgniarki w wieku 31 – 40 lat (36%), następnie w wieku 41 –

50 lat (33%). Natomiast najniższy poziom wypalenia zawodowego odnotowano wśród pielęgniarek w wieku od 20 do 30 lat (21%) [16].

W przeprowadzonych badaniach własnych wypalenie zawodowe najczęściej dotyczyło pielęgniarek w wieku 41 – 50 lat (26,0%) i w wieku 51 – 60 lat (25,0%). Najniższy poziom wypalenia zawodowego odnotowano wśród pielęgniarek w wieku 31 – 40 lat (11,4%). Całkowity brak wypalenia zawodowego występował w najmłodszej grupie pielęgniarek.

Podstawą sukcesów w pracy zawodowej jest doskonalenie umiejętności, podnoszenie kwalifikacji i ciągła realizacja stawianych sobie celów. Rozwój personelu powinien być działalnością priorytetową zakładu pracy. Jednakże nadal pielęgniarki nie chcą się kształcić. Według badań prowadzonych przez Kobos i współpracowników ankietowane pielęgniarki najczęściej wymieniały brak urlopów szkoleniowych i wsparcia finansowego ze strony pracodawcy jako główne czynniki utrudniające podjęcie im decyzji o doskonaleniu zawodowym. Poza tym obawa przed tym, czy dokształcanie będzie opłacalne, czy zostanie zauważone w jakikolwiek sposób, również jest ważnym czynnikiem utrudniającym realizację dokształcania [17].

Według badań prowadzonych przez Ramuszewicz i współpracowników większość pielęgniarek miała wykształcenie średnie, 25% miało dodatkowo specjalizację, a jedynie 5% ukończyło studia wyższe [18].

W badaniach Ogińskiej i Żuralskiej w latach 2008 – 2009 wśród 112 pielęgniarek pracujących na oddziałach neurologicznych 69,6% miało wykształcenie średnie zawodowe, a studia pomostowe podjęła tylko 1 pielęgniarka (0,8%) [19].

Analiza badań własnych wykazała, że wykształcenie średnie zawodowe miało 44,9% pielęgniarek, studia wyższe licencjackie ukończyło 37,2%, a 17,9% badanych uzyskało tytuł magistra. Jednakże duża część badanych korzysta z innych form podnoszenia swoich kwalifikacji. W badanej populacji 1/3 korzystała w ciągu ostatnich trzech lat z kursów specjalistycznych oraz kursów doskonalących. Aż 37,8% pielęgniarek podjęło studia wyższe – pomostowe lub magisterskie, a 17,9% rozpoczęło specjalizację.

Te same badania Ogińskiej i Żuralskiej wykazały, że większość badanych pracowała w systemie zmianowym (82,1%) [19].

Badania Kobus i współpracowników wykazały, że w systemie zmianowym pracowało 87% badanych. Wśród ankietowanych 91% pełniło funkcję pielęgniarki odcinkowej, a 9% jako oddziałowej [20].

Według własnych badań zdecydowana większość pielęgniarek pracowała w zmianach (82,1%). Prawie co piąta ankietowana pracowała codziennie od godziny 7^{00} do 14^{35} (17,9%).

Dodatkowo, około 6,4% pielęgniarek pełniło funkcje kierownicze, a pozostała część (93,6%) pracowała na stanowisku pielęgniarki odcinkowej lub zabiegowej w oddziale.

Na podstawie tych samych badań przeprowadzonych przez Lewandowską i Litwin wypalenie zawodowe najczęściej dotyczyło pielęgniarek za stażem 16 – 25 lat pracy w zawodzie oraz powyżej 25 lat (odpowiednio 26% i 23%). Najmniej liczną grupę stanowiły osoby pracujące od 2 do 5 lat w zawodzie [16].

Według badań Sapilak i współpracowników na wypalenie zawodowe częściej narażone są osoby z długim stażem pracy. Najwięcej było osób ze stażem pracy 30 – 39 lat – 30,0% badanych i 20 – 29 lat pracy w zawodzie 29,0%. Na podstawie tych badań oceniono, że najmniej osób z wypaleniem zawodowym było w wieku powyżej 40 lat (21,5%) [21].
Z badań własnych wynika, że wypalenie zawodowe dotyczyło najczęściej pielęgniarek ze stażem pracy w zawodzie 21 – 30 lat (33,8%) i powyżej 31 lat (17,4%). Jedynie 10,6% badanych w grupie pielęgniarek ze stażem pracy 11 – 20 lat miało wypalenie zawodowe, natomiast osoby poniżej 10 lat stażu pracy stanowiły nieliczną grupę (6,8%). Nie stwierdzono, żeby poziom wypalenia zawodowego nasilał się wraz z długością stażu pracy w zawodzie ($p=0,10$).

Lewandowska i Litwin w swoich badaniach wykazały również, że zdecydowana większość ankietowanych w czasie stresujących sytuacji nie sięga po używki, typu alkohol czy papierosy. Natomiast wśród pozostałych najwięcej sięgało po papierosy (26%). Po 7% ankietowanych stosowało alkohol i leki w sytuacjach stresujących [16].

Wyniki przeprowadzonych badań wskazały, że znaczna część badanych przyznała się do stosowania używek – 56,5% pielęgniarek oddziałów zachowawczych i 57,4% oddziałów zabiegowych.

Wypalenie zawodowe definiuje się w tak zwanych trzech kategoriach: wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji i obniżenia lub całkowitego braku satysfakcji z własnych osiągnięć. Badania prowadzone przez Orzechowską i współpracowników wśród lekarzy i pielęgniarek wykazały, że występowały u nich wszystkie trzy czynniki wypalenia. W grupie pielęgniarek odnotowano wysokie poziomy wyczerpania emocjonalnego u prawie połowy badanych (49,0%) i depersonalizacji u 64,2% ankietowanych [13].

W badaniach Wilczek-Rużyczki wyczerpanie emocjonalne dotyczyło 20,58% badanych, depersonalizacja 7,29%, a u 30,84% stwierdzono obniżenie lub utratę własnych osiągnięć [22,23].

Badania prowadzone przez Rak i współpracowników wysoki poziom depersonalizacji potwierdziły u 11,5% ankietowanych, a średni u 33,6% badanych. Natomiast średni i wysoki

poziom wyczerpania emocjonalnego dały u 58% badanych, a niski u pozostałej części ankietowanych. Aż u 97,1% ankietowanych potwierdzono spadek lub brak poczucia własnych osiągnięć [23,24].

Natomiast w badaniach Pytki i współpracowników przeprowadzonych w 2007 roku w hospicjach stacjonarnych województwa mazowieckiego u 66% badanych nie stwierdzono objawów depersonalizacji. Tylko u 1/5 nie zaobserwowano objawów wyczerpania emocjonalnego, a ponad połowa pielęgniarek nie spostrzegła u siebie zmniejszenia potrzeb osobistych dokonań [23].

Z badań własnych wynika, że wysoki lub umiarkowany poziom wyczerpania emocjonalnego stwierdzono u 59,6% ankietowanych. Wysoki lub średni poziom depersonalizacji, czyli bezosobowego stosunku do pacjentów stwierdzono u 58,3% badanych. Poczucie braku osobistych osiągnięć odnotowano u 10,3% pielęgniarek poddanych badaniom.

Ryzyko wystąpienia wypalenia zawodowego rośnie wraz ze wzrostem i nasileniem się sytuacji stresujących w życiu pracownika. W celu unikania stresu i zmniejszania jego negatywnego wpływu, należy stosować różne metody relaksacyjne. Do najczęstszych sposobów radzenia sobie ze stresem według badań Lewandowskiej i Litwin należały wypoczynek bierny i czynny (odpowiednio 27% i 22%) [16].

Natomiast według badań własnych ankietowane pielęgniarki najczęściej zapobiegały wyczerpaniu emocjonalnemu i stresowi poprzez wypoczynek czynny. W grupie pielęgniarek oddziałów zachowawczych najczęściej wymienianą odpowiedzią było oglądanie TV (66,0%) oraz czytanie książek (46,8%). Dość duża część badanych dodatkowo wymieniło spacerowanie jako jedną z metod relaksujących (59,6% ankietowanych). Wśród pielęgniarek oddziałów zabiegowych odpowiedzi były podobne, jednakże różniły się procentowo. Najwięcej pielęgniarek odpoczywa biernie – 67,7% czyta książki, a 62,9% ogląda TV. Niewiele ponad połowa ankietowanych (56,5%) wymieniła spacer, jako metodę zapobiegającą wyczerpaniu emocjonalnemu.

Poziom wypalenia zawodowego jest także uzależniony od sytuacji materialnej oraz warunków finansowych pracownika i jego rodziny. Niskie wynagrodzenie, nieproporcjonalne do wkładanego w pracę wysiłku i odpowiedzialności rodzi w pracownikach frustracje, rozczarowanie i negatywne emocje. W ten sposób prowadzi do rozwoju wypalenia zawodowego [25].

Badania prowadzone w latach 2007 i 2008 przez Cegłę i współpracowników udowodniły, że sytuacja finansowa i wysokość zarobków wpływa na poziom wypalenia

zawodowego u pielęgniarek. Im gorsza sytuacja finansowa i niższe zarobki, tym wyższy poziom wypalenia zawodowego [25].

Analiza badań własnych wykazała, że według subiektywnej oceny warunków finansowych prawie połowa badanych pielęgniarek (48,1%) ma słabą sytuację, a 19,2% złą. Bardzo dobre warunki ma 1,9%, a dobre 30,8% badanych pielęgniarek. Stwierdzono, że poziom wypalenia zawodowego nasilał się wraz z gorszą sytuacją finansową (p=0,01).

Piśmiennictwo

1. Sęk H.: Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie. Wyd. Naukowe PWN, 2006.
2. Szlendak B.: Przejawy, mechanizmy i przyczyny wypalenia zawodowego pielęgniarek. Mag. Pielęg. Położ., 2002, 7, 18 – 21.
3. Henzel-Korzeniewska A.: Wypalenie zawodowe. Fanaberia intelektualna, czy rzeczywisty problem. Lekarz Rodz., 2004, 2, 146 – 150.
4. Leszczyńska A.: Wypalenie zawodowe pielęgniarek. Zaburzone relacje i niedopasowanie. Mag. Pielęg. Położ., 2006, 3, 31 – 32.
5. Anczewska M., Świtaj P., Roszczyńska J.: Wypalenie zawodowe. Post. Psych. Neurol., 2005, 14, 67 – 77.
6. Maslach C., Leiter P. M.: Prawda o wypaleniu zawodowym. Co robić ze stresem w organizacji. Wyd. Naukowe PWN, 2011.
7. Głowacka D.M., Nowakowska I.: Wypalenie zawodowe pielęgniarek – niebezpieczeństwa, koszty i sposoby zapobiegania. Pielęg. Pol., 2006, 2, 126 – 129.
8. Sapilak B.J., Steciwko A.: Wypalenie zawodowe jako problem personelu medycznego stacji dializ. Jak sobie radzić z wypaleniem zawodowym i stresem. Probl. Lek., 2004, 5-7, 100 – 104.
9. Sapilak B. J., Steciwko A.: Wypalenie zawodowe – predyspozycje, objawy, przeciwdziałanie. Pol. Med. Rodz., 2002, 4, 337 – 341.
10. Hamerlińska – Latecka A.: Wypalenie zawodowe zagrożeniem dla służb medycznych. Diabetologia na co dzień , 2010, 3, 36 – 41.
11. Dębska G., Cepuch G.: Uwarunkowania zespołu zawodowego u pielęgniarek. Pol. Med. Rodz., 2004, 6, 93 – 96.

12. Sapilak B.J., Steciwko A.: Wypalenie zawodowe jako problem personelu medycznego stacji dializ. Jak sobie radzić z wypaleniem zawodowym i stresem. Probl. Lek., 2004, 5-7, 100 – 104.
13. Orzechowska A., Talarkowska M., Drozda R., Mirkowska-Pol D.: Zespół wypalenia zawodowego u lekarzy i pielęgniarek. Pol. Merkuriusz Lek., 2008, 506 – 509.
14. Bartkowiak G.: Stres i wypalenie zawodowe pracowników ochrony zdrowia w świetle wyników badań. Przew. Men. Zdr., 2002, 4, 15 – 19.
15. Brożyniak J., Siwińska V., Iłżecka J.: Komu grozi zespół wypalenia. Mag. Pielęg. Położ., 2011, 3, 26 – 27.
16. Lewandowska A., Litwin B.: Wypalenie zawodowe jako zagrożenie w pracy pielęgniarki. Rocznik Pomorskiej Akademii, 2009, 86 – 89.
17. Kobos E., Leńczuk-Gruba A., Idzik A., Sienkiewicz Z.: Rola zakładu pracy w dokształcaniu i doskonaleniu zawodowym w kontekście barier edukacyjnych dostrzeganych przez pielęgniarki. Probl. Pielęg., 2010, 18, 134 – 138.
18. Ramuszewicz M., Krajewska-Kułak E., Rolka H., Łukaszuk C., Kułak W.: Problem wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek operacyjnych. Chirurg. Pol., 2005, 7, 244 – 251.
19. Ogińska J. Żuralska R.: Wypalenie zawodowe wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach neurologicznych. Probl. Pielęg., 2010, 18, 435 – 442.
20. Kobus G., Jarocka I.: Wypalenie zawodowe jako narastający problem wśród pielęgniarek dializacyjnych. Nefrol. Dial. Pol., 2007, 11, 208 – 211.
21. Sapilak B.J., Lach-Jeziorna J., Kurpas D., Hans-Wytrychowska A., Melon-Sapilak M., Steciwko A.: Analiza wypalenia zawodowego wybranych pracowników ochorny zdrowia powiatu kępińskiego. Fam. Med. Primary Care Rev., 2009, 11, 489 – 491.
22. Wilczek-Rużyczka E.: Empatia a wypalenie zawodowe u pracowników ochrony zdrowia. Sztuka Leczenia, 2006, 13, 30 – 49.
23. Pytka D., Doboszyńska A., Sienicka A.: Wypalenie zawodowe pielęgniarek pracujących w wybranych hospicjach stacjonarnych województwa mazowieckiego. Medycyna Paliatywna w Praktyce, 2010, 4, 105 – 111.
24. Rak A., Gaweł G., Kowal A.: Syndrom wypalenia zawodowego u pielęgniarek. Sztuka Leczeni,a 2000, 2, 71 – 76.
25. Cegła B., Dowbór-Dzwonka A., Filanowicz M., Szynkiewicz E., Kędziora-Kornatowska K., Bartuzi Z.: Sytuacja materialna rodzin pielęgniarek a poziom występującego wypalenia zawodowego. Probl. Pieleg., 2010, 18, 393 – 398.

Marcysiak Małgorzata Barbara[1], Dąbrowska Olga[1], Zagroba Małgorzata [1], Marcysiak Miłosz [2]

Potrzeba podmiotowego traktowania pacjenta przez personel medyczny w opinii pielęgniarek

1. Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa i Nauk Społecznych, Wydział Ochrony Zdrowia i Nauk Humanistycznych, PWSZ w Ciechanowie
2. Gabinet Psychologiczny w Ciechanowie

Wstęp

Pojęcie godności jest jednym z centralnych pojęć w etyce pielęgniarskiej. W świetle filozofii chrześcijańskiej godność człowieka wynika z faktu, że jest on stworzony „na obraz i podobieństwo Boga". W ujęciu humanizmu chrześcijańskiego godność jest własnością powszechną, nieredukowalną, niezbywalną i nadprzyrodzoną [1]. Współcześnie termin „godność" używany jest w wielu różnych znaczeniach i kontekstach. Najczęściej mówi się o godności człowieka, poczuciu godności oraz godności osobistej [2]. Godność człowieka należy do podstawowych zagadnień antropologii filozoficznej, wywierających wpływ na rozstrzygnięcia problemów etycznych. W najszerszy znaczeniu rozumie się przez nią wewnętrzną właściwość osoby ludzkiej, która zawiera się w sposób konieczny w jej strukturze bytowej i przez którą osoba ludzka istnieje jako cel, nie zaś tylko jako środek działania [1,2,3]. Tak rozumiana godność osobowa (godność obiektywna) odnosi się w jednakowym stopniu do każdego człowieka, jest nieutracalna, przyrodzona, niezbywalna oraz ściśle związana z prawami osoby. Jest obiektywną normą moralności. Należy ją odróżnić od poczucia godności, bliskiego pojęciu godności osobistej.

Godność osobista (osobowościowa) jest właściwością człowieka, która ma charakter pochodny. Nie przysługuje ona każdemu automatycznie, lecz temu, kto wykazuje się godnością w związku ze swoimi cechami. Jest indywidualnym sposobem postępowania i reagowania na określone okoliczności zewnętrzne. Związana jest z gotowością do obrony uznawanych wartości oraz poświęcenia dla innych osób. W sytuacjach zagrożenia znajduje wyraz w zdolności do obrony swojej tożsamości. Jest to postawa, w której wyróżnić można komponent poznawczy, komponent emocjonalny i komponent behawioralny, a którą, poznajemy poprzez obserwację zachowania człowieka wobec innych ludzi i samego siebie, oraz poprzez analizę tego, do czego dany człowiek dąży, a czego unika [2,4].

Poczucie godności z kolei, to szacunek dla samego siebie, związany z posiadanym i uznawanym przez jednostkę systemem wartości oraz postępowaniem zgodnym z nim. To zaufanie do siebie i swoich możliwości, które ułatwia podejmowanie trudnych, odpowiedzialnych zadań. Poczucie godności wiąże się z wysokim poziomem samoakceptacji, znajomością mocnych i słabych stron, zadowoleniem z posiadanych zalet oraz uznaniem wad bez poczucia klęsk. Poczucie własnej godności skłania do odpowiedzi na pytania egzystencjalne dotyczące celu, sensu i sposobu życia [4].

Godność zakłada poczucie wewnętrznej wolności, podmiotowości, autonomii i odpowiedzialności za siebie i innych. Podmiotowość przenika wszystkie sfery działalności człowieka. Podmiotowość człowieka jest warunkiem jego rozwoju, a jej skala powinna być budowana na poczuciu jednostki, że ma prawo do pełnej akceptacji wartości nadrzędnych i konkretnych w toku wykonywania zadań życiowych. Jest szczególnym aspektem godności każdego człowieka i posiada wiele odniesień aksjologicznych. Autonomia natomiast to prawo do samodecydowania o własnym życiu w sposób wolny od nacisków zewnętrznych. M. Środa i inni autorzy uważają, że bycie autonomicznym w sensie pozytywnym, to posiadanie wartości wewnętrznej, która jest uwarunkowana własną tożsamością, indywidualnością, silną osobowością i własnym systemem wartości [2,5].

Człowiek nabywa i może utracić godność osobistą oraz poczucie godności w interakcji z grupą społeczną, wzorami kultury i oddziaływaniem środków masowego przekazu, w sytuacji obrony własnej tożsamości i systemu przekonań. Rozwój godności związany jest z kreatywnością i aktywnością osoby nakierowaną na innych, w trosce o ich dobro [2,4].

W dyskusjach społecznych na temat opieki zdrowotnej godność pacjenta zajmuje coraz więcej miejsca, a prawo do poszanowania godności osobistej podczas leczenia jest jednym z podstawowych praw pacjenta i człowieka [6]. Obowiązek poszanowania godności pacjenta przez przedstawicieli zawodów medycznych jest dziś zapisany w kodeksach etycznych tych zawodów oraz dokumentach prawnych o charakterze państwowym i międzynarodowym. Sporządzane są również raporty na temat niegodnego traktowania pacjentów w opiece zdrowotnej i pomocy społecznej. Poszanowanie godności człowieka w procesie leczenia może wpływać pozytywnie na jego efekty, bowiem podtrzymuje i wzmacnia poczucie wartości, które jest ważne dla dobrostanu biopsychospołecznego, obniża niezadowolenie, pozwala na podtrzymanie pozytywnych relacji społecznych, co zapobiega poczuciu osamotnienia i odrzucenia. Szczególne znaczenie ma to w warunkach opieki instytucjonalnej (poradnie, szpitale, domy pomocy społecznej, czy hospicja) [4].

Wśród czynników pozwalających na umacnianie godności pacjentów w sytuacji opieki instytucjonalnej wyróżnić można:

- indywidualne i holistyczne podejście do osób starszych z uwzględnieniem ich potrzeb duchowych, społecznych, fizycznych, psychicznych, oczekiwań oraz aspiracji,
- pomoc osobom starszym w podtrzymaniu ich zdolności kontroli zdrowia odpowiednio do poziomu sprawności psychicznych i fizycznych,
- poszanowanie ich dotychczasowego sposobu życia, przyzwyczajeń i tradycji,
- cierpliwość i empatia w rozwiązywaniu problemów,
- wzmacnianie ich autonomii i podtrzymywanie samodzielności [4].

Cel

Celem badań było określenie opinii pielęgniarek na temat potrzeb pacjentów przebywających w szpitalu ze szczególnym uwzględnieniem potrzeby osobowego i podmiotowego traktowania.

Materiał i metoda

Grupę badawczą stanowiło 100 osób – pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących zawodowo w szpitalach i przychodniach na terenie województwa mazowieckiego. Wśród pielęgniarek i pielęgniarzy były 93 kobiety (93%) oraz 7 mężczyzn (7%) w wieku od 30 do 57 lat. Średnia wieku wyniosła 44,6 ± (SD) 6,56 lat. Wśród osób badanych 78% stanowiły osoby pracujące w szpitalu, pozostałe 22% stanowiły osoby pracujące w przychodniach. Średni staż pracy osób badanych wynosił średnio 22,67 ± 8,15 lat. Badania przeprowadzono w 2014 roku w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Ciechanowie oraz w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu w Ciechanowie.

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędzia badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety dotyczący pojęcia empatii w opinii pielęgniarek i pielęgniarzy oraz ich opinii na temat znaczenia empatii w osobistym kontakcie z pacjentem.

Autorski kwestionariusz ankiety składał się z 18 pytań na które badani udzielali odpowiedzi na skali typu likertowskiego. Pytania dotyczyły: opinii pielęgniarek na temat potrzeb pacjenta w szpitalu i jego poczucia godności, godnego traktowania pacjenta przez pielęgniarkę oraz ogólnych opinii i rozumienia przez pielęgniarkę pojęcia godności. Kwestionariusz cechował akceptowalną rzetelnością.

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej oraz statystycznej weryfikacji hipotez. Do porównań średnich użyto test t-Studenta dla prób niezależnych oraz korelację

r- Pearsona. Poziom istotności wnioskowania statystycznego ustalono na p=0,05. Do obliczeń wykorzystano pakiet statystyczny SPSS. W wyniku procedury badawczej otrzymano 100 kompletnych i prawidłowo wypełnionych testów.

Wyniki

Normalność rozkładu wszystkich uwzględnionych zmiennych sprawdzono korzystając z testu nieparametrycznego Kołmogorowa-Smirnova. W przypadku badanych zmiennych brak podstaw do odrzucenia hipotezy o rozkładzie normalnym, w związku z tym przyjęto, że rozkład zmiennych jest rozkładem normalnym.

Średni wynik w skali opinii pielęgniarek na temat potrzeby godnego traktowania przez pacjenta wyniósł 15,63 (SD=3,21). Wynik minimalny wyniósł 6,0 , wynik maksymalny 22,0. Pielęgniarki w większości były skłonne twierdzić, że pacjenci bardziej niż godnego traktowania oczekują pomocy w powrocie do zdrowia (Tab. 1).

Tab.1. Potrzeba godnego traktowania przez pacjenta – statystyki opisowe

	N	Minimum	Maksimum	Średnia	SD
Opinie pielęgniarek na temat potrzeb pacjenta	100	6,00	22,00	15,63	3,21
Godne traktowanie pacjenta przez pielęgniarkę	100	7,00	27,00	19,09	3,46
Rozumienie pojęcia godności przez pielęgniarkę	100	0,00	12,00	6,08	2,39

Według 25% badanych pielęgniarek pacjenci oczekują przede wszystkim leczenia ich dolegliwości, a godne traktowanie jest dla nich mniej istotne. Z takim poglądem nie zgadzało się 52% badanych respondentów, a 23% badanych nie potrafiło udzielić jednoznacznej odpowiedzi (Tab. 2).

Tab. 2. Pacjent bardziej oczekuje od szpitala leczenia dolegliwości niż godnego traktowania

	%
Zdecydowanie się nie zgadzam	25,0
Raczej się nie zgadzam	27,0
Nie mam zdania	23,0
Raczej się zgadzam	11,0
Zdecydowanie się zgadzam	14,0

Według zdecydowanej większości pielęgniarek (87%) najważniejszą wartością i potrzebą dla pacjenta, w trakcie pobytu w szpitalu, jest powrót do zdrowia. Odmiennego zdania jest tylko 3% badanych (Tab. 3)

Tab. 3. Najważniejszy dla pacjenta jest powrót do zdrowia

	%
Zdecydowanie się nie zgadzam	0,0
Raczej się nie zgadzam	3,0
Nie mam zdania	10,0
Raczej się zgadzam	25,0
Zdecydowanie się zgadzam	62,0

Ponad połowa badanych pielęgniarek (51%) zgadzała się z poglądem, że pacjenci nie zawsze oczekują podmiotowego traktowania – w obliczu utraty zdrowia staje się ono dla nich mniej istotną wartością. Z tą opinią nie zgadzało się 15% badanych, a 34% respondentów nie ma zdania na ten temat /(Tab. 4.).

Tab. 4. Pacjenci nie zawsze chcą podmiotowego traktowania

	%
Zdecydowanie się nie zgadzam	8,0
Raczej się nie zgadzam	7,0
Nie mam zdania	34,0
Raczej się zgadzam	35,0
Zdecydowanie się zgadzam	16,0

Według 71% badanych, pacjenci wykazują skłonność do instrumentalnego traktowania pielęgniarek i pielęgniarzy. W opinii i odczuciach pielęgniarek pacjenci mają tendencję do traktowania ich jak narzędzi służących w procesie powrotu do zdrowia. Inne odczucia ma 9% badanych. 20% nie potrafi jednoznacznie odpowiedzieć na to pytanie (Tab. 5.)

Druga grupa pytań w ankiecie dotyczyła opinii pielęgniarek na temat godnego traktowania pacjentów. Średni wynik w skali godnego traktowania pacjentów przez

pielęgniarkę wyniósł 19,09, (SD=3,46). Wynik minimalny wyniósł 7,0 , a wynik maksymalny 27,0. Pielęgniarki w większości deklarują szanowanie godności pacjenta.

Tab. 5. Pacjenci mają skłonność do instrumentalnego traktowania pielęgniarek i pielęgniarzy

	%
Zdecydowanie się nie zgadzam	3,0
Raczej się nie zgadzam	6,0
Nie mam zdania	30,0
Raczej się zgadzam	33,0
Zdecydowanie się zgadzam	38,0

Zdecydowana większość pielęgniarek (94%) deklarowała, że zawsze bez względu na okoliczności szanuje pacjenta i jego godność osobistą. 6% badanych respondentów udziela odmiennych odpowiedzi (Tab. 6).

Tab. 6. Zawsze szanuję godność pacjenta

	%
Zdecydowanie się nie zgadzam	1,0
Raczej się nie zgadzam	0,0
Nie mam zdania	5,0
Raczej się zgadzam	17,0
Zdecydowanie się zgadzam	77,0

59% badanych pielęgniarek deklaruje, że zawsze traktuje lub stara się traktować pacjenta – podmiot opieki, jako drugą osobę. Przeciwnego zdania było 14% badanych. 27% badanych respondentów nie potrafiło udzielić odpowiedzi na to pytanie (Tab. 6).

Jedna czwarta badanych – 25% pielęgniarek deklarowała, że zdarza im się traktować pacjentów w sposób przedmiotowy. Niemal połowa (44%) respondentów deklarowała, że nigdy lub prawie nigdy nie zdarzyło im się podejść do pacjenta w taki sposób, zaś 31% pielęgniarek ma trudności z udzieleniem jednoznacznej odpowiedzi (Tab. 8).

Tab. 7. Pacjenta taktuję jak drugą osobę – podmiot opieki

	%
Zdecydowanie się nie zgadzam	5,7
Raczej się nie zgadzam	8,0
Nie mam zdania	27,6
Raczej się zgadzam	27,6
Zdecydowanie się zgadzam	31,0

Tab. 8. Zdarza mi się przedmiotowo podchodzić do pacjentów

	%
Zdecydowanie się nie zgadzam	22,0
Raczej się nie zgadzam	22,0
Nie mam zdania	31,0
Raczej się zgadzam	20,0
Zdecydowanie się zgadzam	5,0

Jedna trzecia pielęgniarek widzi konieczność i potrzebę pracy nad swoim podejściem do pacjenta i jego ewentualną weryfikację. Jedna trzecia badanych nie widzi takiej konieczności, a kolejna jedna trzecia nie ma zdania na ten temat (Tab. 9).

Tab. 9. Muszę pracować nad moimi podejściem do pacjenta

	%
Zdecydowanie się nie zgadzam	12,0
Raczej się nie zgadzam	21,0
Nie mam zdania	32,0
Raczej się zgadzam	20,0
Zdecydowanie się zgadzam	14,0

Ostatnia grupa pytań dotyczyła rozumienia przez pielęgniarki pojęcia godności. Średni wynik w skali rozumienia pojęcia godności wyniósł 6,08 (SD=2,39), wynik minimalny

wyniósł 0,0 a maksymalny 12,0. Zdania na temat rozumienia godności w badanej grupie były podzielone.

Zdecydowana większość pielęgniarek (72%) twierdziło, że zagadnienia związane z godnością pacjenta są dla nich jasne i zrozumiałe. Przeciwnego zdania jest 7 % ankietowanych, a 21% badanych nie potrafi udzielić jednoznacznej odpowiedzi na to pytanie (Tab. 10).

Tab. 10. Zagadnienia związane z godnością pacjenta są jasne i zrozumiałe

	%
Zdecydowanie się nie zgadzam	2,0
Raczej się nie zgadzam	5,0
Nie mam zdania	21,0
Raczej się zgadzam	39,0
Zdecydowanie się zgadzam	33,0

34% badanych uważa, że wypowiedzi na temat godności pacjenta obecne np.: w podręcznikach pielęgniarstwa były zbyt ogólne i mało precyzyjnie sformułowane. 20% badanych ma odmienne zdanie na ten temat, a aż 46% nie potrafi udzielić odpowiedzi na to pytanie (Tab. 11).

Tab. 11. Wypowiedzi na temat godności pacjenta często są ogólne i mało precyzyjne

	%
Zdecydowanie się nie zgadzam	5,0
Raczej się nie zgadzam	15,0
Nie mam zdania	46,0
Raczej się zgadzam	26,0
Zdecydowanie się zgadzam	8,0

70% badanych respondentów twierdziło, że rozumie czym jest godność pacjenta. Trudności ze zrozumieniem istoty pojęcia godności wskazuje 13% pielęgniarek, a 17% nie udzieliło jednoznacznej odpowiedzi na pytanie (Tab. 12).

Tab. 12. Nie do końca rozumiem, czy jest godność pacjenta

	%
Zdecydowanie się nie zgadzam	48,0
Raczej się nie zgadzam	22,0
Nie mam zdania	17,0
Raczej się zgadzam	8,0
Zdecydowanie się zgadzam	5,0

Badane zmienne (opinii pielęgniarek na temat potrzeb pacjenta w szpitalu i jego poczucia godności, godnego traktowania pacjenta przez pielęgniarkę oraz ogólnych opinii i rozumienia przez pielęgniarkę pojęcia godności) nie korelują istotnie z wiekiem i stażem pracy ($p>0,05$).

Istnieją istotne statystycznie związki pomiędzy rozumieniem pojęcia godności, a postrzeganiem potrzeb pacjenta i jego godnego traktowania przez pielęgniarkę. Niski poziom rozumienia pojęcia godności wiąże się z jej niedostrzeganiem w potrzebach pacjenta oraz deklarowanym mniej godnym i bardziej przedmiotowym traktowaniem chorych ($p<0,05$).

Tab. 13. Postrzeganie godności pacjenta a wiek i staż pracy (r-Pearsona)

Zmienna	WIEK	STAZ	GOD1	GOD2	GOD3
WIEK	1				
	p=-----				
STAZ	0,899*	1			
	0,000	p=-----			
GOD1	0,097	0,063	1		
	0,371	0,560	p=-----		
GOD2	0,056	0,051	0,012	1	
	0,604	0,640	0,909	p=-----	
GOD3	-0,042	-0,060	0,220*	-0,329*	1
	0,702	0,581	0,041	0,002	p=-----

Podano współczynniki korelacji r. Gwiazdkami oznaczono istotność r, * - $p<0,05$.
GOD1 – postrzeganie potrzeb pacjenta, GOD2 – godna opieka nad pacjentem, GOD3 – rozumienie pojęcia godności

Dyskusja

Mimo przeprowadzenia kwerendy nie udało się znaleźć badań dotyczących omawianych aspektów poczucia godności.

W powszechnej opinii – co widać na przykładzie licznych referatów wygłaszanych na konferencjach naukowych dotyczących godności i godnego traktowania, panuje przekonanie, że godne traktowanie jest bardzo ważnym aspektem opieki nad pacjentem i elementem jego oczekiwań. Niniejsze badania dotyczą opinii pielęgniarek na temat potrzeb pacjenta i jego oczekiwań w stosunku do jakości sprawowanej opieki.

Godność człowieka postrzegana jest w literaturze przedmiotu jako jego najcenniejsze dobro i największa wartość, a prawo do poszanowania godności uznawane jest za jedno z najważniejszych praw człowieka, w tym człowieka chorego. Powinno to znaleźć odzwierciedlenie w opiece medycznej, w odniesieniu do osób hospitalizowanych, ze szczególnym uwzględnieniem starszych pacjentów [7, 8]. Wroński badał satysfakcję pacjentów dotyczącą godnego traktowania przez lekarzy stomatologów [6] i personel ZOZ [9]. Wśród 265 pacjentów stomatologicznych – 95% badanych stwierdziło, że personel odnosił się do nich z poszanowaniem godności, z kolei w grupie 700 pacjentów ZOZ – aż 98% przyznało, że ich poczucie godności było szanowane przez personel medyczny w trakcie różnych procedur medycznych. Większość pacjentów czuje się godnie traktowana. W przedstawionych badaniach zdecydowana większość pielęgniarek deklaruje, że zawsze stara się podchodzić do pacjenta szanując jego godność.

Jak wynika z różnych badań, podstawową poszanowania godności osobowej jest szacunek dla wszystkich aspektów egzystencji człowieka. Dlatego też, istotne znaczenie w opiece nad osobą starszą ma jego okazywanie oraz postawa współodczuwająca (empatia), która koncentruje się na osobie. Cechuje ją w opiece relacja podmiotowo-podmiotowa, która przejawia się w rozumieniu, a nie ocenianiu osoby; akceptowaniu jej taką, jaka jest. W piśmiennictwie związanym z niniejszą tematyką wskazuje się, że wśród pacjentów – zwłaszcza pacjentów w wieku starszym istnieje silna potrzeba bycia traktowanym w sposób godny. Oprócz dążenia przez osoby starsze do podtrzymywania własnej godności, wyraża się ona również w postawie wobec innych – opiekunów, lekarzy, pielęgniarki, rodziny [4, 11].

Marcysiak w nieopublikowanych badania [10] przeprowadzanych wśród 89 pielęgniarek i pielęgniarzy wykazała, że przestrzeganie godności pacjenta w wieku starszym w opinii pielęgniarek pozostaje na przeciętnym poziomie. Pielęgniarki, które wzięły udział w omawianych badaniu, mówiąc o godności pacjenta w starszym wieku, najczęściej miały na myśli godność osobową, przysługującą z definicji każdej osobie ludzkiej. Najrzadziej

odnosiły się zaś do godności rozumianej jako szacunek należy za zasługi – ze względu na status społeczny, osiągnięcia, pełnione role. Zmiana tego stanu rzeczy wymaga zwiększenia profesjonalizmu przedstawicieli tego zawodu oraz uwzględnienia w procesie kształcenia etycznych aspektów opieki geriatrycznej. Jest to szczególnie pilne w świetle wyzwań wynikających z niekorzystnej sytuacji demograficznej oraz oczekiwań społecznych.

Wnioski

1. Osobowe traktowanie w opinii pielęgniarek jest ważnym elementem postawy w stosunku do pacjenta przebywającego w szpitalu.
2. Pielęgniarki deklarują, że godnie traktują swoich pacjentów, część z nich dostrzega jednak potrzebę doskonalenia i kształtowania swoich postaw.
3. Pielęgniarki nie mają precyzyjnej wiedzy na temat pojęcia godności – w ich rozumieniu czasem ten termin jest niejasny. Niska świadomość pojęcia godności skutkuje mniejszym postrzeganiem jej w pracy z pacjentem, dlatego należy dążyć do bardziej precyzyjnego, opartego na praktycznym materiale (np. z wykorzystaniem metody studium przypadku) przekazywania informacji nt. godności pacjenta.

Piśmiennictwo

1. Jan Paweł II, Godność. Antologia tekstów. Wybór i opracowanie: K. Gryz. Wydawnictwo PK, Kraków, 2011.
2. Środa M.: Etyka dla myślących. Wyd. Czarna Owca, Warszawa, 2010.
3. Honderich R.: Encyklopedia filozofii. Wyd., Zysk i S-ka, Poznań, 1998.
4. Steuden S.: Psychologia starzenia się i starości. Wyd.Naukowe PWN, Warszawa, 2011.
5. Szczupał B., Godność osoby z niepełnosprawnością. Wyd. Naukowe AKAPIT, Kraków, 2009.
6. Wroński K., Bocian R., Depta A.: Czy prawo pacjenta do poszanowania godności podczas udzielania świadczeń stomatologicznych jest przestrzegane przez lekarzy dentystów? Prawne aspekty związane z prawem pacjenta do poszanowania godności w Polsce., Stomatol. Wsp., 2010, 17, 26-30.
7. Wroński K.: Prawo chorego do poszanowania godności podczas pobytu w szpitalu. Wsp. Onkol., 2008, 12, 35-37.

8. Muszalik M., Kędziora-Kornatowska K., Ciosek A.: Problemy związane z adaptacją oraz oczekiwania hospitalizowanych osób w starszym wieku. Gerontol. Pol., 2008, 16, 41-46.
9. Wroński K,, Bocian R., Depta A. i wsp.: Czy prawo pacjenta do poszanowania godności podczas udzielania świadczeń medycznych jest przestrzegane przez personel Zakładów Opieki Zdrowotnej? Prawne aspekty związane z poszanowaniem godności pacjenta podczas pobytu w zakładzie opieki zdrowotnej w Polsce., Med. Rodz., 2009, 12, 54-60.
10. Marcysiak M.: Etyczne aspekty opieki nad człowiekiem starszym dementywnym w opinii pielęgniarek (własne badania nieopublikowane)
11. Rogala S.: Postrzeganie ludzi starych i ich oczekiwań. [w:] Wybrane problemy procesu starzenia się człowieka: materiały z konferencji naukowej – Opole, 2007, 99-115.

Marcysiak Małgorzata Barbara[1], Dąbrowska Olga[1], Zagroba Małgorzata [1], Marcysiak Miłosz [2]

Potrzeba podmiotowego traktowania pacjenta przez personel medyczny w opinii pielęgniarek

1. Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa i Nauk Społecznych, Wydział Ochrony Zdrowia i Nauk Humanistycznych, PWSZ w Ciechanowie
2. Gabinet Psychologiczny w Ciechanowie

Wstęp

Pojęcie godności jest jednym z centralnych pojęć w etyce pielęgniarskiej. W świetle filozofii chrześcijańskiej godność człowieka wynika z faktu, że jest on stworzony „na obraz i podobieństwo Boga". W ujęciu humanizmu chrześcijańskiego godność jest własnością powszechną, nieredukowalną, niezbywalną i nadprzyrodzoną [1]. Współcześnie termin „godność" używany jest w wielu różnych znaczeniach i kontekstach. Najczęściej mówi się o godności człowieka, poczuciu godności oraz godności osobistej [2]. Godność człowieka należy do podstawowych zagadnień antropologii filozoficznej, wywierających wpływ na rozstrzygnięcia problemów etycznych. W najszerszy znaczeniu rozumie się przez nią wewnętrzną właściwość osoby ludzkiej, która zawiera się w sposób konieczny w jej strukturze bytowej i przez którą osoba ludzka istnieje jako cel, nie zaś tylko jako środek działania [1,2,3]. Tak rozumiana godność osobowa (godność obiektywna) odnosi się w jednakowym stopniu do każdego człowieka, jest nieutracalna, przyrodzona, niezbywalna oraz ściśle związana z prawami osoby. Jest obiektywną normą moralności. Należy ją odróżnić od poczucia godności, bliskiego pojęciu godności osobistej.

Godność osobista (osobowościowa) jest właściwością człowieka, która ma charakter pochodny. Nie przysługuje ona każdemu automatycznie, lecz temu, kto wykazuje się godnością w związku ze swoimi cechami. Jest indywidualnym sposobem postępowania i reagowania na określone okoliczności zewnętrzne. Związana jest z gotowością do obrony uznawanych wartości oraz poświęcenia dla innych osób. W sytuacjach zagrożenia znajduje wyraz w zdolności do obrony swojej tożsamości. Jest to postawa, w której wyróżnić można komponent poznawczy, komponent emocjonalny i komponent behawioralny, a którą, poznajemy poprzez obserwację zachowania człowieka wobec innych ludzi i samego siebie, oraz poprzez analizę tego, do czego dany człowiek dąży, a czego unika [2,4].

Poczucie godności z kolei, to szacunek dla samego siebie, związany z posiadanym i uznawanym przez jednostkę systemem wartości oraz postępowaniem zgodnym z nim. To zaufanie do siebie i swoich możliwości, które ułatwia podejmowanie trudnych, odpowiedzialnych zadań. Poczucie godności wiąże się z wysokim poziomem samoakceptacji, znajomością mocnych i słabych stron, zadowoleniem z posiadanych zalet oraz uznaniem wad bez poczucia klęsk. Poczucie własnej godności skłania do odpowiedzi na pytania egzystencjalne dotyczące celu, sensu i sposobu życia [4].

Godność zakłada poczucie wewnętrznej wolności, podmiotowości, autonomii i odpowiedzialności za siebie i innych. Podmiotowość przenika wszystkie sfery działalności człowieka. Podmiotowość człowieka jest warunkiem jego rozwoju, a jej skala powinna być budowana na poczuciu jednostki, że ma prawo do pełnej akceptacji wartości nadrzędnych i konkretnych w toku wykonywania zadań życiowych. Jest szczególnym aspektem godności każdego człowieka i posiada wiele odniesień aksjologicznych. Autonomia natomiast to prawo do samodecydowania o własnym życiu w sposób wolny od nacisków zewnętrznych. M. Środa i inni autorzy uważają, że bycie autonomicznym w sensie pozytywnym, to posiadanie wartości wewnętrznej, która jest uwarunkowana własną tożsamością, indywidualnością, silną osobowością i własnym systemem wartości [2,5].

Człowiek nabywa i może utracić godność osobistą oraz poczucie godności w interakcji z grupą społeczną, wzorami kultury i oddziaływaniem środków masowego przekazu, w sytuacji obrony własnej tożsamości i systemu przekonań. Rozwój godności związany jest z kreatywnością i aktywnością osoby nakierowaną na innych, w trosce o ich dobro [2,4].

W dyskusjach społecznych na temat opieki zdrowotnej godność pacjenta zajmuje coraz więcej miejsca, a prawo do poszanowania godności osobistej podczas leczenia jest jednym z podstawowych praw pacjenta i człowieka [6]. Obowiązek poszanowania godności pacjenta przez przedstawicieli zawodów medycznych jest dziś zapisany w kodeksach etycznych tych zawodów oraz dokumentach prawnych o charakterze państwowym i międzynarodowym. Sporządzane są również raporty na temat niegodnego traktowania pacjentów w opiece zdrowotnej i pomocy społecznej. Poszanowanie godności człowieka w procesie leczenia może wpływać pozytywnie na jego efekty, bowiem podtrzymuje i wzmacnia poczucie wartości, które jest ważne dla dobrostanu biopsychospołecznego, obniża niezadowolenie, pozwala na podtrzymanie pozytywnych relacji społecznych, co zapobiega poczuciu osamotnienia i odrzucenia. Szczególne znaczenie ma to w warunkach opieki instytucjonalnej (poradnie, szpitale, domy pomocy społecznej, czy hospicja) [4].

Wśród czynników pozwalających na umacnianie godności pacjentów w sytuacji opieki instytucjonalnej wyróżnić można:

- indywidualne i holistyczne podejście do osób starszych z uwzględnieniem ich potrzeb duchowych, społecznych, fizycznych, psychicznych, oczekiwań oraz aspiracji,
- pomoc osobom starszym w podtrzymaniu ich zdolności kontroli zdrowia odpowiednio do poziomu sprawności psychicznych i fizycznych,
- poszanowanie ich dotychczasowego sposobu życia, przyzwyczajeń i tradycji,
- cierpliwość i empatia w rozwiązywaniu problemów,
- wzmacnianie ich autonomii i podtrzymywanie samodzielności [4].

Cel

Celem badań było określenie opinii pielęgniarek na temat potrzeb pacjentów przebywających w szpitalu ze szczególnym uwzględnieniem potrzeby osobowego i podmiotowego traktowania.

Materiał i metoda

Grupę badawczą stanowiło 100 osób – pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących zawodowo w szpitalach i przychodniach na terenie województwa mazowieckiego. Wśród pielęgniarek i pielęgniarzy były 93 kobiety (93%) oraz 7 mężczyzn (7%) w wieku od 30 do 57 lat. Średnia wieku wyniosła 44,6 ± (SD) 6,56 lat. Wśród osób badanych 78% stanowiły osoby pracujące w szpitalu, pozostałe 22% stanowiły osoby pracujące w przychodniach. Średni staż pracy osób badanych wynosił średnio 22,67 ± 8,15 lat. Badania przeprowadzono w 2014 roku w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Ciechanowie oraz w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu w Ciechanowie.

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędzia badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety dotyczący pojęcia empatii w opinii pielęgniarek i pielęgniarzy oraz ich opinii na temat znaczenia empatii w osobistym kontakcie z pacjentem.

Autorski kwestionariusz ankiety składał się z 18 pytań na które badani udzielali odpowiedzi na skali typu likertowskiego. Pytania dotyczyły: opinii pielęgniarek na temat potrzeb pacjenta w szpitalu i jego poczucia godności, godnego traktowania pacjenta przez pielęgniarkę oraz ogólnych opinii i rozumienia przez pielęgniarkę pojęcia godności. Kwestionariusz cechował akceptowalną rzetelnością.

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej oraz statystycznej weryfikacji hipotez. Do porównań średnich użyto test t-Studenta dla prób niezależnych oraz korelację

r- Pearsona. Poziom istotności wnioskowania statystycznego ustalono na p=0,05. Do obliczeń wykorzystano pakiet statystyczny SPSS. W wyniku procedury badawczej otrzymano 100 kompletnych i prawidłowo wypełnionych testów.

Wyniki

Normalność rozkładu wszystkich uwzględnionych zmiennych sprawdzono korzystając z testu nieparametrycznego Kołmogorowa-Smirnova. W przypadku badanych zmiennych brak podstaw do odrzucenia hipotezy o rozkładzie normalnym, w związku z tym przyjęto, że rozkład zmiennych jest rozkładem normalnym.

Średni wynik w skali opinii pielęgniarek na temat potrzeby godnego traktowania przez pacjenta wyniósł 15,63 (SD=3,21). Wynik minimalny wyniósł 6,0 , wynik maksymalny 22,0. Pielęgniarki w większości były skłonne twierdzić, że pacjenci bardziej niż godnego traktowania oczekują pomocy w powrocie do zdrowia (Tab. 1).

Tab.1. Potrzeba godnego traktowania przez pacjenta – statystyki opisowe

	N	Minimum	Maksimum	Średnia	SD
Opinie pielęgniarek na temat potrzeb pacjenta	100	6,00	22,00	15,63	3,21
Godne traktowanie pacjenta przez pielęgniarkę	100	7,00	27,00	19,09	3,46
Rozumienie pojęcia godności przez pielęgniarkę	100	0,00	12,00	6,08	2,39

Według 25% badanych pielęgniarek pacjenci oczekują przede wszystkim leczenia ich dolegliwości, a godne traktowanie jest dla nich mniej istotne. Z takim poglądem nie zgadzało się 52% badanych respondentów, a 23% badanych nie potrafiło udzielić jednoznacznej odpowiedzi (Tab. 2).

Tab. 2. Pacjent bardziej oczekuje od szpitala leczenia dolegliwości niż godnego traktowania

	%
Zdecydowanie się nie zgadzam	25,0
Raczej się nie zgadzam	27,0
Nie mam zdania	23,0
Raczej się zgadzam	11,0
Zdecydowanie się zgadzam	14,0

Według zdecydowanej większości pielęgniarek (87%) najważniejszą wartością i potrzebą dla pacjenta, w trakcie pobytu w szpitalu, jest powrót do zdrowia. Odmiennego zdania jest tylko 3% badanych (Tab. 3)

Tab. 3. Najważniejszy dla pacjenta jest powrót do zdrowia

	%
Zdecydowanie się nie zgadzam	0,0
Raczej się nie zgadzam	3,0
Nie mam zdania	10,0
Raczej się zgadzam	25,0
Zdecydowanie się zgadzam	62,0

Ponad połowa badanych pielęgniarek (51%) zgadzała się z poglądem, że pacjenci nie zawsze oczekują podmiotowego traktowania – w obliczu utraty zdrowia staje się ono dla nich mniej istotną wartością. Z tą opinią nie zgadzało się 15% badanych, a 34% respondentów nie ma zdania na ten temat /(Tab. 4.).

Tab. 4. Pacjenci nie zawsze chcą podmiotowego traktowania

	%
Zdecydowanie się nie zgadzam	8,0
Raczej się nie zgadzam	7,0
Nie mam zdania	34,0
Raczej się zgadzam	35,0
Zdecydowanie się zgadzam	16,0

Według 71% badanych, pacjenci wykazują skłonność do instrumentalnego traktowania pielęgniarek i pielęgniarzy. W opinii i odczuciach pielęgniarek pacjenci mają tendencję do traktowania ich jak narzędzi służących w procesie powrotu do zdrowia. Inne odczucia ma 9% badanych. 20% nie potrafi jednoznacznie odpowiedzieć na to pytanie (Tab. 5.)

Druga grupa pytań w ankiecie dotyczyła opinii pielęgniarek na temat godnego traktowania pacjentów. Średni wynik w skali godnego traktowania pacjentów przez

pielęgniarkę wyniósł 19,09, (SD=3,46). Wynik minimalny wyniósł 7,0 , a wynik maksymalny 27,0. Pielęgniarki w większości deklarują szanowanie godności pacjenta.

Tab. 5. Pacjenci mają skłonność do instrumentalnego traktowania pielęgniarek i pielęgniarzy

	%
Zdecydowanie się nie zgadzam	3,0
Raczej się nie zgadzam	6,0
Nie mam zdania	30,0
Raczej się zgadzam	33,0
Zdecydowanie się zgadzam	38,0

Zdecydowana większość pielęgniarek (94%) deklarowała, że zawsze bez względu na okoliczności szanuje pacjenta i jego godność osobistą. 6% badanych respondentów udziela odmiennych odpowiedzi (Tab. 6).

Tab. 6. Zawsze szanuję godność pacjenta

	%
Zdecydowanie się nie zgadzam	1,0
Raczej się nie zgadzam	0,0
Nie mam zdania	5,0
Raczej się zgadzam	17,0
Zdecydowanie się zgadzam	77,0

59% badanych pielęgniarek deklaruje, że zawsze traktuje lub stara się traktować pacjenta – podmiot opieki, jako drugą osobę. Przeciwnego zdania było 14% badanych. 27% badanych respondentów nie potrafiło udzielić odpowiedzi na to pytanie (Tab. 6).

Jedna czwarta badanych – 25% pielęgniarek deklarowała, że zdarza im się traktować pacjentów w sposób przedmiotowy. Niemal połowa (44%) respondentów deklarowała, że nigdy lub prawie nigdy nie zdarzyło im się podejść do pacjenta w taki sposób, zaś 31% pielęgniarek ma trudności z udzieleniem jednoznacznej odpowiedzi (Tab. 8).

Tab. 7. Pacjenta taktuję jak drugą osobę – podmiot opieki

	%
Zdecydowanie się nie zgadzam	5,7
Raczej się nie zgadzam	8,0
Nie mam zdania	27,6
Raczej się zgadzam	27,6
Zdecydowanie się zgadzam	31,0

Tab. 8. Zdarza mi się przedmiotowo podchodzić do pacjentów

	%
Zdecydowanie się nie zgadzam	22,0
Raczej się nie zgadzam	22,0
Nie mam zdania	31,0
Raczej się zgadzam	20,0
Zdecydowanie się zgadzam	5,0

Jedna trzecia pielęgniarek widzi konieczność i potrzebę pracy nad swoim podejściem do pacjenta i jego ewentualną weryfikację. Jedna trzecia badanych nie widzi takiej konieczności, a kolejna jedna trzecia nie ma zdania na ten temat (Tab. 9).

Tab. 9. Muszę pracować nad moimi podejściem do pacjenta

	%
Zdecydowanie się nie zgadzam	12,0
Raczej się nie zgadzam	21,0
Nie mam zdania	32,0
Raczej się zgadzam	20,0
Zdecydowanie się zgadzam	14,0

Ostatnia grupa pytań dotyczyła rozumienia przez pielęgniarki pojęcia godności. Średni wynik w skali rozumienia pojęcia godności wyniósł 6,08 (SD=2,39), wynik minimalny

wyniósł 0,0 a maksymalny 12,0. Zdania na temat rozumienia godności w badanej grupie były podzielone.

Zdecydowana większość pielęgniarek (72%) twierdziło, że zagadnienia związane z godnością pacjenta są dla nich jasne i zrozumiałe. Przeciwnego zdania jest 7 % ankietowanych, a 21% badanych nie potrafi udzielić jednoznacznej odpowiedzi na to pytanie (Tab. 10).

Tab. 10. Zagadnienia związane z godnością pacjenta są jasne i zrozumiałe

	%
Zdecydowanie się nie zgadzam	2,0
Raczej się nie zgadzam	5,0
Nie mam zdania	21,0
Raczej się zgadzam	39,0
Zdecydowanie się zgadzam	33,0

34% badanych uważa, że wypowiedzi na temat godności pacjenta obecne np.: w podręcznikach pielęgniarstwa były zbyt ogólne i mało precyzyjnie sformułowane. 20% badanych ma odmienne zdanie na ten temat, a aż 46% nie potrafi udzielić odpowiedzi na to pytanie (Tab. 11).

Tab. 11. Wypowiedzi na temat godności pacjenta często są ogólne i mało precyzyjne

	%
Zdecydowanie się nie zgadzam	5,0
Raczej się nie zgadzam	15,0
Nie mam zdania	46,0
Raczej się zgadzam	26,0
Zdecydowanie się zgadzam	8,0

70% badanych respondentów twierdziło, że rozumie czym jest godność pacjenta. Trudności ze zrozumieniem istoty pojęcia godności wskazuje 13% pielęgniarek, a 17% nie udzieliło jednoznacznej odpowiedzi na pytanie (Tab. 12).

Tab. 12. Nie do końca rozumiem, czy jest godność pacjenta

	%
Zdecydowanie się nie zgadzam	48,0
Raczej się nie zgadzam	22,0
Nie mam zdania	17,0
Raczej się zgadzam	8,0
Zdecydowanie się zgadzam	5,0

Badane zmienne (opinii pielęgniarek na temat potrzeb pacjenta w szpitalu i jego poczucia godności, godnego traktowania pacjenta przez pielęgniarkę oraz ogólnych opinii i rozumienia przez pielęgniarkę pojęcia godności) nie korelują istotnie z wiekiem i stażem pracy ($p>0,05$).

Istnieją istotne statystycznie związki pomiędzy rozumieniem pojęcia godności, a postrzeganiem potrzeb pacjenta i jego godnego traktowania przez pielęgniarkę. Niski poziom rozumienia pojęcia godności wiąże się z jej niedostrzeganiem w potrzebach pacjenta oraz deklarowanym mniej godnym i bardziej przedmiotowym traktowaniem chorych ($p<0,05$).

Tab. 13. Postrzeganie godności pacjenta a wiek i staż pracy (r-Pearsona)

Zmienna	WIEK	STAZ	GOD1	GOD2	GOD3
WIEK	1				
	p=-----				
STAZ	0,899*	1			
	0,000	p=-----			
GOD1	0,097	0,063	1		
	0,371	0,560	p=-----		
GOD2	0,056	0,051	0,012	1	
	0,604	0,640	0,909	p=-----	
GOD3	-0,042	-0,060	0,220*	-0,329*	1
	0,702	0,581	0,041	0,002	p=-----

Podano współczynniki korelacji r. Gwiazdkami oznaczono istotność r, * - $p<0,05$.
GOD1 – postrzeganie potrzeb pacjenta, GOD2 – godna opieka nad pacjentem, GOD3 – rozumienie pojęcia godności

Dyskusja

Mimo przeprowadzenia kwerendy nie udało się znaleźć badań dotyczących omawianych aspektów poczucia godności.

W powszechnej opinii – co widać na przykładzie licznych referatów wygłaszanych na konferencjach naukowych dotyczących godności i godnego traktowania, panuje przekonanie, że godne traktowanie jest bardzo ważnym aspektem opieki nad pacjentem i elementem jego oczekiwań. Niniejsze badania dotyczą opinii pielęgniarek na temat potrzeb pacjenta i jego oczekiwań w stosunku do jakości sprawowanej opieki.

Godność człowieka postrzegana jest w literaturze przedmiotu jako jego najcenniejsze dobro i największa wartość, a prawo do poszanowania godności uznawane jest za jedno z najważniejszych praw człowieka, w tym człowieka chorego. Powinno to znaleźć odzwierciedlenie w opiece medycznej, w odniesieniu do osób hospitalizowanych, ze szczególnym uwzględnieniem starszych pacjentów [7, 8]. Wroński badał satysfakcję pacjentów dotyczącą godnego traktowania przez lekarzy stomatologów [6] i personel ZOZ [9]. Wśród 265 pacjentów stomatologicznych – 95% badanych stwierdziło, że personel odnosił się do nich z poszanowaniem godności, z kolei w grupie 700 pacjentów ZOZ – aż 98% przyznało, że ich poczucie godności było szanowane przez personel medyczny w trakcie różnych procedur medycznych. Większość pacjentów czuje się godnie traktowana. W przedstawionych badaniach zdecydowana większość pielęgniarek deklaruje, że zawsze stara się podchodzić do pacjenta szanując jego godność.

Jak wynika z różnych badań, podstawową poszanowania godności osobowej jest szacunek dla wszystkich aspektów egzystencji człowieka. Dlatego też, istotne znaczenie w opiece nad osobą starszą ma jego okazywanie oraz postawa współodczuwająca (empatia), która koncentruje się na osobie. Cechuje ją w opiece relacja podmiotowo-podmiotowa, która przejawia się w rozumieniu, a nie ocenianiu osoby; akceptowaniu jej taką, jaka jest. W piśmiennictwie związanym z niniejszą tematyką wskazuje się, że wśród pacjentów – zwłaszcza pacjentów w wieku starszym istnieje silna potrzeba bycia traktowanym w sposób godny. Oprócz dążenia przez osoby starsze do podtrzymywania własnej godności, wyraża się ona również w postawie wobec innych – opiekunów, lekarzy, pielęgniarki, rodziny [4, 11].

Marcysiak w nieopublikowanych badania [10] przeprowadzanych wśród 89 pielęgniarek i pielęgniarzy wykazała, że przestrzeganie godności pacjenta w wieku starszym w opinii pielęgniarek pozostaje na przeciętnym poziomie. Pielęgniarki, które wzięły udział w omawianych badaniu, mówiąc o godności pacjenta w starszym wieku, najczęściej miały na myśli godność osobową, przysługującą z definicji każdej osobie ludzkiej. Najrzadziej

odnosiły się zaś do godności rozumianej jako szacunek należy za zasługi – ze względu na status społeczny, osiągnięcia, pełnione role. Zmiana tego stanu rzeczy wymaga zwiększenia profesjonalizmu przedstawicieli tego zawodu oraz uwzględnienia w procesie kształcenia etycznych aspektów opieki geriatrycznej. Jest to szczególnie pilne w świetle wyzwań wynikających z niekorzystnej sytuacji demograficznej oraz oczekiwań społecznych.

Wnioski

1. Osobowe traktowanie w opinii pielęgniarek jest ważnym elementem postawy w stosunku do pacjenta przebywającego w szpitalu.
2. Pielęgniarki deklarują, że godnie traktują swoich pacjentów, część z nich dostrzega jednak potrzebę doskonalenia i kształtowania swoich postaw.
3. Pielęgniarki nie mają precyzyjnej wiedzy na temat pojęcia godności – w ich rozumieniu czasem ten termin jest niejasny. Niska świadomość pojęcia godności skutkuje mniejszym postrzeganiem jej w pracy z pacjentem, dlatego należy dążyć do bardziej precyzyjnego, opartego na praktycznym materiale (np. z wykorzystaniem metody studium przypadku) przekazywania informacji nt. godności pacjenta.

Piśmiennictwo

1. Jan Paweł II, Godność. Antologia tekstów. Wybór i opracowanie: K. Gryz. Wydawnictwo PK, Kraków, 2011.
2. Środa M.: Etyka dla myślących. Wyd. Czarna Owca, Warszawa, 2010.
3. Honderich R.: Encyklopedia filozofii. Wyd., Zysk i S-ka, Poznań, 1998.
4. Steuden S.: Psychologia starzenia się i starości. Wyd.Naukowe PWN, Warszawa, 2011.
5. Szczupał B., Godność osoby z niepełnosprawnością. Wyd. Naukowe AKAPIT, Kraków, 2009.
6. Wroński K., Bocian R., Depta A.: Czy prawo pacjenta do poszanowania godności podczas udzielania świadczeń stomatologicznych jest przestrzegane przez lekarzy dentystów? Prawne aspekty związane z prawem pacjenta do poszanowania godności w Polsce., Stomatol. Wsp., 2010, 17, 26-30.
7. Wroński K.: Prawo chorego do poszanowania godności podczas pobytu w szpitalu. Wsp. Onkol., 2008, 12, 35-37.

8. Muszalik M., Kędziora-Kornatowska K., Ciosek A.: Problemy związane z adaptacją oraz oczekiwania hospitalizowanych osób w starszym wieku. Gerontol. Pol., 2008, 16, 41-46.
9. Wroński K,, Bocian R., Depta A. i wsp.: Czy prawo pacjenta do poszanowania godności podczas udzielania świadczeń medycznych jest przestrzegane przez personel Zakładów Opieki Zdrowotnej? Prawne aspekty związane z poszanowaniem godności pacjenta podczas pobytu w zakładzie opieki zdrowotnej w Polsce., Med. Rodz., 2009, 12, 54-60.
10. Marcysiak M.: Etyczne aspekty opieki nad człowiekiem starszym dementywnym w opinii pielęgniarek (własne badania nieopublikowane)
11. Rogala S.: Postrzeganie ludzi starych i ich oczekiwań. [w:] Wybrane problemy procesu starzenia się człowieka: materiały z konferencji naukowej – Opole, 2007, 99-115.

PROBLEMY I REGULACJE PRAWNE W MEDYCYNIE



Żurawski Jacek A.[1,2]

Kilka uwag na temat regulacji prawnych dotyczących reklamy produktów leczniczych skierowanych do wiadomości publicznej.

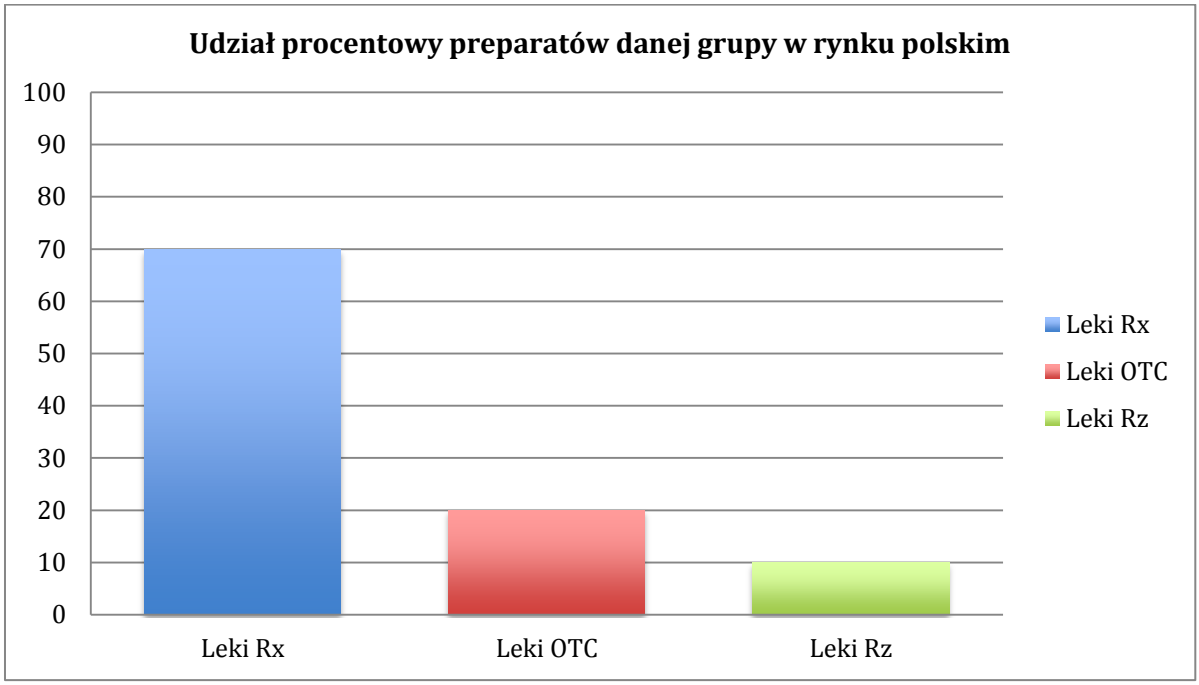
1. Telewizja Polska S.A.
2. Społeczna Akademia Nauk w Warszawie

Wstęp

Niniejszy artykuł skupia się wyłącznie na bardzo wąskim zagadnieniu jakim jest kwestia reklamy produktów leczniczych skierowanych do wiadomości publicznej. Nie będzie więc obejmował zagadnień związanych z reklamą skierowaną do profesjonalistów oraz pominięte zostaną kwestie związane ze sponsorowaniem przez producentów leków zjazdów, i konferencji naukowych czy spotkań o charakterze informacyjnym. Powstaje już na wstępie pytanie, czy odbiorcami reklam są tylko widzowie telewizyjni, słuchacze radia, czytelnicy prasy oraz korzystający z Internetu z jednej i profesjonaliści (lekarze, farmaceuci, hurtownicy) z drugiej strony. W literaturze tematu można spotkać się także z trzecią grupą odbiorców – dziennikarzy, polityków, pracowników agencji reklamowych, naukowców [1]. Jednak – przynajmniej na razie stanowisko to nie znalazło aprobaty zarówno w piśmiennictwie jak i w decyzjach Głównego Inspektora Farmaceutycznego, który trafnie zwrócił uwagę, że bezzasadny jest *argument (...) iż doktryna prawa farmaceutycznego oprócz reklamy kierowanej do publicznej wiadomości oraz reklamy kierowanej do profesjonalistów – lekarzy i farmaceutów, wyróżnia się trzecią grupę odbiorców informacji o lekach – polityków i dziennikarzy. Należy bowiem podkreślić, że (...) obowiązujące przepisy wyróżniają dwa rodzaje reklamy jeżeli chodzi o jej adresata, czyli reklamę kierowaną do osób uprawnionych do wystawiania recept lub osób prowadzących obrót produktami leczniczymi oraz reklamę kierowaną do publicznej wiadomości* [2].

Zanim przejdę do omówienia kwestii związanych z wielkością rynku produktów leczniczych w Polsce. Wielkość tego rynku szacowana była w 2013 roku na 27,758 miliarda złotych i była większa niż w 2012 roku o ok. 4,64 % [3]. O sile tego rynku może świadczyć badanie dotyczące działań podjętych przez koncerny farmaceutyczne wobec kryzysu. Okazało się, że na obniżenie kosztów w zakresie reklamy i marketingu zdecydowało się 18% firm, zaś 43 % nie podjęło żadnych działań [4]. Czyli połowa firm nie odczuła w ogóle kryzysu gospodarczego. Badania pokazują również sprzedaż w poszczególnych grupach leków tj.

dostępnych na receptę (Rx), stosowanych w leczeniu zamkniętym (podawanych pod kontrolą szpitala - Rz) oraz dostępnych bez recepty (OTC *Over the Counter*).



Ryc. 1. Udział procentowy preparatów danej grupy w rynku polskim, *źródło: M. Rybiewska Reklama produktów leczniczych i jej wpływ na odbiorcę [w:] Media w społeczeństwie informacyjnym, Jaski E. (red)., Warszawa, 2009, 157 [5]*

Przedmiotem niniejszego artykułu jest ta grupa leków, którą można swobodnie reklamować, a więc leki dostępne bez recepty.

1. Definicja reklamy produktu leczniczego.

Prawo reklamy w Polsce jest uregulowane przez kilkadziesiąt aktów prawnych różnej rangi – od Konstytucji RP, poprzez akty prawa międzynarodowego, ustawy i akty wykonawcze do nich kończąc na wewnętrznych aktach korporacji zawodowych. Z punktu widzenia niniejszych rozważań ważne jest to, że nie ma w polskim prawie jednej definicji reklamy. Definicje te są tworzone na potrzeby konkretnych rozwiązań prawnych. Tak jest i w przypadku reklamy leków, a właściwie posługując się językiem ustawy Prawo farmaceutyczne [6] – *produktu leczniczego*.

Zacznijmy więc od zdefiniowania pojęcia produktu leczniczego. Zgodnie z art. 2 pkt. 32 pr. farm. produktem leczniczym – *jest substancja lub mieszanina substancji, przedstawiana jako zapobiegania lub leczenia chorób u ludzi lub zwierząt lub podawana w celu postawienia diagnozy lub w celu przywrócenia, poprawienia lub modyfikacji fizjologicznych funkcji organizmu poprzez działanie farmakologiczne, immunologiczne lub*

metaboliczne. Obowiązująca w Polsce definicja jest niemalże identyczna z definicją obowiązującą w prawie wspólnotowym, gdzie za produkt leczniczy uznaje się *jakąkolwiek substancję lub połączenie substancji przeznaczonych do leczenia lub zapobiegania chorobom u ludzi. Jakakolwiek substancja lub połączenie substancji, które mogą być podawane ludziom w celu stawiania diagnozy leczniczej lub przywracania, korygowania lub modyfikacji funkcji fizjologicznych u ludzi, są traktowane tak jak produkt leczniczy* [7].

W orzecznictwie Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości podkreśla się, że taka konstrukcja definicji produktu leczniczego nie ogranicza się wyłącznie do substancji, które mają rzeczywiste walory lecznicze lub terapeutyczne, ale obejmuje także produkty o mniejszej skuteczności lub w ogóle nie posiadające wartości leczniczych, a które są przedstawiane w taki sposób, że odbiorca może oczekiwać takich właśnie walorów.

W innym orzeczeniu ETS (Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości) poszedł jeszcze dalej, stwierdzając, że jeżeli produkt może być traktowany zarówno jako produkt leczniczy jak i kosmetyk, czy środek dietetyczny to powinien być traktowany jako środek leczniczy, co jest uzasadnione ochroną zdrowia publicznego [8].

Wychodząc od tej definicji, która – co potwierdził ETS bardzo szeroko definiuje produkty lecznicze, przejdźmy do definicji reklamy tychże produktów.

Polska ustawa w art. 52 ust. 1 definiuje pojęcie reklamy produktu farmaceutycznego jako *działalność polegająca na informowaniu lub zachęcaniu do stosowania produktu leczniczego, mająca na celu zwiększenie: liczby przepisywanych recept, dostarczania, sprzedaży lub konsumpcji produktów leczniczych.*

Definicja składa się z dwóch elementów, z których każdy samodzielnie będzie traktowany jako reklama produktów leczniczych, a więc zarówno działalność polegająca na informowaniu lub zachęcaniu do stosowania produktu leczniczego, jak też podejmowanie działań mających na celu zwiększenie: liczby przepisywanych recept, dostarczania, sprzedaży lub konsumpcji produktów leczniczych.

Tak sformułowana definicja może w praktyce prowadzić do pewnych trudności interpretacyjnych, gdyż jak trafnie zauważyli Autorzy komentarza do ustawy pr. farm. *trudna do ustalenia jest granica pomiędzy informacją o neutralnym komunikacie a informacją o charakterze reklamowym, a więc taką, która może mieć na celu zwiększenie sprzedaży produktu. Biorąc pod uwagę restrykcyjny charakter przepisów, należy uznać, że rzadko kiedy informacja dotycząca leku (z wyjątkiem przypadków wymienionych explicite w ustawie) nie będzie miała charakteru reklamowego* [9].

Kampania prozdrowotna czy kampania reklamowa?

Może niekiedy dojść do sytuacji, w której akcja prozdrowotna będzie traktowana jako reklama w rozumieniu ustawy pr. farm. W 2009 roku Główny Inspektor Farmaceutyczny nakazał wstrzymanie akcji zachęcającej do szczepień przeciwko rakowi szyjki macicy [10] w formie spotów radiowych następującej treści: ***O pewnych sprawach wolisz nie słyszeć. Codziennie 5 Polek umiera na raka szyjki macicy. Możesz być jedną z nich! Powinnaś zrobić wszystko, aby temu zapobiec! Czy zaszczepiłaś się już przeciwko rakowi szyjki macicy? Zapytaj lekarza i wejdź na www.hpv.pl Kampanię wspiera MSD Polska.*** Reklamodawca twierdził, że spoty radiowe nie są reklamą w rozumieniu ustawy prawo farmaceutyczne, a jedynie kampanią informacyjną o problemie raka szyjki macicy. Celem kampanii było zwiększenie świadomości i bezpieczeństwa kobiet poprzez informowanie ich o problemie zdrowotnym jakim jest rak szyki macicy oraz o metodach jego leczenia i profilaktyki, nie zaś reklama jakiegokolwiek produktu leczniczego. W wyjaśnieniach przekazanych Głównemu Inspektorowi Farmaceutycznemu podkreślono, że materiał nie tylko nie odwołuję się do żadnego produktu leczniczego, ale wyłącznie wskazuje na konieczność badań profilaktycznych i w ten sposób stara się zmienić świadomość społeczną. Argumentowano również, że kampania nie odnosiła się – jak nakazuje art. 52 ust. 3 ust. pr. farm. – bezpośrednio do produktów leczniczych.

Główny Inspektor Farmaceutyczny zakazał dalszego prowadzenia kampanii informacyjnej, uznając ją za reklamę produktu leczniczego Silgard. Argumentował to tym, że zachodziło duże prawdopodobieństwo, iż w placówkach służby zdrowia wymienionych na stronie internetowej szczepienia dokonywano tym właśnie środkiem, a nie produktem konkurencyjnym. Działanie to w konsekwencji spowodowało wzrost sprzedaży, co zgodnie z art. 51 ust. 1 ust. pr. farm. powoduje, że można emitowany spot uznać za reklamę. Dodatkowym naruszeniem prawa był oto, że reklamowany produkt leczniczy jest sprzedawany wyłącznie na receptę. W uzasadnieniu decyzji napisano *należy bowiem stwierdzić, że oprócz wielu ważnych szczytnych celów, jakie przyświecają organizatorom kampanii prozdrowotnych, będących jednocześnie wytwórcami produktów leczniczych, istnieją również przesłanki, że oczekiwanym, a nawet pożądanym efektem takiej kampanii oprócz zwiększenia świadomości społeczeństwa w zakresie ochrony zdrowia, jest wzrost liczby przepisywanych recept skutkujący wzrostem sprzedaży produktu leczniczego.*

Ze względu na specyfikę reklamowanych produktów wyróżnia się kilka typów reklamy produktów leczniczych:

- reklamę kierowaną do publicznej wiadomości,
- reklamę kierowaną do osób uprawnionych do wystawiania recept lub osób prowadzących obrót produktami leczniczymi,
- odwiedzanie osób uprawnionych do wystawiania recept lub osób prowadzących obrót produktami leczniczymi przez przedstawicieli handlowych lub medycznych;
- dostarczanie próbek produktów leczniczych,
- sponsorowanie spotkań promocyjnych dla osób upoważnionych do wystawiania recept lub osób prowadzących obrót produktami leczniczymi,
- sponsorowanie konferencji, zjazdów i kongresów naukowych dla osób upoważnionych do wystawiania recept lub osób prowadzących obrót produktami leczniczymi.

Przy czym należy podkreślić, że wyliczenie powyższe ma charakter wyłącznie przykładowy i nie jest listą zamkniętą, co potwierdzają orzeczenia sądów.

Nie są natomiast reklamą produktów leczniczych następujące działania i formy promocyjne:

- informacje umieszczone na opakowaniach oraz załączonych do opakowań produktów leczniczych, zgodnych z pozwoleniem na dopuszczenie do obrotu,
- korespondencja, której towarzyszą materiały informacyjne o charakterze niepromocyjnym niezbędne do udzielenia odpowiedzi na pytania dotyczące konkretnego produktu leczniczego, w tym produktu leczniczego dopuszczonego do obrotu bez konieczności uzyskania pozwolenia,
- ogłoszenia o charakterze informacyjnym niekierowanych do publicznej wiadomości dotyczących w szczególności zmiany opakowania, ostrzeżeń o działaniach niepożądanych, pod warunkiem że nie zawierają treści odnoszących się do właściwości produktów leczniczych,
- katalogi handlowe lub listy cenowe, zawierające wyłącznie nazwę własną, nazwę powszechnie stosowaną, dawkę, postać i cenę produktu leczniczego, w tym produktu leczniczego dopuszczonego do obrotu bez konieczności uzyskania pozwolenia, a w przypadku produktu leczniczego objętego refundacją - cenę urzędową detaliczną, pod warunkiem że nie zawierają treści odnoszących się do właściwości produktów leczniczych, w tym do wskazań terapeutycznych,

- informacje dotyczące zdrowia lub chorób ludzi i zwierząt, pod warunkiem że nie odnoszą się nawet pośrednio do produktów leczniczych.

Do obrotu dopuszczone są bez konieczności uzyskania pozwolenia produkty lecznicze, sprowadzane z zagranicy, jeżeli ich zastosowanie jest niezbędne dla ratowania życia lub zdrowia pacjenta, pod warunkiem że dany produkt leczniczy jest dopuszczony do obrotu w kraju, z którego jest sprowadzany, i posiada aktualne pozwolenie dopuszczenia do obrotu.

Pisząc o definicji reklamy produktów leczniczych, należy odwołać się także do orzecznictwa, które pozwoli lepiej zrozumieć nam jak w rzeczywistości są interpretowane przepisy ustawy. Sądy interpretują definicję reklamy produktu leczniczego w sposób bardzo szeroki, często odwołując się do pojęć dość nieostrych, czego przykładem może być wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego z 2005 roku, który zdefiniował pojęcie reklamy leków poprzez wskazanie jej najważniejszych elementów *istotnym elementem reklamy produktu leczniczego jest zamiar wywołania określonej reakcji potencjalnych klientów. Dlatego też za reklamę produktu leczniczego należy uznać każdą działalność, niezależnie od konkretnego, indywidualnego sposobu i metody jej przeprowadzenia oraz użytych do jej realizacji środków, jeśli celem tej działalności jest zwiększenie sprzedaży reklamowanego produktu leczniczego* [11].

Ustawa dość precyzyjnie definiuje pojęcie reklamy produktów leczniczych, zaś orzecznictwo pozwala na jasne określenie, kiedy mamy do czynienia z reklamowaniem leków.

2. Zasady emisji reklam produktów leczniczych.

Emisja reklamy produktów leczniczych podlega różnym reżimom prawnym i każda reklama może być oceniana w związku z tym przez pryzmat różnych aktów. Mam tu na myśli przytoczone już prawo farmaceutyczne, ale również ustawę o radiofonii i telewizji, ustawę o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i również Kodeks etyczny lekarzy. Do tego dochodzą decyzje Głównego Inspektora Farmaceutycznego oraz Prezesa Urzędu Konkurencji i Konsumentów.

Ustawa prawo farmaceutyczne zawiera trzy główne wskazania dotyczące reklam produktów leczniczych, które:

- nie mogą wprowadzać w błąd,
- powinny prezentować produkt leczniczy obiektywnie oraz informować o jego racjonalnym stosowaniu,

- nie mogą polegać na oferowaniu lub obiecywaniu jakichkolwiek korzyści w sposób pośredni lub bezpośredni w zamian za nabycie produktu leczniczego lub dostarczanie dowodów, że doszło do jego nabycia,
- nie mogą być kierowane do dzieci ani zawierać żadnego elementu, który jest do nich kierowany,
- prezentują produkt leczniczy przez osoby znane publicznie, naukowców, osoby posiadające wykształcenie medyczne lub farmaceutyczne, a także odwołują się do zaleceń osób znanych publicznie, naukowców, osób posiadających wykształcenie medyczne lub farmaceutyczne;
- prezentują produkt leczniczy sugerując, że jest on prezentowany przez osoby wymienione w poprzednim punkcie.

Reklama produktów leczniczych nie może sugerować, że:

- możliwe jest uniknięcie porady lekarskiej lub zabiegu chirurgicznego, zwłaszcza przez postawienie diagnozy lub zalecanie leczenia w drodze korespondencyjnej,
- nawet osoba zdrowa przyjmująca produkt leczniczy poprawi swój stan zdrowia,
- nieprzyjmowanie produktu leczniczego może pogorszyć stan zdrowia danej osoby,
- produkt leczniczy jest środkiem spożywczym, kosmetycznym lub innym artykułem konsumpcyjnym,
- skuteczność lub bezpieczeństwo stosowania produktu leczniczego wynika z jego naturalnego pochodzenia.

Ponadto reklamy leków nie mogą

- zapewniać, że przyjmowanie produktu leczniczego gwarantuje właściwy skutek, nie towarzyszą mu żadne działania niepożądane lub że skutek jest lepszy lub taki sam, jak w przypadku innej metody leczenia albo leczenia innym produktem leczniczym,
- prowadzić do błędnej autodiagnozy przez przytaczanie szczegółowych opisów przypadków i objawów choroby,
- odnosić się w formie nieodpowiedniej, zatrważającej lub wprowadzającej w błąd, do wskazań terapeutycznych,
- zawierać niewłaściwe, niepokojące lub mylące określenia przedstawionych graficznie zmian chorobowych, obrażeń ludzkiego ciała lub działania produktu leczniczego na ludzkie ciało lub jego części.

Ramy niniejszego referatu nie pozwalają na szczegółowe omówienie wszystkich aspektów związanych z emisją reklam produktów leczniczych, musze skupić się więc na

kilku najważniejszych moim zdaniem punktach. Pisząc o reklamach, mam myśli na myśli reklamy emitowane w mediach elektronicznych, gdyż to one mają największą siłę oddziaływania. Trzeba podkreślić, że reklamy w kategorii „produkty zdrowotne/leki" stanowiły w 2013 roku 16,8 % wszystkich reklam telewizyjnych [12]. I niestety w tej grupie reklam najczęściej dochodzi do naruszenia przepisów obowiązujących norm prawnych.

Reklama jak mówi ustawa nie może wprowadzać w błąd. Pytanie jak to rozumieć. Truizmem będzie twierdzenie, że każda reklama wprowadza w błąd i tak naprawdę chcemy być trochę przez reklamę oszukiwani, wierząc, że użycie kremu marki X spowoduje, że będziemy mieli cerę jak dwudziestolatek, który w tej reklamie występuje. Problematykę wprowadzania w błąd odbiorcy reguluje oprócz prawa farmaceutycznego również ustawa o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji [13], która reklamę wprowadzającą w błąd (reklamę oszukańczą) uważa za czyn nieuczciwej konkurencji w zakresie reklamy. W orzecznictwie stwierdzono, że *czynem nieuczciwej konkurencji jest reklama wprowadzająca klienta w błąd i mogąca przez to wpłynąć na jego decyzję co do nabycia towaru lub usługi. O możliwości uznania reklamy za wprowadzającą w błąd można mówić wówczas, gdy na podstawie reklamy jej adresat może mieć nieprawdziwe wyobrażenie o towarze lub usłudze, którego reklama dotyczy i ta zafałszowana informacja może mieć wpływ na decyzję rynkową konsumenta. Dla ustalenia zaistnienia tegoż czynu nieuczciwej konkurencji nie jest konieczne, aby adresat został faktycznie wprowadzony w błąd* [14].

Przy reklamie produktów leczniczych należy zwrócić uwagę, aby prezentowane właściwości medykamentu miały odbicie w Charakterystyce Produktu Leczniczego, co potwierdził Wojewódzki Sąd Apelacyjny w Warszawie, stwierdzając, że *dopuszczalna swoboda w sferze kształtowania haseł reklamowych informujących o mechanizmach działania produktów leczniczych nie może wykraczać, ani modyfikować informacji o produkcie leczniczym zatwierdzonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego, w szczególności dotyczących zakresu wskazań terapeutycznych do stosowania tego produktu* [15].

Przykładem działań wprowadzających w błąd jest zakwestionowana przez Głównego Inspektora Farmaceutycznego reklama Ketopromu. Reklama zatytułowana „Silne natarcie na ból!" zawierała m.in. sformułowanie „Bezpieczny – działanie w miejscu bólu chroni Twój przewód pokarmowy. Jak stwierdzono w decyzji zakazującej rozpowszechniania reklamy *nie można mówić o bezpieczeństwie produktu leczniczego biorąc pod uwagę wynikające z Charakterystyki Produktu Leczniczego „Przeciwskazania", „Ostrzeżenia specjalne i środki ostrożności dotyczące stosowania" czy „Działania niepożądane" zwłaszcza w sytuacji, gdy przedmiotowy produkt leczniczy jest dostępny bez recepty, a w reklamach brak jest*

ostrzeżenia o konieczności zapoznania się z ulotką dołączoną do opakowania bądź skonsultowania się z lekarzem lub farmaceutą. Powyższe sformułowanie wprowadza więc w błąd [16].

Pisząc o reklamie wprowadzającej w błąd należy odnieść do pojęcia przeciętnego użytkownika rynku, który jest odbiorcą tych reklam. Prawo definiuje takiego użytkownika jako *konsumenta, który jest dostatecznie dobrze poinformowany, uważny i ostrożny; oceny dokonuje się z uwzględnieniem czynników społecznych, kulturowych, językowych i przynależności danego konsumenta do szczególnej grupy konsumentów, przez którą rozumie się dającą się jednoznacznie zidentyfikować grupę konsumentów, szczególnie podatną na oddziaływanie praktyki rynkowej lub na produkt, którego praktyka rynkowa dotyczy, ze względu na szczególne cechy, takie jak wiek, niepełnosprawność fizyczna lub umysłowa* [17]. Ustawodawca podkreślił, że przy ocenie reklamy będą brane szczególne cechy ich odbiorców takie jak wiek, czy niepełnosprawność fizyczna lub umysłowa. Nie jest to lista zamknięta, na co zwrócił uwagę Sąd Najwyższy stwierdzając w jednym z wyroków, że *co do zasady należy przyjąć (...) model przeciętnego konsumenta (...). Wzorzec ten nie może być jednak definiowany w oderwaniu od konkretnych warunków ustalonych w sprawie oraz realiów związanych z odbiorcą określonych produktów do których kierowana jest reklama (...). Nie można zatem pomijać, że konsumentami leków są osoby chore, często o zmniejszonej z tego powodu zdolności postrzegania oraz rozsądnej i krytycznej oceny, podobnie jak osoby starsze, stanowiące także znaczną grupę konsumentów leków. Są to z reguły osoby bardziej podatne na sugestię i mniej krytyczne* [18].

Tak więc, twórcy reklam – jak widać z powyższych rozważań powinni wykazać się szczególną wrażliwością i ostrożnością, a przede wszystkim uwzględniać większą podatność na takie reklamy osób chorych, przez których każdy przekaz reklamowy może być odbierany jako jedyna szansa na wyzdrowienie.

Kolejnym ważnym problemem jest zakaz kierowania reklam do dzieci. Wg mnie nie należy utożsamiać dzieci z osobami poniżej osiemnastego roku życia. Takim wyznacznikiem jest chyba 16 lat. Reklamy i komunikaty nie powinny być formułowane w „języku dziecięcym", przy użyciu bohaterów z filmów dla dzieci itd. Niestety przepis ten jest nagminnie omijany przez reklamodawców. Duża grupa reklam wykorzystuje dzieci jako swoich bohaterów. Istnieje też niemało reklam leków, w których się podkreśla, że mogą być używane np. od 6 miesiąca życia. Reklamom tym często nie można zarzucić naruszenia prawa wprost, jednak wiele z nich balansuje na granicy przepisów.

Ostatnią kwestią, którą chciałbym poruszyć jest problem zakazu występowania w reklamach osób posiadających wykształcenie medyczne. W tym miejsc jedna uwaga. Zgadzam się tezą postawioną przez Adamczyk i Świerczyńskiego, że z punktu widzenia interpretacji celowościowej przytoczonych przepisów zakaz ten obejmuje udział w reklamach posiadających wykształcenie medyczne tylko wtedy gdy wynika ono z kontekstu przekazu reklamowego lub informacja, że ktoś posiada takie wykształcenie jest powszechnie znane. Na taką interpretację pozwala konstrukcja przepisu mówiącego o osobach posiadających wykształcenie medyczne i osobach sugerujących, że takie wykształcenie posiadają [19].

Należy pamiętać, że większość odbiorców reklam pokłada w lekarzach i farmaceutach większe zaufanie i ich występ w reklamie uwiarygadnia ten przekaz. Jest tu jeszcze jeden problem. Lekarze mogą prowadzić działalność edukacyjną i występować w kampaniach informacyjnych. Jednak bardzo często granica pomiędzy reklamą a kampanią informacyjną jest praktycznie niezauważalna. Zakaz wprowadzony w prawie farmaceutycznym spowodował, że w pierwszym okresie działania reklamodawcy starali się go ominąć poprzez wskazanie odbiorcom, że w reklamach występują aktorzy. Dobrym przykładem może reklama leku Rutinoscorbin zatytułowana „Niewyraźnie dziś wyglądasz", w której przed wejściem w życie nowych przepisów główną rolę grał aktor przebrany za lekarza (występował ze słuchawkami lekarskimi lub wychodząc ze szpitala). Po zmianie przepisów ruszyła nowa seria reklam z tym samym bohaterem, ale już w stroju cywilnym, jednak powszechnie był on kojarzony z zawodem lekarza. Kolejnym wybiegiem reklamodawców było umieszczanie akcji reklam w szpitalnych korytarzach lub w poczekalniach przychodni, gdzie oczekujący dyskutują o walorach określonych medykamentów. Wreszcie kolejnym rozwiązaniem było stworzenie fikcyjnych postaci, które nie będąc lekarzami ani farmaceutami sprzedawały leki jak np. Pani Goździkowa wykreowana na specjalistkę w zakresie zwalczania bólu.

Kolejnym problemem są reklamy leków z udziałem aktorów odtwarzających postacie lekarzy w bardzo popularnych serialach medycznych („Na dobre i na złe", „Lekarze"). Należy pamiętać, że aktorzy bardzo często są utożsamiani z granymi przez nich postaciami, a seriale liczą od kilkudziesięciu („Lekarze" produkcja TVN - 52 odcinki) - do kilkuset odcinków („Na dobre i na złe" produkcja TVP SA – ponad 550 odcinków), co tylko utrwala ten wizerunek aktora w odbiorze społecznym.

Pierwszym przełamaniem zakazu występowania lekarzy w reklamach był udział stomatologów w reklamach – co prawda nie leków – ale past do zębów, przy czym reklamy te sugerowały lecznicze właściwości przedstawianego kosmetyku.

Obecnie coraz częściej w reklamach występują lekarze np. serie reklam z udziałem ginekologów. Jest to przełamanie kolejnej granicy przez twórców reklam. Tu reagować powinien Główny Inspektor Farmaceutyczny, który wstrzymał część reklam za to, że sugerowały iż występujące w nich osoby mają wykształcenie medyczne, a nawet za użycie zwrotu „najczęściej polecany przez lekarzy lub farmaceutów".

* * *

Kończąc powyższe, bardzo skrótowe rozważania należy zwrócić uwagę, że przyjęte w Polsce rozwiązania prawne są – mimo pewnych luk – dobre i zgodne ze standardami europejskimi. Należy wyrazić nadzieję, że będzie utrzymana linia orzecznictwa zarówno sądów powszechnych i decyzji GIF, która tak jak do tej pory z jednej strony pozwoli na jasną interpretację przepisów z drugiej zaś zakreśli granice, których nie wolno przekraczać przy tworzeniu materiałów reklamowych.

Ożarów Mazowiecki 25 kwietnia 2014 roku

Piśmiennictwo

1. Świerczyński M.: Reklama produktów leczniczych [w:] Prawo farmaceutyczne, Krekora M., Świerczyński M., Traple E. (red.), Warszawa, 2008, 297.
2. Decyzja GIF z 8 stycznia 2009 r., nr GIF-P-R-450-75-2/JD/08/09
3. www.aptekarzpolski.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=1615&Itemid=79 wejście na stronę 23.03.2014 roku
4. Polski rynek farmaceutyczny. Kondycja i perspektywy rozwoju do 2011 roku w opinii największych firm farmaceutycznych www.http://knpmif.files.wordpress.com/2012/07/raport_farmaceutyczny.pdf data pobrania 23.03.2014 roku
5. Rybiewska M.: Reklama produktów leczniczych i jej wpływ na odbiorcę [w:] Media w społeczeństwie informacyjnym, Jaski E., (red.), Warszawa, 2009, 157.
6. Ustawa z dnia 6 września 2001 roku Prawo farmaceutyczne, Dz. U. Nr 126 poz. 1381 z 2006 roku z późn. zm.
7. Dyrektywa 2001/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 6 listopada 2001 r. w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi.
8. Orzeczenia ETS: z 30 listopada 1983 roku w sprawie C-227/81 Leendert van Bennekom; z 16 kwietnia 1991 roku w sprawie C-112/89 Upjohn v. Farzoo, cyt. za:

Adamczyk J., Świerczyński R.: Produkty lecznicze i wyroby medyczne [w:] Prawo reklamy i promocji, Traple E. (red.), Warszawa, 2007, 62-63.

9. Kondrat M., Koremba M., Masełbas W., Zieliński W.: Prawo farmaceutyczne. Komentarz, Warszawa, 2009.
10. Decyzja GIF z 7 stycznia 2009 r., nr GIF-P-R-450-73-3/JD/08/09
11. Wyrok WSA w Warszawie z dnia 29 grudnia 2005 r., I SA/Wa 584/05 Lex, nr 187377
12. Źródło AGB NMR informacje uzyskane dzięki uprzejmości Biura Reklamy TVP S.A.
13. Ustawa z 16 kwietnia 1993 roku o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji t. j. Dz. U. Nr 153 poz. 1503 z 2003 roku z późn. zm.
14. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 15 lutego 2012 roku, VI Aca 1010/11, Lex nr 1164705
15. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 29 listopada 2004 roku I SA 1755/2003, Lex nr 162217
16. Decyzja GIF z 30 stycznia 2008 r., nr GIF-P-R-450-82-4/MSZ/07
17. Ustawa z dnia 23 sierpnia 2007 roku o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym, Dz. U. Nr 171 poz. 1206 z 2007 roku.
18. Wyrok Sadu Najwyższego z 2 października 2007 roku, II CSK 289/07
19. Adamczyk J., Świerczyński R.: Adamczyk J., Świerczyński R.: Produkty lecznicze i wyroby medyczne [w:] Prawo reklamy i promocji, Traple E. (red.), Warszawa, 2007, 88.

Siwczyńska Dorota[1], Psujek Magdalena[2], Siwczyński Konrad[3]

Ubezpieczenie zdrowotne, koszty i zasoby opieki medycznej w Polsce i Japonii

1. Kolegium Społeczno-Ekonomiczne, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie
2. II Wydział Lekarski z Oddziałem Anglojęzycznym, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
3. Wydział Elektrotechniki i Informatyki, Politechnika Lubelska

Wstęp

Świadczenia zdrowotne są dobrem publicznym, stąd dla zagwarantowania zasad solidarności i sprawiedliwości społecznej niezbędna jest aktywność państwa. Zapewnienie powszechnego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej jest związane ze stworzeniem systemu finansowania tych świadczeń. Duże znaczenie ma również bieżąca kontrola kosztów oraz nadzór nad zasobami materialnymi i niematerialnymi systemu opieki zdrowotnej w danym kraju. Dlatego bez określenia pewnego zakresu reguł funkcjonowania systemu, a także zapewnienia określonych środków, sfinansowanie popytu na świadczenia medyczne nie jest możliwe. Te czynniki są o tyle istotne, iż otoczenie systemu jest pod wpływem ogromnych zmian [1]. Popyt na świadczenia medyczne jest determinowany wieloma czynnikami społecznymi i ekonomicznymi. W wyniku postępującej transformacji demograficznej i epidemiologicznej zmienia się struktura potrzeb zdrowotnych [2]. Zaspokojenie nowych potrzeb zdrowotnych i sprostanie wymaganiom pacjentów wymaga dostosowania systemu do aktualnych i nadchodzących zmian.

Rozwinięcie

Ubezpieczenie zdrowotne

Artykuł 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 roku, zgodnie z którym każdy ma prawo do ochrony zdrowia, a także do równego dostępu do świadczeń finansowanych ze środków publicznych jest fundamentem dla systemu opieki zdrowotnej w Polsce [3]. Dnia 6 lutego 1997 roku uchwalono ustawę o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym [4], która zrewolucjonizowała system zdrowotny w Polsce i sposób jego finansowania. Akt prawny wprowadził powszechne ubezpieczenie zdrowotne. Instytucjami realizującymi założenia nowego systemu były kasy chorych, których funkcjonowanie, jak się później okazało, spowodowało zróżnicowanie zakresu i dostępu do świadczeń zdrowotnych, a także indywidualne kreowanie polityki zdrowotnej [5]. W styczniu 2003 roku uchwalono ustawę o Narodowym Funduszu Zdrowia, zastępującą ustawę o powszechnym ubezpieczeniu

zdrowotnym, która miała powstrzymać pogłębiający się kryzys w ochronie zdrowia. Wprowadzona ustawa została jednak uznana przez Trybunał Konstytucyjny za niezgodną z Konstytucją, i w konsekwencji, 27 sierpnia 2004 roku uchwalono ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ustawa określa świadczenia zdrowotne, przysługujące pacjentowi i tak zwany „koszyk negatywny" czyli świadczenia, które nie są finansowane ze środków publicznych.

W myśl ustawy ubezpieczonymi są osoby posiadające obywatelstwo polskie i zamieszkujące terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego i ubezpieczają się dobrowolnie [6]. Świadczeniobiorcy zapewnia się i finansuje ze środków publicznych między innymi: badania diagnostyczne, podstawową opiekę zdrowotną, ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne, rehabilitację, leczenie szpitalne, transport sanitarny i ratownictwo medyczne, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz opiekę nad kobietą ciężarną [6].

Zgodnie z ustawą, w polskim systemie zdrowotnym płatnikiem jest Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), który zarządza środkami finansowymi wnoszonymi przez ubezpieczonych oraz zawiera umowy ze świadczeniodawcami. Ubezpieczony opłaca okresowo składkę na ubezpieczenie zdrowotne w wysokości procentowo określonej przez ustawę ubezpieczeniową. Każdy ubezpieczony ma prawo wyboru świadczeniodawcy spośród tych, którzy zawarli umowę z NFZ. Bezpłatne świadczenia zdrowotne w Polsce udzielane są przez placówki zarówno państwowe, jak i prywatne, ale tylko te które podpisały kontrakt z NFZ. Jedynie w stanach bezpośredniego zagrożenia życia lub porodu pacjent może skorzystać z usług zakładu opieki zdrowotnej nieposiadającego umowy z NFZ, gdyż tylko w tych przypadkach nie zostanie pociągnięty do odpowiedzialności finansowej. Ponadto świadczenia dla dzieci nieubezpieczonych w NFZ udzielane są na koszt budżetu państwa [7].

Kolejnym istotnym aktem prawnym wprowadzającym duże zmiany w organizacji systemu ochrony zdrowia w Polsce jest ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej [8]. Ustawa określiła zasady wykonywania działalności leczniczej, funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą, sprawowania nadzoru nad wykonywaniem działalności leczniczej, normy czasu pracy pracowników i prowadzenia rejestru podmiotów leczniczych [9]. Przyczyną wprowadzenia ustawy była potrzeba prawnego uregulowania zasad prowadzenia działalności leczniczej, jak również reguł funkcjonowania podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych [10].

W przypadku Japonii wyraźne zmiany systemu ubezpieczeń zdrowotnych zostały wprowadzone w 1961 roku przez Ministerstwo Zdrowia i Dobrobytu czyniąc ubezpieczenia powszechnymi i obowiązkowymi. Na mocy kolejnych rozwiązań ustawowych wprowadzanych w latach siedemdziesiątych ustanowiono minimalne emerytury dla ogółu ludności, bezpłatną opiekę zdrowotną dla osób powyżej 70. roku życia oraz indeksację świadczeń przysługujących dla wszystkich ubezpieczonych. Do dalszego rozwoju ubezpieczeń medycznych w Japonii przyczyniły się zmiany, które weszły w latach 1982 – 1988, kiedy to nałożono obowiązek posiadania ubezpieczenia zdrowotnego na wszystkie osoby zatrudnione, nawet w małych zakładach pracy zatrudniających jednego pracownika [11].

Dzięki wprowadzonym na przestrzeni wielu lat zmianom Japonia zapewnia powszechny dostęp do opieki medycznej wszystkim mieszkańcom. Ubezpieczenia zdrowotne w Japonii można sklasyfikować na trzy główne kategorie: ubezpieczenie na bazie zatrudnienia, ubezpieczenie społeczne i ubezpieczenie dla osób starszych [12]. Programy te są finansowane głównie przez rząd, pracodawców i indywidualne płatności, a usługi są świadczone głównie przez prywatne szpitale i kliniki. Wszystkie programy obejmują szeroki zakres usług, w tym ambulatoryjną opiekę medyczną, opiekę stomatologiczną oraz koszty niektórych leków. Niestety obejmują tylko niewielki zakres opieki profilaktycznej. Ponadto godny uwagi jest fakt, że ubezpieczenie nie obejmuje opieki nad kobietami ciężarnymi, ponieważ ciąża nie jest uważana za chorobę, ale ubezpieczenie pokrywa niezbędne koszty związane z porodem oraz opieką nad matką i dzieckiem [12]. Zakres ubezpieczenia i mechanizmy regulacji płatności różnią się nieco pomiędzy poszczególnymi programami i istnieją również różnice w podziale kosztów opieki zdrowotnej. Wszystkie programy mają limit na wysokość wydatków na opiekę medyczną ponoszonych w ciągu roku bezpośrednio przez pacjenta.

Japoński system ubezpieczeń zdrowotnych składa się z ponad pięciu tysięcy ubezpieczycieli zdrowotnych, którzy mogą być zakwalifikowani do ubezpieczycieli oferujących zabezpieczenie zdrowotne obywateli na podstawie ubezpieczenia na bazie zatrudnienia, ubezpieczenia społecznego lub ubezpieczenia dla osób starszych. Pacjenci mogą dowolnie wybierać swoich lekarzy ogólnych i lekarzy specjalistów oraz mają swobodny dostęp do świadczeń medycznych w razie potrzeby. Dodatkowo, każdy w Japonii ma obowiązek przystąpić do wybranego planu ubezpieczenia zdrowotnego.

Pierwszym z nich jest pracownicze ubezpieczenie zdrowotne zapewniające ochronę dla osób zatrudnionych w firmach posiadających więcej niż pięciu, ale mniej niż trzystu pracowników. Ta kategoria ubezpieczeń zdrowotnych obejmuje ponad 30% populacji Japończyków. Odpłatność za dodatkowe świadczenia jest ustalona według stałej stopy i równomiernie podzielona między pracownikami a pracodawcami. Podział wydatków obejmuje pokrycie kosztów pobytu w szpitalu w wysokości 20% i wydatków ponoszonych na opiekę ambulatoryjną w wysokości 30%. Ponadto pracownicze ubezpieczenie zdrowotne jest dodatkowo podzielone na plany zarządzane przez społeczeństwo, plany zarządzane przez rząd i wzajemne związki pomocy. Plany zarządzane przez społeczeństwo obejmują pracowników dużych firm i są opłacane solidarnie przez pracodawców i pracowników, którzy łączą się tworząc "towarzystwa ubezpieczeń zdrowotnych". Takie rodzaje ubezpieczeń nie są dotowane przez rząd. Z kolei ubezpieczeniem zdrowotnym zarządzanym przez instytucje rządowe mogą być objęci jedynie pracownicy małych i średnich przedsiębiorstw. Jednakże, ze względu na niższe zarobki osób zatrudnionych w niewielkich firmach, świadczenia zdrowotne w ramach tego ubezpieczenia są dotowane przez rząd, a koszty administracyjne są całkowicie pokrywane przez państwo. W ramach państwowego ubezpieczenia zdrowotnego jest oferowany jeden pakiet świadczeń zdrowotnych, a koszty które są pokrywane przez rząd stanowią w sumie około 14% kosztów ubezpieczenia [13]. Z kolei towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych, których członkami są urzędnicy i nauczyciele stanowiący około 8% populacji nie są wspomagane finansowo przez instytucje rządowe.

Kolejnym typem ubezpieczenia medycznego funkcjonującego w Japonii jest narodowe ubezpieczenie zdrowotne. Narodowe ubezpieczenie zdrowotne obejmuje tych, którzy nie kwalifikują się do opieki opartej na ubezpieczeniach pracowniczych. Należą do nich rolnicy, osoby samozatrudnione, bezrobotni, emeryci i kobiety w ciąży i stanowią około 34% populacji. Również w tym przypadku, składki są ustalane i równo podzielone między pracowników i pracodawców. W przypadku braku pracodawcy, rząd pokrywa część kosztów ubezpieczenia, która zależy od zdolności do zapłaty ubezpieczonego.

W Japonii osoby starsze i niepełnosprawne objęte są ubezpieczeniem zdrowotnym dla osób starszych. Ubezpieczenie oferuje dodatkowe korzyści dla osób w wieku 65 lat i starszych oraz w wieku 40 – 64 lata, które cierpią z powodu niepełnosprawności. To długoterminowe ubezpieczenie zapewnia opiekę domową oraz opiekę w placówce opiekuńczej w oparciu o potrzeby osób starszych. Większość kosztów leczenia jest objętych ubezpieczeniem, ubezpieczony pokrywa jedynie 10% stawki koasekuracyjnej [14].

W Japonii, ze względu na długość życia i niską liczbę urodzeń, starzenie się populacji jest jednym z największych wyzwań polityki zdrowotnej tego kraju. Dlatego system opieki zdrowotnej został stworzony w celu zapewnienia opieki osobom starszym i przeniesienia odpowiedzialności w zakresie pielęgnacji z rodziny do instytucji wyspecjalizowanych w tym zakresie. Ponadto rodziny, które żyją poniżej granicy ubóstwa ustalonej przez rząd kwalifikuje się do wsparcia socjalnego. W ramach tego systemu usługi medyczne są bezpłatne, nie funkcjonuje również podział kosztów pomiędzy ubezpieczonym, a ubezpieczycielem. W ramach wszystkich prezentowanych planów ubezpieczeniowych, osoby ubezpieczone otrzymują podobne korzyści, w tym opiekę szpitalną, opiekę lekarską, stomatologiczną i koszty produktów farmaceutycznych [12].

Źródła finansowania

Najbardziej charakterystyczną cechą systemu opieki zdrowotnej jest sposób pozyskiwania środków finansowych. Ze względu na odmienne metody finansowania świadczeń zdrowotnych w różnych państwach, wyróżnia się trzy kategorie systemów ochrony zdrowia:

- system ubezpieczeniowy – w którym źródłem zasilania systemu są składki wpłacane przez pracowników i pracodawców w myśl zasad powszechności, obowiązkowości i solidaryzmu społecznego;
- system budżetowy – zasilany funduszami pochodzącymi z podatków, gwarantujący wolny dostęp do świadczeń dla wszystkich obywateli;
- system rezydualny (rynkowy) – zwalniający państwo z obowiązku zapewnienia obywatelom prawa do świadczeń zdrowotnych, finansowany z ubezpieczeń dobrowolnych.

Jednak nie zawsze jedno źródło finansowania jest odpowiednie dla specyfiki wszystkich udzielanych świadczeń. Dynamiczny wzrost kosztów opieki zdrowotnej również zmusza do poszukiwania bardziej racjonalnych i efektywnych metod finansowania [15].

Obecnie w Polsce można wyróżnić następujące źródła finansowania ochrony zdrowia:

- obowiązkowe i dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne;
- budżet państwa;
- środki własne pacjenta;
- finansowanie „quasi-ubezpieczeniowe”, oparte o pakiety świadczeń zdrowotnych [15].

Dominujący udział w polskim systemie finansowania opieki zdrowotnej ma obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne. Wszystkie podstawowe kwestie dotyczące ubezpieczonego, składek na ubezpieczenie i ubezpieczyciela określa ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [15].

W Polsce ze środków budżetu państwa finansowane są przede wszystkim świadczenia wysokospecjalistyczne. Sposób finansowania tego rodzaju świadczeń reguluje rozporządzenie z dnia 13 grudnia 2004 roku w sprawie świadczeń wysokospecjalistycznych. Jednak środki, których dysponentem jest Minister Zdrowia mogą stanowić również dotacje budżetowe dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Finansowanie może objąć również między innymi działania profilaktyczne, kształcenie kadry medycznej, remonty i inwestycje [16].

Finansowanie ochrony zdrowia z bezpośrednich opłat ponoszonych przez pacjenta stanowi znaczącą część całkowitych nakładów na ochronę zdrowia w Polsce. Opłaty takie dotyczą sytuacji, gdy dane usługi nie są finansowane z powszechnego ubezpieczenia i/lub budżetu państwa oraz gdy usługi podlegają refundacji z ubezpieczenia, jednak pacjent nie ma statusu ubezpieczonego lub świadczeniodawca nie ma umowy z NFZ [17,15].

Dynamicznie rozwijającą się częścią rynku finansowania świadczeń zdrowotnych w Polsce są pakiety ubezpieczeniowe, oferowane zazwyczaj przez pracodawców jako forma gratyfikacji pracowników. Rodzaj i zakres pakietów nie jest w żaden sposób uregulowany prawnie [15]. W zakres pakietów zdrowotnych wchodzą głównie porady specjalistyczne oraz badania diagnostyczne [18].

Podobnie jak w Stanach Zjednoczonych system opieki zdrowotnej w Japonii jest finansowany zarówno przez płatników publicznych i prywatnych. Główne źródła finansowania opieki zdrowotnej w Japonii obejmują:

- fundusz gromadzony z obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego;
- subwencje rządowe z podatków;
- subwencje władz lokalnych;
- bezpośredni udział pacjentów w kosztach [19].

Opłaty wnoszone przez rząd są znormalizowane w całym kraju dzięki funkcjonowaniu Tabeli Opłat Medycznych (*Medical Fee Table*) na leki oraz przez Narodowy Cennik Ubezpieczeń Medycznych (*National Health Insurance Price List*).

Ze względu na fakt, iż wszyscy obywatele Japonii są objęci jednym z ubezpieczeniowych programów zdrowotnych, wszystkie plany są praktycznie takie same w zakresie korzyści. Dlatego, choć stawki koasekuracyjne mogą ulec zmianie w wysokości - od 10% do 30% - oferowane usługi nie. We wszystkich programach funkcjonuje ograniczenie stawki koasekuracyjnej do 1% w przypadku, gdy miesięczna koasekuracja przekracza wysokość około 720 dolarów [20]. Wysokość składek na ubezpieczenie zdrowotne jest określana na podstawie dochodów i możliwości finansowych obywateli.

Nakłady finansowe

W ostatnich latach obserwuje się wzrost nakładów finansowych na ochronę zdrowia w zdecydowanej większości krajów, szczególnie w państwach wysokorozwiniętych. Związane jest to ze stale wzrastającą przeciętną długością życia ludności, a także wprowadzaniem nowoczesnych, a zarazem kosztownych technologii.

Według aktualnych danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) całkowite wydatki na ochronę zdrowia w Polsce wyniosły 7,4%; a w Japonii 9,5% produktu krajowego brutto (PKB) w 2009 roku [21]. Zbliżone wskaźniki podaje Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD), szacując wydatki na 7% PKB w Polsce w 2010 roku i 9,5% w Japonii w 2009 roku. W porównaniu do lat ubiegłych w Polsce nastąpił wzrost nakładów finansowych na ochronę zdrowia z 6,4% na około 7% PKB. Natomiast w Japonii w latach 2000 – 2007 wydatki na ochronę zdrowia kształtowały się na poziomie 7,7% - 8% PKB, a pod koniec roku 2009 wzrosły o około 1,5% w stosunku do poprzednich lat i zarówno według danych WHO i OECD wynosiły 9,5% produktu krajowego brutto [22].

Tabela 1. Porównanie całkowitych wydatków na ochronę zdrowia jako % PKB w Polsce i Japonii w latach 2000 i 2007.

Całkowite wydatki na ochronę zdrowia jako % PKB	Polska	Japonia
2000 rok	5,5%	7,7%
2007 rok	6,4%	8%

Źródło: WHO.

Nakłady finansowe na jednego mieszkańca w Polsce stanowią jedne z najniższych w Europie i wynoszą według danych OECD z 2010 roku 1.389 dolarów amerykańskich (*US dollars).* Natomiast w Japonii na opiekę zdrowotną dla jednego mieszkańca wydaje się średnio 3.035 dolarów według danych OECD z 2009 roku [23]. W 2007 roku wydatki na zdrowie w tym kraju wynosiły w przybliżeniu 8% PKB czyli około 2.696 dolarów na

mieszkańca. W porównaniu do roku 2000, w którym nakłady na zdrowie oszacowano jako 7,7% PKB aktualnie odnotowuje się wzrost wydatków. Jednak krajowe wydatki na opiekę zdrowotną w Japonii są znacznie niższe niż w większości krajów rozwiniętych [24].

Struktura wydatków w obu krajach jest bardzo podobna. W Japonii niezmiennie od roku 2000 największy udział w finansowaniu ochrony zdrowia mają wydatki rządowe i stanowią 81,3% całkowitych kosztów ponoszonych na opiekę zdrowotną. Z kolei udział prywatnych nakładów finansowych jest na poziomie 18,7%. W Polsce również największy udział w finansowaniu stanowią wydatki rządowe. Utrzymują się na zbliżonym poziomie od wielu lat i stanowią około 70% całkowitych nakładów na ochronę zdrowia w Polsce. Pozostałą część stanowią wydatki prywatne na poziomie około 30% i nieznaczna część – około 0,1% - to zasoby zewnętrzne [24].

Zasoby - Kadry medyczne

W 2009 roku według danych Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia – Wydziału Badań i Analiz oraz Współpracy Międzynarodowej, a także Głównego Urzędu Statystycznego w polskim systemie opieki zdrowotnej zatrudnionych było 540 tysięcy osób wykonujących zawody medyczne. Liczba personelu medycznego w poszczególnych grupach zawodowych była następująca:

- lekarze 132.832
- lekarze dentyści 36.945
- farmaceuci 27.650
- pielęgniarki 278.218
- położne 33.900
- fizjoterapeuci 20.293
- diagności laboratoryjni 9.008 [25,26].

Największe zatrudnienie wśród kadr medycznych obserwuje się w dużych lub gęsto zaludnionych województwach, na obszarach zurbanizowanych i w dużych miastach. Najwyższy odsetek praktykujących lekarzy i lekarzy dentystów występuje w województwach: mazowieckim (20.728 lekarzy, 5.306 lekarzy dentystów), śląskim (15.231 lekarzy, 3.660 lekarzy dentystów) i małopolskim (11.103 lekarzy, 2.952 lekarzy dentystów) [27]. Wskaźnik liczby lekarzy na 10.000 mieszkańców wynosi 34,8; lekarzy dentystów 9,7; natomiast farmaceutów 7,2 [25]. Wśród lekarzy dziedziną specjalizacji, która cieszy się największym popularnością jest specjalizacja z zakresu chorób wewnętrznych. Lekarze tej specjalności stanowią 18% wszystkich praktykujących medyków. Drugą

w kolejności specjalizacją, którą posiada 14.670 lekarzy w Polsce, co stanowi 9,7% ogółu jest pediatria. Na trzecim miejscu znajduje się specjalizacja, której znaczenie systematycznie wzrasta od kilku lat. Medycyna rodzinna, bo o niej mowa, ma zapewnić holistyczną opiekę medyczną pacjentom. Lekarz rodzinny jest pierwszym i podstawowym ogniwem opieki medycznej. W wielu systemach zdrowotnych, również w polskim podstawowa opieka zdrowotna jest fundamentem istnienia i funkcjonowania systemu. Dlatego liczba lekarzy tej specjalności jest dość wysoka i w Polsce wynosi 10.119, co stanowi 6,7% ogółu praktykujących. Stomatologia zachowawcza z endodoncją jest najczęstszą specjalizacją dentystyczną, a lekarzy dentystów z tą specjalizacją jest 12.380, co stanowi 60% spośród wszystkich specjalizacji dentystycznych [27].

Podobną tendencją charakteryzuje się struktura zatrudnienia wśród pielęgniarek i położnych w Polsce. Zdecydowanie najwięcej pielęgniarek i położnych zatrudnionych jest w zakładach opieki zdrowotnej na terenie województw mazowieckiego, odpowiednio 38.048 i 4.070 i śląskiego 36.875 pielęgniarek i 4.093 położnych. Wysoki poziom zatrudnienia występuje również w województwach: wielkopolskim, małopolskim i dolnośląskim, natomiast najmniejszy w lubuskim i opolskim [28]. Wskaźnik liczby pielęgniarek na 10.000 ludności wynosi w Polsce 72,9; natomiast wskaźnik liczby położnych 8,9 [25].

Według danych z 2010 roku zaczerpniętych z raportu na temat zdrowia, zatrudnienia i dobrobytu (*Annual Health, Labour and Welfare Report 2011-2012*) udostępnianych przez Japońskie Ministerstwo Zdrowia, Pracy i Dobrobytu (*Ministry of Health, Labour and Welfare*) obecnie w Japonii struktura zatrudnienia w zawodach medycznych kształtuje się następująco:

- lekarze 295.049
- lekarze dentyści 101.576
- farmaceuci 276.517
- pielęgniarki 994.639
- położne 32.480
- fizjoterapeuci 45.358 [29].

W Japonii nieprzerwanie od lat 50. odnotowuje się niewielki, ale stały wzrost liczby kadr medycznych. Od 2000 roku na 100.000 mieszkańców Japonii przypada ponad 200 lekarzy. Aktualny wskaźnik na 2010 rok wynosi 230,4 lekarzy na 100.000 mieszkańców. Podobne tendencji obserwuje się również wśród lekarzy dentystów. Obecnie wskaźnik liczby lekarzy dentystów na 100.000 obywateli wynosi 79,3. Zatrudnionych w japońskim systemie

ochrony zdrowia farmaceutów również jest coraz więcej. Wskaźnik liczby farmaceutów przypadających na 100.000 mieszkańców Japonii wynosi 215,9.

Dane z Ministerstwa Zdrowia, Pacy i Dobrobytu ukazują również wskaźniki zgodności liczby zatrudnionych lekarzy i pielęgniarek do określonej ustawą o opiece medycznej (Medical Care Act) ustawowej liczby określającej zapotrzebowanie na wymienione kadry medyczne. Z danych wynika, że zarówno w przypadku lekarzy, jak i pielęgniarek zapotrzebowanie to jest zaspokojone w ponad 90% w skali kraju. W przypadku liczby pielęgniarek na terenie całej Japonii wskaźnik ten wynosi około 99% i jest bardzo wyrównany we wszystkich regionach. Natomiast w kwestii zapewnienia odpowiedniej liczby lekarzy na danym terenie kraju, sytuacja jest nieco bardziej zróżnicowana niż w przypadku kadry pielęgniarskiej. Są regiony, w których wskaźnik zapotrzebowania jest wypełniony w ponad 90%, ale w niektórych z nich nie przekracza on 80%. Do takich regionów należą głównie te mniej zurbanizowane, między innymi Hokkaido [29].

Zasoby - Placówki opieki zdrowotnej

W Polsce zarejestrowanych było 72.475 praktyk lekarskich, z czego ponad 50.000 stanowiły praktyki lekarzy ogólnych, natomiast około 22.500 praktyki lekarzy dentystów według danych z końca 2009 roku. Lekarze ogólni prowadzą 7.994 praktyk indywidualnych i 41.558 praktyk indywidualnych specjalistycznych. Lekarze dentyści 13.550 praktyk indywidualnych i 8.255 specjalistycznych. Z kolei praktyk grupowych lekarzy i lekarzy dentystów w Polsce jest stosunkowo niewiele, gdyż tylko 535 lekarzy ogólnych i 583 dentystów [25,26].

Najnowsze statystyki zaczerpnięte z Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych wskazują na istnienie 14.811 indywidualnych praktyk pielęgniarskich i położniczych. Zdecydowanie mniej – 459 jest w Polsce grupowych praktyk pielęgniarskich, położniczych i pielęgniarsko-położniczych. Liczba praktyk specjalistycznych jest zbliżona do liczby praktyk grupowych i wynosi 438 [30].

Najbardziej trafną klasyfikacją zakładów stacjonarnej opieki zdrowotnej w Polsce jest podział na zakłady publiczne i niepubliczne. Szpitali niepublicznych w Polsce według danych z 2009 roku jest 228. Natomiast szpitali publicznych nadzorowanych przez Ministerstwo Zdrowia 526, w tym 469 utworzonych przez jednostki samorządu terytorialnego, 16 – przez ministra lub centralny organ administracji rządowej i 41 szpitali, których organem założycielskim jest publiczna uczelnia medyczna. Szpitale w Polsce dysponują 183.040 łóżkami, w tym 90% stanowią łóżka szpitali publicznych [25,26].

W 2008 roku w porównaniu do lat ubiegłych liczba łóżek w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej zmalała i na 10.000 ludności przypadało 66,8 łóżka, a w zakładach tych przebywało około 7.240.000 osób. Przeciętny pobyt chorego w szpitalu ogólnym wynosił 5,9 dnia.

W Polsce w 2009 roku funkcjonowało 10.817 aptek, z czego 99% to apteki prywatne. Liczba ludności przypadająca na jedną aptekę wynosi 3.200 osób [25,26].

W Japonii wszystkie szpitale i praktyki lekarskie są instytucjami not-for-profit, pomimo że ponad 80% szpitali i 94% gabinetów lekarskich jest w rękach prywatnych [20]. Według danych Ministerstwa Zdrowia, Pracy i Dobrobytu liczba szpitali na koniec 2010 roku wynosiła 8.670 placówek. Od początku lat 90. kiedy to liczba szpitali w Japonii przekroczyła 10.000, obserwuje się coroczny, niewielki spadek liczby tych instytucji. Natomiast liczba praktyk lekarskich i praktyk dentystycznych od kilku lat jest na podobnym poziomie i obecnie wynosi 99.824 praktyk lekarzy i 68.384 praktyk lekarzy dentystów.

Dodatkowo Japonia ma niskie stopy hospitalizacji w porównaniu do innych państw. Jednak pacjenci spędzają stosunkowo długie okresy czasu w szpitalu. W Japonii, średni czas pobytu w szpitalu wynosi 36 dni w porównaniu do zaledwie 6 dni w Stanach Zjednoczonych [13]. Przyczyną długich hospitalizacji pacjentów może być sposób rozliczania świadczeń zdrowotnych w szpitalach. W Japonii szpitale są rozliczane za dzień (per diem) pobytu pacjenta na oddziale, co może skutkować niepotrzebnie wydłużanym okresem hospitalizacji.

Według danych Ministerstwa Zdrowia, Pracy i Dobrobytu w 2010 roku w Japonii łączna liczba łóżek szpitalnych wynosiła 1.593.354 [31]. Warto zwrócić uwagę, że duży odsetek tej liczby stanowią łóżka oddziałów opieki długoterminowej. Jest ich około 332.986. Japonia ma 15,8 szpitalnych łóżek szpitalnych na 1000 osób, co stanowi największą liczbę wśród krajów OECD.

Obecnie w Japonii funkcjonuje 53.067 aptek. Liczba ponad 50.000 aptek w kraju utrzymuje się od roku 2004. Rocznie w aptekach na 10.000 mieszkańców realizowanych jest 72.939 recept. Z kolei liczba recept w miesiącu na 1.000 osób wynosi 486 sztuk [31].

Podsumowanie

W okresie wielu zmian w życiu społecznym, które bezpośrednio determinują również nasze potrzeby w zakresie zdrowia bardzo trudno jest zaspokoić nieograniczony popyt. Dlatego niezmiernie ważne jest, by organizacja systemu zabezpieczenia społecznego, w tym zdrowotnego odpowiadała na zmieniające się potrzeby. Stąd rolą państwa jest zapewnienie sprawnie funkcjonującego systemu finansowania opieki zdrowotnej oraz dbałość o zasoby

materialne i niematerialne oraz kontrolowanie kosztów bieżących i racjonalne planowanie wydatków na przyszłość. Wspomniane planowanie może odbywać się na zasadzie porównania systemu polskiego z systemem, który już dawno został przystosowany do postępujących przemian społecznych oraz postępu technologicznego. Takie porównanie może uwydatnić problemy, które powinny być szybko naprawione, by zapewnić odpowiednie bezpieczeństwo świadczeniobiorcom, a system był efektywny i dobrze zarządzany.

Piśmiennictwo

1. Sowada Ch.: Finansowanie świadczeń zdrowotnych w ramach systemów publicznych – przykłady rozwiązań europejskich, www.case-doradcy.com.pl, data pobrania 01.05.2013.
2. Leowski J.: Transformacja demograficzna i epidemiologiczna – nowe wyzwania zdrowia publicznego [w:] Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne. Ochrona zdrowia w gospodarce rynkowej, Leowski J. (red.), CeDeWu, Warszawa, 2004, 41-45.
3. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku (Dz.U. 1997, Nr 78, poz. 483 z późń. zm.). (Pobrano dnia 04.05.2013 z sieci www: www.sejm.gov.pl).
4. Ustawa z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. 1997, Nr 28, poz. 153 z późn. zm.). www.sejm.gov.pl, data pobrania 01.05.2013.
5. Balicki M., Koronkiewicz Z.: System organizacji i finansowania opieki zdrowotnej [w:] Prawo medyczne, Kubicki L. (red.). Wyd. Medyczne Urban & Partner, Wrocław, 2003.
6. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004, Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.), www.sejm.gov.pl, data pobrania 17.05.2013.
7. Paszkowska M.: Types of private financing of medical care by patients in Poland, eFinanse, 2011, 7, 65.
8. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. 2011, Nr 112 poz. 654). www.sejm.gov.pl, data pobrania 01.05.2013.
9. Poździoch S.: System zdrowotny [w:] Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia, Tom I, Czupryna A., Poździoch S., Ryś A., Włodarczyk W.C. (red.), Vesalius, Kraków, 2000, 132-138.
10. Uzasadnienie do projektu ustawy o działalności leczniczej. www: www.rzeczpospolita.pl, data pobrania 01.05.2013.

11. Ikegami N., Campbell JC.: Japan's health care system: containing costs and attempting reform, Health Aff., 2004, Vol. 23, Nr 3, s. 26-36.
12. Fukawa T.: Outline of the present health insurance system [in:] Public health insurance in Japan, Fukawa T. (ed.), World Bank Institute, Waszyngton, 2002, 4-6.
13. Reid TR.: Japan: Bismarck on rice [in:] The healing of America: a global quest for better, cheaper and fairer health care. Reid T.T. (ed.) Penguin Press, New York, 2009.
14. Matsuda S.: The health and social system for the aged in Japan, Aging Clin. Exp. Res., 2002, 14, 265-270.
15. Siwińska V., Brożyniak J., Iłżecka J. i wsp.: Modele systemów opieki zdrowotnej w Polsce i wybranych państwach europejskich, Zdr. Publ., 2008, 118, 358-367.
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2004 roku w sprawie świadczeń wysokospecjalistycznych finansowanych z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia (Dz.U. 2004, Nr 267, poz. 2661 z późn. zm.). www.sejm.gov.pl, data pobrania 01.05.2013.
17. Magda I., Szczygielski K.: Ocena możliwości poprawy działania polskiego systemu ochrony zdrowia. Współpłacenie i prywatne ubezpieczenia zdrowotne, Ernst & Young Sprawne Państwo, Warszawa, 2011.
18. Witkiewicz M., Sulikowski T., Łybacka A.: Prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Polska 2010, Raporty Ubezpieczeniowe, 2011.
19. Włodarczyk C., Poździoch S.: Systemy zdrowotne. Zarys problematyki, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2001, 277-296.
20. Ikegami N.: The Japanese health care system – achieving equity and containing costs through a single payment system, Am. Heart. Hosp. J., 2007, 5, 27-31.
21. Total health expenditure as % of gross domestic product (GDP), WHO estimates, European health for all database (HFA-DB). World Health Organization, Regional Office for Europe, 2012, www: www.data.euro.who.int, data pobrania 01.05.2013.
22. Total expenditure on health as a percentage of gross domestic product, OECD iLibrary, 2012, www: www.oecd-ilibrary.org, data pobrania 01.05.2013.
23. Total expenditure on health per capita at current prices and PPPs, OECD iLibrary, 2012. www.oecd-ilibrary.org., data pobrania 01.05.2013.
24. Global health indicators, World Health Statistics. WHO, 2010, 127-139.
25. Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2010, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Warszawa, 2010.

26. Ochrona Zdrowia i Opieka Społeczna, Dmochowska H. (red.), Mały Rocznik Statystyczny Polski 2012. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, 2012, 260-263.
27. Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentystów wg dziedziny i stopnia specjalizacji z uwzględnieniem podziału na lekarzy wykonujących i nie wykonujących zawodu. Centralny Rejestr Lekarzy, Naczelna Izba Lekarska w Warszawie, Warszawa, 2011. www.nil.org.pl, data pobrania 13.04.2013.
28. Liczba pielęgniarek i położnych zarejestrowanych oraz zatrudnionych – stan na dzień 31 grudnia 2009 roku. Analizy i raporty statystyczne, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych. www.nil.org.pl, data pobrania 13.04.2013.
29. Medical professionals. Health and Medical Services. Annual Health, Labour and Welfare Report 2011-2012. Ministry of Health, Labour and Welfare, 2012, 18-21.
30. Liczba grupowych, specjalistycznych i indywidualnych praktyk pielęgniarek, położnych - stan na 31 grudnia 2009 roku. Analizy i raporty statystyczne, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych.www.izbapiel.org.pl, data pobrania 13.04.2013.
31. Trends with medical institutions. Health and Medical Services. Annual Health, Labour and Welfare Report 2011-2012. Ministry of Health, Labour and Welfare, 2012, 15-17, 72.

Jakubów Piotr[1,2], Tyborowska Anna[2], Malarewicz - Jakubów Agnieszka[3], Zemke-Górecka Agnieszka[4]

Systemy abonamentowe i ich podstawy prawne wprowadzenia w opiece pielęgniarskiej

1. Klinika Kardiochirurgii UM w Białymstoku
2. Hospicjum Domowe w Białymstoku
3. Katedra Prawa Cywilnego - Zakład Prawa Handlowego Wydziału Prawa Uniwersytetu w Białymstoku
4. Katedra Prawa Cywilnego - Zakład Prawa Cywilnego Wydziału Prawa Uniwersytetu w Białymstoku

Wstęp

W większości krajów Unii Europejskiej (UE) systemy ochrony zdrowia bazują na finansowaniu ze źródeł publicznych. Funkcjonuje w nich również uzupełniający rynek prywatnego finansowania ochrony zdrowia, oparty na dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych. Niestety w Polsce w wyniku istniejących barier regulacyjnych, rynek dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych nie mógł jak dotąd skutecznie się rozwijać. W efekcie większość Polaków uzależniona jest od opieki medycznej oferowanej wyłącznie w systemie bazowym lub od jednorazowych wydatków bezpośrednich, które ze względu na swoją specyfikę, nie są efektywnym kosztowo mechanizmem finansowania świadczeń.

Współuczestniczenie pacjentów w finansowaniu opieki zdrowotnej jest jednym z istotnych elementów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Europie. Rozróżnia się kilka form współuczestniczenia: opłaty bezpośrednie za usługi świadczone prywatnie oraz udział własny w kosztach udzielania świadczeń zdrowotnych. W udziale własnym rozróżniamy: współpłatność polegającą na uiszczeniu opłaty w momencie otrzymania świadczenia, np. współubezpieczenie określone jako udział ubezpieczonego w kosztach usług medycznych, udział własny polegający na uiszczeniu kwoty, która musi być opłacona przez ubezpieczonego tak, aby ubezpieczyciel pokrył pozostałe koszty [1]. Rozwój prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jest nieunikniony, ponieważ dostęp do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych jest limitowany. Ważnym aspektem prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce jest zmiana statusu pacjenta. Rynek usług medycznych charakteryzuje znaczna nierówność pozycji jego uczestników, co decyduje o konieczności zastosowania prawnego interwencjonizmu ochronnego [2]. Na bazie obowiązujących przepisów tworzone są tzw. abonamenty medyczne.

Analiza rynku ubezpieczeń świadczeń zdrowotnych

Systemy ochrony zdrowia krajów UE są zróżnicowane. W niektórych krajach finansowanie opiera się na systemie budżetowym, inne funkcjonują w oparciu o model

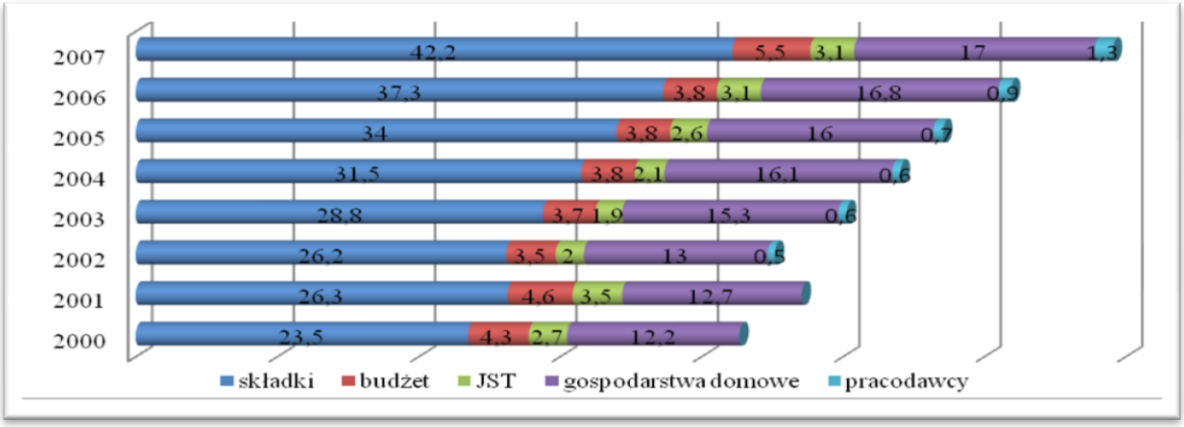
ubezpieczeniowy. Są także systemy mieszane. Na przykład w Polsce oprócz finansowania świadczeń zdrowotnych na podstawie ubezpieczenia zdrowotnego, procedury wysokospecjalistyczne finansowane są z budżetu państwa.

System opieki medycznej we Francji został oceniony przez Światową Organizację Zdrowia w 2000 roku jako najlepszy na świecie [1].

System ubezpieczeń zdrowotnych refunduje około 75-80 % kosztów świadczeń medycznych, pozostałą kwotę wypłacają pacjenci indywidualnie lub z ubezpieczeń dodatkowych [1].

W Polsce nadal pozostaje problem niewystarczającej ilości środków pochodzących ze składki zdrowotnej, natomiast brakuje jednoznacznych regulacji prawnych pozwalających na współuczestniczenie w kosztach opieki zdrowotnej.

W polskim systemie zdrowotnym można wyróżnić następujące źródła finansowania ochrony zdrowia: ubezpieczenie zdrowotne (obowiązkowe lub dobrowolne), budżet państwa oraz środki własne pacjentów. Szczegóły i historyczne dane dotyczące przychodów sektora zdrowotnego w Polsce (w latach 1999 – 2007) w podziale na: składki, budżet państwa i budżet jednostek terytorialnych, indywidualne dochody ludności przeznaczane na ochronę zdrowia oraz środki przeznaczone na cele zdrowotne przez pracodawców, zostały przedstawione na Rycinie 1.



Ryc. 1. Przychody sektora zdrowotnego w latach 1999 – 2007 (mld PLN)
Źródło: Raport Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce, Zielona Księga, wersja III, str. 214, Warszawa, listopad, 2008

Ubezpieczenie zdrowotne stanowi podstawowe źródło finansowania świadczeń zdrowotnych w Polsce a jednocześnie limituje ich dostęp z powodu ograniczonych środków

finansowanych. Procedury wysokospecjalistyczne finansowane są ze środków budżetu państwa.

Finansowanie świadczeń zdrowotnych z budżetu państwa dokonywane jest w oparciu o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2004 r. w sprawie świadczeń wysokospecjalistycznych, finansowanych z budżetu państwa [3]. Środki publiczne są przekazywane świadczeniodawcom, z którymi minister właściwy do spraw zdrowia zawarł umowę o udzielanie tych świadczeń i przeznaczane są wyłącznie na pokrycie kosztów związanych z realizacją umowy. Dodatkowym źródłem finansowania świadczeń zdrowotnych są w niewielkim zakresie środki pochodzące z budżetu jednostek samorządu terytorialnego.

Przyczyny wprowadzenia abonamentów medycznych w Polsce

System opieki zdrowotnej w Polsce od lat przeżywa poważne trudności. W rankingu Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia Polska klasyfikuje się na 27 pozycji spośród 33 krajów [4].

Przyczyn generujących problemy polskiego systemu opieki zdrowotnej jest bardzo wiele. W ocenie Najwyższej Izby Kontroli, istotną barierą, mającą wpływ na ilość udzielanych świadczeń, a w konsekwencji także na liczbę pacjentów oczekujących i czas oczekiwania, była dysproporcja pomiędzy wartością kontraktów zawartych z Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), a zapotrzebowaniem na usługi zdrowotne. Świadczy o tym fakt, że pomimo wysokiej realizacji kontraktów przez poradnie i oddziały udzielające świadczeń zdrowotnych nie można było na bieżąco zaspokajać potrzeb wszystkich świadczeniobiorców [5]. Limitowanie świadczeń zdrowotnych, brak dodatkowych ubezpieczeń, które pokrywają inne koszty niż leczenie w szpitalach powoduje, że środków finansowych na leczenie nie wystarcza. W ciągu ostatnich 10 lat powstało szereg komercyjnych lecznic, które udzielają zarówno ambulatoryjne, jak i szpitalne świadczenia zdrowotne. Firmy ubezpieczeniowe coraz częściej proponują dodatkowe polisy na tzw. ubezpieczenie zdrowotne w prywatnych placówkach ochrony zdrowia. Korzyściami eksponowanymi przez ubezpieczycieli oferujących polisy ubezpieczeń kosztów leczenia w kraju jest przede wszystkim wyższa jakość z punktu widzenia komfortu czasowego pacjentów, wyższy niż publiczny standard obsługi, dowolność wyboru lekarza, jak też brak regionalizacji usług [6].

Zauważalny jest również wzrost środków przeznaczonych na cele zdrowotne przez pracodawców z środków poza budżetu państwa, finansujących głównie obowiązkowe badania profilaktyczne - rzadziej programy zdrowotne dla swych pracowników oraz wykupujących dla nich tzw. abonament, stanowiący rodzaj zakładowego ubezpieczenia zdrowotnego [7].

Umowa abonamentu medycznego:

Umowa abonamentu medycznego nie ma jednolitego charakteru prawnego. Możemy wyróżnić dwa rodzaje abonamentów:

1) abonament medyczny pośredni;
2) abonament medyczny bezpośredni.

Kryterium podziału opiera się na podmiocie zlecającym wykonanie świadczeń medycznych. Abonament medyczny bezpośredni polega na zawarciu umowy pacjenta ze świadczeniodawcą usług medycznych, który zobowiązuje się do udzielenia świadczeń medycznych na podstawie odpłatnej umowy a pacjent zobowiązuje się do opłacania wynagrodzenia za korzystanie z abonamentu medycznego. Strony na zasadzie swobody umów określają swoje prawa i obowiązki, natomiast posiłkowo można stosować do niniejszej umowy przepisy dotyczące umowy zlecenia. Jest to rodzaj abonamentu, który może być wykorzystywany przez pacjenta, który potrzebuje dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, która może być świadczona w oparciu o art. 23 ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położonej [8].

Abonament medyczny pośredni opiera się na realizacji praw i obowiązków stron na zasadzie art. 393 Kodeksu cywilnego. Jest to umowa na rzecz osoby trzeciej – pacjenta. Świadczeniodawca usług medycznych zobowiązuje się wobec swojego kontrahenta do świadczenia usług medycznych na rzecz osób, które otrzymują od swojego pracodawcy tzw. abonament medyczny. Świadczeniodawcą usług zdrowotnych może być zarówno podmiot leczniczy prowadzący lecznictwo otwarte, jak i lecznictwo szpitalne. Podmiotem zlecającym jest pracodawca, który swoim pracownikom i współpracownikom (osobom, które wykonują obowiązki na podstawie umów cywilnoprawnych) zapewnia świadczenia zdrowotne. W zakresie opisywanych abonamentów medycznych pojęcie pracownika należy rozumieć szerzej niż w ujęciu Kodeksu pracy, ponieważ obejmować one będą również osoby związane stosunkami cywilnoprawnymi. W rezultacie adresatem usługi medycznej w ramach abonamentu dla pracowników będzie nie tylko osoba zatrudniona na podstawie stosunku pracy, ale również osoba związana z organizacją umową cywilnoprawną, np. kontraktem menadżerskim lub zleceniem. Abonamenty można wykupić dla części pracowników albo też dla wszystkich pracowników. Możliwe jest również, zazwyczaj za dodatkową opłatą, objęcie opieką medyczną członków rodziny pracownika, który posiada abonament.

Umowa ma charakter cywilnoprawny, odpłatny, konsensualny. Jest to umowa o charakterze mieszanym, albowiem zawiera w sobie elementy charakterystyczne zlecenia, jak też w oparciu o zasadę swobody umów regulowane są prawa i obowiązki stron

w kwestiach, w których prawo ich nie reguluje. Zasada swobody umów jest fundamentem prawa cywilnego. Ustawodawca pozostawił stronom określony prawem zakres działań pozwalających na kształtowanie stosunków prawnych. Zdaniem A. Stelmachowskiego zasada swobody umów nie oznacza nic innego, jak tylko przekazanie przez Państwo swych kompetencji normotwórczych samym stronom umowy [9]. Innymi słowy swoboda kontraktowania to możliwość swobodnego kształtowania stosunków prawnych w stosunkach wzajemnych w ogólnych ramach zakreślonych przez prawo. Regulacje prawne odnoszące się do swobody kontraktowania pozwoliły na funkcjonowanie abonamentu medycznego w stosunkach społecznych. Pracodawca z własnych środków może wykupić abonament medyczny dla swoich pracowników. Zakres świadczeń zależy od ustaleń dokonanych przez strony i związany jest z wysokością ponoszonej przez pracodawcę opłaty. Pracodawca ponosi koszty, jednakże zyski wydają się znacznie większe, ponieważ pracownicze pakiety medyczne stanowią istotny element zarządzenia szczególnie zasobami ludzkimi w organizacji. Stanowią one zachętę do poszukiwania pracodawcy, który oferuje dodatkową opiekę medyczną. Abonament medyczny można traktować jako element wynagrodzenia lub też jako odrębny czynnik motywacyjny. Taka forma świadczenia jest zwykle rodzajem premii pracownika i stanowi jego dodatkową gratyfikacje będącą fragmentem pakietu socjalnego. Pracownicy otrzymujący abonament medyczny od pracodawcy, są wyróżnieni korzystaniem z usług medycznych ponadstandardowych, których nie obejmuje powszechne ubezpieczenie zdrowotne. Tak forma świadczenia jest zwykle formą wyróżnienia i przyczynia się pozytywnie do integracji pracownika z firmą płacącą za abonament.

Przedmiotem umowy abonamentu medycznego jest zobowiązanie podmiotu leczniczego do udzielania uprawnionym pacjentom świadczeń zdrowotnych a ze strony pracodawcy (w przypadku abonamentu medycznego pośredniego) lub samego pacjenta (w przypadku abonamentu medycznego bezpośredniego) uiszczenie opłaty abonamentowej. Świadczenie zdrowotne to działanie służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu, a także poprawie zdrowia i inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia, w szczególności związane z badaniem i poradą lekarską, leczeniem, rehabilitacją leczniczą, badaniem diagnostycznym, w tym z analityką medyczną, pielęgnacją chorych. Świadczenia zdrowotne mogą być wykonywane zarówno przez lekarzy, jak i pielęgniarki. Zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na:

- rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta;
- rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta;

- planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem;
- samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych;
- realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;
- orzekaniu o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych;
- edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Od woli stron zależy zakres usług zdrowotnych będących przedmiotem umowy. Z zakresem oferowanych świadczeń w abonamencie koreluje opłata abonamentowa. Większość świadczeniodawców ma w swej ofercie kilka abonamentów różniących się między sobą zakresem świadczeń oraz wysokością opłaty. Najczęściej spotykane są trzy rodzaje abonamentów: podstawowy, typowy (średni) i rozszerzony (extra). Do zakresu oferowanych świadczeń w abonamencie podstawowym należy:

- podstawowa opieka zdrowotna, specjalistyczna ambulatoryjna opieka zdrowotna (jednakże ograniczona, np. podmiotowo, czyli nie obejmuje prawa dostępu do specjalistów każdego rodzaju),
- badania diagnostyczne (zazwyczaj tylko podstawowe)
- profilaktyka zdrowotna (np. związana z bezpłatnym uczestnictwem w badaniach profilaktycznych).

Typowy abonament obejmuje, podobnie jak podstawowy, i specjalistyczną opiekę oraz badania diagnostyczne, ale w znacznie szerszym zakresie (np. dostęp do wszystkich lub większości możliwych specjalistów, bardziej specjalistyczne badania). Oferta rozszerzona obejmuje pełen zakres badań w tym specjalistyczne, takie jak tomografia, czy rezonans magnetyczny, dostęp do wszystkich specjalistów oraz rehabilitacji, a czasem również świadczeń stomatologicznych. Niektórzy świadczeniodawcy oferują również pomoc doraźną (całodobowe pogotowie) oraz hospitalizację. W abonamentach dla pracowników znajdują się także świadczenia z zakresu medycyny pracy (w szczególności badania profilaktyczne wymagane na podstawie art. 229 Kodeksu pracy). Szczegółowy zakres świadczeń zdrowotnych określony jest zazwyczaj w załączniku stanowiącym integralną część umowy o abonament medyczny.

W umowie o abonament medyczny, poza określeniem jej zakresu podmiotowego i przedmiotowego należy ustalić opłatę abonamentową. Opłata abonamentowa to ustalona kwota pieniężna, którą powinna zostać opłacona w określonych odstępach czasu. Opłata ma

charakter ryczałtowy i periodyczny. Opłata abonamentowa jest najczęściej uiszczana miesięcznie, kwartalnie lub rocznie. Poza określeniem w umowie ceny, należy również uregulować zasady jej płatności i ewentualne konsekwencje opóźnień w jej zapłacie (np. odsetki umowne).

Dodatkowo w umowie reguluje się zasady dostępności i realizacji świadczeń. Przykładowo należy określić czy od specjalisty wymagane jest skierowanie, a jeżeli tak, czy tylko od lekarza świadczeniodawcy oraz w jakim terminie najpóźniej świadczenie musi być zrealizowane. Umowa powinna zawierać zasady rejestracji pacjentów i dokumentowania przez nich uprawnień do świadczeń. Ponadto umowa reguluje wykaz placówek udzielających świadczenia i ich dane adresowe oraz wykaz uprawnionych pacjentów, czas jej obowiązywania, zasady jej rozwiązania (przyczyny, termin wypowiedzenia), właściwość miejscową sądu w sprawach spornych.

Specyfika umowy polega na deficycie ochrony pacjenta jako konsumenta usług medycznych. Jej wykonanie wiąże się z ryzykiem szkód medycznych. Kontraktujący świadczenia zdrowotne powinien zabezpieczyć korzystających ze świadczeń w razie powstania szkód medycznych.

Pracodawca finansuje koszty dodatkowej opieki medycznej dla pracowników z własnych środków. Wysokość opłaty abonamentowej zależy przede wszystkim od zakresu oferowanych świadczeń i wynosi od kilkudziesięciu do kilkuset złotych miesięcznie od osoby. Pracodawca ponosi koszty dodatkowej opieki medycznej, jednakże zyski (nie tylko materialne) wydają się znacznie większe gdyż abonament medyczny należy traktować jako efektywny instrument zarządzania szczególnie zasobami ludzkimi w organizacji. Abonament medyczny wpływa na efektywność całej organizacji poprzez skrócenie, a nawet eliminację absencji chorobowych pracowników.

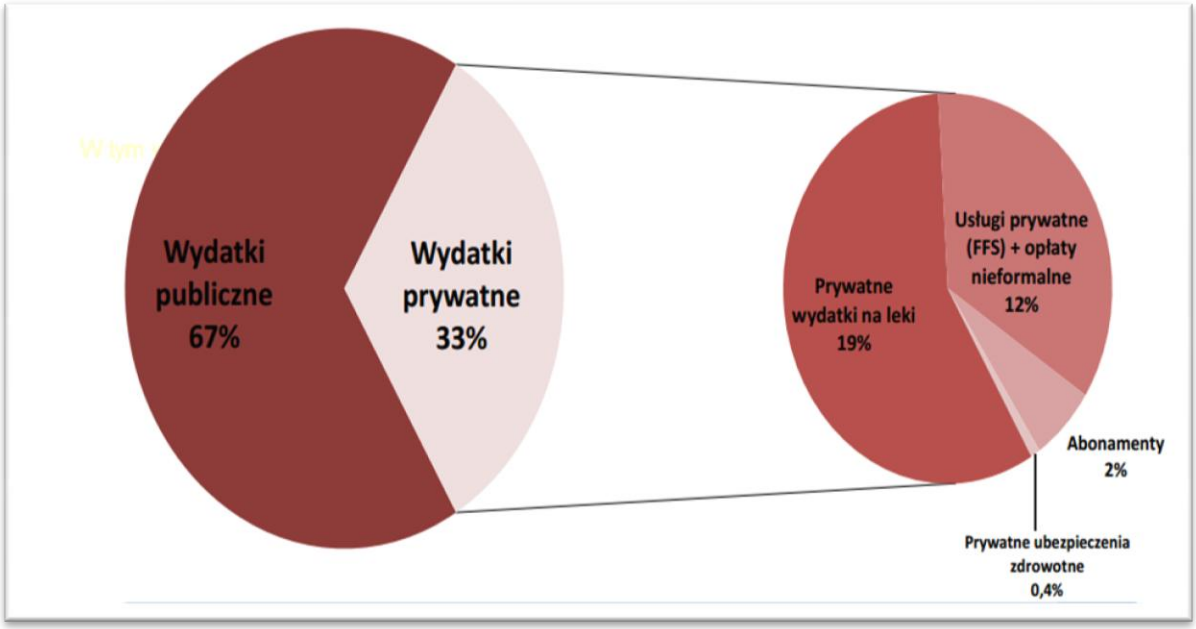
Abonament medyczny jest alternatywną formą finansowania przedsiębiorstwa i umożliwia określenie oraz przewidywanie wpływów, a co za tym idzie również planowanie kosztów prowadzenia działalności medycznej. Abonamenty medyczne są obecnie istotnym źródłem finansowania świadczeń medycznych w Polsce. Uważa się, że opłaty abonamentowe stanowią ok 40 % wpływu w 3 największych prywatnych firmach medycznych [10].

Rynek usług medycznych w zakresie abonamentów medycznych rozwija się bardzo prężnie i tendencja ta będzie rosła. Dodatkowym bodźcem rozwoju i popularyzacji powyższego segmentu usług są zmiany legislacyjne, które umożliwiają wliczanie w koszty działalności wydatków ponoszonych przez pracodawcę na opiekę medyczną dla jego pracowników. Od 1 stycznia 2007 r. pracodawca może zaliczyć do kosztów uzyskania

przychodów wszystkie wydatki poniesione na ochronę zdrowia pracowników (w tym również koszty abonamentu medycznego, czy szczepionek przeciwko grypie), a nie jak dotychczas tylko te obligatoryjne, wynikające z Kodeksu pracy. Należy zauważyć, że większość pakietów prywatnej opieki medycznej obejmuje również medycynę pracy. W związku z czym pracodawca nie musi zawierać osobnej umowy na profilaktyczną opiekę medyczną nad swoimi pracownikami.

Prywatne ubezpieczenie zdrowotne

Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Ubezpieczenie zdrowotne opiera się na zasadzie powszechności, tzn. każdy obywatel zobowiązany jest do odprowadzenia składki na ubezpieczenie zdrowotne, chyba że przepis szczególny stanowi inaczej. W związku z limitowanym dostępem do świadczeń zdrowotnych powstają dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne, zwane także komercyjnymi, rynkowymi. Wiąże się to także z komercjalizacją świadczeń opieki zdrowotnej, powstawaniem prywatnych lecznic.



Ryc. 2. Struktura wydatków na opiekę zdrowotną ze względu na źródło finansowania
Źródło: Polska Izba Ubezpieczeń na podstawie danych GUS; Korzyści z dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce; Materiały konferencyjne Polskiej Izby Ubezpieczeń, Warszawa, Maj 2013, str. 9

Celem umowy ubezpieczenia jest uwolnienie ubezpieczonego od konieczności ponoszenia wydatków na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych w razie tzw. ryzyka niezdrowia. Dodatkowe ubezpieczenia od ryzyka konieczności zaspokojenia potrzeb zdrowotnych, oferowane są przez towarzystwa ubezpieczeniowe. Pojawiają się one na rynku w ramach albo

ubezpieczeń na życie albo ubezpieczeń osobowych w oparciu o ustawę z dnia 2 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej [11].

Wobec istniejących niedoborów finansowych w ochronie zdrowia i rosnącego zapotrzebowania na nowe środki finansowe, należy szukać w krótko- i długoterminowej perspektywie rozwiązań, które z jednej strony usprawnią system, dając szansę na lepsze i szybsze rozwiązanie problemów zdrowotnych oraz niwelując koszty, z drugiej zaś strony – wzbogacą go o nowe fundusze. Ze zdrowotnego punktu widzenia należy poszukiwać więc nowych rozwiązań w systemach ubezpieczeniowych zdrowotnych i opiekuńczych.

Dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne obejmuje finansowanie lub zapewnienie przez zakład ubezpieczeń, świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz ubezpieczonego, związanych z profilaktyką lub terapią następstw wypadku lub choroby. Korzystanie z dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego nie narusza praw i obowiązków pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne może obejmować świadczenia gwarantowane i pozostałe świadczenia opieki zdrowotnej, w tym świadczenia z zakresu medycyny pracy. Umowa może być zawierana grupowo lub indywidualnie, na czas określony lub nieokreślony.

Dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne stanowi szczególny przypadek ubezpieczenia, którego istotą jest rozkładanie finansowych skutków związanych z wystąpieniem zdarzenia polegającego na utracie zdrowia, w dwóch wymiarach:

- w czasie – ze względu na opłaconą składkę ubezpieczeniową i gromadzenie środków potrzebnych na finansowanie konsekwencji utraty lub pogorszenia stanu zdrowia,
- w wymiarze podmiotowym – pomiędzy poszczególne osoby objęte ubezpieczeniem.

W umowach ubezpieczenia zdrowotnego używa się pojęcia system bazowy, za który uznaje się świadczenia gwarantowane w ramach obligatoryjnego powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego finansowanego ze środków publicznych.

Funkcje dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych zależą w dużej mierze od różnic w bazowych systemach zabezpieczenia zdrowotnego w poszczególnych krajach. Dotyczy to zazwyczaj kształtu i zakresu systemów bazowych oraz dostępności oferowanych w ich ramach świadczeń. W zależności od relacji w stosunku do zabezpieczenia bazowego oraz pełnionych funkcji, dodatkowe ubezpieczenia dzielimy na suplementarne, równoległe do systemu bazowego i komplementarne - uzupełniające system bazowy (Tabela 1).

Tab. 1. Prywtne ubezpieczenia zdrowotne w relacji do systemu publicznego

Rodzaj ubezpieczenia	Funkcje (co zapewnia)	Relacja w stosunku do zabezpieczenia bazowego
Suplementarne	▶ szerszy dostęp do świadczeniodawców ▶ szybszy dostęp do świadczeń ▶ wyższa jakość świadczenia	„obok"
Komplementarne	▶ dostęp do świadczeń nieobjętych systemem bazowym ▶ ubezpieczenie od współpłacenia	„ponad"
Substytucyjne	▶ oferowane osobom wyłączonym z zabezpieczenia bazowego oraz tym, które mogą z niego zrezygnować	„zamiast"
Bazowe	▶ obowiązkowe prywatne ubezpieczenie bazowe ▶ podstawowa droga „dostępu" do świadczeń zdrowotnych	„wyłączność"

Źródło: PIU na podstawie B. Więckowska, M. Osak, Potencjał prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jako źródła finansowania opieki zdrowotnej w Polsce, [w:] Ubezpieczenia wobec wyzwań XXI w., W. Ronka-Chmielowiec [red.], Uniwersytet ekonomiczny we Wrocławiu 2010 r.

Ubezpieczenia suplementarne obejmują świadczenia zdrowotne, które są gwarantowane w systemie zabezpieczenia bazowego. Dają one ubezpieczonemu możliwość korzystania z usług trudno dostępnych lub niedostępnych w ramach zabezpieczenia bazowego. W efekcie umożliwiają ubezpieczonemu łatwiejszy i szybszy dostęp do świadczeń zdrowotnych oraz często gwarantują wyższą jakość niż ona oferowana w systemie bazowym. Ubezpieczenia te są charakterystyczne dla systemów opieki zdrowotnej, w których system bazowy pokrywa szeroki zakres świadczeń zdrowotnych, ale świadczenia te są trudno dostępne, np. ze względu na długi okres oczekiwania. Osoby posiadające ubezpieczenie suplementarne są nadal objęte zabezpieczeniem bazowym i nie mogą z niego zrezygnować.

Ubezpieczenia komplementarne obejmują te świadczenia zdrowotne i procedury medyczne, które nie są objęte ubezpieczeniem bazowym. Są one uzupełnieniem świadczenia bazowego, a ich celem jest podwyższenie standardowego zakresu ochrony oferowanej w systemie bazowym. Dodatkowo mogą też pełnić rolę ubezpieczenia od współpłacenia, jeżeli w danym systemie takie występuje. Ubezpieczenia te są charakterystyczne dla systemów opieki zdrowotnej, których system bazowy pokrywa zdefiniowany i ograniczony zakres świadczeń zdrowotnych lub dostęp do świadczeń gwarantowanych jest ograniczony

przez mechanizm współpłacenia. Osoby posiadające ubezpieczenie komplementarne pozostają objęte zabezpieczeniem bazowym i nie mogą z niego zrezygnować.

Ponadto w niektórych systemach funkcjonują tzw. substytucyjne ubezpieczenia zdrowotne, które traktowane są jako alternatywa dla systemu bazowego. Są one charakterystyczne dla systemów opieki zdrowotnej, w których pewne osoby są wyłączone z zabezpieczenia bazowego lub mogą z niego zrezygnować. W pierwszym przypadku ubezpieczenie substytucyjne ma charakter fakultatywny, w drugim przypadku natomiast jest to ubezpieczenie obligatoryjne, a jego zakres jest zazwyczaj regulowany prawnie i pokrywa się z zabezpieczeniem bazowym obowiązującym w danym systemie opieki zdrowotnej. Z uwagi na fakt, że ubezpieczenia substytucyjne „nie wzbogacają" systemu bazowego, nie zalicza się ich do grupy dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych [12].

W Polsce w ostatnim 20-leciu powstał system prywatnych abonamentów medycznych, wypełniających lukę pomiędzy potrzebami pacjentów a możliwościami systemu państwowego. Z formalnego punktu widzenia abonamenty usług medycznych nie są ubezpieczeniami. Ich istota polega na systematycznej wpłacie na konto świadczeniodawcy środków finansowych, które w bliższej lub dalszej perspektywie pokryją koszty świadczenia zdrowotnego, do którego udzielenia zobowiązany jest świadczeniodawca. Abonamenty medyczne tworzą potężny sektor opieki zdrowotnej w Polsce.

Podsumowanie

Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne wydają się być jednym z najlepszych i możliwych do szybkiego wdrożenia rozwiązań o ile nastąpi regulacja powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych. Będą bowiem dostarczać do systemu opieki zdrowotnej dodatkowe środki finansowe oraz spełnią oczekiwania świadczeniobiorców dotyczące jakości i dostępności. Dają szansę na satysfakcję płatnika publicznego, odciążą go i dokapitalizują, natomiast pacjent otrzyma w odpowiednim czasie odpowiednie świadczenie medyczne.

Budowanie systemu dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych będzie wiązało się ze zwiększeniem pojemności systemu świadczeniodawców. Zmniejszą się bowiem kolejki do świadczeń finansowanych tylko z NFZ, gdyż z systemu tego wyjdą pacjenci, którym porady zostaną udzielone w ramach świadczeń DUZ (Dodatkowe Świadczenia Zdrowotne) [13].

Obecnie można zauważyć, że tworzy się quasi-ubezpieczeniowy system ochrony zdrowia oparty w części na tak zwanych abonamentach medycznych. Z uwagi na brak odpowiednich regulacji prawnych podmioty funkcjonujące w oparciu o system opłat abonamentowych nie muszą posiadać statusu ubezpieczyciela. Mają więc pozycję uprzywilejowaną względem ubezpieczycieli świadczących dodatkowe ubezpieczenia

zdrowotne, ponieważ nie muszą stosować się do wymogów ustawy o działalności ubezpieczeniowej, a ich działalność gospodarcza nie musi być prowadzona w formie spółki akcyjnej lub towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych. Nie muszą spełniać wymogów dotyczących wysokości kapitału zakładowego oraz nie podlegają innym rygorom, które wydają się niezbędne w przypadków umów dotyczących zdrowia.

Świadczone w systemie abonamentowym usługi medyczne, z wyjątkiem obowiązkowych świadczeń z zakresu medycyny pracy, w istocie pokrywają się z zakresem działalności ubezpieczeniowej i w związku z tym powinny podlegać reżimowi ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

Warunek wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych nie może mieć wpływu na realizację obowiązku zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Oznacza to, że dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne nie może prowadzić do ominięcia kolejki do świadczeń, które są finansowane ze środków publicznych, materia ta zgodnie z wymaganiami konstytucyjnymi powinna być unormowana w ustawie, co zapewni maksymalną pewność po stronie beneficjentów systemu opieki zdrowotnej. Wreszcie, należy wskazać na obowiązek stworzenia jednoznacznej, precyzyjnej i funkcjonalnej konstrukcji systemu ochrony zdrowia, która wynika z zasad prawidłowej legislacji. Konstrukcja ta musi uwzględniać inne wolności i zasady konstytucyjne, w szczególności wspomnianą zasadę swobody umów i wolności gospodarczej.

Wnioski

Wydaje się że wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych jest dopuszczalne, a nawet pożądane w świetle ram konstytucyjnych. Ich wprowadzenie bowiem przyczyni się do efektywniejszego, a co za tym idzie lepszego funkcjonowania systemu opieki zdrowia, czyli lepszej realizacji i większej dostępności do świadczeń zarówno lekarskich jak i pielęgniarskich [14].

Piśmiennictwo

1. Tyszka A.: System ochrony zdrowia. Problemy i możliwości ich rozwiązań, Nojszewska E. (red.), LEX a Wolters Kluwer business, Warszawa, 2011.
2. Łętowska E.: Prawo umów konsumenckich, C.H. Beck, Warszawa, 2002.
3. Dz. U. z 2004 r., nr 267, poz. 2661 ze zm.

4. Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia, Raport 2012, Health Consumer Powerhouse, http://piu.org.pl/public/upload/ibrowser/EHCI/PL_Index-EHCI-2012. pdf, data pobrania 02.04.2014.
5. Najwyższa Izba Kontroli, Departament pracy, spraw socjalnych i zdrowia, Informacja o wynikach kontroli dostępności wybranych świadczeń opieki zdrowotnej, Warszawa, lipiec 2010 r., http://www.nik.gov.pl/plik/id,1980,vp,2416.pdf. data pobrania 02.04.2014.
6. Narloch P.: [w:] Binięda A., Fuchs D., Malinowska K., Maśniak D., Narloch P., Piecowska E., Sukiennik P., Wieczorek E.: Prawo o kontraktach w ubezpieczeniach. Komentarz do przepisów i wybranych wzorców umów, Brodecki Z. (red.), Zakamycze, 2003, 316.
7. Hady J., Leśniowska M.: Finansowanie polskiego systemu opieki zdrowotnej na tle wybranych krajów Unii Europejskiej, 9, http://www.rzu.gov.pl/files/20725_5260_ Joanna_Hady_Malgorzata_Lesniowska_Finansowanie_polskiego_systemu_opieki_ zdrowotnej_na_tle_wybranych_krajow_Unii_Europ.pdf., data pobrania 02.04.2014.
8. Dz. U. 2001 Nr 174 poz. 1039 ze zm.
9. Stelmachowski A.: Zarys teorii prawa cywilnego, Wyd. Prawnicze PWN, Warszawa, 1998, 89.
10. Ulanowska A.: Umowa o świadczenie usług medycznych – zagadnienia wybrane, Przegląd Sądowy, 2012, 3, 58.
11. Dz. U. 2010 Nr 11 poz. 66 ze zm.
12. Polska Izba Ubezpieczeń, Rola i funkcja dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych we współczesnych systemach ochrony zdrowia – analiza i rekomendacje dla Polski, Ernst & Young, Maj 2013;http://piu.org.pl/public/upload/ibrowser/DUZ-konferencja/Raport%20-%20Rola%20i%20funkcja%20dodatkowych%20ubezpiecze%C5%84%20 zdrowotnych.pdf, data pobrania 02.04.2014.
13. Smoliński B.: „Sprawność systemu ochrony zdrowia i jego finansowania jako uzasadnienie dla rozwoju dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych" Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne Raport 2013, Karpeno Prime PR Solution, 8-9.
14. Matczak M.: Uwarunkowania Prawne wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne Raport 2013, Projekt naukowo – ekspercki, Karpeno Prime PR Solution, 58-59.

Chowaniec Czesław[1], Wajda-Drzewiecka Katarzyna[2], Łada Małgorzata[2], Drzewiecki Artur[3], Szczepanek Katarzyna [2], Nowotka Łukasz[2]

Uszkodzenia dróg żółciowych podczas zabiegów operacyjnych — opiniowanie sądowo-lekarskie w sprawach karnych i cywilnych

1. Katedra i Zakład Medycyny Sądowej i Toksykologii Sądowo - Lekarskiej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
2. SKN przy Katedrze i Zakładzie Medycyny Sądowej i Toksykologii Sądowo-Lekarskiej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
3. Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków

Wstęp

Od końca XIX wieku cholecystektomia należy do najczęściej wykonywanych, wręcz rutynowych zabiegów operacyjnych. Jednakże od dawna operacja ta wiązał się z powikłaniami aczkolwiek nielicznymi statystycznie, to jednak czasami stosunkowo poważnymi i wręcz dotkliwymi dla pacjenta [1,2]. Jednym z takich powikłań jest śródoperacyjne, jatrogenne uszkodzenie dróg żółciowych, które ogólnie można nazwać „szkodą żółciową" [1]. Najczęściej jego przyczyną jest niewłaściwa identyfikacja struktur anatomicznych w obszarze pola operacyjnego, kiedy najczęściej przewód wątrobowy wspólny lub żółciowy wspólny był mylony z przewodem pęcherzykowym i przecinany lub podwiązywany. W związku z tym, w celu zapobieżenia wystąpieniu takich powikłań rozwijano techniki diagnostyczne, a także uczono chirurgów zwracania szczególnej uwagi na stosunki anatomiczne i możliwe odmienności budowy i topografii dróg żółciowych zewnątrzwątrobowych.

Wprowadzenie techniki laparoskopowej statystycznie znamiennie zmniejszyło ogólną liczbę powikłań po cholecystektomii [3,4,5,6]. Jednakże w przypadku „szkód żółciowych" ryzyko to uległo paradoksalnie zwiększeniu [1]. Wynika to z gorszych warunków oceny stosunków anatomicznych w miejscu operowanym. W przeciwieństwie do metody klasycznej operator ma mniejsze pole obserwacji, nie może skorzystać z widzenia stereoskopowego, a także w przypadkach wątpliwych jest pozbawiony możliwości oceny za pomocą dotyku. Jedną z przyczyn jest także obserwowany znaczący spadek przeciwwskazań (zwłaszcza chirurgicznych) do wykonywania zabiegu metodą laparoskopową. Należy zauważyć, że w początkowej fazie wprowadzania nowych technik ryzyko powikłań zawsze maleje z powodu większego natężenia uwagi przez wykonawców [2].

W związku z tym, w przypadku „szkód żółciowych" nawet dołożenie należytej staranności nie może zagwarantować, że nie dojdzie do takiej sytuacji. Z tego powodu w orzecznictwie, a także w opiniowaniu sądowo-lekarskim przyjęta jest zasada, że samo wystąpienie „szkody żółciowej" jest traktowane jako niepowodzenie w leczeniu mieszczące się w przyjętych i dopuszczalnych graniach ryzyka. Tym samym (oczywiście z wyłączeniem ewidentnych błędów) zaistnienie powikłania nie może być a priori traktowane (utożsamiane) z postępowaniem nieprawidłowym, czy „zawinionym błędem medycznym – technicznym, terapeutycznym). Błędem jest natomiast nierozpoznanie odpowiednio wcześnie zaistniałej sytuacji oraz nieprawidłowe (spóźnione, nieadekwatne) podjęcie działań naprawczych - rekonstrukcyjnych. Jest to w pełni zgodne zarówno z doktryną, jak i praktyką orzeczniczą dotyczącą zdarzeń wiążących się z umiejętnościami technicznymi etc. [7,8,9,10].

W światowym piśmiennictwie jest podobnie — poszukiwane są nowe techniki zabiegowe, jak również badane różne okoliczności związane z zabiegami, ale przede wszystkim najwięcej uwagi przywiązuje się do doskonalenia szybkiej i możliwie szerokiej diagnostyki ukierunkowanej na „szkodę żółciową" (nawet śródoperacyjnej) [3,4,5,6].

Samo wystąpienie błędu nie może wiązać się *a priori* z odpowiedzialnością cywilną, ponieważ błąd musi prowadzić do określonej szkody zdrowotnej. W sprawach cywilnych nierzadko najtrudniejsza jest właśnie kompleksowa ocena szkody, a następnie ocena, czy istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy tą szkodą, a stwierdzonymi nieprawidłowościami w działaniach medycznych.

W sprawach karnych opiniowanie sądowo-lekarskie w przeciwieństwie do spraw cywilnych jest pozornie „łatwiejsze", ponieważ określenie uszczerbku na zdrowiu lub faktu narażenia jest prostsze i nie trzeba dokonywać niuansów oceny szkody. Natomiast problem stanowić może ustalenie konkretnych osób odpowiedzialnych, gdyż rozwój medycyny powoduje, że w dane działania zaangażowanych jest coraz więcej osób (leczenie wieloetapowe realizowane w szerokich zespołach z udziałem specjalistów różnych dyscyplin).

Założenia i cel pracy

W obecnej pracy postanowiono dokonać analizy opinii sądowo-lekarskich opracowanych w naszej jednostce w sprawach cywilnych i karnych dotyczących „szkód żółciowych". Niniejsza praca jest rozwinięciem pracy z 2007 roku, w której przeanalizowano tylko kilka opinii [1].

Materiały i metody

Analizie zostało poddanych 12 opinii sądowo-lekarskich opracowanych na zlecenie sądów, przed którymi toczyło się postępowanie cywilne związane z roszczeniami wynikającymi ze „szkód żółciowych" oraz 11 opinii opracowanych na zlecenie prokuratur prowadzących postępowanie w związku z zawiadomieniem o podejrzeniu popełnienia przestępstwa, które mogło być związane ze „szkodami żółciowymi". Analiza dotyczyła:

- treści pytań zadawanych przez sądy lub prokuratury,
- dostępnego materiału dowodowego,
- zaistnienia bądź niewystąpienia błędu medycznego,
- określenia znaczenia zaistniałych błędów medycznych i ich skutków.

Wyniki

Pytania sądów w sprawach cywilnych były we wszystkich sprawach dość zbliżone na poziomie założeń i dotyczyły poprawności postępowania medycznego, określenia uszczerbku na zdrowiu u pacjentów oraz istnienia związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy ewentualnymi błędami, a tym uszczerbkiem, a także zasadności wydatków ponoszonych przez pacjentów.

Pytania prokuratur podobnie były zbliżone w aspekcie podstawowych założeń i dotyczyły oceny prawidłowości postępowania medycznego, a także tego, czy ewentualne skutki tych błędów dotyczyły zaistnienia u pacjentów określonego skutku zdrowotnego w rozumieniu przepisów kodeksu karnego (art. 155, 156 lub 157 k.k.), czy też błąd wiązał się z narażeniem na bezpośrednie niebezpieczeństwo w rozumieniu art. 160 k.k. W 1 przypadku dodatkowe pytanie dotyczyło określenia (wskazania) osób odpowiedzialnych za popełnienie błędu.

Dostępny materiał dowodowy stanowiła przede wszystkim dokumentacja medyczna z konkretnej hospitalizacji pacjenta (pokrzywdzonego/powoda) w danej jednostce (a także z innych hospitalizacji i leczenia ambulatoryjnego). Ponadto materiał dowodowy stanowiło badanie sądowo-lekarskie powodów, a także dowody osobowe, tj. zeznania pacjenta, osób z jego otoczenia, personelu medycznego szpitala etc.

W przypadku spraw cywilnych błędy w postępowaniu medycznym zostały stwierdzone w 3 przypadkach. Jednakże tylko w 1 z nich zaistniały błąd wiązał się z uszczerbkiem na zdrowiu u powoda, natomiast pozostałe 2 błędy nie były związane z zaistnieniem szkód dla zdrowia powoda.

Odnosząc się do okoliczności zaistnienia powyższych błędów należy stwierdzić, że w 2 przypadkach błąd był związany z niewystarczająco wnikliwą diagnostyką stanu zdrowia u

powoda, co spowodowało opóźnienie rozpoznania „szkody żółciowej" i podjęcia koniecznych działań naprawczych. Właśnie jeden z tych błędów wiązał się z uszczerbkiem na zdrowiu. W trzecim przypadku błąd polegał na niewłaściwym działaniu naprawczym (przedwcześnie został zaciśnięty dren Kehra), które jednak nie doprowadziło do uszczerbku na zdrowiu, ponieważ błąd został zauważony przez operatora i skorygowany w odpowiednim czasie.

W sprawach karnych błędy w postępowaniu medycznym zostały stwierdzone w 2 przypadkach. W pierwszym z nich bez uzasadnienia odstąpiono od wnikliwej kontroli dróg żółciowych, co spowodowało ostatecznie żółciowe zapalenie otrzewnej. Leczenie pacjenta było jednak skuteczne i nie doszło do trwałego uszczerbku na zdrowiu u pacjenta, ale z uwagi na ciężkość stanu klinicznego zakwalifikowano to jako narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu — w rozumieniu kodeksu karnego.

W drugim przypadku doszło natomiast do niewłaściwych działań naprawczych. U pacjenta podczas laparoskopowego usunięcia pęcherzyka żółciowego został przerwany przewód wątrobowy wspólny (co samo w sobie nie stanowiło błędu). W toku diagnostyki po stwierdzeniu tego faktu z powodu niestarannych działań diagnostycznych doszło jednak do bezpodstawnego uznania przeciętego przewodu za dodatkowy przewód żółciowy (przeoczony podczas pierwszego zabiegu) i jego zaklipsowania, co doprowadziło do ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Dyskusja

Wydanie każdej opinii sądowo-lekarskiej musi być poprzedzone wydaniem stosownego postanowienia przez organ procesowy (sąd lub prokuraturę, rzadziej policję) zawierającego listę pytań skierowanych do biegłych, którzy opiniując nie powinni wykraczać poza zakres tych pytań. W opiniowanych przez nas sprawach cywilnych zadawane pytania były zbliżone i zmierzały do oceny poprawności przez biegłych postępowania medycznego w pozwanej jednostce, a także określenia uszczerbku na zdrowiu u powoda (i ustalenia ewentualnego związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy uszczerbkiem a ewentualnymi błędami). Dlatego też biegli mieli częściowo ułatwione zadanie, ponieważ określenie uszczerbku na zdrowiu jest wystandaryzowane w aktach prawa powszechnie obowiązującego rangi rozporządzenia. Biegli nie byli tutaj zmuszeni do oceny innych aspektów potencjalnych szkód poza oceną zasadności wydatków na leki i inne materiały medyczne, która też jest stosunkowo prosta z medycznego punktu widzenia. Biegli nie otrzymali natomiast potencjalnie trudnych pytań typu, jak zaistniały błąd wpłynął na wydłużenie czasu

hospitalizacji lub okresu, kiedy powód nie mógł funkcjonować w swojej roli zawodowej/społecznej/etc. Odpowiedź na takie pytania bowiem może wiązać się z koniecznością oceny wielu dodatkowych aspektów (jak np. warunki kontraktów z NFZ etc.), co postawiłoby biegłych przed nierozwiązywalnymi problemami. Jednakże należy się spodziewać, że w przyszłości takie pytania mogą być coraz częstsze.

W sprawach karnych zadawane pytania były również podobne i wiązały się ze zlecaniem biegłym oceny prawidłowości postępowania medycznego, a także określenia uszczerbku na zdrowiu u pacjenta lub stwierdzenia faktu narażenia na niebezpieczeństwo w rozumieniu art. 160 k.k. (i ustalenia istnienia związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy uszczerbkiem/narażeniem, a stwierdzonymi nieprawidłowościami/zaniechaniami w działaniu personelu medycznego). Samo określenie uszczerbku na zdrowiu, jak wspomniano wcześniej jest względnie proste i jest możliwe jego zakwalifikowanie zgodnie z przepisami kodeksu karnego. W przypadku narażenia na niebezpieczeństwo ocena w opiniowanych sprawach także nie była poważnie utrudniona. Tylko w 1 przypadku zostało zadane pytanie o wskazanie osób odpowiedzialnych, przy czym nie było to pytanie wprost o to, kto „zawinił". Należy stwierdzić zatem, że krytykowana dawniej w piśmiennictwie skłonność organów śledczych do przenoszenia na biegłych części swoich kompetencji (typu ustalenie osoby podejrzanej i podejrzanego, winy w aspekcie odpowiedzialności prawno-karnej) obecnie ulega szczęśliwemu ograniczeniu i nie jest przez organy procesowe nadużywana [7].

Podstawową składową materiału dowodowego jest dokumentacja medyczna dotycząca powoda/pokrzywdzonego — przede wszystkim z okresu, kiedy doszło do „szkody żółciowej". Piśmiennictwo od dawna krytykuje powszechną w Polsce niestaranność w prowadzeniu dokumentacji medycznej, więc nie ma potrzeby powtarzania tych zarzutów [7, 9,10]. Należy tylko zwrócić uwagę na to, że od kilkunastu lat orzecznictwo Sądu Najwyższego w sprawach cywilnych jest jednoznaczne i niemożliwe do usunięcia braki w dokumentacji medycznej w sytuacjach wątpliwych obciążają pozwaną jednostkę ochrony zdrowia [9,10]. Oczywiście w sprawach karnych źle pojęta obowiązująca zasada *in dubio pro reo* (wątpliwości niedających się rozstrzygnąć nie można tłumaczyć na niekorzyść oskarżonego) może skłaniać do niestaranności w prowadzeniu dokumentacji medycznej (aby w razie ewentualnego oskarżenia zaistniały wątpliwości), ale tutaj istotna jest rola organów zarządzających, które powinny od personelu egzekwować staranność w tym aspekcie, ponieważ tym samym chronią jednostki przed negatywnymi skutkami w przypadku spraw cywilnych.

W analizowanych opiniach nie doszło jednak nigdy do sytuacji, że nie można było udzielić odpowiedzi z powodu braków czy uchybień formalnych lub materialnych w materiale dowodowym.

Badanie sądowo-lekarskie jest niezbędne do prawidłowej oceny uszczerbku na zdrowiu, więc wykonywano je w każdej sprawie (w sprawach karnych bez takiego badania nie jest możliwa chociażby prawidłowa kwalifikacja skutków).

Dowody osobowe miały ograniczone znaczenie, ponieważ zeznania powodów i pokrzywdzonych (oraz świadków) skupiały się głównie na subiektywnych odczuciach związanych z przebiegiem hospitalizacji (jest to mało istotne w opiniowaniu). Okoliczności te są zbieżne z obserwacjami z piśmiennictwa, że nierzadko głównym motywem złożenia pozwu/zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia przestępstwa nie są obiektywnie potwierdzone negatywne skutki działań medycznych, ale raczej subiektywne odczucia często związane np. z niewłaściwym (niegrzecznym, lekceważącym, nieetycznym etc.) zachowaniem personelu, złą komunikacją w relacji lekarz-pacjent, co wskazuje na stosunkowo prosty sposób zmniejszenia liczby takich pozwów/zawiadomień poprzez poprawę jakości sposobów, w jaki personel medyczny odnosi się do pacjentów [7,8, 9,10].

Natomiast zeznania personelu medycznego składały się z zapewnień o prawidłowości postępowania oraz stwierdzeń o niemożności przypomnienia sobie okoliczności dot. przebiegu zdarzenia. Należy nadmienić, że członkowie personelu medycznego mają tendencję do obarczania przyczynami niepowodzeń w leczeniu, bądź błędów innych osób (pacjentów, innych pracowników medycznych etc.), co występowało także w opiniowanych przez nas przypadkach.

W 2 stwierdzonych sprawach cywilnych błędy medyczne dotyczyły niedostatecznie wnikliwej diagnostyki stanu klinicznego powodów — pomijano bardziej złożone, droższe i niedostępne w danej jednostce badania takie, jak np. ECPW (ERCP) - Endoskopowa Cholangiopankreatografia Wsteczna — co w konsekwencji prowadziło do opóźnienia rozpoznania uszkodzenia dróg żółciowych. Wydaje się uprawniony wniosek, że dany ośrodek poszerzając gamę wykonywanych zabiegów nie zwracał wystarczającej uwagi na rozbudowę dodatkowej infrastruktury (w przypadku zabiegów na drogach żółciowych, w tym laparoskopowych, jest to zapewnienie bardzo dobrego dostępu do dodatkowych badań diagnostycznych) oraz zapewnienia właściwej opieki i nadzoru pooperacyjnego. Należy nadmienić, że ośrodki specjalizujące się w wykonywaniu takich zabiegów największy nacisk kładą właśnie na zapewnienie dostępności do szybkiej i kompleksowej diagnostyki [4].

Trzeci błąd dotyczył natomiast konkretnego działania leczniczego (przedwczesne zaciśnięcie drenu Kehra) — okoliczności jego wystąpienia nie zostały wyjaśnione do końca.

Tylko jeden z powyższych błędów medycznych wiązał się z uszczerbkiem na zdrowiu u powoda, a pozostałe 2 można uznać za tzw. „błędy bezskutkowe", kiedy błąd nie wiązał się z negatywnym skutkiem dla zdrowia pacjenta [7]. „Błędy bezskutkowe" na dalszą metę nie są jednak korzystne dla pozwanych jednostek, ponieważ wiążą się czasami z fałszywym poczuciem bezpieczeństwa i niepodejmowaniem działań zapobiegających występowaniu takich błędów w przyszłości. Ponadto należy się liczyć z tym, że w przyszłości margines „bezskutkowości" będzie się zmniejszał, kiedy zacznie się przywiązywać większą uwagę do takich aspektów, jak np. wydłużenie okresu hospitalizacji i utracone z tym korzyści.

W sprawach karnych pierwszy stwierdzony błąd medyczny polegał na pominięciu właściwej diagnostyki (ECPW), co doprowadziło do przeoczenia początku rozwijającego się wycieku treści żółciowej z przeciętego przewodu, w rezultacie doszło do rozwinięcia się żółciowego zapalenia otrzewnej, które jednak zostało wyleczone, jak również „szkoda żółciowa" została usunięta. Dlatego też u pacjenta nie doszło do uszczerbku na zdrowiu. Jednakże sytuację uznano za wyczerpująca znamiona kodeksowe narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w rozumieniu art. 160 k.k.

W przypadku drugiego błędu stwierdzonego w sprawach karnych sytuacja była stosunkowo jednoznaczna. Doszło do uszkodzenia podczas cholecystektomii laparoskopowej przewodu wątrobowego wspólnego, co stanowiło tylko niepowodzenie w leczeniu i normalne ryzyko takiego zabiegu. Następnie jednak po stwierdzeniu wycieku żółci pominięto wykonanie ECPW i arbitralnie uznano, że przecięty przewód, z którego wycieka żółć to dodatkowy przewód pęcherzykowy, więc został on zaklipsowany. Tutaj wskutek zaklipsowania przewodu wątrobowego wspólnego doszło do trwałego uszczerbku na zdrowiu, więc klasyfikacja musiała być inna niż w poprzedniej sprawie.

Jak widać zatem u podłoża większości stwierdzanych błędów leżały niedostateczne działania diagnostyczne szczególnie te związane z pominięciem bardziej złożonych i kosztownych badań. Niestety wynika to ze źle pojętej „oszczędności", kiedy dany ośrodek albo nie zapewnia dostępu do takich badań rozszerzając ofertę wykonywanych zabiegów medycznych albo też posiadając takie możliwości unika ich wykorzystywania.

W związku z powyższym wydaje się, że najlepszym sposobem uniknięcia błędów medycznych związanych ze „szkodami żółciowymi" jest jak najszersze wykorzystywanie

takich metod diagnostycznych w przypadku podejrzenia istnienia ryzyka uszkodzenia dróg żółciowych w związku z zabiegiem (szczególnie laparoskopowym).

Piśmiennictwo

1. Chowaniec C., Chowaniec M., Kobek M., Nowak A.: Jatrogenne uszkodzenie dróg żółciowych z następową szkodą żółciową w przypadkach cholecystektomii metodą laparoskopową: błąd medyczny techniczny czy niepowodzenie lecznicze. Ocena sądowo-lekarska wybranych przypadków. Arch. Med. Sąd. Krym., 2007, 57, 11–18.
2. Kazibudzki M., Orawczyk T., Urbanek T., Kuczmik W., Ludyga T., Krupowies A., Szaniewski K., Ziaja D., Biolik G., Ziaja K.: Jatrogenne uszkodzenia dróg żółciowych — doświadczenia własne. Chir. Pol., 2006, 8, 243–251.
3. De Werra C Del Giudice R., Di Micco R., Aloia S., Bracciano L., Cervotti M., Galloro G., Bucci L.: Biliary duct injuries in the laparoscopic era: our experience. G. Chir., 2013, 34, 59–63.
4. Pekolj J., Alvarez F.A., Palavecino M., Sánchez Clariá R., Mazza O., de Santibañes E.: Intraoperative management and repair of bile duct injuries sustained during 10,123 laparoscopic cholecystectomies in a high-volume referral center. J. Am. Coll. Surg., 2013, 216, 894–901.
5. Donkervoort SC, Dijksman LM, Versluis PG, Clous EA, Vahl AC.: Surgeon's volume is not associated with complication outcome after laparoscopic cholecystectomy. Dig. Dis. Sci., 2014, 59, 39–45.
6. Qiu J, Yuan H, Chen S, He Z, Han P, Wu H.: Single-port versus conventional multiport laparoscopic cholecystectomy: a meta-analysis of randomized controlled trials and nonrandomized studies. J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. A., 2013, 23,, 815–831.
7. Marek Z.: Błąd medyczny. Krakowskie Wydawnictwo Medyczne, Kraków, 2007.
8. Nesterowicz M.: Prawo medyczne. TNOIK, Toruń, 2013.
9. Drzewiecki A.: Błędy pozwanych jednostek ochrony zdrowia w sprawach o zakażenia szpitalne. LIBRA PL, Rzeszów, 2012.
10. Drzewiecki A.: Problematyka błędów farmakoterapii zakażeń w opiniach sądowo-lekarskich. KON Tekst, Kraków, 2013.

Tanajewska Renata[1], Jakubów Piotr[2]

Zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki hospicyjnej

1. doktorantka w Katedrze Prawa Cywilnego, Zakład Prawa Handlowego, Wydział Prawa Uniwersytetu w Białymstoku
2. Klinika Kardiochirurgii Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Hospicjum Domowe w Białymstoku

Wstęp

Problematyka opieki hospicyjnej jest zagadnieniem złożonym, zarówno ze względu na aspekt medyczny, psychologiczny, jak również prawny. *„(...) A ty nie pozwól przecież żebym umarła w świecie, który ciemny jest i który jest chłodny*" [1] – strach ten towarzyszy każdemu, kto dotknięty jest chorobą śmiertelną. Pojawiający się wokół chorego ludzie są jego nadzieją na ulgę w samotności, której towarzyszy ból, cierpienie i niepewność. Rodzina chorego nie zawsze jest w stanie zapewnić mu odpowiednią opiekę. Wówczas poszukuje pomocy z zewnątrz, m.in. w hospicjum. Dlatego też opieka hospicyjna nie dotyczy wyłącznie osoby chorej, ale także jej bliskich. W przypadku ciężkich stanów, gdy chory jest nieprzytomny, członek jego rodziny podejmuje decyzję o objęciu chorego opieką hospicyjną. Pojawiają się wtedy zarówno wątpliwości moralne i etyczne wśród członków rodziny chorego, jak i również wątpliwości prawne ze strony osób świadczących usługi hospicyjne. Rodzina chorego, w takim przypadku, podejmuje decyzje o rozpoczęciu opieki hospicyjnej we własnym zakresie, decydując tym samym w imieniu chorego. Czy jest do tego uprawniona, czy też upoważniona? Jeżeli tak, to w jakich granicach może dokonywać czynności w imieniu chorego? Jeżeli nie, to kto ma prawo decydować o leczeniu osoby nieprzytomnej bądź nieświadomej? W sytuacji, gdy chory umrze, czy na mocy zawartej umowy rodzina ma prawo do wglądu do dokumentacji medycznej zawierającej szczegóły świadczonej opieki? Niniejsza praca ma na celu podjęcie próby wskazania możliwych rozwiązań prawnych prezentowanych zagadnień oraz problemów towarzyszących zawieraniu umów o opiekę hospicyjną.

Opieka hospicyjna

W literaturze uznaje się, że pojęcia opieki hospicyjnej i paliatywnej są określeniami jednoznacznymi. Słowo hospicjum pochodzi od łacińskiego słowa *hospes*, co oznacza gość, gościnność, opieka nad chorymi. Natomiast przymiotnik paliatywna pochodzi od łacińskiego słowa *pallium*, które rozumieć należy, jako płaszcz otulający chorych. Pod względem historycznym opieka hospicyjna wyprzedziła opiekę paliatywną, która jest z nią utożsamiana.

Bez względu jednak na etapy rozwoju obu pojęć, podkreślenia wymaga fakt, że obecnie występują w ciągłej kooperacji. Medycyna paliatywna obejmuje wszelkie działania, mające na celu złagodzenie objawów, zmianę oznak choroby, w tym objawów choroby przewlekłej, o niekorzystnym rokowaniu. W ramach jej funkcjonowania współpracuje interdyscyplinarny zespół lekarzy, pielęgniarek, psychologów, pracowników socjalnych, rehabilitantów, duszpasterzy oraz wolontariuszy [2]. Zespół ten ma specyficzne zadanie, gdyż ma dać choremu nadzieję na ukojenie w bólu, nie zaś na wyzdrowienie.

Problem medycyny paliatywnej i opieki hospicyjnej jest złożony, gdyż skupia w sobie zarówno zagadnienia leczenia właściwego, psychologiczne, społeczne oraz prawne. Ta wielowątkowość związana jest z procesem socjalizacyjnym, który przynosi wraz ze swoim postępem nowe idee, jak również uprzedmiotawia istotę ludzką.

Obecnie cenionymi wartościami są przede wszystkim młodość, sprawność i sukces. Ludzie dążą do osiągania swoich celów, tłumacząc, że żyją w trudnych czasach, gdzie przetrwać mogą jedynie najlepsi. Nasuwa się w tym miejscu pewna retrospekcja do czasów starożytnej Sparty, która krytykowana była w późniejszych epokach za okrucieństwo i bezwzględność w traktowaniu osób słabszych (selekcja naturalna). Dzisiejsza codzienność w wielu sytuacjach nie różni się od tamtego okresu. Osoby, które pozbawione są, z określonych powodów, cech pożądanych, przestają się liczyć w ocenie społecznej, a co gorsza czasem również w ocenie własnej. W świecie zmaterializowanego sukcesu, (tj. przerost wartości materialnych nad społecznymi) nieuleczalna choroba, czy śmierć występują jako zjawiska nieakceptowane przez społeczeństwo, gdyż wzbudzają lęk przed tym, że człowiek nie jest w stanie zapanować nad wszystkimi aspektami własnego życia, a osiąganie celów często jest niezależne od poczynionych wysiłków. W konsekwencji ludzie zdrowi starają się myśleć i żyć tak, jakby te zjawiska ich nie dotyczyły. Osoby chore i umierające kwestionują swoją obecnością powszechną postawę pędu do sukcesu, są kłopotliwe i niepożądane [3].

Wówczas, nie tylko chory, ale także jego bliscy czują się odosobnieni i wyłączeni ze społeczeństwa. Pojawiają się rozmaite wątpliwości w kwestii możliwości opieki nad chorym, prawidłowości jej sprawowania, odporności na stres związany z objawami choroby. Bliscy ponadto muszą zmagać się także z codziennością, która dla nich trwa. Często występuje poczucie winy, że wychodząc do pracy, zostawia się chorą osobę bez opieki bądź pod opieką osoby obcej. Z drugiej strony zdarzają się sytuacje, w których rodzina przekonana jest o tym, że jest w stanie zapewnić najlepszą opiekę swojemu bliskiemu. Sam chory, nie chcąc być ciężarem rodzinie, nieraz prosi o przekazanie siebie pod opiekę specjalistów, jednak w skrytości walcząc z własnymi wątpliwościami i strachem. W związku z tym, kolejnym celem

opieki hospicyjnej i paliatywnej jest wspieranie pacjenta i rodziny pacjenta w trakcie choroby, a także po jego odejściu. Paradoks opieki paliatywnej polega na afirmowaniu życia, a zarazem akceptowaniu śmierci, która traktowana jest jako zjawisko naturalne. Nie oznacza to jednak, że opieka paliatywna ma na celu przyspieszanie zgonu pacjenta, ale też uporczywie nie wydłuża życia chorego i procesu jego umierania. Medycyna paliatywna pełni specyficzną funkcję, zupełnie odmienną od innych dziedzin medycyny, gdyż ma przygotować chorego i jego rodzinę do umierania. U osób ciężko i nieuleczalnie chorych dochodzi do spadku zainteresowania światem zewnętrznym. Pacjent skupia się na swoim życiu, wspomnieniach, zaczyna oceniać, jak żył, czego żałuje, z czego jest dumny [4,5]. Przy tym postępuje spadek masy ciała, maleje apetyt, pojawiają się nudności [6], nasila się zmęczenie i osłabienie. Pacjent dłużej śpi, staje się nieobecny w życiu społecznym. Na podstawie takich zmian zachowania chorego jego rodzina jest w stanie ocenić, że jest on w terminalnej fazie życia. Dlatego też należy wcześniej ustalić z chorym m.in. to, gdzie chce, by się nim opiekowano oraz w jaki sposób ma być leczony [7].

Problem tkwi jednak w tym, że zarówno chory, jak i jego bliscy nie mogą pogodzić się z faktem, że nie mogą zatrzymać procesu umierania. Zjawiska tego nie można oceniać, gdyż wynika bezpośrednio z emocji ludzkich, których nie ma możliwości racjonalizowania. Jedynie personel medyczny powinien tłumaczyć sytuację chorego i wskazywać na kolejne etapy postępu choroby tak, aby dążyć do uświadomienia zarówno samego chorego, jak i jego rodziny. Sytuacja ta zasadniczo komplikuje się, gdy dotyczy dzieci. Rodzice nie potrafią pogodzić się z odchodzeniem dziecka, tj. procesem jego umierania. Sama śmierć stanowi punkt, w którym życie ludzkie dobiega fizycznego końca. Jednakże proces umierania jest o tyle cięższy do akceptacji i zrozumienia, gdyż połączony jest z bólem fizycznym [8,9], psychicznym, a w konsekwencji poczuciem samotności, bo nikogo bardziej choroba nie dotyczy, niż samego chorego. Przykładem sytuacji tragicznego w skutkach braku zrozumienia zachodzących procesów choroby u dziecka, jest omawiany przez dr. hab. n. med. T. Dangela przypadek 12-letniego chłopca z nowotworem, modlącego się o własną śmierć. Jego życie obarczone ogromnym cierpieniem było bezlitośnie przedłużane przez lekarzy ze szpitala i rodziców, którzy nie byli w stanie zaakceptować jego śmierci. W ramach leczenia amputowano mu nogę, kilkakrotnie przetaczano krew, podawano antybiotyki. Pomimo, że nowotwór całkowicie wyniszczył jego ciało, śmierć nie przychodziła. Cały proces umierania trwał siedem miesięcy [10]. Zastosowanie opieki paliatywnej ograniczyłoby zarówno cierpienie fizyczne dziecka, jak i psychiczne w postaci ukojenia dolegliwości jego ciała.

Patrząc na wiele reakcji z dystansem, łatwiej jest oceniać prawidłowy sposób zachowania. Chory i otoczenie chorego nie mają jednak możliwości samodzielnie odnaleźć tej słuszności i racjonalnego sposobu postępowania. Perspektywa śmierci pogłębia izolację chorego i jego bliskich, czyniąc całą sytuację szczególnie stresującą zarówno dla samego chorego, jak i jego bliskich [11].

Ponadto obecnie w odmienny sposób niż dawniej człowiek przeżywa swoją wiarę. Większość chorych w Polsce to ludzie deklarujący wiarę. Jednakże przy wystąpieniu choroby nierokującej wyleczenia, udział ich wiary w przeżywaniu dolegliwości jest zróżnicowany. Dotyczy to przede wszystkim młodych lub w sile wieku. Wiara rozumiana w tradycyjny sposób okazuje się niewystarczająca i traktowana instrumentalnie (tj. „*Bóg nie wysłuchał mojej prośby*"), pogłębia uczucie samotności i opuszczenia.

W związku z powyższym, tak ważne jest, aby chorego otoczyć w odpowiednim momencie opieką hospicyjną i paliatywną [12]. Zwłaszcza biorąc pod uwagę fakt, że opieką tą obejmowane są osoby w tzw. „stanie terminalnym". Stan ten oznacza zaawansowane stadium przewlekłej choroby, w którym wszelkie środki medyczne przedłużające życie okazały się nieskuteczne w związku z czym należy liczyć się ze śmiercią chorego w niezbyt odległym czasie [13].

Zgodnie z § 4 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej [14] (dalej: OPH), świadczenia gwarantowane są realizowane w warunkach: stacjonarnych – w hospicjum stacjonarnym lub w oddziale medycyny paliatywnej; domowych – w hospicjum domowym dla dorosłych lub dla dzieci do ukończenia 18 roku życia; ambulatoryjnych – w poradni medycyny paliatywnej.

Z zalecenia NFZ wynika, że oddziały medycyny paliatywnej i hospicjum stacjonarne przeznaczone są przede wszystkim dla chorych z trudnymi do kontroli objawami, bez nadziei na wyleczenie, w schyłkowym okresie życia [15].

Zgodnie z treścią § 5 OPH świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach stacjonarnych obejmują: świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy; świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki; leczenie farmakologiczne; leczenie bólu zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia (drabina analgetyczna); leczenie innych objawów somatycznych; opiekę psychologiczną nad świadczeniobiorcą i jego rodziną; rehabilitację; zapobieganie powikłaniom; badania zlecone przez lekarza zatrudnionego w hospicjum stacjonarnym lub oddziale medycyny paliatywnej; zaopatrzenie w wyroby medyczne i środki pomocnicze konieczne do wykonania świadczenia gwarantowanego, w

hospicjum stacjonarnym lub w oddziale medycyny paliatywnej; opiekę wyręczającą obejmującą przyjmowanie świadczeniobiorców do hospicjum stacjonarnego lub oddziału medycyny paliatywnej na okres nie dłuższy niż 10 dni.

Hospicjum domowe sprawuje stałą, ciągłą i regularną opiekę nad pacjentem i jego najbliższymi. To właśnie przede wszystkich w ramach hospicjum domowego, oprócz aspektu medycznego choroby, personel bierze pod uwagę kwestie socjalne, psychologiczne, duchowe oraz egzystencjalne. Istotą tego rodzaju opieki są systematyczne wizyty lekarza i pielęgniarki (ilość zależna od postanowień kontraktu z NFZ). (obecnie odpowiednio: min. Dwie wizyty w miesiącu i dwie wizyty w tygodniu – wg litery kontraktu z NFZ), a także wizyty innych specjalistów, np. psychologa. Cały personel tworzy zespół hospicjum domowego, który wspiera i edukuje najbliższych chorego, jak w prawidłowy sposób się nim opiekować. Uważa się, że rodzina i najbliżsi są najbardziej pożądanymi i cenionymi opiekunami, a dom, w którym przebywa stanowi najczęściej wybierane środowisko opieki [16].

Zgodnie z treścią § 6 OPH, świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach domowych obejmują: świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy; świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki; leczenie farmakologiczne; leczenie bólu zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia (drabina analgetyczna); leczenie innych objawów somatycznych; opiekę psychologiczną nad świadczeniobiorcą i jego rodziną; rehabilitację; oraz bezpłatne wypożyczanie przez hospicja domowe wyrobów medycznych i środków pomocniczych wymienionych w pkt 2 części II załącznika nr 2 do rozporządzenia.

Natomiast poradnia medycyny paliatywnej przeznaczona jest dla chorych, których stan ogólny jest stabilny, a którzy mogą przybyć do poradni, a także nad chorymi, którzy ze względu na ograniczoną możliwość poruszania się wymagają wizyt domowych. Z tego świadczenia chorzy mogą skorzystać dwa razy w tygodniu [17].

Zgodnie z treścią § 7 ust. 1 OPH świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach ambulatoryjnych w poradni medycyny paliatywnej obejmują: porady lekarskie, porady lekarsko–pielęgniarskie w domu świadczeniobiorcy, porady psychologiczne; konsultacje lekarskie, w tym również świadczeniobiorcy, którzy nie zostali zakwalifikowani do hospicjum domowego; wsparcie rodziny świadczeniobiorcy. Następnie w § 7 ust. 2 OPH pojawia się definicja zakresowa pojęcia porady w poradni medycyny paliatywnej, przez którą należy rozumieć świadczenie lekarza specjalisty medycyny paliatywnej lub lekarza w trakcie specjalizacji z medycyny paliatywnej obejmujące: badanie podmiotowe; badanie przedmiotowe; ordynacje leków, w tym leków przeciwbólowych; zapewnienie niezbędnych badań diagnostycznych; zlecenie zabiegów pielęgnacyjnych; kierowanie do zakładów opieki

zdrowotnej, w tym udzielających świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych lub domowych; wydawanie niezbędnych w procesie leczenia orzeczeń i opinii o stanie zdrowia świadczeniobiorcy; poradę lub wizytę w domu świadczeniobiorcy.

W literaturze wskazuje się, że wszelkie działania zespołów Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej powinny, zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia i rekomendacjami Rady Europy, zapewnić możliwie najwyższą jakość życia cierpiącym chorym i ich bliskim. Podkreślenia wymaga fakt, że zaawansowana, postępująca choroba o niekorzystnym rokowaniu jest wyzwaniem, zarówno dla cierpiącego, który bezpośrednio czuje objawy i wszelkie dolegliwości choroby, ale także dla rodziny oraz sprawującego opiekę i leczącego personelu medycznego [18].

Bez względu jednak na rodzaj opieki hospicyjnej zgodnie z § 9 OPH warunkami realizacji świadczeń gwarantowanych są: przedstawienie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz wskazanie medyczne, a w szczególności fakt występowania u świadczeniobiorcy jednostki chorobowej, o której mowa w załączniku nr 1 do rozporządzenia, nierokującej nadziei na wyleczenie.

W § 8 ust. 1 OPH stwierdza się, że w zakresie koniecznym do wykonania świadczeń gwarantowanych świadczeniodawca zapewnia świadczeniobiorcy nieodpłatnie: badania diagnostyczne oraz leki i wyroby medyczne oraz środki pomocnicze. Oznacza to, że za pomocą umowy zawartej pomiędzy świadczeniodawcą a świadczeniobiorcą nie można wprowadzać postanowień sprzecznych z wymienionymi w rozporządzeniu, a w tym przypadku w szczególności pobierać opłaty za wykonanie np. badań diagnostycznych.

Jeżeli świadczeniodawca decyduje się na świadczenie szerszego zakresu usług, niż ten, który wynika z OPH, dokonuje rozszerzenia na własne ryzyko i w ramach swobody umów. W praktyce często spotykane rozwiązanie polega na rozszerzeniu zakresu usług świadczonych w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na koszt świadczeniodawcy. Oznacza to, że dodatkowe usługi wykonywane na rzecz chorego, dla chorego są bezpłatne, natomiast koszt ich wykonania pokrywa świadczeniodawca, bez możliwości żądania refundacji z NFZ.

Strona umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki hospicyjnej

Problematyka związana z zawieraniem umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej polega na tym, że od stanu zdrowia świadczeniobiorcy zależy, czy będzie on mógł wyrazić wolę objęcia taką opieką . Jeżeli jest to osoba przytomna i świadoma, wówczas sama ma możliwość podpisania umowy bądź udzielenia pełnomocnictwa osobie trzeciej do zawarcia w jej imieniu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Natomiast pojawia

się problem prawny w przypadku, gdy świadczeniobiorca jest nieprzytomny bądź nieświadomy, tj. nie ma możliwości złożenia oświadczenia woli. Przykładowo, czy osoba, która jest przytomna, ale nieświadoma, np. z przyczyny przerzutów nowotworowych do mózgu [19]. Taki rodzaj przerzutów powoduje wzrost ciśnienia śródczaszkowego, w konsekwencji bóle głowy, wymioty, zaburzenia widzenia. W wielu przypadkach spotyka się przebieg rzekomoudarowy choroby. Występują przy tym różnorodne ubytki neurologiczne, w zależności od obszarów występowania guza np. napady padaczkowe, niedowłady, osłabienie siły mięśniowej, trudności z mową, zaburzenia osobowości [20]. Czy oświadczenie woli w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej należy uznać za wiążące w oparciu o doktrynalne ujęcie autonomii woli? Następnie, w jaki sposób wolę zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wyrazi osoba, która jest nieprzytomna? Takie wątpliwości pojawiają się zwykle przy świadczeniu opieki hospicyjnej. Jest to konsekwencja braku zaplanowania procesu leczenia wraz z samym chorym, gdy jeszcze był w stanie samodzielnie decydować o swoim losie, będąc w pełni świadomym swojej sytuacji. Jednak rodzina i bliscy wówczas nie są gotowi na podejmowanie kroków zmierzających do zagwarantowania specjalistycznej opieki medycznej choremu.

Dzieje się tak z wielu przyczyn. Po pierwsze rodzina i bliscy chcą zagwarantować samodzielnie najlepszą opiekę, aby chory czuł się komfortowo, że w sytuacji ciężkich dolegliwości są przy nim bliskie osoby, nie zaś personel medyczny. Po drugie, najbliższe otoczenie chorego chce wraz z nim przeżyć te ostatnie chwile, aby mieć pewność, że dokonało wszystkich niezbędnych czynności, aby choremu pomóc i okazać wsparcie. Po trzecie, najbliższe otoczenie chorego wykazuje brak zaufania do systemu opieki zdrowotnej. W związku z tym nieraz bywa za późno, aby chory mógł wyrazić zgodę na objęcie opieką medyczną, nie mówiąc już o zawarciu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Podkreślenia wymaga fakt, że to właśnie objęcie opieką hospicyjną, czy paliatywną ma poprawić jakość życia chorego. Dlatego też wymaga się od świadczeniodawcy, aby opiekę świadczył w taki sposób, aby zapewnić komfort pacjentowi, ale także możliwe stało się budowanie zaufania wśród rodziny i przyjaciół chorego [21]. Ze względu na specyfikę opieki paliatywnej, powinna ona charakteryzować się wyjątkową wrażliwością na emocje drugiego człowieka i profesjonalizmem. Konieczne jest jak najwcześniejsze podjęcie czynności prawnych, mających na celu zapewnienie odpowiedniej opieki medycznej.

Próbując jednak rozwiązać problem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w sytuacji, gdy osoba, która zgodnie z treścią umowy taką opieką ma być objęta, jest nieprzytomna bądź nieświadoma, należy zwrócić uwagę na elementy składające się na pojęcie

autonomii woli, która stanowi podstawę do swobodnego kształtowania stosunku zobowiązaniowego. W doktrynie przyjęto podział na dwa podstawowe elementy autonomii woli, tj.: swobodę w kształtowaniu treści czynności prawnych oraz swobodę dokonywania czynności prawnej w szerokim znaczeniu [22].

Swoboda w kształtowaniu treści czynności prawnych jest ograniczona przez naturalną barierę, jaką jest autonomiczność innych podmiotów prawnych, która powinna pozostać w stanie nienaruszonym, chyba że występuje ustawowe upoważnienie lub zgoda uprawnionego do naruszania jego sfery autonomicznej [23,24,25,26].

Swoboda dokonywania czynności prawnej w szerokim znaczeniu zawiera w sobie kolejne trzy elementy [27], tj.: swobodę zawiązywania stosunku cywilnoprawnego, swobodę doboru strony czynności prawnej oraz swobodę zakończenia stosunku prawnego.

Autonomia woli wyrażana jest także przez swobodę formy dokonania czynności prawnej. W literaturze podkreślane jest zdanie, w myśl którego w obecnej rzeczywistości prawnej forma dokonania czynności prawnej jest dowolna. Jedynie przypadek, w którym ustawa wymaga dla wywołania określonych skutków prawnych szczególnej formy dokonania czynności prawnej, następuje ograniczenie swobody jej dokonania. W innych przypadkach, strony w sposób dowolny mogą dokonywać czynności prawnych. Stanowisko takie jest potwierdzeniem stosowania zasady konsensualizmu, która w swoich założeniach opiera się przede wszystkim na autonomii woli. Uważa się, że forma dokonania czynności prawnej jest wyrazem komunikowania się stron w zakresie treści oświadczenia woli zmierzającego do zawarcia stosunku prawnego [27,28,29]. W związku z tym formę dokonania czynności prawnej w przypadku zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej także należy traktować dowolnie, choć ze względu na przedmiot takich umów forma pisemna jest zalecana. Natomiast należy odróżnić formę dokonania czynności prawnej od woli jej dokonania, która stanowi obligatoryjny warunek dla wywołania określonych skutków prawnych czynności dokonywanej.

Zgodnie z treścią art. 60 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny [30] (dalej: KC) z zastrzeżeniem wyjątków w ustawie przewidzianych, wola osoby dokonującej czynności prawnej może być wyrażona przez każde zachowanie się tej osoby, które ujawnia jej wolę w sposób dostateczny, w tym również przez ujawnienie tej woli w postaci elektronicznej. W kontekście prowadzonych rozważań, czy osoba, które jest nieprzytomna bądź nieświadoma jest w stanie ujawnić swoją wolę w sposób dostateczny i czy taką wolę należy traktować, jako rzeczywiście istniejącą.

Teoria woli zakłada, że jest to akt wewnętrzny woli człowieka, zmierzający do wywołania skutków prawnych, a jego zewnętrznym wyrazem jest oświadczenie woli. Podkreślenia wymaga fakt, że decydujące znaczenie przy teorii woli stanowi jej wewnętrzny aspekt [31].

Opozycyjną do teorii woli, jest teoria oświadczenia, zgodnie z którą oświadczeniem woli jest już samo zachowanie osoby, która przy uwzględnieniu wszelkich okoliczności istniejących w chwili podejmowania określonego zachowania pozwala wnioskować o określonej woli. Przy czym nie ma znaczenia prawnego, przy teorii oświadczenia, tzw. wola wewnętrzna [31].

Ostatecznie, na gruncie polskiego prawa największym uznaniem wśród przedstawicieli doktryny cieszy się orientacja obiektywna, która zakłada obiektywne ujęcie woli, tj. opierające się na zachowaniu osoby działającej celem zaprezentowania swojej woli, nie zaś na jej wewnętrznej woli. Pogląd ten jest argumentowany w taki sposób, że akt wewnętrznej woli, który jest nieujawniony, może wprowadzać w błąd osoby, których dokonanie czynności prawnej dotyczy [32,33].

Czy w związku z powyższym osoba, która jest nieprzytomna bądź nieświadoma może w prawidłowy, tj. ważny sposób wyrazić swoją wolę i wywołać określone skutki prawne. Jako świadczeniobiorca umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest stroną takiej umowy. Aby stać się stroną umowy, tj. przystąpić do jej zawarcia, należy mieć wolę jej zawarcia. Czy można domniemać woli zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, gdy faktycznie nie została wyrażona? Wydaje się, że błędem jest stosowanie w prezentowanym przypadku dorozumianego oświadczenia woli przez milczenie [34], gdyż w tych okolicznościach trudno znaleźć przesłanki interpretacyjne, potwierdzające tezę o słuszności domniemania. Gdyby osoba nieprzytomna bądź nieświadoma, wcześniej rozmawiała ze swoimi bliskimi na temat leczenia, w określony sposób czyniła plany związane z procesem leczenia i wyrażała swoją wolę co do dalszych etapów, wówczas takie domniemanie mogłoby mieć miejsce. Choć na uwagę zasługuje fakt, że w takiej sytuacji chory powinien upoważnić za pomocą pełnomocnictwa bliską sobie osobę do dokonywania czynności w jej imieniu na wypadek choroby i utraty świadomości w związku z postępującymi objawami. Wówczas domniemanie woli ugruntowane zostałoby za pomocą dowodu materialnego w postaci wystawionego pełnomocnictwa. Niniejsze pełnomocnictwo powinno także zawierać upoważnienie do wglądu do dokumentacji medycznej i ewentualnie upoważnienie do wglądu do dokumentacji medycznej po śmierci chorego. Brak takiego upoważnienia wystawionego za życia chorego powoduje liczne problemy osób, które po jego

śmierci chciałby uzyskać dostęp do dokumentacji medycznej. W polskim prawie brakuje ustawowego upoważnienia dla osób, które znajdują się w takiej sytuacji. Co do zasady personel medyczny nie ma obowiązku wydawania ani udostępniania do wglądu dokumentacji medycznej po śmierci chorego jego bliskim, zważywszy głównie na ochronę danych osobowych i ochroną tajemnicy lekarskiej. Gdyby natomiast chory, za życia, wystawił pełnomocnictwo bądź upoważnienie umożliwiające dokonanie takich czynności, wówczas personel medyczny miałby podstawę prawną zwalniającą z obowiązku ochrony danych osobowych chorego, a w konsekwencji prawo udostępnienia takiej dokumentacji.

Wobec powyższego, jeżeli osoba jest nieprzytomna lub nieświadoma, w jaki sposób można podjąć jej leczenie w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej? Jest to pytanie ważne zarówno lekarzom, jak i bliskim choremu.

W zakresie prezentowanego problemu pojawiają się dwa proponowane rozwiązania. Pierwsze zakłada przeprowadzenie procedury ubezwłasnowolnienia całkowitego lub częściowego chorego. Wydaje się, że w stosunku do osoby nieprzytomnej bądź nieświadomej trudno jest znaleźć ustawowe przesłanki to wszczęcia procedury ubezwłasnowolnienia. Zgodnie z treścią art. 13 § 1 KC osoba, która ukończyła lat trzynaście, może być ubezwłasnowolniona całkowicie, jeżeli wskutek choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych, w szczególności pijaństwa lub narkomanii, nie jest w stanie kierować swym postępowaniem. Natomiast zgodnie z treścią art. 16 § 1 KC osoba pełnoletnia może być ubezwłasnowolniona częściowo z powodu choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych, w szczególności pijaństwa lub narkomanii, jeżeli stan tej osoby nie uzasadnia ubezwłasnowolnienia całkowitego lecz potrzebna jest pomoc do prowadzenia jej spraw.

Wobec powyższego, trudno jest znaleźć odniesienie ustawowych przesłanek ubezwłasnowolnienia do sytuacji prawnej osoby nieprzytomnej, czy nieświadomej. Materialnoprawne przesłanki, umożliwiające przeprowadzenie procedury ubezwłasnowolnienia są ukształtowane w taki sposób, że osoby, których dotyczy postępowanie o ubezwłasnowolnienie, często jednocześnie podlegają regulacjom innych aktów prawnych o charakterze szczególnym, np.: art. 21-42 WychTrzeźwU - postępowanie w stosunku do osób nadużywających alkoholu; art. 21-37 OchrZdrPsychU - postępowanie lecznicze; art. 42-49 OchrZdrPsychU - postępowanie przed sądem opiekuńczym; art. 25-30 ustawy z 29.7.2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (t.j. Dz.U. z 2012 r. poz. 124 ze zm.) - postępowanie z osobami uzależnionymi [35]. Ponadto procedura ubezwłasnowolnienia jest skomplikowana pod względem swojej złożoności, etapów i niezbędnego postępowania

dowodowego, a nadto może trwać bardzo długo[36]. W przypadku osób, które mają być objęte opieką paliatywną, co do zasady nie ma czasu jej przeprowadzenie.

Drugim rozwiązaniem jest zgoda zastępcza [37] oraz zezwolenie sądu opiekuńczego [38]. Procedura ta dostosowana jest do warunków nagłego działania, tj. umożliwia w krótkim czasie uzyskanie podstawy prawnej do podjęcia leczenia w przypadkach, kiedy zgoda taka jest wymagana i niezbędna. Nie jest to jednak także metoda w pełni dostosowana do medycyny paliatywnej z tego względu, że medycyna paliatywna na celu ma poprawę jakości życia, nie jego ratowanie. Zatem jej zastosowanie także nie jest w pełni uzasadnione pod względem przesłanek prawnych umożliwiających jej wszczęcie, ja także funkcji prawnej.

Praktyka funkcjonowania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie medycy paliatywnej ukazała, że w większości przypadków umowy takie są zawierane przez bliskie chorym osoby na mocy pełnomocnictwa udzielonego przez chorego, gdy jest przytomny lub świadomy. Wówczas stroną umowy jest sam chory, a bliska osoba dokonuje czynności prawnej, której wolę dokonania chory wyraził w pełnomocnictwie. W takiej sytuacji pełnomocnictwo jest niezbędnym elementem umowy, gdyż umożliwia jej zawarcie z świadczeniobiorcą. Natomiast w przypadku osób nieprzytomnych bądź nieświadomych umowy zawierane są często intuicyjnie i na ryzyko świadczeniodawcy. Zawarcie umowy z osobą nieuprawnioną może spowodować naruszenie warunków kontraktu z NFZ, a w konsekwencji jego wypowiedzenie z winy świadczeniodawcy. Wydaje się, że w takich sytuacjach umowa powinna być zawierana z osobą bliską na rzecz chorego (ale nie w jego imieniu) wraz z załączoną opinią lekarza rodzinnego o stanie zdrowia chorego uniemożliwiającym samodzielne wyrażenie woli lub oświadczeniu w tym zakresie innego pracownika świadczeniodawcy. Wówczas stroną umowy jest bliska osoba i to ona jest odpowiedzialna np. za wnoszenie opłaty za dokonywanie czynności medycznych dodatkowo płatnych, a chory jest świadczeniobiorcą, który posiada uprawnienie do korzystania z usług objętych zakresem umowy.

Podsumowanie

Reasumując, opieka hospicyjna i paliatywna ma na celu poprawę jakości życia osób, co do których nie ma szans na prowadzenie skutecznej terapii lekarskiej. Rodzina i otoczenie chorych, niosąc wsparcie i pomoc bliskiej osobie, powinni mieć na uwadze także jej dobro i chęć zapewnienia opieki medycznej o najwyższej jakości. W przypadkach chorób nieuleczalnych z chorym należy rozmawiać i go słuchać, póki jest w stanie wyrażać swoje zdanie i wolę. W przypadku, gdy chory traci przytomność bądź świadomość, a rodzina i bliscy nie posiadają pełnomocnictwa do dokonywania czynności w jego imieniu, chorego

pozbawia się zdolności do czynności prawnych, która jest jego prawem podmiotowym. Rodzina i bliscy chorego, w takich sytuacjach, w oparciu o obowiązuje prawo, nie są uprawnieni do dokonywania czynności prawnych, w tym zawierania umów, w imieniu chorego.

Jeżeli przyjmie się stosowanie konstrukcji umowy na rzecz osoby trzeciej, wówczas rodzina nie będzie posiadała prawa do wglądu w dokumentację medyczną, gdyż takie uprawnienie wiąże się z koniecznością uzyskania zgody chorego. Następnie dodatkowej zgody wymaga udostępnienie dokumentacji medycznej po śmierci chorego. W związku z powyższym na rodzinie i bliskich chorego spoczywa obowiązek przygotowania aspektów formalnych, niezbędnych do dokonywania czynności prawnych w imieniu chorego, w tym w szczególności do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której przedmiotem jest opieka hospicyjna, w ostatnich fazach życia chorego, okazuje się być konieczną pomocą w znoszeniu trudów choroby. „*Pewnego dnia oglądałem zachód słońca czterdzieści trzy razy. (...), gdy jest bardzo smutno, to kocha się zachody słońca*” [39]. Rodzina i bliscy powinni dzielić z chorym jego wątpliwości, smutek, rozterki, jednak będąc odpowiedzialnymi i pamiętając, że chwile z nim spędzone mogą być ulotne i ostateczne. Wówczas może być za późno na realizację zgodnych z prawem procedur i formalności.

Piśmiennictwo

1. Poświatowska H.: Kiedy umrę kochanie [w:] Wszystkie wiersze, Wyd. Literackie Sp. z o.o., Kraków, 1997, 598.
2. Łuczak J., Kotlińska-Lemieszek A.: Opieka paliatywna/hospicyjna/medycyna paliatywna, Nowiny Lekarskie, 2011, 80, 3.
3. de Walden- Gałuszko K.: Psychologia dla zespołu hospicjum, Opieka hospicyjno-paliatywna - historia, wyjaśnienie pojęć, filozofia postępowania, http://hospicja.pl/opieka_psych/article/274/94.html, data pobrania 30.03.2014
4. de Walden–Gałuszko K., Majkowicz M.: Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce, Wyd. Akademia Medyczna, Gdańsk, 2000, 29–31.
5. Marcinkiewicz T., Knihinicka–Mercik Z., Heimrat h J., Mess E.: Jakość życia kobiet z nowotworem jajników poddanych chemioterapii, Onkol. Pol., 2006, 19, 149–153.
6. Buczkowski K., Krajnik M.: Opieka Paliatywna, Wyd. PZWL, Warszawa, 2009, 32- 48.

7. http://wiadomosci.onet.pl/nauka/ekspert-opieka-paliatywna-moze-wydluzyc-zycie-chorych-na-raka/enzfr, data pobrania 30.03.2014
8. Jarosz J., Hilgier M.: Standardy postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w leczeniu bólów u chorych z zaawansowaną chorobą nowotworową, [w:]: Standardy leczenia systemowego nowotworów złośliwych u dorosłych w Polsce, Krzakowski M., Siedlecki P. (red.), Wyd. PTO, Warszawa, 1999, 205-216.
9. Hilgier M.: Od bólu do bólu, Wyd. PZWL, Warszawa, 2008, 29.
10. Wywiad z dr. hab. n. med. Dangelem T. [w:] Idziemy, 23 lutego 2014, 18.
11. de Walden–Gałuszko K.: Podstawy opieki paliatywnej, wyd. PZWL, Warszawa, 2004, 168-169.
12. Hays R.D., Arnold S.: Patient and family satisfaction with care for the terminally, Hospital Journal, 1986, 2, 129–150.
13. de Walden-Gałuszko K.: Psychologia dla zespołu hospicjum, Opieka hospicyjno-paliatywna - historia, wyjaśnienie pojęć, filozofia postępowania, http://hospicja.pl/opieka_psych/article/274/94.html, data pobrania: 30.03.2014
14. Dz.U.09.139.1138 ze zm.
15. https://www.nfz-lodz.pl/index.php/dlapacjentow/jak-sie-leczyc/1451-opieka-paliatywna-i-hospicyjna, data pobrania: 30.03.2014
16. http://opiekawdomu.info/chory-w-domu/formy-opieki-hospicyjnej, data pobrania: 30.03.2014
17. https://www.nfz-lodz.pl/index.php/dlapacjentow/jak-sie-leczyc/1451-opieka-paliatyw-na-i-hospicyjna, data pobrania: 30.03.2014
18. Łuczak J.: O zadaniach personelu domowej opieki paliatywnej i hospicyjnej, http://opiekawdomu.info/chory-w-domu/zespol-hospicyjny/zadania-personelu-domowej-opieki-paliatywnej, data pobrania: 30.03.2014
19. Żyromska A., Makarewicz R.: Przerzuty do mózgu, Pol. Med. Paliat., 2004, 3, 27-31.
20. Mózg zaatakowany – przerzuty nowotworów do mózgu, http://nowotwory.wieszjak.polki.pl/guzy-mozgu/236848;http://,Mozg-zaatakowany-przerzuty-nowotworow-do -mozgu.html, data pobrania: 30.03.2014
21. Sykes N.: Zagadnienia związane ze schyłkowym okresem życia, Med. Prakt. – Onkologia, 2009, 3, 45-54.
22. Radwański Z.: Normatywna podstawa skuteczności prawnej [w:] Prawo cywilne – część ogólna, Radwański Z.(red.), t. 2, Wyd. C.H.Beck, Warszawa, 2008, 11.

23. Safjan M.: Zasada swobody umów (uwagi wstępne na tle wykładni (art. 353^1KC), PiP
1993, 4, 12 i nast.
24. Guść J.: O właściwości (naturze) stosunku prawnego, PiP 1997, 4, 16 i nast.
25. Żuławska C.: Wokół zasady wolności umów (art. 353^1 KC i wykładnia zwyczaju) [w:] Prace cywilistyczne. Tom poświęcony pamięci Profesor Janiny Dąbrowy, Gniewek E. (red), AUWr, 1994, 238, 175-176.
26. Trzaskowski R.: Właściwość (natura) zobowiązaniowego stosunku prawnego jako ograniczenie zasady swobody kształtowania treści umów, KPP 2000, 2, 349 i nast.
27. Radwański Z.: Normatywna podstawa skuteczności prawnej [w:] Prawo cywilne – część ogólna, Radwański Z. (red.), t. 2, Wyd. C.H.Beck, Warszawa, 2008, 11 -12.
28. Ohanowicz A.: Wolność umów w przyszłym polskim kodeksie cywilnym, RPEiS 1926, 3, 150.
29. Stelmachowski A.: Zarys teorii prawa cywilnego, Wyd. Wydawnictwa Prawnicze PWN, Warszawa 1988, 91.
30. Dz.U. Nr 16, poz. 93 ze zm.
31. Jędrzejewska A.: Koncepcja oświadczenia woli w prawie cywilnym, Wyd. Agencja Scholar, Warszawa, 1992.
32. Gwiazdomorski J.: Próba korektury pojęcia czynności prawnej [w:] Prace z zakresu prawa cywilnego i prawa na dobrach niematerialnych, ZNUJ 1974, 364, 57 i nast.
33. Radwański Z.: Teoria umów, Wyd. PWN, Warszawa, 1977, 37.
34. Safjan M. [w:] Kodeks cywilny. Komentarz do artykułów $1\text{-}449^{11}$, Pietrzykowski K.(red.), t. I, wyd. C.H.Beck, Warszawa 2008, art. 60, 338 - 345.
35. Komentarz w elektronicznym systemie informacji prawnej Legalis: Flaga-Gieruszyńska K. [w:] Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz, Zieliński A. (red.), Wyd. C.H.Beck, Warszawa, 2014, art. 544, Nb 3.
36. Księżak P. [w:] Kodeks Cywilny. Komentarz, Osajda K. (red.), t. I, wyd. C.H.Beck, Warszawa, 2013, 355-369.
37. Zgoda zastępcza - kiedy może być wyrażona w imieniu pacjenta?, Pobrano dnia 02.04.2014 z sieci WWW: http://www.infodent24.pl/lexdentpost/zgoda-zastepcza-kiedy moze-byc-wyrazona-w-imieniu-pacjenta,4289.html.
38. Skowronek J.: Zgoda zastępcza oraz zezwolenie sądu opiekuńczego, http:// prawowmedycynie.wordpress.com/2012/12/31/zgoda-zastepcza-oraz-zezwo-lenie-

sadu-opiekunczego, data pobrania 02.04.2014.

39. de Saint-Exupéry A.: Mały Książę, Warszawskie Wydawnictwo Literackie MUZA SA, Warszawa, 2010, 27.

Tworkowska Anna[1], Jakubów Piotr[2,3]

Medyczne stwierdzenie śmierci a konsekwencje prawne – problem uzyskania dokumentacji medycznej zmarłego pacjenta

1. Wydział Prawa, Uniwersytet w Białymstoku
2. Klinika Kardiochirurgii UM w Białymstoku
3. Hospicjum Domowe w Białymstoku

Uwagi wprowadzające

Śmierć towarzyszy człowiekowi od początku istnienia gatunku ludzkiego, a problemy z nią związane stały się ważną płaszczyzną badań naukowych zarówno w dziedzinie biologii i medycyny, jak i prawa. Niejednokrotnie dostrzegano wiele problemów, jakie niesie koniec ludzkiego życia. Z chwilą śmierci człowieka powstają jej skutki prawne – przy czym normowane są one przez całe gałęzie prawa lub ich części. To śmierć wyznacza kres osoby fizycznej, a najdalej idącym jej skutkiem jest utrata przez nią zdolności prawnej [1]. Pewne prawa gasną, inne przechodzą na następne osoby. Zasadą jest, że prawa i obowiązki, które związane są ze zmarłym w ścisły sposób i służące zaspokojeniu osobistych jego potrzeb wygasają. Te zaś prawa i obowiązki, które mają cywilnoprawny i majątkowy charakter przechodzą na inne podmioty (wskazane w ustawie lub testamencie) [2]. Zauważyć należy, że po człowieku pozostają również takie prawa, które wciąż wymagają jednoznacznego uregulowania prawnego. Jednakże by można było o nich mówić, należy wcześniej medycznie potwierdzić fakt śmierci, dlatego też między stwierdzeniem śmierci człowieka, a wywołaniem przez nią skutków prawnych istnieje tak ścisły związek. Problem prawno–medyczny jest tu tym większy, że tam gdzie na styku ochrony życia i prawa do umierania dochodzić może nie tylko do konfliktu sumienia, ale także do kolizji wartości – brakuje jak dotąd takich rozwiązań prawnych, o których można by już dziś powiedzieć, że są one wolne od wątpliwości. Koniecznym więc staje się jednoznaczne określenie pojęcia śmierć człowieka, z drugiej zaś strony wskazanie jej następstw.

Pojęcie śmierci

Definicja śmierci może być rozpatrywane w wielu wymiarach – w szczególności biologicznym, medycznym, socjologicznym ale i prawnym. Dawniej definiowano śmierć, jako zatrzymanie krążenia w organizmie spowodowane niewydolnością serca i płuc. Przełomem – spowodowanym rozwojem medycyny, wynalezieniem respiratora – było

opracowanie nowej definicji śmierci, wprowadzającej jej nowe kryteria. Miejsce serca i płuc w definicji śmierci zajął mózg – kryterium neurologiczne: całkowity brak odruchów, rozszerzenie źrenic, kompletna hipotonia, zanik wychyleń w zapisie EKG. Współczesna medycyna uznaje, że jeżeli umarł mózg człowieka – umarł cały człowiek, a jego śmierć jest rzeczywista i pewna [3].

Prawna definicja śmierci w polskim systemie prawa znajduje się w ustawie z dnia 1 lipca 2005 o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów [4]. Ustawa ta definiuje śmierć jako trwałe i nieodwracalne ustanie czynności mózgu. Współcześnie coraz częściej podnoszone są poglądy, że tradycyjne podejście do śmierci jako do pojedynczego momentu jest błędne – rozwój medycyny pozwolił bowiem na podtrzymywanie funkcji życiowych w sposób sztuczny [5]. Wskazania w ustawodawstwie jednoznacznych kryteriów śmierci wymagała jednak m.in. transplantologia. Obowiązująca definicja została więc sformułowana tak, aby można było odłączyć środki podtrzymywania tkanek i móc pobrać narządy do transplantacji [6]. Pomijając powstające wątpliwości dotyczące zasadności kryteriów śmierci mózgu panuje na ogół zgodność opinii, że to całkowite i nieodwracalne zaprzestanie pracy mózgu stanowi najbardziej uzasadniony wyznacznik śmierci człowieka. W medycynie – szczególnie dla celów transplantacji - przyjęto definicja tzw. śmierci zdysocjowanej, co oznacza, że śmierć ogarnia tkanki i układy w różnym czasie, powodując dezintegrację ustroju jako całości funkcjonalnej i kolejno trwałe wypadanie poszczególnych funkcji w różnej sekwencji czasowej, zaś śmierć kończy proces umierania.

Dokumentacja medyczna zmarłego pacjenta

Na gruncie ustawodawstwa polskiego istnieje pewna grupa czynności dokonywanych za życia, którym przypisać można charakter *mortis causa,* przez co zyskują one skuteczność dopiero z chwilą śmierci. Najczęściej spotykaną czynnością tego rodzaju jest testament uzyskujący swoją skuteczność z chwilą otwarcia spadku. Prawo daje również możliwość złożenia sprzeciwu na pobranie komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich, który również aktualizuje się dopiero po śmierci podmiotu składającego taki sprzeciw [7]. Po zmarłym – szczególnie w placówce udzielającej świadczeń zdrowotnych – pozostaje również prawo określone w ustawie o prawach pacjenta [8], jako prawo do dokumentacji medycznej. Szczególną uwagę zwrócić więc należy na charakter oświadczenia pacjenta upoważniającego do uzyskania dokumentacji medycznej w przypadku jego śmierci oraz na sposób prawnego uregulowania przypadków, gdy takie oświadczenie nie zostało złożone.

W myśl obowiązujących aktualnie przepisów podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych ma obowiązek udostępnienia dokumentacji medycznej pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta. Po śmierci pacjenta zaś prawo wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia (art. 26 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta). Powyższe oznacza, że dostęp do dokumentacji medycznej zmarłego mają tylko osoby, które zostały do tego wyraźnie upoważnione za jego życia. Zauważyć należy jednak, iż regulacja ta nie została dostosowana do wielu sytuacji, w których podpisanie upoważnienia przez pacjenta było niemożliwe.

Obowiązująca w polskim systemie prawnym regulacja oraz dotychczasowe orzecznictwo wskazują, iż osoby bliskie zmarłemu pacjentowi nie mają prawa dostępu do dokumentacji medycznej, jeżeli nie dysponują oświadczeniem pacjenta, wydanym za jego życia i wyraźnie upoważniającym do uzyskania dokumentacji medycznej po jego śmierci. Dopiero zaś posiadanie przez placówkę dokumentu podpisanego przez pacjenta pozwala jej udostępnić dokumentację medyczną upoważnionej do tego osobie. Takie też stanowisko zajął Wojewódzki Sąd Administracyjny w Łodzi, który jednoznacznie stwierdził, iż nawet w sytuacji kiedy pacjent nie zdążył nikogo upoważnić „*osoby bliskie zmarłemu pacjentowi nie mają prawa dostępu do dokumentacji medycznej, jeżeli nie dysponują oświadczeniem pacjenta, wydanym za jego życia*" [9]. Żaden więc przepis nie przewiduje dodatkowych uprawnień dla rodziny w sytuacji, gdy osoby hospitalizowana jest np. nieprzytomna [10].

Na powyższy problem zwrócił również uwagę w swoim wystąpieniu z dnia 4 marca 2008 roku Rzecznik Praw Obywatelskich [11]. W jego ocenie aktualne przepisy nie są dostosowane do sytuacji, w których pacjent w stanach nagłych zmarł, nie mając tym samym możliwości wyrażenia swej woli, dotyczącej upoważnienia do dostępu do dokumentacji medycznej. Podobnie przepisy nie uwzględniają sytuacji, gdy brak stosownego oświadczenia w dokumentacji medycznej nie wynika z decyzji pacjenta, lecz z zaniechania podmiotu udzielającego świadczeń wykonania obowiązku uzyskania tego rodzaju oświadczenia. Skargi wpływające do Rzecznika Praw Obywatelskich wskazują zaś jednoznacznie, że zakłady opieki zdrowotnej stosując zasadę domniemania braku upoważnienia odmawiają udzielenia rodzinie dostępu do dokumentacji zmarłego. W ocenie Rzecznika sytuacja taka budzi wątpliwości z punktu widzenia jej legalności [12].

Sytuacji dostępu do dokumentacji medycznej nie zmienia również fakt, iż osoby bliskie ubiegają się o niego w celu realizacji własnych praw podmiotowych związanych ze

śmiercią pacjenta (np. roszczeń o zwrot kosztów leczenia i pogrzebu, rentę, jednorazowe odszkodowanie oraz zadośćuczynienie za krzywdę z powodu śmierci osoby bliskiej). Również i w tej sprawie wypowiedział się Rzecznik Praw Obywatelskich – przyjął, że regulacje dotyczące udostępniania dokumentacji medycznej mają na celu ochronę danych osobowych zmarłego pacjenta, w tym przypadku danych o stanie jego zdrowia. Wprawdzie art. 26 § 3 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta przewiduje, że podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną sądom w związku z prowadzonym postępowaniem, jednakże zgodnie z obowiązującymi regulacjami to podmiot wnoszący pozew powinien wskazać dowody uzasadniające przytoczone przez niego zarzuty [13]. Konsekwencją takiego rozwiązania jest znacząca nierówność stron procesowych. Z drugiej jednak strony placówki nie mogą wydawać dokumentacji medycznej wszystkim osobom występującym z roszczeniem – pamiętać bowiem należy, że prawo dostępu do dokumentacji medycznej jest prawem pacjenta i to od jego woli powinno zależeć, czy upoważnia określoną osobę. Nijako w odpowiedzi na zaistniałe trudności, szukając postulatów *de lege feredna* Nesterowicz proponował wprowadzenie dodatkowej regulacji prawnej zgodnie, z którą: „*W razie śmierci pacjenta prawo dostępu do dokumentacji medycznej przysługuje w kolejności małżonkowi, zstępnym rodzicom i rodzeństwu, chyba że pacjent dokonał odpowiedniego zastrzeżenia*” [14].

Z jeszcze dalej posuniętymi trudnościami spotyka się doktryna i orzecznictwo badając, czy złożenie oświadczenia woli o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskania dokumentacji oznacza tym samym, że osoba wskazania przez pacjenta jest osobą upoważnioną, nawet w sytuacji śmierci pacjenta? [15]. W sprawie wypowiedział się m.in. Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie w wyroku z dnia 10 listopada 2006 r., w którym stwierdził, że „*Do oceny, czy należy udostępnić żonie zmarłego (osobie bliskiej) dokumentację medyczną w sytuacji gdy udzielający pełnomocnictwa nie określił, że upoważnia pełnomocnika do pobrania dokumentacji medycznej także w przypadku jego zgonu, właściwym jest zastosowanie uregulowań zawartych w Kodeksie Cywilnym*” [16]. W uzasadnieniu zaś stwierdził, że „*na podstawie art. 101 § 2 k.c. umocowanie wygasa z chwilą śmierci pacjenta, jeżeli nie zastrzeżono, że to pełnomocnictwo obowiązuje także po jego śmierci*”. Jednakże pełnomocnictwo udzielone z zastrzeżeniem powinno być poddane ocenie jego zgodności z przepisami prawa, powinno być bowiem uzasadnione stosunkiem prawnym zachodzącym między mocodawcą a pełnomocnikiem [17]. Przyjmując zaś, że upoważnienie do uzyskania pośmiertnie dokumentacji medycznej stanowi rodzaj pełnomocnictwa odpowiedzieć należy

dodatkowo na pytanie: czy czynność do której dokonania zostaje upoważniony dany podmiot, jest czynnością prawną, która stanowi konieczną przesłankę działania przedstawiciela? Wydaje się, iż wgląd w dokumentację medyczną nie stanowi czynności prawnej, przychylić się zaś można do stanowiska Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Rzeszowie, który stwierdził, że upoważnienie, o którym mowa stanowi odrębną instytucję stworzoną na potrzeby ustawy o prawach pacjenta. Nie stanowi ono żadnego rodzaj pełnomocnictwa w rozumieniu przepisów kodeksu cywilnego. Podstawową różnica miedzy omawianymi instytucjami jest zaś fakt, że upoważnienie z ustawy o prawach pacjenta nie wygasa z chwilą śmierci, podczas gdy klasyczne pełnomocnictwo co do zasady wygasa wraz ze śmiercią mocodawcy [18].

Przełomem w rozwiązaniu problemów z interpretacją obowiązujących przepisów może być precedensowe orzeczenie Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie, który w swoim wyroku z dnia 13 lutego 2013 r. zmienił zdaje się już ugruntowane stanowisko w kwestii udostępniania dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta. Orzekł bowiem, iż „*pacjent może sporządzić oświadczenie o zgodzie na udostępnienie dokumentacji zarówno w ramach, jak i poza dokumentacją medyczną i tylko od jego woli zależało będzie jaką treść i jaki zakres upoważnienia obejmie to oświadczenie. Jeśli oświadczenie przybiera najszerszą możliwą formę o upoważnieniu określonej osoby do uzyskiwania dokumentacji medycznej pacjenta, to niezależnie od tego który podmiot medyczny będzie świadczeniodawcą wytwarzającym dokumentację medyczną związaną z tą chorobą, ma on obowiązek respektowania oświadczenia wskazującego upoważnioną osobę do uzyskiwania dokumentacji, zarówno za życia jak i po śmierci pacjenta*” [19]. Sąd powołał się na wykładnię systemową i funkcjonalną, która ma w tym wypadku pierwszeństwo przed wykładnią językową - przepisu nie wprowadzono bowiem po to, by ograniczać dostęp do dokumentacji, lecz by znieść obowiązek sporządzania odrębnych upoważnień na wypadek śmierci.

Konkluzje

Prawo dostępu do dokumentacji medycznej stanowi część prawa medycznego. To zaś dopiero wyodrębnia się jako nowa gałąź prawa, dlatego też zmuszeni jesteśmy do korzystania z dorobku różnych gałęzi prawa, w tym prawa cywilnego. Z uwagi na złożoność relacji pacjent – placówka opieki zdrowotnej niezbędne jest wprowadzenie takich rozwiązań prawnych, które uwzględniałyby specyfikę tych powiązań. Dlatego też *de lege ferenda* uznać można, że kwestia dostępu do dokumentacji medycznej przez osoby upoważnione przez pacjenta wymaga doprecyzowania. Zarówno praktyka, jak i orzecznictwo wielokrotnie

pokazywały, iż ciężar udowodnienia, że dana osoba została upoważniona do dostępu do dokumentacji medycznej przerzucany jest na osoby, które twierdzą, że takie upoważnienie posiadają. Biorąc zaś pod uwagę obowiązującą zasadę fikcji znajomości prawa oraz zasadę *ignorantia iuris nocet* zarówno pacjent, jak i osoby mu bliskie zwykle nie posiadają wystarczającej wiedzy o wszelkich niuansach praw pacjent.

Niejako w odpowiedzi na nowe realia i pojawiające się trudności prawo stara się coraz szerzej regulować kwestie związane z przemijaniem człowieka. Jednakże droga do wypracowania kompletnego i spójnego systemu gwarantującego poszanowanie praw i również *post mortem* jest długa. Trudność w tworzeniu nowych regulacji jest tym większa, że śmierć stanowi materię złożoną i niezwykle delikatną – wymaga przy tym odniesienia się jednocześnie do różnych systemów wartości przekonań.

Piśmiennictwo

1. Radwański Z.: Prawo cywilne – części ogólna, wyd. C.H. Beck, Warszawa, 2000.
2. Haberko J.: Koniec życia człowieka a kres podmiotowości prawnej, Prawo i Medycyna, 2007, 9, 72.
3. Tokarczyk R.: Śmierć jako fenomen prawny, Ann. UMCS, 2000, 47, 75.
4. Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r., o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, Dz. U. 2005, Nr 169, poz. 1411.
5. Tokarczyk R.: Prawo narodzin, życia i śmierci, Zakamycze, Kraków, 2002, 215-216.
6. Paszkowska M.: Śmierć pacjenta w szpitalu – aspekty prawne, http://www.sceno. edu.pl/ cms_tmp/1256_ m_paszkowska_spacjeta.pdf., data pobrania 10.04.2014
7. Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r., o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, Dz. U. 2005, Nr 169, poz. 1411.
8. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r., o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz. U. 2009, Nr 52, poz. 417.
9. Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Łodzi z dnia 20 stycznia 2004 r., II SA/Łd, 1063/03.
10. Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego we Wrocławiu z dnia 22 czerwca 2009 r., IV SA/Wr 96/09.
11. RPO-582529-X/08/TG.
12. Drozdowska U.: Dokumentacja medyczna, Wyd. Cegedim, Warszawa, 2012.

13. Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich nr 1, Informacja Rzecznika Praw Obywatelskich za rok 2009, 225-226.
14. Nesterowicz M.: Prawa pacjenta i osób bliskich do informacji medycznej i ochrony danych [w:] Rozprawy prawnicze. Księga Pamiątkowa ku czci prof. M. Pazdana, Kraków, 2005, 1212.
15. Karkowska D.: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa, 2009, 366.
16. Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 10 listopada 2006 r., VII SAB/Wa 46/06, LEX nr 306495.
17. Drozdowska U., Glosa do wyroku NSA z dnia 19 maja 2003 r., OSA 1/03, PS 2004, nr 11-12, poz. 173
18. Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Rzeszowie z dnia 13 lipca 2010 r., II SAB/Rz 29/10, LEX nr 602398
19. Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 31 stycznia 2013 r. , VII SAB/Wa 201/12.

Tworkowska Anna

Konsekwencje zabiegu sztucznej inseminacji post mortem – analiza wybranych zagadnień

Wydział Prawa, Uniwersytet w Białymstoku

Uwagi wprowadzające

Nauki medyczne należą do grona nauk o największej dynamice rozwoju, a na procesy dokonujące się w medycynie należy spojrzeć dwuaspektowo. Z jednej strony należy pozytywnie ocenić te osiągnięcia medycyny, które pozwalają na ratowanie życia; przezwyciężanie dotychczas nieuleczalnych chorób oraz zaliczanie ich do współczesnych znaków nadziei. Z drugiej jednak strony warto zwrócić uwagę na niebezpieczeństwa związane z rozwojem medycyny – już w swojej pierwszej encyklice Jan Paweł II zwrócił uwagę na niebezpieczeństwo związane z postępem w medycynie: „*Niepokój dotyczy zasadniczej i podstawowej sprawy: czy ów postęp, którego autorem i sprawcą jest człowiek, czyni życie ludzkie na ziemi pod każdym względem „bardziej ludzkim", bardziej „godnym człowieka*" [1].

Rozpowszechnianie się technologii umożliwiającej interwencję w procesy przekazywania życia rodzi bardzo poważne problemy zarówno prawne, jak i moralne dotyczące należnego szacunku dla istoty ludzkiej od samego jej poczęcia [2]. Metody medycznego wspomagania sprowadzają się obecnie do ingerencji dwojakiego rodzaju: zapłodnienia wewnątrzustrojowego (*in vivo*) oraz zapłodnienia pozaustrojowego (*in vitro*). Sztuczna inseminacja określana jest jako sztuczne zapłodnienie wewnątrzustrojowe. Jest to zabieg polegający na zapłodnieniu komórki jajowej w wyniku wprowadzenia do żeńskich organów rozrodczych pobranego wcześniej od mężczyzny nasienia. Tego rodzaju metoda wspomagająca zapłodnienie dokonywana jest wewnątrz organizmu matki – tak jak podczas naturalnego procesu rozrodu. Pierwsze zabiegi sztucznej inseminacji, o których słyszała nauka, dokonane były już w XVIII wieku – pozwoliło to na ich medyczną oraz etyczną ocenę. Mimo początkowych problemów, aktualnie akty sztucznej inseminacji stanowią powszechnie akceptowalną metodę prokreacyjną [3].

Postęp medycyny w dziedzinie prokreacji pozwolił wielu osobom, które wcześniej nie mogły na to liczyć, na posiadanie naturalnego potomstwa. Wraz z nowymi możliwościami

pojawił się jednak problem z wyznaczeniem granicy etycznych działań zmierzających do dominacji nad życiem i śmiercią człowieka. Zagadnienie to staje się szczególnie istotne w świetle nowych możliwości, jakie daje rozwój nauk medycznych pozwalający m.in. na zamrażanie męskiego nasienia i dokonanie tzw. sztucznej inseminacji *post mortem*. Obecnie bowiem stan wiedzy umożliwia przeprowadzenie takich procedur mrożenia nasienia w ciekłym azocie, aby po upływie nawet kilkunastu lat do zapłodnienia mogło nadawać się nawet kilkadziesiąt procent plemników. Niezależnie od etyczno-moralnej oceny takiego zapłodnienia, powstało wiele problemów natury prawnej i społecznej. Status dziecka poczętego i urodzonego w takich okolicznościach jest całkowicie niejednoznaczny. Działania takie wiążą się z nowymi problemami dotyczącymi prawa rodzinnego czy spadkowego. Powstają pytania: o charakter prawny wydania nasienia pozostałego po zmarłym mężczyźnie; o status prawny urodzonego w wyniku sztucznej inseminacji *post mortem* dziecka – o jego pochodzenie z małżeństwa, które zdaje się ustało z chwilą śmierci mężczyzny i o możliwość ustalenia ojcostwa dawcy nasienia [4].

Prawo a sztuczna inseminacja *Post Mortem*

Z uwagi na fakt, że polskie ustawodawstwo medyczne tworzone było głównie w latach 90-tych, brakuje w polskim systemie prawnym szczegółowych regulacji prawnych dotyczących prokreacji medycznie wspomaganej. W ostatnich zaś latach proces legislacyjny w zakresie prawa medycznego niemal się zatrzymał. Jednakże, biorąc pod uwagę fakt, że chodzi tu o zagwarantowane konstytucją prawo do prokreacji, żaden system prawa nie powinien uchylać się od zajęcia się tymi zagadnieniami – prawo podejmować powinno próby udzielania odpowiedzi na pytania pojawiające się w praktyce - także w oparciu o ogólne, nieokreślone, czy wręcz przestarzałe i nieadekwatne instrumenty, które pozostają do jego dyspozycji.

Właściwym jest, by analizę prawną zagadnienia rozpocząć od – przynajmniej skrótowej – charakterystyki czynności wykorzystujących nasienie przeznaczone do sztucznej inseminacji. Mimo licznych, lecz pozornych podobieństw zgodna zmarłego na wykorzystanie jego nasienia do sztucznej inseminacji *post mortem* nie może być łączona za sprawą analogi ze zgodą na pobranie komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich w celu ich przeszczepienia. W tym przypadku bowiem ustawodawca wyraźnie zdecydował się na wykorzystanie konstrukcji zgody domniemanej. Zaznaczyć należy, że zgoda na transplantacje wyrażona za życia i skuteczna również *post mortem* nie może być charakteryzowana jako obejmująca również zgodę na wykorzystanie nasienia po śmierci – nie pozwala na to przede

wszystkim szczególny status przedmiotu, jakim jest materiał genetyczny. Próby ustalenia charakteru prawnego zamrożonego nasienia prowadzi do wniosku, że na gruncie obowiązującego prawa cywilnego nigdy nie stanowi ono rzeczy i reprezentuje wyłącznie określone wartości niemajątkowe ściśle związane z osobą zmarłego [5]. Głównie z uwagi na fakt, że pozostałe po zmarłym nasienie stanowić może źródło życia nie do przyjęcia jest pogląd głoszony przez B. Walaszka, jakoby zakonserwowane nasienie stanowiło rzecz objętą prawem majątkowym należącym do spadku [6]. Przyjęcie takiego zapatrywania skutkowałoby bowiem włączeniem prawa do zakonserwowanego nasienia do spadku, co zaś implikowałoby dyspozycję złożoną przez dawcę jako polecenia spadkodawcy. Polecenie takie, jako nadmiernie ingerujące w zagwarantowaną prawami podmiotowymi integralność fizyczną, powinno być jednak traktowane jako sprzeczne z zasadami współżycia społecznego. W konsekwencji dyspozycja materiałem genetycznym traktowana w kategorii polecenia spadkodawcy nie wywoływałaby żadnych skutków prawnych [7].

W prawodawstwie polskim wykorzystanie nasienia zmarłego mężczyzny wiąże się z zasadniczym problemem dotyczącym pochodzenia dziecka – ani bowiem orzecznictwo, ani przedstawiciele doktryny nie są w stanie odpowiedzieć jednoznacznie na pytanie o to, czy możemy mówić o pochodzeniu dziecka z małżeństwa, jeżeli zgodnie z prawem małżeństwo ustało z chwilą śmierci oraz, czy istnieje możliwość ustalenia ojcostwa dziecka poczętego w drodze sztucznej inseminacji postmortalnej. Pierwszym przypadkiem wymagającym analizy jest sytuacja, gdy dziecko poczęte w wyniku sztucznej inseminacji dokonanej wkrótce po śmierci męża przychodzi na świat przed upływem 300 dni od ustania małżeństwa. W powyższej sytuacji znaleźć zastosowanie może instytucja domniemania pochodzenia dziecka od męża matki uregulowana w art. 62 § 2 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego [8]. Mimo wprowadzenia przez kodeks tego rodzaju domniemania sytuacja dziecka poczętego w wyniku postmortalnej inseminacji nie jest przesądzona, szczególnie w świetle przepisów prawa spadkowego. Biorąc bowiem pod uwagę literalną wykładnię art. 927 § 2 Kodeksu cywilnego [9] mimo działania domniemania prawnego pochodzenia od zmarłego męża matki dziecko takie nie może dziedziczyć, skoro nie było jeszcze poczęte w chwili otwarcia spadku. W sytuacji, kiedy zastosowanie ma kodeksowe domniemanie pochodzenia od męża matki, zastanowić się można jednak nad możliwością wykluczenia owej okoliczności jako obligatoryjnej dla uzyskania zdolności do dziedziczenia. Analizując ową kwestię M. Safjan zwrócił uwagę, iż ze względu na ścisłe funkcjonalne powiązanie koncepcji zdolności *nasciturusa* do dziedziczenia z domniemaniem wynikającym z art. 62 Kodeksu rodzinnego i

opiekuńczego oraz możliwość zakwestionowania w postępowaniu spadkowym faktu poczęcia dziecka przed otwarciem spadku, tego rodzaju kwestionowanie przesłanki nie jest możliwe [10].

Większe wątpliwości powstają jednak w stosunku do statusu prawnego dziecka postmortalnie poczętego, gdy urodziło się ono po upływie okresu objętego domniemaniem pochodzenia dziecka z małżeństwa. Analizie poddać więc należy sytuacje, gdy do poczęcia dziecka w drodze sztucznej inseminacji *post mortem* dochodzi po upływie dłuższego – nawet kilkuletniego – okresu czasu, tj. w sytuacji, gdy wykluczone jest już powołanie się na domniemanie ojcostwa męża matki. Biorąc pod uwagę okoliczności takiego przypadku, zastosowanie znaleźć mogą roszczenie o ustalenie ojcostwa męża matki na podstawie art. 85 lub 84 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego. Wykorzystanie przewidzianych przez prawo uprawnień będzie w tym przypadku tym bardziej wskazane, że przemawia za tym zarówno biologiczne pochodzenie dziecka, jak i wola zainteresowanych stron, by stan cywilny dziecka określał jego związek z mężem matki. Fakt, iż dziecko poczęte w drodze inseminacji *post mortem* jest dzieckiem pozamałżeńskim zdaje się nie stoi na przeszkodzie do odpowiedniego zastosowania art. 85 [11]. Na ewentualne wykorzystanie wskazanych regulacji pozwolić może jednak jedynie ich funkcjonalna wykładnia, językowa bowiem (art. 84) wiąże podstawę domniemania ojcostwa z faktem obcowania cielesnego matki z biologicznym ojcem w okresie koncepcyjnym. Z. Radwański zwrócił jednak uwagę na zagrożenia wynikające z rozszerzającej wykładni domniemania pochodzenia dziecka od męża matki oraz możliwości wykorzystania powództwa o ustalenie ojcostwa – mogą być bowiem traktowane jako swoiste nadużycie prawa podmiotowego i stanowić podstawę oddalenia żądania ustalenia ojcostwa z uwagi na fakt, że ustalenie takie „nie odpowiadałoby zasadniczej strukturze i funkcji rodziny" [12]. Wydaje się jednak, że fakt rzeczywistego, zgodnego z prawdą ustalenia pochodzenia biologicznego dziecka od mężczyzny – dawcy nasienia stanowi wystarczający argument do zastosowania przewidzianego przez system prawa roszczenia o ustalenie pochodzenia dziecka. Przepisy nie uzależniają bowiem w żadnym stopniu możliwości zastosowania owego roszczenia od sposobu, czy czasu poczęcia dziecka [13].

Zakładając dopuszczalność ustalenia pochodzenia dziecka poczętego w drodze postmortalnej inseminacji od dawcy nasienia, zbadać należy również jego konsekwencje w stosunkach rodzinnych, w tym alimentacyjnych. Wydaje się bowiem, że na sposób ukształtowania takich stosunków zasadniczy wpływ powinna mieć wcześniejsza zgoda dawcy lub jego krewnych na zadysponowanie przez matkę nasieniem zmarłego mężczyzny. Zdaje

się, że brak takiej zgody połączony z oceną sztucznej inseminacji *post mortem* jako niesłużącej realizacji prokreacyjnego celu małżeństwa, jak i brak stosunku prawnego między zmarłym a dzieckiem implikuje brak możliwości konstruowania między zmarłym dawcą nasienia a dzieckiem stosunku rodzicielskiego. Bez odpowiedzi pozostają bowiem pytania o to, kto miałby być w chwili powstania takiego stosunku jego podmiotem – poczęte dziecko i osoba zmarła, której prawo nie przyznaje zdolności do bycia podmiotem praw i obowiązków? Taka wykładnia zdaje się być jednak zbyt daleko idąca i prowadzić do sprzeczności z podstawowymi założeniami prawa. Przyjęcie, że nie istnieje żaden stosunek rodzicielstwa pomiędzy dzieckiem poczętym w drodze sztucznej inseminacji i urodzonym po upływie okresu obowiązywania domniemania pochodzenia od męża matki a jego genetycznym ojcem warunkuje brak jakichkolwiek roszczeń alimentacyjnych wobec krewnych genetycznego ojca, nie pozwala również na dziedziczenie po zmarłym ojcu. Uzasadnionym byłoby jednak – bez dalszych skutków – przyznanie dziecku poczętemu w drodze inseminacji *post mortem* uprawnienia do ustalenia swojego pochodzenia genetycznego od ojca [14]. Z drugiej jednak strony skoro to nie czynnik woli determinuje możliwość ustalenia pokrewieństwa, to nie może on wpływać na ocenę konsekwencji prawnych wynikających *ex lege* z owego pokrewieństwa.

Praktyka a sztuczna inseminacja *Post Mortem*

Pierwsze poczęcie dziecka w drodze inseminacji *post mortem* miało miejcie we Francji w 1984 roku: chory na raka mąż MMe Parpalaix w 1983 roku zdeponował swoje nasienie w banku spermy CECOS *(Centre d'Etude et de Conservation du Sperme Humain),* w 1994 – krótko po śmierci męża – wdowa wystąpiła do banku o wydanie nasienia w celu dokonania sztucznego zapłodnienia. Z uwagi na brak odpowiedniej dyspozycji dawcy nasienia, ocenę etyczną planowanego zapłodnienia oraz brak przepisów odnoszących się do analizowanego przypadku bank odmówił wydania nasienia. Jednakże w orzeczeniu z sierpnia 1984 francuski sąd Tribunal de Grande Instance de Creteil uznając probówkę z nasieniem za depozyt podlegający zwrotowi do rąk spadkobierców, przychylił się do powództwa wdowy. W uzasadnieniu stwierdził dodatkowo, że przechowywanie nasienia, wydanie go po śmierci dawcy, czy ostatecznie wykorzystanie go do zapłodnienia *post mortem* nie jest zakazane żadną normą prawną (prawnicy utrzymywali, że w świetle prawa wszystko, co nie jest zakazane jest dozwolone). To kontrowersyjne orzeczenie sądu francuskiego spowodowało wprowadzenie do umów o depozyt nasienia – w oparciu o zasadę swobody umów - dodatkowej klauzuli, w myśl której nasienie może być wykorzystane przez składającego

obecnego i wyrażającego swoją wolę. Treść takiej klauzuli stała się podstawą orzeczenia wydanego w 1991 roku, w którym Tribunal de Grande Instacne de Toulouse odrzucił żądanie wdowy o wydanie nasienia zmarłego męża. Wyrok został następnie podtrzymane przez francuski sąd kasacyjny. Orzeczenie takie sąd argumentował m.in. faktem, że implementacja medycznie wspomagana *post mortem* nie ma podstawy prawnej, a nadto żądanie wyrażone w pozwie jest sprzeczne z zobowiązaniem, które zostało podpisane w momencie składania depozytu [15].

Wychodząc naprzeciw powstającym trudnościom prawodawstwo francuskie w ustawie z 1994 roku stwierdziło, że sztuczna prokreacja może mieć miejsce tylko pomiędzy parą żyjącą – małżonkami lub konkubentami (pozostającymi we wspólnym pożyciu minimum dwa lata) i będącymi w wieku prokreacyjnym. *Expressis verbis* przepisy postmortalną inseminację wdowy uznały za niedozwoloną. W przypadku śmierci jednego z małżonków lub konkubentów materiał genetyczny powinien zostać zniszczony lub przekazany nieodpłatnie innej anonimowej parze. Do owej regulacji podejść można jednak z pewnymi wątpliwościami – skoro pozostałe po śmierci dawcy nasienie może być wykorzystane przez obcą, anonimową parę, to czy niewłaściwym byłoby przyznanie takiego prawa podmiotom spokrewnionym, szczególnie jeżeli para wcześniej wyraziła zgodę na prokreację medycznie wspomaganą *post mortem* [16].

Podobnie zagadnienie sztucznej inseminacji *post mortem* uregulowało ustawodawstwo RFN. W ustawie z 1990 roku na lekarza, który dokona takiego zapłodnienia nałożona zostanie sankcja karna nawet do 4 lat pozbawienia wolności. Kobieta, u której taka postmortalana inseminacja byłaby dokonana, nie podnosi jednak żadnej odpowiedzialności karnej.

Rozstrzygnięciem dotyczącym sztucznej inseminacji *post mortem* zajmował się w 1993 roku również Sąd Apelacyjny w Kalifornii. Rozpatrywał on sprawę Deborah Hecht, której przyjaciel w październiku 1991 roku – na kilka dni przed swoją śmiercią – zdeponował w banku spermy w Los Angeles probówki ze swoim nasieniem, w umowie z bankiem, jak i w testamencie prawo do korzystania z pozostawionego depozytu zastrzegł właśnie na rzecz Deborah Hecht. Jednakże wykonawca testamentu powołując się na zasady porządku publicznego wystąpił do banku z żądaniem zniszczenia probówek. Powódka twierdziła zaś, że działanie takie naruszałoby jej prawo do prokreacji, a pozostawione w banku nasienie zgodnie z postanowieniami umowy i testamentu stanowi darowiznę na jej rzecz. Sąd pierwszej instancji przychylając się do argumentacji wykonawcy testamentu nakazał zniszczyć

zdeponowane probówki. Sąd apelacyjny rozpatrując sprawę skupił się przede wszystkim na ocenie charakteru prawnego zdeponowanego nasienia. Stwierdził m.in. że funkcjonujące na terenie Stanów Zjednoczonych *common law* nie pozwalało na ustalenie prawa własności, czy nawet quasi-własności do części ciała ludzkiego – w tym więc i nasienia zdeponowanego w banku. Dokonując argumentacji sąd przytoczył stanowisko The American Fertility Sociate uznające, że „*gamety są własnością dawców. Dawcy mają wyłączne prawo decydowania o ich wykorzystaniu zgodnie z zasadami medycyny i etyki*". Przychylając się do stanowiska powódki sąd uznał, że zdeponowane w banku nasienie ze względu na swoją naturę jest szczególnym rodzajem własności i tym samym wchodzi w skład spadku, a dawca ma prawo do decydowania o użyciu nasienia do reprodukcji. Sąd apelacyjny w uzasadnieniu podkreślił również, że sąd pierwszej instancji nadużył swojej władzy wydając nakaz zniszczenia nasienia zmarłego dawcy [17].

Precedensowa sprawa miała również miejsce w Wielkiej Brytanii, gdzie w 1995 od pozostającego w śpiączce mężczyzny zostało pobrane – na żądanie żony – nasienie. Po śmierci dawcy, wdowa – Diane Blood wystąpiła o dokonanie sztucznego zapłodnienia pobranym nasieniem. Brytyjski Instytut Embriologii i Sztucznego Zapłodnienia powołując się na obowiązujące przepisy odmówił wdowie dokonania sztucznej inseminacji *post mortem*. Wnosząc apelację powódka zwróciła uwagę, że zarówno ona, jak i jej zmarły mąż starali się o potomstwo oraz, że istnieje przecież możliwość sztucznego zapłodnienia nasieniem każdego innego mężczyzny będącego anonimowym dawcą nasienia, który być może również już nie żyje. Sąd apelacyjny rozstrzygając sprawę stwierdził zaś, że Diane Blood wprawdzie nie ma prawa do takiego zabiegu w Wielkiej Brytanii, takie prawo przysługuje jej jednak za granicą – ma bowiem prawo do odbycia kuracji sztucznego zapłodnienia w innym kraju Unii Europejskiej, np. we Francji, gdzie ustawodawstwo pozwala na dokonanie sztucznej inseminacji po śmierci dawcy nasienia [18].

Uwagi podsumowujące

Polski system prawny nie zawiera jak dotąd żadnych regulacji odnoszących się bezpośrednio do zagadnień związanych z inseminacją medycznie wspomaganą *post mortem,* przy czym projekt ustawy o ochronie genomu ludzkiego i embrionu ludzkiego oraz Polskiej Radzie Bioetycznej i zmianie innych ustaw zdaje się iść w kierunku wprowadzenia zakazu postmortalnego zapłodnienia i podobnie do rozwiązania z Republiki Federalnej Niemiec dąży do wprowadzenia sankcji karnej wobec osoby, która w celach prokreacyjnych wykorzystuje

materiał genetyczny zmarłej osoby. Nie można bowiem traktować materiału genetycznego jako rzeczy.

Zauważyć należy, że zagadnienie sztucznej inseminacji *post mortem* wiąże się z licznymi problemami natury prawnej i społecznej, jak i z ciężką oceną etyczno-moralną. Nie jest możliwe określenie na podstawie aktualnego ustawodawstwa i orzecznictwa jednoznacznego statusu dziecka poczętego i urodzonego w takich okolicznościach – nawet jeżeli do zapłodnienia doszło u żony zmarłego dawcy.

Niebezpiecznym jest, że człowiek – bez względu na konsekwencje – ingerując w proces prokreacji dąży do przekroczenia praw natury. Ani zaś prawo, ani normy etyczne nie są w stanie jednoznacznie wskazać granic takich działań.

Piśmiennictwo

1. Jan Paweł II, Encykliki Ojca Świętego Jana Pawła II. Kompletne wydanie, wyd. Rafael Dom Wydawniczy, Warszawa, 2009.
2. Krzekotowska K.: Inseminatio artificialis a sytuacja prawna dziecka, Państwo i Prawo 1988, 6, 106.
3. Breczko A.: Podmiotowość prawna człowieka w warunkach postępu biotechnomendycznego, Wyd. Temida 2, Białystok, 2012.
4. Nesterowicz M.: Problemy prawne inseminacji post mortem, Prawo i Medycyna 2002, 1, 32.
5. Safjan M.: Prawo wobec ingerencji w naturę ludzkiej prokreacji, Wwyd. Uniwersytet Warszawski. Wydział Prawa i Administracji, Warszawa, 1990.
6. Walaszek B.: O niektórych aspektach prawnych inseminatio artificialis, RPEiS, 1969, 1, 57.
7. Safjan M.: Prawo wobec ingerencji w naturę ludzkiej prokreacji, Wyd. Uniwersytet Warszawski. Wydział Prawa i Administracji, Warszawa, 1990.
8. Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r., Kodeks rodzinny i opiekuńczy, Dz. U. 1964, Nr 9, poz. 59, z późn. zm.
9. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r., Kodeks cywilny, Dz. U. 1964, Nr 16, poz. 93 z późn. zm.
10. Safjan M.: Prawo wobec ingerencji w naturę ludzkiej prokreacji, wyd. Uniwersytet Warszawski. Wydział Prawa i Administracji, Warszawa, 1990.

11. Walaszek B.: O niektórych aspektach prawnych inseminatio artificialis, RPEiS, 1969, 1, 55-60.
12. Radwański Z.: Stanowisko prawne dziecka w następstwie sztucznego unasiennienia matki, Studia Iuridica Silesiana, 1979, 5, 184.
13. Ostojska J.: Sytuacja prawna dziecka urodzonego w drodze postmortalnej implementacji embrionu in vitro, Prawo i Medycyna, 2012, 2, 42-44.
14. Dyoniak A.: Wpływ woli osób bezpośrednio zainteresowanych na powstanie stosunku prawnego rodzice – dzieci w przypadku nienaturalnej prokreacji, Studia Prawnicze 1993, 2-3, 59-60.
15. Tokarczyk R.: Prawo narodzin, życia i śmierci, Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa, 2010, 188-189.
16. Nesterowicz M.: Ochrona osobowości, prokreacja medycznie wspomagana i inżynieria genetyczna w prawie francuskim [w:] Teoria prawa, filozofia prawa. Współczesne prawo i prawoznawstwo, praca zbiorowa, Wyd. UMK, Toruń, 1998 , 201-206.
17. Nesterowicz M.: roblemy prawne inseminacji post mortem, Prawo i Medycyna, 2002, 1, 34-35.
18. Wedeł-Domaradzka A.: Śmierć a prawa człowieka, Wyd. Naukowe GRADO, Toruń 2010.

.

Achimowicz Bogusława[1], Jakubów Piotr[1,2], Zemke Górecka Agnieszka[3]

Wieloaspektowość leczenia odleżyn

1. Hospicjum Domowe w Białymstoku Towarzystwa Opatrzności Bożej
2. Klinika Kardiochirurgii UM, Hospicjum Domowe w Białymstoku
3. Katedra Prawa Cywilnego - Zakład Prawa Cywilnego Wydziału Prawa Uniwersytetu w Białymstoku

Wstęp

Odleżyny u osób w podeszłym wieku leczonych w szpitalach, hospicjach domowych i stacjonarnych, ZPO (Zakładach Pielęgnacyjno - Opiekuńczych), ZOL-ach (Zakładach Opiekuńczo - Leczniczych) mogą powodować zwiększoną zachorowalność i śmiertelność, co w konsekwencji poważnie obciąża zarówno stronę ekonomiczną, jak i praktyczną systemu opieki zdrowotnej w efekcie rodząc szereg roszczeń o nienależytą opiekę.

W związku z powyższym, najważniejszym celem opieki przeciwodleżynowej, powinna być profilaktyka. Zrozumienie okoliczności i mechanizmu powstawania odleżyn jest konieczne nie tylko dla prawidłowego postępowania personelu medycznego, ale także przydatne zarówno dla opiekujących się rodzin, jak i osób zaangażowanych w ocenę prawidłowości postępowania. Istotna jest znajomość zasad i algorytmów leczenia [1]. Ważna jest świadomość patomechanizmów i dynamiki zmian oraz czynników ryzyka i środków redukcji zarówno wewnętrznych, jak i zewnętrznych. Objawy kliniczne odleżyn są zmienne, a ich wczesne rozpoznanie wymaga wysokiej wiedzy personelu medycznego. Brak właściwej pielęgnacji pacjenta, otarcie skóry, niedotlenienie miejsc narażonych na działanie miejscowego stałego ucisku prowadzi do miejscowego tworzenia zmiany o charakterze odleżynowym, która z reguły ulega samoistnemu powiększeniu. Chorobie towarzyszy silny ból, często z rany jest duży wysięk wydzieliny o nieprzyjemnym zapachu. Właściwe wyszkolenie kadr medycznych gwarantuje zmniejszenie bólu i samoograniczenie powstawania odleżyny poprzez prawidłowe postępowanie i właściwy dobór opatrunków do stopnia odleżyny. Niestety, w wielu placówkach ochrony zdrowia brakuje możliwości szkoleń ze względu na małą świadomość wagi problemu, wysokie koszty szkolenia, konieczność zdobycia dodatkowej trudnej, a z pozoru mało atrakcyjnej wiedzy. Niskie zarobki średniego personelu medycznego w tym pielęgniarek nie sprzyjają samokształceniu co w efekcie pociąga za sobą narażenie ich na popełnianie błędów, a w efekcie końcowym skutkować może odpowiedzialnością zawodową i roszczeniami w procesach cywilnych [2].

Celem pracy była analiza leczenia odleżyn z punktu widzenia organizacji opieki pielęgniarskiej oraz obowiązujących w tym zakresie regulacji prawnych. Nadto dokonano próby oceny odpowiedzialności prawnej z tytułu nienależytego zaopatrzenia odleżyn bądź zaniechania procesu leczniczego w tym względzie.

Materiały i metody

Z uwagi na wzrastającą liczbę roszczeń finansowych kierowanych do zakładów opieki zdrowotnej, także w zakresie pielęgnacji pacjenta, dla potrzeb niniejszej pracy przenalizowano dwa doniesienia prasowe. Analizie poddano doniesienia prasowe ze skargami na złą opiekę z prasy krajowej oraz współczesną wiedzę z zakresu tworzenia się odleżyn, zalecenia Towarzystwa Leczenia Ran i aspekty prawne odpowiedzialności personelu medycznego.

Przykład nr 1. [3]

„*Rodzina ciężko chorego pacjenta oskarża szpital w Pińczowie o zaniedbania. - To był straszny widok, tata leżał przerażony, miał pękające rany, z których sączyła się krew, odleżyny. Bardzo go bolało, lały mu się łzy - skarży się córka mężczyzny. Szpital nie ma sobie nic do zarzucenia. 82-letni pan Józef (imię zmieniliśmy) trafił na internę pińczowskiej lecznicy w wigilię. Miesiąc wcześniej zdiagnozowano u niego raka mózgu. Nowotwór wykryto późno, rodzina spodziewała się najgorszego. Pan Józef leżał w domu, przychodziła do niego pielęgniarka z domowego hospicjum. W wigilię okazało się, że jego stan się pogarsza. Z zapaleniem oskrzeli trafił na oddział chorób wewnętrznych pińczowskiego szpitala. - Cała rodzina opiekowała się tatą, chcieliśmy tego. Przychodziliśmy na trzy zmiany, żeby go nasmarować, oklepać, zadbać o jego komfort - wylicza córka pana Józefa. Problem pojawił się na początku roku, gdy w szpitalu w związku z sezonem grypowym wprowadzono zakaz odwiedzin. Mimo tego rodzina pana Józefa wciąż go odwiedzała, ale były to bardzo krótkie wizyty. Ale kiedy po kilku dniach nieobecności 12 stycznia ponownie przyszli do szpitala, byli w szoku. - To był straszny widok, tata leżał przerażony, miał pękające rany, z których sączyła się krew, odleżyny. Bardzo go bolało, lały mu się łzy. Chociaż nie mógł mówić, był świadomy, co się z nim dzieje - opowiada córka pacjenta*” .

W analizowanym przypadku możemy mieć do czynienia z różnymi rodzajami błędów. Jednym z nich, zwykle podstawowym, jest brak właściwej komunikacji między personelem medycznym (lekarz- pielęgniarka, lekarz –rodzina, pielęgniarka- rodzina).

Na poziomie lekarz- pielęgniarka: konieczne jest przekazywanie na bieżąco informacji obejmujących problemy leczniczo- pielęgnacyjnwe pacjenta.

Na poziomie lekarz – rodzina: lekarz powinien dokładnie poinformować rodzinę o jednostkach chorobowych pacjenta, możliwościach ich leczenia, a w przypadku choroby terminalnej przekazać pacjenta za jego zgodą do jednostki hospicyjnej wyspecjalizowanej w leczeniu pacjentów w stanie terminalnym.

Na poziomie pielęgniarka - rodzina: pielęgniarka powinna poinformować rodzinę o możliwościach pielęgnacji pacjenta (właściwe środki do pielęgnacji pacjenta: kremy, maści, pampersy itd.).

W szpitalach brakuje zorganizowanej i wyszkolonej kadry pielęgniarek, które byłyby w stanie zapewnić kompleksową opiekę nad pacjentem w tym opiekę specjalistyczną leczenia ran i odleżyn. Brakuje także środków pielęgnacyjnych, łóżek dostosowanych do stanu zdrowia pacjenta, materacy zmiennociśnieniowych oraz środków do odpowiedniej pielęgnacji.

Fundamentalne znaczenie mają normy zatrudnienia pielęgniarek. Powinny być one przeliczane na kategoryzację oraz ilość pacjentów na oddziałach. W rzeczywistości zatrudnienie jest nieproporcjonalne do zapotrzebowania na usługi pielęgniarskie. Pracujące pielęgniarki ze względu na nadmiar obowiązków wykonywanych w związku ze złą organizacją pracy nie mogą poświęcić odpowiedniej ilości czasu pacjentowi. Należy zwrócić uwagę, że w polskich warunkach nie ma możliwości zatrudnienia w szpitalu opiekunek, które mogłyby odciążyć od nadmiaru obowiązków wyspecjalizowaną kadrę pielęgniarską i zapewnić należytą opiekę i ciągłość leczenia.

Przykład nr 2. [4]

„*Kobieta po trzech tygodniach hospitalizacji wróciła do domu. Pan Witold sprowadził pielęgniarkę, która pomagała mu w opiece nad żoną. Przychodziła kilka razy dziennie, ale nie mogliśmy sobie poradzić z odleżynami – mówi mężczyzna. – Opieka nad żoną przerosła mnie. Wstawałem w nocy, byłem zmęczony i niewyspany. Zadzwoniłem do syna, postanowiliśmy, że na czas leczenia odleżyn znajdziemy Danusi jakiś dobry ośrodek. Nasze kroki skierowaliśmy do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Bytowie. Powiedziano mi, że mają doświadczenie z leczeniem tego typu ran, ale musiałem się szybko decydować. Tak więc zawiozłem tam Danusię karetką 11 marca tego roku. Potem okazało się, że żona ma więcej odleżyn. Do tego gasła w oczach. Po dwóch miesiącach zmarła. Witold Bań uważa, że szpital nieodpowiednio zajmował się żoną*”.

Praca pielęgniarki wiąże się z dużą odpowiedzialnością. Często wykonywana jest w trybie zmianowym. Pielęgniarki z uwagi na nieprawidłowo ustalone normy zatrudnienia muszą świadczyć opiekę i pielęgnację jednocześnie zbyt wielu pacjentom. Wymaga to z

jednej strony ogromnej wiedzy i doświadczenia, a z drugiej dobrej formy fizycznej i psychicznej. W zakładach opiekuńczo - leczniczych i zakładach pielęgnacyjno - opiekuńczych na jedną pracującą pielęgniarkę przypada 20 pacjentów. Znamienny jest brak zastosowania odpowiednich technik i zasad postępowania. Brakuje również sprzętu pomocniczego, środków higienicznych oraz wiedzy pielęgniarek na temat leczenia ran [5].

W Polsce od 2004 roku wykonuje się pielęgniarską opiekę długoterminową. Pielęgniarki, które zajmują się opieką długoterminową, posiadają właściwe przygotowanie teoretyczne i praktyczne. Zajmują się one także edukacją rodziny w opiece na jej bliskimi. Pacjent wśród bliskich ma poczucie bezpieczeństwa, któremu nie jest mu w stanie zapewnić żadna placówka. W analizowanym przypadku brak doświadczenia męża pacjentki, jak też brak fachowej pomocy pielęgniarskiej, doprowadził do niemożności świadczenia pomocy chorej [6]. Okazało się, że najłatwiejszą drogą, której celem była pomoc pacjentce jest umieszczenie jej w zakładzie opiekuńczo – leczniczym. W przedmiotowej sprawie widoczny jest również brak komunikacji pomiędzy personelem a rodziną [7,8].

Przyczyny powstawania odleżyn [9].

W literaturze naukowej wskazuje się na około 200 czynników sprzyjających powstawaniu odleżyn [5]. Wśród najczęściej występujących przyczyn wymienia się [6]:

1. przyczyny patofizjologiczne:
   - niedokrwienie tkanek spowodowane miejscowym uciskiem przekraczające ciśnienie włośniczkowe wywierane na skórę oraz tkankę podskórną wynoszące 16- 32 mmHg,
   - obniżone stężenie białka w surowicy krwi, co prowadzi do obniżenia ciśnienia osmotycznego, a w efekcie końcowym do obrzęku śródmiąższowego,
   - obniżone ciśnienie skurczowe krwi w naczyniach włosowatych, które zmniejsza perfuzję w tkankach i tolerancję miejscowego ucisku,
   - niskie stężenie hemoglobiny i żelaza w surowicy krwi prowadzące do miejscowego niedotlenienia tkanek,
   - zaburzenia świadomości prowadzące do zmniejszenia aktywności chorego oraz zniesienia reakcji na ból,
   - kacheksja prowadząca do zmniejszenia tkanki tłuszczowej nad wyniosłościami kostnymi i zmniejszenia funkcji ochronnej skóry,
   - znaczna nadwaga powodująca zwiększenie siły ucisku na naczynia włosowate,

- podwyższona temperatura prowadząca do zwiększenia zapotrzebowania metabolicznego, zwiększająca ilość wydzielanego potu oraz wilgotność skóry pacjenta,
- odwodnienie prowadzące do zmniejszenia elastyczności skóry i zwiększenia ryzyka jej uszkodzenia,
- choroby układu krążenia takie jak: miażdżyca, cukrzyca, porażenia i niedowłady prowadzą do wystąpienia zaburzeń tkankowego krążenia krwi;

2. przyczyny związane z procesem leczenia:
   - zabiegi chirurgiczne trwające dłużej niż dwie godziny,
   - urazy kręgosłupa, miednicy, kości, które spowodowały ograniczenia w aktywności ruchowej lub całkowite unieruchomienie,
   - środki wykorzystywane w procesie leczenia jednostki chorobowej: w onkologii - cytostatyki, w reumatologii - sterydy i leki przeciwzapalne, w psychiatrii- leki uspakajające,
3. Czynniki sytuacyjne (wywodzące się środowiska chorego):
   - płeć - kobiety są bardziej narażone na powstanie odleżyn,
   - niska wilgotność powietrza, niska temperatura powietrza, co prowadzi do wysuszenia skóry,
   - bielizna osobista i pościelowa z materiałów syntetycznych powoduje zwiększa wilgotności skóry,
   - niesystematyczna pielęgnacja całego ciała,
   - niestosowanie materacy zmiennociśnieniowych, poduszek przeciwodleżynowych na wózki inwalidzkie,
   - brak znajomości technik przenoszenia,
   - brak znajomości technik zmiany pozycji ułożenia pacjenta (często prowadzi do zadziałania sił trących i ścinających bezpośrednio na skórę),
   - brak systematycznej zmiany pozycji u pacjenta,
   - brak wiedzy na temat ryzyka powstawania odleżyn,
   - brak wiedzy na temat profilaktyki przeciwodleżynowej,
   - brak standardów profilaktyki przeciwodleżynowej,
   - brak motywacji pacjenta do aktywności ruchowej,
   - brak współpracy z pacjentem,
   - długotrwałe przebywanie w jednej z pozycji.

Przyczyny opóźniające proces gojenia odleżyn [9]

Każdy pacjent przyjmowany do oddziału stacjonarnego lub do opieki domowej z istniejącą odleżyną powinien mieć przeprowadzony dokładny wywiad, który określi ryzyko wystąpienia powikłań, ewentualnie może opóźnić procesy naprawcze w procesie leczenia już istniejącej rany. W praktyce zawodowej, podczas prowadzenia wywiadu zwraca się uwagę na:

- przebyty proces leczenia i stosowane leki, np. cytostatyki, kortykosteroidy, leki zmniejszające krzepliwość krwi, metody lecznicze, np. radioterapia, chemioterapia,
- wiek pacjenta,
- kondycja psychofizyczna,
- aktywność pacjenta,
- niedokrwistość opóźniająca proces odbudowy komórek,
- stan immunologiczny organizmu (choroba nowotworowa i zakażenie HIV hamują proces gojenia ran),
- sposób odżywiania (prawidłowy sposób odżywiania, uzupełnienie diety w niezbędne składniki pokarmowe przyśpiesza procesy naprawcze tj.: cynk, żelazo, wapń, białko, witaminy A, C, B1, B12, płyny około 1,5- 2 litry na dobę,
- ogólny stan zdrowia pacjenta – niektóre schorzenia, jak miażdżyca, cukrzyca niewydolność krążeniowo – oddechowa, wysoka temperatura ciała, zły stan ogólny oraz stres prowadzi do osłabienia lub wstrzymania procesów naprawczych,
- niewłaściwa pielęgnacja - brak toalety ciała, niezmieniane pampersy po każdej mikcji lub oddaniu stolca, okruchy po posiłkach w łóżku, narażają każdego pacjenta na pogorszenie stanu występującej odleżyny,
- martwicza powierzchnia odleżyny,
- zakażenie (rosnąca ziarnina powinna być chroniona przed ponownym nadkażeniem lub zakażeniem).

Ocena ryzyka rozwoju odleżyn [9]

Pielęgniarki w praktyce zawodowej bardzo często spotykają się z problemem ran trudno gojących się zlokalizowanych, w różnych miejscach na ciele pacjenta.

Podczas każdej wizyty pielęgniarka ZOZ Hospicjum Domowego dokonuje oceny RRO (ocena ryzyka rozwoju odleżyn).

W literaturze spotyka się około 20 skal RRO, ale w praktyce codziennej najbardziej popularną jest skala Nortona.

Tabela 1. Skala Doren Horton [9]

Czynniki ryzyka	4 punkty	3 punkty	2 punkty	1 punkty
Stan fizyczny	Dobry	Dość dobry	Średni	Bardzo ciężki
Stan świadomości	Pełna przytomność i świadomość	Apatia	Zaburzenia świadomości	Stupor lub śpiączka
Zdolność przemieszczania się	Chodzi samodzielnie	Chodzi z asystą	Porusza się tylko na wózku	Stale pozostaje w łóżku
Stopień samodzielności	Pełna	Ograniczona	Bardzo ograniczona	Całkowita niesprawność
Czynności zwieraczy	Pełna sprawność zwieraczy	Sporadyczne moczenie	Zazwyczaj nie trzyma moczu	Całkowite nieotrzymanie moczu i stolca

Konsekwencją rozwoju odleżyn i trudności w leczeniu jest konieczność stworzenia zintegrowanego systemu profilaktyki i rejestracji. Jego ważnym elementem jest rozpoznawanie chorych zagrożonych rozwojem odleżyn oraz objęcie ich intensywną opieką przeciwodleżynową, zgodną z wytycznymi europejskimi i światowymi standardami profilaktyki oraz leczenia ran trudno gojących się. Najbardziej znaną metodą identyfikacji chorych znajdujących się w grupie ryzyka jest punktowa skala oceny ryzyka rozwoju odleżyn, wykonana w oparciu o skale oceniające obecność oraz intensywność wpływu poszczególnych czynników etiologicznych. W praktyce pielęgniarskiej wykorzystuje się wiele narzędzi oceny ryzyka, uwzględniających różne czynniki. Każdy nowo przyjęty pacjent oceniany jest w oparciu o skalę, która sugeruje stopień zagrożenia wystąpieniem RRO. Pozwala to na podjęcie zindywidualizowanych działań pielęgnacyjnych wobec pacjenta.

Odpowiedzialność cywilna w przypadku nienależytej pielęgnacji i leczenia odleżyn

Zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na [6]:

- rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta
- rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta
- planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem
- samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych
- realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji
- orzekaniu o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych

- edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Odpowiedzialność cywilnoprawna polega na ponoszeniu ujemnych konsekwencji prawnych w majątku osoby, która podlega takiej odpowiedzialności. Podstawę prawną odpowiedzialności pielęgniarki determinuje relacja, w jakiej znajduje się ona w stosunku do pacjenta. W przypadku wykonywania obowiązków na podstawie umowy o pracę to pracodawca pielęgniarki będzie ponosił odpowiedzialność cywilną w razie powstania krzywdy u pacjenta. Wówczas, gdy pielęgniarka wykonuje swoje obowiązki w oparciu o kontrakt to możemy mieć do czynienia z dwoma rozwiązaniami prawnymi. Jeżeli jest to subkontrakt (świadczenie finansowane ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia) to pielęgniarka ponosi odpowiedzialność cywilną solidarnie z podmiotem leczniczym. Natomiast wówczas, gdy świadczenie zdrowotne finansowane jest z innych środków aniżeli z Narodowego Funduszu Zdrowia, odpowiedzialność cywilną ponosi samodzielnie, chyba że umowa stanowi inaczej. Jednocześnie należy wskazać, że niewykonanie umowy może także wyjątkowo prowadzić do odpowiedzialności deliktowej w przypadku, gdy naruszenie obowiązków umownych powoduje jednocześnie naruszenie obowiązków o charakterze ogólnym ciążących na wszystkich, a nie tylko na stronie. Innymi słowy, pielęgniarka związana z pacjentem umową na udzielanie świadczeń, o których mowa wyżej, zawsze narażona jest na odpowiedzialność kontraktową, ale także odpowiedzialność deliktową związaną z uszkodzeniem ciała, śmiercią lub spowodowaniem rozstroju zdrowia.

Przesłanki odpowiedzialności zarówno deliktowej, jak i kontraktowej zawsze obejmują co najmniej trzy elementy:

- zdarzenie, które wywołało szkodę
- krzywdę
- adekwatny związek przyczynowy pomiędzy zdarzeniem a krzywdą.

Ustawodawca wprowadza również przesłankę winy, czyli działania lub zaniechania niezgodnego z obowiązującym porządkiem prawnym. Ocena winy ma charakter zobiektywizowany i polega na porównaniu stanu, który zaistniał, ze stanem, który powinien mieć miejsce. Personelowi medycznemu można przypisać winę wówczas, gdy jego działanie narusza przepisy prawa, reguły wynikające z zasad wiedzy medycznej oraz doświadczenia. Niestosowanie się do przyjętych na siebie obowiązków skutkuje bezprawnością działania, a takie zachowanie prowadzi do powstania błędu medycznego [8].

W świetle przepisów o odpowiedzialności kontraktowej obowiązujący porządek prawny nie przewiduje zadośćuczynienia w związku z niewykonaniem lub nienależytym

wykonaniem kontraktu. Aczkolwiek w doktrynie i judykaturze można odnotować stanowisko, zgodnie z którym, można żądać zadośćuczynienia w przypadku, gdy dochodzi do powstania krzywdy wskutek nienależytego wykonania umowy, a dochodzi do rozstroju zdrowia, jego pogorszenia. Uzasadnieniem jest okoliczność, że zdrowie jest dobrem osobistym prawnie chronionym [7].

Zdarzenie, z którym ustawodawca wiąże odpowiedzialność cywilnoprawną często przybiera postać błędu medycznego. Rozumienie tego pojęcia nie jest jednolite. W orzeczeniu Sądu Najwyższego stwierdzono, że „*lekarz dopuszcza się błędu, jeżeli chorego powierzonego swej pieczy uszkodzi na zdrowiu lub życiu przez swe leczenie, mimo że mógł był korzystać ze swej wiedzy i zdolności technicznej, a nadto jeżeli to obrażenie chorego wynikało z wykroczenia w postępowaniu lub zaniedbaniu przeciwko ogólnie uznanym zasadom*" [8]. W przypadku odpowiedzialności cywilnej pielęgniarki sytuacja jest analogiczna. Nienależyta pielęgnacja odleżyn i nieprawidłowe postępowanie z pacjentem traktowane może być jako błąd medyczny, za który ponosić będzie odpowiedzialność personel medyczny. Błąd medyczny jest kategorią obiektywną, niezależną od indywidualnych cech czy zdolności konkretnego członka personelu medycznego. Nie zależy także od okoliczności, w jakich wykonywane są świadczenia medyczne.

W literaturze przedmiotu [9], jako przyczynę błędu medycznego wskazuje się:

- niewłaściwą interpretację istniejących nawet typowych dla danego schorzenia lub stanu pourazowego, objawów; w takim przypadku mówi się o błędzie rozumowania i logicznego łączenia faktów
- niewykorzystanie dostępnych a koniecznych w określonej sytuacji zdrowotnej możliwości diagnostycznych
- podjęcie się udzielenia świadczeń zdrowotnych mimo braku odpowiednich kompetencji
- nieuzasadnioną zwłokę w przeprowadzeniu świadczenia zdrowotnego
- nieprawidłowości w leczeniu farmakologicznym
- nieprawidłowości w działaniu całej placówki lub oddziału, za które członek personelu nie odpowiada, ale na które się godzi, a tym samym naraża się na możliwość popełnienia błędów.

Zarówno w płaszczyźnie prawa cywilnego, jak i karnego odpowiedzialność za skutek błędu uzależniona jest od tego, czy doszło do naruszenia zasad prawidłowego postępowania. W prawie cywilnym kryterium oceny prawidłowości postępowania opiera się na art. 355

Kodeksu cywilnego, zgodnie z którym obowiązkiem wykonującego kontrakt jest należyta staranność. W Kodeksie karnym natomiast przywołuje się zasadę ostrożności. W art. 9 § 2 Kodeksu karnego przywołane jest niezachowanie „ostrożności wymaganej w danych okolicznościach", czyli naruszenie zasad wiedzy medycznej, a tym samym oznacza to naruszenie obowiązku należytej staranności w rozumieniu art. 355 Kodeksu cywilnego. W piśmiennictwie karnistycznym [10] przyjmuje się, że dochowanie ostrożności zależne jest od tego:

- czy zachowanie zostało podjęte przez odpowiedni podmiot, czyli podmiot o odpowiednich kwalifikacjach
- czy czynność przeprowadzono z wykorzystaniem odpowiednich narzędzi
- czy czynność zrealizowano w sposób właściwy, a więc bez dopuszczalnego progu ryzyka.

Znaczenia opieki pielęgniarskiej nie da się przecenić. Opieka pielęgnacyjna w przypadku leczenia odleżyn ma ważkie znaczenie. W czasie leczenia pielęgniarki mają najbliższy kontakt z chorymi oraz ich bliskimi. Niesumienna pielęgniarka hipotetycznie może doprowadzić do niepowodzenia leczenia pomimo, że terapia zalecona przez lekarza będzie prawidłowa. Fachowość opieki pielęgniarskiej zależna jest zarówno od umiejętności personelu pielęgniarskiego, jak też organizacji pracy, w ramach której przedmiotowe obowiązki są wykonywane. Niebagatelną rolę odgrywają obserwacje wykonywane oraz opisywane przez pielęgniarki w codziennych raportach dyżurów. „*Za niepowodzenie w terapii i popełnione błędy odpowiedzialni są lekarze oraz wszyscy fachowcy uczestniczący w sprawowaniu opieki zdrowotnej (...) Niepoprawne wykonanie zleconych przez lekarzy zabiegów diagnostycznych i terapeutycznych mieści się w klasie błędów wykonawczych i obciąża odpowiedzialnością za powstałe skutki te osoby, które niepoprawnie wykonały zlecenie*" [11].

W piśmiennictwie prawniczym medycznym wprowadza się różne podziały i klasyfikacje błędów lekarskich. Biorąc pod uwagę kryterium czynności w związku z podjęciem których dochodzi do błędu medycznego można wyróżnić:

- błąd rozpoznania (tzw. błąd diagnostyczny)
- błąd prognozy (rokowania)
- błąd w leczeniu (terapeutyczny).

Błąd diagnostyczny może przybrać formę pozytywnego błędu diagnostycznego albo negatywnego błędu diagnostycznego. Pierwsza kategoria polega na rozpoznaniu choroby,

której nie należało zdiagnozować u pacjenta. W takim przypadku pacjent leczony jest na schorzenie, którego nie ma albo leczony jest na inne schorzenie niż te, które mu dolega. Błąd diagnostyczny negatywny polega na niezdiagnozowaniu choroby. Innymi słowy, błędem diagnostycznym będzie nierozpoznanie określonych objawów albo wyciągnięcie niewłaściwych wniosków z objawów chorobowych. Błąd diagnostyczny może mieć charakter błędu zaniechania polegającego na braku kontynuowania diagnozy poprzez niewykorzystanie dostępnych metod. Błąd prognozy może doprowadzić do pogorszenia stanu pacjenta, który zostaje poinformowany o negatywnej prognozie dotyczącej jego stanu zdrowia w sytuacji, gdy ta prognoza nie dotyczy jego schorzenia. Błąd terapeutyczny może mieć charakter samoistny polegający na niewdrożeniu właściwego leczenia pomimo postawienia prawidłowej diagnozy albo też może być wynikiem błędnej diagnozy, która spowodowała wdrożenie niewłaściwych procedur medycznych. Błąd terapeutyczny może polegać na błędnym działaniu albo też zaniechaniu. W odróżnieniu od błędu medycznego często mamy do czynienia z tak zwanym błędem technicznym, który polega na wadliwie pod względem technicznym przeprowadzeniu czynności terapeutycznych. Tytułem przykładu można wskazać niewłaściwe oznaczenie grupy krwi, złe oznakowanie leków. Błędem technicznym będzie także zaniechanie przeprowadzenia lub zlecenia prób uczuleniowych. Innym rodzajem błędu, który nie ma charakteru błędu medycznego jest tak zwany błąd informacyjny polegający na zaniechaniu przekazania pacjentowi informacji przed wykonaniem świadczenia medycznego. Błąd organizacyjny jest następstwem wadliwej organizacji pomocy medycznej, która może prowadzić do powstania rozstroju zdrowia pacjenta [11].

Kategoria błędu medycznego nie ma znaczenia z punktu widzenia odpowiedzialności cywilnej. Błąd medyczny pociąga za sobą obowiązek naprawienia szkody wówczas, gdy spełnione są inne przesłanki odpowiedzialności cywilnej: powstanie krzywdy, związek przyczynowy pomiędzy błędem a powstałą krzywdą oraz element winy. O winie można mówić wówczas, gdy sprawcy szkody można postawić zarzut niewłaściwości zachowania się.

Jak wcześniej zaznaczono, w przypadku personelu medycznego element obiektywny winy zawsze będzie wiązał się z niewłaściwym zachowaniem wynikającym z naruszenia porządku prawnego, zasad etyki oraz niezachowania obowiązku ostrożności [12].

Zakończenie

Stwierdzić należy, że wiedza zawodowa pielęgniarki nie obejmuje specyficznej znajomości problemów lekarskich, natomiast ewidentnie poszerza się zakres obowiązków pielęgniarek współpracujących z lekarzami w ramach opieki domowej, co prowadzi do odpowiedzialności za chorego i wyodrębnienia pojęcia błędu pielęgniarskiego w

przypadkach, w których szkody poniesione przez chorego wynikły z niepoprawnego wykonania obowiązków przez pielęgniarkę [11].

Piśmiennictwo

1 Jantoń L.: Zadania dla pielęgniarki i rodziny. Mag. Pielęg. Poł., 2005, 5, 22.

2 Materiały konferencyjne z I Kongresu Naukowo-Szkoleniowy. Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran. Poznań, 24-27 XI 2005.

3 http://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/1,114871,13293114,Rodzina_oskarza_szpital___Bardzo_go_bolalo__laly_mu.html, data pobrania 20.04.2014.

4 http://wiadomosci.onet.pl/trojmiasto/pomorze-mezczyzna-oskarza-placowke-o-zaniedbania/e527b., data pobrania 20.04.2014.

5 Ciszewski J.: Prawa pacjenta w aspekcie odpowiedzialności lekarza za niektóre szkody medyczne, Wyd. Arche, Gdańsk, 2002.

6 Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej Dz. U. 2011 Nr 174 poz. 1039 ze zm.

7 Wyrok SN z dnia 17 grudnia 2004 r. II CK 300/04, LEX 1464164.

8 Wyrok SN z 16 stycznia 1974 r. III KR 311/73, LEX 21606.

9 Sopata M., Łuczak J.: Odleżyny- profilaktyka i leczenie. Przew. Lek., 2001, 4, 120-126.

10 Liszewska A.: Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej, Wyd. Gaskor, Kraków, 1998.

11 Marek Z.: Błąd medyczny Odpowiedzialność etyczno – deontologiczna i prawna lekarza, Wyd. Medyczne, Kraków, 2007.

12 Świątek B.: Błędy lekarskie w praktyce medyka sądowego, Prawo i Medycyna, 2000, 1, 5.

SPIS TREŚCI

ETYKA, HUMANIZM, MEDYCYNA

Leśniewski Krzysztof: *Misterium śmierci w świetle antropologii chrześcijaństwa Wschodniego*……..……..11-28

Zabielski Józef Ks. Prof.: *Doświadczenie cierpienia i śmierci jako budowanie nadziei ludzkiej egzystencji*……..……29-38

Kazberuk Grzegorz: *Fotograf na wojence. Epatować okrucieństwem czy dokumentować rzeczywistość?*.....39-56

Kulik Halina, Dutkiewicz Stanisława, Szemik Szymon: *Uzdrawiająca moc modlitwy*……..……57-72

Bejda Grzegorz, Kułak Agnieszka: *Cudowne uzdrowienia*……73-84

Kuć Dariusz: Problemy z definicją uporczywej terapii……85-93

Michalski Tomasz, Patryn Jakub, Gasińska Karolina, Szajerska Anna, Pawlikowski Jakub: *Długość życia człowieka a nieśmiertelność w ujęciu współczesnych nauk medycznych i filozoficznych*……..……94-101

Raniszewska-Wyrwa Agnieszka: *Rozważania wokół problemu eutanazji: Joseph Fletcher, James Rachels i Peter Singer*……..……102-111

Gorzkowska Maria: *Śmierć na życzenie - etyczna ocena organizacji oferujących samobójstwo wspomagane*……112-126

Leszczyńska Małgorzata, Rolka Hanna, Kowalewska Beata, Klimaszewska Krystyna, Jankowiak Barbara, Krajewska-Kułak Elżbieta, Kondzior Dorota: *Społeczna ocena eutanazji w opinii duchownych kościoła katolickiego – badania wstępne*……..……..…..……127-136

Klimaszewska Krystyna, Al – Hameri Irena, Jankowiak Barbara, Rolka Hanna, Kowalewska Beata, Kondzior Dorota, Kowalczuk Krystyna, Krajewska-Kułak Elżbieta: *Problemy medyczne, etyczne, moralne i prawne transplantologii*……137-147

Klimaszewska Krystyna, Jankowiak Barbara, Rolka Hanna, Kowalewska Beata, Kondzior Dorota, Kowalczuk Krystyna, Baranowska Anna, Krajewska–Kułak Elżbieta: *Śmierć mózgu jako kryterium śmierci człowieka i pobrania narządów do przeszczepu*……148-157

Fiega Ewa, Chilińska Joanna Zofia, Krajewska-Kułak Elżbieta, Wróblewska Krystyna Helena, Szymańska Agnieszka Lidia: *Opinie studentów łomżyńskich uczelni i pielęgniarek na temat legalizacji eutanazji*……158-171

Frąckowski Łukasz, Arndt Adam, Gryń Kamila, Maćkowski Damian, Wawrzyniak Katarzyna: *Życie po życiu – problemy opieki ex mortus nad dawcą ze śmiercią mózgu i bijącym sercem*……172-183

Wiśniewska-Śliwińska Hanna: *Ocena potrzeb edukacyjnych na rzecz świadomej transplantacji i donacji narządów*……184-196

Piecewicz-Szczęsna Halina, Karwat Irena Dorota, Draguła Bożena: *Zasady postępowania pielęgniarki w przygotowaniu pacjenta ze stwierdzoną śmiercią mózgową do pobrania narządów do przeszczepu*……197-207

Wojczyk Marek: *Testament życia. Dwie generacje w obliczu nowego problemu bioetycznego*……208-215

Twardowski Mirosław: *Bioetyka islamska wobec cierpienia i śmierci*……216-222

TANATOEDUKACJA

Piszczatowska Marta, Grassmann Magdalena: *Ceremoniał pogrzebowy króla Zygmunta II Augusta*……223-234

Gonczaronek Hiacynta, Kubasik Ewa: *Pochówek na przestrzeni wieków w kulturze europejskiej*……235-244

Patryn Jakub, Michalski Tomasz, Gasińska Karolina, Pawlikowski Jakub: *Różnorodność i ewolucja pojęcia śmierci*……245-252

Michalski Tomasz, Patryn Jakub, Gasińska Karolina: *Próba racjonalnego spojrzenia na „doświadczenie śmierci”*……253-261

Komarnicka-Jędrzejewska Olga Katarzyna: *Trauma - rodzice po starcie dziecka poronionego lub martwo narodzonego. Strata dziecka widziana oczami rodzica*……262-274

Smerdka Agnieszka, Głodowska Katarzyna Beata: *„Przyszedł do swoich a swoi go nie przyjęli” - utrata dziecka przed 22 tygodnia ciąży, rola i zadania pracowników opieki zdrowotnej*……275-281

Krzesińska-Żach Beata: *Przeżyjmy to razem – jak komunikować się z pacjentem umierającym*……282-286

Piecewicz-Szczęsna Halina, Niemiec Małgorzata: *Postawy pielęgniarek wobec umierania i śmierci pacjenta*……*287-295*

Uchmanowicz Izabela, Kołtuniuk Aleksandra, Księżyc Małgorzata, Śmigielska Wiesława, Rosińczuk Joanna: *Postawy pielęgniarek wobec chorego umierającego*……296-303

Zarek Aleksandra, Dyk Tadeusz, Tyszkiewicz-Bandur Monika, Kroll Aleksandra, Bankiewicz-Nakielska Justyna, Kolwitz Marcin: *Postawy studentów medycyny wobec śmierci*……304-317

Wróblewska Krystyna Helena, Szymańska Agnieszka Lidia, Fiega Ewa, Krajewska-Kułak Elżbieta, Chilińska Joanna Zofia, Brzozowska-Przychodzeń Krystyna: *Postawy ratowników medycznych i pielęgniarek wobec śmierci pacjentów*……318-338

PROBLEMY OPIEKI PALIATYWNEJ/HOSPICYJNEJ

Block Bogusław Leszek, Majkowska Katarzyna, Kulik Agnieszka: *Dynamika jakości życia na etapie leczenia onkologicznego i w remisji*……339-357

Jakubów Piotr, Malarewicz-Jakubów Agnieszka: *Opieka paliatywna w Polsce*……358-366

Jankowiak Barbara, Sobotko Małgorzata, Klimaszewska Krystyna, Kowalewska Beata, Rolka Hanna, Krajewska – Kułak Elżbieta: *Specyfika pracy w oddziałach onkologicznych z pacjentami w terminalnej fazie choroby*……367-386

Jankowiak Barbara, Sobotko Małgorzata, Kowalewska Beata, Rolka Hanna, Kondzior Dorota, Krajewska-Kułak Elżbieta: *Postawy pracowników medycznych wobec osób terminalnie chorych*……387-400

Jakubów Piotr, Malarewicz-Jakubów Agnieszka: P*rotokoły zastosowania ultrasonografii w medycynie paliatywnej*……401-414

Chludzińska Sylwia, Modzelewska Patrycja, Sierżantowicz Regina: *Zastosowanie terapii uzupełniających w chorobach przewlekłych i nieuleczalnych*……415-425

Jankowiak Barbara, Sokołowska Katarzyna, Baranowska Anna, Klimaszewska Krystyna, Guzowski Andrzej, Krajewska-Kułak Elżbieta, Kowalczuk Krystyna: *Problemy zdrowotne pacjentów terminalnie chorych w opinii pielęgniarek i rodzin*……426-437

Chilińska Joanna Zofia, Sobocińska Joanna, Fiega Ewa, Krajewska-Kułak Elżbieta: *Pacjent w fazie zmęczenia w przebiegu zaawansowanego procesu nowotworowego*……438-452

Szeligowska Elżbieta, Rolka Hanna, Kowalewska Beata, Klimaszewska Krystyna, Jankowiak Barbara, Krajewska-Kułak Elżbieta, Kondzior Dorota: *Problem zmęczenia, zaburzeń snu i złego samopoczucia emocjonalnego u pacjentów onkologicznych*……453-466

Szeligowska Elżbieta, Rolka Hanna, Kowalewska Beata, Klimaszewska Krystyna, Jankowiak Barbara, Krajewska-Kułak Elżbieta, Kondzior Dorota: *Ocena występowania zmęczenia i zaburzeń snu u pacjentów onkologicznych*……467-485

Kondzior Dorota Joanna, Sierżan Anna, Rolka Hanna Joanna, Krajewska-Kułak Elżbieta: *Częstotliwość występowania raka języka wśród pacjentów leczonych w Białostockim Centrum Onkologii w latach 2010-2011*……486-503

Kieżel Emilia, Kobus Grażyna, Bachórzewska–Gajewska Hanna: *Przeżywalność bliźniąt syjamskich na podstawie opisów przypadków*……504-510

Kieżel Emilia, Kobus Grażyna, Bachórzewska-Gajewska Hanna: *Śmiertelność w zespole Downa*……511-519

Gizińska Dominika, Tomaszewska Karolina, Wawrzyszko Marzena, Sierżantowicz Regina: *Rana nowotworowa – charakterystyka, główne problemy, leczenie*……520-530

Kopcych Bożena Ewa, Kaszuba Ewa: *Respiratoterapia domowa – pielęgniarka, pacjent, rodzina*……..……531-544

Frąckowski Łukasz, Arndt Adam, Gryń Kamila, Lubasiński Przemysław, Dubielak Anna, Maćkowski Damian, Wawrzyniak Katarzyna: *Wybrane elementy opieki paliatywnej u chorych ze stwardnieniem zanikowym bocznym - nieinwazyjna wentylacja mechaniczna*……545-555

Kowalewska Beata, Święcicka Edyta, Rolka Hanna Joanna, Kondzior Dorota, Niedźwiecka Barbara, Krajewska-Kułak Elżbieta, Guzowski Andrzej: *Nowotwory sutka, - epidemiologia, profilaktyka, leczenie poprzez mastektomię*……556-567

Kowalewska Beata, Święcicka Edyta, Rolka Hanna Joanna, Klimaszewska Krystyna, Jankowiak Barbara, Krajewska-Kułak Elżbieta, Niedźwiecka Barbara: *Jakość życia kobiet po mastektomii*……..……568-587

Czerżyńska Magdalena, Pasieka Ewa: *Dozymetria in vivo w brachyterapii nowotworów gruczołu krokowego*……..……588-594

Czerżyńska Magdalena, Szczerba Paulina Natalia, Pasieka Ewa: *Aspekty radiobiologii w brachyterapii*…….……595-602

Manias Sylwia, Rutkowska Joanna, Fabczak Magdalena: *Mowa przełykowa i mowa przetokowa w ocenie pacjenta po całkowitym usunięciu krtani- studium przypadku*……603-614

ŚMIERĆ SPOŁECZNA

Sawicki Adam: *Młodość w zwierciadle starości i starość w zwierciadle młodości*……..……615-624

Kowalczuk Krystyna, Krajewska- Kułak Elżbieta, Kondzior Dorota, Sarnacka Emilia, Klimaszewska Krystyna, Rolka Hanna: *Uwarunkowania przyjmowania środków psychoaktywnych przez młodzież*……**...**……625-633

Raniszewska-Wyrwa Agnieszka: *Z dziejów społeczno-moralnej oceny samobójstwa w społeczeństwach dawnych*…….……634-640

Kolanko Emanuel, Chowaniec Czesław: *Wpływ pogody na częstość samobójstw*……641-648

Rzepiela Lidia, Sesiuk Aleksandra, Ogłodek Ewa, Araszkiewicz Aleksander: *Problem samobójstw w przebiegu depresji i schizofrenii*……649-657

Kulik Halina, Dutkiewicz Stanisława: *Zaburzenia psychiczne tematem twórczości filmowej*……658-672

Kulik Halina, Dutkiewicz Stanisława, Eszyk Jolanta: *Osoba z zespołem Downa w roli głównej*……..……673-690

Dziekońska Mirosława, Latosiewicz Robert, Kulikowska Agata: *Samotność a stopień odczuwanej nieśmiałości przez kobiety z upośledzeniem umysłowym*……691-702

Wiśniewska Ewa, Zagroba Marta M., Ostrowska Bożena, Marcysiak Małgorzata, Kubala Marzena, Skotnicka-Klonowicz Grażyna: *Dzieciobójstwo w aspekcie historycznym - przywilej, prawo, zbrodnia*……703-712

Łuszczyńska Maria: *Społeczna śmierć osób starszych – rozważania o podwójnym wykluczeniu*……..…713-728

Janiszewska Mariola, Kulik Teresa Bernadetta, Żołnierczuk-Kieliszek Dorota, Barańska Agnieszka, Jagiełło Joanna: *Demograficzne aspekty starości w Polsce oaz wybranych krajach UE*……...……729-739

Kopcych Bożena Ewa: *Odtrąceni czy przytuleni. Stygmatyzacja ludzi starszych*……..740-749

Wiśniewska-Śliwińska Hanna, Mirowska Mariola: *A przed śmiercią jest starość… Zapotrzebowanie osób starszych na różne formy pomocy*…….……750-762

Wiśniewska-Śliwińska Hanna: *A przed śmiercią jest starość… Zapotrzebowanie osób w wieku poprodukcyjnym na usługi medyczne*…….……763-768

Kisiel Magdalena, Tokajuk Joanna, Czubaczyński Marcin, Gabrysiak Adam, Sewastianiuk Michał, Dąbrowska Barbara, Stokowska Ewa, Dąbrowska Ewa: *Oczekiwania kliniczne pacjentów gerostomatologicznych w badaniach ankietowych*……769-782

Maranda Andrzej Łukasz, Mosiński Eliasz, Ziółkowski Włodzimierz, Kulik Hanna: *Rola asystenta osoby niepełnosprawnej – dwa punkty widzenia jako jedno działanie*……..……783-791

Twardosz Katarzyna, Pietrzyk Alicja, Lubińska Anna, Ogłodek Ewa, Araszkiewicz Aleksander: Zaburzenia postrzegania własnego ciała (dysmorfofobia) jako możliwość zagrożenia życia - problem interdyscyplinarny w medycynie……792-802

PROBLEMY WIELOKULTUROWOŚCI W MEDYCYNIE

Kulik Halina: *Z dziejów etnomedycyny w polskiej kulturze zdrowotnej*…….803-814

Zalewski Grzegorz, Dziadel Agnieszka, Walejewska-Iwaszko Krystyna: *Mechanizmy moralnego „odłączenia się”, ślepe posłuszeństwo wobec autorytetu, a dokonywanie zabójstw z perspektywy integralnokulturowej (Majów i współczesnej cywilizacji Zachodu)*……815-832

Chadzopulu Antigoni, Krajewska-Kułak Elżbieta, Wdowińska Inez: *Od świętej geometrii do superstrun*……833-856

Chadzopulu Antigoni, Krajewska-Kułak Elżbieta, Wdowinska Inez: *Od logos do mikroczipu*……857-880

Klimaszewska Krystyna, Al.-Hameri Irena, Jankowiak Barbara, Rolka Hanna, Kowalewska Beata, Kondzior Dorota, Kowalczuk Krystyna, Krajewska-Kułak Elżbieta: *Transplantologia jako dar życia w aspekcie religijnym wśród społeczeństwa województwa podlaskiego*……894-905

Zdziebło Kazimiera, Nowak-Starz Grażyna, Stępień Renata, Wiraszka Grażyna, Makieła Ewa: *Kulturowe uwarunkowania w pracy pielęgniarek*……..……894-905

Mińko Magdalena: *Identyfikacja dobrych praktyk zarządzania kapitałem ludzkim w szpitalu na przykładzie rozwiązań stosowanych w publicznym konsorcjum medycznym Staedtisches Klinikum Muenchen w Niemczech*…….……906-912

Mińko Magdalena: *Kreowanie polityki zdrowotnej w dobie makdonaldyzacji społeczeństwa – case study*……913-917

Graczyk Janusz: *Medycyna osteopatyczna jako element opieki zdrowotnej*……918-923

WYBRANE PROBLEMY INTERDYSCYPLINARNEJ OPIEKI NAD PACJENTEM

Koncewicz Dorota: *Komunikacja w praktyce klinicznej*……924-936

Moroz Agnieszka, Zhylinskaya Veranika, Bednarowicz Klaudia, Sierżantowicz Regina: *Nowoczesne opatrunki stosowane w leczeniu ran przewlekłych*……937-952

Kułak Piotr, Gościk Elżbieta: *Znaczenie badań neuroobrazowych w diagnostyce neurologicznej dzieci*……953-970

Kur Marcin, Hładuńska Izabela, Nędzi Agata: *Kręgozmyk – leczenie zachowawcze i operacyjne*……971-979

Bazylewicz Danuta, Kalandyk Halina, Kawecki Andrzej: *Czynniki etiopatogenetyczne nietrzymania oczu wśród pacjentów oddziału psychogeriatrycznego*……980-1012

Bazylewicz Danuta, Kalandyk Halina, Kawecki Andrzej*: Diagnostyka i terapia nietrzymania moczu*……..…….……1013-1026

Bazylewicz Danuta, Kalandyk Halina, Kawecki Andrzej: *Zmiany inwolucyjne w obrębie pęcherza moczowego u osób w podeszłym wieku*……102701037

Kowalewska Beata, Mikołajczuk Agnieszka, Rolka Hanna Joanna, Niedźwiecka Barbara, Kowalczuk Krystyna, Krajewska-Kułak Elżbieta, Ortman Elżbieta Beata: *Wrzodziejące zapalenie jelita grubego – podstawy teoretyczne*…..……1038-1062

Sierżantowicz Regina, Łagoda Katarzyna, Jurkowska Grażyna: *Przyczyny występowania Zespołu Jelita Nadwrażliwego*…….……1063-1072

Łagoda Katarzyna, Sierżantowicz Regina, Jurkowska Grażyna: *Niefarmakologiczne metody terapii choroby refluksowej przełyku*……1073-1083

Słowińska Joanna, Oleszczuk Tadeusz: *Najczęstsze powikłania po przetoczeniu składników krwi zarejestrowanie w Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i krwiolecznictwa w Warszawie w 2011 roku*…….……1084-1104

Dziedzic Małgorzata, Żołnierczuk-Kieliszek Dorota, Barańska Agnieszka, Zabłocka Kamila: *Wykorzystanie procesu pielęgnowania w postępowaniu diagnostyczno – terapeutycznym u pacjentki poddanej zabiegowi chirurgicznej konizacji szyjki macicy*……..……1105-1132

Gniazdowska Katarzyna, Rolka Hanna, Kowalewska Beata, Klimaszewska Krystyna, Jankowiak Barbara, Krajewska-Kułak Elżbieta, Kondzior Dorota: *Wpływ choroby i leczenia pacjentów z POChP na aktywność życiową*……..1133-1147

Kowalewska Beata, Mikołajczuk Agnieszka, Rolka Hanna Joanna, Jankowiak Barbara, Klimaszewska Krystyna, Krajewska-Kułak Elżbieta, Kondzior Dorota: *Jakość życia pacjentów z colitis ulcerosa*…….……1148-1173

Tokajuk Adrian, Kisiel Magdalena, Tokajuk Joanna, Dąbrowska Zofia, Cwalina Izabela, Dąbrowska Barbara: *Zespół pieczenia jamy ustnej jako problem interdyscyplinarny - przegląd piśmiennictwa*……..……1174-1183

PROMOCJA ZDROWIA I EDUKACJA ZDROWOTNA

Barańska Agnieszka, Firlej Ewelina, Dziedzic Małgorzata, Zabłocka Kamila, Mińko Maciej: *Promocja zdrowia w koncepcji nowego zdrowia publicznego*……1184-1202

Bytner Emilia, Lewko Jolanta, Łukaszuk Cecylia, Krajewska-Kułak Elżbieta, Dziekońska Mirosława: *Zachowania zdrowotne a stan wiedzy w zakresie profilaktyki raka piersi wśród kobiet*……1203-1213

Kowalewska Beata, Fal Małgorzata, Rolka Hanna Joanna, Ortman Elżbieta Beata, Guzowski Andrzej, Krajewska–Kułak Elżbieta, Kowalczuk Krystyna: *Wirusowe zapalenie wątroby typu B – podstawy teoretyczne*……1214-1229

Kowalewska Beata, Fal Małgorzata, Rolka Hanna Joanna, Ortman Elżbieta Beata, Jankowiak Barbara, Klimaszewska Krystyna, Krajewska-Kułak Elżbieta: *Wiedza społeczeństwa na temat wirusowego zapalenia wątroby typu B*……1230-1257

Kalinowski Paweł, Bojakowska Urszula, Kowalska Marta Estera: *Wiedza i postawy młodych kobiet wobec samobadania piersi*…….……1258-1268

Harasim Emilia, Zalewska Magdalena, Genowska Agnieszka, Żemierowska Joanna: *Wiedza na temat prawidłowego żywienia a wybrane zachowania żywieniowe pielęgniarek*……1269-1278

Kryk Aneta, Janiszewska Mariola, Barańska Agnieszka, Pawlikowska Katarzyna, Religioni Urszula: *Wiedza o zdrowiu i zachowania zdrowotne młodzieży wiejskiej i miejskiej*……..……1279-1295

Harasimowicz Karina, Grynczel Patrycja, Jachimowska Marita, Juchniewicz Isabela, Klik Paula, Sochoń Karolina, Wojtkowski Janusz, Zalewska Anna: *Zachowania żywieniowe w grupie studentów fizjoterapii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku*……1296-1309

Kulik Halina, Zdrzałek Rafał: *Zdrowie w hierarchii preferowanych wartości osadzonych w Zakładzie Karnym w Raciborzu*……..1310-1325

Czubaczyński Marcin, Sewastianik Michał, Kamińska Milena, Zielińska Natalia, Kisiel Magdalena, Żyłkiewicz Michalina: *Higiena jamy ustnej wśród chorych niepełnosprawnych ruchowo*……1326-1335

Kondzior Dorota Joanna, Gidaszewska Teresa, Rolka Hanna Joanna, Jankowiak Barbara, Klimaszewska Krystyna, Kowalczuk Krystyna, Krajewska-Kułak Elżbieta: *Ocena wiedzy pielęgniarek na temat postępowania w wybranych stanach zagrożenia życia u dzieci*……1336-1350

Kondzior Dorota Joanna, Gidaszewska Teresa, Rolka Hanna Joanna, Jankowiak Barbara, Klimaszewska Krystyna, Kowalewska Beata, Krajewska-Kułak Elżbieta: *Wiedza uczestników kursów z zakresu pierwszej pomocy na temat czynności resuscytacyjnych u dzieci*……1351-1371

Dąbrowska Barbara, Onopiuk Paweł, Dąbrowska Zofia, Tokajuk Joanna, Kisiel Magdalena, Falkowski Mateusz, Tokajuk Adrian: *Pierwsza pomoc u pacjentów gerostomatologicznych w gabinecie stomatologicznym*……..…1372-1380

KULTUROTWÓRCZA ROLA FIZJOTERAPII

Kabsch Aleksander: *Polska Szkoła Rehabilitacji Wiktora Degi i jej wkład w Kulturę*……1381-1385

Kułak Agnieszka, Bejda Grzegorz, Kułak Piotr, Kułak Joanna: *Postawy zawodowo czynnych pielęgniarek wobec osób niepełnosprawnych*…….1386-1399

Dębska Martyna: *Fizjoterapia w opiece paliatywnej*…….……1400-1406

Gasińska Karolina, Michalski Tomasz, Szajerska Anna, Binko Paweł, Pencuła Marcin: *Rola muzykoterapii w chorobach neurodegeneracyjnych u pacjentów w podeszłym wieku*……1407-1415

Harasim Emilia, Zalewska Magdalena, Dziemian Katarzyna: *Aktywność fizyczna dzieci w wieku wczesnoszkolnym*……1416-1424

Tyszko Anna Maria, Magnuszewski Łukasz, Mystkowska Monika, Piaścik Rafał, Zalewska Anna, Sochoń Karolina, Wojtkowski Janusz: *Kinesiotaping jako uniwersalna metoda wykorzystywana w różnych dziedzinach medycyny*……1425-1435

Szajerska Anna, Kurasiewicz Łukasz, Gasińska Karolina, Michalski Tomasz, Mazur-Stążka Elżbieta: *Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna pacjentów po implantacji wszczepialnego kardiowertera-defibrylatora*……..……1436-1444

Kozińska Monika, Kulik Halina: *Efekty rehabilitacji psychicznej z zastosowaniem metody arteterapii pacjenta z wrodzoną siniczą wadą serca*……1445-1458

Tyszko Anna Maria, Magnuszewski Łukasz, Mystkowska Monika, Piaścik Rafał, Zalewska Anna, Sochoń Karolina, Wojtkowski Janusz: *Wykorzystanie wybranych metod zooterapii w rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym*……1459-1471

Harasimowicz Karina, Grynczel Patrycja, Jachimowska Marita, Juchniewicz Isabela, Klik Paula, Sochoń Karolina, Wojtkowski Janusz, Zalewska Anna: *Aktywność fizyczna studentów fizjoterapii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku*……1472-1482

Zych Marta, Zabłocka Joanna, Cichocka Emilia, Sochoń Magdalena, Zalewska Anna, Sochoń Karolina, Wojtkowski Janusz: *Wykorzystanie terapii integracji sensorycznej w rehabilitacji dzieci urodzonych przedwcześnie*……..……1483-1492

Olender Ewa, Gołaszewska Arleta, Łukjańczuk Klaudia, Zalewska Anna, Sochoń Karolina, Wojtkowski Janusz: *Trening stabilizacyjny jako forma aktywności fizycznej w przewlekłych bólach odcinka lędźwiowego kręgosłupa*……1493-1513

HIGIENA PRACY

Harasim Emilia, Genowska Agnieszka, Zalewska Magdalena: *Ryzyko psychospołeczne w pracy zawodowej pielęgniarki*……..……1514-1523

Jurczyk Zofia Małgorzata, Abramczyk Anna: *Odczuwanie stresu a warunki pracy personelu pielęgniarskiego- wybrane aspekty*……..……1524-1536

Baranowska Anna, Wasilewska Iwona, Jankowiak Barbara, Klimaszewska Krystyna, Krajewska-Kułak Elżbieta, Kondzior Dorota, Lankau Agnieszka: *Porównanie wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek oddziałów zabiegowych i zachowawczych*……1537-1551

Marcysiak Małgorzata Barbara, Dąbrowska Olga, Zagroba Małgorzata, Marcysiak Miłosz: *Potrzeba podmiotowego traktowania pacjenta przez personel medyczny w opinii pielęgniarek*……..……1552-1563

Firlej Ewelina, Barańska Agnieszka, Bobruk Edyta, Zabłocka Kamila: *Stres i sposoby radzenia sobie z nim na przykładzie pracowników administracji państwowej*……1564-1582

PROBLEMY I REGULACJE PRAWNE W MEDYCYNIE

Żurawski Jacek A.: *Kilka uwag na temat regulacji prawnych dotyczących reklamy produktów leczniczych skierowanych do wiadomości publicznej*……1583-1594

Siwczyńska Dorota, Psujek Magdalena, Siwczyński Konrad: *Ubezpieczenie zdrowotne, koszty i zasoby opieki medycznej w Polsce i Japonii*……1595-1608

Jakubów Piotr, Tyborowska Anna, Malarewicz - Jakubów Agnieszka, Zemke-Górecka Agnieszka: *Systemy abonamentowe i ich podstawy prawne wprowadzenia w opiece pielęgniarskiej*……...……1609-1621

Chowaniec Czesław, Wajda-Drzewiecka Katarzyna, Łada Małgorzata, Drzewiecki Artur, Szczepanek Katarzyna, Nowotka Łukasz: *Uszkodzenia dróg żółciowych podczas zabiegów operacyjnych — opiniowanie sądowo-lekarskie w sprawach karnych i cywilnych*……1622-1629

Tanajewska Renata, Piotr Jakubów: *Zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki hospicyjnej*……..……1630-1644

Tworkowska Anna, Jakubów Piotr: *Medyczne stwierdzenie śmierci a konsekwencje prawne – problem uzyskania dokumentacji medycznej zmarłego pacjenta*……1645-1651

Tworkowska Anna: *Konsekwencje zabiegu sztucznej inseminacji post mortem – analiza wybranych zagadnień*……1652-1660

Achimowicz Bogusława, Jakubów Piotr, Zemke Górecka Agnieszka: *Wieloaspektowość leczenia odleżyn*……..……1661-1672

ISBN - 978-83-89934-98-7